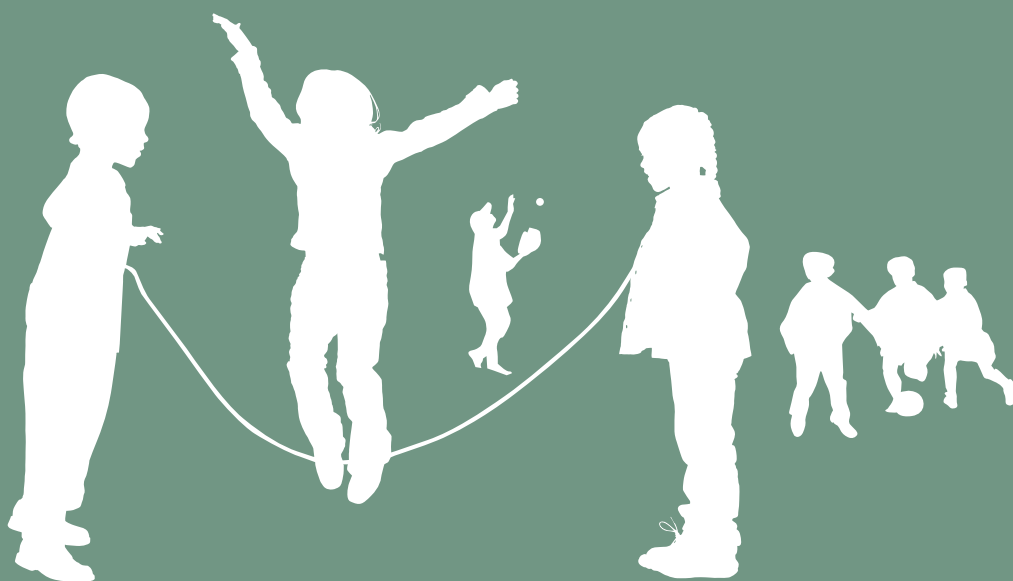




Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения



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

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

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

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



ЕВРОПА

Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения

Под редакцией :

Francesco Branca, Haik Nikogosian
и Tim Lobstein

WHO Library Cataloguing in Publication Data

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

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

ISBN 978 92 890 4408 0 (print)

ISBN 978 92 890 4409 7 (ebook)

(NLM Classification : WD 210)

ISBN 978 92 890 4408 0

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по ад-ресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Крометого,запроснадокументацию,информациюповопросамздравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайнном режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© **Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.**

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	vi
Лица, внесшие вклад в подготовку данной публикации	vii
Список сокращений	x
<i>Предисловие</i>	xii
1. Избыточная масса тела и ожирение в настоящее время: распространенность и тенденции.....	1
2. Воздействие ожирения на здоровье	22
3. Экономические последствия ожирения	31
4. Физическая активность, сидячий образ жизни, физическая подготовка и ожирение	39
5. Рацион питания как один из детерминантов ожирения	52
6. Влияние питания в раннем возрасте на развитие ожирения	63
7. Рационы питания в Европе.....	74
8. Микросредовые детерминанты рациона питания.....	88
9. Факторы макросреды, определяющие потребление продуктов питания	106
10. Маркетинг продовольственных товаров	132
11. Детерминанты физической активности на уровне макро- и микросреды	164
12. Социально-экономическое неравенство по ожирению в Европе: актуальные вопросы и политические выводы	180
13. Действия и стратегии, направленные на профилактику ожирения	207
14. Экономические инструменты снижения потребления продуктов питания с высокой энергетической плотностью	236
15. Действия и направления политики, способствующие повышению физической активности.....	250
16. Планирование и разработка стратегии профилактики ожирения	271
17. Профилактика ожирения: выбор наилучшего инвестирования	286
18. Привлечение заинтересованных сторон.....	292
19. Мониторинг и оценка политики и программ	299
20. Национальные стратегии в Европейском регионе	312
21. Реализация стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью: анализ глобального прогресса.....	331
22. Эффективное лечение: база фактических данных по лечению избыточного веса и ожирения ..	341
23. Политика по проблеме ожирения: дальнейшие этапы работы.....	354
Приложение 1. Недавние обзоры по профилактике ожирения.....	367

Выражение признательности

Мы благодарны W. Philip T. James (Международная целевая группа по ожирению, Лондон, Соединенное Королевство) и Kaare R. Norum (Университет г. Осло, Норвегия) за общие рекомендации в отношении научного содержания этой книги; Shubhada Watson (Фактические данные о потребностях здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ) за оценку качества представленных в публикации данных и помощь авторам в подготовке резюме; и Garden Tabacchi (Университет г. Палермо, Италия) за общую редакторскую поддержку в доработке окончательного варианта книги.

Мы также благодарны рецензентам технического содержания отдельных глав, а именно: Jonathan Bask (Генеральный директор здравоохранения и защиты прав потребителей, Европейская комиссия, г. Брюссель, Бельгия), Leena Eklund (Сеть фактических данных о здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ), Wilfried Kamphausen (Генеральный директор здравоохранения и защиты прав потребителей, Европейская комиссия, Люксембург), Egan Jonsson (Университет г. Альберта, Канада), Brian Martin (Федеральное бюро спорта, Магглинген, Швейцария), Bente Klarlund Pedersen (Больница Национального университета, Копенгаген, Дания), Claudio Politi (Финансирование систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ), Pekka Puska (Национальный институт общественного здравоохранения, Хельсинки, Финляндия) и Antonia Trichoroulou (Сотрудничающий центр ВОЗ по образованию в области питания, медицинская школа Афинского университета, Греция). Мы также хотим поблагодарить тех, кто внес свой вклад в работу над отдельными главами: Luise Bendixen (Колледж питания и здоровья университета Suhr's, Копенгаген, Дания), Elizabeth Johannesson (Университет г. Лунд, Швеция), Ulrike Keller (Венский университет, Австрия), Chris Roberts (Управление укрепления здоровья, Правительство Уэльской ассамблеи, Кардифф, Уэльс, Соединенное Королевство), Patricia Romero (Наваррский университет, Памплона, Испания), Annemarie van den Neuvel (Маахтрихтский университет, Нидерланды), и Alison Markwick, Anne Magnus, Mike Ackland, Max de Courten, Helen Mavoia, Andrea Sanigorski, Peter Kremer, Robert Scragg, Jan Pryor (ACE-проект по борьбе с ожирением, Мельбурн, Австралия).

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

Francesco Branca, Haik Nikogosian и Tim Lobstein

Лица, внесшие вклад в подготовку данной публикации

Ayodola Anise

Исследовательская группа Левина, Фоллс-Чёрч, Вирджиния, Соединенные Штаты Америки

Tim Armstrong

Хронические заболевания и укрепление здоровья, штаб-квартира ВОЗ

Colin Bell

Дикинский университет, Джилонг, Австралия

Wanda Bemelman

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Vassiliki Benetou

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

Finn Berggren

Академия физической культуры и спорта Герлев, Слеелсе, Дания

Lena Björck

Шведская национальная администрация по пищевым продуктам, Уппсала, Швеция

Roar Blom

Неинфекционные заболевания и образ жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ

Hendriek Boshuizen

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Francesco Branca

Питание и продовольственная безопасность, Европейское региональное бюро ВОЗ

Vanessa Candeias

Хронические заболевания и укрепление здоровья, штаб-квартира ВОЗ

Margherita Caroli

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

Rob Carter

Экономика здравоохранения, Дикинский университет, Мельбурн, Австралия

Kath Dalmeny

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

Mikael Fogelholm

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

Clifford Goodman

Исследовательская группа Левина, Фоллс-Чёрч, Вирджиния, Соединенные Штаты Америки

Filippa von Haartman

Шведский национальный институт общественного здравоохранения, Стокгольм, Швеция

Michelle Haby

Департамент социального обеспечения, правительство Виктории, Мельбурн, Австралия

Richard Heijink

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

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

Alan A. Jackson
Саутгемптонский университет, Соединенное Королевство

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

Sonja Kahlmeier
Транспорт и здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Cécile Knai
Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Peter Kopelman
Университет Восточной Англии, Норвич, Соединенное Королевство

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

Brian Martin
Федеральное бюро спорта, Магглинген, Швейцария

Marjory Moodie
Дикий университет, Мельбурн, Австралия

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

Haik Nikogosian
Отдел программ здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ

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

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

Pekka Oja
Каролинский институт, Худдинге, Швеция

Jean-Michel Oppert
Университет Пьера и Марии Кюри, Париж, Франция

Johan Polder
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен,
Нидерланды

Joceline Pomerleau
Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Francesca Racioppi
Транспорт и здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ

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

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

Harry Rutter
Юго-Восточная обсерватория общественного здравоохранения, Оксфорд, Соединенное Королевство

Liselotte Schäfer Elinder
Шведский национальный институт общественного здравоохранения, Стокгольм, Швеция

Jaap C. Seidell
Свободный университет Амстердама, Нидерланды

Anne Simmons
Дикинский университет, Гилонг, Австралия

Michael Sjöström
Каролинский институт, Худдинге, Швеция

Annica Sohlström
Шведская национальная администрация по пищевым продуктам, Уппсала, Швеция

Marc Suhrcke
Инвестиции в здоровье и развитие, Европейское региональное бюро ВОЗ

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

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

Ursula Trübswasser
Питание и продовольственная безопасность, Европейское региональное бюро ВОЗ

Agis Tsouros
Здоровые города и управление городами, Европейское региональное бюро ВОЗ

Colin Tukuitonga
Неинфекционные заболевания и психическое здоровье, штаб-квартира ВОЗ

Nienke Veerbeek
Амстелвеен, Нидерланды

Tommy L.S. Visscher
Свободный университет Амстердама, Нидерланды

Patricia M.C.M. Waijers
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Trudy M.A. Wijnhoven
Питание и продовольственная безопасность, Европейское региональное бюро ВОЗ

Stephen A. Wootton
Саутгемптонский университет, Соединенное Королевство

Laura Wyness
Турифф, Шотландия, Соединенное Королевство

Agneta Yngve
Каролинский институт, Худдинге, Швеция

Список сокращений

Организации, структурные единицы и формы деятельности

ACE-Obesity	Проект оценки эффективности с точки зрения затрат мер вмешательств в области ожирения
ACSM	Американский колледж спортивной медицины
ANGELO	Сетка анализа окружающих условий, связанных с ожирением (общие схемы)
BEUC	Европейская организация потребителей
CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний, США
CHIPS	Изменить навыки покупки индивидом легких закусок (исследовательская программа вмешательства)
CIAA	Конфедерация производителей пищевых продуктов и напитков ЕС
CINDI	Общенациональная программа ВОЗ по интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний
DAFNE	система обмена данными о пищевых продуктах (проект)
EPIC	Европейское проспективное исследование связи питания и рака
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (исследование)
INSERM	Государственный институт здравоохранения и медицинских исследований (Франция)
IOTF	Международная специальная рабочая группа по ожирению
MAGIC	«Движение и активность». Программа вмешательства среди детей Глазго (исследование)
MONICA	Мониторинг тенденций и детерминант сердечно-сосудистых заболеваний (исследование)
NCHS	Национальный центр статистики в области здравоохранения США
STEFANI	Инициативы в области продовольствия и питания (модель)
WIC	Специальная программа дополнительного питания для женщин и детей, в том числе детей грудного возраста
ВТО	Всемирная торговая организация
Евр-А	27 стран с очень низким уровнем смертности среди детей и взрослых (Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция)
Евр-В	16 стран с низкой смертностью среди детей и взрослых (Азербайджан, Албания, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, Грузия, Кыргызстан, Бывшая Югославская Республика Македония, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция и Узбекистан)
Евр-С	9 стран с низкой детской смертностью и высокой смертностью среди взрослого населения (Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина и Эстония)
ЕС	Европейский союз
МОТ	Международная организация труда
МТП	Международная торговая палата

ННГ	новые независимые государства на территории бывшего СССР
НПО	неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций

Технические термины

DALYs	годы жизни, утраченные в результате болезни или инвалидности
SD	стандартное отклонение
VO ₂ max	максимальное потребление кислорода
ВВП	валовой внутренний продукт
ДИ	доверительный интервал
ЛПВП	липопротеины высокой плотности (холестерин)
ЛПНП	липопротеины низкой плотности (холестерин)
МЕ	метаболический эквивалент, расход энергии в состоянии покоя
НДС	налог на добавленную стоимость
ОВЗ	оценка воздействия на здоровье
ОТБ	отношение окружности талии к окружности бедер
ОШ	отношение шансов
ППС	паритет покупательной способности
СПЛ	стандартное поведенческое лечение

Предисловие

В связи с усиливающейся эпидемией ожирения Европейское региональное бюро ВОЗ организовало Европейскую министерскую конференцию ВОЗ по борьбе с ожирением, которая состоялась в Стамбуле, Турция, 15–17 ноября 2006 г.

Настоящая публикация подготовлена для Конференции, отражает концепции и выводы множества документов, подготовленных большой группой экспертов в области общественного здравоохранения, питания и медицины; небольшая книга, уже опубликованная Региональным бюро, представляет собой резюме основных положений этого издания¹. И в резюме, и в полном тексте публикации показана динамика эпидемии и ее воздействие на здоровье населения Европейского региона ВОЗ. В частности, быстрое распространение эпидемии ожирения в странах восточной части Региона вызывает большую обеспокоенность, так как эти страны страдают сейчас от двойного бремени болезней, связанных как с недостаточным, так и избыточным питанием.

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

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

Сейчас настало время действовать. В Стамбуле государства – члены Региона одобрили Европейскую хартию по борьбе с ожирением, содержащую четкое описание руководящих принципов и направлений работы в этой области. В борьбе с ожирением должны участвовать самые различные заинтересованные стороны, и она должна быть межотраслевой и международной по своему характеру. В публикациях Конференции анализируются эффективные программы и стратегии в различных секторах,

¹ Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Резюме. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070220_1?language=Russian, по состоянию на 14 мая 2009 г.)

таких как образование, здравоохранение, сельское хозяйство, торговля, городское планирование, транспорт. В них также содержатся рекомендации относительно разработки стратегий и программ профилактики ожирения, а также механизмов мониторинга прогресса в этой области. Что касается действий со стороны различных заинтересованных сторон, то в этих документах частному сектору (в том числе всем лицам и организациям, занимающимся производством, рекламой и сбытом продуктов питания), в частности, предлагается пересмотреть свою политику – как на добровольной основе, так и на основе соответствующего законодательства. Профессиональным организациям следует оказывать поддержку мерам, направленным на профилактику и лечение ожирения и связанных с ним заболеваний. Организациям потребителей следует объединить усилия с целью как можно лучшего информирования населения по проблеме ожирения. Межправительственным организациям следует приложить усилия к тому, чтобы согласованные меры осуществлялись на международном уровне, и для этой цели им следует разрабатывать и принимать соответствующие руководства и стратегические рекомендации.

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

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

Marc Danzon
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

1. Избыточная масса тела и ожирение в настоящее время: распространенность и тенденции

Ключевые положения

- Избыточная масса тела и ожирение – серьезная проблема общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.
- От избыточной массы тела страдают 30–80% взрослых в Европейском регионе ВОЗ. Около 20% детей и подростков имеют избыточную массу тела, у трети из них – ожирение.
- Распространённость ожирения быстро увеличивается и, согласно прогнозам, к 2010 г. от ожирения будут страдать 150 млн. взрослых и 15 млн. детей.
- Особенно тревожной тенденцией является распространённость ожирения среди детей и подростков. Ежегодный показатель роста распространенности детского ожирения постоянно увеличивается, и на сегодняшний день он в 10 раз выше, чем в 1970-х годах. Эта тенденция усиливает эпидемию ожирения у взрослых и создает нарастающую угрозу для здоровья следующего поколения.
- Качество эпидемиологического надзора за избыточной массой тела и ожирением должно быть повышено. Данные об измерениях роста и веса в репрезентативных для страны выборках отсутствуют для половины стран Региона. Для определения избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков существуют разные подходы, что затрудняет сравнение.

Проблема, стоящая перед нами

В XXI веке избыточная масса тела стала одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Согласно ранее собранным данным, существуют серьезные различия в показателях распространенности избыточной массы тела и ожирения между странами Региона и между социально-экономическими группами внутри стран. Эти различия свидетельствуют о важном влиянии окружающей среды и социально-культурных детерминантов на питание и физическую активность (1,2).

Избыточная масса тела является причиной значительной доли общего бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ: в рамках Региона на эту проблему ежегодно приходится свыше 1 млн. смертей и 12 млн. лет жизни с плохим состоянием здоровья (3).

Не до конца выяснено, какими будут последствия для здоровья населения из-за избыточной массы тела в детском возрасте, но в обзоре 1998 г. показано, что детское ожирение во многом является фактором риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, ортопедических проблем и психических расстройств. Оно также связано с пониженной успеваемостью в школе и заниженной самооценкой (4). Другие ранее проведенные исследования показали, что избыточный вес в детстве и подростковом возрасте влечет за собой как краткосрочные, так и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья (5–7).

Детское ожирение является важным прогностическим фактором ожирения у взрослых (2,8–12). Метаболические и сердечно-сосудистые факторы риска, проявившись в детском возрасте, сохраняются во взрослой жизни, приводя к повышенному риску плохого здоровья и преждевременной смертности. Кроме того, тучные подростки, весьма вероятно, наберут избыточный вес во взрослом возрасте, а значит, будут иметь более низкие доходы и испытывать большую социальную исключенность (13). Свыше 60% детей, которые весят больше нормы до пубертатного периода, будут весить больше нормы в раннем зрелом возрасте, в результате чего средний возраст выявления неинфекционных болезней уменьшится и резко увеличится нагрузка на службы здравоохранения, которые должны обеспечить лечение на протяжении большей части взрослой жизни этих детей (14).

Естественной частью эпидемии ожирения является тот факт, что число женщин детородного возраста с избыточным весом и ожирением увеличивается, точно так же растет число женщин с избыточным весом и ожирением, обращающихся за медицинской помощью в начале беременности

(15–21). Во многих исследованиях подчеркивается значение нормального веса до беременности и прослеживается взаимосвязь между избыточным весом до беременности или ожирением и:

- осложненным течением беременности и/или родов, включая повышенный риск кесарева сечения, преэклампсии и гестационного диабета (19,22–26);
- существенно повышенным риском врожденных аномалий (19,27–29); и
- низким уровнем фолатов в сыворотке крови (30) и, возможно, повышенным риском дефектов нервной трубки (31,32).

Кроме того, материнское ожирение существенно увеличивает риск повышения массы тела ребенка (15,16,33). У матерей с ожирением большая вероятность появления ребенка с ожирением, особенно если у них был гестационный диабет или метаболический синдром до беременности, признаками которого является высокий уровень инсулина в сыворотке крови, высокий уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), низкий уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и большая прибавка веса при беременности. Все большее количество детей рождаются с большим весом (более чем 4500 г, или выше 95-й процентиля для стандартизированной массы тела при рождении). Большой вес при рождении связан с ожирением в будущем, как это показано в когортных исследованиях детей, родившихся в Исландии в 1988 и 1994 гг.; дети, вес которых при рождении был выше 85-й процентиля, весьма вероятно, будут весить больше нормы в 6, 9 и 15 лет (34).

В этой главе рассматриваются следующие вопросы: распространённость избыточного веса и ожирения у детей, подростков и взрослых в Европейском регионе ВОЗ в настоящее время; направление и характер изменений в распространённости избыточного веса; и масштаб проблемы в ближайшем будущем.

Оценка избыточного веса и ожирения

Антропометрия — измерение основных физических показателей человека. Включает в себя взвешивание, измерение длины тела, окружности груди и живота. В ряде случаев измеряют основные показатели дыхания (спирометрия) и силу мышц (динамометрия). Антропометрия — это совокупность простых, недорогих и неинвазивных методов оценки размеров и строения человеческого тела. Рост и вес, как полагают, являются самыми важными антропометрическими показателями для мониторинга статуса питания, определения массы тела, избыточной массы тела и ожирения (3,35). Антропометрические индексы, рассчитанные по результатам этих измерений, различны для разных возрастов и полов и часто считаются более полезными, чем одни только измерения. Отношение веса к росту считают самым полезным показателем для оценки состояния детей дошкольного возраста (36). Индекс массы тела (ИМТ), вычисленный как вес (кг), разделенный на рост, возведенный в квадрат (m^2), является простым показателем отношения веса к росту и обычно используется для классификации пониженной массы тела, повышенной массы тела и ожирения у взрослых (3). Так как он не различает вес мышц и жира, ИМТ обеспечивает только грубое измерение содержания жира в теле (1). Такие показатели, как окружность талии и бёдер, служат измерению других аспектов композиции тела и распределения жира и влияют независимо и часто противоположным образом на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (37). Измерение окружности талии — относительно простой и удобный показатель и может использоваться для оценки количества брюшного жира. Окружность бёдер предоставляет дополнительную ценную информацию о ягодично-бедренной массе и скелетной структуре (1). Кроме того, показатель окружности бёдер может ассоциироваться с плохим состоянием здоровья женщины (38). Поэтому отношение окружности талии к окружности бёдер (ОТБ) является важным показателем, так как позволяет определить запас жира на бёдрах; такой запас может быть и полезным для здоровья (37).

Большое количество исследований показало, что при самооценке люди обычно занижают фактический вес (39–46), особенно люди с избыточной массой тела и ожирением, в то время как рост обычно завышают, особенно невысокие и пожилые люди (возраст >60 лет) (39,40,46), хотя также было

отмечено занижение роста (41,42). Кроме того, были выявлены социально-экономические различия в валидности самооценок (40,43). Эти различия в самооценках могут привести к изменениям в распределении данных ИМТ, так же как и к неправильной классификации людей с избыточной массой тела и ожирением. Недооценка среднего ИМТ может достигать 3 единиц у людей с ожирением (41,43): 0,29–0,44 единицы в когортном исследовании взрослых французских рабочих (40) и приблизительно 2,6 единицы для среднего ИМТ у подростков (41). По результатам испанского исследования, полученные значения ИМТ были на 1,7 и 1,6 единиц выше, чем те, о которых сообщили сами мужчины и женщины, соответственно (46). Обзор в Уэльсе показал недооценку распространенности избыточной массы тела и ожирения на 4,5% и 6,7% у мужчин и женщин, соответственно (45). Другой валидный анализ, проведенный в Уэльсе среди подростков в рамках исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (см. также главу 4), показал, что измерения, основанные на самооценке, преуменьшают истинную распространенность избыточной массы тела примерно на четверть и распространенность ожирения примерно на треть (47). В австралийском докладе результаты измерений и самооценка приведены отдельно, вследствие несопоставимости данных (48). Рассматривая заниженные сведения об ИМТ у взрослых в 1998–2001 г. Visscher et al. сделали вывод, что различие между измеренной и сообщенной распространенностью ожирения сильно варьирует в разных исследованиях в диапазоне от 0,0% до 49,6% от истинной распространенности (49). Таким образом, данные самооценки необходимо рассматривать с осторожностью, и поскольку выявлены существенные различия, в этой главе не предлагается ввести поправочный коэффициент для корректировки данных самооценки.

Чтобы оценить процент людей с избыточной массой тела и ожирением, необходимо определить пороговые точки. Избыточная масса тела и ожирение у детей и подростков определяются по-разному и используются различные подходы (1,2). Перед введением ВОЗ новых Стандартных показателей развития ребенка в апреле 2006 г. (50) для классификации избыточной массы тела у детей дошкольного возраста было рекомендовано использовать показатель «масса тела-рост»; было определено, что это такой показатель «масса тела-рост», который превышает на +2 стандартных отклонения (SD) международную стандартную медиану, рекомендованную Национальным центром статистики в области здравоохранения США (NCHS) и ВОЗ (36). Кроме показателя «масса тела-рост», Стандарты ВОЗ 2006 г. включают показатель «ИМТ-возраст», который можно использовать для раннего обнаружения изменений модели роста, увеличивающих риск ожирения. Кроме того, ВОЗ готовит новый справочник о детях школьного возраста и подростках. Пока работа над ним не завершена, ВОЗ (35) рекомендует для детей в США применять специальный показатель ожирения «ИМТ-возраст-пол», где избыточная масса тела определена как ИМТ ≥ 85 -ая перцентиль и ожирение как ИМТ ≥ 95 -ая перцентиль (51,52). В работе Cole et al., опубликованной в 2000 г., представлены гендерные и возрастные пороговые точки, имеющие международный характер, для молодых людей в возрасте 2–18 лет (53). Затем эти пороговые точки были рекомендованы Международной специальной рабочей группой по ожирению (IOTF) и часто использовались исследователями. Пороговые точки для молодых людей основаны на пороговых точках для взрослых и прогнозируют ИМТ в детском возрасте, отталкиваясь от ИМТ во взрослом возрасте с использованием международной демографической информации. В некоторых исследованиях распространенность избыточной массы тела и ожирения, анализируется с помощью пороговых точек, рекомендованных и ВОЗ, и IOTF. Эта глава базируется на рекомендациях IOTF.

В данной книге — применительно к взрослым — об избыточной массе тела говорится, когда ИМТ ≥ 25 кг/м²; об ожирении — когда ИМТ ≥ 30 кг/м²; и предожирении — когда ИМТ 25,0–29,9 кг/м². Взрослые имеют избыточную массу тела, если их ИМТ ≥ 25 кг/м², хотя некоторые авторы используют определение «избыточная масса тела» исключительно для тех взрослых, у которых ИМТ $\geq 25,0$ –29,9 кг/м² (1). James et al. (3) считают, что более полезную информацию для определения бремени болезни вследствие избыточной массы тела дает оценка популяции с точки зрения значений ИМТ для гендерных и возрастных групп, а не гораздо чаще используемое указание на процент населения, классифицированного как имеющее избыточную массу тела или ожирение.

Источники данных

Для получения самых последних репрезентативных данных об избыточной массе тела и ожирении у детей, подростков и взрослых в каждом из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ были использованы различные источники. Эти источники представлены в следующем порядке: Глобальная база данных ВОЗ об индексе массы тела и Глобальная информационная база данных ВОЗ (Infobase), Глобальная база данных ВОЗ по росту и недостаточному питанию детей, База данных Eurostat, материалы министерств здравоохранения, национальные исследования и исследования академических институтов и неправительственных организаций (НПО), электронная литература.

Глобальные базы данных ВОЗ

Глобальная база данных ВОЗ об индексах массы тела (54) была создана в рамках обязательств по осуществлению рекомендаций консультационной встречи ВОЗ (1). На этой встрече нашел подтверждение тот факт, что дефицит национальных репрезентативных межсекторальных данных является препятствием для проведения международных сопоставлений распространенности ожирения среди взрослых, мониторинга масштаба текущих и будущих проблем ожирения и оценки эффективности интервенционных стратегий. Эта база была разработана в качестве интерактивного инструмента надзора за осуществлением мониторинга изменения характера питания — то есть перехода от рационов питания, для которых характерно потребление круп и овощей, к рационам с высоким содержанием жиров и сахара, с увеличивающимся числом приемов пищи вне дома и большей долей потребления переработанных продуктов питания — и имеющихся в наличии данных о распространенности недостаточного веса, избыточной массы тела и ожирения у взрослых, полученных в ходе национальных и субнациональных репрезентативных обследований. Она также предоставляет свои данные Глобальной информационной базе данных ВОЗ (Infobase)(55), которая аккумулирует, хранит и представляет информацию о незаразных болезнях и связанных с ними важных факторах риска для всех стран — членов ВОЗ.

Глобальная база данных ВОЗ по росту и недостаточному питанию детей была основана в 1986 г., чтобы включать, стандартизировать и распространять результаты обследований питания населения, проводимых во всем мире (56,57). Показатели распространённости истощения, остановки роста, пониженной и избыточной массы тела рассчитаны с помощью z-значения, основанного на стандартах ВОЗ 2006 г. и на международных стандартах NCHS и ВОЗ 1977 г. (50–52). Оценки распространенности избыточной массы тела и ожирения пересматриваются на основе новых Стандартов роста детей ВОЗ (50).

База данных Eurostat

Eurostat — это статистическое бюро Европейского сообщества (58). Оно обеспечивает Европейский союз (ЕС) высококачественными статистическими данными, которые позволяют осуществлять сравнения между странами и регионами. Eurostat не собирает данные по росту и массе тела. Это делают статистические службы стран — членов ЕС. Они проверяют и анализируют национальные данные на основе самооценки, и отправляют их в Eurostat, которое объединяет данные и, используя согласованную методологию, гарантирует их сопоставимость.

Министерства здравоохранения, национальные исследовательские и академические институты и НПО

К концу сентября 2005 г. Европейское региональное бюро ВОЗ определило национальные и субнациональные репрезентативные данные (такие данные, которые были собраны в ходе обследования населения в целом и на базе школ) об избыточной массе тела и ожирении по всем группам населения и представило их участникам консультации с государствами-членами в рамках Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением (59). Региональное бюро попросило участников изучить обзор таблиц данных по их стран и определить необходимость в дополнительных данных. Кроме того, были осуществлены контакты с различными национальными исследовательскими и академическими институтами, так же как с НПО, например с ИОТФ.

Электронный литературный поиск

Ресурсы базы данных были дополнены систематическим поиском статей в онлайн-базе данных PubMed (60) для всех 53 государств — членов Европейского региона ВОЗ (с 1999 г. до апреля 2006 г.). Поиск осуществлялся как по заголовкам медицинской тематики, так и по ключевым словам. Использовались такие слова, как «избыточная масса тела», «ожирение», «кожная складка», «масса тела», «рост», «ИМТ», «индекс массы тела» и «индекс Кветелета», соединенные с терминами «распространённость» и «частота случаев». Кроме того, названия всех 53 государств-членов были введены отдельно. Что касается взрослых, то принимались во внимание только документы, в которых были представлены данные репрезентативной популяционной выборки; точно также в отношении детей и подростков принимались во внимание обследования, выполненные в школах.

Обработка данных

Используя категории ВОЗ, данные были разделены (где возможно) согласно следующим возрастным группам: дети в возрасте 0–5 и 6–9 лет, подростки в возрасте 10–19 лет и взрослые в возрасте 20 лет и старше. Для некоторых стран данные о детях или подростках не укладывались в пределы указанных возрастных групп, и результаты в этом случае были включены в те группы, возрастной диапазон которых был к ним наиболее близок.

Если для страны имеются и национальные, и субнациональные репрезентативные данные для определенной группы населения, то в данной главе приводятся только национальные данные, а субнациональные данные (если они имеются) используются тогда, когда отсутствуют национальные репрезентативные показатели. Для определения состояния распространенности избыточной массы тела и ожирения в настоящее время были использованы только те обследования, которые выполнены в 1999 г. и позднее; для выявления тенденций использовались данные обследований за все годы, по которым имелась сопоставимая методика сбора данных и сопоставимые возрастные группы. Ежегодное изменение в распространенности определяли, взяв разницу между численными значениями наиболее ранних и поздних данных о распространенности и поделив ее на число лет между двумя началом и окончанием обследования.

Для 47 из 53 стран-членов были отобраны и национальные и субнациональные исследования о распространенности избыточной массы тела и/или ожирения среди детей, подростков или взрослых. Из этих стран-членов только 20 использовали показатели веса и роста, чтобы на национальном уровне осуществить мониторинг распространенности избыточной массы тела у детей. Мониторинг осуществлялся в следующих странах (61–84): Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Грузия, Греция, Исландия, Испания, Ирландия, Казахстан, Кипр, Бывшая Югославская Республика Македония, Польша, Португалия, Румыния, Сербия¹, Словакия, Украина, Франция, Чешская Республика, Швейцария. Девятнадцать стран-членов использовали измерения веса и роста, чтобы на национальном уровне осуществить мониторинг избыточной массы тела у подростков (61,62,65,69–74,78–82,85–92): Армения, Австрия, Азербайджан, Венгрия, Греция, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Казахстан, Кипр, Люксембург, Польша, Словакия, Туркменистан, Турция и Узбекистан, Чешская Республика, Швейцария. Восемнадцать стран-членов использовали измерения веса и роста, чтобы осуществить на национальном уровне мониторинг распространенности избыточной массы тела у взрослых (61,62,73,74,83,90–101): Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Израиль, Ирландия, Испания, Бывшая Югославская Республика Македония, Казахстан, Польша, Португалия, Российская Федерация, Сербия, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Финляндия, Хорватия, Черногория.

Пять стран сообщили о распространенности избыточной массы тела у детей. Эти сообщения основывались на измеренных репрезентативных данных на субнациональном уровне (102–116): Германия, Италия, Литва, Российская Федерация и Соединённое Королевство. Пять стран — Германия, Сербия и Соединённое Королевство, Франция, Хорватия — использовали такие данные, чтобы сообщить о распространенности избыточной массы тела у подростков (106,107,114,117–125), и три страны — Албания(126), Грузия(127) и Соединённое Королевство(128–130) — использовали такие данные, чтобы сообщить о распространенности избыточной массы тела у взрослых.

¹ Разделение Черногории и Сербии в 2006 г. увеличило число стран-членов региона до 53. Названия стран, используемые в этой книге, приводятся на момент сбора данных.

Четырестраны — Бельгия, Нидерланды, Норвегия и Швеция (131–134) — собрали антропометрические данные из национальных выборок, основанные на самооценке или сообщениях родителей. Эти страны, как и Финляндия, также осуществили национальные исследования, касающиеся подростков (131–135). Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», проведенное в 2001–2002 гг. в 29 странах Европейского региона ВОЗ, содержит данные о весе и росте 11-и, 13-и и 15-летних детей, сообщенные самими респондентами (136). В рамках исследования Pro Children, проведенного в 2003 г., в семи странах были собраны национальные данные, основанные на сообщениях родителей о 11-летних детях в репрезентативно представленных школах, и субнациональные данные еще в двух странах: Бельгии и Австрии (137). Данные о росте и весе, сообщенные самими респондентами и послужившие основой докладов о распространенности избыточной массы тела и ожирения у взрослых, предоставили следующие 28 стран (131, 138–160): Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швеция, Швейцария, Эстония.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения Дети и подростки

Национальные репрезентативные обследования детей раннего возраста (0–5 лет), на основе принятых на международном уровне пороговых точек NCHS/ВОЗ (161), дают возможность определить распространенность избыточной массы тела. Согласно пересчитанным в соответствии со стандартом ИМТ ВОЗ значениям распространенности для разных возрастов, самые высокие показатели были обнаружены в Украине (мальчики: 27,8%; девочки: 27,3%) (84) и в Боснии и Герцеговине (мальчики: 17,1%; девочки: 16,7%) (63). Рис. 1.1 Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей в возрасте 11 лет или младше в странах Европейского региона ВОЗ на основе результатов обследований, завершившихся в 1999 г. или позднее

Как видно из рис. 1.1 (64, 65, 67, 69–71, 74, 75, 78–82, 104, 107, 108, 110, 116, 121, 132–134), основанного на результатах измерений роста и веса, приведённых в разных странах, 14,1% детей дошкольного возраста (2–6 лет) на Кипре (64) и 17,2% детей в Греции (69) этого же возраста весили больше нормы. Среди детей младшего школьного возраста (обоих полов) самые высокие показатели распространенности избыточной массы тела были отмечены в Испании (6–9 лет, 35,2%) (80, 81) и Португалии (7–9 лет, 31,5%) (75), а самые низкие — в Словакии (7–9 лет, 15,2 %) (78, 79), Франции (7–9 лет, 18,1%) (67), Швейцарии (6–9 лет, 18,3%) (82) и Исландии (9 лет, 18,5%) (70) (рис. 1.1).

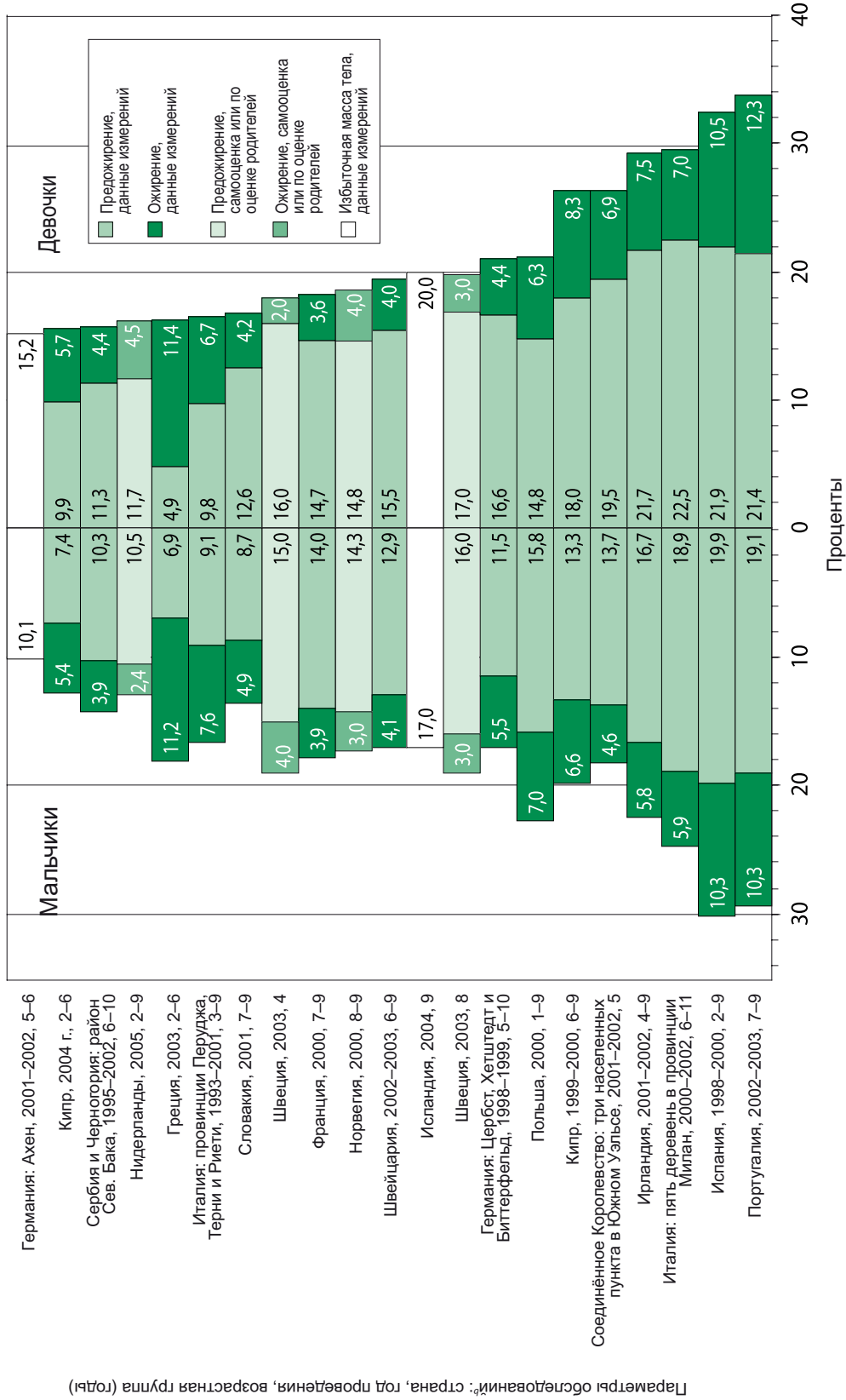
Национальные обследования, основанные на самооценке веса и роста, показали распространенность избыточной массы тела для обоих полов у 20,3% детей в Бельгии (5–9 лет) (131), 19,5% в Швеции (8 лет) (134), 18,5% в Норвегии (8–9 лет) (133) и 14,5% в Нидерландах (2–9 лет) (132).

Исследование Pro Children (137) показало, что от избыточной массы тела больше страдают мальчики (17,0%), чем девочки (14,3%). Показатели распространенности избыточной массы тела были самыми высокими в Португалии (мальчики: 27,1 %; девочки: 22,1 %), Испании (мальчики: 21,3 %; девочки: 20,2 %) и Австрии (мальчики: 19,9 %; девочки: 15,3 %) и самыми низкими в Бельгии (мальчики: 9,4 %; девочки: 10,9 %), Нидерланды (мальчики: 11,6 %; девочки: 8,6 %) и Дании (мальчики: 12,5 %; девочки: 10,3 %).

В отношении подростков только в нескольких исследованиях удалось собрать репрезентативные данные по ИМТ (основанные на измерениях роста и веса). В этих исследованиях самые высокие показатели распространенности избыточной массы тела были отмечены у ирландских девочек (27,3%, 9–12 лет) (72) и у испанских мальчиков (31,7%, 10–17 лет) (80, 81). Самые низкие показатели распространенности избыточной массы тела были у подростков в Чешской Республике (9,0%, оба пола, 14–17 лет) (86).

Рис. 1.2 дает представление о распространенности предожирения и ожирения у 13-летних и 15-летних детей на основе данных исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья». Согласно этим данным, среди 13-летних детей до 34% мальчиков и 24% девочек весили больше нормы, а среди 15-летних — 28% и 31%, соответственно. До 9% 13-летних и 15-летних мальчиков страдали от ожирения, а из 13-летних и 15-летних девочек — 5% (136).

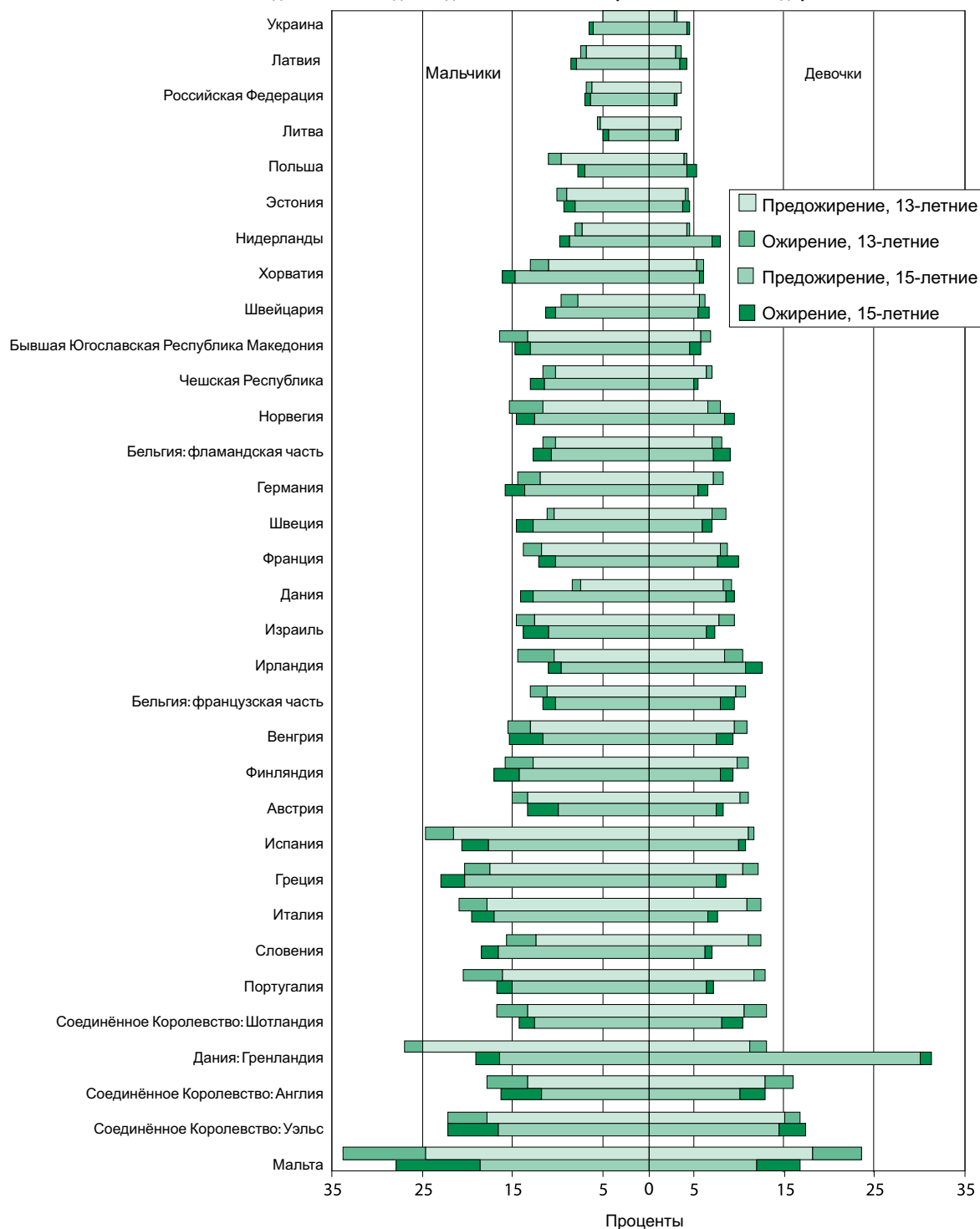
Рисунок 1.1. Распространенность избыточной массы тела и ожирения^a среди детей в возрасте 11 лет или младше в странах Европейского региона ВОЗ на основе результатов обследований, завершившихся в 1999 г. или позднее



^a Избыточная масса тела и ожирение определяются как ИМТ, достигающий или превышающий, соответственно, 25 кг/м² и 30 кг/м² в возрасте 18 лет с использованием принятых на международном уровне пороговых точек ИМТ (с учетом возраста и пола) (59). Понятие «избыточная масса тела» включает предожирение и ожирение.

^b Результаты сравнений, проводимых между странами, следует интерпретировать с осторожностью ввиду различий в методах сбора данных, доле ответивших от общего числа опрошенных, времени проведения обследований и возрастных диапазонов.

Рисунок 1.2. Распространённость избыточной массы тела^а среди 13-летних и 15-летних детей (на основе данных самооценки роста и веса) в странах Европейского региона ВОЗ, в соответствии с результатами проведенного в 2001–2002 гг. исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»



^а Избыточная масса тела и ожирение определяются как ИМТ, достигающий или превышающий, соответственно 25 кг/м² и 30 кг/м² в возрасте 18 лет с использованием принятых на международном уровне пороговых точек ИМТ с учетом возраста и пола (59). Понятие «избыточная масса тела» включает предожирение и ожирение.
Источник: Currie et al. (137).

Взрослые

Рис. 1.3 показывает распространённость избыточной массы тела и ожирения в Европейском регионе (61,62,73,74,90–94,96–98,126–129,131,138,140–149,152–156,159,160,162). В странах, где были проведены измерения взрослых, весили больше нормы 31,9–79,3% мужчин и 27,8–77,8% женщин. Самые высокие уровни распространённости избыточной массы тела были в Албании (Тирана) (126), Боснии и Герцеговине (93) и Соединённом Королевстве (Шотландия) (114), а самые низкие — в Туркменистане (91) и Узбекистане (92). Распространённость ожирения варьировалась от 5,4% до 22,8% среди мужчин и от 7,1% до 35,6% среди женщин. Данные, основанные на самооценке роста и веса, дают сходную картину соотношения показателей. Распространённость ожирения и избыточной массы тела (предожирение и ожирение) среди взрослых показала уровни 6–27% и 26–68%, соответственно.

Распространённость ожирения среди мужчин была выше, чем у женщин в 14 из 36 стран или регионов согласно данным для обоих полов. Распространённость предожирения была выше среди мужчин во всех 36 странах. Из рис. 1.3 видно, что уровни ожирения у мужчин и женщин существенно различаются в Албании (126), Боснии и Герцеговине (93), Греции (147), Ирландии (96), Израиле (97), Латвии (153), Мальте (155) и Сербии и Черногории (98).

Абдоминальное ожирение

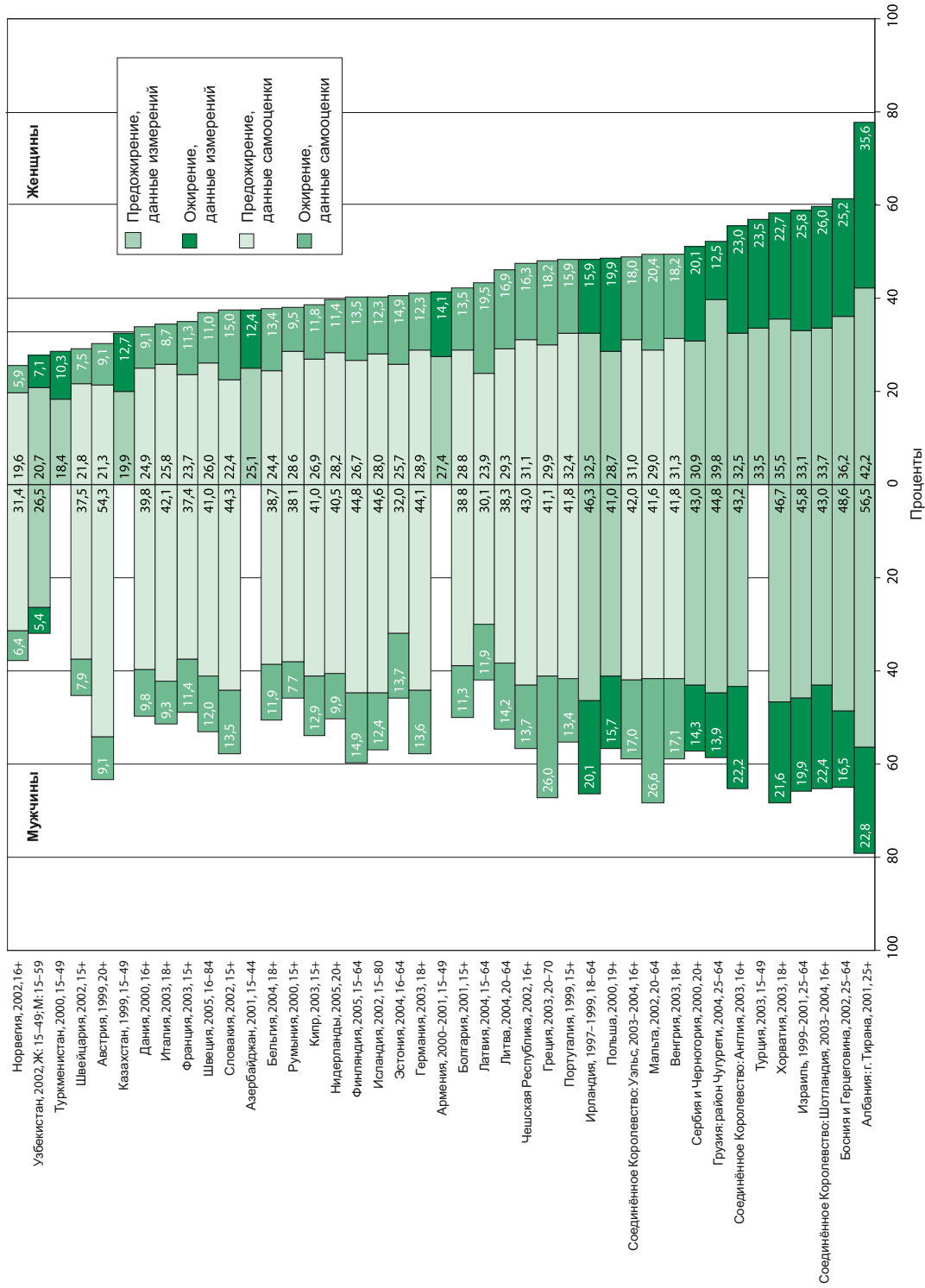
Только в двух национальных репрезентативных обследованиях были данные по абдоминальному ожирению детей и подростков, помимо измерений массы тела и роста. Речь идет об обследовании ирландских детей в возрасте 5–12 лет в 2003–2004 гг. (163) и обследовании венгерских детей в возрасте 15–18 лет в 1997–2000 гг. (87). В первом обследовании было зафиксировано стандартное отклонение (SD) окружности талии 58,0 (6,0) см в возрастной группе 5–8 лет и 66,8 (9,4) см в возрастной группе 9–12 лет; SD окружности бёдер были 67,7 (6,5) см и 80,3 (9,0) см, соответственно (163). В венгерском исследовании зафиксировано стандартное отклонение отношения окружности талии к окружности бёдер (ОТБ) 0,83 (0,05) см и 0,77 (0,05) см у мальчиков и девочек, соответственно. SD окружности талии были 75,1 (9,1) см у мальчиков и 68,8 (8,1) см у девочек (87). Поскольку не были использованы принятые на международном уровне пороговые точки ИМТ, ни одно, ни другое исследование не показало количество детей или подростков с высокими показателями окружности талии или бёдер.

В национальных обследованиях взрослого населения, проведенных в Греции (147) и Израиле (164), приводятся данные измерений окружности талии и/или бёдер. В Греции у 54,3% мужчин и 56,5% женщин были большие показатели окружности талии (мужчины: >94 см; женщины: >80 см) (147). Повышенное ОТБ (мужчины: ≥ 1 ; женщины: $\geq 0,8$), был выявлен у 34,9% израильского взрослого населения, и он имеет тенденцию увеличиваться с возрастом, особенно у женщин (164). Кроме того, в Обзоре здравоохранения Англии за 2003 г. (129) собраны данные по окружности талии и бёдер у людей в возрасте 16 лет или старше. Среднее ОТБ равнялось 0,92 у мужчин и 0,82 у женщин, и средняя окружность талии составляла 96,5 см у мужчин и 86,4 см у женщин. В то время как повышенное ОТБ (мужчины: $\geq 0,95$; женщины: $\geq 0,85$), было более распространено у мужчин, чем у женщин (33,1% против 30,3%), повышенная окружность талии (мужчины: ≥ 102 см; женщины: ≥ 88 см), был более распространен у женщин (41,1 % против 31,1 % у мужчин). Ни в одном из трех обследований не были использованы принятые на международном уровне пороговые точки ИМТ, поэтому провести сравнение данных не представлялось возможным.

Избыточная масса тела и ожирение: тенденции

В период с 1975 до 2003 гг. средний вес ребенка при рождении увеличился во всех странах Северной Европы, кроме Финляндии. Самое высокое увеличение (200 г) было в Дании (165). В публикации Kramer et al. приведены аналогичные данные на примере Канады, которые свидетельствуют о тенденции увеличения количества детей с большим весом для гестационного возраста, и соответственно о тенденции уменьшения количества детей с небольшим весом для гестационного возраста (15). Данные службы регистрации рождения в Швеции показали увеличение количества детей с весом при рождении $\geq 4\ 500$ г, что свидетельствует о росте с 2,8% в 1973-м до 4,1% в 2004-м (166). В 2004 г. Surkan et al. осуществили анализ изменения веса детей при рождении в Швеции с 1992

Рисунок 1.3. Распространённость избыточной массы тела и ожирения^а среди взрослых в странах Европейского региона ВОЗ на основе результатов обследований, завершившихся в 1999 г. или позже



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

^б Результаты сравнений, проводимых между странами, следует интерпретировать с осторожностью ввиду различий в методах сбора данных, доли ответивших от общего числа опрошенных, времени проведения обследований и возрастных диапазонах.

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

до 2001 г., основанный на более чем 875 000 случаях (16). Результаты показали, что за десять лет число рождений детей с большим весом для гестационного возраста увеличилось на 10%. В то же самое время распространённость избыточной массы тела женщин накануне беременности, определяемая как ИМТ ≥ 25 кг/м², увеличились с 25% до 36%, в то время как распространённость курящих матерей уменьшилась с 23% до 11%. Исследование также выявило, что увеличение рождений детей с большим для гестационного возраста весом было связано с обоими факторами, с распространённостью у матерей избыточной массы тела до беременности, определяемой как ИМТ ≥ 25 кг/м² и дающей более высокую вероятность благополучного исхода рождений детей с большим для гестационного возраста весом, чем курение. В Главе 7 более подробно рассмотрена взаимосвязь между весом при рождении, весом родителей и ИМТ, а также ИМТ и уровнем ожирения в будущем.

Распространённость ожирения повысилась втрое и даже больше с 1980-х гг., даже в странах с традиционно низкими показателями. И среди женщин, и среди мужчин распространённость избыточной массы тела быстро увеличивалась в Ирландии (96) и Соединённом Королевстве (Англия и Шотландия) (128,129), на более чем 0,8 процентных пункта в год, что основано на данных измерений. Основанные на данных самооценки, ежегодные увеличения в распространённости ожирения были самыми высокими в Дании (1,2 и 0,9 процентных пункта у женщин и мужчин, соответственно, с 1987 до 2001 г.) (167), Ирландии (1,1 процентных пункта для обоих полов с 1998-го до 2002 г.) (150,168), Франции (0,8 процентных пункта среди взрослых с 1997-го до 2003 г.) (145), Швейцарии (0,8 и 0,6 процентных пункта у женщин и мужчины, соответственно с 1992-го до 2002 г.) (160) и Венгрии (0,6 процентных пункта для обоих полов с 2000-го до 2004 г.) (148,169). С другой стороны, самооценка ожирения у взрослых снизилась в Эстонии (143,170–172) и Литве (154,173–175). Если ничего не предпринимать и распространённость ожирения будет увеличиваться до того же уровня, как в 1990-х гг., то к 2010 г. приблизительно 150 млн. взрослых будут страдать от избыточного веса или ожирения (55).

Эпидемия ожирения развивается особенно быстрыми темпами среди детей. Например, избыточная масса тела среди детей возросла с 4% в 1960 г. до 18% в 2003 г. в Швейцарии (82) и с 8% в 1974 г. до 20% в 2003 в Англии (176). В различных регионах Испании распространённость избыточной массы тела у подростков в возрасте 13–14 лет увеличилась больше чем в два раза в период с 1985 г. до 2002 г. (177). Единственное отмеченное снижение распространённости ожирения у детей наблюдалось в Российской Федерации (178) во время экономического кризиса, последовавшего за распадом СССР, как это показано на рис. 1.4 (82,107,125,176–188).

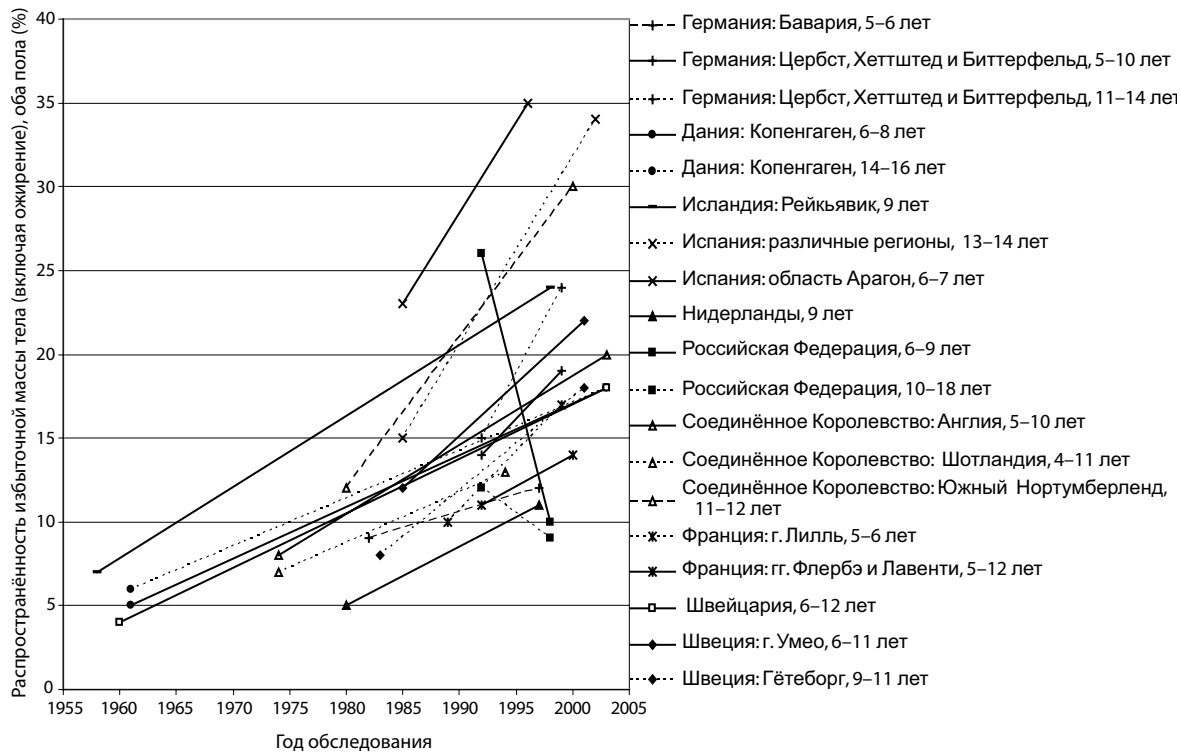
Ежегодное повышение показателей распространённости избыточной массы тела у детей в странах, проводивших соответствующие обследования, показано на рис. 1.5 (82,107,125,176–188). Оно составляло в среднем 0,1 процентных пункта в течение 1970-х гг., достигнув 0,4 процентных пункта в течение 1980-х гг., 0,8 процентных пункта в начале 1990-х гг. и 2,0 процентных пункта в некоторых странах к 2000-м годам. Международная специальная рабочая группа по ожирению (IOTF) предсказывает, что к 2010 г. приблизительно 38% детей школьного возраста в Европейском регионе ВОЗ будут страдать от избыточного веса, а больше чем четверть из них — от ожирения (189). Это свидетельствует об усилении эпидемии ожирения у взрослых и создает растущую проблему для здоровья следующего поколения.

Необходим лучший мониторинг

Эту главу можно считать общим обзором и анализом данных по распространённости избыточной массы тела и ожирения в Европейском регионе ВОЗ. Последние данные не представили всего несколько стран, в то время как половина стран не представили измеренные надежные данные, основанные на ИМТ. Сравнение результатов между странами затруднено ввиду разных методик сбора данных, различий в долях ответивших от общего числа опрошенных, времени проведения исследований, возрастных диапазонов и разных определений избыточной массы тела и ожирения. Различные исследователи (1–3,190) сталкивались с теми же самыми трудностями при попытке провести сравнение ранее.

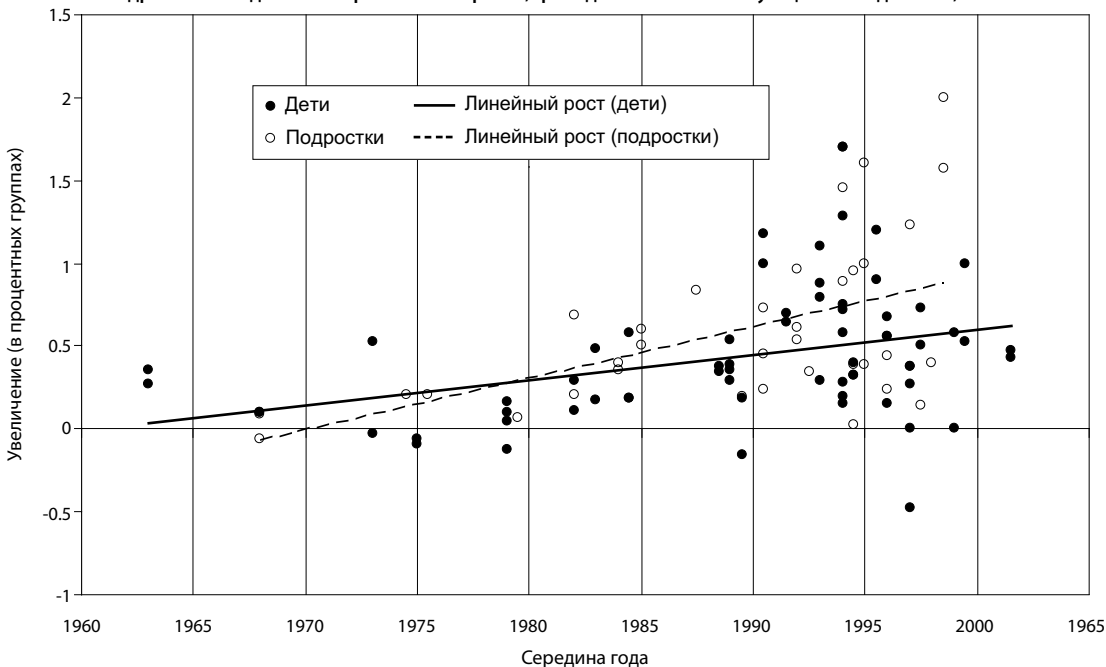
Именно поэтому необходима надежная система мониторинга, охватывающая сходные возрастные группы и включающая различные социально-экономические группы для оценки результатов измерений у детей и взрослых в разных странах. Это необходимо не только для того, чтобы получить правильное представление о развитии эпидемии ожирения, но также для того, чтобы быстро оценить,

Рисунок 1.4. Избыточная масса тела^a у детей школьного возраста в отдельных европейских странах, 1958–2003 гг.



^a Избыточная масса тела и ожирение определяются как ИМТ, достигающий или превышающий, соответственно, 25 кг/м² и 30 кг/м² в возрасте 18 лет с использованием принятых на международном уровне пороговых точек ИМТ с учетом возраста и пола (59).

Рисунок 1.5. Ежегодные изменения в показателях распространённости избыточной массы тела среди детей и подростков в отдельных европейских странах, проводивших соответствующие обследования, 1960–2005 гг.



какие превентивные меры следует осуществить. Кроме того, необходимо определить особые группы риска, такие как женщины детородного возраста.

Это позволило бы уменьшить некоторые риски для следующего поколения во время беременности, а также усилить роль матери, приучающей к здоровой пище детей от грудного вскармливания до наступления независимой взрослой жизни. Ограниченность имеющихся данных не меняет того, что избыточная масса тела и ожирение, видимо, постоянно увеличиваются почти повсюду в Регионе, хотя их распространённость широко варьируется между странами.

Библиография

1. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.* Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf, accessed 19 March 2007).
2. Lobstein T et al. for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5 (Suppl. 1):4–104.
3. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1.* Geneva, World Health Organization, 2004:497–596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>, accessed 19 March 2007).
4. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998, 101:518–525.
5. Williams J et al. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:70–76.
6. Reilly JJ. Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2005, 19:327–341.
7. Eisenberg ME et al. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2003, 157:733–778.
8. Serdula MK et al. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine*, 1993, 22:167–177.
9. Boreham C et al. Tracking of physical activity, fitness, body composition and diet from adolescence to young adulthood: the Young Hearts Project, Northern Ireland. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2004, 1:14.
10. Wang Y et al. Why do some overweight children remain overweight, whereas others do not? *Public Health Nutrition*, 2003, 6:549–558.
11. Kvaavik E et al. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2003, 157:1212–1218.
12. Eriksson J et al. Obesity from cradle to grave. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:722–727.
13. Gortmaker SL et al. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1008–1012.
14. Deshmukh-Taskar P et al. Tracking of overweight status from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2006, 60:48–57.
15. Kramer MS et al. Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *Journal of Pediatrics*, 2002, 141:538–542.
16. Surkan PJ et al. Reasons for increasing trends in large for gestational age births. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 104:720–726.
17. Yeh J, Shelton JA. Increasing prepregnancy body mass index: analysis of trends and contributing variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 193:1994–1998.
18. Kanagalingam MG et al. Changes in booking body mass index over a decade: retrospective analysis from a Glasgow Maternity Hospital. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1431–1433.
19. Mansour D. Implications of the growing obesity epidemic on contraception and reproductive health. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2004, 30:209–211.
20. Heitmann BL. Ten-year trends in overweight and obesity among Danish men and women aged 30–60 years. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:1347–1352.

21. Ye h J, Shelton J. Reasons for increasing trends in large for gestational age births. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 105:444–445.
22. Jensen DM et al. Pregnancy outcome and prepregnancy body mass index in 2459 glucose-tolerant Danish women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 189:239–244.
23. Dempsey JC et al. Maternal pre-pregnancy overweight status and obesity as risk factors for cesarean delivery. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2005, 17:179–185.
24. Cnattingius S et al. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:147–152.
25. Sheiner E et al. Maternal obesity as an independent risk factor for caesarean delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004, 18:196–201.
26. Sebire NJ et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2001, 25:1175–1182.
27. Martinez-Frias ML et al. Pre-gestational maternal body mass index predicts an increased risk of congenital malformations in infants of mothers with gestational diabetes. *Diabetic Medicine*, 2005, 22:775–781.
28. Watkins ML et al. Maternal obesity and risk for birth defects. *Pediatrics*, 2003, 111:1152–1158.
29. Anderson JL et al. Maternal obesity, gestational diabetes, and central nervous system birth defects. *Epidemiology*, 2005, 16:87–92.
30. Mojtabai R. Body mass index and serum folate in childbearing age women. *European Journal of Epidemiology*, 2004, 19:1029–1036.
31. Ray JG et al. Greater maternal weight and the ongoing risk of neural tube defects after folic acid flour fortification. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 105:261–265.
32. Ray JG et al. Risk of congenital anomalies detected during antenatal serum screening in women with pregestational diabetes. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 2004, 97:651–653.
33. Whitaker RC. Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics*, 2004, 114:e29–e36.
34. Johannsson E et al. Tracking of overweight from early childhood to adolescence in cohorts born 1988 and 1994: overweight in a high birth weight population. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1265–1271.
35. WHO Expert Committee on Physical Status. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO Technical Report Series, No. 854; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf, accessed 19 March 2007).
36. de Onis M. The use of anthropometry in the prevention of childhood overweight and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28 (Suppl. 3):S81–S85.
37. Seidell JC et al. Waist and hip circumferences have independent and opposite effects on cardiovascular disease risk factors: the Quebec Family Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 74:315–321.
38. Heitmann BL et al. Hip circumference and cardiovascular morbidity and mortality in men and women. *Obesity Research*, 2004, 12:482–487.
39. Kuczmarski MF et al. Effects of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Journal of American Dietetic Association*, 2001, 101:28–36.
40. Niedhammer I et al. Validity of self-reported weight and height in the French GAZEL cohort. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:1111–1118.
41. Brener ND et al. Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students. *The Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:281–287.
42. Bolton-Smith C et al. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self reported height and weight in an adult Scottish population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:143–148.
43. Bostrom G, Diderichsen F. Socioeconomic differentials in misclassification of height, weight and body mass index based on questionnaire data. *International Journal of Epidemiology*, 1997, 26:860–866.
44. Paccaud F et al. Body mass index: comparing mean values and prevalence rates from telephone and examination surveys. *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, 2001, 49:33–40.
45. Roberts RJ. Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health*, 1995, 109:275–284.

46. Alvarez-Torices JC et al. Self-reported height and weight and prevalence of obesity: study in a Spanish population. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1993, 17:663–667.
47. Elgar FJ et al. Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 37:371–375.
48. Dixon T, Waters AM. *A growing problem: trends and patterns in overweight and obesity among adults in Australia, 1980 to 2001*. Canberra, Australian Institute of Health & Welfare, 2003 (Bulletin No. 8, AIHW Cat. No. AUS 36; <http://www.aihw.gov.au/publications/aus/bulletin08/bulletin08.pdf>, accessed 19 March 2007).
49. Visscher TLS et al. Underreporting of body mass index in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998–2001. *Obesity*, 2006, 14:2054–2063.
50. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html, accessed 19 March 2007).
51. Must A et al. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1991, 53:839–846.
52. Must A et al. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness – a correction. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1991, 54:773.
53. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:1240–1243.
54. WHO Global Database on Body Mass Index [online database]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/bmi/index.jsp>, accessed 19 March 2007).
55. WHO Global InfoBase Online [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon, accessed 19 March 2007).
56. de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518–526.
57. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition [online database]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/en/>, accessed 19 March 2007).
58. Eurostat [web site]. Luxembourg, Statistical Office of the European Communities, 2005 (<http://epp.eurostat.cec.eu.int>, accessed 19 March 2007).
59. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:1240–1243.
60. PubMed [online database]. Bethesda, MD, United States National Library of Medicine and the National Institute of Health, 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>, accessed 19 March 2007).
61. National Statistical Service (Armenia), Ministry of Health of the Republic of Armenia, ORC Macro. *Armenia demographic and health survey 2000*. Calverton, MD, ORC Macro, 2001.
62. Serbanescu F et al., eds. *Reproductive health survey Azerbaijan, 2001*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2003.
63. *Household survey of women and children: Bosnia and Herzegovina 2000 (Be&H MICS 2000)*. Sarajevo, United Nations Children's Fund, 2002.
64. Savva SC et al. Prevalence and socio-demographic associations of undernutrition and obesity among preschool children in Cyprus. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 59:1259–1265.
65. Savva SC et al. Obesity in children and adolescents in Cyprus. Prevalence and predisposing factors. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:1036–1045.
66. Kobzová J et al. The 6th nationwide anthropological survey of children and adolescents in the Czech Republic in 2001. *Central European Journal of Public Health*, 2004, 12:126–130.
67. Rolland-Cachera MF et al. Body mass index in 7–9-y-old French children: frequency of obesity, overweight and thinness. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:1610–1616.
68. *Georgia multiple indicator cluster survey 1999 (MICS)*. Tbilisi, United Nations Children's Fund, 2000.
69. Kapantais E et al. First national epidemiological large survey on the prevalence of childhood and adolescent obesity in Greece. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(Suppl. 1):S71.

70. Arnardóttir HE. *Diet and body composition of 9- and 15-year-old children in Iceland* [thesis]. Reykjavik, University of Iceland, 2005.
71. Whelton H et al. North South Survey of children's height, weight and body mass index, 2002. *Biomed Central Public Health* [submitted] (<http://www.biomedcentral.com/bmcpublikealth>, accessed 19 March 2007).
72. O'Neill JL et al. Prevalence of overweight and obesity in Irish school children, using four different definitions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2006 (<http://www.nature.com/ejcn/journal/vaop/ncurrent/full/1602580a.html>, accessed 19 March 2007).
73. Academy of Preventive Medicine (Kazakhstan), Macro International Inc. *Kazakhstan demographic and health survey 1999*. Calverton, MD, Macro International Inc., 2000.
74. Szponar L et al. Stan odżywienia w oparciu o pomiary antropometryczne przeprowadzone wśród 4153 osób [Nutritional status on the basis of anthropometric measurements of 4153 persons]. In: Szponar L et al, eds. *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych [Household food consumption and anthropometric survey]*. Warsaw, Prace IŻŻ 101, 2003:444–508.
75. Padez C et al. Prevalence of overweight and obesity in 7–9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970 to 2002. *American Journal of Human Biology*, 2004, 16:670–678.
76. *National nutritional surveillance programme, 1993–2002*. Bucharest, “Alfred Rusescu” Institute for Mother and Child Care, 2003.
77. Petrović O et al. *Multiple indicator cluster survey II: the report for the Federal Republic of Yugoslavia*. Belgrade, United Nations Children's Fund, 2000.
78. *Telesný vývoj detí a mládeže v Slovenskej republike [Physical development of children and adolescents in Slovak Republic, part 1]*. Bratislava, National Public Health Authority of the Slovak Republic, 2004.
79. Novakova J. *Antropometrické ukazovatele a ich využitie na sledovanie trendov telesného vývinu detí a mládeže [Anthropometric parameters and their application for study of trends in physical developments of young people]*. Bratislava, National Public Health Authority of the Slovak Republic, 2006.
80. Serra Majem L et al. Obesidad infantil y juvenil en España: resultados del estudio enKid (1998–2000) [Childhood and adolescent obesity in Spain: results of the enKid study (1998–2000)]. *Medicina Clinica*, 2003, 121:725–732.
81. Aranceta-Batrina J et al. Prevalencia de obesidad en España [Prevalence of obesity in Spain]. *Medicina Clinica*, 2005, 125:32–38.
82. Zimmermann MB et al. Overweight and obesity in 6–12 year old children in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 2004, 134:523–528.
83. Branca F et al. *Multiple indicator cluster survey in FYR Macedonia with micronutrient component (MICS)*. Rome, National Institute of Nutrition, 2000.
84. *Multiple indicator cluster survey*. Kiev, State Statistics Committee of Ukraine, 2000.
85. Kirchengast S et al. Regional and social differences in body mass index, and the prevalence of overweight and obesity among 18 year old men in Austria between the years 1985 and 2000. *Collegium Anthropologicum*, 2004, 28:541–552.
86. Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 2003, 4:195–200.
87. Antal M et al. Representative study for the evaluation of age- and gender-specific anthropometric parameters and blood pressure in an adolescent Hungarian population. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 2004, 48:307–313.
88. Israel Center for Disease Control and Food and Nutrition Services, Ministry of Health. *Mabat Youth First Israeli National Health and Nutrition Survey in 7th–12th grade students 2003–4. Part 1. General findings*. Jerusalem, Ministry of Health, 2006 (Publication No. 240).
89. *Lexcès de poids chez les adolescents au Grand-Duché de Luxembourg*. Luxembourg, Direction of Health, Division of School Medicine, 2004.
90. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health. *Turkey demographic and health survey 2003*. Ankara, Hacettepe University Institute of Population Studies, 2004.
91. Gurbansoltan Eje Clinical Research Center for Maternal and Child Health, Ministry of Health and Medical Industry, ORC Macro. *Turkmenistan demographic and health survey 2000*. Calverton, MD, ORC Macro, 2001.

92. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Analytical and Information Center, State Department of Statistics, Ministry of Macroeconomics and Statistics, ORC Macro. *Uzbekistan health examination survey 2002*. Calverton, MD, ORC Macro, 2004.
93. Laatikainen T et al. *Non-communicable disease risk factor survey: Federation of Bosnia and Herzegovina 2002*. Sarajevo, Institute of Public Health, 2002.
94. Andrija Stampar School of Public Health, Croatian Public Health Institute, Ministry of Health, Canadian Society for International Health. *2003 Croatian adult health survey: Health Systems Project*. Zagreb, Ministry of Health, Canadian Society for International Health, 2003.
95. Aromaa A, Koskinen S. *Health and functional capacity in Finland: baseline results of the 2000 Health Examination Survey*. Helsinki, National Public Health Institute, 2004.
96. Irish Universities Nutrition Alliance. *North/South Ireland food consumption survey*. Dublin, Food Safety Promotion Board, 2001
97. Keinan-Boker L et al. Overweight and obesity prevalence in Israel: findings of the first national health and nutrition survey (MABAT). *Israel Medical Association Journal*, 2005, 7:219–223.
98. Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i koriscenje zdravstvene zastite stanovnistva u Republici Srbiji [Health status, health needs and health care use in Serbia]. *Glasnik Instituta za zastitu zdravlja Srbije [Bulletin of the Institute of Public Health of Serbia]*, 2002, 1–2:1–173.
99. Carmo I et al. Body mass index distribution and evolution trends in the Portuguese population. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(Suppl. 1):S68.
100. Zohoori N et al. *Monitoring health conditions in the Russian Federation: the Russia longitudinal monitoring survey 1992–2004*. Chapel Hill, Carolina Population Center, University of North Carolina, 2005 (http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/papers/health_04.pdf, accessed 6 March 2007).
101. Gutiérrez-Fisac JL et al. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. *Obesity Research*, 2004, 12:710–715.
102. Graf C et al. Data from the StEP TWO programme showing the effect on blood pressure and different parameters for obesity in overweight and obese primary school children. *Cardiology in the Young*, 2005, 15:291–298.
103. Bauer C, Rosemeier A. Ballast fürs Leben – Übergewicht und Adipositas bei Karlsruher Vorschulkindern. *Gesundheitswesen*, 2004, 66:246–250.
104. Kuepper-Nybelen J et al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood*, 2005, 90:359–363.
105. Danielzik S et al. Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5–7 y-old children: baseline data of the Kiel obesity prevention study (KOPS). *International Journal of Obesity and Metabolic Disorders*, 2004, 28:1494–1502.
106. Böhm A et al. Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen: Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts im Land Brandenburg. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 2002, 150:48–57.
107. Frye C, Heinrich J. Trends and predictors of overweight and obesity in East German children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:963–969.
108. Genovesi S et al. Results of blood pressure in a population of school-aged children in the province of Milan: role of overweight. *Journal of Hypertension*, 2005, 23:493–497.
109. Tognarelli M et al. Nutritional status of 8-year-old rural and urban Italian children: a study in Pistoia, Tuscany. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 2004, 55:381–387.
110. Celi F et al. Epidemiology of overweight and obesity among school children and adolescents in three provinces of central Italy, 1993–2001: study of potential influencing variables. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 57:1045–1051.
111. Zaborskis A et al. Overweight and increased blood pressure in preschool-aged children. *Medicina*, 2003, 39:1201–1207.
112. Branca F, Rossi L. *The health and nutritional status of children under five and their mothers in the Republic of Ingushetsia (Russian Federation)*. Rome, National Research Institute for Food and Nutrition, United Nations Children's Fund, 2001.

113. Ministry of Health, State Research Centre for Preventive Medicine, Department of Disease Prevention and Health Promotion Policy and Strategy Development. *A survey of the nutrition of infants and young children (0–5 years of age) in two northern cities of Russia – Arkhangelsk and Murmansk*. Moscow, Ministry of Health, 2004.
114. Bromley C et al. *The Scottish health survey 2003. Vol. 3. Children*. Edinburgh, Scottish Executive Health Department, 2005.
115. Jotangia D et al. *Obesity among children under 11*. London, National Centre for Social Research, 2005.
116. Jones SE et al. Monitoring trends in obesity in South Wales using routine data. *Archives of Disease in Childhood*, 2005, 90:464–467.
117. Stanje uhranjenosti i prehrabene navike školske djece u Hrvatskoj [Nutritional status and dietary habits of schoolchildren in Croatia]. *Paediatrica Croatica*, 2004, 48:9–15.
118. Klein-Platat C et al. Prevalence and sociodemographic determinants of overweight in young French adolescents. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 2003, 19:153–158.
119. Zellner K et al. Height, weight and BMI of schoolchildren in Jena, Germany – Are the secular changes levelling off? *Economics and Human Biology*, 2004, 2:281–294.
120. Pavlovic M et al. Obesity in schoolchildren. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2005, 49(Suppl. 1):321.
121. Pavlovic M, Lobstein T. Assessment and monitoring of nutritional status of children and adolescents in North Backa Region, Serbia. In: Caroli MA et al., eds. *Childhood obesity: from basic sciences to public health*. Naples, Guisepe de Nicola Editore, 2004:109–114.
122. Bijelovic SO. *Epidemiology of malnutrition and overnutrition among adolescents in the secondary education schools in Subotica*. Subotica, School of Medicine, University of Novi Sad, 2005.
123. Taylor SJC et al. Ethnicity, socio-economic status, overweight and underweight in East London adolescents. *Ethnicity and Health*, 2005, 10:113–128.
124. Watkins DC et al. Ten-year trends for fatness in Northern Irish adolescents: the Young Hearts Projects – Repeat cross-sectional study. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:579–585.
125. Fletcher ES et al. Changes over 20 years in macronutrient intake and body mass index in 11- to 12-year-old adolescents living in Northumberland. *British Journal of Nutrition*, 2004, 92:321–333.
126. Shapo L et al. Body weight patterns in a country in transition: a population-based survey in Tirana City, Albania. *Public Health Nutrition*, 2003, 6:471–477.
127. Tataradze R. *Health monitoring survey in CINDI-Georgia demonstration area – Chugureti District, Tbilisi*. Tbilisi, Georgian Medical Association, 2004.
128. Bromley C et al. *The Scottish health survey 2003. Vol. 2. Adults*. Edinburgh, Scottish Executive Health Department, 2005.
129. Sproston K, Primatesta P, eds. *Health survey for England 2003. Vol. 2. Risk factors for cardiovascular disease*. London, The Stationery Office, 2004.
130. Ruston D et al. *The national diet & nutrition survey: adults aged 19 to 64 years. Vol. 4. Nutritional status (anthropometry and blood analytes), blood pressure and physical activity*. London, The Stationery Office, 2004.
131. Bayingana K et al. *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004 [Health interview survey Belgium 2004]*. Brussels, Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit, 2006.
132. *Module “health and labour” of the permanent survey on living conditions*. Heerlen, Statistics Netherlands, 2006.
133. Andersen LF et al. Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005, 33:99–106.
134. Becker W, Enghardt-Barbieri H. *Svenska barns matvanor 2003 – resultat från enkätfrågor [Eating habits of Swedish children 2003 – Results from a survey]*. Uppsala, National Food Administration, 2004.
135. Kautiainen S. Trends in adolescent overweight and obesity in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 2005, 49:4–14.
136. Currie C et al., eds. *Young people’s health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, accessed 19 March 2007).

137. Yngve A. *Intake of fruit and vegetables in European children and their mothers, folate intake in Swedish children and health indicators – Overweight, plasma homocysteine levels and school performance* [dissertation]. Stockholm, Karolinska University, 2005.
138. *Gesundheitszustand & Konsum medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Mikrozensus September 1999*. Vienna, Statistics Austria, 2002.
139. De Vriese SR et al. *Voedselconsumptiepeiling België 2004 [Food consumption survey Belgium 2004]*. Brussels, Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit, 2006.
140. Health status: indicators from the national health interview surveys (HIS round 2004). Eurostat [online database]. Luxembourg, Eurostat, Statistical Office of the European Communities, 2005 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomerefer&open=/health/hlth/hlth_status_his&language=en&product=EU_MASTER_health&root=EU_MASTER_health&scrollto=106, accessed 19 March 2007).
141. *HIS CIR 2002: sample survey of the health status of the Czech population*. Prague, Institute of Health Information and Statistics, 2004.
142. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 – & udviklingen siden 1987 [The Danish health and morbidity survey 2000 – & developments since 1987]*. Copenhagen, National Institute of Public Health, 2001.
143. *Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, 2004 [Health behaviour among Estonian adult population, 2004]*. Tallinn, National Institute for Health Development, 2005.
144. Helakorpi S et al. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005 [Health behaviour and health among Finnish adult population, spring 2005]*. Helsinki, National Public Health Institute, 2005.
145. *ObEpi 2003: 3ème enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France (communiqué de presse)*. Paris, l'Institut Roche de l'Obésité, 2003.
146. Steidl J. *Ergebnisse des Mikrozensus 2003: fast jede(r) Zweite in Deutschland hat Übergewicht*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 2004.
147. Kapantais E et al. First national epidemiological large-scale survey on the prevalence of obesity in Greek adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(Suppl. 1):S72.
148. Rodler I et al. Táplálkozás vizsgálat Magyarországon, 2003–2004 [Dietary survey in Hungary, 2003–2004]. *Orvosi Hetilap*, 2005, 146:1781–1789.
149. Steingrimsdóttir L et al. *Hvad borda Íslendingar?: könnun á mataraedi Íslendinga 2002 helstu nidurstödur [The diet of Icelanders: dietary survey of the Icelandic Nutrition Council 2002, main findings]*. Rannsóknir Manneldisráðs Íslands V, Public Health Institute of Iceland, 2003.
150. Kelleher C et al. *The national health & lifestyle surveys: survey of lifestyle, attitudes and nutrition (SLAN)*. Galway, Centre for Health Promotion Studies, 2003.
151. *The Israel health interview based on EUROHIS Questionnaire*. Jerusalem, Ministry of Health, 2004.
152. Orsini S et al. *Stili di vita e condizioni di salute: indagine multiscopo annuale sulle famiglie “aspetti della vita quotidiana” anno 2003 [Lifestyle and health status: yearly multiscope survey on families “aspects of daily life” year 2003]*. Rome, National Institute of Statistics, 2005.
153. Pudule I et al. *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2004 [Health behaviour among Latvian adult population, 2004]*. Helsinki, National Public Health Institute, 2005.
154. Grabauskas V et al. *Suaugusių lietuvis žmonių gyvenimo tyrimas, 2004 [Health behaviour among Lithuanian adult population, 2004]*. Helsinki, National Public Health Institute, 2005.
155. Asciak RP et al. *The first national health interview survey: summary statistics*. G'Mangia, Department of Health Information, 2003.
156. *Nederlanders leven iets gezonder [Dutch lead a slightly more healthy life]*. Heerlen, Statistics Netherlands, 2006 (Press release PB06-034).
157. Zaletel-Kragelj L et al. Interregional differences in health in Slovenia. I. Estimated prevalence of selected cardiovascular and related diseases. *Croatian Medical Journal*, 2004, 45:637–643.
158. Martinez JA et al. Prevalence of obesity in Spain. *Obesity Reviews*, 5:171–172.
159. *National public health survey*. Stockholm, Swedish National Institute of Public Health, 2006.
160. *Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel, Swiss Federal Statistical Office, 2003.
161. *Measuring change in nutritional status: guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes for vulnerable groups*. Geneva, World Health Organization, 1983 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/1983/9241541660.pdf>, accessed 6 March 2007).

162. Jones N et al., eds. *Welsh Health Survey 2003/04*. Cardiff, Health Statistics and Analysis Unit, 2005.
163. McCarthy S, Hannon E. *National children's food survey*. Dublin, Irish Universities Nutrition Alliance, 2005.
164. Kaluski DN, Berry EM. National prevalence of obesity: prevalence of obesity in Israel. *Obesity Reviews*, 2005, 6:115–116.
165. Gissler M, Vuori E. *Perinatal statistics in the Nordic countries*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (<http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/reproduction/perinatalreproductionsunsummary.htm>, accessed 19 March 2007).
166. *Fakta om mammor, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973 till 2000: uppdaterat tabellunderlag 1973–2003 [Facts about mothers, births and newborn babies. Medical birth registry 1973–2000, updated tables to 1973–2003]*. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002 (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/FE43E1FE-329E-4DCE-93B1-91144500EDF3/1261/200212513.pdf>, accessed 19 March 2007).
167. Bendixen H et al. Major increase in prevalence of overweight and obesity between 1987 and 2001 among Danish adults. *Obesity Research*, 2004, 12:1464–1472.
168. Fírel S et al. *The national health and lifestyle surveys: survey of lifestyle, attitudes and nutrition (SLAN) and the Irish health behaviour in school-aged children survey (HBSC)*. Galway, Centre for Health Promotion Studies, 1999.
169. Boros J et al. *National Health Survey 2000*. Budapest, Health Promotion Research Institute, 2001.
170. Kasmel A et al. *Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad, 1998 [Health behaviour among Estonian adult population, spring 1998]*. Helsinki, National Public Health Institute, 1999.
171. Kasmel A et al. *Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad, 2000 [Health behaviour among Estonian adult population, spring 2000]*. Helsinki, National Public Health Institute, 2001.
172. Kasmel A et al. *Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad, 2002 [Health behaviour among Estonian adult population, spring 2002]*. Tallinn, Estonian Centre for Health Education and Promotion, 2003.
173. Grabauskas V et al. *Suaugusių lietuvių žmonių Gyvensenos Tyrimas, 1998 [Health behaviour among Lithuanian adult population, 1998]*. Helsinki, National Public Health Institute, 1999.
174. Grabauskas V et al. *Suaugusių lietuvių žmonių Gyvensenos Tyrimas, 2000 [Health behaviour among Lithuanian adult population, 2000]*. Helsinki, National Public Health Institute, 2001.
175. Grabauskas V et al. *Suaugusių lietuvių žmonių Gyvensenos Tyrimas, 2002 [Health behaviour among Lithuanian adult population, 2002]*. Helsinki, National Public Health Institute, 2003.
176. Stamatakis E et al. Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of the socioeconomic factors? *Archives of Disease in Childhood*, 2005, 90:999–1004.
177. Moreno LA et al. Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents: the AVENA study. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 2005, 49:71–76.
178. Moreno LA et al. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 56:992–1003.
179. Pearson S et al. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947–2003 [Increase in overweight and obesity among Copenhagen schoolchildren in the period 1947–2003]. *Ugeskrift for Læger*, 2005, 167:158–162.
180. Heude B et al. Time trend in height, weight, and obesity prevalence in school children from Northern France, 1992–2000. *Diabetes Metabolism*, 2003, 29:235–240.
181. Romon M et al. Influence of social class on time trends in BMI distribution in 5-year-old French children from 1989 to 1999. *International Journal of Obesity and Metabolic Disorders*, 2005, 29:54–59.
182. Kalies H et al. Prevalence of overweight and obesity and trends in body mass index in German pre-school children, 1982–1997. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:1211–1217.
183. Briem B. *Changes in height and weight of 9-year-old children in Reykjavik, 1919–1998* [thesis]. Reykjavik, University of Iceland, 1999.
184. Hirasings RA et al. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen [Increased prevalence of overweight and obesity in Dutch children, and the detection of overweight and obesity using international criteria and new reference diagrams]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2001, 145:1303–1308.

185. Wang Y et al. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 75:971–977.
186. Petersen S et al. Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umeå, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatrica*, 2003, 92:848–853.
187. Mårild S et al. Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatrica*, 2004, 93:1588–1595.
188. Chinn S, Rona RJ. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974–1994. *British Medical Journal*, 2001, 322:24–26.
189. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006, 1:11–25.
190. James PT. Obesity: the worldwide epidemic. *Clinics in Dermatology*, 2004, 22:276–280.

2. Воздействие ожирения на здоровье

Ключевые положения

- Ожирение оказывает значительное влияние на уровни заболеваемости, инвалидности и качество жизни.
- У взрослых, страдающих ожирением, особенно вероятно развитие диабета второго типа, сердечно-сосудистых заболеваний, нескольких распространенных форм рака, остеоартрита и появление других расстройств здоровья. У детей, страдающих ожирением, также возрастает риск многих из этих заболеваний.
- Выраженность и продолжительность ожирения повышают риск сопутствующих заболеваний.
- Хотя смертность людей с ожирением может быть такой же, как и смертность людей с нормальным весом, у них возрастает риск неинфекционных заболеваний, серьезно влияющих на общее состояние здоровья.

Ожирение в настоящее время стало эпидемией, и все чаще становится серьезной проблемой здравоохранения (1,2). Эпидемиологические исследования показали, что оно связано с возросшими рисками заболеваемости, нетрудоспособности и смертности (3).

Недавно было выявлено, что ожирение влияет на смертность почти так же сильно, как курение (4). В данной главе предпринята попытка выяснить, как ожирение влияет на развитие неинфекционных заболеваний и смертность.

Заболеваемость

Ожирение связано с большим количеством состояний (1,5,6), наиболее важные из которых перечислены ниже:

1. сердечно-сосудистые болезни: поражение коронарных сосудов сердца (включая ишемическую болезнь сердца, стенокардию, инфаркт миокарда), гипертония, дислипидемия и инсульт;
2. различные типы рака: рак эндометрия, шейки матки, яичников, простаты, молочной железы, толстой кишки, прямой кишки, почек, печени и желчного пузыря;
3. диабет второго типа и резистентность к инсулину;
4. терминальная стадия болезней почек;
5. жировой метаморфоз печени;
6. остеоартрит;
7. легочная эмболия;
8. тромбоз глубоких вен;
9. поликистозный синдром яичников;
10. гиперурикемия и подагра;
11. образование жёлчных камней;
12. расстройства репродуктивной функции;
13. боль в пояснице;
14. одышка;
15. апноэ сна;
16. психологические и социальные проблемы;
17. осложнения беременности;
18. осложнения при хирургических вмешательствах.

Метаболический синдром

Совокупность метаболических отклонений – включая центрально распределенное ожирение (большая окружность талии), пониженный уровень холестерина ЛПВП, высокий уровень триглицеридов, высокое кровяное давление (гипертония) и высокий уровень глюкозы в крови (гипергликемия) – известна как метаболический синдром (7). Этот синдром связан с возрастанием заболеваемости

диабетом второго типа (второе) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (второе). Известны по крайней мере четыре определения этого синдрома, но критерием для всех является центральное ожирение. В недавнем определении Международной федерации диабета центральное ожирение – это неотъемлемый признак метаболического синдрома, который диагностируется, если большая окружность талии (заданная пороговыми точками, определенными для различных этнических групп) сочетается с какими-нибудь двумя из других компонентов (8).

Сердечно-сосудистые заболевания

Ожирение связано с некоторыми из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, такими как гипертония и низкая концентрация холестерина ЛПВП, а также с мелкодисперсным холестерином ЛПНП. Относительные риски наиболее тяжелых клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда и инсульт) у людей с ожирением составляют 1,5–2,5 по сравнению с людьми нормального веса (9).

Кажется парадоксальным, что смертность от болезней сердца и уровни главных факторов риска уменьшаются, в то время как распространенность ожирения и диабета второго типа увеличивается, но это показывает, что ожирение – не единственный фактор риска смерти от ишемической болезни сердца. В популяциях, где снижено потребление соли и насыщенных жиров или существенно сокращено курение, общий уровень сердечно-сосудистых заболеваний уменьшился, однако ожирение остается серьезным фактором риска и, вероятно, наиболее значимым по важности.

Глобальное исследование INTERHEART показало, что центральное ожирение (большое ОТБ или окружность талии по результатам измерений) является намного более значимым детерминантом сердечно-сосудистых заболеваний, чем ИМТ во многих этнических группах во всех странах мира (10).

Инсулиннезависимый диабет (диабет второго типа)

Ожирение — известный фактор риска сахарного диабета второго типа («инсулиннезависимого»). Field et al. (11) выявили, что заболеваемость диабетом второго типа у мужчин и женщин средних лет с предожирением (ИМТ 25–30 кг/м²), в течение 10 лет от начала измерений, была выше в 3,5 и 4,6 раза, соответственно, по сравнению с людьми нормального веса (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²). Кроме того, этот относительный риск увеличивался по экспоненте с дальнейшим увеличением ИМТ. У мужчин и женщин с ИМТ, равным 35 кг/м², риск развития диабета был приблизительно в 20 раз выше по сравнению с людьми нормального веса.

Согласно некоторым масштабным проспективным исследованиям (9), избыточная масса тела и ожирение (ИМТ свыше 25 кг/м²), по оценкам составляли приблизительно 65–80% новых случаев диабета второго типа. Риск диабета второго типа связан с тем, в каком возрасте началось ожирение и какова его продолжительность, а также с увеличением веса во взрослом возрасте (9). Кроме того, люди с семейной предрасположенностью к диабету второго типа, у которых риск заболеть итак повышен, по-видимому, более уязвимы с точки зрения увеличения веса и накопления абдоминального жира (12).

Рак

На относительно низких уровнях ИМТ ожирение уже связано с некоторыми формами рака, главным образом рака толстой кишки и гормонально зависимых злокачественных опухолей матки, рака яичников, постменопаузального рака молочной железы и простаты. В проспективно изучаемой популяции из более чем 900 тыс. взрослых в Соединённых Штатах Америки у мужчин с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) риск смерти от рака печени и жёлчного пузыря и от неходжкинской лимфомы был больше чем на 50%; у женщин, страдающих ожирением, риск смерти от рака желчного пузыря, молочной железы, матки и почек был больше чем на 50% (13). У женщин с ИМТ ≥ 40 кг/м² по сравнению с женщинами с нормальным весом (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²), риск смерти от рака почек и рака матки был соответственно в 4 и 6 раз выше (13). Когда ИМТ достигает значений выше чем 35 кг/м², ожирение связано с еще большим числом локализаций рака (13). По оценкам Всемирного фонда исследований рака, 30–40% всех заболеваний раком может быть связано с неправильным питанием, отсутствием физических нагрузок и избыточной массой тела (14). Становится все более очевидно, что ожирение является второй по важности после курения причиной рака, которую можно предотвратить.

В последнее десятилетие был исследован ряд заболеваний, связанных с ожирением (3,15). Они включают скелетно-мышечные заболевания (такие как остеоартрит и подагра), образование жёлчных камней, неалкогольный цирроз печени, апноэ сна, астму, нарколепсию, более интенсивное применение лекарств по поводу неинфекционных заболеваний, гирсутизм, ослабление репродуктивной функции, осложнения беременности (такие как гестационный диабет, гипертензия, увеличение перинатальной смертности, эмбриональные дефекты нервной трубки и эмбриональная макросомия), катаракту, доброкачественную аденому простаты, болезни почек, тромбоз глубоких вен, легочную эмболию и психологические нарушения (такие как депрессия и низкий уровень самооценки) (5,16–22).

Инвалидность

В 1990 г. Rissanen et al. выявили, что в Финляндии взрослые с ожирением чаще страдали от стойкой нетрудоспособности из-за сердечно-сосудистых и скелетно-мышечных заболеваний, чем взрослые с нормальным весом (23). Исследование людей с ожирением в Швеции показало, что на ожирение приходится 10% потери производительности труда вследствие временной нетрудоспособности или инвалидности (24) и что, в частности, инвалидность связана с такими показателями, как окружность талии (25). Симптомы остеоартрита более серьезны у более тучных пациентов.

Возрастание общего риска неинфекционных болезней заметно уже при умеренном увеличении веса. Низшую точку кривой риска можно поместить на отметке в 21 кг/м², и исследования бремени болезней, связанных с избыточной массой тела и ожирением, были выполнены на основе этого значения ИМТ. В табл. 2.1 показано соотношение случаев основных неинфекционных заболеваний, связанных с ИМТ свыше 21 кг/м², в трех контрольных группах стран (с разными показателями смертности) в Европейском регионе:

1. Евр-А (27 стран с очень низким уровнем смертности среди детей и взрослых): Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединённое Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция;
2. Евр-В (16 стран с низким уровнем смертности среди детей и взрослых): Азербайджан, Албания, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Кыргызстан, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан;
3. Евр-С (9 стран с низким уровнем смертности среди детей и высоким уровнем смертности среди взрослых): Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония.

Будущие исследователи должны обращать большее внимание на то, в каком возрасте начинаются заболевания, связанные с ожирением. Например, люди с ожирением принимают лекарства против неинфекционных состояний в течение большего периода количества лет, чем люди с нормальным весом, даже принимая во внимание раннюю смертность, связанную с ожирением.

Таблица 2.1 Доля случаев неинфекционных болезней с повышенным ИМТ (>21 кг/м²) у взрослых в возрасте 30 лет, Европейский регион ВОЗ

Субрегион	Случаи болезней (%)															
	Остеоартрит		Рак толстой кишки		Постменопаузальный рак молочной железы		Рак эндометрия		Диабет второго типа		Инсульт		Ишемическая болезнь сердца		Гипертония	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Евр-А	22	24	18	18	–	13	–	50	78	84	35	31	35	29	56	50
Евр-В	15	22	15	19	–	12	–	48	71	84	35	41	34	38	56	65
Евр-С	17	25	14	19	–	13	–	52	68	83	33	37	33	33	56	64

Источник: James et al. (26).

Смертность

То, что ожирение сокращает жизнь, кажется одной из самых простых эпидемиологических закономерностей, однако взаимосвязь между ожирением и смертностью оспаривалась в течение многих десятилетий и продолжает обсуждаться. В 1970-х и 1980-х гг. дебаты в основном сосредоточились вокруг проблемы, согласно которой ожирение не связано с возросшим риском смертности, если принимать в расчет традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как гипертония, дислипидемия и диабет второго типа. Manson et al. (27) утверждали, что такое допущение неправомерно, так как эти факторы риска находятся в причинно-следственной связи между ожирением и смертностью: то есть ожирение вызывает факторы повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний и диабета второго типа, что влечет за собой большинство дополнительных смертельных случаев у людей с ожирением. Наблюдение, что ожирение оказывает незначительное влияние на смертность у людей без факторов риска (таких как гипертония и дислипидемия) и без диабета второго типа, не означает, что ожирение не связано с возросшей смертностью, потому что у большинства людей с ожирением будет по крайней мере одно из этих состояний.

Кроме того, Manson et al. утверждали, что воздействие табакокурения следует также принимать во внимание (27). Табакокурение искажает картину, поскольку курильщики обычно худые, и при этом курение ассоциируется с преждевременной смертностью, и таким образом связь между ожирением и смертностью может быть замаскирована. Ожирение, по некоторым данным, является модификатором воздействия, то есть связь между ожирением и смертностью вообще сильнее у людей, которые никогда не курили, чем у курильщиков (28). В когортных исследованиях связь ожирения и смертности может отсутствовать у курильщиков, в то время как ожирение четко связано с возросшей смертностью среди людей, которые никогда не курили (29–31). Manson et al. также предположили, что так называемая обратная причинно-следственная связь, возможно, повлияла на отношения между весом и смертностью в результатах некоторых исследований. Они утверждали, что многие серьезные состояния здоровья, такие как некоторые типы рака, могут привести к потере веса и к увеличенному риску ранней смерти: то есть болезни вызывали похудание, а не похудание вызывало болезни (28).

Sjöström (32) выявил, что большинство самых первых исследований, которые не находили связи между ожирением и смертностью, либо охватывали незначительный период времени, либо имели короткий срок последующих наблюдений. Этот пример показывает значение продолжительности последующего наблюдения. Если женщины в возрасте 40–50 лет наблюдаются в течение 10 лет, можно выявить незначительное влияние ожирения на смертность, так как очень немногие женщины умирают от связанных с ожирением болезней в возрасте 50–60 лет. Если эти женщины наблюдались в течение еще 10 лет, воздействие ожирения могло стать очевидным. Lindsted и Singh подтвердили такую точку зрения в 1997 г. (33).

В большинстве исследований сообщается о взаимосвязи между ИМТ и смертностью. ИМТ включает и массу жира, и массу тканей организма помимо жира, которые влияют на риск смертности независимо (34) и противоположными способами (35). Для пожилых мужчин окружность талии – предпочтительный показатель определения повышенного риска смертности, а не ИМТ (36). Большая окружность бёдер связана с более низкими уровнями смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (37). Эти данные согласуются с результатами исследований, согласно которым большая окружность бёдер также связана с уменьшенным риском диабета, гипертонии и дислипидемии (38).

Сокращение ожидаемой продолжительности жизни

В некоторых исследованиях подсчитано число лет, на которые уменьшается ожидаемая продолжительность жизни из-за ожирения. В исследовании Framingham подсчитано, что ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) в возрасте 40 лет связано с потерей 6–7 лет жизни (6). Fontaine et al. рассчитали, что ИМТ ≥ 33 кг/м², начиная с возраста 40 лет, связан с потерей 2–3 лет жизни (39). В исследованиях использовались различные методы расчетов и были использованы различные когорты: основные измерения в исследовании Framingham относятся к 1950-м годам, когда сердечно-сосудистые заболевания (такие как инфаркт миокарда) были связаны с более высокой смертностью, чем сегодня. Пациенты, которые несколько десятилетий назад умерли бы преждевременно от многих из болезней, вызванных ожирением, могут теперь выжить, благодаря долговременному лечению.

Смертность в различных возрастных группах

Относительное воздействие ожирения на смертность является самым высоким у людей самых молодых возрастных категорий (29,40). Причинами наличия незначительной статистической связи или ее отсутствия между ИМТ и смертностью у пожилых людей (41) может быть «эффект потолка» – выборочное выживание людей с ожирением и небольшим количеством сопутствующих заболеваний – или использование такого показателя, как ИМТ, который может быть менее чувствительным к риску смертности, чем, скажем, показатель окружности талии (36).

Интересно, что по имеющимся данным оптимальное значение ИМТ увеличивается с возрастом. ИМТ с самым низким абсолютным риском смертности находится между 18,5 кг/м² и 25 кг/м² для взрослых в молодом возрасте, но составляет приблизительно 27 кг/м² для взрослых старших возрастов (42). Это не означает, что увеличение веса необходимо для лучшего выживания, но может отразить выборочные последствия для выживания или явиться аспектом обратной причинно-следственной связи. Согласно последним данным исследований, проведенных в рамках Обзора общественного здравоохранения и исследования питания, ИМТ 25–29,9 кг/м² не был связан с увеличением риска смертности в недавно обследованных когортах в Соединённых Штатах Америки (43). Для этих взрослых, если сравнить их со взрослыми нормального веса, возросшая вероятность болезни без увеличившегося риска смертности может привести к более высокому спросу на долговременное лечение (см. главу 3, в которой более подробно рассматриваются затраты на здравоохранение).

Последствия детского ожирения для здоровья

Можно считать абсолютно обоснованным повышенное внимание к детям с избыточной массой тела и ожирением, поскольку такие дети, по всей вероятности, будут страдать от ожирения во взрослом возрасте (44) и болеть неинфекционными болезнями в юные годы (45). У детей с ожирением также увеличены прямые риски заболеваний (46), и они часто страдают от стигматизации (47). Распространенность детского ожирения быстро растет, однако его последствия для здоровья, по-видимому, учитываются в недостаточной степени. Для большинства неинфекционных состояний, вызванных ожирением, риски зависят частично от того, в каком возрасте они начались, а также от продолжительности ожирения. Дети с ожирением страдают и от кратковременных, и долговременных последствий для здоровья.

Dietz и Robinson (48) осуществили подробный обзор этих последствий, и результаты их изысканий приведены здесь в кратком изложении. Ожирение имеет социальные последствия, связанные со стигматизацией детей и подростков, явно приводящие к уменьшению социальных и экономических возможностей во взрослой жизни. Последствия для здоровья включают возросший риск метаболических отклонений, таких как диабет второго типа (49), и безалкогольный жировой метаморфоз печени (50), связанные со сном нарушения дыхания (51), такие как синдром обструктивного апноэ сна (52).

Cook et al. (53) выявили, что 4% всех подростков и почти 30% подростков с избыточной массой тела в Соединённых Штатах Америки соответствовали критериям метаболического синдрома. Это имеет большое значение для будущего риска диабета второго типа и сердечно-сосудистых заболеваний. У подростков с ожирением также увеличивается риск жировой дегенерации печени, жёлчных камней, гипертонии, нарушения дыхания во время сна и ортопедических осложнений. Очень в немногих исследованиях рассматривались долговременные последствия ожирения у подростков, но согласно результатам этих исследований, можно предположить, что они сходны с последствиями ожирения у взрослых (54). Кроме того, жировой метаморфоз печени долго считался особенностью детского ожирения, и присутствие жирового фиброза в ткани печени, кажется, связано с продолжительностью ожирения, а не его степенью (55).

В табл. 2.2 приведена оценка числа детей, имеющих несколько метаболических показателей ожирения, в 25 странах, входивших в ЕС в 2004 г. Это указывает на угрожающий риск неинфекционных болезней, которым подвержены дети в результате избыточной массы тела.

Таблица 2.2. Оценка численности детей в возрасте 5,0–17,9 лет с показателями болезней, связанных с ожирением, в ЕС, 2006 г.

Показатели	Дети с ожирением	
	Минимальная вероятная распространенность (%)	Минимальное вероятное число детей (млн.)
Повышенные триглицериды	21,5	1,09
Повышенный общий холестерин	22,1	1,12
Высокий холестерин ЛПНП	18,9	0,96
Низкий холестерин ЛПВП	18,7	0,95
Гипертония	21,8	1,11
Пониженная толерантность к глюкозе	8,4	0,42
Гиперинсулинемия	33,9	1,72
Диабет второго типа	0,5	0,027
Метаболический синдром (3 показателя) ^а	23,9	1,21
Метаболический синдром (4 показателя) ^б	4,6	0,13
Жировая дегенерация печени	27,9	1,42
Повышение уровня аминотрансферазы	12,8	0,65

^а Метаболический синдром был определен как наличие следующих показателей: гипертония, центральное ожирение, повышенный холестерин ЛПВП в крови, повышенный уровень триглицеридов в крови, повышенные уровни глюкозы крови.

^б Возрастной диапазон 10,0–17,9 лет.

Источник: Lobstein и Jackson-Leach (56).

Бремя болезней

Как показано в этой главе, ожирение явно связано с повышенной смертностью, заболеваемостью и инвалидностью. Поскольку ожирение сильнее связано с заболеваемостью и инвалидностью, чем со смертностью, важнее сосредоточить внимание именно на них. Несмотря на связь ожирения со смертностью, оно также связано с увеличением числа лет, прожитых в состоянии болезни, что было выявлено в результате когортных исследований взрослых в Финляндии на протяжении 15 лет (57). Необходимы инновационные методы для вычисления числа лет, прожитых в состоянии болезни на протяжении всего жизненного периода после начала ожирения, принимая во внимание изменения в протоколах лечения ожирения и сопутствующих заболеваний и, следовательно, изменений в уровнях выживания. В то время как связь между табакокурением и смертностью ясно показывает воздействие курения на здоровье, воздействие ожирения можно четко проследить благодаря связи с заболеваемостью и нетрудоспособностью,

а также благодаря подсчету комплексного показателя DALY (годы жизни, утраченные в результате болезни или инвалидности).

Для сравнения бремени болезни по различным источникам удобно использовать измерение, которое сочетает оценку числа лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти, и число лет, прожитых в состоянии болезни и стойких функциональных нарушений. DALY отражает число лет здоровой жизни, утраченных из-за преждевременной смертности, стойких нарушений здоровья (инвалидности) или болезни. James et al. (26) вычислили DALY у людей в возрасте 30 лет и выше с ИМТ более чем 21 кг/м² (табл. 2.3). По их расчетам, сделанным для Европейского региона в целом, избыточная масса тела является причиной потери примерно 12 млн. лет здоровой жизни взрослого населения каждый год.

Предотвращение увеличения веса во всех диапазонах ИМТ

Большинство взаимосвязей, представленных в этой главе, касаются ожирения, определенного как ИМТ ≥ 30 кг/м² или выше, и в сравнении с базовой категорией ИМТ 18,5–24,9 кг/м², но этот подход не дает исчерпывающего представления об общем бремени болезни из-за лишнего веса. Исследования,

Таблица 2.3. Бремя болезни в DALY (на 1000 населения) от заболеваний, вызванных избыточным весом (ИМТ > 21 кг/м²) у взрослых в возрасте 30 лет и выше, Европейский регион ВОЗ

Субрегион	DALYs								
	Остеоартрит	Рак толстой кишки	Постменопаузальный рак молочной железы	Рак эндометрия	Диабет второго типа	Инсульт	Ишемическая болезнь сердца	Гипертония	Общее количество
Евр-А	348	185	127	66	876	619	1271	166	3658
Евр-В	176	46	35	37	401	559	1304	306	2864
Евр-С	266	95	66	69	526	1291	2741	208	5262

Источник: James et al. (26).

которые включали категории с ИМТ ниже чем 30 кг/м² также показали серьезное увеличение относительных рисков. Chan et al. (58) и Carey et al. (59), например, показали, что относительные риски диабета начинают увеличиваться у мужчин и женщин с ИМТ свыше 21 кг/м², а Field et al. (11) нашли, что связь между ИМТ и риском развития многих неинфекционных болезней была очевидно выше при ИМТ 22 кг/м². Эти возросшие риски в категории относительно низкого ИМТ демонстрируют важность предотвращения увеличения веса во всех диапазонах. Они также предполагают, что общее бремя болезней среди взрослых с избыточной массой тела, но не ожирением, может быть значительным, потому что у большего числа европейцев ИМТ 25,0–29,9 кг/м², а не ИМТ ≥30 кг/м². Если люди с избыточной массой тела и подвергаются меньшим рискам, чем люди с ожирением, то доля болезней, связанных с избыточной массой тела, так же, если не больше, велика, как и болезней, связанных с ожирением.

В заключение следует сказать, что продолжение эпидемии ожирения, как предполагается, будет связано с дальнейшим сокращением ожидаемой продолжительности жизни и значительным увеличением числа лет, прожитых в состоянии болезни. Учитывая значение продолжительности и степени ожирения, в настоящее время быстрый рост количества детей с ожирением, вероятно, приведет к существенному увеличению бремени неинфекционных болезней, существующих фактически во всех странах Европейского региона ВОЗ и влекущих за собой значительные расходы на здравоохранение.

Библиография

1. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.* Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf, accessed 20 March 2007).
2. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6(1):23–33.
3. Visscher TL, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:355–375.
4. Peeters A et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138(1):24–32.
5. Stein PD et al. Obesity as a risk factor in venous thromboembolism. *American Journal of Medicine*, 2005, 118:978–980.
6. de Lusignan S et al. A study of cardiovascular risk in overweight and obese people in England. *European Journal of General Practice*, 2006, 12(1):19–29.
7. Zimmet P et al. The metabolic syndrome: a global public health problem and a new definition. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 2005, 12(6):295–300.
8. Alberti KG et al. Metabolic syndrome – A new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, 2006, 23:469–480.
9. Seidell JC. Time trends in obesity: an epidemiological perspective. *Hormone and Metabolic Research*, 1997, 29(4):155–158.
10. Yusuf S et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet*, 2005, 366(9497):1640–1649.
11. Field AE et al. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1581–1586.
12. van Dam RM et al. Parental history of diabetes modifies the association between abdominal adiposity and hyperglycemia. *Diabetes Care*, 2001, 24:1454–1459.
13. Calle EE et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:1625–1638.
14. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997.
15. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet*, 2005, 366(9492):1197–1209.
16. Ross WR, McGill JB. Epidemiology of obesity and chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 2006, 13(4):325–335.

17. Poulain M et al. The effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174(9):1293–1299.
18. Andreassen KR et al. Obesity and pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83(11):1022–1029.
19. Visscher TLS et al. Obesity and musculoskeletal disorders. In: Medeiros-Neto G et al., eds. *Progress in obesity research. Proceedings from the 9th International Congress on Obesity*. Montrouge, John Libbey Eurotext Ltd, 2003.
20. Maclure KM et al. Weight, diet, and the risk of symptomatic gallstones in middle-aged women. *New England Journal of Medicine*, 1989, 321(9):563–569.
21. Rocha R et al. Body mass index and waist circumference in non-alcoholic fatty liver disease. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2005, 18(5):365–370.
22. Faith MS et al. Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53(4):935–942.
23. Rissanen A et al. Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population. *British Medical Journal*, 1990, 301(6756):835–837.
24. Nathan DM. Diabetes control and complications trial: results and implications. *Diabetes News*, 1994, 15:1–3.
25. Han TS et al. The prevalence of low back pain and associations with body fatness, fat distribution and height. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1997, 21(7):600–607.
26. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1*. Geneva, World Health Organization, 2004:497–596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>, accessed 20 March 2007).
27. Manson JE et al. Body weight and longevity. A reassessment. *Journal of the American Medical Association*, 1987, 257(3):353–358.
28. Seidell JC et al. Overweight and obesity in the mortality rate data: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31(Suppl. 11):S597–S601.
29. Visscher TL et al. Underweight and overweight in relation to mortality among men aged 40–59 and 50–69 years: the Seven Countries Study. *American Journal of Epidemiology*, 2000, 151(7):660–666.
30. Sempos CT et al. The influence of cigarette smoking on the association between body weight and mortality. The Framingham Heart Study revisited. *Annals of Epidemiology*, 1998, 8(5):289–300.
31. Lee IM et al. Body weight and mortality. A 27-year follow-up of middle-aged men. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270(23):2823–2828.
32. Sjöström LV. Mortality of severely obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55 (Suppl. 2):516S–523S.
33. Lindsted KD, Singh PN. Body mass and 26-year risk of mortality among women who never smoked: findings from the Adventist Mortality Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 146(1):1–11.
34. Allison DB et al. Hypothesis concerning the U-shaped relation between body mass index and mortality. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 146(4):339–349.
35. Bigaard J et al. Body fat and fat-free mass and all-cause mortality. *Obesity Research*, 2004, 12(7):1042–1049.
36. Visscher TL et al. A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: the Rotterdam study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2001, 25(11):1730–1735.
37. Heitmann BL et al. Hip circumference and cardiovascular morbidity and mortality in men and women. *Obesity Research*, 2004, 12(3):482–487.
38. Snijder MB et al. Independent and opposite associations of waist and hip circumferences with diabetes, hypertension and dyslipidemia: the AusDiab Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(3):402–409.
39. Fontaine KR et al. Years of life lost due to obesity. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289(2):187–193.

40. Stevens J et al. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338(1):1–7.
41. Seidell JC, Visscher TL. Body weight and weight change and their health implications for the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 54(Suppl. 3):S33–S39.
42. Lew EA, Garfinkel L. Variations in mortality by weight among 750,000 men and women. *Journal of Chronic Diseases*, 1979, 32(8):563–576.
43. Flegal KM et al. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293(15):1861–1867.
44. Freedman DS et al. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 2005, 115(1):22–27.
45. Guo SS et al. Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: the Fels Longitudinal Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24(12):1628–1635.
46. Swallen KC et al. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*, 2005, 115(2):340–347.
47. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998, 101(3 Pt 2):518–525.
48. Dietz WH, Robinson TN. Clinical practice. Overweight children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352(20):2100–2109.
49. Haines L et al. Rising incidence of type 2 diabetes in children in the United Kingdom. *Diabetes Care*, 2007 (<http://care.diabetesjournals.org>, accessed 20 March 2007).
50. Schwimmer JB et al. Obesity, insulin resistance, and other clinicopathological correlates of pediatric nonalcoholic fatty liver disease. *Journal of Pediatrics*, 2003, 143(4):500–505.
51. Mallory GB Jr et al. Sleep-associated breathing disorders in morbidly obese children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 1989, 115(6):892–897.
52. Erler T, Paditz E. Obstructive sleep apnea syndrome in children: a state-of-the-art review. *Treatments in Respiratory Medicine*, 2004, 3(2):107–122.
53. Cook S et al. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2003, 157(8):821–827.
54. Quesenberry CP Jr et al. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158:466–472.
55. Kinugasa A et al. Fatty liver and its fibrous changes found in simple obesity of children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 1984, 3(3):408–414.
56. Lobstein T, Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006, 1:33–41.
57. Visscher TL et al. Obesity and unhealthy life-years in adult Finns: an empirical approach. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164(13):1413–1420.
58. Chan JM et al. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*, 1994, 17(9):961–969.
59. Carey et al. Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The Nurses' Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145(7):614–619.

3. Экономические последствия ожирения

Ключевые положения

- Ожирение связано с высокими медицинскими расходами и потерями экономической производительности. Дополнительные расходы связаны с лечением людей без ожирения, но с избыточной массой тела.
- В исследованиях расходы, связанные с ожирением, оцениваются по-разному из-за различий в данных и методиках. Например, в одних исследованиях приводятся оценки за один год, а в других – на протяжении всей жизни.
- Программы по профилактике ожирения могут уменьшить краткосрочные затраты здравоохранения, но их воздействие на уменьшение расходов в долгосрочном плане неизвестно.

Избыточная масса тела или ожирение влечет за собой экономические последствия. Они включают прямые расходы системы здравоохранения, косвенные расходы, связанные с утратой экономической производительности, и индивидуальные расходы, такие как приобретение так называемых продуктов для похудения. В этой главе обобщены основные положения из существующей литературы по этой проблеме и поставлены некоторые методологические вопросы.

В последние годы в многочисленных исследованиях были предприняты попытки оценить экономические последствия ожирения. В большинстве этих исследований рассматривались случаи медицинских расходов, связанных с ожирением (прямые расходы), в то же время в некоторых исследованиях рассматривались расходы, связанные с потерей производительности (косвенные расходы). Гораздо меньше научных данных об индивидуальных расходах людей с ожирением и их семей, таких как расходы на оказание помощи в домашних условиях, специальную одежду или продукты для похудения.

Медицинские расходы

В исследованиях, посвященных экономическим последствиям ожирения, используются различные подходы для оценки медицинских расходов по лечению болезней, обусловленных ожирением (см. Выводы). В табл. 3.1 собраны основные данные, позволяющие оценить прямые расходы за определенные годы (межсекторальные оценки) (1–19). В большинстве исследований приведены очень приблизительные оценки, которые не позволяют осуществить сравнительный анализ расходов на определенные виды услуг, таких как госпитализация, медицинские обследования и лекарства, хотя в отдельных случаях такой анализ возможен, например, в Англии, Соединённое Королевство, были собраны сопоставимые данные (табл. 3.2).

Исходя из данных, приведенных в табл. 3.1, расходы на связанную с ожирением медицинскую помощь на душу населения варьировали от 32 долл. США до 285 долл. США. Согласно исследованиям, проведенным в Европейском регионе ВОЗ, прямые расходы на медицинскую помощь по борьбе с ожирением составляют в общем 2–4% национальных расходов на здравоохранение (9). Различия в этих цифрах проистекают из различий в методах оценки, определениях ожирения, структурах популяции и системах здравоохранения.

Произведенные в Соединённых Штатах Америки расчеты показывают, что по сравнению с людьми с нормальным весом (ИМТ равен 20,0–24,9 кг/м²) у людей с ожирением (ИМТ превышает 30 кг/м²) ежегодные медицинские расходы были на 36% выше, а у людей с избыточной массой тела (ИМТ равен 25,0–29,9 кг/м²) эти расходы были выше на 10% (20). Кумулятивные расходы, связанные с лечением ряда серьезных болезней, подсчитанные за восемь лет, показали тесную взаимосвязь с ИМТ: у мужчин в возрасте 45–54 лет с ИМТ, равным 22,5, 27,5, 32,5 или 37,5 кг/м², эти расходы, соответственно, составляли 19 600, 24 000, 29 600 и 36 500 долл. США. Конечно, медицинские расходы на протяжении всей жизни могут быть несколько меньше в связи с преждевременной смертью лиц, страдающих

Таблица 3.1. Оценка экономических расходов на ожирение согласно доступным исследованиям

Страна (исследование)	Год проведения оценки	Величина ИМТ (кг/м ²)	Расходы			
			Вид	На душу (долл.США с учетом ППС ^а)	Доля от общих текущих расходов на здравоохранение (%)	В процентах от ВВП ^б
Европейский регион ВОЗ						
Бельгия (1)	1999	≥30	Прямые	69	3	–
Германия (диапазон) (4)	2001	≥30	Прямые	17–35	1,2–2,6	0,1–0,3
			Косвенные	17–38	–	
Нидерланды (5,6)	1993	≥30	Прямые	32	1,7	
Соединённое Королевство (Англия, диапазон) (8)	2002	≥30	Прямые	НД ^с	2,3–2,6	
Франция (3)	1992	≥27	Прямые	202	1,8	0,9
Франция (диапазон) (2)	1992	≥30	Прямые	71–148	0,6–1,3	–
Швейцария (4)	2001	≥25	Прямые + Косвенные	186	–	0,6
Швеция (7)	2003	≥30	Прямые	45	1,8	0,7
			Косвенные	157	–	
ЕС (15 стран) (9)	2002	≥30	Прямые + Косвенные	НД	НД	0,3
Вне Европейского региона ВОЗ						
Австралия (диапазон) (10)	1995–1996	≥30	Прямые	28–51	1,7–3,2	–
Канада (11)	1997	≥27	Прямые	49	2,4	–
Канада (12)	2001	≥30	Прямые	41	1,6	0,4
			Косвенные	70	–	
Новая Зеландия (14)	1991	≥30	Прямые	26	НД	–
США (15)	1994	≥30	Прямые	92	2,7	–
США (16)	1995	≥30	Прямые	263	7,3	–
США (17)	1995	≥29	Прямые	194	5,4	–
			Прямые + Косвенные	371	–	1,4
США (18)	1998	≥25	Прямые	285	7,1	–
США (19)	2000	≥30	Прямые	199	4,8	1,2
			Косвенные	183	–	
Япония (13)	1995–1998	≥30	Прямые	55	0,2	–

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

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

^с НД – нет данных.

ожирением, но, с другой стороны, они могут быть более высокими в старших возрастных группах в результате кумулятивных последствий многолетнего ожирения (21).

Косвенные расходы, связанные с ожирением, связаны с потерей производительности в результате невыхода на работу из-за болезни, или преждевременной смерти. Оценки таких потерь, проведенные в Англии (табл. 3.2), показывают, что этот вид расходов может быть вдвое выше прямых расходов на медицинскую помощь. Косвенные расходы будут рассмотрены ниже.

Одной из причин недавнего увеличения расходов, обусловленных ожирением, как показано в табл. 3.2, является повышение стоимости лечения в связи с отпуском по рецепту дорогостоящих лекарств. Рис. 3.1 показывает резкое повышение стоимости лекарств от ожирения в Англии после 1998 г., когда была получена лицензия на орлистат для лечения ожирения. В 1998–2002 гг. число рецептов только на орлистат увеличилось с 18 000 до более чем 540 000 (8).

Альтернативный подход к оценке медицинских расходов на лечение ожирения предполагает использование индивидуальных данных. Quesenberry et al. (15) на примере типовой организации медицинского обслуживания (НМО) оценили затраты на лечение ожирения в 92 долл. США (ППС) на одного человека. Индивидуальные данные были также использованы для оценки медицинских

Таблица 3.2. Оценка затрат, связанных с ожирением, в Англии, Соединённое Королевство, 1998 и 2002 гг.

Вид расходов	Стоимость (млн. евро)		Вид расходов	Стоимость (млн. евро)	
	1998	2002		1998	2002
Лечение ожирения			Однодневное хирургическое вмешательство		
Консультация врача общего профиля	6,8	12,0–15,0		5,2	10–15
Госпитализация (более 1 дня)	1,3	1,9	Амбулаторное лечение		
Однодневное вмешательство	0,1	0,1		51,9	60–90
Амбулаторное лечение	0,5	0,5–0,7	Назначение лекарств по рецепту		
Назначение лекарств по рецепту	0,8	31,3		247,2	575–625
Всего	9,5	45,8–49,0	Всего		
Лечение последствий ожирения			Косвенные затраты		
Госпитализация (более 1 дня)	44,9	90–105	Потерянный доход из-за смертей		
Обычный прием у врача	120,7	210–250		827,8	1050–1150
			Потерянный доход из-за заболеваний		
				1321,7	1300–1450
			Всего		
				2149,5	2350–2600
			Общая «стоимость» ожирения		
				2628,9	3340,8–3724,0

Источник: составлено по House of Commons Health Committee (8).

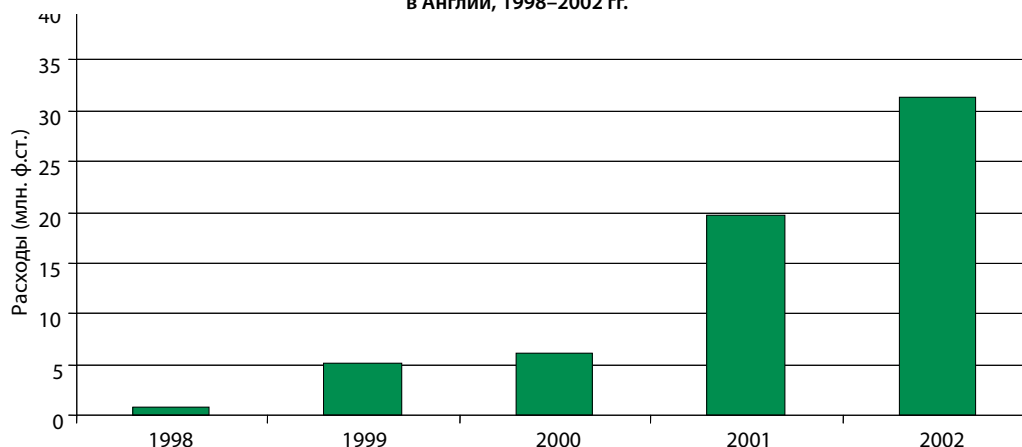
расходов во Франции (2) и Японии (13). Интересны результаты одного японского исследования: в то время как распространённость ожирения в Японии относительно низка, связанные с его лечением расходы близки к средним значениям затрат в других странах.

В других исследованиях дана оценка дополнительных затрат здравоохранения в расчете на одного человека с ожирением. Sturm (22), Finkelstein et al. (18), Thorpe et al. (23) обнаружили, что затраты здравоохранения на людей с ожирением примерно на 35% выше в основном из-за высокой стоимости лечения и связанных с ним расходов.

Следует также учитывать стоимость различных видов лечения ожирения. Narbro et al. (24) исследовали последствия хирургического и обычного лечения ожирения и после шести лет наблюдений не обнаружили существенных изменений в общей сумме расходов на лечение людей с ожирением. В работе Wolf (25) есть важное уточнение о том, что долгосрочные последствия лечения во многом не ясны, и поэтому нет четкого представления об экономических последствиях лечения ожирения.

Во всех упомянутых исследованиях расходов, связанных с ожирением, оно измерялось как ИМТ ≥ 30 кг/м². Некоторые авторы также оценили затраты здравоохранения на человека с предожирением (главным образом используя ИМТ, равное 25–29,9 кг/м²). Взаимосвязь между лечением людей с избыточной массой тела и медицинскими потребностями и расходами оказалась менее

Рисунок 3.1. Расходы на выписанные по рецепту лекарства против ожирения в Англии, 1998–2002 гг.



