



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

СВОДНЫЙ ДОКЛАД №58 СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ

Какие инициативы на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению в Европейском регионе ВОЗ, и существуют ли доказательства их эффективности для противодействия неинфекционным заболеваниям?

Jessica Renzella | Nick Townsend | Jo Jewell | João Breda | Nia Roberts
Mike Rayner | Kremlin Wickramasinghe



Сеть фактических данных по вопросам здоровья

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) – действующая с 2003 г. информационная служба для руководителей и организаторов общественного здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ была создана по решению Европейского регионального бюро ВОЗ и функционирует под эгидой Европейской инициативы в области информации здравоохранения (многосторонней сети, координирующей всю деятельность в сфере информации здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ).

СФДЗ помогает руководителям и организаторам общественного здравоохранения в использовании наилучших имеющихся фактических данных для принятия решений; ее цель – выстроить прочные связи между объективными данными, политикой здравоохранения и позитивными изменениями в сфере общественного здоровья. В серии своих сводных докладов СФДЗ публикует резюмированные данные о том, что уже известно по конкретным вопросам политики, каковы пробелы в знаниях и по каким аспектам ведутся дебаты. Опираясь на проведенный синтез фактических данных, СФДЗ излагает варианты политики, без прямых рекомендаций, так чтобы руководители, отвечающие за принятие стратегических решений, могли на основе этой информации делать собственные выводы и строить оптимальную политику с учетом национальных условий.

СВОДНЫЙ ДОКЛАД №58 СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ

Какие инициативы на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению в Европейском регионе ВОЗ, и существуют ли доказательства их эффективности для противодействия неинфекционным заболеваниям?

Jessica Renzella | Nick Townsend | Jo Jewell | João Breda | Nia Roberts
Mike Rayner | Kremlin Wickramasinghe

Аннотация

Данный обзор посвящен инициативам и мерам политики на национальном или субнациональном уровнях, основанным на использовании средиземноморской и скандинавской диет, в Европейском регионе ВОЗ. В условиях растущего бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ) и нездорового рациона питания возникает особая потребность в обоснованных фактическими данными оптимальных рационах питания и вмешательствах в сфере профилактики и борьбы с НИЗ. В качестве здоровых рационов питания регионального значения были особо выделены средиземноморская и скандинавская диеты. Приведенное в обзоре краткое описание и анализ бремени НИЗ и проводимых в Регионе мероприятий, пользы для здоровья (в контексте НИЗ) от средиземноморской и скандинавской диет, вмешательств и стратегий в 15 странах, четырех исследований эффективности применения указанных диет для борьбы с НИЗ, а также вариантов и возможностей для выработки и проведения политики, помогут лицам, принимающим решения, формировать меры политики в области питания в соответствии с конкретным контекстом. Что касается применения средиземноморской и скандинавской диет в инициативах по борьбе с НИЗ, то в масштабах всего Региона сохраняется потребность в активных действиях, основанных на фактических данных, в мониторинге и оценке эффекта проводимой политики для распространенности НИЗ, а также в распространении передовых примеров таких действий через открытые платформы.

Ключевые слова

DIET – METHODS, DIET – MEDITERRANEAN, FOOD, CHRONIC DISEASE – PREVENTION AND CONTROL, HEALTH PROMOTION, HEALTH POLICY, NUTRITION POLICY

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования

Renzella J, Townsend N, Jewell J, Breda J, Roberts N, Rayner M et al. Какие инициативы на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению в Европейском регионе ВОЗ, и существуют ли доказательства их эффективности для противодействия неинфекционным заболеваниям? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (Сводный доклад №58 Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)).

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

Отдел прессы:
Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

ISSN 2227-4316
ISBN 978 92 890 5367 9

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 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 полное согласие пока не достигнуто.

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 приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

▶ Условные сокращения	iv
▶ Лица, внесшие вклад в разработку доклада	v
▶ Резюме	viii
▶ 1. Введение	1
▶ 1.1 История вопроса	1
▶ 1.2 Методология	16
▶ 2. Результаты	25
▶ 2.1 Какие инициативы и меры политики на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению или внедряются в Европейском регионе ВОЗ?	26
▶ 2.2 Существуют ли доказательства эффективности мер для противодействия неинфекционным заболеваниям?	33
▶ 2.3 Влияют ли действующие меры политики и программы, основанные на использовании СКД или СЗД, на национальные показатели НИЗ?	37
▶ 3. Обсуждение	39
▶ 3.1 Сильные и слабые стороны обзора	39
▶ 3.2 Политика в области здорового питания и применение фактических данных	40
▶ 3.3 Мониторинг и оценка	42
▶ 3.4 Рамочные основы в поддержку основанных на использовании СЗД и СКД мер политики, программ и инициатив	43
▶ 3.5 Последствия и варианты применения политики	45
▶ 4. Выводы	50
▶ Библиография	52
▶ Приложение 1. Стратегия поиска	61
▶ Приложение 2. Ресурсы, которые призваны помочь внедрению рекомендаций, представленных в обзоре	69
▶ Приложение 3. Словарь терминов	72

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ДРППП	Диетологические рекомендации по потреблению пищевых продуктов
НИЗ	Неинфекционные заболевания
СЗД	Средиземноморская диета
СКД	Скандинавская диета
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН
EPIC	Европейское проспективное исследование взаимосвязи раковых заболеваний и питания
NND	Новая скандинавская диета
NNR	Рекомендации по правильному питанию скандинавских стран
PREDIMED	Prevención con Dieta Mediterránea [Профилактика заболеваний при помощи средиземноморской диеты] (исследование)
SMART	(Мера политики) с точными, измеримыми, достижимыми, актуальными целями с заданным конечным сроком

ЛИЦА, ВНЕСШИЕ ВКЛАД В РАЗРАБОТКУ ДОКЛАДА

Авторы

Jessica Renzella

Научный сотрудник, Центр исследования подходов к профилактике неинфекционных заболеваний среди населения, Наффилдский департамент здравоохранения, Оксфордский университет, Оксфорд, Соединенное Королевство

Nick Townsend

Научный сотрудник, лектор университета, Центр исследования подходов к профилактике неинфекционных заболеваний среди населения, Наффилдский департамент здравоохранения, Оксфордский университет, Оксфорд, Соединенное Королевство

Jo Jewell

Сотрудник по техническим вопросам, программа по вопросам питания, физической активности и ожирения, Отдел по вопросам неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

João Breda

Глава, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также и. о. руководителя программы по вопросам питания, физической активности и ожирения, Отдел по вопросам неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Nia Roberts

Специалист службы информации библиотек здравоохранения, Бодлианская библиотека, Оксфордский университет, Оксфорд, Соединенное Королевство

Mike Rayner

Профессор здравоохранения и директор Центра исследования подходов к профилактике неинфекционных заболеваний среди населения, Наффилдский департамент здравоохранения, Оксфордский университет, Оксфорд, Соединенное Королевство

Kremlin Wickramasinghe

Специалист по техническим вопросам, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Отдел по вопросам неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Москва, Российская Федерация

Рецензенты

Cécile Duvelle

Бывший секретарь Конвенции об охране нематериального культурного наследия (2008–2015 гг.), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Париж, Франция

Pedro Graça

Профессор, Генеральный директорат здравоохранения/факультет питания, Университет Порто, Порто, Португалия

Satu Männistö

Научный руководитель, Национальный институт здоровья и благополучия, департамент здравоохранения, Хельсинки, Финляндия

Ursula Schwab

Профессор пищевой терапии, Институт общественного здравоохранения и клинической диетологии, медицинский факультет, Университет Восточной Финляндии, кафедра терапии, Институт клинической медицины, Университетская больница Куопио, Финляндия

Выражение признательности

Авторы хотели бы выразить признательность Sebastian Slater и Alex Fleming-Nour (сотрудничающий с ВОЗ центр исследования подходов к профилактике НИЗ среди населения, Наффилдский департамент здравоохранения,

Оксфордский университет, Соединенное Королевство) за помощь в поиске литературы.

Редакционная коллегия, Европейское региональное бюро ВОЗ

Отдел по вопросам неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни

João Breda

глава Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и и.о. руководителя программы по вопросам питания, физической активности и ожирения

Jo Jewell

Программа по вопросам питания, физической активности и ожирения

Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций

Nils Fietje

научный сотрудник

Секретариат Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Claudia Stein, директор

Tanja Kuchenmüller, и.о. главного редактора

Ryoko Takahashi, редактор серии

Krista Kruja, ассистент Секретариата СФДЗ

Andrew Booth, ассистент Секретариата СФДЗ

Ashley Craig, научный редактор

Секретариат СФДЗ входит в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Сводные доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор на международном уровне. За их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Регионального бюро.

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и выпуск это публикации на русском языке.

РЕЗЮМЕ

Суть проблемы

Неинфекционные заболевания (НИЗ) в настоящее время являются основной причиной смерти людей во всем мире. Из всех регионов ВОЗ эта проблема наиболее остро стоит в Европейском регионе. Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. призван помочь значительно сократить бремя предотвратимых, обусловленных питанием НИЗ и любых других форм нарушений питания, все еще распространенных в Европейском регионе ВОЗ, при помощи применения общегосударственного подхода и принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях. В нем предусмотрены приоритетные действия, направленные на улучшение стратегического руководства системой обеспечения продовольствием и повышение общего качества рациона питания и пищевого статуса населения. Результаты исследований указывают на несомненную пользу для здоровья людей двух европейских диет – средиземноморской (СЗД) и скандинавской (СКД). Однако не хватает руководящих указаний о способах эффективного использования преимуществ этих диет для разработки мер политики и мероприятий с точными, измеримыми и достижимыми целями для изменения моделей питания на уровне населения.

Обобщающий вопрос

В настоящем обзоре приводятся фактические данные наивысшего качества, помогающие создать полную картину проводимых мер политики на национальном и субнациональном уровнях, основанных на использовании средиземноморской и скандинавской диет в Европейском регионе ВОЗ, чтобы помочь лицам, принимающим решения, в процессе формирования национальных и региональных мер политики, а также ответить на следующий вопрос: «Какие инициативы и меры политики на национальном и субнациональном уровнях, основанные на использовании средиземноморской и скандинавской диет, рекомендуются к внедрению в Европейском регионе ВОЗ, и существуют ли доказательства их эффективности для противодействия неинфекционным заболеваниям?».

Виды фактических данных

Фактические данные были получены в результате (обзорного и систематического) анализа научной и «серой» литературы, в том числе официальных документов, представленных на веб-сайтах министерств здравоохранения и других государственных медицинских учреждений. В общей сложности в процессе проведения обзора было рассмотрено 27 инициатив, мер политики, программ и рекомендаций по правильному питанию, а также четыре статьи об эффективности принимаемых мер.

Результаты

В целом в 15 странах Европейского региона ВОЗ в настоящее время рекомендуются к применению или внедряются меры политики или программы, основанные на использовании СЗД и СКД, исходя из фактических данных, подтверждающих пользу этих диет для здоровья людей, а также, в некоторых случаях, их важное культурное значение. Многие страны разрабатывают политику и руководящие принципы независимо от других; тогда как в странах Северной Европы наблюдается совместная деятельность по выработке политики, примерами которой могут служить рекомендации по правильному питанию скандинавских стран (NNR), схема маркировки пищевых продуктов «Замочная скважина»/финский «Символ сердца» и Новая скандинавская продовольственная программа. Однако степень эффективности инициатив и мер политики, основанных на применении СЗД и СКД, в Регионе еще не установлена.

В настоящем обзоре:

- определены 13 стран Региона, в которых приняты диетологические рекомендации по потреблению пищевых продуктов на основе СЗД или СКД;
- приводятся примеры разных программ и инициатив (как по отдельным странам, так и по всему Региону), основанных на использовании СЗД или СКД;
- выясняется, что в большинстве стран не разработаны системы или инструменты проверки эффективности соблюдения таких рекомендаций для профилактики НИЗ, и не проводится мониторинг и оценка влияния программ и мер политики на исходы НИЗ;

- определены четыре научные работы, в которых проводится оценка воздействия руководящих принципов, рекомендаций или пищевых пирамид, основанных на использовании СЗД и СКД, на НИЗ, а также предоставляются примеры легко адаптируемого инструментария и методов оценки воздействия на здоровье людей диетологических рекомендаций.

Стратегические выводы

Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО) и ВОЗ активно пропагандируют концепцию выполнения диетологических рекомендаций по потреблению пищевых продуктов (ДРППП) с 1992 г. Несмотря на это, определение оптимального рациона питания для профилактики заболеваний и разработка подходящих и применимых на практике рекомендаций по здоровому питанию, основанных на фактических данных, по-прежнему остается довольно проблематичным вопросом для лиц, вырабатывающих политику. Фактические данные указывают на несомненные преимущества как СЗД, так и СКД. Поэтому необходимо принимать меры, (i) чтобы учитывать эти фактические данные при выработке стратегий и инициатив в области здорового питания, а также (ii) чтобы проводить мониторинг и оценку эффективности внедрения этих стратегий для противодействия НИЗ. Авторы настоящего обзора выдвигают на рассмотрение государств-членов Европейского региона ВОЗ следующие варианты политики:

- рассмотреть имеющиеся диетологические рекомендации, основанные на использовании СЗД и СКД, с целью принятия новых или укрепления существующих мер политики в области питания;
- изучить и начать применение легко адаптируемого инструментария и методов оценки, а также результатов оценки при помощи совместной общедоступной платформы;
- осуществлять мониторинг и оценку эффективности мер политики и инициатив на основе СЗД и СКД для противодействия НИЗ, а также содействовать проведению функциональных научных исследований для оптимизации и расширения масштабов применения инициатив;
- учитывать культурный контекст здоровья и существующие кулинарные традиции при формулировании и внедрении мер политики, основанных на применении СЗД или СКД.



1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 История вопроса

1.1.1 НИЗ в Европейском регионе ВОЗ

В настоящее время НИЗ являются основной причиной смертности во всем мире, на долю которой ежегодно приходится 68% всех случаев смерти и 16 млн случаев преждевременной смерти (т.е. людей в возрасте до 70 лет) **(1)**. К основным четырем видам НИЗ относятся рак, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ; в том числе инфаркт и инсульт), хронические заболевания органов дыхания (напр., астма, хроническое обструктивное заболевание легких) и диабет **(2)**. Ожидается, что глобальные показатели смертности от НИЗ возрастут с 38 млн в 2012 г. до 52 млн. в 2030 г. **(3)**. После совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в 2011 г. правительства разных стран заявили о своей приверженности делу сокращения факторов риска возникновения НИЗ и создания благоприятных для здоровья условий с помощью принятия стратегий и мер, направленных на поощрение здорового питания **(4)**. В 2013 г. ВОЗ разработала глобальную систему мониторинга для отслеживания прогресса в области профилактики и борьбы с основными НИЗ, в которую вошли девять глобальных целей по НИЗ для достижения в 2025 г. (по сравнению с исходными показателями 2010 г.), седьмая из которых направлена на «прекращение увеличения числа случаев диабета и ожирения» **(5,6)**.

В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. также признается существование глобальной проблемы НИЗ, и ставится цель сократить показатели преждевременной смертности от НИЗ на одну треть до 2030 г. (задача 3.4 Целей в области устойчивого развития (ЦУР)) **(7)**.

Из всех регионов ВОЗ проблема НИЗ наиболее остро стоит в Европейском. Уровень распространенности НИЗ и связанной с ними смертности довольно высок во всех 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ, по которым имеются соответствующие данные, несмотря на разные социально-экономические и политические условия в этих странах **(8)**. На долю четырех основных видов НИЗ приходится около 86% случаев смерти и 77% бремени заболеваний в Регионе. В 2012 г. все государства-члены в Регионе приняли европейскую политику здравоохранения

Здоровье-2020, предназначенную «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека» (9). Основанный на стратегических целях Здоровья-2020 Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. направлен на сокращение предотвратимых алиментарно-зависимых НИЗ и любых других форм нарушения питания, распространенных в Регионе (10). В нем призывается применять общегосударственный подход и принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях, а также предусматриваются приоритетные действия, направленные на улучшение стратегического руководства системой обеспечения продовольствием и повышение общего качества рациона питания и пищевого статуса населения. Вот основные цели Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. (10):

- создание среды, благоприятствующей потреблению здоровых пищевых продуктов и напитков;
- содействие сбалансированному рациону питания на всех этапах жизни, особенно в наиболее уязвимых группах населения;
- укрепление систем здравоохранения для того, чтобы они способствовали формированию здорового рациона питания;
- усиление эпиднадзора, мониторинга и оценки, а также научных исследований;
- укрепление стратегического руководства, межсекторальных альянсов и сетей для осуществления принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях.

Вместе эти инициативы послужили мощным импульсом для деятельности по сокращению распространенности НИЗ в преддверии третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по неинфекционным заболеваниям в 2018 г.

Несмотря на чрезвычайно большое и постоянно растущее бремя НИЗ, лишь 1% глобального финансирования в области здравоохранения направлен на программы противодействия НИЗ. Аналогичная тенденция наблюдается и в Регионе, где в большинстве государств-членов выделяются ограниченные объемы финансовых средств на программы профилактики



НИЗ и укрепления здоровья людей. Обнадуживает тот факт, что в 97% министерств здравоохранения имеются отделы или департаменты по профилактике НИЗ и борьбе с ними (11). Инвестирование в профилактику НИЗ предельно важно, т.к. 80% преждевременных случаев сердечных заболеваний, инсульта и диабета 2-го типа можно предотвратить (2).

Главные причины смертности в Регионе - рак и ССЗ - обусловлены нездоровым питанием. Основными факторами риска, приводящими к развитию связанных с питанием НИЗ, являются избыточное потребление вредных жиров, сахара и соли и низкий уровень потребления свежих овощей и фруктов. В 2015 г. эти НИЗ послужили причиной 27% всех случаев смерти в Регионе (12). Результаты проведенных в большинстве европейских стран исследований указывают на повышенный уровень потребления жиров, низкий уровень потребления овощей и фруктов, а также растущие показатели избыточного веса и ожирения среди населения (10). В 2011 г. в политической декларации, принятой на совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, правительства разных стран взяли на себя обязательства сокращать факторы риска возникновения НИЗ, создавать благоприятные для здоровья условия и укреплять национальные меры политики в этой области (4). В настоящее время в Регионе активно осуществляются мероприятия, направленные на укрепление здоровья населения на основе здорового питания (13,14). Недавнее принятие Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. (10), объявление Десятилетия действий ООН по проблемам питания (15), а также последующее повышение внимания мировой общественности к данной проблеме могут в дальнейшем содействовать расширению масштабов проведения этих и других мероприятий, укреплению потенциала и мобилизации финансовых средств для эффективной борьбы со связанными с питанием НИЗ.

Рост показателей НИЗ наблюдается как в странах с низким, так и с высоким уровнем доходов (8). За последние 33 года ни в одной стране не удалось снизить показатели ожирения населения (16). Это создает огромное экономическое бремя: затраты, связанные с ССЗ и онкологическими заболеваниями, в странах Европейского союза составляют 169 и 124 млрд евро соответственно, а на борьбу с последствиями ожирения уходит 2-8% общих расходов на здравоохранение (17). Более того, такие глобальные проблемы, как изменение климата, конфликты, миграция и нестабильная политическая обстановка могут привести к еще большему росту показателей смертности и распространенности НИЗ.

Ожирение и диабет 2-го типа. Показатели ожирения довольно высоки и продолжают расти во всем мире, и ни в одной стране не наблюдается прогресса в достижении добровольной цели 7 по НИЗ Глобальной системы мониторинга (5); Исландия и Мальта – единственные две европейские страны, в которых, вероятно, будет остановлен рост распространенности диабета 2-го типа; в Лихтенштейне, Монако и Сан-Марино данные относительно показателей избыточного веса, ожирения и диабета 2-го типа отсутствуют (18).

Конфликты и миграция. Риски, с которыми сталкиваются люди при переселении из регионов конфликта, способствуют как развитию НИЗ, так и обострению уже существующих хронических заболеваний (19,20). Связанный с этим стресс, проблемы репродуктивного здоровья, наркомания и злоупотребление алкоголем, прекращение предоставления услуг здравоохранения, отсутствие продовольственной безопасности и нарушение питания повышают уязвимость к НИЗ.

Изменение климата. Изменение климата создает катастрофические риски не только для здоровья людей, еще более отягощая глобальное бремя НИЗ (21,22), но и для здоровых продовольственных систем. Непредсказуемые и неблагоприятные погодные условия ставят под угрозу обеспечение продовольственной безопасности, в частности подрывая поставки полезных для здоровья свежих овощей и фруктов по приемлемым ценам (22,23).

Нестабильность политической обстановки. Применение единого общегосударственного подхода к профилактике НИЗ - наилучший способ обеспечения устойчивого и стабильного выделения финансовых средств и других ресурсов, предоставления услуг общественного здравоохранения и проведения приоритетных научных исследований (4). Поэтому политическая нестабильность может подорвать усилия, направленные на сокращение бремени НИЗ.

Старение населения. Всемирное население стремительно стареет, но увеличение продолжительности жизни не всегда сопровождается крепким здоровьем. Хотя пожилые люди вносят большой вклад в жизнь общества, стареющее население создает дополнительную нагрузку на системы здравоохранения. Например, по оценкам, более 75 млн людей будут страдать деменцией в 2030 г., и ожидается, что этот показатель утроится к 2050 г. (24).



Связанное с этими проблемами дополнительное давление на и без того перегруженные системы здравоохранения рисует неясное и непредсказуемое будущее деятельности по борьбе с НИЗ. Поэтому дальнейшее инвестирование в пропаганду здорового питания с целью укрепления здоровья и повышения уровня благополучия людей, в свою очередь, будет содействовать профилактике НИЗ.

1.1.2 СЗД и СКД эффективны для противодействия НИЗ

Нездоровое питание является основной причиной ухудшения состояния здоровья во всем мире (2), а также одним из поддающихся изменению факторов риска возникновения НИЗ, а именно рака, ССЗ и диабета 2-го типа (25). Способствующие укреплению здоровья свойства двух диет, присущих определенным географическим регионам - СЗД (26) и СКД (27–31) - были основательно изучены. По мере роста популярности этих диет (10), они начали привлекать внимание средств массовой информации и вошли в лексический обиход широкой общественности.

Традиционная СЗД зародилась в районах Средиземноморья, где культивируются оливки, и по сей день не утратила тесной культурной связи с этой местностью. Ввиду широкого распространения СЗД далеко за пределами Средиземноморья, а также из-за того, что эта диета приобрела медицинскую окраску как в качестве средства лечения, так и средства профилактики болезней, существует много разных вариантов ее определения (32). Несмотря на различные вариации, в основе этой диеты по-прежнему лежит потребление свежих, сезонных и местных продуктов питания (33). В соответствии с пирамидой СЗД (рекомендованной Фондом по изучению средиземноморской диеты; рис. 1), ее основными характеристиками являются высокий уровень потребления растительных продуктов (фруктов, овощей, орехов и злаков) и оливкового масла; умеренный уровень потребления рыбы и мяса птицы; низкий уровень потребления молочных продуктов (в основном йогурта и сыра), красного мяса, мясных полуфабрикатов и сладостей (которые часто заменяются свежими фруктами); а также умеренный уровень потребления вина, как правило, во время приема пищи (34). К положительному воздействию на здоровье людей, наблюдаемому в Средиземноморье, также относятся социальные и культурные факторы, тесно связанные с традиционной СЗД, в том числе совместный прием пищи в кругу семьи и друзей, послеобеденные сиесты и длительное время трапезы (33). Рекомендации проявлять добрососедство (т.е. быть дружелюбными

и жизнерадостными) по-прежнему входит в современную пирамиду СЗД (35). В 2010 г. в Репрезентативный список нематериального культурного наследия человечества Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры были включены СЗД Греции, Испании, Италии, Кипра, Марокко, Португалии и Хорватии.

СЗД обратно пропорционально связана с общей смертностью (26) и сопряжена с многочисленными преимуществами для здоровья, включая пониженный уровень заболеваемости раком (37) и ССЗ (39), а также более низкий уровень когнитивных расстройств (38), метаболического синдрома, ожирения и диабета 2-го типа (34,40). Несмотря на богатое разнообразие литературы в данной области, наиболее распространенные исследования, посвященные изучению пользы для здоровья средиземноморской диеты, связаны с ССЗ ввиду высокого бремени этих заболеваний во всем мире (12). Результаты исследований указывают на то, что соблюдение СЗД содействует сокращению, предотвращению или лечению нижеперечисленных НИЗ, а также устранению промежуточных факторов риска.

Рак. Строгое соблюдение СЗД тесно связано с более низким риском общей смертности от рака, в частности, от рака молочной железы, прямой кишки, желудка, простаты, головы и шеи (37). Результаты Европейского проспективного исследования взаимосвязи раковых заболеваний и питания (EPIC) указывают на тесную связь между соблюдением СЗД и пониженным риском возникновения онкологических заболеваний (41), что в очередной раз подчеркивает важность пищевых факторов для предотвращения развития рака желудка.

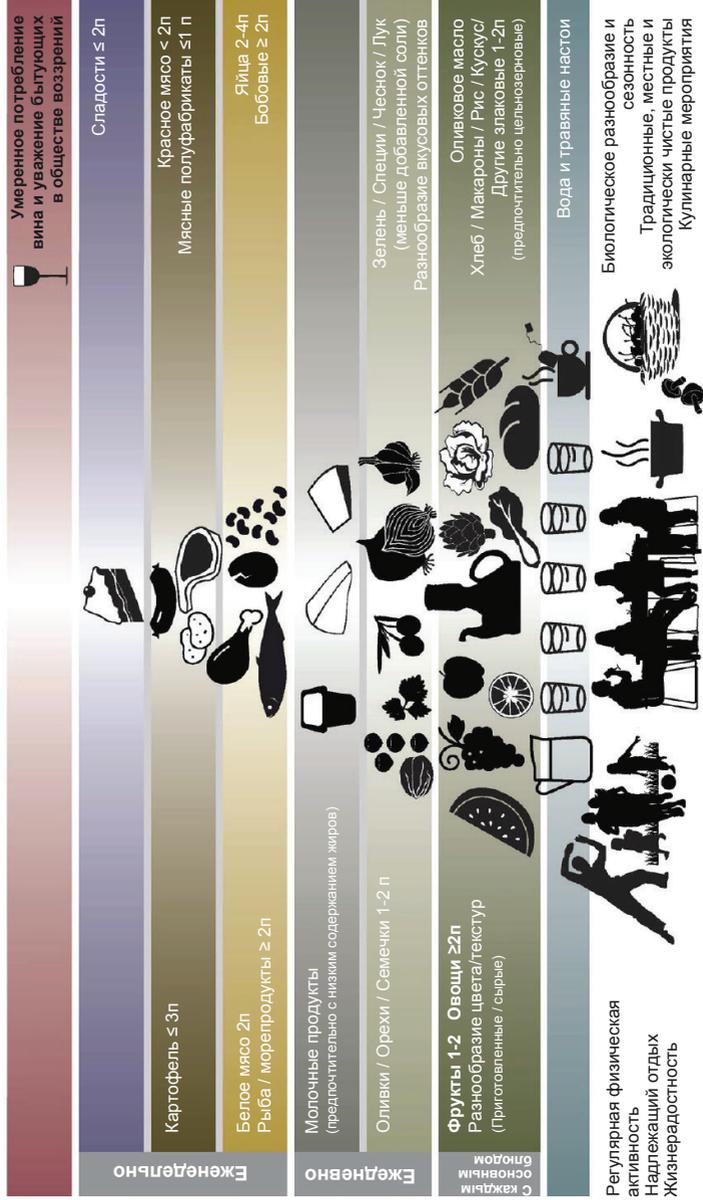
Когнитивные расстройства. Строгое соблюдение СЗД связано с пониженным риском развития болезней Альцгеймера и Паркинсона (42), а также, согласно сообщениям, содействует замедлению или остановке развития целого ряда когнитивных расстройств, от умеренного когнитивного нарушения до болезни Альцгеймера (38).

ССЗ. В исследовании *Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED)*; Профилактика заболеваний при помощи средиземноморской диеты) изучалась эффективность средиземноморской диеты для первичной профилактики ССЗ (43). Было установлено, что диета с содержанием орехов приводит к сокращению риска смертности от ССЗ, риска возникновения инфаркта миокарда и инсульта на 30%, а диета с

Рис. 1. Пирамида СЗД (выпуск 2010 г.).

Пирамида средиземноморской диеты: современный стиль жизни
 Рекомендации для взрослого населения

Размер порции зависит от
 умеренности в еде и
 местных традиций



Прим.: п - порция.

Источник: Mediterranean Diet Foundation (2017) (35).

содержанием оливкового масла содействует сокращению развития ССЗ и риска возникновения инсульта на 30% и 49% соответственно по сравнению с контрольной группой, соблюдающей диету с низким содержанием жиров, основанную на рекомендациях Американской кардиологической ассоциации (44). Результаты PREDIMED и других исследований подтверждают пользу средиземноморской диеты для первичной профилактики ССЗ (39,45). Благотворное влияние СЗД на сердечно-сосудистую систему также наблюдается среди населения стран, расположенных за пределами Средиземноморья (46).

Диабет 2-го типа. Отмечается двойная польза соблюдения СЗД в борьбе с диабетом 2-го типа как для профилактики этого заболевания среди не страдающих от него лиц, так и для улучшения контроля уровня глюкозы в крови у пациентов с диабетом (47). Результаты исследований показывают, что инициативы внедрения СЗД связаны с 52% сокращением заболеваемости диабетом у пациентов с высоким уровнем риска развития ССЗ (34), с более поздней необходимостью в медикаментозном лечении у впервые диагностированных пациентов с избыточным весом (48), а также со снижением уровня глюкозы в крови (49). По сравнению с диетой с низким содержанием жиров, основанной на рекомендациях Американской кардиологической ассоциации (44), соблюдение СЗД, как представляется, более полезно для пациентов с диабетом 2-го типа (49).

Подавляющее большинство литературных источников указывают на то, что схожие со средиземноморской диетой рационы питания также приносят пользу в профилактике обусловленных питанием НИЗ и в борьбе с ними, таким образом, представляя вескую аргументацию в пользу их повсеместного внедрения (50).

Скандинавская диета имеет много общих характеристик со средиземноморской, но в ее рамках рекомендуется потребление в основном продуктов питания, производимых в Дании, Исландии, Норвегии, Финляндии и Швеции. На основе пищевой пирамиды стран балтийского побережья (рис. 2) главными компонентами скандинавской диеты являются ягоды и фрукты, жирная рыба (селедка, макрель и лосось), нежирная рыба, бобовые растения, овощи (капуста и корнеплоды), а также цельнозерновые крупы (ячмень, овсянка и рожь) (51). Основным отличием СКД от СЗД является использование рапсового масла вместо оливкового.

Рис. 2. Пищевая пирамида стран балтийского побережья.^а



^а Разработана Финской кардиологической ассоциацией, Финской ассоциацией по борьбе с диабетом и Университетом Восточной Финляндии.

Источник: Kanerva et al. (2014) (51).

СКД в большей степени основана на потреблении продуктов питания растительного происхождения местных поставщиков, поэтому при их потреблении в Скандинавском регионе обеспечивается экологически чистое производство (52). Населению стран за пределами Скандинавии легче применять принципы СКД с точки зрения укрепления здоровья и обеспечения экологической устойчивости, чем непосредственно использовать продовольственные компоненты.

В 2004 г. ведущими шеф-поварами стран Скандинавского полуострова была разработана новая скандинавская диета и подписан ее манифест (НСД; вставка 1) в качестве гастрономической интерпретации СКД (вставка 2) (52-55). НСД основана на соблюдении четырех основных принципов: польза для здоровья, гастрономический потенциал, устойчивое производство и скандинавская самобытность. В манифесте, принятом Советом министров Северных стран в качестве основы идеологии Новой скандинавской продовольственной программы, особое значение придается блюдам из диких растений и животных, а также из собранных, местных, свежих и высоко питательных продуктов (53). Созданная и пропагандируемая

Вставка 1. Рекомендации новой скандинавской диеты

1. Потреблять больше фруктов и овощей ежедневно
2. Потреблять больше цельнозерновых продуктов
3. Потреблять больше морепродуктов, а также озерной рыбы, моллюсков и ракообразных
4. Потреблять высококачественные мясные продукты, но в ограниченном количестве
5. Потреблять больше продуктов из природных ландшафтов
6. По мере возможности потреблять органические продукты
7. Избегать пищевых добавок
8. Потреблять больше блюд, приготовленных из сезонных продуктов
9. Потреблять больше домашней пищи
10. Производить меньше отходов

Источники: Mijumbi et al. (2012) (52); Ministry of Food Agriculture and Fisheries of Denmark (2012) (53).



ведущими шеф-поварами и активистами (пример из практики 1), в том числе René Redzepi и Claus Meyer, новая скандинавская диета захватила общественное сознание и привлекла внимание всемирных средств массовой информации (54).

Вставка 2. Манифест новой скандинавской кухни

В манифесте говорится, что новая скандинавская диета должна:

- выражать чистоту, свежесть и простоту, ассоциируемые с нашим регионом;
- отражать сезонные изменения в блюдах;
- основываться на ингредиентах, отличающихся особым превосходством в нашем климате, ландшафте и водных ресурсах;
- сочетать высокие вкусовые качества с современными знаниями о здоровье и благополучии;
- содействовать развитию разнообразия скандинавских продуктов и производителей; а также повышать информированность о лежащей в ее основе культуре;
- содействовать обеспечению гуманного отношения к животным и устойчивого производства в морях, на сельскохозяйственных угодьях и в дикой природе;
- находить новые способы применения традиционных скандинавских продуктов;
- сочетать наилучшие скандинавские методы приготовления пищи и кулинарные традиции с тенденциями, идущими из других регионов;
- одновременно обеспечивать местную самодостаточность и региональный обмен высококачественными продуктами;
- приглашать потребителей, других производителей продуктов питания, представителей секторов сельского хозяйства, рыболовства, образования, мелких и крупных предприятий пищевой промышленности, розничной и оптовой торговли, политических кругов и органов власти к сотрудничеству в проведении совместных проектов, которые послужат на благо всего скандинавского региона.