Источник: составлено по House of Commons Health Committee (8).

тесной (20,24,26), но эти расходы, вероятно, будут не такими существенными, при условии, что общее количество людей с предожирением среди населения почти такое же, как и число людей с ожирением. Quesenberry et al. (15) показали, что лечение людей с предожирением в возрасте 20–60 лет требует более высоких медицинских расходов, чем людей с нормальным весом, в то время как ни предожирение, ни ожирение не влекло за собой увеличение расходов на лечение людей пожилого возраста. Лечение людей с ожирением во всех возрастных группах влечет за собой более высокие расходы на лекарственные препараты, а не на другие виды амбулаторных услуг, такие как «малые» операции и рентгенологические исследования.

Пример из практики: Расходы на здравоохранение в связи с избыточной массой тела в Нидерландах

В Нидерландах сложилась определенная традиция в исследованиях стоимости болезни. Данные о стоимости болезни за 2003 г. рассматривались исходя из образа жизни и факторов риска, при этом учитывались факторы риска у голландцев возрасте 20 лет и старше (27).

Из табл. 3.3 видно, что самые большие медицинские расходы в Нидерландах связаны с курением, высоким кровяным давлением и избыточной массой тела (ИМТ превышает 25 кг/м²). Лечение избыточной массы тела было связано с 2,0% общих затрат здравоохранения, или приблизительно 1 млрд. евро; общий бюджет здравоохранения составлял 59,5 млрд. евро. Цифры, приведенные в табл. 3.3, суммировать не нужно. Во-первых, сложение цифр, относящихся к факторам риска, даст удвоенные значения из-за того, что они перекрывают друг друга. Во-вторых, различные индивидуальные факторы риска и образ жизни, такие как недостаточная физическая активность и избыточная масса тела, взаимосвязаны самыми разными способами.

На рис. 3.2 видно, как распределены затраты здравоохранения в Нидерландах на различные болезни, связанные с курением и избыточной массой тела. Безусловно, наибольшие суммы были потрачены на ишемическую болезнь сердца, инсульт и хронические обструктивные бронхиты (в основном из-за курения). Кроме того, избыточная масса тела привела к существенным затратам из-за диабета и скелетно-мышечных болезней.

Высокие затраты, связанные с ожирением и нездоровым образом жизни, показывают, что, по крайней мере в краткосрочном плане, возможно сокращение расходов, если принимать меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Однако необходимо сделать следующую оговорку. Люди, которые ведут более здоровый образ жизни, повышают уровень здоровья и, как правило, продлевают срок своей жизни. В краткосрочном плане они будут более здоровыми, а, так как они меньше будут нуждаться в медицинской помощи, их расходы на поддержание здоровья уменьшатся. В долгосрочном плане они будут жить дольше и страдать от других болезней (таких как старческое слабоумие) гораздо позже; некоторые из этих болезней связаны с интенсивным и дорогостоящим

уходом. Эффект продления жизни в итоге приводит к появлению более дорогостоящих болезней, таким образом более поздние затраты могут превзойти начальные сбережения. Этот анализ иллюстрирует важность гибкого подхода, который предполагает рассмотрение всего периода жизни.

Косвенные затраты

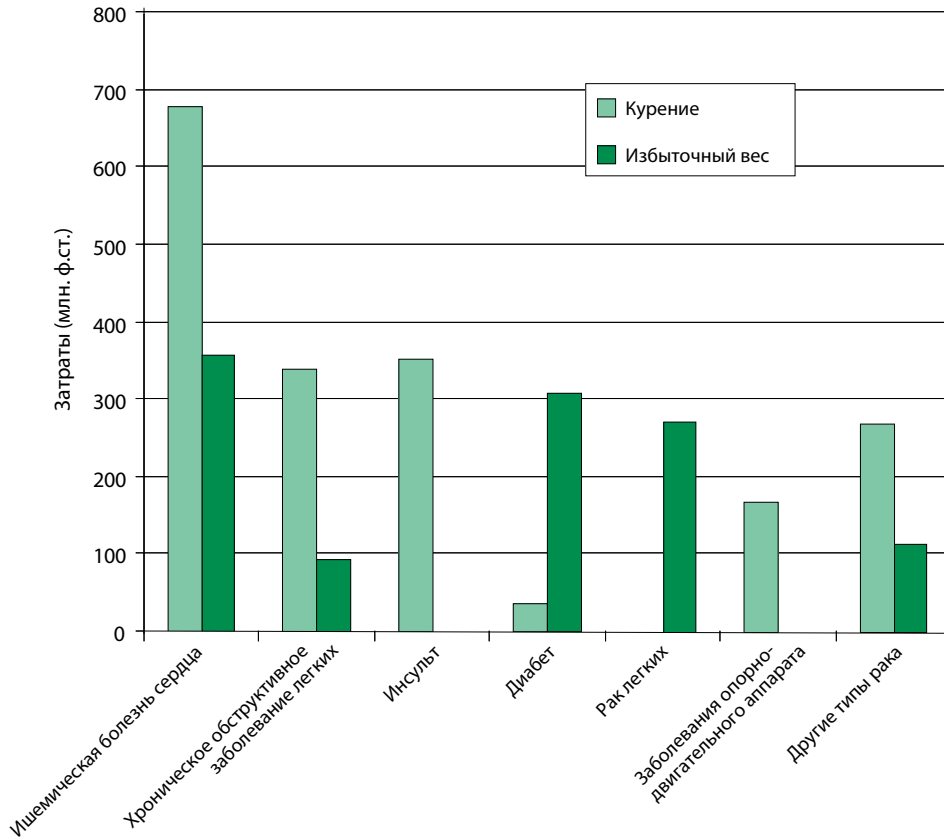
В то время как в одних исследованиях была дана оценка прямых затрат, обусловленных ожирением, в других, очень немногих — оценка косвенных затрат. В большинстве из этих немногочисленных исследований оценивалось количество потерянных рабочих дней и их примерное стоимостное выражение (26,28–32). Самый важный результат всех этих исследований

Таблица 3.3. Затраты здравоохранения в Нидерландах в зависимости от факторов риска

Фактор риска	Доля от общих расходов здравоохранения (%)	Стоимость (млн. евро)
Курение	3,7	2129
Избыточная масса тела (ИМТ >25 кг/м ²)	2,0	1151
Отсутствие физической активности	1,4	805
Потребление алкоголя	0,4	230
Пищевые продукты		
Избыточное потребление жиров	0,2	115
Недостаточное потребление фруктов	0,8	460
Недостаточное потребление овощей	0,3	173
Недостаточное потребление рыбы	0,9	518
Холестерин	0,7	403
Высокое кровяное давление	3,3	1898

Источник: Baal et al. (27).

Рисунок 3.2. Затраты здравоохранения на различные болезни, связанные с курением и избыточной массой тела (ИМТ свыше 25 кг/м²), в Нидерландах, 2003 г.



Источник: Baal et al. (27).

состоит в том, что у людей с ожирением существует более высокий риск отсутствовать на работе, чем у людей с нормальной массой тела. Последствия этого более частого отсутствия, однако, зависят от:

- ситуации на рынке труда, поскольку отсутствующие служащие могли бы быть заменены безработными, таким образом уменьшая косвенные затраты (фрикционный подход к затратам); и
- структуры системы социального обеспечения, такой как получение и во время болезни выплат от работодателей.

Согласно расчетам, проведенным в Соединённом Королевстве, косвенные затраты значительно превысили прямые. В табл. 3.2 приведены все оценки лечения стоимости ожирения в Англии за 2002 г. (3,3–3,7 млрд. фунтов стерлингов) в сравнении с данными за 1998 г. (2,6 млрд. фунтов стерлингов). Частично увеличение стоимости происходило из-за выявления сопутствующих заболеваний по результатам обследований и частично из-за повышения стоимости лекарств, более частого их приема и большей доступности, возросших затрат на медицинский персонал и роста заработной платы в экономике в целом, так же как из-за увеличения числа людей с ожирением.

Данные по Швеции дают сходную картину; здесь косвенные расходы в три раза превышают прямые затраты (табл. 3.1). Расчеты по Германии и Соединённым Штатам Америки, однако, не показывают таких больших различий, возможно потому, что в этих странах услуги здравоохранения требуют более высоких затрат.

Общие прямые и косвенные ежегодные расходы, связанные с ожирением, в 15 странах, которые были членами ЕС до мая 2004 г., были оценены в 32,8 млрд. евро (9). Эта цифра будет еще больше, если

учесть данные о взрослых с предожирением, а также данные о последствиях для здоровья у детей и подростков с увеличенным ИМТ.

В табл. 3.1 также приведены расходы, связанные с ожирением, в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП). Общая стоимость ожирения (прямая и косвенная), по оценкам, была 0,9% ВВП в странах ЕС, 1,2–1,4% — в Соединённых Штатах Америки, 1,1% — в Индии и 2,1% — в Китае, таким образом можно предположить, что экономические последствия ожирения в странах с низкодоходной экономикой тяжелее (33).

Выводы

Краткий обзор, приведенный в данной главе, свидетельствует о том, что:

- оценки медицинских расходов и затрат на персонал в связи с ожирением варьируют очень сильно; и
- существуют методологические проблемы, так как различные подходы приводят к различным оценкам.

Например, согласно одному подходу оцениваются все виды медицинской помощи в случае конкретного заболевания или фактора риска, в то время как другой подход предполагает оценку медицинской помощи группам людей с различным ИМТ. Подход, который основывается на наличии болезни, может привести к переоценке затрат из-за двойной оценки и, таким образом, к сверхоптимистическим прогнозам об объемах сбережений, которые будут сделаны благодаря мерам по предотвращению ожирения. К индивидуальному подходу нужно относиться с осторожностью, поскольку характеристики когорты могут существенно повлиять на лечение и потому, что данные быстро устаревают, практики лечения развиваются быстро, а изучаемая когорта «стареет».

Другие вопросы также требуют пристального внимания. Определения избыточной массы тела и ожирения, степеней тяжелого ожирения должны быть стандартизированы. Нужно определить различные затраты услуг здравоохранения, оценить их в зависимости от результата лечения (например, потери веса, небольшого увеличения веса, отказа от лечения или ранней смерти, и, возможно, самых низких прямых расходов) и провести сравнение среди различных категорий пациентов (дифференцированных по возрасту, социально-экономическому статусу и гендерным характеристикам).

В недавно опубликованной статье Flegal et al. (34) подчеркивается важность правильно выбранной и улучшенной методологии. Авторы оценили относительные риски смертности для людей с различными значениями веса и показали, что небольшие различия в относительных рисках могут существенно повлиять на число смертельных случаев, связанных с ожирением, так же как и на оценки расходов на протяжении всей жизни. Они также использовали коррекцию для взаимосвязанных факторов, таких как возраст и здоровый образ жизни.

Многочисленные данные указывают, что ожирение и другие факторы риска имеют экономические последствия. Ожирение связано с более высокими затратами здравоохранения, по крайней мере в ближайшей перспективе, и более высоким риском отсутствия на работе и последующими потерями производительности.

Меры по профилактике избыточной массы тела и ожирения могут привести к краткосрочному сбережению средств в здравоохранении и потенциально большей экономии, вытекающей из общего повышения экономической производительности. Долгосрочные сбережения средств для сохранения здоровья пока не известны; профилактика ожирения может отсрочить возникновение болезни или изменить ее характер, но отнюдь не исключить риск заболевания полностью. Тем не менее программы по предотвращению ожирения почти наверняка приведут как к краткосрочным, так и долгосрочным выигрышам в экономической производительности.

Библиография

1. *Evaluation du coût de l'obésité en Belgique*. Brussels, Institut Belge de l'Economie de la Santé, 2000 (Briefing 29).
2. Detournay et al. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991–1992 Medical Care Household Survey. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:151–155.

3. Levy E et al. The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1995, 19:788–792.
4. Schmid A et al. Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 2005, 50(2):87–94.
5. Polder JJ et al. *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld [Cost of illness in the Netherlands: disentangling the care euro]*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2002.
6. Polder JJ, Achterberg P W. *Cost of illness in the Netherlands – Highlights*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2002.
7. Borg S et al. Obesity, survival, and hospital costs – Findings from a screening project in Sweden. *Value in Health*, 2005, 8(5):562–571.
8. House of Commons Health Committee. *Obesity: third report of Session 2003–04. Volume I, report together with formal minutes*. London, The Stationery Office, 2004.
9. Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64(3):359–362.
10. *Report on the weight status of NSW: 2003*. Sydney, New South Wales Center for Public Health Nutrition, 2003 (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/r/pdf/weight_nut.pdf, accessed 22 March 2007).
11. Birmingham CL et al. The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160(4):483–488.
12. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 2004, 29(1):90–115.
13. Kuriyama S et al. Medical care expenditure associated with body mass index in Japan: the Ohsaki Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26(8):1069–1074.
14. Swinburn B et al. Health care costs of obesity in New Zealand. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1997, 21(10):891–896.
15. Quesenberry CP Jr et al. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158(5):466–472.
16. Colditz GA. Economic costs of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55(2):503–507.
17. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, 1998, 6(2):97–106.
18. Finkelstein EA et al. Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:239–257.
19. *The Surgeon General's Call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, 2001 (<http://health.utah.gov/obesity/docs/SurgeonGeneralReport.pdf>, accessed 22 March 2007).
20. Thompson D et al. Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 2001, 9(3):210–218.
21. Thompson D et al. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159(18):2177–2183.
22. Sturm R. The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. *Health Affairs (Project Hope)*, 2002, 21(2):245–253.
23. Thorpe KE et al. The impact of obesity on rising medical spending. *Health Affairs (Project Hope)*, 2004, Suppl Web Exclusives:W4-480-6.
24. Narbro K et al. Pharmaceutical costs in obese individuals: comparison with a randomly selected population sample and long-term changes after conventional and surgical treatment: the SOS intervention study. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162(18):2061–2069.
25. Wolf AM. Economic outcomes of the obese patient. *Obesity Research*, 2002, 10(Suppl. 1):58S–62S.
26. Burton WN et al. The economic costs associated with body mass index in a workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1998, 40(9):786–792.
27. Baal PHM van et al. *Zorgkosten van ongezond gedrag in Nederland 2003 [Health care costs of unhealthy behaviour in the Netherlands 2003]*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2006 (RIVM Report 270751015).

28. Rissanen AM. The economic and psychosocial consequences of obesity. *Ciba Foundation Symposium*, 1996, 201:194–201.
29. Rissanen A et al. Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population. *British Medical Journal*, 1990, 301(6756):835–837.
30. Seidell JC. Societal and personal costs of obesity. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 1998, 106(Suppl. 2):7–9.
31. Sjöström L et al. Swedish obese subjects (SOS). Recruitment for an intervention study and a selected description of the obese state. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1992, 16(6):465–479.
32. Tucker LA, Friedman GM. Obesity and absenteeism: an epidemiologic study of 10,825 employed adults. *American Journal of Health Promotion*, 1998, 12(3):202–207.
33. Popkin B et al. Trends in diet, nutritional status, and diet-related noncommunicable diseases in China and India: the economic costs of the nutrition transition. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:379–390.
34. Flegal KM et al. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293(15):1861–1867.

4. Физическая активность, сидячий образ жизни, физическая подготовка и ожирение

Ключевые положения

- Уровень физической активности по крайней мере двух третей взрослого населения стран ЕС недостаточно высок для поддержания и улучшения здоровья.
- Благоприятное воздействие на здоровье, которое оказывает регулярная физическая активность умеренной интенсивности, например уменьшение риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, распространяется на всех людей вне зависимости от их веса.
- Есть только относительно убедительные доказательства того, что низкий уровень физической активности и сидячий образ жизни связаны с большим увеличением массы тела в течение времени.
- Принятые в настоящее время рекомендации по физической активности для улучшения здоровья – полчаса физической активности умеренной интенсивности в большинство дней недели – приносят существенную пользу здоровью физически неактивному населению. Для эффективной профилактики избыточной массы тела и ожирения рекомендуется по крайней мере час ежедневной физической активности.

Определения и оценка

Физическая активность

Физическая активность обычно определяется как «любое телесное движение, произведенное скелетными мышцами, которое приводит к существенному увеличению расхода энергии по сравнению с состоянием покоя» (1). Это обычно в равной степени относится и к движению больших групп мышц, и к движению всего тела. Основными характеристиками физической активности являются интенсивность, продолжительность и частота, а основными условиями, влияющими на нее, – досуг, работа, дом и транспорт.

На популяционном уровне обычную физическую активность, как правило, оценивают, используя опросники, потому что таким образом при относительно невысоких затратах, исследованием можно охватить наибольшее количество людей. Опросники могут заполняться как самим респондентом, так и обученными интервьюерами по телефону или при личной встрече. Вопросы соотносятся с заранее заданными степенями физической активности, в зависимости от факторов и условий или интенсивности (умеренная, высокая). Собранные данные описывают так называемый обычный уровень активности или активность за последние 7 дней или 12 месяцев. Чтобы перевести данные по физической активности в значение «расход энергии», используют компендиум по расходу энергии при различных видах активности (2). Результаты часто выражаются в метаболических эквивалентах (МЭ), кратных расходу энергии во время покоя (1 МЭ – приблизительно 3,5 мл/кг/мин кислорода).

Физические упражнения и физическая подготовка

Упражнение определено как «подвид физической активности, планируемой, структурно упорядоченной и повторяемой, осуществляемой для улучшения или поддержания одного или нескольких компонентов физической подготовки» (1). Физическая подготовка (или физическая форма) – это «совокупность свойств, которыми люди обладают или которых достигают, связанных со способностью осуществлять физическую активность» (1). Физическая подготовка имеет четкие отличия от физической активности и упражнений, которые являются различными типами поведения. Оздоровительная физическая активность включает морфологические, мускульные, моторные, кардиореспираторные и метаболические компоненты (1). Кардиореспираторная подготовка связана со способностью дыхательной и кровеносной систем снабжать мышцы кислородом во время физической активности. Кардиореспираторная подготовка – это результат прямых измерений общей физиологической деятельности и способности приспособиться к стрессу от физической нагрузки. Мышечная сила – другое общее измерение.

Кардиореспираторная подготовка, сердечно-сосудистая подготовка, аэробная подготовка, дыхательные (аэробные) возможности, аэробная производительность, максимальное потребление кислорода ($\dot{V}O_2$ макс.) и подготовленность – все термины относятся к одному понятию. В этой главе используется термин «кардиореспираторная подготовка». Кардиореспираторная подготовка может быть выражена в единицах веса (мл/кг/мин), относительно общей безжировой массы (мл/мин/безжировая масса), в абсолютных единицах (л/мин) и с поправочным коэффициентом (мл/мин/кг^{0,7}), или в МЭ.

Таким образом, люди с кардиореспираторной подготовкой 42 мл/кг/мин могут расходовать 12 МЭ, то есть они могут увеличить свой расход энергии по сравнению с состоянием покоя в двенадцать раз. Хотя лабораторные исследования очень точны, их сложно проводить в больших популяциях, поскольку требуются точные измерительные инструменты, квалифицированный штат сотрудников, финансовые затраты и время. Большое число полевых тестов, основанных на расходе энергии при ходьбе, были разработаны главным образом для людей среднего возраста и пожилых. Двухкилометровый шаговый тест Института исследований в области охраны здоровья (УКК), представляющий собой быструю ходьбу по твердой ровной поверхности, показал свою надежность, валидность и применимость для популяционной оценки (3).

Дефицит физической активности и сидячий образ жизни

Дефицит физической активности и сидячий образ жизни определены менее четко, чем обычная физическая активность и оздоровительная физическая активность. Дефицит физической активности относится к низким уровням или отсутствию физической активности. Он представляет собой нижнюю границу спектра активности. Сидячий образ жизни включает многие виды занятий, для которых характерен самый низкий расход энергии. Просмотр телепередач или видео – то есть время, проведенное перед экраном, или, в более широком плане, время, проведенное сидя ежедневно – обычно используемый показатель сидячего образа жизни. Сидячий образ жизни может включать время на специально выполняемые упражнения один или более раз в неделю, что распространено среди людей с более высоким уровнем образования. Таким образом, сидячий образ жизни не означает противоположности физической активности, но представляет собой дополнительное измерение поведения. Различие между физической активностью и сидячим образом жизни имеет значение при оценке и профилактике ожирения и связанных болезней (4).

Глобальные тенденции: небольшие изменения – большой эффект

Постепенное увеличение массы тела, которое приводит к избыточному весу и ожирению, является долгосрочным последствием продолжительного положительного баланса энергии, когда потребление энергии превышает ее расход. Изменения в балансе энергии могут быть результатом изменений уровня пищевого потребления и/или уровня физической активности. Даже небольшие изменения в активности и/или уровне потребления могут оказывать ощутимый эффект на массу тела и распространенность ожирения (5). Проблема состоит в том, чтобы определить, какие виды специальной физической активности (и рациона питания) увеличивают риск увеличения веса и последующей избыточной массы тела и ожирения у населения. Эти виды активности и их изменения с течением времени с трудом отслеживаются существующими методами исследования на популяционном уровне.

Социальные тенденции

Хотя изменения в видах и уровнях физической активности оценить трудно, общепризнано, что происходят значительные перемены в физической активности, уровнях пищевого потребления и рационе питания, особенно в прошедшие два десятилетия. Эти быстрые и глобальные перемены включают (6):

- сдвиг с энергоемких видов деятельности, таких как сельское хозяйство, к деятельности в сфере обслуживания;
- параллельное сокращение уровня физической активности в каждом виде деятельности; и
- изменения в сторону сокращения расхода энергии при выборе способа передвижения и проведения досуга.

Экономические анализы распределения времени в Соединённых Штатах Америки за прошлые четыре десятилетия свидетельствуют о том, что люди уделяют больше времени досугу и путешествиям или поездкам и меньше – продуктивной активности, как на работе, так и дома (7). Интересно, что эти данные показывают, что индустрия досуга опередила рост ВВП как для сектора активного досуга (такого как товары для физкультуры и спорта), так и для сектора сидячего досуга (такого как зрелищные виды спорта и кабельное телевидение), хотя отрасль, связанная с сидячим досугом, показала самый быстрый рост (7).

Значение асимметрии контроля за аппетитом

Один только дефицит физической активности не вызывает ожирение, но увеличение веса происходит, когда потребление энергии не уменьшено, чтобы соответствовать низким потребностям в энергии при физически неактивном или сидячем образе жизни. Исследование по физиологии свидетельствует о тесной взаимосвязи между дефицитом физической активности и высококалорийными рационами питания, повышающими массу тела. Prentice и Jebb (8) предполагают, что у физически активных людей, скорее всего, потребности в энергии будут выше так называемого нормального уровня поступления, и их энергетический гомеостаз опирается на эффективные сигналы голода; недостаточно физически активные люди, несмотря на это, проявляют тенденцию иметь энергетические потребности ниже нормы потребления пищи, таким образом их энергетический гомеостаз опирается на физиологически неэффективные сигналы насыщения. Что касается контроля веса, значение физической активности и сидячего образа жизни должно быть рассмотрено с точки зрения этой асимметрии в контроле за аппетитом, которая благоприятствует неосознанному избыточному потреблению в высококалорийных рационах питания (8).

Физическая активность, рекомендуемая для здоровья

Кардиореспираторная подготовка, физическая активность и наиболее распространенные неинфекционные болезни

Кардиореспираторная подготовка считается одним из самых важных независимых прогностических факторов смертности от всех причин, особенно от сердечно-сосудистых болезней, независимо от массы тела. Это отмечалось как для здоровых людей, так и для людей с сердечно-сосудистыми болезнями (3,9).

Кардиореспираторную подготовку частично определяют виды физической активности за последние недели или месяцы. Конституциональные факторы также являются детерминантами, однако приблизительно 40% разброса результатов по кардиореспираторной подготовке предположительно могут быть отнесены к генетическим факторам (10). Однако регулярная физическая активность от умеренной до высокоинтенсивной может привести к улучшению кардиореспираторной подготовки в любом возрасте.

Значительный объем данных подтверждает благоприятное воздействие регулярной физической активности на здоровье, снижающей смертность от всех причин, смертность от сердечно-сосудистых болезней (включая ишемическую болезнь сердца) и риски рака толстой кишки и молочной железы и диабета второго типа (9,11,12). Научно обоснованные данные позволили разработать рекомендации для систем здравоохранения в отношении физической подготовки.

Рекомендации по подготовке

Американская коллегия Спортивной медицины (ACSM) опубликовала несколько рекомендаций относительно упражнений для улучшения физической подготовки. В издании ACSM 1978 г. (13) рекомендованы следующие параметры упражнений для развития и поддержания кардиореспираторной подготовки у здоровых взрослых: «интенсивность – 60–90% максимального пульсового резерва ... или 50–85% максимального потребления кислорода (V_{O_2} Макс), с частотой 3–5 дней/нед, продолжительностью 15–60 минут в занятие, и упражнениями, требующими вовлечения больших групп мышц». ACSM обновил эти рекомендации в 1990 г. (14), предлагая сохранить прежнюю интенсивность, частоту и способ занятий, но немного увеличить продолжительность занятий до 20–60 мин. В новом издании также было рекомендовано развивать мышечную силу и выносливость

и обратить внимание на то, что для здоровья было бы полезно выполнять упражнения большей длительности и чаще, но с более низкой интенсивностью, чем предписано для кардиореспираторной подготовки.

В 1998 г. ACSM опубликовал свои самые последние рекомендации для поддержания и развития кардиореспираторной и мускульной подготовки и гибкости (15). В них предлагается непрерывная и ритмическая аэробная активность 3–4 раза в неделю интенсивностью от 55–65% до 90% максимального пульса и продолжительностью 20–60 мин.

Рекомендации по улучшению здоровья

В то время как рекомендации ACSM были разработаны прежде всего, чтобы поддержать и улучшить кардиореспираторную и скелетно-мышечную подготовку, рекомендации по укреплению здоровья начали появляться в 1990-х гг.

В 1995 г. Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) в США и ACSM выпустили совместную рекомендацию (16): «Каждый взрослый американец должен выделять 30 минут или более на занятия физической активностью умеренной интенсивности, в большинстве, а желательно во все дни недели». Основные положения этой важной рекомендации были приведены почти дословно в Докладе главного государственного врача США в 1996 г. (9):

Самые последние рекомендации советуют людям всех возрастов отводить минимум 30 минут в день для физической активности умеренной интенсивности (такой как энергичная ходьба) в большинство дней, а желательно во все дни. Также признано, что для большинства людей, большая польза для здоровья может быть получена, если физическая нагрузка будет более интенсивной или более продолжительной.

Вскоре после этого ВОЗ и Международная федерация спортивной медицины (17) одобрили эти рекомендации:

Необходимо поощрять взрослых постепенно увеличивать обычную активность, поставив целью отводить по меньшей мере 30 минут в день физической активности умеренной интенсивности, например энергичной ходьбе и ходьбе по лестницам. Более интенсивная деятельность, такая как медленный бег трусцой, езда на велосипеде, подвижные игры на улице или в помещении (футбол, теннис и т.д.) и плавание, могут принести еще большую пользу.

Эти рекомендации по оздоровительной физической активности отличаются с точки зрения интенсивности, частоты и ежедневного объема деятельности от предыдущих рекомендаций, которые были сосредоточены на физической подготовке. Например рекомендуемая умеренная интенсивность, то есть 50–69% максимальной аэробной производительности, относительно низка и включает энергичную ходьбу для большинства физически неактивных людей. У интенсивности также есть верхняя граница, установленная с целью профилактики травм и других рисков для здоровья в результате слишком высокой интенсивности. Дальнейшие исследования показали, что большинство типов ходьбы, от повседневной на работу до быстрой, типа упражнения, улучшает аэробную подготовку и дает положительный эффект для здоровья в отношении обмена веществ среди средневозрастной группы ранее физически неактивных мужчин и женщин.

Другой отличительной особенностью оздоровительной физической активности является высокая частота. Если рекомендации для улучшения подготовленности включают дни отдыха между днями нагрузки для восстановления после цикла упражнений, то рекомендации для поддержания физической активности призывают к ежедневной нагрузке. Еще одна характерная особенность – накопление: полная ежедневная нагрузка может быть разделена на несколько частей. Этот факт еще ждет своего подтверждения, но в нескольких исследованиях высказано предположение, что полчаса ежедневной активности могут быть разделены на две или три более короткие части (18).

Согласно современным концепциям об умеренной интенсивности для оздоровительной физической активности, физическая активность должна быть включена в образ жизни, стать неотъемлемой

частью не только досуга, но также и профессиональной деятельности, работы по дому и поездок. Это снижает порог для физически неактивных людей, чтобы стать активными, и увеличивает потенциал для усиления активности и сопутствующих укреплению здоровья факторов у более широких слоев населения, помимо тех, кто заинтересован и может выполнять сложные упражнения и заниматься спортом.

Уровни физической активности в Европе

Такие организации, как ВОЗ, рекомендовали развитие сопоставимых национальных систем надзора за уровнем физической активности для осуществления мониторинга внутри стран и между странами. Однако измерение оздоровительной физической активности на популяционном уровне сложно. До сих пор дефицит хорошо стандартизированных инструментов измерения препятствовал этим усилиям, но были разработаны новые методики, такие как Международный вопросник по физической активности (19,20).

Исследование «Евробарометр», 2002 г.

В 2002 г. в рамках исследования «Евробарометр» (Eurobarometer study, 2002) были собраны данные по 15 странам ЕС с использованием Международного вопросника по физической активности (19,20). В 2005 г. исследование повторило опрос для 25 стран ЕС, хотя данные еще не были доступны во время подготовки данного издания. Поэтому сопоставимые данные по другим европейским странам, включая более новых членов ЕС, все еще не получены.

В табл. 4.1 приведены данные первого исследования, которые показывают распространенность так называемой достаточной общей активности, основанной на рекомендациях по оздоровительной физической активности, регулярной ходьбе и сидению. Исследование использовало время, проведенное сидя в течение дня, как замещающий показатель сидячего образа жизни.

Согласно данным табл. 4.1, почти 69% стран ЕС находится на нижней границе шкалы физической активности, то есть недостаточно физически активны. Самыми активными странами были Нидерланды и Германия, и наименее физически активной – Швеция. Также из табл. 4.1 видно, что регулярная ходьба была наиболее распространена в Испании, Дании, Финляндии, Германии и Ирландии.

Таблица 4.1. Распространенность достаточной общей активности, ходьбы и времени, проведенного сидя, в странах ЕС, 2002 г.

Страна	Распространенность (%)		
	Достаточная общая активность (95% ДИ ^а)	Ходьба в течение 30 минут 5 раз в неделю (95% ДИ)	Сидение в течение 6 часов в день (95% ДИ)
Австрия	26,2 (23,4–29,1)	35,2 (32,2–38,3)	36,8 (33,6–40,0)
Бельгия	25,0 (22,4–27,7)	25,3 (22,6–28,0)	41,2 (38,2–44,3)
Германия	40,2 (37,9–42,4)	42,0 (39,7–44,2)	43,4 (41,2–45,7)
Греция	37,0 (33,9–40,0)	34,7 (31,7–37,6)	36,5 (33,5–39,5)
Дания	34,1 (31,1–37,1)	47,6 (44,4–50,8)	55,6 (52,4–58,7)
Ирландия	29,0 (26,2–31,8)	40,3 (37,2–43,3)	33,4 (30,4–36,3)
Испания	25,2 (22,4–28,1)	51,3 (48,0–54,5)	36,3 (33,1–39,3)
Италия	25,8 (23,0–28,6)	39,7 (36,6–42,9)	47,2 (44,0–50,3)
Люксембург	36,3 (32,3–40,3)	35,6 (31,6–39,7)	42,8 (38,7–46,9)
Нидерланды	44,2 (41,1–47,3)	26,6 (23,8–29,4)	48,2 (45,1–51,3)
Португалия	33,1 (30,1–36,2)	28,7 (25,7–31,7)	23,5 (20,8–26,2)
Соединённое Королевство	28,7 (26,3–31,2)	33,9 (31,3–36,4)	33,9 (31,3–36,4)
Финляндия	32,5 (29,6–35,4)	43,0 (39,9–46,1)	48,5 (45,4–51,6)
Франция	24,1 (21,5–26,7)	30,2 (27,4–33,1)	33,9 (30,9–36,8)
Швеция	22,9 (20,2–25,5)	34,6 (31,6–37,6)	48,1 (45,0–51,3)
Итого	31,3 (30,6–32,1)	36,8 (36,0–37,5)	40,6 (39,8–41,4)

^а ДИ – доверительный интервал.

Источник: составлено по: Sjöström et al. (20).

Распространенность сидения в течение шести часов или более в день была самой высокой в Дании (56%) и самой низкой в Португалии (24%). Из семи самых активных стран по распространенности достаточной активности (Нидерланды, Германия, Греция, Люксембург, Дания, Португалия, Финляндия) в пяти выявлены относительно высокие показатели времени, проведенного сидя.

Исследование «Евробарометр» также предоставило важную информацию о социодемографических переменных, связанных с уровнями физической активности в государствах – членах ЕС (табл. 4.2). Например, среди мужчин достаточно физически активных (основываясь на полной еженедельной активности) было в 1,6 раза больше, чем среди женщин, и они чаще сидели в течение по крайней мере шести часов в день. Не было никаких гендерных различий в регулярной ходьбе.

Таблица 4.2. Взаимосвязь между социально-демографическими переменными и физической активностью (скорректированное отношение шансов (ОШ) с 95% ДИ) в ЕС, 2002 г.

Социально-демографические переменные	Достаточная общая активность		Сидячий образ жизни		Ходьба в течение 30 минут 5 раз в неделю		Сидение в течение 6 часов в день	
	Скорректированное ОШ	95% ДИ	Скорректированное ОШ	95% ДИ	Скорректированное ОШ	95% ДИ	Скорректированное ОШ	95% ДИ
Пол								
Женский	—	—	—	—	—	—	—	—
Мужской	1,57	1,46–1,68	0,82	0,76–0,88	0,97	0,91–1,04	1,17	1,09–1,25
Возраст								
15–29 лет	—	—	—	—	—	—	—	—
30–54 года	0,78	0,72–0,85	1,26	1,14–1,38	1,02	0,94–1,11	0,64	0,59–0,70
>55 лет	0,42	0,37–0,46	1,99	1,79–2,21	1,03	0,93–1,13	0,88	0,80–0,97
Образование								
≤15 лет	—	—	—	—	—	—	—	—
16–19 лет	1,18	1,06–1,30	0,76	0,69–0,84	1,13	1,03–1,24	1,11	1,01–1,22
≥20 лет	1,03	0,92–1,15	0,76	0,68–0,84	1,08	0,98–1,20	1,68	1,51–1,86
Место жительства								
Поселок	—	—	—	—	—	—	—	—
Поселок городского типа	0,95	0,86–1,05	0,96	0,87–1,06	1,18	1,07–1,30	1,09	0,99–1,20
Город	0,83	0,74–0,92	1,05	0,95–1,17	1,13	1,02–1,24	1,42	1,28–1,57
Большой город	0,93	0,84–1,02	0,87	0,78–0,95	1,25	1,14–1,38	1,63	1,49–1,79
Страна								
Бельгия	1,07	0,87–1,33	2,83	2,30–3,48	1,00	—	1,95	1,59–2,40
Дания	1,75	1,43–2,15	1,24	0,99–1,55	2,72	2,24–3,31	3,04	2,47–3,74
Германия	2,27	1,89–2,72	1,31	1,08–1,59	2,10	1,77–2,49	2,08	1,72–2,50
Греция	2,00	1,63–2,45	1,89	1,53–2,35	1,59	1,31–1,94	1,61	1,31–1,98
Италия	1,14	0,92–1,41	2,22	1,80–2,75	1,98	1,63–2,41	2,68	2,19–3,28
Испания	1,09	0,87–1,35	1,82	1,46–2,26	3,20	2,63–3,89	1,61	1,31–1,98
Франция	1,01	0,82–1,25	3,37	2,74–4,15	1,26	1,03–1,53	1,31	1,06–1,62
Ирландия	1,23	1,00–1,52	2,34	1,89–2,90	2,02	1,67–2,45	1,39	1,13–1,72
Соединённое Королевство	1,31	1,08–1,60	2,49	2,04–3,04	1,50	1,25–1,81	1,47	1,21–1,79
Люксембург	1,92	1,51–2,43	1,40	1,09–1,81	1,75	1,39–2,20	2,19	1,74–2,76
Нидерланды	2,62	2,14–3,20	1,00	—	1,11	0,91–1,36	2,55	2,08–3,13
Португалия	1,59	1,28–1,98	1,58	1,26–1,97	1,30	1,06–1,60	1,00	—
Финляндия	1,61	1,31–1,97	1,30	1,05–1,62	2,25	1,86–2,73	2,44	1,99–2,99
Швеция	1,00	—	2,10	1,70–2,60	1,57	1,29–1,91	2,32	1,89–2,85
Австрия	1,12	0,90–1,39	2,27	1,83–2,81	1,69	1,39–2,06	1,76	1,43–2,17

Примечание. Ряды с недостающими данными – контрольные группы. Отправной точкой странового анализа была страна с самой низкой распространенностью для каждого измерения активности.

Источник: составлено по Sjöström et al. (20).

Соотношение между возрастом и достаточной физической активностью изменялось в процессе оценки результатов измерений. Вероятность достаточной активности уменьшилась с возрастом, в то время как сидение в течение шести часов или более в день было наиболее высоким в группе среднего возраста. Не было выявлено никакой взаимосвязи между возрастом и регулярной ходьбой.

Кроме того, промежуточный образовательный уровень с более высокой вероятностью соответствовал достаточной физической активности, чем низкий и высокий образовательный уровень. Размер населенного пункта соотносился со всеми результатами измерения. Люди, живущие в городах, с меньшей вероятностью оказывались достаточно активными, чем люди, которые живут в поселках, поселках городского типа и больших городах. Показатели регулярной ходьбы росли по мере увеличения размера города, а времени, проведенного сидя – по соотношению «доза–ответ» с размером города.

Резюмируя сказанное, следует отметить: исследование «Евробарометр» обеспечивает уникальное межстрановое сравнение популяционных уровней оздоровительной физической активности, используя новый инструмент измерения, разработанный для этой цели. По результатам измерений, уровень физической активности у двух третей взрослого населения стран ЕС в 2002 г. был недостаточно высок для улучшения здоровья. Данные для разных стран колебались в широких пределах, в отдельных странах недостаточно высокий уровень активности наблюдался примерно у трех четвертей населения. Эти наблюдения указывают на необходимость незамедлительных мер по укреплению оздоровительной физической активности во всех странах Европы, особенно там, где существует большой дефицит активности. Нехватка общих данных по странам Европейского союза по оздоровительной физической подготовке является серьезной проблемой. Были сделаны предложения включать кардиореспираторную подготовку в Европейскую систему мониторинга здоровья взрослого населения (21).

Исследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья

Начиная с 1982 г. Европейское региональное бюро ВОЗ спонсировало межнациональное исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)». В этом исследовании, проведенном на базе школ, рассматривались установки молодых людей в отношении здоровья и образа жизни. Первой целью исследования был мониторинг рискованного поведения и установок в течение длительного времени, обеспечение базы и определение целей для инициатив по укреплению здоровья, особенно в области физической активности. В исследовании используется вопросник, который периодически подвергается пересмотру.

Исследование HBSC 1997–1998 гг. включало вопрос, сколько часов в неделю и как часто у молодых людей была интенсивная физическая активность в их свободное время. Исследование 2001–2002 гг. включало пересмотренные вопросы, которые касались в основном физической активности, как минимум умеренной интенсивности в течение как минимум 60 минут, выполняемой в школе и/или в свободное время, на предыдущей и текущей неделе. Это скрининговое измерение (активности от умеренной до интенсивной) представляет более рациональный метод оценки участия в общей физической активности и достижения рекомендаций, принятых в настоящее время (22). Исследование (22) показало, что молодые люди активны в среднем в течение часа или более 3,8 дня в неделю. Уровни физической активности были самыми высокими в Австрии, Соединённом Королевстве (Англии), Ирландии и Литве и самыми низкими в Бельгии (Фландрия), Франции, Италии и Португалии. Мальчики были активны чаще, чем девочки: в среднем 4,1 дня и 3,5 дня в неделю соответственно. Приблизительно одна треть всех молодых людей (34%) не следовала рекомендациям, принятым в настоящее время (1 час или более физической активности по меньшей мере умеренной интенсивности пять или более дней в неделю). Рекомендациям следовало больше мальчиков (40%) чем девочек (27%). Кроме того, частота физической активности и доля тех, кто следовал рекомендациям, принятым в настоящее время, уменьшалась с возрастом, особенно среди девочек. Данные HBSC по Балтийским странам и Финляндии недавно обобщил Harro et al. (23)

Воздействие на здоровье физической активности и физической подготовки

Воздействие на массу тела

Экологические, европейские и лонгитюдные исследования

Экологические данные недостаточны. В одном широко процитированном исследовании (24), увеличивающаяся распространенность ожирения в Соединённом Королевстве с 1950-го до середины 1990-х гг. рассматривалась параллельно с увеличивающимися показателями сидячего образа жизни, такими как число автомобилей в домашнем хозяйстве или время, проведенное перед телевизором. И все же, из этих данных можно сделать только ограниченные выводы относительно причинной обусловленности рассматриваемых показателей.

Очень немного популяционных исследований в странах Европейского союза оценивали уровни физической активности/недостаточной физической активности по отношению к результатам, связанным с массой тела. В ряде документов Панъевропейского исследования, включавшего репрезентативные данные приблизительно по 1000 взрослых из 15 государств – членов ЕС, низкая вовлеченность в физическую активность во время досуга была обратно пропорциональна распространенности ожирения, в то время как количество времени, проведенного сидя на досуге, было положительно связано с ИМТ, независимо от физической активности на досуге (25). Использовались два различных определения сидячего образа жизни:

1. затрата менее 10% времени досуга на активность более 4 МЭ; и
2. отсутствие сообщений о физической активности на досуге и количество времени, проведенных сидя на досуге, выше медианы (6 часов в неделю).

Оба показателя сидячего образа жизни были положительно связаны с ожирением (26). Количество часов, проведенных сидя на работе, также было положительно связано с ожирением (27).

В различных группах населения большое число поперечных исследований показывает обратную (и ожидаемую) связь между обычной физической активностью и показателями ожирения (28–31). Люди с избыточной массой тела или ожирением демонстрировали более низкие уровни кардиореспираторной подготовки, чем люди с нормальным весом (32). В нескольких лонгитюдных когортных исследованиях (28–31) выдвигается предположение, что более высокие уровни физической активности могут замедлить увеличение веса тела с течением времени. В качественном выражении один дополнительный час энергичной ходьбы в день связан примерно с 25%-ным сокращением риска ожирения (ИМТ более чем 30 кг/м²), что подтверждается шестилетним наблюдением за женщинами, участвовавшими в Исследовании здоровья медсестер (33). Анализируя активность в повседневной жизни, пятилетнее последующее исследование мужчин показало наличие обратной связи между ходьбой или ездой на велосипеде на работу и увеличением веса в течение времени (34). Существуют ли гендерные различия во взаимосвязи между низкими уровнями физической активности и увеличением массы тела, еще недостаточно изучено (30).

Дефицит активности и увеличение массы тела: нет простой взаимосвязи

Хотя точка зрения, согласно которой недостаточно активные люди быстрее набирают вес с течением времени, кажется очевидной, направление причинно-следственной связи должно быть поставлено под сомнение, так как тучные люди могут посчитать физическую активность более сложной, неудобной или стесняющей. Датское исследование недавно выявило, что увеличению массы тела предшествовал увеличивающийся дефицит физической активности во время досуга (35). Поэтому направление взаимосвязи между физической активностью и увеличением массы тела сложнее доказать, чем принято думать. Кроме того, в очень немногих исследованиях использована объективная оценка физической активности, такая как запись измерения пульса или результаты измерения на акселерометре. Такие измерения действительно были бы необходимы для более подробного изучения дозировки (физической активности) и ответа (увеличение массы тела) (31).

В нескольких исследованиях уровней ожирения и физической активности приняли во внимание уровень пищевого потребления (4,36). Шестилетнее проспективное исследование шведских женщин показало взаимосвязь между обычной физической активностью и количеством потребленной

энергии или жиров, причем большее увеличение веса было связано с большим потреблением энергии или жира только в менее активной группе (37). Количество физической активности, необходимое для предотвращения набора или повторного набора веса, очевидно, зависит от обычного уровня потребления пищи среди рассматриваемого населения. Это означает, что необходимо учитывать пищевой статус. Например, рекомендации для жителей Северной Америки не всегда могут быть применимыми для европейцев. Это происходит не потому, что физиология физических упражнений в разных странах отличается, но потому что расход энергии происходит на разных уровнях ее поступления.

Данные проспективных исследований подтверждают значение общего количества времени, посвященного малоподвижным занятиям, как обособленного от физической активности или неактивности поведения, связанного с увеличением массы тела. Недавний отчет в рамках Исследования здоровья медсестер показал, что увеличение просмотра телепередач на два часа было связано с 25%-ным увеличением риска приобретения ожирения в течение шести лет последующего наблюдения (31). Это не было связано ни с обычной физической активностью, ни с уровнем пищевого потребления. Отчасти влияние сидячего образа жизни на увеличение массы тела может быть опосредованно, через малоподвижные занятия, связано с другими видами поведения, влияющими на здоровье, такими как табакокурение и потребление алкоголя, с тенденцией к их объединению.

Дети и подростки

Хорошая кардиореспираторная подготовка в детстве и юности ассоциируется с более низким процентом телесного жира и более здоровым сердечно-сосудистым профилем (38,39), в то время как детское ожирение связано с неблагоприятным липидным профилем (40). Как показал недавний обзор доступных данных (41), результаты проспективных исследований позволяют предположить, что увеличение физической активности и уменьшение ее дефицита в повседневной жизни защищают от увеличения массы тела в детстве и подростковом возрасте. Тем не менее величина установленных эффектов учитывалась мало. Интересно, что есть некоторое указание на то, что физическая активность в детстве и подростковом возрасте может ассоциироваться с композицией тела во взрослом возрасте (31). В некоторых лонгитюдных исследованиях высказано предположение, что низкая кардиореспираторная подготовка в детстве и подростковом возрасте связана с более поздними сердечно-сосудистыми рисками, такими как гиперлипидемия, гипертония и ожирение (42).

Результаты исследований свидетельствуют, что профилактические мероприятия нужно начинать проводить в раннем возрасте.

Эффекты, независимые от массы тела: профилактика

Диабет второго типа

Основным последствием ожирения для здоровья является диабет второго типа. Всесторонние вмешательства, направленные на изменение образа жизни, включая рекомендации по регулярной физической активности, отдаляют начало заболевания диабетом второго типа у людей из группы риска (43). Недавние анализы такого интервенционного исследования показывают, что умеренная физическая активность даже в отсутствие других профилактических мер, способствует значительному снижению риска диабета (44). Эти выводы говорят о том, что увеличение повседневной физической активности может существенно уменьшить бремя болезни у населения.

Низкая кардиореспираторная подготовка, как было показано недавно, была сильным и независимым прогностическим фактором новых случаев метаболического синдрома как у женщин, так и у мужчин (45), что может быть одним из механизмов повышения риска сердечно-сосудистых заболеваний при низком уровне подготовки. Кроме того, кардиореспираторная подготовка, по-видимому, связана с уменьшением смертности мужчин независимо от уровня массы тела или наличия метаболического синдрома (46).

Сердечно-сосудистые заболевания

Благоприятное воздействие на здоровье как минимум физической активности умеренной интенсивности распространяется на всех людей, независимо от их массы тела (47,48). Данные ряда

исследований показывают, что для людей с избыточной массой тела или страдающих ожирением, которые физически активны или имеют средний или высокий уровень физической подготовки, сокращаются риски смерти от всех причин и сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с теми, кто недостаточно физически активен и в плохой физической форме. Таким образом, регулярная физическая активность может увеличить продолжительность жизни у людей с избыточной массой тела или ожирением, независимо от их веса или его изменений.

Эффекты борьбы с избыточной массой тела

Сокращение веса – это прежде всего клинический вопрос. С точки зрения здравоохранения, необходимо сосредоточиться на профилактике повторного увеличения веса после его снижения (5,29). Физическая активность признана основным компонентом борьбы с избыточной массой тела или ожирением. В этом контексте значение и величина благоприятных воздействий физической активности на здоровье различаются в зависимости от рассматриваемых результатов сокращения веса.

Физическая активность становится важной для поддержания веса после похудения в результате диеты, но не для похудения как такового. Она также важна для сохранения безжировой массы во время потери веса. Физическая активность также благоприятно влияет на физическую подготовку и сокращает связанные с ожирением осложнения, такие как сердечно-сосудистые заболевания и диабет. Большинство данных указывает на то, что для поддержания веса важен общий объем физической активности, а не ее интенсивность.

Объем физической активности, необходимый для профилактики ожирения **Первичная профилактика: предотвращение увеличения массы тела**

Пока нет единого мнения по вопросу объема физической активности, необходимого для предотвращения увеличения массы тела на популяционном уровне, форма кривой «доза–ответ» также не ясна. Это – сложный вопрос, особенно ввиду трудности соотнесения количества потребленной и израсходованной энергии при легкодоступной еде и низких уровнях обычной физической активности (47).

Вместо того чтобы дать конкретные рекомендации по борьбе с увеличением массы тела, Главный государственный врач США (9) и CDC/ACSM (16), рекомендуя выделять 30 минут в день на физическую активность умеренной интенсивности в большинство дней недели, концентрируют внимание на дозировке, способной уменьшить риск некоторых неинфекционных болезней (47). В согласованном заявлении Международной ассоциации по изучению ожирения в 2003 г. (30) подтверждается важность 30 минут умеренной ежедневной физической активности для здоровья даже при избыточной массе тела или ожирении. Однако для некоторых людей эта дозировка недостаточна для предотвращения увеличения массы тела в течение времени. Для них рекомендована дополнительная физическая активность (увеличенной продолжительности и/или интенсивности) или уменьшенная калорийность пищевого рациона (29,30).

Вторичная профилактика: предотвращение повторного увеличения веса

Пока нет единого мнения по вопросу объема физической активности, необходимого для предотвращения повторного увеличения веса, есть только свидетельства того, что взрослым для профилактики повторного увеличения веса необходимо 60–90 мин. активности умеренной интенсивности или меньший объем активности высокой интенсивности (29,30).

Мониторинг физической активности и ожирения: дальнейшие шаги

Мониторинг физической активности на популяционном уровне является главной частью ответных мер общественного здравоохранения на текущие проблемы эпидемии ожирения. Однако требуются стандартизированные методы контроля для лучшей оценки принятых в настоящее время уровней физической активности и тенденций в течение времени, улучшенные планы относительно вмешательств в области общественного здравоохранения, использующие физическую активность и

лучший контроль ее эффектов для профилактики и борьбы с ожирением. Такие системы мониторинга должны помочь определить уязвимые группы, такие как население низкого социально-экономического статуса, для которых повышен риск низкой кардиореспираторной подготовки, низких уровней физической активности и увеличен риск ожирения.

Кроме того, необходимо лучше изучить и описать факторы окружающей среды, поощряющие большую физическую активность. Необходимо дальше разрабатывать широкомасштабное использование объективного мониторинга физической активности для уточнения вида кривой «доза–ответ» для результатов в отношении снижения массы тела. Кроме того, необходимы исследования для определения значимости оценки оздоровительной физической активности в рамках Европейской системы мониторинга здоровья. Наконец, необходимо принять меры для предоставления сопоставимых данных по потреблению пищи и уровням физической активности, с учетом того, что и то и другое связано с эпидемией ожирения, чтобы взаимосвязь между ними можно было изучить более детально.

Библиография

1. Bouchard C, Shepard R. Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In: Bouchard C, Shepard R, eds. *Physical activity, fitness and health*. Champaign, IL, Human Kinetics Publishers, 1994.
2. Ainsworth BE et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2000, 32(Suppl. 9):S498–S504.
3. Oja P. How fit are we for health? In: Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity*, Vol. 6. Oxford, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives: The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science).
4. Oppert JM et al. Leisure-time and occupational physical activity in relation to cardiovascular risk factors and eating habits in French adults. *Public Health Nutrition*, 2006, 9(6):746–754.
5. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of Applied Physiology*, 2005, 99(2):765–770.
6. Popkin BM. Using research on the obesity pandemic as a guide to a unified vision of nutrition. *Public Health Nutrition*, 2005, 8(6A):724–729.
7. Sturm R. The economics of physical activity: societal trends and rationales for interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(Suppl. 3):126–135.
8. Prentice A, Jebb S. Energy intake/physical activity interactions in the homeostasis of body weight regulation. *Nutrition Reviews*, 2004, 62(7 Pt 2):S98–S104.
9. United States Department of Health and Human Services. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
10. Wolfarth B et al. The human gene map for performance and health-related fitness phenotypes: the 2004 update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2005, 37(6):881–903.
11. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 2006, 16(Suppl. 1):3–63.
12. Vouri I. Physical activity as a disease risk and health benefits of increased physical activity. In: Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity*, Vol. 6. Oxford, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives: The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science).
13. American College of Sports Medicine position statement on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. *Medicine and Science in Sports*, 1978, 10(3):vii–x.
14. American College of Sports Medicine position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1990, 22(2):265–274.
15. American College of Sports Medicine position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1998, 30(6):975–991.

16. Pate RR et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273(5):402–407.
17. WHO, Fédération Internationale de Médecine du Sport (FIMS) Committee on Physical Activity for Health. Exercise for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 1995, 73(2):135–136.
18. Murphy MH, Hardman AE. Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1998, 30(1):152–157.
19. Craig CL et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2003, 35(8):1381–1395.
20. Sjöström M et al. Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 2006, 14:291–300.
21. Sjöström M et al. Monitoring public health in Europe: nutritional indicators and determinants of health status. *Journal of Public Health*, 2005, 13:74–83.
22. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, accessed 29 March 2007).
23. Harro M et al. Monitoring physical activity in Baltic countries: the FINBALT study, HBSC and other surveys in young people. *Journal of Public Health*, 2006, 14:103–109.
24. Prentice AM, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *British Medical Journal*, 1995, 311(7002):437–439.
25. Martinez-Gonzalez MA et al. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1999, 23(11):1192–1201.
26. Varo JJ et al. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32(1):138–146.
27. Martinez JA et al. Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutrition*, 1999, 2(1A):125–133.
28. DiPietro L. Physical activity in the prevention of obesity: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31(Suppl. 11):S542–S546.
29. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain – A systematic review. *Obesity Reviews*, 2000, 1(2):95–111.
30. Saris WH et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity Reviews*, 2003, 4(2):101–114.
31. Wareham NJ et al. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64(2):229–247.
32. Farrell SW et al. The relation of body mass index, cardiorespiratory fitness, and all-cause mortality in women. *Obesity Research*, 2002, 10(6):417–423.
33. Hu FB et al. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289(14):1785–1791.
34. Wagner A et al. Leisure-time physical activity and regular walking or cycling to work are associated with adiposity and 5 y weight gain in middle-aged men: the PRIME Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2001, 25(7):940–948.
35. Petersen L, Schnohr P, Sorensen TI. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(1):105–112.
36. Jebb SA, Moore MS. Contribution of a sedentary lifestyle and inactivity to the etiology of overweight and obesity: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31(Suppl. 11):S534–S541.
37. Lissner L et al. Low-fat diets may prevent weight gain in sedentary women: prospective observations from the population study of women in Gothenburg, Sweden. *Obesity Research*, 1997, 5(1):43–48.
38. Brage S et al. Features of the metabolic syndrome are associated with objectively measured physical activity and fitness in Danish children: the European Youth Heart Study (EYHS). *Diabetes Care*, 2004, 27(9): 2141–2148.

39. Ruiz JR et al. Cardiorespiratory fitness is associated with features of metabolic risk factors in children. Should cardiorespiratory fitness be assessed in a European health monitoring system? The European Youth Heart Study. *Journal of Public Health*, 2006, 14:94–102.
40. Gutin B et al. Relations of body fatness and cardiovascular fitness to lipid profile in black and white adolescents. *Pediatric Research*, 2005, 58(1):78–82.
41. Must A, Tybor DJ. Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *International Journal of Obesity*, 2005, 29(Suppl. 2):S84–S96.
42. Ruiz JR et al. Relations of total physical activity and intensity to fitness and fatness in children: the European Youth Heart Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2006, 84(2):299–303.
43. Tuomilehto J et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 2001, 344(18):1343–1350.
44. Laaksonen DE et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*, 2005, 54(1):158–165.
45. LaMonte MJ et al. Cardiorespiratory fitness is inversely associated with the incidence of metabolic syndrome: a prospective study of men and women. *Circulation*, 2005, 112(4):505–512.
46. Katzmarzyk PT et al. Metabolic syndrome, obesity, and mortality: impact of cardiorespiratory fitness. *Diabetes Care*, 2005, 28(2):391–397.
47. Blair SN et al. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79(5):913S–920S.
48. Wei M et al. Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(16):1547–1553.

5. Рацион питания как один из детерминантов ожирения

Ключевые положения

- Масса тела зависит главным образом от рациона питания, однако методологические трудности, связанные с точным определением характера пищевых привычек, осложняют анализ специфических детерминантов ожирения, связанных с потреблением пищевых продуктов.
- Избыточная масса тела возникает только в том случае, если количество потребленной энергии в течение продолжительного времени превышает её расход.
- Данные, полученные из разных источников, свидетельствуют, что риск избыточного потребления энергии повышают рационы питания с высокой энергетической плотностью (с высоким содержанием жира или сахара и с низким содержанием клетчатки), напитки с высоким содержанием сахара или еда большими порциями.
- Грудное вскармливание в младенческом возрасте и такие традиционные рационы питания, как «средиземноморский рацион», связаны с меньшим риском ожирения, в то время как регулярное потребление пищи быстрого приготовления повышает опасность увеличения массы тела.
- Стратегии профилактики ожирения соответствуют рекомендациям по профилактике многих хронических болезней.

Введение

Люди начинают страдать ожирением, если потребление энергии в течение долгого времени превышает её расход. О значении соотношения этих двух величин немало спорят, оно может варьироваться для разных людей и на разных этапах жизни каждого человека. Тем не менее на практике взаимосвязь между потреблением и расходом энергии играет решающую роль (1). Люди могут поддерживать энергетический баланс на низком или на высоком уровне, но только в том случае, если потребление энергии тщательно регулируется в соответствии с энергетическими потребностями. Таким образом, чтобы уяснить, каковы детерминанты ожирения, связанные с рационом питания, необходимо выявить те алиментарные факторы, которые мешают организму достичь энергетического равновесия на том или ином уровне расхода энергии.

Методологические проблемы не позволяют осуществить анализ взаимосвязи между рационом питания и ожирением. В большинстве анкетированных опросов количество потребляемых калорий неизменно преуменьшается, как и количество других питательных веществ, причем порядок ошибки значительно выше среди тучных людей (2). Пытаясь решить эту проблему, многие исследователи вводят в свои работы поправку на отклонение в уровнях потребления энергии у отдельных людей. В результате сравнительно небольшое число работ освещают соотношение между общим потреблением калорий и риском ожирения, хотя эта переменная величина явно играет важную роль в процессе увеличения массы тела.

Определить роль конкретного пищевого продукта или питательного вещества трудно из-за высокой корреляции между большинством алиментарных факторов и факторами физической активности и другими особенностями образа жизни, которые вносят дополнительную сложность. В поперечных исследованиях приходится учитывать обратный эффект, когда разница в пищевых привычках возникает вследствие ожирения, а не под влиянием переизбытка (так называемая реверсивная причинность). Масса тела – это совокупный результат рациона питания и физической активности на протяжении всей жизни, поэтому определение в нескольких отдельных случаях потребляемых питательных веществ, видов пищи или общих пищевых привычек не всегда имеет отношение к развитию ожирения в отдаленном будущем. К сожалению, исследования, направленные на проверку предполагаемых причинно-следственных связей с помощью вмешательств в области питания, имеют противоречивые результаты, а обширные тщательно контролируемые рандомизированные исследования немногочисленны.

В силу всего сказанного, разрабатывая стратегию питания для профилактики ожирения, приходится опираться на данные различных источников, включая проспективные исследования, проводимые путем наблюдений, анализ проверенных механизмов воздействия, испытания эффективности и результативности разных рационов питания и, наконец, тщательную оценку выполнения выбранной стратегии и её результатов (3).

В данной главе представлен обзор основных выводов, полученных в ходе исследований в области детерминантов ожирения, связанных с рационом питания. Полный систематизированный обзор литературы, содержащей подробную информацию об отдельных исследованиях, недавно подготовлен и включен во второй доклад экспертов Всемирного фонда исследований рака (4). В данной главе основное внимание уделено в основном проспективным исследованиям, проводимым путем наблюдений и направленным на изучение связей между питательными веществами, видами пищи и характером питания, с одной стороны, и изменениями массы тела и риском ожирения – с другой. Учитывая вероятность обратного воздействия, поперечные исследования во многом исключены. Существует небольшое число интервенционных исследований. Основываясь на них, в главе выделены наиболее тщательно контролируемые вмешательства, предоставляющие данные не столько о результативности мер в области питания в широком смысле, сколько об их эффективности. В главе 13 содержатся более подробные данные об эффективности. Включены и данные исследований механизмов воздействия, там, где они помогают объяснить связи между пищевыми факторами и ожирением.

Питательные вещества

Энергоемкость (включая энергетическую плотность)

Согласно основным физиологическим принципам, масса тела возрастает тогда, когда привычное потребление энергии превышает её расход. Однако относительно немногие поперечные и проспективные исследования подтверждают, что абсолютная величина потребляемой энергии связана с уровнем риска прибавки в весе (5). Такая ситуация, вероятно, объясняется распространенным занижением в сообщениях количества потребляемой с пищей энергии и невозможностью подсчитать разницу в энергетических потребностях. Сокращение избытка потребляемой пищевой энергии в целом все еще является ключевым вопросом при разработке политики для профилактики и лечения ожирения.

В последние годы внимание ученых сосредоточено на энергетической плотности рациона питания, т.е. на количестве энергии на единицу массы тела. Краткосрочные экспериментальные исследования показывают, что скрытое увеличение энергетической плотности рациона питания ведет к спонтанному возрастанию поглощения энергии с пищей (6,7). Механизм этого явления неясен, но действует на всех уровнях системы, контролирующей аппетит, включая раннее растяжение желудка, модуляцию кишечных гормонов и метаболические эффекты. Взаимоотношение между энергетической плотностью и увеличением массы тела рассматривалось в немногочисленных исследованиях. В некоторых поперечных исследованиях найдена связь между энергетической плотностью и ожирением (8), но другие такой связи не обнаружили (9). Имеются всего два проспективных исследования. Первое проводилось среди взрослых и не позволило обнаружить соответствующей связи (10), но изучение рациона семилетних детей продемонстрировало, что увеличение энергетической плотности пищи на 1 кДж/г дает через два года увеличение массы тела на 23% (11).

Жир

В большинстве стран с высоким уровнем дохода жир, входящий в рацион питания, составляет одну треть общего потребления энергии, и его роль в развитии ожирения остается предметом серьезных споров (12,13). Жир, входящий в рацион питания, легко откладывается в организме, превращаясь в жировые запасы при минимальных энергетических затратах. Жир не обладает такими насыщающими свойствами, как изоэнергетические количества других питательных веществ, и привычное потребление богатой жирами пищи может частично подавить компоненты системы, регулирующей аппетит, уменьшая чувство насыщения. В самых первых исследованиях механизмов отмечается высокожировое переедание, при котором люди, употребляющие пищу с высоким содержанием жиров, обычно получают избыточное количество пищевой энергии (14). В настоящее время это явление обычно

приписывают не столько высокому содержанию жира как такового, сколько высокой энергетической плотности рациона питания по сравнению с содержанием в нем углеводов и белка (15,16).

Данные проспективных исследований противоречивы (17). Многие исследователи не обнаружили соответствующей зависимости, в то время как другие отмечают, что рационы питания с высоким содержанием жиров влияют на увеличение массы тела. На практике ограниченные возможности эпидемиологических исследований мешают выявить четкие взаимосвязи. Метаанализ произвольных вмешательств, касающихся введения в рацион большого количества жиров по сравнению с введением рациона питания с низким содержанием жиров, на протяжении примерно двух месяцев, показал умеренное снижение веса в последнем случае (18). Этот эффект приписывают снижению общего количества потребляемой с пищей энергии в большей степени, чем специфическому воздействию уменьшения количества жира, однако такой эффект может служить средством контроля за массой тела. Недавно проведенное широкомасштабное изучение мер в области питания «Инициатива женского здоровья», показало, что снижение калорийности пищи за счет жира в течение более семи с половиной лет ассоциируется со снижением массы тела при линейном характере изменения величин «доза–ответ». Это исследование подтверждает, что могут быть разработаны ценные меры медико-профилактического вмешательства по линии общественного здравоохранения (19).

Разные типы жиров имеют разный метаболический эффект, и это обстоятельство обуславливает разницу в степени риска, связанного с увеличением массы тела (20). Отдельные типы жиров реже служат объектом исследований, не в последнюю очередь из-за тех трудностей, которые связаны с определением потребления жирных кислот. Эксперименты на животных заставляют предположить, что насыщенные жирные кислоты в основном откладываются в организме, в то время как ненасыщенные жирные кислоты чаще всего подвергаются окислению. Если это опосредованное воздействие на контроль над аппетитом, оно может явиться весьма вероятным механизмом воздействия на прибавку в массу тела и будет означать, что насыщенные и трансжирные кислоты могут быть специфическим фактором риска развития ожирения.

Углеводы

Доля углеводов в рационе питания обычно варьирует обратно пропорционально количеству жиров, тогда как потребление белковой пищи находится на невысоком уровне и довольно непостоянно. Отделить влияние общих углеводов в рационе питания от влияния общих жиров сложно. Некоторые исследования указывают на защитный эффект высокой доли углеводов в рационе питания (21,22), другие же, особенно проводимые среди детей, не подтверждают этой закономерности (23,24).

Все больше изучается влияние конкретных видов углеводов на массу тела. Во многих исследованиях показана обратная связь между потреблением клетчатки и увеличением массы тела, хотя точное определение пищевой клетчатки несколько варьируется, тем не менее изучение вмешательств свидетельствует, что высокое потребление клетчатки в рационе питания может способствовать снижению массы тела (25). Такое явление может быть связано с неполным перевариванием и всасыванием энергетического материала, содержащегося в этом виде углеводов (26). Кроме того, объемность пищи, богатой клетчаткой, требует более долгого жевания, а последующее растяжение желудка дает чувство насыщения, что снижает потребление калорий. Ощущение насыщения увеличивается также благодаря отсроченному опорожнению желудка и растворению постпрандиальной глюкозы и инсулиновому отклику. Клетчатка, возможно, влияет и на кишечные гормоны, участвующие в регуляции аппетита, в частности на холецистокинин. Увеличение потребления цельного зерна, прежде всего из соответствующих видов хлеба и круп для завтрака, также ассоциируется с потерей веса (27,28). Такой эффект может частично быть объяснен содержанием клетчатки в продуктах из цельного зерна.

В настоящее время особенно большой интерес вызывает гликемический индекс рациона питания. Одно небольшое проспективное исследование с участием 572 человек указывает на положительную зависимость между высоким гликемическим индексом и избыточным весом (29). В ходе экспериментальных исследований выяснилось, что пища с низким гликемическим индексом ассоциируется с усилением чувства насыщения и кратковременным снижением потребления калорий

(30), но при проведении долгосрочных исследований не было обнаружено разницы в изменении массы тела в зависимости от высокого или низкого гликемического индекса при четко контролируемых других алиментарных факторах (31).

Данные о связи потребления сахара как такового с изменением массы тела неоднозначны (32), что частично объясняется наличием разных источников сахара в рационе питания, включая фрукты и молоко, а также так называемого добавленного сахара. На основании анализа групп пищевых продуктов можно сделать вывод, что высокое потребление зерновых продуктов в большом количестве является предпосылкой снижения массы тела у женщин (33) и более медленного возрастания индекса массы тела у детей (34).

Белки

В целом ассоциации между потреблением белка и исходным уровнем массы тела у взрослых и её последующим изменением не наблюдается (21,22). Результаты исследований, касающиеся детей, имеют разнородный характер (35), и интерпретировать их сложнее, так как белки могут оказывать влияние как на рост ребенка, так и на последующие изменения в телосложении. Нет также данных об относительном значении животных и растительных белков для массы тела.

В экспериментальных исследованиях предварительная белковая нагрузка ассоциируется с сокращением последующего потребления калорий по сравнению с изоэнергетическим уровнем других макропитательных веществ, что указывает на то, что белки могут быть показателем насыщения (36). Тот факт, что белок служит важнейшим детерминантом в потреблении пищи насекомыми и потребность в нем превышает потребность в калориях, лежит в основе гипотезы о белке как рычаге воздействия на рацион, что сейчас проверяется на людях (37). Усиление чувства насыщения, способствующее соблюдению требований по изоэнергетичности питания, может частично объяснять более выраженную раннюю потерю веса, связанную с увеличением доли белковой пищи в рационе в исследованиях мер в области питания, направленных на лечение ожирения. Значение разных видов белка остается неясным.

Группы продуктов

Овощи и фрукты

Учитывая то особое внимание, которое уделяется овощам и фруктам в рекомендациях по питанию, на удивление мало исследований посвящено взаимосвязи между потреблением фруктов и овощей и изменением массы тела (38). Фрукты и овощи имеют низкую энергетическую плотность и содержат много клетчатки, что способствует насыщению.

По данным одного широкомасштабного проспективного исследования, увеличение потребления фруктов и/или овощей ассоциируется с уменьшением риска приобретения избыточного веса (≥ 25 кг) или развития ожирения ($\text{ИМТ} \geq 30$ кг/м²) (39). Данное исследование единственное, которое посвящено изучению связи изменения массы тела исключительно с потреблением фруктов. Еще одно проспективное исследование также показало снижение риска ожирения при увеличении потребления овощей (40), но в двух других такой зависимости не обнаружено (33,41). Только одно проспективное исследование, продолжавшееся три года, было сконцентрировано на детях в возрасте 9–14 лет на начало исследования (42). У 8 203 девочек не было обнаружено связи между развитием ожирения и потреблением фруктов или овощей. У мальчиков потребление овощей находилось в обратной зависимости от изменений в z-показателе ИМТ, однако этот эффект утратил статистическую значимость после того, как ввели поправку на потребление калорий.

Орехи

В ходе поперечных исследований было сделано предположение, что люди, потребляющие большое количество орехов, имеют самую низкую массу тела, однако проспективное когортное наблюдение не выявило существенного влияния этого продукта на изменение массы тела. В ходе одного экспериментального исследования в рацион вводилось небольшое количество орехов, что не сказалось на увеличении массы тела и заставило предположить, что дополнительная энергия, поступающая с

пищей, хорошо компенсируется (43), и что может отражать насыщающие свойства, обусловленные высоким содержанием белка в орехах. Возможно также, что орехи плохо перевариваются и значительное количество энергии пропадает.

Мясо

В двух проспективных исследованиях обнаружена положительная связь между потреблением мяса и прибавкой в весе (33,40), тогда как два других исследования такой ассоциации не выявили (41,44).

Молоко и молочные продукты

В последние годы вызывает интерес взаимосвязь между изменением массы тела и потреблением молока и молочных продуктов. Существует предположение, что молочные продукты могут оказывать протективное влияние на организм, защищая его от избыточной массы путем связывания кальция жиров в кишечнике или посредством уменьшения количества циркулирующего кальцитриола и угнетения липолиза. В настоящее время изучаются другие биологически активные вещества, содержащиеся в молочных продуктах.

Взаимосвязи молока и молочных продуктов и изменению массы тела посвящены несколько проспективных когортных исследований, но лишь одно показало соответствующую взаимосвязь у взрослых людей. В когорте, состоящей из 17 369 взрослых в Германии, все те, кто снизил массу тела за двухлетний период, сообщили о более высоком потреблении молока и молочных продуктов, чем те, кто сохранил прежний вес (33). Однако женщины, чья масса тела возросла, также употребляли больше молочных продуктов, чем те, кто сохранил прежний вес. Мало что свидетельствует о такой зависимости у детей, хотя в ходе ограниченного исследования 53 детей в возрасте двух лет на начало исследования выяснилось, что примерно через три года умеренное потребление кальция в течение нескольких периодов оценки рациона питания было обратно пропорционально накоплению жира в организме (45). Обзор рандомизированных контролируемых испытаний, включавший повышенное потребление молочных продуктов или добавки кальция в рацион, не дал достаточных оснований для предположений об их специфическом влиянии на массу тела (46).

Напитки с высоким содержанием сахара

Поскольку экспериментальные исследования указывают на сравнительно малый расход той энергии, которая поступает в организм с напитками, по сравнению с твердой пищей (47), вызывает интерес потребление напитков с высоким содержанием сахара как специфического фактора риска развития ожирения. Исследования краткосрочных вмешательств выявили увеличение массы тела вследствие того, что поступающая с жидкими продуктами энергия дополняет регулярно поступающую с едой (48–50).

В США было проведено крупное проспективное исследование среди женщин с подробным опросом вида потребляемых ими напитков. Оно показало, что увеличение массы тела было более выражено у женщин, увеличивших потребление напитков с высоким содержанием сахара с менее чем одной до более одной порции в день (многовариантная приведенная средняя составляла 4,7 кг с 1991 до 1995 г. и 4,2 кг с 1995 до 1999 г.), по сравнению с теми, кто снизил их потребление (1,3 кг и 0,15 кг соответственно) (51). Увеличение потребления фруктовых соков также ассоциировалось с прибавкой в весе по сравнению с уменьшением их потребления. Увеличение количества так называемых некалорийных или низкокалорийных напитков, наоборот, приводило к уменьшению массы тела, в то время как сокращавшие их потребление наблюдали прибавку в весе. Аналогичные результаты были получены для меньшей когорты из 548 подростков, наблюдавшихся в течение 19 месяцев (52).

Данные двух других проспективных исследований не позволяют сделать определенных выводов. Исследование в Германии показало, что мужчины, у которых значительно увеличилась масса тела, и те, у кого она заметно снизилась, потребляли больше безалкогольных напитков по сравнению с теми, у кого масса сохранялась на одном уровне, но группа напитков была неоднородной. Она включала подслащенные напитки, некалорийные («диетические») или малокалорийные с искусственными подсластителями, фруктовые соки и минеральную или обычную воду. Во втором исследовании

1345 детей в возрасте 2–5 лет в течение сравнительно короткого периода (8 месяцев) ни один вид напитка четко не ассоциировался с изменениями массы тела (53). Потребление подслащенных и других видов напитков, однако, находилось в обратном соотношении, что соответствует другим исследованиям, указывающим, что подслащенные сахаром жидкости в рационе детей младшего возраста вытесняют более питательные напитки, такие как молоко (54).

Алкоголь

Во многих проспективных исследованиях, посвященных воздействию алкоголя на здоровье, рассматривалось его влияние на массу тела. В большинстве случаев потребление алкоголя не ассоциировалось с изменением массы тела (55). Эти эпидемиологические данные представляются спорными, учитывая аналогии с потреблением напитков с высоким содержанием сахара, в отношении их малой насыщающей способности и растормаживающих, поднимающих настроение свойств алкоголя в умеренном количестве.

Эти данные могут быть менее надежны, чем другие установленные связи между рационом питания и ожирением из-за известных ошибок в информации о потреблении алкоголя и смещения, обусловленного особенностями образа жизни (например, в привычках к курению и физической активности) среди людей, потребляющих большое, умеренное или незначительное количество алкоголя.

Пищевые привычки и поведение

Практика кормления младенцев

Существуют веские данные в пользу того, что грудное вскармливание имеет небольшой, но значимый протективный эффект в отношении избыточной массы тела в детском и подростковом возрасте (см. также главу 6). Широкомасштабные исследования свидетельствуют о более высоком уровне избыточной массы тела у поступающих в школу детей (5 или 6 лет), вскормленных искусственно в младенчестве, по сравнению с теми, кого кормили грудью (56), с зависимым от дозы эффектом, обусловленным длительностью грудного вскармливания. В выборке из 32 000 детей дошкольного возраста более низкая распространенность ожирения была выявлена у тех, кто был вскормлен грудью, с поправкой на социально-экономический статус, массу тела при рождении и пол (57). В одном из лонгитюдных исследований была обнаружена повышенная вероятность ожирения у детей в возрасте 2–6 лет, находившихся в младенческом возрасте на искусственном вскармливании, и хотя были учтены такие факторы, как курение матерей, их ИМТ и социально-экономический статус, сильно влияющие на риск развития избыточного веса, разница между искусственно вскормленными детьми и теми, кто находился на грудном вскармливании, по-прежнему имела место (58).

Существует несколько возможных причин связи между характером вскармливания и позднее развивающимся избыточным весом: искусственное вскармливание может нарушать саморегуляцию аппетита, особенно если мать предполагает, что содержащаяся в бутылочке стандартная порция полностью поглощается за одно кормление. Кроме того, кормящие и не кормящие женщины по-разному переводят ребенка с молока на твердую пищу: в последнем случае переход осуществляется раньше и ребенку предлагается пища с высокой энергетической плотностью. Наконец, может варьироваться характер такой пищи: по некоторым данным, младенцы, получающие молочные смеси, по сравнению с детьми, вскормленными грудью, неохотно потребляют фрукты и овощи, отдавая предпочтение готовым детским напиткам (59).

Характер питания

В последние годы для определения общего характера рациона питания в исследованиях стремятся использовать новые статистические методы. Изменение массы тела может быть связано с некоторыми моделями рационов питания, в которых пища характеризуется высоким содержанием жира, сахара и малым содержанием клетчатки, что ведет к более быстрому увеличению массы тела (60–62). Существуют отдельные свидетельства того, что определенные пищевые характеристики модели «средиземноморского рациона», включающие потребление большого количества фруктов, овощей,

бобовых, орехов, оливкового масла и умеренное потребление красного вина, а также сокращенное потребление мяса, мясных и полножирных молочных продуктов, может ассоциироваться с малой прибавкой массы тела (63,64). Однако этот эффект не постоянен (65).

И наоборот, пищевые модели, характеризующиеся потреблением продуктов быстрого приготовления², могут быть связаны с повышенным риском ожирения, и несколько проспективных исследований указывают на постоянную взаимосвязь между привычкой в потреблении продуктов быстрого приготовления и увеличением массы тела (66–68). В самом крупном из таких исследований, включавшем 3031 человека в возрасте 18–30 лет, которых наблюдали более 15 лет, те, кто посещал предприятия самообслуживания более двух раз в неделю, набрали на 4,5 кг больше, чем те, кто употреблял продукты быстрого приготовления менее одного раза в неделю (66).

Для объяснения этой взаимосвязи предлагается несколько механизмов воздействия, в частности высокая энергетическая плотность и большие порции потребляемых продуктов. При этом обычно основываются не столько на характере самой пищи, сколько на частоте посещения предприятий самообслуживания. Таким образом, это объяснение предполагает наличие не конкретного алиментарного фактора риска, а более широкий аспект образа жизни, особенно учитывая растущее разнообразие выбора продуктов.

Размер порций

Исследования рациона питания безоговорочно не доказывают, что размер порции является важным детерминантом риска ожирения. О размере порции судить нелегко, поскольку оценка во многих крупных когортах базируется на регистрируемой частоте потребления пищи, а не на индивидуальном определении объема порций.

Краткосрочные экспериментальные исследования показали, что большие порции, характеризующиеся высокой энергетической плотностью, ассоциируются с увеличением потребления энергии (69). В частности было показано, что дети, так же как и взрослые, за один раз потребляют больше, если им предлагают большие порции энергетически плотной пищи. Обычно субъективные сообщения о чувстве голода или насыщения не меняются в зависимости от потребления большего количества энергии; к следующему приёму пищи люди полностью не компенсируют избыток полученных калорий. Наоборот, больший объем пищи с меньшей энергетической плотностью, например салат, поданный в начале трапезы, может снизить общее потребление энергии во время еды (70). Взаимодополняющие данные этих исследований все же заставляют предположить, что размер порций служит важным детерминантом общего количества энергии, потребляемой с пищей.

Частота потребления пищи

Во многих поперечных эпидемиологических исследованиях выдвигается предположение, что более редкий прием пищи ассоциируется с низкой массой тела (71), но проспективных исследований на эту тему мало, и результаты не окончательны (72,73). В экспериментах с изоэнергетическими диетами показано, что частота приема пищи не влияет на расход энергии (74). Влияние на массу тела, вероятно, зависит не столько от числа случаев потребления пищи как такового, сколько от характера самой пищи.

Выводы

Прспективные когортные исследования, посвященные специфическим алиментарным детерминантам ожирения, предоставляют ограниченную информацию по этому вопросу. Основные физиологические данные свидетельствуют, что ожирение развивается в том случае, если потребление энергии превышает её расход. Методологические трудности в получении соответствующих данных означают, что этот фундаментальный принцип не всегда определяется в имеющихся наборах данных, но тем не менее является важным показателем для разработки политики профилактики и лечения ожирения. Все же, данные указывают на явную тенденцию протективного эффекта рационов питания, содержащих низкий процент жиров и более высокий процент углеводов, особенно с увеличенным

² В данной публикации под этим понятием имеется в виду пища, такая как гамбургеры, пицца и жареная курица, потребляемая вне дома в пищевых предприятиях самообслуживания.

количеством клетчатки. Масштабы этого эффекта количественно определить трудно из-за разницы в качестве данных о рационах питания и разнохарактерности самих исследований.

Ничто определенно не свидетельствует о воздействии на массу тела той или иной группы пищевых продуктов, однако все больше данных указывают на то, что грудное вскармливание в младенческом возрасте до некоторой степени предохраняет от избыточного веса в детстве, тогда как подслащенные напитки и продукты быстрого приготовления, возможно, представляют собой специфический фактор риска для детей и взрослых. Убедительные данные о механизмах воздействия подтверждают эти наблюдения, поскольку напитки с высоким содержанием сахара не заменяют, а дополняют получаемую с пищей энергию, а продукты быстрого приготовления часто отличаются высокой энергетической плотностью, которая обуславливает избыточное потребление пищи. Подслащенные напитки и продукты быстрого приготовления, однако, могут также быть признаками более широкой модели питания или образа жизни в целом, который ассоциируется с ожирением.

Данные изучения моделей питания согласуются с этими общими выводами в вопросе состава пищи и питательных веществ. Кроме того, следует заметить, что большие порции пищи высокой энергетической плотности увеличивают риск избыточного потребления, в то время как частота приема пищи, по имеющимся сведениям, не сказывается на массе тела независимо от состава рациона питания.

Указанные алиментарные детерминанты ожирения означают, что стратегии его профилактики совпадают со стратегиями предотвращения других хронических болезней, таких как рак, сердечно-сосудистые заболевания и диабет. Однако необходимы очень хорошо контролируемые экспериментальные исследования вмешательств, несмотря на то, что эффективность изменений в рационе питания на массу тела и здоровье человека еще необходимо оценить. Также требуются исследования по изучению результативности конкретных видов вмешательств в ходе широких популяционных обследований. Наконец, нужны самые эффективные стратегии, которые позволили бы сбалансировать масштабы прогнозируемого воздействия на массу тела и здоровье и вероятность достижения перемен в рационе питания с использованием всех имеющихся у разработчиков политики необходимых инструментов.

Библиография

1. Prentice AM, Jebb SA. Energy intake/physical activity interactions in the homeostasis of body weight regulation. *Nutrition Reviews*, 2004, 62:S98–S104.
2. Livingstone MB, Black AE. Markers of the validity of reported energy intake. *Journal of Nutrition*, 2003, 133(Suppl. 3):895S–920S.
3. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposal framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6:23–33.
4. *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective*, 2nd ed. London, World Cancer Research Fund International (in press).
5. Williamson DF. Dietary intake and physical activity as “predictors” of weight gain in observational, prospective studies of adults. *Nutrition Reviews*, 1996, 54(4):S101–S109.
6. Stubbs J et al. Energy density of foods: effects on energy intake. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2000, 40:481–515.
7. Bell EA, Rolls BJ. Energy density of foods affects energy intake across multiple levels of fat content in lean and obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:999–1000.
8. Stookey JD. Energy density, energy intake and weight status in a large free-living sample of Chinese adults: exploring the underlying roles of fat, protein, carbohydrate, fiber and water intakes. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 55:349–359.
9. Yao M et al. Relative influence of diet and physical activity on body composition in urban Chinese adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 77:1409–1416.
10. Iqbal SI et al. Do dietary energy density and dietary fiber influence subsequent 5-year weight changes in adult men and women? *Obesity Research*, 2006, 14:106–114.
11. Johnson L et al. Energy dense diets increase the risk of overweight in children. *International Journal of Obesity* (in press).

12. Bray GA, Popkin BM. Dietary fat intake does affect obesity! *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 68:1149–1150.
13. Willett WC. Is dietary fat a major determinant of body fat? *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 67: S565–S625.
14. Stubbs RJ et al. Covert manipulation of the ratio of dietary fat to carbohydrate and energy density: effect on food intake and energy balance in free-living men eating ad libitum. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1995, 62:330–337.
15. Stubbs RJ et al. Covert manipulation of the dietary fat to carbohydrate ratio of isoenergetically dense diets: effect on food intake in feeding men ad libitum. *International Journal of Obesity*, 1996, 20:651–660.
16. Rolls BJ. The role of energy density in the overconsumption of fat. *Journal of Nutrition*, 2000, 130(Suppl. 2): 268S–271S.
17. Seidell JC. Dietary fat and obesity: an epidemiologic perspective. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 67(Suppl. 3):546S–550S.
18. Astrup A et al. The role of low-fat diets in body weight control: a meta-analysis of ad libitum dietary intervention studies. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:1545–1552.
19. Howard BV et al. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295:39–49.
20. Storlien LH et al. Dietary fat subtypes and obesity. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 2001, 88:148–154.
21. Colditz GA et al. Patterns of weight change and their relation to diet in a cohort of healthy women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1990, 51:1100–1105.
22. Ludwig DS et al. Dietary fiber, weight gain, and cardiovascular disease risk factors in young adults. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1539–1546.
23. Boreham C et al. Relationships between the development of biological risk factors for coronary heart disease and lifestyle parameters during adolescence: the Northern Ireland Young Hearts Project. *Public Health*, 1999, 113:7–12.
24. Twisk JW et al. Body fatness: longitudinal relationship of body mass index and the sum of skinfolds with other risk factors for coronary heart disease. *International Journal of Obesity*, 1998, 22:915–922.
25. Howarth NC et al. Dietary fiber and weight regulation. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:129–139.
26. Pereira MA, Ludwig DS. Dietary fiber and body-weight regulation. Observations and mechanisms. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48:969–980.
27. Koh-Banerjee P et al. Changes in whole-grain, bran, and cereal fiber consumption in relation to 8-y weight gain among men. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 80:1237–1245.
28. Liu S et al. Relation between changes in intakes of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-aged women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78:920–927.
29. Ma Y et al. Association between dietary carbohydrates and body weight. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 161:359–367.
30. Ludwig DS. Dietary glycemic index and obesity. *Journal of Nutrition*, 2000, 130:S280–S283.
31. Raben A. Should obese patients be counselled to follow a low-glycaemic index diet? No. *Obesity Reviews*, 2002, 3:245–256.
32. Hill JO, Prentice AM. Sugar and body weight regulation. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1995, 62(Suppl. 1):264S–273S.
33. Schulz M et al. Food groups as predictors for short-term weight changes in men and women of the EPIC-Potsdam Cohort. *Journal of Nutrition*, 2002, 132:1335–1340.
34. Burke V et al. Predictors of body mass index and associations with cardiovascular risk factors in Australian children: a prospective cohort study. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:15–23.
35. Metges CC. Does dietary protein in early life affect the development of adiposity in mammals? *Journal of Nutrition*, 2001, 131:2062–2066.
36. Poppitt SD et al. Short-term effects of macronutrient preloads on appetite and energy intake in lean women. *Physiology and Behavior*, 1998, 64:279–285.
37. Simpson SJ, Raubenheimer D. Obesity: the protein leverage hypothesis. *Obesity Reviews*, 2005, 6: 133–142.

38. Tohill BC et al. What epidemiologic studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and body weight. *Nutrition Reviews*, 2004, 62:365–374.
39. He K et al. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *International Journal of Obesity*, 2004, 28:1569–1574.
40. Kahn HS et al. Stable behaviors associated with adults' 10-year change in body mass index and likelihood of gain at the waist. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:747–754.
41. Parker D et al. Dietary factors in relation to weight change among men and women from two southeastern New England communities. *International Journal of Obesity*, 1997, 21:103–109.
42. Field AE et al. Association between fruit and vegetable intake and change in body mass index among a large sample of children and adolescents in the United States. *International Journal of Obesity*, 2003, 27:821–826.
43. Sabate J. Nut consumption and body weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78(Suppl. 3): 647S–650S.
44. Halkjaer J et al. Food and drinking patterns as predictors of 6-year BMI-adjusted changes in waist circumference. *British Journal of Nutrition*, 2004, 92:735–748.
45. Carruth BR, Skinner JD. The role of dietary calcium and other nutrients in moderating body fat in preschool children. *International Journal of Obesity*, 2001, 25:559–566.
46. Barr SI. Increased dairy product or calcium intake: is body weight or composition affected in humans? *Journal of Nutrition*, 2003, 133:245S–248S.
47. Mattes RD, Rothacker D. Beverage viscosity is inversely related to postprandial hunger in humans. *Physiology and Behavior*, 2001, 74:551–557.
48. Tordoff MG, Alleva AM. Effect of drinking soda sweetened with aspartame or high-fructose corn syrup on food intake and body weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1990, 51:963–969.
49. DiMaggio DP, Mattes RD. Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:794–800.
50. Almiron-Roig E, Drewnowski A. Hunger, thirst and energy intakes following consumption of caloric beverages. *Physiology and Behavior*, 2003, 79:767–773.
51. Schulze MB et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292:927–934.
52. Ludwig DS et al. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 2001, 357:505–508.
53. Newby PK et al. Beverage consumption is not associated with changes in weight and body mass index among low-income preschool children in North Dakota. *Journal of the American Dietetic Association*, 2004, 104:1086–1094.
54. Mrdjenovic G, Levitsky DA. Nutritional and energetic consequences of sweetened drink consumption in 6- to 13-year-old children. *Journal of Pediatrics*, 2003, 142:604–610.
55. Yeomans MR. Effects of alcohol on food and energy intake in human subjects: evidence for passive and active over-consumption of energy. *British Journal of Nutrition*, 2004, 92(Suppl. 1):S31–S34.
56. von Kries R et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *British Medical Journal*, 1999, 319:147–150.
57. Armstrong J, Reilly JJ. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, 2002, 359: 2003–2004.
58. Bergmann KE et al. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breastfeeding. *International Journal of Obesity*, 2003, 27:162–172.
59. Noble S, Emmett P. Differences in weaning practice, food and nutrient intake between breast- and formula-fed 4-month-old infants in England. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2006, 19:303–313.
60. Schulz M et al. Identification of a food pattern characterized by high-fiber and low-fat food choices associated with low prospective weight change in the Epic-Potsdam Cohort. *Journal of Nutrition*, 2004, 135: 1183–1189.
61. Newby PK et al. Food patterns measured by factor analysis and anthropometric changes in adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 80:504–513.
62. Quatromoni PA et al. Dietary patterns predict the development of overweight in women: the Framingham Nutrition Studies. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:1240–1246.

63. Schroder H et al. Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. *Journal of Nutrition*, 2004, 134:3355–3361.
64. Sanchez-Villegas A et al. Adherence to a Mediterranean dietary pattern and weight gain in a follow-up study: the SUN cohort. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:350–358.
65. Trichopoulou A et al. Mediterranean diet in relation to body mass index and waist-to-hip ratio: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82:935–940.
66. Pereira MA et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, 2005, 365:36–42.
67. French SA et al. Fast food restaurant use among women in the Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:1353–1359.
68. Thompson OM et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *International Journal of Obesity*, 2004, 28:282–289.
69. Ledikwe JH et al. Portion sizes and the obesity epidemic. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:905–909.
70. Rolls BJ et al. Salad and satiety: energy density and portion size of a first-course salad affect energy intake at lunch. *Journal of the American Dietetic Association*, 2004, 104:1570–1576.
71. Bellisle F et al. Meal frequency and energy balance. *British Journal of Nutrition*, 1997, 77(Suppl. 1):S57–S70.
72. Kant AK et al. Frequency of eating occasions and weight change in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *International Journal of Obesity*, 1995, 19:468–474.
73. Coakley EH et al. Predictors of weight change in men: results from the Health Professionals Follow-Up Study. *International Journal of Obesity*, 1998, 22:89–96.
74. Verboeket-van de Venne WP et al. AD. Effect of the pattern of food intake on human energy metabolism. *British Journal of Nutrition*, 1993, 70:103–115.

6. Влияние питания в раннем возрасте на развитие ожирения

Ключевые положения

- Недостаточное питание в раннем возрасте при последующем сравнительно быстром росте организма вызывает у детей предрасположенность к висцеральному (центральному) ожирению, которое, в свою очередь, является одним из основных факторов риска развития сердечных заболеваний и диабета.
- Тучность у детей переходит в ожирение у взрослых, особенно если и для родителей была характерна избыточная масса тела.
- Период от подготовки к беременности до достижения ребенком примерно двухлетнего возраста имеет решающее значение для создания фундамента здоровья на всю последующую жизнь.
- Интервенции должны включать в себя мероприятия по улучшению питательного статуса женщин до наступления и в период протекания беременности, особенно для лиц с низким социально-экономическим статусом.

На любом этапе взросления и развития человека рост и масса тела в равной мере отражают как характер предшествующего питания, так и способность организма реагировать на целый ряд создаваемых окружающей средой стресс-факторов и преодолевать их. Непропорционально интенсивный рост отражает морфологические аномалии и указывает на возможность функциональных нарушений (1). Зависимость между тучностью и неудовлетворительным состоянием здоровья более полно выявлена у взрослых, чем у детей. Однако при преобладании в детстве массы тела над ростом возникают патологии, такие как диабет второго типа, повышенное артериальное давление и маркеры риска сосудистых нарушений, что вызывает значительную обеспокоенность (2–4). Кроме того, растущий объем данных о динамике ИМТ (повышении предрасположенности к ожирению по мере увеличения возраста ребенка) и других маркеров риска для здоровья укрепляют уверенность в том, что эта важная зависимость существует и может быть использована для выявления риска. В данной главе рассматривается связь между различными алиментарными факторами в раннем возрасте и последующим развитием ожирения.

Три фактора, влияющие на предрасположенность к ожирению

Исследования, проведенные по трем проблемам, иллюстрируют важные факторы, которые необходимо учитывать, чтобы понять, как появляется предрасположенность к ожирению на протяжении жизни человека:

- критический период беременности на ранних сроках;
- межпоколенческие аспекты телосложения и особенностей роста в связи с метаболическими реакциями; и
- беременность в раннем подростковом возрасте.

Во-первых, во время голода в Нидерландах в 1943–1944 гг. (так называемой «голодной зимы») у женщин, перенесших голод на ранних сроках беременности, рождались дети с нормальными размерами тела, в то время как у женщин, перенесших его на поздних сроках беременности, – дети с размерами тела меньше нормы. Однако, достигнув зрелого возраста, лица из первой группы новорожденных были более склонны к ожирению и другим последствиям, ассоциирующимся с метаболическим синдромом, чем те, кто относился ко второй группе (5,6). Неблагоприятные условия питания во внутриутробном периоде развития вызвали метаболический ответ в организме плода, создав высокий риск отсроченного метаболического синдрома. Таким образом, размеры тела при рождении свидетельствовали о недавнем состоянии питания и не служили показателем питания в более раннем критическом периоде.

Во-вторых, в Хельсинки удалось провести обследование 3 033 мужчин, родившихся в период 1923–1933 гг., в отношении которых имелись подробнейшие данные о состоянии здоровья их матерей и об их собственном здоровье (7). У мужчин, родившихся с низкой массой тела, был отмечен высокий риск смерти от ишемической болезни сердца. Кроме того, наиболее высокий риск был зарегистрирован у тех, чьи матери имели высокий ИМТ, причем этот эффект проявился наиболее ярко у сыновей невысоких матерей. Таким образом, наибольший риск смерти от болезней сердца отмечался у мужчин, родившихся с низкой массой тела и у невысоких полных женщин, что примерно в пять раз превышало показатель риска для мужчин с большей массой тела при рождении, чьи матери не были полными (7).

Эти данные исследований, проведенных в Нидерландах и Финляндии, свидетельствуют, что межпоколенческие аспекты телосложения могут играть важную роль и что эти особенности роста отражают характер метаболической реакции, заложенный на ранних этапах жизни (6,7).

В-третьих, организм женщин, у которых беременность наступила в раннем подростковом возрасте, не успевает завершить своего развития к тому моменту, когда ему предстоит удовлетворять потребности растущего плода. Таким образом, потребности организма матери накладываются на потребности организма ребенка. Возникает энергетическая конкуренция, включающая такие макронутриенты, как аминокислоты, незаменимые жирные кислоты, минеральные вещества и витамины. Увеличение массы тела во время беременности является важным детерминантом роста плода (8,9). Чтобы ребенок родился с такой же массой тела, как у ребенка взрослой женщины, мать-подросток должна набрать 4 кг дополнительного веса, что частично происходит за счет роста (10–14). Набранный во время беременности вес часто становится избыточным, что трудно исправить после беременности, и это увеличивает вероятность последующего ожирения при достижении женщиной зрелого возраста.

В этой ситуации потребности, связанные с ростом матери, создают пищевой стресс, однако во время беременности могут действовать и другие, конкурирующие потребности в питательных веществах, которые затрудняют проникновение нутриентов в плаценту и к плоду. Они могут быть поведенческими (в частности, потребление алкоголя и курение), социальными (например, социальная обездоленность) и связанными с окружающей средой (незащищенность от инфекций) (15).

Масса тела родителей и избыточный вес у потомства

В здоровой популяции у крупных родителей рождаются крупные дети, которые во взрослом состоянии также приобретают крупные размеры (16). Обычно крупное телосложение связывают с хорошим здоровьем. Если популяция в целом не отличается здоровьем, женщины с низким или, наоборот, высоким ИМТ обычно рожают маловесных детей (17–19). В крайне неблагоприятной ситуации женщины с избыточным весом, страдающие диабетом или с плохим контролем гликемии, вынашивают особенно крупный плод с макросомией; обычно масса тела таких детей при рождении превышает 4 кг. В этих случаях преобладание жировой ткани в процессе роста может привести к избыточной массе тела ребенка (20,21).

В целом зависимость между размерами тела родителей и их потомков в детском возрасте бывает выражена довольно сильно, но может постепенно ослабевать при наступлении подросткового и среднего возраста. Кроме того, тучность больше распространена среди людей с низким социально-экономическим статусом; в этом случае полнота родителей связана с низкой массой тела при рождении (22). Возникает вопрос, насколько эти важные факторы зависят от общей генетической предрасположенности, общих средовых условий или взаимодействия того и другого. Кроме того, надо учитывать, что на протяжении жизни действует также фактор времени и межпоколенческих, или вековых изменений.

Размеры тела при рождении и последующее ожирение

В этой области исследований рандомизированные контролируемые вмешательства не проводились по этическим причинам. Большинство исследований – наблюдательные, а показатель размеров тела при рождении обычно фиксировался как масса тела при рождении, так как других индикаторов существует очень мало. Однако некоторые уникальные наборы данных, как, например, исследование, проведенное

в Финляндии (см. ниже), содержат гораздо более подробную информацию, позволяющую получить гораздо более детальные характеристики.

Полученные данные свидетельствуют о сильной зависимости между массой тела при рождении, приобретенным ИМТ и степенью ожирения в детском и раннем подростковом возрасте; в среднем возрасте эта связь ослабевает (23,24). Такая зависимость часто бывает линейной и положительной, но может иметь J- или U-образную форму, указывая на изменение риска в экстремумах (24). Кроме того, вес при рождении положительно ассоциируется с безжировым компонентом массы тела и отрицательно – с относительным ожирением. Таким образом, зависимость между массой тела при рождении и избыточным весом или ИМТ не обязательно отражает связь с ожирением при более высоком ИМТ. Если в полученные данные ввести поправку на размеры тела в тот или иной период, систематически возникает отрицательная ассоциация между весом при рождении и абдоминальным распределением жировых тканей; родившиеся с низкой массой тела бывают непропорционально тучны, и большая часть их жировых тканей приходится на абдоминально-висцеральную область (25).

Вскармливание детей в раннем возрасте и их последующий рост

Грудное вскармливание: отбор и смешивающий фактор классовой принадлежности

В последнее время многие авторы анализировали данные о способах вскармливания грудных детей в возрасте до 1 года и моделях их последующего роста. Dewey (26) выявила 11 исследований, посвященных избыточной массе тела у детей старше 3 лет, где в каждую из групп, выделенных по способу вскармливания, входило в общей сложности более 100 детей. С поправкой на воздействие потенциальных смешивающих факторов, был сделан вывод, что дети, вскормленные грудным молоком, характеризуются более низким риском избыточного веса. Среди выявленных исследований с отрицательным результатом во многих отсутствовала информация об исключительно грудном вскармливании. Dewey удалось также найти данные о зависимости «доза-ответ» в отношении продолжительности грудного вскармливания, но биологический эффект оказался незначительным. Arenz et al. (27) изучали связь между грудным вскармливанием и детским ожирением путем систематического обзора литературы и мета-анализа девяти исследований, в которых участвовало более 69 000 детей, отвечавших критериям включения. Авторы обнаружили, что грудное вскармливание снижает риск ожирения более чем на 20%. Четыре исследования показали зависимый от дозы результат, причем грудное вскармливание производило небольшой, но стабильный эффект защиты от ожирения.

Owen et al. (28) выявили 70 исследований, отвечающих требованиям систематического обзора. Грудное вскармливание ассоциировалось с несколько более низким средним ИМТ, чем у детей, получавших молочные смеси, причем средняя разность была выше в 15 исследованиях ограниченного масштаба (менее 1000 детей) по сравнению с более крупными исследованиями. Однако в 11 исследованиях этот эффект не наблюдался после поправки на социально-экономический статус матери, ее курение во время беременности и ИМТ матери. Авторы пришли к выводу, что хотя дети, получавшие грудное вскармливание, имеют более низкий средний ИМТ, эта разница невелика и может быть результатом ошибок в публикациях и воздействия смешивающих факторов; таким образом, маловероятно, чтобы поощрение грудного вскармливания способствовало снижению среднего индекса массы тела. Однако эта точка зрения подверглась критике со стороны других авторов; в частности, Harder et al. (29,30) провели метаанализ продолжительности грудного вскармливания и риска приобретения избыточной массы тела на основе 17 исследований, соответствующих критериям включения. Метарегрессия показала, что такой риск находится в обратной зависимости от длительности грудного вскармливания. Категорийный анализ подтвердил дифференцированную зависимость рассматриваемых величин: ОШ (отношение шансов) колебалось от 1 (кормление грудью менее одного месяца) до 0,67 (кормление продолжалось в течение 7–9 месяцев). Таким образом, каждый месяц грудного вскармливания обеспечивал 4%-ное уменьшение риска избыточной массы тела.

Другое исследование, посвященное вскармливанию младенцев и их последующему развитию, проведенное в Австралии, предусматривало повторные обследования продольной когорты из 2 087 детей в период начиная с 16 недель беременности до восьмилетнего возраста. Дети, которых

кормили грудью дольше 12 месяцев, составляли в возрасте одного года самую худощавую группу. В возрастной группе 1–8 лет дети, которые получали грудное вскармливание менее 4 месяцев, были больше других подвержены риску избыточной массы тела, и в этой группе среди матерей наблюдалась самая высокая распространенность ожирения, курения и низкого уровня образования. Исследователи, наблюдавшие эту когорту, сделали вывод, что семейные факторы могут видоизменить связь между грудным вскармливанием и тучностью в более старшем возрасте (31).

Наконец, Salsberry и Reagan (32) пытались выявить динамические процессы, которые ведут к развитию избыточной массы тела у детей. На основе данных о 3022 детях они рассматривали влияние пренатальных характеристик и вскармливания в раннем возрасте на массу тела семилетних детей. Результаты свидетельствуют, что пренатальные характеристики, расовая принадлежность, этнические особенности, курение матери во время беременности и ее ожирение в период до беременности оказывают влияние на массу тела ребенка в виде ранней склонности к ожирению.

Показатель увеличения массы тела

Vaird et al. (33) провели систематический обзор, в котором попытались отделить воздействие способа вскармливания на набранный вес от воздействия на показатель увеличения массы тела. Используя показатели изменения размеров тела в первые два года жизни, они оценивали воздействие размеров тела, достигнутых в период младенчества или роста, на последующее развитие ожирения. Критериям включения удовлетворяли 24 исследования, из которых 22 были когортными, а два осуществлялись методом «случай-контроль».

В 18 исследованиях оценивались размеры тела младенцев. При сравнении с нетучными детьми младенцы, определяемые как тучные или находящиеся на верхнем пределе распределения по весу или по ИМТ, были подвержены относительному риску последующего ожирения в диапазоне от 1,35 до 9,38. Из 10 исследований, в которых удалось оценить рост детей, большинство показывало, что у быстро растущих младенцев относительный риск развития ожирения высок – от 1,17 до 5,70. Эта связь подтвердилась для ожирения в разных возрастных группах и за продолжительный период – с 1927 по 1994 г. Авторы пришли к выводу, что дети, находящиеся на верхнем пределе распределения массы тела и ИМТ или быстро растущие в период младенчества, подвержены впоследствии высокому риску развития ожирения.

Размеры тела в детском возрасте и ожирение у взрослых

Если взрослые, страдающие ожирением, имеют склонность к полноте еще в юности, то лиц, предрасположенных к ожирению, по-видимому, следует искать среди тех, кто имеет наибольший избыточный вес в раннем возрасте. Об этом свидетельствуют данные наблюдений за ИМТ у детей и подростков (ИМТ-возраст) вплоть до достижения ими взрослого возраста, но в отношении детей младшего возраста они менее убедительны, чем в отношении более старших детей.

Whitaker et al. изучали вероятность ожирения (ИМТ > 30 кг/м²) у взрослых в возрасте 25 лет, исходя из наличия или отсутствия ожирения или избыточной массы тела в разные периоды детства и юности (34). Среди детей в возрасте 10–15 лет только 10% тех, у кого ИМТ-возраст был ниже 85-ой процентиля, в 25 лет были тучными, в то время как 75% детей с ИМТ выше 85-ой процентиля (и 80% – с ИМТ выше 95-ой процентиля), были тучными в возрасте старше 19 лет. Прогнозируемая степень ожирения у детей и подростков более младшего возраста была меньше; доля детей с ИМТ-возраст выше 95-ой процентиля, которые были тучными в возрасте старше 19 лет, возросла с 17% при рождении до 26% в 1–3 года, 52% в 3–6 лет и 69% в 6–10 лет.

Точность прогнозирования повышается, если учитывать ожирение у родителей (34). Так, для тучных детей в возрасте 1–2 лет, имеющих родителей без избыточной массы тела, вероятность ожирения в зрелом возрасте составляет 8%, но если дети 10–14 лет имеют хотя бы одного тучного родителя, такая вероятность для них составляет 79%. После поправки на ожирение родителей ОШ ожирения у взрослых, связанного с ожирением у детей, колебалось от 1,3 для ожирения в возрасте 1–2 лет до 17,5 для ожирения в 15–17 лет. После поправки на статус ожирения в детском возрасте ОШ ожирения у взрослого человека, имеющего одного тучного родителя, находилось в диапазоне от 3,2 для 1–2-летних до 2,2 для 15–17-летних.

Другие исследования, проведенные в разных расовых группах и различных условиях (35–42), подтверждают данную модель развития ожирения. Это привело к возникновению единой точки зрения, что, хотя высокий ИМТ-возраст свидетельствует о риске возникновения ожирения в зрелые годы, этот риск увеличивается с возрастом, достигая максимума среди подростков, у которых ИМТ-возраст выше 95-ой перцентили. Дети младше 3 лет с ИМТ выше 85-ой перцентили (не имеющие родителей с ожирением) сравнительно мало подвержены риску ожирения в зрелом возрасте. Однако для детей старше 3 лет высокий ИМТ-возраст имеет все более важное прогностическое значение как показатель предрасположенности к ожирению, в зрелом возрасте, независимо от того, есть ли ожирение у их родителей. Ожирение у родителей более чем вдвое увеличивает риск развития ожирения в зрелом возрасте как для тучных, так и для не страдающих ожирением детей до 10 лет. Некоторые данные указывают, что такой эффект сильнее выражен у девочек (35,41) и афроамериканцев (41,42). Тем не менее, у многих взрослых, имеющих избыточный вес или страдающих ожирением, в детстве показатель ИМТ-возраст бывает ниже 85-ой перцентили (или даже составляет медианную величину). В совокупности эти наблюдения говорят о том, что, хотя, безусловно, важно учитывать возможность применения мер вмешательства, позволяющих ограничить набор веса в дошкольном и школьном возрасте, нужно с особой осторожностью относиться к установленным пороговым значениям для показателя ИМТ-возраст при определении риска или необходимости вмешательства для каждого конкретного ребенка.

Power et al. (43) проанализировали литературные источники, в которых прослеживалась связь ожирения у детей с ожирением у родителей, и выявили четкую закономерность; кроме того, все больше исследований обнаруживают отдаленные риски для здоровья детей и подростков, страдающих ожирением (3,4,44,45). Относительное увеличение роста и массы тела подростков и его связь с наступлением пубертатного периода в определенной степени осложняют этот вопрос. Кроме того, под влиянием ухудшения условий окружающей среды замедляются общие темпы развития, что ведет к задержке роста в подростковый период и более позднему достижению взрослых размеров тела. В обществах, находящихся в переходном периоде, факторы, влияющие на раннее развитие, становятся причиной малых размеров тела детей при рождении и в младенчестве, однако в детском возрасте сравнительное изобилие пищи предрасполагает к увеличению массы тела без соответствующего увеличения роста. Это ведет к тому, что люди становятся ниже ростом и толще, их пубертатный период наступает раньше и длится меньше. Это также ведет к тому, что низкорослые, страдающие полнотой женщины подвержены риску ожирения, если они забеременеют в подростковом возрасте, когда их рост еще не завершен (46,47).

Комплексный характер этих взаимодействий осложняет понимание концепции жизненного цикла, в которой развитие здоровья рассматривается как происходящий в течение всей жизни динамический процесс, где взаимодействуют генетические, биологические, социальные и средовые факторы. Динамическое влияние этих факторов необходимо изучать с помощью соответствующих моделей (32) с тем, чтобы связать пренатальные характеристики с развитием избыточного веса, начиная с рождения, на протяжении детства и подросткового возраста, вплоть до взрослой жизни.

Рацион питания в младенчестве и детстве как причина последующего ожирения

Считается, что предрасположенность к ожирению развивается в случае избыточного потребления белка в раннем периоде жизни. Во Франции проводились наблюдения 151 ребенка (начиная с 1 месяца жизни до 16 лет), у которых избыточная масса тела возростала в первый год жизни, затем уменьшалась и снова возростала в более позднем возрасте, названном возрастом возврата тучности. Этот возраст был связан с ожирением, наблюдавшимся в конце исследования, причем, чем раньше происходил возврат тучности, тем более ярко выраженной она была впоследствии (48). При наблюдении во Франции за 112 детьми с 2 до 8 лет оказалось, что потребление белков в возрасте 2 лет положительно коррелировало с величиной ИМТ и толщиной подлопаточной кожной складки в возрасте 8 лет. Rolland-Cachera et al. пришли к выводу, что большое количество употребляемого в пищу белка увеличивает полноту в 8 лет из-за раннего возврата тучности (49).

В Исландии наблюдали 90 здоровых новорожденных вплоть до шестилетнего возраста. Более быстрый рост в младенчестве ассоциировался с увеличением ИМТ в 6-летнем возрасте, а среди

мальчиков самый высокий ИМТ был зарегистрирован у тех, чей рацион питания содержал наибольшее количество белка (50). Авторы когортного исследования 889 английских детей, наблюдавшихся с момента рождения до пятилетнего возраста, не обнаружили связи между потреблением пищевого белка (или какого-либо другого элемента питания) и возрастом возврата тучности. Однако ранний период возврата тучности был связан с ожирением у родителей (51). У 142 детей, родившихся в Дании и потреблявших белок в 9-месячном возрасте, наблюдался более быстрый рост и увеличение массы тела, но не было выявлено взаимосвязи с тучностью или процентом жировых отложений в возрасте 10 лет (52).

Metges (53) пришел к выводу, что эпидемиологических данных о влиянии пищевых белков в ранний постнатальный период на развитие ожирения в последующие годы недостаточно. В рамках Европейской программы по борьбе с ожирением в раннем детском возрасте проводится рандомизированное испытание двойным слепым методом с участием 1150 детей, живущих в пяти центрах, с целью проверки гипотезы о том, что увеличенное потребление белка в раннем возрасте увеличивает риск позднего ожирения (54).

Данные из Финляндии позволяют разработать модели жизненного цикла

В ходе ценных ретроспективных когортных исследований была проанализирована информация о людях, родившихся в Финляндии в период между 1924 и 1944 годами (55–64). В исследовании использовались подробные и высококачественные стандартные данные о детях, появившихся на свет в университетской центральной больнице, и их матерях, а также школьные медицинские карты, содержащие детализированные сведения о систематически проводившихся антропометрических измерениях. Эта информация была сопоставлена с регулярно пополняемой национальной базой данных обо всем взрослом населении. Этот уникальный источник позволил разработать динамические модели жизненного цикла, с помощью которых можно соотнести характер роста с исходами болезней и определить модели роста и развития, позволяющие выделить людей, у которых впоследствии возникают определенные проблемы со здоровьем. Как показывают эти исследования, могут быть выделены отдельные направления роста, представляющие собой четкие и надежные модели структурного развития в отношении риска ожирения, ишемической болезни сердца, диабета второго типа, гипертензии и инсульта.

К наступлению взрослого возраста общая частота случаев ожирения в этой популяции составляла 34,2% среди мужчин и 33,6% среди женщин. Основными переменными факторами, объясняющими эти цифры, являлись размеры тела при рождении, а также рост, вес и ИМТ в детском возрасте. Частота ожирения была выше всего у лиц, имевших при рождении самый большой вес и наиболее высокий весовой индекс (масса тела в граммах, умноженная на 100 и деленная на квадрат высоты «от макушки до пят», или длины тела, в сантиметрах) при рождении. Масса тела детей, которые впоследствии страдали ожирением, превышала среднюю величину во всех возрастных группах от 6 месяцев до 12 лет (55,56).

ИМТ в детском возрасте был близко связан с ИМТ матери, и мужчины, имевшие в 7–15 лет ИМТ выше среднего, были подвержены повышенному риску смерти от ишемической болезни сердца (57). Как мужчины, так и женщины, входившие в группу риска по ишемической болезни сердца, имели при рождении малые размеры тела, в течение первого года жизни росли медленно и в возрасте 2 лет отличались худобой. Однако позднее в детстве темпы роста превышали ожидаемые, а темпы прироста ИМТ в детском возрасте более тесно коррелировали с риском сердечно-сосудистых заболеваний, чем с абсолютным значением ИМТ (55,57–63). Женщины, подвергающиеся во взрослом возрасте более высокому риску ишемической болезни сердца, обычно имеют при рождении недостаточную длину тела и достигают нормального роста в течение первого года жизни, причем в детские годы ИМТ у них растет быстро (57,60,61). Мужчины, относящиеся к этой группе риска во взрослом возрасте, как правило, имеют низкий вес при рождении из-за худобы, и, достигнув года, отличаются низкой массой и ростом, а также низким ИМТ. Последующее быстрое увеличение массы тела, особенно у тех, кто родился с самым низким весом, связывают с риском ишемической болезни сердца (55,58,59). Кроме того, низкая масса тела у ребенка первого года жизни оказалась более сильным прогностическим фактором риска, чем низкая масса при рождении (62).

Совокупная заболеваемость диабетом второго типа в этой когорте составляла примерно 8% для мужчин и 5% для женщин (64). Частота заболеваемости возрастала с уменьшением массы и длины тела и весового индекса при рождении, однако в 7 лет те, кто впоследствии заболел диабетом, были выше среднего роста, имели большую массу тела, чем их сверстники, а усиленный рост у них продолжался до 15 лет. Дети обоих полов, чьи матери имели во время беременности высокий ИМТ, в детстве росли быстрее и подвергались большему риску развития диабета.

Все эти данные, собранные вместе, свидетельствуют, что, хотя большая масса при рождении является предпосылкой высокого ИМТ во взрослом возрасте, она ассоциируется с более низким риском развития диабета второго типа и ишемической болезни сердца по сравнению с теми, кто родился с малой массой или длиной тела, медленно рос в течение первых двух лет жизни и впоследствии имел избыточный вес.

Висцеральное ожирение как фактор риска

Низкая масса при рождении – весьма распространенное явление среди населения Юго-Восточной Азии (15,65,66), и она ассоциируется с очень высокими показателями заболеваемости диабетом второго типа и ишемической болезнью сердца, и более высоким риском, чем в других группах населения с таким же ИМТ. Частично это приписывают воздействию показателя ИМТ, который для данной популяции отражает специфические особенности телосложения: более высокую долю жировых тканей (особенно в абдоминальной области) и меньшую – нежировых (особенно мышц) (67). Эти различия хорошо видны при рождении и уже с детства свидетельствуют об изменении метаболизма. В проведенном в Индии проспективном популяционном исследовании с участием 1500 чел., в ходе которого у детей начиная с рождения регулярно производились измерения роста, к 30 годам уровень распространенности нарушения толерантности к глюкозе составлял 11%, а уровень распространенности диабета – 4,4%. Лица с нарушением толерантности к глюкозе вплоть до 2 лет обычно отличались худобой, а до 12 лет – ускоренным, по сравнению с остальной популяцией, увеличением ИМТ, хотя в 12 лет ни у кого из них не отмечалось ожирение (68). Это явление назвали фенотипом «худой – толстый» из-за непропорционально значительного увеличения жировой массы, хотя ИМТ при этом может оставаться в пределах, приемлемых для здоровья в остальных группах населения (67).

Данный феномен может иметь далеко идущие последствия для групп населения за пределами Юго-Восточной Азии. Весьма близкие результаты наблюдений получены в графстве Харфордшир (Англия) у мужчин в возрасте около 70 лет, родившихся с массой тела в пределах нормы. У тех, кто при рождении имел меньший вес, ожирение развилось позднее, чем у испытуемых с более высокой массой тела при рождении, а после поправки на рост и вес у первых было обнаружено более ярко выраженное висцеральное ожирение (25). Хотя ИМТ считается важным маркером избыточного веса, его нельзя назвать специфичным; более конкретными индикаторами риска неинфекционных болезней являются показатели висцерально-абдоминальных жировых отложений.

Висцеральное ожирение, степень которого измеряют по окружности талии, – один из важнейших факторов, обуславливающих риск ишемической болезни сердца и диабета второго типа (69–71). Стойкая зависимость между размерами тела при рождении и окружностью талии, отмеченная исследователями в Индии и Соединённом Королевстве, указывает, что окружность талии может быть в течение жизни более надежным маркером риска ухудшения состояния здоровья, связанного с ожирением, чем ИМТ. Во всем мире отмечается ступенчато изменяющаяся и весьма существенная связь между риском инфаркта миокарда и окружностью талии, причем эта связь была подтверждена в очень широком спектре категорий ИМТ – от менее чем 20 кг/м² до более 30 кг/м² (72).

Выводы

Накопленные в настоящее время убедительные эпидемиологические данные свидетельствуют, что люди, подверженные риску неинфекционных болезней, развивались во внутриутробном периоде и в детском возрасте не так, как другие (60). Вероятность, что они впоследствии заболеют ишемической болезнью сердца, гипертонией или диабетом второго типа, тем меньше, чем больше их масса тела при

рождении, и эта вероятность увеличивается с возрастанием ИМТ в годы детства. Таким образом, хотя фактические размеры тела во многом определяют состояние здоровья человека в конкретный момент жизни, важнейшее значение имеют темпы роста, позволившие достигнуть этого состояния.

Компенсаторный рост в период после рождения указывает на возможность реализации генетического потенциала человека, но вместе с тем происходит сложное взаимодействие между генотипом и условиями питания, позволяющими реализовать тот или иной фенотип. Если в период внутриутробного развития или в ранние детские годы линейный рост отстает, возрастает риск абдоминального ожирения. Как пищевые привычки взаимодействуют с поведенческими, социальными и средовыми факторами, определяя степень их совокупного воздействия на здоровье, точно так же и неблагоприятные результаты, наблюдаемые в отношении наиболее обездоленных слоев населения, являются следствием взаимодействия целого комплекса факторов.

Очевидно, что двойное бремя недостаточности питания, при котором недоедание в детстве ведет к ожирению в зрелом возрасте, в той или иной степени свойственно всем обществам (73). Данные неопровержимо свидетельствуют, что ожирение является показателем метаболического состояния, уходящего корнями в ранние годы жизни, и должно рассматриваться как часть межпоколенческого ответа на значительные перемены в окружающей среде.

Все эти наблюдения влекут за собой серьезные выводы для практической политики. Причины ожирения имеют глубокие корни, и чтобы обеспечить максимально возможный уровень здоровья для наибольшей части населения, необходимо прилагать систематические усилия в течение длительного периода. Неудивительно, что в группу риска входят самые обездоленные слои населения.

Библиография

1. Wootton SA, Jackson AA. Influence of under-nutrition in early life on growth, body composition and metabolic competence. In: Henry CJK, Ulijaszek SJ, eds. *Long-term consequences of early environment. Growth, development and the lifespan developmental perspective*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:109–123 (Society for the Study of Human Biology Symposium Series, No. 37).
2. Wiegand S et al. Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in European children and adolescents with obesity – A problem that is no longer restricted to minority groups. *European Journal of Endocrinology*, 2004, 151:199–206.
3. Cruz ML et al. Pediatric obesity and insulin resistance: chronic disease risk and implications for treatment and prevention beyond body weight modification. *Annual Review of Nutrition*, 2005, 25:435–468.
4. Hannon TS et al. Childhood obesity and type 2 diabetes mellitus. *Pediatrics*, 2005, 116:473–480.
5. Ravelli GP et al. Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy. *New England Journal of Medicine*, 1976, 295:349–353.
6. Ravelli AC et al. Obesity at the age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 70:811–816.
7. Forsen T et al. Mother's weight in pregnancy and coronary heart disease in a cohort of Finnish men: follow up study. *British Medical Journal*, 1997, 315:837–840.
8. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:663–737.
9. Kramer MS. The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. *Journal of Nutrition*, 2003, 133(5 Suppl. 2):1592S–1596S.
10. Scholl TO et al. Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1994, 60:183–188.
11. Frisancho AR. Reduction of birth weight among infants born to adolescents: maternal fetal growth competition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997, 817:272–280.
12. Hediger ML et al. Implications of the Camden Study of adolescent pregnancy: interactions among maternal growth, nutritional status, and body composition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997, 817:281–291.
13. Scholl TO et al. Maternal growth and fetal growth: pregnancy course and outcome in the Camden Study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997, 817:292–301.

14. Gigante DP et al. Pregnancy increases BMI in adolescents of a population-based birth cohort. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:74–80.
15. Jackson AA et al. Nutrition as a preventive strategy against adverse pregnancy outcome. *Journal of Nutrition*, 2003, 133(5 Suppl. 2): 1589S–1591S.
16. Cole TJ. The secular trend in human physical growth: a biological view. *Economics and Human Biology*, 2003, 1:161–168.
17. Rode L et al. Obesity-related complications in Danish single cephalic term pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 105:537–542.
18. Rosenberg TJ et al. Maternal obesity and diabetes as risk factors for adverse pregnancy outcomes: differences among 4 racial/ethnic groups. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1545–1551.
19. Villar J et al. Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006, 194:921–931.
20. Catalano PM et al. Increased fetal adiposity: a very sensitive marker of abnormal in utero development. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 189:1698–1704.
21. Durnwald C et al. Evaluation of body composition of large-for-gestational-age infants of women with gestational diabetes mellitus compared with women with normal glucose tolerance levels. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191:804–808.
22. Adair LS, Prentice AM. A critical evaluation of the fetal origins hypothesis and its implications for developing countries. *Journal of Nutrition*, 2004, 134:191–193.
23. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
24. Rogers I, EURO-BLCS Study Group. The influence of birthweight and intrauterine environment on adiposity and fat distribution in later life. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:755–777.
25. Kensara OA et al. Fetal programming of body composition: relation between birth weight and body composition measured with dual-energy X-ray absorptiometry and anthropometric methods in older Englishmen. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82:980–987.
26. Dewey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? *Journal of Human Lactation*, 2003, 19:9–18.
27. Arenz S et al. Breast-feeding and childhood obesity – A systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28:1247–1256.
28. Owen CG et al. The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82:1298–1307.
29. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397–403.
30. Harder T et al. Differences between meta-analyses on breastfeeding and obesity support causality of the association. *Pediatrics*, 2006, 117:987.
31. Burke V et al. Breastfeeding and overweight: longitudinal analysis in an Australian birth cohort. *Journal of Pediatrics*, 2005, 147:56–61.
32. Salsberry PJ, Reagan PB. Dynamics of early childhood overweight. *Pediatrics*, 2005, 116:1329–1338.
33. Baird J et al. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *British Medical Journal*, 2005, 331(7522):929.
34. Whitaker RC et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337:869–873.
35. Guo SS et al. Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: the Fels Longitudinal Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:1628–1635.
36. Guo SS et al. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 76:653–658.
37. Williams S. Overweight at age 21: the association with body mass index in childhood and adolescence and parents' body mass index. A cohort study of New Zealanders born in 1972–1973. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2001, 25:158–163.

38. Janssen I et al. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international references. *Obesity Research*, 2005, 13:1106–1115.
39. Magarey AM et al. Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:505–513.
40. Johannsson E et al. Tracking of overweight from early childhood to adolescence in cohorts born 1988 and 1994: overweight in a high birth weight population. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1265–1271.
41. Freedman DS et al. Racial differences in the tracking of childhood BMI to adulthood. *Obesity Research*, 2005, 13:928–935.
42. Stettler N et al. Early risk factors for increased adiposity: a cohort study of African American subjects followed from birth to young adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 72:378–383.
43. Power C et al. Measurement and long term health risks of child and adolescent fatness. *International Journal of Obesity*, 1997, 21:507–526.
44. Sorof J, Daniels S. Obesity hypertension in children: a problem of epidemic proportions. *Hypertension*, 2002, 40(4):441–447.
45. Goodman E et al. Factor analysis of clustered cardiovascular risks in adolescence: obesity is the predominant correlate of risk among youth. *Circulation*, 2005, 111:1970–1977.
46. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal of Nutrition*, 2001, 131:871S–873S.
47. Cameron N et al. Stunting at 2 years in relation to body composition at 9 years in African urban children. *Obesity Research*, 2005, 13:131–136.
48. Rolland-Cachera MF et al. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Journal of Clinical Nutrition*, 1984, 39:129–135.
49. Rolland-Cachera MF et al. Influence of body fat distribution during childhood on body fat distribution in adulthood: a two-decade follow-up study. *International Journal of Obesity*, 1990, 14:473–481.
50. Gunnarsdottir I, Thorsdottir I. Relationship between growth and feeding in infancy and body mass index at the age of 6 years. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:1523–1527.
51. Dorosty AR et al. Factors associated with early adiposity rebound. ALSPAC Study Team. *Pediatrics*, 2000, 105:1115–1118.
52. Hoppe C et al. Protein intake at 9 mo of age is associated with body size but not with body fat in 10-y-old Danish children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79:494–501.
53. Metges CC. Does dietary protein in early life affect the development of adiposity in mammals? *Journal of Nutrition*, 2001, 131:2062–2066.
54. Koletzko B et al. Protein intake in the first year of life: a risk factor for later obesity? The E.U. childhood obesity project. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2005, 569:69–79.
55. Eriksson J et al. Size at birth, childhood growth and obesity in adult life. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2001, 25:735–740.
56. Eriksson J et al. Obesity from cradle to grave. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:722–727.
57. Forsen T et al. Growth in utero and during childhood among women who develop coronary heart disease: longitudinal study. *British Medical Journal*, 1999, 319:1403–1407.
58. Eriksson JG et al. Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study. *British Medical Journal*, 1999, 318:427–431.
59. Eriksson JG et al. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *British Medical Journal*, 2001, 322:949–953.
60. Barker DJ et al. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:1235–1239.
61. Forsen T et al. Growth of girls who later develop coronary heart disease. *Heart*, 2004, 90:20–24.
62. Forsen TJ et al. The infant growth of boys who later develop coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 2004, 36:389–392.
63. Barker DJ et al. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1802–1809.

64. Forsen T et al. The fetal and childhood growth of persons who develop type 2 diabetes. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133:176–182.
65. Ramakrishnan U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79:17–21.
66. Yajnik CS et al. Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. The Pune Maternal Nutrition Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:173–180.
67. Yajnik CS. Obesity epidemic in India: intrauterine origins? *Proceedings of the Nutrition Society*, 2004, 63:387–396.
68. Bhargava SK et al. Relation of serial changes in childhood body-mass index to impaired glucose tolerance in young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:865–875.
69. Depres J-P et al. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *British Medical Journal*, 2001, 322:716–720.
70. Dagenais GR et al. Increased occurrence of diabetes in people with ischemic cardiovascular disease and abdominal obesity. *Canadian Journal of Cardiology*, 2003, 19:1387–1391.
71. Dagenais GR et al. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 2005, 149:54–60.
72. Yusuf S et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case control study. *Lancet*, 2005, 366:1640–1649.
73. United Nations System Standing Committee on Nutrition. *Double burden of malnutrition – A common agenda*. Geneva, United Nations System Standing Committee on Nutrition, 2006 (www.who.int/moveforhealth/publications/nmh_scn06_participants_statement.pdf, accessed 11 April 2007).

7. Рационы питания в Европе

Ключевые положения

- За последние 40 лет поставки пищевых продуктов в Европейский регион ВОЗ постоянно увеличивались, небольшое уменьшение наблюдалось только в странах Восточной Европы в середине 1980-х гг.
- В большинстве стран и в большинстве возрастных групп доля пищевой энергии, получаемой из жиров, превышает рекомендованную, в то время как доступность овощей и фруктов, а также потребление пищевых волокон (клетчатки) в значительной степени недостаточны. Это свидетельствует об общей тенденции к потреблению пищи высокой энергетической плотности во всем регионе.
- У групп с низким социально-экономическим статусом повышается вероятность появления алиментарных факторов риска, приводящих к развитию ожирения.

Знание моделей рационов питания и того, как они менялись во времени, может помочь в разработке адекватных мер по борьбе с ожирением. Как отмечалось в предыдущих главах, превышение потребления энергии над расходом приводит к набору веса и, следовательно, к избыточной массе тела и даже ожирению. Этот вывод согласуется с обзором ВОЗ (1) об алиментарных факторах неинфекционных болезней, который выявил связь множества заболеваний с потреблением пищевых продуктов высокой энергетической плотности, бедных клетчаткой, и низким потреблением фруктов и овощей. Данная глава посвящена пищевым продуктам, больше всего влияющих на развитие ожирения, – жирам, маслам и сахарам – и тем, которые способны им противостоять, – фруктам, овощам и грудному молоку для детей. В главах 8 и 9 обсуждаются средовые детерминанты, влияющие на рацион питания.