Источники: Ministry of Food Agriculture and Fisheries of Denmark (2012) (53); The Nordic Council (2017) (55).

Пример из практики 1. Новая скандинавская продовольственная программа: представители

Политика по вопросам продовольствия и питания должна основываться на культурном наследии и содействовать его охране. Одной лишь фактической базы (рекомендаций по правильному питанию) недостаточно для изменения поведения населения, если она никак не связана с культурными ценностями и образом жизни населения. Поэтому одним из методов изменения поведения населения в контексте культуры может быть определение сторонников и культурных лидеров, которые могут помочь в распространении и расширении использования положений политики по вопросам продовольствия и питания.

В 2006 г. под влиянием Манифеста новой скандинавской кухни была запущена Новая скандинавская продовольственная программа с трехгодичным бюджетом в размере 3 млн евро (54). Эти средства были использованы для проведения широкого ряда проектов в области питания (информация о которых представлена на веб-сайте newnordicfood.org), начиная с организации культурно-гастрономических вечеров и заканчивая проведением рынков местных продуктов питания. Важную роль в обеспечении успешной реализации этой программы сыграли представители кулинарной и ресторанной сферы скандинавских стран, пропагандирующие скандинавские продукты питания и гастрономическое искусство как в этом регионе, так и во всем мире, чтобы принести СКД мировую славу.

Все они представляют различные районы Скандинавии (Аландские острова, Гренландия, Дания, Исландия, Норвегия, Фарерские острова, Финляндия, Швеция) и многочисленные дисциплины, в том числе науку, дизайн, сельское хозяйство, предпринимательство, гостиничный бизнес и средства массовой информации. Шеф-повара и представители ресторанного бизнеса, составляющие большинство членов данной группы, играют важную роль в процессе изменения местной культуры питания, приводя убедительные примеры из своей практики и оказывая влияние на гастрономические тенденции.

В программе не только подчеркивается польза СКД для здоровья людей и окружающей среды, но и признается, что «еда, которую мы потребляем, помогает развитию нашего чувства самобытности и

Пример из практики 1. (продолжение)

гордости за скандинавскую культуру». Деятельность представителей разных секторов содействует выполнению этого утверждения.

Представители стран

Дания: René Redzepi, шеф-повар ресторана Noma в Копенгагене; Karen Kjældgård-Larsen и Tine Broksø, дизайнеры студии керамики Claydies;

Гренландия: Anne Sofie Hardenberg, организация Arctic Food Specialities and Branding Greenland.

Исландия: Baldvin Jonsson, управляющий директор, брендинговый проект Áform; Sigurdur Hall, владелец ресторана, телевизионный шеф-повар, создатель и организатор фестиваля Food&Fun в Рейкьявике.

Норвегия: Eivind Hålien, директор, Professional Forum for Food and Drink; Wenche Andersen, повар программы канала TV2 God Morgen Norge [*С добрым утром, Норвегия!*].

Фарерские острова: Leif Sørensen, владелец и шеф-повар ресторана изысканной кухни Koks в Торсхавне.

Финляндия: Juha Korkea-оја, член парламента и фермер; Kim Palhus, шеф-повар и лектор, Университет прикладных наук Лауреа;

Швеция: Tina Nordström, телеведущая, серия скандинавских и международных передач о еде; Carl Jan Granqvist, создатель факультета ресторанного и кулинарного искусства Университета Эребру, профессор искусства питания Университета Ставангера.

Польза для здоровья соблюдения СКД также изучается (56,57), хотя и не на столько широко, как польза СЗД. Тем не менее, была установлена связь между СКД и сокращением факторов риска возникновения как ССЗ, так и диабета (39).

ССЗ. Было доказано, что скандинавская диета содействует укреплению сердечно-сосудистой системы, влияя на сокращение числа промежуточных факторов риска (56). Результаты рандомизированного контролируемого испытания NORDIET продемонстрировали положительное влияние СКД на факторы риска возникновения ССЗ,

такие как содержание липидов в крови, артериальное давление и чувствительность к инсулину субъектов исследования с повышенным уровнем холестерина в крови (27). Эти результаты подтвердились при проведении исследований популяционного уровня (28).

Диабет 2-го типа. Для расчета скандинавского индекса пищевой ценности, созданного в соответствии с балльной системой СЗД, используется вопросник относительно частоты потребления разных продуктов питания, чтобы получить данные о переменных факторах воздействия СКД (яблоки и груши, капуста, рыба, овсянка, корнеплоды, ржаной хлеб). Соблюдение диеты (0-6 баллов) связано с более низким риском развития диабета 2-го типа: строгое соблюдение диеты (5-6 баллов) приводит к сокращению этого риска на 25% для женщин и 38% для мужчин по сравнению с несоблюдением диеты (0 баллов) (29). Кроме того, НСД содействует потере веса у мужчин и женщин, страдающих абдоминальным ожирением (30). Однако для получения статистически достоверных фактических данных о долгосрочном влиянии соблюдения СКД на уровень заболеваемости диабетом 2-го типа требуется проведение более широкомасштабных проспективных исследований.

1.1.3 Проводимая политика по вопросам продовольствия и питания

В Европейском регионе ВОЗ более 30 стран разработали ДРППП или пищевые пирамиды для своего населения: страны Северной Европы придерживаются NNR 2012 г. (58); а в Европейском плане действий в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. предусмотрен ряд рекомендаций, соответствующих разным культурным особенностям и моделям питания (10). С годами в диетологических руководящих принципах стали не просто предоставляться рекомендации относительно норм питания, но и даваться общие советы, в некоторых случаях - о здоровом образе жизни (в том числе о физической активности) для сокращения факторов риска развития НИЗ (59). Эти рекомендации ложатся в основу разработки единой системы национальных образовательных программ о правильном питании; диетологических мероприятий; мер политики в области здравоохранения и продовольствия, одновременно пропагандирующих ведение здорового образа жизни и здоровое питание.

Однако СЗД и СКД послужили основой совсем небольшому числу мер политики в европейских странах (исключение составляют страны Северной



Европы). Отсутствие руководящих указаний о способах эффективного использования преимуществ этих диет для разработки мер политики и мероприятий SMART (т.е. с точными, измеримыми, достижимыми, актуальными целями с заданным конечным сроком), направленных на изменение моделей питания на уровне населения, может частично объяснить заметные пробелы между имеющимися фактическими данными о полезных рационах питания и данными о мерах политики, основанных на СЗД и СКД. Политика в области питания - это область, в которой особо важно учитывать культурный контекст здоровья.

Ввиду того, что рацион питания и национальная кухня обусловлены культурными традициями и этнической принадлежностью, культурный контекст здоровья является ключом к осмыслению возможностей и недостатков нормотворческой деятельности в этой области (60). Пищевые продукты и рацион питания являются неотъемлемой частью повседневной жизни человека и его самоидентификации, поэтому даже убедительных научных доказательств зачастую недостаточно, чтобы заставить его изменить свои привычки питания. СЗД и СКД служат примером того, как культурные ресурсы можно использовать для достижения новых целей, приносящих пользу для здоровья людей. С одной стороны, культура питания основана на традициях, с другой стороны, она подвержена преобразованиям и открыта к новым идеям, о чем свидетельствует стремительный рост популярности СКД и различных вариантов СЗД, одновременно новых и аутентичных диет в культурном отношении. Лицам, вырабатывающим политику, следует стремиться обеспечить максимальное соответствие политики в области питания местным культурным особенностям. Обеспечение такого соответствия крайне важно для повышения уровня выполнения этой политики среди соответствующих групп населения.

Принятие мер политики относительно рациона питания на основании фактических данных открывает большие возможности для успешного проведения мероприятий общественного здравоохранения. В настоящем обзоре приводятся фактические данные наивысшего качества, помогающие создать полную картину о проводимых мерах политики и инициативах на национальном и субнациональном уровнях, основанных на использовании СЗД и СКД в Европейском регионе ВОЗ, чтобы помочь лицам, принимающим решения, разрабатывать свои собственные меры политики с учетом конкретного контекста.

1.2 Методология

На основе использования терминов и стратегии поиска, разработанной в конце сентября 2016 г., был проведен поиск в рецензируемой и «серой» литературе в период с 4 по 31 ноября 2016 г., чтобы найти соответствующие статьи без какого-либо ограничения относительно языка, географического региона, даты публикации или типа документа.

В результате первоначального поиска в научных литературных источниках было найдено 4011 научных статей, 789 представленных на конференциях докладов и других документов, а также 10 книг и дипломных работ. Из них 32 исследования были сочтены подходящими на основе проверки заголовка и аннотации. После полного прочтения этих работ было отобрано четыре публикации (61-64). Большинство статей было исключено из обзора ввиду того, что в них не изучались вопросы эффективности диет. Поиск на веб-сайтах правительств и министерств здравоохранения 53 государств-членов Европейского региона помог обнаружить 15 стратегий, программ и/или инициатив, основанных на использовании СЗД или СКД (таблица 1), а также четыре региональные инициативы (таблица 2) (54,58,65–89).

Полное описание методологии представлено в приложении 1.

Таблица 1. СЗД и СКД: ориентированные на отдельные страны рекомендации и мероприятия

Страна/ диета	Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Форма и места проведения	Описание
Бельгия/ СКД	Диетологические рекомендации для Бельгии, 2016 г. (65)	Работники здравоохранения, лица, вырабатывающие политику в области питания, преподаватели в области питания, руководители предприятий пищевой промышленности, сектор общественного питания	Научный консультативный доклад о политике здравоохранения	В этом докладе Высший совет здравоохранения Бельгии представляет подробную обновленную информацию о пищевых рекомендациях населению Бельгии; на всем протяжении документа упоминаются NNR
Бывшая югославская Республика Македония/ СЗД	Рекомендации по питанию населения Республики Македония (86)	Здоровое население в возрасте от 2 лет	Национальные рекомендации	Ссылаются на СЗД в качестве здорового рациона питания с подтвержденной пользой для здоровья людей
Греция/ СЗД	Диетологические рекомендации для взрослого населения Греции (74)	Взрослое население	Национальные рекомендации	Соответствуют принципам традиционной СЗД
Дания/ СКД	Официальные диетологические рекомендации (67)	Здоровое население в возрасте старше трех лет	Национальные рекомендации	На основе NNR 2012 г.
Кипр/ СЗД	Национальные рекомендации по питанию и физической активности (66)	Все население	Национальные рекомендации	Пропагандируется соблюдение традиционной СЗД с повышенным уровнем потребления рыбы, фруктов, оливкового масла, овощей, бобовых и цельнозерновых культур

Таблица 1. (продолжение)

Страна/ диета	Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Форма и места проведения	Описание
Израиль/ СЗД	Конкурс Challenge Tender для решения проблем ожирения (77)	Предприниматели	Подлежит уточнению	В 2016 г. Министерство здравоохранения объявило конкурс «Challenge Tender» для предпринимателей с призывом предложить варианты решения проблемы ожирения в Израиле с упором на СЗД
	К началу нового учебного года Министерство здравоохранения рекомендует введение сбалансированного питания в школах и детских садах (78)	Дети, подростки, родители	Дома, в школе	Рекомендации Министерства здравоохранения по здоровому рациону питания во время учебного года
Ирландия/ СЗД	База данных «Здоровье от А до Я» (76)	Все население	Онлайн	Предоставляются услуги здравоохранения и социального обеспечения каждому жителю Ирландии. Информацию о пользе СЗД для профилактики и лечения заболеваний можно найти по таким темам здравоохранения, как высокий уровень холестерина, артрит, лейкоплакия, рак и инфаркт
Исландия/ СКД	Рекомендации по рациону питания и питательным веществам (75)	Здоровое население в возрасте старше 2 лет	Национальные рекомендации	На основе NNR 2012 г.

Таблица 1. (продолжение)

Страна/ диета	Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Форма и места проведения	Описание
Испания/ СЗД	Здоровое питание и движение: 12 полезных для здоровья решений (82) Кормление детей: здоровое питание с детского до подросткового возраста (83)	Все население, дети и подростки	Национальные рекомендации	Пищевая пирамида и диетологические рекомендации соответствуют принципам традиционной СЗД
Мальта/СЗД	Здоровый вес на всю жизнь (79)	Все население	Национальная кампания	Департамент здравоохранения посвятил месяц май 2016 г. проведению этой кампании, направленной на повышение общественной осведомленности о данных проблемах и предлагаемых услугах, связанных с избыточным весом
	Диетологические рекомендации для взрослых жителей Мальты: информация для специалистов сферы просвещения по вопросам питания (80)	Взрослое население	Национальные рекомендации	Основная цель рекомендаций и сопутствующего гида «Здоровая тарелка» заключается в поощрении потребления здоровых продуктов и напитков, занятий спортом по- средиземноморски
Норвегия/ СКД	Рекомендации относительно рациона питания, пищевых продуктов и физической активности (81)	Все население и дети старше 1 года	Национальные рекомендации	На основе NNR 2012 г.
Турция/СЗД	Специальный для Турции гид питания (87)	Все население	Национальные рекомендации	Содействует развитию модели СЗД с особым акцентом на важность потребления оливкового масла. В разделе «Питание спортсменов» особо рекомендуется соблюдение СЗД

Таблица 1. (продолжение)

Страна/ диета	Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Форма и места проведения	Описание
Финляндия/ СКД	Пища для здоровья: финская политика в области питания в действии (69)	Все население	Многочисленные (в том числе школы, рабочие места, тюрьмы)	Опубликована Министерством социальных дел и здравоохранения и Министерством сельского и лесного хозяйства; описывает финскую политику в области питания и то, как она работает на практике
	Здоровая еда, финские рекомендации по здоровому питанию 2014 г. (70)	Все здоровое население, в том числе дети младше шести месяцев	Национальные рекомендации	На основе NNR 2012 г.
	Школьные обеды в Финляндии: инвестирование в знания (71)	Школьники	Программа школьных обедов	Согласно финскому законодательству, школьникам гарантируется предоставление бесплатных обедов во время учебного дня. Установленные законом обязательства основаны на законе о начальном образовании (628/1998), законе об общеобразовательных школах старшей ступени (629/1998) и законе о профессиональной и общеобразовательной подготовке (630/1998). Школьные обеды соответствуют требованиям национальных диетологических рекомендаций и гида «Здоровая тарелка»

Таблица 1. (продолжение)

Страна/ диета	Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Форма и места проведения	Описание
Финляндия/ СКД (продолжение)	Символ сердца: лучший выбор (72)	Все население	Маркировка пищевых продуктов	Введена Финской кардиологической ассоциацией и Ассоциацией по борьбе с диабетом в 2000 г.; информирует потребителей о том, что лучше выбирать продукты с этой маркировкой в соответствующей товарной группе (в магазинах и объектах общественного питания); критерии наделения правом такой маркировки основаны на финских рекомендациях в отношении питания
	Обеспечение благополучия благодаря питанию: гид для муниципальных органов власти (73)	Избранные члены советов, руководители и сотрудники муниципальных аппаратов управления или федераций в Финляндии	Муниципальные руководящие принципы	В документе описываются конкретные меры, при помощи которых лица, принимающие решения на муниципальном уровне, могут содействовать повышению уровня благополучия жителей муниципалитета, содействуя обеспечению хорошего питания. Основан на рекомендациях Национального совета по вопросам питания и национальных диетологических рекомендациях
Швеция/ СКД	Старайся есть экологически чистые продукты в меру и заниматься спортом! (84)	Здоровое взрослое население, подростки и дети в возрасте 2-х лет и старше	Национальные рекомендации	На основе NNR 2012 г.

Таблица 1. (продолжение)

Страна/ диета	Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Форма и места проведения	Описание
Швеция/ СКД (продолжение)	Здоровое школьное питание: рекомендации для начальных и средних школ, а также центров отдыха молодежи (85)	Школьники (в возрасте от 6 до 15 лет); муниципалитеты и отдельные школы	Программа школьных/ молодежных обедов	Согласно закону об образовании, бесплатные школьные обеды должны предоставляться ежедневно всем посещающим начальную школу детям (в возрасте 6-15 лет); в 2011 г. в закон были внесены поправки, согласно которым, школьные обеды должны быть бесплатными и питательными, а также должны соответствовать рекомендациям по здоровому питанию Швеции/NNR; школьная инспекция (<i>Skolinspektion</i>) проверяет выполнение требований закона об образовании в школах; Национальное агентство по вопросам продовольствия разрабатывает рекомендации относительно питания в начальной и средней школах, а также в центрах отдыха молодежи с целью культивации культуры здорового питания; рекомендуемые продукты питания часто соответствуют критериям маркировки «Замочная скважина»; <i>SkolmatSverige</i> [школьное питание в Швеции]- это онлайн система, при помощи которой администрация школ и муниципалитетов может провести оценку школьного продовольственного снабжения

Таблица 1. (продолжение)

Страна/ диета	Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Форма и места проведения	Описание
Эстония/ СКД	Эстонские диетологические и пищевые рекомендации (68)	Взрослое население	Национальные рекомендации	На основе NNR 2001 г.

Таблица 2. Региональные инициативы на основе СЗД и СКД

Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Финансовые ресурсы (если известно)	Форма и места проведения	Описание
NNR 2012 г.: объединение питания и физической активности (58)	Все население	Совет министров Северных стран финансирует проведение широкомасштабных научных исследований в поддержку NNR	Региональные рекомендации	Начиная с 1980 г. NNR публикуются каждые восемь лет; в них содержатся рекомендации относительно состава и норм потребления питательных веществ, которые лежат в основе национальных диетологических рекомендаций стран Северной Европы.
Маркировка пищевых продуктов «Замочная скважина» (88)	Все население	Объемы расходов зависят от конкретной страны; ответственность за обеспечение соответствия ложится на производителей	Маркировка пищевых продуктов в Дании, Исландии, Норвегии и Швеции	Схема маркировки пищевых продуктов «Замочная скважина» содействует более здоровому питанию людей в соответствии с NNR; в 2015 г. были введены более строгие требования с целью сокращения уровня содержания соли в продуктах питания и повышения уровня потребления цельнозерновых культур

Таблица 2. (продолжение)

Меры политики/ программа/ инициатива	Целевое население	Финансовые ресурсы (если известно)	Форма и места проведения	Описание
Здоровье, еда и физическая активность: Скандинавский план действий по укреплению здоровья и улучшению жизни при помощи рациона питания и физической активности (89)	Все население	Неизвестно	Региональные рекомендации и информация	Разработан Советом министров рыбного хозяйства и аквакультуры, сельского хозяйства, продовольствия и лесного хозяйства, а также Советом министров здравоохранения и социальных дел стран Северной Европы; поддерживает национальные усилия и сотрудничество в области по разработке наилучших стратегий в области рациона питания и физической активности
Новая скандинавская продовольственная программа (54)	Все население	Изначально трехгодичный бюджет составлял 3 млн евро, контроль осуществляли частично руководящий комитет программы и Иновационный центр скандинавских стран	Региональные и страновые программы	Запущена через год после подписания Манифеста новой скандинавской кухни, в рамках программы финансируется и поддерживается широкий ряд проектов по пропаганде скандинавских продуктов и культуры питания

2. РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате обзора было обнаружено 13 стран в Регионе, диетологические рекомендации которых основаны на использовании СЗД и СКД (таблицы 1 и 2); однако в большинстве стран еще не разработаны проверенные системы или инструменты оценки питательного качества этих рекомендаций или эффективности использования этих диет для противодействия НИЗ (61). В четырех научных работах, вошедших в настоящий обзор, проводится оценка влияния применения руководящих принципов, рекомендаций или пищевых пирамид на НИЗ (таблица 3), а также предоставляются примеры легко адаптируемого инструментария и методов оценки воздействия на здоровье людей диетологических рекомендаций.

Фактические данные, относящиеся к каждой из двух частей обобщающего вопроса, будут описаны отдельно. Раздел 2.1 посвящен изучению того, какие инициативы и меры политики на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании СЗД и СКД, рекомендуются к внедрению или внедряются в Европейском регионе ВОЗ. В разделе 2.2 рассматривается вопрос о том, существуют ли фактические данные, свидетельствующие об эффективности данных диет для противодействия НИЗ.

Таблица 3. Эффективность рекомендаций

Диетологические рекомендации/политика	Исходы НИЗ	Воздействие
Испанские диетологические рекомендации (61)	Ожирение, абдоминальное ожирение	Сокращение степени вероятности развития ожирения на 14%, на основе измерения индекса массы тела (только у мужчин); более низкая степень вероятности развития абдоминального ожирения у мужчин и женщин
Шведские диетологические рекомендации (62)	Явления со стороны сердечно-сосудистой системы	Сокращение риска возникновения на 32% у мужчин и на 27% у женщин

Таблица 3. (продолжение)

Диетологические рекомендации/политика	Исходы НИЗ	Воздействие
NNR (63)	Ишемическая болезнь сердца	Более низкий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности по сравнению с обычным датским рационом питания (2,77 ммоль/л против 3,04 ммоль/л)
Скандинавские диетологические рекомендации (64)	Атеросклероз	Невыполнение приводит к повышенному уровню нездорового питания и риску развития атеросклероза

2.1 Какие инициативы и меры политики на национальном или субнациональном уровнях, основанные на использовании СЗД и СКД, рекомендуются к внедрению или внедряются в Европейском регионе ВОЗ?

В Европейском регионе ВОЗ, за исключением стран Северной Европы, общее число мер политики, программ и инициатив, основанных на использовании СЗД и СКД, на национальном и субнациональном уровнях было довольно низким. В результате обзора было обнаружено, что ДРППП на основе средиземноморской и скандинавской диет существуют в 13 странах Региона (Бельгия (65), бывшая югославская Республика Македония (86), Дания (67), Греция (74), Исландия (75), Испания (82), Кипр (66), Мальта (80), Норвегия (81), Турция (87), Финляндия (69,70), Швеция (84), Эстония (68)). С целью дополнения этих программ или пропаганды СЗД/СКД, восемь стран (Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Мальта, Норвегия, Финляндия и Швеция) проводят соответствующие программы, кампании, соревнования, внедряют специальную маркировку пищевых продуктов или размещают соответствующую информацию на правительственных веб-сайтах (таблицы 1 и 2). Наднациональные



рекомендации и информация о СЗД также представлена на веб-сайте Фонда по изучению средиземноморской диеты (35).

Эти результаты можно разбить на следующие три категории: ориентированные на конкретную страну рекомендации, проводимые в отдельных странах мероприятия, а также региональные инициативы. В рамках каждой из этих категорий существуют сходства и различия относительно способов внедрения СЗД и СКД; целевого населения, для которого предназначены рекомендации и мероприятия; необходимых для их осуществления ресурсов; а также платформ, через которые ведется пропаганда этих диет или их внедрение.

2.1.1 Рекомендации, ориентированные на конкретную страну

Диетологические рекомендации - основное средство пропаганды использования СЗД и СКД в разных странах (таблица 1). Степень интеграции этих двух диет в такие рекомендации, а также их целевая аудитория различаются в зависимости от страны. Тем не менее можно проследить наличие трех общих факторов:

- рекомендации направлены на здоровое население в целом;
- в основе рекомендаций, связанных с СКД, лежат NNR 2012 г.;
- рекомендации, связанные с СЗД, не ссылаются на общий документ.

Рекомендации собраны на веб-сайте «Диетологические рекомендации по потреблению пищевых продуктов» ФАО (90) с функцией поиска по стране и региону; однако не существует единой платформы, на которой были бы собраны особые рекомендации, касающиеся двух диет в отдельности.

2.1.2 Проводимые в отдельных странах мероприятия

Фактические данные о применении ДРППП в рамках отдельных для конкретной страны мероприятий имелись только по Израилю, Ирландии, Мальте и странам Скандинавского региона (таблица 1). В их число входили одна кампания (Мальта) (79), соревнование (Израиль) (77), программы школьного питания (Финляндия и Швеция) (71, 85), а также представленная онлайн информация (Ирландия) (76); однако не все из них основаны на национальных ДРППП с учетом СЗД или СКД. Использование ДРППП - не единственный способ включения СЗД или СКД в национальные стратегии: в странах могут осуществляться различные инициативы или программы, основанные на этих двух диетах, но при этом могут

отсутствовать аналогичные ДРППП. Например, в Израиле и Ирландии проводятся мероприятия, основанные на принципах средиземноморской диеты, но национальных ДРППП на основе этой диеты не существует. Относительно этих мероприятий, за исключением школьных программ питания (пример из практики 2), можно сделать следующие основные выводы:

- Мероприятия, осуществляемые в отдельных странах, отличались более коротким сроком проведения (который был четко установлен) по сравнению с инициативами, проводимыми в масштабах всего Региона.
- Информация об этих мероприятиях не поддавалась систематическому поиску, т.к. для извлечения данных требовалась навигация по многочисленным интернет-ссылкам. Информация о мероприятиях, проводимых в Израиле, Ирландии и на Мальте, была получена в результате введения избранных терминов в поле поиска на соответствующих веб-сайтах правительства и министерств здравоохранения этих стран.
- Необходимо также отметить, что эти мероприятия не являются (или не являлись) фундаментальными элементами проводимых на уровне страны инициатив, связанных с питанием.
- Большинство из них продвигались, по всей вероятности, исключительно в режиме онлайн.

В примере из практики 2 показано, каким образом можно интегрировать в политику о здоровом питании основанные на скандинавской диете ДРППП. В этих программах учитываются как доказательства пользы скандинавской диеты для здоровья людей, так и ее культурная значимость. Можно также отслеживать масштабы выполнения программ при помощи плановых инспекций и оценок. Основное различие между школьными программами Финляндии и Швеции и мероприятиями Израиля, Ирландии и Мальты состоит в том, что при осуществлении последних существует необходимость мотивировать отдельных лиц самим искать их и принимать в них участие. Школьная программа является обязательной в масштабе всей страны, поэтому от отдельных лиц требуется прилагать минимальные усилия, чтобы воспользоваться ее преимуществами.

Пример из практики 2. Шведские школьные обеды

В Швеции предоставление бесплатных школьных обедов является обязательным компонентом продовольственной политики, предусмотренной в законе об образовании. В недавно внесенных в закон поправках уточняется, что школьные обеды должны быть питательными и должны соответствовать шведским диетологическим рекомендациям/NNR.

Выполнению данной инициативы и оценке ее результатов содействуют имеющиеся в открытом доступе национальные рекомендации и инструменты. К ним относятся национальные диетологические рекомендации (84); NNR (58); «Здоровое школьное питание: рекомендации для начальных и средних школ, а также центров отдыха молодежи» Национального агентства по вопросам продовольствия (85); инструмент оценки, представленный на веб-сайте SkolmatSverige (91); проверки, проводимые Шведской школьной инспекцией (*Skolinspektionen*).

Рекомендации

Шведское национальное агентство по вопросам продовольствия разработало добровольные рекомендации для начальных и средних школ, а также центров отдыха молодежи, с целью обеспечения здорового питания и культивации здоровых привычек. Основное внимание в этих рекомендациях уделяется безопасности, вкусовым характеристикам, питательным веществам, экологической устойчивости и качеству продуктов питания, а также воздействующим на них факторам окружающей среды; в них предусмотрены возможности для обеспечения интегрированного обучения, а также предлагаются оптимальные продукты питания для составления полноценного школьного меню. Многие из этих продуктов соответствуют критериям скандинавской маркировки «Замочная скважина».

Оценка результатов

Шведская школьная инспекция осуществляет проверку выполнения школами всех требований закона об образовании. Школьная администрация может сама проводить оценку предоставления и качества школьных обедов при помощи веб-сайта SkolmatSverige (91). Этот инструмент был разработан Каролинским институтом и

Пример из практики 2. (продолжение)

Стокгольмским окружным советом по поручению Шведской ассоциации местных органов власти и регионов и Шведского национального института общественного здравоохранения при содействии Шведского совета по сельскому хозяйству. Он основан на рекомендациях Национального агентства по вопросам продовольствия; при его помощи можно оценить конкретные продукты питания, их питательные качества, безопасность и экологическую устойчивость, организацию питания, а также внутреннюю организационную структуру и политику. В 2013 г. им воспользовались 26% шведских школ (92).

Культура и инновации

Бесплатные школьные обеды предоставляются в Швеции уже более 60 лет и могут считаться неотъемлемой частью шведской культуры питания (93). За это время основная цель предоставления обедов сместилась с устранения проблемы недостаточного питания детей на борьбу с ожирением и другими НИЗ. Эта стратегия также рассматривается как переход к тому, чтобы семья и школа несли общую ответственность за развитие здоровых привычек питания у детей и обеспечение надлежащего питания. Теперь в Швеции родители могут загрузить специальное приложение для мобильного телефона - Skolmaten - при помощи которого они могут ознакомиться со школьным меню и спланировать соответствующим образом питание дома.

2.1.3 Региональные инициативы

В странах Северной Европы СКД пропагандируется при помощи программ межстранового сотрудничества, а также инновационных механизмов рекламы и поощрения (таблица 2). Основные наблюдения:

- в инициативах ярко выражена их региональная направленность;
- инициативы специально разрабатываются для местного населения на уровне страны;
- информация о необходимых для их проведения финансовых средствах и других ресурсах легко поддавалась поиску и находилась в открытом доступе (см. примеры из практики 1 и 3);
- несмотря на доступность информации онлайн, трудно сделать комплексный и централизованный обзор, содержащий самые свежие



данные, всех региональных инициатив (прошлых, нынешних и будущих);

- в рамках большинства мероприятий пропагандировались NNR или Манифест новой скандинавской кухни;
- вопросы укрепления здоровья не всегда выступали в качестве главного мотива проведения инициатив, связанных со СКД; к другим движущим факторам также относились развитие культуры и туризма.

Проект межстранового сотрудничества «Замочная скважина», к реализации которого подключены различные сектора (напр., сектор промышленности, обеспечения безопасности продуктов питания, здравоохранения и торговли), является ярким примером многосекторального взаимодействия, направленного на улучшение рациона питания населения (пример из практики 3). В примере из практики 1, в котором охвачены страны с уже установленными рекомендациями на основе СЗД или СКД или с традиционным местным рационом питания, основанном на принципах использования этих двух диет, подчеркивается инновационный и привлекательный способ повышения интереса к этим диетам среди многочисленных групп населения, в том числе широкой общественности, сельскохозяйственного сектора, гастрономического сообщества, представителей бизнес-кругов и местных новаторов. Необходимо также отметить, что кроме вопросов укрепления здоровья, культурное и социальное сходство стран может содействовать экстраполяции имеющихся фактических данных и выступить в качестве платформы для сотрудничества. В Новой скандинавской продовольственной программе говорится, что в основе общей скандинавской политики лежат «схожие сектора социального обеспечения и здравоохранения, базирующиеся на ценностях скандинавской модели благополучия».

Пример из практики 3. Скандинавская маркировка пищевых продуктов «Замочная скважина»: легче сделать здоровый выбор

Маркировка пищевых продуктов «Замочная скважина» (<http://www.nokkelhullsmarket.no>) облегчает соблюдение национальных диетологических рекомендаций и NNR в странах Северной Европы (94,95). Схожие рационы питания населения четырех стран Северной Европы, использующих данную схему маркировки (Дания, Исландия, Норвегия и Швеция), содействовали выполнению этой совместной инициативы, первоначально разработанной в Швеции.

Пример из практики 3. (продолжение)

С момента ее создания учитывались присущие разным странам особенности, и постоянно обновлялись критерии маркировки. «Замочная скважина» также дает торговые преимущества, т.к. отмеченные этим знаком продукты получают трансграничную унификацию.



Характеристики маркировки «Замочная скважина»

Данный знак выделяет более здоровые варианты продуктов из товарной группы. В них должно содержаться меньше соли и сахара, больше здоровых жиров, цельного зерна и клетчатки, чем в сопоставимых товарах. Использование знака «Замочная скважина» осуществляется на бесплатной и добровольной основе, однако ответственность за обеспечение соответствия несет производитель. Другие характеристики включают:

цель: содействовать здоровому питанию населения, облегчая выбор более здоровых продуктов;

задачи: обеспечить информированность общественности о маркировке «Замочная скважина»; повышать мотивацию потребителей покупать продукты, отмеченные этим знаком; поощрять пищевую промышленность изменять состав продуктов питания/разрабатывать более здоровые продукты и всячески содействовать их распространению;

целевое население: население Дании, Исландии, Норвегии и Швеции;

преследуемые результаты: потребителям легче выбирать более здоровые продукты питания при помощи знака «Замочная скважина»; потребители активно используют знак «Замочная скважина» в качестве гида при приобретении товаров; производители маркируют все товары, соответствующие критериям «Замочной скважины», меняют состав продуктов и разрабатывают новые продукты, соответствующие этим критериям; объемы продаж товаров со знаком «Замочная скважина» растут;

подход: на уровне скандинавских стран регулярно проводятся совещания между представителями органов власти для разработки

Пример из практики 3. (продолжение)

и внедрения общих критериев; на национальном уровне страны уведомляют Европейский союз о нормативно-правовых актах относительно «Замочной скважины», ведется постоянный диалог с представителями пищевой промышленности, проводятся кампании в СМИ и осуществляется мониторинг;

ресурсы: управление здравоохранения и Управление по безопасности пищевых продуктов Норвегии совместно выделяли по 1,5 эквивалента полной занятости ежегодно для разработки и внедрения схемы маркировки «Замочная скважина»;

персонал: управление по безопасности пищевых продуктов Норвегии отвечает за законодательство в отношении данной маркировки; Управление здравоохранения отвечает за установку критериев пищевой ценности продуктов, а также за связь с потребителями и производителями;

мониторинг и оценка: результаты анализируются при помощи опросов и данных о продажах; собранные за 5 лет данные показали, что 98% взрослого населения знают о схеме и 30% учитывают маркировку, выбирая товары при покупке;

целесообразность: из государственного бюджета ежегодно выделяются федеральные средства на внедрение маркировки и информирование общественности (в том числе, на разработку веб-сайта, слогана, рекламы по телевизору, брошюр); пищевая промышленность также выделяет финансовые средства на пропаганду маркировки;

возможность передачи: схему переняли в четырех странах Северной Европы.