Известны три типа данных, по которым возможно провести сравнение рационов питания: индивидуальные опросы на общенациональном уровне, данные по доступности пищевых продуктов для домохозяйств и данные о национальных поставках пищевых продуктов (табл. 7.1).

Сравнение рационов питания: три источника данных

Наиболее легко интерпретируемыми и, как следствие, наиболее ценными источниками информации являются индивидуальные опросы на общенациональном уровне, которые предоставляют данные по потреблению пищи и питательных веществ в зависимости от пола и возраста. Такие данные могут быть получены из специальных опросов по потреблению пищевых продуктов, которые обычно включают дневники питания и телефонные опросы.

Кроме того, были обобщены результаты национальных опросов по потреблению пищевых продуктов в 13 государствах – членах ЕС, осуществлявших сбор данных о детях, подростках, взрослых и пожилых людях (2). Информация о взрослых была получена из публикаций национальных опросов (3–6), а для детей – из недавно опубликованного списка, основанного на результатах различных местных, региональных и национальных опросов (7). Специфические алиментарные показатели для детей и подростков были получены из исследования Программы «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2001/2002 г., межстранового исследования ВОЗ (8). Информация по уровням грудного вскармливания была получена из европейской базы данных «Здоровье для всех» (9) и проекта ЕС по поддержке грудного вскармливания в Европе (10), предоставляющего дополнительную информацию по мониторингу уровня грудного вскармливания в 30 странах: 27 членах, состоящих в настоящее время в ЕС, а также Исландии, Норвегии и Швейцарии. Кроме того, широкомасштабные эпидемиологические исследования, включающие население различных европейских регионов и стран, могут предоставлять полезные индивидуальные данные. Еще одним важным источником является Европейское проспективное исследование связи питания и рака (EPIC), включающее данные о питании в 10 европейских странах (11).

Вторым важным источником информации являются данные о доступности продуктов питания для домохозяйств, основанные на исследовании семейного бюджета. Данные этих исследований были собраны и гармонизированы в системе обмена данными о пищевых продуктах DAFNE (12,13). В рамках проекта создан и регулярно обновляется банк сопоставимых данных по 16 европейским странам.

В-третьих, данные по национальным поставкам пищевых продуктов могут быть получены из продовольственных балансов (FBS), составленных Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН (ФАО) (14). Эти статистические данные по производству пищевых продуктов доступны с 1963 по 2003 год, однако свежие данные (начиная с 1993 года) имеются только для некоторых европейских стран. Сведения о поставках обычно не отражают реальное потребление, а значительно его превышают, однако предоставляют некоторые данные о доступности пищевых продуктов и изменении доступности продуктов во времени. Для некоторых стран продовольственные балансы являются единственным доступным источником данных.

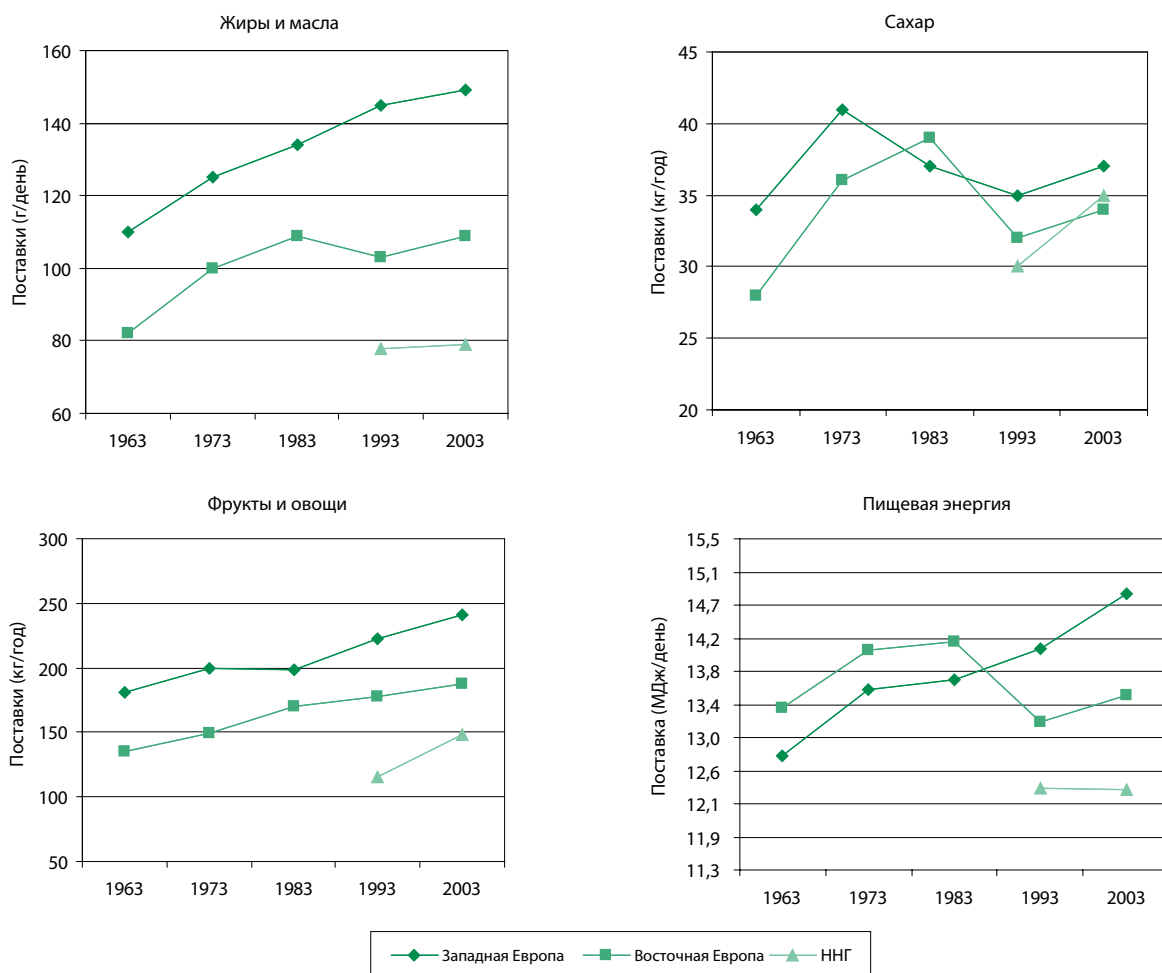
Поставки пищевых продуктов

На рис. 7.1. показаны долговременные тенденции суммарных поставок пищевых продуктов в Западной и Восточной Европе, а также в новых независимых государствах (ННГ) бывшего СССР (14). Так, хорошо видно, что начиная с 1960-х годов суммарное потребление пищевой энергии в Западной Европе выросло в среднем на 1,7 МДж (400 ккал) на человека в день, и большая часть этого прироста приходится на увеличившееся в этот период потребление жиров и масел (особенно растительных). В Восточной Европе также наблюдался прирост (одновременно с Западной Европой), далее следовал спад в середине 1980-х гг., связанный с экономическим кризисом, и затем ещё один прирост в последнее десятилетие. Этот прирост нельзя напрямую связать с потреблением только жиров, масел или сахара. Для обоих регионов потребление фруктов и овощей заметно выросло, но данные по потреблению фруктов включают в себя также те фрукты, которые перерабатываются в сиропы и концентраты для ароматизации. Данные по ННГ доступны только за последние 10 лет, и за этот период нельзя выявить четкой тенденции.

Таблица 7.1. Преимущества и недостатки трех источников данных для оценки и сравнения потребления пищевых продуктов в Европейском регионе ВОЗ

Источник данных	Преимущества	Недостатки
Индивидуальные опросы	Лучшее отражение индивидуального потребления Существуют данные по разным социально-демографическим группам населения	Заниженные данные по потребляемой пищевой энергии Недостаточная стандартизация, сложности сравнения между странами Не по всем странам доступны свежие данные
Исследования семейного бюджета	Репрезентативные и сравнимые данные доступны для нескольких стран Доступна информация по существующим тенденциям Доступна информация по различным социально-демографическим группам населения	Требуются модели индивидуализации данных по целым семьям для изучения половых и возрастных зависимостей Недостаток данных по питанию вне дома Недостаток данных о неиспользованных, несъеденных и отданных домашним животным продуктах
Пищевые балансы	Существуют ежегодные данные, показывающие тенденции в поставках продуктов	Недостаток данных о неиспользованных продуктах Нет дифференциации по группам, например, по полу и возрасту Сравнение данных по разным государствам должно производиться с осторожностью, поскольку методы получения данных отличаются

Рисунок 7.1. Поставки пищевых продуктов в расчете на человека в Европейском регионе ВОЗ, рассчитанные по пищевым балансам, 1963–2003 гг.



Источник: FAOSTAT [база данных он-лайн] (14).

В табл. 7.2 представлено ежедневное потребление жиров, масел, сахара, фруктов, овощей и суммарное потребление энергии в расчете на 1 человека. Поскольку методы получения данных в разных странах различны, строго сравнивать данные по разным странам нельзя.

Доступность пищевых продуктов и потребление

Приведенные на рис. 7.2. данные по доступности пищевых продуктов для домохозяйств, полученные в ходе проекта DAFNE (15), свидетельствуют о том, что за последние 10 лет во всех странах, кроме Германии, Греции и Швеции, доступность безалкогольных напитков для домохозяйств выросла. Однако следует учитывать, что к этой группе также относятся так называемые «легкие напитки», в которых сахар заменен низкокалорийными подсластителями. Данные исследования EPIC (16) свидетельствуют о том, что реальное потребление безалкогольных напитков ниже в Южной Европе и значительно выше у мужчин, чем у женщин (рис. 7.2).

Данные исследования HBSC свидетельствуют о наличии значительных региональных особенностях в отношении детей (табл. 7.3). Так, в Англии, Израиле, Мальте, Словении и Шотландии более трети мальчиков и девочек в возрасте 11 лет сообщали, что употребляют безалкогольные напитки ежедневно, а в странах Северной Европы – менее одной десятой (8).

Во многих странах количество фруктов и овощей, доступных для домохозяйств, значительно ниже рекомендованного ВОЗ минимума – 400 г в день (1,16). В Ирландии, Соединённом Королевстве,

Таблица 7.2. Поставки пищевых продуктов в расчете на человека в день в Европейском регионе ВОЗ, 2003 г.

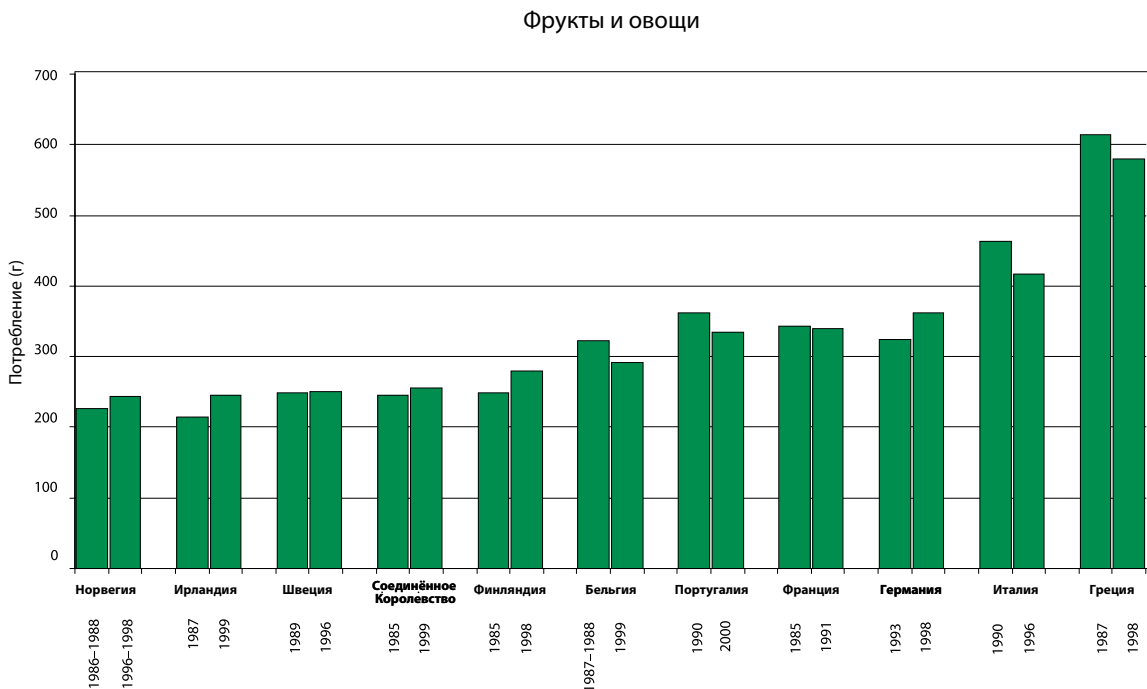
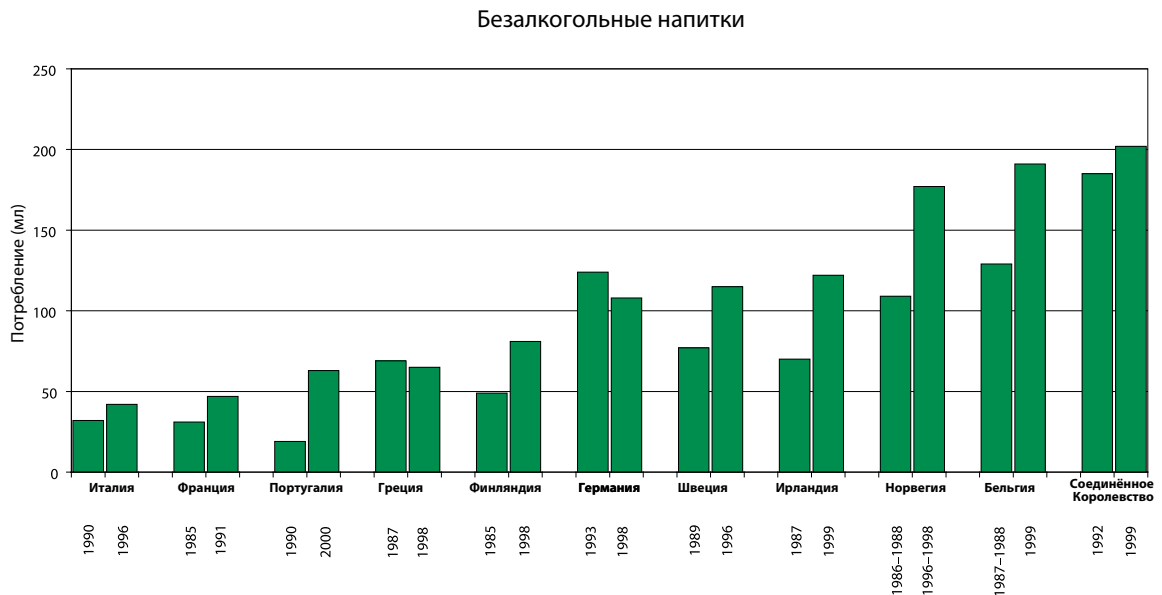
Страна или регион	Фрукты (г)	Овощи (г)	Сахар или подсластители (г)	Суммарные жиры (г)	Суммарная энергетическая (МДж (ккал))
Австрия	376	248	125	161	15,6 (3732)
Азербайджан	148	378	46	42	11,4 (2727)
Албания	249	476	68	87	12,0 (2874)
Армения	143	508	58	51	9,9 (2357)
Беларусь	127	297	91	95	12,1 (2885)
Бельгия	188	358	152	163	15,2 (3634)
Болгария	124	396	81	96	12,1 (2885)
Босния и Герцеговина	156	461	74	53	11,2 (2668)
БЮР Македония ^а	217	429	97	94	11,9 (2852)
Венгрия	195	321	125	152	14,9 (3552)
Германия	310	248	124	142	14,6 (3484)
Греция	403	755	96	145	15,3 (3666)
Грузия	162	227	92	53	11,1 (2646)
Дания	401	280	160	139	14,5 (3472)
Израиль	316	607	106	142	14,9 (3553)
Ирландия	377	225	118	137	15,6 (3717)
Исландия	289	156	155	133	13,7 (3275)
Испания	309	393	94	157	14,3 (3421)
Италия	359	488	87	156	15,4 (3675)
Казахстан	43	359	73	82	12,0 (2858)
Кыргызстан	71	363	41	55	13,3 (3173)
Латвия	147	273	95	111	12,6 (3014)
Литва	181	281	108	105	14,1 (3372)
Мальта	288	378	133	110	14,7 (3521)
Нидерланды	499	201	144	140	14,5 (3495)
Норвегия	341	181	122	145	14,7 (3511)
Польша	130	275	125	111	14,1 (3366)
Португалия	318	496	93	142	15,7 (3747)
Республика Молдова	192	229	84	56	11,4 (2729)
Российская Федерация	133	264	122	86	13,1 (3118)
Румыния	178	492	73	105	15,0 (3582)
Сербия и Черногория	325	289	84	119	11,3 (2703)
Соединённое Королевство	318	251	114	135	13,4 (3450)
Словакия	163	192	88	103	11,6 (2779)
Словения	392	199	42	106	12,4 (2954)
Таджикистан	8	223	44	40	8,0 (1907)
Туркменистан	133	240	29	73	11,9 (2840)
Турция	295	632	68	91	13,9 (3328)
Узбекистан	83	318	12	64	9,7 (2312)
Украина	100	318	123	82	12,8 (3054)
Финляндия	252	194	94	126	13,2 (3143)
Франция	262	392	111	168	15,2 (3623)
Хорватия	244	304	165	89	11,7 (2795)
Чешская Республика	218	196	143	115	13,8 (3308)
Швейцария	285	266	166	158	14,8 (3545)
Швеция	316	215	130	127	13,4 (3208)
Эстония	202	275	168	98	13,5 (3222)
Евр-А	243	—	—	—	14,8 (3531)
Евр-В + Евр-С	186	—	—	—	12,9 (3076)

^а Бывшая Югославская Республика Македония.

Источники: данные Европейской базы «Здоровье для всех» [база данных он-лайн] (9) и FAOSTAT [база данных он-лайн] (14).

Финляндии и Швеции доступность фруктов и овощей в сумме составляет менее 300 г в день, в то время как в Греции и Италии она превышает рекомендованный ВОЗ уровень. Исследование EPIC также зафиксировало низкий уровень потребления овощей и фруктов в некоторых странах Северной и Западной Европы (рис. 7.3).

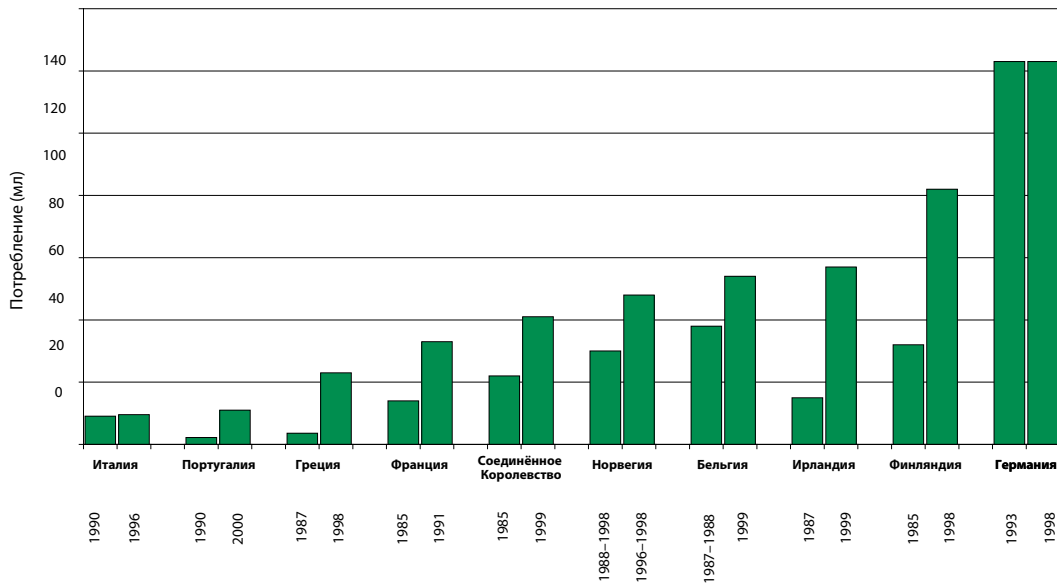
Рисунок 7.2. Общие тенденции в ежедневной доступности некоторых пищевых продуктов и напитков для среднего домохозяйства, в расчете на человека в день, в отдельных странах Европы, принимающих участие в проекте DAFNE



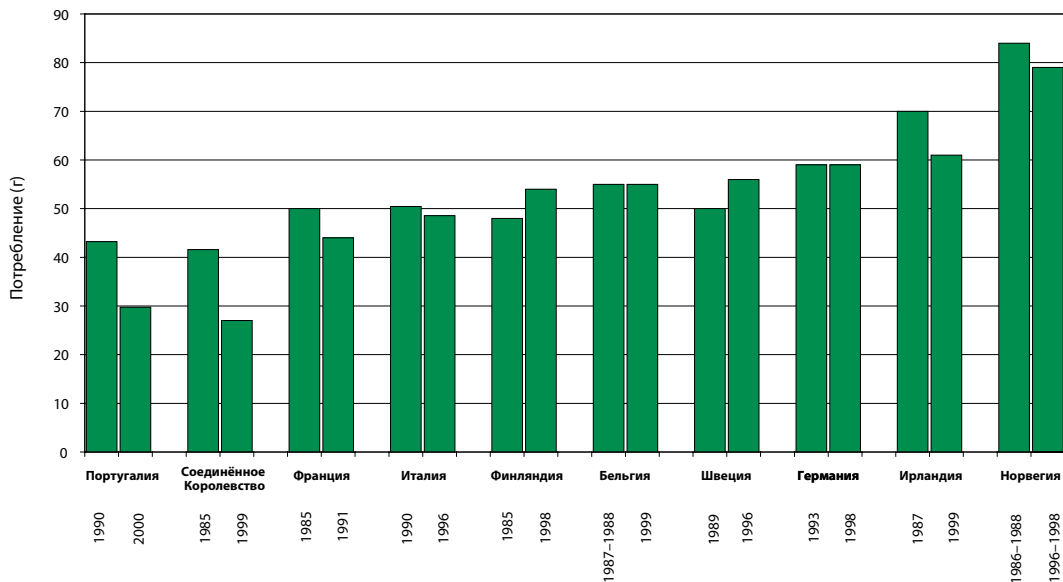
Что касается детей, данные, полученные HBSC, показывают, что в Бельгии, Израиле, Франции и Украине более 50% девочек и 40% мальчиков в возрасте 11 лет отвечали, что употребляют овощи ежедневно (табл. 7.3), в то время как эта цифра составляет менее 20% в Венгрии и Испании. В странах Южной Европы (кроме Италии) и в Израиле более половины мальчиков и девочек сообщили, что ежедневно употребляют фрукты, в то время как в некоторых странах Северной Европы – только четверть опрошенных (8).

Рисунок 7.2. (продолжение)

Фруктовые и овощные соки



Сахар и продукты, вырабатываемые из него



Источник: DAFNE (15).

Суммируя результаты исследований потребления пищевых продуктов, можно рассчитать индивидуальное потребление жиров и пищевых волокон взрослыми (25–65 лет), а также подростками и девочками младшего возраста (15–18, и 8–9 лет, соответственно) (рис. 7.4 и 7.5). Поскольку в отчетах использовались различные возрастные категории, диапазоны лет на рис. 7.4 и 7.5, представляют общие для различных исследований области.

Таблица 7.3. Ежедневное потребление фруктов, овощей и безалкогольных напитков среди детей в возрасте 11 лет, исследование HBSC 2001/2002 г.

Страна	Девочки (%)			Мальчики (%)		
	Овощи	Фрукты	Безалкогольные напитки	Овощи	Фрукты	Безалкогольные напитки
Австрия	21,8	52,6	12,5	17,5	39,9	18,3
Англия (Соединённое Королевство)	29,2	30,3	37,8	25,6	28,4	36,4
Бельгия (фламандская часть)	55,6	32,6	27,1	47,4	27,3	38,0
Бельгия (французская часть)	44,2	44,5	32,0	40,3	39,4	37,8
БЮР Македония ^a	36,6	48,1	30,2	34,1	44,1	33,4
Венгрия	18,7	38,2	28,6	16,3	37,7	33,4
Германия	40,2	51,0	22,5	28,1	43,3	30,7
Гренландия	30,0	19,1	25,8	35,0	28,9	28,1
Греция	25,6	47,6	11,5	21,8	41,7	18,4
Дания	34,5	42,6	5,7	30,4	33,5	9,0
Израиль	52,7	56,2	49,3	47,4	52,1	54,6
Ирландия	42,7	41,3	27,9	35,4	31,5	31,5
Испания	13,4	42,2	22,5	14,1	42,1	30,5
Италия	22,7	40,1	20,0	18,1	37,9	27,1
Латвия	35,8	27,1	9,2	26,8	23,4	14,1
Литва	34,7	24,8	7,4	33,5	24,1	12,8
Мальта	24,5	59,4	38,8	19,2	47,7	36,5
Нидерланды	42,9	32,8	32,9	39,9	31,5	40,9
Норвегия	29,9	40,5	10,9	22,0	28,0	16,1
Польша	46,6	54,9	20,6	34,5	44,0	30,1
Португалия	36,3	58,3	32,1	27,5	51,5	39,5
Российская Федерация	40,1	31,0	17,5	34,4	30,5	25,7
Словения	30,9	50,8	33,7	24,6	39,3	39,0
Украина	51,5	28,6	16,1	48,0	27,2	18,2
Уэльс (Соединённое Королевство)	21,7	30,6	32,4	18,8	22,7	32,8
Финляндия	27,5	25,9	4,6	21,0	21,0	7,5
Франция	51,8	39,1	24,9	45,8	40,5	30,4
Хорватия	34,4	43,5	31,2	32,2	40,5	32,9
Чешская Республика	35,1	54,1	23,3	28,4	41,6	27,1
Швейцария	39,7	43,5	25,2	32,5	35,6	32,5
Швеция	35,8	36,8	6,0	33,0	34,7	11,9
Шотландия (Соединённое Королевство)	39,5	45,3	40,4	29,0	37,1	47,3
Эстония	20,6	26,8	7,8	18,4	20,9	13,0

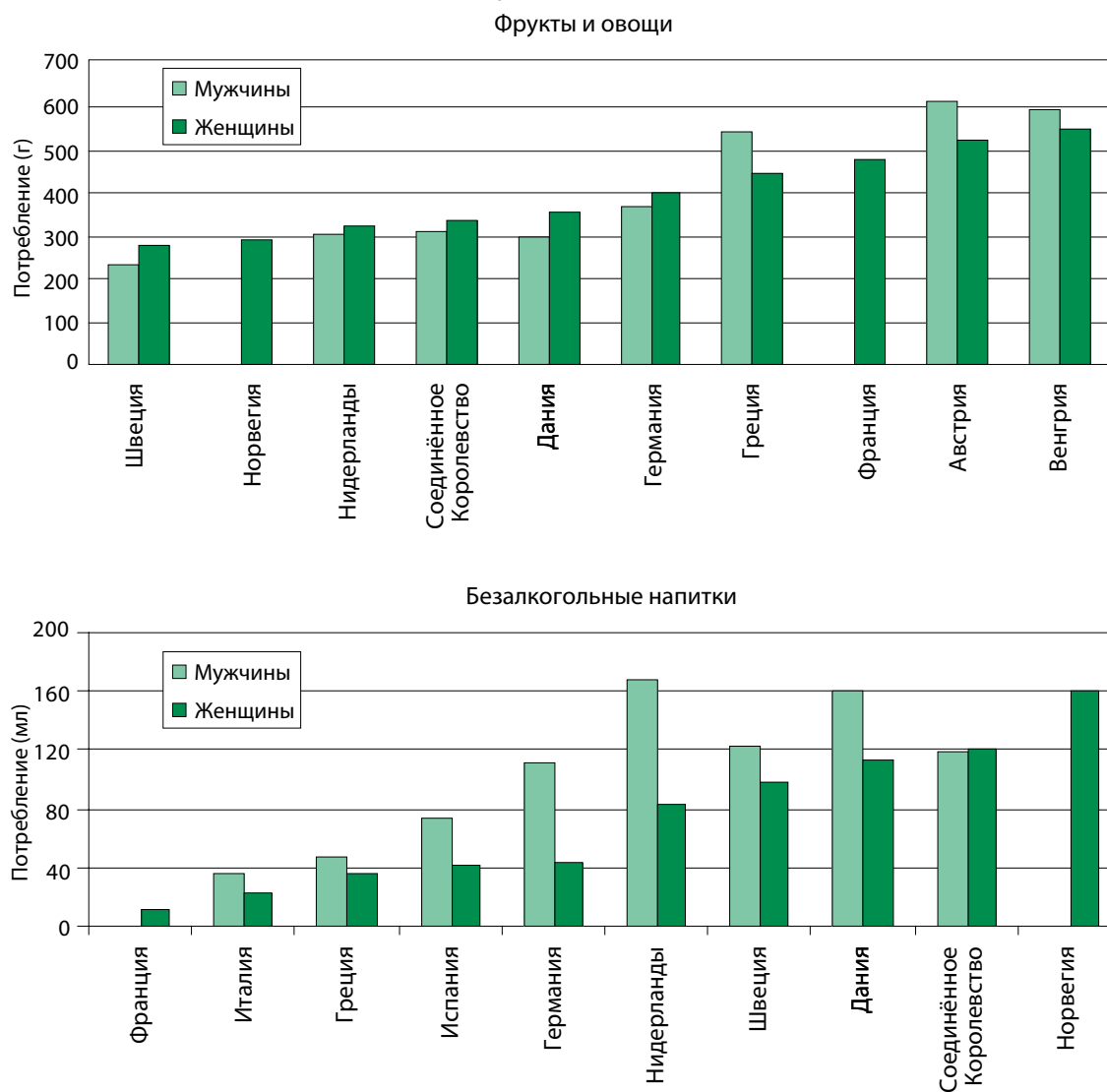
^a Бывшая Югославская Республика Македония.
 Источник: составлено по Currie et al. (8).

Рис. 7.4 показывает, что доля энергии, получаемой из пищевых жиров, у взрослых находится в диапазоне от 30 до 40%, при рекомендованных нормах в 15–30% (1). Наибольшая доля энергии, получаемой из жиров, по опросам регистрируется у взрослых в Бельгии и Греции, а для подростков и девочек младшего возраста – в Греции и Испании. Самая низкая доля энергии, получаемой из жиров, зарегистрирована у взрослых в Норвегии, Португалии и Швеции, а для подростков и девочек младшего возраста – в Норвегии, Российской Федерации и Швеции. Поскольку получаемые научные данные в основном касаются влияния различных видов пищевых жиров (насыщенных, мононенасыщенных, полиненасыщенных и трансжирных кислот) на здоровье, при выработке взвешенных политических решений в отношении здоровья следует углубленно изучить данные о различных типах жиров, потребляемых в каждой стране.

Рекомендуемая ВОЗ норма потребления пищевых волокон составляет 25 г в день (1). При среднем потреблении около 10 МДж энергии в день для мужчин и 8 МДж для женщин, рекомендуемое количество пищевых волокон составляет 2,5–3,1 г/МДж. На рис. 7.5 показано, что в среднем потребление пищевых волокон во всех исследуемых странах ниже рекомендуемых.

В целом общее количество потребляемых пищевых волокон выше для женщин, чем для мужчин. Для женщин количество потребляемых пищевых волокон в МДж было наиболее высоким в Португалии и Финляндии, самым низким – в Дании и Швеции. В Болгарии, Финляндии и Эстонии

Рисунок 7.3. Среднее потребление фруктов, овощей и безалкогольных напитков на человека в день, для взрослых во всех центрах, принимающих участие в исследовании EPIC, в 10 европейских странах, 1995–2000 гг.



Источники: Wirfalt et al. (17), Agudo et al. (18), Astrup et al. (19).

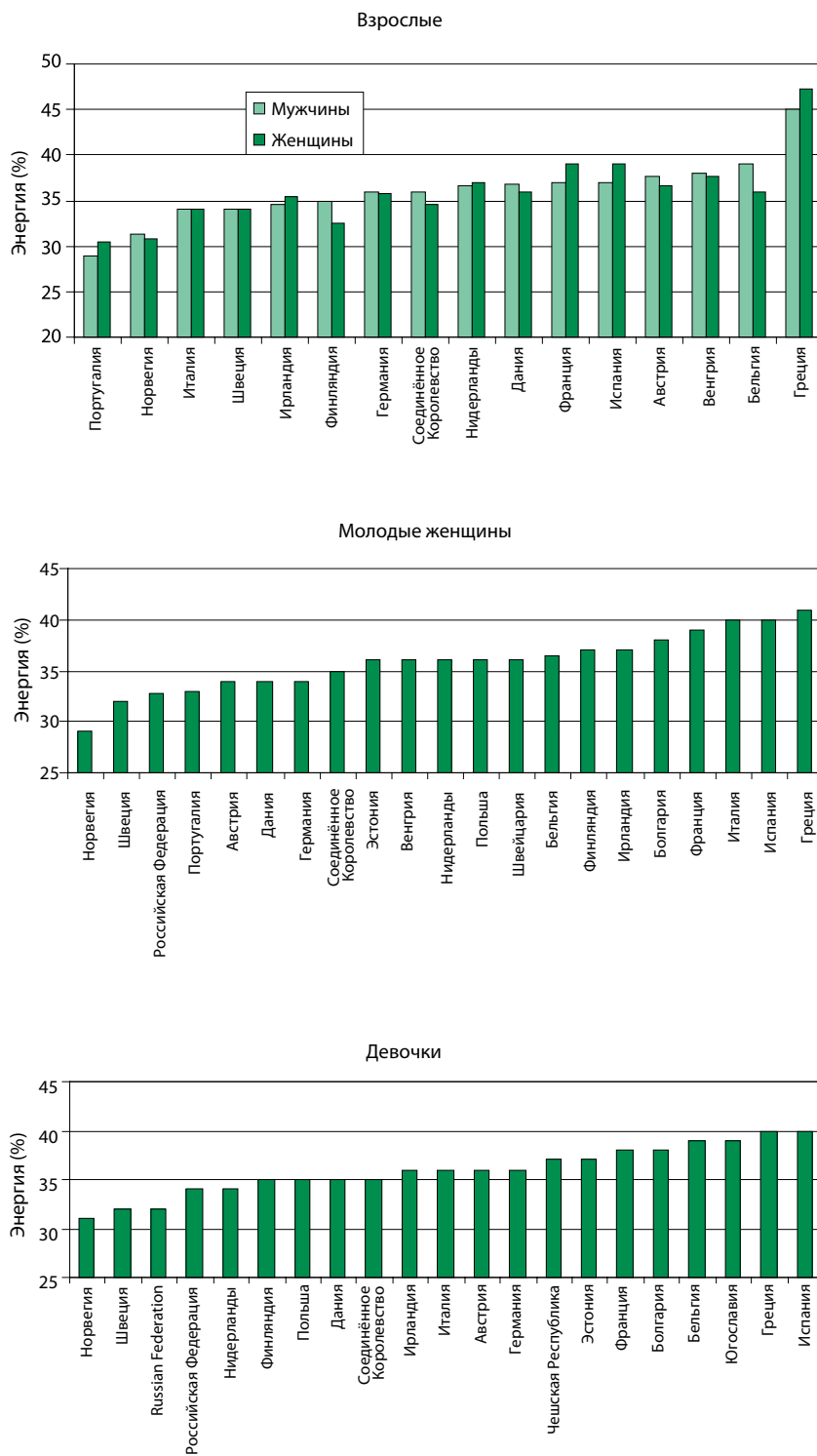
относительно высокий уровень потребления пищевых волокон отмечался среди девочек-подростков.

Кормление младенцев

Увеличивается количество данных, подтверждающих защитную роль, которую играет грудное вскармливание в предотвращении набора избыточной массы тела в детстве и даже в последующей жизни (20–22). Младенцы и дети, получавшие грудное вскармливание, подвергаются меньшему риску ожирения, по сравнению с теми, кто питался молочными смесями. Продолжительность грудного вскармливания также является существенным фактором, поскольку дети, находившиеся на грудном вскармливании более длительный период времени, были более защищены от увеличения массы тела (21).

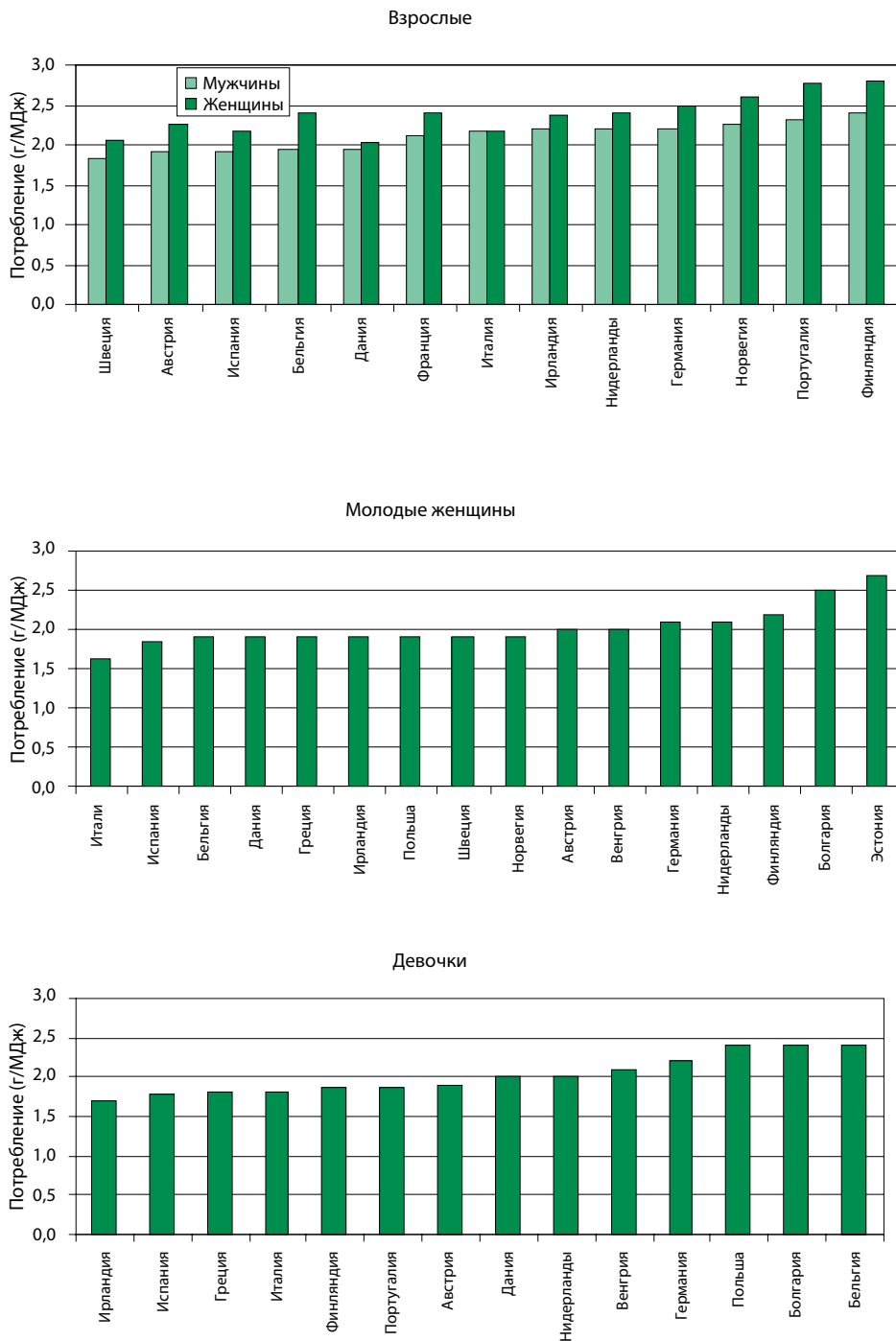
Данные по грудному вскармливанию в странах Европейского региона являются неполными (10). Кроме того, сравнение данных по разным странам следует производить с осторожностью, поскольку

Рисунок 7.4. Доля энергии, получаемой из жиров, среди взрослых, молодых женщин и девочек в некоторых европейских странах на основе индивидуальных опросов



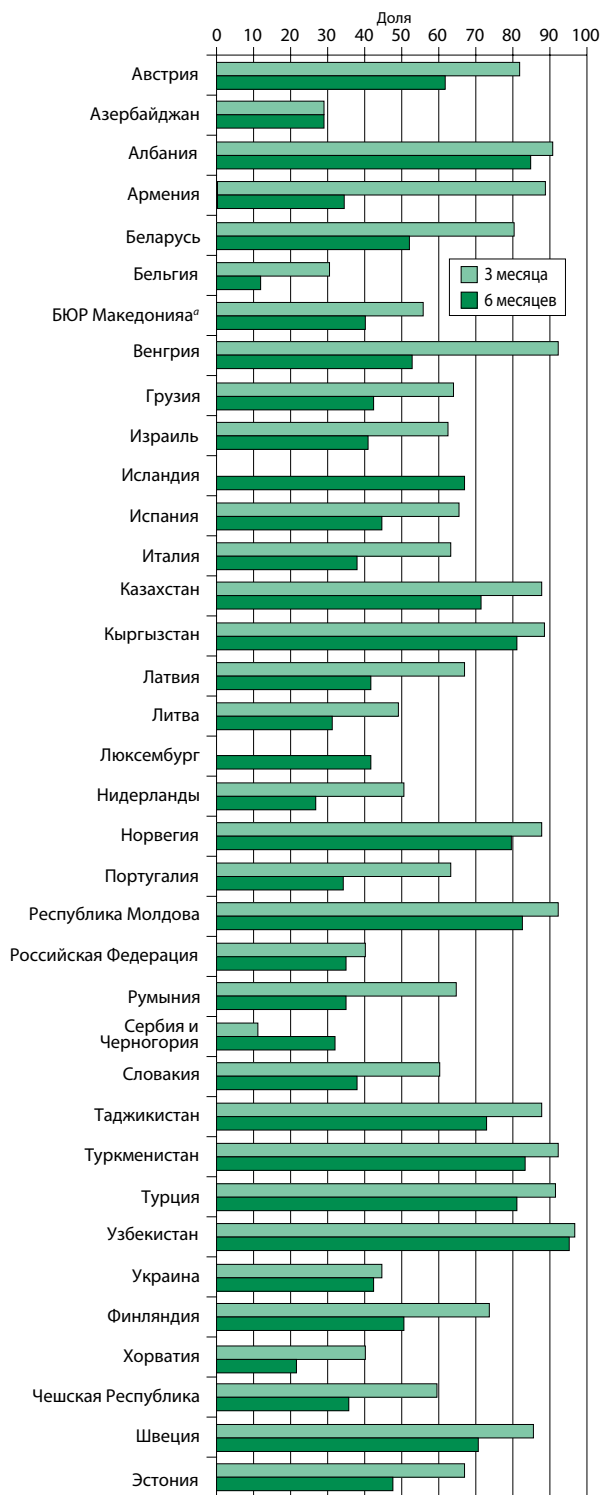
Источники: Elmadfa et al. (2), Galvin et al. (3), The development of a healthy nutrition programme in the CINDI regions of Russia (4), Harrington et al. (5), Zo eet Nederland 1998 (6), Lambert et al. (7).

Рисунок 7.5. Потребление пищевых волокон взрослыми, молодыми женщинами и девочками в некоторых европейских странах на основе индивидуальных опросов



Источники: Elmadfa et al. (2), Galvin et al. (3), The development of a healthy nutrition programme in the CINDI regions of Russia (4), Harrington et al. (5), Zoet Nederland 1998 (6), Lambert et al. (7).

Рисунок 7.6. Самые новые данные о доле детей в возрасте 3 и 6 месяцев, получающих грудное вскармливание, в европейских странах, 1995–2004 гг.



^a Бывшая Югославская Республика Македония.
Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (9).

определение грудного вскармливания и методы сбора данных в разных странах могут отличаться. Рис. 7.6 показывает процент детей, которые получали грудное вскармливание в возрасте 3 и 6 месяцев. Показатели грудного вскармливания к возрасту 6 мес во всех странах существенно уменьшились, поэтому до достижения цели исключительно грудного вскармливания каждого ребенка в течение первых 6 месяцев жизни (22) еще далеко.

Рационы питания

Все большее число людей в Европейском регионе имеют возможность питаться вне дома, особенно в ресторанах быстрого питания, которые работают в системе транснациональных ресторанных сетей, предлагающих ограниченное число блюд, приготовленных быстро. Обзор пищевых привычек подростков позволил сделать вывод, что частота питания в таких ресторанах значительно ниже в Южной Европе по сравнению с Францией, некоторыми странами Северной Европы и США (23). В целом исследования о частоте употребления легких закусок и посещений ресторанов быстрого питания в европейских странах недостаточно.

Также мало сравнимой информации о размерах порций в Европе. Исследование, проведенное в Дании (24), свидетельствует о том, что:

- размеры порций коммерческих, энергетически плотных продуктов, безалкогольных напитков и продуктов быстрого приготовления увеличились, в особенности за последние 10 лет;
- количество предлагаемых бакалейными магазинами и супермаркетами больших упаковок пищевых продуктов также значительно увеличилось;
- обычные рестораны и рестораны быстрого питания в конкурентной борьбе за клиента предлагают так называемые «комплексные обеды» с увеличенным размером порций, а также шведские столы по принципу «съешь, сколько сможешь».

Рацион питания и неравенство

На сегодняшний день нет панъевропейских исследований, рассматривающих различия в рационе питания в зависимости от дохода

семьи, однако проект DAFNE с помощью исследований закупок домохозяйств предоставляет данные для сравнения домохозяйств с различным уровнем образования главы семьи в нескольких странах. Результаты проекта DAFNE свидетельствуют о том, что доступность пищевых продуктов сильнее различается между странами, чем между группами с различным уровнем образования. Однако, как правило, в рационе питания групп с более низким уровнем образования присутствует больше мяса, жиров и сахара (и меньше фруктов и овощей), чем в группах с более высоким уровнем образования. На рис. 7.7 приведен пример такой зависимости: несмотря на большие различия в средней доступности между двумя странами, наблюдается корреляция доступности фруктов и уровня образования, как в Ирландии, так и в Португалии (25).

Точно также исследования суммарного потребления в Соединённом Королевстве показывают, что децили чистого семейного дохода тесно связаны с уровнем потребления свежих фруктов и овощей. Потребление на человека в день варьируется от менее чем 120 г в низшей децили по доходу до 300 г в высшей децили (26).

Крайне мало доступной информации о социально-экономическом статусе и уровне грудного вскармливания. В Соединённом Королевстве как частота, так и продолжительность грудного вскармливания выше в семьях с более высоким социально-экономическим статусом. Существуют большие различия между группами с высоким и низким социально-экономическим статусом; в исследовании групп, различающихся по статусу занятости было показано, что большинство матерей в группе с низким статусом (60%) прекращали грудное вскармливание в течение первой недели, в то время как большинство матерей из группы с наиболее высоким статусом (56%) продолжали грудное вскармливание в течение как минимум 4 месяцев (27).

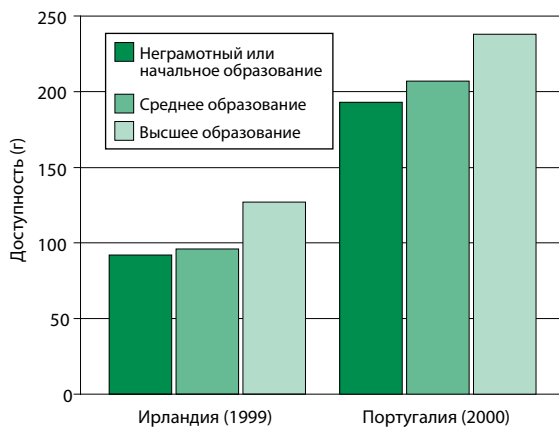
Выводы

Определение энергетического баланса имеет большое значение для предотвращения риска ожирения; однако дефицит высококачественной сравнимой информации по потреблению энергии в европейском регионе ВОЗ ограничивает возможность осуществить оценки современных моделей пищевых рационов. Среди приведенных алиментарных факторов наиболее важным является доля энергии, получаемой из жиров. Репрезентативные, сопоставимые качественные национальные данные по рационам питания для всех стран Европейского региона необходимы как основа для рекомендаций и оценки политики в области питания.

Для большинства стран потребление фруктов и овощей ниже рекомендованных уровней, что негативно сказывается на энергетической плотности рационов питания. Увеличившиеся поставки пищевых продуктов в некоторых странах могут свидетельствовать о росте потребления переработанных фруктов и овощных экстрактов, таких как соки и концентрированные сиропы, которые обычно отличаются более высокой энергетической плотностью по сравнению со свежими, подвергшимися меньшей обработке, альтернативными продуктами. Кроме того, поскольку потребление пищевых волокон также низко во всех странах региона, употребление большего количества насыщающих продуктов – например цельнозерновых – должно поощряться в качестве дополнительной меры для снижения энергетической плотности рациона питания.

Подслащенные напитки получают все большее распространение, о чем свидетельствует

Рисунок 7.7. Доступность фруктов в расчете на человека в день в Ирландии и Португалии, в зависимости от уровня образования главы домохозяйства



Источник: Trichopoulou и Naska (25).

увеличившееся потребление безалкогольных напитков в большинстве стран. Следовательно, для предотвращения ожирения необходимо обратить эту тенденцию вспять. Следует также обратить внимание на увеличение показателей частоты и длительности грудного вскармливания.

Библиография

1. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation.* Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 3 April 2007).
2. Elmadfa I, Weichselbaum E, eds. European nutrition and health report 2004. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2004, 48(Suppl. 2).
3. Galvin MA et al. The North/South Ireland Food Consumption Survey: the dietary fibre intake of Irish adults. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:1061–1068.
4. *The development of a healthy nutrition programme in the CINDI regions of Russia: a survey of dietary habits and food intake of the population. Report of the study*, 2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (unpublished).
5. Harrington KE et al. Macronutrient intakes and food sources in Irish adults: findings of the North/South Ireland Food Consumption Survey. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:1051–1060.
6. *Zo eet Nederland 1998: resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1998 [This is how the Netherlands eats in 1998: results of the 1998 food consumption survey]*. The Hague, Netherlands Nutrition Centre, 1998.
7. Lambert J et al. Dietary intake and nutritional status of children and adolescents in Europe. *British Journal of Nutrition*, 2004, 92(Suppl. 2):S147–S211.
8. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, accessed 3 April 2007).
9. European health for all database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 3 April 2007).
10. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Luxembourg, European Commission, 2004 (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf, accessed 3 April 2007).
11. Slimani N et al. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) calibration study: rationale, design and population characteristics. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:1125–1145.
12. Trichopoulou A, Naska A. DAFNE III Group. European food availability databank based on household budget surveys: the Data Food Networking initiative. *European Journal of Public Health*, 2003, 13 (Suppl. 3):24–28.
13. Trichopoulou A et al. Disparities in food habits across Europe. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2002, 61:553–558.
14. FAOSTAT [online database]. Rome, United Nations Food and Agriculture Organization, 2006 (<http://faostat.fao.org/site/346/default.aspx>, accessed 3 April 2007).
15. DAFNE. The Pan-European Food Data Bank based on household budget surveys [online database]. Athens, National and Kapodistrian University of Athens, 2005 (<http://www.nut.uoa.gr/dafnesoftweb>, accessed 3 April 2007).
16. Naska A et al. Fruit and vegetable availability among ten European countries: how does it compare with the 'five-a-day' recommendation? DAFNE I and II projects of the European Commission. *British Journal of Nutrition*, 2000, 84:549–556.
17. Wirfalt E et al. Food sources of carbohydrates in a European cohort of adults. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:1197–1215.
18. Agudo et al. Consumption of vegetables, fruit and other plant foods in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:1179–1196.

19. Astrup A et al. The role of low-fat diets in body weight control: a meta-analysis of ad libitum dietary intervention studies. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:1545–1552.
20. Arenz S et al. Breast-feeding and childhood obesity – A systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28:1247–1256.
21. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397–403.
22. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_yicf.pdf, accessed 3 April 2007).
23. Cruz JA. Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe – Southern Europe. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 54(Suppl. 1):S29–S35.
24. Matthiessen J et al. Size makes a difference. *Public Health Nutrition*, 2003, 6:65–72.
25. Trichopoulou A, Naska A, eds. *Network for the pan-European food databank based on household budget surveys*. Athens, University of Athens Medical School, 2003 (Dafne Publication II; <http://www.nut.uoa.gr/Downloads/default.htm>, accessed 3 April 2007).
26. Department for Environment, Food and Rural Affairs. *National Food Survey: 2000*. London, The Stationery Office, 2001 (<http://statistics.defra.gov.uk/esg/publications/nfs/2000/default.asp>, accessed 3 April 2007).
27. Nelson M. Nutrition and health inequalities. In: Gordon D et al., eds. *Inequalities in health: studies in poverty, inequality and social exclusion*. Bristol, Policy Press, 1999.

8. Микросредовые детерминанты рациона питания

Ключевые положения

- Влияние пищевых предпочтений родителей на пищевые предпочтения их детей в отношении как здоровых, так и нездоровых продуктов питания может осуществляться в форме примера для подражания или путем контроля за доступностью отдельных видов пищевых продуктов.
- Дети из семей с низким уровнем образования и низким социально-экономическим статусом придерживаются менее здорового рациона питания, чем дети из более образованных семей и с более высоким статусом.
- В семьях, где родители строго контролируют питание детей, у подрастающего поколения меньше возможностей самостоятельно регулировать свои пищевые привычки. Для приобретения более здоровых пищевых навыков важны частые семейные трапезы и благоприятная атмосфера во время приема пищи.
- Школа может повлиять на пищевые рационы детей, организуя их питание, контролируя доступность определенных продуктов и напитков и осуществляя санитарное просвещение в области рационального питания.
- Наличие столовой на работе способствует приобретению здоровых пищевых привычек.
- На выбор рациона питания влияет физическая и экономическая доступность продуктов в местных сообществах.
- Некоторые данные свидетельствуют, что частое посещение ресторанов быстрого питания ассоциируется с нездоровыми пищевыми привычками и ожирением.

Влияние окружающей обстановки

Хотя ожирение возникает под воздействием целого ряда причин – биологических, индивидуальных и средовых, – окружающая обстановка является ключевым фактором для его быстрого развития. В этой главе рассматриваются микросредовые детерминанты, которые влияют на пищевые предпочтения, способствующие развитию ожирения. В следующей главе освещено более общее воздействие среды и макросредовых факторов.

Микросреда – это условия, в которых группы людей собираются для конкретных целей, зачастую включающих в себя прием пищи, физическую активность или то и другое. В зависимости от возраста, пола, вида трудовой деятельности, образа жизни и других факторов один и тот же человек в своей повседневной жизни может оказаться вовлеченным в разные микросреды. Эти микросреды обычно имеют четкую территориальную принадлежность, сравнительно невелики по размеру и испытывают воздействие различных индивидов, которые привносят в них опыт, накопленный в других микросредах, а также свои убеждения, психологические установки и привычки. В данной главе основное внимание уделяется влиянию материальных условий микросреды на выбор пищевого рациона и развитие ожирения. В качестве разновидностей микросреды рассматриваются семья, школа, работа, пункты розничной торговли пищевыми продуктами и предприятия общественного питания. Цель главы состоит в том, чтобы выявить и обсудить влияние микросреды на развитие ожирения.

Методы

Производился поиск по базам данных PubMed, Кокрановская библиотека и Web of Science (база данных Индекса цитирования социальных наук (SCI)) с использованием таких ключевых слов и заголовков медицинского предметного указателя, как «рацион питания», «продукты питания», «питание», «пищевые привычки», «пищевые предпочтения», «ожирение», а также «школа», «характеристики места жительства/», «рестораны/», «поведенческие особенности выбора/», «поведение в отношении здоровья/», «социально-экономические факторы/», «социальная среда/», «работа», «вид трудовой деятельности», «работник», «рабочее место» и «стресс». Поиск охватывал данные за 1981–2007 гг., а также включал более ранние публикации, если ссылки на них имелись в новейших документах.

Были рассмотрены публикации на английском, итальянском и французском языках, и аннотации на английском языке работ, опубликованных на других языках. Большинство фактических данных, содержащихся в этой главе, получены по результатам обсервационных исследований и из обзоров таких исследований. Хотя данная глава не представляет собой всестороннего систематического обзора, в ней приведены основные результаты изучения влияния микросреды, связанного с выбором рациона питания и развитием ожирения.

Дом и семья

Влияние домашней среды имеет решающее значение для формирования пищевых привычек. Нездоровые привычки становятся важным фактором в развитии ожирения у детей (1–4).

Поскольку именно родители обеспечивают условия, в которых дети получают необходимый опыт в отношении продуктов питания и приема пищи, они в значительной мере влияют на практику питания своих детей (5,6). Практика питания, способствующая развитию ожирения, может воздействовать на ребенка напрямую, посредством типов пищевых продуктов, доступных и предлагаемых ребенку, и опосредствованно, через другие средовые факторы, составляющие основу для пищевого выбора; к ним, в частности, относятся состав семьи, социально-экономический статус родителей и семьи в целом, уровень образования родителей, а также масса тела, психологические установки и пищевые предпочтения родителей (1,4–6).

Социально-экономический статус, уровень образования и состав семьи

В Европе и США избыточный вес и ожирение чаще встречаются среди людей с низким социально-экономическим статусом (7). В странах с экономикой переходного типа ожирение больше распространено в состоятельных семьях (8). Выбор продуктов питания и характер их потребления различен у семей с разным уровнем образования. В Соединённом Королевстве опрос родителей 564 детей в возрасте 2–6 лет, посещавших 22 детских сада в Лондоне, показал, что потребление овощей детьми было тем выше, чем выше был уровень образования их матерей (9). Поперечное исследование когорты, включавшей 404 одиннадцатилетних ребенка в Финляндии, свидетельствует, что высокий социально-экономический статус семьи ассоциируется с выбором детьми более здорового рациона питания (10).

Проспективное когортное исследование в США среди 2931 ребенка в возрастной группе 0–8 лет выявило в ходе шестилетнего наблюдения, что дети матерей-одиночек оказались значительно более склонными к ожирению, так же как и дети афроамериканских родителей, не имевших работы, или дети, чьи матери не закончили средней школы (3).

Опрос 1973 г. среди 113 американских матерей с детьми 1–4 лет указывает, что негативное отношение женщины к своей роли матери и хозяйки дома может негативно повлиять на качество рациона питания ребенка (1). Женщина, которая неохотно выполняет материнские обязанности или недолюбливает кого-то из своих детей, иногда прячет свои чувства за излишней опекой, перекармливая ребенка, чем способствует развитию у него ожирения (11).

ИМТ родителей и характер их питания

Тучность у родителей является фактором риска развития ожирения у потомства. Генетическими факторами можно объяснить 25–40% различий в количестве жировой ткани (12). Дети имеют не только общий с родителями генетический фон, но также и общую среду, в которой они живут и совершают поступки. Таким образом, сходство в весе между родителями и детьми частично можно объяснить тем, что они существуют в одной и той же среде. Родители могут повлиять на массу тела детей своим поведением, которое включает в себя факторы, определившие их собственную массу тела.

В проспективном когортном исследовании, проведенном в США, сравнивались 92 ребенка в возрасте 4,5 лет, имевшие родителей с избыточной массой тела, и их 95 сверстников, родители которых имели нормальную массу тела. В начале исследования дети обеих групп весили одинаково, но через год дети родителей с избыточной массой потребляли более жирную пищу и набрали больший вес, чем их сверстники (13).

В США в процессе наблюдательного исследования определялось количество пищи, потребляемой 18 детьми в возрасте 3–5 лет, родители которых имели избыточную массу тела. Наблюдение велось в течение шести 30-часовых периодов. Результаты показали наличие значимой связи между ожирением родителей и выбором жирной пищи их детьми (2).

Связь между пищевыми предпочтениями родителей и детей является предметом обстоятельного изучения, главным образом со стороны группы американских ученых. Лонгитюдное исследование в США среди 192 пятилетних девочек и их матерей свидетельствует, что девочки, которые ели много жирного, имели матерей, в большом количестве потреблявших продукты с высоким содержанием жира (14).

Исследователи также изучали и другие закономерности в той же выборке, например, пищевые предпочтения детей и родителей в отношении овощей и фруктов (15). Получены убедительные свидетельства того, что потребление девочками овощей и фруктов находится в положительной зависимости от показателей потребления, сообщенных их родителями. Родители, потреблявшие меньше фруктов и овощей, оказывали более жесткое давление на детей в отношении еды, а их дочери ели меньше фруктов и овощей. Это исследование показывает, что, если родители сами употребляют овощи и фрукты, такая же привычка развивается у их дочерей, и наоборот, если родители заставляют девочек включать в свой рацион фрукты и овощи, это может вызывать неприятие этих продуктов (15). Однако выборка, использованная в этом исследовании, включала только белое население и полные семьи, так что полученные выводы нельзя распространить на другие этнические или социально-экономические группы. Другим ограничением исследования следует считать наличие двух разных опросников для матерей и дочерей, а также то, что самоотчеты родителей и детей о потреблении питательных веществ относятся к разным периодам времени.

В исследовании, проведенном в Норвегии, рассматривалась корреляция потребления фруктов и овощей родителями и детьми на примере 1647 родительских пар и их детей в возрасте 10–12 лет (16). Потребление родителями и детьми, оцененное по пищевым опросникам, выявило статистически значимую ассоциацию, хотя корреляция оказалась низкой ($r = 0,23$).

В исследовании 564 детей из 22 детских садов Лондона (Соединённое Королевство) данные самоотчетов родителей о потреблении овощей и фруктов имели наибольшую прогностическую ценность по отношению к потреблению этих продуктов детьми (9). Выборка в основном включала белых высокообразованных людей, принадлежащих к среднему классу.

В ходе лонгитюдного исследования, проведенного в США, Skinner et al. (17) определяли соответствие пищевых предпочтений у 70 пар матерей и детей. Дети во многом предпочитали те же виды пищи, что и их матери, и отрицательно относились к тем продуктам, которые не любили их матери. Интересно отметить, что дети даже не пробовали многие продукты, которые не нравились их матерям. Авторы приходят к выводу, что матери, по-видимому, не предлагают детям то, что не нравится им самим. Матери могут влиять на пищевые предпочтения своих детей как посредством своих собственных пищевых предпочтений, т.е. в качестве примера для поведения, так и благодаря пищевым продуктам, которые они приобретают для дома (17).

В большинстве исследований, посвященных влиянию родителей на пищевые предпочтения детей, рассматривалась роль матери или обоих родителей, и только два исследования были посвящены роли отца. Между тем вкус отца также может воздействовать на пищевые привычки ребенка. В 1958 г. в США был проведен анализ питания 61 пары отец – ребенок в возрасте от 11 месяцев до 4 лет. Выяснилось, что в 89% случаев жены не покупали, не готовили и не подавали на стол тех продуктов, которые не нравились их мужьям (18). В 1978 г. Burt и Hertzler (19) получили аналогичные результаты в 46 семьях, имевших детей 4–5 лет. «Любимая пища отца» становилась определяющим фактором в составлении семейного меню (19). Таким образом, пищевые предпочтения отца могут влиять на характер питания детей, по крайней мере, двумя способами: через набор продуктов, доступных в доме (т.е. материальные условия) и как пример для подражания в том, какую пищу отец предпочитает и потребляет.

Результаты этих исследований свидетельствуют, что пищевые предпочтения родителей влияют на выбор рациона питания детьми, но необходимы дальнейшие исследования с тем, чтобы выяснить, насколько значительна степень этого влияния, и сказывается ли оно на сыновьях так же, как на дочерях.

Психологические установки родителей в отношении кормления детей

Психологические установки в отношении кормления детей можно определить как относительно постоянную и долговременную предрасположенность к выбору конкретных продуктов питания, а также к обеспечению, недопущению или запрещению отдельных видов пищевых продуктов, исходя из приписываемых им людьми индивидуальных или пищевых свойств, на которые сильно влияет социально-экономический и культурный уровень людей. Большинство исследований по изучению этой стороны формирования пищевых привычек в детском возрасте было проведено одной и той же исследовательской группой из США.

Достигнув двухмесячного возраста, дети регулируют потребление пищи в ответ на изменения ее энергетической плотности и своих энергетических потребностей (20). Становясь старше, они постепенно теряют способность регулировать аппетит в зависимости от потребностей организма и реагируют не столько на внутренние, сколько на внешние раздражители. Такое поведение часто возникает в результате неправильного подхода родителей к кормлению. В США вели контролируемое наблюдение за пищевым поведением 22 детей дошкольного возраста в двух различных контекстах для оценки их способности ориентироваться на индивидуальное чувство голода или сытости (21). Детям сначала предлагали пищу с высокой или низкой энергетической плотностью, а затем еще закуски. Половине детей предлагали съесть все предложенные закуски, а затем хвалили их за то, что они «очистили свои тарелки» и «хорошо поели». Только дети, не получившие эти сигналы извне, смогли привести свое потребление энергии в соответствие с тем, насколько высокой или низкой была энергетическая плотность предзагрузки. Те же, кто получил поощрение, съедали необязательную дополнительную порцию независимо от энергетической плотности предзагрузки (21).

В ходе одного исследования на примере 42 детей в возрасте от 7 до 12 лет изучалось, как родители варьируют практику кормления (22). Было установлено, что родители обычно стараются регулировать поведение детей в тех сферах, где они сами не всегда в состоянии его контролировать. Родители опасаются, что у ребенка может развиться поведение, которое приведет к возникновению проблем, ребенок же демонстрирует отсутствие саморегулирующего поведения. В частности, это исследование показало, что ограничения, накладываемые родителями на прием пищи ребенком (с целью контроля массы тела) существенно ассоциируются с процентом избыточного веса у дочерей, но не у сыновей (22).

Методы кормления, которые применяют родители, пытаясь предотвратить избыточную массу тела у детей, в том числе запреты и ограничения, на самом деле способствуют переяданию, так как дети привыкают реагировать на внешние раздражители, а не на внутренние стимулы, такие как голод и насыщение.

Проведенный в США эксперимент по данной проблеме с участием 71 ребенка, посещающего государственный детский сад (23), показал, что ограничение доступа к вкусной пище может на короткое время повысить ее привлекательность для детей и усилить стремление её получить. Такое поведение широко распространено, если пища, в которой ребенка ограничивают, доступна в привычной для ребенка обстановке приема пищи, то есть находится у него «на виду» (23).

Исследование, проведенное в США, оценивало способность 77 детей от 2 до 4 лет (46 девочек и 31 мальчика) самостоятельно регулировать потребление энергии в зависимости от их массы тела и манеры кормления, применяемой родителями. В два разных дня всем детям выдавали до еды две порции сока одинакового цвета и с одинаковым запахом, но с разным содержанием углеводов и калорий. За этим следовал стандартный прием пищи из нескольких блюд, причем детям разрешали выбирать то, что им хочется, и в любом количестве. Потребление определяли, взвешивая всю пищу до и после еды. С помощью опросника определяли стиль кормления, применяемый родителями, а рост и массу тела детей измеряли. Дети родителей, строго контролировавших их питание, были в меньшей степени способны самостоятельно регулировать потребление энергии. То же исследование показало, что дочери (а не сыновья) матерей, строго контролирующих питание своих детей, менее чувствительны к сигналам об энергетической плотности пищевых продуктов (24).

Другое исследование, проведенное той же исследовательской бригадой в США, изучало практику питания 197 белых семей нелатиноамериканского происхождения с пятилетними дочерьми. Выяснилось, что у женщин, сознательно контролировавших потребление пищи, дочери имели

такое же пищевое поведение (25). Клиническое контролируемое наблюдение с участием 75 детей (40 мальчиков и 35 девочек) от 3 до 6 лет показало, что снижение материнского контроля (отказ от контроля потребления пищи при наличии определенных внешних пищевых сигналов) на 35% объясняет вариацию избыточной массы тела девочек, однако между матерями и сыновьями или отцами и дочерьми/сыновьями таких ассоциаций не наблюдалось (26).

Эти исследования проводились в четко контролируемых условиях, и их результаты не были воспроизведены в более крупных выборках лиц, относящихся к этой же географической группе населения. В 1996 г. Robinson et al. (27) опросили 792 девятилетних ребенка из разных социально-экономических и этнических групп, посещавших начальную школу в Калифорнии. Авторы использовали опросник, разработанный Johnson и Birch (24). Сделанный ранее вывод, что строгий родительский контроль за приемами пищи у 3–5-летних детей может снизить способность детей самостоятельно регулировать прием пищи, не подтвердился. Родители, сообщившие о повышенном контроле приема пищи, имели дочерей с меньшей избыточной массой тела, но у мальчиков какая-либо закономерность в этом отношении отсутствовала. Родители с избыточной массой тела сообщали, что значительно слабее контролируют питание своих детей, а уровень образования в семье не зависел от уровня контроля над рационом питания. Другой опросник («Опросник питания дошкольников») использовался в Кентукки, где опрашивали 634 семьи с детьми в возрасте 2–5 лет. Это исследование показало, что ни один из аспектов манеры вскармливания, применяемой родителями, не ассоциировался с избыточной массой тела детей младшего возраста (28).

В Бельгии проводили обследование 28 семей с детьми, характеризующимися избыточной массой тела, и 28 семей, имеющих детей с нормальным весом (7–13 лет), предметом которого был контроль родителей и семьи, осуществляемый во время совместного принятия пищи. Контроль со стороны родителей был классифицирован по трем типам: разрешительный (детям было разрешено есть что угодно, когда угодно и в любых количествах), авторитетный (детей поощряли к тому, чтобы они ели здоровую пищу, но все же они сохраняли некоторую возможность выбора) и авторитарный. Кроме того, родители заполняли самоотчеты. Судя по ответам на «Опросник по детскому питанию» (24), матери детей с избыточным весом в большей степени придерживались ограничительных стратегий в их питании, что соответствует теории Birch et al. о наличии связи между такими подходами и увеличением ИМТ у детей. И наоборот, наблюдения, зафиксированные во время принятия пищи в группе детей с избыточной массой тела, показали, что разрешительный и авторитетный стили контроля были одинаково распространены (46%), в то время как авторитарный присутствовал лишь у 7%. В семьях, имеющих детей с нормальным весом, чаще всего придерживались авторитетного стиля (71%), на втором месте был разрешительный (25%), а авторитарный стиль контроля осуществлялся в 4% семей (29).

В Англии было организовано исследование на основе выборки на уровне сообщества с целью определить, используют ли женщины с избыточной массой тела другие стили кормления, чем женщины с нормальной массой тела из спаренной выборки (30). Использовали два утвержденных опросника, в которых освещались четыре аспекта стиля кормления детей: «эмоциональное кормление» (использование еды в ответ на эмоциональный дистресс); «инструментальное кормление» (пища предлагалась в качестве вознаграждения); побуждение и ободрение детей в отношении еды; и контроль потребления пищи. Между 114 матерями с нормальной и 100 матерями с избыточной массой тела не было разницы в отношении использования эмоционального, «инструментального» вскармливания и поощрения ребенка к приему большего количества пищи. Тучные матери, однако, сообщали о значительно меньшем контроле над питанием детей. Ни один из аспектов родительского стиля кормления не соотносился с массой тела ребенка (30).

Там же, в Соединённом Королевстве, исследование выборки на уровне сообщества, которая состояла из 439 детей в возрасте от 3 до 6 лет и учащихся 12 начальных школ и представлявших семьи с разной степенью социально-экономической депривации (31), рассматривало взаимосвязь между стилем кормления детей и ожирением, используя несколько существующих опросников для родителей. Результаты показывают, что родители худощавых детей были склонны поощрять детей к приему пищи, в то время как другие стратегии негативно сказывались на z-показателе ИМТ детей (31).

Поскольку большинство этих исследований проводились на основе поперечного изучения, нельзя утверждать, что пищевые привычки детей являются результатом стиля, которого придерживались родители при их кормлении. Однако выводы исследований можно интерпретировать и по-другому, в том смысле, что родители придерживаются определенного стиля кормления в качестве реакции на те или иные особенности пищевого поведения ребенка. В этом случае родители, думая, что ребенок слишком худ и/или ест слишком мало, заставляют его есть, тогда как ограничения являются следствием опасений, что ребенок может набрать или уже имеет избыточный вес.

В заключение следует отметить, что, судя по ряду исследований, родители, использующие неправильные приемы контроля за пищевыми привычками детей или воздействия на них, на самом деле могут способствовать развитию нездоровых привычек питания и избыточной массы тела у своего ребенка (4). Эти же исследования, по-видимому, свидетельствуют, что строгий контроль за приемами пищи в семье снижает у детей способность самоконтроля приема пищи. Тем не менее поперечный характер большинства исследований, неодинаковые результаты, обусловленные использованием разных опросников, и отсутствие исследований, охватывающих большинство европейских и многие другие страны, не позволяют сделать твердых выводов о том, какой из типов поведения родителей может привести к возникновению ожирения у детей.

Частота приемов пищи в семье и обстановка во время семейных трапез

В 2000 г. во всех 50 штатах США было проведено крупное поперечное исследование детей дипломированных медсестер (7525 мальчиков и 8677 девочек 9–14 лет) с целью с помощью разосланных по почте опросников выявить связь между частотой семейных обедов и показателями качества питания (32). Частое участие детей в семейных трапезах ассоциировалось со здоровым рационом питания и низким потреблением насыщенных и трансжиров, жареных блюд и безалкогольных напитков. Связь со здоровым рационом питания, возможно, объясняется более редким потреблением готовых обедов, что должно было привести к более качественному питанию (32). В рамках того же исследования в 1996–1998 гг. изучали наличие зависимости между частотой семейных обедов и избыточной массой тела среди 7784 девочек и 6647 мальчиков. Частота домашних обедов была обратно пропорциональна распространенности избыточной массы тела в начале исследования, но не с вероятностью избыточной прибавки в весе в лонгитюдном анализе (33).

В 2003 году 18 177 подростков участвовали в Национальном лонгитюдном исследовании здоровья подростков в США. Исследование показало, что присутствие родителей во время ужина было связано с меньшим риском недостаточного потребления фруктов, овощей, молочных продуктов и меньшей вероятностью пропуска завтрака (34).

Чтобы определить, какую роль играют семейные трапезы в формировании пищевых привычек детей и развитии ожирения, необходимо также проанализировать состав пищи и понять, какое значение ей придает семья. В ходе наблюдения за 902 учениками средней школы и старших классов и их родителями, участвовавшими в проекте EAT (Eating Among Teens – «Питание подростков») в США, анализировалось, насколько часто семьи покупают для семейных трапез продукты быстрого приготовления и каковы семейные пищевые привычки.

Родители, покупавшие продукты быстрого приготовления для семейной трапезы не менее трех раз в неделю, значительно чаще упоминали о покупке безалкогольных напитков и чипсов, чем те, кто реже прибегал к продуктам быстрого приготовления для домашнего питания. Приобретение продуктов быстрого приготовления для семейных трапез положительно ассоциировалось с потреблением таких продуктов, как соленые легкие закуски, как родителями, так и подростками. Статус веса среди родителей отрицательно ассоциировался с потреблением родителями овощей. Подростки из группы семей, покупавших для семейного стола продукты быстрого приготовления реже трех раз в неделю, значительно чаще, чем подростки из первой группы, сообщали о включении в семейное меню овощей и молока (35).

В другом исследовании, рассматривавшем ту же выборку, изучалась обстановка во время приема пищи в семье с точки зрения как родителей, так и самих подростков. Родители обычно сообщали, что семейные трапезы происходят не менее пяти раз в неделю, что совместным обедам придается большое значение и что планирование общего сбора за столом сопряжено с трудностями. Младшие подростки

часто указывали, что семья собирается для совместных обедов не менее пяти раз в неделю, что этому придается большое значение и что во время еды им приходится придерживаться большего количества правил, чем подросткам старшего возраста. Подростки старшего возраста отмечали трудности, связанные с планированием совместных трапез. Однако как родители, так и дети положительно относились к тому, что семья должна собираться вместе за столом (36).

В Соединённом Королевстве был проведен опрос среди 564 семей с детьми 2–6 лет, который исследовал прогностические факторы потребления овощей и фруктов детьми и обнаружил, что частые семейные трапезы ассоциировались с потреблением большего количества овощей, но не фруктов (9).

Стараясь выявить факторы, которые могут повлиять на пищевые привычки детей и других членов семьи, исследователи рассматривали общую атмосферу, в которой происходит процесс еды. В США с помощью скрытой видеокамеры наблюдали и фиксировали на пленку поведение 22 пар детей и матерей во время обеда, который происходил в лабораторной обстановке (37). Тучные дети и их матери потребляли больше пищи в более короткое время, по сравнению с худыми детьми и их матерями; они также демонстрировали более низкий уровень социального взаимодействия и вербального общения как во время еды, так и в другой обстановке.

В штате Небраска провели исследование среди 427 семей с детьми от 2 до 5 лет, где родители имели среднее или высшее образование (38), в ходе которого выявлялись факторы, ассоциировавшиеся с высоким качеством питания. Ребенку предлагали участвовать в приготовлении пищи и просили помочь накрыть на стол; при наличии на столе какого-либо нового блюда ребенку давали его попробовать, побуждали вести беседу за едой, заставляли съесть несколько кусочков, позволяли самому выбирать еду и хвалили за здоровый выбор. Внешние социальные и эмоциональные факторы, связанные с высоким качеством рациона питания, включали наличие компании за столом (родителей, братьев и сестер или и тех и других) и благоприятную домашнюю атмосферу. Авторы этого исследования сконцентрировали внимание только на качестве питания дошкольников, оставив в стороне данные о массе тела детей и родителей.

Небольшое исследование в штате Мэриленд с добровольным участием 91 семьи с детьми в возрасте около 10 лет (39) показало, что дети в семьях, где во время еды смотрят телевизор, потребляют меньше фруктов и овощей. Еда при выключенном телевизоре ассоциировалась с более здоровыми пищевыми привычками. Разница между пищевыми привычками при включенном и выключенном телевизоре оставалась статистически значимой и после того, как учли другие ковариантные и социально-экономические факторы.

В заключение можно сказать, что, хотя частые семейные трапезы ведут к формированию более здоровых пищевых привычек, качество таких совместных приемов пищи и обстановка, в которой они происходят, также играют важную роль. Однако, делая такой вывод, нужно иметь в виду, что большинство исследований имели поперечный характер, проводились в США и были ограничены малыми, средними или просто удобными выборками.

Школы

Цель школ – образование, они охватывают почти 100% детей школьного возраста в странах Европейского региона ВОЗ с высоким и средним доходом. При этом, в соответствии с законами и традициями стран, большинство начальных и средних учебных заведений предлагают школьникам питание не менее чем один раз в день. Таким образом, в школах имеются идеальные условия для организации здорового питания и правильного санитарного просвещения.

Питание в школе

Два проведенных в США широкомасштабных опроса, посвященных питательной ценности школьных завтраков и обедов, показали, что зачастую она не соответствует общенациональным рекомендациям (40,41). В связи с этим Американская ассоциация диетологов, Общество просвещения в области питания и Американская ассоциация служб школьного питания в 2003 году опубликовали документ с изложением позиции, в котором услуги в области питания рассматриваются как важнейший компонент комплексной программы укрепления здоровья школьников (42).

Опрос, проведенный в 26 европейских странах, показал, что широкое разнообразие услуг, предоставляемых в школьных столовых, способно повлиять на формирование пищевых привычек и выбор продуктов питания детьми и подростками, являясь одним из средовых факторов, которые обуславливают различия в степени ожирения среди населения европейских стран (43).

Еда, предлагаемая в школах, от подготовительных до старших классов, часто не сбалансирована по пищевой ценности (44,45). Исследование, проведенное в Польше, показало, что калорийность пищи в детских садах и содержание в ней питательных веществ превышают рекомендуемую норму (44). Согласно другому исследованию, охватывающему две средние школы в Южной Англии и одну начальную в Северной Англии (45), стандартные завтраки были слишком солеными, жирными, калорийными и содержали слишком много насыщенных жиров.

Подводя итоги, можно сказать, что проведенные исследования предоставляют умеренные доказательства того, что несбалансированная по пищевой ценности школьная еда способствует выработке нездоровых пищевых привычек, создавая условия для развития ожирения у многих учащихся.

«Конкурирующие» продукты

Самое негативное влияние на пищевые привычки детей и подростков и на риск ожирения у них связано с присутствием в школьной среде нездоровой «конкурирующей» пищи, которая продается через кафетерии, торговые автоматы, школьные буфеты и киоски или как блюдо по выбору. Данные из США показывают, что примерно в 10% начальных и 76% средних школ имеются торговые автоматы, кафе-закусочные и столовые, в которых продаются напитки и еда. В 90% школ во время обеда предлагается возможность выбора блюда (46). Исследования показывают аналогичную ситуацию и в Европе (47).

Несколько исследований, проведенных главным образом путем опроса, свидетельствуют, что наличие конкурирующих продуктов в школах является причиной частого потребления нездоровой пищи, богатой калориями, жирами и сахаром, при одновременном снижении потребления овощей, фруктов и молока (48–50). В Техасе было проведено поперечное исследование с участием 312 учащихся четвертого класса и 282 учеников пятого класса. Пятиклассники, питавшиеся только холодными закусками, потребляли гораздо меньше фруктов, соков и овощей, чем те, кто ел школьные обеды (47). Эту же группу учащихся наблюдали в течение второго года, и новый анализ показал, что пятиклассники, получившие доступ к кафе-закусочным, чаще потребляли «конкурирующие» продукты, такие как поджаренные овощи и напитки с высоким содержанием сахара, чем фрукты, молоко и сырые овощи, по сравнению с предыдущим годом, когда они посещали начальную школу и имели возможность питаться только школьными обедами (49). В Миннесоте в 16 высших учебных заведениях в течение 24 часов провели опрос на припоминание среди 598 учащихся (50), которые ответили на вопросы о своих пищевых привычках. Обнаружилось следующее:

- еда при наличии выбора из меню негативно ассоциируется с потреблением фруктов и овощей и положительно – с общим потреблением насыщенных жиров;
- большое число автоматов для продажи штучных закусок отрицательно ассоциируется с потреблением подростками фруктов.

В трех школах южной и северной части Англии 504 учащимся в возрасте 12–15 лет предложили специально составленный опросник, освещающий их образ жизни. Опрос не выявил связи между потреблением нездоровых продуктов питания, покупаемых в торговых автоматах, и практикой нездорового питания (51). Однако авторы признали, что исследованием не была охвачена школа без торговых автоматов, что было бы важно для сравнения двух различных типов окружения.

Таким образом, имеются умеренные доказательства того, что наличие в школах доступа к «конкурирующей» пище может негативно сказываться на пищевых привычках учащихся и, следовательно, способствовать развитию ожирения.

Безалкогольные напитки

Роль потребления напитков с высоким содержанием сахара в развитии ожирения заслуживает специального рассмотрения, так как, судя по данным Harnack et al. (52), потребление этих напитков широко распространено среди детей и подростков, и безалкогольные напитки – наиболее продаваемый товар в школьных торговых автоматах. В ходе широкомасштабных поперечных исследований изучалась связь между потреблением безалкогольных напитков и ожирением (52), однако лишь немногие исследования проводились в микросредах с четко дифференцированными характеристиками. Имеются данные о детях разных возрастов.

В одном из детских садов США было проведено клиническое испытание среди 135 детей в возрасте 18–66 месяцев (53) с целью сравнения пищевого поведения детей, получавших с едой напитки с добавлением сахара, и тех, кто получал напитки с искусственными подсластителями. Одним детям предлагали простое молоко, другим – шоколадное молоко с сахарозой, а одной группе – шоколадное молоко с аспартамом. У тех, кто получал напитки с добавлением сахара, аппетит не уменьшался, и таким образом они вместе с остальной едой потребляли больше калорий, чем те, кто пил молоко с искусственным подсластителем. Дети во всех случаях предпочитали шоколадное молоко, и, следовательно, во время тех приемов пищи, когда его предлагали, поступление энергии с пищей в их организм увеличивалось. Старшие дети во время завтрака пили гораздо больше молока, чем младшие, и, соответственно, потребляли больше калорий, но других убедительных возрастных различий не наблюдалось. Эти наблюдения говорят о том, что дети младшего возраста не сокращают количество потребляемой еды во время приема пищи с целью компенсировать повышенное количество энергии, явившееся результатом потребления подслащенного сахаром напитка.

В государственных школах в четырех районах штата Массачусетс было проведено лонгитюдное исследование среди 548 детей (средний возраст 11,7 лет, стандартное отклонение 0,8) из разных этнических групп (54). Наблюдение в течение 19 месяцев показало, что усиленное потребление безалкогольных напитков связано с прибавкой массы тела и ожирением. Каждый день потребления таких напитков означал, что отношение шансов в связи с ожирением возрастает на 1,6 (54).

Развивая эту тему, исследование на основе данных 1994 и 1996 гг. из нерепрезентативной выборки 164 девятилетних детей (55) показало отсутствие связи между потреблением напитков, подслащенных сахаром, и развитием ожирения. Такая ассоциация подтвердилась лишь в отношении диетических газированных напитков. Эти данные были собраны давно, без включения наблюдений в выходные дни; нерепрезентативная выборка охватывала главным образом белых детей из одного и того же сельского района. Все это ограничивает возможность обобщения данных исследования.

В 2004 г. в ходе рандомизированного контролируемого испытания среди 644 детей 7–11 лет на юго-западе Англии оценивались результаты программы санитарного просвещения на базе школы, направленной на сокращение потребления газированных напитков в целях предотвращения увеличения массы тела среди детей (56). Проект продолжался в течение одного учебного года и, помимо уроков по обучению рациональному питанию, предусматривал использование занятий музыкой, игр и Интернета с целью удержать детей от потребления подслащенных и неподслащенных газированных напитков. Исследование показало, что умеренное сокращение потребления безалкогольных напитков ассоциировалось с сокращением числа детей с избыточным весом и ожирением в группе вмешательства, в то время как в контрольной группе увеличение потребления газированных напитков ассоциировалось с увеличением процента таких детей. По признанию авторов, это исследование характеризовалось методологическими недостатками: использовались только трехдневные записи в дневниках учащихся о потреблении напитков, процент возврата дневников в начале и в конце исследования был невелик, а рандомизация производилась не по школам, а по классам. Все это могло внести путаницу в испытательную и контрольную группы.

Таким образом, по данным эпидемиологических и экспериментальных испытаний, а также согласно заявлению объединенной группы экспертов ФАО/ВОЗ (57) обильное потребление напитков с добавлением сахара вызывает серьезную тревогу, так как может способствовать увеличению массы тела.

Просвещение в области рационального питания

Несмотря на то что школы предоставляют идеальные условия для санитарно-профилактического просвещения, программы по просвещению в области рационального питания все еще не приносят положительных и долговременных результатов в области предотвращения детского ожирения, возможно из-за того, что осуществляются недостаточно интенсивно. В США в среднем на такие программы отводится 13 учебных часов в год, между тем для воздействия на поведение учащихся требуется не менее 50 часов (42). В Европе проекты, рассчитанные на повышение знаний детей в области культуры питания, часто бывают неэффективными (43). Более весомые кратко- и среднесрочные результаты удается получить, когда прибегают к таким мероприятиям, как использование психологических методов воздействия на конкретные типы поведения, активное изучение предмета с привлечением семьи и увеличение интенсивности и продолжительности контактов с детьми (42).

Существуют немногочисленные свидетельства о том, что санитарное просвещение в области рационального питания в школах, направленное исключительно на расширение теоретических знаний, является эффективным, так как побуждает учащихся выбирать более здоровую пищу и предупреждает развитие ожирения.

Рабочее место

Хотя взаимосвязь между характером работы и здоровьем подробно описана (58,59), она до конца не прояснена. Слишком мало работ посвящено связи между работой и выбором рациона питания. В Англии только в 1998 г. ожирение стало причиной 18 млн. дней нетрудоспособности и 40 000 утраченных лет трудовой жизни (60). Поскольку большинство людей проводят на работе основную часть своей взрослой жизни, вопрос о том, как влияет рабочая среда на их питание, приобретает чрезвычайную важность.

Рабочий день и время, отведенное для регламентированных перерывов и обеда, становится все менее нормированным. Поэтому нездоровые «перекусы» – неизбежный побочный эффект пропущенного обеда, ограниченного количества столовых самообслуживания и возрастающего дефицита времени (61). На пищу, принимаемую во время работы, во многом влияют технические характеристики и размеры столовых и кухонь. Нередко единственную возможность поесть на работе предоставляют автоматы, продающие закуски с высокой энергетической плотностью (61).

В 2001 г. служащим городской администрации Хельсинки (Финляндия) были разосланы по почте анкеты для изучения их пищевых привычек и массы тела (62); заполненные анкеты вернули 68% опрошенных (2474 женщины и 591 мужчина). Доля мужчин-респондентов (19%) приближалась к доле мужчин-служащих (20%). Там, где для сотрудников были организованы столовые, в них обедали 54% мужчин и 48% женщин. Часто пользовались столовой сотрудники с высшим образованием, женщины, имеющие детей-дошкольников, и мужчины с нормальной массой тела, а также все, кто в основном следовал рекомендациям по рациональному питанию. Служащие, обедающие в столовой, питались более здоровой пищей, и среди мужчин было меньше работников с избыточной массой тела. Эта взаимосвязь не применяется к женщинам, так как они более внимательны к своему здоровью и лучше отдают себе отчет в том, какую пищу едят вне дома (62). К сожалению, невозможно было провести сравнение с рационом питания тех, кто приносил обеды из дома.

Поскольку в этом исследовании использовались поперечные данные, трудно было подтвердить причинно-следственную связь: возможно, обеды в столовой на работе способствуют формированию здоровых привычек, или в столовой обедают те, кто стремится к здоровому питанию. Тем не менее, авторы пришли к выводу, что возможность обедать в столовой на работе следует пропагандировать, поскольку это улучшает качество рациона питания сотрудников (62).

Исследователи, проводившие опрос среди молодых служащих в Финляндии, также пришли к выводу, что обед в столовой на работе ассоциируется с более здоровым рационом питания (63). Lassen et al. (64) указывают на успех модели «6 a day» («6 раз в день»), внедренной в Дании, которая способствовала увеличению потребления фруктов и овощей в пяти столовых по месту работы. Эти результаты свидетельствуют о значительном потенциале, которым обладают столовые на работе в деле улучшения пищевых привычек сотрудников и увеличения потребления овощей и фруктов.

Кроме того, на пищевые привычки может влиять вид трудовой деятельности. Поперечное исследование в Австралии позволяет заключить, что многосменный труд может стать причиной изменения модели питания, что в результате ведет к менее здоровому рациону (65). Данные, собранные в Норвегии методом углубленных слабоструктурированных интервью с плотниками, инженерами и водителями, показали, что разные виды трудовой деятельности способствуют различиям в повседневной практике, связанной со здоровьем и рационом питания (66). Распределение приемов пищи в течение рабочего дня зависело от характера работы, а получаемая польза тоже была различной: лица, занимающие более ответственные должности, приобретали больше выгод для здоровья, например, получение фруктовых наборов и более «здоровые» обеды (66).

Overgaard et al. (67) пришли к выводу, что имеющиеся данные не свидетельствуют о связи между психологической атмосферой на рабочем месте и общим или абдоминальным ожирением. Однако после опубликования этого обзора были напечатаны данные о слабо выраженной ассоциации между высоким ИМТ и снижением контроля над выполняемой работой, высокой производственной нагрузкой и ростом несоответствия между прилагаемыми усилиями и вознаграждением (68). Поскольку это исследование имело поперечный характер, для определения причинно-следственных связей необходимы дальнейшие контролируемые исследования. Опрос, проведенный в Финляндии, также показал, что усталость от работы и сверхурочный труд влекут за собой увеличение массы тела, как у мужчин, так и у женщин (69). Обследования с целью изучения поведения взрослых жителей северной части штата Нью-Йорк, принадлежащих к разным этническим и городским группам населения с умеренным и низким доходом, свидетельствуют, что молодежь, лица с низким доходом, неквалифицированные рабочие, а также работники и с высокой производственной нагрузкой делают менее здоровый выбор в отношении питания (70).

В заключение следует отметить, что наличие столовой на работе, по-видимому, способствует более здоровому питанию, хотя характер занятости и динамика рабочего пространства также влияют на пищевое поведение.

Местное сообщество

Первые сообщения, связывающие рацион питания, физическую активность и массу тела с местом проживания, появились в Соединённом Королевстве в начале 1990-х гг. (71). Исследования показали, что в бедных кварталах имеется меньше возможностей для здорового питания и физической активности, чем в более богатых. Исследования в Австралии и США выявили, что рестораны быстрого питания сосредоточены в кварталах и сообществах с низким уровнем дохода (72). В Чикаго, по данным одного исследования, скопление таких ресторанов отмечается вблизи школ, что подвергает учащихся воздействию низкокачественной пищевой среды (73). Исследование в Англии и Шотландии показало, что в некоторых кварталах, где проживает малообеспеченное население, на 1000 жителей приходится большое число ресторанов быстрого питания, что объясняет высокую распространенность ожирения в этих кварталах с точки зрения воздействия средовых факторов (74).

Предприятия розничной торговли продуктами питания

К числу таких предприятий относятся небольшие магазины по месту жительства, продовольственные рынки и супермаркеты. Микрорайоны с бедным населением, в которых предлагается ограниченный ассортимент пищевых продуктов, снижающий возможность выбора пищевого рациона, называют «продовольственными пустынями» (75).

Проживание в микрорайоне, где есть супермаркет с ассортиментом здоровых продуктов питания по разумным ценам, ассоциируется с потреблением значительно большего количества фруктов и овощей и меньшее высоким потреблением жиров в целом и насыщенных жиров, в частности. Эти наблюдения менее четко выражены применительно к белому населению, что, возможно, объясняется лучшим доступом к легковому транспорту, который делает эту группу населения менее зависимой от места проживания.

Опросы среди бедных сельских семей Соединённого Королевства показали, что доступность фруктов и овощей в сельских районах ниже, чем в городских, а цена на 30–40% выше (76). Кроме

того, в сельской местности полезные продукты из мяса и рыбы, цельного зерна, а также молочные продукты низкой жирности менее доступны, чем аналогичные пищевые изделия, бесполезные для здоровья. Местные органы власти Соединённого Королевства отреагировали на выводы этого исследования решением улучшить доступ к здоровым продуктам питания в тех районах, которые были охарактеризованы как не имеющие удовлетворительного доступа к розничной торговле пищевыми продуктами.

Исследование, проведенное в США, показало, что рацион питания людей зависит от ассортимента продуктов в ближайших магазинах (77). Другие американские исследователи сделали вывод, что большое расстояние до супермаркетов и круглосуточных продовольственных магазинов ведет к снижению качества питания (77,78).

Wrigley et al. (79) изучали характер питания у населения беднейшего района в одном из городов Соединённого Королевства. Ранее ассортимент продукции в магазинах был ограничен, но все резко изменилось, когда по соседству открылся большой супермаркет: потребление фруктов и овощей значительно возросло. Однако прежде чем приписать эту перемену открытию новой торговой точки, необходимо провести контролируемое исследование.

Перекрестное исследование с применением разосланного по почте опросника было проведено в Соединённом Королевстве (80) и не выявило связи между доступом к супермаркетам и потреблением фруктов и овощей, а исследование в Глазго не показало высокой плотности торговых точек общественного питания в бедных районах (81). Cummins и MacIntyre (82) в своем недавнем анализе связи между условиями питания и ожирением пришли к выводу, что убедительные доказательства влияния условий питания на избыточную массу тела получены только в Северной Америке. Чтобы полнее осветить эту проблему, необходимы исследования в других странах и регионах. Тем не менее, разнообразные условия сообществ, несомненно, являются чрезвычайно благоприятной средой для применения средовых мер вмешательства в целях увеличения потребления фруктов и овощей (83).

В Англии проводилось исследование по изучению стоимости рациона здорового питания, которое показало, что в 1994 г. он обходился дешевле посетителям супермаркетов, чем клиентам мелких гастрономов по месту жительства (84). Тем не менее люди с низким уровнем доходов склонны покупать продукты именно в местных магазинах, избегая больших транспортных расходов, и таким образом не могут пользоваться преимуществами «эффекта масштаба», достигаемого при покупке продуктов в супермаркетах (84).

В другом исследовании анализировалось распределение продовольственных магазинов и отдельных продовольственных торговых точек в США, исходя из уровня доходов и этнических характеристик разных кварталов. Оказалось, что сообщества, в которых сконцентрированы бедные группы населения и этнические меньшинства, не имеют доступа к целому ряду здоровых продуктов, в отличие от более зажиточных сообществ (85).

Кроме того, на покупателей существенно влияет способ выкладки товаров на прилавках (86). Продавцов специально обучают, как размещать продукты, чтобы увеличить продажи (см. главу 10). Сладости обычно выкладываются в пределах досягаемости детей и в кассовых зонах; это лишь один пример того, как сталкиваются коммерческие интересы и задачи здравоохранения. Другой способ повышения объемов продаж – увеличение размера упаковок продуктов. Главным стимулом увеличившегося потребления подслащенных безалкогольных напитков в Скандинавии после 1991 г. стало изменение емкости бутылок с 330 мл в 1990 г. до 1,5 л в 1991 г.

Таким образом, доступность, в том числе по цене, пищевых продуктов, по-видимому, влияет на выбор населением рациона питания, хотя необходимы новые контролируемые исследования, которые позволили бы обосновать целесообразность тех или иных вариантов политической реакции на выявленные тенденции (87).

Предприятия общественного питания

К предприятиям общественного питания, которые продают пищу, приготавливаемую вне дома, относятся кафе и рестораны, предприятия быстрого питания, круглосуточные продовольственные магазины и гастрономы.

В конце 70-х годов популярность питания вне дома возросла. В целом среди населения США случаи питания вне дома возросли с 6% от числа всех приемов пищи в 1977–1978 гг. до 19% в 1995 г. (88). Данные, полученные в Соединённом Королевстве в 1990 г. в ходе опросов взрослых, показали, что 29% приемов пищи приходилось на питание вне дома (89). В странах Европейского региона ВОЗ доля расходов на питание вне дома в общих затратах на продукты питания (включая безалкогольные напитки) колеблется между 30 и 60% (90). В большинстве стран с высоким доходом тенденция к приему пищи вне дома (88,91,92), по всей вероятности, будет проявляться все шире (93).

В разных странах характер пищи, приготавливаемой для потребления вне дома, значительно различается, однако в результате глобализации появляется некая однородность, что стало особенно заметно в последние два десятилетия.

Исследование, в котором учитывались данные о 3500 респондентах в возрасте от 15 лет и старше, собранные в 1977–1978 гг. в рамках Общенационального обследования потребления пищевых продуктов в США (94), показало, что питательная плотность пищи, потребляемой вне дома, ниже, чем при питании дома. Однако опрошенные питались вне дома не настолько часто, чтобы это могло существенно повлиять на их рацион питания. Новейшие исследования (88,93,95,96) свидетельствуют, что еда, предлагаемая в предприятиях общественного питания, характеризуется высоким содержанием жира, насыщенных жиров и натрия и низким содержанием клетчатки, железа и кальция, по сравнению с домашними блюдами.

Изучение связи между питанием вне дома и ожирением ведется лишь несколько лет. В большинстве случаев такие исследования проводятся в США, и их результаты не всегда можно применить к странам Европейского региона.

В США на основе данных годового лонгитюдного исследования 1059 человек были проанализированы частота питания в ресторанах быстрого обслуживания и её связь с пищевым поведением и ИМТ (95). Отмечена положительная ассоциация с потреблением пищевой энергии и ИМТ у женщин, но не у мужчин. McGroy et al. (97) определяли частоту питания в ресторанах семи типов у 73 мужчин и женщин в возрасте от 19 до 80 лет. В исследовании использовался опросник, оценивавший не только частоту потребления пищи, но и физическую нагрузку, и другие параметры, характеризующие образ жизни респондентов. После распределения по возрасту и полу частота потребления пищи в ресторанах положительно ассоциировалась с избыточной массой тела и не менялась после учета уровня образования, статуса по курению и потреблению алкоголя. Эта ассоциация стала еще более ярко выраженной с поправкой на степень физической активности участников опроса. Общее потребление пищевой энергии, жиров и клетчатки находилось в значимой связи с частотой питания в ресторане (97).

Имеющиеся данные говорят о том, что частота приемов пищи в ресторанах быстрого питания положительно ассоциируется с увеличением потребления энергии у взрослых, однако для подтверждения этого воздействия на энергетический баланс необходимо больше лонгитюдных исследований (95,98–103).

В то время как ассоциация между частым посещением ресторанов быстрого питания, пищевыми привычками и состоянием питания достаточно хорошо проанализирована у взрослых, у детей эта связь изучается гораздо реже. Одно из поперечных исследований не выявило никакой зависимости между избыточной массой тела у детей и едой в ресторанах быстрого питания (57). Лонгитюдных исследований в отношении частоты потребления пищи в ресторанах быстрого питания и весом тела детей опубликовано не было; больше исследований было проведено в отношении подростков. French et al. (96) опросили 4764 подростка из 31 средней школы большого города с пригородами в штате Миннесота. При этом измеряли рост и вес участников и использовали опросники по параметрам поведения и частоте посещения предприятий быстрого питания, которые заполняли сами участники. В 7–12 классах частота посещения ресторанов быстрого питания была непосредственно обусловлена возрастом мальчиков, но не девочек. У подростков, сообщивших о посещении предприятия быстрого питания не менее трех раз за прошедшую неделю, потребление энергии с пищей было на 37% выше, чем у их сверстников, не получавших такого питания. Что касается потребления пищевых продуктов,

то подростки, посещавшие рестораны быстрого питания, потребляли больше безалкогольных напитков и меньше основных продуктов питания, таких как фрукты, овощи, крупы и молоко. Однако частое посещение предприятий быстрого питания не ассоциировалось с избыточной массой тела (96).

Поперечное исследование, проведенное в США в 2001 г. среди детей в возрасте 4–16 лет (91 с избыточным весом и 90 с нормальной массой тела), показало, что тучные дети чаще питаются вне дома. Но поскольку это исследование было поперечным, оно не позволяет утверждать, что еда вне дома привела к ожирению. Другой его недостаток состоит в том, что дети с нормальной массой тела подбирались не случайно, а на добровольной основе, таким образом, эта выборка не может считаться репрезентативной для детей с нормальной массой тела (104).

Данные о влиянии расположенных близко к месту жительства или месту работы предприятий быстрого питания на развитие ожирения все еще недостаточны. Исследование в Англии и Шотландии показало, что предприятия быстрого питания более многочисленны в бедных кварталах (105). Однако поперечное исследование в Австралии выдвигает предположение, что доступность магазинов, торгующих готовой едой, не связана с ожирением (106). Поперечное исследование в США также не продемонстрировало связи между расстоянием до предприятий быстрого питания (107) и распространенностью ожирения среди детей в возрастной группе 3–5 лет из семей с низким уровнем доходов.

Таким образом, имеющиеся ограниченные данные указывают, что у взрослых частое посещение предприятий быстрого питания ассоциируется с менее здоровыми пищевыми привычками и ожирением. Такая же ограниченная связь была продемонстрирована среди подростков мужского пола, но не среди детей, в отношении которых было проведено слишком мало исследований по изучению этой зависимости.

Взаимосвязь между доступностью предприятий быстрого питания и ожирением следует изучать по гораздо более структурированным протоколам, точно определяя окружающие объекты, ассортимент предлагаемой продукции, социально-экономический статус изучаемого района. При этом необходимы лонгитюдные исследования. Эта тема заслуживает большего внимания, поскольку предприятия быстрого питания распространяются по всему миру, а дети становятся более независимыми в выборе пищи и во все более раннем возрасте получают доступ к деньгам.

Библиография

1. Caliendo MA, Sanjur D. The dietary status of preschool children: an ecological approach. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 1978, 10:69–72.
2. Fisher JO, Birch LL. Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year old children are related to parental adiposity. *Journal of the American Dietetic Association*, 1995, 95:759–764.
3. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*, 1999, 103:85–92.
4. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48:893–907.
5. Golan M, Crow S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obesity Research*, 2004, 12:357–361.
6. Nicklas TA et al. Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice, and vegetable consumption. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:224–235.
7. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
8. Wang Y et al. Tracking of body mass index from childhood to adolescence: a 6-y follow-up study in China. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 72:1018–1024.
9. Cooke LJ et al. Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 2004, 7:295–302.
10. Haapalahti M et al. Meal patterns and food use in 10 to 11-year old Finnish children. *Public Health Nutrition*, 2003, 6:365–370.

11. Bruch H. *The importance of overweight*. New York, WW Norton, 1957.
12. Bouchard C. Genetics of obesity in humans: current issues. In: Chardwick DJ, Cardew GC, eds. *The origins and consequences of obesity*. Chichester, Wiley, 1996:108–117 (CIBA Foundation Symposium 201).
13. Eck LH et al. Children at familial risk for obesity: an examination of dietary intake, physical activity and weight status. *International Journal of Obesity*, 1992, 16:71–78.
14. Lee Y et al. Diet quality, nutrient intake, weight status, and feeding environments of girls meeting or exceeding the AAP recommendations for total dietary fat. *Pediatrics*, 2001, 107:95–101.
15. Fisher JO et al. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:58–64.
16. Bere E, Klepp KI. Correlates of fruit and vegetable intake among Norwegian schoolchildren: parental and self-reports. *Public Health Nutrition*, 2004, 7:991–998.
17. Skinner JD et al. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:1638–1647.
18. Bryan MS, Lowenberg ME. The father's influence on young children's food preferences. *Journal of the American Dietetic Association*, 1958, 34:30–35.
19. Burt JV, Hertzler AA. Parental influence on child's food preference. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 1978, 10:127–128.
20. Fomon S. *Nutrition of normal infants*. St. Louis, Mosby Year-Book, 1993.
21. Birch LL et al. Clean up your plate: effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Learning and Motivation*, 1987, 18:301–317.
22. Costanzo PR, Woody EZ. Domain specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1985, 3:425–445.
23. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 69:1264–1272.
24. Johnson SL, Birch LL. Parents' and children adiposity and eating style. *Pediatrics*, 1994, 94:653–661.
25. Birch LL, Fischer JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 71:1054–1061.
26. Cutting TM et al. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 69:608–613.
27. Robinson TN et al. Is parental control over children's eating associated with childhood obesity? Results from a population-based sample of third graders. *Obesity Research*, 2001, 9:306–312.
28. Baughcum AE et al. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2001, 22:391–408.
29. Moens E et al. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, 32:52–63.
30. Wardle J et al. Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obesity Research*, 2002, 10:453–462.
31. Carnell S, Wardle J. Association between multiple measures of parental feeding and children's adiposity in United Kingdom. *Obesity*, 2007, 15:137–144.
32. Gillman MW et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:235–240.
33. Taveras EM et al. Family dinner and adolescent overweight. *Obesity Research*, 2005, 13:900–906.
34. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:365–373.
35. Boutelle KN et al. Fast food for family meals: relationships with parent and adolescent food intake, home food availability and weight status. *Public Health Nutrition*, 2007, 10:16–23.
36. Fulkerson JA et al. Adolescent and parent views of family meals. *Journal of the American Dietetic Association*, 2006, 106:526–532.
37. Birch LL et al. Mother-child interaction patterns and the degree of fatness in children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 1981, 13:18–21.

38. Stanek K et al. Diet quality and the eating environment of preschool children. *Journal of the American Dietetic Association*, 1990, 90:1582–1584.
39. Coon KA et al. Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics*, 2001, 107: E7.
40. Devaney B et al. *The school nutrition dietary assessment study: dietary intakes of program participants and non-participants*. Hyattsville, MD, US Department of Agriculture, 1993.
41. Burghardt J et al. Meals offered in the National School Program and the School Breakfast Program. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1995, 61(Suppl.):187S–198S.
42. Position of the American Dietetic Association, Society for Nutrition Education and American School Food Service Association. Nutrition services: an essential component of comprehensive school health programs. *Journal of the American Dietetic Association*, 2003, 103:505–514.
43. Mikkelsen EB et al. The role of school service in promoting healthy eating at school – A perspective from an ad hoc group on nutrition in schools, Council of Europe. *Journal of Foodservice*, 2005, 5:7–15.
44. Grajeta H et al. [Evaluation of energy and nutritive value of meals for nursery school children]. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 2003, 54:417–425.
45. Belderson P et al. Does breakfast-club attendance affect schoolchildren's nutrition intake? A study of dietary intake at three schools. *British Journal of Nutrition*, 2003, 90:1003–1006.
46. *School Nutrition Dietary Assessment Study. II. Summary of findings*. Alexandria, VA, Food and Nutrition Service, US Department of Agriculture, 2001.
47. Young I et al. Healthy eating at school: a European forum. *Nutrition Bulletin*, 2005, 30:85–93.
48. Cullen KW et al. Effect of a la carte and snack bar foods at school on children's lunchtime intake of fruits and vegetables. *Journal of the American Dietetic Association*, 2000, 100:1482–1486.
49. Cullen KW, Zakeri I. Fruits, vegetables, milk and sweetened beverages consumption and access to a la carte/ snack bar meals at school. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:463–467.
50. Kubik MY et al. The association of the school food environment with dietary behaviors of young adolescents. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:1168–1173.
51. New SA, Livingstone MBE. An investigation of the association between vending machine confectionery purchase frequency by school children. *Public Health Nutrition*, 2003, 6:497–504.
52. Harnack L et al. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99:436–441.
53. Wilson JF. Lunch eating behavior of preschool children. Effects of age, gender, and type of beverage served. *Physiology and Behavior*, 2000, 70:27–33.
54. Ludwig DS et al. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 2001, 357:505–508.
55. Blum JW et al. Beverage consumption patterns across a two-year period. *Journal of the American College of Nutrition*, 2005, 24:93–98.
56. James J et al. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 2004, 328:1237.
57. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 13 April 2007).
58. Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
59. World Bank. *World development report: investing in health*. New York, Oxford University Press, 1993 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=-64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3970716142319, accessed 13 April 2007).
60. National Audit Office. *Tackling obesity in England*. London, The Stationery Office, 2001.
61. Bond M, Coyne M. *Heart friendly office report*. London, Helen Hamlyn Research Centre, 2002.
62. Roos E et al. Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public Health Nutrition*, 2003, 7:53–61.
63. Laitinen J. [Eating during work hours among young adults]. *Työterveys*, 2000, 1:49–67.

64. Lassen A et al. Successful strategies to increase the consumption of fruits and vegetables: results from the Danish “6 a day” work-site canteen model study. *Public Health Nutrition*, 2003, 7:263–270.
65. Stewart AJ, Wahlqvist ML. Effect of shift work on canteen food purchase. *Journal of Occupational Medicine*, 1985, 27:552–554.
66. Wandel M, Roos G. Work, food and physical activity: a qualitative study of coping strategies among men in three occupations. *Appetite*, 2005, 44:93–102.
67. Overgaard D et al. Psychological workload and body weight: is there an association? A review of the literature. *Occupational Medicine*, 2004, 54:35–41.
68. Kouvonen A et al. Relationship between work stress and body mass index among 45 810 female and male employees. *Psychosomatic Medicine*, 2005, 67:577–583.
69. Lallukka T et al. Psychosocial working conditions and weight gain among employees. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:909–915.
70. Devine CM et al. Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:617–630.
71. Ellaway A, Macintyre S. Shopping for food in socially contrasting localities. *British Food Journal*, 2000, 102:52–59.
72. Reidpath DD et al. An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. *Health Place*, 2002, 8:141–145.
73. Austin SB et al. Clustering of fast-food restaurants around schools: a novel application of spatial statistics to the study of food environments. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1575–1581.
74. Cummins S et al. McDonald’s restaurants and neighborhood deprivation in Scotland and England. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:308–310.
75. Acheson D. *Independent enquiry into inequalities in health*. London, The Stationery Office, 1998.
76. *Going hungry: the struggle to eat healthily on a low income*. London, NCH, 2004.
77. Cheadle A et al. Community-level comparisons between the grocery store environment and individual dietary practices. *Preventive Medicine*, 1991, 20:250–261.
78. Laraia BA et al. Proximity of supermarkets is positively associated with diet quality index for pregnancy. *Preventive Medicine*, 2004, 39:869–875.
79. Wrigley N et al. Assessing the impact of improved retail access on diet in a “food desert”: a preliminary report. *Urban Studies*, 2002, 39:2061–2082.
80. Pearson T et al. Do “food deserts” influence fruit and vegetable consumption? A cross sectional study. *Appetite*, 2005, 45:195–197.
81. Macintyre S et al. Out-of-home food outlets and area deprivation: case study in Glasgow, UK. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2005, 2:16.
82. Cummins S, MacIntyre S. Food environments and obesity – Neighbourhood or nation? *International Journal of Epidemiology*, 2005, 35:100–104.
83. Glanz K. Strategies for increasing fruit and vegetable intake in grocery stores and communities: policy, pricing, and environmental change. *Preventive Medicine*, 2004, 39:S75–S80.
84. Barratt J. The cost and availability of healthy food choices in southern Derbyshire. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 1997, 10:63–69.
85. Morland K et al. Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:23–29.
86. Cheadle A et al. Promising community-level indicators for evaluating cardiovascular health-promotion programmes. *Health Education Research*, 2000, 15:109–116.
87. Cummins S, Macintyre S. “Food deserts”: evidence and assumption in health policy making. *British Medical Journal*, 2002, 325:436–438.
88. Guthrie JF et al. Role of food prepared away from home in the American diet, 1977–78 versus 1994–96: changes and consequences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2002, 34:140–150.
89. Gregory J et al. *The dietary and nutritional survey of British adults*. London, HM Stationery Office, 1990.
90. *Changing food lifestyles: emerging consumer concerns*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004 (Report No. AGR/CA/APM(2004)22).

91. Kant AK, Graubard BI. Eating out in America, 1987–2000: trends and nutritional correlates. *Preventive Medicine*, 2004, 38:243–249.
92. Nielsen SJ et al. Trends in energy intake in U.S. between 1977 and 1996: similar shifts seen across age groups. *Obesity Research*, 2002, 10:370–378.
93. Lin BH et al. Quality of children's diets at and away from home: 1994–96. *Food Reviews International*, 1999, 22:2–10.
94. Ries CP et al. Impact of commercial eating on nutrient adequacy. *Journal of the American Dietetic Association*, 1987, 87:463–468.
95. Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:277–280.
96. French SA et al. Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioural and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*, 2001, 25:1823–1833.
97. McCrory MA et al. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obesity Research*, 1999, 7:564–571.
98. Clemens LH et al. The effect of eating out on quality of diet in premenopausal women. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99:442–444.
99. Binkley JK et al. The relation between dietary change and rising US obesity. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:1032–1039.
100. French SA et al. Fast food restaurant use among women in the Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:1353–1359.
101. Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *Journal of the American College of Nutrition*, 2004, 23:163–168.
102. Block JP et al. Fast food, race/ethnicity, and income: a geographic analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27:211–217.
103. Maddock J. The relationship between obesity and the prevalence of fast food restaurants: state-level analysis. *American Journal of Health Promotion*, 2004, 19:137–143.
104. Gillies LJ, Bar-Or O. Food away from home, sugar sweetened drink consumption and juvenile obesity. *Journal of the American College of Nutrition*, 2003, 22: 539–545.
105. Cummins SC et al. McDonald's restaurants and neighborhood deprivation in Scotland and England. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 94:308–310.
106. Simmons D et al. Choice and availability of take-away and restaurant food is not related to the prevalence of adult obesity in rural communities in Australia. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:703–710.
107. Burdette HL, Whitaker RD. Neighborhood playgrounds, fast food restaurants, and crime: relationships to overweight in low-income preschool children. *Preventive Medicine*, 2004, 38:57–63.

9. Факторы макросреды, определяющие потребление продуктов питания

Ключевые положения

- Увеличение объемов производства продуктов питания и связанное с ним снижение цен, наряду с ростом доходов, приводят во всем мире к изменениям в рационе питания, которые считаются основными движущими силами эпидемии ожирения. Этому процессу содействуют многонациональные продовольственные корпорации; ему способствуют индустриализация сельского хозяйства и усиление зависимости от покупных продуктов питания, которые все больше и больше контролируются многонациональными компаниями розничной торговли.
- Проводимая в рамках ЕС Единая сельскохозяйственная политика привела к перепроизводству продовольствия и алкогольной продукции.
- На выбор пищевых продуктов потребителями влияют средства массовой информации, уровень образования, а также сведения, распространяемые посредством маркирования продуктов.
- Осуществляемая странами политика, воздействующая на цены, обеспеченность пищевыми продуктами и осведомленность потребителей, может влиять на рационы питания.

В 1998 г. Hill и Peters (1) отмечали: «Наши гены за последние два десятилетия существенно не изменились. Во всем виновата среда, которая содействует поведению, вызывающему ожирение. Чтобы остановить и в конечном счете обратить вспять эпидемию ожирения, нам надо «лечить» эту среду».

Главный вывод из опыта осуществления санитарно-профилактических мер вмешательства на уровне сообществ начиная с 1970-х гг. состоит в том, что мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний не должны ограничиваться просвещением людей о последствиях поведения и усвоением здоровых поведенческих навыков. Необходимо, чтобы санитарная и профилактическая деятельность была также направлена на не зависящие от отдельного человека факторы среды, определяющие рацион питания, и включала в себя осознание помех, препятствующих изменению поведения (2). Egger и Swinburn (3) призвали к использованию средового, или структурного, подхода к борьбе с пандемией ожирения и ввели в обиход выражение «среда, способствующая ожирению». Средовые подходы играют ключевую роль в снижении потребления алкоголя и табака и укреплении здоровья (4).

Настоящая глава посвящена определению средовых, или общих, детерминантов потребления пищевых продуктов как в аспекте предложения, так и в аспекте спроса. Их знание может повысить эффективность мер вмешательства, направленных на улучшение рациона питания всего населения. В то же время отслеживать факторы среды, определяющие привычки населения в отношении питания, значительно сложнее, чем изучать индивидуальное поведение людей, поскольку такие влияния трудно поддаются выявлению, измерению и экспериментальной оценке.

Как показывают исследования, люди с более высоким уровнем образования чаще склонны к переходу на здоровый рацион питания, чем менее образованные (5). Адресное воздействие на средовые детерминанты, такие как доступность, качество и цена пищевых продуктов, может содействовать сокращению неравенства в отношении здоровья и оказать поддержку социально обездоленным слоям населения в выборе более здоровой пищи и поддержании физической активности (6–8). Кроме того, снижение средовых барьеров, препятствующих здоровому питанию и физической активности, будет способствовать повышению эффективности кампаний в области санитарного просвещения.

Рынки продовольствия формируют структурные рамки для выбора рациона питания потребителями. Производители пищевых продуктов, как и любой другой сегмент частного предпринимательства, стремятся максимизировать прибыль. Существует принципиальное противоречие между необходимостью сократить потребление сахара, жиров и алкоголя в целях профилактики ожирения и неинфекционных заболеваний и стремлением производителей продуктов

питания и напитков к увеличению продаж этих продуктов. Lang и Heasman (9) применили к этому конфликту термин «продовольственные войны»; данный вопрос подробно рассматривается Nestlé (10).

Основное внимание в настоящей главе уделено факторам, определяющим обеспеченность продуктами питания, их цену и маркировку. В главе 7 обсуждаются обеспеченность продуктами питания и модели потребления, а глава 10 посвящена маркетингу продуктов питания с использованием рекламы и других методов стимулирования сбыта.

Обеспеченность продуктами питания

Мощный рост продуктивности сельского хозяйства открыл человечеству доступ к продовольствию в большем объеме и более высокого качества, чем прежде, при снижении реальных цен, которые достигли самого низкого уровня в истории (11). Благодаря общему совершенствованию сельскохозяйственного производства, обеспечение пищевой энергией возросло во всех регионах мира и способно адекватно удовлетворять потребности в пище всех живущих на земле людей. Среднесуточная душевая обеспеченность питанием на глобальном уровне возросла примерно с 9,6 МДж (2300 ккал) в 1961 г. до 11,7 МДж (2800 ккал) в 1998 г. и, как ожидается, к 2015 г. превысит 12,5 МДж (3000 ккал). (В главе 7 рассматриваются тенденции, наблюдающиеся в Европе.) Среднесуточная потребность взрослой женщины в пищевой энергии составляет 8,1–10,4 МДж (1900–2500 ккал), а взрослого мужчины – 10,4–13,3 МДж (2500–3200 ккал), в зависимости от уровня физической активности (12). Причиной, по которой 850 млн. чел. в мире страдают от недоедания, является не глобальная нехватка продовольствия, а неравенство в обеспечении продуктами питания (11). Факторы, вызывающие изменения в глобальном потреблении пищевых продуктов, имеют ключевое значение не только для сектора общественного здравоохранения, но и для всех звеньев продовольственной цепочки.

Во всем мире рацион питания меняется в результате роста доходов и увеличения объема продовольственных ресурсов: происходит переход на новый рацион питания (13–15). Большинство стран Европейского региона ВОЗ уже завершили этот переход, который характеризуется, во-первых, распространением рациона питания, состоящего из недорогих продуктов растительного происхождения, а затем – замещением, в качестве источника энергии, богатых углеводами массовых продуктов питания пищей животного происхождения, плюс растительное масло, фрукты, овощи и сахар. Общая тенденция состоит в том, что потребление мяса, молока и яиц возрастает, что ведет к увеличению объемов потребляемого холестерина и насыщенных жиров. В настоящее время эти изменения в рационе питания происходят в странах с низким и средним доходом и странах восточной части Европейского региона ВОЗ, но более быстрыми темпами, чем они происходили ранее в странах с высоким доходом (14,16). Многонациональные продовольственные корпорации содействуют переходу на новый рацион питания и ускоряют его темпы, выходя на рынки стран с низким и средним доходом и стран с переходной экономикой путем приобретения крупных пакетов акций местных производителей продуктов питания, а также предприятий оптовой и розничной торговли (17).

Это приводит как к положительным, так и к отрицательным изменениям в рационах питания, по сравнению с рекомендациями. За последние 40 лет возросло число стран, где средние национальные показатели превышают рекомендованный 30%-ный верхний предел потребления энергии из жиров. В Китае быстрый рост доходов привел к сдвигу от традиционного здорового питания в сторону высококалорийного рациона с высоким содержанием жиров и низким содержанием пищевых волокон, особенно среди бедного населения (16). Группы с высоким доходом, по-видимому, имеют больше возможностей для выбора здоровых рационов питания и извлекают в полном объеме пользу от перехода на новый рацион; при этом неравенство в отношении здоровья усиливается.

Торговля обеспечивает доступность всех видов пищевых продуктов круглый год, что привело к росту потребления во всем мире. На долю продовольствия сегодня приходится 11% мировой торговли (18); важнейшую роль в содействии этому процессу играет Всемирная торговая организация (ВТО). В применяемых ВОЗ и ФАО стандартах «Кодекс Алиментариус», содержащих рекомендованные своды правил и инструкции в области безопасности продуктов питания, установлены нормы, регулирующие торговлю пищевыми продуктами. Таким образом, Кодекс Алиментариус может служить полезным международным механизмом разработки стандартов и инструкций, касающихся чрезмерного питания.

Урбанизация и концентрация снабжения: роль розничной торговли

Урбанизация тесно связана с экономическим развитием (19). По ряду причин она может привести к изменениям в снабжении сельскохозяйственной продукцией и структуре потребления продуктов питания. Во-первых, для горожан более характерен сидячий образ жизни; у них меньше потребностей в энергии, чем у сельских жителей. Во-вторых, благодаря более высокому уровню доходов и образования, среди городских жителей выше спрос на мясо, растительное масло, сахар, фрукты и овощи. Поскольку кормом для скота в мясном и молочном животноводстве является зерно, городские рационы питания фактически требуют большего объема зерновых (в качестве корма для скота и птицы) чем рационы, основанные на непосредственном потреблении хлебных злаков. В-третьих, городские жители в основном потребляют покупные продукты питания, тогда как сельские домашние хозяйства большую часть продовольствия производят сами. В-четвертых, в городских районах выше доля взрослых людей, особенно женщин, работающих вне дома; в результате резко возрастает спрос на пищевые продукты, готовые к употреблению, которые чаще всего являются продуктами переработки и содержат больше сахара, соли и жиров.

Самые значительные изменения в рационе питания происходят на начальном этапе процесса урбанизации; при этом различия между городским и сельским рационами питания наиболее заметны в странах с низким доходом (14). Для стран с более высоким доходом характерно проникновение рынка в сельские районы благодаря комплексным системам распределения продовольствия.

Участие супермаркетов в системе розничной торговли продуктами питания начинается со столичных городов, а затем распространяется на средние и, наконец, на малые города (20). Для фермеров и производителей продуктов питания закупочные конторы предприятий розничной торговли имеют решающее значение, поскольку они определяют стандарты качества и безопасности, обеспечивая розничной торговле большое влияние на производителей продовольствия (9). Многонациональные компании розничной торговли разрабатывают глобальные товарные знаки и стратегии маркетинга, приспособленные к местным вкусам, и таким образом формируют предпочтения потребителей (спрос, стимулируемый производителями). Производители пользуются тем, что людям нравятся сладкая и жирная пища, а также их склонностью к перееданию при потреблении продуктов с высокой энергетической плотностью и низким содержанием воды и пищевых волокон (21,22). Глобальный маркетинг и систематическое формирование вкуса корпорациями играют главную роль в глобализации пищевой промышленности (17). В Европе сегодня 50–80% пищевых продуктов приобретается в супермаркетах, и этот показатель неуклонно растет (23).

Как только большинство населения становится жителями городов, значение дальнейших изменений в потреблении продуктов питания, связанных с урбанизацией, снижается, а изменения в доходах продолжают влиять на потребление. Доля населения, проживающего в сельской местности, в западной части Европейского региона варьируется в пределах от 0% в Монако до 45% в Португалии (24). В восточной части региона эта доля намного выше и находится в пределах от 30% в Болгарии до 76% в Таджикистане. По оценкам, в течение следующего десятилетия около 10% населения западной части региона и 25% восточной части региона переедут из сельской местности в города (25), тогда как мелкие фермеры будут покидать свои земли под давлением тенденции к повышению эффективности производства в сельском хозяйстве. Таким образом, воздействие урбанизации на рационы питания, вероятно, будет и дальше играть существенную роль в Регионе в предстоящие годы, с сопутствующими ей изменениями в уровне заболеваемости и смертности.

Новые продукты питания и изменения в технологии производства пищевых продуктов: роль пищевой промышленности

Для фермеров и пищевой промышленности снижение реальной цены продовольствия на относительно насыщенном европейском рынке означает сокращение роста доходов. Стремясь сохранить рост, промышленность отвечает на это производством продуктов с высокой добавленной стоимостью (10). Например, зерновые перерабатываются в более дорогие сухие завтраки, нередко содержащие значительное количество сахара и жиров. Продовольственные компании также уделяют большое внимание разработке лечебных или «функциональных» пищевых продуктов (т.е. содержащих добавки, которые увеличивают питательную ценность продукта или делают его полезным для здоровья) (10).

Одним из главных изменений в технологии производства продуктов питания стал переход к очистке муки современными методами помола. Это привело к утрате важных питательных веществ, несмотря на то, что потребители, возможно, находят эти продукты более вкусными (26). Рынки широкого ассортимента хлебобулочных изделий на основе пшеничной муки быстро развиваются в странах с низким и средним доходом, даже там, где зерновые не являются традиционными продуктами массового питания. Рост потребления хлеба стал главной особенностью рациона, получающего все более широкое распространение в странах с высоким доходом и характеризующегося высоким содержанием насыщенных жиров, сахара и соли и низким содержанием пищевых волокон, что приводит к увеличению ИМТ, повышению уровня липидов в крови и росту кровяного давления. В то же время потребление бобовых сократилось до предела, несмотря на их высокие питательные качества. Это объясняется более длительным временем кулинарной обработки и проблемами с усвоением, делающими эту группу продуктов менее привлекательной в качестве источника протеинов, по сравнению с продуктами животного происхождения.

Снижение потребления сложных углеводов в составе зерновых, клубней и бобовых сопровождалось ростом потребления простых сахаров, таких как сахароза (13). В начале XX в., до широкого распространения сахарной свеклы и импортного тростникового сахара потребление сахара на душу населения в Европе составляло менее 5 кг в год, против 40–60 кг в год, потребляемых в некоторых районах Европы сегодня. Кроме того, резко возросло применение подсластителей на основе крахмала (26). Рост глобального производства и переработки сахара создает основу для увеличения мирового производства и потребления безалкогольных напитков, что стимулируется агрессивным маркетингом (10).

С целью содействия избыточному потреблению предлагаются пищевые добавки, предназначенные для улучшения аромата, цвета, внешнего вида и вкуса продуктов (27). В США каждый год на рынок выпускается около 10 тыс. новых переработанных продуктов питания, при этом практически все они содержат пищевые добавки.

Пищевая промышленность обладает огромным потенциалом для улучшения состава и уменьшения энергетической плотности продуктов питания за счет снижения содержания в них жиров, сахара и пищевых добавок. Прогресс уже достигнут: в качестве примера назовем сотрудничество Агентства по продовольственным стандартам Соединённого Королевства с отраслями пищевой промышленности, направленное на сокращение потребления соли, жиров и сахара путем изменения состава переработанных пищевых продуктов и уменьшения размеров порций.

Индустриализация сельского хозяйства: роль земледелия

Несмотря на колоссальное повышение продуктивности сельского хозяйства, производство пищевых продуктов в глобальном масштабе остается в значительной степени малоэффективным. Вместе с тем оно обладает множеством возможностей для совершенствования использования ресурсов и уменьшения деградации окружающей среды при сохранении способности накормить население мира (13). Выведение более урожайных сортов зерновых, повышение эффективности использования удобрений, биологическая фиксация азота и улучшение ирригационных систем приводят к постоянному увеличению сельскохозяйственного производства зерновых культур, и существуют возможности для дальнейших улучшений.

Индустриализация производства зерновых позволяет получать урожаи, достаточные для вскармливания большего количества сельскохозяйственных животных, чем можно было бы вырастить при кормлении сеном и другими традиционными источниками фуража. Это, в свою очередь, содействует наблюдаемому сегодня во всем мире увеличению потребления мяса и связанному с ним повышенному потреблению насыщенных жиров.

Промышленные методы выращивания сельскохозяйственных животных и получения животноводческих продуктов в настоящее время прочно закрепились в производстве мяса птицы, свинины и говядины в Европе и США (28). Эта система в значительных объемах использует удобрения, антибиотики и пестициды и вызывает загрязнение окружающей среды. Данный тип производственной системы является источником экстерналий (побочного внешнего эффекта); это означает, что производители не учитывают внешний ущерб от ухудшения состояния окружающей среды и другие

издержки, а следовательно, не включают их в розничную цену мяса (28). Таким образом, спрос на мясо становится выше, чем он был бы при других обстоятельствах. Кроме того, рацион питания с высоким содержанием мяса требует потребления намного большего объема ресурсов, чем рацион, в основе которого лежит растительная пища. Страны с высоким доходом скармливают скоту более 60% зерновых, тогда как жители стран с низким и средним доходом все еще непосредственно потребляют большую часть зерновых. Однако это соотношение изменяется по мере роста спроса на мясо в странах с низким и средним доходом.