2.2 Существуют ли доказательства эффективности мер для противодействия НИЗ?

Примеры изучения воздействия мер политики, основанных на использовании СЗД и СКД, были найдены только по трем странам: Испания, Норвегия и Швеция. В четырех исследованиях, вошедших в настоящий обзор

(таблица 4) (61-64), проводится оценка влияния на НИЗ национальных руководящих принципов, рекомендаций или пищевых пирамид, основанных на одной из этих диет (таблица 3). Вместе они представляют примеры легко адаптируемого инструментария и методов оценки эффективности диетологических рекомендаций, основанных на использовании СЗД и СКД.

Таблица 4. Параметры найденных исследований об эффективности влияния диетологических мероприятий на исходы НИЗ

Участники	Методы	Результаты
6717, в возрасте 35–69 лет (77% женщин)	Балл содержащихся в испанской пищевой пирамиде (ИПП) рекомендаций относительно 12 пищевых групп, физической активности и потребления алкоголя. Ожирение определяется как индекс массы тела >30 кг/м ² , абдоминальное ожирение - охват талии >102 см (мужчины) или >88 см (женщины). Для оценки отношения рисков (ОР) ожирения применялась логическая регрессия по квинтилям и по росту на 10 пунктов уровня соответствия баллу ИПП, с учетом потенциальных искажающих факторов	Рост уровня соответствия баллу ИПП на 10 пунктов был связан с понижением вероятности ожирения на 14% у мужчин (ОР, 0,86; 95% ДИ, 0,79–0,94). Общая вероятность абдоминального ожирения снижалась на 12% при росте уровня соответствия на 10 пунктов (ОР, 0,88; 95% ДИ, 0,84–0,93). Эффект от более строгого соблюдения был сильнее среди физически неактивных людей: у мужчин (ОР при росте на 10 пунктов, ·79; 95% ДИ, 0,68–0,92); у женщин (ОР при росте на 10 пунктов, 0,89; 95% ДИ, 0,84–0,95)
17 126, в возрасте 44–74 лет (59% женщин)	Участники когортного исследования популяционного уровня, проведенного в Мальмо (Швеция) и посвященного изучению взаимосвязи питания и онкологических заболеваний, разбивались на категории в соответствии с низким (0-1), средним (2-3) или высоким (4-6) индексом качества питания (ИКП). Регрессия Кокса (модель пропорциональных рисков) применялась для представления связи между категориями ИКП и риском возникновения явления со стороны сердечно-сосудистой системы с учетом потенциальных искажающих факторов	У женщин с высоким ИКП наблюдалось 27% сокращение риска возникновения явлений со стороны сердечно-сосудистой системы (КМР, 0,73; 95% ДИ, 0,59–0,91); у мужчин с высоким ИКП - 32% сокращение риска возникновения явлений со стороны сердечно-сосудистой системы (КМР, 0,68; 95% ДИ, 0,49–0,73)

Таблица 4. (продолжение)

Участники	Методы	Результаты
21 (52% женщин)	На протяжении двух недель здоровые участники исследования средней возрастной группы придерживались диеты с низким содержанием жиров и высоким содержанием клетчатки (на основе NNR), а также диеты с высоким содержанием жиров (на основе обычного датского рациона питания). Непосредственно перед и после каждого диетного периода участники сдавали анализ крови, который проверялся на предмет наличия маркеров ишемической болезни сердца. Данные анализировались с применением непараметрических статистических методов из-за неравномерного распределения показателей крови	Соблюдение рекомендуемой СКД с низким содержанием жиров и высоким содержанием клетчатки привело к пониженному уровню холестерина липопротеинов низкой плотности (сокращение на 0,31 ммоль/л; 95% ДИ, 0,17–0,39) и холестерина липопротеинов высокой плотности (сокращение на 0,17 ммоль/л; 95% ДИ, 0,09–0,23) и более высокому уровню триглицеридов (повышение на 0,12 ммоль/л; 95% ДИ, 0,24–0,07); а также к сокращению склонности к развитию атеросклероза и образованию тромбов.
1986, в возрасте 9-13 лет: 177 с диабетом 1-го типа и 1809 членов контрольной группы	Участники записывали потребляемые продукты питания в предварительные закодированные дневники в течение четырех дней	Процентная доля энергии, полученной из жиров, в том числе насыщенных жиров животного происхождения у детей с диабетом 1-го типа была в среднем ниже рекомендуемых норм, но выше по сравнению с контрольной группой

ДИ: доверительный интервал; ИКП: индекс качества питания; КМР: коэффициент моментного риска; ОР: отношение рисков; ИПП: испанская пищевая пирамида

2.2.1 Испанские диетологические рекомендации

В пищевой пирамиде и диетологических рекомендациях Испании (82) продвигаются три ключевые идеи традиционной средиземноморской диеты (61): (i) потребление полезных жиров (содержащихся в таких продуктах, как рыба, орехи, оливковое масло); (ii) потребление большого количества злаковых, предпочтительно цельнозерновых культур; (iii) потребление пяти порций фруктов и овощей каждый день.

Благодаря использованию бальной системы испанской пищевой пирамиды (пересмотренный вариант 2004 г.) для оценки результатов опроса о

соблюдении рекомендаций (96), Molina-Montes et al. пришли к выводу, что последние могут выступать в качестве эффективного инструмента профилактики ожирения в странах, где наблюдается рост показателей избыточного веса населения. Строгое выполнение рекомендаций было связано с более низкими показателями ожирения (индекс массы тела: $>30 \text{ кг/м}^2$), включая абдоминальное ожирение (окружность талии: $>102 \text{ см}$ для мужчин, $>88 \text{ см}$ для женщин), которые являются ключевыми факторами риска возникновения ССЗ, диабета и некоторых онкологических заболеваний.

2.2.2 Шведские диетологические рекомендации

Шведские национальные диетологические рекомендации основаны на NNR 2012 г., при этом в них учитываются особенности культуры питания Швеции, а также способность местных потребителей выполнять эти рекомендации (62). В них подчеркиваются следующие три основные идеи: (i) потребление большего количества ягод, рыбы, фруктов, орехов, зерен, моллюсков и овощей; (ii) переход на цельнозерновые культуры, полезные для здоровья жиры (т.е. рапсовое масло) и молочные продукты с низким содержанием жиров; (iii) ограниченное потребление красного мяса и мясных полуфабрикатов, а также соли, сахара и алкоголя.

В работе под авторством Hlebowicz et al. используется индекс качества питания (известный как DQI-SNR), основанный на шведских рекомендациях по здоровому питанию 2005 г. (SNR (97)) и шведских диетологических рекомендациях, с целью определить взаимосвязь между высококачественным рационом питания (основанном на шведских диетологических рекомендациях) и явлениями ССЗ (инфаркт миокарда с не смертельным или смертельным исходом, ишемический инсульт, смерть в результате ишемической болезни сердца) (62). Результаты исследования показали, что высококачественный рацион питания может сократить риск возникновения явлений ССЗ (на 32% у мужчин и 27% у женщин).

2.2.3 Скандинавские диетологические рекомендации и NNR

В рамках NNR пропагандируется разнообразное питание, в том числе потребление большого количества ягод, рыбы, фруктов, цельнозерновых продуктов и овощей и ограниченного количества мясных полуфабрикатов, красного мяса, соли и сахара. В Норвегии диетологические рекомендации для общего населения также рекомендуются для детей и подростков с диабетом 1-го типа. В работе под авторством Overby et al. указывается на то,



что несоблюдение рекомендаций по правильному питанию скандинавских стран (т.е. высокий уровень потребления насыщенных жиров животного происхождения и низкий уровень потребления клетчатки, фруктов и овощей) повышает риск развития атеросклероза у пациентов, страдающих НИЗ (диабетом) (64). В 1994 г. в работе Marckmann et al. было продемонстрировано, что назначение диеты, основанной на NNR 1989 г., содействует первичной и вторичной профилактике ишемической болезни сердца (63). Результаты этих двух вместе взятых исследований указывают на то, что выполнение стратегий, основанных на использовании СКД, содействует профилактике и лечению НИЗ.

2.3 Влияют ли действующие меры политики и программы, основанные на использовании СКД или СЗД, на национальные показатели НИЗ?

В таблице 5 приводятся профили НИЗ и фактические данные об эффективности мер политики для противодействия НИЗ для каждой страны, в которой действуют меры политики, программы или мероприятия на национальном или субнациональном уровне, найденные в рамках проведения данного обзора. Степень эффективности большинства существующих мер политики, программ и мероприятий, основанных на использовании СЗД и СКД, для противодействия НИЗ в Европейском регионе ВОЗ еще не изучена. Учитывая высокие показатели смертности от НИЗ в этих странах и во всем Регионе, результаты указывают на то, что одно лишь существование мер политики, программ и мероприятий не гарантирует эффективность профилактики и борьбы с НИЗ.

Таблица 5. Данные о НИЗ по странам, в которых проводятся меры политики и программы, основанные на использовании СЗД или СКД

Страна	Население (n)	Показатель смертности от НИЗ (%) ^a	Общее число случаев смерти от НИЗ (n) ^b	Риск преждевременной смертности от целевых НИЗ (%)	Доказательства эффективности для противодействия НИЗ
Средиземноморье^c					
Греция	11 218 000	94	113 000	12	Нет
Испания	46 398 000	92	363 000	10	Да ^d
Кипр	1 161 000	91	7 000	11	Нет
Скандинавия					
Дания	5 689 000	90	44 000	12	Да ^e
Исландия	330 000	90	1 000	8	Да ^e
Норвегия	5 200 000	87	35 000	10	Да ^e
Финляндия	5 482 000	93	48 000	10	Да ^e
Швеция	9 764 000	89	80 000	9	Да ^e
Другие					
Бельгия	11 288 000	86	94 000	12	Нет
Бывшая югославская Республика Македония	2 079 000	95	19 000	22	Нет
Израиль	8 065 000	86	36 000	9	Нет
Ирландия	4 700 000	90	27 000	10	Нет
Мальта	428 000	90	3 000	10	Нет
Турция	78 271 000	88	392 000	17	Нет
Эстония	1 315 000	93	13 000	17	Нет

^a На основе показателей смертности по всем причинам 2015 г.

^b Рассчитывается при соотношении показателей смертности от НИЗ к общей численности населения.

^c В этот раздел вошли только страны, СЗД которых внесена в Репрезентативный список нематериального культурного наследия человечества Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры.

^d Испанские диетологические рекомендации (82).

^e Рекомендации по правильному питанию скандинавских стран 2012 г. (58).

Источник: на основе WHO (2017) (8).



3. ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Сильные и слабые стороны обзора

Ни в одном предыдущем обзоре не осуществлялся систематический сбор мер политики и программ, основанных на использовании СЗД и СКД, или анализ их эффективности для противодействия НИЗ в Европейском регионе ВОЗ. Настоящий доклад основан на широкомасштабном обзоре научной и «серой» литературы, а также документах о мерах политики, находящихся в открытом доступе в Интернете.

Одной из сильных сторон настоящего обзора является отсутствие ограничений относительно языка и даты публикации, что позволило провести обширный поиск на правительственных веб-сайтах всех 53 государств-членов. В результате поиска было найдено 15 стран с разными демографическими и политическими характеристиками, в национальные ДРППП которых входили рекомендации СЗД и СКД. Одна из слабых сторон - это то, что используя заданные термины поиска, авторы могли пропустить меры политики, программы и мероприятия, пропагандирующие отдельные аспекты СЗД и СКД, такие как инициативы по повышению потребления фруктов и овощей. Чтобы устранить эту проблему были добавлены менее специфические термины поиска, такие как «местный» и «традиционный». Однако авторам было трудно с точностью определить, соответствовали ли принципам СЗД и СКД найденные при помощи этих терминов диеты. Еще одной слабой стороной было то, что в группу рецензентов входили только носители английского и русского языков, что могло ограничить процессы поиска «серой» литературы, извлечения данных и толкования найденных документов с использованием программы Google Translate, а также анализ результатов (напр., информация о мероприятиях, ориентированных на конкретную страну, не опубликованная на английском или русском языках). Важно также отметить, что авторы настоящего обзора не осуществляли поиск доказательств выполнения мероприятий, а также не изучали вопрос использования результатов оценки. Поэтому неясно каким образом выполнялись мероприятия и выполнялись ли вообще, а также использовались ли результаты оценки их эффективности для улучшения текущих программ.

Самой главной слабой стороной анализа эффективности мероприятий было небольшое число найденных исследований. Удалось найти лишь четыре исследования, проведенных в трех странах, а именно, в Испании, Норвегии

и Швеции. Это выступает ограничительным фактором для обобщения результатов обзора в Европейском регионе ВОЗ, отличающемся большим разнообразием входящих в него стран. Поэтому нельзя было установить степень воздействия мер политики, основанных на использовании СЗД и СКД, за пределами стран их происхождения или в районах с самым высоким бременем НИЗ.

3.2 Политика в области здорового питания и применение фактических данных

С годами основной акцент диетологических рекомендаций сместился с вопросов недостаточного питания, надлежащих норм потребления и качества продуктов к предоставлению более комплексных советов относительно питания, а в некоторых случаях относительно здорового образа жизни (в том числе физической активности) для сокращения факторов риска развития НИЗ (59). СЗД и СКД можно рассматривать как всеохватывающие подходы, которые основываются не только на принципах здорового питания. Существуют многочисленные возможности для передачи и принятия моделей СЗД и СКД как внутри одной страны, так и между разными странами. В 13 из 15 стран, в которых осуществляются меры политики, программы и мероприятия, диетологические рекомендации были основаны на СЗД или СКД; это может послужить базой для их принятия в странах, в которых диетологические рекомендации либо отсутствуют, либо нуждаются в обновлении. В качестве примера для повышения уровня принятия рекомендаций в других странах можно привести более комплексную мальтийскую систему, в которую входят отдельные для потребителей и специалистов рекомендации, визуальное представление здоровой СЗД и кампании расширения общественной осведомленности (пример из практики 4). В некоторых странах национальные рекомендации основаны на фактических данных, полученных при изучении групп населения со схожими демографическими характеристиками и профилями заболеваний. Например, диетологические рекомендации в Норвегии, Финляндии, Швеции и Эстонии основаны на NNR, а в Норвегии было продемонстрировано, что меры национальной политики по здоровому питанию применимы как к здоровому, так и нездоровому населению, и подходят как для профилактики, так и для лечения НИЗ. Разрабатывая национальные диетологические руководящие принципы и рекомендации, правительства могут обеспечить распространение последовательной



информации, основанной на фактических данных, среди населения в целом, а также среди отдельных лиц и организаций, работающих в области просвещения по вопросам питания и в смежных сферах. Изменить модели питания трудно, но существует больше шансов на успех, когда в работе по улучшению питания учитывается культурный контекст здоровья и существующие кулинарные традиции. Основанный на фактических данных дискурс крайне важен, но недостаточен для того, чтобы изменить культурно обусловленные режимы питания.

Пример из практики 4. Диетологические рекомендации для взрослого населения Мальты (в возрасте 19-65 лет)

Действующие в настоящее время мальтийские диетологические рекомендации были опубликованы в 2016 г. в соответствии с политикой и планом действий в области питания и продовольствия Мальты (2015-2020 гг.) (98). Рекомендации основаны на средиземноморской диете и образе жизни и представлены в двух форматах: справочный документ для специалистов просвещения по вопросам питания (диетологические рекомендации для взрослого населения Мальты (80)); и буклет с рекомендациями для потребителей (Здоровое питание по-средиземноморски!) (99). Рекомендации для потребителей краткие, четкие, яркие и включают в себя практические советы, в то время как рекомендации для специалистов представлены в форме более обширного документа. Помимо этих ресурсов визуально эти рекомендации также представлены на рисунке «Здоровая тарелка: гид питания на протяжении всей жизни» (см. рис. ниже).

Во время Европейского дня борьбы с ожирением 2016 г. Управление по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний Мальты объявило о начале проведения кампании «Здоровый вес на всю жизнь: средиземноморская диета» (на телевидении, радио, в социальных сетях и цифровых СМИ) с целью привлечения внимания к вопросам профилактики ожирения и борьбы с ним (79,100). Вместе эти ресурсы и мероприятия содействуют продвижению СЗД на Мальте. Благодаря проведению майской кампании 2016 г. также можно проследить, как диетологические рекомендации могут влиять на разработку мероприятий по укреплению здоровья, а также какие стратегии можно осуществлять для их пропаганды.

Пример из практики 4. (продолжение)

Здоровая тарелка: диетологические рекомендации для взрослого населения Мальты



Источник: Maltese Parliamentary Secretariat for Health (2016) (80).