Технология транспорта

Наблюдающийся во всем мире сдвиг в структуре экспорта от сырьевых товаров, перевозимых россыпью, таких как пшеница и соя, в сторону скоропортящихся продуктов частично объясняется достижениями в области технологии транспорта (29). Это позволяет производителям поставлять скоропортящиеся продукты покупателям на другом конце земного шара без значительного ущерба для свежести или качества, при постоянном снижении издержек. Модернизация упаковки, нанесение специального покрытия на фрукты и овощи и другие технологии, продлевающие срок годности пищевых продуктов, расширили рынок мясной и овощной продукции и сделали ее доступной для большинства населения. Достижения в области информационных технологий, такие как судовой дистанционный мониторинг контейнеров, и прогресс технологии транспорта, особенно морского судоходства, также упрощают транспортировку пищевых продуктов на дальние расстояния.

Недостатком всего этого является все большее увеличение протяженности маршрутов перевозки пищевых продуктов. Это означает, что побочные внешние издержки в виде загрязнения окружающей среды не включаются в цену (9).

Доступность пищевых продуктов в местных сообществах

В главе 8 показано, как динамика системы розничной торговли и доступность продуктов питания в школах и на работе становятся факторами, определяющими объемы потребления пищи. В целом увеличение доступности продуктов питания, по-видимому, является основной движущей силой распространения ожирения в мире. Роль доступности продуктов питания в местных сообществах в качестве детерминанта потребления пищи была выявлена главным образом в Северной Америке, тогда как данные по европейским странам не столь однозначны. Тем не менее доступность пищевых продуктов в таких замкнутых структурах, как школа и работа, оказывает сильное влияние на потребление.

Сложное взаимодействие между предложением пищевых продуктов и спросом на них стимулируется изменениями в доходах, урбанизацией, глобализацией пищевой промышленности и розничной торговли, а также индустриализацией сельского хозяйства и приводит к увеличению потребления пищевой энергии, жиров, сахара и алкоголя. Необходимы крупномасштабные меры вмешательства с целью исследования вопроса о том, может ли распространение ожирения быть остановлено путем ограничения доступности высококалорийных и бедных питательными веществами продуктов и напитков, а также увеличения доступности здоровых продуктов питания.

Доходы и цены как детерминанты потребления пищевых продуктов

Со времен дефицита продуктов питания люди склонны полагать, что недорогое и обильное предложение продуктов питания автоматически делает их здоровыми. Эпидемия ожирения и других неинфекционных заболеваний в мире свидетельствует о необходимости изменения таких представлений. Сегодня люди с типичным рационом питания в странах с высоким доходом получают более половины ежедневного объема энергии из сахара, жиров и алкоголя; при этом для большинства населения энергетический баланс положителен. Такого изобилия и такой дешевизны продуктов не было никогда, и домашние хозяйства тратят на них все меньшую часть своих доходов, а это означает, что спрос на пищевые продукты менее чувствителен к ценам и доходам, чем прежде. За период 1960–2000 гг. реальные цены на рис, пшеницу, кукурузу, жиры и сахар упали примерно на 60% (11). В условиях низких цен, поддерживаемых благодаря обильному предложению продуктов питания, даже бедное население может позволить себе жиры и мясо (16).

По данным общеевропейского исследования факторов, определяющих выбор продуктов питания (5), четырьмя важнейшими детерминантами являются «качество или свежесть», «цена», «вкус» и «стремление к здоровому питанию». Влияние цены особенно важно для безработных и пенсионеров с низким доходом. Повышение цен путем введения налога на «нездоровые» продукты питания – сырьевые товары (сахар или жир), продукты с высокой энергетической плотностью или низким содержанием питательных веществ – в целях ограничения потребления пищевой энергии рассматривается в настоящее время в ряде стран в качестве возможной стратегии сокращения ожирения (30). Такие налоги являются регрессивными: они сильнее ударят по бедному населению в краткосрочной перспективе, если люди не изменят свой рацион питания.

Цены на продовольствие играют важную роль в выборе продуктов питания (14); при этом некоторые исследователи утверждают, что менее здоровый рацион питания бедняков можно объяснить соотношением цен на продукты (31). Эластичность цен на большинство продуктов питания в странах с доходом в диапазоне от среднего до высокого колеблется в пределах от $-0,1$ до -1 (32), а это означает, что увеличение цены на 10% приведет к сокращению потребления на 1–10%.

Доходы домашних хозяйств, эластичность спроса по доходу и потребление продуктов питания

Изменение доходов служит важным структурным стимулятором изменения рационов питания во всем мире (33). Как отмечалось выше, рационы питания заметно меняются по мере движения страны вверх по шкале уровня доходов: происходит переход на новый рацион питания. Население стран с низким доходом в основном озабочено удовлетворением потребностей в энергии путем потребления недорогих, богатых углеводами зерновых. По мере роста доходов увеличивается спрос на мясо, фрукты, овощи и полуфабрикаты. При дальнейшем росте доходов повышается спрос на продукты высокого качества и продовольственные товары, удовлетворяющие социальным критериям, таким как защита животных и забота о состоянии окружающей среды.

Сегодня в условиях роста доходов доля затрат на продукты питания в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в среднем упала до 13% (в прошлом поколении она составляла 25%) (23). Абсолютная величина расходов на питание возрастает по мере того, как рационы питания становятся более разнообразными и включают больше готовых к употреблению и переработанных продуктов. В табл. 9.1 показаны доля бюджета и эластичность спроса по доходу по категориям продуктов питания в странах с низким, средним и высоким доходом. Эластичность спроса по доходу служит показателем восприимчивости объема спроса на единицу изменения дохода (33). Например, если доход возрастает на 10%, сумма денег, затрачиваемая на питание, увеличится на 7,3% в стране с низким доходом, но лишь на 3,4% в стране с высоким доходом.

При изменении цен потребители в странах с низким доходом склонны к замещению дешевых продуктов более дорогими в рамках одной и той же категории продуктов питания, например, к замене кукурузы на пшеницу. Потребители со средним доходом, возможно, перейдут на продукты

Таблица 9.1. Доля бюджета и эластичность доходов по категориям продуктов питания в странах с низким, средним и высоким доходом

Категория потребления	Доля бюджета			Эластичность спроса по доходу		
	Низкий доход	Средний доход	Высокий доход	Низкий доход	Средний доход	Высокий доход
Все продукты питания	0,53	0,35	0,17	0,73	0,60	0,34
Зерновые	0,27	0,18	0,12	0,53	0,37	0,17
Мясо	0,15	0,18	0,18	0,78	0,64	0,36
Молочные продукты	0,08	0,11	0,10	0,86	0,69	0,38
Фрукты и овощи	0,20	0,18	0,14	0,64	0,51	0,28
Напитки и табак	0,09	0,14	0,26	1,25	0,84	0,44

за пределами категории зерновых, например, на мясо, фрукты и овощи. Для потребителей с высоким доходом продукты питания составляют столь незначительную часть общего бюджета домашнего хозяйства, что изменения в цене могут привести лишь к незначительной корректировке структуры потребления пищевых продуктов (35). Однако даже небольшие изменения могут иметь значение для здоровья.

Как отмечалось выше, изменение в выборе продуктов питания при росте доходов означает сдвиг в сторону рациона питания с высоким содержанием насыщенных жиров, сахара и соли и низким содержанием пищевых волокон, что влечет за собой увеличение ИМТ, повышение уровня липидов в крови и рост кровяного давления. Используя в экологическом исследовании данные по 100 странам, Ezzati et al. (15) обнаружили, что в странах с самым высоким доходом (за исключением США) среднее значение ИМТ и уровень холестерина в крови у населения по отношению к национальному доходу возросли, затем выровнялись и в конечном итоге несколько снизились. Кроме того, среднее значение ИМТ и уровень холестерина были тесно и положительно связаны со степенью урбанизации в стране; при этом кривая выравнивалась, когда доля городского населения достигала 60%. Возможным объяснением снижения уровня холестерина в крови при более высоких доходах является изменение рациона питания в пользу увеличения потребления фруктов и овощей, сокращение употребления соли, а также прием фармацевтических средств. Данное исследование указывает на то, что профилактика ожирения должна быть приоритетной задачей, особенно в период экономического роста и урбанизации, когда повышение распространенности ожирения происходит наиболее быстрыми темпами. Следует уделять внимание беднейшим слоям общества, которые, вероятно, наиболее подвержены воздействию изменения доходов, так как тратят дополнительный доход на рацион питания с более высоким содержанием жиров.

Цены и ценовая эластичность спроса на продукты питания

Ценовая эластичность спроса на продукты питания служит мерой восприимчивости количественного спроса к изменению цены единицы продукции. Ценовая эластичность спроса на различные пищевые продукты сокращается по мере роста доходов, то есть чем выше благосостояние потребителей, тем они меньше реагируют на изменение цен на продукты (33). Ценовая эластичность может быть определена на основе исследований бюджетов домашних хозяйств. Она значительно варьируется как в зависимости от типа продуктов питания, так и от страны к стране (32). В целом при уровнях доходов, достигнутых в Европе и США, спрос на продукты питания сравнительно неэластичен к ценам (эластичность в пределах от -1 до $+1$), по сравнению с другими видами потребления, такими как активный отдых, транспорт и услуги здравоохранения. Для безалкогольных напитков ценовая эластичность спроса колеблется от $-0,4$ до $-0,7$ (36), в тех же пределах, что и для табака и вина; при этом в целях снижения уровня потребления большинство стран с успехом применяют налоги.

В целом спрос на продукты питания в странах со средним и высоким доходом сравнительно неэластичен по отношению к ценам. Поскольку себестоимость сахара и жиров составляет столь малую часть розничной цены переработанных продуктов питания, налоги в этих странах должны быть достаточно высокими (на уровне акцизов на алкогольную продукцию), чтобы реально влиять на сокращение потребления.

Цены на продукты питания и неравенства в отношении здоровья

В исследованиях начинает проследиваться связь между низкой себестоимостью продуктов питания и эпидемией ожирения, особенно в отношении продуктов с высокой энергетической плотностью. Drewnowski (37) утверждает, что социальные различия в уровнях ожирения объясняются чисто экономическими факторами. Рационы питания на основе очищенного зерна, добавления сахара и жиров более доступны по стоимости, чем рекомендуемые рационы питания на основе постного мяса, рыбы, свежих фруктов и овощей. Домашние хозяйства с низким доходом чаще употребляют менее дорогостоящие продукты питания. Такие рационы также обладают более высокой энергетической плотностью, что ведет к повышенному потреблению энергии и ожирению. Например,

в Швеции стоимость клубники примерно равна стоимости конфет в пересчете на единицу веса (около 6,4–7,5 евро за 1 кг), но в 10 раз дороже в пересчете на единицу энергии.

Недавно проведенное в Швеции – стране с высоким доходом – исследование показало, что здоровый рацион питания не обязательно обходится дороже, чем менее здоровый. Как свидетельствуют расчеты, средний потребитель тратит на питание около 2 200 евро в год. Доля продуктов с низким содержанием питательных веществ, таких как кофе, чай, алкоголь, минеральная вода, закуски, сладости, пирожные, жирные сыры и т.д., составила 42% общей суммы расходов на питание, что соответствует 900 евро в год. Если покупку этих продуктов сократить наполовину и при этом вдвое увеличить приобретение фруктов и овощей, то корзина здорового питания окажется дешевле средней корзины (38). Это говорит о том, что, по крайней мере в Швеции, потребители много тратят на продукты с высокой энергетической плотностью и низким содержанием питательных веществ и что здоровый рацион питания не обязательно обходится дороже, чем нездоровый. Населению необходимы знания и способность противостоять натиску со стороны торговли, чтобы избегать бедных питательными веществами продуктов, а это может оказаться весьма трудной задачей, особенно для детей.

Налоги и дотации на продукты питания

Согласно экономической теории всеобщего благосостояния, государственное вмешательство в функционирование рынка, такое как введение налогов и дотаций на продукты питания, оправдано в случае провалов рынка, когда субъекты рынка обладают неполной информацией и/или имеют место экстерналии (39). Применительно к ожирению присутствуют как информационная асимметричность, так и внешние издержки (для налогоплательщиков), что служит обоснованием для применения экономических механизмов (40). Диспропорции в информации между массовой рекламой нездоровой пищи и знаниями населения о здоровой пище, усвоенными, например, благодаря санитарному просвещению, приводят к информационной асимметричности (39). Продвижение нездоровых продуктов питания и газированных напитков, содержащих много сахара, жиров и алкоголя, может содействовать игнорированию покупателями информации о негативных последствиях для здоровья этих весьма аппетитных продуктов. Внешние издержки присутствуют здесь в виде прямых и косвенных затрат (которые несут налогоплательщики как группа населения), связанных с заболеваниями пищевого происхождения и ожирением.

Налоги на продукты питания и напитки, также известные как акцизы, применяются повсюду в Европе и США, но во всех странах региона (за исключением, пожалуй, Норвегии) их цель состоит не в содействии укреплению здоровья населения, а в увеличении поступлений в бюджет (30). В некоторых европейских странах (Дания, Нидерланды, Норвегия, Финляндия и Франция), 19 штатах и городах США и нескольких провинциях Бельгии и Канады безалкогольные напитки и/или сладости выборочно облагаются налогом. В Дании и Норвегии самые высокие в Европе налоги на безалкогольные напитки (0,21 евро за литр). В Дании после повышения налоговых ставок внутренние продажи сократились (41), но увеличился импорт из соседних стран, и в результате общий объем потребления остался без изменений (42).

Влияние маркировки и заявлений об оздоровительной и питательной ценности на выбор продуктов питания

Сегодня информация о продуктах питания поступает к потребителям из нескольких источников, включая телевидение, печатные средства массовой информации, текст на упаковке товара (маркировка и заявление об оздоровительной ценности), санитарное просвещение, Интернет и рекламу. Маркирование продуктов питания, помимо осуществления права потребителей на информацию, служит также потенциально важным элементом общей стратегии борьбы с неинфекционными болезнями. В условиях широкой доступности продуктов питания необходим осознанный контроль над массой тела (8); при этом надлежащее маркирование продуктов питания может служить одним из путей обеспечения каждого потребителя информацией и средствами, необходимыми для осознанного регулирования энергетического баланса и укрепления здоровья.

Маркировка продуктов питания по составу

Маркировка продуктов питания по составу определяется как перечень питательных веществ на этикетке пищевого продукта, сопровождаемый в той или иной форме указанием количественного состава. По законодательству ЕС маркировка по составу на упаковке продукта обязательна только в том случае, если делается заявление об оздоровительной ценности продукта (43). Исследование, проведенное в четырех странах ЕС, свидетельствует, что 56% из 2 954 обследованных товаров содержали маркировку по составу в виде таблицы (44). Наиболее полный охват товаров маркировкой был отмечен в Соединённом Королевстве (75%), Испании (54%), Германии (50%) и Польше (41%). Чаще всего в категорию маркируемых пищевых продуктов входят сухие завтраки, маргарин, супы и замороженные овощи. В наиболее распространенных видах маркировки перечисляются четыре (энергетическая ценность, содержание жиров, углеводов и протеина) или восемь характеристик питательных элементов (добавляется содержание насыщенных жиров, сахара, натрия и клетчатки).

Непосредственными целями принятого в США в 1990 г. «Закона о маркировке продуктов питания и просвещении в области питания» были повышение осведомленности населения о содержании питательных веществ в пищевых продуктах и стимулирование производителей пищевых продуктов к совершенствованию питательных характеристик своей продукции. Разработанные во исполнение этого закона правила маркирования пищевых продуктов, полностью вступившие в силу в 1994 г., предоставляют потребителям беспрецедентный объем информации о питательной ценности путем введения обязательного маркирования практически всех переработанных пищевых продуктов. Содержание перечня данных о питательной ценности, регулируемое Администрацией по контролю за продуктами питания и лекарствами США, устанавливается индивидуально для пищевого продукта или категории продуктов и указывает количество порций в одной упаковке и основные питательные вещества в одной порции в процентах к суточному рациону питания, составляющему в сумме 8,3 МДж (2000 ккал). Размеры порций, указанные на этикетке, стандартизированы таким образом, чтобы потребители могли сравнивать информацию о пищевой ценности разных продуктов. На введение в США обязательной маркировки производители продуктов питания отреагировали созданием более здоровых продуктов; в период с 1995 по 1998 г. на рынок было выпущено более 6500 продуктов с пониженным содержанием жиров (45).

Европейская комиссия пересматривает директиву ЕС о маркировке продуктов питания; предложение от нее, как ожидается, поступит в течение 2007 г. Вопросы, обсуждаемые в процессе внесения поправок, включают добровольное либо обязательное маркирование пищевой продукции, количество и характер указываемых питательных веществ, формат представления информации (содержание питательных веществ, выраженное в единицах измерения и/или процентах), связь с рекомендациями о здоровом рационе питания (включая упоминание о потенциальном негативном воздействии определенных ингредиентов продукта) и наиболее приемлемое количество для указания питательного состава, например, информация о содержании в одной порции (46).

Результаты маркирования пищевых продуктов

В ходе совместных консультаций ВОЗ/ФАО (47) было установлено, что высокий уровень потребления продуктов с большой энергетической плотностью и низким содержанием питательных веществ увеличивает риск набора веса и ожирения и что потребление большого количества пищевых волокон снижает этот риск. Знание о том, какое влияние оказывает маркировка продуктов питания на выбор пищевых продуктов потребителями, важно для разработки политики. До сих пор исследования результатов маркирования пищевых продуктов ставили целью главным образом определить, в какой степени потребители пользуются маркировками продуктов питания и насколько понятными являются указанные в них сведения. О воздействии на выбор продуктов и общий рацион питания потребителей известно мало, и практически нет никаких данных о воздействии маркировки продуктов питания на потребление пищевой энергии населением.

В основу данного обзора положены три основных доклада, выводы которых базируются, по существу, на одних и тех же исследованиях. Европейская кардиологическая сеть опубликовала единственный на данный момент систематический обзор, посвященный пониманию маркировок

продуктов питания потребителями (48). ВОЗ выпустила доклад о глобальной нормативно-правовой среде в области маркирования пищевых продуктов и заявлений об оздоровительной ценности продуктов питания, включающий раздел о влиянии маркировки продуктов питания на выбор пищевых продуктов и рациона питания (49). Организация European Advisory Services по поручению Европейской комиссии провела оценку воздействия маркирования пищевых продуктов (44).

Из 129 исследований, включенных в обзор Европейской кардиологической сети (48), лишь 5% были признаны высококачественными. Только около трети перечисленных исследований проводились в реальной ситуации, когда люди действительно принимали решения о приобретении продуктов питания. Многие исследования базировались на данных самооценки или использовали выборки добровольных участников, чьи взгляды могли быть нетипичными для населения в целом. Исследования охватывали в основном белое население, причем женщины по численности преобладали над мужчинами. Четыре работы были посвящены исследованиям групп населения с низкими доходами.

Женщины и лица с более высоким доходом и образовательным уровнем были в большей степени склонны изучать этикетки. Те, кто их читает, сообщили, что используют информацию, содержащуюся в маркировке продуктов питания, чтобы избежать определенных питательных веществ и оценивать содержание тех или питательных элементов (в частности, жиров, калорий и сахара) в конкретных продуктах. Хотя участники опросов сообщали, что активно пользуются информацией на маркировках пищевых продуктов, более объективные данные свидетельствуют, что реальное использование маркировок при покупке продуктов питания намного ниже. Те, кто проявлял особый интерес к вопросам здоровья или положительное отношение к рациону здорового питания, сообщали, что читают маркировки более внимательно. Причины, по которым опрошенные не читали этикеток, включали отсутствие времени, размер шрифта на упаковке, непонимание терминов и сомнения в достоверности информации.

В докладе, подготовленном по поручению Европейской комиссии (44), содержится вывод, что существующие научные исследования не позволяют дать количественную оценку пользы для здоровья, связанной с маркированием пищевых продуктов как таковым, или сделать о ней обоснованные выводы. Имеющиеся исследования подтверждают предположение о полезности маркирования, однако необходимо более целенаправленное изучение вопроса. Тем не менее отсутствие четкой и понятной информации о питательной ценности продуктов может серьезно повредить другим инициативам, направленным на улучшение рационов питания потребителей и снижение ущерба для здоровья, связанного с неудовлетворительным питанием.

Опросы, проведенные в США, свидетельствуют, что использование маркировок влияет на выбор продуктов питания среди значительной части потребителей. По данным исследования, проведенного в 1994 г., после того как маркирование пищевых продуктов стало обязательным (49), 54% потребителей сообщили, что изменили решение о покупке или употреблении продукта в первый раз, потому что прочитали новую этикетку, а 27% указали, что перестали покупать некоторые продукты. Чаще всего причиной таких изменений был уровень содержания жиров. Использованием маркировки объяснялось 6% изменений в потреблении жиров среди жителей штата Вашингтон (50). Лица, которые пользовались маркировкой продуктов питания, получали меньшую долю калорий (в процентах к суточному потреблению) из жиров, насыщенных жиров, холестерина и натрия и потребляли больше клетчатки (51). Другое исследование обнаружило связь между использованием маркировок и рационами с более высоким содержанием витамина С и снижением потребления холестерина, но не выявило связи с какими-либо другими пищевыми компонентами (52).

Весной 2005 г. по поручению Европейской организации потребителей (BEUC, федерации, объединяющей 40 независимых национальных организаций потребителей из ЕС, стран – кандидатов на вступление в ЕС и государств Европейской экономической зоны, со штаб-квартирой в Брюсселе) было проведено исследование по вопросу о понимании потребителями значения питательного состава и маркировки продуктов питания (53). Исследование проводилось в Венгрии, Германии, Дании, Испании и Польше, отражая европейское многообразие условий (Северная Европа, Центральная и Восточная Европа и Южная Европа). Участниками исследования были потребители, в обязанности

которых входила закупка продуктов для домохозяйства; 75% из 3000 опрошенных составляли женщины. Чуть больше половины респондентов были отнесены к категории людей с нормальным весом (ИМТ 18–25); 35% имели избыточный вес и 12% страдали ожирением.

Опросы проводились на дому, где респондентам показывали различные образцы продуктов. Интервьюируемые проявили большой интерес к вопросам питания, но продемонстрировали низкий уровень знаний; например, 66% респондентов считали, что продукт с очень высоким содержанием углеводов и сахара имеет довольно высокую или очень высокую питательную ценность. Кроме того, 81% были заинтересованы в том, чтобы на этикетке содержалась информация для потребителя, включая содержание жиров, сахара, витаминов, холестерина, углеводов, минеральных веществ, калорий, протеинов, пищевых волокон, натрия или соли, а также насыщенных или ненасыщенных жирных кислот. Однако опрошенные, как правило, не читали сведения о питательной ценности продукта; чаще всего их интересовала информация о цене, сроке годности или сроке реализации продукта и торговой марке. Основными источниками информации о питании для них служили телевидение и печатные средства массовой информации. Кроме того, 77% тех, кто считал, что маркирование пищевых продуктов нуждается в улучшении, хотели бы видеть на упаковке продукта питания показатель, характеризующий его пищевую ценность. Они согласились, что система маркирования должна быть упрощенной и включать размещение информации о высоком, среднем или низком уровне содержания жиров, сахара или соли на лицевой стороне упаковки. Даже потребители, сказавшие, что их не интересуют вопросы питания, хотели бы видеть такого рода упрощенную систему маркирования на упаковках пищевых продуктов.

В США Институт медицины Национальной академии наук опубликовал ряд рекомендаций по профилактике детского ожирения; Администрации по контролю за продуктами питания и лекарствами США было рекомендовано изменить содержание информации для потребителя с тем, чтобы на упаковке продуктов, обычно потребляемых за один раз, на видном месте размещался показатель общей энергетической ценности, в дополнение к стандартному показателю энергетической ценности и процентной доле типового суточного рациона, равного 8,3 МДж (2000 ккал) (54). Необходимо проводить больше исследований по проблемам понимания и использования маркировки продуктов питания потребителями, таким как понимание и использование информации для потребителя в реальных ситуациях, точные методы оценки ее понимания и использования, мотивы использования, меры по стимулированию использования маркировки, а также зависимость между чтением информации для потребителя и качеством рациона питания (55).

Таким образом, существующие научные исследования не позволяют количественно оценить пользу для здоровья, связанную с маркированием пищевых продуктов как таковым, или сделать какие-либо обоснованные выводы. Большинство потребителей полагают, что используемый в настоящее время формат этикетки вводит покупателя в заблуждение, и при этом предпочитают краткую, простую информацию. Отсутствие четкой и понятной информации о питательной ценности пищевых продуктов может серьезно повредить другим инициативам по улучшению рационов питания потребителей.

Заявления производителей об оздоровительной ценности продуктов питания

Заявления об оздоровительной ценности продуктов питания описывают отношение между состоянием здоровья и категорией продуктов питания, отдельно взятым продуктом или его ингредиентами. В Европейском союзе Регламент (ЕС) № 1924/2006 Европейского парламента и Совета от 20 декабря 2006 г., касающийся заявлений о питательной и оздоровительной ценности, приводимых на пищевых продуктах (56), «гармонизирует положения, заложенные в законодательстве, нормативных актах или административных мерах в государствах-членах, относящиеся к заявлениям об оздоровительной и питательной ценности». Регламент поручает Европейскому управлению по безопасности продуктов питания провести оценку оптимального научно обоснованного стандарта в отношении заявлений об оздоровительной и питательной ценности для всех пищевых продуктов, на которых приводятся заявления о питательной и оздоровительной ценности, и обеспечить, чтобы эта информация была понятна среднему потребителю. Регламент запрещает размещение обобщенных или неконкретных заявлений об общем улучшении состояния здоровья и благополучия; заявлений о полезности

для выполнения поведенческих и психологических функций; заявлений, касающихся снижения веса; заявлений о том, что отказ от употребления данного продукта может повлиять на состояние здоровья; заявлений об оздоровительной ценности алкогольных напитков; заявлений о «проценте обезжиренности»; и заявлений, относящихся к продуктам питания с определенным профилем питательной ценности. Заявления о снижении риска заболеваний допускаются с разрешения Европейского управления по безопасности продуктов питания.

Администрация по контролю за продуктами питания и лекарствами США утвердила 14 различных заявлений об оздоровительной ценности, которые могут быть размещены на упаковке продуктов питания с целью привлечения внимания как к рискам, так и к полезности, например, о взаимосвязи между сердечными заболеваниями и потреблением насыщенных жиров; раком и потреблением фруктов и овощей; ишемической болезнью сердца и потреблением фруктов, овощей, зерновых и растворимой клетчатки. В 2000–2001 гг. около 4% продаваемых продуктов имели на упаковке заявление об оздоровительной ценности (54). Для использования в маркировке продуктов питания заявлений об оздоровительной и питательной ценности необходимо их предварительное утверждение Администрацией по контролю за продуктами питания и лекарствами США.

Влияние заявлений об оздоровительной ценности

Заявления об оздоровительной ценности размещаются с целью привлечь внимание потребителей и повлиять на их поведение. По данным проведенного в 2005 г. исследования BEUC почти 60% опрошенных сообщили, что постоянно или часто обращают внимание на такие заявления (53); 80% указали, что такие заявления бросаются в глаза (заявления об оздоровительной ценности часто размещаются на упаковках на самом видном месте), а 70% считают их легко воспринимаемыми. Потребители предпочитают краткие, лаконичные формулировки длинным и сложным. В среднем 50% опрошенных сказали, что доверяют заявлениям, однако разброс ответов очень велик. В Дании, где такие заявления (и обогащение продуктов питания микроэлементами и витаминами) строго регламентированы, лишь одна треть респондентов ответила, что доверяет заявлениям о питательной ценности, в отличие от 70%-ного показателя в Германии.

Большинство потребителей отмечают, что не очень хорошо знакомы с понятием питательной ценности, но доверяют заявлениям, потому что доверяют торговой марке. Результаты исследования свидетельствуют, что заявления – это единственный и наиболее действенный фактор, связанный с питанием, который определяет выбор продуктов потребителями в момент покупки. Более половины потребителей говорят, что заявления об оздоровительной ценности убеждают их купить продукт, а одна треть – что они убеждают их купить этот продукт в большем количестве (57). Как отмечалось выше, общеевропейское обследование показало, что «качество и свежесть» – важнейший фактор при выборе продуктов питания (5). Заявление об оздоровительной ценности может рассматриваться как необходимый потребителям показатель качества.

Одна из проблем воздействия заявлений об оздоровительной ценности, состоит в том, что выгоду из них, скорее всего, извлекают только заботящиеся о своем здоровье, состоятельные группы населения, которые готовы оплачивать продукты, снабженные заявлением об оздоровительной ценности, и связанную с ними дополнительную функциональную пользу; при этом обделенными оказываются потребители, не имеющие возможности платить за эти продукты надбавку к цене. Еще одна проблема заключается в том, что заявления об оздоровительной ценности, из которых следует, что потребление того или иного питательного вещества ведет к укреплению здоровья, могут способствовать чрезмерному потреблению определенных пищевых продуктов (53). Заявления об оздоровительной ценности окружают продукт неким ореолом, который может помешать стремлению потребителей получить дополнительную информацию о питании.

Hawkes (49) приходит к следующим выводам по поводу заявлений об оздоровительной ценности продуктов питания:

... на сегодняшний день недостаточно доказательств их влияния на рацион питания и состояние здоровья населения. Хотя некоторые фактические данные указывают, что потребителей будут привлекать более здоровые продукты, если на них размещены заявления об оздоровительной ценности, благоприятное или

неблагоприятное влияние заявлений об оздоровительной ценности на общий рацион питания отдельных людей (населения) неясно, так же как и относительные результаты различных типов заявлений. Слишком мало известно о роли, которую заявления об оздоровительной ценности играют в просвещении по вопросам питания, выборе продуктов и сбалансированности рациона питания. Не ясно также, кто должен нести ответственность за просвещение по вопросам питания, необходимое для максимизации пользы от заявлений об оздоровительной ценности, или за мониторинг результатов их воздействия на здоровье общества. Здесь важную роль могут сыграть нормативные акты, устанавливающие правовые рамки и уточняющие, какие заявления соответствуют требованиям, а какие следует запретить.

По мнению Европейской кардиологической сети, имеются веские, связанные со здоровьем причины, которые допускают применение обоснованных заявлений о питательной и оздоровительной ценности пищевых продуктов и отражают потребности общественного здравоохранения (58). Тем не менее существует опасность, что вследствие конкурентной борьбы, происходящей в пищевой промышленности, будет появляться все больше заявлений об оздоровительной ценности, не подтвержденных научными данными либо ориентированных на меньшинство населения или на несущественные аспекты здоровья. Поэтому Сеть рекомендует разрешать размещение заявлений о питательной и оздоровительной ценности, только если они научно обоснованы, актуальны для общественного здравоохранения и сформулированы так, чтобы не вводить публику в заблуждение.

Заявления об оздоровительной ценности должны соответствовать целям и задачам общественного здравоохранения. В противном случае заявления об оздоровительной ценности, относящиеся к продуктам с нежелательным профилем питательной ценности (см. ниже), таких как сладости, жирные и соленые закуски, могут повредить идеям здорового питания. Профили питательной ценности применяются также и за пределами Европы. Австралия, Канада, Новая Зеландия и США уже ввели или намерены ввести ограничения, связанные с питательной ценностью или другими аспектами питания, на содержание заявлений об оздоровительной ценности и дополнительное внесение в пищевые продукты витаминов и минеральных веществ (59).

Статья 4 Регламента ЕС, касающегося заявлений о питательной и оздоровительной ценности, приводимых на пищевых продуктах (56), посвящена профилю питательной ценности: «Профили питательной ценности пищевых продуктов и/или определенных категорий пищевых продуктов определяются, в частности, с учетом: (а) количества определенных питательных и других веществ, содержащихся в пищевых продуктах, таких как жир, насыщенные жирные кислоты, транс-изомеры жирных кислот, сахар и соль/натрий; ...» Таким образом, статья 4 способствует укреплению общественного здоровья и усилению защиты потребителей, предусматривая, что для получения права на размещение заявления об оздоровительной и питательной ценности пищевой продукт в целом должен удовлетворять определенным пищевым критериям, подтверждающим, что он вносит реальный вклад в здоровый и питательный рацион.

Таким образом, фактических данных о результатах воздействия заявлений об оздоровительной ценности продуктов питания на общественное здоровье недостаточно; слишком мало известно об их роли в просвещении по вопросам питания, выборе пищевых продуктов и обеспечении сбалансированного рациона питания.

Схемы и символы для определения профиля питательной ценности

Составление профиля питательной ценности можно определить как науку о классификации пищевых продуктов по их питательному составу. Оно может использоваться, например, для правового регулирования заявлений о питательной и оздоровительной ценности, ограничений на маркетинг пищевых продуктов, ориентированный на детей, а также стандартов состава пищевых продуктов, продаваемых в школах. Многие системы определения профиля питательной ценности внедрены или предлагаются к внедрению как в Европе, так и за ее пределами; в их числе можно назвать Health Check в Канаде, Pick and Tick в Австралии и Snack Wise Nutrition (руководство по торговле закусками в школах) в США (60). В Соединённом Королевстве Агентство по продовольственным стандартам разработало систему составления профиля питательной ценности, согласно которой продуктам присваиваются

баллы в соответствии с уровнем содержания калорий, насыщенных жиров, общим содержанием сахара и натрия и вычитаются баллы за содержание протеина, пищевых волокон, фруктов и овощей. На основе балльной системы пищевые продукты можно распределить по категориям «высокое содержание насыщенных жиров, соли или сахара», «средний продукт» или «более здоровый выбор» (61).

Ниже представлено несколько систем определения профилей питательной ценности, а также символы, используемые для обозначения этих профилей.

«Зеленая замочная скважина» (Швеция)

Знак «Зеленая замочная скважина» был введен для маркирования пищевых продуктов в 1980-х гг. в рамках регионального проекта по укреплению здоровья, направленного на сокращение заболеваемости ишемической болезнью сердца на севере Швеции. В 1989 г. шведское Национальное управление по продовольствию внесло этот символ в шведский Свод законов. Символ используется на добровольной основе, а Национальное управление по продовольствию устанавливает критерии маркирования.

Критерии для маркирования знаком «Замочная скважина» были пересмотрены в 2004 г. и сейчас включают общее содержание жиров, вид жиров (насыщенные жиры плюс трансжирные кислоты), содержание добавленных очищенных или цельных сахаров, соли в виде хлорида натрия, а также пищевых волокон. Для готовых к употреблению блюд установлены требуемое (минимальное и максимальное) содержание энергии и минимальное количество овощей (80 г). Из маркировки исключены мороженое, сухое снятое молоко, молочный сыр и печенье. Система маркирования знаком «Замочная скважина» опирается на оценку относительных, а не абсолютных показателей и построена на сопоставлении уровней питательных веществ в данной группе продуктов питания (62).

В рамках проекта по укреплению здоровья, для которого был создан этот символ, была предпринята попытка оценить воздействие маркирования знаком «Замочная скважина» на здоровье населения. Однако это оказалось очень трудной задачей, поскольку информация о символе распространилась за пределы района вмешательства и, таким образом, отсутствовала четко выделенная зона контроля (63). Общенациональный обзор, проведенный в 1995 г., показал, что 6% населения выбирает продукты с символом «Замочная скважина» постоянно, 32% – часто, 25% – от случая к случаю и 36% – никогда (63).

В 1996 г. был проведен опрос женщин в юго-западных районах Швеции с целью определить, ассоциируется ли данный символ с потреблением пищевых жиров и волокон: 62% женщин правильно понимали значение символа. Среднее значение ИМТ было значительно выше среди женщин, которые больше знали о символе, но особой разницы в общем потреблении жиров или пищевых волокон между группами не наблюдалось. Из этого был сделан вывод, что участники понимали значение кампании, но их поведение в отношении рациона питания не отвечало идее снижения содержания жиров (64). Аналогичное исследование, проведенное несколько лет спустя, показало, что 53% мужчин и 76% женщин понимали смысл символа, а также что мужчины и женщины, знавшие о символе, по-видимому, усвоили его смысл, связанный с низким содержанием жиров (65). Однако некоторые подгруппы, в частности менее образованные люди, не связывали смысл символа со своим рационом питания.

По данным исследования, проведенного статистической службой Швеции в 2003 г. (до пересмотра критериев), население Швеции было широко осведомлено (69%), что знак «Замочная скважина» указывает на продукты с низким содержанием жиров, но меньше знало (24%) об указании на высокое содержание пищевых волокон. Примерно 37% считали, что этот символ означал «низкокалорийный» продукт (66).

Символ «Сердце» (Финляндия)

В 2000 г. Финская кардиологическая ассоциация и Финская диабетическая ассоциация ввели символ «Сердце», указывающий на предпочтительный выбор внутри определенной группы продуктов в отношении жиров (общее содержание и качество жиров), натрия, холестерина (в некоторых группах продуктов) и пищевых волокон (в одной группе продуктов). Группы продуктов включают молоко и молочные продукты, жиры и растительное масло, мясные продукты, хлеб и крупы, продукты, готовые

к употреблению, полуфабрикаты, пищевые компоненты, специи, приправы и соусы. В октябре 2005 года 247 продуктам 29 компаний было присвоено право маркировки этим символом. Символ широко рекламировался с использованием телевидения, радио, Интернета, размещался на тележках в супермаркетах, пропагандировался в газетах, на ярмарках и в журналах (67). Целевыми группами маркетинга являются предприятия пищевой промышленности, потребители, поставщики продуктов питания или предприятия розничной торговли, сектор здравоохранения и группы интересов.

Регулярно проводимые исследования рыночной конъюнктуры изучают, как используется символ. Данные за декабрь 2005 г. свидетельствуют, что его смысл понимали 82% населения (89% женщин и 76% мужчин). Более 40% использовали его как руководство при выборе более здоровых продуктов. Символ не оценивался с точки зрения влияния на состав рациона питания или потребление энергии (информация получена по запросу от секретаря проекта Мари Олли, Финская кардиологическая ассоциация).

Система знаков в Соединённом Королевстве

Агентство по продовольственным стандартам Соединённого Королевства проводит оценку эффективности различных подходов к маркированию пищевых продуктов с точки зрения понятности для потребителей и простоты выбора здоровой пищи. Рассматриваются две основных схемы: предлагаемая Агентством система цветовой кодировки в виде светофора, которая показывает уровень содержания основных питательных веществ (жиры, насыщенные жиры, сахар и соль), и система, предлагаемая отраслями пищевой промышленности, в которой представлены рекомендуемые значения суточного объема потребления этих и дополнительных питательных веществ по усмотрению производителя.

Потребительские организации и НПО в области здравоохранения в целом поддерживают систему «светофора», и некоторые предприятия пищевой промышленности приняли этот подход, тогда как другие компании продолжают поддерживать систему рекомендаций по суточному объему. Результаты исследования, в котором приняли участие свыше 2600 чел. в Соединённом Королевстве, показали, что размещение знаков о питательных свойствах на лицевой стороне упаковки помогает потребителям быстро и точно оценить питательную ценность продуктов. Потребители особенно заинтересованы в размещении знаков на сложных переработанных продуктах. Данные продовольственных компаний о продажах с использованием системы знаков свидетельствуют о переориентации потребителей на более здоровые продукты в одной и той же категории продуктов питания (68).

Таким образом, данных о результатах воздействия продовольственных символов на поведение в отношении рациона питания, ожирения и здоровья населения мало. Большинство потребителей распознают такие символы и, по-видимому, понимают их значение и связанные с ними пропагандистские кампании.

Роль сельскохозяйственной и торговой политики в потреблении продуктов питания в Европе

Главная цель сельскохозяйственной политики, в том числе Единой сельскохозяйственной политики ЕС, состоит в обеспечении продовольственной безопасности населения. В настоящее время роль сельскохозяйственной политики стала значительно более сложной, хотя ЕС не меняет своих целей и задач с 1962 г.

Тем не менее, сельскохозяйственная политика оказывает глубокое воздействие на модели потребления продуктов питания, поскольку она обеспечивает стимулы для производства определенных продуктов питания, оказывая им поддержку на рынке. В общей сложности страны ОЭСР ежедневно расходуют на сельскохозяйственные субсидии почти 1 млрд долл. США (69). Это выглядит как парадокс, если принять во внимание громадные излишки продовольствия, существующие сегодня в странах с высоким доходом. Другой парадокс заключается в том, что субсидирование сельского хозяйства поднимает цену продуктов питания в результате потерь в эффективности производства (70), что фактически ограничивает потребление. Излишки продовольствия либо экспортируются с дотациями (на долю ЕС приходится 90% всех экспортных субсидий, применяемых странами ОЭСР),

либо в рамках помощи потреблению продаются предприятиям по производству продуктов питания и кормов и заканчивают свой путь в продовольственной цепочке европейцев (71). Lang и Heasman (9) назвали эту систему «парадигмой производства». Данный термин описывает индустриализацию производства продуктов питания, важнейшим аспектом которой служит количественный показатель.

Международная торговля расширяет ассортимент и доступность продуктов питания для потребителей во всем мире (72). Торговля обеспечивает доступ к свежим фруктам и овощам круглый год, что привело к росту потребления в мировом масштабе (73). Торговая политика тесным образом связана с сельскохозяйственной политикой, так как ее осуществление часто бывает необходимо для поддержки программ содействия отечественному сельскому хозяйству (70). Центральным механизмом торговой политики является применение импортных тарифов для защиты отечественных рынков. Ставки тарифов на отдельные сырьевые товары значительно различаются. В Европе к тропическим продуктам, таким как кофе в зернах, обычно применяется более низкий уровень протекционизма, тогда как в отношении товаров, составляющих прямую конкуренцию отечественной продукции, таких как рис, пшеница, мясо, фрукты и овощи, могут устанавливаться гораздо более высокие барьеры. В некоторых случаях снижение торговых барьеров сказывается на торговле, но не может изменить потребления, если потребители напрямую заменяют импортные товары товарами отечественного производства. В других случаях изменение тарифных барьеров способно серьезно повлиять на потребление.

Сельскохозяйственная и торговая политика оказывает сложное воздействие на питание и здоровье. В силу существования отдельных правил в отношении каждого сырьевого товара последствия следует рассматривать по отдельности.

Единая сельскохозяйственная политика ЕС доминирует в сельскохозяйственном секторе Европейского региона ВОЗ благодаря членству стран в ЕС или их участию в торговых соглашениях с ЕС. Эта политика была введена в 1962 г., когда Европа все еще страдала от дефицита продовольствия в результате Второй мировой войны. Фермерам предоставлялись экономические стимулы, чтобы удержать их на земле, что нашло отражение в пяти целях Единой политики (74). Сохранение поддержки доходов фермеров стало ее главной целью, которая вступает в противоречие с политикой в области здравоохранения, потребления, охраны окружающей среды и развития (75–78). В следующем разделе приводятся примеры того, как Единая сельскохозяйственная политика влияет на структуру продовольствия и как это мешает достижению целей в области общественного здравоохранения и питания.

Фрукты и овощи

Увеличение потребления фруктов и овощей до 400–600 г в день, требующее повышения текущего уровня их потребления в большинстве европейских стран не менее чем вдвое, приведет к снижению заболеваемости различными видами рака, ишемической болезнью сердца, инсультом и ожирением (79,80). Организация рынка фруктов и овощей включает применение мер по изъятию сельскохозяйственной продукции с целью поддержания цен на нее путем ограничения доступности товаров в период сезонного перепроизводства в целях защиты европейских фермеров от конкуренции. За последнее десятилетие изъятие высококачественной продукции, производимое с выплатой компенсации, сократилось, но 80% изъятной продукции до сих пор уничтожается, даже несмотря на то, что правила предписывают использовать ее в первую очередь для потребления. Модельное исследование, проведенное в Нидерландах, показало, что в случае продажи и потребления всей изъятной продукции произошло бы некоторое увеличение ожидаемой продолжительности жизни (на 2–6 дней) (81).

Кроме того, к мерам защиты внутреннего рынка добавляется широкий разброс импортных тарифов – от 10% до 140% цены франко-граница, в зависимости от продукта и сезона. Например, повышение потребительских цен на 10% в результате применения импортных тарифов приведет к снижению потребления в среднем на 5% при предполагаемой эластичности цен $-0,5$. Это падение потребления в три раза выше снижения, вызванного применением изъятия. Эффект снижения потребления еще более заметен среди лиц с низкими доходами, которые более чувствительны к ценам (см. раздел

о доходах и ценах как детерминантах потребления) и имеют самый низкий уровень потребления. Таким образом, рост цен на фрукты и овощи в ЕС в результате политических мер может привести к усилению неравенства в отношении здоровья – проблеме, которую можно решить в рамках реформы здравоохранения.

Молочные продукты

В Европе более 90% населения не соблюдает предусмотренный в рекомендациях ВОЗ лимит по объему потребляемых молочных продуктов и насыщенных жиров (25). Молочный жир и жирное мясо богаты насыщенными жирами, и в целом рекомендуется ограниченное потребление этих продуктов.

На рынке ЕС производство превышает внутренний спрос примерно на 20%, что прежде приводило к скоплению целых гор годовых запасов масла на холодильных складах. Сегодня система организации единого рынка молока в ЕС предоставляет пищевой промышленности, использующей излишки масла при производстве мороженого и кондитерской выпечки, экспортные субсидии и предполагает меры содействия потреблению (80). Благодаря этому излишки масла поступают в продовольственную цепочку и способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и ожирения среди европейцев. Кроме того, ожидается рост уровня производства еще на 1–2% в результате продления действия молочных квот (национальные эталонные объемы, допускающие оказание поддержки) до 2015 г. (82). Опыт Норвегии, Польши и Финляндии (см. страновые исследования ниже) показывает, что снижение потребления насыщенных жиров животного происхождения сыграло существенную роль в резком сокращении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в этих странах, хотя данная мера первоначально встретила значительное сопротивление со стороны сельскохозяйственного сектора.

Сахар

По производству сахара ЕС занимает третье место в мире после Бразилии и Индии. У сахара здесь самая высокая себестоимость, однако, благодаря экспортным субсидиям, ЕС является вторым по величине экспортером этого продукта. Рыночная поддержка сахарного сектора в ЕС приводит к снижению эффективности производства, так как у фермеров ЕС, выращивающих сахарную свеклу, производственные издержки выше, чем у фермеров, выращивающих сахарный тростник в тропических странах. Поэтому цена на сахар, производимый в ЕС, втрое выше мировой рыночной цены, что ведет к снижению потребления в ЕС, а производители сахара здесь нуждаются в протекционистских импортных тарифах.

Несмотря на повсеместный рост потребления в мире, запасы сахара составляют 50% годового глобального потребления, что свидетельствует о перепроизводстве (83). Irz и Srinivasan (84) подсчитали, что соблюдение во всем мире норм ВОЗ, предусматривающих не более чем 10%-ную долю сахара в общем объеме потребляемых калорий, будет означать сокращение потребления, примерно равное общему объему европейского производства. По-видимому, без сахарных субсидий этот продукт вообще бы не производился в ЕС, а мировые рыночные цены возросли бы приблизительно на 20%. Таким образом, сахарные субсидии приводят к перепроизводству, которое, в свою очередь, сбивает мировую рыночную цену, что в конечном итоге ведет к увеличению потребления в мировом масштабе.

После того как ЕС на многосторонних переговорах в ВТО взял на себя обязательства по сокращению экспортных субсидий, реформа сахарной промышленности стала неизбежной. Реформа, согласованная в ЕС в феврале 2006 г., предполагает сокращение на 36% гарантированной минимальной цены на сахар и компенсаций фермерам, а также создание фонда реорганизации для стимулирования неконкурентоспособных производителей сахара к уходу из этого сектора промышленности. В течение нескольких лет ожидается сокращение производства сахара в ЕС на одну треть (6–7 млн. т). С точки зрения общественного здравоохранения это шаг в верном направлении, но с точки зрения здоровья населения сохраняющаяся помощь сектору (1,7 млрд евро в год) не обоснована. Тем не менее ситуация на рынке сахара может резко измениться в будущем, когда будет возрастать использование сахара в производстве биотоплива.

Таким образом, субсидирование сельского хозяйства в ЕС привело к перепроизводству продуктов и алкоголя и, как это ни парадоксально, к неудовлетворительному предложению фруктов и овощей. Принятие целей и рекомендаций в области питания на уровне ЕС будет иметь важные последствия для сельскохозяйственного производства, торговли, переработки и сбыта, особенно в отношении сахара, жиров, алкоголя, фруктов и овощей.

Страновые исследования

В трех странах, выбранных для проведения исследований, произошли серьезные изменения в области продовольственного снабжения и ценообразования, которые оказали существенное воздействие на потребление и привели к снижению уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Если преобразования в Норвегии и Финляндии были вызваны целенаправленной политикой в области питания на основе рекомендаций по пищевым рационам, то Польша после 1989 г. пережила политическую и экономическую революцию, которая затронула систему производства пищевых продуктов. Данные этих тематических исследований имеют большое значение для профилактики ожирения.

Норвегия

В 1946 г. Норвегия создала Национальный совет по вопросам питания, что сыграло важную роль в разработке успешной национальной продовольственной и сельскохозяйственной политики. В Совет входит 23 независимых эксперта, компетентных в различных областях, что делает его межотраслевым органом. Главной функцией Совета является выработка рекомендаций для правительства по вопросам питания и здоровья.

Первые руководящие принципы по рационам питания появились в 1954 г. В 1963 г. государственный экспертный комитет рекомендовал ограничить потребление жиров 30%-ной долей общего потребления пищевой энергии (85). Только в 1975 г., после Всемирной конференции по продовольствию, состоявшейся в 1974 г. в Риме, стортингу (парламенту) была представлена «белая книга» о политике Норвегии в области питания и продовольствия, в которой обосновывалось повышение роли государства. Этот документ был посвящен вопросам здорового питания, особенно потребления жиров, положению уязвимых групп населения, а также самодостаточности в обеспечении продовольствием. Для населения показатель потребления жиров устанавливался на уровне 35%, что явилось компромиссом между Национальным советом по вопросам питания и сельскохозяйственным лобби, которое опасалось, что более низкий уровень приведет к сокращению потребления мяса и молочных продуктов. Предложенные меры концентрировались в основном на использовании санитарного просвещения посредством телевидения и других средств массовой информации; применении налогов и субсидий на пищевые продукты; норм и правил в области предложения продуктов питания предприятиями розничной торговли, уличными торговцами и организациями, а также в сфере переработки и маркировки пищевых продуктов. Вначале эта политика осуществлялась медленно из-за сопротивления, оказываемого молочной и мясной отраслями промышленности. Однако после публикации результатов исследования, проведенного в Осло (86), которое показало, что изменения в рационе питания привели к сокращению заболеваемости ишемической болезнью сердца среди мужчин среднего возраста с высоким уровнем холестерина в крови, как население, так и политики убедились в преимуществах данной политики для здоровья населения. Правительство поощряло фермеров к производству пищевых продуктов со сниженным содержанием жиров и недопущению перепроизводства.

Благодаря этой политике расширились знания населения по вопросам питания и здоровья. Главными изменениями в рационе питания в период 1975–1993 гг. было снижение потребления жиров, главным образом насыщенных, и рост потребления овощей, фруктов и круп. Одновременно с этим у населения на 10% сократился средний показатель холестерина, что, по-видимому, во многом способствовало серьезному снижению уровня смертности от ишемической болезни сердца в Норвегии.

В 1993 г. политика в области питания и продовольствия стала частью политики в области общественного здравоохранения Норвегии. Реализацией политики в области питания и продовольствия занимаются Национальный совет по вопросам питания и Национальное управление по контролю над продуктами питания. Главные задачи, связанные с питанием, в настоящее время касаются рекомендаций, относящихся к рациону питания, грудному вскармливанию, решению проблемы неравенства в отношении здоровья и роли первичной медицинской помощи. В основу потребительской политики, включая использование дифференцированных цен, обеспечение продуктами питания, маркировку продуктов, информацию для потребителей и маркетинг, положены нормативные требования. В новой политике также сделан акцент на устойчивое развитие в сфере производства и потребления продуктов питания.

Несмотря на то что Норвегия не является членом ЕС, она связана торговыми соглашениями с ЕС и в рамках ВТО. Это создает возрастающие трудности в регулировании цен в соответствии с критериями здоровья населения (85). Рационы и модели питания меняются быстро, особенно среди молодого поколения, а кампании по вопросам здоровья уступают место агрессивному маркетингу продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли. Хотя заболевания сердца за последние три десятилетия сократились почти вдвое, доля взрослого населения, страдающего ожирением, в Норвегии сегодня находится на таком же уровне, как и в остальных скандинавских странах: около 10%.

В представленном стортингу в 2003 г. докладе (87) содержался вывод о том, что, несмотря на снижение потребления жиров и увеличение потребления круп, фруктов и овощей, потребление жиров, сахара, соли и алкоголя остается существенной проблемой в области питания. Кроме того, распространенность ишемической болезни сердца и ожирения среди взрослых и детей характеризуется значительным социальным неравенством. Правительство заявляет, что просветительские кампании являются важнейшим инструментом политики в области питания, однако в дальнейшем вновь усилятся внимание к структурным мерам, таким как регламентирование вредных для здоровья пищевых продуктов, увеличение обеспеченности здоровыми продуктами и введение рекомендаций для общественного питания.

Финляндия

Финляндия имеет давнюю традицию политических мер в области питания: первый комитет по вопросам питания был образован еще в 1936 г. (88). В 1954 г. был учрежден Национальный совет по вопросам питания в составе представителей различных групп интересов, включая сельское хозяйство, пищевую промышленность, здравоохранение, образование, научно-исследовательские институты и организации потребителей. В то время главной целью Совета было обеспечение продовольственной безопасности и увеличение потребления продуктов питания, что объясняло характер согласования общих целей в этом межотраслевом объединении заинтересованных сторон. Однако в течение последующих двух десятилетий возникло столкновение интересов между секторами здравоохранения и сельского хозяйства, когда первые, опираясь на новые научные открытия, стали выступать за сокращение потребления насыщенных жиров, на долю которых в то время приходилось более 20% потребляемой пищевой энергии. Этот конфликт проявился в неспособности Совета дать практические указания по использованию маргарина и растительного масла, в отличие от сливочного масла (88).

Однако развитие диетологии и знаний о профилактике заболеваний привело к принятию в 1978 г. политики Финляндии в области продовольствия и питания, включавшей рекомендации в области рациона питания для населения в целом и, в конечном счете, для конкретных целевых групп, а также специальные инструкции по рациону питания в школах, больницах и на работе. На последующем этапе внедрения, занявшем период 1978–1992 гг., были предложены меры в области производства и маркетинга продуктов питания, законодательства, мониторинга, ценообразования, общественного питания, просвещения по вопросам питания, а также научных исследований.

Борьба Финляндии с самым высоким в мире уровнем распространения сердечно-сосудистых заболеваний в 1960-х и 1970-х. послужила стимулом для знаменитого проекта «Северная Карелия», начатого в 1972 г. (89). Этот проект стал первой крупной мерой вмешательства на базе местных сообществ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, однако позже его задачи были

распространены на другие хронические болезни и укрепление здоровья в целом. Промежуточные цели состояли в сокращении уровня факторов риска с особым акцентом на проблеме курения и рациона питания. Использовались всесторонние меры, в том числе кампании в СМИ, мероприятия служб здравоохранения (особенно в рамках первичной медицинской помощи) и местных общественных организаций, а также средовые и политические преобразования. В течение 25 лет число курящих среди мужчин сократилось с 52% до 31%, численность употребляющих сливочное масло – с 90% до 7% населения, а средний уровень холестерина снизился на 17%. Сливочное масло было вытеснено рапсовым маслом отечественного производства, что способствовало общественному одобрению такой замены. Кроме того, повышенное кровяное давление было поставлено под контроль, возросла физическая активность досуга. Аналогичные перемены произошли в пищевых привычках, уровне холестерина и кровяного давления среди женщин. Курение среди женщин несколько возросло, но с низкого уровня.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Северной Карелии снижалась быстрее, чем в других районах Финляндии. В 1982–1997 гг. смертность от ишемической болезни сократилась на 63% (90). Около 23% достигнутого показателя снижения уровня смертности объясняется совершенствованием методов лечения, а 53–72% – изменениями распространенности факторов риска (курение, содержание холестерина в крови и артериальное давление). Самым значительным вкладом, достигнутым путем воздействия на отдельно взятый фактор риска, стало сокращение смертности благодаря значительному снижению общего уровня холестерина в крови в результате перехода на более здоровый рацион питания. В то же время смертность от рака легких снизилась более чем на 70% в Северной Карелии и почти на 60% на остальной территории Финляндии. В результате продолжительность жизни увеличилась на семь лет среди мужчин и на шесть лет среди женщин.

Опыт Финляндии иллюстрирует много ключевых факторов успеха, в том числе то, что «главной особенностью и сильной стороной программы вмешательства на уровне местных сообществ должны быть попытки изменения социальной и физической местной среды, способствующие укреплению здоровья и здоровому образу жизни» (89), что соответствует экологическому подходу к улучшению здоровья. Хорошие результаты и эффективные методы, использованные в рамках проекта «Северная Карелия», позже были распространены на всю страну, свидетельствуя о том, что крупный национальный демонстрационный проект может служить мощным инструментом благоприятного национального развития. Реклама проекта содействовала росту осведомленности о здоровом рационе питания и подготовила почву для принятия решений в области национальной политики и осуществления изменений в законодательстве. Финляндия продемонстрировала успешный пример улучшения рациона питания, несмотря на серьезное первоначальное сопротивление преобразованиям, оказанное сельскохозяйственным сектором. Однако сегодня одной из главных проблем стало ожирение.

Польша

Как и в Финляндии, в Польше смертность от сердечно-сосудистых заболеваний находилась на очень высоком уровне, хотя резкий рост произошел позже, в 1960–1991 гг., после чего стала стремительно снижаться. Это снижение происходило быстрее, чем в какой-либо другой стране в мирное время (91).

Одним из объяснений этого было серьезное изменение рациона питания: сокращение потребления насыщенных жиров за счет перехода с животных жиров на растительные, а также увеличение потребления фруктов. Однако это произошло не в результате целенаправленного изменения политики в области питания, а благодаря незапланированному эксперименту, к которому привели политические и экономические преобразования, начавшиеся в конце 1980-х годов. В отношении других потенциальных факторов, которые могли способствовать сокращению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, таких как улучшение медицинского обслуживания, сокращение курения, потребления алкоголя или снижение уровня стресса, изменения считались недостаточно значительными, чтобы стать причиной таких результатов.

Изменения в потреблении жиров приписывались меняющимся условиям рыночной конъюнктуры. Общая покупательная способность в Польше после 1989 г. сократилась, а отмена крупных

потребительских субсидий, особенно на масло и сало, привела к резкому падению продаж этих продуктов. В итоге открылись возможности для производителей растительных жиров, которые наладили широкое производство маргарина по ценам на 40% дешевле сливочного масла, что резко увеличило продажи.

Уровень смертности в Польше продолжал снижаться и в 2002 г. сократился на 38% среди мужчин среднего возраста и на 42% среди женщин среднего возраста, по сравнению с 1990 г. (92). Потребление насыщенных жиров снизилось на 7%, а полиненасыщенных, главным образом рапсового и соевого масла, возросло на 57%. В результате на 70% снизилось отношение насыщенных жиров к ненасыщенным в составе рациона питания. Это считается главной причиной снижения уровня сердечных заболеваний в Польше при весьма незначительном воздействии импорта фруктов и сокращения курения.

Пример Польши свидетельствует, что изменения в сельскохозяйственной и экономической политике, а не в политике здравоохранения могут привести к значительным изменениям в рационе питания населения, в данном случае к весьма благоприятному результату в отношении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Это говорит о пользе многоотраслевого подхода.

В итоге результаты исследований в вышеназванных странах показывают, что меры вмешательства на национальном уровне, сочетающие изменения в степени обеспеченности пищевыми продуктами и их цене с санитарно-профилактическими кампаниями, могут приводить к благоприятным и стабильным изменениям в рационе питания. Подобные успешные стратегии борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями могут многому научить, но борьба с ожирением отличается от них, это более сложная задача, требующая от правительств принятия решительных мер, которые будут вызывать более острую реакцию со стороны производителей продуктов питания.

Выводы

В настоящей главе рассмотрена информация из разных источников, в том числе научных работ, докладов правительств и международных организаций, а также информация с интернет-сайтов различных организаций о политике по вопросам питания, общественного здравоохранения и снабжения пищевыми продуктами. Этот обзор позволяет сделать следующие выводы.

Обеспеченность продуктами питания

- Увеличение обеспеченности продуктами питания в мировом масштабе представляется одним из главных факторов эпидемии ожирения.
- По мере роста доходов и урбанизации населения общество вступает в период перехода на новый рацион питания, для которого характерен сдвиг от традиционного рациона питания к рационам с высокой долей жиров, насыщенных жиров и сахара.
- Изменения в системах производства продуктов питания, ценообразования, переработки и транспортировки способствуют увеличению потребления продуктов с высокой энергетической плотностью, бедных питательными веществами, но также и росту потребления фруктов и овощей.
- Многонациональные компании розничной торговли выступают в качестве связующего звена перехода на новый рацион питания, выходя на новые рынки и разрабатывая глобальные торговые марки и стратегии маркетинга, которые формируют спрос, стимулируемый производителем.
- Обеспеченность продуктами питания таких местных структур, как школы, рабочие места, магазины и сообщества, в значительной мере определяет пищевые привычки и может рассматриваться в связи с развитием ожирения и социальным неравенством в отношении здоровья.

Цены на продукты питания

- Фактическая цена продуктов питания – самая низкая в истории; этим объясняется снижение доли расходов на питание в бюджете домашних хозяйств.
- Лица с низкими доходами более чувствительны к ценам и поэтому активнее реагируют на регулирование цен в целях улучшения качества рациона питания, чем лица с высоким доходом.

- Экономическая теория всеобщего благосостояния обосновывает применение налогов и субсидий на продукты питания в целях улучшения пищевых привычек, которое может также иметь существенное влияние как сигнал для потребителей и производителей пищевых продуктов.

Маркировка продуктов питания

- Потребители считают, что существующие форматы маркировки пищевых продуктов вводят покупателя в заблуждение, но при этом они положительно реагируют на размещение на продуктах питания кратких заявлений об оздоровительной ценности и символов, обозначающих питательную ценность.
- Введенное в рамках ЕС обязательное маркирование пищевых продуктов может помочь в улучшении рационов питания; в маркировку следует включать информацию о питательных веществах, имеющих наибольшее значение для общественного здоровья.
- Воздействие заявлений об оздоровительной ценности продуктов питания может ограничиваться группами заботящихся о своем здоровье, состоятельных людей, готовых платить за продукты с добавленной стоимостью.

Сельскохозяйственная и торговая политика

- Правила, предусмотренные в рамках Общей сельскохозяйственной политики ЕС, содействуют перепроизводству продовольствия и алкогольной продукции и недостаточному предложению фруктов и овощей.
- Возникновение излишков продовольствия ведет к чрезмерному домашнему потреблению и возникновению диспропорций в международной торговле, порождая неблагоприятные последствия для здоровья в странах с высоким, средним и низким доходом.
- Страновые исследования показали, что существенные сдвиги в обеспеченности продуктами питания и ценах могут привести к значительным изменениям в потреблении пищевых продуктов и структуре заболеваемости.

Выводы для политики и практики

- Необходимо оказывать воздействие на детерминанты потребления продуктов питания на уровне общества, как со стороны спроса, так и со стороны предложения, поскольку эти детерминанты потенциально могут влиять на все население и способствовать устойчивым изменениям в рационе питания.
- Субсидии на производство жиров, сахара и алкоголя, предоставляемые в рамках сельскохозяйственной политики, содействуют перепроизводству и нуждаются в пересмотре.
- Пищевая промышленность играет центральную роль в снижении содержания соли, сахара и жиров в продуктах питания, и тем самым – в улучшении качества рациона питания и укреплении общественного здоровья.
- Доступность продуктов питания в местных структурах, особенно в школе и на работе, является перспективным объектом воздействия для профилактики ожирения.
- Исследования результатов осуществления крупных мер вмешательства должны включать оценку потенциала для введения акцизного налога на продукты и/или товары в качестве меры, направленной на изменение структуры потребления в различных социально-экономических группах населения.
- Потребителям нужна информативная маркировка пищевых продуктов, которая бы стимулировала производителей продуктов питания к созданию более здоровых продуктов.
- Использование символов для обозначения питательной ценности является перспективным механизмом содействия выбору более здоровой пищи и просвещению в области питания.
- Правительствам необходимо привести сельскохозяйственную политику в соответствие с целями и задачами общественного здравоохранения.

- Принятие целей и рекомендаций в области питания на уровне ЕС будет иметь большое значение для сельскохозяйственного производства, торговли, переработки и маркетинга, особенно в отношении сахара, жиров, алкоголя, фруктов и овощей.

Библиография

1. Hill JO, Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 1998, 280:1371–1374.
2. Swinburn BA et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 7:23–33.
3. Egger G, Swinburn B. An “ecological” approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal*, 1997, 315:477–480.
4. *The 2005 public health policy report*. Stockholm, National Institute of Public Health, 2005 (Report No. R2005:44).
5. Lennernäs M et al. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1997, 51(Suppl. 2):8–15.
6. Kumanyika SK. Minisymposium on obesity: overview and some strategic considerations. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:293–308.
7. Swinburn BA et al. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*, 2004, 7(1A):123–146.
8. Hill J et al. Obesity and the environment: where do we go from here? *Science*, 2003, 299:853–855.
9. Lang T, Heasman M. *Food wars*. London, Earthscan, 2004.
10. Nestlé M. *Food politics: how the food industry influences nutrition and health*. Berkeley, University of California Press, 2002.
11. *World agriculture: towards 2015/2030. Summary report*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2002.
12. *Nordic nutrition recommendations 2004. Integrating nutrition and physical activity*, 4th ed. Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2004.
13. Smil V. *Feeding the world*. Cambridge, MA, MIT Press, 2000.
14. Popkin BM. Nutrition in transition: the changing global nutrition challenge. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 10(Suppl.):S13–S18.
15. Ezzati M et al. Rethinking the “diseases of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PloS Medicine*, 2005, 2:e133 (<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020133>, accessed 16 April 2007).
16. Du S et al. Rapid income growth adversely affects diet quality in China, particularly for the poor! *Social Science and Medicine*, 2004, 59:1505–1515.
17. Chopra M et al. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:952–958.
18. Pinstrup-Andersen P. Globalisation and human nutrition: opportunities and risks for the poor in developing countries. *African Journal of Food and Nutritional Sciences*, 2001, 1:9–18.
19. Regmi A, Dyck J. *Effects of urbanization on global food demand*. Washington, DC, Economic Research Service, United States Department of Agriculture, 2001 (Agriculture and Trade Report WRS-01-1).
20. Reardon T, Berdegue JA. The rapid rise of supermarkets in Latin America: challenges and opportunities for development. *Development Policy Review*, 2002, 20:371–388.
21. Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obesity Reviews*, 2003, 4:187–194.
22. Rolls B et al. Reductions in portion size and energy density of foods are additive and lead to sustained decreases in energy intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2006, 83:11–17.
23. *Changing food lifestyles: emerging consumer concerns*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004 (Report No. AGR/CA/APM(2004)22).
24. *The state of food and agriculture 2005*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2005.

25. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 16 April 2007).
26. *The common organisation of the market in sugar*. Brussels, European Commission, Directorate-General for Agriculture, 2004 (Report No. AGRI/63362/2004).
27. MacInnis B, Rausser G. Does food processing contribute to childhood obesity disparities? *American Journal of Agricultural Economics*, 2005, 87:1154–1158.
28. Walker P et al. Public health implications of meat production and consumption. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:348–356.
29. Coyle W et al. *Transportation technology and the rising share of U.S. perishable food trade*. Washington, DC, Economic Research Service, United States Department of Agriculture, 2001 (Agriculture and Trade Report WRS-01-1).
30. Caraher M, Cowburn G. Taxing food: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:1242–1249.
31. Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82(Suppl.):265S–273S.
32. Rickertsen K, von Cramon-Taubadel S. Health, nutrition and demand for food: a European perspective. In: Chern WS, Richertsen K, eds. *Health, nutrition and food demand*. Wallingford, Cabi Publishing, 2003:33–51.
33. Regmi A et al. *Cross-country analysis of food consumption patterns*. Washington, DC, Economic Research Service, United States Department of Agriculture, 2001 (Agriculture and Trade Report WRS-01-1).
34. Seale J et al. *International evidence on food consumption patterns*. Washington, DC, Economic Research Service, United States Department of Agriculture, 2003.
35. Regmi A et al. Globalisation and income growth promote the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*, 2004, 7:977–983.
36. Gustavsen G W. *Essays on food demand analysis* [dissertation]. Aas, Norwegian University of Life Sciences, 2004.
37. Drewnowski A. Obesity and the food environment. Dietary energy density and diet costs. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(3S):154–162.
38. Frykberg J. *Vad kostar hållbara matvanor [What is the cost of sustainable dietary habits]?* Stockholm, National Institute of Public Health, 2005.
39. Johansson P-O. *An introduction to modern welfare economics*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
40. Cawley J. An economic framework for understanding physical activity and eating behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(3S):117–125.
41. Mineralvandsafgift [Excise tax on mineral water and other carbonated beverages]. In: *Rapport om grænsehandel 2001 [Report on cross-border trade 2001]*. Copenhagen, Ministry of Taxation, 2001.
42. Fagt S et al. *Udviklingen i danskernes kost 1985–2001 [Development of the diet in Denmark, 1985–2001]*. Søborg, National Food Agency of Denmark, 2004.
43. Council Directive 90/496/EEC of 24 September 1990 on nutrition labelling for foodstuffs. *Official Journal of the European Communities*, 1990, L 276:40–44.
44. *The introduction of mandatory labelling in the European Union. Impact assessment undertaken for DG Sanco, European Commission*. Brussels, European Advisory Services (EAS), 2004.
45. Golan E et al. *Economics of food labelling*. Washington, DC, Economic Research Service, United States Department of Agriculture, 2000 (Agricultural Economic Report No. 793).
46. *Request for information in view of the revision on the Council Directive 90/496/EEC on nutrition labelling*. Brussels, Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2003.
47. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 16 April 2007).

48. *A systematic review of the research on consumer understanding of nutrition labelling*. Brussels, European Heart Network, 2003.
49. Hawkes C. *Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>, accessed 16 April 2007).
50. Neuhauser ML et al. Use of food nutrition labels is associated with lower fat intake. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99:45–53.
51. Kin S-Y et al. The effect of food label use on nutrient intakes: an endogenous switching regression analysis. *Journal of Agricultural and Resource Economics*, 2000, 25:215–231.
52. Guthrie JF. Who uses nutrition labelling, and what effects does label use have on diet quality? *Journal of Nutrition Education*, 1995, 27:163–172.
53. *Report on European consumers' perception of foodstuffs labelling. Results of consumer research conducted on behalf of BEUC from February to April 2005*. Brussels, European Consumers' Organisation (BEUC), 2005 (Report No. BEUC/X/032/2005).
54. Institute of Medicine of the National Academies. *Preventing childhood obesity. Health in the balance*. Washington, DC, National Academies Press, 2005.
55. Cowburn G, Stockley L. Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:21–28.
56. Regulation (EC) No 1924/2006 of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods. *Official Journal of the European Union*, 2007, L 12:3–18 (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2007/l_012/l_01220070118en00030018.pdf, accessed 26 July 2007).
57. *A simplified labelling scheme*. Brussels, European Consumers' Organisation (BEUC), 2005 (Report No. BEUC/X/031/2005).
58. *Nutrition and health claims: a European Heart Network position paper*. Brussels, European Heart Network, 2001.
59. Stockley L. *Nutrition profiles for foods to which nutrients could be added, or on which health claims could be made. Experiences from other countries and testing possible models. Final report*. London, Food Standards Agency, 2003 (<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutritionclaims.pdf>, accessed 16 April 2007).
60. Scott J. *Nutrition profiling. Guiding consumer choice. Generation Excess II, BEUC/TACD conference, Brussels, Belgium, 1–2 December 2005*. London, Trans Atlantic Consumer Dialogue, 2005 (<http://www.tacd.org/events/ge2/index.htm>, accessed 16 April 2007).
61. *The nutrient profiling model*. London, Food Standards Agency, 2006 (<http://www.food.gov.uk/healthiereating/advertisingtochildren/nutlab/nutprofmod>, accessed 16 April 2007).
62. Laser Reuterswård A. Fighting obesity the Swedish way – The Keyhole Symbol. *Strategies for Combating Obesity in Europe, Brussels, Belgium, 25–26 January 2005*.
63. Lindholm L et al. [The “Green Keyhole” project for public health. The effect of society's impact on health is difficult to measure]. *Läkartidningen*, 1997, 94:1905–1907.
64. Larsson I, Lissner L. The “Green Keyhole” nutritional campaign in Sweden: do women with more knowledge have better dietary practices? *European Journal of Clinical Nutrition*, 1996, 50:323–328.
65. Larsson I et al. The “Green Keyhole” revisited: nutritional knowledge may influence food selection. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 53:776–780.
66. Becker W. Vad vet konsumenterna om gröna nyckelhålet och goda matvanor? [What do consumers know about the Green Keyhole and healthy dietary habits?]. *Vår Föda*, 2005, 6:17.
67. Lahti-Koski M. *Experiences with the Heart Symbol since 2000*. 2005.
68. *Signpost labelling research*. London, Food Standards Agency, 2006 (<http://www.food.gov.uk/foodlabelling/signposting/signpostlabelresearch>, accessed 26 July 2007).
69. *Agricultural policies 2004: at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004.
70. *Joint Working Party on Agriculture and Trade, Agricultural Policies in OECD Countries: a positive reform agenda*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002.

71. Schäfer Elinder L. Obesity, hunger and agriculture: the damaging role of subsidies. *British Medical Journal*, 2005, 331:1333–1336.
72. Gehlhar M, Coyle W. Global food consumption and impacts on trade patterns. In: Regmi A, ed. *Changing structure of global food consumption and trade*. Washington, DC, Economic Research Service, United States Department of Agriculture, 2001:4–13 (Agriculture and Trade Report WRS01-1; <http://www.ers.usda.gov/publications/wrs011>, accessed 16 April 2007).
73. Regmi A. Changing structure of global food consumption and trade: an introduction. In: Regmi A, ed. *Changing structure of global food consumption and trade*. Washington, DC, Economic Research Service, United States Department of Agriculture, 2001:1–3 (Agriculture and Trade Report WRS01-1; <http://www.ers.usda.gov/publications/wrs011>, accessed 16 April 2007).
74. Consolidated version of the treaty establishing the European Community. *Official Journal of the European Communities*, 2002, C325:33–184.
75. *Rigged rules and double standards: trade, globalisation, and the fight against poverty*. Oxford, OXFAM, 2002.
76. Fresco LO. *Policy coherence for agriculture and development*. Rome, Food and Agriculture Organization, 2004 (<http://www.fao.org/ag/magazine/0406sp.htm>, accessed 16 April 2007).
77. Schäfer Elinder L. Public health should return to the core of CAP reform. *EuroChoices*, 2003, 2(2):32–35.
78. Tarditi S. A future policy in the general interest. *EuroChoices*, 2002, 1(3):42–44 (<http://www.unisi.it/cipas/output/021200-Counterpoint-Fischler/Counterpoint-Fischler.pdf>, accessed 16 April 2007).
79. *Fruit and vegetable policy in the European Union: its effect on the burden of cardiovascular disease*. Brussels, European Heart Network, 2005.
80. Schäfer Elinder L et al. *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy. Developments and recommendations for change in four sectors: fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco*. Stockholm, National Institute of Public Health, 2003 (Report No. 2003:18).
81. Veerman JL et al. The European Common Agricultural Policy on fruits and vegetables: exploring potential health gain from reform. *European Journal of Public Health*, 2006, 16:31–35.
82. *Council Regulation establishing common rules for direct support schemes under the Common Agricultural Policy and establishing certain support schemes for farmers and amending Regulations (EEC) No 2019/93, (EC) No 1452/2001, (EC) No 1453/2001, (EC) No 1454/2001, (EC) No 1868/94, (EC) No 1251/1999, (EC) No 1254/1999, (EC) No 1673/2000, (EEC) No 2358/71 and (EC) No 2529/2001*. Brussels, Council of the European Union, 2003.
83. *Marknadsöversikt – vegetabilier [Market overview – crops]*. Jönköping, Swedish Board of Agriculture, 2003 (Report No. 2003:23).
84. Irz X, Srinivasan C. Impact of WHO dietary recommendations on world sugar consumption, production and trade. *EuroChoices*, 2004, 3(3):24–25.
85. Norum K. Some aspects of Norwegian nutrition and food policy. In: Shetty P, McPherson K, eds. *Diet, nutrition and chronic diseases. Lessons from contrasting worlds*. Chichester, Wiley, 1997:195–205.
86. Hjermann I et al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomized trial in healthy men. *Lancet*, 1981, 2:1303–1310.
87. *Prescriptions for a healthier Norway. A broad policy for public health*. Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2003 (Report No. 16 to the Storting (2002–2003)).
88. Prättälä R. Dietary changes in Finland – success stories and future challenges. *Appetite*, 2003, 41:245–249.
89. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia project in Finland. *Public Health Medicine*, 2002, 4:5–7.
90. Laatikainen T et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:764–773.
91. Zatonski W et al. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischemic heart disease in Poland since 1991. *British Medical Journal*, 1998, 316:1047–1051.
92. Zatonski W, Willett W. Changes in dietary fat and declining coronary heart disease in Poland: population based study. *British Medical Journal*, 2005, 331:187–188.

10. Маркетинг продовольственных товаров

Ключевые положения

- Дети уязвимы к воздействию коммерческого маркетинга продовольственных товаров. Это воздействие включает в себя широкий спектр методов, выходящих за рамки телевизионной рекламы, и может ускользнуть от контроля родителей.
- В большинстве случаев маркетинг пищевых продуктов и напитков направлен на продвижение товаров с высокой энергетической плотностью. Маркетинг подчиняется тенденциям в области капиталовложений в производство. Например, недавней активизации маркетинга высококалорийных продуктов в Восточной Европе предшествовали осуществлявшиеся в течение 10 лет в данном регионе инвестиции в производство этих продуктов.
- Инструменты добровольного контроля над маркетингом ограничены как по своему охвату, так и по глубине воздействия. Они могут быть недостаточно эффективными, так как неудовлетворительно отслеживаются или не сочетаются с необходимыми полномочиями для осуществления санкций. В настоящее время в некоторых странах внедряются правовые инструменты контроля, но осуществление общеевропейской стратегии представляется более предпочтительным.

Выступая в 2000 г. на Пятдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, Гро Харлем Брундтланд, занимавшая тогда должность генерального директора ВОЗ, заявила (1): «Маркетинговые подходы имеют значение для общественного здоровья. Они воздействуют на характер поведения, как нашего, так и, особенно, наших детей. Рассчитанные на то, чтобы добиться успеха, они имеют серьезные последствия для тех, на кого нацелены».

Как для взрослых, так и для детей выбор здорового образа жизни зависит от ряда внешних факторов, включая цену, доступность продуктов питания и достаточный объем информации о них, а также личные предпочтения и культурные ценности людей. Маркетинг продуктов питания может влиять на все эти факторы, в том числе на:

- цену: например, путем специальных предложений и скидок;
- доступность: например, путем размещения товара в кассовой зоне;
- информацию: в целом – посредством рекламы продуктов питания и в частности – посредством, например, заявлений об оздоровительной ценности;
- личные вкусы: например, путем использования в пищевых продуктах красителей или ароматизирующих добавок;
- культурные ценности: например, благодаря использованию авторитета известных личностей и спортивных «звезд» при продвижении товаров.

Целью применения методов маркетинга является увеличение продаж товара в конкурентной борьбе с аналогичными товарами, однако все более широкое признание получает тезис о том, что маркетинг может также увеличивать продажи других товаров той же товарной категории. В подробнейшем научном обзоре применения этих методов по отношению к детям, составленном по заказу Агентства по продовольственным стандартам Соединённого Королевства, был сделан следующий вывод (2):

В целом существуют доказательства того, что продвижение продуктов питания приводит к эффекту переключения потребителя на другую торговую марку или товарную категорию, причем последнее подтверждается сильнее. Хотя ни в одном из исследований не представлено детального сравнения обоих видов эффекта по силе, оба они изучались независимо друг от друга, и существуют довольно веские доказательства того, что имеют место оба эффекта. Другими словами, эффект продвижения продуктов питания не ограничивается одним лишь переключением на другую торговую марку.

В обзоре, проведенном Институтом медицины США (3), выявлены убедительные доказательства того, что реклама оказывает краткосрочное воздействие на общий рацион питания детей в возрасте от 2 до 11 лет, однако не обнаружено достаточных доказательств, относящихся к детям более старшего возраста. Имелись также умеренные доказательства долгосрочных эффектов у детей в возрасте от 6 до 11 лет, но доказательства о долгосрочном эффекте у детей более младшего возраста были слабыми, а эффекта у более старших детей выявлено не было. В обзоре также были отмечены серьезные статистические доказательства, устанавливающие связь между более сильным воздействием телевизионной рекламы и ожирением у детей 2–11 лет и подростков 12–18 лет.

Специалистам пищевой промышленности известно, что реклама торговой марки в целом может способствовать общему росту продаж по товарной категории. В докладе Международной организации какао, опубликованном в 2000 г., отмечалось (4):

Рост [продаж шоколада] объясняется силой торговых марок, постоянными инновациями и увеличением импульсивной покупки закусок. Реклама и продвижение товаров играют ключевую роль в сохранении воздействия этих факторов.

Аналогичным образом, применение мер вмешательства в школах для стимулирования потребления определенных видов фруктов и овощей с использованием методов маркетинга (таких как видеоклипы, использование персонажей мультфильмов и небольшие подарки) показали, что эффект подобных мер становится расширительным (5):

Итак, перемены были очень значительными и устойчивыми. Кроме того, имелись ясные свидетельства, что эти результаты распространялись на товарные категории фруктов и овощей; это значит, что потребление фруктов и овощей, на которые не распространялись меры вмешательства, тоже возросло.

Таким образом, продвижение продовольственных продуктов, подрывающих возможность выбора здоровой пищи – таких как высококалорийные, бедные питательными веществами пищевые товары, – представляет значительную угрозу выбору здорового образа жизни. ВОЗ (6) изучила информацию о характере и прочности связей между рационом питания и хроническими заболеваниями и сделала вывод о вероятном или убедительно доказанном отрицательном воздействии:

- потребления в большом количестве высококалорийных, бедных питательными веществами пищевых продуктов;
- потребления в большом количестве подслащенных напитков;
- активного маркетинга пищевых продуктов с высокой энергетической плотностью и торговых точек быстрого питания.

За этим последовало принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2004 г. Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (7), в которой было прямо заявлено, что реклама пищевых продуктов воздействует на привычки в отношении питания и что «необходимо поощрять позитивную, способствующую укреплению здоровья информацию и принимать меры для недопущения рекламы, способствующей нездоровому режиму питания и снижению физической активности». Она призвала правительства работать с группами потребителей и с промышленностью для разработки «соответствующих подходов к маркетингу пищевых продуктов, ориентированному на детей, и решать вопросы, связанные со спонсорством, содействием сбыту и рекламой».

Экспертный комитет ВОЗ по ожирению у детей в своем докладе в 2005 г. поддержал призыв Глобальной стратегии к тому, чтобы продвижение пищевых продуктов соответствовало требованиям рационального питания, и призвал к разработке международного кодекса о маркетинге пищевых продуктов и напитков. Позже эту позицию подтвердило техническое совещание ВОЗ в 2006 г. (9), выступившее с призывом к созданию международного кодекса о маркетинге пищевых продуктов и напитков, ориентированного на детей, в тесной увязке с национальными кодексами, которые, по

возможности, должны иметь законодательную поддержку. В 2007 г. Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения обратилась к ВОЗ с просьбой содействовать ответственному маркетингу, в том числе разработке рекомендаций о маркетинге пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированном у на детей, рассматривая это как часть мер по осуществлению Глобальной стратегии.

В настоящей главе рассматриваются: разнообразные методы продвижения, используемые для маркетинга пищевых продуктов и напитков; тип продуктов и объем рекламы; а также политические шаги, которые, возможно, потребуются. Основное внимание в ней уделяется маркетингу, ориентированному на детей. Можно утверждать, что взрослые достаточно компетентны, чтобы принимать решения в пользу здорового образа жизни в тех случаях, когда имеется возможность такого выбора, и обладают потенциалом, позволяющим противостоять маркетингу, если он может воздействовать на их здоровье; однако дети, по общему мнению, не обладают ни такой компетентностью, ни таким потенциалом. Впрочем, не следует также полагать, что компетентность и потенциал, которыми располагают взрослые, полностью их защищают.

Методы продвижения

Продвижение пищевых продуктов, ориентированное на детей, осуществляется многими способами и в различных условиях. Родители оказываются в числе первых, от кого исходит информация о пищевых продуктах, и она сохраняет свое значение на протяжении всего периода детства. Информация, получаемая в школах, также важна и обладает культурной значимостью, поскольку фактически одобряется работниками и руководством школ, а также органами образования. По мере того как расширяются социальные контакты детей и они обзаводятся друзьями и вступают в отношения групповой лояльности, все более влиятельной становится информация, получаемая от сверстников.

Кроме того, свою информацию распространяют и производители пищевых продуктов, что является частью их общей стратегии маркетинга. В таблице 10.1 приводятся примеры различных способов, при помощи которых может распространяться коммерческая информация о пищевых продуктах и напитках.

Характер и сфера распространения маркетинга

Полный обзор многообразных форм маркетинга, сферы их распространения на различных общеевропейских национальных и местных рынках, а также особенностей их содержания невозможно осуществить в рамках этой публикации. Конечно, цифровые данные не легко получить, они весьма чувствительны в коммерческом отношении и к тому же довольно быстро устаревают. Кроме того, информацию, доступную по Соединённом Королевстве (возможно, потому, что штаб-квартиры многих ведущих рекламных агентств мира находятся в Лондоне), по другим странам получить нелегко. Чтобы проиллюстрировать это положение, в настоящем разделе приводятся примеры характера и сферы распространения маркетинга.

Маркетинг в средствах вещания

Оценки подверженности детей воздействию телевизионной рекламы различаются в зависимости от страны и времени проведения опроса, так как появляется все больше коммерческих телевизионных каналов. В среднем в Соединённом Королевстве дети и подростки тратят на просмотр телевизора, согласно оценкам, 3,8 ч. в день (включая время, проведенное за компьютерными играми), что в годовом исчислении составляет свыше 1200 ч (10). В школьных классах они проводят около 860 ч. за год (10).

Крайне мало опубликованных международных исследований посвящены подверженности детей воздействию телевизионной рекламы. Одно из таких исследований (11) установило, что самое большое количество рекламных сообщений в расчете на 1 ч. вещания содержалось в детских передачах австралийского телевидения; за ним шли США, а в Европе самый высокий показатель был у Соединённого Королевства. В 13 из 15 обследованных регионов пищевые продукты составляли самую

Таблица 10.1. Использование средств массовой информации, а также другие методы продвижения пищевых продуктов и напитков

Сфера применения	Методы маркетинга
Вещательные СМИ	Реклама по радио и телевидению Спонсорство в радио- и телевизионных программах Размещение продукта (торговой марки) в телевизионных программах
Другие СМИ	Кинореклама Размещение продукта (торговой марки) в кинофильме Плакаты и рекламные щиты Печатные медийные средства, напр., иллюстрированные журналы и комиксы «Заказные» книги, предназначенные для продвижения торговой марки (продукта), напр., книжки с картинками для обучения дошкольников счету Интернет-клубы по обмену электронными сообщениями, чат-румы, бесплатное скачивание сигналов для мобильных телефонов Веб-сайты, на которых размещены пазлы и интерактивные игры Продвижение товаров по телефону Рассылка СМС-сообщений Прямой маркетинг в таких формах, как каталоги «Все для дома», почтовая рассылка рекламных листов и буклетов Спонсирование мероприятий, мест проведения мероприятий, спортивных команд и «звезд» Кросс-брендинг логотипов на товарах бытового назначения «Заказные» игрушки, предназначенные для продвижения торговой марки (продукта), напр., игрушечный домик в виде ресторана быстрого питания «Заказные» компьютерные игры и размещение продукта (торговой марки) в компьютерных играх
Магазины	Выкладка товаров на полках Выкладка товаров в узлах расчета Специальные предложения и стимулирование с помощью цен Выдача подарков, игрушек и коллекционных предметов при покупке товаров Бесплатная дегустация или раздача образцов товара
Упаковка товаров или его содержание	Оформление товара (цвет, форма) Размер порции продукта, напр., «королевский размер» Рекламные «сюрпризы» внутри упаковки или на упаковке товара: подарки, игры, пазлы и подарочные сертификаты Дизайн упаковки (с особым вниманием к образности, цветовому решению и игровым формам)
Школы	Спонсирование учебных материалов и оборудования Торговые автоматы в школах и молодежных клубах Участие школ в мероприятиях по продвижению товаров и кампаниях по распространению рекламных образцов

большую отдельную категорию товаров, предлагавшихся к продаже, а дети подвергались воздействию связанных с пищевыми продуктами рекламных сообщений не менее 12 раз в час (табл. 10.2).

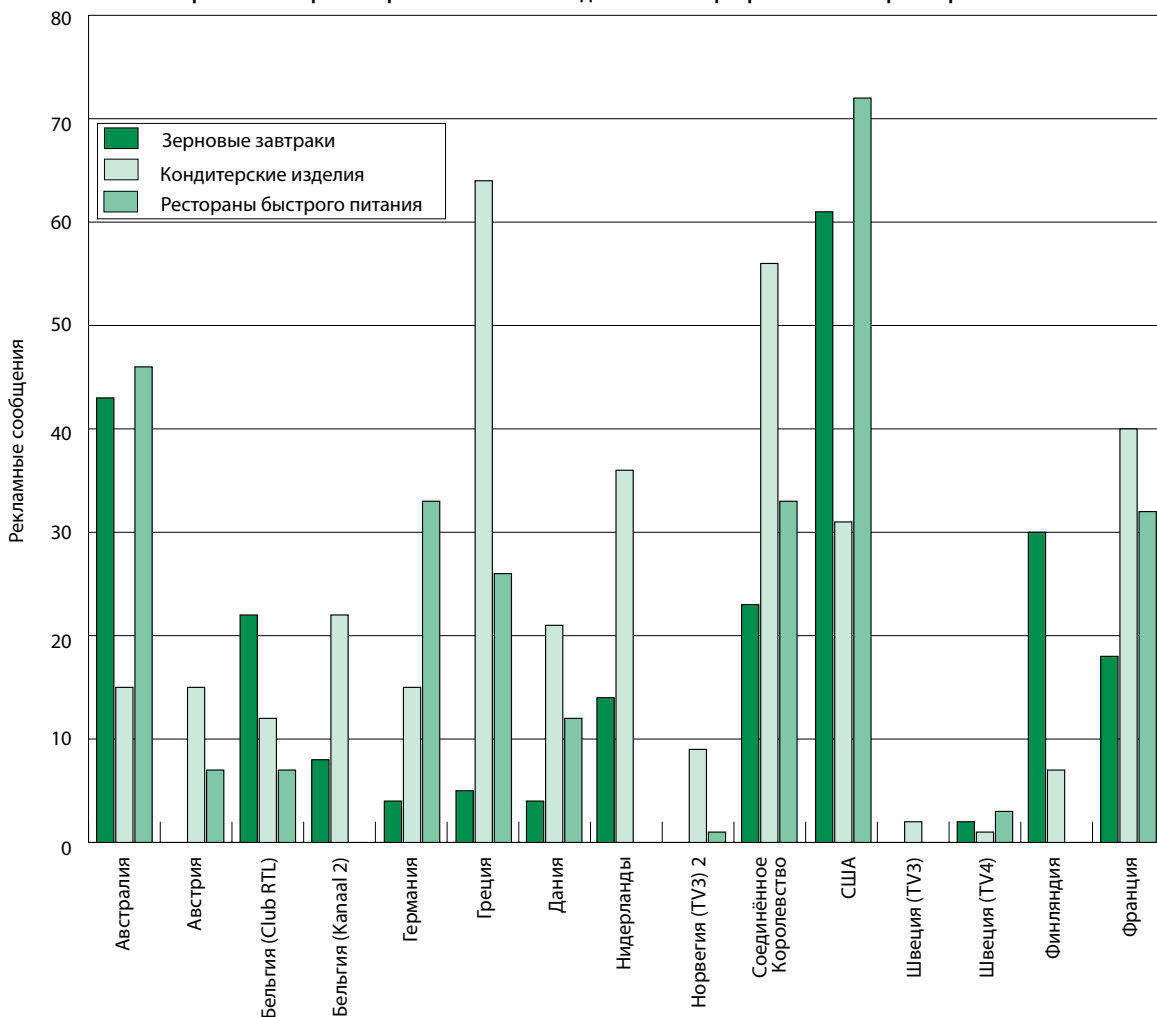
В исследовании было установлено, что чаще всего рекламировались рестораны быстрого питания, кондитерские изделия и сладкие зерновые завтраки (рис. 10.1). В странах Северной Европы, где существует определенный законодательный контроль над рекламой, предназначенной детям, на 24-часовой период вещания коммерческого телевизионного канала для детей приходилось обычно менее пяти рекламных сообщений о ресторанах быстрого питания, в то время как за тот же период в Австралии демонстрировалось больше 40, а в США – около 60 таких рекламных сообщений. Наиболее активно рекламируемой товарной категорией в США были зерновые завтраки: на 20 часов телевещания приходилось 71 рекламное объявление. Реклама фруктов и овощей демонстрировалась только в Финляндии: 15 рекламных сообщений на 20 часов вещания (11). Опираясь на эти данные, можно сказать, что если в Соединённом Королевстве ребенок, который смотрит передачи коммерческого телевидения два часа в день, ежегодно подвергается воздействию более 7000 рекламных сообщений о пищевых продуктах, то в возрасте от 3 до 16 лет это число составит для него почти 100 000 рекламных сообщений.

Таблица 10.2. Количество рекламных сообщений, демонстрировавшихся в детских телепередачах в течение одного часа коммерческого вещания

Страна (канал)	Количество рекламных сообщений в течение часа		Страна (канал)	Количество рекламных сообщений в течение часа	
	Всего	Относящихся к пищевым продуктам		Всего	Относящихся к пищевым продуктам
Австралия	29	12	Норвегия (TV3)	7	2
США	24	11	Нидерланды	5	4
Соединённое Королевство	17	10	Бельгия (Канал 2)	4	2
Франция	16	8	Австрия	4	1
Германия	14	6	Бельгия (Club RTL)	3	2
Греция	12	7	Швеция (TV4)	2	<1
Финляндия	12	6	(TV3)	1	<1
Дания	12	5	Норвегия (TV2)	0	0

Примечание: Среднее число рекламных сообщений в час основано на приблизительно 20-часовой продолжительности детских телевизионных программ в течение календарной недели в январе и феврале 1996 г.
Источник: составлено по Dibb (11).

Рисунок 10.1. Число телевизионных рекламных сообщений о ресторанах быстрого питания, кондитерских изделиях и зерновых завтраках в расчете на 20 часов детских телепрограмм в некоторых странах



Источник: Lobstein (12).

Отсутствие информации о содержании питательных веществ в пищевых продуктах помешало попыткам проанализировать питательные характеристики рекламируемых продовольственных товаров. Так, например, в Греции несколько производителей пищевых продуктов заявили, что уровни жира, сахара и соли являются коммерческой тайной (11).

С большим успехом удалось проанализировать рекламу, ориентированную на детей, в Соединённом Королевстве. Из 170 продвигаемых пищевых продуктов, которые были охвачены выборкой рекламных сообщений в детских телепрограммах, 62% имели высокое содержание жиров (более 30% пищевой энергии вырабатывалось из жиров), 52% – высокое содержание сахара (более 20% пищевой энергии вырабатывалось из сахара) и 61% – высокое содержание соли (более 2,36 г натрия на 10 МДж). В общей сложности 95% продуктов характеризовалось высоким содержанием жиров, сахара или соли.

На рис. 10.2 показано несоответствие между масштабами рекламы пищевых продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли и рекомендуемым рационом питания. Жирные и сладкие пищевые продукты следует есть нечасто и в небольших количествах, однако они активно рекламируются. Это вызывает серьезную озабоченность разработчиков политики в ряде европейских стран и в Европейской комиссии. В конце этой главы обсуждаются меры контроля и политические инициативы.

Маркетинг в других медийных средствах

Как показано в табл. 10.1, незфирная коммерческая реклама имеет целый ряд разновидностей. Анализ объемов такой рекламы, ее содержания или степени подверженности детей ее воздействию применительно к пищевым продуктам и напиткам, по-видимому, не проводился. Ведущие спортивные знаменитости тесно связаны с рекламой картофельных чипсов (14) и безалкогольных напитков (15). Кроме этого, две компании – производители напитков и быстрого питания входили в число 15 официальных спонсоров Чемпионата мира ФИФА по футболу 2006 г. (16). Более того, 1/3 доходов от организации Олимпийских игр поступает от коммерческого спонсорства (объем которого для летних Олимпийских игр 2004 г. составил 1,4 млрд. долл. США) (17). Два из 11 официальных партнеров Олимпийских игр – это компания быстрого питания и фирма по производству напитков (18). Одна из них является спонсором с 1976, а другая – с 1928 г.

Реклама также размещается на интернет-сайтах и путем рассылки текстовых сообщений на мобильные телефоны. Реклама в Интернете является быстро расширяющейся отраслью коммерции, а реклама, ориентированная на детей, включает целый ряд технологий, от игр с применением флэш-анимации до онлайн-чатов, сетевых игр и включения интегрированной рассылки текстовых сообщений в онлайн-промоакции. Только в Соединённом Королевстве расходы на онлайн-рекламу в 2005 г. превысили, согласно оценкам, 1 млрд. ф. ст. (1,6 млрд. долл. США) и возросли на 62% по сравнению с 2004 г., когда, в свою очередь, уровень 2003 г. был превышен на 60% (19).

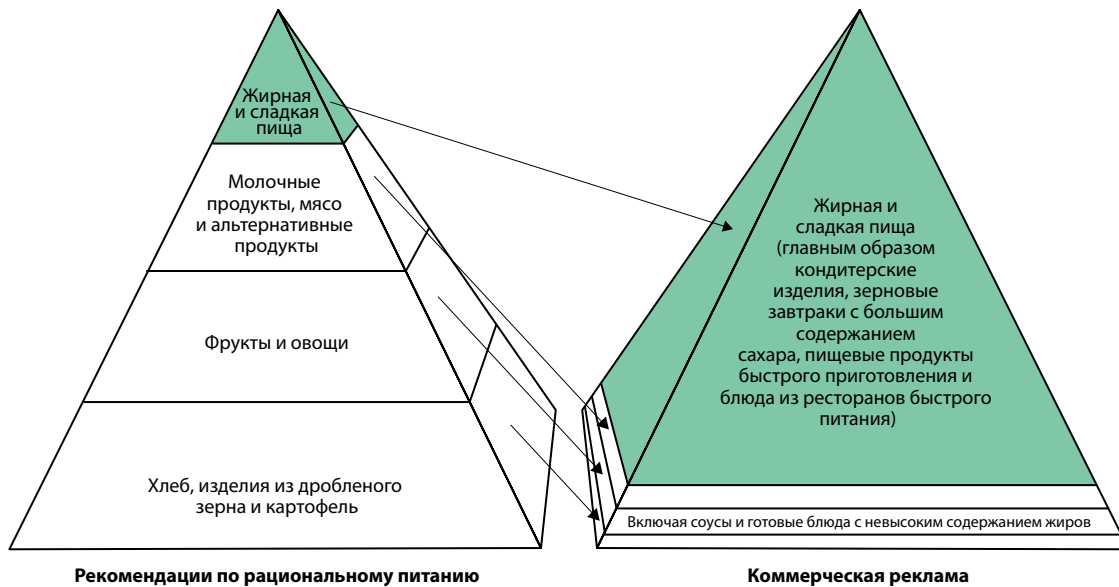
По оценкам, в 2003 г. в ЕС более 13 млн. детей регулярно пользовались Интернетом, в том числе 4 млн. в возрасте младше 12 лет (20). Во время проведения исследования потенциальная аудитория, как сообщалось, росла на 10–30% в год. Информации о том, какие сайты посещают дети, мало; впрочем, все основные торговые марки пищевых продуктов имеют свои веб-сайты, и многие из них созданы таким образом, чтобы привлекать детей уже с 6 лет (21). На рис. 10.3 показана численность детей из восьми стран, которые регулярно пользовались Интернетом в 2002 и 2003 гг. (20).

Маркетинг в магазинах

Размещение товаров в магазине может оказать сильное влияние на уровень продаж, особенно тех товаров, которые покупатели, возможно, не собирались приобретать, но их подтолкнули к покупке стратегически продуманная, бросающаяся в глаза выкладка, специальное предложение или рекламная акция. Закуски, кондитерские изделия и напитки – это, большей частью, так называемые товары импульсивной покупки, и в профессиональных журналах часто обсуждаются резкие повышения продаж, происходящие, если эти товары размещены должным образом и включены в рекламную акцию в точке розничной торговли.

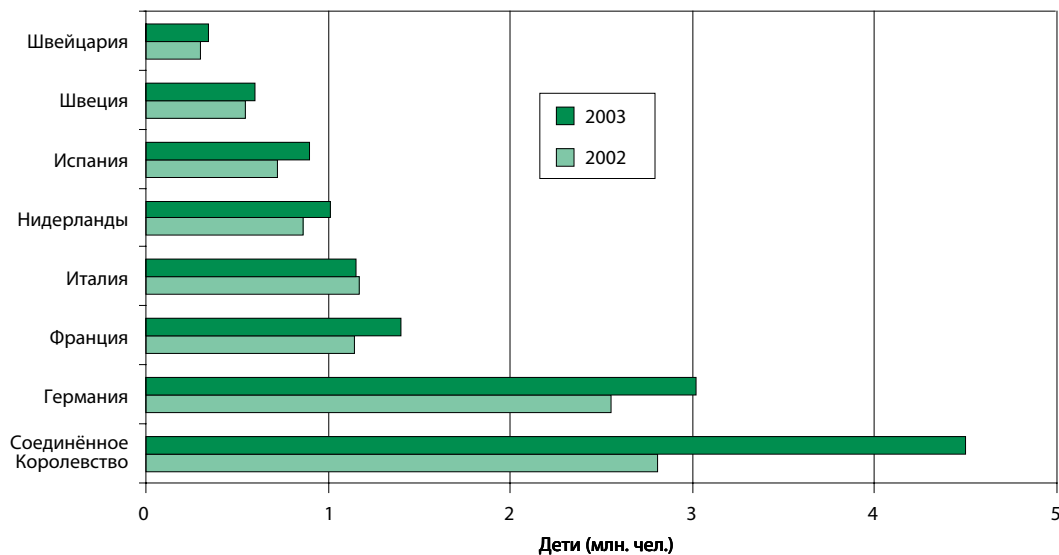
Хотя подобные методы маркетинга не всегда используются для подталкивания детей к тому, чтобы покупать самим или просить родителей купить тот или иной товар, именно дети иногда являются

Рисунок 10.2. «Пирамида рекомендаций» по рациональному питанию и доля коммерческих рекламных сообщений, касающихся пищевых продуктов, в детских телепрограммах в Соединённом Королевстве



Источник: Dalmeny et al. (13).

Рисунок 10.3. Дети, регулярно пользующиеся Интернетом. Данные за август 2002 и 2003 гг.



Примечание. Данные по Франции, Германии, Италии и Соединённому Королевству охватывают пользование Интернетом дома и на работе, данные по Испании, Нидерландам, Швеции и Швейцарии – только пользование дома.

Источник: 13 million kids using the Internet across Europe (20).

целевым рынком. В Соединённом Королевстве Национальный совет потребителей (22) и проводимая потребителями кампания под девизом «Убрать сэнки из кассовой зоны!» (23) привлекла внимание к тому факту, что выкладка товаров в кассовых узлах супермаркетов ориентирована на маленьких детей. Особенно это касается дешевых или оформленных с расчетом на привлекательность для детей кондитерских изделий, выкладываемых на уровне роста ребенка. Как выразилась одна пищевая компания: «Раз 70% кондитерских изделий приобретаются импульсивно, розничные торговцы должны стремиться размещать соблазнительные товары как можно ближе к покупателю». Другая компания заявила: «Организуя выкладку таким образом, что любимые предметы потребителя будут находиться в «горячих точках» торгового зала, розничные торговцы могут продать кондитерских изделий на 210 млн. ф. ст. больше» (24).

Исследование опыта супермаркетов Соединённого Королевства, проведенное в 2004 г., выявило масштаб этой проблемы, показав процент кассовых зон, в которых были выложены сладкие или жирные закуски, или подслащенные безалкогольные напитки (22). Результаты (рис. 10.4) свидетельствуют о широком диапазоне применяемых приемов, причем некоторые сети магазинов используют все расчетные узлы для продажи этих категорий товаров. Многие из этих узлов спроектированы низкорасположенными, чтобы привлекать внимание детей, и в них осуществляется продвижение торговых марок кондитерских изделий, на упаковке которых размещены изображения героев мультфильмов.

Измерялись и другие аспекты поведения в супермаркетах. В качестве одного из показателей соответствия продуктов, сбыт которых стимулируется супермаркетами, критериям здорового питания может служить соотношение размеров торговой площади, отводимой под фрукты и овощи, с одной стороны, и под менее здоровые товары, такие как закуски и кондитерские изделия, – с другой. Результаты исследования свидетельствуют о значительных различиях между сетями супермаркетов; наблюдался высокий уровень взаимосвязи между количеством выставленных для продажи фруктов и овощей и более высоким социально-классовым положением покупателей (22).

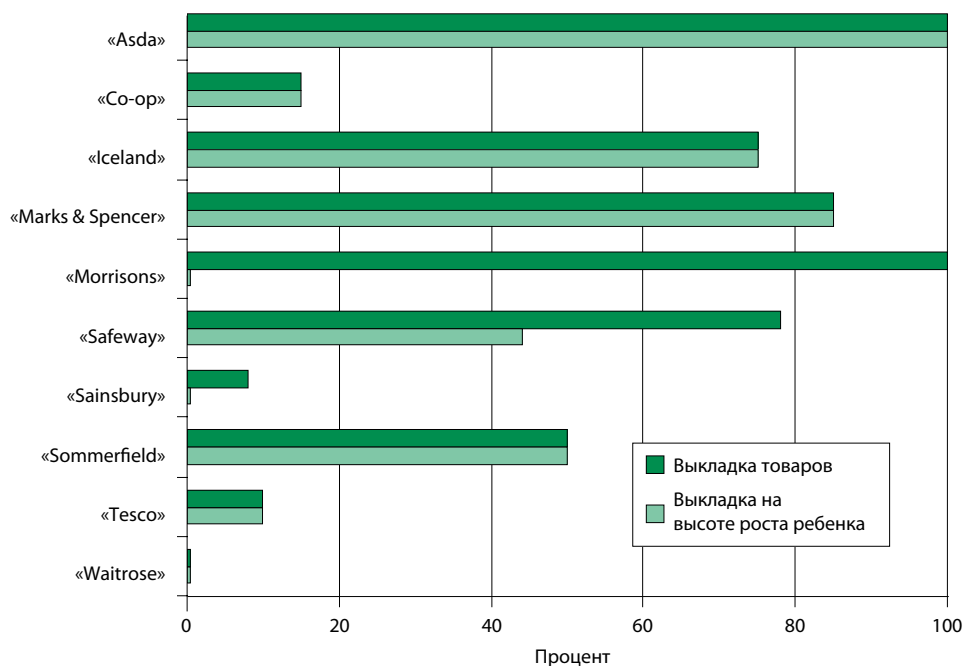
Кроме того, о степени полезности продуктов, продвигаемых супермаркетами, может свидетельствовать применение ценового стимулирования в форме специальных предложений, таких как «три по цене двух» или «одну упаковку покупаешь, вторую получаешь бесплатно». Недавний обзор использования сетями супермаркетов такого рода специальных предложений показал, что жирные и сладкие пищевые продукты фигурировали в них более чем вдвое чаще, чем фрукты или овощи (25). На рис. 10.5 представлено применение мер ценового стимулирования для продвижения фруктов и овощей, жирных или сладких пищевых продуктов и других видов продовольственной продукции в девяти ведущих сетях супермаркетов Соединённого Королевства по результатам исследования, проведенного в 2005 г.

Маркетинг «на упаковке» и «внутри упаковки»

Покупательский опыт частично приобретает путем изучения упаковки пищевого продукта и ознакомления с ее содержимым. Возможности для маркетинговой деятельности предоставляют как этикетка, так и внутренняя часть упаковки, в том числе сам пищевой продукт. Эти возможности включают размещение бросающихся в глаза изображений, карикатур, портретов известных личностей и героев телевизионных передач, проведение конкурсов, призы, подарки, купоны, награды и другие соблазны; все они могут быть разработаны так, чтобы повлиять на детские предпочтения.

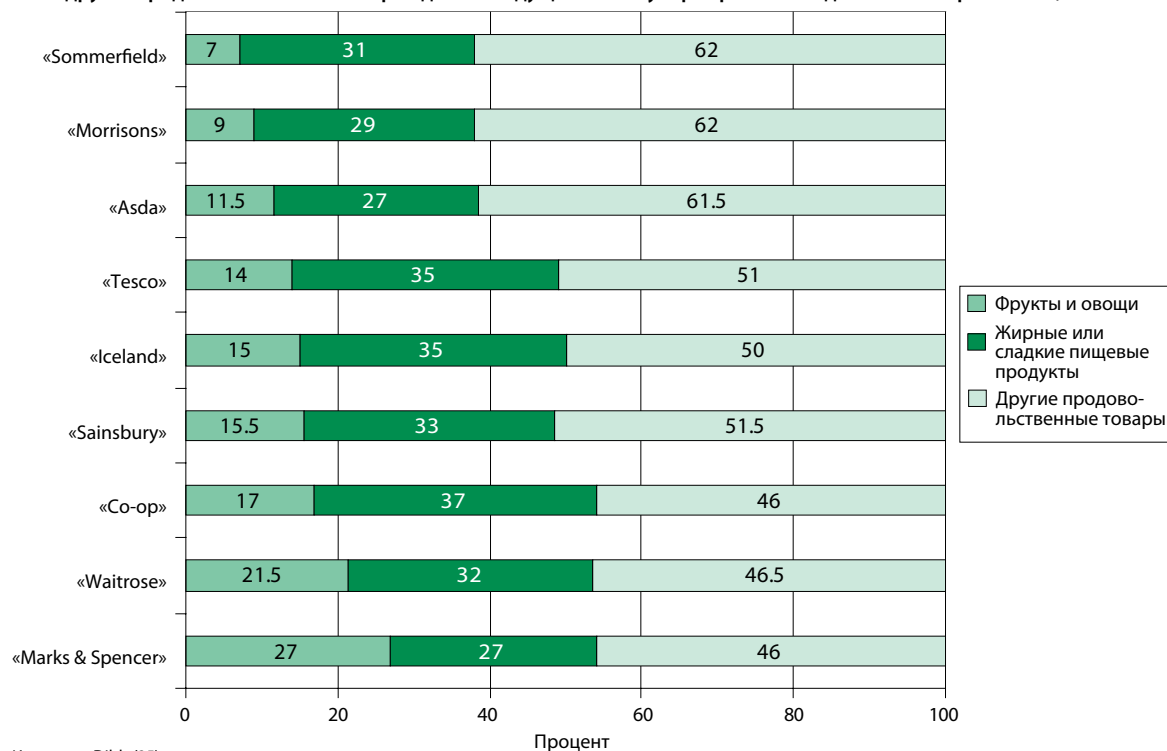
Анализ продовольственных товаров, предлагавшихся детям с применением методов этикетирования и упаковки, направленных на привлечение внимания детей, показал, что питательные свойства продававшихся таким образом пищевых продуктов были неудовлетворительными (26). Исследование проводилось в супермаркетах Соединённого Королевства в 1999–2000 гг. и выявило 358 товаров, отнесенных продавцами к категории продуктов детского питания. В эту группу не были включены безалкогольные напитки, закуски и лакомства, предназначенные для особых поводов, такие как торты ко дню рождения, потому что эти пищевые продукты, по мысли родителей, должны иметь низкую питательную ценность. Из остальных пищевых продуктов, специально разработанных в привлекательном для детей виде, большинство (77%) имели высокие уровни содержания жиров, насыщенных жиров, сахара и/или натрия (см. табл. 10.3), в том числе:

Рисунок 10.4. Доля кассовых зон в ведущих сетях супермаркетов, где размещены жирные или сладкие кондитерские изделия и закуски, Соединённое Королевство, 2004 г.



Источник: Dibb (22).

Рисунок 10.5. Ценовое стимулирование при продвижении фруктов и овощей, жирных или сладких пищевых продуктов и других продовольственных товаров девяти ведущих сетей супермаркетов Соединённого Королевства, 2005 г.



Источник: Dibb (25).

- 16% – высокое содержание жиров (более 20 г на 100 г);
- 30% – высокое содержание насыщенных жиров (более 5 г на 100 г);
- 46% – высокое содержание натрия (более 0,5 г на 100 г);
- 57% – высокое содержание сахара (более 10 г на 100 г).

Кроме того, ориентация рекламы пищевых продуктов на детей происходит также и тогда, когда они едят вне дома. Например, в ресторанах быстрого питания предлагаются коллекционные модели, игрушки, пазлы и привлекательная для детей упаковка пищевых продуктов, рассчитанные на то, чтобы воздействовать на выбор ребенка. В 1999 г. в ходе проведенной одной из американских корпораций кампании по стимулированию спроса, в которой использовалась серия коллекционных кукол «Телепузики», удалось в течение шести недель повысить объем продаж детских блюд на 50 млн. долл. США, тем самым удвоив обычный уровень продаж этих блюд (27,28). Подобные схемы, рассчитанные на привлечение маленьких детей, могут значительно увеличивать количество покупателей. Вице-президент корпорации по вопросам маркетинга заявил в пресс-релизе: «Детишки приходят в ресторан не одни, они приводят с собой родителей, братьев и сестер. В результате [в ресторанах этой сети] сумма среднего чека составляет для семей с детьми от 8 до 10 долларов» (29).

Частью рекламного послания, воплощенного в еде, является ее внешний вид, вкус и то, что пища «тает во рту» (т.е. воспринимаемые органами чувств характеристики, называемые органолептическими качествами продукта питания). Пищевой продукт можно окрасить, придать ему аромат и форму путем использования разнообразных добавок, чтобы усилить его привлекательность, тем самым варьируя рекламное послание о естественных свойствах продукта. Продовольственные компании признают, что использование этих добавок может увеличить продажи продукта. По данным одной из крупнейших пищевых компаний, такие добавки вносят важный вклад в привлекательность готового продукта и повышают удовольствие от его потребления. Без добавки красителей «многие пищевые продукты не появились бы» (30).

Проведенное в 2004 г. в Соединённом Королевстве исследование практики супермаркетов в отношении продуктов детского питания обнаружило, что в 68% пищевых продуктов, специально упакованных таким образом, чтобы привлечь внимание детей, содержались добавки – красители или ароматизаторы (26). Другое исследование, посвященное детским пищевым продуктам (31), установило, что красители использовались:

- в 78% детских десертов;
- в 42% детских молочных коктейлей;
- в 93% детских сладостей;
- в 23% детских зерновых завтраков;
- в 41% детских напитков;
- в 32% хрустящих и пряных закусок.

В обзоре общего характера об использовании добавок сказано, что 3/4 пищевых продуктов с высоким уровнем сахара, жиров и насыщенных жиров содержат также «косметические добавки» (красители, ароматизаторы и усилители вкуса) (32).

Маркетинг в школах

В своих рекламных посланиях рекламодатели все более активно ориентируются на школьников. Используемые при этом методы, по-видимому, лучше всего разработаны в США, где Управление общей бухгалтерской отчетности отметило в школах ряд видов коммерческой деятельности, вызывающих озабоченность (33). Школы в широком масштабе занялись деятельностью, связанной с коммерцией, начиная с подходов, не вызывающих сомнений (таких как получение грантов и подарков), и кончая весьма противоречивой деятельностью (такой как рыночные исследования), а также практическими шагами, которые являются весьма спорными с точки зрения рационального питания (например, заключением контрактов между школьными советами и компаниями – производителями напитков, которые предоставляют последним исключительное «право розлива» в

Таблица 10.3. Примеры коммерческой деятельности в школах США

Вид деятельности	Примеры
Сбыт товаров	
Сбыт товаров	Эксклюзивные контракты на продажу безалкогольных напитков на территории школ Контракты на продажу пищевых продуктов на территории школ
Скидки и бонусы	Предоставление бонусов в обмен на купоны, собранные школами или детьми Продажи через Интернет, определенный процент от которых отчисляется школам Сбор средств путем продажи, например, кондитерских изделий и печенья
Прямая реклама	
Реклама	Реклама в школьных коридорах, на школьных автобусах Показ продукции в школах Размещение логотипов компаний на школьной мебели и оборудовании, а также на плакатах, обложках для книг и рабочих тетрадях
Публикации	Реклама в спортивных программах, ежегодниках и школьных газетах
Медийные средства	Телевизионная реклама в образовательных программа Реклама, распространяемая через компьютеры
Образцы товаров	Бесплатная раздача сэндов
Непрямая реклама	
Просвещение	Материалы по вопросам, связанным с деятельностью продовольственных компаний Материалы, способствующие достижению целей, стоящих перед отраслью, такие как информация о питательных свойствах продуктов, распространяемая ассоциациями производителей молочных продуктов или мяса и мясных продуктов
Стимулирование	Конкурсы плакатов, программы поддержки авторов и издателей учебной литературы
Спонсорская помощь корпораций	Спонсорская помощь школам, при которой донор получает коммерческие выгоды
Маркетинговые исследования	
Обследования или опросы	Опросные листы учащихся или тесты вкусовых предпочтений
Испытательные группы	Использование Интернета для проведения опросов и выяснения мнений учащихся с использованием Интернета
Мониторинг с использованием Интернета	Мониторинг поведения учащихся в Интернете

Источник: адаптировано из *Commercial activities in schools* (33).

школах в обмен на денежные дотации). В таблице 10.3 перечислены примеры различных видов деятельности, связанных с пищевыми продуктами.

Данные исследований, свидетельствующие о масштабах использования подобных методов в школах европейских стран или, в случае их применения, о характере продвигаемых пищевых продуктов и напитков, по-видимому, отсутствуют. В Соединённом Королевстве осуществлялись различные кампании маркетинга в школах, такие как сбор купонов, размещенных на пакетах с картофелем-фри, для оказания помощи школам в приобретении книг или сбор купонов, размещенных на кондитерских изделиях, для покупки спортивного инвентаря. Кроме того, во многих европейских странах разрешается установка в средних школах торговых автоматов для продажи продукции определенной торговой марки. Более того, школы используются для распространения бесплатных образцов продукции (34), а школьные рабочие тетради с рекламой безалкогольных напитков и торговых марок закусок продаются по всему Соединённому Королевству (35).

Дошкольники также могут быть объектом рекламных кампаний. В 2005 г. одно из рекламных агентств продавало рекламную площадь в 1000 средних школ и обращалось к продовольственным компаниям с предложением оказать содействие в получении доступа к 300 игровым площадкам в детских садах. Оно заявляло, что может превратить детские праздники в «возможность для коммуникаций» и предоставить «детишкам опыт в области торговых марок» (36). В ответ на высказанную потребителями озабоченность агентство обещало, что будет заниматься маркетингом, ориентированным на малышей, «с ответственностью».

Тенденции в рекламе

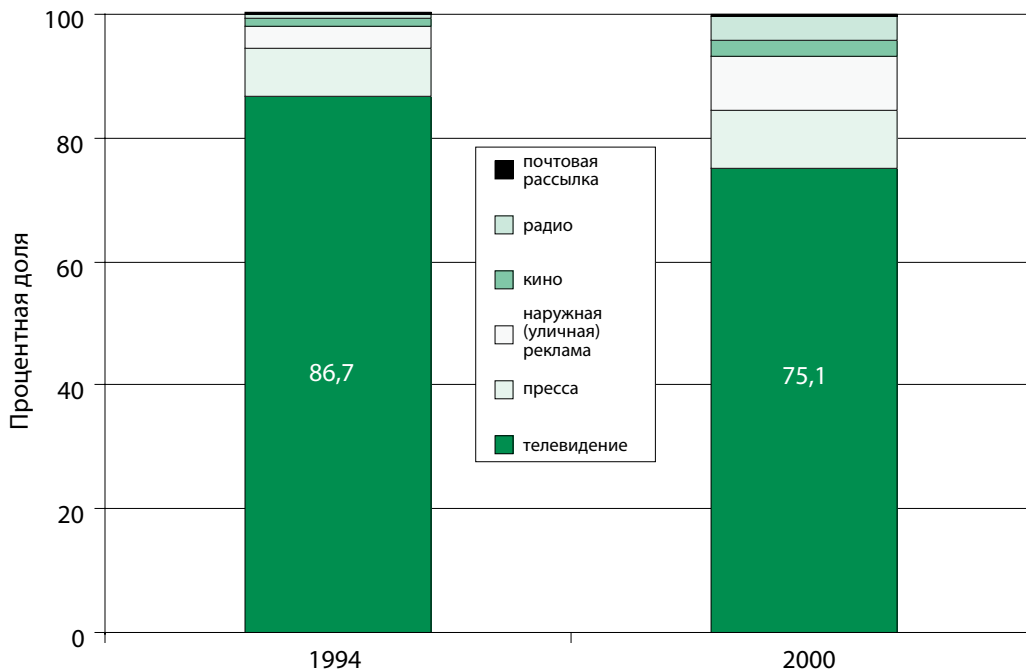
Изменяющаяся технология

Технология маркетинга – быстро развивающаяся область. Маркетинговые кампании – особенно те, что ориентированы на детей и подростков, – скорее всего, будут становиться все более интегрированными, объединяя различные медийные средства, связывая воедино телевидение, Интернет, компьютерные игры и текстовые сообщения.

В некоторых странах с высоким и средним доходом телевизионная реклама проявляет признаки спада. Новые данные из Соединённого Королевства показывают, что в последнее десятилетие реклама торговых марок пищевых продуктов по телевидению значительно сократилась (рис. 10.6). За последние пять лет расходы на маркетинг с использованием Интернета увеличились с нулевого уровня до сумм, превышающих расходы на радиорекламу, и, как ожидается, эти объемы значительно возрастут в предстоящее десятилетие. На основе глобальных данных ожидалось, что общий объем рекламы через Интернет будет возрастать и к 2007 г. составит 15% мирового объема телевизионной рекламы (37).

Однако новые направления в развитии телевизионной рекламы могут остановить эту тенденцию. Например, один из производителей автомобилей получил в Соединённом Королевстве лицензию на организацию собственного канала цифрового телевидения, передачи которого сейчас ведутся ежедневно (38). Клиентами фирмы, осуществляющей цифровое телевидение, являются 7,6 млн. домохозяйств. Вскоре телеканал этой компании начнет вещание в сети кабельного телевидения и непосредственно с веб-сайта производителя, в режиме «директ-стрим». Ежегодные эксплуатационные расходы оцениваются в размере менее 2 млн. ф. ст., что вполне по силам основным торговым маркам пищевых продуктов. Компания – производитель напитков, не имея своего телеканала, создала собственную серию телевизионных передач (реалити-шоу), в которую был включен фирменный контент компании. Серия вышла в эфир в 12 странах перед розыгрышем Кубка мира по футболу в

Рисунок 10.6. Процентное распределение основных средств размещения рекламы пищевых продуктов в Соединённом Королевстве в 1994 и 2002 гг.



Примечание. Процентное распределение не включает Интернет, который в 1994 г. не являлся средством распространения рекламы.
Источник: *Ad growth sustained by emerging markets* (37).

2006 г. (39). В этих программах показывали футбольных звезд, которых спонсировала компания; их поддерживали несколько основных профессиональных футбольных клубов: бюджет сериала составил 4 млн. ф. ст. Телевизионный сериал был ориентирован на мальчиков-подростков, предлагая им возможность соревноваться за шанс поступить в футбольную команду и выиграть 50 000 ф. ст.

Ниже приводятся другие примеры новых подходов к маркетингу.

Новые направления

Экспериментальное **размещение рекламы на электронных экранах в автобусах и поездах** уже проводится в ряде городов Европы и США. Экраны установлены таким образом, чтобы привлечь внимание пассажиров, а появляющаяся на них информация может быть продублирована голосовой рекламой, транслируемой через систему громкоговорителей. На автобусах также устанавливаются наружные экраны.

Супермаркеты рассматривают возможности использования цифровых технологий для организации **рекламы на электронных экранах в магазинах**. Информация и рекламные объявления передаются с экранов, установленных на полках, в концах проходов и в кассовых зонах. Новые возможности могут включать в себя передачу рекламных сообщений, целевой аудиторией которых является молодежь (таких как мультфильмы, сцены из кинофильмов и музыка). Кроме того, в декабре 2005 г. одна из электронных компаний объявила, что разрабатывает технологию одноразовых плоских экранов, которые могут воспроизводить мультфильмы на упаковке товаров.

Технология гиперметок (hypertag technology) позволяет владельцам сотовых телефонов скачивать информацию прямо в свои телефонные аппараты и ручные компьютеры с оснащенных электронными чипами плакатов или реклам в поездах, автобусах, на вокзалах или в магазинах. Пользователь получает телефонный номер, напоминание-подсказку, игру, логотип, картинку или мелодию звонка.

Большие **интерактивные цифровые рекламные щиты** имеют разрешающую способность киноэкрана и могут использовать встроенные камеры для взаимодействия со зрителями. Такие рекламные щиты способны различать цвета и движения и менять содержание сообщений в зависимости от погоды благодаря использованию специальных датчиков, распознающих дождь, ветер и жару.

Чаттербот («робот для болтовни», известный также под названиями «чатбот» и «чаттербокс») – это разработанное на основе искусственного интеллекта программное обеспечение, задача которого – поддерживать разговор с пользователем. Большинство чаттерботов не пытаются вести осмысленный диалог, но вместо этого подхватывают ключевые слова или фразы, сказанные пользователем, что позволяет им применять уже готовые или сконструированные ответы, чтобы вести разговор, как бы имеющий смысл; при этом им не требуется «знать», о чем именно они говорят.

В Википедии отмечается, что «чаттерботы часто используются злонамеренно, для того чтобы наводнять чаты спамом и рекламой, а также побуждать людей раскрыть персональную информацию, – например, номер банковского счета» (40). Многие компании начали использовать чаттерботы на своих веб-сайтах или встраивать их в автоматизированные телефонные системы (41).

Блоги (создаваемые пользователями веб-журналы) – это веб-сайты, которые используются для публикации сообщений, новостей и комментариев, представляющих особый интерес для пользователей. Блоги становятся инструментом, обладающим потенциальной ценностью для продавцов: одна из фирм, торгующих безалкогольными напитками, создала блог для рекламы торговой марки ароматизированного молока и предлагала рекламные подарки, образцы и подарочные сертификаты другим блогам, которые размещали ссылки на сайт этой компании (42).

Движение на восток

В то время как в Западной Европе в 2002–2003 гг. расходы на рекламу достигали приблизительно 150–300 долл. США в год на человека, в странах Восточной Европы их уровень в целом не превышал 100 долл. США в год. В Российской Федерации эти расходы составляли менее 30 долл. США в год, а в Украине – менее 10 долл. США (43).

Однако сейчас эта картина меняется. Большинство новых возможностей для маркетинга, как представляется, возникает в новых независимых государствах (ННГ), где ежегодные темпы прироста рекламных расходов превышают 50% (см. рис. 10.7). В одной только Российской Федерации в 2005 г., как сообщается, их рост превысил 1,2 млрд. долл. США (37).

Реклама – неотъемлемая часть развития рынков. Анализ пищевой промышленности и сельского хозяйства в Восточной Европе в 1990-е гг., проведенный ОЭСР, свидетельствовал о значительном объеме инвестиций иностранных компаний в производство кондитерских изделий и безалкогольных напитков (рис. 10.8), составлявшем около 60% всех инвестиций в продовольственный сектор (44). Самый высокий уровень инвестиций в пересчете на душу населения был отмечен в Венгрии, Польше и Чешской Республике.

Цель этих инвестиций – стимулировать потребление конкретных пищевых продуктов. Например, в Польше за период 1999–2004 гг. продажи кондитерских изделий из шоколада возросли более чем на 26%, кондитерских изделий из сахара – на 22%, а потребление безалкогольных напитков – более чем на 50% (45,46). Неизвестно, в какой степени методы маркетинга и рекламы способствуют такому увеличению; проведение исследований по этой теме настоятельно необходимо.

Сообщается, что в Российской Федерации быстро растет рынок закусок: с 66 000 т в 1998 г. он увеличился до 200 310 т в 2000 г., а в 2001 г. вырос еще на 85% (47). В 2001 г. рекламный бюджет индустрии закусок в Российской Федерации возрос на 260%, с 18,5 млн. долл. США в 2000 г. до 67 млн. долл. США в 2001 г. Кроме того, в России меняется рацион питания детей. Исследование поведения матерей, проведенное в Москве в 2002 и 2005 гг., показало, что на 49% сократилось число матерей, готовящих для своих детей традиционную овсяную кашу, и на 52% – численность тех, кто готовит фруктовые пюре. Маркетинговый анализ показал, что 5-летние дети быстро адаптируются к западным продуктам питания: они регулярно потребляют картофельные чипсы (81%), шоколадные батончики (78%), жевательную резинку (70%) и газированные напитки (66%) (49). Емкость рынка пищевых продуктов для детей в 2005 г. оценивалась в 150 млн. долл. США, и прогнозировался ее рост до 400 млн. долл. США. Кроме того, согласно оценкам, сумма карманных денег школьников составляла 65 млн. долл. США, и в 2004 г. могла возрасти до 160 млн. долл. США (48).

Воздействие рекламы

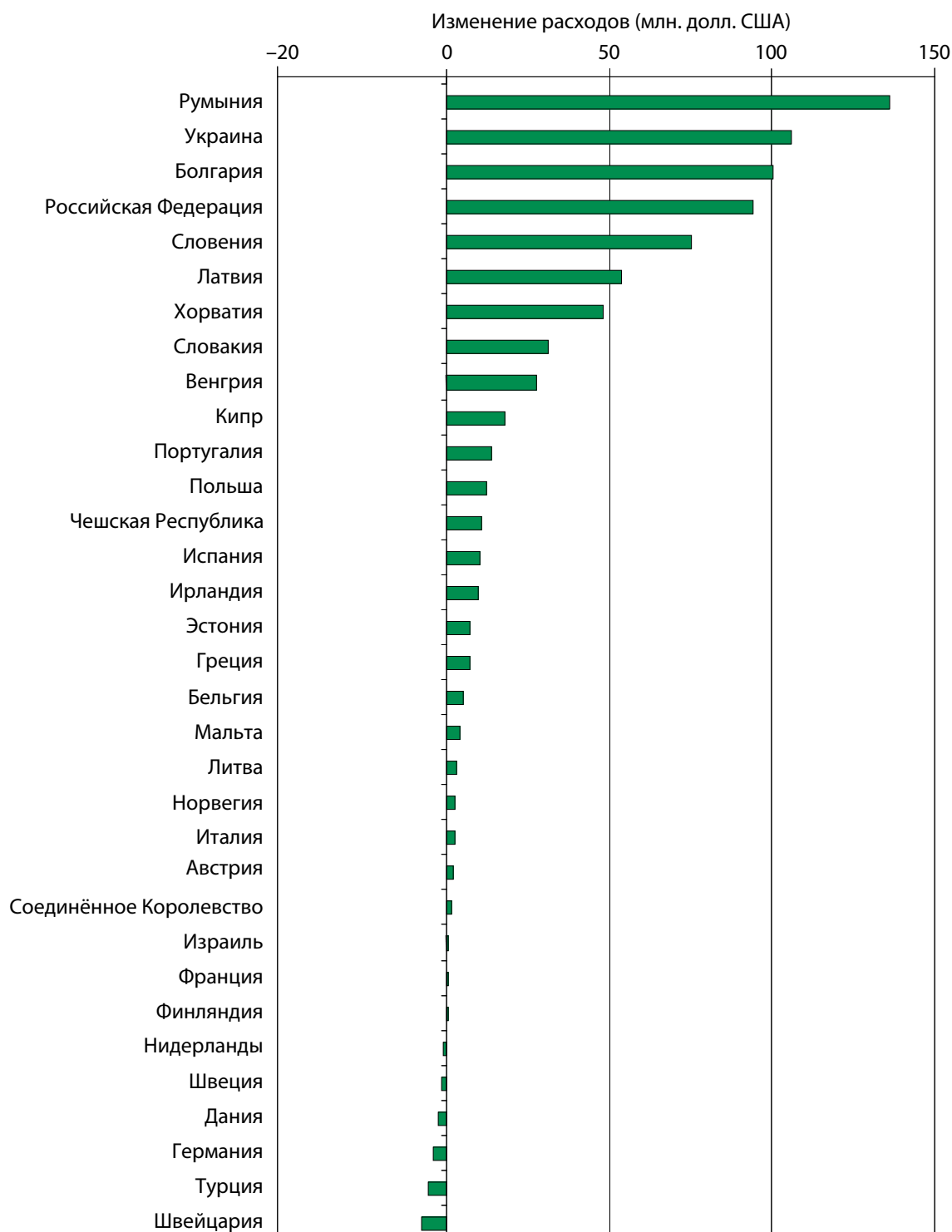
Ряд исследований показал, что реклама и маркетинг продуктов питания ассоциируются с более благоприятным восприятием, предпочтениями и поведением детей по отношению к рекламируемым продуктам (50,51). На пищевые предпочтения совсем маленьких, скажем, двухлетних детей может существенно повлиять даже очень короткое, например, 30-секундное воздействие рекламы (52).

В недавнем систематическом обзоре, посвященном воздействию на детей методов продвижения пищевых продуктов, Hastings et al. (2) выявили более 29 000 публикаций по этой теме. Исключив работы, не отвечающие требованиям к качеству, авторы пришли к выводу, что продвижение продуктов питания оказывает воздействие на предпочтения, потребление и покупательское поведение детей, что это воздействие не зависит от других факторов и осуществляется на уровне как торговой марки, так и категории товара. Далее в докладе указывалось, что хотя рассмотренные исследования не содержат доказательств того, что реклама оказывает прямое воздействие на рацион питания детей, «по нашему мнению, [они] предоставляют достаточно доказательств того, что это воздействие существует».

Доклад Хастингса был подготовлен по заказу Агентства по продовольственным стандартам Соединённого Королевства. После того как представители промышленности и печатные органы, спонсировавшие промышленностью, подвергли доклад критике, Агентство в октябре 2003 г. организовало открытое рецензирование доклада экспертами, которые пришли к выводу о справедливости выводов доклада (53). Экспертная группа добавила также:

... если в этой области будут проводиться дальнейшие исследования, было бы полезно рассмотреть применение альтернативного методологического подхода, который бы учитывал социальный, экономический и культурный контекст, в котором действует реклама... Сказав это, мы не ощущаем необходимости

Рисунок 10.7. Среднее ежегодное увеличение расходов на рекламу в 33 странах, 1998–2003 гг.



Источник: European Advertising & Media Forecast [web site] (43).

проведения дальнейших исследований, поскольку обзор Хастингса, основанный на сбалансированной информации, предоставил достаточно доказательств, указывающих на причинно-следственную связь между деятельностью по стимулированию сбыта, с одной стороны, и знаниями, предпочтениями и поведением детей в отношении пищевых продуктов, – с другой.

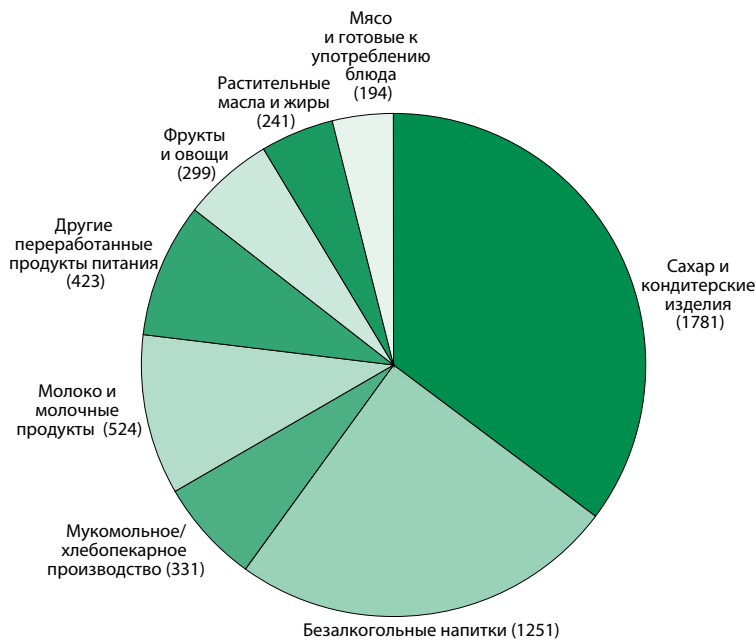
По поручению Института медицины США Комитет по маркетингу пищевых продуктов и рациону питания детей и юношества подготовил обзор, в котором были сделаны аналогичные выводы о поведении, связанном с питанием, по крайней мере в отношении детей младшего возраста (3). В нем также были сформулированы следующие выводы:

С точки зрения статистики существуют веские доказательства существования связи между подверженностью воздействию телевизионной рекламы и ожирением у детей в возрасте 2–11 лет и подростков в возрасте 12–18 лет.

Связь между ожирением и подверженностью воздействию телевизионной рекламы сохраняется также и после учета альтернативных точек зрения, но... этих доказательств недостаточно для того, чтобы прийти к какому-либо выводу о причинно-следственной связи телевизионной рекламы с ожирением. Важно отметить, что даже небольшое влияние, осуществляемое в совокупности на все детское и юношеское население Америки, будет оказывать последовательный эффект.

Кроме того, в обзоре было отмечено, что с воздействием телевизионной рекламы могут быть связаны также и другие проблемы в отношении здоровья. С этим выводом согласуется проведенное в Бельгии исследование (54), которое выявило эффект воздействия просмотра телевизионных передач

Рисунок 10.8. Иностранные инвестиции в производство продуктов питания из сельскохозяйственного сырья в Восточной Европе, 1990–1997 (в млн. долл. США)



Примечание. Приведены цифры по Албании, Болгарии, Венгрии, Литве, Польше, Российской Федерации, Румынии, Хорватии, Чешской Республике, Украине и Эстонии. Не включены данные по алкогольной и табачной продукции.

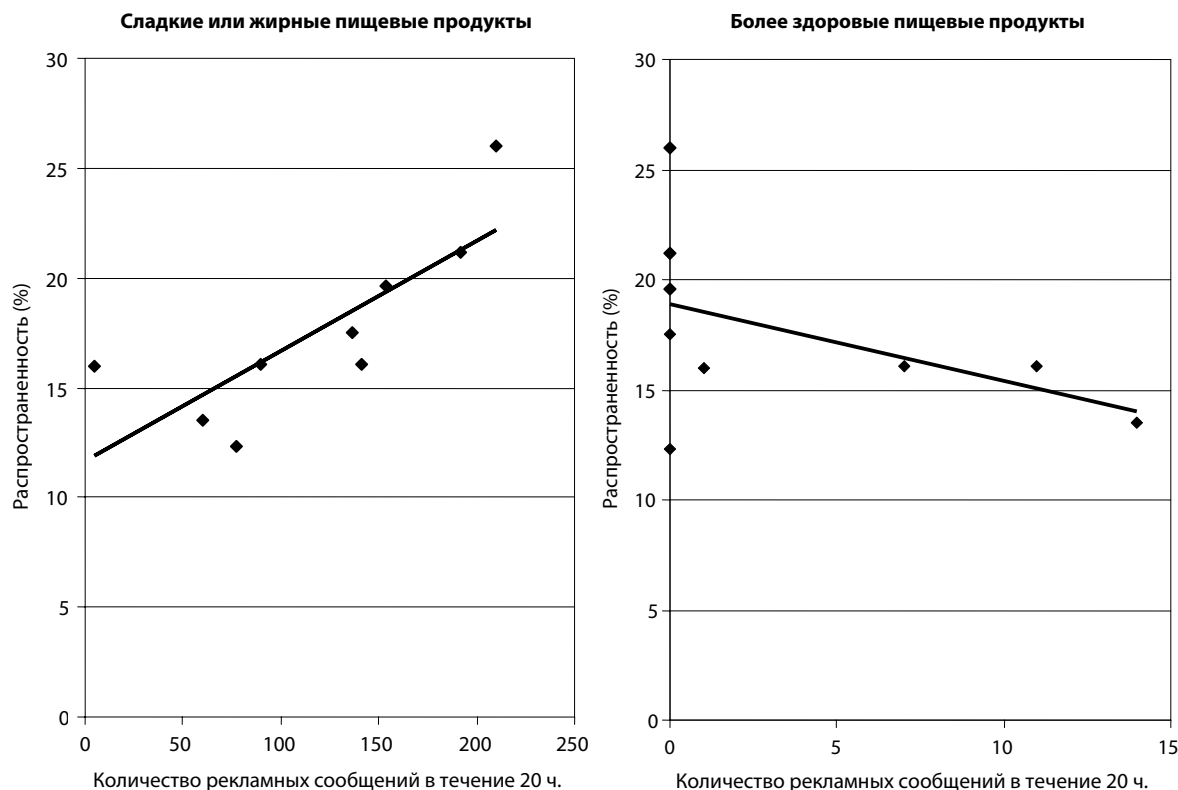
Источник: составлено по *Impediments to efficiency in the agro-food chain in Bulgaria, Romania and Slovenia* (44).

на факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у детей, однако эта связь могла также объясняться повышенным уровнем ожирения.

Некоторые из исследований, в которых подтверждаются выводы Института медицины, основывались на изучении общего воздействия просмотра телевизионных передач, а не только воздействия рекламы. Со времени проведения исследования Институтом медицины появились и другие данные в поддержку сделанных в нем выводов. Они свидетельствуют о конкретной связи между избыточной массой тела у детей и отдельными типами рекламы. Используя данные, собранные в ходе исследования телевизионной рекламы, ориентированной на детей (11), Lobstein и Dibb (55) сопоставили распространенность избыточной массы тела у детей в десяти странах (семи государствах – членах ЕС, Австралии и США) с объемом рекламы высококалорийных и более здоровых продуктов питания. Как показано на рис. 10.9, наблюдалась существенная позитивная зависимость между распространенностью избыточной массы тела и продвижением высококалорийных пищевых продуктов, а также более слабая негативная зависимость между распространенностью избыточной массы тела и продвижением сбыта более здоровых продуктов питания.

Эта зависимость между рекламой и избыточной массой тела является ассоциативной, и причинно-следственные доказательства ее существования все еще предстоит отыскать. Корреляция может объясняться другими факторами: значительный объем рекламы высококалорийных пищевых

Рисунок 10.9. Связь между распространенностью избыточной массы тела у детей и количеством рекламных сообщений, посвященных сладким или жирным и более здоровым пищевым продуктам



Примечание. Анализ основан на данных по семи государствам – членам ЕС, а также Австралии и США. Для сладких или жирных пищевых продуктов корреляция составляла $r = +0,86$, $P < 0,005$. Для более здоровых пищевых продуктов корреляция составляла $r = -0,56$, $P < 0,001$.

Источник: Lobstein и Dibb (55).

продуктов и напитков может отмечаться в тех обществах, где другие средовые факторы способствуют приобретению детьми избыточной массы тела; в то же время общества, в которых осуществляется реклама более здоровых пищевых продуктов, могут обладать другими характеристиками, способствующими укреплению здоровья, которые оказывают воздействие на вес детей. В исследовании также может отмечаться, что реклама более здоровых пищевых продуктов способна оказывать некоторое воздействие на улучшение здоровья детей, что свидетельствует о потенциальной пользе программ социального маркетинга, ставящих своей целью сокращение избыточной массы тела. Более подробно социальный маркетинг обсуждается в конце настоящей главы.

Развитие в сфере политики

Текущая практика контроля и озабоченность потребителей

Признавая, что реклама может оказывать на детей ненадлежащее воздействие, несколько стран Европейского региона ВОЗ ввели меры законодательного контроля в отношении факторов, поддающихся наблюдению. В табл. 10.4 перечислены меры регулирования, действующие или недавно принятые в различных странах. Большинство европейских государств, по которым имеется информация, по-видимому, не применяют жестких мер контроля над рекламой, ориентированной на детей; вместо этого они опираются на согласованные с рекламной отраслью кодексы практической деятельности.

Например, Конфедерация производителей пищевых продуктов и напитков ЕС (СИАА) разработала принципы рекламы пищевых продуктов и напитков, в которых содержатся призывы к точному представлению рекламируемого товара, упоминанию о его питательной ценности и полезности для здоровья только в том случае, если для этого есть научное обоснование, и презентации продукта в контексте разнообразных продовольственных товаров, входящих в состав здорового рациона питания. В принципах СИАА отмечается, что реклама не должна: поощрять чрезмерное потребление; показывать, что рекламируемые пищевые продукты могут заменить основные блюда; и вообще наносить вред агитации в пользу здорового образа жизни (60). Кроме того, СИАА формулирует следующие принципы рекламы, ориентированной на детей (60):

1. Реклама не должна вводить в заблуждение относительно потенциальных преимуществ, достигаемых в результате потребления продукта.
2. Реклама пищевых продуктов не должна наносить вред роли родителей и другим надлежащим ролевым моделям взрослых как ценному источнику руководства по вопросам питания.
3. Реклама не должна содержать какого-либо прямого призыва к детям убеждать своих родителей или других взрослых покупать им рекламируемые товары.
4. Реклама, ориентированная на детей, не должна создавать ощущение острой необходимости.
5. Хотя использование фантастических образов, в том числе анимации, допустимо в общении с детьми как младшего, так и более старшего возраста, необходимо заботиться о том, чтобы воображение ребенка не было использовано для поощрения дурных привычек в отношении питания.
6. Продукты, показанные в телевизионной программе, ориентированной на детей, или связанные с ее содержанием, не следует рекламировать во время этой программы, непосредственно перед ней и сразу после ее показа.
7. Персонажи вещательных или печатных средств массовой информации (живые или рисованные) не должны использоваться для продажи товаров и услуг или раздачи подарков и призов таким способом, который бы сглаживал различия между содержанием программы или редакционной публикации и коммерческой рекламой. Например, коммерческие объявления или реклама, в которых фигурируют персонажи из программ или изданий, в основном ориентированных на детей, не должны размещаться в непосредственной близости к программам или статьям, в которых фигурирует эта же личность или персонаж.

Согласованные с рекламной отраслью кодексы норм, как правило, уделяют основное внимание содержанию отдельно взятых рекламных сообщений. Они не затрагивают вопроса об объемах

Таблица 10.4. Меры контроля за детскими телевизионными передачами, оказывающие воздействие на рекламу пищевых продуктов в некоторых европейских странах

Страна	Меры контроля
Австрия	Саморегулирование отрасли (Кодекс австрийского совета по рекламе 1995 г.) Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится
Бельгия (фламандская община)	Передача рекламы запрещена в течение пяти минут до и после телевизионных программ для детей моложе 12 лет Режим иной, чем для французской общины
Бельгия (французская община)	Саморегулирование отрасли (Кодекс, разработанный Советом по этике в рекламе и опирающийся на Международный кодекс рекламной практики, одобренный Международной торговой палатой (МТП) (57) Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится
Германия	Общественные телевизионные каналы не могут передавать рекламу во время школьных каникул. Детские программы не могут прерываться рекламой В рекомендациях указывается, что демонстрация продуктов в программах не должна сопровождаться рекламой этих продуктов до и после показа программы, а в рекламе не должна подразумеваться мысль, что детям следует покупать данный товар Саморегулирование отрасли (кодексы Германского совета по рекламе, основанные на Кодексе МТП) Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится
Греция	Закон о защите потребителей 1989 г. запрещает рекламу игрушек до 22:00 Саморегулирование отрасли (кодексы Греческой ассоциации рекламных агентств, основанные на Кодексе МТП)
Дания	Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится Предложение о запрете рекламы в течение пяти минут до и после детских программ включено в добровольное соглашение с одним из каналов общественного телевидения Датский закон о вещании запрещает использование в рекламе, предназначенной детям, лиц, кукол, персонажей и т.п., которые появляются в детских программах. Реклама кондитерских изделий, безалкогольных напитков или закусок не должна подразумевать, что они могут заменить основные блюда. В остальном рекомендации Правительственного омбудсмена по делам потребителей основаны на Кодексе МТП
Ирландия	Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится Саморегулирование отрасли (Кодексы Управления по стандартам в рекламе, основанные на Кодексе МТП) Реклама не должна способствовать развитию нездоровых привычек в питании; закуски должны быть недвусмысленно представлены как таковые На использование известных личностей в рекламе, ориентированной на детей, накладываются ограничения
Исландия	Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится Детские программы нельзя прерывать рекламой. Для рекламы, которая может нанести вред «физическому, умственному или моральному развитию» детей, отводятся часы, когда их не могут увидеть дети Саморегулирование отрасли (Кодексы Общества исландских рекламных агентств, основанные на Кодексе МТП). Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится
Испания	Саморегулирование отрасли (Asociacion de Autocontrol de la Publicidad Code, Основанный на Кодексе МТП) Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится
Италия	Законопроект о запрете рекламы во время детских телевизионных передач внесен в сенат, но не одобрен Реклама, в которой используются герои мультфильмов, не должна демонстрироваться до и после программ, в которых фигурируют те же персонажи Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится
Лихтенштейн	Явного саморегулирования отрасли нет Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится
Люксембург	Саморегулирование отрасли (Люксембургская комиссия по этике в рекламе применяет Кодекс МТП) Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится

Таблица 10.4. (продолжение)

Страна	Меры контроля
Нидерланды	<p>Реклама подлежит совместному регулированию потребителями и отраслью с помощью кодекса. Программы для детей не могут прерываться рекламой на каналах общественного телевидения или коммерческих каналах, если их продолжительность не превышает 30 минут</p> <p>Размещение продуктов и спонсорство запрещены в программах для детей младше 12 лет. Реклама кондитерских изделий ограничена и в обязательном порядке должна сопровождаться показом зубной щетки</p> <p>Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится</p>
Норвегия	<p>Общий запрет рекламы, ориентированной на детей</p> <p>Никакой рекламы в течение 10 минут до и после детских программ</p> <p>Программы для детей не должны спонсироваться</p> <p>Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится</p>
Португалия	<p>Детские программы продолжительностью меньше 30 минут не должны прерываться рекламой</p> <p>Саморегулирование отрасли (Instituto Civil da Autodisciplina da Publicidade применяет Кодекс МТП)</p> <p>Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится</p>
Румыния	<p>Реклама не должна поощрять или оправдывать чрезмерное потребление пищевых продуктов. При сравнении продуктов питания нельзя принимать основные продукты, такие как фрукты и овощи</p>
Соединённое Королевство	<p>Никакой рекламы на общественных каналах телевидения</p> <p>Лицензированные коммерческие каналы должны соблюдать «Кодекс Офком» (Ofcom Code), ограничивающий рекламу товаров, основанную на детских программах, и использование лиц и персонажей, фигурирующих в детских программах, для продвижения товаров для детей</p> <p>Кодекс также запрещает содействие чрезмерному потреблению и принижение здорового выбора продуктов питания, в частности, фруктов и овощей</p> <p>Саморегулирование отрасли посредством Рекламного кодекса (56), в котором сказано, что детей не следует поощрять к тому, чтобы они досаждали своим родителям, ели или пили перед сном или в то время, когда им полагается спать, многократно принимали пищу в течение дня или потребляли закуски и сладости вместо основных блюд</p> <p>Рекламодатели могут обратиться за получением предварительного одобрения своих рекламных сообщений в Центр контроля над вещательной рекламой</p>
Финляндия	<p>В рекламе продуктов питания не должно упоминаться о здоровье</p> <p>В рекомендациях Правительственного омбудсмена по делам потребителей говорится, что реклама, ориентированная на детей, должна: четко отличаться от обычных программ; не спонсироваться; не прерывать программы продолжительностью менее 30 минут; не содержать побуждений к покупке товаров; не использовать анимацию, если она прерывает программу, основанную на демонстрации мультфильмов; не использовать персонажи, участвующие в телевизионных программах; рекламные объявления о кондитерских изделиях, безалкогольных напитках или закусках не должны внушать мысль, что эти продукты могут заменить основные блюда</p> <p>Саморегулирование отрасли (Совет по деловой практике использует Кодекс МТП)</p>
Франция	<p>Саморегулирование отрасли (кодексы маркетинга, принятые Bureau de Verification de la Publicité) (57)</p> <p>Рекламные объявления не должны противоречить принципам здорового питания и не должны внушать мысль, что потребление какого-то пищевого продукта приведет к успехам в искусстве, школе или спорте</p> <p>Рекламные объявления о переработанных продуктах питания должны содержать специальную информацию по вопросам здоровья, или 1,5% бюджета на рекламу этих продуктов питания должно быть уплачено Национальному управлению по содействию здоровому образу жизни и санитарному просвещению. Таковы положения французского Закона об общественном здравоохранении</p> <p>Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится</p>
Швеция	<p>Запрещение любой рекламы, ориентированной на детей в возрасте до 12 лет</p> <p>Никакой рекламы до, во время и после программ для детей</p> <p>Предварительный контроль рекламных сообщений не проводится</p>

рекламы, т.е. о совокупном воздействии мер по продвижению ряда торговых марок в рамках группы продовольственных товаров, такой как подслащенные зерновые завтраки. В кодексах также не рассматривается вопрос о повторяющейся рекламе того или иного продукта. Кроме того, все более распространенной становится практика многократного рекламирования одного и того же товара на протяжении одной рекламной паузы.

Кроме того, проблемы возникают в том случае, когда организации, наделенные правом принятия решений, например, отраслевые лицензирующие или надзорные органы, не имеют возможности предпринять какие-либо действия против рекламодателей до тех пор, пока рекламное сообщение не вышло в эфир. Некоторые организации не могут принять меры, пока не получат жалобу на рекламодателя, а к тому времени, когда эта жалоба будет рассмотрена, рекламная кампания порой заканчивается, и данная реклама уже не появляется в эфире или на страницах печати.

Кроме того, если надзорный орган обнаружит, что та или иная реклама явилась нарушением соответствующего кодекса, в его распоряжении может оказаться слишком мало средств для наказания нарушителя, и он будет не в состоянии предотвратить повторение подобных случаев. Доступные ему штрафные санкции по своим масштабам вряд ли будут соответствовать выгодам от продаж, которые приобретут рекламодатели, особенно если эти санкции будут наложены после завершения рекламной кампании.

Ассоциации потребителей призывают к более жестким мерам регулирования рекламы, ориентированной на детей. Некоторые потребительские организации выступают за введение запрета на рекламу пищевых продуктов с высокой энергетической плотностью. Они предложили пересмотреть налоговые льготы рекламодателям с тем, чтобы льготный режим сохранялся только за рекламой продуктов питания, способствующих здоровью (13). В табл. 10.5 перечислены проблемы, связанные с применяемыми в настоящее время добровольными инструментами контроля, которые вызывают озабоченность потребительских организаций.

Таблица 10.5. Проблемы, связанные с применяемыми в настоящее время мерами добровольного контроля над рекламой, ориентированной на детей, и вызывающие озабоченность потребителей

Проблема	Предмет озабоченности
Сосредоточенность на телевидении	Кодексы уделяют основное внимание телевидению и поэтому не отражают характер современной рекламной среды Они редко учитывают новейшие технологии рекламы, такие как маркетинг товаров в Интернете
Совокупный эффект воздействия рекламы	В кодексах рассматриваются отдельно взятые рекламные объявления, а не совокупный результат их воздействия. В них не учитывается эффект повторения рекламы, а также кумулятивное воздействие рекламных сообщений, содержащих одно и то же «сообщение» или продвигающих одни и те же категории пищевых продуктов. Кодекс МТП (57): • не запрещает рекламу какой-либо конкретной категории продуктов; • не запрещает и не контролирует рекламу, ориентированную на отдельные возрастные группы; • не контролирует частоту и объем рекламы; • не контролирует продолжительность рекламных сообщений в детских телевизионных программах
Отсутствие санкций	Когда маркетинговые фирмы осуществляют саморегулирование, они выступают одновременно в роли обвинителя и защитника, судьи и присяжных. Применение жестких санкций против рекламодателей, добровольно вступивших в ассоциацию и уплачивающих членские взносы, маловероятно
Ретроспективный контроль	При отсутствии предварительного контроля рекламных сообщений, который сейчас применяется лишь в некоторых странах, все жалобы будут рассматриваться уже после того, как реклама вышла в эфир. По многим жалобам решение, возможно, не будет вынесено до завершения рекламной кампании, что ослабит воздействие санкций. Не соответствующие действительности или вводящие в заблуждение заявления о питательной ценности продуктов к тому времени уже могут быть переданы в эфир, услышаны и применены на практике
«Негерметичные» границы	Как для кодексов саморегулирования, так и для инструментов законодательного регулирования существует проблема рекламы, поступающей из источников, которые находятся за пределами национальной юрисдикции. С этой проблемой уже столкнулись в Швеции, где национальный запрет рекламы, ориентированной на детей, был сведен на нет внешними источниками (такими как кабельное и спутниковое телевидение)

Постоянное выявление нарушений Международного кодекса маркетинга заменителей грудного молока ВОЗ/ЮНИСЕФ, не прекращающихся, несмотря на заявления отрасли об их отсутствии, усиливают озабоченность в отношении эффективности отраслевого саморегулирования (61). Примеры явного нарушения кодексов саморегулирования поступают из многих стран Региона: Армении, Болгарии, Германии, Грузии, Латвии, Литвы, Люксембурга, бывшей югославской Республики Македонии, Нидерландов, Польши, Российской Федерации, Румынии, Сербии, Соединённого Королевства, Финляндии, Франции и Швейцарии. Так как грудное вскармливание все больше рассматривается как профилактическая мера против последующего ожирения (62) (см. также главы 5 и 6), Кодекс является ценным орудием в арсенале профилактики ожирения. Тем не менее зафиксировано нарушение Кодекса в 2001–2004 г. большинством компаний – производителей детского питания в мире (61).

Кроме того, некоторые европейские страны разработали рекомендации по маркетингу в школах, ввели ограничения на размещение продуктов в телевизионных программах и регулирующие правила по использованию Интернета в целях маркетинга, ориентированного на детей (табл. 10.6 и 10.7).

Развитие стратегий ЕС и опыт пяти стран

Тема рациона питания детей, их здоровья и роли рекламы в настоящее время занимает видное место в политической повестке дня Европейской комиссии и большинства стран.-членов ЕС. Производители продуктов питания, рекламные агентства и медийные компании оказывают сопротивление введению более строгого контроля за рекламой. В частности, глава крупнейшего в Европе телевизионного конгломерата призвал проявлять больше «гибкости» в отношении рекламы, утверждая, что ограничения на рекламу во время новостных передач и детских программ могут угрожать осуществлению таких программ (63).

ЕС: проект директивы

Европейская комиссия завершила разработку проекта новых правил, которые должны заменить директиву «Телевидение без границ» (Directive 89/552/EEC). По мнению отрасли, «текст в значительной степени соответствует позициям, которые отстаивает рекламная отрасль» (64). В частности, проект документа разрешает размещение продуктов в телевизионных программах по всей территории ЕС и предполагает продолжение саморегулирования отрасли. Более того, в проекте сохраняются правила страны происхождения (товара), согласно которым только одно государство – член ЕС, а именно то, в котором находится штаб-квартира вещающей компании, обладает юрисдикцией над провайдером медийных услуг. Таким образом, будут применяться законы и правила о рекламе только этой страны, вне зависимости от того, в каких странах будет передаваться по телевидению данная реклама.

Далее, в проект включены предложения об отмене действующих в настоящее время суточных лимитов на рекламу и телекоммуникационную розничную торговлю, при ограничении уровня рекламы в среднем 12 минутами в час. Фильмы можно прерывать рекламными паузами каждые 40 минут, детские программы и новостные передачи – каждые 20 минут. Проект документа также предлагает ограничить применение высокодоходной «точной» рекламы только спортивными передачами: например, показывать ее лишь во время естественных перерывов, таких как угловые удары в ходе футбольных матчей.

Размещение продуктов, по-видимому, является серьезной проблемой для групп защиты прав потребителей. В проекте говорится, что спонсоров необходимо назвать в начале программы и что размещение продуктов не должно напрямую способствовать покупкам демонстрируемых товаров или использоваться в детских программах, новостных и документальных передачах.

Кроме того, на уровне Европейской комиссии по итогам проведенного в 2004 г. круглого стола по проблеме ожирения была учреждена Европейская платформа действий в области питания, физической активности и здоровья. В нее входят влиятельные представители заинтересованных сторон – в первую очередь коммерческие, потребительские организации и организации здравоохранения, «способные взять на себя обязательства по осуществлению действий» (65). Эти организации под руководством Комиссии ведут работу по обращению вспять тенденций в области

Таблица 10.6. Примеры национальных рекомендаций, регламентирующих маркетинг в школах

Страны	Ограничения, связанные с регулированием и саморегулированием
Бельгия (французская община)	В школах запрещена любая коммерческая реклама товаров или услуг. Спонсорство следует использовать в минимально возможных размерах в отношении учебных пособий и других материалов, используемых в учебном процессе
Венгрия	Реклама в государственном учебном заведении может осуществляться только с разрешения директора. Обязанности, связанные с получением такого разрешения, относятся к характеру рекламируемых товаров и услуг, содержанию рекламного объявления, методу рекламирования и месту публикации
Германия	В разных федеральных землях ФРГ применяются различные правила в отношении рекламы и спонсорства. Некоторые из земель, например Бавария (Свободное Государство Баварцев), разрешают рекламу в коммерческих целях. В других землях реклама и/или спонсорство в школах допускаются только с разрешения школы
Греция	Внутришкольный маркетинг запрещен, за исключением случаев, когда он осуществляется в образовательных целях
Дания	При осуществлении спонсорства в отношении школ, детских садов и т.п. рекламодатели и специалисты по маркетингу должны следовать определенным принципам. В частности: <ul style="list-style-type: none"> • название и логотип фирмы-спонсора не должны слишком часто использоваться на учебных пособиях, игрушках и других предметах, предоставленных в порядке спонсорской помощи, и на них не должна размещаться реклама; • участие малолетних детей в различных видах деятельности и обучения, предлагаемых рекламодателями и специалистами по маркетингу, допускается только с согласия родителей; • в учебных материалах, учебном процессе и других видах деятельности не должно содержаться прямого или косвенного призыва к детям (подросткам) покупать или использовать товары спонсоров либо другие товары или услуги. То же касается обращений к родителям о покупке или использовании каких-либо товаров; • следует избегать размещения заявлений, которые могут интерпретироваться как товары и услуги, предлагаемые теми или иными компаниями, в учебных материалах, учебном процессе или другой деятельности, а если это невозможно, документально фиксировать такие заявления; • авторитет учителей, школы или учебного заведения не должен использоваться для создания у детей и их родителей впечатления, что дети или подростки будут ущемлены в своих правах, окружены презрением или подвергнуты осмеянию в случае, если они не купят или не будут использовать товар или услуги, продаваемые спонсорами или кем-либо другим; • детям или подросткам и учителям должна быть предоставлена свобода критической оценки спонсоров и их товаров. Организация маркетинговой деятельности в школах и детских садах (такой как развешивание плакатов, раскладка брошюр, раздача образцов) может происходить только с разрешения школьного совета или руководства образовательного учреждения. Маркетинговые материалы в форме образцов и т.п. не должны рассылаться непосредственно детям или подросткам
Ирландия	Методы маркетинга являются нежелательной и недопустимой практикой. Школы должны формулировать политику в отношении коммерческого продвижения товаров
Латвия	Маркетинг на территории школ запрещен, за исключением случаев, когда, по мнению завуча, он отвечает целям образования
Люксембург	Маркетинг на территории школ запрещен, за исключением случаев, когда, по мнению завуча, он отвечает целям образования
Нидерланды	Школы могут принимать спонсорскую помощь в приобретении классных досок, учебных материалов и др., а также в проведении мероприятий, но они должны относиться к спонсорской помощи со всей серьезностью и ответственностью Реклама не должна размещаться в учебных материалах, склонять детей к нездоровому поведению либо побуждать их к тому, чтобы просить родителей покупать спонсируемые товары или вознаграждать детей за успехи товарами спонсора Применяется саморегулирование внутришкольного маркетинга
Португалия	Реклама в школах запрещена.

Таблица 10.6. (продолжение)

Страны	Ограничения, связанные с регулированием и саморегулированием
Соединённое Королевство	<p>Коммерческая деятельность в школах должна быть осмысленной и усиливать образовательную ценность учебного процесса</p> <p>Рекламный материал не должен способствовать нездоровой, опасной или незаконной деятельности. Прямых предложений о продажах следует по мере возможности избегать, но они могут оказаться неизбежными в условиях купонной системы (когда в обмен на собранные купоны можно получить учебники и др.)</p> <p>Степень продвижения торговых марок должна соответствовать виду учебной деятельности</p> <p>При спонсировании спортивной деятельности в школах необходимо обеспечивать, чтобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • приоритетное значение всегда уделялось образованию и благополучию учащихся спонсируемой школы; • в условия спонсорской помощи не входило приобретение учениками или их родителями товаров или услуг спонсора; • любые маркетинговые кампании проводились спонсором с соблюдением хорошего вкуса и в полном соответствии с требованиями кодексов и правил, относящихся к детям
Финляндия	<p>Рекламные и другие маркетинговые материалы не могут распространяться в школах и детских садах без предварительного согласия родителей, полученного, например, на собрании родителей и учителей. Иначе подобные материалы могут расцениваться как полуофициальные</p> <p>В учебных материалах не должна содержаться реклама</p> <p>Реклама может использоваться только в образовательных целях</p>
Франция	<p>Внутришкольный маркетинг запрещен, кроме случаев, когда завуч считает, что такой маркетинг имеет образовательные цели</p> <p>На прямой и косвенный внутришкольный маркетинг распространяется действие ограничений, вытекающих из национальных или региональных актов регулирования или саморегулирования, а также уставных ограничений</p>

Источник: составлено по Hawkes (59).

ожирения, предлагая увеличить выделяемые ресурсы и прилагаемые усилия по сравнению с базовым уровнем, в качестве которого принят 2004 г. Платформа действий была сформирована после заявления Европейского комиссара по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей Маркоса Киприану, в котором указывалось, что если меры по ограничению рекламы, ориентированной на детей, не будут осуществлены в добровольном порядке, ЕС примет соответствующие законодательные акты (66). Программа Платформы действий составлена таким образом, чтобы обеспечивать тесную связь с работой, осуществляемой Европейской сетью по вопросам питания и физической активности, и разрабатывать на уровне ЕС стратегические задачи по обращению вспять тенденций в области ожирения.

По итогам общественных консультаций Европейская комиссия опубликовала «Белую книгу», в которой подробно рассматривается стратегия Европы в области решения проблем, связанных с питанием, избыточной массой тела и ожирением (67). В этом документе, обосновывающем необходимость согласованного политического курса на уровне ЕС, содержится призыв лучше информировать потребителей путем улучшения маркировки продуктов питания и совершенствования законодательства, касающегося заявлений об оздоровительной и питательной ценности, размещаемых на пищевых продуктах. Как указывается в «Белой книге» (67), «существуют доказательства того, что реклама пищевых продуктов и их маркетинг воздействуют на рацион питания, в особенности на рацион питания детей». На уровне ЕС Комиссия предпочитает использовать добровольный подход, однако она взяла на себя обязательство провести в 2010 г. оценку результатов его применения, чтобы решить, не требуются ли другие подходы.

Примеры из практики пяти стран

Некоторые европейские страны выступают с инициативами по борьбе с ожирением или пропаганде здорового питания и физической активности, но лишь в немногих из них непосредственно затрагивается вопрос о маркетинге. Ниже приводятся пять примеров.

Таблица 10.7. Страны, ограничивающие размещение продуктов в телевизионных программах и интернет-рекламе

Вид ограничения	Страна
Размещение продуктов	
Прямой запрет	Австрия, Бельгия (фламандская община), Ирландия, Норвегия, Соединённое Королевство
Запрет на скрытую рекламу, интерпретируемый как ограничение возможностей размещения продуктов	Германия, Греция, Дания, Исландия, Италия, Лихтенштейн, Нидерланды, Словения, Финляндия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония
Интернет-реклама	
Положения общего характера:	
предусмотренные законодательством на основе саморегулирования	Финляндия Австрия, Испания, Италия, Франция
Положения о сборе информации:	
предусмотренные законодательством на основе саморегулирования	Дания, Норвегия, Финляндия, Швеция Испания
Предусмотренные законодательством рекомендации о:	
• продаже товаров через Интернет	Дания, Норвегия, Финляндия, Швеция
• ссылках на другие интернет-сайты	Дания, Норвегия, Финляндия, Швеция
• детских клубах	Финляндия

Источник: составлено по Hawkes (59).

В докладе Института общественного здравоохранения правительству **Швеции** (68) перечислены 79 мероприятий по борьбе с ожирением, из которых три посвящены контролю над маркетинговой деятельностью:

1. Необходимо изучить предпосылки для ограничения маркетинга пищевых продуктов, ориентированного на детей, например, с учетом существующего законодательства. Следует производить постоянный мониторинг тенденций маркетинга.
2. Должна быть создана совместная группа по ответственному маркетингу. Организации потребителей должны иметь возможность обращаться за финансированием в Шведское агентство по делам потребителей для осуществления мониторинга и освещения в печати тенденций в области ориентированного на детей маркетинга безалкогольных напитков, сладостей, чипсов, кексов, печенья и мороженого, а также инициировать обсуждение такого маркетинга.
3. Муниципалитеты и школы должны разработать политику в области спонсорства пищевых продуктов. В качестве отправной точки следует использовать рекомендации, составленные Шведским агентством по делам потребителей, Шведским национальным агентством по вопросам образования и Шведской ассоциацией местных органов власти.

Дополнительные меры включали оценку воздействия на здоровье населения изменений в области маркетинга, цен и других факторов, сбор информации о продовольственном снабжении и маркетинге определенных групп пищевых продуктов, обеспечение того, чтобы в школе дети получали общую информацию о характере и назначении средств массовой информации, а также об особенностях их содержания.

Доклад Национальной группы экспертов по ожирению (69), составленный по заказу Департамента по вопросам здравоохранения и детства **Ирландии**, содержал следующие рекомендации:

- Ирландия должна пропагандировать реформу политики в области здорового питания и активного образа жизни перед чиновниками ЕС, которые руководят деятельностью, связанной с глобальной торговлей и регулированием продовольственного маркетинга и рекламы, обращенной к детям.

- В Ирландии Департамент предпринимательства, торговли и занятости и Департамент по вопросам здравоохранения и детства совместно с частным сектором и группами потребителей, должны незамедлительно предпринять многоотраслевые действия в отношении маркетинга и рекламы продуктов, которые способствуют набору веса, особенно ориентированных на детей.
- Департамент предпринимательства, торговли и занятости, отрасль электронных средств развлечения и группы потребителей должны анализировать политику в области разработки, производства и маркетинга продуктов, влияющих на здоровое питание и активный образ жизни, в особенности в отношении на детей.

Министерство здравоохранения и потребления **Испании** разработало национальную стратегию борьбы с ожирением (70). Она включает, среди прочих мер, ряд соглашений, которые должны быть подписаны представителями промышленности и других секторов; эти соглашения являются добровольными, но после их подписания будет организован внешний мониторинг деятельности сторон, включая публикацию результатов. Предусмотрены следующие меры, касающиеся маркетинга:

- Пищевая промышленность в первом квартале 2005 г. разработала кодекс саморегулирования в области маркетинга и пропаганды пищевых продуктов и напитков, предназначенных детям в возрасте до 12 лет; документ может использоваться немедленно с момента публикации. Кодексом регулируются пропаганда и маркетинг, время суток, когда эти материалы могут передаваться в эфир, порядок презентации продукта, продвижение товаров, возможности информирования и просвещения по вопросам питания.
- Торговые автоматы изымаются из зон, легко доступных дошкольникам и ученикам начальных классов школы. С автоматов удаляется реклама, чтобы не поощрять потребления определенных продуктов. Реклама заменяется наклейками с текстами, призывающими к здоровому питанию.
- Министерство здравоохранения и потребления внедрило механизм оценки потенциального воздействия этих инструментов саморегулирования.

Во **Франции** комитет экспертов при поддержке Государственного института здравоохранения и медицинских исследований (INSERM) (71) рекомендовал и отметил следующее:

- Дети особенно легко поддаются воздействию рекламы, предлагающей им потреблять привлекательные продукты. Компетентные власти должны тщательно контролировать рекламные сообщения о пищевых продуктах и, по возможности, запрещать сообщения, ориентированные на детей. В ряде рекламных сообщений приводится информация об энергетических или питательных эквивалентах, которая является неполной или сомнительной.
- Кроме того, о питательной ценности пищевых продуктов для детей должны быть проинформированы их родители; необходимо, чтобы на этикетках пищевых продуктов содержалась тщательно проверенная и полная информация об их составе. Вводящие в заблуждение заявления об определенных аспектах, связанных со здоровьем, терпеть нельзя. Просвещение детей, позволяющее им стать хорошо информированными, критически настроенными потребителями, является важной образовательной целью для семей, школ и работников здравоохранения.

Правительство Соединённого Королевства в 2004 г. выпустило «Белую книгу» (72), в которой говорится:

На телевидении мы вместе с вещательным и рекламным секторами будем работать над поиском путей снижения ожирения у детей. В особенности мы будем обращаться в «Офком» [Office of Communications – управление, занимающееся регулированием вопросов вещания] за консультациями относительно предложений об ужесточении правил вещательной рекламы, спонсорства, продвижения пищевых продуктов и напитков и обеспечении их эффективного выполнения персоналом телевидения, чтобы обеспечить надлежащую защиту детей от рекламы, поощряющей чрезмерное потребление жирной, соленой и сладкой пищи, – как во время трансляции детских передач, так и в другое время, когда очень много детей смотрит

телевизор. Необходимо также предусмотреть возможности участия работников телевидения и рекламодателей в пропаганде здорового образа жизни.

Мы будем работать вместе с промышленностью, рекламодателями, группами потребителей и другими заинтересованными сторонами, чтобы способствовать разработке новых мер по ужесточению существующих в настоящее время добровольных кодексов, касающихся не вещательных областей рекламы, включая:

- организацию нового форума по вопросам рекламы и продвижения пищевых продуктов и напитков, призванного изучать, дополнять, укреплять и консолидировать существующие законоположения; и
- обеспечение дополнительного финансирования для разработки новых инициатив в сфере здравоохранения, включая кампании в поддержку здорового образа жизни.

Правительство обязуется обеспечивать, чтобы мероприятия по защите здоровья детей неуклонно выполнялись и опирались на надежную базу фактических данных о достигнутых результатах. Следовательно, чтобы оценить их воздействие, мы будем пристально следить за успехами этих мероприятий по сравнению с балансом мер по рекламе и продвижению пищевых товаров и напитков, ориентированных на детей, и предпочтениями детей относительно пищевых продуктов. Если к началу 2007 г. они не смогут привести к изменениям в характере и балансе мер по стимулированию сбыта пищевых продуктов, мы предпримем действия в рамках имеющихся у нас в настоящее время полномочий или нового законодательства, чтобы установить четкие структурные рамки регулирования мер по продвижению пищевых продуктов для детей.

Кроме того, существует целый ряд творческих методов проведения позитивных кампаний по пропаганде здорового образа жизни, направленных на то, чтобы противостоять воздействию рекламы пищевых продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли. Правительство искренне желает увидеть эти методы на службе промышленности. Мы ожидаем, что вещательный и рекламный секторы, включая «Офком», рассмотрят вопрос о том, как они могли бы оказать положительное воздействие на предпочтения детей в отношении пищевых продуктов.

Социальный маркетинг

Использование методов рекламы для блага общества (социальный маркетинг) вызывает все больший интерес в связи с публикацией данных о том, что подобные подходы могут успешно содействовать увеличению потребления фруктов и овощей школьниками (5). Финансирование такого социального маркетинга могли бы осуществлять производители или рекламодатели пищевых продуктов за счет отчислений из подоходного налога, пропорциональных объему продаж. Подобная модель была применена в 1990-х гг. в Калифорнии, где законодательство предусматривало использование налога с продаж табака для финансирования телевизионной рекламы, направленной против курения, и мероприятий по борьбе с курением в школах (73).

Согласно наиболее общему определению, социальный маркетинг предоставляет информацию, связанную со здоровьем, используя традиционные методы рекламы. Он ориентирован на население в целом или на целевые группы риска, исходя из предположения, что данный призыв убедит его адресатов изменить свой образ жизни и сделать более здоровый выбор. Данная точка зрения положена в основу определения социального маркетинга, которое принято британским Национальным центром социального маркетинга за совершенствование и гласит: «Систематическое применение концепций и методов маркетинга для достижения определенных поведенческих целей, соответствующих общественному благу» (74).

Согласно более амбициозной формулировке, социальный маркетинг – это попытка изменить культурные ценности путем использования полного набора маркетинговых методов, ориентированных не только на группы риска или население в целом, но, прежде всего, на сегменты населения, которые вносят вклад в культуру, в рамках которой производится выбор. Речь идет о промышленниках, коммерческих группах интересов, политиках, специалистах умственного труда и средствах массовой информации, задающих тон общественному мнению. Эта концепция повторяет определение, данное Kotler и Zaltman (75), согласно которому социальный маркетинг – это

«разработка, осуществление и контроль программ, призванных повлиять на приемлемость социальных идей и включающих в себя рассмотрение вопросов планирования, ценообразования, коммуникации, распределения и маркетингового исследования продукта». Данный подход включает в себя установку на то, что целевым объектом социального маркетинга будет его активный участник, взгляды которого повлияют на разработку программы, и что мы будем иметь дело с непрерывным процессом, а не с разовой кампанией, а следовательно, воздействовать на факторы, которые конкурируют с желаемыми переменами или препятствуют им (76).

Этот последний взгляд на роль социального маркетинга в большей степени согласуется с общими принципами укрепления здоровья, изложенными в Оттавской (77) и последующих хартиях, а именно: «Укрепление здоровья – это процесс, позволяющий людям усиливать контроль над собственным здоровьем и улучшать его» не только индивидуально, но также, например, с помощью образования, улучшения экономического положения и развития социального капитала в целях создания среды, благоприятствующей здоровью. В Хартии (77) далее говорится:

Политика в сфере укрепления здоровья сочетает различные, но взаимодополняющие подходы, включающие законодательство, фискальные меры, налогообложение и организационные перемены. Это скоординированная деятельность, направленная на укрепление здоровья, дохода и социальной политики, стимулирующей равенство возможностей. Сотрудничество способствует появлению более здоровых товаров и услуг, оздоровлению публичных организаций, созданию чистой и безопасной окружающей среды.

В принятых затем рекомендациях (78) говорится, что хотя правительства играют важную роль в защите и укреплении здоровья:

... [на здоровье] также оказывают влияние корпоративные и деловые интересы, неправительственные организации и организации на уровне сообществ. Их потенциал в деле сохранения и укрепления здоровья народа следует поощрять. У профсоюзов, коммерческих, промышленных и академических ассоциаций, а также религиозных лидеров есть много возможностей предпринимать действия ради интересов здоровья всего сообщества. Необходимо создавать новые альянсы, чтобы сохранять темп действий, осуществляемых для блага здоровья.

Библиография

1. Address by Dr Gro Harlem Brundtland Director-General to the Fifty-fifth World Health Assembly. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea553.pdf, accessed 20 April 2007).
2. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report*. Glasgow, Centre for Social Marketing, 2003 (http://www.ism.stir.ac.uk/projects_food.htm, accessed 20 April 2007).
3. McGinnis JM et al., eds. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, DC, National Academies Press, 2006.
4. International Cocoa Organization. Statement [web site]. London, International Cocoa Organization, 2000 (<http://www.icco.org>, accessed 27 January 2001).
5. Lowe F et al. *Changing the nation's diet: a programme to increase children's consumption of fruit and vegetables*. Bangor, School of Psychology, University of Wales Bangor, 2004 (Working Paper No. 5; <http://www.fooddudes.co.uk/downloads/Working%20paper%20No.%205.pdf>, accessed 20 April 2007).
6. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 20 April 2007).
7. *World Health Assembly resolution WHA57.17 on the Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, accessed 20 April 2007).
8. *Obesity in childhood: report of an expert committee*. Kobe, Japan, June 2005. Geneva, World Health Organization (in press).

9. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO Forum and Technical Meeting, Oslo, Norway, 2–5 May 2006.* Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf>, accessed 20 April 2007).
10. Clark J. Today's pupils see more of TV than their teacher. London: *The Telegraph*, 20 October 2002. (<http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2002/10/20/nkids120.xml>, accessed 20 April 2007).
11. Dibb S. *A spoonful of sugar: television food advertising aimed at children – An international comparative survey.* London, Consumers International Programme for Developed Economies, 1996.
12. Lobstein T. European laws and recommendations on advertising directed to children. In: Caroli MA et al., eds. *Childhood obesity: from basic sciences to public health.* Naples, Giuseppe de Nicola Editore, 2004: 139–150.
13. Dalmeny K et al. *Broadcasting bad health.* London, International Association of Consumer Food Organizations, 2003 (http://www.foodcomm.org.uk/Broadcasting_bad_health.pdf, accessed 20 April 2007).
14. Walkers. The Lineker FactFile [web site]. Leicester, Walkers Snack Foods Ltd, 2003 (<http://walkers.corpex.com/cr15p5/lineker.asp>, accessed 20 April 2007).
15. Players and teams – Pepsi football [web site]. London, PepsiCo UK, 2003 (<http://www.pepsi-football.co.uk/teams.asp?team=1>, accessed 3 November 2003).
16. Official sponsors 2006 [web site]. Zurich, Fédération Internationale de Football Association, 2006 (<http://fifaworldcup.yahoo.com/06/en/partners.html>, accessed 20 December 2006).
17. Olympic Marketing Fact File: Olympics 2001–2004 [web site]. Lausanne, International Olympic Committee, 2006 (http://www.olympic.org/uk/organisation/facts/introduction/index_uk.asp, accessed 20 April 2007).
18. Olympic Partner Programme [web site]. Lausanne, International Olympic Committee, 2006 (http://www.olympic.org/uk/organisation/facts/programme/sponsors_uk.asp, accessed 20 April 2007).
19. Carter B. Online adspend set to top £1bn. Marketing [web site]. London, Brand Republic, 2005 (http://www.brandrepublic.com/login/index.cfm?fuseaction=Login&resource=BR_News&articleType=news&article=520461, accessed 20 April 2007).
20. 13 million kids using the Internet across Europe. Nielsen/NetRatings [web site]. New York, NetRatings, Inc., 2003 (http://www.netratings.com/pr/pr_030929_uk.pdf, accessed 20 April 2007).
21. Binfield D, Tokelove I. Food companies snare children in their webs. *Food Magazine*, 2005, 70:1, 6–7.
22. Dibb S. *Rating retailers for health: how supermarkets can affect your chances of a healthy diet.* London, National Consumer Council, 2004 (http://www.ncc.org.uk/food/rating_retailers.pdf, accessed 20 April 2007).
23. Food Commission. Chuck snacks off the checkout! *Food Magazine*, 2003, 63:1, 11–14.
24. Food Commission. What supermarkets say ... and what manufacturers say. *Food Magazine*, 2003, 63:11–12.
25. Dibb S. *Healthy competition: how supermarkets can affect your chances of a healthy diet.* London, National Consumer Council, 2005 (<http://www.ncc.org.uk/food/healthycompetition.pdf>, accessed 20 April 2007).
26. Fitzhugh K, Lobstein T. *Children's food examined – An examination of the nutritional values of 358 foods aimed at children.* London, The Food Commission, 2000 (http://www.foodcomm.org.uk/childrens_food_examined.htm, accessed 20 April 2007).
27. Teletubbies ring up record sales for Burger King. PRNewswire [web site]. London, United Business Media, 1999 (<http://www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=105&STORY=/www/story/05-24-1999/0000947220>, accessed 20 April 2007).
28. Burger King cooks up a winner with Teletubbies lure. *Brandweek*, 31 May 1999 (http://www.findarticles.com/cf_dls/m0BDW/22_40/54787852/p1/article.jhtml, accessed 20 April 2007).
29. Burger King restaurants Teletubbies promotion a runaway hit; toys run out. PRNewswire [web site]. London, United Business Media, 1999 (<http://www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=105&STORY=/www/story/06-04-1999/0000956513>, accessed 20 April 2007).
30. Food Commission. Letter. Nestlé Inc. *Food Magazine*, 2000, 48:24.
31. *Carrots or chemistry? Children's food – A survey.* Christchurch, Organix Brands, 2002.

32. Food Commission. Additives make our diets worse, *Food Magazine*, 2001, 55:8–9.
33. *Commercial activities in schools. Report to Congressional requesters*. Washington, DC, United States General Accounting Office, 2000 (GAO/HEHS-00-156; <http://www.gao.gov/archive/2000/he00156.pdf>, accessed 20 April 2007).
34. First Impressions (children aged 7–9) and The Primary Bag (children aged 5–6) . First Impressions Marketing [web site]. Maidenhead, England, First Impressions Marketing Ltd, 2005 (<http://www.fim.uk.com/programmes.html>, accessed 20 April 2007).
35. Education not exploitation: guidance on using commercial materials in schools [web site]. London, National Union of Teachers, 2004 (http://www.teachers.org.uk/resources/pdf/ed_not_exp.pdf, accessed 20 April 2007).
36. Freedland J. The onslaught. *The Guardian*, 25 October 2005 (<http://media.guardian.co.uk/site/story/0,14173,1600020,00.html>, accessed 20 April 2007).
37. *Ad growth sustained by emerging markets*. London, Zenith Optimedia, 2005 (www.zenithoptimedia.com/gff/pdf/Adspend%20October%202005.pdf, accessed 20 April 2007).
38. Audi Channel [web site]. London, Audi (<http://channel.audi.co.uk/tvchannel/channelHome.do>, accessed 20 April 2007).
39. Clark N. Pepsi in football reality show ahead of World Cup. *Marketing*, 26 October 2005 (http://www.brandrepublic.com/login/index.cfm?fuseaction=Login&resource=BR_News&articleType=news&article=524265, accessed 20 April 2007).
40. Chatterbot. Wikipedia [web site]. St Petersburg, FL, Wikimedia Foundation (<http://en.wikipedia.org/wiki/Chatbot>, accessed 20 April 2007).
41. Graham-Rowe D. Even a chatbot can turn nasty. *New Scientist*, 2005, 2521 (<http://www.newscientist.com/article/mg18825213.400;jsessionid=DOHFDFOOGBAG>, accessed 20 April 2007).
42. Raging Cow. Wikipedia [web site]. St Petersburg, FL, Wikimedia Foundation (http://en.wikipedia.org/wiki/Raging_Cow, accessed 20 April 2007).
43. European Advertising & Media Forecast [web site]. Oxfordshire, World Advertising Research Centre, 2005 (<http://store.warc.com/DisplaySection.aspx?Section=3&ProductID=62&TabID=2>, accessed 20 April 2007).
44. *Impediments to efficiency in the agro-food chain in Bulgaria, Romania and Slovenia*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1998 (Agricultural Policy Paper No. 1998-02, CCNM/AGE/PP(98)50).
45. *Consumer Eastern Europe 2005/06*. London, Euromonitor Ltd, 2005 (<http://www.biz-lib.com/ZEU89834.html>, accessed 20 April 2006).
46. Datamonitor. *Soft drinks in Poland to 2008*. Brussels, Global Information Inc., 2005 (http://www.theinfoshop.com/study/dc26372_soft_drinks.html, accessed 20 April 2007).
47. *Russian snack market study 2002*. Ottawa, Agriculture and Agri-Food Canada, 2003 (<http://atn-riac.agr.ca/europe/e3465.htm>, accessed 20 April 2007).
48. Higher incomes fuel Russian kids' food growth. CEE-food industry.com [web site]. Montpellier, Decision News Media, 2005 (<http://www.cee-foodindustry.com/news/printNewsBis.asp?id=61780>, accessed 20 April 2007).
49. Russian children's food market needs legislative overhaul. Confectionerynews.com [web site], archive 3 March 2005. Montpellier, Decision News Media (<http://confectionerynews.com/news/printNewsBis.asp?id=58485>, accessed 20 April 2007).
50. Taras HL et al. Television's influence on children's diet and physical activity. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1989, 10:176–180.
51. Coon KA, Tucker KL. Television and children's consumption patterns. A review of the literature. *Minerva Pediatrica*, 2002, 54:423–436.
52. Borzekowski DL, Robinson TN. The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101:42–46.

53. *Outcome of an academic seminar to review recent research on food promotion and children*. London, Food Standards Agency, 2003 (<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/webpage/academicreview>, accessed 20 April 2007).
54. Guillaume M et al. Physical activity, obesity, and cardiovascular risk factors in children. The Belgian Luxembourg Child Study II. *Obesity Research*, 1997, 5:549–556.
55. Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews*, 2005, 6:203–208.
56. *The Advertising Codes*. London, Committee of Advertising Practice, 2005 (<http://www.cap.org.uk/cap/codes/>, accessed 20 April 2007).
57. Commission on Marketing, Advertising and Distribution. International Code of Advertising Practice [web site]. Paris, International Chamber of Commerce, 2006 (<http://www.iccwbo.org/id905/index.html>, accessed 20 April 2007).
58. *Study on the impact of television advertising and teleshopping on minors: executive summary*. Report to the European Commission (DG Education and Culture). Brussels, International Research Associates – INRA (Europe)/Bird & Bird, 2001 (http://ec.europa.eu/comm/avpolicy/docs/library/studies/finalised/studpdf/pubsum_en.pdf, accessed 20 April 2007).
59. Hawkes C. *Marketing food to children: the global regulatory environment*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591579.pdf>, accessed 20 April 2007).
60. *CIAA principles of food and beverage product advertising*. Brussels, Confederation of Food and Drink Industries of the EEC, 2004 (http://www.ciaa.be/pages_en/documents/positions_list.asp?pos_id=288&year_crit=2004&search_crit=&search_where=, accessed 27 Jul 2007).
61. *Breaking the rules, stretching the rules 2004: evidence of violations of the International Code of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions*. Penang, International Code Documentation Centre, International Baby Food Action Network, 2004 (<http://www.ibfan.org/english/pdfs/btr04.pdf>, accessed 20 April 2007).
62. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397–403.
63. Laitner S. Proposal to review EU rules on TV adverts 'too little'. *Financial Times*, 30 December 2005 (<http://search.ft.com/search/ssarticle.html?queryText=zeiler+AND+children&javascriptEnabled=true&id=051230000617>, accessed 20 April 2007).
64. Commission seeks to relax TV advertising rules. *Briefing from Brussels*, 2005, 31:2 (http://www.iaaglobal.org/resources/rsrc/2/bf_issue31.pdf, accessed 20 April 2007).
65. Physical activity and health – EU Platform for Action [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 20 April 2007).
66. EU takes aim at junk food adverts. BBC news [web site]. London, British Broadcasting Corporation, 20 January 2005 (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/business/4190313.stm>, accessed 20 April 2007).
67. *White paper on a strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues*. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf, accessed 27 July 2007).
68. *Healthy dietary habits and increased physical activity – The basis for an action plan*. Stockholm, National Institute of Public Health, 2005 (summary; <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rappporter/healthydietaryhabitsphysicalactivitysummary0502.pdf>, accessed 20 April 2007).
69. *Obesity: the policy challenges. The report of the National Taskforce on Obesity, 2005*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf, accessed 20 April 2007).
70. *Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity (NAOS)*. Madrid, Ministry of Health and Consumer Affairs, 2005 ([http://www.aesa.msc.es/aesa/web/FileServer?file=the NAOS Strategy.pdf&language=en_US](http://www.aesa.msc.es/aesa/web/FileServer?file=the%20NAOS%20Strategy.pdf&language=en_US), accessed 20 April 2007).
71. *Childhood obesity: screening and prevention. Synthesis and recommendations*. Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2000 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=inserm2.chapter.267>, accessed 20 April 2007).

72. *Choosing health: making healthy choices easier*. London, Department of Health, 2004 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/07/92/04120792.pdf>, accessed 20 April 2007).
73. Gilpin et al. *The California tobacco control program: a decade of progress, results from the California Tobacco Survey, 1990–1999*. La Jolla, University of California, San Diego, 2001 (<http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/eval/CTS99FinalReport.pdf>, accessed 20 April 2007).
74. *Social marketing – Pocket guide*. London, National Social Marketing Centre for Excellence, 2005 (http://www.nsms.org.uk/images/CoreFiles/NSMC_SOCIAL_MARKETING_POCKET_GUIDE_Dec2005.pdf, accessed 1 April 2007).
75. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 1971,35: 2–12.
76. *Health-related social marketing: a role for industry*. London, National Heart Forum and Royal College of Physicians, 2006.
77. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, accessed 20 April 2007).
78. *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1988*. Geneva, World Health Organization, 1988 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>, accessed 20 April 2007).

11. Детерминанты физической активности на уровне макро- и микросреды

Ключевые положения

- Повседневная среда обитания большинства людей – включая условия транспорта, проживания, профессиональной деятельности, школы и досуга – все меньше благоприятствует физической активности и, следовательно, все сильнее способствует ожирению.
- Каждый из этих видов условий обладает огромным потенциалом содействия повышению физической активности.
- Необходимо разработать более эффективные способы привлечения других секторов, позволяющие в полной мере использовать этот потенциал, чтобы продемонстрировать разработчикам политики экономические выгоды от инвестирования в физическую активность и определить общие цели, которые они легко могли бы взять на вооружение.

Термин «окружающая среда, способствующая ожирению», был впервые применен в 1996 г. Hilary Bower (1):

Наша среда способствует ожирению. Уровень физической активности, который поддерживается на-шей средой, необычайно низок, поэтому мы сжигаем совсем мало энергии. Родители неохотно отпускают детей играть на улице, поскольку это небезопасно, езда на велосипеде граничит с самоубийством, а попытки найти в здании лестницу – это всего лишь тренировка сообразительности. С другой стороны, в предлагаемом нам ассортименте продуктов питания низкокалорийная, грубая пища сменилась насыщенной жирами.

Однако изменения, которые привели к тому, что наша среда все больше и больше препятствует физической активности, начались гораздо раньше. В настоящей главе эти основные детерминанты описаны более подробно. Используя экологическую модель, авторы делают основной упор на институциональные факторы, факторы сообщества и государственной политики, описывая основные макро- и микросредовые детерминанты, связанные с уровнем физической активности.

Во-первых, рассматривается транспортная система и ее многообразные связи с возможностями для повышения физической активности. После этого описываются макросредовые градостроительные факторы, влияющие на физическую активность, а затем – микросредовые аспекты: застройка микрорайона и условия проживания. В-третьих, обсуждаются возможности, связанные с условиями для досуга и спорта, а затем – условия школы в макро- и микросредовом аспекте. В заключительном разделе описаны детерминанты условий трудовой деятельности. Для каждой группы условий по мере возможности раскрываются физические, экономические, политические и социально-культурные аспекты.

Хотя основное внимание в главе уделено переменам, произошедшим в средовых детерминантах физической активности, влияние на физическую активность оказывают также и общественные факторы, такие как структура семьи и распорядок дня. Это особенно ярко проявляется в связи с неформальной деятельностью, являющейся неотъемлемой частью повседневной жизни, например, играми во дворе или выбором передвижения пешком или на велосипеде в качестве средства транспорта или средства активного отдыха.

Еще одним важным фактором, играющим важную роль во многих взаимосвязях, описанных в настоящей главе, является социально-экономический статус. Например, численность автовладельцев и лиц, пользующихся автомобилями, в Европе возрастает по мере увеличения среднего располагаемого дохода (2). Социально-экономическое неравенство также играет большую роль в характеристиках среды проживания, как это кратко изложено в разделе, посвященном градостроительству, архитектурной микросреде и условиям проживания. Социально-экономические аспекты рассмотрены более подробно в главе 12.

Транспорт и физическая активность

Физически активный транспорт

В странах Западной Европы (данные по которым более доступны, чем по остальным странам Европейского региона ВОЗ), растущая потребность в мобильности в последние десятилетия удовлетворяется в основном за счет увеличения числа частных автомобилей, что выразилось в более чем 150%-ном росте парка легкового автотранспорта за период с 1970 г., в то время как пользование общественным транспортом возросло значительно меньше. Около 80% всех поездок совершается на автомобиле (3), а расстояние, преодолеваемое одним пассажиром, за период с 1975 по 1995 г. удвоилось (4). Таким образом, люди стали более мобильными, но при этом пользовались в основном автотранспортными средствами в расчете на каждый дополнительный пассажиро-километр. За последние десятилетия число пассажиро-километров, преодолеваемых частным автотранспортом, резко возросло, в то время как для общественного транспорта увеличение было не столь заметным, а для велосипедистов и пешеходов осталось неизменным, исторически сохраняясь на низком уровне с начала 1970-х гг. (4). Фактически наиболее сильное уменьшение использования транспортных средств на мускульной тяге пришлось на период между 1950-ми и 1970-ми гг., что отразило бум частного автотранспорта и связанные с ним изменения городского и природного окружения. (5). Возможность передвигаться на дальние расстояния сыграла, в свою очередь, важную роль в разрастании городов, вызывая все большую зависимость от автомобильного транспорта при обеспечении доступа к коммерческим центрам, рабочим местам и другим благам цивилизации (см. ниже раздел, посвященный градостроению и условиям проживания).

В среднем люди в Западной Европе проводят в дороге 1 час в день (6). Они преодолевают на велосипеде 0,5 км, проходят пешком 1 км, а на машине проезжают 27,5 км. Только в некоторых странах, например в Дании или Нидерландах, перемещение на велосипеде занимает более значительное место в повседневных передвижениях (4). Однако езда на велосипеде или быстрая ходьба, требующие энергетических затрат, равных 3–5 МЕ (метаболический эквивалент, расход энергии в состоянии покоя) (7), могут служить действенным и эффективным способом обеспечения рекомендуемого уровня физической активности: ежедневной, не менее чем 30-минутной нагрузки средней интенсивности. В пеших и велосипедных прогулках скрыт огромный потенциал. Несмотря на общее увеличение количества автотранспорта, больше 50% поездок на автомобиле, совершаемых в настоящее время, не превышают 5 км – расстояния, которое может быть преодолено на велосипеде за 15–20 мин. Более чем в 30% случаев поездки на автомобиле не превышают 3 км – расстояния, которое энергичный пешеход может преодолеть за 30–50 мин. Велосипед и ходьба могут заменить как минимум половину этих коротких автомобильных поездок (8).

Безопасность на дорогах как детерминант физической активности

Существует ряд барьеров, препятствующих выбору передвижения на велосипеде и пешком в качестве вида регулярной физической активности, в их числе – субъективно воспринимаемый или реальный уровень безопасности (9). Основным фактором, определяющим риск серьезной травмы или смерти в дорожно-транспортном происшествии, является скорость. Например, риск смерти пешехода в результате наезда автомобиля в восемь раз больше при скорости автомобиля 50 км/ч, чем при скорости 30 км/ч (10). Однако польза для здоровья, которую приносят регулярные поездки на велосипеде, значительно перевешивает риск аварии (11).

Дети подвергаются более высокому риску получить травму в дорожно-транспортном происшествии; основной причиной смерти лиц в возрасте от 4 до 29 лет в Европе являются травмы, полученные в ДТП (10). Для детей из низших слоев общества риск погибнуть от травм в 3–4 раза выше, чем для детей из более обеспеченных слоев (12). Хотя автомобильные травмы среди пожилых людей являются сравнительно менее распространенной причиной смерти, эти люди особенно уязвимы вследствие снижающейся способности справляться со сложной дорожной ситуацией и возрастающей физической слабости. По этой причине пожилые люди склонны избегать дорожного движения, что уменьшает их мобильность и полноту социальной жизни (см. ниже – раздел, посвященный градостроительству и условиям проживания). Прогнозируемое увеличение доли пожилых людей в большинстве европейских государств делает эту проблему еще более важной (10).

Таким образом, борьба с рисками, связанными с получением травм в ДТП уязвимыми категориями участников дорожного движения, представляется важной предпосылкой, позволяющей упростить для них выбор передвижения пешком или на велосипеде. Пример Финляндии показывает, какие выгоды могут быть при этом достигнуты.

В Финляндии первая Национальная программа политики в области велосипедного транспорта была принята в 1993 г. (13). Ее основными целями были удвоение доли велосипедного транспорта и сокращение вдвое количества жертв ДТП со смертельным исходом среди велосипедистов к 2000 г. Выполненные в 1993 г. общие экономические расчеты показали, что чистый объем выгод, связанных с удвоением доли велосипедного транспорта, должен превысить затраты на 100–200 млн. евро в год благодаря снижению травматизма и другим положительным результатам для здоровья населения. Программа включала осуществление 85 мероприятий; оценка, проведенная в 2000 г., показала следующее (14):

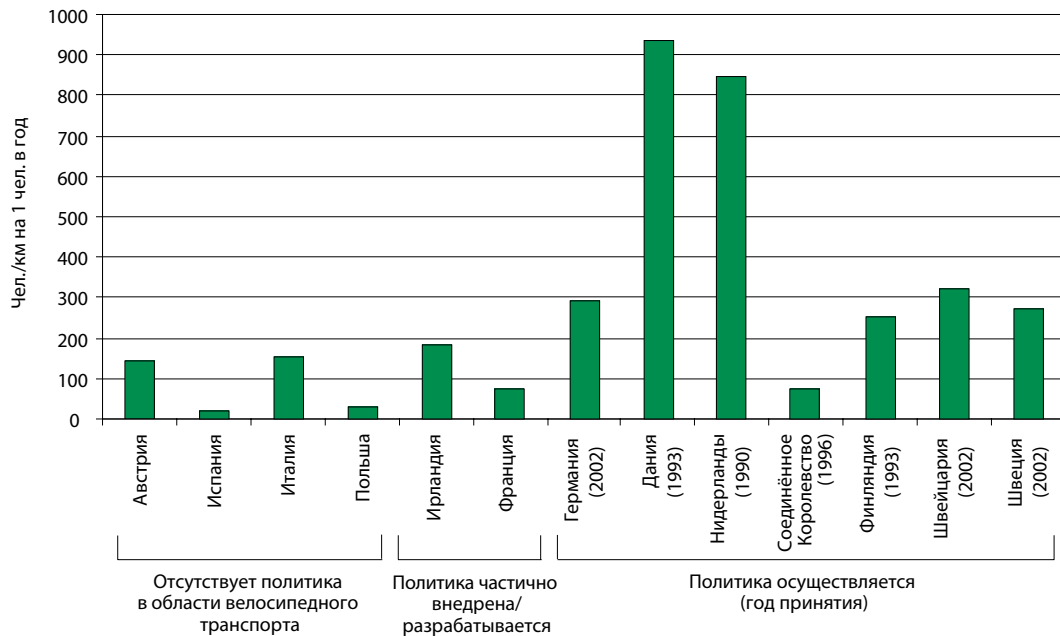
1. Велосипедный транспорт стал важной и неотъемлемой частью транспортной системы, политики и планирования.
2. Количество пассажиро-километров, преодоленных на велосипеде, вернулось к уровню начала 1980-х гг. (около 1,6 млн.).
3. Число велосипедистов, погибших в результате ДТП, уменьшилось вдвое (со 101 в 1990 г. до 53 в 2000 г.).
4. Осуществленные мероприятия включали улучшение сети велосипедных дорожек, публикацию карт и развитие таких инициатив, как велосипедная полиция, прокат и парковка велосипедов, еженедельные велосипедные туры и кампании по пропаганде велосипедного транспорта.

В 2001 г. была представлена модернизированная программа развития велосипедного транспорта, целью которой являлось дальнейшее удвоение его доли к 2020 г. и повышение безопасности. Развитие положительных тенденций в сфере безопасности дорожного движения продолжилось, и в 2004 г. было зафиксировано только 26 жертв ДТП со смертельным исходом среди велосипедистов, т.е. произошло уменьшение их численности еще в два раза, что было связано в основном с осуществлением программы, несмотря на снижение доли велосипедного транспорта в 2004 г. в связи с неблагоприятными погодными условиями (13).

Политическая среда

На рис. 11.1 представлен уровень развития велосипедного транспорта в некоторых странах Европы; при этом в качестве замещающего показателя уровня физической активности использован пассажиро-километр. На рис. 11.1 показано, что уровень развития велосипедного транспорта выше в странах с более «дружественной» для велосипедистов политической средой; при этом в качестве замещающего показателя использованы наличие или разработка программ развития велосипедного транспорта. Также показано, что среди приведенных примеров две страны с наиболее высоким уровнем развития велосипедного транспорта – Дания и Нидерланды – имеют также самую долгую традицию «дружественного отношения к велосипеду», включая наиболее раннее по времени принятие соответствующего политического документа. Эта упрощенная картина подтверждается данными количественного анализа, проведенного в рамках одного из европейских исследовательских проектов, который, в частности, продемонстрировал наличие тесной связи между политическими программами в области велосипедного транспорта и уровнем его развития (15). Большинство этих политических мероприятий разрабатывалось не по инициативе сектора здравоохранения, а под контролем других секторов, чаще всего транспорта. Этот факт подчеркивает необходимость межсекторального сотрудничества для полноценного использования потенциала транспортных средств, приводимых в движение мускульной силой человека (16). Например, даже в Дании, стране с наиболее высоким уровнем использования велосипедного транспорта, популяризация транспорта, приводимого в движение мускульной силой человека, является прерогативой транспортной отрасли, а сектор здравоохранения все еще не в полной мере признал велосипедный транспорт средством повышения физической активности и профилактики ожирения (17).

Рисунок 11.1. Политическая среда, «дружественная» для велосипедного транспорта и использование этого вида транспорта в некоторых европейских странах



Источники: Energy & transport in figures 2002 (4), Krag (17), Schollaert и Coppieters (18), Energy & transport in figures 2000 (19) и Verkehrsafkommen und Verkehrsleistung im Personenverkehr (20).

Рис. 11.1 также иллюстрирует сложность взаимосвязей между политическими мерами и уровнем использования велосипедного транспорта. Высокий уровень использования велосипедного транспорта в Дании и Нидерландах невозможно объяснить исключительно наличием программ поддержки велосипедного транспорта. Уровень инвестиций в развитие велосипедного и пешеходного передвижения исторически находился в этих странах на высоком уровне; существуют также другие факторы, способные оказать влияние на восприятие и готовность к передвижениям пешком и на велосипеде, например погода, качество инфраструктуры, соображения безопасности (возможность кражи или нападения), а также равнинный характер рельефа.

Кроме того, в Финляндии, несмотря на принятую в 1993 г. Программу развития велосипедного транспорта, уровень его использования вырос меньше, чем предполагалось исходя из благоприятных политических предпосылок (21). Пример Соединённого Королевства также показывает, что одного лишь наличия политического документа недостаточно: недавно правительство вынуждено было признать, что первая стратегия развития велосипедного транспорта не оказала существенного воздействия на уровень его использования (22). Повышение исторически низкого уровня использования велосипедного транспорта может потребовать долгосрочных инвестиций для изменения отношения к нему и создания новых альянсов между секторами.

Инвестиционные и ценовые сигналы об устойчивости транспорта

В большинстве государств Западной Европы система принятия решений в области транспорта такова, что велосипедный транспорт и передвижение пешком маргинализируются, что находит отражение в низком уровне инвестиций (менее 10%), в то время как около 2/3 инвестиций вкладывается в инфраструктуру автомобильных дорог, а 1/4 – в железнодорожную инфраструктуру. В соответствии с этим быстрее всего растет сеть шоссе дорог (23). Хотя данные по восточной части Региона недоступны, ничто не указывает на радикальное отличие ситуации.

К сожалению, нет надежных данных для сравнения инвестиций в развитие велосипедного и пешеходного передвижения в различных странах. Вместе с тем сообщества, достигшие в целом

более высокого уровня использования общественного транспорта, велосипедного или пешеходного передвижения, по-видимому, более эффективно используют ресурсы для обеспечения мобильности жителей (24).

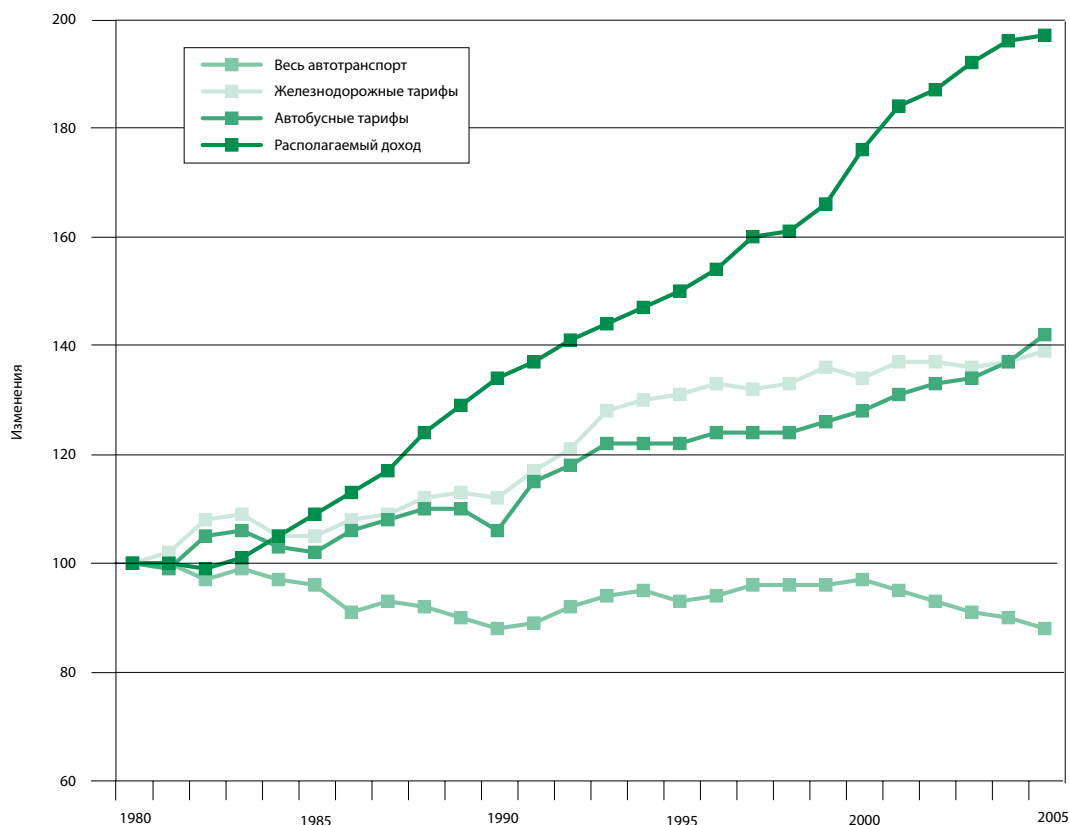
Более того, использованию автомобиля вместо других средств передвижения благоприятствует структурирование цен. На рис. 11.2 показано, что за последние 25 лет использование легковых автомобилей в Соединённом Королевстве стало значительно дешевле по сравнению с общественным транспортом (25).

Градостроительство, архитектурная микросреда и условия проживания

Городская планировка и физическая среда города могут стимулировать или ограничивать физическую активность и активный образ жизни. Конструктивные элементы искусственной среды обитания – расположение улиц, зонирование, размещение досуговых, торговых и сервисных предприятий, парков и зданий, а также транспортная система – могут содействовать или препятствовать активному образу жизни (26). В течение последних десятилетий на всей территории Европейского региона ВОЗ продолжался процесс урбанизации. К 2004 г. в Регионе доля городского населения составляла 80% в странах с высоким доходом и 64% в странах с низким и средним доходом.

С точки зрения градостроительства и развития микрорайонов существуют два фактора, оказывающие влияние на уровень физической активности в Регионе. Всевозрастающее территориальное разделение деятельности, связанной с проживанием, работой, приобретением товаров и досугом, приводит к повышению спроса на автомобильный транспорт и сокращает возможности для физически активного пользования микрорайоном. Кроме того, качество среды микрорайона оказывает влияние на возможности и желание его жителей активно использовать общее пространство.

Рисунок 11.2. Реальное изменение стоимости использования различных средств передвижения в Соединённом Королевстве, 1980–2005 гг. (коэффициент, 1980=100)



Источник: *Transport trends*, издание 2006 г. (25).

Доступность объектов и возможности для физической активности

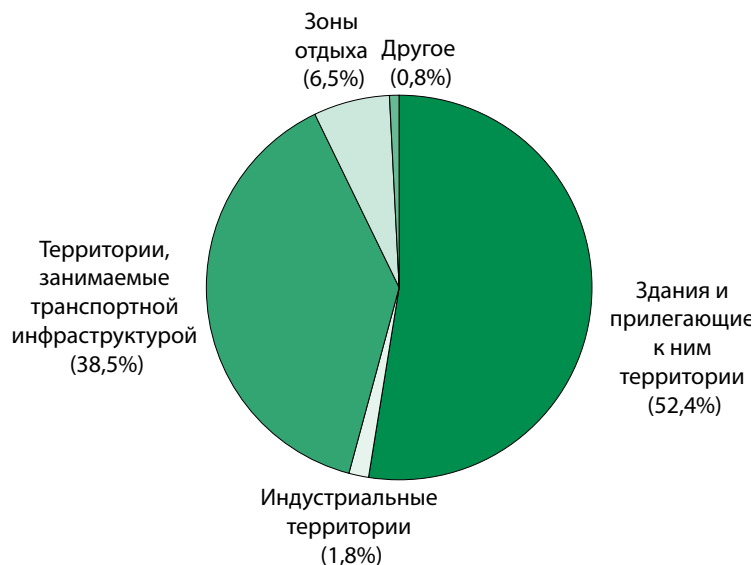
Расширение городов и увеличение внутригородских расстояний приводят к увеличению парка автомобильного транспорта (28). Кроме того, ориентация на автомобильный транспорт в градостроительстве сделала многие жилые зоны менее пригодными для передвижения на велосипеде и пешком. Однако современные тенденции градостроительства свидетельствуют о замедлении развития пригородов и возвращении к проживанию в городской черте. Во многих городах заполняются пустые пространства, и увеличивается плотность жилой застройки. Хотя это положительно сказывается на сокращении внутригородских расстояний в зависимости от типа микрорайона, доля заполненных площадей в жилых микрорайонах может достигать 60%, оставляя свободной лишь небольшую часть открытого пространства, наиболее привлекательную для отдыха и досуга.

Например, в Германии более 52% городской земли занимают здания и примыкающие к ним территории, большинство из которых непригодно для отдыха, 38% – транспортная инфраструктура, и только 6,5% – рекреационные зоны (рис. 11.3) (29). В городах, например в Амстердаме, в 2001 г. только 2/3 населения имели доступ к зеленым зонам в радиусе 15 мин. ходьбы от дома; в Болонье эта цифра составляла 56%, в Братиславе 40%, а в Варшаве 36% (30).

Городской ландшафт, уменьшающий возможности для физической активности и ограничивающий передвижение пешком или на велосипеде, часто характеризуется отсутствием доступа к спортивным сооружениям, площадкам для игр, паркам и открытым пространствам, отсутствием тротуаров, велосипедных дорожек, проходов и проездов между улицами (31).

В странах Западной Европы увеличение возможностей для физической активности в жилых зонах ассоциируется с улучшением самооценки состояния здоровья и повышением физической активности, независимо от возраста, пола или дохода (32). Микрорайоны с высокой плотностью жилой застройки, смешанным землепользованием, наличием проходов и проездов между улицами, а также зеленых зон и открытых пространств для отдыха считаются более приспособленными для ходьбы. У жителей таких микрорайонов продолжительность физической активности в среднем на 70 мин. в неделю больше, а распространенность ожирения ниже, чем у жителей микрорайонов, менее приспособленных для ходьбы (31,33–38).

Рисунок 11.3. Землепользование в городских районах Германии, 2004 г.



В целом архитектурный ландшафт может влиять на физическую активность в различных условиях: дома, на работе, в школе, при передвижении, в микрорайоне и на отдыхе. Это убедительно свидетельствует о взаимосвязи между архитектурным ландшафтом и физической активностью (39,40). Кроме того, внутренняя планировка зданий также влияет на физическую активность. Процесс регенерации европейских городов в 1970-х гг., а также огромный рост арендных платежей привели к увеличению количества высотных домов. В таких зданиях необходим лифт, что снижает использование лестниц (26,41).

Таблица 11.1. Повышение вероятности передвижения по микрорайону пешком (среди мужчин)

Уровень эстетической оценки	Вероятность передвижения пешком	
	по микрорайону (ОШ (95% ДИ))	для физических упражнений (ОШ (95% ДИ))
Низкий	1,00	1,00
Средний	1,92 (0,63–5,86)	2,06 (0,68–6,26)
Высокий	7,43 (1,92–28,82) ^a	3,86 (1,03–14,46) ^b

^a $P < 0,01$.

^b $P < 0,05$.

Источник: Humpel et al. (45).

Эстетические критерии и страх перед преступностью

Кроме наличия возможностей для физической активности в жилых зонах, эмпирические данные последних лет свидетельствуют о влиянии эстетических критериев (восприятии окружающей среды как приятной, привлекательной и дружелюбной, а не шумной и загрязненной) и чувства безопасности (включая уровень преступности, тип микрорайона, освещенность улиц и риски, связанные с дорожным движением) на вероятность осуществлять физическую активность людей в зоне проживания (31,42–44).

В табл. 11.1 показано повышение вероятности передвижения пешком или использования пеших прогулок для физических упражнений в зависимости от степени удовлетворения эстетических критериев восприятия микрорайона (45). Люди, дававшие наиболее высокую оценку эстетическому уровню среды, в семь раз чаще были склонны передвигаться по микрорайону пешком и в четыре раза чаще – использовать пешие прогулки для физических упражнений.

Быстрая приватизация жилищного фонда в странах восточной части Европейского региона в 1990-х гг. стала важным фактором в определении качества микрорайонов. В Германии, например, только в 45% домов проживают их владельцы, тогда как в Литве – в 96%. Во всех странах Восточной Европы в результате приватизации обязанности по ремонту и техническому обслуживанию жилых домов перешли от государства к их владельцам, которые часто не способны нести необходимые расходы. Многие из этих зданий требуют ремонта и обслуживаются ненадлежащим образом (46). Вместе с тем удовлетворение эстетических критериев и уровень технического обслуживания зданий в жилых районах в значительной степени коррелируют с субъективным ощущением безопасности в зоне проживания и вероятностью физической активности. Например, самозаявленный показатель передвижений пешком по микрорайону тесно связан с субъективным восприятием безопасности передвижения (47–49).

Проведенные в 2002–2003 гг. тематические исследования условий проживания и состояния здоровья в восьми европейских городах (50–52) показали следующее:

- Проживание в привлекательных, озелененных районах с незначительной выраженностью таких проблем, как мусор и граффити, побуждает жителей к занятию физическими упражнениями.
- В некоторых городах риск повышенного ИМТ возрастает с усилением антисоциальных проявлений (некультурное и грубое поведение, правонарушения, неудовлетворительное техническое обслуживание недвижимости и объектов инфраструктуры) и может также коррелировать с уровнем озелененности жилых районов.
- Связь между страхом перед преступностью и физической активностью свидетельствует о независимой корреляции между субъективным ощущением безопасности и вероятностью физических упражнений.
- Проживание в больших многоквартирных домах ассоциируется с низким ощущением безопасности. Жилье, не окруженное зелеными насаждениями, с плохой видимостью и небезопасными проходами снижает ощущение безопасности.

Освещение улиц также является важным фактором, определяющим безопасность района, что отражается на готовности жителей ходить пешком, ездить на велосипеде и выполнять другие физические упражнения в жилых зонах. Например, опыт Соединённого Королевства свидетельствует, что улучшение уличного освещения может способствовать росту численности людей, выходящих на улицу (49).

Социальный и экономический аспекты

Социально-экономический статус в значительной степени определяет возможности для активного проведения свободного времени. Условия среды и условия проживания представляют собой единый механизм, при помощи которого социально-экономический статус влияет на здоровье и благополучие (53–55). Пространственное разделение социальных слоев по экономическим критериям и качеству жилых районов, включая их местоположение, влечет серьезные последствия не только в отношении социального единства городских территорий, но и в плане доступа к среде, способствующей повышению активности (46).

Данные позволяют сделать вывод, что способность людей, проживающих в районах с пониженным социально-экономическим статусом, определять уровень своей физической активности может быть ограничена из-за отсутствия доступа к среде. Исследование, проведенное в Нидерландах (56), показало, что жители районов, в наибольшей степени обделенных в социально-экономическом отношении, чаще, по сравнению с жителями социально более благополучных районов, ходят пешком или ездят на велосипеде на работу или в магазин, но реже делают это в свободное время или участвуют в спортивных мероприятиях. Результаты показали, что уменьшение вероятности участия в мероприятиях в сфере досуга связано с характеристиками микрорайона, включая недостатки проектирования и незначительное количество соответствующих объектов (56–59). Данные по США (37) показывают, что субъективно воспринимаемые характеристики жилых микрорайонов и доступ к зонам, где возможна физическая активность, тесно коррелируют с расой, образованием и доходом.

Кроме социально-экономического статуса, определяющим фактором физической активности людей также является социальная среда. В Бельгии, Испании, Нидерландах, Финляндии и Швейцарии ощущение социального единства, связанное с поддержкой со стороны друзей и членов семьи, оказывает влияние на уровень физической активности (60).

Варианты политики

Само по себе изменение архитектурного ландшафта вряд ли способно решить проблему недостаточной физической активности. Оно должно дополняться стратегиями влияния на индивидуальные, социальные и средовые детерминанты физической активности. В Регионе не существует единого законодательного подхода к управлению средой и популяризации здорового уровня жизни по месту жительства. Из шести стран, включенных в исследование (Венгрия, Германия, Италия, Литва, Нидерланды и Соединённое Королевство) (61), только в Италии и Литве существуют законодательно закреплённые нормативы минимальной площади зеленых насаждений исходя из площади города, числа жителей или размеров кондоминиума. Ни в одной из стран не установлены нормы, определяющие расстояние от места проживания до ближайшего парка или зоны отдыха. Правильная организация жилых районов, обеспечивающая безопасность пешеходов, также представляет собой важный способ развития здорового образа жизни, однако только в Германии существует обязательное требование, согласно которому каждая улица должна быть оборудована тротуаром (61).

Досуг и спорт

Хотя комплексные программы по повышению физической активности представляют собой сравнительно недавнее достижение, в некоторых странах Европы существует традиция спортивных клубов и ассоциаций, а также массовых спортивных движений, которая насчитывает уже более 150 лет. Популярность традиционных видов спорта за последнее время упала, и некоторые спортивные клубы жалуются на отсутствие молодежи (62). Впрочем, эти замечания можно объяснить демографическими изменениями, увеличением числа видов спорта и тенденцией к набору в клубы все более молодых

людей. Кроме того, развиваются такие виды коммерческой деятельности, как фитнес-клубы, а также активность, организуемая вне традиционных клубных структур (ночное катание на коньках и индивидуальные физические упражнения).

Определение активности занятий спортом зависит от методов мониторинга и различается не только между гендерными и возрастными группами, но и между странами. Эти отличия исторических и культурных предпосылок отражены в проекте по координированному мониторингу занятий спортом в Европе (63), который показал, что в девяти обследованных странах регулярно участвует в спортивных мероприятиях от 15 до 71% взрослого населения. В нескольких странах недавно отмечено повышение уровня физической активности, которое можно приписать спортивной и рекреационной деятельности (64), в то время как изменения в повседневной жизни происходят не так быстро (65).

Страны, уже прошедшие этап развития массовых спортивных движений, будут уделять основное внимание поддержанию высокого уровня участия, повышению доступности инфраструктуры и развитию системы волонтерской деятельности, которая, как правило, отстает. В странах с различными культурными и историческими предпосылками представляется достижимым реальный рост и заметный дополнительный вклад спорта в популяризацию физической активности. Спорт конкурирует с другими видами досуга, как предполагающими, так и не предполагающими физической активности. Поскольку все люди разные, даже всевозрастающее многообразие видов спорта никогда не удовлетворит каждого, а тем более тех, кто, хотя и любит спорт, не имеет сильной мотивации и не может найти время для ежедневных занятий; для этих людей гораздо важнее физическая активность в повседневной жизни.

Система образования и школьная среда

Дети и подростки сейчас проводят в образовательных учреждениях больше времени, чем прежде. Это комплексный результат более широкого использования детских садов, увеличения обязательного времени пребывания в школе и распространения групп продленного дня (66). Часто эти образовательные учреждения ставят перед собой цели, в значительной мере базирующиеся на принципах, согласно которым дети должны следить за объяснениями учителя или заниматься самостоятельно, сидя за столом. Эта всевозрастающая «институционализация» сидячего образа жизни вносит вклад в уменьшение уровня физической активности детей. Внедрение компьютеров в учебный процесс как технических средств обучения также вносит свой вклад в этот процесс.

Физическое воспитание предназначено для того, чтобы служить ареной для обучения физической активности и спортивным навыкам в целях создания основы, обеспечивающей интерес к физической активности в течение всей жизни. Расширение и улучшение физического воспитания может также внести вклад в оптимизацию баланса активности детей. К сожалению, в последнее десятилетие приоритет физического воспитания был достаточно низким (67). Hardman и Marshall (68) обнаружили, что в среднем время, уделяемого физическому воспитанию в начальной и средней школе, снижается в угоду расширению доли академических дисциплин. Возросшая конкуренция за использование учебных часов может также приводить к уменьшению времени, отводимого на неструктурированную физическую активность на переменах и в обеденный перерыв (69). Опыт, однако, свидетельствует о взаимосвязи между физической активностью детей и их когнитивной способностью: например, новое исследование с участием 1 млн. детей в возрасте 10–14 лет в США показало, что более высокий уровень когнитивных способностей в классе ассоциируется с лучшей физической подготовкой (70).

Кроме того, в промежуточных классах (младших классах средней школы) учащиеся значительно менее активны на переменах, чем в начальной школе. Одним из факторов, объясняющих это, может быть недостаток мотивации и условий внешней среды в младших классах средней школы (71). Особенно это снижение заметно у девочек, которые значительно менее активны, чем мальчики того же возраста. Одна из причин этого может состоять в том, что школьные спортплощадки и уроки физкультуры значительно больше приспособлены для стимулирования и обучения мальчиков.

Кроме того, во многих странах отмечается уменьшение доли тех, кто пользуется велосипедом, чтобы ездить в школу и из школы (рис. 11.4) (72). Объективная или субъективно воспринимаемая опасность дорожного движения является важным препятствием к тому, чтобы родители отпускали

детей одних пешком или на велосипеде в школу. Почти 90% родителей беспокоится об опасностях дорожного движения на пути их детей в школу (73), и это беспокойство является важным фактором, определяющим, ходят или нет дети в школу пешком (74).

Так возникает порочный круг, который вызывает все более широкое распространение автомобильного, менее активного транспорта в условиях, когда этот транспорт на маршруте следования в школу не ограничивается и не регулируется. Тем самым уменьшается значение очень важного источника повседневной физической активности детей.

Кроме того, дети, которые добираются до школы пешком, имеют значительно более высокий уровень средне- и высокоинтенсивной физической нагрузки вне школы, чем те, которых возят в школу на машине (75).

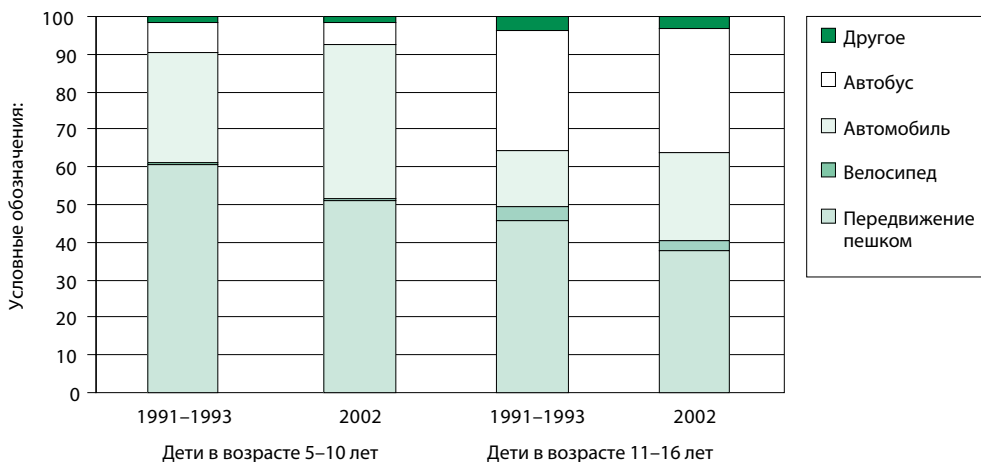
Хотя существуют нормы, регулирующие условия внутри зданий, связанные со здоровьем, зачастую отсутствуют государственные стандарты для открытых площадок и школьных дворов, способствующие физической активности, а также нормы безопасности маршрутов, которыми пользуются дети, добираясь в школу.

Условия на рабочем месте

Не только транспортная система и микрорайоны все меньше способствуют физической активности. В последние десятилетия происходят также значительные изменения в экономике. В частности, доля трудящегося населения, занятого в сфере обслуживания, значительно увеличилась в большинстве стран, по сравнению с сельскохозяйственным и промышленным сектором (76). Эта тенденция часто приводит к уменьшению уровня физической активности в профессиональной деятельности, так как многие профессии в сфере обслуживания связаны с «сидячим» трудом; например, в США за период с 1950 по 2000 г. доля профессий, требующих высокой активности, упала с 30 до 20%, в то время как доля профессий, связанных с низкой активностью, выросла с 20 более чем до 40% (77). Однако взаимосвязь между профессией, доходом и физической активностью достаточно сложна. Например, люди с более высоким уровнем образования (чаще это те, кто работает в сфере обслуживания) с большей вероятностью принимают участие в спортивных состязаниях и других активных развлечениях, чем работники неквалифицированного труда. Однако значительная часть людей, занятых на низкооплачиваемых работах (чаще всего в сельскохозяйственном или промышленном секторах), не имеют машин и пользуются велосипедом, общественным транспортом или ходят пешком (78).

Кроме того, технический прогресс приводит к созданию приспособлений, облегчающих труд. Хотя это спасает рабочих от монотонной повторяющейся деятельности (которая может представлять риск

Рисунок 11.4. Тенденции в области использования детьми транспортных средств по дороге в школу и из школы в Соединённом Королевстве (1991–1993, 2002 гг.)



Источник: National travel survey (обновлено с учетом данных 2002 г.) (72).

для здоровья), автоматизация также усиливает тенденцию к снижению физической активности в целом ряде видов деятельности. В 2002 г. половина респондентов европейского исследования сообщили, что их работа либо вообще не требует физической активности, либо требует ее в незначительной степени; 22% сообщили, что их работа связана с некоторой физической активностью, 20% – что их работа требует значительной физической активности, и в их числе было больше мужчин в возрасте 26-44 лет, чем в других группах. Более четверти респондентов проводят свыше 5,5 часов в день сидя (79).

Кроме того, согласно исследованию условий труда в ЕС, почти 30% работников испытывают стресс на работе, и интенсивность их труда увеличивается (80). В этом контексте физическая активность может играть важную роль в борьбе со стрессом на работе.

Политика и социально-культурная среда

Хотя условия работы сами по себе могут предоставлять возможность для физической активности (как в рамках трудовой деятельности, так и, например, путем открытия фитнес-центров), классические стратегии популяризации здорового образа жизни зачастую распространяются не на всех работников (81). Таким образом, политика работодателя и создаваемая им социально-культурная среда являются важным детерминантом. Например, политика, обеспечивающая сотрудников бесплатными местами на автостоянке в течение рабочего дня, серьезно влияет на выбираемый работниками способ передвижения в пользу автотранспорта (табл. 11.2). Национальное законодательство может оказать воздействие на желание компаний поощрять активные способы передвижения сотрудников. Например, в Бельгии государство компенсирует компаниям дотации, которые они выплачивают работникам за пользование велосипедом при поездках на работу. Согласно исследованию, охватывавшему 89 компаний, эту систему компенсации применяло около 80% из них (82).

С другой стороны, корпоративная политика, использующая материальные стимулы, например неденежные льготы для управляющих и других сотрудников высокого уровня, может снижать физическую активность, вызывая ощущение, что сила, влияние, статус и автомобиль взаимосвязаны. Хотя фискальные реформы в этой сфере стимулируют использование более экологически чистых и экономичных автомобилей и исключают налоговые льготы для водителей корпоративного автотранспорта за дополнительный километраж (84), они все же не предусматривают дополнительных выгод за использование физически активных видов передвижения.

Выводы

Большинство детерминантов микро- и макросреды стали в меньшей степени благоприятствовать физической активности.

Хотя многие тенденции в развитии транспорта в последние десятилетия не способствуют распространению активных способов передвижения в целях предотвращения ожирения, существуют потенциальные возможности для изменения ситуации. Однако нужно многое сделать, чтобы изменить отношение общества к передвижению пешком, велосипеду, использованию общественного транспорта, которые все еще ассоциируются с низким социальным статусом и отсутствием престижа. В качестве примера можно привести утверждение, сделанное в 1986 г.: «Человек старше 26, который ездит на автобусе, может считать себя неудачником» (85). Такая точка зрения должна стать достоянием прошлого.

Таблица 11.2. Доля лиц, имеющих зарезервированное место парковки на работе и пользующихся личным автомобилем для поездок на работу (Швейцария, 2000 г.)

Способ передвижения	Место на автостоянке (%)		Нет зарезервированной парковки (%)	Нет ответа
	Предоставлено бесплатно	Доступно за плату		
Личный автомобиль	54,6	11,7	33,5	0,2
Другие способы	19,8	4,6	75,4	0,1

Источник: *Mobilität in der Schweiz* (83).

В городах жилые кварталы и микрорайоны должны быть более благоприятными для пешеходов и велосипедистов. Политика жилищно-коммунальных служб также должна поощрять физическую активность, улучшая качество жилых районов, увеличивая площадь зеленых насаждений и избегая при планировке жилых районов темных и небезопасных проходов, а также повышая уровень технического обслуживания домов и способствуя формированию более безопасной и «дружелюбной» к пешеходам и велосипедистам среды.

В образовательной системе и школе действует комплекс факторов – растущие требования к основным дисциплинам, снижение внимания к физическому воспитанию, увеличение времени, проводимого детьми и подростками в школе, рост объема времени, проводимого в помещении, уменьшение численности детей, использующих активные способы передвижения по пути в школу, – которые приводят к общему снижению физической активности среди детей. Все это коррелирует с увеличением числа детей с избыточным весом. Существует множество возможностей для борьбы с этими тенденциями.

Популярность традиционных видов спорта в последнее время упала. Это в какой-то степени связано с изменением демографической ситуации и увеличением разнообразия видов спорта. В то же время развиваются также коммерческие возможности, однако они доступны не для всех. Страны Европейского региона различаются по степени распространения различных видов спорта. Кроме того, спорт конкурирует с другими видами досуга, некоторые из которых предполагают физическую активность, а некоторые – нет (например, все шире распространяющиеся сейчас «компьютерные» виды досуга).

Помимо возникновения большого количества «сидячих» видов деятельности, внедрение технических приспособлений приводит к тому, что для выполнения работы требуется все меньше физической активности. В этих условиях политика работодателя и создаваемая им социально-культурная среда являются важными факторами, определяющими уровень физической активности. К ним относятся предоставление возможностей для физической активности на работе, а также меры морального стимулирования.

В заключение следует отметить, что разработчики политики обладают множеством рычагов для того, чтобы сделать окружающую среду менее способствующей развитию ожирения. Полноценное использование потенциала благоприятной среды обитания требует долговременной стратегии и инвестиций. Благодаря развитию тесного партнерства между секторами в целях достижения максимальной эффективности может быть достигнута долговременная польза для индивидов и общества в целом. Необходимо разработать более действенные способы и более убедительные аргументы, чтобы заручиться поддержкой других секторов, помогая им осознать ту роль, которую они могли бы сыграть в содействии повышению физической активности. Например, следует создать инструменты для определения экономического эффекта от инвестиций в физическую активность для секторов, не связанных со здоровьем населения. Дополнительные возможности могут быть найдены путем определения общих легко достижимых целей, таких как возможности достижения транспортной отрасли целей по улучшению качества воздуха или снижению воздействия на изменения климата благодаря осуществлению мер, способствующих расширению велосипедного транспорта и передвижения пешком, или сокращение числа дней временной нетрудоспособности у физически активных работников.

Библиография

1. Bower H. Selling the big issue. *The Independent*, 17 November 1996:52–53.
2. European Commission. *Panorama of transport. Statistical overview of transport in the European Union. Part 2. Data 1970–2001*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-DA-04-001-2/EN/KS-DA-04-001-2-EN.PDF, accessed 28 April 2007).
3. *Energy & transport in figures 2004*. Brussels, European Commission, 2004.
4. *Energy & transport in figures 2002*. Brussels, European Commission, 2002.
5. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

6. *EU Transport in figures. Statistical pocketbook*. Brussels, European Commission, 2000.
7. Ainsworth BE et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1993, 25:71–80.
8. *WalCyng: How to enhance WALKing and CYcliNG instead of short car trips and to make these modes safer*. Brussels, European Commission, 2000.
9. Racioppi F et al. *A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/transport/modes/20030121_1, accessed 28 April 2007).
10. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060601_1, accessed 28 April 2007).
11. *Cycling towards health and safety*. Oxford, British Medical Association, 1992.
12. Roberts I, Power C. Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *British Medical Journal*, 1996, 313:784–786.
13. Saari R. Cycling policy in Finland and relevance of CBA. In: Nordic Council of Ministers, ed. *CBA of cycling*. Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2005:59–63.
14. *Pyöräilypoliittisen ohjelman seurantaraportti [Follow-up report on cycling policy programme]*. Helsinki, Ministry of Transport and Communications, 1999 (Report B4/1999; summary in English).
15. Dijkstra A et al. *Best practice to promote cycling and walking. Analysis and development of new insights into substitution of short car trips by cycling and walking (ADONIS). Final report*. Copenhagen, Danish Road Directorate, 1998.
16. *Charter on Transport, Environment and Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (http://www.euro.who.int/document/peh-ehp/charter_transporte.pdf, accessed 28 April 2007).
17. Krag T. Cycling, environment, exercise and health. In: Nordic Council of Ministers, ed. *CBA of cycling*. Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2005:64–68.
18. Schollaert U, Coppieters MC. *Transport demand of modes not covered in international transport statistics. Cycling*. Brussels, European Cyclists' Federation, 1997.
19. *Energy & transport in figures 2000*. Brussels, European Commission, 2000.
20. *Verkehrsaufkommen und Verkehrsleistung im Personenverkehr*. Neuchâtel, Swiss Federal Office of Statistics, 2007 (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/verkehr_und_nachrichtenwesen/nutz_verk_inf/verkehrsaufkommen/kennzahlen0/verkehrsleistungen/leistungen.Document.21297.xls, accessed 1 June 2007).
21. *National policies to promote cycling. Implementing sustainable urban travel policies: moving ahead*. Brussels, European Conference of Ministers of Transport, 2004.
22. *Walking and cycling: an action plan*. London, Department for Transport, 2004.
23. *Are we moving in the right direction? Indicators on transport and environment integration in the EU, TERM 2000*. Copenhagen, European Environment Agency, 2000.
24. *Mobility in cities: database (brochure)*. Brussels, International Association of Public Transport, 2005.
25. *Transport trends, 2006 edition*. London, Department for Transport, 2006. (<http://www.dft.gov.uk/pgr/statistics/datatablespublications/trends/current/Section22006?page=6#1006>, accessed 1 June 2007)
26. Blamey A et al. Health promotion by encouraged use of stairs. *British Medical Journal*, 1995, 311:289–290.
27. European health for all database [online database], Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 28 April 2007).
28. *Panorama of transport. Statistical overview of transport in the European Union. Part 2. Data 1970–2001*. Brussels, European Commission, 2003.
29. *Siedlungs- und Verkehrsfläche nach Art der tatsächlichen Nutzung 2004 – Erläuterungen und Eckzahlen*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 2005.
30. Urban audit [web site]. Brussels, European Commission (<http://www.urbanaudit.org>, accessed 28 April 2007).
31. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical correlates of walking. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:1583–1589.

32. Rütten A et al. Self reported physical activity, public health and perceived environment: results from a comparative European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:139–146.
33. Gebel K et al. *Creating healthy environments: A review of links between the physical environment, physical activity and obesity*. Sydney, North South Wales Health Department and North South Wales Centre for Overweight and Obesity, 2005 (http://www.coo.health.usyd.edu.au/pdf/2005_creating_healthy_environments.pdf, accessed 1 June 2007).
34. Bauman AE, Bull FC. *Environmental correlates of physical activity and walking in adults and children: a review of reviews*. London, National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007 (<http://guidance.nice.org.uk/download.aspx?o=420955>, accessed 1 June 2007).
35. Saelens BE et al. Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:1552–1558.
36. Humpel N et al. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:188–199.
37. Huston SL et al. Neighborhood environment, access to places for activity, and leisure-time physical activity in a diverse North Carolina population. *American Journal of Health Promotion*, 2003, 18:58–69.
38. King AC et al. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different race/ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychology*, 2000, 19:354–364.
39. De Bourdeaudhuij I et al. Environmental correlates of physical activity in a sample of Belgian adults. *American Journal of Health Promotion*, 2003, 18:83–92.
40. Atkinson JL et al. The association of neighborhood design and recreational environments with physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19:304–309.
41. *Town planning and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
42. Diez Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. *Journal of Urban Health*, 2003, 80:569–589.
43. Handy SL et al. How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 23(Suppl. 2):64–73.
44. Humpel N et al. Changes in neighborhood walking are related to changes in perceptions of environmental attributes. *Annals of Behavioral Medicine*, 2004, 27:60–67.
45. Humpel N et al. Perceived environment attributes, residential location, and walking for particular purposes. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 26:119–125.
46. *Housing in south eastern Europe: solving a puzzle of challenges*. Paris, Council of Europe Development Bank and World Bank, 2004.
47. Li F et al. Multilevel modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:558–564.
48. Ross CE, Mirowsky J. Neighborhood disadvantage, disorder, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 2001, 42:258–276.
49. Painter K. The influence of street lighting improvements on crime, fear and pedestrian street use, after dark. *Landscape and Urban Planning*, 1996, 35:193–201.
50. Shenassa E et al. Perceived safety of area of residence and exercise: a pan-European study. *American Journal of Epidemiology*, 2006, 163:1012–1017.
51. Ellaway A et al. Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2005, 331:611–612.
52. Bonnefoy X et al. A pan-European housing and health survey. Description and evaluation of methods and approaches. *International Journal of Environment and Pollution* (in press).
53. Badland H, Schfield G. Transport, urban design, and physical activity: an evidence based update. *Transportation Research Part D*, 2005, 10:177–196.
54. Braubach M. *The impact of the residential environment on residential environment satisfaction and health* [thesis]. Bielefeld, University of Bielefeld, 2004.
55. Evans GW, Kantrowitz E. Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. *Annual Reviews of Public Health*, 2002, 23:303–331.

56. van Lenthe FJ et al. Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 2005, 60:763–775.
57. Kavanagh AM et al. Urban area disadvantage and physical activity: a multilevel study in Melbourne, Australia. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:934–940.
58. Ellaway A et al. Does area of residence affect body size and shape? *International Journal of Obesity*, 1997, 21:304–308.
59. Estabrooks PA et al. Resources for physical activity participation: does availability and accessibility differ by neighborhood socioeconomic status? *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25:100–104.
60. Stahl T et al. The importance of the social environment for physically active lifestyle – Results from an international study. *Social Science and Medicine*, 2001, 52:1–10.
61. *Housing and health regulations in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89278.pdf>, accessed 1 June 2007)
62. Lamprecht M et al. Jugendsport zwischen Mythos und Wirklichkeit. *Neue Zürcher Zeitung*, 4 January 2002:47.
63. COMPASS, a project seeking the co-coordinated monitoring of sports participation in Europe [web site]. Rome, University of Rome “La Sapienza”, 2002 (w3.uniroma1.it/compass/index.htm, accessed 1 June 2007).
64. Craig CL et al. Twenty-year trends in physical activity among Canadian adults. *Canadian Journal of Public Health*, 2004, 95:59–63.
65. *Bewegung, Sport, Gesundheit. Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002. StatSanté, Resultate zu den Gesundheitsstatistiken in der Schweiz, 1/2006*. Neuchâtel, Swiss Federal Office of Statistics, 2006.
66. Ränning E. *Barns levkår før og nå [Past and present living conditions of children]*. Kongsvinger, Statistics Norway, 2001 (<http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200104/01/art-2001-09-20-01.html>, accessed 28 April 2007).
67. Brettschneider WD, Naul R. *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance. Final EU-report*. Paderborn, University of Paderborn, University of Dresden-Essen, 2004 (<http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>, accessed 28 April 2007).
68. Hardman K, Marshall J. *Update on the state and status of physical education world-wide*. Berlin, International Council of Sport Science and Physical Education, 2005 (<http://www.icsspe.org/portal/download/HardmanMarshall.pdf>, accessed 28 April 2007).
69. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, 2001, 2:159–171.
70. *State study proves physically fit kids perform better academically. Results of a study of the California Department of Education Study*. Sacramento, California Department of Education, 2002 (<http://www.cde.ca.gov/nr/ne/yr02/yr02rel37.asp>, accessed 28 April 2007).
71. Limstrand T. *Tarzan eller Sytpeis [Tarzan or a wimp: a survey on physical activity in intermediate school]*. Bodø, Nordland County, 2003.
72. *National travel survey (2002 update)*. London, Department for Transport, 2004.
73. Rowland D et al. Randomised controlled trial of site specific advice on school travel patterns. *Archives of Diseases in Childhood*, 2003, 88:8–11.
74. DiGiuseppi C et al. Determinants of car travel on daily journeys to school: cross sectional survey of primary school children. *British Medical Journal*, 1998, 316:1426–1428.
75. Cooper AR et al. Physical activity levels of children who walk, cycle, or are driven to school. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:179–184.
76. *Trends in Europe and North America. The statistical yearbook of the Economic Commission for Europe 2003*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2003.
77. Brownson RC et al. Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:421–443.

78. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4(2B):701–709.
79. *Special Eurobarometer: physical activity*. Brussels, European Commission, 2003 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf, accessed 28 April 2007).
80. Paoli P, Merllié D. *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001.
81. Kreis J, Bödecker W. *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention: Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. Essen/Dresden, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) and Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG), 2003.
82. de Geus B et al. Companies' role in the promotion of commuter cycling. In: *Book of abstracts Walk 21 Satellite Symposium on transport related physical activity and health*. Magglingen, Switzerland, 2005:26 (http://www.walk21satellite.ch/satellite/Book_abstracts.pdf, accessed 1 January 2007).
83. *Mobilität in der Schweiz: Ergebnisse des Mikrozensus 2000 zum Verkehrsverhalten*. Berne/Neuenburg, Federal Office for Spatial Development and Swiss Statistics, 2001. (http://pd.zhwin.ch/dokumente/doku0_215_1.pdf, accessed 1 June 2007).
84. *Report on the evaluation of the company car tax reform*. London, Inland Revenue, 2004.
85. United Kingdom Parliament. *United Kingdom House of Commons Hansard Debates for 2 Jul 2003 (pt 10). Column 407*. London, The Stationery Office, 2003 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200203/cmhansrd/vo030702/debtext/30702-10.htm>, accessed 28 April 2007).

12. Социально-экономическое неравенство по ожирению в Европе: актуальные вопросы и политические выводы

Ключевые положения

- Тесная связь ожирения с социально-экономическим неравенством отмечена во многих странах Европейского региона ВОЗ, но в целом решению этой проблемы уделяется очень мало внимания.
- Одним из факторов, объясняющих социально-экономическое неравенство по показателям ожирения, по-видимому, является социально-экономическое неравенство по показателям рациона питания и сидячего образа жизни.
- Особое внимание должно уделяться мерам по изменению окружающей среды, способствующим или препятствующим ожирению, особенно в связи с потенциальным значением этой среды для профилактики ожирения среди социально уязвимых групп.
- Будущие меры вмешательства и политические мероприятия следует систематически оценивать с точки зрения эффективности вмешательства по отношению к социально уязвимым группам.

Ожирение – важная проблема общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, связанная со значительным бременем для здоровья и экономики. Важные инициативы в области общественного здравоохранения, недавно выдвинутые ВОЗ и другими организациями, подтвердили необходимость снижения мирового бремени ожирения, но лишь немногие из них нацелены на решение проблемы растущего социально-экономического неравенства по ожирению. Такое неравенство наблюдается во всем мире, а его рост отмечен в ряде европейских стран, что усугубляет неравенство, связанное со здоровьем (1).

Чтобы понять важность борьбы с неравенством в Европе, в этой главе описываются разнообразные проявления и причины распространения социально-экономического неравенства по ожирению, и обсуждаются способы решения этой проблемы.

Социально-экономический статус традиционно определяется профессией, образованием и доходом (2). Тем не менее исследователи все чаще признают, что комплексное понимание социально-экономического статуса личности в современных сложных обществах должно выходить за рамки этих детерминант и охватывать такие факторы, как этническая принадлежность, пол, место жительства, сообщество и вероисповедание (3).

Кроме того, разнообразные социально-экономические и демографические детерминанты здоровья взаимодействуют друг с другом. Например, пол влияет на то, как социально-экономический статус воздействует на ожирение (и на здоровье в целом). Аналогичным образом, возможность сделать здоровый выбор существенно зависит от этнической принадлежности, а вероисповедание определяет образ жизни и факторы риска. Хотя в этой главе основное внимание будет уделено трем традиционным показателям социально-экономического статуса, просто потому, что большинство литературных источников обращает на них наибольшее внимание, все они взаимосвязаны с другими социально-экономическими и демографическими переменными.

Социально-экономическое неравенство по ожирению

Значительный объем накопленных данных позволяет предположить, что социально-экономические различия по показателю ожирения существуют во всем мире (4–7). Отношения между социально-экономическим статусом и ожирением далеко не статичны, отмечаются вариации между регионами и подгруппами населения, а также изменения, связанные с временными периодами. Все это имеет прямое отношение к Европейскому региону, который объединяет население, отличающееся значительным разнообразием в плане географии, культуры, образа жизни и уровня экономического развития.

В этой главе социально-экономическое неравенство по ожирению определяется как различия в распространенности ожирения среди лиц с высоким и низким социально-экономическим статусом (составлено по Mackenbach и Kunst (8)). Это определение всегда следует рассматривать в свете того обстоятельства, что социально-экономическое неравенство по ожирению может восприниматься по-разному в сообществе, семье и на индивидуальном уровне, а также в разных подгруппах населения, например, среди мужчин и женщин, пожилых и молодых, этнических меньшинств, мигрантов и беженцев (9,10).

Вариации на популяционном уровне

Популяционные данные

В ряде исследований распространенность ожирения рассматривалась в связи с экономическим развитием и неравенством национального дохода. Сравнивая национальные экономические показатели со средними показателями ИМТ среди взрослых более чем в 100 странах, Ezzati et al. (11) отметили, что ИМТ быстро возрастает, а затем выравнивается и, возможно, снижается по мере увеличения национального дохода. Снижение было особенно заметно среди женщин, что соответствует результатам других популяционных исследований по изучению обратной связи между социально-экономическим статусом и ожирением среди женщин из стран с высоким доходом и доходом выше среднего (4,5). В исследовании, охватывавшем 21 из 50 стран с наивысшим валовым национальным доходом на душу населения, Pickett et al. (7) обнаружили, что страны с наибольшим неравенством в доходах имеют наивысший уровень ожирения как среди мужчин, так и среди женщин. Такие же результаты ранее были отмечены в США по итогам исследований, показывающих взаимосвязь между неравенством штатов в доходах и средним самозаявленным абдоминальным набором веса (12) или самозаявленным ИМТ, особенно при низком уровне дохода (13).

Эти выводы позволяют предположить, что рост неравенства в доходах, в последнее время выявленный во многих странах, включая Болгарию, Польшу, Российскую Федерацию и Румынию (14), может ассоциироваться с ростом ожирения.

Индивидуальные данные

Во многих исследованиях изучалось соотношение между социально-экономическим неравенством и ожирением в странах с высоким доходом с помощью разнообразных показателей социально-экономического статуса (включая доход, образование, профессию и другие индикаторы) и относительной тучности тела. Одним из первых исследований, в которых особое внимание обращалось на социально-экономическое неравенство по ожирению, было опубликованное в 1965 г. Midtown Manhattan Study, выявившее, что ожирение в шесть раз чаще встречается среди женщин с низким социально-экономическим статусом, чем среди тех, кто имеет более высокий социально-экономический статус (15). Новаторское исследование Sobal и Stunkard 1989 г. (4) подтвердило эти результаты, указав на постоянную обратную связь между социально-экономическим статусом и ожирением у женщин в нескольких странах с высоким доходом (табл. 12.1). Результаты для мужчин и детей оказались более противоречивыми: у мужчин около 56% исследований показывают обратную связь, а 21% – прямую связь, причем высокий уровень доходов связан с широкой распространенностью ожирения. У детей и подростков 36% исследований показывают обратную связь с социально-экономическим статусом и 26% – прямую связь.

В странах со средним и низким доходом была выявлена другая модель (табл. 12.1). Около 90% исследований показывают позитивную связь между социально-экономическим статусом и ожирением у мужчин, женщин и детей, ни одно из исследований не выявило обратной связи (4). Это заставляет предположить, что, по крайней мере, до конца 1980-х гг. в странах с низким доходом от ожирения в основном страдали люди с высоким социально-экономическим статусом.

С увеличением распространенности ожирения в мире и повышением необходимости целенаправленных действий, многочисленные исследования отношений между социально-экономическим статусом и ожирением позволяют предполагать, что сценарии, предложенные в 1989 г., по-видимому, все еще неприменимы. Например, обзор 14 исследований взрослых,

Таблица 12.1. Типы связи, выявленные в исследованиях социально-экономического статуса^a и ожирения среди взрослых и детей, 1989 г.

Исследуемая группа и тип связи	Количество исследований	
	Мужчины	Женщины
Взрослые из нескольких развитых стран ^b	24	39
Обратная связь	18	22
Нет связи	5	8
Прямая связь	1	8
У-образная связь	–	1
Дети и подростки из развитых стран ^c	32	34
Обратная связь	13	11
Нет связи	11	14
Прямая связь	8	9
Взрослые из развивающихся/не западных стран ^d	11	14
Обратная связь	0	0
Нет связи	1	2
Прямая связь	10	12
Дети из развивающихся/не западных стран ^e	14	15
Обратная связь	0	0
Нет связи	2	2
Прямая связь	14	13

^a Некоторые исследования выполнялись только среди мужчин или только среди женщин.

^b Данная группа включает в себя Британию (n=21 исследование), Голландию (n=4), Бельгию и Швецию (для обеих n=3), Канаду, Данию и Новую Зеландию (для всех n=2), а также Чехословакию, Германию, Норвегию, Шотландию и Уэльс (для всех n=1).

^c Данная группа объединяет США (n=17), Британию (n=8), Канаду (n=3), Швецию (n=2) и Израиль, а также Италию, Австралию, Францию и Нидерланды (для всех n=1).

^d Данная группа охватывает Индию (n=4), Колумбию и Самоа (n=2), острова Тристан-да-Кунья, Пакистан, ЮАР, Нигерию (для всех n=1), и следующие группы: австралийских аборигенов, апачей, команчей и кайова в США (для всех n=1).

^e Данная группа охватывает Гватемалу (n=4), Колумбию (n=2), Индию (n=2), Бразилию, Китай, Сальвадор, Нигерию, Непал и ЮАР (для всех n=1), а также следующие группы: австралийских аборигенов и навахо в США (n=1).

Источник: составлено по Sobal и Stunkard (4).

охватывающий период 1989–2003 гг. (5), заставляет предположить, что ожирение в странах с низким и средним доходом уже больше не ограничивается социально-экономической элитой. Среди мужчин в половине исследований отмечается обратная связь между социально-экономическим статусом и распространенностью ожирения, а в другой половине – прямая связь. Что касается женщин, семь исследований показали обратную связь между социально-экономическим статусом и ожирением, в двух исследованиях отмечается прямая связь, а еще два не отмечают никакой значительной связи.

Бремя ожирения не только имеет тенденцию переходить на группы с низким социально-экономическим статусом по мере роста ВВП страны, но ложится на них на ранних стадиях экономического развития и чаще на женщин, чем на мужчин. Женщины с низким социально-экономическим статусом переходят на высокие показатели ожирения, как только ВВП на душу населения достигает около 2 500 долларов США, промежуточного индикатора для стран с низким и средним доходом (5).

Эта тенденция также прослеживается в странах восточной части Европейского региона (16) (Joceline Pomerleau, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, информация получена по специальному запросу, 2005). Ожирение до сих пор является болезнью достатка, как среди мужчин, так и среди женщин, в таких странах с низким доходом, как Азербайджан и Узбекистан. Например, распространенность избыточной массы тела и ожирения среди женщин в Узбекистане в возрасте 15–49 лет монотонно возрастала по мере повышения образовательного уровня – с 23% среди лиц с начальным образованием до 35% среди женщин с уровнем образования выше среднего специального. Другие страны с относительно низким доходом – такие как Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация и Украина – имеют более высокие показатели ИМТ или вероятность ожирения среди мужчин с высшим образованием, но ИМТ и распространенность ожирения оказались ниже среди женщин с высшим образованием в Беларуси, Российской Федерации и в Украине. Вопрос о том, в какой степени бремя ожирения переходит на неимущих людей по мере роста ВВП страны, все еще остается открытым. В таких странах, как Латвия, Польша, Чешская Республика и Эстония, а

также в высокоурбанизированных районах Албании более высокий риск ожирения, как выяснилось, угрожает преимущественно лицам с низким социально-экономическим статусом, особенно женщинам, причем в большинстве стран наблюдается обратная связь между уровнем образования и ожирением среди женщин, но отсутствует значительная зависимость среди мужчин (16–18).

Наконец, новейшие исследования, проведенные в странах Западной Европы с высоким доходом, также позволяют предположить, что модель, описанная в более ранних обзорах, по-видимому, изменилась, и связь между социально-экономическим статусом и ожирением у мужчин становится более тесной, чем это наблюдалось у женщин, по крайней мере, в некоторых странах (19,20). Например, исследования, проведенные в Испании, Нидерландах, Соединённом Королевстве и Швеции, а также результаты опроса в странах ЕС свидетельствуют об обратной связи между уровнем образования и ИМТ или ожирением, как у мужчин, так и у женщин (20–24). Некоторые единовременные поперечные и когортные исследования позволяют предположить, что низкий социально-экономический статус в детстве может стать детерминантой ожирения в среднем возрасте (35), даже вне зависимости от социально-экономического статуса взрослого индивида (26–30).

Наблюдения среди детей

Хотя детское ожирение становится важнейшей проблемой общественного здравоохранения, социально-экономическому неравенству по ожирению посвящено сравнительно немного исследований. Как и у взрослых, связь между ожирением и социально-экономическим статусом у детей, по-видимому, варьируется в разных странах и зависит от уровня доходов в стране. Sobal и Stunkard (4) сообщили, что около 40% исследований, посвященных детям из стран с высоким доходом, показали обратную связь между социально-экономическим статусом и ожирением, но в 25% была установлена прямая связь, причем результаты для мальчиков и для девочек оказались одинаковыми. Наоборот, большинство исследований, выполненных в странах с низким и средним доходом, показали позитивное соотношение между социально-экономическим статусом и ожирением среди детей и подростков (4).

Все большее число новейших исследований, посвященных странам с высоким доходом, таким как Соединенное Королевство и США, заставляет предположить, что низкий социально-экономический статус ассоциируется с высокой распространенностью ожирения среди детей. В США, например, McMurray et al. (31), Goodman et al. (2), Wang (32) предположили, что группы подростков с низким социально-экономическим статусом (определенным в соответствии с уровнем образования родителей, доходом домохозяйства и субъективным социальным статусом в школе) имеют более высокий риск приобретения избыточного веса или ожирения. В Шотландии ожирение среди детей трехлетнего возраста было шире распространено в социально обделенных семьях (оценивалось с использованием индекса депривации Карстэйрса) (33). В Англии распространенность ожирения среди детей в возрасте от двух до десяти лет имеет тенденцию к возрастанию по мере усиления территориальной депривации (хотя постоянного уклона обнаружено не было) и снижения уровня доходов домохозяйства. Ожирение встречалось реже всего «в семьях менеджеров и специалистов» (12%) (основано на данных о последнем или предыдущем месте работы главы домохозяйства) и чаще всего в семьях менее квалифицированных работников (17%) (34). Рост детского ожирения в период 1974–2003 гг. в Соединённом Королевстве оказался более ярко выраженным у детей с низким социально-экономическим статусом (35). Исследования, проведенные в Чешской Республике, позволяют предположить, что у школьников, чьи родители имеют более низкий уровень образования, вероятность развития ожирения в два раза выше, чем у тех, чьи родители имеют более высокий образовательный уровень (36).

В Российской Федерации распространенность ожирения и избыточного веса, по-видимому, снизилась в период 1992–1998 гг. среди детей всех социальных групп: с 15% до 9% в семьях с низким доходом, с 15% до 7% в семьях со средним доходом и с 17% до 10% в семьях с высоким доходом, однако самый низкий уровень распространенности ожирения отмечается сейчас среди детей из домохозяйств со средним доходом (32,37).

Этническая принадлежность и страна происхождения

Распространенность ожирения среди людей, живущих в одной и той же стране, зачастую весьма различается в зависимости от этнической принадлежности и страны происхождения. Например, рома (цыгане), преимущественно в странах Центральной Европы, испытывают особые проблемы со здоровьем, так как зачастую подвергаются стигматизации; большинство из них имеет низкий социально-экономический статус и более высокие показатели ожирения, чем у других групп населения в стране проживания (38–40). Другой пример – комплексный характер вариации показателя ожирения по расовой принадлежности в США (41).

Некоторые исследователи, однако, полагают, что этнические или расовые различия по ожирению в пределах одной страны могут быть объяснены социально-экономическими, а не этническими факторами. Например, в Германии распространенность ожирения среди дошкольников турецкого происхождения оказалась почти в три раза выше, чем среди этнических немцев, но это было в основном связано с различиями в социально-экономическом статусе (42).