3.3 Мониторинг и оценка

Для проведения оценки и обеспечения понимания воздействия мер политики и связанных с питанием мероприятий необходимы целевые показатели и механизмы SMART, чтобы определить будущую деятельность в этой области (101). До настоящего времени в большинстве стран не разработаны системы или инструменты оценки качества рациона питания, пропагандируемого в национальных диетологических рекомендациях (61), или же степени эффективности этих рекомендаций для противодействия НИЗ. Этим можно объяснить существование небольшого числа исследований, посвященных изучению эффективности политики, в частности по СЗД и СКД, в научной литературе. Несмотря на некоторые различия, во всех диетологических рекомендациях, найденных в Регионе, пропагандируются такие аспекты СЗД и СКД, как разнообразное питание, включающее здоровые



жиры и большое количество овощей и фруктов. Возможно, что выполнение отдельных рекомендаций, не основанных непосредственно на использовании СЗД и СКД, приносит такую же пользу для здоровья, как и меры политики, пропагандирующие СЗД и СКД, но вследствие недостаточного числа фактических данных нельзя утверждать, что эти меры политики влияют на исходы НИЗ.

3.4 Рамочные основы в поддержку основанных на использовании СЗД и СКД мер политики, программ и инициатив

Направления, по которым лица, вырабатывающие политику, могут активизировать деятельность по выполнению и расширению масштабов мероприятий, связанных с СЗД и СКД, подчеркиваются в трех рамочных основах. К ним относится Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. (10); механизм NOURISHING (102); и сеть INFORMAS International Network for Food and Obesity/noncommunicable diseases Research, Monitoring and Action Support [Международная сеть по поддержке научных исследований, мониторинга и деятельности в области питания и борьбы с ожирением/неинфекционными заболеваниями] (103). Из них Европейский план действий является наиболее актуальным для настоящего доклада.

В процессе проведения настоящего обзора авторы обнаружили, что рекомендации и меры политики, основанные на использовании СЗД и СКД, могут содействовать достижению целей Плана действий (как показано на рис. 1). Проведение политики и инициатив в области питания, соответствующих ДРППП на основе СЗД и СКД, могут содействовать обеспечению здорового питания людей любого возраста в самых разнообразных местах и условиях, в том числе в школах, детских садах, яслях, больницах, домах престарелых, государственных учреждениях и на работе. Утвержденные законом программы школьных обедов в Финляндии и Швеции выступают примером практического применения национальных диетологических рекомендаций и NNR с целью улучшения питания детей. Эти программы, учитывающие основополагающие социальные и культурные принципы СКД (в том числе совместный прием пищи), показывают, что улучшение условий приема пищи может содействовать обеспечению полноценного питания. При отсутствии обязательных мер политики можно

проводить кампании по повышению информированности общественности в конкретных условиях, такие как израильские рекомендации для родителей школьников относительно СЗД (см. таблицу 1) **(100)**.

У Директората по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний Мальты есть страница в Фейсбуке (facebook.com/HPDPMalta), на которой пропагандируется здоровый образ жизни в рамках таких мероприятий, как кампания СЗД 2016 г. «Здоровый вес на всю жизнь» (пример из практики 4) **(79,100)**. Благодаря своему широкому охвату населения социальные сети (Фейсбуком ежедневно пользуются 1,28 млрд людей **(104)**) и мобильные приложения (в 2016 г. во всем мире было скачано 149,3 млрд мобильных приложений **(105)**) могут содействовать выбору более здоровых продуктов питания и моделей потребления, соответствующих здоровому рациону питания. Зачастую пользоваться этими платформами можно бесплатно, но в настоящее время к их помощи в этой сфере прибегают редко. Приложение для мобильных телефонов FoodSwitch, разработанное The George Institute и запущенное в Австралии, Индии, Китае, Новой Зеландии, Соединенном Королевстве и Южной Африке, помогает покупателям перейти на более здоровое питание путем выбора более здоровых продуктов **(106)**. В его дополнительные функции входит возможность отбора продуктов в соответствии с различными особенностями здоровья (напр., FatSwitch, GlutenSwitch, SaltSwitch, SugarSwitch), что может быть использовано для расширения работы по изучению того, может ли это приложение служить в качестве примера эффективного продвижения СЗД и СКД с помощью современных технологий.

Использование маркировки пищевых продуктов, такой как «Замочная скважина» **(89)**, также помогает потребителям выбрать более здоровые продукты и создает стимулы для производителей менять состав продуктов, делая их более полезными. В странах со схожими моделями питания СЗД и СКД помогают привлечь внимание к вопросам укрепления общеправительственного и межстранового сотрудничества и обеспечения согласованной политики в области питания. СЗД и СКД были признаны здоровыми и, в некоторой степени, экоустойчивыми диетами, как подчеркивается в Манифесте новой скандинавской кухни. Такое двойное преимущество представляет беспрюигрышный вариант для лиц, вырабатывающих политику, стремящихся содействовать укреплению здоровья людей и повышению экологической устойчивости жизнедеятельности человека, что предельно важно для достижения ЦУР.



Наконец, в Плане действий подчеркивается эффективное использование имеющихся данных при формировании политики, в том числе посредством применения знаний на практике. Примеры такого применения знаний на практике можно найти в странах Северной Европы, которые налаживают обмен опытом, передовыми методами работы и ресурсами через онлайн-платформы (напр., nordicnutrition.org). Это в очередной раз подчеркивает утверждение, что страны, в которых были приняты диетологические рекомендации и меры политики на основе СЗД и СКД, должны обеспечивать их применение и продвижение. Посредством распространения информации об установившейся практике многие страны в Европейском регионе ВОЗ могут принимать или адаптировать в соответствии со своими нуждами стратегии, направленные на укрепление здоровья населения. Для достижения этой цели также необходимо наличие общей платформы для сбора, хранения и обмена информацией об этих мероприятиях, а также проведение соответствующей оценки. На веб-сайте о диетологических рекомендациях ФАО по потреблению пищевых продуктов представлена подходящая для этого модель (73).

3.5 Варианты проведения политики и их результаты

Начиная с 1992 г. ФАО и ВОЗ содействуют широкому распространению концепции ДРППП по «пропаганде подходящих рационов питания и здорового образа жизни» (107). Сегодня определение оптимального рациона питания для профилактики заболеваний и выделение на эти нужды средств, а также разработка подходящей и практической идеологии по вопросам питания, основанной на фактических данных, по-прежнему представляет определенные трудности для лиц, вырабатывающих политику.

Информация о пользе для здоровья СЗД и СКД хорошо задокументирована и может быть представлена в руководящих принципах и политике по вопросам продовольствия и питания, при этом степень их воздействия на НИЗ можно отслеживать и анализировать в соответствии с упорядоченными рекомендациями ВОЗ (108) и отдельных стран (напр., Испании; см. раздел 2.2.1). Желательно, чтобы механизмы мониторинга и оценки, а также планы разработки инициатив SMART, вырабатывались параллельно с руководящими принципами. В странах с уже разработанными ДРППП на основе СЗД и СКД важно обеспечить выполнение этих рекомендаций. Активизация деятельности

по расширению осведомленности и повышению уровня соблюдения СЗД и СКД может помочь обеспечить преемственность идей. Кроме того, необходимо четко обозначить, каким образом текущая деятельность в области питания дополняет или содействует продвижению ДРППП на основе СЗД и СКД. Более активное выполнение ДРППП среди целевого населения можно обеспечить, прибегая к инновационным и полезным для здоровья способам использования культурных и кулинарных традиций. По мере того, как в странах все чаще вводятся меры политики, направленные на пропаганду здорового рациона питания, а также рассматриваются меры по обеспечению экологической безопасности пищевых продуктов, например, относящиеся к стандартам школьного питания, маркетинговых ограничений или указания питательной ценности на лицевой стороне упаковки, может возникнуть необходимость в проведении официальных мероприятий по изучению, формированию и проверке предлагаемых критериев относительно ДРППП и приведения их в соответствие с СЗД или СКД. Это помогло бы продемонстрировать в политическом и культурном плане то, что предлагаемые меры и критерии учитывают как научные фактические данные, так и особенности традиционных рационов питания. Например, недавнее введение израильским правительством специальной маркировки пищевых продуктов, предупреждающей о содержании высокого уровня насыщенных жиров животного происхождения, соли и сахара (109, 110), соответствует рекомендациям СЗД по ограничению потребления таких продуктов. Уже существуют и готовы к внедрению региональные и глобальные механизмы для осуществления стратегического руководства и поддержки этой деятельности.

С целью дальнейшего расширения объемов инвестирования в области продвижения СЗД и СКД и привлечения внимания к этим диетам, налаживание сотрудничества между разными странами со схожими диетологическими и здравоохраняемыми моделями в вопросах выработки политики и постановки целей может содействовать росту как числа, так и эффективности мер политики на основе СЗД и СКД, как показывает пример сотрудничества стран Скандинавского региона. Кроме того, налаживание обмена информацией о результатах оценки через совместные платформы могло бы предоставить возможность странам со схожими демографическими характеристиками и профилями заболеваний принимать и увязывать с конкретными условиями эффективные способствующие укреплению здоровья меры политики для борьбы с нездоровым питанием,



которое является основным поддающимся изменению фактором риска возникновения заболеваний.

Меры политики и программы, основанные на использовании СЗД и СКД, также можно было бы оценивать с точки зрения их соответствия культурным традициям и объемам усилий, затрачиваемых отдельными лицами на их выполнение. Основу государственных стратегий здравоохранения должны составлять мероприятия, требующие от отдельных лиц минимальной затраты усилий (111), а в контексте рациона питания они также должны учитывать особенности культуры и традиций. Это поможет лицам, вырабатывающим политику, обеспечить максимальное соответствие политики в области питания особенностям местной культуры, а также избежать продвижения чужеродных для определенных групп населения моделей, которые не будут ими приняты. Чтобы обеспечить эффективность и актуальность национальных диетологических рекомендаций для различных групп населения, также полезно понять риск возникновения заболеваний в зависимости от объема усилий, которые должны принимать отдельные лица. На рис. 3 представлены примеры определения степени адресного воздействия и объемов требуемых усилий в рамках диетологических мероприятий, связанных с питанием и борьбой с ожирением (111).

Основные предлагаемые для рассмотрения варианты политики включают:

- рассмотреть имеющиеся диетологические рекомендации, основанные на использовании СЗД и СКД, с целью принятия новых или укрепления существующих мер политики в области питания;
- изучить и начать применение легко адаптируемого инструментария и методов оценки, а также результатов оценки при помощи совместной общедоступной платформы;
- осуществлять мониторинг и оценку эффективности мер политики и инициатив, основанных на применении СЗД и СКД, для противодействия НИЗ, а также содействовать проведению функциональных научных исследований для оптимизации и расширения масштабов применения инициатив;
- изучить совместные межстрановые подходы к пропаганде СЗД и СКД, применяемые странами со схожими культурно-социальными характеристиками и профилями болезней, для привлечения внимания к вопросам укрепления общеправительственного и межстранового

сотрудничества и проведения последовательной политики в области питания;

- учитывать культурный контекст здоровья и существующие кулинарные традиции при формулировании и внедрении мер политики, основанных на применении СЗД или СКД.

В приложении 2 перечисляются инструменты и ресурсы, которые могут пригодиться для выполнения предлагаемых в настоящем докладе рекомендаций, особенно относительно разработки, применения, мониторинга и оценки руководящих принципов обеспечения здорового питания на основе СЗД и СКД. В приложении 3 приводится словарь терминов.

Рис. 3. Мероприятия, связанные с питанием и борьбой с ожирением в разбивке по риску возникновения заболеваний и объему требуемых усилий от отдельных лиц



Затрата усилий отдельных лиц для получения пользы от мероприятий

Источник: Adams et al. (2016) (11).

4. ВЫВОДЫ

Несмотря на небольшое число имеющихся фактических данных о пользе для здоровья мер политики, основанных на использовании СЗД и СКД, на национальном и субнациональном уровнях, в настоящем обзоре представлены важные примеры для дальнейшего проведения исследований, разработки мер политики и применения их на практике. Нездоровое питание является одним из основных факторов риска развития НИЗ, которые сопряжены с огромными затратами сектора здравоохранения и экономики в целом в странах Европейского региона ВОЗ. В результате многие страны разработали и внедрили национальные и местные программы и меры политики по правильному питанию, некоторые из которых основаны на полезных для здоровья СЗД и СКД и в основном представлены в форме диетологических рекомендаций. Однако эти рекомендации не всегда трансформируются в общенациональные программы и мероприятия, основанные на использовании СЗД и СКД, а оценка их эффективности для противодействия НИЗ проводится редко. Поэтому предлагается осуществлять деятельность по следующим трем направлениям: (i) учитывать научные фактические данные о СЗД и СКД при формировании политики по вопросам питания; (ii) проводить мониторинг и оценку мер политики по вопросам продовольствия и питания, уделяя при этом особое внимание результатам в отношении здоровья населения; (iii) наладить обмен информацией о результатах оценки как внутри отдельных стран, так и между разными странами. Страны со схожими моделями питания и культурным наследием обладают большими преимуществами для налаживания сотрудничества по этим трем направлениям работы. Страны Северной Европы (Дания, Исландия, Норвегия, Финляндия и Швеция) применяют совместный региональный подход в рамках более широкого Региона, направленный на улучшение рациона питания, сокращение экологического вреда производства и потребления пищевых продуктов, повышение устойчивости мероприятий и содействие достижению ЦУР. Страны средиземноморского бассейна могли бы последовать их примеру, налаживая сотрудничество по совместной постановке целей, их выполнению и оценке результатов с целью улучшения рациона питания населения путем повторного инвестирования и связи с традиционными диетами и практикой. Выделение инвестиций в разработку рекомендаций по применению СЗД на региональном уровне (по аналогии с NNR), которые могут быть приняты на страновом уровне и адаптированы с учетом особенностей конкретной



страны, может содействовать активизации такого сотрудничества. Несмотря на существование большего числа научных фактических данных о пользе для здоровья СЗД, в результате настоящего обзора было найдено больше программ/мероприятий/мер политики, основанных на применении СКД в Регионе. Исследование причин(-ы) этого явления не является предметом данного обзора, но может пролить свет на вопросы, касающиеся культурного контекста здоровья.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Noncommunicable diseases progress monitor. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Неинфекционные заболевания. Основные факты. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, по состоянию на 11 октября 2018 г.).
3. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г.
4. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011 г.
5. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г.
6. Глобальная система мониторинга по НИЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/ru/, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
7. Sustainable Development Goals. In: Sustainable Development Knowledge Platform. New York: United Nations; 2017 (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>, accessed 2 March 2017).
8. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
9. О политике Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
10. Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (EUR/RC64/R7).
11. Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе: доклад о ходе работы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г.
12. GBD Compare. In: Institute for Health Metrics and Evaluation [website]. Seattle (WA): University of Washington; 2016 (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, accessed 6 December 2016).
13. News. In: Nutrition [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. (http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/news?root_node_selection=52666, accessed 10 November 2017).

- 
14. Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
 15. Десятилетие действий ООН по проблемам питания. В документе: Семидесятая сессия Генеральной Ассамблеи ООН, Нью-Йорк, 15-28 сентября 2015 г. (пункт №15 повестки дня, A70/L.42; <http://www.un.org/ru/ga/70/presskit/agenda.shtml>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
 16. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766–81.
 17. The case for investing in public health. A public health summary report for EPHO 8. Geneva: World Health Organization; 2014.
 18. Global nutrition report 2015: actions and accountability to advance nutrition and sustainable development. Washington (DC): International Food Policy Research Institute; 2015.
 19. Gushulak B, Weekers J, Macpherson D. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerg Health Threats J*. 2009;2:e10.
 20. Миграция и здоровье: ключевые вопросы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.eurowho.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
 21. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet*. 386(10006):1861–914.
 22. Friel S, Bowen K, Campbell-Lendrum D, Frumkin H, McMichael AJ, Rasanathan K. Climate change, noncommunicable diseases, and development: the relationships and common policy opportunities. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:133–47.
 23. Springmann M, Mason-D'Croz D, Robinson S, Garnett T, Godfray HC, Gollin D et al. Global and regional health effects of future food production under climate change: a modelling study. *Lancet*. 2016;387(10031):1937–46.
 24. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г.
 25. Здоровое питание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (Информационный бюллетень №394; <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
 26. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92(5):1189–96.