Изменения во времени

В течение последних десятилетий в ряде европейских стран отмечается углубление социально-экономического неравенства в отношении здоровья по различным индикаторам. По-видимому, то же самое относится и к неравенству по ожирению (43–45), хотя данных для сравнения различных периодов времени мало. Результаты исследования в рамках долгосрочного проекта ВОЗ MONICA («Мониторинг тенденций и детерминантов сердечно-сосудистых заболеваний») свидетельствовали, например, о расширении разрыва между социальными классами почти в 2/3 стран-участниц в период с 1979 по 1996 г. (46). Аналогичные тенденции могут быть отмечены и среди детей, как позволяют предположить данные по Англии, где за последнее десятилетие распространенность избыточного веса и ожирения среди детей с низким социально-экономическим статусом возросла в более высокой пропорции (34, 35).

Действующие факторы

В исследованиях, посвященных социально-экономическому неравенству по ожирению, часто отмечается, что социально-экономический статус приводит к ожирению, однако некоторые исследователи предполагают наличие обратной связи, а именно, что ожирение может отрицательно влиять на социально-экономический статус. Третья возможность – гораздо реже обсуждаемая в литературе – состоит в том, что внешние факторы могут одновременно влиять как на социально-экономический статус, так и на ожирение (4,6). Кроме того, все эти варианты могут проявляться одновременно.

Если предположить, что первое объяснение наиболее вероятно – т. е. что социально-экономический статус, вызывая ожирение, определяет большинство взаимосвязей между ними, – необходимость исследования конкретных механизмов сохраняется. Факторами-посредниками являются рацион питания, сидячий образ жизни, физическая активность, социально-психологические факторы и наследственность. Таким образом, социально-экономическое неравенство по ожирению может быть вызвано сложными отношениями между влиянием микро- и макросреды. Например, то, что та или иная женщина предпочитает грудное вскармливание, зависит от сочетания факторов, включая ее личные убеждения, доступность медицинской помощи, уровень образования и культурную среду, а также маркетинговые действия компаний по производству детского питания. Люди из разных социальных слоев подвергаются различному влиянию, причем на некоторых из них может воздействовать окружающая среда, благоприятная для развития ожирения, которая включает все эти элементы или многие из них (47,48).

Ниже будут более подробно рассмотрены четыре механизма, которые могут влиять на социально-экономическое распределение ожирения:

1. Диета и питание
2. Образ жизни и физическая активность

3. Социально-экономические последствия ожирения и социальная мобильность
4. Наследственность.

Диета и питание

Диетические предпочтения различных групп населения зачастую обусловлены социально-экономическими факторами. Некоторые склонны выбирать менее здоровую пищу, чем другие, начиная с того времени, когда будущий ребенок еще находится в утробе матери, что потенциально оказывает определяющее воздействие на риск ожирения во взрослом возрасте (19,49,50). Скудное питание матери во время беременности может привести к недостаточному весу ребенка при рождении, что, в свою очередь, также связывается с абдоминальным ожирением в среднем возрасте (51). Кроме того, грудное вскармливание, чаще встречающееся среди лиц с более высоким социально-экономическим статусом в странах с высоким доходом (19,49,52,53), связывается со снижением риска ожирения среди некоторых групп населения. Тем не менее есть и противоречивые результаты (54,55). (См. также главу 6). Например, ретроспективный когортный анализ популяции детей из домохозяйств с низкими доходами показывает, что грудное вскармливание (продолжающееся не менее 16 недель без прикорма и не менее 26 недель с прикормом) ассоциируется со снижением риска ожирения в возрасте 4 лет, по меньшей мере, на 30% (56).

Среди детей и взрослых из стран с высоким доходом низкий уровень образования и низкий социально-экономический статус обычно связываются с различными показателями нездорового питания, ассоциирующимися с ожирением, включая недостаточное потребление свежих фруктов и овощей, высокое потребление сахара, жира и мяса (49,57–60), лакомств (например, выпечки, сладостей, соленых легких закусок и безалкогольных напитков) (61), а также нерегулярный режим питания (62).

Тем не менее в европейских странах ситуация неодинакова. Например, по данным поперечных исследований рациона питания, состояния здоровья или структуры бюджета домохозяйств можно предположить, что люди с более высоким уровнем образования в Северной и Западной Европе, как правило, стараются потреблять больше фруктов и овощей, в то время как противоположная тенденция отмечена в некоторых странах Южной Европы, где высокий уровень потребления этих продуктов обусловлен традициями питания (63,64), по крайней мере, среди лиц более старшего возраста. Roos et al. (63) полагают, что это может быть связано с региональными вариациями доступности свежих фруктов и овощей, притом что жители Южной Европы с низким социально-экономическим статусом имеют более благоприятный доступ к дешевым фруктам и овощам, возможно, выращивают их сами или достают по неофициальным каналам.

Факторы, оказывающие влияние на пищевые предпочтения

Основными факторами, определяющими пищевые предпочтения, являются финансовые возможности, доступность, наличие, привлекательность, пригодность и практичность (19,65,66). Как говорится в выводах новейшего доклада Всемирной организации здравоохранения об ожирении и бедности, «бедные едят не то, что хотят, и не то, о чем им известно, что это нужно есть, но то, что они могут себе позволить» (67). Таким образом, стоимость продуктов питания может быть одним из барьеров для перехода на более здоровую диету, особенно для домохозяйств с низким доходом. Исследования позволяют предположить, что калорийные и малопитательные продукты – многие из них с высоким содержанием очищенных злаков, добавлением сахара и жира – дают возможность обеспечить себя необходимым запасом энергии за меньшую стоимость, чем постное мясо, рыба, свежие овощи и фрукты (68,69). Относительно низкая цена этих продуктов в сочетании с их высокой способностью повышать аппетит, низкой насыщенностью, быстрым приготовлением и всевозрастающим распространением на эти продукты ценообразования на основе предельных издержек (что позволяет увеличивать размер порций) может привести к росту потребления высококалорийных продуктов в перерывах между основными приемами пищи и к увеличению количества потребляемой пищи за каждый прием (увеличению размеров порций) (68,70,71). Все это способствует развитию эпидемии ожирения (47). Поперечные исследования, проведенные в

США и Западной Европе (65,66), показывают, что еще одним ключевым детерминантом пищевых пристрастий среди безработных и людей с низким доходом являются вкусовые качества продуктов.

Исследования также свидетельствуют о том, что во многих регионах мира увеличивается количество продуктов питания, потребляемых вне дома. Кроме того, эта пища – большей частью продукты быстрого питания – характеризуется тенденцией к повышению калорийности и увеличению размера порций, по сравнению с обычной домашней пищей. Точки продажи продуктов быстрого питания чаще встречаются в бедных кварталах (71–74). (См. главу 8.)

Другим фактором, затрудняющим выбор более здоровой пищи, особенно при недостатке ресурсов и образования, является «постоянный и зачастую противоречивый поток информации», способствующий «как недостатку, так и избытку ориентиров» (75). Пища, которую диетологи обычно квалифицируют как «продукты, которые следует употреблять реже всего» – насыщенные «пустыми» калориями, малопитательные продукты и напитки – обычно наиболее интенсивно рекламируется в средствах массовой информации, особенно по телевидению (47). (См. главу 10). Это справедливо не только для США и стран Западной Европы (76), но и для стран Центральной и Восточной Европы. Анализ телевизионной рекламы в Венгрии, Польше, Словакии и Словении показал, что самыми рекламируемыми видами пищи являются кондитерские изделия, подслащенные хлопья для завтрака, аппетитные закуски и безалкогольные напитки, на долю которых приходится более 3/4 всей продовольственной рекламы (77).

Подобные маркетинговые кампании часто рассчитаны на детей и продвигают, в основном, легкие закуски, продукты быстрого приготовления, быстрого питания и сладости, используя множество методов и каналов, чтобы стимулировать создание брэнда и оказать влияние на покупательное поведение на продовольственном рынке (78). Кроме того, как количество рекламы в детских телепередачах, так и содержание этой рекламы часто имеют прямое отношение к широкому распространению избыточного веса (79). (См. главу 10.)

Не ясно, оказывают ли эти маркетинговые кампании какое-либо влияние на социально-экономическое неравенство по ожирению. В США, где афроамериканцы обычно имеют более низкий социально-экономический статус и чаще страдают ожирением, недавно было проведено исследование продовольственной телевизионной рекламы в прайм-тайме, где сравнивалась реклама в передачах, ориентированных на афроамериканскую аудиторию, и передачах для широкой аудитории (80). Исследование показало, что в программах для афроамериканцев демонстрируется больше продовольственной рекламы, и она посвящена, в основном, продуктам быстрого питания, сладостям, газированным напиткам и мясу, реже – готовым завтракам, зерновым и макаронным изделиям, овощам и фруктам, десертам и алкоголю. Из всей просмотренной продовольственной рекламы, показанной во всех программах, только в 15% случаев рекламный аргумент касался питательности продуктов и их влияния на вес; во время показа программ, ориентированных на афроамериканцев, было отмечено больше рекламных аргументов, относящихся к содержанию жира, в то время как во время показа программ для широкой аудитории – больше рекламных аргументов о том, что данные продукты являются легкими и не жирными.

Другим фактором, который мог бы повлиять на социально-экономическую дифференциацию ожирения, являются изменение отношения к набору веса, а также различия в применяемых методах контроля за массой тела. Так, например, данные ежемесячного исследования Бюро национальной статистики Соединенного Королевства «Omnibus» за март 1999 г. показывают, что респонденты с низким социально-экономическим статусом склонны позже замечать избыток веса, не так тщательно следят за массой тела, не стараются сбросить вес и реже следуют строгой диете, чем люди с более высоким социально-экономическим статусом (с поправкой по полу, возрасту и ИМТ) (81). Исследования в Канаде показали, что при любом уровне массы тела и независимо от благосостояния, женщины, живущие в богатых кварталах, чаще недовольны своим весом, чем женщины, живущие в кварталах со средним достатком (82). Авторы полагают, что все это связано с различиями в социокультурных стандартах или социальных нормах массы и стройности тела, а также с некоторыми материальными возможностями, например, доступностью модных журналов, демонстрирующих худеньких манекенщиц, большим количеством фитнес-центров и центров снижения веса, а также магазинов, где продается одежда для молодых и стройных женщин.

Данные по странам Центральной и Восточной Европы

Большинство вышеприведенных данных относится к странам с высоким доходом, так как большая часть исследований в этой области проводилась в США, Западной Европе и Австралии. Тем не менее данные по странам Центральной и Восточной Европы также свидетельствуют о неблагоприятных тенденциях. Экономические перемены последнего времени в этих странах, вероятно, привели к снижению потребления высокопитательных продуктов, особенно среди бедных слоев населения (83). Кроме того, уязвимые группы населения в этих странах, по-видимому, оказались наиболее подверженными нездоровым тенденциям в питании: цыганские дети в Чехии едят намного меньше фруктов, овощей и молочных продуктов и потребляют более чем в четыре раза больше легких закусок с высоким содержанием жиров и сахара, чем их чешские сверстники (84), у этих детей отмечаются и более высокие показатели ожирения (85).

Сидячий образ жизни и физическая активность

Различия в уровнях физической активности социально-экономических групп являются важным потенциальным фактором, объясняющим социально-экономическое неравенство по ожирению (5,71). Во-первых, сидячий образ жизни и связанный с ним низкий расход энергии широко известны как факторы, способствующие ожирению (86–88). Во-вторых, исследования в странах с высоким доходом показали, что взрослые и дети с низким социально-экономическим статусом меньше склонны к регулярной физической активности и больше – к сидячему образу жизни, чем те, чей социально-экономический статус выше (19,87,89,90). (См. главу 11.)

Уменьшение социально-экономической дифференциации ожирения по профессиональному признаку среди мужчин может быть обусловлено более высоким уровнем физической активности, связанной с профессиональной деятельностью, у лиц с низким социально-экономическим статусом, чем у лиц из высших слоев (19), однако высокий уровень профессиональной физической активности среди лиц низших социально-экономических слоев постепенно снижается в большинстве стран, за исключением некоторых стран с низким доходом, в которых низкий социальный статус часто имеет непосредственную связь с большой физической нагрузкой (4,5). Происходивший в последнее время рост механизации труда уравнивал трудовую физическую нагрузку среди всех социальных групп – даже среди беднейших слоев – в странах, достигших определенного уровня экономического развития (5). Таким образом, наблюдающаяся в последнее время социально-экономическая дифференциация суммарной физической активности является скорее результатом вариации физической активности в свободное время, чем трудовой физической активности.

Есть несколько потенциальных причин, которые могли бы объяснить, почему люди с высоким социально-экономическим статусом стремятся к большей физической активности, чем другие. Одна из них – отмеченное исследователями неравенство в распределении спортивных объектов (таких, как спортивные школы, молодежные организации и парки), программ и возможностей для физической активности, при том что более бедные слои населения обладают меньшими финансовыми возможностями (71,91,92). В США многие государственные школы в сообществах с низким социально-экономическим статусом не имеют средств для закупки инвентаря, необходимого на уроках физкультуры (93).

Люди с высоким социально-экономическим статусом обладают как высокими доходами, позволяющие оплачивать дорогостоящие виды физической активности, так и свободным временем и гораздо большими возможностями для пользования как бесплатными, так и платными видами активного отдыха; возможно, они также в большей степени испытывают социальное давление, побуждающее их к занятиям спортом (4). Кроме того, такие люди могут больше знать о пользе физической активности или быть положительно настроенными по отношению к ней (19,94). Отмечается, что женщины с высоким социально-экономическим статусом больше занимаются спортом (89), возможно, сознательно пытаясь таким образом контролировать свой вес (95). Наоборот, в шести западноевропейских странах взрослые с более низким доходом и меньшим уровнем физической активности отмечают меньше общедоступных возможностей для физической активности по месту жительства (96).

Наконец, социально-экономические различия в уровне физической активности обусловлены сидячим образом жизни и связанным с ним поведением, что чаще отмечается среди населения, принадлежащего к группам с более низким социально-экономическим статусом (19,90). Среди них использование личного автомобиля (который многие считают символом успеха), а также резкое увеличение времени, проводимого перед экраном (телевизор, компьютер, видеоигры, другие медийные средства) способствовали более широкому распространению сидячего образа жизни и связанного с ним риска ожирения (68). Хотя общее количество времени, проведенного перед экраном, не связано напрямую с ожирением, некоторые интерактивные исследования свидетельствуют, что сокращение времени, проводимого перед экраном, может быть многообещающим, общедоступным методом профилактики ожирения среди детей (97–99).

Социально-экономические последствия и социальная мобильность

Некоторые данные свидетельствуют о том, что ожирение имеет ментальные и экономические последствия. Например, отчеты показывают, что такие факторы, как предубеждения и дискриминация (например, на рабочем месте или в плане карьерного роста), так же как издевательства и насмешки (например, в школах) могут быть как причиной, так и следствием избыточного веса. Социально-экономическое неравенство по ожирению может быть, по крайней мере частично, следствием того, что ожирение способно влиять на социально-экономический статус.

Люди с избыточным весом или страдающие ожирением подвергаются стигматизации и дискриминации во многих обществах, и, как показывают данные, не менее чем в шести областях (100): на работе, в школе, в системе здравоохранения, в домашнем хозяйстве, в семейных отношениях и в средствах массовой информации.

На работе отмечаются случаи дискриминации при найме и в оплате труда (101), а также ограничений в использовании пособий по временной нетрудоспособности и медицинского страхования по месту работы. Некоторые исследователи полагают, что негативное соотношение между заработной платой и массой тела работников, выявленное в некоторых случаях, можно объяснить тем, что высокая масса тела может стать причиной снижения производительности труда (в связи с проблемами со здоровьем, связанными с ожирением) или дискриминации со стороны работодателя, что, соответственно, приводит к снижению заработной платы (68,102–108). В школах ранняя обструкция по отношению к детям, страдающим ожирением, приводит к низкой самооценке, эти дети более стеснительны и подвергаются бóльшим насмешкам, чем их более стройные товарищи (109,110). Отмечалась также связь ожирения со снижением успеваемости (111). В сфере здравоохранения были выявлены негативное отношение и гораздо более жесткий подход к психическим функциям пациентов, страдающих ожирением (по сравнению с людьми с нормальным весом). Дискриминация в отношении массы тела может быть обнаружена и при решении жилищного вопроса, а также при создании семьи (112). Наконец, ярко выраженная обструкция и разрушающие стереотипы, связанные с излишним весом, существуют и в средствах массовой информации; в рекламных образах и у телегероев ожирение ассоциируется с особо негативными качествами (113).

Было проведено несколько лонгитюдных исследований с целью изучения социально-экономических последствий увеличения массы тела в детском и юношеском возрасте. Sargent и Blanchflower (114) отмечают, что в Соединенном Королевстве женщины (а не мужчины), страдавшие ожирением в возрасте 16 лет, к 23 годам зарабатывали на 7% меньше, чем их коллеги, не имеющие избыточного веса. Gortmaker et al. (115) указывают на те же результаты: в США женщины, а не мужчины, имевшие избыточный вес в старшем подростковом возрасте, через семь лет имели более низкий доход. Кроме того, и женщины и мужчины, страдавшие ожирением в старшем подростковом возрасте, семь лет спустя имели меньше шансов создать семью, чем их более стройные ровесники. Gortmaker et al. объясняли выявленные ими данные интенсивной обструкцией по отношению к лицам, страдающим ожирением. Более поздние исследования на основе данных поколения, родившегося в 1970 г. в Соединенном Королевстве, где за участниками наблюдали с 10-летнего возраста до 30 лет, показали, что женщины, с детства страдавшие избыточным весом, впоследствии имели вдвое меньше шансов устроиться на хорошую работу и создать семью, чем женщины, не страдавшие ожирением (116). Среди мужчин, однако, ожирение не связывалось с какими-либо социальными неудачами. Эти

исследования также показали, что ожирение, преодоленное в детстве, в дальнейшем не оказывало какого-либо влияния на социальные достижения в среднем возрасте у лиц обоих полов.

Другим фактором, который, как оказалось, связан с социально-экономическим статусом и ожирением в среднем возрасте, является социальная мобильность: восходящие и нисходящие изменения социального статуса на протяжении поколений (4,28). Долгосрочные исследования показали, что люди, особенно женщины, улучшившие свой социальный статус, имели более низкую степень ожирения в среднем возрасте, чем те, кто остался на том же социальном уровне, что их родители или отцы, а также те, чей социальный статус понизился. Все это заставляет предположить, что с течением времени изменения в социально-экономическом статусе людей, страдавших ожирением с детства, могут быть частично обратимыми. В числе потенциальных путей достижения этого – создание семьи и профессиональная деятельность, две сферы, где отмечается дискриминация в отношении веса.

Наследственность

Четвертый фактор, который может влиять на соотношение ожирения и социально-экономического статуса, это наследственность. Предыдущие исследования показали, что ожирение передается по наследству, по крайней мере частично (117,118), и что в основе социально-экономических различий, измеряемых уровнем образования, по-видимому, лежит генетический компонент (119–121). Некоторые из генетических факторов, определяющих предрасположенность к более высокой ИМТ, могут также объяснять генетическую вариацию уровня образования. Хотя изучение этих генетических факторов представляется важным, их обсуждение выходит за рамки настоящей главы.

Научно обоснованные вмешательства и стратегические инициативы

В этом разделе будут представлен обзор проводимых в настоящее время мер вмешательства и политических мероприятий по уменьшению социально-экономического неравенства, вызванного ожирением. Однако это не исчерпывающий список. В главах 13–15 будут освещены общие меры вмешательства, направленные на профилактику и лечение ожирения.

В настоящем разделе будут также кратко рассмотрены некоторые наиболее актуальные стратегические мероприятия, которые, не будучи нацеленными напрямую на проблему ожирения, направлены на некоторые источники социально-экономического неравенства. Дальнейшее развитие политики в этом направлении следует проводить скорее на основе этих мер и в этих рамках, а не создавать дополнительный институциональный процесс.

Меры вмешательства

Что касается изучения эффективности стратегических мероприятий и мер вмешательства, то исследований, специально посвященных социально-экономическому неравенству по ожирению, немного. Существующие меры вмешательства обычно осуществляются в ограниченном масштабе и анализируются очень редко, либо не анализируются совсем, поэтому определить их эффективность и способность к распространению трудно. Однако, несмотря на недостаточность опубликованных сведений, они, с одной стороны, обращают внимание на тот факт, что социально-экономическое неравенство по ожирению – сложный вопрос, решение которого требует участия разных секторов и заинтересованных групп, а с другой – на конкретных примерах подтверждают необходимость увеличения числа научных работ, посвященных совершенствованию общей методики изучения этой темы и анализа результатов.

Меры вмешательства, связанные с питанием

Новейшие публикации, посвященные снижению неравенства в отношении здоровья (122), уделяют внимание политическим мероприятиям и мерам вмешательства, направленным на снижение неравенства в питании. Из 32 рассмотренных мер вмешательства 4–5 в США (123–126) и одна в Нидерландах (127) непосредственно направлены на профилактику избыточного веса среди взрослого населения с низким доходом и низким уровнем грамотности. Все эти меры оказались малоэффективными или безрезультатными, за исключением одной, при которой удалось повысить

уровень знаний о питании и сформировать сознательное отношение к нему, а также снизить долю энергии, потребляемой за счет жиров и насыщенных жиров в пище (124). Шестилетняя программа вмешательства по оздоровлению питания и физической активности школьников, преимущественно из бедных домохозяйств, на базе одной из школ положительно повлияла на показатели массы тела и физической активности детей, частично благодаря активному участию в ней родителей (128).

Существует несколько специализированных программ повышения доступности (фактической и/или финансовой) более здоровой пищи. В результате осуществления в штате Миннесота исследовательской программы вмешательства CHIPS («Changing Individual's Purchase of Snacks», «Изменить навыки покупки индивидом легких закусок»), посвященной ценам на здоровые продукты питания в школе и на работе, с уменьшением наполовину цены здоровой пищи объем ее покупок возрос почти вдвое. Когда выгодные цены отменили, исчезло и предпочтение здоровой пищи (99, 129–131). В Дании коалиция «Шесть раз в день» провела эксперимент, предлагая бесплатные фрукты на рабочих местах. В результате потребление фруктов среди сотрудников компаний, охваченных программой, значительно увеличилось (до 70 г в день) (132). Как следствие, количество рабочих мест в Дании, где сотрудникам стали предлагать фрукты за счет предприятия, возросло с 623 в 2001 г. до 4986 в 2003 г. (133). Такие инициативы очень важны, потому что они способствуют сокращению расходов на здоровую и достаточно дорогую пищу. Одним из компонентов программ вмешательства «Питайся хорошо» и «Будь в движении» в школах г. Балтимора и штата Мэриленд было обращение родителей в местные организации, предлагавшие дешевое питание и спортивные оздоровительные программы (134).

Меры вмешательства, направленные на повышение уровня физической активности

Несколько программ по повышению уровня физической активности представлены и рассмотрены в главе 15. Многие из них хорошо подходят также и для ликвидации социально-экономического неравенства в сфере физической активности. Например, одно из важных направлений этой деятельности – концепция активного передвижения, передвижение пешком или езда на велосипеде вместо использования автотранспорта. Ogilvie et al. (135) проводят систематический обзор массовых мер вмешательства, направленных на рекламу активного движения. В четырех из 21 исследования результатов эффективной пропаганды отмечен переход от автомобильного транспорта к передвижению пешком или на велосипеде. Другое важное направление – внимание к городскому дизайну и искусственно созданной среде с целью рекламы мест, приспособленных для физической активности. Обзоры в этой области свидетельствуют о связи между физической активностью и такими ключевыми факторами, как восприятие доступности, реальная доступность, шаговая доступность и эстетический фактор (136). (См. также главу 11.)

В США в рамках специальной правительственной программы WIC («Специальная программа дополнительного питания для женщин и детей, в том числе грудного возраста») осуществляется распространение информационных материалов о питании, дополнительных продуктах, а также медицинских рекомендаций почти для 8 млн. малообеспеченных беременных женщин, младенцев и детей (до пяти лет) (137). В 1999 г. под эгидой WIC начат проект по профилактике детского ожирения, который охватывает сотрудников фирм, домохозяйства и сообщества в целом. Например, с местными ресторанами велась работа по стимулированию потребления овощей и фруктов. У детей было отмечено увеличение времени активных игр; вместе с тем уменьшилось малоподвижное времяпровождение, причем такое поведение сохранилось и вне рамок наблюдения (137). Другая программа вмешательства в рамках WIC снизила среди сотрудников фирм и участвующих в программе домохозяйств время просмотра телепередач. Доля участников проекта, ограничивших просмотр телепрограмм до двух часов в день, возросла в период осуществления проекта с 64% до 70% (138).

Существующие стратегические механизмы и инициативы

Несмотря на то, что лишь несколько европейских стран проводят политику, направленную на решение проблемы социально-экономического неравенства по ожирению, в Европе в целом принят

ряд политических мер, направленных против факторов риска возникновения такого неравенства. Эти меры включают Первый план действий по политике в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ (139), а также национальные планы действий, уже осуществляемые или готовящиеся к реализации во многих государствах-членах. Европейская хартия по борьбе с ожирением (140) рассматривает борьбу с неравенством в отношении состояния здоровья как приоритетное направление деятельности, которому планируется посвятить Второй план действий в области пищевых продуктов и питания в Европе на 2007–2012 гг. (141).

На глобальном уровне ВОЗ и ФАО совместно выдвинули в ноябре 2003 г. инициативу по стимулированию потребления овощей и фруктов (143) в рамках Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (143,144) (одобренной в мае 2004 г. и рассматриваемой в главе 21) и реализации стратегического мандата ВОЗ по профилактике и контролю за неинфекционными заболеваниями на глобальном уровне.

Другие политические инициативы и акции в области здравоохранения подтвердили возросшие требования к питанию, физической активности и городской среде (включая транспорт) в Европе. Это отражено в новейшем документе Европейской комиссии по вопросам питания, избыточного веса и ожирения (145).

Наконец, ряд политических обязательств и инициатив общего характера нацелен на снижение в Европе неравенства в отношении здоровья. Например, в документе «Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» (146) отмечено, что «к 2020 г. разрыв в уровне здоровья между социально-экономическими группами внутри стран должен быть сокращен не менее чем на четверть во всех государствах-членах за счет значительного улучшения уровня здоровья групп населения, не получающих достаточного обслуживания». Другие важные инициативы, в том числе деятельность Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья, саммит «Преодоление социальных неравенств в отношении здоровья», проведенный 17–18 октября 2005 г. в период председательства Соединенного Королевства в ЕС, ряд других проектов Европейской комиссии, целевой группы ВОЗ по приоритетным исследованиям в области неравенства в отношении здоровья и группы ВОЗ, занимающейся проблемами справедливости в отношении здоровья (147), а также другие стратегические меры рассмотрены в работах Mackenbach и Bakker (122) и Crombie et al. (45).

Значение для политики и задачи исследований

В этом разделе рассматриваются политические выводы, направленные на решение проблемы социально-экономического неравенства в Европе, вызванного ожирением, а также представлен ряд потенциальных стратегий, нацеленных на снижение этого неравенства, рамочная основа для принятия решений по этому вопросу и перечислены некоторые области, нуждающиеся в дополнительном изучении.

Значение для политики

Хотя теоретически люди способны делать личный выбор в том, что касается рациона питания, физической активности и других действий, направленных на укрепление здоровья, на практике все действия совершаются в определенном контексте (41). Индивиды, особенно те, кто находится в затруднительном положении, сталкиваются со структурными, социальными, организационными, финансовыми и другими видами препятствий на пути к здоровому образу жизни (19,148), и им приходится действовать не так, как было бы полезно для их здоровья, даже когда им говорят о необходимости этого (148). Таким образом, ответственность за изменение нездорового образа жизни, ведущего к ожирению, лежит не только на их плечах.

Подход, ориентированный на население в целом (41,149), требует достижения «лучшего баланса между индивидуальным подходом и подходом, ориентированным на население в целом, а также между мерами вмешательства образовательного, межсекторального и средообразующего характера» (150). Другим доводом в пользу подхода, ориентированного на население в целом, является тот факт, что люди с низким социально-экономическим статусом чаще всего страдают от двойного гнета

– бедного рациона питания и ожирения; это особенно справедливо для стран с низким и средним доходом, но актуально и для некоторых стран с высоким доходом, в том числе Соединенного Королевства (33,151,152).

Dowler (19) подчеркивает, что основными критериями должны стать физическая доступность, финансовая доступность и практичность, а также значимость и мотивация. Как можно осуществить участие в деятельности и мероприятиях по укреплению здоровья и обеспечить полноценное пользование их результатами, если люди, страдающие от неравенства, озабочены прежде всего удовлетворением основных жизненных потребностей, будь то финансовых (включая возможность приобретения каких бы то ни было продуктов питания, не говоря уже о полезных для здоровья), или социальных (включая борьбу с постыдным клеймом бедности и/или ожирения, и со всем, что с ними связано)?

Swinburn et al. (153,154) находились в авангарде работ по созданию политических основ в области профилактики и снижения ожирения в группах риска. По их словам, «ожирению на индивидуальном уровне или в сообществе способствует суммарное влияние внешней среды и условий жизни». Они предлагают сделать одним из ключевых направлений в этой области изменение условий среды проживания, что в первую очередь скажется на обездоленных слоях населения (154). В частности, ими предложен комплексный и системный подход (в отличие от направленности на изменение индивидуального поведения), который включает в себя:

1. ориентацию на скрытые причины и рост потенциала реальной профилактики;
2. структурированность: например, включение транспортной политики органов местного самоуправления в работу по изменению инфраструктуры;
3. помощь в том, чтобы полезные для здоровья предпочтения становились нормой;
4. устойчивость, особенно если действия имеют солидную политическую поддержку;
5. ориентацию на нужды обездоленных слоев населения с тем, чтобы они могли получать реальную выгоду от этих инициатив в форме более дешевых продуктов питания, полуфабрикатов с низким содержанием жиров, а также свободного доступа к зеленым зонам и велосипедным дорожкам;
6. уменьшение языковой зависимости, что позволит охватить гораздо более широкую аудиторию, чем в случае простого распространения информации и призывов к здоровому образу жизни, которые не всегда понимаются или не доходят до меньшинств, новых мигрантов, не-грамотных и малограмотных жителей;
7. адресную дифференциацию, например дифференциацию целевых групп посредством применения соответствующих программ;
8. финансовую эффективность (даже таких дорогостоящих мер, как совершенствование общественного и активного транспорта, которые со временем себя окупают);
9. изменение повседневного поведения (например, поведение покупателей изменится, если изменить цены, маркировку и доступность продуктов); и
10. минимизацию неправильного восприятия, в частности снижение шансов неправильного использования продуктов, рекламируемых в качестве средств снижения веса.

Задачи и дальнейшие направления исследований

Хотя попытки выявить природу социально-экономического неравенства в Европе предпринимались во многих исследованиях, необходимо собрать больше информации о распределении и определяющих факторах этого неравенства во многих частях Региона, включая страны его восточной части.

1. Будущие исследования должны способствовать идентификации групп, особо уязвимых в плане социально-экономического неравенства по ожирению в каждой из стран, а также выявлению особых обстоятельств, вызывающих это неравенство.
2. Будущие исследования должны быть направлены на развитие и использование стандартных методов определения социально-экономического статуса и превышения веса, чтобы облегчить сравнение данных по разным странам. Вновь разработанные инструменты сбора данных должны

уделять внимание гендерным и культурным особенностям, таким как специфика экономических отношений, финансовое положение в домашнем хозяйстве, показатели социального положения и культурные ограничения, в частности касающиеся женщин.

3. Повторные обследования должны помочь выявить связь во времени между социально-экономическим статусом и ожирением; это особенно касается стран с низким и средним доходом и стран с переходной экономикой. Лонгитюдные исследования должны предоставить дальнейшую информацию о социально-экономических различиях, связанных с ожирением, в течение всей жизни человека и выявить возможные различия между странами. Они должны способствовать выявлению механизмов, способствующих развитию социально-экономического неравенства по ожирению. Для лучшего понимания сложной связи между социально-экономическим статусом и ожирением необходимы как качественные, так и количественные исследования.
4. Требуются дополнительные исследования, чтобы выявить детерминанты ожирения, связанные с социально-экономическими условиями – включая употребление пищи и физическую активность, – у всего населения и у групп с высокой степенью риска. Эти исследования должны включать в себя изучение путей прямого или косвенного влияния социально-экономического статуса на развитие ожирения, в том числе воздействие различных типов поведения, влияющего на здоровье, например табакокурения.
5. Исследования должны охватывать конкретные обстоятельства: рационы питания, риска приобретения избыточного веса и другие вопросы, а также риск отрицательных последствий для здоровья, связанных с ожирением, среди представителей меньшинств в Европе, данные о которых практически отсутствуют, таких как этнические меньшинства и мигранты.
6. Необходимо разработать системы мониторинга. Они должны включать в себя наблюдение за социально-экономическими вариациями в приеме пищи, моделями физической активности, а также связанными с питанием методами борьбы с лишним весом, применяемыми в отдельных сообществах.
7. Система мониторинга в области должна быть структурирована таким образом, чтобы в домашних хозяйствах можно было отслеживать и оценивать условия и последствия возможного воздействия рисков бедности и неравенства (19).
8. Кроме того, должны быть разработаны и претворены в жизнь интервенционные программы и политические мероприятия, нацеленные на выравнивание социально-экономических различий, связанных с ожирением. Для выработки наиболее эффективных мер и обеспечения уверенности в том, что они действительно приносят пользу целевым группам, необходимы консультации, оценка потребностей, оценка влияния на здоровье, качественные исследования и разработки, реализация и оценка проектов; в свою очередь, эти целевые группы и сообщества следует активно вовлекать в указанные процессы. Планируемые меры вмешательства должны быть нацелены не только на индивидов, но и на всю среду проживания и достигать желаемого эффекта без возложения ненужного бремени на отдельных людей или на сообщество в целом.
9. Следует проводить оценку эффективности, в том числе затрат и долгосрочных результатов воздействия мер вмешательства на здоровье. Кроме того, нужно оценивать, какие компоненты этих программ наиболее эффективны для различных подгрупп населения.
10. Совместно с другими специализированными учреждениями ООН, неправительственными организациями, частным сектором, ключевыми заинтересованными сторонами, влиятельными кругами и странами, выработавшими наилучшие пути решения в этой области, ВОЗ должна осуществлять руководство, давать необходимые рекомендации применительно к конкретной ситуации и осуществлять поддержку межсекторных акций, направленных на снижение социально-экономического неравенства по ожирению.
11. Наконец, следует использовать кампании по контролю над табакокурением в качестве примеров того, как сочетание политических мер, норм, инициатив, запрета на курение в общественных местах и интенсивной информационной кампании может вызвать изменения в повседневном поведении.

Выводы

Ожирение быстрыми темпами, хотя и в неодинаковой степени, поражает население Европы. Во многих странах Региона отмечено значительное социально-экономическое неравенство по ожирению, но слишком мало сделано для того, чтобы с этим бороться. Данные по странам, находящимся в переходном периоде как с экономической точки зрения, так и с точки зрения питания населения, свидетельствуют, во-первых, о насущной потребности контроля за этой эпидемией, так как рост экономики – весьма желаемая и необходимая цель всякой страны с переходной экономикой – может значительно увеличить распространенность ожирения и способствовать росту неравенства, связанного с состоянием здоровья.

Во-вторых, хотя профилактические меры следует продвигать, в свете недостаточности данных о мерах вмешательства объективная и достоверная информация является ключевым звеном для развития эффективной и адекватной политики.

В-третьих, каждой стране необходимо разработать собственный пакет адекватных и реалистичных мер вмешательства, удовлетворяющих их насущные потребности в этой области, а также привлекать как можно больше заинтересованных лиц и инстанций из всех значимых секторов в рамках открытого и прозрачного процесса. Следует сосредоточить усилия на изменениях среды проживания, в отличие от индивидуальных изменений, поскольку, по свидетельствам многочисленных экспертов, основным преимуществом концентрации усилий на изменении среды проживания является потенциал воздействия на наиболее обездоленные слои общества. Все политические меры следует анализировать с целью выявления дифференцированного эффекта в отношении групп с низким социально-экономическим статусом.

Наконец, многое можно почерпнуть из других сфер работы по охране здоровья населения. Например, Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (155) подчеркивает необходимость объединения усилий на международном уровне по решению этой проблемы, без которых национальные действия во многих областях будут сведены на нет. Кроме того, уроки, извлеченные из борьбы с табакокурением, показывают, что глобальное движение, связывающее воедино международные и национальные акции, привлекающее национальные коалиции, неправительственные организации и средства массовой информации, и мобилизующее население, может создать устойчивое давление, направленное на продолжение действий (5,156,157). ВОЗ, ЕС и другие межправительственные организации играют ключевую техническую и пропагандистскую роль в претворении в жизнь этих изменений. В табл. 12.2 представлен список потенциальных действий, которые могут предотвратить или снизить ожирение, особенно среди уязвимых групп населения.

Таблица 12.2. Потенциальные меры вмешательства, направленные на профилактику и сокращение ожирения и снижение риска набора веса среди уязвимых групп населения в Европейском регионе ВОЗ

Целевые сферы, отрасли и Участники	Продукты и рационы питания	Физическая активность и сидячий образ жизни	Экономические и физиологические факторы
ВОЗ, ЕС и другие меж-правительственные организации	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивать консультирование и поддержку стран Европейского региона в развитии, структурировании, укреплении, обновлении и осуществлении индивидуализированных политических мер и действий в области питания и мероприятий, содействующих здоровому питанию, на основе межотраслевых подходов • Рассматривать совместно с правительствами роль глобализации и агропромышленного сектора в сфере обеспечения доступности и потребления продуктов питания, а также результаты применения налогов на продукты питания и безалкогольные напитки • Подчеркивать важность основанных на фактах, независимых исследований роли рационов питания в сокращении социально-экономического неравенства по ожирению 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивать консультирование и поддержку стран Европейского региона в развитии, структурировании, укреплении, обновлении и осуществлении индивидуализированных политических мер и действий в области содействия активному образу жизни на основе межотраслевых подходов • Рассматривать совместно с правительствами роль глобализации в сфере транспорта и городского планирования • Подчеркивать важность основанных на фактах, независимых исследований роли физической активности и сидячего образа жизни в сокращении социально-экономического неравенства по ожирению 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивать консультирование и поддержку стран Европейского региона в развитии, структурировании, укреплении, обновлении и осуществлении индивидуализированных политических мер и действий в области сокращения неравенства, в частности, уменьшения обездоленности и дискриминации • Подчеркивать важность основанных на фактах, независимых исследований роли экономических и социально-психологических факторов в сокращении социально-экономического неравенства по ожирению
Национальные и местные органы власти (межотраслевые действия в сфере пищевой промышленности и общественного питания, транспорта, образования, здравоохранения и социального обеспечения)	<ul style="list-style-type: none"> • Повышать способность групп населения с низким доходом покупать продукты питания, богатые микронутриентами, но с низким содержанием жиров и сахара, например, обеспечивая цену по поддержке здоровым продуктам питания • Развивать формы партнерства с промышленностью, чтобы содействовать увеличению производства и поставок на рынок здоровых пищевых продуктов, например, путем обеспечения экономических стимулов для поставки здоровых продуктов, создания контрактов против поставки нездоровых пищевых продуктов, а также путем реформирования Единой сельскохозяйственной политики ЕС • Повышать питательную ценность общих поставок продовольствия, например, путем разрабатывания, распределения и продвижения продовольственных продуктов с низким содержанием жиров и низкой энергетической плотностью • Создавать стимулы к повышению интеграции местного производства продуктов питания • Пропагандировать здоровые национальные и местные (региональные) традиции в области питания, например, традиции этнических меньшинств • Пропагандировать исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев путем развития инициативы «Больница, дружественная для детей» 	<ul style="list-style-type: none"> • Создавать фонды активного передвижения (для местных властей, добровольческих организаций и групп на уровне сообществ) для осуществления широкого круга местных схем сокращения дорожного движения, таких как велосипедные проекты, пешеходные проекты, безопасные маршруты движения в школу и «зеленые» транспортные планы (158) • Делать микрорайоны более «дружелюбными» к передвижениям пешком и на велосипеде: осуществлять кооперацию с городскими планировщиками и транспортным сектором для сооружения велосипедных дорожек в городских районах, «омоложения» старой части города, создания более безопасных и привлекательных зеленых зон, игровых площадок и улиц • Создавать взаимосвязанные сети пешеходного движения для важных городских маршрутов, например, по направлению к школам, библиотекам, спортивным сооружениям, магазинам и больницам • Увеличивать число недорогих спортивных сооружений • Субсидировать занятия спортом после школы 	<ul style="list-style-type: none"> • Содействовать интегрированной акции по улучшению социальных условий, с упором на экономическое возрождение сообществ; это означает обеспечение экономической самостоятельности сообщества и упор на деятельность инициативных групп граждан и осуществление комплексных программы, приоритет занятости и облегчение бремени бедности, развитие чувства товарищества, долгосрочные финансовые обязательства и наличие достаточных и защищенных ресурсов (159) • Поощрять развитие местных акций по уменьшению неравенства в отношении здоровья в районах с самым высоким уровнем обездоленности: создание мультиагентских партнерств по мобилизации усилий национальных органов здравоохранения, местных органов власти, добровольных организаций, бизнеса и местных сообществ на решение ключевых проблем, связанных со здоровьем, таких как ожирение, а также жилищное строительство, образование и занятость (159) • Осуществлять сотрудничество с местными органами власти, неправительственными организациями и лидерами сообществ при осуществлении программ генерирования дохода, таких как схемы микрофинансирования (см. опыт банка Grameen) • Осуществлять сотрудничество с министерством просвещения по разработке политики, направленной на борьбу с хулиганством в школах

Таблица 12.2 (продолжение)

Целевые сферы, отрасли и участники	Продукты и рационалы питания	Потенциальные меры вмешательства	Экономические и физиологические факторы
<p>Поставщики продуктов (производство, маркетинг, поставка, розничная торговля и общественное питание)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рассмотреть целесообразность осуществления программы бесплатной выдачи молока (обезжиренного молока), а также свежих овощей и фруктов в школах силами местных органов власти • Осуществлять регулирование рекламы и стимулирования сбыта пищевых продуктов с высокой энергетической плотностью среди детей и взрослых, например, в телевизионных программах, демонстрируемых в прайм-тайм • Осуществлять регулирование маркировки питательной ценности пищевых продуктов • Осуществлять регулирование необоснованных заявлений производителей о питательной ценности продуктов, таких как осуществляемая производителями реклама «продуктов для похудения» и коммерческих групп по снижению веса • Стимулировать информированные акции о роли маркетинга и рекламы в формировании продуктовых предпочтений у населения, особенно у детей • Стимулировать информированные акции (такие как информационные кампании в школах) о роли сидячего образа жизни, например компьютерных игр и просмотра телепередач, и его влияния на потребление пищи • Развивать или обновлять национальные руководства по здоровому питанию в соответствии с международными рекомендациями по профилактике ожирения • Содействовать акциям по пропаганде здорового питания, физической активности и профилактике ожирения, таким как WIC в США 	<ul style="list-style-type: none"> • Поощрять информированные акции (например, информационные кампании в школах) о воздействии таких форм сидячего образа жизни, как увлечение компьютерными играми и просмотром телепередач, на уровень физической активности • Регулировать необоснованные рекламные заявления о некоторых видах физической активности, например, деятельности некоторых спортивных клубов и коммерческих групп по снижению веса • Разрабатывать или гармонизировать национальные нормы и правила в области физической активности в соответствии с международными рекомендациями по профилактике ожирения 	<ul style="list-style-type: none"> • Осуществлять сотрудничество с министерством здравоохранения, министерством просвещения и другими органами, занимающимися подготовкой и повышением квалификации медицинских работников в целях включения в учебные программы вопросов ожирения • Принять ряд надежных социальных мер для обеспечения минимальных доходов домохозяйств путем установления минимального размера оплаты труда, пенсий и пособий по безработице, особенно для социально уязвимых категорий: малообеспеченных, безработных, беженцев, мигрантов, а также многодетных и неполных семей
	<ul style="list-style-type: none"> • Оказывать помощь потребителям в выборе продуктов питания, например, путем ознакомления с новыми и усовершенствованными схемами маркировки (с указанием содержания жира, соли, энергетической ценности), которые не введут покупателя в заблуждение • В розничной торговле – сделать супермаркеты «безопасными» для детей, т.е., например, переместить сладости на верхние полки, на уровень выше детского роста • Размещать здоровую пищу в супермаркетах на видном месте и делать ее более привлекательной 	<ul style="list-style-type: none"> • Помогать потребителям выбирать продукты и напитки с высокой энергетической ценностью, которые рекламируются как пригодные при занятиях спортом (спортивные напитки, протеиновые коктейли) 	<ul style="list-style-type: none"> • Поощрять появление фермерских рынков и овощных магазинов в кварталах для неимущих, обеспечить шаговую доступность здоровой пищи • Продвигать здоровое питание, принятое и регулярно употребляемое особыми этническими группами

<p>Средства массовой информации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Привлекать знаменитостей для рекламы здоровой пищи • Поощрять тематические кампании в местных средствах массовой информации, например, рекламировать потребление овощей и фруктов, обезжиренного молока 	<ul style="list-style-type: none"> • Запрещать рекламу продуктов и напитков на спортивных соревнованиях, отказываться от соответствующей спонсорской поддержки • Привлекать знаменитостей для пропаганды физической активности 	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшить обструкцию людей с избыточным весом и идеализацию худобы в рекламе и телепрограммах • Пропагандировать культуру здорового образа жизни, например, путем внедрения в телепрограммы и популярные журналы побуждений к изменению своего образа жизни
<p>Неправительственные организации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать акции по оказанию помощи в формировании рациона питания и пищевому просвещению среди наиболее уязвимых категорий населения, включая мигрантов, беженцев и маргинальные группы • Содействовать развитию местной экономики, например, путем поддержки местных сельскохозяйственных производителей • В качестве временной меры поддерживать продовольственные банки и другие бесплатные службы обеспечения продуктами • Развивать образовательные программы, обучающие малоимущих методам приготовления дешевой здоровой пищи 	<ul style="list-style-type: none"> • Повышать доступность занятий физической и спортивной активностью для малоимущих и других уязвимых категорий населения, в том числе мигрантов, беженцев и маргинальных групп • Поддерживать акции по пропаганде пользы занятий физической и спортивной активностью • Развивать программы для малоимущих домохозяйств, позволяющие получить доступ к занятиям спортом по месту жительства без высоких финансовых затрат 	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать акции по разрыванию социальных барьеров (таких как обструкция), связанных с ожирением и относящихся к наиболее уязвимым группам, в том числе мигрантам, беженцам и маргинальным категориям • Поддерживать социальное единство и чувство собственного достоинства и благополучия, например, посредством местных сельскохозяйственных инициатив, а также местного физкультурного движения, в том числе групп любителей ходьбы • Развивать партнерство со специалистами, чтобы обеспечить охват труднодоступных групп, включая развитие совместных проектов с социальными службами, ответственными за обслуживание социально изолированных престарелых и беспризорных детей
<p>Службы здравоохранения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Включать в программы медицинских учебных заведений специальный курс по диетическому консультированию с учетом специфических для ожирения аспектов • Разрабатывать критерии оценки избыточного веса в службах здравоохранения • Осуществлять мониторинг детей пациентов с ожирением для принятия профилактических мер или раннего терапевтического вмешательства • Развивать системы, позволяющие пациентам самим определить, насколько их питание может считаться здоровым, и оценить относительный риск развития ожирения • Рассмотреть возможность подготовки нового медицинского персонала, способного выявить нездоровые признаки в рационе питания путем простого анкетирования и определения, кого следует направить к терапевту или диетологу • Поощрять службы здравоохранения к принятию мер, направленных на сохранение здоровья грудных детей, таких как поощрение грудного вскармливания и адекватное введение прикорма • Поощрять развитие групп поддержки пациентов и другой групповой деятельности, например, организацию курсов по здоровому питанию при местных учреждениях здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Включение в программы медицинских учебных заведений специальных курсов по лечебной физкультуре и физической нагрузке с учетом специфики, характерной для ожирения • Развитие критериев определения избыточного веса в учреждениях здравоохранения • Мониторинг детей пациентов с ожирением для профилактических мер или раннего терапевтического вмешательства • Развивать системы, позволяющие пациентам самим определить, насколько их образ жизни может считаться здоровым в отношении двигательной активности, и оценить относительный риск развития ожирения • Рассмотреть возможность подготовки нового медицинского персонала, способного выявить низкий уровень двигательной активности путем простого анкетирования и определить, кого следует направить к специалисту • Поощрять развитие групп поддержки пациентов и другой групповой деятельности, например, организацию курсов лечебной физкультуры и пропаганду пользы двигательной активности при местных учреждениях здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Побуждать медперсонал обращать внимание на случаи обструкции и дискриминации, связанные с ожирением, и привлекать его внимание к проблеме социально-экономического неравенства по ожирению • Стимулировать сотрудничество служб здравоохранения, социальных служб и местных органов власти в деле повышения активности социальных служб, помогающим наиболее уязвимым группам, и использования существующих программ в области здорового питания и повышения физической активности

Таблица 12.2 (продолжение)

Целевые сферы, отрасли и участники	Продукты и рационы питания	Потенциальные меры вмешательства	Экономические и физиологические факторы
Образовательные учреждения (детские сады, школы, учреждения дополнительного образования и муниципальные центры)	<ul style="list-style-type: none"> • Интегрировать санитарное просвещение по вопросам здорового питания в образовательные программы и подключать к ним представителей широкой школьной обществуности, включая родителей, учителей и персонал служб общественного питания • Пропагандировать здоровое питание на базе школ • Повысить цены в школьных столовых на популярные продукты с высоким содержанием жира и «пустыми» калориями, чтобы полученную выгоду использовать для дотации цен на более здоровую пищу • Посредством специальных программ на базе школ принять меры по обеспечению продуктами, например, используя пришкольные сады • Повысить питательное качество продуктов, предлагаемых в школьных столовых • Убрать из образовательных учреждений торговые автоматы • Постоянно проводить оценку рациона питания детей для выявления риска нездорового питания и ожирения 	<ul style="list-style-type: none"> • Включить в школьную программу ежедневную физическую нагрузку достаточной интенсивности, частоты и продолжительности (не менее 20 мин. в день) для улучшения физической формы • Расширить возможности того, чтобы дети могли добираться в школу и из школы пешком или на велосипеде • Увеличить количество школьных спортивных сооружений • Стимулировать занятия спортом во внеучебное время • Постоянно проводить оценку физической активности учеников для выявления малоподвижных и лиц с высоким риском ожирения 	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать социальную интеграцию и социальный капитал посредством муниципальных программ • Повысить понимание необходимости бесплатного школьного питания путем инвестирования в системы безалкогольного расчёта, что будет способствовать ликвидации пороков, связанных с питанием • Выработать ясную политику в отношении психического давления, связанного с массой тела и давления в отношении детей с избыточным весом • Рассмотреть альтернативные способы пропаганды социального единства и повышения самооценки среди школьников, как это сделано в бывшей югославской Республике Македония (160)
Рабочие места	<ul style="list-style-type: none"> • Стимулировать включение политики здорового питания в корпоративную социальную политику • Стимулировать выбор здоровой пищи на рабочих местах, дискредитировать употребление легких закусок вместо основных блюд путем снабжения дешёвыми и привлекательными продуктами, например, с помощью дотаций на здоровую пищу в корпоративных столовых • Повысить питательные качества продуктов, предлагаемых в корпоративных столовых 	<ul style="list-style-type: none"> • Стимулировать создание условий для физической активности сотрудников в рамках корпоративной социальной политики • Повысить возможности для использования активного парковки для велосипедов • Поощрять сотрудников к интеграции физической активности в трудовой процесс, например, путем организации тренажерных комнат и комнат отдыха, а также гибкой организации рабочего графика (159, 161), способного ликвидировать дефицит финансов и времени, связанных с использованием времени для физической нагрузки 	<ul style="list-style-type: none"> • Создать на рабочих местах службы по борьбе с дискриминацией и обструкцией, связанными с ожирением • Создать меры по снижению дискриминации людей с избыточным весом при приеме на работу

**Сообщества,
микрорайоны,
дома и домохозяйства**

- Повысить возможность доступа к здоровой пище среди немощных с помощью, например, организации приусадебных участков и продовольственных кооперативов
- Повысить доступность и потребление овощей и фруктов (и стимулировать физическую активность) с помощью программы организации семейных приусадебных участков
- Пропагандировать активную работу по взаимопомощи, включая организацию групп самопомощи и субсидирование программ, связанных с питанием (лектории по здоровому питанию и кулинарные курсы), используя уже существующую социальную сеть (например, религиозные центры или муниципальные общественные центры) в бедных кварталах
- Создать группы поддержки по организации в городе специальных центров для велосипедистов и пешеходов
- Пропагандировать активную работу по взаимопомощи, включая финансовую поддержку созданию условий для физической активности при уже существующих муниципальных общественных центрах и религиозных организациях в бедных кварталах, а также поддержку инициативных групп, таких как сообщества пешеходов и физкультурников
- Создавать инициативные группы и советы (способные, например, обеспечить сбор средств) по пропаганде физической активности
- Создавать инициативные группы и советы (например, по обеспечению сбора средств), способные возглавить и направлять деятельность по профилактике ожирения на местном уровне
- Развивать программы коллективного руководства по формированию здорового образа жизни в рамках местных программ по здравоохранению, способные укреплять чувство собственного достоинства и социальной общности

Библиография

1. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005.
2. Goodman E et al. Impact of objective and subjective social status on obesity in a biracial cohort of adolescents. *Obesity Research*, 2003, 11:1018–1026.
3. Graham H, Kelly M P. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London, Health Development Agency, 2004 (NHS Health Development Agency Briefing Paper).
4. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 105:260–275.
5. Monteiro CA et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:940–946.
6. Stunkard AJ. Factors in obesity: current views. In: Pena M, Bacallao J, eds. *Obesity and poverty. A new public health challenge*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000:23–29 (Scientific Publication No. 576; <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=E&RecID=322>, accessed 30 April 2007).
7. Pickett KE et al. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:670–674.
8. Mackenbach J P, Kunst AE. Health and social inequality in Europe. Classification used in paper was misleading. *British Medical Journal*, 1994, 309:357.
9. Rennie KL, Jebb SA. Prevalence of obesity in Great Britain. *Obesity Reviews*, 2005, 6:11–12.
10. Ferdinand KC. Managing cardiovascular risk in minority patients. *Journal of the National Medical Association*, 2005, 97:459–466.
11. Ezzati M et al. Rethinking the “diseases of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Medicine*, 2005, 2:e133 (<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020133>, accessed 30 April 2007).
12. Kahn HS et al. Are geographic regions with high income inequality associated with risk of abdominal weight gain? *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1–6.
13. Diez-Roux AV et al. A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:673–687.
14. World Bank. *Making transition work for everyone*. Washington, DC, World Bank, 2000.
15. Goldblatt PB et al. Social factors in obesity. *Journal of the American Medical Association*, 1965, 192:1039–1044.
16. Walters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Working Paper 2005/1; http://www.euro.who.int/socialdeterminants/develop/20050929_1, accessed 30 April 2007).
17. Pomerleau J et al. Patterns of body weight in the Baltic republics. *Public Health Nutrition*, 2000, 3:3–10.
18. Shapo L et al. Body weight patterns in a country in transition: a population-based survey in Tirana City, Albania. *Public Health Nutrition*, 2003, 6:471–477.
19. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:701–709.
20. Martinez JA et al. Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutrition*, 1999, 2:125–133.
21. Sundquist J, Johansson SE. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*, 1998, 27:57–63.
22. van Lenthe FJ et al. Investigating explanations of socioeconomic inequalities in health: the Dutch GLOBE study. *European Journal of Public Health*, 2004, 14:63–70.
23. Gutierrez-Fisac JL et al. The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987 and 1995/97. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:457–460.
24. Health Committee. *Obesity : third report of session 2003–2004. Volume 1: Report, together with formal minutes*. London, House of Commons, 2004 (Document HC 23-1).
25. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.

26. Laaksonen M et al. Multiple dimensions of socioeconomic position and obesity among employees: the Helsinki Health Study. *Obesity Research*, 2004, 12:1851–1858.
27. Brunner E et al. When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factors in adulthood. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, 53:757–764.
28. Langenberg C et al. Central and total obesity in middle aged men and women in relation to lifetime socioeconomic status: evidence from a national birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:816–822.
29. Power C et al. Child to adult socioeconomic conditions and obesity in a national cohort. *International Journal of Obesity*, 2003, 27:1081–1086.
30. Ball K, Mishra GD. Whose socioeconomic status influences a woman's obesity risk: her mother's, her father's, or her own? *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35:131–138.
31. McMurray RG et al. The influence of physical activity, socioeconomic status, and ethnicity on the weight status of adolescents. *Obesity Research*, 2000, 8:130–139.
32. Wang Y. Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30:1129–1136.
33. Armstrong J et al. Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: population based cross sectional study. *Archives of Diseases in Childhood*, 2003, 88:671–675.
34. Jotangia D et al. *Obesity among children under 11*. London, National Centre for Social Research, Department of Epidemiology and Public Health at the Royal Free and University College Medical School, 2005.
35. Stamatakis E et al. Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of socioeconomic factors? *Archives of Diseases in Childhood*, 2005, 90:999–1004.
36. Vignerova J et al. Social inequality and obesity in Czech school children. *Economics and Human Biology*, 2004, 2:107–118.
37. Wang Y et al. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 75:971–977.
38. Koupilova I et al. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak republics. *Social Science and Medicine*, 2001, 53:1191–1204.
39. Robertson A et al. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 30 April 2007).
40. Bobak M et al. Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. *BMC Public Health*, 2005, 5:106.
41. Kumanyika S. Obesity, health disparities, and prevention paradigms: hard questions and hard choices. *Preventing Chronic Disease*, 2005, 2:A02.
42. Kuepper-Nybelen J et al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Diseases in Childhood*, 2005, 90:359–363.
43. Mackenbach JP et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:830–837.
44. Shaw M et al. *The widening gap: health inequalities and policy in Britain*. Bristol, Policy Press, 1999.
45. Crombie IK et al. *Closing the health inequalities gap: an international perspective*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E87934.pdf>, accessed 30 April 2007).
46. Molarius A et al. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1260–1268.
47. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 30 April 2007).

48. Fontaine KR, Bartlett SJ. Access and use of medical care among obese persons. *Obesity Research*, 2000, 8:403–406.
49. James WP et al. Socioeconomic determinants of health. The contribution of nutrition to inequalities in health. *British Medical Journal*, 1997, 314:1545–1549.
50. Shelton NJ. What not to eat: inequalities in healthy eating behaviour, evidence from the 1998 Scottish Health Survey. *Journal of Public Health*, 2005, 27:36–44.
51. Delisle H. *Programming of chronic disease by impaired fetal nutrition. Evidence and implications for policy and intervention strategies*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NHD_02.3.pdf, accessed 30 April 2007).
52. Li R et al. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*, 2005, 115:e31–37.
53. Donath S, Amir LH. Rates of breastfeeding in Australia by state and socioeconomic status: evidence from the 1995 National Health Survey. *Breastfeeding Review*, 2000, 8:23–27.
54. Arenz S, von Kries R. Protective effect of breastfeeding against obesity in childhood. Can a meta-analysis of observational studies help to validate the hypothesis? *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2005, 569:40–48.
55. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397–403.
56. Bogen DL et al. The effect of breast-feeding with and without formula use on the risk of obesity at 4 years of age. *Obesity Research*, 2004, 12:1527–1535.
57. Roos E et al. Modern and healthy? Socioeconomic differences in the quality of diet. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1996, 50:753–760.
58. Irala-Estevéz J et al. A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 54:706–714.
59. Hulshof KF et al. Socioeconomic status, dietary intake and 10 y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 57:128–137.
60. Northstone K, Emmett P. Multivariate analysis of diet in children at four and seven years of age and associations with socio-demographic characteristics. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 59:751–760.
61. Aranceta J et al. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 57(Suppl. 1):S40–S44.
62. Högglund D et al. Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52:784–789.
63. Roos G et al. Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:35–43.
64. Trichopoulou A et al. Disparities in food habits across Europe. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2002, 61:553–558.
65. Lennernas M et al. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1997, 51(Suppl. 2):S8–S15.
66. Glanz K et al. Why Americans eat what they do: taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 1998, 98:1118–1126.
67. Aguirre P. Socioanthropological aspects of obesity in poverty. In: Pena M, Bacallao J, eds. *Obesity and poverty. A new public health challenge*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000:11–22 (Scientific Publication No. 576; <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=E&RecID=322>, accessed 30 April 2007).
68. Finkelstein EA et al. Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:239–257.
69. Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82:265S–273S.

70. Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an economic analysis. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:900–904.
71. Popkin BM et al. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology and Behavior*, 2005, 86:603–613.
72. Guthrie JF et al. Role of food prepared away from home in the American diet, 1977–78 versus 1994–96: changes and consequences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2002, 34:140–150.
73. Reidpath DD et al. An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. *Health and Place*, 2002, 8:141–145.
74. Macintyre S et al. Out-of-home food outlets and area deprivation: case study in Glasgow, UK. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2005, 2:16.
75. Dixon J, Banwell C. Re-embedding trust: unravelling the construction of modern diets. *Critical Public Health*, 2004, 14:117–131.
76. Dalmeny K et al. *Broadcasting bad health. Why food marketing to children needs to be controlled. A report by the International Association of Consumer Food Organizations for the World Health Organization consultation on a global strategy for diet and health*. London, International Association of Consumer Food Organizations, 2003.
77. *Easy targets. A survey of television food and toy advertising to children in four central European countries*. London, Consumers International, 1999 (http://www.consumersinternational.org/Shared_ASP_Files/UploadedFiles/1B3F79A5-75D1-49F3-BE9E-4B2F9D10EA70_Doc75.pdf, accessed 30 April 2007).
78. Story M, French S. Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2004, 1:3.
79. Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews*, 2005, 6:203–208.
80. Henderson VR, Kelly B. Food advertising in the age of obesity: content analysis of food advertising on general market and African American television. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2005, 37:191–196.
81. Wardle J, Griffith J. Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:185–190.
82. McLaren L, Gauvin L. Neighbourhood level versus individual level correlates of women's body dissatisfaction: toward a multilevel understanding of the role of affluence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:193–199.
83. Pomerleau J et al. Food security in the Baltic republics. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:397–404.
84. Brázdová Z et al. Výživové zvyklosti romských dětí [Dietary habits of Romany children]. *Ceskoslovenska Pediatrie*, 1998, 53:419–423.
85. Brázdová Z et al. Jednotkové porce potravinových skupin jako nástroj hodnocení výživové spotřeby romských dětí [Serving equivalents of food groups as a tool for evaluation of food consumption in Roma children]. *Hygiena*, 1998, 43:195–206.
86. Wareham NJ et al. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64:229–247.
87. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, accessed 30 April 2007).
88. Prentice AM, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *British Medical Journal*, 1995, 311:437–439.
89. Wardle J, Steptoe A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:440–443.
90. Coggins A et al. *Physical activity and inequalities. A briefing paper*. London, Health Education Authority, 1999.
91. Estabrooks PA et al. Resources for physical activity participation: does availability and accessibility differ by neighborhood socioeconomic status? *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25:100–104.
92. *Health update 5: physical activity*. London, Health Education Authority, 1995.

93. Wang L et al. Preventing chronic diseases in China. *Lancet*, 2005, 366:1821–1824.
94. Kafatos A et al. Regional, demographic and national influences on attitudes and beliefs with regard to physical activity, body weight and health in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 1999, 2:87–95.
95. Drewnowski A et al. Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 16:61–65.
96. Rutten A, Abu-Omar K. Perceptions of environmental opportunities for physical activity in the European Union. *Sozial- und Präventivmedizin*, 2004, 49:310–317.
97. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48:1017–1025.
98. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1561–1567.
99. Lobstein T et al. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
100. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 2001, 9:788–805.
101. Klesges RC et al. The effects of applicant's health status and qualifications on simulated hiring decisions. *International Journal of Obesity*, 1990, 14:527–535.
102. d'Hombres B, Brunello G. *Does obesity hurt your wages more in Dublin than in Madrid? Evidence from ECHP*. Bonn, Institute for the Study of Labor, 2005 (IZA Discussion Paper No. 1704; http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=779084, accessed 30 April 2007).
103. Averett S, Korenman S. The economic reality of the beauty myth. *Journal of Human Resources*, 1996, 31:304–330.
104. Cawley J. *Body weight and women's labor market outcomes*. New York, National Bureau of Economic Research, 2000 (Working Paper No. 7481).
105. Mitra A. Effects of physical attributes on the wages of males and females. *Applied Economics Letters*, 2001, 8:731–735.
106. Pagán JA, Dávila A. Obesity, occupational attainment, and earnings. *Social Science Quarterly*, 1997, 78:756–770.
107. Register CA, Williams DR. Wage effects of obesity among young workers. *Social Science Quarterly*, 1990, 71:130–141.
108. Thomas D, Frankenberg E. Health, nutrition and prosperity: a microeconomic perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 80:106–113.
109. Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 2003, 11:452–456.
110. Hayden-Wade HA et al. Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Research*, 2005, 13:1381–1392.
111. Taras H, Potts-Datema W. Obesity and student performance at school. *Journal of School Health*, 2005, 75:291–295.
112. Chen EY, Brown M. Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research*, 2005, 13:1393–1397.
113. Greenberg BS et al. Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:1342–1348.
114. Sargent JD, Blanchflower DG. Obesity and stature in adolescence and earnings in young adulthood. Analysis of a British birth cohort. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 1994, 148:681–687.
115. Gortmaker SL et al. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1008–1012.
116. Viner RM, Cole TJ. Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *British Medical Journal*, 2005, 330:1354–1357.
117. Stunkard AJ, Sorensen TI. Obesity and socioeconomic status – A complex relation. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1036–1037.
118. Maes HH et al. Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behavior Genetics*, 1997, 27:325–351.

119. Teasdale T W, Sorensen TI. Educational attainment and social class in adoptees: genetic and environmental contributions. *Journal of Biosocial Science*, 1983, 15:509–518.
120. Teasdale TW et al. Genetic and early environmental components in sociodemographic influences on adult body fatness. *British Medical Journal*, 1990, 300:1615–1618.
121. Teasdale TW et al. Intelligence and educational level in relation to body mass index of adult males. *Human Biology*, 1992, 64:99–106.
122. Mackenbach J, Bakker M. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
123. Hartman TJ et al. Results of a community-based low-literacy nutrition education program. *Journal of Community Health*, 1997, 22:325–341.
124. Howard-Pitney B et al. The Stanford Nutrition Action Program: a dietary fat intervention for low-literacy adults. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:1971–1976.
125. Winkleby MA et al. Predicting achievement of a low-fat diet: a nutrition intervention for adults with low literacy skills. *Preventive Medicine*, 1997, 26:874–882.
126. Jeffery RW, French SA. Preventing weight gain in adults: the pound of prevention study. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:747–751.
127. Brug J, van Assema P. Differences in use and impact of computer-tailored dietary fat-feedback according to stage of change and education. *Appetite*, 2000, 34:285–293.
128. Mamalakis G et al. Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:765–771.
129. French S. Pricing effects on food choices. *Journal of Nutrition*, 2003, 133:841S–843S.
130. French SA et al. Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: the CHIPS Study. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:112–117.
131. French SA. Public health strategies for dietary change: schools and workplaces. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:910–912.
132. *Diet, physical activity and health – A European platform for action. Working Group on Informing Consumer Behaviour. Report on education*. Brussels, European Community of Consumer Co-operatives, 2005 (<http://www.eurocoop.org/publications/en/memos/pdf/ReportV25oct05.pdf>, accessed 30 April 2007).
133. Meyer MS. *5 a day Europe. Presentation for WHO on August 26, 2003*. Copenhagen, Danish Cancer Society, 2003 (http://www.who.int/hpr/NPH/fruit_and_vegetables/morten_meyer.pdf, accessed 30 April 2007).
134. Gortmaker S et al. Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 1999, 153:975–983.
135. Ogilvie D et al. Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. *British Medical Journal*, 2004, 329:763–766.
136. Owen N et al. Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27:67–76.
137. *Fit WIC: programs to prevent childhood overweight in your community: final report summary*. Alexandria VA, Office of Analysis, Nutrition and Evaluation, United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 2005 (Special Nutrition Program Report Series, No. WIC-05-FW; <http://www.fns.usda.gov/oane/MENU/Published/WIC/FILES/FITWICSummary.pdf>, accessed 30 April 2007).
138. Johnson DB et al. Statewide intervention to reduce television viewing in WIC clients and staff. *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19:418–421.
139. *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000. (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, accessed 30 April 2007).
140. *European Charter on Counteracting Obesity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/obesity/conference2006>, accessed 30 April 2007).
141. *Proposed outline for the second action plan for food and nutrition policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/obesity/conference/20061102_2, accessed 30 April 2007).
142. *Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25–27/08/03*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/NMH/NPH/NNP/0308; http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf, accessed 30 April 2007).

143. Waxman A, Norum KR. Why a global strategy on diet, physical activity and health? The growing burden of non-communicable diseases. *Public Health Nutrition*, 2004, 7:381–383.
144. *World Health Assembly resolution WHA57.17 on the global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, accessed 30 April 2007).
145. *White paper on a strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues*. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf, accessed 27 July 2007.)
146. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38, accessed 30 April 2007).
147. WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:948–953.
148. McKee M, Raine R. Choosing health? First choose your philosophy. *Lancet*, 2005, 365:369–371.
149. Lang T, Heasman M. *Food wars. The global battle for mouths, minds and markets*. London, Earthscan, 2004.
150. *The challenge of obesity in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Fact sheet EURO/13/05; http://www.euro.who.int/mediacentre/20020617_1, accessed 30 April 2007).
151. Doak C et al. The underweight/overweight household: an exploration of household sociodemographic and dietary factors in China. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:215–221.
152. Egger G, Swinburn B. An “ecological” approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal*, 1997, 315:477–480.
153. Swinburn B et al. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 1999, 29:563–570.
154. Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 2002, 3: 289–301.
155. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/tobacco/framework/en>, accessed 30 April 2007).
156. Pomerleau J et al. Interventions designed to increase adult fruit and vegetable intake can be effective: a systematic review of the literature. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:2486–2495.
157. McKee M et al. International co-operation and health. II. Making a difference. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:737–739.
158. Kumanyika S et al. Public health approaches to the prevention of obesity. Working group of the International Obesity TaskForce. Obesity prevention: the case for action. *International Journal of Obesity*, 2002, 26:425–436.
159. Schafer Elinder L. *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy. Developments and recommendations for changes in four sectors: fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco*. Stockholm, National Institute of Public Health, 2003.
160. Crawley H. *Eating well at school*. London, Caroline Walker Trust and National Heart Forum, 2005.
161. Petroska-Beska V. The social climate and conflict management in Macedonia. *European Conference on Reducing Social Inequalities in Health among Children and Young People, Copenhagen, Denmark, 9–10 December 2002*.

13. Действия и стратегии, направленные на профилактику ожирения

Ключевые положения

- Стратегии общественного здравоохранения по профилактике ожирения должны стремиться охватить все уровни – индивидуальный, местных сообществ и политический – посредством работы в разных целевых группах (таких как дети, подростки, беременные женщины и люди с низкими доходами), в разных условиях (в семье, школе, на работе, а также в коммерческом секторе и здравоохранении) и за счет применения различных подходов (таких как санитарное просвещение, развитие местных сообществ, использование средств массовой информации, а также изменений в окружающей среде, политике и инфраструктуре).
- Для разработки эффективной стратегии вмешательства, способной повлиять на исходные детерминанты здорового поведения, необходимы различные типы данных.
- Меры вмешательства в таких условиях, как школы и дошкольные учреждения, должны осуществляться совместно со службами питания, программами диетического и медицинского просвещения, физическим воспитанием, организацией игровых и спортивных занятий, и должны способствовать привлечению участников программ к формулированию политики.
- Меры вмешательства на микроуровне, как правило, имеют незначительный эффект, если не поддерживаются мерами на макроуровне: например, в области маркировки, ценообразования и повышения доступности продуктов.
- Полезной моделью для разработки политики является такой подход к использованию ресурсов, при котором учитывается риск (неполная предсказуемость результата) и допускаются различные уровни эффективности вмешательства.

В Европейском регионе от ожирения и избыточного веса страдает от 10% до 40% населения, и практически все оно обладает потенциалом ожирения или приобретения избыточного веса. Если ожирение началось, от него трудно избавиться, а лечение сопутствующих ему заболеваний обходится дорого. Оптимальной стратегией является профилактика. В настоящей главе рассматриваются возможности профилактических мер для различных целевых групп в разных условиях применения.

Как видно из обзора данных, приведенных в Приложении 1, где содержатся краткие выводы более чем 100 систематических исследований, положенных в основу настоящей главы, работа по выявлению среди населения лиц с высоким риском развития ожирения может не принести ожидаемых результатов при отсутствии эффективных мер вмешательства. Впрочем, принципы такой работы в настоящей главе подробно не рассматриваются.

Информационная база для определения эффективных путей совершенствования моделей питания и физической активности растет очень быстро. В настоящей главе обобщаются последние обзоры литературы и рекомендации экспертов по этой теме. Информационная база о мерах вмешательства на индивидуальном, местном уровне и уровне сообществ (микроинтервенции) развита гораздо лучше, чем о мерах вмешательства, охватывающих все население (макроинтервенции), таких как ценообразование и пропаганда продуктов питания. В главах 14 и 15 будут рассмотрены, соответственно, меры вмешательства на макроуровне с использованием экономических инструментов и меры по пропаганде физической активности.

В докладе 2000 г. (1) были подтверждены предшествующие рекомендации о том, что наиболее эффективные меры:

- охватывают все население и используют интегрированный, междисциплинарный, комплексный и устойчивый подход; а также
- включают в себя ряд вспомогательных действий, направленных на индивидуумов, местные сообщества, окружающую среду и общество в целом.

Предоставление информации само по себе эффекта не дает; необходимы действия, которые делают изменения возможными и способствуют им. Чтобы удовлетворить нужды беднейших слоев населения, необходимы эффективные меры вмешательства, затрагивающие более широкий спектр детерминантов здоровья, таких как социальная исключенность, социальная интеграция, экологический и демографический факторы.

В настоящей главе обобщаются новейшие систематические обзоры данных; более подробная информация содержится в Приложении 1. Кроме того, приводятся некоторые данные об эффективности затрат по вмешательству. В тех случаях, когда отсутствуют данные, необходимо использование экспертных оценок, что нашло отражение в проведении трех консультативных совещаний, организованных ВОЗ в последнее десятилетие.

В завершение в настоящей главе рассмотрены информационная база и шаги, которые необходимо предпринять для разработки и осуществления эффективных мер со стороны общественного здравоохранения, направленных на борьбу с ожирением. Воздействие на уровне всего населения не поддается выборочному контролю, так что информационную базу необходимо приспособить для того, чтобы она помогала разработчикам политики выбрать оптимальную стратегию и достигнуть наилучшего экономического эффекта при осуществлении конкретных инвестиций в укрепление здоровья. Разработка и реализация стратегии – сложный процесс, требующий политической поддержки и, в свою очередь, зависящий от участия в нем всех заинтересованных сторон и распределения между ними достигнутых результатов.

Меры вмешательства: кто, где, каким образом

Свою роль в улучшении рационов питания и моделей физической активности в Европейском регионе ВОЗ может сыграть каждый: специалисты в области здравоохранения, школы, работодатели, фермеры, производители продуктов питания, розничная торговля, предприятия общественного питания, средства массовой информации, местные и центральные органы власти, Европейский союз и, конечно, потребители. Привычные рамки разработки и реализации стратегий в области общественного здравоохранения стремятся охватить уровень индивида, сообщества, окружающей среды и политики посредством работы:

- в разных целевых группах, таких как дети, подростки, беременные женщины, меньшинства и этнические группы, люди с низким уровнем доходов;
- в различных условиях, таких как работа, школа, коммерческий сектор, сектор здравоохранения; и
- с применением различных подходов, таких как санитарное просвещение, развитие сообществ или использование средств массовой информации, изменение окружающей среды, политики или инфраструктуры.

Целевые группы

Согласно модели, заданной в Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (2), целевые группы могут быть выделены исходя из этапов жизненного цикла: он начинается со здоровья матери и питания в предродовом периоде и далее включает исход беременности, питание младенца, детей дошкольного и школьного возраста, подростков, взрослых и пожилых людей. Эта последовательность подразделяется на группы по гендерному, социально-экономическому и расовому признаку, этнической принадлежности, статусу мигранта и уровню доходов; все это влияет на характер используемых подходов и сферу их применения.

Вместе с тем использование анализа этапов жизненного цикла для определения целевых групп имеет ограниченный характер вследствие господства точки зрения, что меры вмешательства должны непосредственно воздействовать на группу, состояние здоровья которой вызывает сомнения, например, путем побуждения людей улучшить свой рацион питания и повысить физическую активность. Данная интерпретация может слишком сузить объект борьбы с ожирением, так как она не рассматривает способов воздействия на детерминанты поведения индивида: такие как экономическое, культурное и экологическое влияние, которые, в свою очередь, необходимо изменить с тем, чтобы нормы здорового

образа жизни легче поддавались усвоению. В этой связи определение целевых групп необходимо расширить, включив в него источники детерминантов здоровья, оказывающие воздействие на ранних этапах, например, источники санитарного просвещения – службы здравоохранения, школы, средства массовой информации, фирмы – производители продуктов питания. Его следует еще больше расширить, включив лиц, которые принимают решения, определяющие доступность здорового образа жизни, например, путем ценообразования, распределения и сбыта продукции. В этом смысле целевые группы могут включать в себя совладельцев компаний, представителей определенных профессий, разработчиков социально-экономической политики и лидеров общественного мнения, в том числе политиков и других лиц, пользующихся широкой известностью.

Одним из примеров, иллюстрирующих необходимость расширить определение целевых групп для вмешательства в сфере здравоохранения, является деятельность популярного повара Джемми Оливера. Его телепередачи показали, что качество школьного питания в Англии оставляет желать лучшего, и побудили правительство пообещать выделить средства и разработать программу повышения стандартов качества школьного питания. Хотя конечным потребителем здесь являются школьники, вмешательство Оливера, осуществленное при помощи общественного мнения, было адресовано разработчикам государственной политики.

Но стоит отметить два аспекта:

1. В другой части Соединённого Королевства, в Шотландии, аналогичная инвестиционная программа и повышенные стандарты качества были приняты двумя годами раньше без подобного вмешательства.
2. Джемми Оливер не брал никаких контрольных рандомизированных проб и не проводил какой-либо систематической оценки, он лишь исходил из того, что изменение рациона питания повлечет за собой положительные изменения в состоянии здоровья.

Сферы применения

Для мер воздействия на укрепление здоровья существуют три классические сферы применения:

- службы здравоохранения: семейные врачи, специалисты профильных клиник, выездные медицинские работники;
- школы и социальные учреждения (как для санитарного просвещения, так и для мер практического вмешательства); и
- рабочие места (как для санитарного просвещения, так и для мер практического вмешательства).

К этому следует прибавить условия проживания, в которых формируется поведение в отношении здоровья, например условия, создаваемые в данной местности предпринимателями (магазины, рестораны и т.д.), а также условия, создаваемые проектировщиками и дизайнерами (например, дороги, парки и здания).

Медицинские работники занимают ключевое положение и могут оказывать влияние как на своих пациентов, так и на более широкую аудиторию. Клиники «Мать и дитя», программы укрепления здоровья, выездная работа местных медиков – включая школьных медработников, фельдшеров на производстве, а также патронажных работников, — предоставляют возможность для наблюдения за привычками семей и отдельных лиц для их консультирования и информирования. Медицинские работники должны участвовать в жизни сообщества, демонстрировать положительные примеры и осуществлять надзор, например, в кулинарных клубах, клубах по интересам, на рабочих местах, в рамках программ по мониторингу состояния дел в школах.

Школы и социальные учреждения, такие как ясли, детские сады, дома престарелых, предоставляют ценные возможности для влияния на привычки людей в сфере общественного питания. Хотя большинство попыток внедрения инициатив по профилактике ожирения проводилось на базе школ, ясли и дошкольные учреждения также создают возможности для раннего вмешательства в развитие детей, позволяя влиять как на них самих, так и на их семьи с помощью внедрения в их поведение положительных привычек.

Условия на месте работы обладают значительным потенциалом по укреплению здоровья взрослого населения, поскольку люди большую часть своего времени проводят на работе и часто там питаются. Кроме того, они могут давать кормящим матерям возможность, если они того пожелают, возобновить трудовую деятельность.

Условия, существующие по месту жительства, предусматривают ряд возможностей влиять на индивидуумов и группы на местном уровне, например, через супермаркеты, женские, религиозные группы и общественные объединения. Более широкие меры вмешательства можно осуществить с использованием радио и телевидения.

Меры вмешательства, осуществляемые посредством коммерческого сектора, до настоящего времени не были хорошо изучены, по крайней мере, в академических публикациях. Тем не менее информацию об эффективности их воздействия на поведение и выбор продуктов можно получить в крупных компаниях, а производители и торговцы, как крупные, так и мелкие, могут поддерживать стратегии по укреплению здоровья путем изменения продукции, цен, маркетинга и маркировки продуктов. Роль сектора общественного питания также велика, учитывая тенденцию к приему пищи вне дома.

Потенциал оздоровительного вмешательства в условиях искусственно сконструированной среды также мало изучен. Строительство велосипедных и пешеходных дорожек, спортивных сооружений и мест для проведения досуга может внести вклад в снижение распространенности ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний среди населения прилегающих районов, однако требуются данные, подтверждающие это.

Условия для деятельности по укреплению здоровья в самом широком смысле слова создаются в любом месте, где можно повлиять на политику и практику укрепления здоровья. В этом смысле такими условиями могут стать парламентские слушания, собрания акционеров компаний или совещание транспортников.

Хотя парламент не кажется подходящим местом для оздоровительных мероприятий, в широком смысле слова он именно таковым и является. Например, чтобы снизить объем продаваемых и потребляемых молочных жиров и увеличить количество доступных овощей и фруктов, правительство Финляндии предложило новый механизм поддержки сельского хозяйства, который бы помог фермерам переориентироваться с молочной на плодоовощную продукцию. Парламентские дебаты предоставили возможность для деятельности по укреплению здоровья посредством инвестиций, которые изначально были восприняты враждебно: защищая свои коммерческие интересы, молочная отрасль сопротивлялась всем попыткам снизить потребление масла, а финансирование помощи фермерам в переходе к производству плодоовощной продукции не встретило политической поддержки у ряда парламентариев. Тем не менее, аргументы в пользу здоровья возобладали, предложенные меры были реализованы и признаны составной частью комплексной программы мер, ведущих к снижению сердечно-сосудистых заболеваний в Финляндии.

Подходы

Подходы к мерам вмешательства – это методы (или каналы), используемые для осуществления изменений в разных целевых группах или условиях применения. В качестве примеров можно привести средства массовой информации, текстовые материалы, тренинги, консультирование, создание партнерств, местные проекты, развитие сообществ и пропагандистскую деятельность. Некоторые из этих подходов направлены напрямую на предполагаемого потребителя: например, учебные материалы, поддержка здорового образа жизни в средствах массовой информации, развитие местных сообществ и проекты на местном уровне имеют целью улучшение здоровья целевой аудитории. Для участия в различных тренингах можно также привлечь преподавателей-медиков и других лиц в целях развития их способности к деятельности по укреплению здоровья или пропагандистской работе. Такая пропагандистская работа осуществляется опосредованно, а именно, путем воздействия на лиц, разрабатывающих и принимающих решения и руководителей программ.

Под развитием сообществ подразумеваются проекты, непосредственно ориентированные на конкретное сообщество или разработанные инициативной группой в рамках этого сообщества. Хотя такие проекты весьма многообразны, их можно сгруппировать по трем основным категориям:

1. Проекты, имеющие конкретную оздоровительную цель, обычно проводятся в рамках более крупной оздоровительной инициативы.
2. По-видимому, самую большую группу составляют проекты, направленные на удовлетворение потребностей малоимущих. Иногда они определяются как проекты, связанные с бедностью или устойчивым развитием сообществ, но в широком смысле слова они способны обеспечить улучшение здоровья определенных категорий населения.
3. Проекты, связанные с экологическими проблемами, имеющими отношение к продуктам питания, включая их производство, распределение и продажу; эта группа проектов постоянно растет. Она включает в себя проекты по созданию устойчивой окружающей среды, но их оздоровительные цели предусматривают процветание местных сообществ и укрепление местной экономики.

Под пропагандой понимаются действия, осуществляемые агентом, действующим в интересах или от имени какого-либо лица или группы, обычно посредством представительства или организации, специально созданной для этой цели. Пропагандисты общественного здоровья могут освещать свою тему в средствах массовой информации, обращаться к политикам, профсоюзам и другим ключевым организациям и частным лицам с целью привлечения интереса политических кругов и СМИ, и реализации изменений на политическом, социальном и структурном уровнях.

Адресованная политикам пропаганда коммерческих интересов (ее часто называют лоббированием) нередко носит изощренный характер, обеспечена существенной финансовой поддержкой и человеческими ресурсами. Пропагандисты общественного здоровья располагают гораздо меньшими ресурсами и нуждаются в поддержке специалистов (например, профессиональных медиков), организаций пациентов или других групп потребителей. Пропагандистские организации, выступающие в защиту общественных интересов, такие как объединения потребителей или экологические организации, обычно пользуются большим доверием, чем аналогичные организации, имеющие коммерческую поддержку, или политические партии (3).

Защита традиционных, питательных пищевых ресурсов от конкуренции со стороны менее питательных, коммерческих продуктов может внести значительный вклад в улучшение здоровья, но она практически не имеет шансов на успех по причине отсутствия мер рыночного регулирования, направленных на защиту мелких производителей. Ее также подрывают экономическая политика, поощряющая модернизацию и хозяйство, ориентированное лишь на получение прибыли. В этой связи пропаганда может стать одним из немногих инструментов защиты традиционных продуктов. Одним из примеров такого подхода является защита грудного вскармливания, осуществляемая добровольными группами, в состав которых входят специалисты, родители и другие заинтересованные лица. Результатом их лоббирования стал Кодекс маркировки заменителей грудного молока ВОЗ/ЮНИСЕФ и создание в 150 странах около 20 тыс. «больниц, дружественных к ребенку», в которых было спасено огромное количество жизней.

Уровни

Главный государственный врач США убеждает (4):

Многие считают, что борьба с лишним весом и ожирением – это личное дело человека. Отчасти это верно, но такая борьба одновременно является и общественным делом. Когда нет безопасных и доступных мест, где дети могут играть, а взрослые – прогуливаться, заниматься бегом или ездить на велосипеде, это общественное дело. Если в школьных столовых и офисных кафе нет здоровой и привлекательной пищи, это общественное дело. Если молодые мамы или те, кто готовится стать матерью, не знают о преимуществах грудного вскармливания, это общественное дело. Когда мы не требуем ежедневных уроков физкультуры в наших школах – это тоже общественное дело... Проблема заключается в создании многогранного подхода к общественному здравоохранению, способного обеспечить долговременный эффект уменьшения распространенности лишнего веса и ожирения. Этот подход должен быть сосредоточен в первую очередь на здоровье, а не на внешнем виде, и должен дать возможность как отдельным лицам, так и сообществу преодолевать препятствия, уменьшать влияние навязываемых образцов поведения и двигаться вперед к решению проблемы лишнего веса и ожирения позитивным и эффективным образом.

Инициативы, разработанные с целью снижения риска развития избыточного веса и ожирения, охватывают широкий диапазон сфер применения, подходов и целевых групп, начиная от индивидуальных и местных инициатив, – которые, по-видимому, являются объектом наиболее пристального внимания исследователей, – до включения соответствующих организационных мер в национальную и международную политику. Рис. 13.1 придает этой идее наглядность, демонстрируя, как цели и сферы применения взаимосвязаны в более широком контексте. Он показывает чувствительность индивидов к социальному давлению и влиянию среды, повышающему риск развития ожирения; из рисунка видно, что от индивидов нельзя во всех случаях ожидать выбора, оказывающего существенное влияние на их жизнь, особенно в неблагоприятных условиях. Хотя людей можно побуждать к усилению самоконтроля перед лицом располагающих к ожирению соблазнов, и им можно дать знания и навыки, которые помогут осознать собственный выбор, от них (особенно от детей и других уязвимых групп) нельзя ожидать полной ответственности за предотвращение появления лишнего веса. Профилактика ожирения требует учета особенностей различных условий и подходов. Как показывает рис. 13.1, людям требуется поддержка из целого ряда источников.

Рисунок 13.1. Возможности влияния на среду, способствующую развитию ожирения



Источник: составлено по Lobstein et al. (5).

1. Для того чтобы что-то изменить, – например, время приема пищи, набор приобретаемых продуктов, применяемые кулинарные рецепты, виды активности, – нужна поддержка со стороны семьи. Это, в свою очередь, требует поддержки от местных структур.
2. Нужна поддержка со стороны коллективных институтов, таких как дошкольные учреждения, школы, рабочие места (например, чтобы обеспечить проведение в школе политики здорового питания и физической активности или чтобы эта политика учитывала мнение учащихся). Из этого вытекает следующий пункт.
3. Культурные нормы, профессиональные навыки и традиционная практика институтов и местного сообщества должны способствовать улучшению здоровья. Сообщество должно обеспечить благоприятные условия, например, программу мер по безопасности и надежности улиц и мест отдыха, оно должно сделать общедоступными полезные для здоровья продукты питания. Из этого вытекает следующий пункт.

4. Муниципальные и местные органы власти должны поддерживать политику сообществ – например, в том, что касается безопасности и надежности улиц, сооружений для активного досуга, улучшения обеспечения продовольствием посредством соответствующей инфраструктуры, налогов и субсидий, – то есть во всем, что будет способствовать формированию здорового поведения. Это, в свою очередь, требует следующего.
5. Национальные и международные органы должны разрабатывать стандарты и предоставлять услуги, способствующие улучшению здоровья населения, а коммерческим структурам следует постоянно пропагандировать здоровые предпочтения. Для таких действий будет необходимо следующее.
6. Для того, чтобы стратегия сокращения ожирения имела достаточное ресурсное обеспечение и была полностью внедрена, и чтобы в связи с ней осуществлялись меры мониторинга и контроля, необходима законодательная и нормативная поддержка. В то же время другие аспекты государственной политики, например, в сфере торговли и инвестиций или поддержки сельского хозяйства, не должны входить в противоречие с этими мерами.

Этот краткий обзор показывает, что правительственная и межправительственная деятельность практически во всех сферах, включая социальное обеспечение, образование, сельское хозяйство, транспорт, торговлю, планирование, развитие и налоговую политику – требует, чтобы ее влияние на здоровье населения, а также согласованность осуществляемых мероприятий и их соответствие политике в области здравоохранения и питания, тщательно отслеживалось.

В то время как подходы и сферы применения, уделяющие основное внимание индивиду, необходимы, поскольку являются, возможно, единственным способом снизить риск ожирения в краткосрочном плане, те подходы, что охватывают общественное здравоохранение и политику в более широкой перспективе, нужны для оказания существенного влияния на долгосрочное решение проблемы. В следующем разделе рассмотрены имеющиеся данные о применении подходов, ориентированных на индивида. В конечном счете, оказывается, что успех таких подходов ограничен, если они не поддерживаются социальными изменениями и изменениями среды. Кроме того, чрезмерный упор на индивидуальные методы возлагает слишком большую ответственность за собственное здоровье на тех, кто находится в группе риска, и тем самым, по-видимому, только усугубляет социальное неравенство (6).

В табл. 13.1 показаны некоторые примеры недавних и проводимых в настоящее время программ в разнообразных культурных контекстах. Эти программы были разработаны с целью борьбы с ожирением или поддержания здоровой массы тела в популяциях детей, они включали создание контрольных групп, а эффективность этих программ в некоторой степени подвергалась научной оценке. Модель вмешательства в контрольных группах трудноосуществима в сообществах с размытыми границами, и исследователи часто предпочитают те условия применения, где существует минимальный риск смешивания между контрольными группами и группами, в которых проводится вмешательство: в случае с детьми это обычно детские сады, школы и больницы.

В дополнение к этим примерам структурированных программ, подвергавшихся оценке, было предпринято немало количество инициатив по профилактике ожирения у детей или поддержанию здоровой массы тела с целью профилактики хронических заболеваний. Ниже (в том числе в табл. 13.2) представлен ряд примеров этих мер вмешательства, уже осуществленных или намечаемых к внедрению в различных странах.

Снизить риск ожирения способны и некоторые неконтролируемые меры вмешательства (18).

- В Дании программа «Шесть раз в день» (19) предусматривает три меры вмешательства, которые способствовали росту потребления фруктов на работе, введению фруктовых полдников в школах (при содействии родителей) и включали инициативы в области питания в организациях.
- В Казахстане количество школ, принимающих участие в оздоровительном движении (20), возросло с 15 в 1999 г. до 300 в 2002 г.
- В Норвегии продолжительность декретного отпуска, предоставляемого с целью содействия грудному вскармливанию (21), постепенно увеличивалась и в настоящее время составляет один год с 80%-ной оплатой или 46 недель с полной оплатой. Работающим кормящим матерям ежедневно

Таблица 13.1. Примеры вмешательств по профилактике ожирения, оцененных в условиях контролируемого испытания

Экспериментальное вмешательство (источник)	Результаты
Австрия. PRESTO, многопрофильная просветительская программа вмешательства в школах среди детей 10–12 лет (пилотный проект) (7)	Улучшились знания о питании, особенно среди школьников с высокой успеваемостью. Изменений в ИМТ не выявлено
Германия. Кильское исследование в области профилактики ожирения (KOPS): восьмилетняя программа вмешательства на базе школы, первоначальный возраст детей – 5–7 лет (11)	Улучшение знаний о питании и уровня физической активности. Уменьшилось время, проводимое перед телевизором. У опытной группы уменьшились показатели ожирения (кожные складки, процент массы жира) по сравнению с контрольной группой
Германия. Программа «StEP TWO» на базе школы, охватывающая детей 7–9 лет (12)	Уменьшилась доля роста ИМТ. Снизились показатели систолического давления
Дания. Семейные консультации, планирование покупок и рациона питания (10)	За время проведения двухлетней программы вмешательства у 21 ребенка из 25 снизился вес
Израиль. Комбинированная, структурированная, многопрофильная программа вмешательства, охватывающая детей и подростков (13)	Снижение массы тела, снижение показателей ИМТ, улучшение физического состояния, особенно если родители не имеют избыточного веса
Крит. Санитарно-просветительский перспективный проект на базе школы среди детей 6–12 лет (8,9)	Улучшились показатели ИМТ в опытной группе, по сравнению с контрольной, хотя за время проведения программы уровень ИМТ вырос в обеих группах, а доля детского ожирения возросла
Соединённое Королевство. Be Smart. Школьная и семейная программа вмешательства, охватывающая детей 5–7 лет (14)	Рост знаний о питании, увеличение потребления овощей и фруктов. Значительных изменений показателя распространении ожирения не выявлено
Соединённое Королевство. MAGIC («Движение и активность»). Программа вмешательства среди детей Глазго). Пилотный проект: 12-недельная программа по увеличению физической активности среди дошкольников (3–4 года) (15)	Рост физической активности на 40%. Нет данных об изменении показателей ожирения
Соединённое Королевство. APPLES («Активная программа по пропаганде здорового образа жизни в школах»). Программа вмешательства на базе школы среди детей 7–11 лет. (16,17)	Некоторые улучшения в рационах питания. Не выявлено изменений в физической активности и ИМТ
Соединённое Королевство. Программа вмешательства на базе школ, направленная на снижение употребления сладких газированных напитков среди детей 7–11 лет (16,17)	Снижение потребления сладких газированных напитков. Снижение распространенности избыточного веса, по сравнению с контрольной группой

предоставляется двухчасовой перерыв; 98% женщин, покидая родильное отделение, кормят ребенка грудью, 90% применяют грудное вскармливание ребенка в трех–четырёхмесячном возрасте и 75% – в шестимесячном возрасте.

- В Санкт-Петербурге (Российская Федерация), около 15 «огородов на крыше» вносят существенный вклад в снабжение местных сообществ фруктами и овощами в районах с низким уровнем доходов (22).
- В Соединённом Королевстве проводилась программа «Water is Cool in School» («Вода в школе – это круто») (23). В качестве основополагающего элемента этой школьной оздоровительной программы в ряде школ установили кулеры и бесплатно предлагали школьникам воду в бутылках. Это помогло снизить отвлекаемость на уроках и повысить концентрацию внимания. Кроме того, во многих школах организовали так называемые «пешеходные автобусы» (24): группа детей в сопровождении взрослых идет в школу по определенному маршруту, подбирая по пути

Таблица 13.2. Другие примеры мер вмешательства, способных помочь предотвратить развитие ожирения у детей

Меры вмешательства	Страна	Меры вмешательства	Страна
Локальные		Меры, охватывающие все население	
Специализированные отделы в школьных магазинах	Греция	Введение стандартов на продукты школьного питания	Шотландия, Крит
Запрет на деятельность сетей быстрого питания в школьных магазинах или столовых	Греция	Создание органа, контролирующего использование рекламных материалов в школах	Германия
Употребление фруктов и овощей для того, чтобы помочь финансировать школьный плавательный бассейн	Соединённое Королевство	Контроль за телевизионной рекламой для детей	Швеция, Греция, Ирландия
Замена торговых автоматов в школах молочными барами	Соединённое Королевство	Введение налога на телевизионную рекламу сладких газированных напитков	Франция
Создание игровых площадок для детей в супермаркетах	Швеция	Предложение о введении налога на продажу сладостей или жирной пищи	Швейцария
Организация консультирования сотрудников компаний по проблемам избыточного веса у детей	Швейцария	Налог с продаж на деликатесы	Соединённое Королевство
Ежедневные спортивные 15-минутки для учащихся и школьного персонала	Кипр	Запрет на установку торговых автоматов во всех школах	Франция
Субсидии на пользование спортивными центрами для местных школ	Соединённое Королевство		
Учителя на 10 минут задерживают в школе детей, за которыми родители приезжают на машинах	Соединённое Королевство		

Источник: составлено по Action to tackle child obesity (26).

дополнительных «пассажиров». Наконец, пропагандистская кампания по телевидению «Fighting Fat Fighting Fit» («Борьба с жиром – борьба с ударом») была направлена на население в целом (25). Ее результатом стало значительное повышение рейтинга осведомленности о проблеме, однако среди малообразованных слоев и этнических меньшинств воздействие призывов к изменению образа жизни было слабым. Участие населения в проекте, даже среди целевых групп, оказалось низким.

Следует отменить три особенности этих мер вмешательства:

1. Их применение базировалось в значительной степени на предосторожности, на допущении, что в результате бездействия население подвергнется еще большему риску, чем в результате действия, даже если данные, подтверждающие необходимость конкретных действий, отсутствуют.
2. Их применение в основном стало результатом общественного давления на соответствующие законодательные круги или добровольной акцией школьного руководства, местных бизнесменов или местной общественности. В результате многие из этих инициатив были внедрены лишь частично. Лишь некоторые акции затем прошли или пройдут тщательную оценку в отношении их непосредственной эффективности или долгосрочного влияния на ожирение индивида.
3. Не следует рассматривать эти меры вмешательства как возможный объект заимствования. Успех в одном контексте может в других условиях обернуться отсутствием результата или неудачей. Кроме того, пищевые стандарты могут оказаться неприменимыми: если данные продукты питания отсутствуют на рынке; контроль за рекламой теряет смысл, если в стране отсутствуют коммерческие телеканалы или если реклама транслируется из-за границы, а меры контроля над ней могут игнорироваться; школьные «пешеходные автобусы» не будут иметь смысла, если большинство детей и так ходит в школу пешком или едет на велосипеде.

Эффективность мер вмешательства

В настоящем разделе обобщаются обзоры данных о вмешательствах, направленных на профилактику избыточного веса и ожирения и пропаганду здоровых показателей веса. В разделе не рассматриваются разнообразные меры по лечению ожирения или по снижению веса у пациентов больниц, хотя некоторые систематические обзоры по этой теме включены в Приложение 1.

Как уже говорилось, научную оценку легче всего проводить тогда, когда меры вмешательства можно контролировать, а сопоставимые группы подвергаются различной степени вмешательства. Наиболее распространенной сферой проведения таких контролируемых экспериментов являются школы, где конкретные виды входных ресурсов – такие как учебные занятия, общественное питание и физическая активность – можно измерить, а эксперимент можно поставить таким образом, что его результаты будут иметь определенную научную ценность.

Подобное выделение отдельных типов мер вмешательства, оценка которых может быть проведена с достаточной степенью надежности, неизбежно заставляет задать вопрос о том, не окажется ли политика, ориентированная на данные, слишком узконаправленной (27,28). Даже в рамках этих оцениваемых экспериментов возникают серьезные проблемы устойчивости результатов (в очень немногих отчетах об экспериментах сообщается о долгосрочном эффекте), их переноса в другие условия и потребности в ресурсах. Все эти вопросы обсуждаются ниже, в следующем разделе, где пойдет речь о потребностях в сфере научных исследований и политики.

Систематические обзоры

Список систематических обзоров, приведенный в Приложении 1, включает те из них, которые соответствуют критериям Кокрановского сотрудничества, – предусматривающим заранее определенный комплекс процедур составления обзора, процесс его рецензирования специалистами, процедуру обновления данных, некоторую открытость доступа и общедоступное резюме – и зарегистрированы в Кокрановской библиотеке (29). Список включает также другие обзоры, выполненные в систематическом формате. Приведенное здесь резюме систематических обзоров основывается на документах, перечисленных в Приложении 1.

Отсутствие долгосрочных наблюдений за большей частью мер вмешательства затрудняет оценку эффективности их влияния на снижение распространенности ожирения среди населения в целом. В большинстве исследований удалось показать улучшение навыков питания и/или занятий физкультурой, а значительная часть экспериментов, использованных для внедрения мер вмешательства на базе школ, свидетельствует о возможности распространения таких детских программ на население в целом.

Систематические обзоры мер вмешательства в коммерческом секторе, по-видимому, отсутствуют.

Содействие грудному вскармливанию

Для содействия грудному вскармливанию оказались полезными четыре типа мер вмешательства.

1. Программы взаимной поддержки в предродовой и послеродовой периоды способствуют повышению показателей численности начавших кормить грудью и продолжительности грудного кормления среди женщин с низким уровнем доходов. Такие программы должны быть ориентированы на женщин с низким доходом, которые выразили желание кормить грудью.
2. Неформальные сессии санитарного просвещения для малых групп в предродовой период доказали свою эффективность для повышения численности начавших кормить грудью и продолжительности грудного вскармливания среди женщин всех уровней доходов и этнических меньшинств.
3. Индивидуальное санитарное просвещение способно эффективно повысить показатели численности начавших кормить грудью среди женщин с низким уровнем доходов. Для женщин, которые уже приняли решение кормить ребенка из бутылочки, этот метод является даже более эффективным стимулом к грудному вскармливанию, чем групповые занятия.
4. Изменения в практике родильных отделений, способствующие более тесному контакту и автономности матери и ребенка, такие как размещение в отдельной палате и содействие грудному

вскармливанию, показали свою эффективность в увеличении показателей численности начавших кормить грудью и повышении продолжительности периода грудного кормления.

Наиболее выраженный эффект, как по побуждению к грудному вскармливанию, так и по его продолжительности, отмечен в исследованиях в рамках Инициативы ЮНИСЕФ/ВОЗ «Больница, дружественная к ребенку», в которых собраны данные о значительной эффективности этих мер в условиях Европы. Кроме того, ряд факторов может препятствовать началу и длительному характеру грудного вскармливания: это физическая среда в больнице и больничные распорядок – например, кормление в установленные часы, разделение матери и ребенка и использование молочных смесей, – а также отношение и ожидания медицинского персонала.

Вмешательства на уровне семьи и в дошкольных учреждениях

Ко времени написания этой работы не было опубликовано ни одного систематического обзора, посвященного мерам вмешательства на базе семьи с целью предотвращения развития избыточного веса и ожирения среди дошкольников. В готовящемся обзоре говорится, что в отношении помощи детям в поддержании здоровой массы тела, а также профилактики избыточного веса и ожирения эффективность мер вмешательства, ориентированных на детей 2–5 лет, их семьи и опекунов, неоднозначна (30), так как три исследования показали существенный положительный эффект от вмешательства, а в двух других значительных улучшений выявить не удалось. Эти исследования позволяют сделать вывод, что незначительные изменения возможны, а меры вмешательства будут более эффективны, если сосредоточатся на профилактике ожирения (а не на изменении поведения в области питания и физической активности); эти меры являются интенсивными, дорогостоящими (прежде всего, как следствие интенсивности), носят адресный характер и приспособлены к индивидуальным потребностям. В обзоре (30) говорится, что в ходе продолжающегося кластерного рандомизированного контролируемого эксперимента по увеличению физической активности с целью профилактики ожирения среди детей в Глазго (MAGIC) могут быть получены важные данные по Соединённому Королевству, хотя первоначальные результаты позволяют предположить, что уровень физической активности мало влияет на ИМТ (31).

Обзор эффективности мер вмешательства по пропаганде здорового питания в дошкольных учреждениях для детей 1–5 лет показал, что если большинство исследований свидетельствует о некотором положительном эффекте в знаниях о питании, влияние на пищевое поведение оценивалось реже, и результаты были самыми различными (32). Отсутствовали данные, позволяющие оценить долгосрочный эффект изменений в знаниях или поведении.

В США в рамках программы WIC фокус-группа из 19 специалистов-медиков сформулировала ряд выводов о трудностях, с которыми они сталкиваются при консультировании родителей детей, имеющих избыточный вес (33). По мнению группы, матери:

- сосредоточены на преодолении ежедневных стрессов;
- используют еду для борьбы с этими стрессами и в качестве воспитательного средства;
- испытывают трудности в установлении пищевых ограничений для своих детей;
- обладают недостаточными знаниями о нормальном развитии детей и их пищевом поведении;
- не стремятся добиться устойчивых изменений в поведении;
- не считают, что их дети действительно имеют избыточный вес.

Эффективность мер вмешательства на уровне семьи, направленных на поддержание здоровой массы тела или профилактику избыточного веса и ожирения у детей старшего возраста, тоже неоднозначна. Меры вмешательства на базе семьи по профилактике ожирения среди подростков могут быть менее эффективными. Исследования, посвященные лечению избыточного веса на базе семьи, показали необходимость учета роли родителей в лечебном процессе: в одном из исследований отмечалось, что работа с матерью и ребенком по отдельности значительно более эффективна, чем их совместное лечение или лечение только ребенка. В другом исследовании, охватывавшем детей 10–11 лет, различие результатов влияния на вес при совместном и раздельном лечении детей и родителей оказалось

незначительным (34). Более того, выяснилось, что меры вмешательства, увязывавшие между собой деятельность в школе и дома, влияют на уровень знаний, но не обязательно на поведение (35). Меры вмешательства на уровне семьи являются более дорогостоящими, чем ориентированные на детей меры, проводимые в школах.

Вмешательства в школах

В то время как меры вмешательства на базе школ способны привести к расширению знаний о питании, повышению физической активности и изменениям в рационе питания детей, вряд ли возможно с помощью каких-либо мер вмешательства достигнуть значительного эффекта в отношении показателей ожирения. Лишь немногие исследования продолжались больше одного года, а те из них, в которых проводилось наблюдение за детьми на протяжении более длительного периода, показали, что преимущества, первоначально достигаемые от такого вмешательства, с течением времени могут постепенно утрачиваться (36).

Почти во всех обзорах отмечается, что многосторонние подходы к профилактике ожирения – включающие сферу образования, общественное питание и физическую активность – более успешны, чем односторонние. Кроме того, увеличение возможностей для физической активности в школах и сокращение времени просмотра телепередач оказались, как минимум, не менее важными обстоятельствами, чем санитарное просвещение на уроках. Более того, связь программ на базе школы с внешкольными мероприятиями, проводимыми через семьи и местные сообщества, способна повысить эффективность этих мер.

В обзорах также обращается внимание на следующие моменты:

1. Различные возрастные, этнические и гендерные группы требуют разных подходов.
2. Для повышения физической активности наиболее эффективны инициативы, охватывающие детей в течение всего учебного дня, включая перерывы на обед и перемены, а также учебные занятия и уроки физкультуры.
3. Взрослые, в детстве принимавшие участие в школьных физкультурных мероприятиях, как правило, проявляют более высокую активность во взрослом возрасте, чем те, кто не участвовал в таких мероприятиях.
4. Коллективные завтраки (питание для детей, рано приходящих в школу) могут оказать полезное влияние на поведение, диетические предпочтения, здоровье, социальную интеграцию, концентрацию внимания, обучение, посещаемость и пунктуальность. Они также могут помочь семьям с низким уровнем доходов и таким образом способствовать уменьшению неравенства.
5. Школьные физкультурные мероприятия, которые вызывают интерес у детей и создают у них ощущение новизны (например, танцевальные клубы), а также меры вмешательства, направленные на уменьшение времени, проводимого перед телевизором, видеомагнитофоном и за видеоиграми, оказываются наиболее эффективными.
6. Наиболее успешные меры вмешательства в области рациона питания бывают посвящены какому-либо одному аспекту здорового питания, например, потреблению фруктов и овощей. Введение пищевых стандартов для продуктов школьного питания должно подкрепляться мерами, обеспечивающими здоровый выбор. С более здоровым питанием детей ассоциируется ограничение выбора доступных продуктов питания.
7. Комплексная политика в области организации школьного питания должна включать доставку в школу легких закусок, установку торговых автоматов, организацию буфетов и доступ к местным магазинам во время перемен.
8. Дети будут выбирать более здоровые продукты, предлагаемые торговыми автоматами, например минеральную воду, чистые фруктовые соки и обезжиренное молоко, даже если торговые автоматы с полезными для здоровья напитками находятся рядом с обычными автоматами. Ключ к успешной торговле здоровыми напитками – в обеспечении активного участия школьников, удобном расположении торговых автоматов в непосредственной близости от зоны приема пищи, а также в непрерывности поставок, т.е. обеспечении того, чтобы автомат был постоянно загружен и находился в рабочем состоянии.

9. Хотя схемы, побуждающие детей ходить в школу пешком или ездить на велосипеде, могут быть эффективными, отсутствует положительный опыт, который позволял бы сформулировать соответствующие рекомендации.

В комментариях Lytle et. al. (37) отмечается ограниченный положительный эффект, выявленный в результате исследований, и предлагается несколько факторов, способных улучшить показатели успеха, а именно – обеспечение достаточной продолжительности мер вмешательства и охват ими всех участников, позволяющий предотвратить досрочный выход из эксперимента. В этой работе также отмечено, что гетерогенность – т.е. привлечение участников, обладающих различным культурным опытом, – редко принимается в качестве условия проведения эксперимента; вместо этого используется принцип «одна мерка для всех», что может помешать достижению значительных результатов. Авторы рекомендуют применять программы, более гибкие и чуткие к культурным и социальным особенностям среды, в которой они проводятся, например, путем привлечения членов сообщества к активному участию в разработке мер вмешательства. Они также отметили приводимые Richter et al. данные о том, что меры вмешательства, проводимые на базе школ и местных сообществ, будут более успешны, если они проводятся в условиях среды, способствующей здоровому образу жизни (38).

Вмешательства на рабочем месте

В стратегиях, ориентированных на взрослых на работе, используется ряд различных подходов:

- просвещение в области здорового питания;
- предписания заниматься аэробикой или силовыми упражнениями;
- тренинг по принципам здорового образа жизни;
- предоставление материалов для самопомощи;
- предписания в области рациона питания;
- групповые упражнения под руководством тренера.

Хотя данных об эффективности попыток контролировать вес и бороться с ожирением на рабочих местах немного, все же следует поощрять работодателей к проведению таких программ. В литературе говорится о наибольшем эффекте тех мер вмешательства, которые сочетают рекомендации по здоровому питанию со структурным подходом к повышению физической активности на работе (39).

Из дальнейших наблюдений за условиями применения методов вмешательства на рабочих местах вытекают следующие выводы:

1. Меры вмешательства, направленные на подростков – одних или вместе со взрослыми – на рабочих местах, где обе эти категории могут быть объектом адресного воздействия, например, в супермаркетах и других предприятиях розничной торговли, требуют дальнейшего изучения.
2. Творческие меры вмешательства на рабочих местах, сочетающиеся с другими мерами – например, программами по снижению веса в местных супермаркетах или учреждениях сферы досуга, а также с обеспечением пешеходной или велосипедной альтернативы автомобильному транспорту – заслуживают дальнейшего изучения.
3. Данные об эффективности затрат на эти программы могли бы заинтересовать работодателей.
4. Поскольку часто после кратковременного снижения веса происходит увеличение массы тела, необходимы дополнительные исследования для выявления наиболее эффективных мер по закреплению первоначального успеха.
5. Успешные программы требуют видимой и активной поддержки и участия со стороны высшего руководства, а также вовлечения сотрудников в процессы планирования и внедрения мероприятий.
6. Необходимо выбирать поддающиеся определению и модификации приоритетные факторы риска для отдельных категорий работников.
7. Стратегии не должны отделять знания, ценности и поведение, связанные со здоровьем, от социальных и материальных условий, в которых живут представители целевой группы работников.

Вмешательства на уровне местных сообществ

Анализ обзоров данных о действиях по профилактике ожирения на уровне сообществ выявил неубедительность данных об эффективности мер вмешательства – например, проведения семинаров, рассылки комплектов учебных материалов и участия средств массовой информации – в области профилактики ожирения среди взрослых (40). Авторы рекомендуют продолжать исследование эффективности образовательных программ на уровне сообществ в связи с материальными стимулами.

Примеры творческих подходов к применению мер вмешательства в условиях местных сообществ включают:

- совершенствование информации о возможностях здорового питания, в частности улучшение доступа к крупным магазинам и снабжения местных магазинов, создание продовольственных кооперативов, кафе и клубов садоводов и огородников;
- мероприятия по укреплению здоровья, направленные на совершенствование знаний и навыков, например, коллективные шопинг-туры или кулинарные курсы;
- увеличение количества пешеходных и велосипедных дорожек и повышение их надежности и безопасности;
- местные ваучерные схемы, например ваучеры на посещение плавательных бассейнов.

Пропагандистские меры в супермаркетах дают краткосрочный положительный эффект в улучшении пищевых рационов, особенно если эти меры сопровождаются информацией о здоровом питании. Пропаганда в ресторанах и кафе может принести больше результатов, чем подобные же действия в супермаркетах. Положительное влияние на пищевые предпочтения может также оказать использование церквей и других религиозных организаций для просвещения в области здорового питания (41).

Если общая пропаганда подвижного образа жизни обычно не приносит значительных результатов, то адресные программы и индивидуализированные рекомендации меняют транспортное поведение целевых подгрупп. Эффективными могут быть также координированные действия, такие как субсидии на общественный транспорт. Слабый положительный эффект имеют призывы к пользованию лестницами вместо лифтов, размещенные на плакатах и в средствах наружной рекламы. В одном из исследований предлагается заставлять жильцов пользоваться лестницами, уменьшив доступ к лифтам.

Эффективность затрат

Для тех, кто принимает политические решения, рассмотрение вариантов стратегий, различий между результативностью и эффективностью затрат имеет исключительно важное значение. Если для достижения политической цели не ставится ограничений в затратах, то первоочередным фактором является результативность. Если же расходы ограничены, первостепенное значение для принятия рациональных решений приобретает оценка эффективности затрат (41).

Хотя те, кто определяют политику, и руководители общественного здравоохранения в первую очередь обращают внимание на затраты, в оценках и систематических обзорах мер вмешательства редко упоминается стоимость рассматриваемых ими программ и не оценивается их экономическая эффективность. В недавно опубликованном обзоре, посвященном мерам вмешательства на работе и на уровне сообществ, было отмечено, что только два исследования, удовлетворявшие критериям включения в обзор, содержали анализ экономической эффективности мер вмешательства на работе в области профилактики и контроля над избыточным весом и ожирением (39). В этих двух исследованиях указывалось, что при затратах в размере менее 1 долл. США на работника в год 1% численности группы риска мог бы быть охвачен программами снижения веса на рабочих местах.

Что касается профилактики ожирения у детей, лишь в одном исследовании были рассмотрены затраты на проведение программы вмешательства: это была Planet Health Program, программа санитарного просвещения для школьников в США (43). По оценкам, приведенным в этом исследовании, затраты на проведение программы составляют 34 тыс. долл. США (или 14 долл. США

на одного школьника в год) и программа поможет предотвратить ожирение во взрослом возрасте у 1,9% школьников. В результате общество сэкономит примерно 16 тыс. долл. США на медицинском обслуживании и 25 тыс. долл. США на потенциальном снижении производительности труда; в общей сложности чистая экономия составит 7 тыс. долл. США. Не ясно, будут ли затраты на такую программу привлекательными в Европе, где стоимость вмешательства, производительность и медицинские расходы могут отличаться. Коэффициент стоимость-эффективность программы «Planet Health» в среднем составляет 4305 долл. США на каждый год жизни, скорректированный на качество, что выгодно смотрится на фоне таких мер вмешательства, как лечение гипертонии, установление лечебной диеты с низким содержанием холестерина, некоторые программы выявления и лечения диабета и лечебная физкультура для взрослых (44).

В работе Brunnet et. al. (42) дана предварительная оценка затрат на осуществление стратегий диетического вмешательства, по сравнению с другими мерами по снижению сердечно-сосудистых заболеваний в странах – членах ЕС. Приведены следующие оценки затрат на дополнительный год жизни:

- здоровое питание всего населения: 14–560 ф. ст.;
- прекращение табакокурения: 300–790 ф. ст.;
- патронажное наблюдение и советы по образу жизни: не менее 900 ф. ст.;
- симвастатин (ингибитор редуктазы): 6200–11 300 ф. ст.

Стоимость других фармацевтических средств на дополнительный год жизни оказалась различной – от аспирина (30–320 ф. ст.), до альфа-адренергических блокаторов (около 36 тыс. ф. ст.). Рыбная и средиземноморская диета оценивалась по стоимости в 200–2000 ф. ст. на дополнительный год жизни. Brunnet et. al. (42) указали, что эффективность затрат зависит от уровня скрытого риска заболеваний сердечно-сосудистой системы среди целевой категории населения, а также от устойчивости достигнутых изменений в поведении и факторов риска. Тем не менее, оздоровительные стратегии, пропагандирующие здоровое питание, по-видимому, более экономически эффективны, по сравнению со стратегиями, построенными на использовании современных лекарств, снижающих уровень холестерина, или патронажем и консультированием первичных пациентов, а их стоимость аналогична или даже менее высока, в расчете на дополнительный год жизни, чем стоимость антитабачных стратегий. Авторы предупреждают, что, учитывая существенные различия в пищевых привычках, состоянии здоровья и уровне развития общественного здравоохранения в разных странах Европейского региона, для обеспечения максимального положительного эффекта от полученных результатов желателен тщательный анализ политических мер применительно к каждой стране (42).

Новейшие работы австралийских специалистов, финансировавшиеся Департаментом социальной службы штата Виктория (44,45), были посвящены оценке эффективности затрат на различные типы вмешательств по детскому ожирению. В ходе этих исследований государственные затраты на проведение этих мер вмешательства сравнивались с соответствующим вероятным количеством дополнительных здоровых лет жизни. Результаты анализа обобщаются в таблице 13.3, а выводы исследования наглядно свидетельствуют о выгоде контролируемого маркетинга, направленного на детей, и образовательных программ, призывающих избегать употребления высококалорийных продуктов и напитков и просмотра телевизора, по сравнению с некоторыми программами стимулирования физической активности, хотя последние также могут принести пользу, независимо от мер, напрямую связанных с профилактикой ожирения. Порог затрат в 50 тыс. долл. США на нетрудоспособный год жизни показывает, что большинство мер вмешательства было оправдано, включая хирургическое и фармацевтическое вмешательство для небольшого числа детей, для которых такое лечение было признано целесообразным.

Экономический аспект применения мероприятий представляет собой очень важный фактор для оценки государственной политики вмешательства. Необходимо осуществлять сбор всех данных о финансовых затратах и давать по ним полный отчет, указывая инструменты, используемые для получения этих данных; отчитываться следует как о прямых расходах на материальную часть и персонал, так и о косвенных затратах, таких, как командировочные расходы или потери времени

Таблица 13.3. Оценка эффективности затрат на проведение мер вмешательства в области детского ожирения в штате Виктория (Австралия)

Меры вмешательства	Снижение ИМТ на одного ребенка (кг/м ²)	Польза для здоровья населения (число сохраненных DALY)	Общие расходы в пересчете на 1 DALY (в A\$) ^a
Пешеходные маршруты в школу	0,03	30	> 120 тыс.
Транспортная схема «TravelSmart»	0,04	50	> 120 тыс.
Программа создания клубов для активного проведения внешкольного времени	0,08	450	> 50 тыс.
Общая терапевтическая семейная программа для детей с избыточным весом	0,25	510	> 15 тыс.
Многопрофильная программа на базе школ без активного двигательного компонента	0,14–0,31	1600	> 6 тыс.
Лечение орлистатом подростков, страдающих ожирением	0,86	450	> 8 тыс.
Хирургическое наложение стягивающей ленты на желудок при ожирении у подростков	13,9	12 тыс.	> 9 тыс.
Многопрофильная программа на базе школ с активным двигательным компонентом	1,1	8 тыс.	> 5 тыс.
Целевая программа на базе семей	1,7	2700	> 3 тыс.
Санитарное просвещение с целью уменьшения времени, проводимого перед телевизором	0,45	8600	> 1500
Санитарное просвещение с целью прекратить потребление сладких газированных напитков	0,13	5300	> 1 тыс.
Школьная программа, ориентированная на детей с избыточным весом	0,52	360	> 1 тыс.
Сокращение телевизионной рекламы для детей	0,17	37 тыс.	< 8

^a Австралийские доллары (1 A\$ = 0,60 евро).

Источники: ACE-Obesity (45), Haby et al (46).

на работе или в школе. Наконец, для всех экспериментов в области мер вмешательства следует представлять отчет о бюджете и давать в нем детальное описание ресурсов, которые должны быть задействованы в данном мероприятии.

Рекомендации экспертных групп ВОЗ

Формирование и контроль за осуществлением политики осуществляется на основе не только обзоров данных, но и мнений групп экспертов. В самом деле, при отсутствии содержательных и надежных данных об успехе мер вмешательства по профилактике ожирения мнение экспертов представляет собой самую полную и доступную информацию к размышлению. Экспертная оценка может относиться к целевым группам, условиям проведения мер вмешательства и подходам, которые не охвачены контролируруемыми экспериментами, однако, с учетом других видов данных, также являются важными для контроля над эпидемией ожирения на мировом уровне.

Большинство экспертных исследований отражает систематические обзоры того же типа, что были отмечены ранее в этом разделе и подробно описаны в Приложении 1. Все они указывают на необходимость рассмотрения более широких политических возможностей для борьбы с ожирением. Во время трех консультационных встреч экспертов ВОЗ (резюме приводится ниже) были даны рекомендации на основе обзоров данных, аналогичные приведенным выше. Чтобы сэкономить место и избежать повторов, данное рассмотрение ограничивается рекомендациями экспертной группы, основанными на обзорах данных и связанными с лечением и наблюдением за людьми с избыточным весом.

Консультативное совещание ВОЗ по ожирению

Встреча под эгидой ВОЗ в 1997 г. (47) рассмотрела стратегии профилактики и лечения ожирения в различных системах служб здравоохранения. Участники обратили внимание национальных

Таблица 13.4. Ответственность различных секторов за деятельность по профилактике и лечению ожирения

Сектор	Ответственность
Правительство	Рекомендации для промышленности и торговли Просвещение и защита потребителей Сбор информации и проведение исследований Легализация продуктов питания и видов деятельности, стимулирование и обеспечение исполнения Проведение стратегий в области общественного здравоохранения и оказания медицинских услуг
Потребители	Активные группы потребителей Сознательный и тщательный выбор Здоровая практика в быту Образованная и способная к усвоению новых знаний общественность Участие местного сообщества
Промышленность и торговля	Доступность продукта и его продвижение Гарантия качества Информативная маркировка и просвещение потребителей Обучение маркетологов и менеджеров
Средства массовой информации	Ответственная реклама Санитарное просвещение, оздоровительная информация Защита интересов здоровья людей Освещение успешных мер Раскрытие случаев ложного информирования потребителей

правительств на необходимость участия в контроле над ожирением и внедрении необходимых рекомендаций в области питания. Они также указали, что все действия должны основываться на принципе разделения общей ответственности между различными секторами (табл. 13.4).

Кроме признания принципа разделения ответственности, для успеха оздоровительной кампании требуется следующее:

- соответствующая продолжительность и непрерывность, так как может потребоваться 10 и более лет, прежде чем проявятся положительные результаты;
- для содействия переходу от знания к мотивации и эксперименту, а затем к устойчивым изменениям в поведении может потребоваться многоэтапный подход, т.е. последовательность методов;
- для поддержки образовательных кампаний могут потребоваться законодательные акции, как видно на примерах кампаний по использованию ремней безопасности и профилактике вождения автомобиля в нетрезвом состоянии;
- образовательная деятельность, способная побуждать к изменениям посредством осуществления участниками осознанного выбора и поддерживаемая постоянной пропагандой здорового образа жизни в средствах массовой информации, со стороны медицинских работников и медицинской промышленности;
- пропаганда со стороны организаций и экспертов, способных организовывать общественные оздоровительные кампании и оказывать влияние на всех участников, как, например, в кампаниях по борьбе с курением.

Примеры областей потенциального вмешательства: городской дизайн, транспортная политика, законодательство и нормотворчество (особенно по вопросам маркировки продуктов и маркетинга), экономическое стимулирование (потребления продуктов питания, транспорта и наемных работников), образование в целях внедрения изменений (необходимость коллективных акций по совершенствованию среды обитания; необходимость делать все для того, чтобы люди, страдающие ожирением, не становились жертвами обстоятельств).

Консультативное совещание ВОЗ по диете, питанию и профилактике хронических заболеваний

В ходе консультаций эксперты ВОЗ по диете, физической активности и профилактике хронических

заболеваний (48) разработали специальные рекомендации по потреблению продуктов питания, включая жир, углеводы, белки, холестерин, хлорид натрия, фрукты и овощи, диетическую клетчатку и некрахмальные полисахариды. Для профилактики ожирения участники консультаций рекомендовали:

1. применять в отношении младенцев исключительно грудное вскармливание, избегать использования сахара и крахмала в молочных смесях, позволять младенцам самим регулировать потребление энергии;
2. пропагандировать среди детей старшего возраста активный образ жизни, ограничивать просмотр телепередач, поощрять потребление овощей и фруктов в больших количествах, ограничивать потребление высококалорийной, но малопитательной пищи, такой как легкие закуски и сладкие газированные напитки;
3. ограждать маленьких детей от навязчивого маркетинга высококалорийных и малопитательных продуктов;
4. уделять в некоторых сообществах особое внимание недопущению перекармливания низкорослых индивидов, например детей с низкой массой тела для их возраста, но нормальной массой тела для их роста;
5. защищать и поощрять традиционный рацион питания, полезный для здоровья, например, потребление большого количества фруктов и овощей;
6. в просветительской деятельности по отношению к родителям, испытывающим затруднения по поводу правильного питания, обращать особое внимание на то, что избыточный вес и ожирение у детей не свидетельствуют о хорошем здоровье;
7. принимать меры по изменению среды обитания, особенно в отношении возможностей для физической активности;
8. использовать один час в день для умеренной физической нагрузки (выполнять несколько упражнений).

Консультативное совещание экспертов ВОЗ по детскому ожирению

В 2005 г. ВОЗ провела консультативную встречу экспертов по детскому ожирению (49). Участники выработали ряд рекомендаций по наиболее приемлемым формам вмешательства в школах и местных сообществах, а также типам вмешательств, необходимым на национальном и международном уровне для обеспечения поддержки мер на локальном уровне. Они полностью одобрили Глобальную стратегию ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (2) и ее рекомендации, а также выработали рекомендации по профилактике детского ожирения для раннего детского возраста, школьного возраста, учреждений здравоохранения, правительства и коммерческого сектора.

Во-первых, для раннего детского возраста участники рекомендовали следующее:

- Службы здравоохранения должны постоянно проводить патронаж и консультации для женщин, начиная с оздоровительных консультаций в школах и учреждениях по месту жительства;
- Профилактические службы должны обеспечить удовлетворение потребностей младенцев и детей, находящихся в группе риска по питанию, уделяя при этом особое внимание постепенному росту числа недоношенных детей и детей с низким весом при рождении. Меры вмешательства должны предотвращать рост избыточного веса, что снизит риск ожирения в будущем. Родителей следует побуждать к взаимодействию с детьми, особенно с младенцами, способствовать активным играм и развивающему росту;
- Ясли и детские сады должны обеспечивать, что они не ограничивают без надобности физическую активность детей.

Во-вторых, положение, занимаемое школами, требует от них быть лидерами местных сообществ, а их деятельность должна служить примером. Желательно применять согласованный, комплексный общешкольный подход, охватывающий детей, родителей и весь школьный персонал, и распространяющийся на проводимые уроки, физическую активность и организацию питания;

потенциально это может принести сообществу в целом.

Для школьного возраста участники консультаций рекомендуют следующее:

- Школы должны получать полноценное финансирование с тем, чтобы им не приходилось заниматься сбором средств на проведение школьных программ и оказываться в уязвимом положении перед давлением коммерческих интересов;
- Учителей, возможно, потребуется обучить методам улучшения здоровья, в том числе научить их обеспечивать защиту детей, страдающих ожирением, от издевательств и насмешек в школе;
- В школах следует установить высокие стандарты. Школы должны разрабатывать стандарты на продукты питания, предлагаемые на их территории;
- Школам нужна согласованная политика по обеспечению среды, способствующей здоровому питанию;
- В школах необходимы ежедневные уроки физкультуры во всех классах; при этом следует удостовериться, что эти уроки привлекательны для детей.

В-третьих, службам здравоохранения необходимо выполнять широкий круг профилактических услуг и действий по пропаганде здорового образа жизни. Более того, они должны поддерживать связь с услугами на уровне школ и сообщества, обеспечивая, чтобы выдвигаемым ими целям уделялось первостепенное внимание. Медицинские работники должны также следить за ростом и развитием детей, распознавать ранние признаки неполноценного питания, включая задержку в росте и избыточный вес, а также обеспечивать необходимые меры реагирования.

В-четвертых, правительствам следует сосредоточить все действия по этой проблеме в одном учреждении, чтобы обеспечить внедрение межведомственных и межотраслевых стратегий. Эти вопросы должны контролироваться отдельным органом, например, парламентским наблюдательным комитетом или Комиссией по мониторингу ожирения. Кроме того, правительство может:

- помогать в создании необходимых условий на национальном и местном уровнях для поддержки инициатив в области общественного здравоохранения;
- обеспечивать, чтобы в стимулах, установленных для коммерческого сектора (например, для пищевых и агропромышленных предприятий) учитывались критерии, связанные со здоровьем;
- обеспечивать, чтобы политическое донорство со стороны компаний пищевой промышленности, было ограничено или запрещено;
- повышать физическую и финансовую доступность овощей и фруктов, особенно для лиц с низким уровнем доходов или уязвимых групп населения; и
- поддерживать принимаемые ВОЗ меры по обеспечению того, чтобы все специализированные учреждения ООН осуществляли политику, соответствующую Глобальной стратегии.