27. Adamsson V, Reumark A, Fredriksson IB, Hammarström E, Vessby B, Johansson G et al. Effects of a healthy Nordic diet on cardiovascular risk factors in hypercholesterolaemic subjects: a randomized controlled trial (NORDIET). *J Intern Med.* 2011;269(2):150–9.
28. Kanerva N, Kaartinen NE, Rissanen H, Knekt P, Eriksson JG, Saaksjarvi K et al. Associations of the Baltic Sea diet with cardiometabolic risk factors: a meta-analysis of three Finnish studies. *Br J Nutr.* 2014;112(4):616–26.
29. Lacoppidan SA, Kyrø C, Loft S, Helnæs A, Christensen J, Hansen CP et al. Adherence to a healthy Nordic food index is associated with a lower risk of type-2 diabetes: the Danish Diet, Cancer and Health Cohort Study. *Nutrients.* 2015;7(10):8633–44.
30. Poulsen SK, Due A, Jordy AB, Kiens B, Stark KD, Stender S et al. Health effect of the New Nordic Diet in adults with increased waist circumference: a 6-mo randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(1):35–45.
31. Kanerva N, Rissanen H, Knekt P, Havulinna AS, Eriksson JG, Männistö S. The healthy Nordic diet and incidence of type 2 diabetes: 10-year follow-up. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;106(2):e34–7.
32. Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong TYN, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Med.* 2014;12(1):112.
33. Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr.* 1995;61(6 Suppl):1402S–6S.
34. Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, Martínez-González MÁ, Ibarrola-Jurado N, Basora J et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the Mediterranean diet. Results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care.* 2011;34(1):14–19.
35. Mediterranean diet pyramid: a lifestyle for today. Barcelona: Mediterranean Diet Foundation; 2017 (<https://dietamediterranea.com/en/nutrition/>, accessed 12 December 2017).
36. Mediterranean diet: Cyprus, Croatia, Spain, Greece, Italy, Morocco and Portugal. Inscribed in 2013 (8.COM) on the Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2017 (<http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/mediterranean-diet-00884>, accessed 10 November 2017).
37. Schwingshackl L, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cancer Med.* 2015;4(12):1933–47.
38. Singh B, Parsaik AK, Mielke MM, Erwin PJ, Knopman DS, Petersen RC et al. Association of Mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis.* 2014;39(2):271–82.

39. Grosso G, Mistretta A, Frigiola A, Gruttadauria S, Biondi A, Basile F et al. Mediterranean diet and cardiovascular risk factors: a systematic review. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2014;54(5):593–610.
40. García-Fernández E, Rico-Cabanas L, Rosgaard N, Estruch R, Bach-Faig A. Mediterranean diet and cardiometabolic risk: a review. *Nutrients.* 2014;6(9):3474.
41. Gonzalez CA, Riboli E. Diet and cancer prevention: contributions from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Eur J Cancer.* 2010;46(14):2555–62.
42. Alcalay RN, Gu Y, Mejia-Santana H, Cote L, Marder KS, Scarmeas N. The association between Mediterranean diet adherence and Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2012;27(6):771–4.
43. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013;368(14):1279–90.
44. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Appel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ et al. AHA dietary guidelines: revision 2000 – a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Circulation.* 2000;102(18):2284–99.
45. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol.* 1986;124(6):903–15.
46. Tong TYN, Wareham NJ, Khaw K-T, Imamura F, Forouhi NG. Prospective association of the Mediterranean diet with cardiovascular disease incidence and mortality and its population impact in a non-Mediterranean population: the EPIC–Norfolk study. *BMC Med.* 2016;14(1):135.
47. Esposito K, Maiorino MI, Ceriello A, Giugliano D. Prevention and control of type 2 diabetes by Mediterranean diet: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;89(2):97–102.
48. Esposito K, Maiorino MI, Ciotola M, Di Palo C, Scognamiglio P, Gicchino M et al. Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009;151(5):306–14.
49. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, Shahar DR, Witkow S, Greenberg I et al. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med.* 2008;359(3):229–41.
50. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ.* 2008;337:a1344.
51. Kanerva N, Kaartinen NE, Schwab U, Lahti-Koski M, Männistö S. The Baltic Sea Diet Score: a tool for assessing healthy eating in Nordic countries. *Public Health Nutr.* 2014;17(8):1697–705.

52. Mithril C, Dragsted LO, Meyer C, Blauert E, Holt MK, Astrup A. Guidelines for the New Nordic Diet. *Public Health Nutr.* 2012;15(10):1941–7.
53. The delicious and healthy New Nordic Diet. Copenhagen: Ministry of Food Agriculture and Fisheries of Denmark; 2012.
54. New Nordic cuisine. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2008.
55. The New Nordic Food Manifesto. In: Nordic Co-operation [website]. Copenhagen: The Nordic Council; 2017 (<http://www.norden.org/en/theme/ny-nordisk-mad/the-new-nordic-food-manifesto>, accessed 6 March 2017).
56. Uusitupa M, Hermansen K, Savolainen MJ, Schwab U, Kolehmainen M, Brader L et al. Effects of an isocaloric healthy Nordic diet on insulin sensitivity, lipid profile and inflammation markers in metabolic syndrome: a randomized study (SYSDIET). *J Intern Med.* 2013;274(1):52–66.
57. Brader L, Uusitupa M, Dragsted LO, Hermansen K. Effects of an isocaloric healthy Nordic diet on ambulatory blood pressure in metabolic syndrome: a randomized SYSDIET substudy. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(1):57–63.
58. Nordic nutrition recommendations 2012: integrating nutrition and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2014.
59. Разработка и практическое применение диетологических рекомендаций, сформулированных применительно к продуктам питания: доклад объединенного консультативного совещания экспертов FAO/ВОЗ. Никосия: Всемирная организация здравоохранения/Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН; 1998 г.
60. Культура имеет значение: учет культурных контекстов здоровья при выработке политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (Аналитический обзор №1).
61. Molina-Montes E, Uzhova I, Molina-Portillo E, Huerta JM, Buckland G, Amiano P et al. Adherence to the Spanish dietary guidelines and its association with obesity in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)–Granada study. *Public Health Nutr.* 2014;17(11):2425–35.
62. Hlebowicz J, Drake I, Gullberg B, Sonestedt E, Wallström P, Persson M et al. A high diet quality is associated with lower incidence of cardiovascular events in the Malmö diet and cancer cohort. *PLOS ONE.* 2013;8(8):e71095.
63. Marckmann P, Sandstrom B, Jespersen J. Low-fat, high-fiber diet favorably affects several independent risk markers of ischemic heart disease: observations on blood lipids, coagulation, and fibrinolysis from a trial of middle-aged Danes. *Am J Clin Nutr.* 1994;59(4):935–9.
64. Overby NC, Flaaten V, Veierod MB, Bergstad I, Margeirsdottir HD, Dahl-Jorgensen K et al. Children and adolescents with type 1 diabetes eat a more atherosclerosis-prone diet than healthy control subjects. *Diabetologia.* 2007;50(2):307–16.

65. Recommendations nutritionnelles pour la Belgique [Nutritional recommendations for Belgium]. Brussels: Superior Health Council of Belgium; 2016 (CSS 9285; in French).
66. Εθνικές Οδηγίες Διατροφής και Ασκήσης [National nutrition and exercise guidelines]. Νικوسία: National Nutrition Committee, Ministry of Health; 2007 (in Greek).
67. De officielle kostråd [Official dietary advice]. Copenhagen: Ministry of Agriculture and Fisheries; 2013 (in Danish).
68. Eesti toitumis- ja toidusoovitused [Estonian diet and nutrition recommendations]. Tallinn: National Institute for Health Development/Estonian Nutrition Science Society; 2006 (in Estonian).
69. Kuusipalo H, Määttänen-Bourke O, editors. Food for health: Finnish nutrition policy in action. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health/Ministry of Agriculture and Forestry; 2014.
70. Terveystä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2014 [Healthy food: Finnish nutrition recommendations 2014]. Helsinki: State Nutrition Advisory Board; 2014 (in Finnish).
71. School meals in Finland: investment in learning. Helsinki: Finnish National Board of Education; 2008.
72. Heart symbol: a better choice [website]. Helsinki: Syndänmerkki; 2017 (<https://www.sydanmerkki.fi/en>, 27 November 2017).
73. Well-being through nutrition: a guide for municipal decision-makers. Helsinki: National Nutrition Council, Ministry of Agriculture and Forestry; 2012.
74. Dietary guidelines for adults in Greece. Athens: Supreme Scientific Health Council, Ministry of Health and Welfare; 1999.
75. Ráðleggingar um mataraæði fyrir fullorðna og börn frá tveggja ára aldri [Recommendations about diet and nutrients]. Reykjavik: Department of Health; 2014 (<https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item25796/radleggingar-um-mataraedi-2015.pdf>, accessed 26 February 2017; in Icelandic).
76. Health A–Z. In: Health Service Executive [website]. Dublin: Health Service Executive; 2017 (<http://www.hse.ie/eng/health/az/>, accessed 27 November 2017).
77. Challenge Tender to help coping with obesity. Jerusalem: Ministry of Health; 2017 (https://www.health.gov.il/English/Services/Tenders/prob_tenders/Pages/obesity.aspx, accessed 26 February 2017).
78. Towards students' return to school, the Ministry of Health recommends the adoption of a balanced diet at schools and kindergartens. Jerusalem: Ministry of Health; 2016 (https://www.health.govil/English/News_and_Events/Spokespersons_Messages/Pages/31082016_6.aspx, accessed 10 November 2017).

79. A healthy weight for life. Valletta: Department of Information; 2016 (https://deputyprimeminister.gov.mt/en/Documents/National-Health-Strategies/hwl_en.pdf, accessed 10 November 2017).
80. Dietary guidelines for Maltese adults: information for professionals involved in nutrition education. Valletta: Parliamentary Secretariat for Health; 2016.
81. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet [Recommendations about diet, nutrition and physical activity] Oslo: Directorate of Health; 2014 (Report IS-2170; in Norwegian).
82. Come sano y muévete: 12 decisiones saludables [Eat healthy and move: 12 healthy choices]. Madrid: Spanish Agency for Food Safety and Nutrition; 2008 (in Spanish).
83. La alimentación de tus niños y niñas: nutrición saludable de la infancia a la adolescencia [Feeding your children: healthy nutrition from childhood to adolescence]. Madrid: Spanish Agency for Food Safety and Nutrition; 2010 (in Spanish).
84. Find your way to eat greener, not too much and to be active! Uppsala: Swedish National Food Agency; 2015.
85. Good school meals: guidelines for primary schools, secondary schools and youth recreation centres. Uppsala: Swedish National Food Agency; 2013.
86. Насоки за исхрана на населението во Република Македонија [Guidelines for feeding the population in the Republic of Macedonia]. Skopje: Institute of Public Health of the Republic of Macedonia; 2014 (in Macedonian).
87. Turkey-specific nutrition guide. Istanbul: Public Health Agency of Turkey, Ministry of Health; 2016.
88. The Keyhole: healthy choices made easy. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2010.
89. Health, food and physical activity: Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2006.
90. Food-based dietary guidelines [website]. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2017 (<http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/home/en/>, accessed 3 June 2017).
91. What is SkolmatSverige? In: SkolmatSverige [website]. Stockholm: Center for Epidemiology and Social Medicine; 2017 (<http://www.skolmatsverige.se/in-english>, accessed 3 March 2017).
92. School food policy. Country factsheets: Sweden. Brussels: European Commission; 2015.

- 
93. Persson Osowski C. The Swedish school meal as a public meal: collective thinking, actions and meal patterns [thesis]. Uppsala: Uppsala University; 2012.
94. DEDIPAC KH pan-European toolbox for development, evaluation and implementation. Keyhole labelling scheme: implementing a food labelling system, the Keyhole, to make healthier food choices easy. In: DEDIPAC Determinants of diet and physical activity [website]. Oslo: Norwegian Directorate of Health and Norwegian Food Safety Authority; 2016 (<https://www.dedipac.eu/toolbox/Keyhole%20labelling%20scheme%20-%20Implementing%20a%20food%20labelling%20system,%20the%20Keyhole,%20to%20make%20healthier%20food%20choices%20easy.html>, accessed 3 March 2017).
95. Information from the Norwegian Food Safety Authority and the Norwegian Directorate of Health: the Keyhole. Oslo: Norwegian Directorate of Health and Norwegian Food Safety Authority; 2010.
96. Serra-Majem L, Aranceta J, SENC Working Group. Guía de la alimentación saludable [The healthy food guide]. Madrid: Spanish Society of Community Nutrition; 2004.
97. Drake I, Gullberg B, Ericson U, Sonestedt E, Nilsson J et al. Development of a diet quality index assessing adherence to the Swedish nutrition recommendations and dietary guidelines in the Malmö diet and cancer cohort. *Public Health Nutr.* 2011;14(5):835–45.
98. Food and nutrition policy and action plan for Malta 2015–2020. Valletta: Parliamentary Secretariat for Health; 2014 (<https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/MLT%202015%20Food%20and%20Nutrition%20Policy%20and%20Action%20Plan.pdf>, accessed 10 November 2017).
99. Dietary guidelines for Maltese adults. Healthy eating the Mediterranean way! Valletta: Parliamentary Secretariat for Health; 2015.
100. European Obesity Day. Press release issued by the Health Promotion and Disease Prevention Directorate, 21 May 2016. Valletta: Department of Information; 2016 (<https://deputyprimeminister.gov.mt/en/health-promotion/documents/library/publications/pr161120.pdf>, accessed 10 November 2017).
101. Global nutrition report 2016. From promise to impact: ending malnutrition by 2030. Washington (DC): International Food Policy Research Institute; 2016.
102. Hawkes C, Jewell J, Allen K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related noncommunicable diseases: the NOURISHING framework. *Obes Rev.* 2013;14(suppl 2):159–68.
103. Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/noncommunicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. *Obes Rev.* 2013;14(suppl 1):1–12.

104. Statistics. In: Facebook newsroom [website]. Menlo Park (CA): Facebook; 2017 (<https://newsroom.fb.com/company-info/>, accessed 30 June 2017).
105. Statista. Dossier: mobile app usage. In: Dossier [website]. Hamburg: Statista; 2017.
106. FoodSwitch. Oxford: The George Institute for Global Health; 2017 (<https://www.georgeinstitute.org.uk/projects/foodswitch>, accessed 3 June 2017).
107. International Conference on Nutrition (ICN) final report of the conference. Geneva: World Health Organization; 1992 г.
108. WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. Geneva: World Health Organization; 2008 г.
109. Freeman E. Israel's healthy food revolution: shaping the food choices of the nation. Epsom: Leatherhead Food Research; 2017.
110. [Report of the Committee for Promotion of Healthy Nutrition.] Jerusalem: Ministry of Health; 2016 (in Hebrew; https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthydietcommittee_recommendation.pdf, accessed 18 December 2017).
111. Adams J, Mytton O, White M, Monsivais P. Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency. PLOS Med. 2016;13(4):e1001990.
112. Nordic prime ministers launch global initiative. 30 May 2017 In: Nordic Co-operation [website]. Copenhagen: The Nordic Council; 2017 (<http://www.norden.org/en/news-and-events/news/nordic-prime-ministers-launch-global-initiative>, accessed 9 June 2017).



ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

Поиск на веб-сайтах

Чтобы ответить на первую часть обобщающего вопроса о проводимых в настоящее время инициативах, мерах политики и программах, основанных на использовании СЗД и СКД, был осуществлен поиск на веб-сайтах. Поиск документов о рекомендуемых или внедряемых национальных мерах политики, инициативах и программах, включающих термины «средиземноморский» или «северный»/ «балтийский» / «скандинавский» осуществлялся на веб-сайтах правительств или министерств здравоохранения (при наличии таковых) 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ. Авторы доклада специально применяли широкие термины поиска, чтобы охватить как можно больше различных видов мероприятий, касающихся СЗД и СКД, в государствах-членах. Термины «средиземноморский», «северный», «балтийский» и «скандинавский» переводились на другие языки при помощи программы Google Translate для использования на неанглоязычных веб-сайтах. При этом к ключевым терминам поиска было добавлено слово «диета» (напр., «скандинавская диета»), чтобы обеспечить правильность перевода. Для средиземноморских (Греция, Испания, Италия, Кипр, Марокко, Португалия и Хорватия,) и скандинавских (Аландские острова, Дания, Гренландия, Исландия, Норвегия, Фарерские острова, Финляндия и Швеция) стран или регионов также использовались такие термины поиска, как «рацион питания коренных жителей», «местная диета», «национальная диета» и «традиционная диета», чтобы не упустить из виду основные документы, в которых не делается прямое упоминание средиземноморской или скандинавской диет. Кроме того, был осуществлен поиск мер политики, инициатив и программ, основанных на использовании СЗД и СКД, в поисковой системе Google и базах данных ВОЗ. При этом проводились консультации со специалистами по техническим вопросам Отдела по вопросам НИЗ и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ, с целью обнаружения основных документов и мероприятий, не найденных в процессе систематического поиска онлайн.

В результате поиска на веб-сайтах были идентифицированы документы из 15 стран, соответствующие критериям включения и исключения:

- **критерии включения:** явное упоминание терминов «средиземноморская диета» или «скандинавская диета» в имеющихся в открытом доступе правительственных документах или в ДРППП, основанных на СЗД или СКД;
- **критерии исключения:** документы, в которых ключевые термины поиска представлены только в библиографии или в которых СЗД или СКД упоминаются только для противопоставления их предмету изучения (напр., «в отличие от средиземноморской диеты»); а также документы, в которых упоминаются лишь незначительные аспекты этих диет (напр., употребление алкоголя во время приема пищи ассоциируется со «средиземноморской диетой»).

По каждому документу извлекалась и сводилась воедино информация о стране происхождения, типе диеты (СЗД или СКД), типе проводимых мероприятий, целевой аудитории, окружающей обстановке, а также название и описание документа.

Поиск в базе данных

Поиск в базе данных проводился для того, чтобы ответить на вторую часть обобщающего вопроса о подтверждении эффективности программ.

В ноябре 2016 г. в четырех базах данных (MEDLINE, EMBASE, Global Health и Web of Science) был проведен поиск научной рецензируемой литературы об эффективности мер политики, основанных на использовании СЗД и СКД, для противодействия НИЗ. При этом не было никаких ограничений относительно языка или даты публикации. В подходящих документах и исследованиях должны были охватываться мероприятия, меры политики или программы, основанные на использовании СЗД и СКД, на национальном или субнациональном уровнях, которые рекомендуются для внедрения или внедряются в Европейском регионе ВОЗ, и в которых изучается эффективность СЗД и СКД для противодействия НИЗ.

Два независимых рецензента проводили скрининг названий и аннотаций избранных документов, соответствовавших критериям включения и исключения:

- **критерии включения:** мероприятия по изучению исходов НИЗ на основе рационов питания, предписанных в соответствии с национальными ДРППП, в которых явно упоминаются СЗД и СКД; а также мероприятия, непосредственно основанные на использовании СЗД и СКД;
- **критерии исключения:** маломасштабные и пилотные мероприятия; исследования, в которых охватывается или изучается только один специфический компонент этих диет (напр., потребление оливкового масла); а также мероприятия, в которых не изучается степень влияния на исходы НИЗ.

Работы для скрининга делились поровну, при этом каждый рецензент также проводил 10%-ный двойной скрининг работ, рецензируемых коллегой. Третий рецензент проводил 10%-ный двойной скрининг всех работ. Все три рецензента проводили встречи для обсуждения и устранения каких-либо несогласий. Один рецензент отвечал за извлечение данных и оценку качества.

Из отобранных во время первоначального скрининга 4011 научных статей, 789 представленных на конференциях докладов и других документов, а также 10 книг и дипломных работ в процессе этого обзора эффективности были использованы четыре научные статьи после полного прочтения работ. Процесс отбора исследований показан на рис. А1 (1).

Оценка качества

Для оценки качества и уровня риска предвзятости была использована шкала Ньюкасл-Оттава, согласно рекомендациям Кокрановского сотрудничества (3) (таблицы А1.1–А1.3). Было рассчитано, что три исследования имеют низкий уровень риска предвзятости и одно - умеренный риск; таким образом, вместе взятые исследования отличались низко-умеренным риском предвзятости.

Термины поиска

Для поиска в базах данных были использованы следующие термины.

База данных Medline

((exp *Neoplasms/) OR (Cardiovascular diseases/pc) OR (heart diseases/ or exp myocardial ischemia/) OR (stroke/) OR (exp Lung Diseases, Obstructive/) OR

Рис. А1. Блок-схема обзора литературы из базы данных PRISMA.

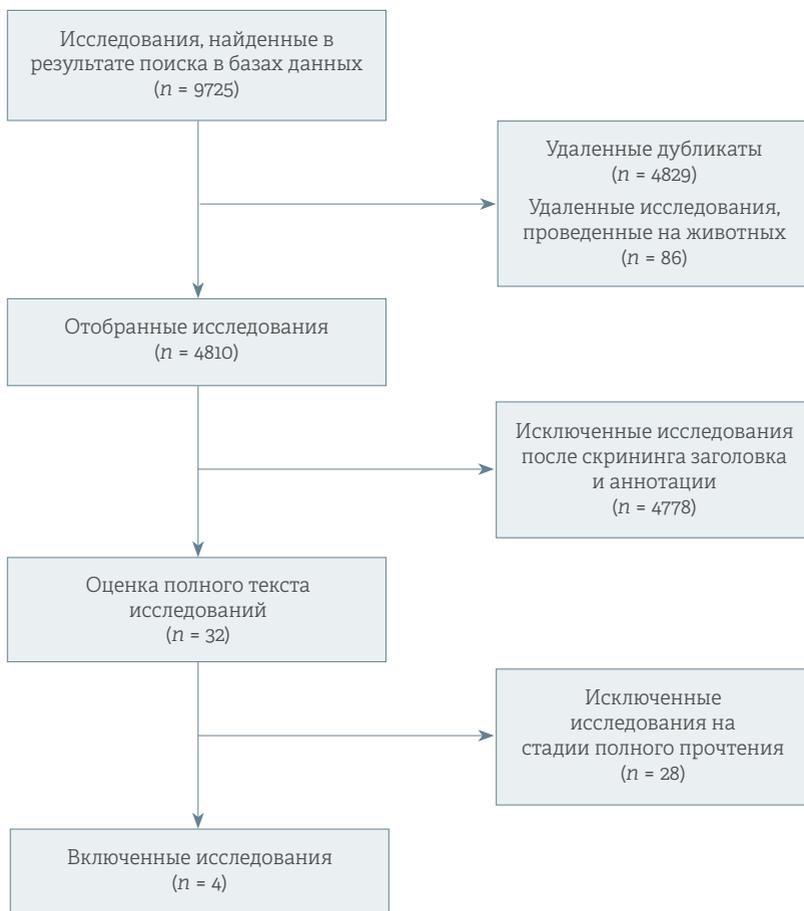


Таблица А1.1. Оценка качества^а рецензируемых статей: исследования методом случай-контроль

Оценочная категория	Балл ^б	
	Overby et al. (2007) (64)	Marckmann et al. (1994) (63)
Являются ли определения случаев заболевания адекватными?	1	1
Репрезентативность случаев	1	0
Подборка контрольных групп	1	0
Определение контрольных групп	1	1
Сопоставимость случаев и контрольных групп на основе модели/анализа	1	1
Определение воздействия	1	1
Доля неответивших	1	1
Общий балл	7	5
Категория ^с	Низкая	Средняя

^а С использованием модифицированной шкалы Ньюкасл-Оттава (2).

^б Балл 0, не достигнуто; 1, достигнуто.

^с Категория: высокая 0–2 баллов; средняя 3–5 баллов; низкая 6–8 баллов.

Таблица А1.2. Оценка качества^а рецензируемых статей: когортное исследование^б

Оценочная категория	Балл ^с
Репрезентативность когорты, подвергающейся воздействию	1
Подборка когорты, не подвергающейся воздействию	1
Определение воздействия	1
Демонстрация того, что соответствующий итоговый результат не присутствовал вначале исследования	1
Сопоставимость когорт на основе модели или анализа	1
Оценка итогового результата	1
Прошло ли достаточно времени для появления итоговых результатов при последующем наблюдении	1
Адекватность когорт для последующего наблюдения	1
Общий балл	8
Категория ^д	Низкая

^а С использованием модифицированной шкалы Ньюкасл-Оттава (2).

^б Hlebowicz et al. (2013) (4).

^с Балл: 0, не достигнуто; 1, достигнуто.

^д Категория: высокая, 0–2 баллов; средняя, 3–5 баллов; низкая, 6–8 баллов.

Таблица А1.3. Оценка качества^а рецензируемых статей: поперечное исследование^б

Оценочная категория	Балл ^с
Репрезентативность подборки	1
Размер подборки	1
Нереспонденты	1
Определение воздействия	1
Сопоставимость объектов в разных группах исходов (контроль искажающих факторов)	1
Оценка исхода	1
Статистический тест является подходящим	1
Общий балл	7
Категория ^д	Низкая

^а С использованием модифицированной шкалы Ньюкасл-Оттава (2).

^б Molina-Montes et al. (2014) (5).

^с Балл: 0, не достигнуто; 1, достигнуто.

^д Категория: высокая, 0–2 баллов; средняя, 3–5 баллов; низкая, 6–8 баллов.

((Diabetes Mellitus, Type 2/ OR Diabetes Mellitus/) OR (Chronic Disease/) OR (exp Obesity/) OR (Hypertension/) OR (exp Hyperlipidemias/) OR ((cancer* or diabet* or asthma* or copd or chronic bronchitis or emphysema* or cvd or stroke).ti,ab.) OR (((chronic obstructive lung or chronic obstructive pulmonary or chronic lung or chronic pulmonary or cardiac or myocardi* or heart or coronary or isch?emi* or cardiovascular or cardio-vascular or cvd) adj disease*).ti,ab.) OR (((chronic or noncommunicable or non-communicable) adj disease).ti,ab.) OR ((overweight or obes* or hypertens* or hypercholesterol* or high cholesterol* or hyperlipid*).ti,ab.)) AND ((Diet, Mediterranean/) OR ((mediterranean adj diet?).ti,ab.) OR (((nordic or scandinavian or baltic) adj diet?).ti,ab.))

База данных Embase

((cardiovascular diseases/ or heart disease/ or vascular disease/ or cerebrovascular disease/) OR (exp ischemic heart disease/ or exp myocardial disease/) OR (Heart Failure/) OR (cerebrovascular accident/) OR (non insulin dependent diabetes mellitus/) OR (chronic obstructive lung disease/) OR (exp *Neoplasm*) OR ((cancer* or diabet* or asthma* or copd or chronic bronchitis or emphysema* or cvd or stroke).ti,ab.) OR (((chronic obstructive lung or chronic obstructive pulmonary or chronic lung or chronic pulmonary or cardiac or myocardi* or

heart or coronary or isch?emi* or cardiovascular or cardio-vascular or cvd) adj2 disease*.ti,ab.) OR (((chronic or noncommunicable or non-communicable) adj disease).ti,ab.) OR ((overweight or obes* or hypertens* or hypercholesterol* or high cholesterol* or hyperlipid*).ti,ab.)) AND ((Mediterranean diet/) OR ((mediterranean adj2 diet?).ti,ab.) OR (((nordic or scandinavian or baltic) adj2 diet?).ti,ab.))

База данных Global Health

((cardiovascular diseases/ or heart diseases/ or vascular diseases/ or cerebrovascular disorders/) OR (exp cardiomyopathy/) OR (stroke/) OR (type 2 diabetes/) OR (chronic obstructive pulmonary disease.sh.) OR (exp Cancer/) OR ((cancer* or diabet* or asthma* or copd or chronic bronchitis or emphysema* or cvd or stroke).ti,ab.) OR (((chronic obstructive lung or chronic obstructive pulmonary or chronic lung or chronic pulmonary or cardiac or myocardi* or heart or coronary or isch?emi* or cardiovascular or cardio-vascular or cvd) adj2 disease*.ti,ab.) OR (((chronic or noncommunicable or non-communicable) adj disease).ti,ab.) OR ((overweight or obes* or hypertens* or hypercholesterol* or high cholesterol* or hyperlipid*).ti,ab.)) AND (((mediterranean adj2 diet?).ti,ab.) OR (((nordic or scandinavian or baltic) adj2 diet?).ti,ab.))

База данных Web of Science

((TI=(((cardiovascular or cardio-vascular) NEAR/3 disease*)) OR TI=(((coronary or heart or myocard*) NEAR/3 disease*)) OR TI=(((ischaemic or ischemic or ischaemia or ischemia) NEAR/3 disease*)) OR TI=("myocardial infarct*") OR TI=(((cerebrovascular or vascular) NEAR/3 disease*)) OR TI=(stroke) OR TI=("heart failure") OR (TI=(diabet*) OR TI=((niddm or t2dm or tiidm))) OR (TI=(((chronic NEAR/2 (lung or pulmonary))) OR TI=(copd)) OR (TI=(((neoplasm* or cancer*)))) AND ((TS=(mediterranean NEAR/2 diet*) OR (TS=((nordic or scandinavian or baltic) NEAR/2 diet*))))))

Библиография

1. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264–9.
2. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M et al. The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Montreal: McGill University; 2000.

3. Higgins JP, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, version 5.1.0. London: The Cochrane Collaboration; 2011.
4. Hlebowicz J, Drake I, Gullberg B, Sonestedt E, Wallström P, Persson M et al. A high diet quality is associated with lower incidence of cardiovascular events in the Malmö diet and cancer cohort. *PLOS ONE*. 2013;8(8):e71095.
5. Molina-Montes E, Uzhova I, Molina-Portillo E, Huerta JM, Buckland G, Amiano P et al. Adherence to the Spanish dietary guidelines and its association with obesity in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)–Granada study. *Public Health Nutr*. 2014;17(11):2425–35.



ПРИЛОЖЕНИЕ 2. РЕСУРСЫ, КОТОРЫЕ ПРИЗВАНЫ ПОМОЧЬ ВНЕДРЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ОБЗОРЕ

Инструментарий ВОЗ для внедрения, мониторинга и оценки мер политики по здоровому рациону питания

A school policy framework focusing on diet and physical activity (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/SPF-en-2008.pdf>)

Implementation research in health: a practical guide (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/>)

Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf)

Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide (http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthydietguide2012_emro/en/)

Report of joint WHO/World Economic Forum event on prevention of noncommunicable diseases in the workplace (http://www.who.int/dietphysicalactivity/WHOWEF_report_JAN2008_FINAL.pdf)

Reports of WHO technical meetings on reducing salt intake in populations and on marketing of foods and non-alcoholic beverages to children (http://www.who.int/dietphysicalactivity/Salt_Report_VC_april07.pdf, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf>)

Technical report on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf)

Technical report on obesity: preventing and managing the global epidemic (http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)

Технический доклад о разработке и практическом применении диетологических рекомендаций, сформулированных применительно к продуктам питания (http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/WHO_TRS_880/ru/)

The WHO global infobase (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/en/)

The WHO/FAO framework for promoting fruit and vegetables at national level (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>)

The WHO STEPwise approach to surveillance of noncommunicable diseases (STEPS) and the Global School-based Student Health Survey (GSHS) surveillance and monitoring tools (http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_framework_dec03.pdf, <http://www.who.int/ncds/surveillance/global-school-student-survey/en/>)

Европейский план действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/294475/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-ru.pdf?ua=1)

Руководство для стран по мониторингу и оценке осуществления Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators/ru/>)

Инструментарий отдельных стран и по отдельным руководящим принципам

2004 revised version of the Spanish food pyramid score (1)

Diet quality index (known as DQI-SNR) based on the 2005 SNR and the Swedish dietary guidelines (2)

Nordic nutrition recommendations 2012 (3)

Programme National Nutrition Santé Guideline Score: components and scoring criteria (4)



Дополнительные полезные ресурсы

Food based dietary guidelines in the WHO European Region (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150083/E79832.pdf)

Mediterranean diet pyramid. На английском, арабском, баскском, галисийском, греческом, испанском, итальянском, каталонском, португальском и французском языках (<http://dietamediterranea.com/en/nutrition/>)

Веб-сайт ФАО о руководящих принципах правильного питания на основе имеющихся продуктов (<http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/home/ru/>)

Библиография

1. Serra-Majem L, Aranceta J, SENC Working Group. Guía de la alimentación saludable [The healthy food guide]. Madrid: Spanish Society of Community Nutrition; 2004.
2. Drake I, Gullberg B, Ericson U, Sonestedt E, Nilsson J et al. Development of a diet quality index assessing adherence to the Swedish nutrition recommendations and dietary guidelines in the Malmö diet and cancer cohort. *Public Health Nutr.* 2011;14(5):835–45.
3. Nordic nutrition recommendations 2012: integrating nutrition and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2014.
4. Estaquio C, Kesse-Guyot E, Deschamps V, Bertrais S, Dauchet L, Galan P et al. Adherence to the French Programme National Nutrition Santé Guideline Score is associated with better nutrient intake and nutritional status. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(6):1031–41.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Диетологические рекомендации по потреблению пищевых продуктов (ДРППП). Рекомендации, которые даются всему населению относительно продуктов питания, групп продовольственных товаров и моделей питания с целью обеспечения потребления всех необходимых питательных веществ, содействующих укреплению здоровья и профилактике хронических заболеваний; они предназначены для определения основ государственной политики в области продовольствия, питания, здравоохранения и сельского хозяйства, а также образовательных программ по вопросам питания для поощрения здорового питания и образа жизни (2).

Индекс здорового питания. Мера измерения качества рациона питания, при помощи которой можно оценить степень соблюдения диетологических рекомендаций (3).

Исследование EPIC. Проспективное когортное исследование с участием 521 000 человек из 23 центров десяти западноевропейских стран (1).

Исследование PREDIMED. Многоцентровое, односторонне слепое, рандомизированное клиническое исследование, проведенное 16 группами исследователей в семи сообществах Испании в период с 2003 г. по 2011 г. с целью оценки эффективности средиземноморской диеты для первичной профилактики ССЗ и смертности (4).

Библиография

1. About EPIC. In: EPIC study [website]. Lyon: International Agency for Research on Cancer/World Health Organization: 2017 (<http://epic.iarc.fr/about/background.php>, accessed 6 January 2017).
2. Food-based dietary guidelines [website]. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2017 (<http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/home/en/>, accessed 21 December 2017).
3. The healthy eating index. Washington (DC): United States Department of Agriculture; 1995 (https://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/healthy_eating_index/HEI89-90report.pdf, accessed 26 November 2017).
4. PREDIMED [website]. (<http://www.predimed.es/definicion.html>, accessed 21 December 2017).

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Адрес эл. почты: eurocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 9789289053679



9 789289 053679 >