В-пятых, эксперты полностью поддержали содержащийся в Глобальной стратегии призыв обеспечить, чтобы продвижение продуктов питания в коммерческом секторе соответствовало здоровому рациону питания. Они рекомендовали:

- продолжать поддержку полного введения в действие Международного кодекса по маркетингу молочных смесей во всех странах;
- создать международный орган по наблюдению за маркетингом, в который бы входили организации, выступающие в поддержку здорового образа жизни и в защиту потребителей, для того, чтобы он отчитывался перед ВОЗ и другими специализированными учреждениями ООН по вопросам соблюдения установленных требований и разработки новых методов маркетинга;
- разработать международный кодекс маркетинга продуктов питания и напитков;
- расширить контроль над маркетингом, распространив его на печатные и электронные СМИ, кросс-брендинг, размещение продукта (например, в зоне расчета в супермаркетах) и разработку его формулы (например, использование непитательных пищевых добавок, разработанных с целью привлечения детей к высококалорийной, но малопитательной пище); и

- создать глобальный альянс неправительственных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения, которые в качестве одного из направлений своей деятельности осуществляли бы оценку производства продуктов питания и маркетинговой политики.

Эксперты также отметили, что высокий уровень ожирения в некоторых культурах является приемлемым и даже считается желательным, в то время как в других культурах наблюдаются стойкие предубеждения против людей с избыточным весом, о которых хорошо знают многие дети. Чтобы уменьшить распространение ожирения, нужно осуществлять меры, ориентированные на здоровое поведение и активность, а не на достижение идеальной внешности и веса.

Кроме того, необходимо заботиться о том, чтобы программы профилактики ожирения не способствовали нездоровому похудению, которое может привести к развитию серьезных нарушений питания, требующих лечения, или нездоровому поведению, например, курению для снижения веса. Хотя данных, позволяющих предполагать, что лечение ожирения может привести к нарушениям питания, почти нет, существует потенциальный риск, что профилактические программы, сосредоточенные на ограничениях в рационе питания, могут спровоцировать беспокойство и нарушение режима питания у особо чувствительных детей, что, в свою очередь, может привести к другим серьезным нарушениям.

Необходима осторожность и в призывах к увеличению физической нагрузки. По многим причинам – включая стеснительность в изменившихся обстоятельствах, страх перед насмешками или неудачей, дискомфорт из-за потоотделения и одышки – дети противятся занятиям спортом. Школам также, возможно, потребуется принять во внимание сферу своей ответственности за безопасность детей и предупреждение случайных травм. Большое значение может иметь обучение персонала пропаганде и осуществлению физической активности, а также выявлению и предотвращению случаев дискриминационного поведения.

Решение некоторых из этих проблем заключается в обеспечении доступа целевых групп к участию в планировании соответствующих мер вмешательства. Например, изменения в деятельности школ будут наиболее успешными, если все заинтересованные стороны – дети, персонал и родители – примут участие в планировании. Это особенно важно в тех случаях, когда такое сотрудничество необходимо для осуществления этих мер.

Научные исследования и потребности политики

В этом разделе рассматриваются недостатки существующей в настоящее время фактических данных по профилактике ожирения, а также трудности, связанные с получением данных, необходимых для разработки политики. Встреча экспертов ВОЗ по детскому ожирению (49) рассмотрела эти проблемы и сформулировала ряд рекомендаций, в том числе следующие:

1. Все меры вмешательства должны включать в себя мероприятия по текущей оценке получаемых результатов, а также предусматривать предварительный расчет объема необходимых ресурсов и затрат. Оценка может включать описание воздействия этих мер и на других лиц, например, родителей или родных братьев и сестер детей, страдающих избыточным весом.
2. Меры вмешательства с использованием контрольных групп должны предусматривать подробное описание того воздействия, которое испытывает контрольная группа. Такие формулировки, как «нормальный уход», «нормальный учебный план» или «стандартные школьные уроки физкультуры» мало информативны, особенно если «нормальная практика» с течением времени изменилась.
3. Необходимо больше программ вмешательства, учитывающих интересы конкретных групп населения – иммигрантов, малоимущих, отдельных этнических и культурных сообществ.
4. Существует дефицит долгосрочных программ, которые бы включали мониторинг мер вмешательства. Результаты в долгосрочном периоде могут затрагивать изменения в знаниях, привычках и поведении (например, изменения в диете и физической активности), а также изменения массы тела.
5. Необходимо рассматривать возможности использования новых методов, например, перспективного мета-анализа.

6. Для сбора данных, накопления опыта, приобретения опыта, развития потенциала и поддержания получения устойчивых изменений можно использовать демонстрационные программы на базе отдельно взятых сообществ.
7. Необходимо создать международный орган, который способствовал бы созданию сети мер вмешательства на базе сообществ, содействовал применению методов оценки и оказывал помощь в проведении анализа эффективности затрат предпринимаемых инициатив.

Эксперты также выразили озабоченность ролью заинтересованных сторон в финансировании и оценке результатов исследований. Они не рекомендовали финансировать исследовательские обзоры за счет заинтересованных коммерческих организаций. Была подчеркнута необходимость оценить воздействие программ, спонсируемых со стороны промышленного сектора и из других источников потенциальных искажений результатов для того, чтобы определить действительный вклад этих программ в создание базы фактических данных.

Расширять спектр мер вмешательства

Хотя все эти предложения по совершенствованию базы данных вполне уместны, они могут быть недостаточными для удовлетворения нужд тех, кто занимается выработкой политики. Как уже отмечалось, спектр потенциальных стратегий по профилактике ожирения, подобных тем, что были предложены в ряде европейских стран на национальном уровне, опирается на весьма узкую научно-исследовательскую базу. Отчасти это связано с узостью определения того, что считать действительно научными данными, а отчасти – с тем, что в некоторых областях социальной политики развитие должно опережать создание базы данных. Аналогичные выводы были сделаны и в отношении действий по предотвращению глобальных изменений климата, например, там, где эффект мер вмешательства по предотвращению возрастания глобальной температуры воздуха невозможно проверить до тех пор, пока эти меры не будут вводиться в качестве национальной стратегии.

В то время как общественное здравоохранение, опирающееся на практические данные, должно предусматривать такую же строгость и внимание к внутренней обоснованности, как и в случае клинических испытаний, оно должно также сохранять контекстуальную и политическую значимость, обладать реальными шансами на внедрение и демонстрировать потенциальную устойчивость (27). Данные, свидетельствующие об эффективности, сами по себе недостаточны для того, чтобы привести к принятию надлежащего решения, а решения, действительно принятые на основе научных данных, встречаются, по-видимому, крайне редко (50). Некоторые важнейшие политические решения приняты на основе крайне незначительных фактических данных, несмотря на высокую стоимость таких решений. Привлечение разработчиков политики и лиц, принимающих решения, к определению самой формы, необходимых им данных, – это шаг навстречу к получению данных, основанных на практике и имеющих большее значение, чем результаты классической практики, основывающейся на фактических данных.

Более широкое определение понятия «фактические данные»

Фактические данные в наиболее широком смысле – это информация, которая обеспечивает определенный уровень уверенности в истинности суждения (50,51). Применительно к вопросам, задаваемым в связи с профилактикой ожирения, Swinburn et al. разделили данные на полученные в результате наблюдений, экспериментальные, экстраполированные и основанные на опыте (27). Каждый тип данных имеет свои сильные и слабые стороны и может быть оценен по способности внести вклад в решение проблемы. Ниже приводятся примеры фактических данных, обладающих значимостью для профилактики ожирения (составлено по: Swinburn et al.) (27):

1. эпидемиологические исследования, которые могут включать сравнение индивидов, подвергавшихся и не подвергавшихся воздействию какого-либо фактора, например, межсекторальные исследования, исследования методом «случай-контроль» или когортные исследования;
2. данные, касающиеся всего населения, которые могут содержать информацию о временных рядах,

- например, тенденции в распространении ожирения, данные о поставках продуктов питания, владельцах автомобилей и телевизоров;
3. интервенционные исследования, в которых исследователь контролирует место и/или время осуществления мер вмешательства, например, контролируемые эксперименты среди индивидов, групп или целых сообществ;
 4. мнение экспертов: например, практиков или заинтересованных лиц, имеющих практический опыт, таких как педиатры, маркетинговые агентства и родители;
 5. критическая оценка программ и анализ их результатов, целей и процесса;
 6. моделирование возможных сценариев причинно-следственных связей для выявления потенциальных пробелов в данных или областях исследования, например сравнение регулирования цен с уровнем образования потребителей;
 7. моделирование методов для оценки эффективности программы, ее понятности и степени охвата населения;
 8. моделирование методов оценки затрат, например, расходов на осуществление мер вмешательства, анализ эффективности затрат, анализ «затраты – полезность»;
 9. информация, позволяющая сделать те или иные выводы: например, высокий уровень рекламы продуктов питания позволяет предположить, что данная реклама способствует повышению продаж рекламируемых товаров или категорий товаров;
 10. информация о сопоставимых областях деятельности или мерах вмешательства, например, роль социального маркетинга в достижении изменений в таких видах поведения, влияющих на здоровье, как курение, езда с превышением скорости, пребывание на солнце или питание; или информация, полученная в ходе осуществления оздоровительных школьных программ;
 11. экономическое моделирование, например, выявление влияния сельскохозяйственной политики на объемы производимой продукции и ценообразование, влияние изменения цен на модели покупательного поведения и потребления.

На практике количество и качество доступной информации о мерах вмешательства, направленных на профилактику ожирения, по различным условиям применения, целевым группам и подходам варьируется очень широко. Практически нет данных о потенциальном влиянии на ожирение изменений в социальной и экономической политике, например, в области сельскохозяйственного производства и цен на продукты питания. Вместе с тем доступно гораздо больше сведений о локализованных попытках повлиять на отдельных индивидов с помощью самых разных средств, таких как образование, агитация, обучение в школе и просвещение родителей. Это может показаться странным, если принять во внимание широкий спектр влияний со стороны внешней среды и других социальных факторов, которые повышают риск возникновения ожирения и с которыми можно гораздо эффективнее бороться политическими мероприятиями, а не обращенными к индивидам просьбами не поддаваться стоящим перед ними соблазнам.

Фактические данные об инвестициях в здоровье

За последнее десятилетие возрос интерес к использованию заимствованной из мира банковских и финансовых инвестиций парадигмы инвестиционного портфеля для описания мероприятий по укреплению здоровья, вместо обычной медицинской парадигмы, требующей контролируемых экспериментов. Применительно к профилактике ожирения, Hawe и Shiell (52) предложили описывать меры вмешательства как инвестиции; при этом точно так же, как инвестиционный портфель содержит в себе сочетание безопасных, низкоприбыльных, надежных сберегательных схем с рискованными, но потенциально высокодоходными операциями, так и инвестиции в профилактику ожирения могут включать в себя сочетание низкозатратных подходов, имеющих невысокий уровень риска, и высокорисковых, высокозатратных инициатив.

В сфере укрепления здоровья ожидаемая польза и другие желаемые результаты могут быть использованы для измерения прибыльности инвестиций, а соответствие воздействия мер вмешательства индикаторам его вероятной эффективности – для измерения риска. Swinburn и

его коллеги (27,53) усовершенствовали этот подход, открыто описав таблицу обещаний портфеля, в которой элемент риска показан в двух измерениях: как влияние на население (ранжированное от малого к значительному) и вероятность получения результата (также ранжированная от низкой к высокой), и как результирующее ожидание от инвестиций, ранжированное от минимального (низкая вероятность, незначительное воздействие) до максимального (высокая вероятность, значительное воздействие). Таким образом, интенсивные меры вмешательства в малых группах могут быть малорисковыми, так как последовательно ведут к изменению поведения и другим результатам. Тем не менее, общая доходность может оказаться в диапазоне от малой до умеренной, поскольку эффект от мер вмешательства может быть незначительным и не будет влиять на состояние здоровья сообщества в целом.

Процесс оценки и взвешивания потенциальной выгоды и рисков позволяет принять на вооружение набор мер вмешательства (или портфель), дающий возможность сбалансировать риск. Это – способ сохранить инерцию при осуществлении мероприятий по укреплению здоровья, не обладая полной информацией об эффективности мер вмешательства (52). Этот подход позволяет выбрать меры вмешательства, основанные на наилучших данных из имеющихся в наличии, хотя он не исключает и непроверенных, но многообещающих стратегий.

Трудностью в практическом применении такого моделирования является то, что разработчики политики не основывают свои решения на чисто научных или даже на чисто финансовых критериях. Давление, оказываемое на правительственные структуры и другие ключевые заинтересованные стороны, заставляет их выносить суждения, влияющие на портфель практических возможностей. Поэтому в теоретическую модель профилактики ожирения среди детей следует включить разнообразные потребности и требования заинтересованных лиц.

Основным нюансом здесь является то, что инвестиции требуют различных типов информации, включая расходы, вероятную эффективность, предполагаемую глубину и ширину влияния, устойчивость и приемлемость. Далее, при принятии решений об инвестициях следует учитывать влияние политических решений на более высоком уровне, оказывающих влияние на те условия, в которых осуществляется политика по профилактике ожирения.

Учет политических решений на более высоком уровне

Из последних по времени аналитических материалов, подготовленных для Казначейства Соединенного Королевства и включающих экономическое обоснование (54), видно, что меры вмешательства, относящиеся к табакокурению, ожирению и физической активности, требуют экономического моделирования с тем, чтобы выявить, какие из них имеют более благоприятные коэффициенты «затраты – выгода» или «затраты – эффективность». Такое моделирование может включать в себя анализ влияния цены продуктов и маркетинговой практики на характер покупательной активности потребителей. В Европейском союзе такие подходы используются в сельскохозяйственной политике для управления производством зерновых, мяса, молока, масла, вина, овощей и фруктов. Это осуществляется путем изменения уровня субсидий и тарифов, контроля за минимальными ценами и формирования рынка: например, посредством удаления с рынка уловов рыбы и урожая фруктов и овощей. Рутинные методы экономического планирования не часто находят достаточное применение при анализе вариантов изменений в социальной политике, а фактические данные, необходимые для выявления воздействия изменений политики в этой сфере на модели потребления и, соответственно, на уровень распространения неинфекционных заболеваний, привлекают к себе слишком мало внимания.

В обзоре детерминантов, определяющих тенденции в области рационов питания, Haddad (55) отметил необходимость рассмотрения нескольких макроэкономических факторов, включая рост доходов, урбанизацию, относительные цены и физическая доступность продуктов питания. Негативное влияние на все эти факторы оказывают технологии массового производства и стоимость сырьевых товаров, наряду с затратами на розничные торговые сети и предприятия общественного питания. В качестве примера таких связей Haddad отметил, что в одном из исследований эластичности цен на продукты питания в США было показано, что рост цен на жидкие жиры ведет к уменьшению

потребления жиров и калорийных продуктов в целом и к росту потребления других продуктов питания (56). Как показывает этот пример, цены на продукты питания связаны со стоимостью сырья для их производства, которая, в свою очередь, связана с протекционистской сельскохозяйственной политикой и регулированием торговли. Кроме того, цены на продукты питания должны включать в себя ассигнования на маркетинг и продвижение товара.

Хотя маркетинг влияет на осведомленность потребителей и культурную практику, существует весьма малое количество доступной для общественности информации о влиянии коммерческих маркетинговых стратегий на рацион питания и физическую активность детей и, соответственно, на прибавку в весе (см. также главу 10). Весьма вероятно, что в коммерческих кругах имеются подобные ценные данные. Инициатива правительства о получении эти данных, сформулированная от имени потребителей, могла бы стать ценным источником информации для научных исследований, наравне с коммерческими материалами, опубликованными во время судебного процесса против табачных компаний. Данные, необходимые для установления связи между маркетингом и привычками детей, должны охватывать не только общие маркетинговые стратегии, такие как телереклама и рекламные интернет-сайты, но также и продвижение продуктов в кинофильмах и телепрограммах, кросс-брендинг узнаваемых элементов продуктовых марок в непродовольственных товарах, применение цветочных и усиливающих запахов пищевых добавок для увеличения продаж, использование спонсорства и поддержки продуктов со стороны известных лиц, лицензирование детских мультфильмов для использования на этикетках продовольственных товаров, а также другие технологии, имеющие целью повлиять на выбор детей в отношении продуктов питания и проведения досуга. Необходимы данные для того, чтобы показать, каким образом эти разнообразные методы продвижения товаров оказывают негативное влияние на выбор продуктов питания и, соответственно, на здоровье.

Аналогичным образом, необходимо больше фактических данных о воздействии инвестиционных стратегий на рацион питания и здоровье посредством цен на продукты питания и их физической доступности: например, о прямых иностранных инвестициях в те сектора, которые влияют на продовольственное обеспечение (сельское хозяйство, производство продуктов питания, розничная торговля и общественное питание, в частности, сети быстрого питания).

Как было сказано в предложениях, изложенных выше, аналогичный анализ следует провести для выявления связи между продуктами питания и их воздействием на физическую среду и физическую активность или склонность к сидячему образу жизни. Производство и сбыт товаров потребления, влияющих на физическую активность – таких как телепрограммы, видеоигры, автомобили, используемые для поездок на короткие расстояния, улицы и тротуары, лестницы и эскалаторы, игровые территории на свежем воздухе и парки, – все это необходимо исследовать, чтобы продемонстрировать разработчикам политики, что меры вмешательства могут стать ценными инвестициями.

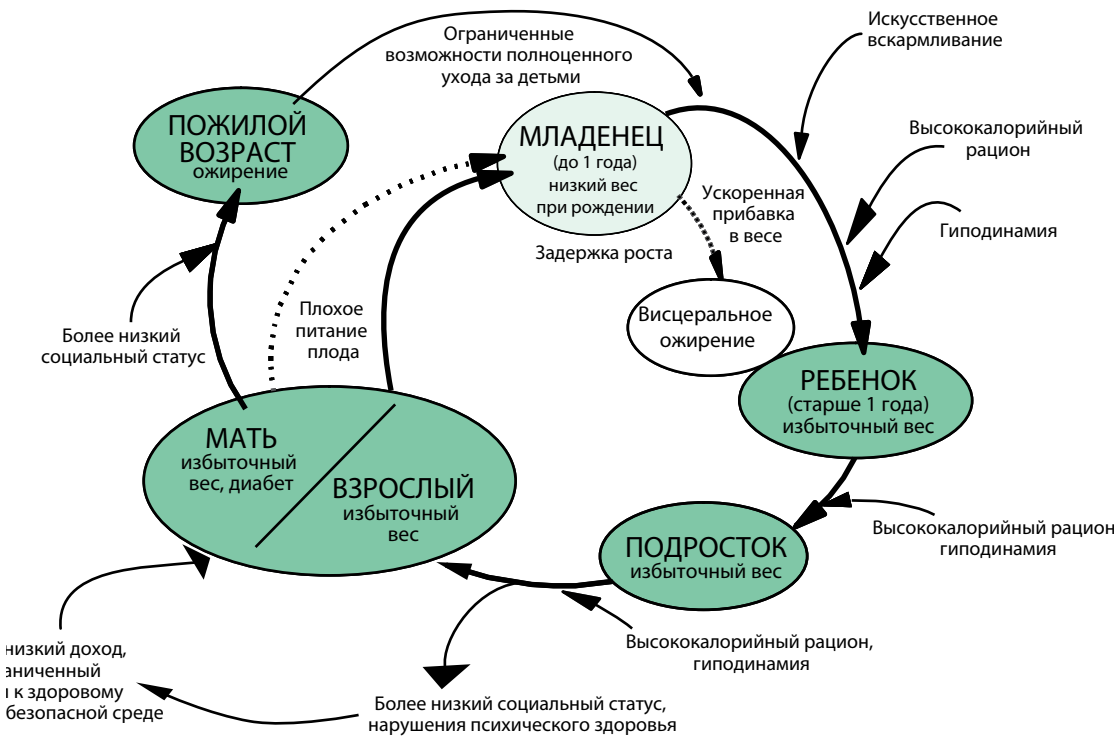
Новые возможности для вмешательства

В этом разделе предлагаются инструменты, помогающие тем, кто разрабатывает политику определить возможности для мер вмешательства в области общественного здоровья, и, в частности, рассматриваются две так называемые карты, которые помогут определить области, в которых необходимо дальнейшее развитие. Первая – состоит в применении широко известного подхода, основанного на воздействии на протяжении всей жизни индивида, при котором рассматривается влияние ряда прямых и косвенных факторов риска на пищевой статус индивида: посредством текущего рациона питания и физической активности, грудного вскармливания в раннем возрасте и отнятия от груди, питания и физической активности в детском возрасте, а также влияния родителей, бабушек и дедушек. Вторая карта рассматривает детерминанты, влияющие на выбор продуктов питания, с целью выявить неизученные области для мер вмешательства.

Основываясь на всевозрастающем количестве данных, подтверждающих, что риск хронических заболеваний начинается еще на внутриутробной стадии жизни и аккумулируется в последующие периоды, доклады экспертов ООН и ВОЗ (48,57) рекомендуют методы, воздействующие на человека на протяжении всего жизненного цикла, которые охватывают как кумулятивный риск, так и многочисленные возможности вмешательства. Метод вмешательства на протяжении всего

жизненного цикла рассматривает возможности улучшения здоровья на каждой стадии жизни, как для индивидов, так и их потомков. Хорошее питание в раннем возрасте приносит весьма ощутимые социальные и экономические дивиденды в позднем детстве и во взрослой жизни. Далее, то, как в детстве питались молодые женщины, может, в свою очередь, повлиять на здоровье детей, которых они будут вынашивать. Улучшение качества жизни приводит к увеличению количества престарелых, которые несут с собой опыт поколений, способствуя улучшению возможностей для воспитания детей и повышению стабильности семьи, а также передавая культурные традиции и привычки. На рис. 13.2 показаны факторы риска ожирения, встречающиеся на протяжении всего жизненного цикла.

Рисунок 13.2. Факторы риска ожирения на протяжении жизненного цикла



Источник: составлено по Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century (57).

Детерминанты выбора продуктов питания

Как уже говорилось, гораздо больше известно о том, что может предотвратить ожирение на индивидуальном и локальном уровне, чем о потенциальном эффекте изменений в области политики продовольственного обеспечения, цен на продукты питания и их маркетинга или, например, изменения физической среды ограничивающих использование автомобилей. Кроме того, если с помощью мер вмешательства предполагается добиться успеха, необходимо учитывать социально-экономический контекст, в который входят изменения в рационе питания (когда традиционные, отечественные продукты заменяются массово производимыми, глобально продвигаемыми продуктами, в которых содержится высокий уровень жира и сахара, рафинированного крахмала, а также молочные и мясные продукты и незначительное количество овощей, фруктов, а также цельнозерновых продуктов).

Для некоторых категорий населения отсутствие продовольственной безопасности может оказать существенное влияние на выбор продуктов питания. Меры вмешательства по общему оздоровлению должны быть чувствительны к таким социально-экономическим факторам и к группам, подвергающимся наибольшему риску, как этнические меньшинства, дети из семей мигрантов, дети матерей, страдающих диабетом, с риском слишком маленького роста и в семьях с ВИЧ/СПИД.

Как показано на схеме влияний на выбор продуктов (рис. 13.3), учет ценовой и физической доступности здоровой пищи и располагающего к здоровому образу жизни окружения в основном определяется макроэкономической политикой и ее рыночными проявлениями. Напротив, большинство мер вмешательства, стремившихся повлиять на здоровый выбор продуктов, было направлено на знания о продуктах и семейные обычаи и, как показывает обзор, оказалось малорезультативным или, если результаты были достигнуты, эффект оказывался слабым и неустойчивым. Таким образом, это важный аргумент в пользу исследований и инвестирования в макроэкономическую политику, что позволит повлиять на физическое наличие продуктов питания и доступ к ним.

Рисунок 13.3. Факторы, влияющие на выбор продуктов питания



Источник: Robertson et al. (58).

Библиография

1. Sjöström M, Stockley L. *Toward public health nutrition strategies in the European Union to implement food based dietary guidelines and to enhance healthier lifestyles. Final report of the Eurodiet programme, Working Party 3*. Heraklion, University of Crete, 2000 (<http://eurodiet.med.uoc.gr>, accessed 7 May 2007).
2. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 7 May 2007).
3. Spadaro R. *European Union citizens and sources of information about health*. Brussels, European Commission, 2003 (Eurobarometer special report 58.0; http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_179_en.pdf, accessed 20 7 May 2007).
4. US Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, 2001 (<http://health.utah.gov/obesity/docs/SurgeonGeneralReport.pdf>, accessed 7 May 2007).
5. Lobstein T et al. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
6. Cockerham WC, Ritten A, Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles. Moving beyond Weber. *Sociological Quarterly*, 1997, 38:321–342.
7. Damon S et al. PRESTO – prevention study of obesity: a project to prevent obesity during childhood and adolescence. *Acta Paediatrica*, 2005, 94(Suppl. 448):47–48.
8. Mamalakis G et al. Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:765–771.
9. Manios Y et al. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *British Journal of Nutrition*, 2002, 88:315–324.
10. Nielsen J, Gerlow J. *Evaluering af projekt for familier med overvægtige børn [Evaluation of a project for families with overweight children]*. Copenhagen, Udviklings- og Formidlingscenter for Børn og Unge, 2004.
11. Muller MJ et al. Prevention of obesity – More than an intention. Concept and first results of Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, 2001, 25:66–74.
12. Graf C et al. Data from the StEP TWO programme showing the effect on blood pressure and different parameters for obesity in overweight and obese primary school children. *Cardiology in the Young*, 2005, 15:291–298.
13. Eliakim A et al. The effect of a combined intervention on body mass index and fitness in obese children and adolescents – A clinical experience. *European Journal of Pediatrics*, 2002, 161:449–454.
14. Warren JM et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International*, 2003, 18:287–296.
15. Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2003, 62:611–619.
16. Sahota P et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1027–1029 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7320/1027>, accessed 7 May 2007).
17. Sahota P et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1029–1032 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7320/1029>, accessed 7 May 2007).
18. Knai C. *Evidence briefing for the WHO/EURO obesity task force: evidence on the effectiveness of interventions and policies to prevent and control obesity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
19. *Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25–27/08/03*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/NMH/NPH/NNP/0308; http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf, accessed 7 May 2007).
20. Aimbetova G. A health boost for school children. *Network News: European Network of Health Promoting Schools*, 2002, 7:50.
21. Case study of Norway. In: *UK law: briefing paper*. Cambridge, Baby Milk Action, 2005 (<http://www.babymilkaction.org/pages/uklaw.html>, accessed 7 May 2007).

22. *Urban and Peri-urban Food and Nutrition Action Plan. Elements for community action to promote social cohesion and reduce inequalities through local production for local consumption.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/01/5026040; <http://www.euro.who.int/document/e72949.pdf>, accessed 7 May 2007).
23. Carr S. Water in school is cool! *Health News for Schools*, 2004, 16:2 (<http://www.beh.nhs.uk/healthwise/pdf/Schlnews16.pdf>, accessed 7 May 2007).
24. What is a walking bus [web site]? Welwyn Garden City, Mouchel Parkinson, 2007 (<http://www.walkingbus.com>, accessed 7 May 2007).
25. Wardle J et al. Mass education for obesity prevention: the penetration of the BBC's "Fighting Fat, Fighting Fit" campaign. *Health Education Research*, 2001, 16:343–355.
26. Action to tackle child obesity [online database]. London, International Association for the Study of Obesity (in preparation).
27. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6:23–33.
28. Lobstein T. Comment: preventing child obesity – An art and a science. *Obesity Reviews*, 2006, 7(Suppl. 1):1–5.
29. *The Cochrane manual.* Oxford, The Cochrane Collaboration (<http://cochrane.org/admin/manual.htm>, accessed 7 May 2007).
30. Summerbell C et al. *A systematic review of the effectiveness of interventions, including family interventions (in children aged 5–12), to prevent excess weight gain or maintain a healthy weight in children aged between two and five years.* Middlesbrough, CPHE Collaborating Centre, University of Teesside, 2005.
31. Reilly JJ et al. Physical activity to prevent obesity in young children: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2006, 333:1041 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7577/1041>, accessed 7 May 2007).
32. Tedstone A et al. *Effectiveness of interventions to promote healthy eating in preschool children aged 1 to 5 years: a review.* London, Health Education Authority, 1998.
33. St Jeor ST et al. Family-based interventions for the treatment of childhood obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:640–644.
34. McLean N et al. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:987–1005.
35. Hopper CA et al. School-based cardiovascular exercise and nutrition programs with parent participation. *Journal of Health Education*, 1996, 27:S32–S39.
36. Kafatos A et al. Health and nutrition education in primary schools of Crete: follow-up changes in body mass index and overweight status. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 59:1090–1092.
37. Lytle LA et al. Achieving physiological change in school-based intervention trials: what makes a preventive intervention successful? *British Journal of Nutrition*, 2002, 88: 219–221.
38. Richter KP et al. Measuring the health environment for physical activity and nutrition among youth: a review of the literature and applications for community initiatives. *Preventive Medicine*, 2000, 31: S98–S111.
39. Katz DL et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 2005, 54:1–12.
40. Mulvihill C, Quigley R. *The management of obesity and overweight: an analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches – Evidence briefing.* London, Health Development Agency, 2003 (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502623>, accessed 7 May 2007).
41. Weightman A et al. *A rapid review of broader community-based interventions to prevent obesity.* Cardiff, CPHE Collaborating Centre, Cardiff University, 2005.
42. Brunner E et al. Cost effectiveness of cardiovascular disease prevention strategies: a perspective on EU food based dietary guidelines. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:711–715.

43. Wang LY et al. Economic analysis of a school-based obesity prevention program. *Obesity Research*, 2003, 11:1313–1324.
44. Ganz ML. The economic evaluation of obesity interventions: its time has come. *Obesity Research*, 2003, 11:1275–1277.
45. *ACE-Obesity: assessing cost-effectiveness of obesity interventions in children and adults: summary of results*. Melbourne, Victorian Government Department of Human Services, 2006 (www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/ace_obesity.pdf, accessed 7 May 2007).
46. Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1463–1475.
47. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894; <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>, accessed 7 May 2007).
48. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 7 May 2007).
49. *Obesity in childhood. Report of an expert committee. Kobe, Japan, June 2005*. Geneva, World Health Organization (in press).
50. Marmot MG. Editorial. Evidence based policy or policy based evidence? *British Medical Journal*, 2004, 328: 906–907 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7445/906>, accessed 7 May 2007).
51. Rychetnik L et al. A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:538–545.
52. Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 1995, 5:4–9.
53. Swinburn B, Gill T. “Best investments” to address child obesity: a scoping exercise. Sydney, Centre for Public Health Nutrition; Melbourne, Deakin University, 2004.
54. Wanless D. *Securing our future health: taking a long-term view. Final report*. London, HM Treasury, 2002 (http://www.hm-treasury.gov.uk/media/A99/D2/letter_to_chex.pdf, accessed 7 May 2007).
55. Haddad L. Redirecting the diet transition: What can food policy do? *Development Policy Review*, 2003, 21:599–614.
56. Huang KS. Nutrient elasticities in a complete food demand system. *American Journal of Agricultural Economics*, 1996, 78: 21–29.
57. Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century. *Ending malnutrition by 2020: an agenda for change in the millennium*. Tokyo, United Nations University Press, 2000 (<http://www.unu.edu/unupress/food/fnb21-3s.pdf>, accessed 7 May 2007).
58. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (WHO Regional Publications, European Series, No. 96; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 7 May 2007).

14. Экономические инструменты снижения потребления продуктов питания с высокой энергетической плотностью

Ключевые положения

- Хотя прямых доказательств способности экономических инструментов влиять на модели питания очень мало, косвенные данные заставляют предположить, что такая причинно-следственная связь вполне вероятна.
- Ряд данных указывает, что снижение цен на фрукты, овощи и другие здоровые закуски в пунктах розничной продажи повышает их потребление, и что финансовые стимулы могут привести к временному изменению веса.
- Сочетание повышения цен (в форме налогов) на такие пищевые компоненты, как жиры, насыщенные жиры и сахар, с субсидиями на продукты, богатые клетчаткой, могут изменить характер потребления и снизить общее потребление калорий.
- Меры политического вмешательства в сфере налогов и цен на табачную и алкогольную продукцию могут в определенной мере служить образцом для аналогичного подхода к питательным веществам и продуктам питания.
- Любая политика, ведущая к повышению цен на определенные продукты питания без принятия дополнительных мер вмешательства, таких как субсидии на здоровые продукты питания, может рассматриваться как несправедливая.

Все более широкая распространенность, последствия для здоровья и экономические издержки ожирения и избыточного веса делают необходимым определение эффективных мер вмешательства, позволяющих ограничить воздействие этих факторов (1). Несмотря на большое количество предлагаемых мер вмешательства, эффективность экономических инструментов, включая ценовую политику, налоги и материальные стимулы, все еще не изучена должным образом. Тем не менее, эти виды вмешательства частично оказались успешными как средство уменьшения распространенности других явлений, влияющих на здоровье населения, таких как табакокурение и потребление табака, в странах Европейского союза (2). В этой главе обобщаются имеющиеся данные об эффективности экономических инструментов ограничения или уменьшения потребления продуктов питания, особенно пищи, богатой насыщенными жирами. Эта тема нередко вызывает интерес исследователей, занимающихся проблемой борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Высокие показатели ожирения и диабета выявлены среди малоимущего населения во многих странах со средним и высоким доходом. Социально-экономический статус негативно влияет на выбор продуктов и способствует потреблению высококалорийной, но малопитательной пищи, такой как очищенные зерна и продукты с повышенным содержанием сахара и жиров (3–6) (см. главу 12). Обычно это недорогая, удобная в употреблении и вкусная еда. Кроме того, ее стоимость в расчете на энергетическую единицу очень низка. Напротив, более питательные продукты, такие как постное мясо, рыба, свежие фрукты и овощи, обычно стоят дороже (7). Действительно, в ряде модельных исследований и информационных материалов о ценах на продукты питания и наборе приобретаемых товаров и услуг указывается, что малоимущее и безработное население, стесненное в средствах, чаще употребляет недорогую, но малопитательную пищу (6,8) (см. главу 8).

Обзор фактических данных

Литература о влиянии экономических инструментов на потребление продуктов питания подразделяет эти инструменты на две основные категории:

- экономические инструменты, связанные с политикой: налоги, цены, субсидии, вводимые правительствами в масштабах страны или другого макроэкономического пространства;

- локальные, или местные экономические инструменты: цены, материальные стимулы и аналогичные им инструменты, вводимые в действие на микроэкономических пространствах, например в школах, на работе, в ресторанах, кафе и на продовольственных рынках.

Фактические данные об экономических инструментах, связанных с политикой, могут быть прямыми и косвенными. Прямые данные заимствуются из исследований, в которых выявляются причинно-следственные связи между экономическими инструментами (включающими меры целевого вмешательства) и моделями потребления продуктов питания, особенно пищи, богатой насыщенными жирами. Другие виды исследований могут предоставить косвенные данные о соотношении между экономическими инструментами и моделями продовольственного потребления, а именно:

- об экономических инструментах, влияющих на покупку продуктов питания и (вероятно) на потребление менее высококалорийной и более здоровой пищи или воздействующих на потерю массы тела, возможно, связанную с изменением потребления продуктов питания; и
- о связи между экономическими изменениями (выявленными в ходе наблюдательных исследований рыночных цен или налогов, а не в результате целенаправленного воздействия на них) и потреблением продуктов питания (или поведением, которое может повлиять на потребление продуктов, например, на покупку более здоровой пищи), либо изменениями в весе, которые, возможно, являются следствием перемен в потреблении продуктов питания.

Модельные исследования – это количественные имитации того, что может произойти при различных сценариях, таких как введение повышения цен, налогов или субсидий. Хотя в этих исследованиях часто используется актуальная информация о рынке, их результаты не являются примерами из реальной жизни. В то же время они могут содержать в себе выводы о возможном влиянии некоторых предлагаемых мер вмешательства.

Экономические инструменты, связанные с политикой

Прямые данные

До настоящего времени систематические обзоры, рандомизированные контрольные эксперименты и другие интервенционные исследования не выявили прямых свидетельств причинно-следственной связи между экономическими инструментами, связанными с политикой, и потреблением продуктов, богатых насыщенными жирами, или другой пищи с высокой энергетической плотностью.

Косвенные данные

Хотя систематических обзоров по этой теме не проводилось, связь между изменениями или различиями в ценах на продовольственные товары и потреблением продуктов питания или увеличением веса была рассмотрена в двух крупных лонгитюдных исследованиях. Это не целевые экспериментальные интервенции, а наблюдательные исследования, в ходе которых прослеживались отношения между ценами и другими рыночными факторами, и потреблением продуктов или ИМТ (который, вероятно, тесно связан с потреблением) на протяжении времени.

Цены и потребление продуктов питания

Guo et al. проанализировали лонгитюдные данные о ценах на продукты и потребительских привычках 6 667 чел. в городских районах и сельской местности, собранные в 1989–1993 гг. в ходе исследования, посвященного здоровью и питанию населения в Китае (9). Целью исследования была количественная оценка влияния изменений цен в шести группах продуктов (рис, пшеничная мука, серые хлеба, свинина, яйца и пищевые растительные масла) на потребление каждой группы и потребление трех основных макронутриентов (энергии, белков и жира) в каждой социально-экономической группе. В ходе анализа была выявлена существенная и значительная реакция потребления на изменение цен, т. е. ценовая эластичность спроса, измеряемая процентным изменением количества потребляемого продукта питания в ответ на 1%-ное изменение цены на этот продукт.

Приведем пример ценовой эластичности: если 10%-ый прирост цены на продукт приводит к 5%-ому уменьшению потребления этого продукта, то прямая ценовая эластичность спроса на этот продукт составит $-0,5$. Кроме того, перекрестная ценовая эластичность отражает то, как изменения в цене на продукт влияют на потребление других видов продуктов питания, таких как заменители (маргарин вместо масла) или дополнительные продукты, т. е. те, которые чаще всего употребляются вместе с одним из анализируемых продуктов, например, готовые к употреблению каши и молоко. Значительное снижение вероятности потребления и объема потребленных продуктов внутри группы наблюдалось, когда цены на продукты этой группы возрастали. Кроме того, увеличение цен на определенные продукты оказывало дополнительное воздействие на потребление заменителей и дополнительных продуктов. Рост цены на рис способствовал увеличению потребления пшеничной муки и серых хлебов. Рост цены на свинину привел к повышению потребления пшеничной муки, серых хлебов и пищевых жиров, но уменьшил, в частности, потребление яиц и риса. Например, общая перекрестная ценовая эластичность спроса на рис по отношению к потребленной пище составила $0,37$ для серых хлебов и $0,26$ для пшеничной муки. Общая перекрестная ценовая эластичность спроса на свинину составила: $0,21$ для пшеничной муки, $0,36$ для серых хлебов, $0,33$ для пищевых жиров, $-0,93$ для риса и $-0,32$ для яиц.

К уменьшению потребления белка приводило только повышение цены на свинину. Потребление жира сильнее всего реагировало на повышение цен на свинину, особенно среди бедного населения, хотя изменения в потреблении белков и среди бедных, и среди богатых были незначительными и сопоставимыми. Общая прямая ценовая эластичность спроса на продукты для бедных и богатых, соответственно, составила $-0,54$ и $-0,25$ для риса, $-0,54$ и $-0,35$ для пшеничной муки, $-0,09$ и $-0,03$ для серых хлебов, $-0,96$ и $-0,33$ для свинины, $-0,03$ и $-0,40$ для яиц, и $-0,39$ и $-0,47$ для пищевых масел. Средняя эластичность потребления жиров по отношению к ценам на свинину составила $-1,10$ для бедных и $-0,49$ для богатых. Максимальным показателем эластичности потребления белков была эластичность по отношению к ценам на свинину как для богатых ($-0,26$), так и для бедных ($-0,18$).

Авторы (9) отметили, что одной из целей ценовой политики должно быть уменьшение потребления жиров среди богатых без обратного воздействия на потребление белков среди бедных. Несмотря на то, что в данном исследовании были выявлены связи между ценами и потреблением продуктов, оно не было посвящено анализу результатов мер вмешательства в области ценообразования или налогообложения. Как было отмечено авторами, исследование проводилось в Китае в переходный период, в течение которого произошли улучшения в снабжении продовольствием и потреблении во многих регионах (9). Эти улучшения сопровождались увеличением количества продуктов с высоким содержанием жира, переработанных продуктов и возникновением проблем неумеренности в питании. В то же время значительная часть бедного населения Китая продолжала страдать от недостаточного питания и отсутствия продовольственной безопасности. Таким образом, хотя это исследование способствовало расширению знаний о зависимости моделей потребления пищи от изменения цен, условия, в которых оно проводилось, ограничивают значение его результатов для современной Европы.

Цены и увеличение веса

Компания «Rand Corporation» провела проспективное четырехлетнее обсервационное исследование, в котором рассматривалась связь между ИМТ у детей и различиями в ценах на продукты питания, а также плотностью размещения торговых точек (рестораны, магазины бакалейных товаров, магазины товаров повседневного спроса) по месту жительства (10). Исследование основывалось на национальной репрезентативной выборке детей, посещавших детские сады США; сбор данных производился в первый год исследования, а затем спустя три года. В ходе анализа контролировались базовый ИМТ, возраст, реальный доход семьи и социально-демографические характеристики.

Исследователи обнаружили, что более низкие цены на фрукты и овощи позволяют прогнозировать значительно менее высокий прирост ИМТ у детей в период от детского сада до третьего класса школы, причем половина положительных изменений будет приходиться на первый год (10). Снижение цены на фрукты и овощи на 1 SD по всему национальному репрезентативному диапазону цен на фрукты и

овощи приведет к уменьшению ИМТ на 0,114 к третьему классу, причем половина этого результата (0,054) будет достигнута в период между детским садом и окончанием первого класса школы.

Снижение цен на мясо имело противоположный, хотя и менее значительный эффект, который к третьему классу стал несущественным. Не было выявлено какой-либо существенной связи цен на молочные продукты или продукты быстрого питания с плотностью расположения торговых точек и изменениями ИМТ. Исследование не предусматривало сбора данных о потреблении продуктов питания, так что оно не могло подтвердить наличие причинно-следственной связи между ценами на продукты питания, их потреблением и изменениями ИМТ. Авторы пришли к выводу, что географические вариации цен на фрукты и овощи достаточно велики, чтобы объяснить значительную разницу в увеличении ИМТ среди детей младшего школьного возраста в различных районах крупных городов (15).

Модельные исследования

Четыре исследования, используя разные модели, смоделировали эффект от сценариев, затрагивающих налоги и субсидии на продовольствие, в том числе на продукты питания с высоким содержанием насыщенных жиров. В трех из этих моделей в качестве исходных данных использовались реальные рыночные показатели, иллюстрирующие связь между ценами на продукты и уровнем покупок. Только на одну модель имеется ссылка в рецензируемой литературе. Первые два исследования, о которых здесь идет речь, изучали влияние налогов и субсидий на потребление продуктов питания, исходя из сведений, полученных приблизительно от 2 тыс. домашних хозяйств, входящих в репрезентативную группу датских потребителей. Эти исследования помогли выявить эффект адресной ориентации политических мероприятий на конкретные виды продуктов питания, в отличие от ориентации на отдельные нутриенты.

Первая модель ставила целью воспроизвести два основных типа сценария, направленных на снижение потребления насыщенных животных жиров, увеличение потребление клетчатки и снижение потребления сахара (11). В ходе первого комплекса мер вмешательства был изменен налог на добавленную стоимость (НДС) на отдельные виды продуктов: на говядину, жирное мясо, масло и сыр НДС был повышен с 25% до 31% (что привело к росту цены нетто на 4,8%), а на свежие фрукты и овощи, картофель и продукты питания на основе зерновых – снижен с 25% до 22% (в результате цена нетто снизилась на 2,4%). Второй комплекс мер вмешательства предусматривал введение налогов и субсидий по видам нутриентов: налога на насыщенные жиры (7,89 датских крон на 1 кг), субсидии на клетчатку (18 датских крон на 1 кг) и налога на сахар (13,30 датских крон на 1 кг).

Результаты этих мер вмешательства показали, что оба общих подхода приведут к снижению совокупного потребления калорий, хотя эффект мероприятий, основанных на видах нутриентов, будет гораздо более значительным. Кроме того, увеличение НДС на жирное мясо, жиры и сыр уменьшит потребление насыщенных жиров на 5,7%, а введение налога на содержание насыщенных жиров (а не на конкретные продукты питания) уменьшит потребление насыщенных жиров на 9%. Аналогичным образом, потребление клетчатки возрастет сильнее благодаря субсидии на продукты питания в зависимости от содержания в них пищевых волокон, чем от снижения НДС на конкретный продукт: фрукты, овощи, картофель, зерновые продукты. Без налога на сахар, при котором потребление этого продукта падает на 17% и более, все другие сценарии приведут к нежелательному увеличению потребления сахара. Авторы пришли к выводу, что применение НДС при подходе, основанном на типе питательных веществ, будет более эффективным, чем установление НДС для определенных видов продуктов питания (11).

Во втором исследовании моделировалось влияние налогов и субсидий на потребление продуктов питания различными социально-экономическими группами, с использованием четырех сценариев: налог на все жиры, налог на насыщенные жиры, налог на добавленный сахар и субсидии на клетчатку (12). По результатам моделирования для большинства потребителей налог на жир, хотя и уменьшит общее потребление калорий и долю в нем жиров (включая насыщенные), но увеличит долю сахара. Напротив, налог на сахар уменьшит долю сахара в общем потреблении калорий, но увеличит долю жиров. Субсидии на клетчатку будут иметь незначительное или практически нулевое воздействие

на изменение жиров и сахара в общем потреблении калорий. Кроме того, согласно результатам этого моделирования, налог на сахар оказывает наибольшее влияние на молодежь и стариков, малоимущих и сельских жителей. Аналогичным образом, налоги на жиры имеют тенденцию повышать долю сахара в общем потреблении калорий, особенно среди молодых потребителей, малоимущих и сельских жителей. Авторы пришли к выводу, что общие налоги или субсидии на конкретные виды пищевых компонентов не могут решить проблемы пищевого рациона и ожирения среди всех групп потребителей, но могут использоваться в качестве дополнительных мер наряду с другими видами регулирования или информационными кампаниями (12).

В монографии Института фискальных исследований (13) сообщается о результатах моделирования потенциального влияния так называемого налога на жиры в Соединённом Королевстве. Целью моделирования было выявление потенциального дифференцированного воздействия этого налога на приобретение (а не потребление) продуктов питания семьями с разным уровнем доходов. Был введен гипотетический налог на жиры, независимо от дохода семьи, пропорционально уровню содержания в пище каждого из четырех нутриентов: 0,01 ф. ст. на 1 кг насыщенных жиров и мононасыщенных жиров и 0,01 ф. ст. на 1 грамм для натрия (в соли) и холестерина. Моделирование основывалось на структуре покупок продуктов питания в 8 тыс. домашних хозяйств, охваченных Национальным продовольственным опросом 2000 г., о расходах и потреблении продуктов питания в домашних хозяйствах. Данные опроса свидетельствуют о том, что покупки жиров, натрия и холестерина мало различаются с точки зрения спектра доходов (14). Результаты моделирования показали, что объемы закупок этих четырех нутриентов будут изменяться весьма незначительно по шкале семейного дохода, хотя лица с более низким доходом могут покупать продукты с несколько меньшим содержанием жиров и холестерина. Так как налоги будут оказывать лишь минимальное влияние на структуру покупок, налог на жиры должен быть регрессивным, поскольку для малоимущих людей он может составить гораздо большую долю совокупного дохода, чем для людей с более высоким доходом. Эффект варьировал в пределах от 0,7% для доходов беднейших домохозяйств (определенных на уровне 36 ф. ст. в неделю) приблизительно до 0,25% для домохозяйств с медианным уровнем доходов (140 ф. ст. в неделю) и менее 0,1% для доходов богатейших домохозяйств (более чем 519 ф. ст. в неделю). Моделирование так называемого «налога на калории» в 0,01 ф. ст. на 1 тыс. ккал. (4184 мДж), также основанное на данных национального продовольственного опроса, в итоге привело к такому же регрессивному эффекту, в пределах от 0,5% доходов для бедного населения до 0,1% для медианных домохозяйств и 0,05% для самых богатых. Авторы пришли к выводу, что регрессивный характер налога на жиры, по-видимому, сохраняется независимо от того, применяется ли он к содержанию жиров, энергетической ценности питания или к определенным видам продуктов (13).

В другой модели проецировался эффект распространения НДС (17,5%) на главные источники пищевых насыщенных жиров в Соединённом Королевстве. Отметив недостаток данных о ценовой эластичности спроса на конкретные, представляющие интерес продукты, автор (15) предположил, что продукты питания, имеющие близкие заменители, обладают высокой ценовой эластичностью спроса, т. е. небольшие изменения соответствующих цен на близкие заменители могут привести к значительным изменениям в структуре потребления. Продукты питания, у которых есть полные заменители, имеют ценовую эластичность $-0,1$, а продукты с приемлемыми, но не полными заменителями (например, маргарин вместо масла) имеют меньшую ценовую эластичность. Затем автор смоделировал выборочное применение НДС для ряда продуктов с ценовой эластичностью, которую он назвал «разумной», но не подкрепил это утверждение эмпирическими данными: цельного молока $-0,1$; сыра $-0,5$; масла $-0,7$, печенья, булочек, пирожных, выпечки, пудингов и мороженого (все эти продукты могут быть заменены сортами с более низким содержанием насыщенных жиров) $-0,1$. Исходя из этих посылок, применение модели привело к уменьшению потребления пищевой энергии из насыщенных жиров, снижению содержания холестерина в сыворотке крови и сокращению заболеваемости ишемической болезнью сердца. Автор отметил, что польза для здоровья от такого налога, по-видимому, будет прогрессивной, но что сам налог, по-видимому, будет регрессивным. Помимо того, что данная модель не опирается на эмпирические данные о реакции потребителей на налоги, ряд наблюдателей утверждали, что автор сильно завышает оценку ценовой эластичности спроса на эти продукты, что ведет к завышенной оценке потенциальных результатов (16).

Налоги и ценовая политика по отношению к табаку и алкоголю

Исследования налоговой и ценовой политики по отношению к табачной и алкогольной продукции, проведенные во многих странах, убедительно доказали ее влияние на сокращение потребления. Такая политика может служить моделью для снижения потребления продуктов питания, богатых насыщенными жирами, и других высококалорийных продуктов. Тем не менее, некоторые различия между этими продуктами могут ограничить общее распространение этих мер на потребление пищи.

Наиболее успешные меры вмешательства по снижению показателей табакокурения включают в себя сочетание политических мероприятий (рост цен, ограничения на рекламу, ограничения на курение в общественных местах, просветительская работа среди потребителей и специальная терапия по прекращению табакокурения (17)). В обзоре за 2004 г. изучены результаты ряда мер вмешательства по сокращению табакокурения, включая налоговую и ценовую политику, кампании в средствах массовой информации, телефонные «горячие линии», запрет на рекламу и курение в помещении в общественных местах, предупреждения о вреде для здоровья, просвещение в школах и ограничение розничных продаж. Среди них наиболее высокие показатели сокращения табакокурения были выявлены при сочетании существенно более высоких акцизов на сигареты и законов, запрещающих табакокурение в помещении в общественных местах. Основываясь на достаточно согласованных данных многочисленных исследований из ряда стран, обзор показал, что повышение цены на 25% будет способствовать сокращению табакокурения на 7–13%; при этом эффект будет увеличиваться со временем, распространяясь в большей степени на молодежь и малоимущих курильщиков. Значительность эффекта зависит от исходной цены и размера повышения налога (17,18). Комплексный международный обзор аналогичной литературы показал, что повышение цены на 10% уменьшает потребление на 8% в странах с низким и средним доходом (19) и примерно на 4% в странах с высоким доходом (20). В информационном листке Всемирного банка, составленном на основе этих обзоров, повышение налогов занимает верхнюю позицию в списке экономически эффективных мер вмешательства (20).

Обширные данные, которые основаны на анализе рынка, опирающемся на статистику населения, показывают, что рост цен на алкогольные напитки влияет на их потребление, а также на медицинские и социальные проблемы, связанные с алкоголем. Кроме того, эффективными мерами являются усиление контроля над доступом к алкоголю (путем установления минимального возраста, начиная с которого разрешается приобретение алкогольных напитков), государственная монополия розничной торговли, а также ограничение времени и сокращение числа торговых точек (21). Чувствительность потребления к цене зависит от типа алкогольного напитка. В обширном обзоре экономической литературы, посвященной спросу на алкогольную продукцию среди населения, сделан вывод о том, что ценовая эластичность спроса на пиво, вино и чистый спирт составляет соответственно $-0,3$, $-1,0$ и $-1,5$, иначе говоря, потребление пива в наименьшей степени чувствительно к изменению цены, а потребление спирта – наиболее чувствительно (22). Анализ шведских данных о ценах и продажах за 1984–1994 гг. показал, что потребители реагировали на рост цен, изменяя общий объем потребления и варьируя выбор продуктовых брендов. Хотя в качестве ответной реакции на рост цен отмечалось значительное снижение продаж, наличие заменителей по классам качества способствовало снижению этих результатов.

Данные выводы свидетельствуют, что чистое влияние целевой ценовой политики, направленной на снижение потребления алкоголя, будет зависеть от того, как эти политические меры повлияют на уровень цен среди брендов алкогольной продукции (23). В недавнем подробном обзоре показано, что в большинстве экономических исследований, посвященных отношению между ценой и потреблением алкогольных напитков, высказывается общее мнение о том, что рост цен значительно снижает потребление. Этот эффект варьируется в зависимости от таких факторов, как возрастная группа, социально-экономический статус, уровень потребления на начало исследования (умеренное потребление или алкоголизм) и тип напитков (24). Эффект мероприятий по контролю над алкоголем, включая повышение цен, различается по странам и зависит от преобладающей культуры потребления алкоголя и общественной поддержки мер контроля (22).

Применительно к контролю над алкоголем и табаком социальные и культурные факторы оказывают промежуточное воздействие на эффективность экономических инструментов. Данные

о контроле за потреблением как табака, так и алкоголя дают возможность предположить, что наиболее эффективные подходы включают в себя разнообразные меры вмешательства, применяемые одновременно, включая повышение цен и другие рыночные ограничения и мероприятия (22,25).

Локальные экономические инструменты

К локальным, или местным экономическим инструментам относятся цены, стимулы и аналогичные инструменты, применяемые в таких микросредах, как школы, места работы, рестораны, столовые и продовольственные магазины. Данные, обобщаемые в настоящем разделе, свидетельствуют о воздействии этих инструментов, прежде всего, на покупку продуктов питания и снижение веса. Хотя покупка продуктов и снижение веса – не то же самое, что потребление продуктов питания, они могут быть суррогатными показателями потребления или находиться в другой причинно-следственной связи с ним. В литературе на эту тему экономические инструменты включают в себя не только цены, но также специальные купоны на снижение цены, бесплатное или льготное снабжение продуктами питания и другие меры, например премии или подарки.

Несмотря на то, что в ряде систематических обзоров говорится о некоторых исследованиях, посвященных экономическим инструментам воздействия на покупку продуктов питания и снижение веса, ни один из обзоров не содержит новых данных, относящихся к этим инструментам. Кроме того, небольшая группа исследований, охватывающая в основном исследования временных рядов в школах и на работе, содержит данные о том, что снижение цен на фрукты, овощи и другие здоровые легкие закуски в пунктах продажи (торговых автоматах и кафетериях) ведет к повышению объема продаж. Среди немногочисленных исследований, посвященных финансовым стимулам к изменению веса, некоторые показывают кратковременное снижение веса в группах, подвергшихся вмешательству, но нет никаких данных о том, что это снижение будет носить устойчивый характер после прекращения вмешательства.

Систематические обзоры

Роль локальных экономических инструментов в профилактике или контроле над ожирением плохо представлена в систематических обзорах. Лишь в четыре комплексных систематических обзора включены локальные экономические инструменты влияния на потребление продуктов питания или связанное с ним поведение. Как показано ниже, некоторые из обзоров охватывали исследования экономических стимулов, направленных на состояния здоровья в дополнение к ожирению, в то время как другие включали исследования различных типов мер вмешательства, направленных на ожирение, включая экономические. Однако нигде не представлено конкретных результатов комплекса исследований по влиянию экономических мер вмешательства на ожирение. Другие систематические обзоры уделяют основное внимание мерам вмешательства по профилактике и лечению ожирения, но не включают в себя исследований по экономическим мерам вмешательства.

В 2004 г. Агентство США по исследованиям в области здравоохранения и качеству медицинского обслуживания опубликовало подготовленный на основе данных одного из своих практических центров систематический обзор экономических стимулов в области профилактической медицины, охватывающих не только ожирение (26). В этом обзоре отмечается разнообразие местных и локальных, а также других ориентированных на потребителя экономических стимулов, включая оплату наличными, лотереи, купоны на получение товаров и услуг бесплатно или по сниженной цене, подарки, бесплатное или льготное оказание медицинских услуг и возможность избежать воздействия контрстимулов. В этот обзор вошли 47 исследований профилактических стимулов, направленных на потребителя, включая семь, относящихся к ожирению и снижению веса. Из 47 исследований только в четырех оценивались долгосрочные результаты (не включавшие снижение веса); эти исследования показали, что никто из участников не сохранил в дальнейшем уровень достигнутых кратковременных улучшений. В систематическом обзоре (26) был сделан вывод, что экономическое стимулирование потребителя может быть эффективным на короткий срок для простой профилактики, если оно имеет ясные, хорошо сформулированные цели по изменению поведения, но в то же время указывалось, что приведенных доказательств недостаточно, чтобы сделать вывод об эффективности экономических стимулов в содействии долговременному изменению образа жизни. Было также отмечено, что для

потребительских стимулов возможно поведение «доза-ответ» и что порог влияния на реакцию потребительского поведения оказался низким. В обзоре не сделано никаких конкретных выводов в отношении данных об экономических стимулах, касающихся ожирения и снижения веса.

Подготовленный Jain систематический обзор широкого круга вмешательств в области профилактики и снижения ожирения (27) включал небольшую подборку статей по снижению веса на работе, в том числе несколько исследований, где применялись финансовые стимулы. Этот обзор опирается в основном на обзор Katz et al. (28) о мерах вмешательства по контролю над ожирением в школах и на работе. Katz et al. ссылаются на четыре исследования, где применялись финансовые стимулы для содействия, например, участию в занятиях по аэробике, посещению вечерних групповых занятий и достижению целей в области снижения веса. Тем не менее, ни в одном систематическом обзоре не содержится выводов о влиянии этих финансовых стимулов на снижение веса. Кроме того, ни один обзор не охватывал каких-либо исследований финансовых стимулов к изменениям в потреблении продуктов питания и структуре покупок.

Кокрановский систематический обзор, посвященный мерам психологического вмешательства, связанным с ожирением, включал три исследования, охватывавшие местные и локальные экономические стимулы для снижения веса (29). В нем не приводилось данных конкретно по экономическим стимулам, но эти стимулы были объединены в одну группу с исследованиями поведенческих мер вмешательства. В обзоре сделан вывод, что поведенческие и когнитивно-поведенческие меры вмешательства полезны преимущественно тогда, когда они сочетаются со стратегиями по питанию и физическим упражнениям.

Другие обзоры и оценки свидетельствуют об отсутствии экономических мер вмешательства. Еще один Кокрановский систематический обзор мер вмешательства по профилактике детского ожирения не отмечает ни одной экономической меры вмешательства (30). Аналогичным образом, экономические меры вмешательства не вошли ни в проведенную Институтом совершенствования клинических систем (штат Миннесота, США) технологическую оценку разнообразных мер вмешательства в области питания, физической активности и поведения, ни в объемный систематический обзор по профилактике и лечению ожирения, выполненный Шведским советом технологической оценки в здравоохранении (1).

Систематический обзор 2001 г., опубликованный в Новой Зеландии (32), охватывает 75 исследований мер вмешательства в среду проживания (преимущественно в ресторанах, супермаркетах, школах и на рабочих местах), которые направлены на снижение потребления высококалорийных продуктов и воздействие на некоторые другие показатели пищевых привычек. В него не вошли исследования политических мер вмешательства, таких как налогообложение и ценовая политика. Авторы отметили, что качество доступной литературы по мерам вмешательства в среду проживания в целом оставляет желать лучшего. Хотя критерии этого обзора позволяли включить в него исследования мер вмешательства в области ценообразования, выявленное при поиске литературы небольшое количество исследований по ценообразованию в обзор не вошло, так как в них не оценивались изменения в уровне потребления калорий или энергетической плотности, достигнутые в результате воздействия.

Поскольку доступные систематические обзоры в целом не акцентируют внимания на соответствующих исследованиях или не сообщают о них, в настоящей работе было необходимо выявить и обобщить имеющиеся результаты основных исследований по этой теме.

Изменения цен и покупки продуктов питания

Снижение цен (включая специальные купоны) изучалось для таких локальных сфер применения, как торговые автоматы, рестораны, школьные столовые и магазины, где эти меры привели к увеличению покупок фруктов, овощей и закусок с низким содержанием жира. Эффект воздействия экономических инструментов, включая ценовую политику и купоны, на покупку здоровой пищи исследовался в ходе одного рандомизированного контролируемого испытания, одного нерандомизированного контролируемого испытания и шести проспективных исследований временных рядов или неконтролируемых исследований.

В ходе рандомизированного контролируемого испытания, продолжавшегося 12 месяцев, изучалось влияние различного уровня снижения цен на продажи закусок с низким содержанием жира в 55 торговых автоматах в 12 средних школах и 12 компаниях в США (33). Когда в торговые автоматы загружались закуски с низким содержанием жира по цене, на которую была установлена 10%-ная, 25%-ная и 50%-ная скидка, по сравнению с жирными закусками, продажи закусок с низким содержанием жира возрастали соответственно на 9, 39 и 93%. Исследователи также отметили, что если цена на здоровые продукты возвращалась на исходный уровень, их продажи падали также до исходного уровня. В исследовании временных рядов, проведенном в США (34), мера вмешательства, включавшая 50%-ное снижение цен на закуски с низким содержанием жира в девяти торговых автоматах в течение трех недель, выразилась в повышении доли этого типа закусок в общих покупках закусок до 45,8%, по сравнению с периодом до и после применения меры вмешательства, когда эта доля составляла соответственно 25,7 и 22,8%. Общий объем покупки закусок за время проведения эксперимента не изменился.

В ходе нерандомизированного контролируемого эксперимента по снижению цен, когда в одном из ресторанов США в течение четырех месяцев использовались просветительские призывы оздоровительного характера и меры вмешательства (35), одно только снижение цен привело к увеличению покупок некоторых видов здоровой пищи. В исследовании временных рядов, проведенном в столовых США (36), временное снижение цены на фрукты и салат на 50% привело к увеличению их покупок в три раза. В ходе другого исследования временных рядов, проведенного в столовых двух средних школ США (37), 50%-ное снижение цены на свежие фрукты и мелкую морковь привело к четырехкратному увеличению продаж первого и к двукратному увеличению продаж второго продукта. При еще одном исследовании временных рядов в школьных столовых США (38) 10%-ное увеличение цен на продукты с высоким содержанием жира и 25%-ное снижение цен на здоровую пищу привело к средним продажам продуктов с низким содержанием жира на уровне 13% общих продаж. Основываясь на анализе чувствительности, авторы пришли к выводу, что если бы эксперимент не проводился, продажи продуктов с низким содержанием жира составили бы в среднем лишь 9%.

Исследование прерванных временных рядов, проводившееся в одном из супермаркетов США (39), было посвящено изучению эффекта от многопрофильных мер вмешательства, состоящих из поощрения покупки, демонстрации образцов продуктов и предоставления скидок (купонов) на молоко с низкой жирностью, салатные заправки и замороженные десерты. Результаты исследования свидетельствовали об увеличении объема покупок всех этих трех видов продуктов в диапазоне от низкого до среднего уровня, причем наибольший результат пришелся на замороженные десерты. В исследовании не выделялось влияние снижения цен на изменение покупательского поведения. Результатом неконтролируемого эксперимента (40), в ходе которого малоимущие лица пожилого возраста (входящие в группу риска по фактору питания) получали купоны на свежую продукцию фермерских рынков США, стал высокий уровень использования этих купонов и рост численности покупателей на фермерских рынках на 20 тыс. чел. в год в течение пяти лет.

Продовольственное снабжение

Еще одним экономическим инструментом является обеспечение потребителей определенными типами и порциями продуктов питания. Небольшое количество данных, включая результаты нескольких рандомизированных контролируемых испытаний, проведенных группой исследователей США, свидетельствует в пользу применения этого прямого подхода к мерам, содействующим снижению веса.

В ходе одного рандомизированного контролируемого испытания 202 мужчины и женщины были рандомизированы на пять испытательных групп: без лечения, стандартное поведенческое лечение (СПЛ), СПЛ плюс снабжение продуктами, СПЛ плюс меры стимулирования (финансовые премии) и СПЛ плюс меры стимулирования и снабжение продуктами (41). Основным результатом стало то, что снабжение продуктами значительно способствовало снижению веса. За 6, 12 и 18 месяцев снижение веса с применением СПЛ в среднем составило соответственно 7,7, 4,5 и 4,1 кг, а с добавлением

снабжения продуктами – 10,1, 9,1 и 6,4 кг. Стимулы, однако, не повлияли на снижение веса. Оценка, проведенная спустя 12 месяцев неинтервенционного наблюдения за 177 из 202 испытуемых (42), показала, что участники всех испытательных групп вновь набрали вес и смогли сохранить лишь незначительный уровень улучшения, по сравнению с контрольной группой, не проходившей лечения; все пять испытательных групп по сути не отличались друг от друга. Люди, потерявшие вес в результате активных мер воздействия, в последующий период неинтервенционного наблюдения в большей степени сохраняли тенденцию к увеличению физической нагрузки, уменьшению потребления калорий из жирной пищи, улучшению знаний о питании и снижению предполагаемых барьеров для соблюдения необходимых требований.

В следующем эксперименте (43), проведенном той же группой исследователей, 163 женщины с избыточным весом были рандомизированы на четыре испытательные группы: СПЛ с еженедельными встречами в течение шести месяцев, СПЛ плюс структурированная диета и список продуктов, СПЛ плюс диета плюс льготное снабжение продуктами и СПЛ плюс диета плюс бесплатное снабжение продовольствием. Женщины из группы «только СПЛ» потеряли в весе значительно меньше, чем женщины из остальных трех групп, спустя шесть (8,0 кг против 12,0, 11,7 и 11,4 кг соответственно) и 12 месяцев (3,3 кг против 6,9, 7,5 и 6,6 кг соответственно). Разница в потере веса среди остальных трех групп была незначительной, однако можно предположить, что продовольственное снабжение, бесплатное или со скидкой, не представляет собой никакой выгоды в перспективе. В то же время, хотя продовольственное снабжение, похоже, дает результаты при кратковременном снижении веса, основной эффект скорее заключается в структуре питания, которая достижима также и за счет структурированной диеты; кроме того, после завершения эксперимента оказалось трудно поддерживать сниженный вес.

Стимулы для изменения веса

Поиск исследований, посвященных влиянию местных экономических инструментов на снижение веса, привел к выявлению семи рандомизированных контролируемых испытаний и одного нерандомизированного контролируемого испытания. Все они были связаны с конкретными видами экономических стимулов в школах и на рабочих местах, включая бесплатные программы снижения веса (участники которых вносили депозит, возмещавшийся им согласно успехам, достигнутым в ходе программы), вычеты из заработной платы, компенсировавшиеся в случае достижения целей по снижению веса, и денежные премии за достижение результатов в снижении веса.

Во время рандомизированного контролируемого испытания по проверке стимулов для снижения веса (44) 131 сотрудник университета были рандомизированы на четыре программы снижения веса, предусматривавшие индивидуальное либо групповое инструктирование и обязательное либо факультативное посещение. Участники выбирали целевой уровень снижения веса и давали согласие на вычеты со своих платежных чеков, которые должны были быть компенсированы в случае, если целевой уровень будет достигнут. После шести месяцев осуществления программы ее участники потеряли в среднем 5,5 кг. Так как цели и вычеты выбирались, а не назначались случайно, было невозможно независимо оценить влияние финансовых стимулов на снижение веса. Второй эксперимент показал аналогичные результаты (45). В исследованиях, предусматривавших СПЛ (40,41), финансовые стимулы не повлияли на снижение веса. В крупномасштабном рандомизированном контролируемом эксперименте по применению мер вмешательства, направленных на прекращение табакокурения, и контролю за весом (46), 32 компании были рандомизированы на группы, предусматривавшие проведение курсов санитарного просвещения плюс материальное стимулирование на базе заработной платы при самостоятельном выборе целевого уровня снижения веса либо отсутствие мер вмешательства в течение двух лет. Среди 2 041 участника интервенционной группы, потерявших в весе, снижение массы тела в среднем составило 2,2 кг, но значительных результатов для других участников отмечено не было.

В ходе многогруппового рандомизированного контролируемого эксперимента (47) была проведена проверка индивидуальных и групповых материальных стимулов различного масштаба среди

контингента, нуждающегося в снижении веса и состоящего из 89 мужчин в возрасте 35–57 лет, имевших избыточный вес более 13,6 кг на исходном уровне. В начале эксперимента все участники были оштрафованы на 30, 150 или 300 долл. США. Деньги возвращались им постепенно, в виде взносов различной величины (1, 5 или 10 долл. США соответственно) за 0,45 кг сброшенного веса, и так до 13,6 кг. В трех группах применялись индивидуальные, а в трех – групповые финансовые стимулы. Все группы получили комплекты раздаточных материалов по самонаблюдению, диете, физическим упражнениям, самомотивации и др. Эксперимент длился 15 недель, а достигнутые изменения веса оценивались по прошествии года. Во всех шести группах в среднем удалось через год сохранить результаты похудения, с более высокими показателями в тех группах, где финансовые стимулы применялись индивидуально. В Кокрановском обзоре, в который включено это исследование (29), было отмечено, что в нем допускался некорректный отбор участников.

Изучение экспериментов на работе, где использовались поведенческие или финансовые стимулы (различные виды лотереи, денежные призы) проходило в течение 12 месяцев (48). У лиц, проходивших поведенческое консультирование с применением или без применения финансовых стимулов, было отмечено достигнутое в короткий срок снижение жира в организме, но значительных изменений процента жира в массе тела во всех группах спустя 12 месяцев выявлено не было.

В нерандомизированном контрольном эксперименте (49) 1 304 чел. решили участвовать в шестимесячной программе снижения веса, за участие в которой им требовалось либо заплатить 5 долл. США, либо внести депозит в сумме 60 долл. США, возвращаемый при достижении успеха в программе. Средняя потеря веса составила в обеих группах участников 1,8 и 3,6 кг соответственно.

Исследования, отмеченные в этом разделе, не требовали применения специальных методов снижения веса. Лица, сбрасывавшие вес, меняли свои пищевые привычки, характер физической активности или то и другое. В целом данные этих исследований свидетельствуют, что финансовые стимулы существенно не влияют на потерю веса. В большинстве экспериментов финансовые стимулы использовались в сочетании с другими программами, такими как заочная поведенческая терапия и снабжение продуктами питания, что создавало трудности при соотнесении изменений в весе с финансовыми стимулами.

Другие стимулы

В рандомизированном контролируемом испытании по проверке эффективности нефинансовых стимулов (50) 210 студентов были рандомизированы на две группы, для которых предусматривался различный уровень компенсации (дополнительные баллы к экзаменационным оценкам) за участие в добровольной физкультурной программе с целью снижения доли жира в массе тела. После 12 недель эксперимента группа, для которой был установлен повышенный размер поощрения – сумма дополнительных баллов к экзаменационной оценке, – показала более высокую посещаемость и более высокие показатели снижения доли жира в массе тела (3,3%), чем группа, получившая менее высокое поощрение – дополнительные баллы к экзаменационным оценкам (1,4%).

В нерандомизированном контролируемом испытании (51) две начальные школы в г. Лондон с общей численностью учащихся 749 чел. получили возможность выбора – не подвергаться мерам вмешательства, либо участвовать в эксперименте, включающем просмотр видеофильма, героями которого были овощи и фрукты, а также небольшие поощрения: призы или наклейки за употребление фруктов и овощей. В ходе этого исследования были выявлены значительно более высокие уровни потребления овощей и фруктов в течение эксперимента, в период последующего наблюдения и во время пребывания дома. Долгосрочная программа наблюдений за 402 школьниками из трех начальных школ Англии и Уэльса (52), где использовались такие же меры вмешательства, также продемонстрировала значительное увеличение потребления фруктов и овощей.

Выводы

Доступные данные дают возможность предположить – однако не свидетельствуют однозначно – что введение экономических инструментов, особенно в форме налоговой и ценовой политики, способно снизить покупку определенных видов продуктов питания и увеличить покупки других. Необходимы

дополнительные сведения для выявления наиболее подходящих для этих целей национальных и региональных экономических инструментов, увязанных с политическими мероприятиями. В процессе разработки политики было бы полезно учесть следующие замечания, потребности и предложения:

1. Отсутствие эластичности цены на продукты питания может снизить эффект применения экономических инструментов и даже обратить процесс вспять. Любая политика, повышающая цены на популярные, но не полезные продукты, будет без дополнительной поддержки, такой как субсидии на здоровую пищу, рассматриваться как неадекватная.
2. По сравнению с табаком и алкоголем, особые виды продуктов питания, подвергающиеся дополнительному налогообложению или другим видам ценовой политики, очень трудно определить. Необходимы дополнительные исследования для установления критериев и характеристик продуктов, пригодных для налогообложения и субсидий посредством каких-либо форм пищевого профилирования.
3. Прежде чем вводить экономические меры, необходимо оценить реакцию потребителей, административные расходы и интересы коммерческого сектора пищевой промышленности. Следует рассмотреть возможность проведения просветительской кампании одновременно с введением налогообложения или субсидиями на продукты питания.
4. Применение премий и других мер в поддержку потребления здоровой пищи в школах может побудить школьников к более здоровому питанию, способствуя формированию здоровых привычек в раннем возрасте.
5. Доходы от установления налогов на продукты, богатые насыщенными жирами, можно использовать для субсидий на приобретение здоровой пищи или проведение программ по укреплению здоровья.
6. В той мере, в какой разработчики политики предпочитают использовать экономические инструменты в отсутствие достоверных исследований, должен быть проведен перспективный и долгосрочный анализ этих инструментов и их сравнение с альтернативными средствами содействия здоровому питанию и повышения физической активности.

Библиография

1. Östman J et al., eds. *Treating and preventing obesity. An evidence based review*. Weinheim, Wiley-VCH, 2004.
2. *Taxation of tobacco products in the WHO European Region: practices and challenges*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (European Tobacco Control Policy Series, No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e84813.pdf>, accessed 10 May 2007).
3. Darmon N et al. Energy-dense diets are associated with lower diet costs: a community study of French adults. *Public Health Nutrition*, 2004, 7(1):21–27.
4. Darmon N et al. A cost constraint alone has adverse effects on food selection and nutrient density: an analysis of human diets by linear programming. *Journal of Nutrition*, 2002, 132(12):3764–3771.
5. Glanz K et al. Why Americans eat what they do: taste, nutrition, cost, convenience and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 1998, 98(10):1118–1126.
6. Lennernas M et al. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1997, 51(Suppl. 2):S8–S15.
7. Drewnowski A et al. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82(Suppl. 1):265S–273S.
8. Darmon N et al. Do economic constraints encourage the selection of energy dense diets? *Appetite*, 2003, 41(3):315–322.
9. Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition*, 1999, 129(5):994–1001 (<http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/129/5/994>, accessed 10 May 2007).
10. Sturm R et al. Body mass index in elementary school children, metropolitan area food prices and food outlet density. *Public Health*, 2005, 119(12):1059–1068.

11. Smed S et al. Taxing as economic tools in health policy. In: *97th European Association of Agricultural Economists (EAAE) Seminar: the Economics and Policy of Diet and Health, Reading, United Kingdom, 21–22 April 2005*. The Hague, European Association of Agricultural Economists, 2005.
12. Smed S et al. *Differentiated food taxes as a tool in health and nutrition policy*. Frederiksberg, Denmark, Institute of Food and Resource Economics, 2005.
13. Leicester A, Windmeijer F. *The “fat tax”: economic incentives to reduce obesity*. London, Institute for Fiscal Studies, 2004 (http://www.ifs.org.uk/publications.php?publication_id=1797, accessed 10 May 2007).
14. Lechene V. Income and price elasticities of demand for foods consumed in the home. In: *National Food Survey: 2000*. London, Department for Environment Food and Rural Affairs, 2000:89–109 (<http://statistics.defra.gov.uk/esg/publications/nfs/2000/Section6.pdf>, accessed 10 May 2007).
15. Marshall T. Exploring a fiscal food policy: the case of diet and ischaemic heart disease. *British Medical Journal*, 2000, 320(7230):301–304 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7230/301>, accessed 10 May 2007).
16. Kennedy E et al. Commentary: alternative nutrition outcomes using a fiscal food policy. *British Medical Journal*, 2000, 320:304 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7230/301>, accessed 10 May 2007).
17. Joosens L. *Effective tobacco control policies in 28 European countries. A European Network for Smoking Prevention project*. Brussels, The Open Forum, 2004.
18. Levy DT et al. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2004, 10(4):338–353.
19. Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
20. *Tobacco control at a glance*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/AAG%20Tobacco%206-03.pdf>, accessed 10 May 2007).
21. Österberg E. *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>, accessed 10 May 2007).
22. Leung SF, Phelps CE. My kingdom for a drink ... ? A review of estimates of the price sensitivity of demand for alcoholic beverages. In: Hilton ME, Bloss G, eds. *Economics and the prevention of alcohol-related problems*. Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1993:1–32 (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph No. 25. NIH Publication No. 93–3513).
23. Gruenewald PJ et al. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 2006, 30(1):96–105.
24. Chaloupka FJ et al. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research & Health*, 2002, 26(1):22–34.
25. Gilbert A, Cornuz J. *Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82993.pdf>, accessed 10 May 2007).
26. Kane RL et al. *Economic incentives for preventive care. Summary*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2004 (Evidence Report/Technology Assessment No. 101, AHRQ Publication Number 04-E024-1; <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/ecincsum.htm>, accessed 10 May 2007).
27. Jain A. *What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions*. London, BMJ Publishing Group, 2004 (<http://www.unitedhealthfoundation.org/obesity.pdf>, accessed 10 May 2007).
28. Katz DL et al. Public health strategies for preventing and controlling obesity and overweight in school and worksite settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, 2005, 54(RR-10):1–12.
29. Shaw K et al. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (2):CD003818 (<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003818/frame.html>, accessed 10 May 2007).
30. Summerbell CD et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (3):CD001871 (<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001871/frame.html>, accessed 10 May 2007).
31. *Treatment of obesity in children and adolescents*. Bloomington, MN, Institute for Clinical Systems Improvement, 2005.

32. Hider P. Environmental interventions to reduce energy intake or density: a critical appraisal of the literature. *New Zealand Health Technology Assessment Report*, 2001, 4(2):1–80 (<http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/nzhtav4n2.pdf>, accessed 10 May 2007).
33. French SA et al. Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: the CHIPS Study. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(1):112–117.
34. French SA et al. A pricing strategy to promote low-fat snack choices through vending machines. *American Journal of Public Health*, 1997, 87(5):849–851.
35. Horgen KB et al. Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices. *Health Psychology*, 2002, 21(5):505–512.
36. Jeffery RW et al. An environmental intervention to increase fruit and salad purchases in a cafeteria. *Preventive Medicine*, 1994, 23(6):788–792.
37. French SA et al. Pricing strategy to promote fruit and vegetable purchase in high school cafeterias. *Journal of the American Dietetic Association*, 1997, 97(9):1008–1010.
38. Hannan P et al. A pricing strategy to promote sales of lower fat foods in high school cafeterias: acceptability and sensitivity analysis. *American Journal of Health Promotion*, 2002, 17(1):1–6.
39. Paine-Andrews A et al. Health marketing in the supermarket: using prompting, product sampling, and price reduction to increase customer purchases of lower-fat items. *Health Marketing Quarterly*, 1996, 14(2):85–99.
40. Balsam A et al. The farmers' market coupon program for low-income elders. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 1994, 13(4):35–42.
41. Jeffery RW et al. Strengthening behavioural interventions for weight loss: a randomized trial of food provision and monetary incentives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61(6):1038–1045.
42. Jeffery RW, Wing RR. Long-term effects of interventions for weight loss using food provision and monetary incentives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63(5):793–796.
43. Wing RR et al. Food provision vs. structured meal plans in the behavioural treatment of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1996, 20(1):56–62.
44. Forster JL et al. A work-site weight control program using financial incentives collected through payroll deduction. *Journal of Occupational Medicine*, 1985, 27(11):804–808.
45. Jeffery RW et al. Promoting weight control at the worksite: a pilot program of self-motivation using payrollbased incentives. *Preventive Medicine*, 1985, 14(2):187–194.
46. Jeffery RW et al. The Healthy Worker Project: a work-site intervention for weight control and smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 1993, 83(3):395–401.
47. Jeffery RW et al. Monetary contracts in weight control: effectiveness of group and individual contracts of varying size. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51(2):242–248.
48. Gomel M et al. Work-site cardiovascular risk reduction: a randomized trial of health risk assessment, education, counseling, and incentives. *American Journal of Public Health*, 1993, 83(9):1231–1238.
49. Jeffery RW et al. Correspondence programs for smoking cessation and weight control: a comparison of two strategies in the Minnesota Heart Health Program. *Health Psychology*, 1990, 9(5):585–598.
50. DeVahl J et al. Academic incentives for students can increase participation in and effectiveness of a physical activity program. *Journal of American College Health*, 2005, 53(6):295–298.
51. Horne PJ et al. Increasing children's fruit and vegetable consumption: a peer-modelling and rewards-based intervention. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 58(12):1649–1660.
52. Lowe CF et al. Effects of a peer modeling and rewards-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 58(3):510–522.

15. Действия и направления политики, способствующие повышению физической активности

Ключевые положения

- Существует целый ряд экономически эффективных возможностей для содействия повышению физической активности как элемента повседневной жизни в различных средах, особенно на местном уровне и на уровне сообщества.
- Приоритет в процессе дальнейшего развития должны получать меры вмешательства, в достаточной степени показавшие свою эффективность, – такие как физическое воспитание в школе, комплексные подходы на рабочих местах, активные транспортные и градостроительные стратегии, например смешанное землепользование.
- Содействие повышению физической активности требует участия различных секторов и перехода от индивидуальных мер вмешательства к популяционным.
- Будущие меры вмешательства должны систематически оцениваться и иметь адекватную продолжительность.
- Комплексные меры вмешательства и эксперименты в естественной среде требуют развития инновационной структуры исследований и методов оценки.

Во многих областях исследований по тематике практического здравоохранения оценка данных, прежде всего с точки зрения эффективности, представляет собой серьезную проблему. Это особенно справедливо для физической активности, применительно к которой более широкое осознание ее связи с условиями среды является сравнительно новым и быстро развивающимся аспектом, требующим новых инструментов и методов для понимания характера наблюдаемых отношений, таких как, например, связь между пешеходной доступностью микрорайона и уровнем физической активности жителей.

В настоящей главе рассматриваются данные об эффективности стратегий содействия повышению физической активности. Такое содействие можно осуществлять целенаправленно, или напрямую: обычно сектор здравоохранения действует посредством мер вмешательства, направленных на укрепление здоровья. Содействие также может осуществляться в скрытой форме, или косвенно, когда другие министерства или сектора осуществляют действия, влияющие на уровень физической активности, независимо от основной цели вмешательства. Например, создание «низкоскоростных» зон для повышения безопасности на дорогах может способствовать развитию велосипедного транспорта и пешеходного движения.

Был проведен обзор литературы с целью сбора и обобщения данных, содержащихся в рецензируемых статьях (включая эпидемиологические исследования и обзоры) и относящихся к содействию повышению физической активности в Европейском и других регионах ВОЗ, с упором на текущую оценку мер вмешательства и программ, прямо или косвенно свидетельствующую о повышении физической активности индивидов (взрослых и детей) и групп населения.

Меры вмешательства, направленные на содействие повышению физической активности

В настоящей главе представлены текущие данные об эффективности мер вмешательства, направленных на содействие повышению физической активности. Глава состоит из двух частей. Первая часть посвящена новейшим систематическим обзорам; вторая, гораздо большая по объему, рассматривает результаты по сферам применения и секторам: транспорт; градостроительство и жилищное строительство; досуг и спорт; сфера образования; рабочие места; и услуги здравоохранения (включая неопубликованные данные), – и обсуждает их значение для дальнейших исследований.

Результаты систематических и других обзоров

Sallis et al. (1) отрецензировали семь опубликованных оценок средовых и политических мер вмешательства, направленных на содействие повышению физической активности, и показали, что два исследования (2,3), направленные на поощрение пользования лестницами в общественных местах, оказались эффективными. Kahn et al. (4) провели систематический обзор 14 исследований в аспекте эффективности их информационных, поведенческих, средовых и политических подходов, направленных на содействие повышению физической активности, и сошлись во мнении с Sallis et al. по вопросу об эффективности информационных мер вмешательства, поощряющих пользование лестницами (2,3); впоследствии этот подход был рекомендован Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (5). Kahn et al. также обнаружили, что три меры вмешательства поведенческого и социального характера – физическое воспитание в школах, социальная поддержка в условиях сообщества и индивидуально адаптированные изменения в поведении, влияющем на состояние здоровья, – и одна мера средового и политического вмешательства – создание площадок для физической активности или улучшение доступа к ним в сочетании с информационным охватом населения – оказались эффективными (4).

Foster и Hillsdon (6) провели систематический обзор исследований, в которых: применялись средовые меры вмешательства, направленные на содействие оздоровительной физической активности; производилось изменение физической среды путем создания новых объектов, стратегий и механизмов поддержки физической активности, направленной на укрепление здоровья, и использовались элементы среды для оказания воздействия на выбор активности с помощью учебных материалов. Исследования, посвященные средовым изменениям, показали небольшое увеличение объема физической активности, направленной на укрепление здоровья, однако сравнительная оценка степени влияния среды и индивидуального выбора не производилась. В нескольких исследованиях, построенных по схеме «до–и–после», наблюдался незначительный эффект простых изменений среды в стимулировании пользования лестницами вне дома или при посещении магазинов.

Matson-Koffman et al. (7) составили обзор 129 исследований политических и средовых мер вмешательства, направленных на повышение физической активности или улучшение качества питания. Они пришли к выводу, что политические и средовые стратегии способны стимулировать физическую активность. Меры вмешательства, по которым имеются наиболее убедительные данные, включают побуждение к пользованию лестницами, обеспечение доступа к местам и возможностям для физической активности, физическое воспитание в школе с привлечением квалифицированных преподавателей физкультуры и при увеличении продолжительности физической активности школьников, а также комплексные методы, применяемые на рабочих местах, включая санитарное просвещение, поддержку физической активности со стороны коллег и руководства, финансовые стимулы и доступ к тренировочным залам. Авторы предложили определить в ходе дальнейших исследований долгосрочную эффективность различных мер вмешательства по отношению к разным группам населения и выделить шаги, необходимые для их успешного осуществления.

В Кокрановском обзоре, посвященном мерам вмешательства, способствующим повышению физической активности, Hillsdon et al. (8) пришли к выводу, что такие меры вмешательства оказывают умеренное влияние на самооценку показателей физической активности и здоровья сердечно-сосудистой системы и дыхательного аппарата, но не достигают целей, поставленных разработчиками. Они также отметили, что можно сделать только ограниченные выводы об эффективности индивидуальных компонентов этих мер вмешательства, в связи с многопрофильностью исследований.

Cavill и Foster (9) провели обзор эффективности мер вмешательства по содействию повышению физической активности на уровне местного сообщества. Они выделили четыре типа подходов: комплексный интегрированный подход на уровне сообщества (включая крупномасштабные программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, такие как эксперимент «Stanford Five City Trial»), кампании на уровне сообществ с использованием средств массовой информации, подходы на уровне сообществ с применением индивидуализированных методов, а также подходы на уровне сообществ, направленные на изменение среды проживания. Они пришли к выводу, что хотя в результате крупномасштабных кампаний на уровне сообществ удалось добиться некоторых положительных результатов, эти кампании не оказали влияния на уровне популяции. Программы

меньшего масштаба, применявшие на уровне сообществ методы изменения поведения, обычно используемые в первичной терапии, достигли более значительного положительного эффекта. Кроме того, несколько более успешными были кампании, имевшие широкий резонанс.

Zimring et al. (10) составили обзор данных, показывающих связь проектных характеристик объекта и сферы его предполагаемого использования с физической активностью. По-видимому, особенно значимым фактором является индивидуальная мотивация к повышению физической активности, и об этом следует помнить при планировании мер вмешательства. Zimring et al. (10) выделили несколько видов физической активности: «рекреационный» – с целью развлечения, физической тренировки и получения удовольствия; «инструментальный» – результат повседневной рутинной деятельности (ходьба пешком на работу и с работы, пользование лестницами в здании); и «смешанный», когда человек решает стать физически более активным в повседневной деятельности, например пользуется лестницей, а не лифтом, и т.п., не думая в первую очередь о физической тренировке или о пользе для здоровья.

Авторы обзоров приходят к выводу, что хотя некоторые меры вмешательства выглядят многообещающе, у них имеются многочисленные методологические и другие недостатки, среди которых главным является отсутствие механизма оценки или недостаточная оценка мероприятий. Hillsdon et al. (8) отметили, что меры вмешательства были многопрофильными, а большинство экспериментов продолжалось не больше года, что создавало трудности в оценке перспективного эффекта этих мер (11). Ogilvie et al. (11) подчеркивают, что многие меры вмешательства, в том числе естественные эксперименты, зачастую не оцениваются должным образом. Таким образом, большинство рецензентов призывает улучшить оценку влияния этих мер на здоровье населения путем использования хорошо спланированных долгосрочных (а при необходимости – контролируемых) исследований. В ходе этих исследований следует применять разнообразные методы оценки для обеспечения широких возможностей выявления предполагаемых причинно-следственных связей между комплексными мерами вмешательства и их эффектом.

В результате в систематических обзорах выявлены убедительные доказательства эффективности следующих мер вмешательства: физического воспитания в школе с привлечением квалифицированных преподавателей физкультуры; призывов чаще пользоваться лестницами; социальной поддержки в условиях сообщества и индивидуализированные изменения в поведении, связанном со здоровьем; комплексных подходов на рабочих местах; и обеспечении или повышении доступа к местам для физической активности в сочетании с информационным охватом населения. Небольшой объем данных свидетельствует в пользу положительной связи между особенностями планировки городских территорий (плотность застройки в жилых кварталах, сообщение между улицами, смешанное землепользование) и физической активностью, связанной с транспортом (12), а также подтверждает связь между субъективно воспринимаемыми и объективными атрибутами среды проживания (эстетический уровень, удобство (наличие тротуаров), доступность (зеленое пространство), безопасность и надежность), с одной стороны, и повышением физической активности – с другой.

Распределение результатов по сферам применения и секторам

В последующих разделах освещается опыт осуществления мер вмешательства на транспорте, в градостроительстве и жилищном строительстве, сфере досуга и спорта, образовательных учреждениях, на работе, при оказании медицинских услуг и в политической среде.

Транспорт

Проведенная в Соединённом Королевстве работа по расчету соотношения между числом дополнительных лет жизни, приобретенных в результате полезной для здоровья езды на велосипеде, и годами, потерянными в связи с гибелью велосипедистов на дорогах (13), подтверждает результаты предыдущего исследования, по данным которого польза для здоровья, получаемая от езды на велосипеде, значительно превышает риск для здоровья (несчастные случаи на дороге, вред от вдыхания выхлопных газов) (14). Транспортная политика, разработанная с целью содействия езде на велосипеде и для повышения ее безопасности, способна еще больше повысить данный коэффициент

(15). Эти оценки подкреплены результатами исследований, рассматривающих связь между физической активностью, связанной с транспортом, и состоянием здоровья, которые показали, что регулярная ходьба и езда на велосипеде (например, при поездках на работу из пригорода) позитивным образом влияют на здоровье (16,17). Например, в Дании наблюдения за когортой из 30 тыс. человек в течение 14,5 лет показали, что в группе физически активных людей показатели смертности намного ниже, чем в группе физически неактивных. В частности, среди тех, кто не ездил на работу на велосипеде, уровень смертности оказался выше на 39%, чем среди тех, кто это делал, независимо от других видов физической активности во время досуга и других исследуемых факторов (вставка 15.1.) (16).

Предположение, что рост численности велосипедистов и пешеходов приведет к повышению числа дорожно-транспортных происшествий, не подтвердилось в ходе сравнения европейских стран (20). Как показано на рис. 15.1, рост активного транспорта скорее ассоциируется со снижением количества смертей в транспортных авариях, позволяя сделать вывод, что присутствие пешеходов и велосипедистов повышает внимательность водителей, а также что политика разделения моторизованного и немоторизованного видов транспорта эффективна (20). По оценкам, в Европейском регионе количество смертей, связанных с гиподинамией, в пять раз превышает количество смертей в дорожно-транспортных происшествиях (21,22).

Вставка 15.1. Города велосипедистов: Оденсе (Дания) и Санднес (Норвегия) (18,19)

В период с 1999 по 2002 г. город Оденсе в Дании был официально объявлен Национальным городом велосипедистов. К концу 2002 г., по данным Главного статистического управления Дании, использование велосипедов в этом муниципалитете возросло на 20%, что соответствует одной из целей проекта. Даже при том что использование велосипедного транспорта в Оденсе значительно возросло, в ходе проекта удалось снизить количество ДТП с участием велосипедистов на 20%, по сравнению с 1996–1997 гг. Кроме того, по оценкам, удалось сэкономить 4,4 млн. евро для нужд здравоохранения, в основном благодаря повышению безопасности и уменьшению количества случаев неинфекционных болезней. Все эти цели были достигнуты в течение трех лет.

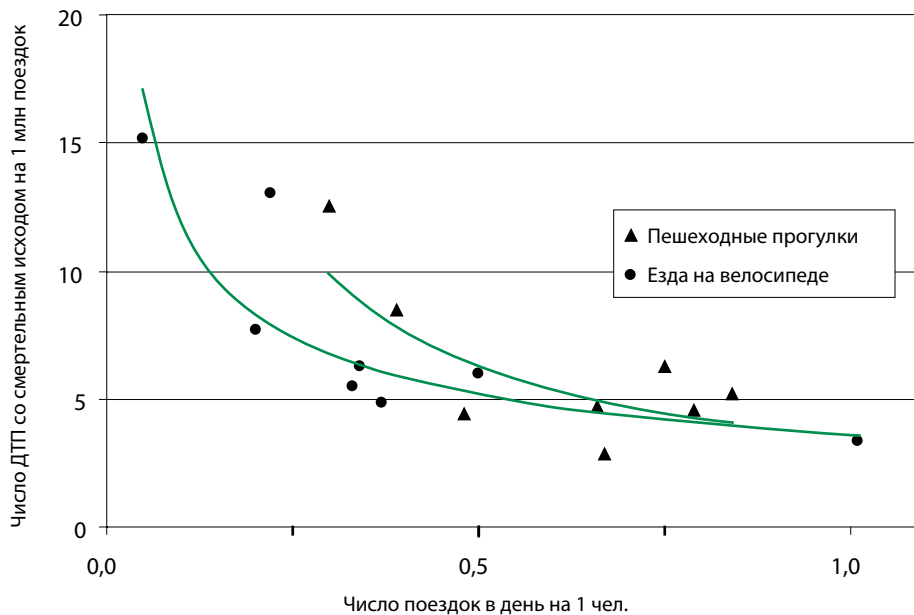
В городе Санднес в Норвегии «велосипедные» инициативы сочетали пропаганду активного образа жизни с экологическими мероприятиями. Являясь частью городского транспортного плана, этот проект был начат при поддержке Министерства по охране окружающей среды и Директората общественных дорог: «Санднес будет «городом велосипедистов» в Норвегии. Проект будет развивать в Санднесе велосипедный транспорт в качестве альтернативы автомобилям. В Санднесе есть много отдельных пешеходных и велосипедных дорожек, но они не связаны между собой. Главной целью является увеличение протяженности существующей дорожной сети путем строительства новых дорог и соединения их друг с другом».

Благодаря содействию развитию велосипедного транспорта в противоположность автомобильному проект не только побуждал людей к активному передвижению, но и привлек их внимание к тому, что автомобили наносят окружающей среде значительный вред. Кроме того, целью проекта была подготовка города к изменениям путем создания условий, отвечающих требованиям велосипедистов. Выражалась надежда, что Санднес станет городом, «более благоприятным для велосипедистов, с устойчивой культурой велосипедного транспорта» (18).

Повышение физической активности при помощи активного транспорта

Ogilvie et al. (11) провели систематический обзор наилучших доступных данных об эффективности мер вмешательства на уровне популяции с целью содействия переходу от использования автомобилей к передвижению пешком и на велосипеде. Из 22 исследований, соответствовавших критериям включения в обзор, в четырех отмечался значительный положительный эффект, полученный от следующих мероприятий:

Рисунок 15.1. Уровень передвижения пешком и на велосипеде и число ДТП со смертельным исходом в восьми странах Европы, 1998 г.



Источник: Jacobsen (20).

- пакет самопомощи «Walk In to Work Out» (Глазго, Шотландия) (см. раздел об инициативах на работе);
- программа «TravelSmart» (Перт, Австралия), целью которой были изменения в поведении;
- программа, осуществленная в Калифорнии, США, в рамках которой предлагались субсидии персоналу, добравшемуся до работы с помощью средств, альтернативных автомобилю;
- открытие железнодорожной станции в г. Ворхаут, Нидерланды.

В рамках Европейского кардиологического исследования среди молодежи Cooper et al. (23) обследовали 300 учащихся начальной школы с помощью акселерометра, измеряющего поминутную физическую активность. Исследователи пришли к выводу, что дети, ходившие в школу пешком, были значительно активнее физически, чем те, кого привозили на машине. Езда на велосипеде ассоциировалась с более высокой общей физической активностью только среди мальчиков (вставка 15.2).

Вставка 15.2. Проекты TravelSmart в Соединённом Королевстве

Неправительственная организация (НПО) Sustrans приступает к широкомасштабному осуществлению TravelSmart – инновационной программы на уровне сообществ, целью которой – изменить практику передвижения людей (24). TravelSmart ориентирована на домохозяйства и предусматривает адресную информацию и поддержку, позволяющую людям чаще ходить пешком, ездить на велосипеде и пользоваться общественным транспортом в рамках процесса, известного как «индивидуализированный маркетинг передвижения».

Sustrans работает над четырьмя проектами TravelSmart, охватывающими более 60 тыс. домохозяйств, включая крупномасштабные индивидуализированные программы по маркетингу передвижения в Вустер и Питерборо, в рамках программ «Город устойчивого транспорта». Восемь проектов TravelSmart, завершённых в период 2003–2005 гг. и охватывавших 15 тыс. домохозяйств, позволили сократить поездки на автомобиле на 9–14% благодаря пропаганде передвижения пешком, езды на велосипеде и пользования общественным транспортом, осуществлявшейся непосредственно в домохозяйствах.

Экономическая эффективность активного транспорта

Анализ затрат и выгод от создания сети пешеходных и велосипедных дорожек в трех городах Норвегии учитывал некоторые результаты оздоровительного воздействия передвижений пешком и на велосипеде, а также барьерный эффект, связанный с автомобильным транспортом. Итогом этой работы стали показатели чистого соотношения «выгода–затраты», составившие, соответственно, 4, 14 и 3 для трех городов, охваченных исследованием, что свидетельствовало о целесообразности инвестирования в пешеходную и велосипедную инфраструктуру (25). Оценка оздоровительного эффекта езды на велосипеде, проведенная в Соединённом Королевстве, показала, что ежегодная чистая прибыль составляет 500 ф. ст. (около 740 евро) на человека, едущего на работу на велосипеде, в год (26). Анализ нескольких примеров из опыта Швейцарии позволил сделать вывод, что инвестиции в велосипедную и пешеходную инфраструктуру дают гораздо более высокую рентабельность, чем сопоставимые вложения в инфраструктурные проекты, связанные с автомобильными дорогами или общественным транспортом (27). Wang et al. (28–30) оценили стоимость инвестиций в строительство дорожек для пешеходов и велосипедистов в штате Небраска, США. Они обнаружили, что даже несмотря на то, что изменение окружающей среды с целью создания условий для физической активности может потребовать значительных затрат ресурсов, строительство велосипедных и пешеходных дорожек способно оказаться экономически выгодным для здоровья населения, поскольку прямая польза для здоровья перевесит объем затрат на создание дорожек (30). Эти исследования и недавно разработанные инструкции по проведению анализа эффективности инвестиций в велосипедный транспорт (31) могут быть использованы для поддержки мер содействия передвижению пешком и на велосипеде, а также для интегрирования этих видов передвижения с общественным транспортом.

Качество среды

Humpel et al. (32) провели обзор 19 количественных исследований, в которых рассматривалась взаимосвязь между физической активностью и субъективно воспринимаемыми и объективными атрибутами физической среды проживания. Такие атрибуты, как соответствие эстетическим требованиям, удобство и доступность, ассоциировались с возрастающей вероятностью физической активности (см. также главу 11). Saelens et al. (33) и Owen et al. (34) повторили эти выводы, придя к заключению, что соответствие эстетическим требованиям, субъективное удобство окружающей среды для передвижения пешком (тротуары и дорожки), доступность пунктов назначения (супермаркетов и парков) и субъективное восприятие дорожного движения и загруженности дорог ассоциируются с передвижением пешком в определенных целях. Эти выводы также имеют отношение к градостроительству и жилищному строительству.

Градостроительство и жилищные аспекты

Изменения в характере землепользования и архитектурной среды потенциально способны повысить физическую активность населения (35). Badland и Schofield (12) полагают, что в долгосрочном периоде такие изменения могут привести к значительной пользе, например к снижению затрат на здравоохранение, инфраструктуру, к уменьшению интенсивности дорожного движения и снижению загрязнения окружающей среды.

Проектирование и строительство

Несколько авторов провели обзор взаимоотношений между физической активностью и архитектурной средой; большинство из них подробно рассмотрели положительную связь между физической активностью и ключевыми факторами, такими как субъективное восприятие доступа, реальный доступ, пешеходная доступность микрорайона и соответствие эстетическим требованиям (32,33). Badland и Schofield (12) провели обзор имеющихся данных о различных аспектах городского дизайна и физически активном поведении. Они пришли к выводу, что смешанное землепользование – это переменная городского дизайна, в наибольшей степени влияющая на пешеходную доступность микрорайона, что, в свою очередь, способствует повышению физической активности (33,36,37). Этот вывод поддержан в двух исследованиях. Исследование в Австралии (37) показало, что для мужчин и

женщин, сообщивших о повышении удобства окружающей среды для передвижений пешком в своем микрорайоне, в два раза выше вероятность увеличения пеших прогулок. Исследование в Южной Калифорнии, США (38) показало, что жители микрорайонов, где состояние тротуаров и велосипедных дорожек хорошее, с большей вероятностью выполняют рекомендацию о ежедневной обязательной 30-минутной физической нагрузке.

Интервенционное исследование освещения улиц в Лондоне, Соединённое Королевство (39), обнаружило, что улучшение освещения улиц значительно повышает уверенность населения и повышает интенсивность использования улиц в темное время и передвижений пешком вообще. Исследования Blamey et al. (2) и Brownell et al. (3) были посвящены использованию лестниц индивидами и убедительно показали, что простое и очень недорогое вмешательство смогло значительно увеличить физическую активность в общественных местах: к зданиям в обоих экспериментах примыкали лестницы и эскалаторы; после того как были установлены указатели, побуждающие пользоваться лестницами, наблюдаемые показатели подъема по ним примерно удвоились в обоих экспериментах и уменьшились, когда указатели сняли (вставка 15.3).

Наконец, важным стимулом для повышения физической активности у детей является доступность игровых площадок и других территорий для игр. В Гамбурге, Германия, межсекторальная инициатива Moving Kids, разработанная департаментами здравоохранения, парков и дорог, городскими и районными планировщиками и ландшафтными дизайнерами – ориентирована на детские сады и способствует развитию территорий для игр и физической активности, предлагающих детям разнообразные возможности (42). Среди элементов этого проекта – перепланировка игровых площадок и разработка новых форм гимнастики для родителей и детей.

Борьба с малоподвижным образом жизни в домашних условиях

Один из факторов, связанных с сидячим образом жизни, низким уровнем физической активности и ожирением, – это проведение времени перед экраном телевизора (43). Три рандомизированных контролируемых эксперимента в школах США были направлены на сокращение времени, проводимого перед телевизором, в рамках более широкой инициативы по укреплению здоровья, включающей

Вставка 15.3. Программа «Finland on the Move»: пилотное исследование

В рамках пилотной программы «Finland on the Move» прошла проверку модель содействия повышению оздоровительной физической активности путем финансовой, коммуникационной, учебной и консультационной поддержки целого ряда малых и средних местных проектов. Программа доказала, что она является реально осуществимой, рентабельной и позволяет добиться успеха в разработке и реализации новых мер вмешательства в сфере физической активности на низовом уровне (40).

Характерные черты успешных проектов включали: удачно сформулированную основную идею, реалистичные цели, широкое одобрение, четкие отличительные особенности, подлинную заинтересованность в осуществлении, ориентацию на целевые группы, мониторинг, чувствительный даже к незначительным изменениям, разделение активности на фазы, целенаправленную финансовую поддержку, сочетание индивидуальных подходов с подходами на уровне сообщества, а также специальную подготовку персонала. Данная модель была выбрана в качестве рамочной для последующего осуществления национальной программы «Fit for Life» (41).

В течение первой пятилетней фазы программы на 855 проектов было выделено около 2 млн. евро. Хотя достоверные научные данные, свидетельствующие о росте физической активности или улучшении состояния здоровья на уровне популяции, отсутствуют, недавно проведенная внешняя оценка свидетельствует о широком спектре положительного воздействия программы «Fit for Life»: накоплении потенциала нового сотрудничества, совершенствовании предпосылок для физической активности, повышении осведомленности населения, активизации ранее неактивных лиц среднего возраста и формировании новых услуг в области обеспечения физической активности (41).

повышение физической активности; в результате были достигнуты успехи в изменении привычки к просмотру телепередач путем санитарного просвещения и развития практических навыков с целью расширения знаний и осведомленности (44–46). Необходимы дальнейшие исследования для выявления долгосрочных результатов, таких как потенциальное повышение физической активности, связанное с уменьшением времени, проводимого перед телевизором, среди маленьких детей (46).

Досуг и спорт

Регулярное участие в спортивных мероприятиях положительно влияет на здоровье населения и является важным способом содействия укреплению здоровья (47). Вместе с тем, обсуждая вопрос о среде, в которой происходило успешное осуществление политики в области повышения физической активности в Финляндии, Vuori et al. (48) полагают, что за последние 20 лет центр тяжести сместился от соревновательного и элитного спорта в сторону оздоровительной физической активности для всех. Межсекторальная политика привела к устойчивым изменениям в общественном финансировании спортивных организаций и услуг и строительству спортивных сооружений; были успешно осуществлены три пятилетние национальные программы содействия повышению физической активности. Появились новые возможности для физической активности, укрепились инфраструктура и сеть предоставления услуг. В Нидерландах центр тяжести также сместился с организованного спорта в сторону «спорта для всех» (49) с целью укрепления местной спортивной инфраструктуры для поддержки как внутренних, так и социальных целей спорта, использования этой инфраструктуры в решении местных социальных задач и формирования связей между различными поставщиками спортивных услуг на местном уровне, а также между ними и другими секторами, имеющими отношение к спорту, такими как образование, организация досуга и отдыха, социальное обслуживание и здравоохранение.

В США Evenson et al. (50) описали (посетив учреждения и проведя телефонный опрос) степень общественной доступности школьных физкультурных сооружений и причины, по которым эти сооружения недоступны для основной массы населения, а также выявили препятствия на пути обеспечения широкой доступности физкультурных сооружений и связанную с ней пользу. Эти препятствия одинаковы для всех европейских стран: обычно сооружения были доступны только для учащихся; существовали определенные требования к надзору и персоналу, а также ограничения, связанные с безопасностью, страхованием и обязанностями пользователей; некоторые сооружения находились в частной или церковной собственности. Evenson et al. (51) пришли к выводу, что наиболее распространенными преимуществами от предоставления населению доступа к школьным физкультурным сооружениям было то, что они становились местом, где молодежь могла проявлять активность, а это создавало хорошую репутацию для школы.

Сфера образования

Школа – идеальное место для улучшения здоровья детей и подростков (см. главу 8). К сожалению, многие меры вмешательства были разделены на отдельные проекты. Серьезными проблемами являются интегрирование мероприятий, содействующих укреплению здоровья, в систему школьного образования, а также планирование и координация мер вмешательства с тем, чтобы они были направлены на удовлетворение конкретных потребностей (51). Школы могут содействовать повышению физической активности среди детей и подростков, используя различные подходы, как это описано ниже. Для обеспечения значительного воздействия на поведение, связанное со здоровьем, следует, по-видимому, сочетать два или более подходов (52).

Увеличение объемов контролируемого физического воспитания

Для значительной части детей уроки физкультуры – основная возможность проявлять умеренную или интенсивную физическую активность (53). Уровень физической активности в школах может быть повышен путем увеличения доли уроков физкультуры в программе или с помощью внепрограммных контролируемых занятий, таких как физкультурные клубы, функционирующие в обеденный перерыв, или занятия после уроков.

Если физическая активность в школах – единственный способ увеличить физическую активность детей, то требуемые объемы активности достаточно велики. Эксперименты с умеренными объемами (три занятия по 30 минут еженедельно) редко приводили к увеличению общей физической активности или уменьшению ожирения (52). Содержание занятий – тоже очень важный фактор, поскольку хорошо спланированное физическое воспитание способно улучшить навыки и физическую самооценку детей, что может привести к увеличению физической активности во время досуга (53).

Повышение неконтролируемой физической активности в школах

Во многих странах у школьников больше времени отводится на перерывы между занятиями, чем на уроки физкультуры. К сожалению, в течение этих перерывов количество времени, уделяемого активным действиям, зачастую очень невелико (54).

Совершенствование внешней среды, сооружений и оборудования в школьных дворах (для игры в мяч и лазания), возможно, поможет увеличить физическую активность во время перемен. Проблемой остаются буллинг, травматизм и недостаток должного контроля, за что школа может нести ответственность. В Финляндии Министерство образования выделило финансовую поддержку местным сообществам на строительство спортивных сооружений (игровых площадок для неорганизованной физической активности детей и подростков) в микрорайонах, например, в школьных дворах. В дополнение к активности на переменах, физические упражнения могут быть включены в уроки музыки (в виде танцев) и биологии (экскурсии на природу или в городские парки).

Активный транспорт от дома до школы

Дети и подростки, которые ходят в школу пешком или ездят на велосипеде, демонстрируют повышенные значения показателей средней и высокой физической активности, по сравнению с теми, кто ездит в школу на машине, автобусе или поезде (55). Главными препятствиями к тому, чтобы ходить в школу и из школы пешком или ездить на велосипеде, являются, по мнению детей и родителей, большие расстояния, опасность, связанная с дорожным движением, плохая погода и страх перед преступностью (51). Эти барьеры могут быть преодолены с помощью различных мер вмешательства, включая решения в области организации внешней среды, содействующие повышению безопасности пешеходов и велосипедистов (такие как мероприятия по снижению интенсивности движения, строительство тротуаров, безопасные переходы), сопровождение детей взрослыми, которые также идут пешком или едут на велосипеде вместе с детьми, санитарное просвещение в классе, выпуск информационных бюллетеней и проведение соревнований среди учащихся, которые постоянно ходят в школу пешком или ездят на велосипеде (56).

Примером успешной инициативы по организации активного передвижения из дома в школу и обратно является проект «Safer Routes to School» («Безопасная дорога в школу») (вставка 15.4). Например, «пешеходные автобусы», где взрослые сопровождают группу детей, идущих в школу по определенному маршруту, подбирая дополнительных «пассажиров» на «остановках» по пути, быстро распространились по всему Соединённому Королевству и все шире используются в других европейских странах, в частности в Италии, где в нескольких городах проводились эксперименты с «пешеходными автобусами» (см. главу 13).

Вставка 15.4. «Безопасная дорога в школу», Соединённое Королевство

В школе Св. Луки в Ланкашире есть рабочая группа по составлению плана перевозки учащихся, которая проводит регулярные совещания (57). Она ставит целью снижение доли учащихся, доставляемых в школу и из школы на машине на 1/3 в течение двух лет, и увеличение доли школьников, пользующихся велосипедом, с 0 до 5% за тот же период. В момент утверждения плана в марте 2004 г. доля школьников, доставляемых на автомобиле, составляла 57%. В декабре 2004 г. рабочая группа пересмотрела план и повторно провела опрос учеников. Был отмечен рост числа учащихся, которые ходят в школу и из школы пешком, с 43 до 53% при соответствующем снижении численности учащихся, доставляемых на автомобиле, с 57 до 47%. На момент проведения опроса использование велосипедов не возросло, однако это, возможно, было связано с тем, в какое время года проводилось исследование.

Рабочие места

Большинство взрослых проводят большую часть своего времени вне дома, на работе. Таким образом, рабочие места представляют собой важную сферу для реализации возможностей физической активности (см. также главы 11 и 13). Содействие укреплению здоровья и оздоровлению рабочей среды – одна из приоритетных целей Глобальной стратегии ВОЗ по гигиене труда для всех (58).

Повышение физической активности на рабочем месте

Систематический обзор Dishman et al. (59) показал, что сделать определенные выводы о мерах вмешательства, направленных на стимулирование физической активности на рабочем месте, трудно в связи с неудовлетворительными результатами и методологическими проблемами. Напротив, Proper et al. (60) обнаружили убедительные данные, свидетельствующие о позитивном влиянии мер вмешательства на физическую активность и заболевания опорно-двигательного аппарата, а также ограниченные данные о положительном воздействии на утомляемость. Нет данных, свидетельствующих о влиянии на общее физическое состояние или на другие аспекты здоровья. Целью новейшего систематического обзора, выполненного Engbers et al. (61), была оценка влияния программ укрепления здоровья на рабочем месте, которые включали изменение среды в отношении нескольких факторов, включая физическую активность: из 13 экспериментов три были посвящены физической активности, однако результаты оказались неубедительными.

Что касается индивидуальных исследований, то по меньшей мере два эксперимента (один в Швейцарии и один в США) имели целью побуждение к пользованию лестницами и выявили статистически значимые положительные результаты (62,63). Chan et al. (64) обнаружили, что меры вмешательства в области физической активности с использованием шагомеров в рамках программы «Prince Edward Island – First Step» («Остров Принс-Эдуард – Первый шаг») повысили физическую активность среди работников, занимающихся «сидячим трудом». Участники программы достигли значительного снижения средних показателей ИМТ, окружности талии и частоты сердечных сокращений в состоянии покоя. Снижение окружности талии и частоты сердечных сокращений имело тесную связь с ежедневным увеличением количества шагов. Chan et al. установили, что за четыре недели эксперимента количество пройденных шагов в день увеличилось среди участников примерно с 7 тыс. до 10,5 тыс., даже несмотря на то, что перед ними не ставилась определенная цель. Участники посвящали около 30 минут в день повышению своей физической активности (вставка 15.5).

Активное передвижение между домом и работой

В ходе рандомизированного контролируемого эксперимента по оценке эффективности использования пакета информации об активном транспорте («Walk In to Work Out»), содержавшего практические данные и дневник активности с целью стимулирования передвижения на работу и с работы пешком или на велосипеде, на трех предприятиях Шотландии Mutrie et al. (66) отметили значительное увеличение доли пешеходов среди участников испытательных групп, однако на пользование велосипедами этот эксперимент влияния не оказал. Wen et al. (67) тестировали в пилотном режиме в течение 12 месяцев эксперимент по внедрению активного транспорта на одном из предприятий и выявили, что сочетание социальной и индивидуальной маркетинговой кампании может способствовать росту активного передвижения (вставка 15.6).

Механизмы стимулирования

Проведенная в Австралии оценка потенциальных стимулов и препятствий для внедрения инициатив по повышению физической активности на работе для малоквалифицированных сотрудников (69) показала, что большинство страховщиков включают элементы физической активности в программы профилактики травматизма. Руководство предприятий назвало снижение страховых премий и недорогие программы, предлагаемые страховщиками, в качестве вероятных стимулов. Основными препятствиями на пути внедрения инициатив как страховщиками, так и руководство предприятий назвали нежелание сотрудников повышать свою физическую активность и недостаточную осведомленность о потенциальной выгоде и стоимости программы. Другие респонденты также упомянули потенциальное негативное воздействие на производительность труда и повышение риска травматизма.

Вставка 15.5. Дорога на работу – Европейская неделя мобильности 2005 г. (65)

Работодатели и фирмы, независимо от размеров и ресурсов предприятий, могут внести свой вклад в решение транспортных проблем, связанных с поездками на работу и с работы. Это принесет пользу работодателю, работникам и всему сообществу в нескольких аспектах.

- Активное передвижение на работу и с работы может способствовать улучшению состояния здоровья сотрудников благодаря снижению использования автомобилей и загрязнения окружающего воздуха.
- Создание альтернативы личному автомобилю может помочь работодателям в достижении выдвигаемых ими целей экологического менеджмента.
- Активное передвижение на работу и с работы может улучшить доступ к производственным мощностям для сотрудников, транспортных средств и посетителей.
- Можно сэкономить средства за счет снижения расходов на строительство и эксплуатацию автомобильных стоянок, а также благодаря сокращению бюджета на компенсацию транспортных затрат.
- Работодатели могут продемонстрировать свою приверженность интересам общества, показать важность этических аспектов в бизнесе.
- Если сотрудники почувствуют, что руководство компании заботится о поиске решения их транспортных проблем по дороге на работу и с работы, они тоже проявят заботу и выразят свою солидарность с работодателем.

Эффективность затрат на проведение программ повышения физической активности на рабочем месте

Пропаганда здорового образа жизни и физической культуры среди работников принесла значительную пользу, включая улучшение качества работы и повышение производительности, снижение текучести кадров, заболеваемости и абсентеизма, несчастных случаев на производстве и стресса, продление периода здоровой трудовой деятельности и хорошее состояние здоровья работников при выходе на пенсию; улучшение репутации компании и дополнительные стимулы для работодателей при найме персонала (70). Кроме того, пропаганда здорового образа жизни на работе приносит прямую выгоду бизнесу. Обзор данных об экономической эффективности укрепления здоровья на рабочем месте, включая содействие повышению физической активности (71), позволяет заключить, что потери, связанные с абсентеизмом, можно сократить примерно на треть, а каждый вложенный евро позволяет сберечь от 2,5 до 4,85 евро. Затраты, связанные с временной нетрудоспособностью, как ожидается, можно сократить на четверть, а соотношение «затраты – выгода» варьируется от 1:2,3 до 1: 5,9.

Вставка 15.6. Mit dem Rad zur Arbeit – «На работу на велосипеде» (68)

В 2001 г. Всегерманский клуб велосипедистов (ADFC) и медицинская страховая компания AOK развернули кампанию по стимулированию ежедневных оздоровительных поездок на велосипеде. Начавшись в одном из городов Баварии, эта инициатива в период с 2001 по 2005 г. распространилась на несколько федеральных земель.

Работникам, принимавшим участие в кампании, был роздан специальный календарь акции, который они использовали, чтобы отмечать рабочие дни, в течение которых они добирались на работу на велосипеде – непосредственно до предприятия либо до ближайшей остановки автобуса или других средств общественного транспорта. Те, кто ездил на велосипеде в течение определенного количества рабочих дней в определенный временной период, установленный для их федеральной земли, получал возможность участвовать в розыгрыше привлекательных призов. С этой целью предприятия создали команды по 4 работника в каждой. В 2004 г. в акции приняли участие более 60 тыс. велосипедистов, представлявших около 3200 предприятий.

Услуги здравоохранения

Поскольку меры вмешательства на базе общей врачебной практики достигают определенного успеха также и в других областях общественного здоровья, таких как сокращение курения (72), сфера услуг здравоохранения является потенциальной областью применения стратегий, направленных на содействие повышению физической активности (73). Обзоры исследований, посвященных мерам вмешательства в сфере физической активности на базе общей врачебной практики, показали, что данные, свидетельствующие в пользу таких мер, неубедительны (74) или что достигаемые положительные результаты носят кратковременный характер (75).

Врачи могут попытаться содействовать физической активности путем выписки направлений или предписаний о занятии лечебной физкультурой. Результаты контролируемого эксперимента, посвященного воздействию предписаний, свидетельствовали об умеренном кратковременном повышении физической активности (73). Для врачей общей практики письменные целенаправленные предписания о занятиях лечебной физкультурой, выдаваемые в дополнение к устным рекомендациям, являются удобным средством мотивации пациентов к повышению физической активности (76,77). В Австралии Huang (78) пришел к выводу, что врачи могут стимулировать положительные изменения в поведении своих пациентов, выступая в роли проводников этих изменений и используя свой непререкаемый авторитет специалистов по вопросам здравоохранения. Huang (78) предлагает, чтобы передовая практика современного врача общего профиля опиралась на подход, включающий «пять А»:

- ask (спрашивать, т.е. выявить тех, для кого может быть полезным повышение физической активности);
- assess (оценивать текущий уровень активности);
- advise (давать индивидуальные рекомендации);
- assist (помогать путем предоставления письменных указаний и вспомогательных материалов);
- arrange (выдавать соответствующие направления к специалистам и вести наблюдение).

Выводы для политики и научных исследований

Настоящий обзор показывает, что меры вмешательства, имеющие адекватную продолжительность, должны систематически и тщательно оцениваться, чтобы обеспечивать разработчиков политики и специалистов-практиков новейшими объективными данными. Поэтому разработчики политики должны поддерживать проведение такой оценки в качестве неотъемлемой части проектов и программ вмешательства и выделять на это соответствующие средства.

Опыт также свидетельствует о необходимости применения альтернативных механизмов исследований (79), поскольку исследования в области политики и практики общественного здравоохранения и многие основные социальные показатели в области здоровья зачастую не могут быть рандомизированы по политическим или практическим соображениям. Кроме того, следует распространить оценку на меры вмешательства, разработанные за пределами сектора здравоохранения, а также повысить потенциал проведения анализа «затраты–выгоды».

Наконец, особо важное значение имеют намерения самих индивидов в отношении физической активности, и об этом следует помнить при разработке мер вмешательства. Рекреационная физическая активность осуществляется с целью развлечения, физической тренировки и получения удовольствия, инструментальная – является результатом повседневной деятельности, такой как ходьба пешком на работу, а смешанная физическая активность проявляется, когда человек решает быть физически более активным в процессе повседневной деятельности, например, пользуясь лестницей вместо лифта.

Таким образом, разработчики политики и другие ответственные лица во всех заинтересованных секторах должны стремиться к реализации научно обоснованных мер вмешательства, направленных на содействие повышению физической активности (как было определено в этой главе) и сопровождающихся систематической оценкой результатов. Они также должны при необходимости стимулировать инновационные подходы и поддерживать применение альтернативных механизмов исследований.

Важность межсекторального подхода

Результаты применения других стратегий содействия здоровью населения – таких как меры по контролю за табакокурением, побуждение к использованию ремней безопасности и пропаганда грудного вскармливания – показывают, что здесь имеется потенциал для успеха, несмотря на комплексный характер решаемых вопросов. Ранее эти успешные модели были нацелены на содействие повышению физической активности и предотвращению ожирения среди населения (80), а не на отдельно взятого индивида. Необходимо осуществлять более масштабные изменения социальной среды (81), а также стремиться обеспечить надлежащий баланс между стратегиями, направленными на определяющие факторы внешней среды, и стратегии, нацеленные на индивидуальное поведение.

Внедрение средовых и популяционных стратегий требует привлечения людей и ресурсов из разных секторов и сфер воздействия, таких как школа, работа, административно-территориальная единица и сообщество. Средовая и популяционная политика требует межсекторального сотрудничества в рамках мощных сетей и альянсов, охватывающих все компетентные органы власти и сектора, которые прямо или косвенно несут ответственность и обладают возможностями для содействия повышению физической активности. При этом важным является требование об усилении потенциала сектора здравоохранения с тем, чтобы он мог играть руководящую и координирующую роль и более эффективно способствовал установлению диалога и партнерства с другими секторами, а также лучшему пониманию рычагов, с помощью которых может быть обеспечена поддержка с их стороны. Чтобы достигнуть этого, сектор здравоохранения должен усилить свой потенциал для выработки убедительных аргументов, определения беспроблемных возможностей и демонстрации преимуществ, достигаемых другими секторами в результате поддержки физически более активного образа жизни.

Национальные и региональные органы власти играют важную роль в обеспечении надежного фундамента для создания мотивации и потенциала на местном уровне, а также в привлечении внимания к оздоровительной физической активности как важной составляющей здоровья и относительно новой сфере работы. Планы, программы и стратегии должны опираться (и чем больше, тем лучше) на активное участие заинтересованных сторон на местах. Их воздействие будет сильнее, если местные сообщества будут заинтересованы в этой работе и станут полноправными хозяевами достигнутых результатов.

Таким образом, национальные и региональные органы власти должны во всевозрастающей степени делегировать ответственность за развитие знаний, мотивации, политической мобилизации, ресурсов и действий организациям местного уровня. Власти должны установить четкие приоритеты мероприятий и стратегий по поддержке действий на местном уровне и интегрировать их в национальные планы действий по развитию физической активности. Чтобы успешно инициировать процессы политической мобилизации на местном уровне, местным органам власти необходима техническая, мотивационная и налоговая поддержка.

В частности, местных разработчиков политики, обладающих соответствующим опытом, следует привлекать к установлению технических и экономических связей с местным самоуправлением. Близость этих людей к власти и знание особенностей административно-территориальных единиц и сообществ региона сделают эти отношения естественными. Чтобы создать местный потенциал и разработать политику в области повышения физической активности, альянс местных и региональных партнеров должен осуществлять сотрудничество с региональными органами власти на разных уровнях. Необходимо, чтобы целью такого альянса было развитие:

- информационной базы и сознательного отношения общественности к физической активности как важному фактору, определяющему состояние здоровья;
- политического просвещения, участия общественности и механизма принятия решений;
- межведомственной и межсекторальной работы, включая деятельность добровольных и частных организаций;
- возможностей для повышения физической активности;
- тематических планов и их интеграции с существующей системой планирования;

- инициатив по включению в региональные и местные бюджеты мероприятий по повышению физической активности;
- адресной работы, рассчитанной на длительный срок; и
- оценки этой работы.

Ряд сетей и организаций уже работают в направлении повышения физической активности путем осуществления мер политического и среднего вмешательства даже несмотря на то, что результаты их работы, возможно, еще не получили оценки. Например, «Европейская сеть по содействию оздоровительной физической активности» (определяемой как любая форма физической активности, приносящая пользу для здоровья и функционального потенциала без неоправданного риска или вреда) выпускает инструкции по пропаганде передвижения пешком и езды на велосипеде как транспортного средства (82). Крупномасштабные национальные инициативы, стратегии или программы осуществляются во многих странах Европейского региона ВОЗ, включая Бельгию, Данию, Испанию, Нидерланды, Норвегию, Словению, Соединённое Королевство, Финляндию, Швецию и Швейцарию (21). Вместе с тем отсутствует платформа для обмена опытом разработки и внедрения научно обоснованных стратегий и политики. Чтобы восполнить этот недостаток, «Европейская сеть» в мае 2005 г. возобновила свою работу уже как международная инициатива сотрудничества, тесно взаимодействующая с Европейским бюро ВОЗ. Общая цель этой инициативы – улучшить состояние здоровья всех народов Европы благодаря повышению физической активности (83).

Очерк стратегий

Как было показано в настоящей главе, у разработчиков политики есть много возможностей вмешательства, чтобы сделать среду проживания менее благоприятной для развития ожирения и стимулировать индивидов к более активному образу жизни дома, в школе, на работе, в сообществе и в искусственной среде проживания. Модель ANGELO («Сетка анализа окружающих условий, связанных с ожирением») представляет собой средство для структурного анализа этих возможностей (42). Аналитическая сетка создана для того, чтобы анализировать факторы, способствующие появлению лишнего веса и ожирения, и помочь министерству здравоохранения и другим министерствам определить приоритетные сферы для вмешательства и исследований (см. также главу 17).

В табл. 15.1. приводятся примеры использования этого подхода, в котором четыре основных набора факторов или условий – физические, экономические, политические и социокультурные – рассматриваются в аспекте потенциальных действий по повышению физической активности. Физические условия – это доступные элементы существующей инфраструктуры (например, парки и игровые площадки), возможности для создания потенциала (например, квалификация в области исследований и внедрения мер по повышению физической активности) и информация (например, вопросы физической активности в школьной программе). К экономическим условиям относятся соответствующие затраты (например, на строительство велосипедных дорожек), доходы, из которых эти затраты можно финансировать (например, налоговые схемы, плата за парковку, получение разрешений на землепользование и др.), или потребности в ресурсах, например, для обучения персонала. Политические условия касаются правил, законодательства, стандартов, стратегических целей и планов действий. Социокультурные условия включают в себя многочисленные культурные подходы, применяемые к конкретным сообществам и индивидам, включая гендерные и религиозные, а также современные образцы для подражания, такие как популярные личности и спортивные звезды, и их восприятие и освещение в средствах массовой информации.

В табл. 15.2. рассматриваются те же факторы применительно к возможностям действий правительства, как в рамках сектора здравоохранения, так посредством других министерских функций. В качестве образца использована разработанная Robertson et al. (85) модель эффективных инициатив в области продовольствия и питания (STEFANI), которая в данной таблице применена к мероприятиям по укреплению здоровья путем повышения физической активности.

Полноценное использование потенциала внешней среды для поддержки активного образа жизни требует долгосрочных стратегий и инвестиций. Отдельные индивиды и сообщества могут

Таблица 15.1. Аналитическая сетка для определения возможностей вмешательства с примерами заполнения по отдельным категориям условий

Сферы применения	Условия			
	Физические	Экономические	Политические	Социокультурные
Макросреда				
Система образования	Национальные стандарты на проектирование прилегающих к школе территорий Стандарты на проектирование безопасных школьных игровых площадок и безопасных пешеходных маршрутов «дом–школа»	Инвестиции в школьные сооружения для игры и спорта Оплата персоналу за руководство игровой и спортивной деятельностью	Меры, регулирующие просмотр телепередач в детских садах и школах Повышение квалификации учителей, направленное на включение в образовательный процесс методов, содействующих повышению физической активности	Национальная поддержка использования школьных сооружений в выходные дни Программы, учитывающие потребности девочек и религиозные верования учащихся
Транспортная система	Премии за создание безопасных перекрестков, пересечений улиц и пешеходных дорожек Стандарты проектирования обособленных велосипедных дорожек	Налоговые стимулы, побуждающие к использованию активного транспорта Субсидии и санкции в отношении местных властей в целях создания безопасных дорог	Межсекторальное сотрудничество по переустройству искусственной среды, пунктов розничной торговли и транспорта Пересмотр существующих стандартов для загородных пунктов розничной торговли	Участие знаменитостей в пропаганде активного транспорта в детских телепрограммах Интегрированные оздоровительные и экологические акции под эгидой неправительственных организаций
Спорт и досуг	Создание местных сооружений для проведения досуга и занятий спортом Создание игровых площадок в новых жилых кварталах	Снижение платы за пользование местными сооружениями Налоговые инициативы в отношении оздоровительных и физкультурных мероприятий на работе	Критерии коммерческой поддержки видов спорта Стандарты землепользования, направленные на охрану спортивных площадок	Национальные премии для административно-территориальных единиц с большим количеством спортивных сооружений Популярные телесериалы, пропагандирующие повышение физической активности
Проектирование городских и сельских объектов	Создание кроссовых дорожек для безопасной езды на велосипеде Проектирование архитектурной среды в микрорайонах с возможностью пешеходной доступности школ и магазинов	Инициативы по инвестициям в микрорайоны, удобные для пешеходов Инвестиции в строительство пешеходных и велосипедных дорожек в сельской местности	Стандарты сочетаемости зданий, а также сочетаемости архитектурных объектов на пересечении улиц Повышение роли полиции при обеспечении безопасности улиц и парков	Новый образ безопасности улиц Пропаганда доступности загородных районов и возможностей для передвижения пешком
Микросреда				
Дом и сообщество	Расположение лифтов и лестниц, содействующее активному подъему Велосипедные дорожки и надежные стоянки для велосипедов на улицах	Социальные инвестиции в домашние хозяйства, позволяющие предусматривать возможности для повышения физической активности Инвестиции в строительство лестничных маршей, удобных для пользователей	Семейная политика в области просмотра телепередач и использования компьютера Политика стимулирования покупок в близлежащих магазинах	Пропаганда по телевидению семейных видов физической активности и спорта Групповые виды активности на свежем воздухе, организуемые церковью или местным сообществом
Школы	Обеспечение площадок для игры и занятий спортом для всех детей Ограничение дорожного движения по маршрутам «дом–школа» Велосипедные дорожки и стоянки в школах	Бюджет, обеспечивающий возможности для активного отдыха во время перемен и внешкольной активности Программы спонсирования приобретения спортивного и игрового оборудования	Политика, устанавливающая минимальное время для физической активности в течение учебной недели Политика, стимулирующая родителей инициировать активное проведение времени после занятий	Привлечение выдающихся спортсменов для пропаганды школьных командных игр Уроки танцев и самообороны

Таблица 15.1. (продолжение)

Сферы применения	Условия			
	Физические	Экономические	Политические	Социокультурные
Микросреда (продолжение)				
Рабочие места	Перестройка организации труда, предусматривающая минимальный уровень физической активности Создание необходимой инфраструктуры для работников, включая велосипедные стоянки, душ и тренажерные залы	Инициативы, направленные на стимулирование пользования велосипедами Помощь в покупке велосипедов, спортивного инвентаря и абонементов в тренажерные залы	Политика в отношении парковки автомобилей и пользования велосипедами Стандарты перерывов на отдых и физические упражнения во время обеденного перерыва Пользование услугами консультантов по укреплению здоровья на предприятии	Указатели на лифтах и эскалаторах, определяющие их как средства, используемые в особых случаях Расширение возможностей карьерного роста или бонусы за участие в физической активности на предприятии
Спорт и досуг	Повышение привлекательности и удобства размещения фитнес-центров, бассейнов и игровых сооружений Организация доступа в центры досуга пешком и на велосипеде, ограничения для автомобильного транспорта	Снижение стоимости использования этих сооружений, особенно для малоимущих Финансовые инициативы (бесплатные мероприятия, купоны) в целях стимулирования потребителей	Политика всеобщего доступа или доступа «только для членов» Стандарты безопасности и надежности для парков и игровых площадок Поддержка свободного доступа к спортивным сооружениям для детей и пожилых людей	Вечерние мероприятия «только для женщин» Дополнительные виды активности, такие как танцевальные классы или занятия по самообороне Еженедельные соревнования с целью пропаганды пользования бассейнами

достичь значительных результатов, особенно если для максимизации воздействия политических мероприятий установлены отношения тесного партнерства между секторами. Поэтому необходимо разрабатывать более эффективные методы и аргументы для того, чтобы добиться поддержки во всех соответствующих секторах. Привлечение внимания других секторов может потребовать разработки политических инструментов перекрестного воздействия – таких как увязка целей в области повышения качества воздуха и сокращения выбросов углерода с задачей сокращения использования автомобильного транспорта или развитие подходов «затраты–выгода», показывающих, например, возросшую производительность и сокращение бремени социальных расходов, применительно к физически активным работникам.

Выводы

В настоящей главе обобщены выводы систематических и других обзоров, посвященных эффективности мер, направленных на повышение физической активности. Эти данные убедительно показывают, что меры вмешательства, направленные на повышение физической активности, могут быть эффективными прямо или косвенно. Выделен ряд ключевых проблем.

Во-первых, существует множество экономически эффективных возможностей для повышения физической активности как части повседневной жизни в различных средах, особенно на локальном уровне или уровне сообщества. Меры вмешательства, которые убедительно доказали свою эффективность, включая физическое воспитание в школах, комплексные подходы на рабочих местах, активный транспорт и градостроительные стратегии, например, смешанное землепользование, должны получить приоритет для дальнейшего развития.

Во-вторых, повышение физической активности требует участия различных секторов (а следовательно, наличия в них потенциала поддержки) и перехода от индивидуальных к популяционным мерам вмешательства. В частности, следует мобилизовать и поддерживать местные власти и сообщества, создавать прочные сети сотрудничества и альянсы для более активного участия заинтересованных сторон, а межсекторальная деятельность должна осуществляться также и на местном уровне.

Наконец, будущие меры вмешательства должны отражать многопрофильный характер содействия повышению физической активности путем развития альтернативных и инновационных методов исследования и обеспечения систематической оценки результатов и адекватной продолжительности проекта. В настоящем обзоре подчеркивается необходимость совершенствования потенциала и диапазона методологических инструментов для оценки эффективности комплексных мер вмешательства в реальных жизненных ситуациях.

Таблица 15.2. Стратегии эффективного содействия повышению физической активности: действия министерства здравоохранения и других министерств

Условия	Действия	
	Министерство здравоохранения	Другие министерства
Физические (Что доступно?)	<p>Возможности для повышения качества физического воспитания в школе в рамках учебной программы и других инициатив, например, групп физических упражнений во время обеденного перерыва</p> <p>Возможности содействия внедрению концепции «зеленых рецептов» (письменных рекомендаций врача о повышении физической активности пациента в рамках курса лечения) с тем, чтобы и врачи и пациенты относились к таким рекомендациям серьезно и применяли их на практике</p>	<p>Меры вмешательства по совершенствованию архитектурной среды, например, информационные меры, способствующие более частому пользованию лестницами</p> <p>Вклад специалистов по городскому планированию и транспортного сектора в пропаганду активного транспорта в школу и домой, а также на работу и домой</p> <p>Вклад сектора образования и местных властей в пропаганду активного использования и совершенствования существующих игровых площадок и зеленых зон в школах и в городе</p> <p>Совершенствование программ медицинских учебных заведений путем включения в них вопросов санитарного просвещения и, особенно, содействия повышению физической активности в рамках услуг здравоохранения</p>
Экономические (Какие финансовые факторы следует учитывать?)	<p>Создание финансовых стимулов, способствующих повышению физической активности, для работников здравоохранения</p> <p>Включение медицинских работников в комиссии по принятию решений, обсуждающие экономическую выгоду от повышения физической активности и других видов деятельности по укреплению здоровья</p>	<p>Проведение министерством финансов анализа «затраты–выгоды» и других исследований затрат, посвященных воздействию активного транспорта и мер вмешательства на рабочих местах и в школах</p> <p>Учет затрат в секторе образования, облегчающий проведение исследований и последующую оценку мероприятий</p> <p>Выделение (по примеру Финляндии) министерствами образования финансовых средств местным сообществам на строительство спортивных сооружений (игровых площадок)</p>
Политические (Какие действуют нормы, правила, законодательные акты и инструкции?)	<p>Содействие оздоровительным инициативам в больницах</p> <p>Разработка инструкций по применению передового опыта для врачей и других медицинских работников, например, по использованию подхода «Пять А» (74)</p>	<p>Межсекторальные инициативы, подобных Партнерству «Пешеходная Америка» (Partnership «Walking America» (84), созданному по инициативе транспортного сектора</p> <p>Пропаганда и распространение оздоровительных инициатив в области повышения физической активности</p> <p>Содействие оздоровительным инициативам в школах и на работе</p>
Социокультурные (Каковы восприятие, привычки, верования и ценности?)	<p>Обучение и стимулирование медицинских работников, направленное на воспитание в них чувства личной заинтересованности в результатах работы по повышению физической активности</p>	<p>Первоочередное внимание со стороны местных властей к таким вопросам, как безопасность района (снижение преступности и дорожно-транспортных происшествий), так как главными препятствиями для активного транспорта являются, в частности, страх перед преступностью и рисками, создаваемыми дорожным движением</p> <p>Оценка субъективно воспринимаемых и объективных характеристик архитектурной среды, таких как эстетический уровень, удобство и доступность, так как именно они влияют на повышение физической активности</p> <p>Изменение времени показа по телевидению мультфильмов и других детских программ для того, чтобы было легче использовать время после уроков для активных занятий</p>

Библиография

1. Sallis JF et al. Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:379–397.
2. Blamey A et al. Health promotion by encouraged use of stairs. *British Medical Journal*, 1995, 311:289–290.
3. Brownell KD et al. Evaluation and modification of exercise patterns in the natural environment. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137:1540–1545.
4. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:73–107.
5. *Guide to community preventive services: point-of-decision prompts that encourage people to use the stairs are recommended to promote physical activity*. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2005 (<http://www.thecommunityguide.org/pa/pa-int-decision-prompts.pdf>, accessed 14 May 2007).
6. Foster C, Hillsdon M. Changing the environment to promote health-enhancing physical activity. *Journal of Sports Sciences*, 2004, 22:755–769.
7. Matson-Koffman D et al. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19:167–193.
8. Hillsdon M et al. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003180.
9. Cavill N, Foster C. How to promote health-enhancing physical activity: community interventions. In: Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity*. Aachen, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives – the Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science, Vol. 6).
10. Zimring C et al. Influences of building design and site design on physical activity: research and intervention opportunities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28:186–193.
11. Ogilvie D et al. Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. *British Medical Journal*, 2004, 329:763.
12. Badland HM, Schofield G. Transport, urban design, and physical activity: an evidence-based update. *Transportation Research Part D*, 2005, 10:177–196.
13. Rutter H. *Transport and health: a policy report on increasing levels of cycling in Oxfordshire*. Oxford, modalshift.org, 2000 (http://www.modalshift.org/reports/tandh/print_version.htm, accessed 14 May 2007).
14. British Medical Association. *Cycling towards health and safety*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
15. *Health impact assessment of the City of Edinburgh Council's Urban Transport Strategy*. Edinburgh, City of Edinburgh, 2000 (http://www.phel.gov.uk/hiadocs/hia_city_of_edinburgh_urban_transport_strategy.pdf, accessed 14 May 2007).
16. Andersen L et al. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1621–1628.
17. Wagner A et al. Leisure-time physical activity and regular walking or cycling to work are associated with adiposity and 5 y weight gain in middle-aged men: the PRIME Study. *International Journal of Obesity*, 2001, 25:940–948.
18. *Action for health in cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (<http://www.euro.who.int/document/wa30094ac.pdf>, accessed 14 May 2007).
19. Troelsen J et al. *Evaluering af Odense – Danmarks nationale cykelby [Evaluation of Odense – Denmark's national cycling city]*. Odense, Odense Cykelby, 2004 (http://cykelby.dk/pdf/cykel_inet.pdf, accessed 14 May 2007).
20. Jacobsen P. Safety in numbers: more walkers and bicyclists, safer walking and bicycling. *Injury Prevention*, 2003, 9:205–209.
21. *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, accessed 14 May 2007).
22. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20041119_2, accessed 14 May 2007).
23. Cooper AR et al. Physical activity levels of children who walk, cycle, or are driven to school. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:179–184.

24. *TravelSmart info sheet 2006. Leading the way in travel behaviour change.* Bristol, Sustrans, 2006 (<http://www.sustrans.org.uk/webfiles/travelsmart/TravelSmart%20info%20sheet%202006.pdf>, accessed 14 May 2007).
25. Saelensminde K. *Walking and cycling track networks in Norwegian cities – Cost–benefit analyses including health effects and external costs of road traffic. English summary.* Oslo, Institute of Transport Economics, 2002 (TOI report 567/2002; <http://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%D8I%20rapporter/2002/567-2002/sum-567-02.pdf>, accessed 14 May 2007).
26. Rutter H. Valuing the mortality benefits of regular cycling. In: Martin-Diener E, Wanner M, eds. *Book of abstracts: Walk21 Satellite Symposium on Transport-related Physical Activity and Health, Magglingen, Switzerland, 18–20 September 2005.* Magglingen, Swiss Federal Institute of Sports, 2005 (abstract O 15; http://www.walk21satellite.ch/satellite/Book_abstracts.pdf, accessed 14 May 2007).
27. *Infras Forschung und Beratung Bern. Effizienz von öffentlichen Investitionen in den Langsamverkehr [Efficiency of public investments into human-powered mobility].* Berne, Swiss Federal Roads Authority, 2003 (English summary).
28. Wang G et al. Cost analysis of the built environment: the case of bike and pedestrian trails in Lincoln, Neb. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:549–553.
29. Wang G et al. Cost effectiveness of a bicycle/pedestrian trail development in health promotion. *Preventive Medicine*, 2004, 38:237–242.
30. Wang G et al. A cost–benefit analysis of physical activity using bike/pedestrian trails. *Health Promotion Practice*, 2005, 6:174–179.
31. *Cost benefit analysis of cycling.* Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2005.
32. Humpel N et al. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:188–199.
33. Saelens BE et al. Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25:80–91.
34. Owen N et al. Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal of Preventive Medicine* 2004, 27:67–76.
35. Powell KE. Land use, the built environment, and physical activity: a public health mixture; a public health solution. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28:216–217.
36. *Designing for active recreation.* San Diego, CA, Active Living Research, 2005 (<http://www.activelivingresearch.org/downloads/recreationrevised021105.pdf>, accessed 14 May 2007).
37. Humpel N et al. Changes in neighborhood walking are related to changes in perceptions of environmental attributes. *Annals of Behavioral Medicine*, 2004, 27:60–67.
38. Sharpe PA et al. Association of environmental factors to meeting physical activity recommendations in two South Carolina counties. *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18:251–257.
39. Painter K. The influence of street lighting improvements on crime, fear and pedestrian street use, after dark. *Landscape and Urban Planning*, 1996, 35:193–201.
40. Pyykkü M et al. *Finland on the Move: a nationwide sport for all promotion programme in 1991–1994. Summary report.* Forssa, Finland, Auronen House Press, 1995.
41. Oja P et al. *Kunnossa Kaiken Ikää (KKI) – ohjelma. Toiminnan arviointi vuosilta 1995–2003 [Fit for Life programme – Evaluation of activities 1995–2003].* Jyväskylä, Kopi-Jyvä Oy, 2005.
42. Swinburn B et al. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 1999, 29:563–570.
43. Salmon J et al. Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne schoolchildren. *Medical Journal of Australia*, 2006, 184:64–67.
44. Gortmaker SL et al. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 1999, 153:409–418.
45. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1561–1567.

46. Dennison BA et al. An intervention to reduce television viewing by preschool children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2004, 158:170–176.
47. Lampert T et al. Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2005, 48:1357–1364.
48. Vuori I et al. Physical activity policy and program development: the experience in Finland. *Public Health Reports*, 2004, 119:331–345.
49. *Sport for all incentive in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000 (International Publications Series, Health Welfare and Sport, No. 5; http://www.minvws.nl/en/folders/ds/sport_for_all_incentive_in_the_netherlands.asp, accessed 14 May 2007).
50. Evenson K et al. Availability of school physical activity facilities to the public in four U.S. communities. *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18:243–250.
51. Leurs MT et al. Development of a collaborative model to improve school health promotion in the Netherlands. *Health Promotion International*, 2005, 20:296–305.
52. Summerbell CD et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (3):CD001871.
53. Trudeau F et al. Contribution of school programmes to physical activity levels and attitudes in children and adults. *Sports Medicine*, 2005, 35:89–105.
54. Ridgers ND et al. Assessing physical activity during recess using accelerometry. *Preventive Medicine*, 2005, 41:102–107.
55. Alexander LM et al. The broader impact of walking to school among adolescents: seven day accelerometry based study. *British Medical Journal*, 2005, 331:1061–1062.
56. Staunton CE et al. Promoting safe walking and biking to school: the Marin County success story. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:1431–1434.
57. Case studies. St Lukes School. Safe Routes to School. Sustrans [web site]. Bristol, Sustrans, 2004 (<http://www.saferoutestoschools.org.uk/index.php?p=cs51>, accessed 14 May 2007).
58. *Global strategy on occupational health for all: the way to health at work*. Geneva, World Health Organization, 1995 (http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en, accessed 14 May 2007).
59. Dishman R et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:344–361.
60. Proper K et al. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13:106–117.
61. Engbers L et al. Worksite health promotion programs with environmental changes, a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:61–70.
62. Kerr N et al. Increasing stair use in a worksite through environmental changes. *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18:312–315.
63. Titze S et al. A worksite intervention module encouraging the use of stairs: results and evaluation issues. *Sozial- und Präventivmedizin*, 2001, 46:013–019 (http://www.hepa.ch/gf/gf_baspo/publications/Art_Titze_stairs_2001.pdf, accessed 14 May 2007).
64. Chan C et al. Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Preventive Medicine*, 2004, 39:1215–1222.
65. Theme 2005: Clever Commuting. European Mobility Week [web site]. European Mobility Week, 2005 (<http://www.mobilityweek-europe.org/spip.php?article104>, accessed 14 May 2007).
66. Mutrie N et al. “Walk in to Work Out”: a randomised controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:407–412.
67. Wen LM et al. Promoting active transport in a workplace setting: evaluation of a pilot study in Australia. *Health Promotion International*, 2005, 20:123–133.
68. Mit dem Rad zur Arbeit [web site]. ADFC, AOK, 2007 (<http://www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de>, accessed 14 May 2007).
69. Veitch J et al. Physical activity initiatives for male factory workers: gatekeepers’ perceptions of potential motivators and barriers. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 1999, 23:505–510.

70. Kelly F. *Guidelines on improving the physical fitness of employees*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (EUR/ICP/EHBI 02 02 04; http://www.who.int/occupational_health/publications/eurfitness/en/index.html, accessed 14 May 2007).
71. Kreis J et al. *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention: Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. Essen/Dresden, BKK Bundesverband, HVBG and BGAG, 2003.
72. Kottke TE et al. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A metaanalysis of 39 controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:2883–89.
73. Smith B et al. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *British Journal of Sports Medicine*, 2000, 34:262–267.
74. Ashenden R et al. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice*, 1997, 14:160–175.
75. Riddoch C et al. *Effectiveness of physical activity promotion schemes in primary care: a review*. London, Health Education Authority, 1998.
76. Swinburn BA et al. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:288–291.
77. Swinburn B et al. Green prescriptions doing well. *New Zealand Medical Journal*, 2000, 113:525.
78. Huang N. Motivating patients to move. *Australian Family Physician*, 2005, 34:413–417.
79. Ogilvie D et al. Evaluating health effects of transport interventions: methodologic case study. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31:118–126.
80. Economos C et al. What lessons have been learned from other attempts to guide social change? *Nutrition Reviews*, 2001, 59:40–56.
81. Raine K. *Overweight and obesity in Canada: a population health perspective*. Ottawa, Canadian Institute for Health Information, 2004.
82. Oja, P, Vuori, I. *Promotion of transport walking and cycling in Europe: strategy directions. The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity*. Tampere, UKK Institute, 2000.
83. Martin B et al. Evidence-based physical activity promotion – HEPA Europe: the European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. *Journal of Public Health*, 2006, 14:53–57.
84. Partnership for a Walkable America [web site]. Chapel Hill, Pedestrian and Bicycle Information Center, 2007 (<http://www.walkableamerica.org>, accessed 14 May 2007).
85. Robertson A et al. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>, accessed 14 May 2007).

16. Планирование и разработка стратегии профилактики ожирения

Ключевые положения

- Решение проблем, связанных с детерминантами ожирения, уже на самой ранней стадии их возникновения требует многоотраслевого подхода и многосторонних действий. Привлечение министерств и секторов следует осуществлять как на уровне разработки стратегии, так и в ходе ее осуществления.
- Ситуация в каждой стране должна быть проанализирована на национальном уровне, чтобы ясно представлять проблему и мобилизовать для ее решения усилия различных секторов.
- Правительство и министерства должны достичь согласия в отношении важности данной проблемы, ее детерминантов и совместной ответственности за улучшение ситуации.
- Правительствам принадлежит важная роль в управлении процессом разработки, выполнения и мониторинга национальной стратегии профилактики ожирения.

В этой главе рассматривается возможный метод разработки национальной стратегии профилактики ожирения. Предложены основы процесса сотрудничества, который может способствовать переходу от выявления проблемы к стадии практических мер, которые могут помочь ее решению.

В Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (1) подчеркивается, что общество в целом должно делать все возможное, чтобы устранить препятствия на пути к здоровым привычкам питания на самых ранних стадиях. Поэтому Глобальная стратегия рекомендует, чтобы региональные и национальные стратегии имели долговременный характер и носили многоотраслевой, всеобъемлющий, междисциплинарный характер, разрабатывались при активном участии многих заинтересованных сторон и основывались на научных исследованиях и фактах.

В Европейской хартии по борьбе с ожирением (2), принятой министрами и другими участниками Европейской министерской конференции по борьбе с ожирением в Стамбуле, Турция, в ноябре 2006 г., этому подходу уделяется особое внимание. Признается важная роль министерств, местных органов власти, гражданского общества, средств массовой информации и частного сектора. Такой подход предполагает активное вовлечение министерств, ответственных за те области политики, которые оказывают прямое или косвенное влияние на привычки питания и физическую активность. В Хартии перечислены министерства, ответственные за сельское хозяйство, продовольствие, финансы, торговлю и экономику, потребление, развитие, транспорт, городскую планировку, образование и научные исследования, социальное обеспечение, труд, спорт, культуру и туризм. В равной мере необходимо их участие как в осуществлении мер по профилактике ожирения, так и в разработке стратегии в целом.

К процессу разработки Хартии были привлечены государственные ведомства, международные организации, эксперты, гражданское общество и частный сектор, действующие в режиме диалога и консультаций. Правительствам рекомендуется использовать такой же подход по привлечению заинтересованных сторон к разработке национальных стратегий. Если с самого начала заинтересованные стороны из всех отраслей будут непосредственными участниками разработки стратегии, то они смогут принимать непосредственное участие в ее осуществлении и таким образом нести за нее ответственность. Если уже на раннем этапе разработки стратегии будут обсуждаться разные точки зрения и препятствия, мешающие внесению изменений, то в этом случае существует большая вероятность того, что разработанная стратегия будет реалистичной. Привлечение к участию в процессе разработки стратегии широкого круга заинтересованных участников создает основу для принятия на себя обязательств, необходимую для изменения социальной, экономической, культурной и физической среды.

В главе 13 рассматриваются рекомендации консультативной встречи экспертов в отношении детского ожирения (3). Эти рекомендации предусматривают следующее:

- принятие всеохватывающего рамочного документа, например, в форме многоотраслевого плана действий, поддерживаемого правительством;
- приверженность выполнению политики, включая предоставление достаточных ресурсов; и
- привлечение заинтересованных сторон к определению приоритетности мероприятий и их оценке.

Для проведения политики, оказывающей влияние на экономическую отрасль и требующей привлечения ресурсов, нужна сильная политическая воля. Даже в тех случаях, когда существует согласие о факторах, на которые следует обратить внимание, необходимость в политических решениях сохраняется.

Процесс, необходимый для разработки политики в отношении профилактики ожирения, можно разбить на логические шаги. Их не обязательно предпринимать по порядку, и этот процесс можно уподобить модели оценки степени рисков совмещенной с моделью анализа влияния на здоровье (4). В начале можно провести своего рода «пробную разметку», в ходе которой на ранней стадии процесса планирования определяются наиболее важные проблемы, которые волнуют заинтересованные стороны. В ходе «разметки» сводятся воедино существующие факторы риска, мнения экспертов и собираются все данные, свидетельствующие об успешных мерах вмешательства. Кроме того, внимание обращается на потенциально нежелательные последствия мер вмешательства – например, стигматизацию и развитие болезней, связанных с питанием, – если такие данные имеются в наличии.

Разметка дает возможность осуществить оценку. Оценка использует результаты «разметки» и включает их в диаграммы потоков данных, позволяющих выявить взаимосвязи как высшего, так и низшего уровня, которые могут быть учтены при организации процесса проведения политики, а также позволяют восполнить недостающие знания и принять во внимание ценные мнения участников. Участие заинтересованных сторон на этой стадии процесса выработки политики помогает улучшить понимание концепций общественного здравоохранения, принятых для осуществления таких мер вмешательства, которые затрагивают все население в целом. Кроме того, участие заинтересованных сторон поможет им избавиться от чересчур упрощенных точек зрения – например, возложения вины на самих людей, страдающих от ожирения («раз они полнеют, то сами в этом виноваты») или переоценки эффективности медико-санитарного просвещения («просто предоставьте потребителям информацию, и они сами сделают правильный выбор»). Цель состоит в том, чтобы заинтересованные стороны могли участвовать в обсуждении стратегий оценок степени риска и прийти к соглашению о проведении мер по профилактике ожирения.

После достижения соглашения о том, на какие первостепенные факторы следует обратить внимание, в рамках политического процесса предстоит определить необходимые средства для достижения перемен. К ним можно отнести, например, добровольное участие, законодательство, или инициативы со стороны правительства, местных органов власти, НПО или коммерческих структур. В рамках политического процесса надлежит решить вопросы финансирования, выделения людских ресурсов для проведения мер вмешательства и развития необходимой инфраструктуры.

Этот подход к мерам вмешательства в области общественного здравоохранения признает необходимость того, чтобы стороны, в интересах которых предпринимаются меры вмешательства, участвовали в их разработке и осуществлении. Оттавская хартия укрепления здоровья (5) гласит: «Укрепление здоровья – это процесс, позволяющий людям осуществлять контроль над детерминантами здоровья и, таким образом, улучшать его состояние» не только на индивидуальном уровне, но также создавая для всего населения полезную для здоровья среду, например, с помощью образования, улучшения экономического положения и развития социального капитала.

Оттавская хартия очертила основной круг проблем общественного здравоохранения, подтвердив, что принципы социальной справедливости и равенства являются важнейшими предпосылками укрепления здоровья, и предложив осуществлять пропаганду этих принципов и содействовать их претворению в жизнь. Если исходить из Оттавской хартии как руководства к действию, то профилактика ожирения может рассматриваться как один из шагов на пути достижения более масштабной социальной цели. Кроме того, исходя из положений Оттавской хартии, оценка любых мер вмешательства должна учитывать возможности общины защищать и укреплять здоровье своих

членов. Таким образом, наделение социальными и политическими полномочиями становится одним из необходимых показателей достижений в области здравоохранения (6).

Процедура разработки национальной стратегии

В этой главе на наглядных примерах разъясняется процедура, с помощью которой к разработке национальной стратегии привлекаются заинтересованные стороны и одновременно обеспечивается политическое руководство. Процедура включает пять шагов; их суть излагается в нижеследующем тексте и на рис. 16.1–16.5 (7). На рисунках показаны все заинтересованные стороны, вовлеченные в процесс, при этом цветом выделены те, кто активно действует на том или ином этапе.

Пять шагами разработки национальной стратегии профилактики ожирения:

1. Определение сферы действий путем описания ситуации на национальном уровне и мобилизации усилий по вовлечению различных секторов.
2. Принятие на себя политической ответственности путем разработки национальной стратегии, основанной на многоотраслевом подходе.
3. Осуществление многоотраслевого подхода путем разработки мероприятий в каждой, имеющей к этому отношение области.
4. Формулирование всеобъемлющей стратегии путем объединения усилий различных секторов, в которых вырабатывается политика; и
5. Утверждение правительством и/или парламентом стратегии и начало ее осуществления.

1. Определение сферы действий

Кто-то должен определить сферу действий и выступить инициатором диалога на национальном уровне о серьезных последствиях ожирения, о том, как оно связано с питанием и физической активностью и о том, что многие стороны несут ответственность за принятие решений. В большинстве стран ответственность за определение привычек питания, физической активности, избыточной массы тела и ожирения среди различных групп населения лежит на министерстве здравоохранения и его основных ведомствах. Для того чтобы обеспечить широкую информированность населения о состоянии здоровья, социальных и экономических последствиях ожирения, а также выяснить, кто несет ответственность за общественное здравоохранение, следует проанализировать национальные и международные фактические данные. Для создания надежной национальной базы фактических данных и формулирования убедительных доводов министерство здравоохранения и его подразделения должны:

1. Дать описание текущей распространенности случаев избыточной массы тела и ожирения, а также оценку привычек питания и уровня физической активности как всего населения, так и его подгрупп, различающихся по возрасту, полу, социально-экономическому статусу и месту проживания в той или иной географической зоне.
2. Подготовить планы для будущего осуществления системы мониторинга избыточной массы тела, ожирения, привычек питания и физической активности.
3. Поставить национальные цели в отношении привычек питания и физической активности, основанные на рекомендациях в отношении здорового питания (8–10), национальных исследованиях привычек питания и физической активности.
4. Наметить ряд задач, требующих наиболее срочного решения, таких как увеличение потребления фруктов и овощей вдвое или сокращение вдвое потребления сладостей, безалкогольных напитков, пирожных, печенья, мороженого и подобных им продуктов питания.
5. Выявить основные национальные детерминанты потребления продовольствия и физической активности, такие как поставки продовольствия, роль розничной торговли, изменения в технологической обработке пищевых продуктов, транспорт, плата за вход на территорию спортивных сооружений, размещение мест отдыха и развлечений.
6. Выявить и оценить группы и секторы, которые могут оказывать влияние на факторы, определяющие привычки питания и физическую активность.

7. Собрать и проанализировать информацию о текущей национальной политике, ее стратегиях и целях и проанализировать, каким образом она может быть увязана с политическими мерами по решению таких проблем, как неравенство в отношении здоровья, сердечно-сосудистые заболевания, реформы общественного здравоохранения, развитие школьной инфраструктуры, отдых молодежи и реклама пищевых продуктов.
8. Составить список возможных лиц, ответственных за осуществление стратегии, и способов решения проблем, включив в него оценки стоимости предлагаемых мероприятий, анализ состояния национального здравоохранения и национальные детерминанты потребления продовольствия и физической активности.
9. Сформулировать всеобъемлющую цель в масштабах всего общества, которую можно было бы применить ко всем секторам – например, достижение такого уровня организации общества, при котором для всех групп населения самым простым выбором стал бы выбор в пользу более здорового образа жизни.
10. Сформулировать такую цель, которая бы формировала привычки питания и способствовала физической активности; например, обеспечить доступ к продуктам питания таким образом, чтобы фрукты было легче выбрать, чем пирожные; и
11. Представить национальному правительству этот всеобъемлющий документ, со ссылкой на Европейскую хартию по борьбе с ожирением (2).

Для осуществления этого первого шага потребуются компетентность и опыт министерства здравоохранения и/или его партнеров (рис. 16.1). Плодотворные обсуждения на международном уровне в заданном формате продолжаются, и общепризнанным стало мнение о необходимости вовлекать в мероприятия по профилактике ожирения различные политические структуры, все уровни общества и многие заинтересованные стороны. Среди международных организаций, привлеченных к межотраслевому сотрудничеству, можно назвать: ВОЗ, ФАО, ЮНИСЕФ, Всемирный банк, Международная организация труда (МОТ), Совет Европы и ЕС.

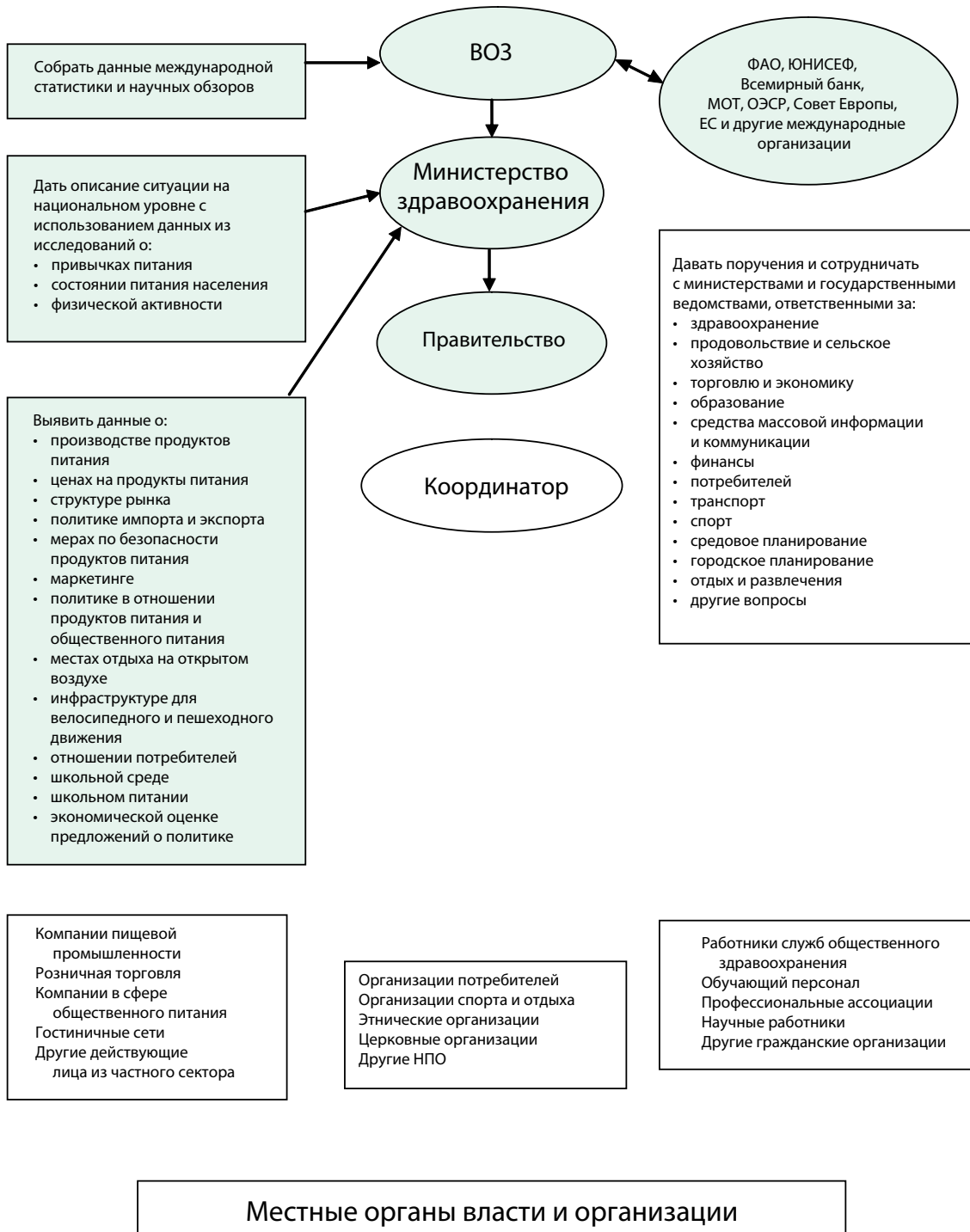
В Европейской хартии по борьбе с ожирением министры здравоохранения стран, входящих в Европейский регион ВОЗ, заявили о приверженности уделить проблеме борьбы с ожирением первостепенное значение в политической повестке дня своих правительств и призвать к осуществлению безотлагательных действий. Министры здравоохранения стоят перед проблемой, как вывести этот вопрос за рамки своих министерств, чтобы добиться признания правительством его приоритетного значения. Если желаемым результатом является подход к разработке различных стратегий политики, то помимо министерства здравоохранения к решению проблемы следует привлечь и другие министерства.

2. Применение многоотраслевого подхода

В большинстве стран именно министерство здравоохранения обладает ответственностью и необходимыми экспертными данными, чтобы инициировать процесс борьбы с ожирением, обратить внимание общественности на всю серьезность проблемы, предоставить информацию о ее значении, сформулировать задачи в отношении питания и физической активности. Однако только одно министерство не обладает мандатом на разработку мер, которые должны осуществлять другие. Меры по борьбе с ожирением должны также осуществлять другие министерства: сельского хозяйства, торговли и экономики, образования, средств массовой информации и коммуникаций, финансов и транспорта. Для применения многоотраслевого подхода, который предложен в Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (1), необходимо разработать мероприятия, основанные на деятельности каждого из соответствующих министерств. Различные секторы должны внести свой вклад в анализ проблемы и чувствовать ответственность за ее решение. В противном случае политика не превратится в реальные действия.

И хотя в разных странах существуют различные процедуры разработки стратегии по борьбе с ожирением, необходимо, чтобы решение о принятии стратегии было официально объявлено правительством страны. Согласно одному из выводов Европейской министерской конференции ВОЗ

Рисунок 16.1. Определение сферы действий: первый шаг в разработке национальной стратегии профилактики ожирения



Источник: составлено по James и Rigby (7).

по борьбе с ожирением, для достижения прогресса необходимо политическое руководство на самом высоком уровне, а также официальное заявление об этом со стороны правительства.

Проанализировав ситуацию, разработав основы стратегии и поставив всеобъемлющие цели, министерство здравоохранения обращается в правительство. Правительство и министерства должны достичь согласия о значимости проблемы, ее детерминантах и, самое главное, о совместной ответственности при выработке решений и действиях по их осуществлению.

Правительство должно официально объявить о своей приверженности применять многоотраслевой подход, осуществлять необходимые меры и решать вопрос о предстоящих целях. Вовлечение различных министерств требует координации их деятельности. Одним из вариантов является создание независимого координационного органа на высоком уровне, отвечающего за руководство усилиями всех привлеченных сторон, согласованность их усилий и оказание содействия по претворению этих усилий в конкретные меры. В качестве такого координационного органа может выступать национальный комитет в составе экспертов и администраторов, представляющих все соответствующие области политики. Министерство здравоохранения и профессиональные работники служб общественного здравоохранения являются ключевыми фигурами такого комитета и могут возглавлять его.

В этой главе согласующий орган назван «координатором». Чтобы добиться успеха, он должен обладать полномочиями и легитимностью, оказывать поддержку интеграции существующих институтов и процессов, вовлекать их представителей в процесс разработки необходимых мер и облегчать их участие в этой деятельности, добиваться координации между осуществлением решений на разных стадиях и проводить мониторинг выполнения поставленных задач. Координатор должен представлять доклад непосредственно правительству или парламенту, иметь возможность обеспечить руководство и применять различные межотраслевые подходы к стратегиям профилактики ожирения.

Кроме того, не координатор, а правительство должно обязывать министерства принимать участие в намеченной деятельности (рис. 16.2). В разных странах к борьбе с ожирением могут быть привлечены разные министерства. Однако, как уже упоминалось, в Европейской хартии по борьбе с ожирением (2) первостепенное значение придается министерствам и ведомствам, занимающимся сельским хозяйством, пищевой промышленностью, финансами, торговлей и экономикой, правами потребителей, развитием, образованием и наукой, социальным обеспечением, трудом, спортом, культурой и туризмом. Именно эти министерства играют важную роль в разработке стратегий и мер в области укрепления здоровья.

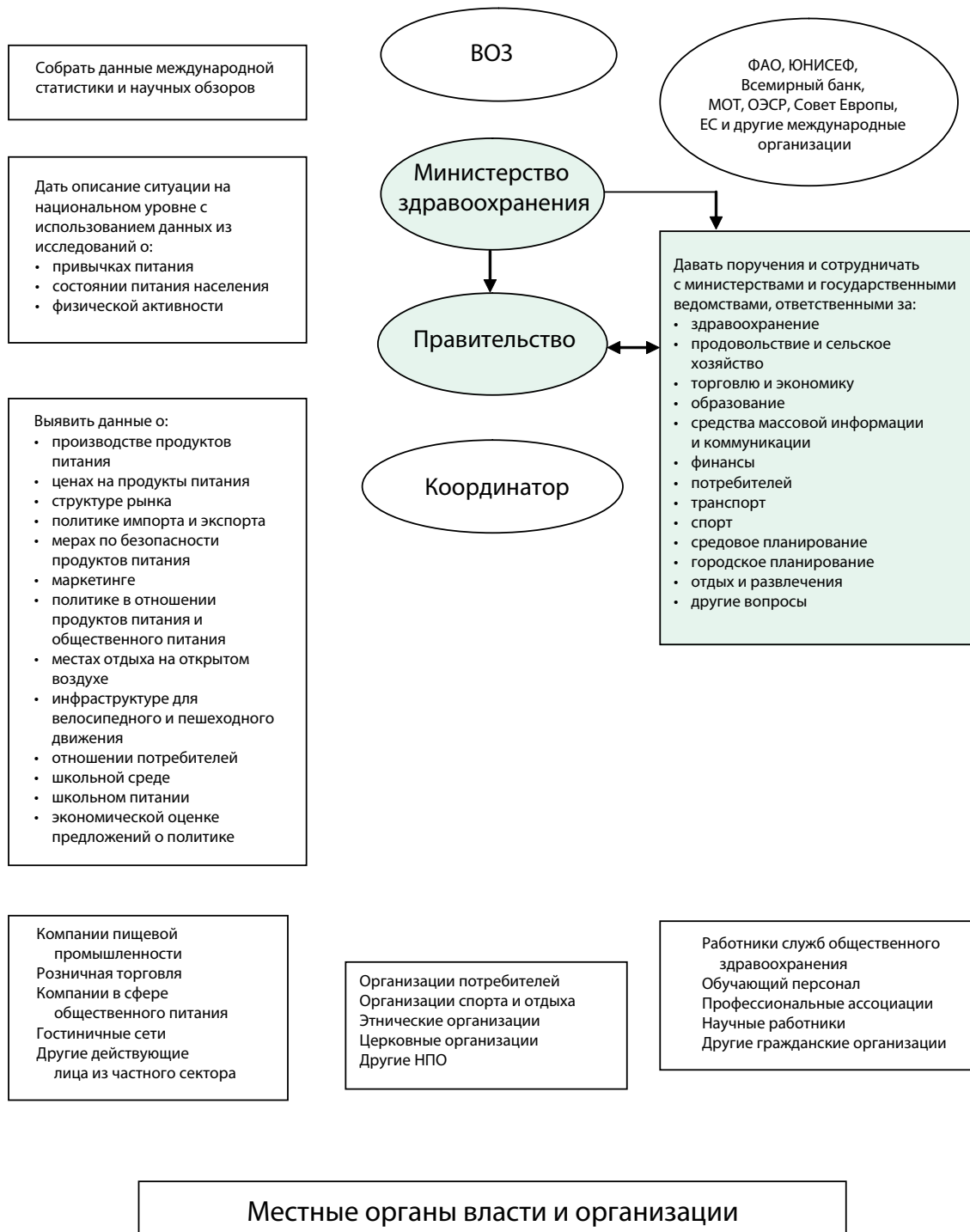
3. Разработка мер в соответствующей области политики

Третий шаг дает представление о возможном методе преобразования общих формулировок политики и целей в конкретные меры и решения о выделении ресурсов.

Ни одной стране Европейского региона еще не удалось добиться успеха и обратить вспять тенденции увеличения показателей ожирения. Безотлагательность проблемы требует неординарных решений и создания специальных структур, поскольку традиционные структуры склонны к традиционным решениям (11). Министерства, располагающие возможностями для изменения политики в отношении приоритетов в транспортной сфере, в отношении цен на продовольствие, школьного питания и планирования мест отдыха и развлечений, должны на самых ранних этапах вовлекаться в разработку необходимых мер. В этой публикации перечислены меры, к осуществлению которых уже можно приступить, но чтобы определить, какие именно меры следует выбрать, нужно учитывать культурный контекст (см. главу 17). Процесс отбора мер включает процедуру «просеивания и процеживания», которая предполагает анализ актуальности с учетом национального контекста и эффективности затрат, а также определение приоритетов.

Правительство или парламент поручают каждому из названных министерств возглавить деятельность в соответствующей области политики. Однако добиться успеха невозможно без привлечения многочисленных заинтересованных сторон. Определение конкретных вовлеченных участников зависит от политики в том или ином секторе. Европейская хартия (2) в качестве примеров называет местные органы власти, гражданское общество, частный сектор и средства массовой

Рисунок 16.2. Применение многоотраслевого подхода: второй шаг в разработке национальной стратегии профилактики ожирения



Источник: составлено по James и Rigby (7).

информации. Каждому министерству необходимо определить возможных информантов, участников, заинтересованные стороны и сферы действия. В гражданское общество входят работодатели, потребители, молодежь, спортивные общества и профсоюзы. Руководящий принцип Оттавской хартии укрепления здоровья (5) заключается в том, что люди должны получить возможность контролировать детерминанты своего здоровья, чтобы улучшить его, и в связи с этим, возрастает значение, которое придается вовлечению заинтересованных сторон в борьбу с ожирением на всех уровнях общества. Роль и ответственность заинтересованных сторон рассматриваются в главе 18.

Консультации с заинтересованными сторонами и обмен мнениями между ними может иметь дополнительные преимущества, а именно:

- доступность соответствующей информации и сетей, охватывающих широкий круг секторов общества;
- разработка инновационных стратегий и идей;
- эффективное выполнение;
- совместное осуществление процесса политики всеми его участниками;
- появление нового знания, превышающего предшествующий совместный опыт его участников.

Ряд других консультативных методик – например, структурированные фокусные группы, группы анализа обратной связи, конвергентные интервью – образуют основную часть надежных методов в рамках общей методики исследования действий (14). Кроме того, используется новая методика – многофакторное «картографирование», которое при помощи частичного применения количественных методов исследования дает возможность использовать описательные карты дискуссий и выявлять рамки допущений, на которых строятся позиции заинтересованных сторон (15).

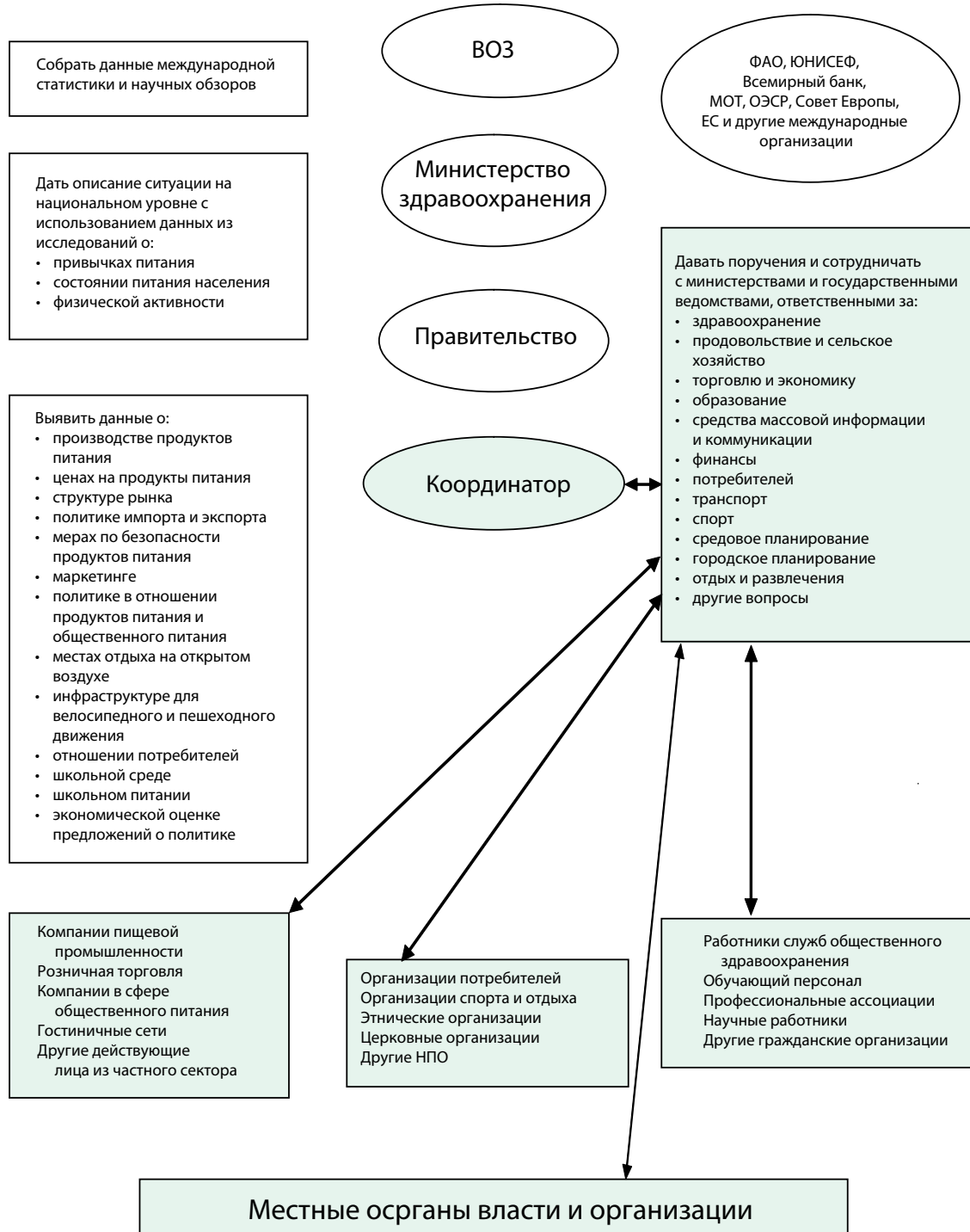
В ходе процесса разработки стратегии необходимо открыто и гибко подходить как к сторонам, поддерживающим ее, так и к сторонам, ее не поддерживающим, чтобы изучать противоположные точки зрения и рассмотреть их на начальной стадии (16,17).

В главе 13 рассматривается термин «целевые группы». Традиционно целевые группы определяются исходя из жизненного цикла, это могут быть дети дошкольного возраста или пожилые люди. Применение такого подхода накладывает ограничения, поскольку меры вмешательства будут непосредственно направлены на ту группу, у которой существуют проблемы со здоровьем. А это может привести к осуществлению традиционных мер по укреплению здоровья, таких как улучшение навыков питания и повышение уровня физической активности индивидов. Вместо этого необходимо осуществлять такие меры, которые приведут к изменению условий, которые влияют на формирование привычек всего населения (18). Изменение средовых условий позволяет сконцентрировать усилия на главной цели – достижения такого уровня организации общества, который позволяет облегчить выбор в пользу здоровья всем группам населения.

При таком подходе к целевой группой в отношении мер по профилактике ожирения относятся поставщики информации о здоровье, а также разработчики политики в таких областях, как ценообразование и маркетинг, профессиональные группы и лидеры общественного мнения (глава 13). Этот подход близок точке зрения о создании социально-экологической модели, в которой подчеркивается значение взаимосвязей между индивидуальными факторами, с одной стороны, и социальной и физической средой, с другой (19–22). В этой модели меры, осуществляемые ответственными лицами, действующими на национальном, региональном и местном уровнях, интегрируются с мерами, осуществляемыми частными и неправительственными лицами, действующими на местах.

Определение ясных целей, понятных для всех вовлеченных сторон, облегчает разработку мер по их осуществлению. Например, если всеобщая цель общества заключается в том, чтобы выбор в пользу здоровья было сделать легче всего, то тогда каждое министерство и все заинтересованные стороны могут обсуждать, какой вклад они внесут в решение этой проблемы, задавшись при этом следующими вопросами: что могут сделать работодатели, чтобы увеличить доступ к здоровым продуктам

Рисунок 16.3. Осуществление мер в каждой из соответствующих областей политики: третий шаг в разработке национальной стратегии профилактики ожирения



Источник: составлено по James и Rigby (7).

питания для своих работников; что могут сделать школы, чтобы создать такую среду, которая будет способствовать физической активности; как можно планировать дорожную сеть таким образом, чтобы она способствовала активным видам движения.

Тем не менее, меры не могут разрабатываться в виде некоего списка пожеланий. Все меры должны быть такими, чтобы их можно было практически реализовать. Знать «что делать» столь же важно, как знание «как делать». А это значит, что просто заявить о том, что могло бы быть сделано, например, «школы должны быть здоровыми», совершенно недостаточно. Формулировки мер должны содержать указание на то, каким образом поставленная задача будет выполнена и кто конкретно несет ответственность за ее выполнение. Например, чтобы сделать школы здоровыми может потребоваться целый ряд мер по подготовке учителей и физической среды школ, организации питания и составления учебного плана. Выдвигая любое предложение о мерах, следует задаваться вопросом: каким образом этого можно добиться? Ответ должны содержать перечень конкретных действий, в нем следует указать ответственных исполнителей за каждое мероприятие, а также смету и источники финансирования. В обязанности координатора входит отбор мер, разработанных для каждой области политики соответствующими секторами, с соответствующим обоснованием.

Формулируя меры, следует учитывать следующие моменты. Меры должны:

- быть интегрированными в текущую работу;
- быть как можно более конкретными;
- включать индикаторы для регулярного мониторинга;
- быть связанными с ответственным исполнителем;
- включать сведения о стоимости и предложения по финансированию;
- основываться на самых надежных данных;
- учитывать социально-экономическое неравенство в медицинском обслуживании (см. главу 12).

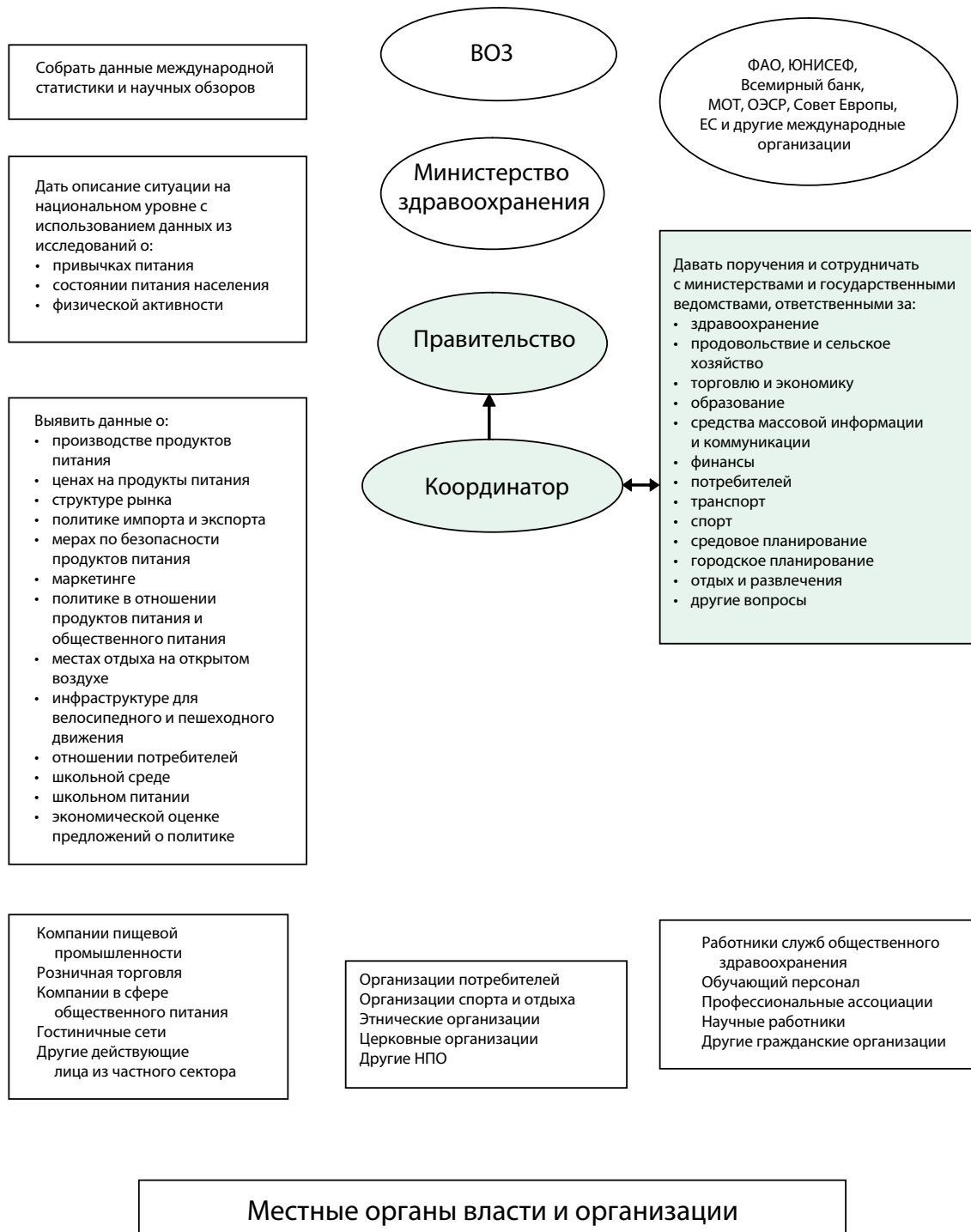
Во Втором плане действий по реализации политики в области продовольствия и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 годы будут приведены конкретные действия, которые могут содействовать этому процессу (23).

4. Формулирование всеобъемлющей стратегии

Делая четвертый шаг, координатор собирает предложения министерств, составляет из них единый портфель скоординированных мер и представляет его правительству (рис. 16.4). Это весьма трудная и ответственная задача, для выполнения которой необходимо быть в постоянном контакте со всеми вовлеченными лицами. Координатор должен не только изучать поступающие предложения, но и анализировать, чего в них не хватает, и решать, как можно объединять различные представленные предложения. Необходимо определить приоритеты. В процессе сбора поступающих предложений из различных министерств и оценки их воздействия на группы населения и заинтересованные стороны, координатор должен исходить из необходимости достижения баланса рекомендаций, которые он включит в портфель мер (23).

Процесс осуществления политики по своему существу непредсказуем и поэтому носит неопределенный характер. Необходимо вести мониторинг хода реализации политики и давать ей долговременную оценку. Может возникнуть необходимость в организации систематического мониторинга привычек питания и моделей физической активности, веса тела, производства продовольствия, цен и доступности продуктов питания. Оценка того, какие именно из предпринимаемых мер из множества одновременно осуществляемых оказывают наибольшее воздействие, может быть трудной. Сильные стороны стратегии проявятся только в том случае, если будет реализовано большинство мер и они будут согласованы между собой – а не тогда, когда выбираются отдельные меры и осуществляются вне связи с другими. Всеобъемлющая стратегия – это больше чем простое арифметическая сумма всех входящих в нее мер.

Рисунок 16.4. Формулирование всеобъемлющей стратегии: четвертый шаг в разработке национальной стратегии профилактики ожирения



Источник: составлено по James и Rigby (7).

Национальная стратегия профилактики ожирения должна:

1. быть основана на предложениях целого ряда политических секторов, оказывающих влияние на привычки питания и физическую активность населения;
2. включать меры, которые охватывают как все общество, так и индивидуумов, являются долгосрочными и основываются на самой надежной информации;
3. оценивать затраты и выделять ресурсы на осуществление;
4. обязательно предусматривать осуществление мер на нескольких политических и общественных уровнях;
5. предусматривать в обязательном порядке, чтобы меры, проводимые общественным и частным секторами, гражданским обществом и НПО, были согласованными и взаимодополняющими;
6. обязательно учитывать общественное мнение;
7. включать мероприятия по решению проблем социально-экономического неравенства;
8. обязательно предусматривать наличие ответственного лица, назначенного для осуществления каждой меры; и
9. обеспечивать надежную поддержку всеобъемлющей цели и мер по ее осуществлению со стороны ответственных лиц.

5. Начало осуществления стратегии после принятия правительством

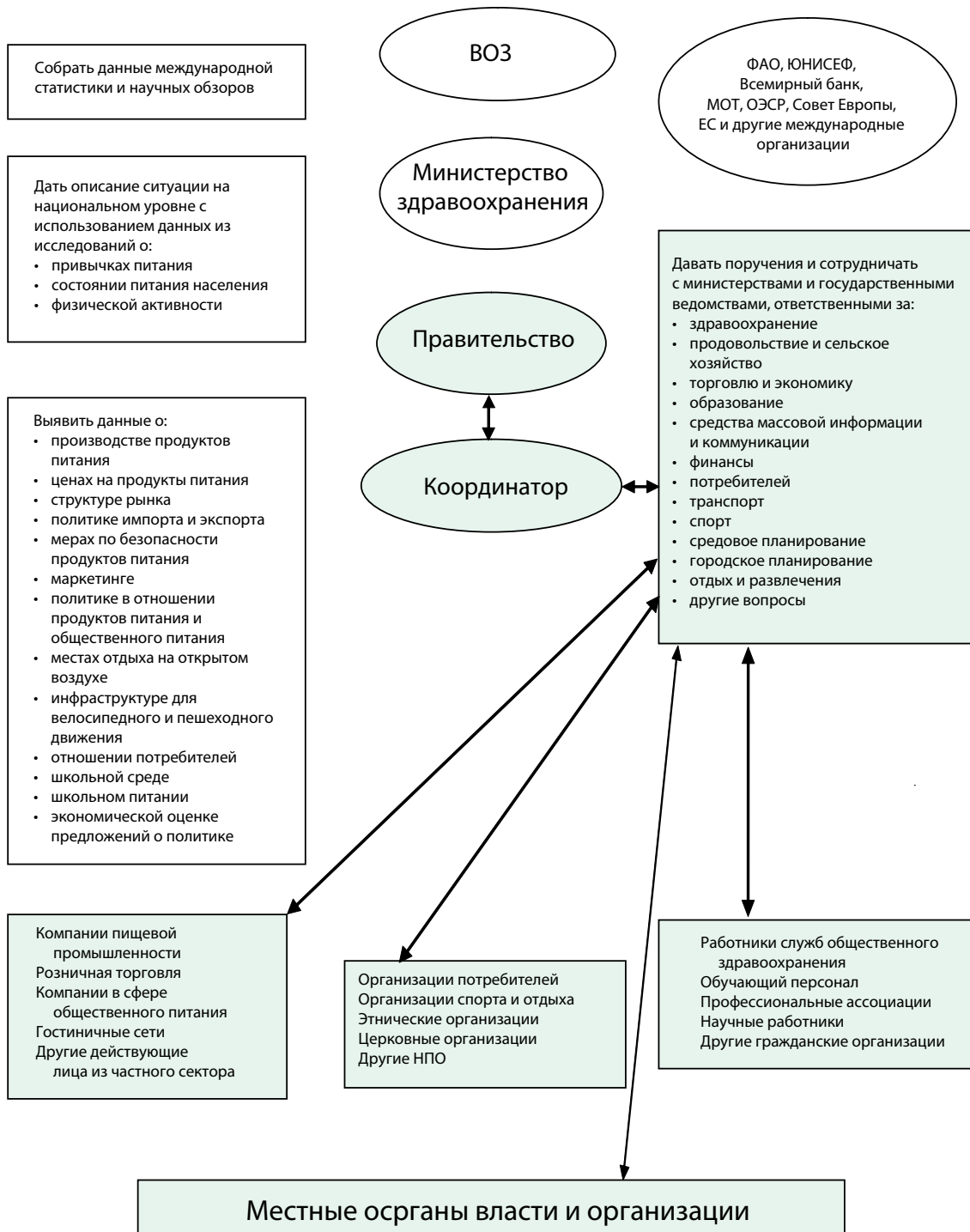
После того как координатор сформировал всеобъемлющую стратегию, включающую ряд мер, касающихся самых различных областей политики, стратегия должна быть официально принята правительством, чтобы обеспечить выполнение обязательств в целом. Правительство должно четко заявить всем министерствам, а также заинтересованным сторонам из частного сектора и гражданского общества, что оно будет стремиться к достижению целей стратегии, даст поручения по осуществлению мероприятий в различных областях политики и что будет образован компетентный орган для осуществления мер и оценки достигнутого прогресса (рис. 16.5).

Этот шаг имеет решающее значение для выполнения стратегии. Его осуществление продемонстрирует действительную силу заинтересованности в этой политике, поскольку целью стратегии является не ее разработка, а претворение в жизнь. В Европейской хартии по борьбе с ожирением министры здравоохранения Европейского региона ВОЗ заявили о своей приверженности усилению действий, направленных на борьбу с ожирением и о том большом значении, которое они придают этой проблеме. Хартия содержит девять руководящих принципов; первый из них гласит (2): «Для мобилизации сил и достижения синергизма в работе различных отраслей необходимо наличие политической воли и лидерства на самом высоком уровне при приверженности правительства в целом усилиям по решению этой проблемы».

Стратегия профилактики ожирения может быть составной частью документов общественного здравоохранения, таких как стратегии борьбы с неинфекционными болезнями или план действий в отношении продовольствия, питания и образа жизни. Она может быть также самостоятельным документом, содержащим отсылки к соответствующим стратегиям и планам в отношении привычек питания и физической активности. Особое внимание следует обратить на интегрирование стратегии в борьбу с социальным неравенством в здравоохранении, так как проблема ожирения тесно связана с социальными условиями.

В Европейской хартии заявлена необходимость создания системы, охватывающей основные заинтересованные стороны, инструменты политики и конкретные средовые условия для воплощения в жизнь целей и принципов стратегии. Правительство может создать независимый наблюдательный орган для координации выполнения стратегии, а также независимые контрольные агентства, которые проводили бы оценку воздействия и эффективности осуществляемых мер, чтобы оценка успешности политики не возлагалась бы на тех, кто несет ответственность за ее осуществление. Координационный орган мог бы включать целый ряд ведомств, так как он не обязательно должен представлять собой обособленную организацию. От лица правительства координационному органу должна быть предоставлена легитимность, а также право осуществлять экспертные оценки, чтобы он мог выступать

Рисунок 16.5. Начало осуществления стратегии: пятый шаг в разработке национальной стратегии профилактики ожирения



Источник: составлено по James и Rigby (7).

с предложениями и предпринимать действия во всех областях, имеющих отношение к решению проблемы. Для осуществления деятельности, предпринимаемой в различных областях, с участием разных заинтересованных сторон и на различных уровнях (национальном, региональном и местном) может потребоваться координация такой деятельности с точки зрения времени ее осуществления и содержания (24).

Государства – члены Европейского региона ВОЗ все в большей степени испытывают необходимость извлекать уроки из опыта других. Необходимо распространять информацию о примерах успешной практики. Национальное координационное агентство или агентства могут обобщить практику деятельности на национальном уровне, анализировать достигнутый в результате вовлеченности многих секторов синергизм и сообщать об этом соответствующим международным организациям. Для составления международного каталога передового опыта необходимым условием является то, чтобы национальные координаторы осуществляли надзор за мерами, предпринятыми в различных отраслях или уровнях общества, и следили за качеством и сопоставимостью оценок мероприятий.

Среди специализированных учреждений системы ООН ВОЗ является лидером в разработке политики. Однако вовлеченность таких отраслей, как транспорт, городское планирование, образование, профсоюзы и культура, показывает, что другие специализированные учреждения также могут быть заинтересованы в ее результатах. В Европейской хартии по борьбе с ожирением указывается, что межотраслевое сотрудничество необходимо не только на национальном, но и на международном уровне. Для того чтобы процесс был эффективным и действенным, сотрудничество должно осуществляться на всех этапах принятия решений (25).

Библиография

1. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 15 May 2007).
2. *European Charter on Counteracting Obesity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89567.pdf>, accessed 15 May 2007).
3. *Obesity in childhood. Report of an expert committee. Kobe, Japan, June 2005*. Geneva, World Health Organization (in press).
4. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (WHO Regional Publications, European Series, No. 96; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 7 May 2007).
5. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, accessed 7 May 2007).
6. *Review and evaluation of health promotion. Papers from the Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, 21–25 July 1997*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/HPR/HEP/4IHP/RET/98.1; http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_41_CHP_RET_98.1.pdf, accessed 7 May 2007).
7. James WPT, Rigby N. Nutrition policy: national strategies for dietary change. In: Marmot M, Elliott P, eds. *Coronary heart disease epidemiology: from aetiology to public health*. Oxford, Oxford University Press, 2005:805–818.
8. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 15 May 2007).
9. Eurodiet Core report. Nutrition and diet for a healthy lifestyle in Europe: science and policy implications. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:265–274.
10. *Nordic nutrition recommendations – Integrating nutrition and physical activity*, 4th ed. Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2004 (Nord 2004:13).
11. Brown D. Social learning in South-North coalitions. Constructing knowledge systems across social chasms. In: Lewis D, ed. *International perspectives on voluntary action: reshaping the third sector*. London, Earthscan, 1998:21–38.

12. Dick B. Delphi face to face [web site]. Lismore, Southern Cross University, 2000 (<http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/delphi.html>, accessed 7 May 2007).
13. Stevenson R. *Evaluation of people's panels and people's juries in social inclusion partnerships*. Edinburgh, Scottish Executive, 2004 (<http://www.scottishexecutive.gov.uk/Resource/Doc/47237/0025529.pdf>, accessed 7 May 2007).
14. Dick B. Action Research Resources: papers on action research and related topics [web site]. Lismore, Southern Cross University, 2002 (<http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/arphome.html>, accessed 7 May 2007).
15. Lobstein T, Millstone E. *Policy options for responding to obesity: evaluating the options. Summary report of the EC-funded project to map the views of stakeholders involved in tackling obesity – The PorGrow Project*. Brighton, SPRU – Science and Technology Policy Research, University of Sussex, 2006 (http://www.sussex.ac.uk/spru/documents/porgrow_complete.pdf, accessed 7 May 2007).
16. Crawshaw P, Simpson D. Comprehensive community initiatives: addressing a “problem” in local governance or creating one? *Sociological Research Online*, 2002, 7(1) (<http://www.socresonline.org.uk/7/1/crawshaw.html>, accessed 15 May 2007).
17. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 1998, 13:99–120.
18. Pettersson B et al., eds. *Playing for time... creating supportive environments for health. Report from the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, June 9–15, 1991*. Sundsvall, People's Health, Västernorrland, 1992.
19. Glanz K et al., eds. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*, 3rd ed. San Francisco, Jossey-Bass, 2002.
20. Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting health. Intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC, National Academy Press, 2000.
21. Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 2002, 3:289–301.
22. Spence JC, Lee RE. Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 2003, 4:7–24.
23. *Proposed Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (EUR/RC57/10; <http://www.euro.who.int/Document/rc57/edoc10.pdf>, accessed 17 August 2007).
24. Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 1995, 5:4–9.
25. Harris E et al. *Working together: intersectoral action for health*. Sydney, National Centre for Health Promotion and Commonwealth Department of Human Services and Health, 1995.

17. Профилактика ожирения: выбор наилучшего инвестирования

Ключевые положения

- Выбор наилучшего инвестирования для профилактики ожирения требует оценки фактических данных и принятия во внимание контекстуальных факторов, ведущих к ожирению, одновременно следует осуществить процесс привлечения заинтересованных сторон, отдающих приоритет вопросам решения проблем, а не их изучения.
- Такой подход дает возможность создать портфель приоритетных мер по профилактике ожирения, опирающихся на фактические данные, тесно увязанных с контекстуальной ситуацией, которой владеют заинтересованные стороны. На стратегическом уровне можно провести оценку стоимости таких мер с точки зрения эффективности. На местном уровне их можно выбрать в качестве инвестиций в здоровье.

Осуществление мер в области общественного здравоохранения часто затрудняется «несоответствием между масштабами и важностью проблемы общественного здравоохранения и недостаточностью фактических данных о потенциальных мерах вмешательства в проблему» (1). Таково в настоящее время положение дел с проблемой профилактики ожирения. Усиление интереса к проблеме ожирения в средствах массовой информации в течение последних пяти лет (2) привело к тому, что в настоящее время повышенное внимание, особенно со стороны правительств, уделяется тому, как решать эту проблему. И хотя дети и подростки становятся приоритетными возрастными группами в тех усилиях, которые предпринимаются в профилактике ожирения (3), недостаток конкретных фактических данных об эффективности мероприятий, которые могли бы помочь в разработке стратегий, является весьма существенным препятствием для широкомасштабной деятельности (4).

В этой главе описывается опыт двух процессов – один осуществляется в Австралии, на региональном или национальном уровне, другой на уровне местных сообществ – в Австралии, Новой Зеландии, Тонге, Фиджи – в ходе которых выявлялись наилучшие меры вмешательства при профилактике ожирения (в основном политика осуществления и программы).

Первая трудность в ходе осуществления каждого из процессов состоит в составлении перечня того, что можно было бы сделать для снижения уровня ожирения. Следующая проблема заключается в том, чтобы наметить в этом перечне приоритетные мероприятия на уровне их практического осуществления. Оба процесса сочетают оценку имеющихся в настоящее время фактических данных и контекстуальных факторов с планировавшимся привлечением заинтересованных сторон в формирование портфеля рекомендуемых действий.

Данные, полученные из практики

Одних лишь фактических данных недостаточно для принятия необходимых решений (5), и качественное принятие решений на основе фактических данных, встречается весьма редко (6). Чтобы процесс принятия решения шел в правильном направлении и чтобы с самого начала в нем принимали участие лица, принимающие решения, необходимо стремиться к использованию данных, полученных из практики (6). Такой способ позволяет при принятии комплексных решений учитывать многие важные факторы помимо данных, приводимых в опубликованных материалах, что является базой классической практики, основывающейся на фактических данных. План профилактики ожирения, опирающийся исключительно на данные немногочисленных публикаций, был бы неполным и, вероятно, неэффективным.

Поэтому для определения портфеля действий в отношении мер по борьбе с ожирением требуется проведение ряда технических экспертиз и налаживание процесса привлечения ключевых заинтересованных сторон к принятию всех решений. В конечном итоге более надёжные и носящие

«авторский» характер рекомендации, будут иметь больше шансов на выполнение, впрочем, как всегда, политические соображения, финансовые ограничения и неожиданные привходящие обстоятельства сыграют важную роль в определении того, в каком окончательном виде рекомендации будут утверждены. Существуют особые инструменты, которые необходимы для качественного определения вопросов высокой приоритетности (7). Но они мало применимы к проблеме профилактики ожирения, где задача многократно усложняется ее сложностью, контекстуальной природой и недостатком фактических данных. Здесь приводятся два примера на различных уровнях; оба они взяты из практики Австралии, однако процессы и технические средства легко могут быть использованы и в других странах – и в некоторых случаях именно это и имело место.

Оценка эффективности затрат вмешательств, направленных против ожирения

Правительство австралийского штата Виктория поддерживало предшествовавшие проекты по оценке эффективности затрат действий в сфере психического здоровья, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (8). Такой же подход использован в проекте оценки эффективности с точки зрения затрат мер вмешательства в области ожирения (ACE–Obesity) и предусматривает широкий экономический анализ согласованных конкретных мер вмешательства по сокращению детского ожирения на уровне штатов или национальном уровне, дополняемый процессом вовлечения основных участников в выбор мер вмешательства и выработку исходных положений (допущений) для моделирования и определения некоторых вторичных фильтров, относящихся преимущественно к стадии выполнения. Этот подход использует стандартизированные методы, чтобы избежать методологической путаницы и обеспечить сбалансированный подход при определении приоритетов.

Проект ACE–Obesity имеет следующие технические характеристики:

- четкое обоснование выбора мер вмешательства, включая наличие фактических данных; актуальность для происходящего в настоящее время процесса принятия решений, потенциальное воздействие, достижение баланса мер вмешательства и возможности конкретизировать меры вмешательства в ясных и четких терминах;
- общая программа для проведения сравнений, такая как текущая практическая деятельность;
- стандартизированный экономический протокол, предусматривающий последовательный подход к выявлению, измерению и оценке затрат и последствий;
- область воздействия, например население страны в возрасте 5–18 лет, и предназначение исследования, например общественное предназначение;
- использование существующих данных о расходах системы здравоохранения и компенсациях, распространенности болезней и частоте случаев новых заболеваний, факторах риска и бремени болезней;
- стандартная учетная ставка, такая как 3%;
- исследование точности ценностных параметров (учетной ставки и бремени нетрудоспособности) и исследования вероятностной неопределенности технических параметров;
- калькуляция дополнительных результатов оценки эффективности затрат (затраты по DALY), представленных как в виде дискретной оценки (наилучшая оценка), так и в виде ряда (отражающего неопределенность); и
- повышенное внимание к соблюдению технических требований; использование наиболее полной фактической информации с полным учетом в то же самое время необходимости соблюдения всех правил осуществления процесса.

Вторичные фильтры на стадии осуществления включают:

- надежность (количество и качество) фактических данных;
- степень осуществимости мер вмешательства;
- потенциал устойчивости вмешательства;

- потенциал в отношении сокращения неравенств;
- любые другие позитивные или негативные побочные явления;
- приемлемость для заинтересованных сторон.

Рабочая группа из представителей заинтересованных сторон и группа, занимающаяся техническим анализом, принимают решения о том, какие меры вмешательства подвергать оценке, и формулируют их настолько детально, чтобы дать возможность оценить их стоимость, воздействие на здоровье населения и эффективность затрат. После завершения этого анализа осуществляются описания качества мер вмешательства, которые подвергаются процедуре вторичной фильтрации. Оценки эффективности затрат, общей стоимости и выгод для здоровья населения, а также вторичной фильтрации второй стадии составляют основу фактических данных, исходя из которых лица, принимающие решения, могут выбрать портфель потенциальных мер вмешательства, в которые осуществить инвестиции. В этом портфеле мер должен быть соблюден баланс между различными средами проживания, между здоровым питанием и физической активностью, а также профилактикой ожирения и борьбой с уже существующими случаями ожирения. Многие из этих концепций и процессов включены в рекомендации о выборе наилучших мер по поддержанию нормальной массы тела и профилактике ожирения в Новом Южном Уэльсе (9).

В проекте ACE–Obesity была осуществлена оценка 13 конкретных мер вмешательства (10), включая: программы, способствующие активным видам транспортного движения в школу; включенные в учебный план индивидуальной программы сокращения потребления безалкогольных напитков и просмотра телевизионных передач; многофакторные программы, осуществляемые в школах; различные оздоровительные программы для детей с избыточной массой тела или ожирением; школьные программы, включающие внеклассные занятия; более жесткие правила с целью сократить направленную на детей телевизионную рекламу продуктов питания.

Это моделирование сформулировало несколько техническими проблем, в том числе: моделирование поведенческих изменений в связи с изменениями массы тела (11); исходное положение о сохранении достигнутого в детстве сокращения ИМТ и во взрослом возрасте; и моделирование сокращений ИМТ в связи с уменьшением DALY. Опубликован обзор результатов моделировавшейся эффективности (10). Правительство австралийского штата Виктория опубликовало резюме предварительных результатов (12). На их основе составлена табл. 13.3 (см. глава 13, с. 222).

Демонстрационные проекты, рассчитанные на сообщество в целом

Хорошо продуманные демонстрационные проекты в масштабах местного сообщества представляют собой прекрасную стратегию для накопления фактических данных о профилактике ожирения на уровне общины. В шести таких проектах был применен общий процесс определения приоритетов: три в Барвоне, в юго-западной части австралийского штата Виктория; и по одному на Фиджи, Тонге и в южной части г. Окленд, Новая Зеландия. Проектами в этих четырех странах охвачены три возрастные группы (дошкольники, учащиеся начальных школ и учащиеся средних школ), страны с высоким, средним и низким доходом, шесть основных этнокультурных групп, городская и сельская среда.

Проблема определения того, что может быть сделано, и затем установка приоритетов в отношении того, что следует сделать, касается уровня сообщества в той же мере, что и уровня штата, или страны в целом. На начальной стадии демонстрационных проектов были применены принципы, схожие с принципами проекта ACE–Obesity, несмотря на то, что, например, было доступно гораздо меньше технической информации об эффективности и результативности мер вмешательства. Главным элементом всех проектов было использование методики ANGELO (аналитическая сетка элементов, связанных с ожирением). Первоначально разработанная для сканирования среды с целью выявления факторов, препятствующих распространению ожирения (13), эта методика позволяет выявить структуру, дающую возможность составить представление о множестве факторов, способствующих ожирению; в табл. 15.1 и 15.2 (см. главу 15, сс. 264–266) приводятся примеры её применения для поощрения физической активности. Семинары по методике ANGELO были проведены на начальной стадии всех шести демонстрационных проектов с целью разработки планов действий по этим проектам. В табл. 17.1 показаны основные элементы мероприятий, с применением методика ANGELO.

Методика ANGELO – неотъемлемая часть общего процесса укрепления здоровья населения; с её помощью проводится ситуационный анализ, определяется приоритетность действий, достигается единство мнений в отношении плана действий, наращивается потенциал общины путем расширения в ее пределах квалификации участников, знаний и прав собственности. В отношении тех проектов в местных сообществах, где понадобилось больше информации о социокультурных факторах (на Фиджи и на Тонге), были проведены предварительные качественные опросы для того, чтобы выделить важные социокультурные факторы, связанные с питанием, физической активностью и представлениями о массе тела.

На семинарах ANGELO наиболее важных заинтересованных лиц (в том числе молодых людей – участников проектов в средних школах) обучали методикам оказания влияния с целью изменения поведения населения (таким как общественный маркетинг, экологические изменения, политика и программы). Им также сообщались конкретные фактические данные о мерах вмешательства, направленных на профилактику ожирения. После этого участники семинаров завершали процесс, в ходе которого они определяли приоритетность мер вмешательства и разрабатывали проект плана действий. Участники семинара получали заранее подготовленный список, включавший около 20 потенциальных поведенческих целей, таких как уменьшение времени, проводимого перед телевизором, увеличение потребления фруктов, участие в большем количестве организованных спортивных мероприятий или уменьшение посещений торговых точек с едой на вынос. Участники изменяли формулировки целей или добавляли новые цели, которые соответствовали сопутствующим обстоятельствам, затем сами оценивали в баллах их возможное воздействие с целью достижения нормального веса и перспектив изменения поведения. По сумме баллов определялись приоритетные целевые поведенческие группы. Затем участники определяют, насколько полной является информация (такие как школьный завтрак с точки зрения здоровых продуктов питания, или объем рекомендованной физической активности на основе имеющихся данных), насколько развиты навыки (такие как приготовление пищи или основные двигательные навыки) и устанавливают приоритеты.

Таблица 17.1. Процесс применения методики ANGELO по определению приоритетности мероприятий по профилактике ожирения на уровне местного сообщества

Этап	Компоненты	Результаты
1. Привлечение сообщества	Проведение консультаций с имеющими к этому отношение организациями (такими как органы местного самоуправления), лидерами ключевых структур (такими как школа и церковь) и другими заинтересованными сторонами (такими как молодые люди). Привлечение этих организаций и лиц к участию в семинаре	Поддержка разработки плана действий в рамках сообщества Согласие принять участие в семинаре по определению приоритетов
2. Сбор информации	Сбор данных, касающихся ожирения, питания, моделей физической активности и пассивности и социокультурные факторы, выявление существующих и планируемых программ и мероприятий	Анализ ситуации для этапов 3 и 4 Внесение изменений в расстановку приоритетов (анкеты ANGELO) в соответствии с информацией о ситуации в сообществе
3. Снабжение заинтересованных сторон самой последней информацией	Снабжение участников самой последней информацией по вопросам ожирения и его детерминантам, данными о профилактике ожирения, полученными из литературы и в ходе процессов по укреплению здоровья ^а	Участники обладают информацией и пониманием обстановки, достаточными для определения приоритетов
4. Критерии оценок приоритетности	Критерии выставления участниками баллов приоритетности пунктам плана перемен: поведение, отсутствие знаний и квалификации, препятствия, существующие в той или иной среде (такой, как места проживания или школы) ^а	Список критериев приоритетности, подготовленный в ходе работы семинара для его переработки в план действий
5. Составление плана действий	Переработка общих элементов в цели плана ^а На самой последней стадии доработка и согласование проекта плана при участии заинтересованных сторон	План действий, подготовленный самым эффективным способом и одобренный местным сообществом, при участии заинтересованных сторон, выступающих в качестве его соавторов

^а Материалы семинаров ANGELO.

И, наконец, они ранжируют элементы в пределах каждой релевантной среды, такой как школа, дом, округа и церковь. Перед тем как проводить семинар, путем экологического сканирования каждой из этих сред, определяются от 10 до 30 потенциальных физических, экономических, политических или социокультурных средовых препятствий на пути здорового питания и физической активности. Участники семинара учитывают их, а затем таким же способом определяют их приоритетность.

Все приоритетные компоненты были затем включены в проект плана действий, имеющий примерно 8–10 целей. Все планы содержали в себе три стандартные цели: наращивание потенциала, общественный маркетинг и оценку. Еще четыре или пять целей предусматривали отработку конкретных видов поведения, таких как сокращение потребления подслащенных напитков и увеличение потребления воды. Выявленные пробелы в знаниях, навыках и средовых препятствиях были включены в качестве стратегий по достижению соответствующих целей. Например, стратегии достижения цели в отношении подслащенных напитков включали общественное маркетинговое послание, что подслащенные фруктовые напитки способствуют вредному для здоровья увеличению веса и образованию кариеса. Эти же стратегии предусматривали проведение в школах определенной политики в отношении питьевой воды, школьных столовых, торговых автоматов и установки большего числа фонтанчиков питьевой воды.

Оставшиеся одна-две цели в плане действий были инновационными или предполагающими дальнейшее развитие: например, оказание воздействия на конкретную среду. К ним относились такие цели, как пропаганда укрепления здоровья с помощью церкви, или сокращение содержания жира в пищевых продуктах на вынос, или создание новых программ, таких как семейные программы для детей с избыточным весом. Все созданные в местных сообществах программы вмешательства осуществляются; в период с 2006 по 2008 год в ходе контрольных проверок их выполнения будет выяснено, произошли ли какие-нибудь изменения в z-показателе ИМТ по сравнению с контрольными сообществами.

Выводы

Для формирования согласованного портфеля местных или общенациональных приоритетных мер, направленных на профилактику ожирения, требуется соединение оценки существующих фактических данных и контекстуальных данных (таких как существующие программы, культурные и средовые факторы) с формальным процессом выработки согласованного с заинтересованными сторонами определения приоритетов. Это обеспечивает, насколько это возможно, создание портфеля мер, который будет основываться на фактических данных, соответствовать контексту и за который будут отвечать заинтересованные стороны.

Из этого следует два важных вывода: все значительные меры, предпринимаемые для уменьшения ожирения, должны быть тщательно взвешены, так чтобы извлеченные из них уроки могли быть использованы в базе фактических данных по профилактике ожирения. Кроме того, финансирование научных исследований проблемы ожирения должно быть организовано таким образом, чтобы приоритетное значение уделялось вопросам, направленным на поиски решения («что делать»), а не исследование проблем («кто виноват») (14).

Библиография

1. Rychetnik L et al. A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:538–545.
2. *Trends in obesity-related media coverage*. Washington, DC, International Food Information Council, 2007 (<http://www.ific.org/research/obesitytrends.cfm>, accessed 16 May 2007).
3. Lobstein T et al. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
4. Summerbell C et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, (3):CD001871.

5. Green L. From research to “best practices” in other settings and populations. *American Journal of Health Behavior*, 2001, 25:165–178.
6. Marmot MG. Evidence based policy or policy based evidence? *British Medical Journal*, 2004, 328:906–907.
7. Carter R. Priority setting in health: processes and mechanisms. *13th Commonwealth Health Ministers Meeting, Christchurch, New Zealand, 25–29 November 2001*.
8. Haby MM et al. Assessing cost-effectiveness – Mental health: introduction to the study and methods. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38:569–578.
9. Gill TKL, Webb K. *Best options for promoting healthy weight and preventing weight gain in NSW*. Sydney, New South Wales Department of Health, 2005 (<http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2005/pdf/healthyweight.pdf>, accessed 16 May 2007).
10. Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1463–1475.
11. Swinburn BA et al. Estimating the effects of energy imbalance on changes in body weight in children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2006, 83:859–863.
12. *ACE-Obesity: assessing cost-effectiveness of obesity interventions in children and adults: summary of results*. Melbourne, Victorian Government Department of Human Services, 2006 (http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/ace_obesity.pdf, accessed 16 May 2007).
13. Swinburn B et al. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 1999, 29(6 Pt 1):563–570.
14. Robinson TN et al. Preventing childhood obesity: a solution-oriented research paradigm. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(Suppl. 2):194–201.

18. Привлечение заинтересованных сторон

Ключевые положения

- Привлечение многочисленных заинтересованных сторон является важной частью разработки новых стратегий для решения возникающих проблем профилактики и лечения ожирения.
- Заинтересованные стороны, действующие за пределами сектора здравоохранения, могут сыграть ключевую роль в пересмотре политики общественного здравоохранения.
- Необходимо активно вдохновлять и стимулировать заинтересованные стороны для того, чтобы они оказывали поддержку всеобъемлющим долгосрочным стратегиям.
- Не все заинтересованные стороны разделяют фундаментальную приверженность целям здравоохранения. Некоторых из них придётся убеждать в том, что интересы здравоохранения имеют более высокий приоритет, чем их традиционные цели. Таких участников следует стимулировать к соответствующим действиям.
- Для того чтобы привлечение заинтересованных сторон, в том числе из частного сектора, было эффективным, требуется постановка четких стратегических задач в сочетании с сильным политическим руководством независимого государственного ведомства.
- Подходы заинтересованных сторон к профилактике и лечению избыточной массы тела и ожирения можно усилить путём внесения предложений о нормативно-законодательных мерах или государственном регулировании, а не полагаться только на их добровольное участие.

Привлечение заинтересованных сторон к консультациям, диалогу или более активному партнерскому сотрудничеству – важная составная часть разработки новых стратегий здравоохранения и связанных с этим правовых процессов. При разработке новых подходов к борьбе с ожирением важно определить, какие именно заинтересованные стороны являются легитимными, а также установить рамки, регулирующие характер их участия в рассматриваемой деятельности. Форум по окружающей среде и развитию Организации Объединённых Наций (ООН) (в настоящее время – Форум заинтересованных сторон за устойчивое будущее) подготовил анкету для тех, кто занимался организацией процессов с участием многих заинтересованных сторон в рамках подготовки Встречи на высшем уровне по проблемам Земли в 2002 г. в Йоханнесбурге, ЮАР (1).

В качестве заинтересованной стороны может выступить любое лицо, влияющее на какую-либо политику или мероприятия либо подверженное их влиянию. Это определение даёт возможность широко толковать вопрос о том, с кем следует консультироваться или кого следует привлекать к разработке и осуществлению политики в области здравоохранения. Вот еще одно определение, предложенное ВОЗ (2):

Заинтересованная сторона — это любое лицо, группа или организация, которая занимает важное или влиятельное положение в сообществе и может проявлять интерес, располагать инвестициями или быть вовлеченной в решение исследуемой проблемы. В число заинтересованных сторон входят: лица, работающие в государственной структуре или имеющие другие властные полномочия на национальном, региональном или муниципальном уровне: лица, формирующие политику на местном уровне, и руководители сектора услуг, члены местного сообщества, в котором могут осуществляться проекты, и те лица, которые могут выиграть (или в той или иной степени понести потери) от планируемых мер вмешательства.

Интегрированный подход к вовлечению заинтересованных сторон даёт возможность выявить потенциальные синергетические эффекты. Например, действуя в рамках Общеввропейской программы по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ), Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейская экономическая комиссия ООН выполняют цели Повестки дня на XXI век, обращая особое внимание на проблемы детей и подростков и поддержку физической активности путём осуществления стратегий безопасности дорожного движения и транспорта. Эта работа, одним из итогов которой стало проведение Третьего совещания высокого уровня с целью оценки

хода выполнения Повестки дня на XXI век за период до 2007 г. (3), представляет собой возможность вовлечения местного сообщества на основе рекомендаций, приемлемых для НПО, и при участии местных органов власти.

Тем не менее, широкомасштабное участие заинтересованных сторон не всегда считается необходимым. Например, в своих новейших оценках влияния Общей сельскохозяйственной политики ЕС на состояние здравоохранения Шведский институт здравоохранения опирался на обзор, подготовленный экспертами, а не на согласованное мнение заинтересованных сторон (4).

Во многих главах этой книги отмечено наличие целого ряда факторов социального влияния. Международная специальная рабочая группа по ожирению (IOTF) составила систематическое описание этих факторов, определив их как причинно-следственную сеть общественных причин ожирения (5).

Как упоминалось выше, в деятельности по профилактике и лечению ожирения участвует широкий круг заинтересованных сторон. Области деятельности правительства, не относящиеся к сфере здравоохранения, включают сельское хозяйство, образование, торговлю, транспорт, социальное обеспечение, градостроительство и жилищное строительство, финансы, культуру, средства массовой информации и спорт. Все эти сферы юрисдикции оказывают воздействие на региональные и местные органы власти. В частном секторе вклад в эпидемию ожирения не ограничивается производителями пищевых продуктов и напитков, предприятиями розничной торговли и рекламной индустрией. Заинтересованные стороны в промышленности, которые могли бы внести наибольший вклад в профилактику и лечение ожирения, – это строительные и проектно-конструкторские организации, сфера градостроительства, автомобильная промышленность, индустрия отдыха и развлечений, медийная и электронная отрасли. Кроме того, НПО и другие представители гражданского общества, от профессиональных ассоциаций, обладающих соответствующими знаниями и опытом, до организаций на уровне сообществ, создают возможности доступа к важным сетям обмена знаниями и к ресурсам, которые могут способствовать разработке более обоснованных предложений и достижению более значимых результатов.

Правительство

Охрана здоровья общества, особенно его уязвимых групп, является одной из основных обязанностей государства. Правительства должны обеспечивать руководство, а также формулировать, отслеживать и оценивать комплексные политические меры, как это описано в главе 16. Успех политики зависит от политической воли на высоком уровне, полной вовлеченности всех секторов правительства и их эффективной координации.

Органы общественного здравоохранения должны играть направляющую роль и акцентировать значение общественного здравоохранения как ключевого элемента общего стратегического планирования, следуя принципу, согласно которому охрана здоровья должна быть частью любой политики. Помимо этого, отрасль здравоохранения играет важную роль в укреплении здоровья и профилактике болезней благодаря осуществлению программ в конкретных сферах; тем не менее, программы укрепления здоровья, осуществляемые только отраслью здравоохранения, признаны малоуспешными. Отрасль здравоохранения может играть руководящую роль также при оценке воздействия применяемых в настоящее время моделей рациона питания и физической активности на ожирение и связанное с ожирением бремя неинфекционных заболеваний.

Решение вопросов охраны здоровья должно быть стратегической задачей для всех структурных подразделений, обладающих реальной экономической властью, как это предлагается в документе Wanless Report (6), опубликованном в Соединённом Королевстве.

Департамент, занимающийся проблемами продовольствия, сельского хозяйства и рыболовства, мог бы решать задачи общественного здравоохранения и питания в таких сферах, как производство продовольствия, переработка пищевых продуктов, сбыт товаров и их розничная продажа. Департамент, занимающийся защитой прав потребителей, мог бы обеспечивать предоставление потребителям надлежащей информации, а также функционирование необходимой системы оценки, управления и информирования о рисках, связанных с питательными характеристиками продовольствия. Органы управления в сфере образования могли бы следить за тем, чтобы школы влияли на пищевые

предпочтения, а также на уровень потребления и физической активности. Они могли бы также обеспечивать распространение достаточного объёма знаний о питании на всех уровнях системы образования и, прежде всего, включение этих знаний в программы медицинских учебных заведений.

Департамент спорта мог бы гарантировать доступность спортивных сооружений, департаменты транспорта, градостроительства и жилищного строительства – следить за доступностью здоровых и безопасных пищевых продуктов, способствовать физической активности, формировать или воссоздавать условия, в которых ходьба и езда на велосипеде стали бы реально осуществимым, безопасным и привлекательным выбором. Департамент, ведающий охраной окружающей среды, мог бы содействовать отдыху и развлечениям на открытом воздухе, департамент труда – способствовать развитию здоровых и безопасных навыков питания и физической активности на рабочих местах. Органы социальной политики могли бы оценивать общественную пользу от обеспечения доступности здорового питания и здоровой инфраструктуры отдыха для уязвимых групп населения. Из совокупного бюджета правительства может стимулироваться улучшение качества пищевых продуктов, имеющихся на рынке, а государственные органы могут устанавливать стандарты и обеспечивать справедливое распределение средств на поддержку здоровых продуктов питания (7).

В целом можно рекомендовать, чтобы все государственные органы были вовлечены в качестве заинтересованных сторон в разработку политики в области профилактики ожирения и оказывали поддержку стратегиям, способствующим повышению стандартов питания и усилению физической активности. Они должны осуществлять эту деятельность, опираясь на оценку воздействия своих программ на состояние здоровья населения.

Региональные и местные органы управления

Региональные и местные органы управления — это часть государственного сектора. Они обладают значительными полномочиями, позволяющими оказывать влияние на рационы питания, уровень физической активности и состояние здоровья путем контроля над развитием городов и градостроительством; принятия стандартов здоровых городов; управления школами и стандартами школьного питания; использования покупательной способности групп населения для поддержки рынков сельскохозяйственной и садово-огородной продукции местного производства; и установления местных экономических приоритетов.

Следует поощрять осознание региональными и местными органами управления их роли в качестве заинтересованной стороны в деле профилактики ожирения с тем, чтобы они находили новые возможности для применения стандартов здорового питания во всех сферах, находящихся под их контролем, и для повышения уровня физической активности.

Субъекты экономической деятельности

Некоторые представители международных компаний – производителей пищевых продуктов и напитков признали, что несут ответственность за улучшение рациона питания, усиление физической активности и укрепление здоровья (8). Однако многие из таких заинтересованных сторон, обладающих значительным влиянием на производство продуктов питания, архитектурное проектирование, градостроительство и транспортные приоритеты, не признают необходимости своего участия в усилиях, направленных на достижение коренных изменений, без которых не удастся выполнить стратегические цели здравоохранения.

Сектор рекламной индустрии и маркетинга обслуживает большое количество клиентов с различным кругом интересов, включая общественный сектор. Заинтересованные стороны в коммерческих средствах массовой информации сталкиваются при обсуждении мер контроля маркетинга, особенно ориентированного на детей, с рядом противоречивых проблем (см. главу 10). Усиленно поощряется практика добровольных ограничений в маркетинге и рекламных средствах массовой информации или их саморегулирования. При этом заинтересованные стороны, представляющие этот сектор, выступают за применение необязательных стандартов, устанавливаемых отраслью самостоятельно. Однако Международный институт продовольственной политики, отметив, что саморегулирование сопровождается постоянным столкновением интересов между коммерческими целями и требованиями «создать медийную среду, более способствующую здоровому выбору», высказал мнение, что, если не

прибегать к регулированию в форме обязательных нормативно-правовых мер, может понадобиться использование многостороннего посреднического регулирования как альтернативной меры (9).

Поставщики сельскохозяйственного сырья могут увеличить доступность фруктов и овощей, а также улучшить их питательные качества. Производители пищевых продуктов могут снизить уровень насыщенных жиров, сахара и соли в пищевых продуктах и удалить из них транс-жирные кислоты; рассмотреть вопрос о производстве новых продуктов с более полезными для здоровья качествами; предоставлять потребителям адекватную и понятную информацию о пищевых продуктах и питании; и придерживаться в своей работе принципов ответственного маркетинга. Розничные торговцы могут увеличить ассортимент продуктов питания, дающих возможность здорового выбора, и сократить рекламу и предложение высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов и чрезмерно больших размеров порций. Средства массовой информации могли бы организовать информационные кампании по вопросам питания и физической активности.

Но хотя внутренние и внешние конфликты, с которыми сталкиваются эти заинтересованные стороны, приходится принимать во внимание в ходе осуществления национального плана действий, нельзя допустить, чтобы в процессе разработки политики они вставали на пути соблюдения интересов общественного здравоохранения. Хотя производители продуктов быстрого приготовления и безалкогольных напитков – весьма существенная часть пищевой промышленности, другие крупные производители, поставщики и дистрибьюторы в системе поставок пищевых продуктов располагают более обширным ассортиментом продуктов, и они хотят, чтобы их продукты воспринимались как продукты здорового питания. Поэтому частному сектору необходимо тесно сотрудничать с государственными органами в вопросах укрепления здоровья, улучшать питательную ценность всего ассортимента своей продукции, не ограничиваясь лишь производством пищевых продуктов здорового выбора как альтернативных.

Вовлечение компаний-производителей в процесс работы с заинтересованными сторонами не отменяет функций государства в сфере нормативно-правового регулирования, направленного на необходимую защиту граждан. Должен быть разработан свод принципов, определяющих привлечение частного сектора в качестве заинтересованной стороны, который бы позволял избежать конфликта между развитием политики в интересах общества и интересами промышленности и обеспечивал положение, при котором поощрялся бы позитивный вклад частного сектора в поддержку политики общественного здравоохранения.

Гражданское общество

Центр гражданского общества Лондонской школы экономики дал следующее определение гражданскому обществу (10):

Гражданское общество функционирует в сфере добровольных коллективных действий, совершаемых в отношении разделяемых его членами интересов, целей и ценностей. Теоретически его институциональные формы отличны от институциональных форм государства, семьи и рынка, однако на практике границы между государством, гражданским обществом, семьёй и рынком часто являются сложными, нечёткими и определяются в результате договорённостей. Гражданское общество обычно охватывает множество разнообразных пространств, действующих структур и институциональных форм, различающихся по степени формализованности, автономности и мощи. Часто в гражданских обществах создаются такие организации, как зарегистрированные благотворительные общества, неправительственные организации в сфере развития, группы на уровне сообществ, женские организации, организации верующих, профессиональные ассоциации, профсоюзы, группы самопомощи, социальные движения, бизнес-ассоциации, коалиции и группы поддержки.

Инициатива гражданского общества ВОЗ (11) укрепляет отношения с НПО и организациями гражданского общества и несет ответственность за выполнение решений на административном уровне, как об этом сказано в документе, излагающем принципы работы с НПО (12). ВОЗ строит отношения с НПО с целью проводить свою политику, стратегию и деятельность и, когда это возможно, сотрудничать с НПО с целью осуществления совместных согласованных мероприятий. ВОЗ также

стремится к гармонизации межсекторальных интересов в различных национальных, региональных или глобальных структурах. В ходе консультаций заинтересованных сторон в отношении Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью ВОЗ проводила различия между интересами гражданского общества и коммерческими интересами.

Гражданское общество характеризуется деятельностью большого количества организаций: независимых институтов, НПО, профсоюзов, групп поддержки и групп интересов. Интересы всех этих организаций следует более ясно определить и, возможно, разграничить, чтобы группы, чисто коммерческие и промышленные по своему характеру, не были по ошибке представлены как некоммерческие НПО.

Гражданское общество, безусловно, обладает потенциалом для того, чтобы сыграть роль в изменении позиций, создании новых социальных норм и оказании влияния на политический процесс. Тем не менее, часто бывает трудно найти способы мобилизовать людей в рамках гражданского общества, которые бы позволили представительным организациям и НПО, обладающим ограниченными ресурсами, играть более активную роль в привлечении к процессу своей деятельности заинтересованных сторон. Этот процесс может включать консультации и осуществление мер, способствующих развитию общественного здравоохранения.

ВОЗ признаёт, что министерства здравоохранения получают пользу от проведения специальных мероприятий по привлечению к своей деятельности гражданского общества. Выигрыш состоит в том, что обеспечивается глубокое понимание важных проблем здравоохранения, и в том, что с помощью НПО облегчается межсекторальное сотрудничество государственных органов, имеющих разнообразные и взаимосвязанные интересы. Эта важная роль в поддержке интересов министерств здравоохранения может помочь правительствам определить свои долгосрочные интересы в условиях, когда на первом плане в их повестке дня стоят приоритетные проблемы национальной безопасности, экономического развития и внешней политики.

Разнонаправленные интересы

Одна из проблем в работе со столь большим количеством разнообразных заинтересованных сторон состоит в том, чтобы согласовать их несовпадающие между собой интересы и ценностные ориентации. Каждая из сторон имеет четко выраженные интересы, иногда вступающие в конфликт с интересами другой стороны. Например, заинтересованность общественного сектора часто определяется национальными политическими интересами, на интересы же частного сектора больше влияют перспективы международного бизнеса. Участие всех секторов в любом стратегическом подходе к борьбе против ожирения является важным, и поэтому необходимо выработать процедуры принятия решений на основе консенсуса, подобные например, тем, которые применяются в модели ANGELO, описанной в главе 17.

В отличие от тщательно контролируемых процессов принятия решений в ходе лечения, для профилактики ожирения необходимы «многочисленные и разнообразные виды фактической информации. Часто также требуется внешнее взвешенное мнение заинтересованных сторон для обеспечения надежности и контекстуальной значимости данных» (5).

Выражая свою приверженность разработке более решительных мер в отношении борьбы с ожирением в Европе, Совет ЕС (13) в 2005 г. отметил, что «ожирение – это состояние, которое вызывается множеством причин, для профилактики которого требуется всесторонний подход, включая усилия многих заинтересованных сторон на местном, региональном, национальном, европейском и глобальном уровнях». Платформа ЕС для действий в области питания, физической активности и здоровья (14), созданная в марте 2005 г., является замечательным примером форума с участием большого количества заинтересованных сторон. Платформа объединила представителей коммерческих групп, общественных организаций, ведущих просветительскую работу, НПО и представителей государств-членов ЕС. ВОЗ имеет в ней статус наблюдателя.

Цель Платформы – направить деятельность заинтересованных сторон на осуществление большого числа практических шагов или «конкретных действий, предназначенных для того, чтобы сдерживать нынешние тенденции или обратить их вспять» (14). Участвующие в Платформе стороны должны

решить задачу добиться от своих сторонников обязательства предпринять действия по улучшению рациона питания и борьбе с ожирением. Информация об этой деятельности находится в открытом доступе на веб-сайте ЕС. Целью является достижение «скоординированных, но автономных действий различных сфер общества в отношении многих аспектов проблемы» (14).

Как и национальные программы, Платформа ЕС имеет дело со сложным комплексом противоборствующих интересов заинтересованных сторон, осуществляющих свои собственные подходы в стремлении сделать борьбу с ожирением более эффективной. При этом Европейская комиссия координирует деятельность Платформы, выдвигая альтернативные предложения в тех случаях, когда заинтересованным сторонам не удается достигнуть удовлетворительных результатов. Большие надежды возлагаются на новые инициативы частного сектора, которые должны продемонстрировать приверженность делу решения проблемы и способность привлечь значительное число компаний частного сектора к совместным действиям. Проводится работа по осуществлению мониторинга выполнения мероприятий и обязательств, осуществляемых в соответствии с Платформой. Открытым остается вопрос о том, можно ли мобилизовать достаточные ресурсы путём осуществления незначительных изменений, которые, возможно, не окажут скольконибудь существенного или устойчивого воздействия на борьбу с растущим ожирением в ЕС. Более того, должны быть разработаны и осуществлены дополнительные, всеобъемлющие, целостные и эффективные стратегии в рамках всех секторов, а не только в рамках участников Платформы. Этот вопрос имеет фундаментальное значение.

Правительствам, использующим Платформу в качестве модели для привлечения заинтересованных сторон из общественного и частного секторов, следует признать потенциал этой программы, необходимость иметь четко действующие механизмы мониторинга и оценки хода работы, а также необходимость дополнительных всеобъемлющих, целостных и эффективных стратегий. Такие стратегии должны быть разработаны и осуществлены всеми секторами.

Выводы

Привлечение заинтересованных сторон должно быть ключевым элементом при разработке государственной политики, направленной на решение новых проблем в сфере профилактики и борьбы с ожирением. Необходим коренной пересмотр политики общественного здравоохранения, а также всех связанных с ней аспектов. Этот пересмотр должен отражать (15):

...ответственность, которую совместно несут многочисленные заинтересованные стороны, за деятельность во имя улучшения качества рациона питания и физической активности для всего населения с тем, чтобы свести до минимума распространённость неудовлетворительного состояния здоровья, связанного с избыточной массой тела. Эта работа требует подлинной приверженности и эффективных действий со стороны не входящих в систему здравоохранения отраслей, таких как культура, образование, торговля, промышленность, развитие, планирование и транспорт.

Для отдельных регионов, стран и Европейского региона ВОЗ в целом нужны эффективные механизмы, позволяющие обеспечить, чтобы заинтересованные стороны, представляющие все сектора, не только побуждались к признанию своей роли, но и обладали средствами для активного участия в осуществлении всеобъемлющих долговременных стратегий профилактики ожирения и борьбы с ним.

Библиография

1. Hemmati M et al. The short-cut. In: Hemmati M et al. *Multi-stakeholder processes for governance and sustainability – Beyond deadlock and conflict*. London, Earthscan, 2002:249–262 (<http://www.earthsummit2002.org/msp/book/chap8.pdf>, accessed 16 May 2007).
2. Social mobilisation, advocacy and community participation. In: *Rapid assessment and response technical guide*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Chapter_6.html, accessed 16 May 2007).

3. Transport, Environment and Health Pan-European Programme [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2007 (<http://www.thepep.org/en/welcome.htm>, accessed 16 May 2007).
4. Schäfer Elinder L et al. *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy. Developments and recommendations for change in four sectors: fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco*. Stockholm. National Institute of Public Health, 2003 (Report No. 2003:18).
5. Kumanyika S et al. Obesity prevention: the case for action. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:425–436.
6. *Wanless report: securing good health for the whole population*. London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm, accessed 16 May 2007).
7. Strategic directions and recommendations for policy and research. In: *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003:134–144 (WHO Technical Report Series No. 916; http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_strategic.pdf, accessed 16 May 2007).
8. CIAA welcomes the WHO (World Health Organization) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. CIAA [web site]. Brussels, Confederation of the Food and Drink Industries in the EU (CIAA), 2004 (http://www.ciaa.be/pages_en/documents/pressrel_list.asp?pressrel_id=293&year_crit=2004&search_crit=&search_where=, accessed 16 May 2007).
9. Hawkes C. Self-regulation of food advertising: what it can, could and cannot do to discourage unhealthy eating habits among children. *Nutrition Bulletin*, 2005, 30:374–382.
10. Whyte C. What is civil society [web site]. London, The Centre for Civil Society, London School of Economics, 2004 (http://www.lse.ac.uk/collections/CCS/what_is_civil_society.htm, accessed 16 May 2007).
11. The Civil Society Initiative [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/civilsociety/en/>, accessed 16 May 2007).
12. *Principles governing relations with nongovernmental organizations*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/civilsociety/relations/principles/en/index.html>, accessed 16 May 2007).
13. *2663rd Council meeting. Employment, social policy, health and consumer affairs, Luxembourg, 2–3 June 2005*. Luxembourg, Council of the European Union, 2005 (Press release; http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/85263.pdf, accessed 16 May 2007).
14. Physical activity and health – EU Platform for Action [web site]. Brussels, European Commission, 2006 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 16 May 2007).
15. Rigby N et al. Confronting the epidemic: the need for global solutions. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25:418–434.

19. Мониторинг и оценка политики и программ

Ключевые положения

- Индикаторы результатов и последствий необходимы при оценке воздействия, актуальности, эффективности и результативности политического курса, проекта или программы, направленных на борьбу с эпидемией ожирения и на организацию мониторинга и оценки состояния общественного здравоохранения, базирующихся на более надёжных фактических данных.
- Мониторинг и оценка должны быть неотъемлемыми компонентами всех действий и программ и включаться в их бюджеты.
- Разнообразные мероприятия и базы данных по мониторингу организуются на местном, национальном и международном уровнях.
- Оценка воздействия на здоровье поможет определить индикаторы мониторинга и оценки, а также способствовать межгосударственному сотрудничеству, направленному на укрепление всех программ и проектов, относящихся к здоровью населения.

Разные страны начали осуществлять политику в области общественного здравоохранения, программы или мероприятия в целях профилактики или борьбы с растущим распространением ожирения в Европейском регионе ВОЗ (см. главу 20). Чтобы оценивать ход осуществления этих действий, определить препятствия, для их своевременного устранения, измерить эффективность и результативность деятельности, мониторинг и оценка должны быть включены в каждый план и проект общественного здравоохранения в качестве его неотъемлемой части – лучше всего на стадии разработки и планирования – и включены в бюджет. Мониторинг и оценка также необходимы для установления фактических данных, которые необходимы для создания надёжной базы данных общественного здравоохранения (1,2).

Для обсуждения темы данной главы необходимо дать четкое определение некоторым терминам. Мониторинг – это постоянное отслеживание осуществляемых мероприятий, для того чтобы обеспечить их проведение в соответствии с планом и добиться выполнения целей соответствующей политики. Под оценкой понимается систематическая оценка индикаторов; она позволяет определить эффективность, результативность, актуальность и воздействие политического курса или программы на целевую группу населения. Эффективность определяется как процентное сокращение смертности или заболеваемости в результате конкретных мер. Результативность – это соотношение между достигнутыми результатами и затраченными усилиями, выраженными в финансовых и людских ресурсах и времени, которое ушло на осуществление проекта (3). Релевантность – степень того, в какой мере мероприятия подходят к местным и национальным приоритетам развития и организационным политическим мерам, в том числе изменениям, происходящим с течением времени (4).

В том, что касается ожирения, постоянный мониторинг его индикаторов и детерминантов – например режимов и рационов питания и уровней физической активности – жизненно важен для оценки политики и мероприятий, а также для того, чтобы эпидемию ожирения поставить под контроль. Результаты мониторинга должны служить основой для регулярной настройки инструментов политики и того, как они применяются. Кроме того, проведенная на должном уровне оценка требует привлечения значительных средств и времени, а сверка политического курса должна проводиться независимыми от коммерческих и политических интересов структурами, наделёнными полномочиями выносить рекомендации в отношении политики. Такими структурами могут быть независимая обсерватория по проблемам ожирения, совет по питанию или какой-либо институт общественного здравоохранения.

Создание системы мониторинга и оценки

Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью призывает ВОЗ «внедрять и развивать систему мониторинга и использовать соответствующие показатели по рационам питания

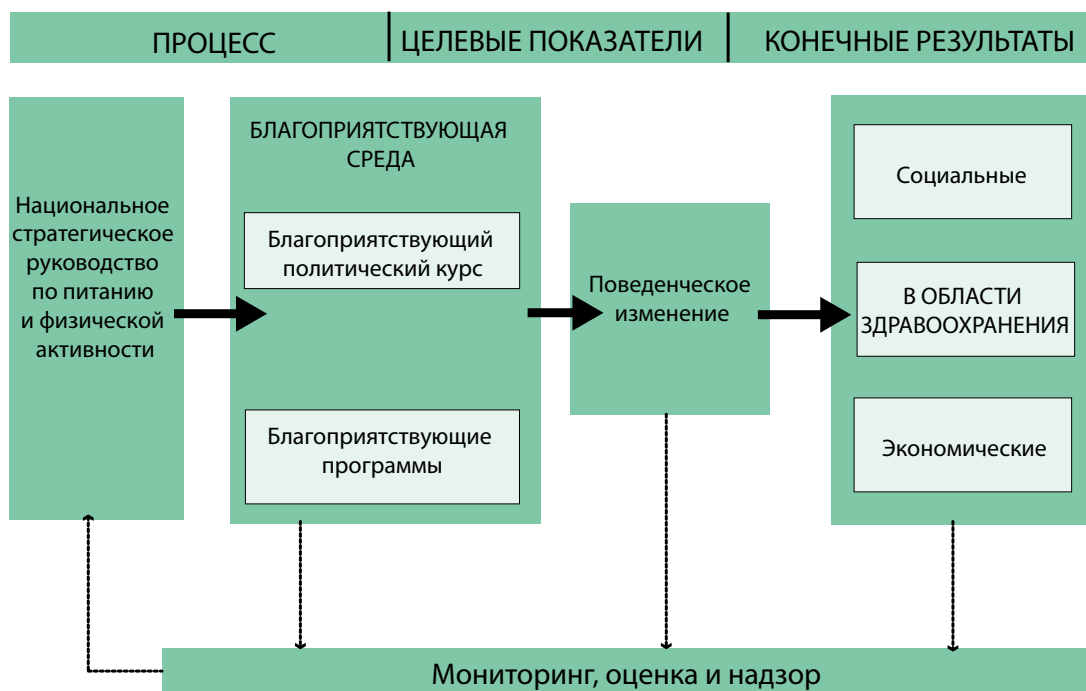
и физической активности» (5). На рис. 19.1 представлена схема мониторинга и оценки Глобальной стратегии, предназначенная для применения на уровне стран (6). Эта схема может быть адаптирована для использования на других уровнях. Она разъясняет, каким образом политические курсы, программы и их осуществление могут оказывать влияние на популяции, меняя поведение людей и приводя к долгосрочным положительным эффектам – социальным, экономическим и в сфере здравоохранения.

Задачи развития, осуществления и оценки политического курса или программы по питанию и физической активности должны быть возложены на многоотраслевую группу. В ходе осуществления политического курса или программы около 5–10% общего бюджета должны выделяться на мониторинг и оценку уже на стадии разработки программы и распределения бюджетных средств (7). Перед введением в действие системы мониторинга и оценки текущая деятельность должна быть изучена и обследована под углом зрения их потенциального использования и актуальности для новой программы. Для оценки хода мероприятий с самого начала должны быть установлены четкие цели политического курса или программы. Они должны быть SMART: конкретными (specific), измеряемыми (measurable), достижимыми (achievable), реалистичными (realistic) и ограниченными во времени (time bound) (4,8). Может оказаться необходимым разработать конкретные индикаторы для измерения хода работы по достижению этих целей, посредством которых проводилась бы оценка процессов, результатов и последствий.

Индикаторы

Индикаторы – это переменные величины, помогающие оценить изменения и облегчить понимание того, какими должны быть политический курс или программа, как она осуществляется и насколько она далека от достижения поставленных целей. Эти индикаторы используются для получения

Рисунок 19.1. Включение индикаторов мониторинга и оценки в поведенческое изменение



Источник: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Framework to monitor and evaluate implementation (6).

ответов на вопросы, возникающие в процессе мониторинга и оценки проводимых мер или политического курса. Они должны удовлетворять таким методологическим требованиям, как обоснованность, надёжность и чувствительность. В зависимости от того, для чего предназначены индикаторы, их и следует отбирать (6).

Индикаторы процесса используются для оценки хода работы и имеют отношение к входным ресурсам (кадровые и финансовые ресурсы, выделенное время) процесса. Они в основном связаны с тем, как проходила работа по осуществлению какого-то процесса, а не его результатами. Эти индикаторы могут измерять процесс и качество его осуществления (6).

Целевые показатели используются для оценки промежуточных результатов или продукции, получаемой в результате осуществлённых процессов. Они позволяют оценить результаты поддерживающих программ, условий среды и политических курсов. Одна задача может привести к появлению нескольких параметров измерения результатов (6).

Индикаторы конечных результатов используются для измерения отдаленных эффектов предпринятых действий (6):

- краткосрочные эффекты, такие как расширение знаний;
- среднесрочные эффекты, такие как изменения в поведении людей;
- долгосрочные эффекты, такие как изменения в состоянии здоровья, социальном или экономическом статусе: например, сокращение распространённости или степени ожирения или увеличение процентной доли людей, которые выполняют рекомендации в отношении физической активности или ведут здоровый образ жизни.

Индикаторы, отобранные для мониторинга и оценки, можно классифицировать как основные и дополнительные. Основные индикаторы входят в минимальный набор операций по мониторингу процессов, результатов и последствий. Дополнительные индикаторы можно включать в тех случаях, когда имеются ресурсы и потенциал, достаточные для развития всеобъемлющей и дающей на выходе больше информации системы мониторинга и оценки (6). Чтобы эти общие сведения обрели конкретный характер, следует рассмотреть нижеследующие примеры основных и дополнительных индикаторов, которые использовались в различных политических мероприятиях и программах в отношении ожирения или других задач общественного здравоохранения, а также оказались полезными при использовании на разных уровнях мониторинга: международном, национальном, местном или программном (6).

К основным индикаторам относятся наличие законодательства по данной проблеме и наличие бюджета, а также координационный механизм (организация, орган или комитет), система мониторинга, оценки и надзора в отношении того или иного политического курса или программы. К дополнительным индикаторам относится наличие первоклассных научных центров и плана мобилизации ресурсов для осуществления политического курса или программы.

В табл. 19.1 приводятся примеры как основных, так и дополнительных индикаторов: например, процент школ, проводящих объявленную политику в отношении питания и соответственно выделяющих по крайней мере один час в день физическим упражнениям. В табл. 19.2 представлены примеры благоприятных и неблагоприятных индикаторов последствий для взрослых, подростков и детей.

Поскольку для определения избыточного веса и ожирения в популяциях наиболее широко применяется ИМТ (13), следует обратить внимание на различия в определениях избыточной массы тела и ожирения, используемых для взрослых (9), детей и подростков (10,11); для этого существуют принятые на международном уровне пороговые точки ИМТ с учетом возраста и пола.

Система мониторинга должна учитывать демографические и социально-экономические факторы. Для выявления различий и неравенства между различными группами населения используются такие категории, как возраст, пол, этническая принадлежность, образование, род занятий, доход, географическое местоположение.

Таблица 19.1. Примеры применения основных и дополнительных индикаторов

Среда	Основные индикаторы	Дополнительные индикаторы
Рабочее место	Число компаний, у которых режим рабочего места предусматривает физическую активность	Рабочие места, оснащённые соответствующим спортивным оборудованием (%)
Школа	Школы, располагающие соответствующим спортивным инвентарем (%) Школы, проводящие публично объявленные мероприятия по питанию Школы, проводящие публично объявленные мероприятия по физической активности (%) Школы, предлагающие альтернативный выбор здорового питания (%)	Школы, предлагающие питание в соответствии с руководствами по питанию (%) Количество учителей, посещающих подготовительные курсы в области физической активности (%) Школы, посвящающие физической активности (%) не меньше одного часа в день
Сообщество	Сообщества, имеющие официальный план организации транспортного движения, включающий пешую ходьбу и езду на велосипедах как приоритетные (%)	Протяженность велосипедных дорожек (в километрах) на км ² в общине
Страна	Наличие структуры, занимающейся проблемой маркетинга, нацеленного на детей Наличие в стране стандартов школьного питания	Население, имеющее доступ к безопасной местности для пешего хождения (%) Наличие механизмов надзора за безопасностью пищевых продуктов

Источник: *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. A framework to monitor and evaluate implementation (6).*

Таблица 19.2. Примеры основных и дополнительных индикаторов: краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных

Период	Основные индикаторы	Дополнительные индикаторы
Краткосрочные	Увеличение на х% населения, осознавшего возросшее значение здорового питания и физической активности	Увеличение на х% населения, осознавшего возросшее значение здорового питания и физической активности
Среднесрочные	Сокращение на х% взрослого населения с ИМТ ≥ 25 кг/м ² (9) Сокращение на х% взрослого населения с ИМТ ≥ 30 кг/м ² (9) Сокращение на х% детей и подростков (< 20 лет) с избыточной массой тела, в соответствии с принятыми на международном уровне пороговыми точками ИМТ с учетом возраста и пола (определены Cole et al. (10)) и сокращение на х% числа детей до 5 лет с избыточной массой тела, определяемой в соответствии с новыми стандартами детского развития ВОЗ (11) Сокращение на х% детей и подростков (<20 лет) с ожирением, в соответствии с принятыми на международном уровне пороговыми точками ИМТ с учетом возраста и пола (определены Cole et al. (10)) и сокращение на х% числа детей до 5 лет с ожирением, определяемым в соответствии с новыми стандартами детского развития ВОЗ (11) Сокращение на х% населения с пониженным уровнем физической активности (например, < 600 MET- минут в неделю (12)) Увеличение на х% физически активных детей и подростков (минимум по 1 часу напряженной физической активности по крайней мере 3 раза в неделю) Увеличение на х% населения, сохраняющего в памяти информацию, распространяемую в ходе кампаний или стратегий Увеличение на х% населения, осуществившего перемены в своём поведении в отношении здорового образа жизни и усиления физической активности	Сокращение на х% населения с показателями потребления питательных веществ и пищевых продуктов (калории, жир, сахар и соль), превышающими рекомендуемые Сокращение на х% населения, у которого показатели потребления фруктов и овощей, а также грудного вскармливания не достигают рекомендованных уровней Сокращение на х% взрослого населения, ведущего малоподвижный образ жизни (время, проводимое перед телевизором/компьютером) Увеличение на х% населения, занимающегося умеренной физической активностью – в общей сложности не меньше одного часа в день
Долгосрочные	Сокращение на х% взрослого населения с ИМТ ≥ 25 кг/м ² (9) Сокращение на х% взрослого населения с ИМТ ≥ 30 кг/м ² (9) Сокращение на х% детей и подростков (< 20 лет) с избыточной массой тела в соответствии с принятыми на международном уровне пороговыми точками ИМТ с учетом возраста и пола (определены Cole et al. (10)), и сокращение процента детей до 5 лет с избыточной массой тела, определяемой в соответствии с новыми стандартами детского развития ВОЗ (11) Сокращение на х% детей и подростков (< 20 лет) с ожирением в соответствии с принятыми на международном уровне пороговыми точками ИМТ с учетом возраста и пола (определены Cole et al. (10)), и сокращение процента детей до 5 лет с ожирением, определяемым в соответствии с новыми стандартами детского развития ВОЗ (11)	Увеличение на х% численности населения с имеющими постоянный характер изменениями в поведении в направлении здорового образа жизни и физической активности Сокращение на х% заболеваемости, прямо вызванной ожирением Сокращение на х% смертности, прямо вызванной ожирением

Источник: *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. A framework to monitor and evaluate implementation (6).*

Другие потребности

После того как необходимые индикаторы отобраны, следует осуществлять своевременную и периодически повторяемую оценку. К важным последующим шагам по организации мониторинга и оценки деятельности в ходе проведения мероприятий общественного здравоохранения по борьбе с ожирением, в том числе способствующих здоровому рациону питания и физической активности, относятся (6):

1. обязательное включение мониторинга и оценки в любой политический курс или программу в качестве отдельных пунктов деятельности и в бюджет;
2. определение уже осуществляемых мер мониторинга и оценки, указание организаций, ответственных за их проведение (они же могут стать и полезными партнёрами); обеспечение доступа к уже собранным фактическим данным, если они релевантны, для информирования или практического применения в новых программах или политическом курсе;
3. определение наиболее подходящих показателей для мониторинга процесса, его результата и последствий;
4. проведение оценки в оперативном порядке, чтобы найти возможность внести изменения или улучшения в деятельность по осуществлению программы; и
5. по возможности периодическое повторение оценки, чтобы можно было создать систему мониторинга.

Хотя существующие процессы оценки могут быть взяты за основу для применения, вполне вероятно, что могут понадобиться и какие-то новые процессы. В этой связи важно учесть следующее факторы:

- простота: структура и лёгкость управления системой надзора, что обеспечивается методикой сбора информации, числом участвующих в этой деятельности и временем, затрачиваемым на неё;
- качество данных: репрезентативность, надёжность и адекватность;
- приемлемость данных: готовность людей и организаций участвовать в системе надзора.

Кроме того, необходимо определять период времени, необходимый для выявления тенденций и разработки мер, которые следует предпринимать для осуществления системы надзора. Система должна быть стабильной, для чего она должна быть надёжной и легко доступной (14).

Существующие системы мониторинга

На местном, национальном и международном уровнях уже существуют различные виды деятельности по мониторингу и соответствующие базы данных. Они обеспечивают возможность проводить интересные сравнения между отдельными странами, способствует гармонизации методов сбора информации и её интерпретации. Здесь приводится описание различных видов международной деятельности по сбору информации и мониторингу мероприятий, касающихся ожирения и относящихся к Европейскому региону ВОЗ.

Глобальная база данных ВОЗ об индексах массы тела (15) была разработана в ходе выполнения ВОЗ части своих обязательств по воплощению в жизнь рекомендаций консультативного совещания ВОЗ (9). На нем был отмечен тот факт, что недостаточное количество репрезентативных межсекторальных данных на национальном уровне является препятствием для облегчения сравнений между странами в отношении распространенности ожирения среди взрослого населения, мониторингу масштабов существующих и будущих проблем ожирения и оценки эффективности стратегий вмешательства. Глобальная база разработана с целью осуществить мониторинг изменения питания и для того, чтобы предоставить данные о распространённости среди взрослых недостаточной массы тела, избыточной массы тела и ожирения, основываясь на сведениях, собранных в результате проведения репрезентативных национальных и субнациональных исследований. Глобальная база данных по индексу массы тела связана с **Глобальной информационной базой ВОЗ по неинфекционным заболеваниям**, которая собирает, хранит и предоставляет информацию по неинфекционным заболеваниям и их важным факторам риска для всех государств – членом ВОЗ

(16). Вошедшими в базу данных индикаторами являются следующие: употребление табака, высокое потребление алкоголя и количество непьющих, потребление фруктов и овощей, избыточная масса тела и ожирение, повышенное давление в крови, повышенный уровень холестерина, недостаточная физическая активность и диабет. Важнейшей целью программы надзора за неинфекционными заболеваниями ВОЗ является использование собранных данных по отдельным странам для составления высококачественных оценок преобладающих факторов риска на уровне стран и определения тенденций, наблюдающихся в стандартных возрастных группах.

Общенациональная программа ВОЗ по интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний (CINDI). Обеспечивает участвующим в ней странам комплексный подход к одновременно осуществляемым действиям по профилактике и борьбе с различными факторами риска в связи с неинфекционными заболеваниями (такими как курение, высокое давление крови, ожирение и чрезмерное потребление алкоголя) и к определяющим их социальным факторам и факторам окружающей среды (17–19). В программе CINDI используется стандартизированная методология и комплексная система мониторинга и оценки как на уровне стран, так и на местном уровне (демонстрационные районы). Мониторинг и оценка проводятся регулярно, через определённые промежутки времени, с использованием согласованных показателей и с применением согласованной методики осуществления эпидемиологических надзоров. Мониторинг здоровья в программе CINDI – это обзор, в котором отражены факторы риска, относящиеся к связанным со здоровьем видам поведения и образу жизни. Он проводится в демонстрационных районах CINDI на региональном или национальном уровне. К основным показателям, включаемым в базы данных для проведения в ходе программы CINDI анализа фактической информации, относятся следующие: вес, рост, общий уровень холестерина, систолическое и диастолическое кровяное давление, курение, потребление алкоголя, физическая активность, привычки питания, профилактика дорожно-транспортных происшествий, уровень образования, возраст, пол, собственное представление о состоянии здоровья, использовавшие услуги системы здравоохранения (20).

Программа **Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)** представляет собой международную программу исследований, которая осуществляется в сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ (см. также главы 4 и 7). В начале осуществления в 1982 г. она охватывала 3 страны, а сейчас в ней участвуют 41 страна и Регион. Целью HBSC является получение новых данных о здоровье и благосостоянии людей молодого возраста, влиянии их поведения на здоровье, а также о социальном контексте их поведения. Изучаются различные аспекты здоровья подростков 11, 13 и 15 лет: употребление наркотиков, табака, алкоголя и медицинских препаратов, питание, уход за зубами, досуг, психосоциальные проблемы, физическая активность и жалобы на здоровье (21,22). Данные о весе, росте, рационе питания и образе жизни основываются на информации, предоставляемой подростками, и не перепроверяются путём сравнения с независимо полученными результатами.

Глобальное исследование ВОЗ по изучению статуса здоровья школьников – многосторонний проект, осуществляемый на основе данных надзора за состоянием здоровья учащихся в школах. Его цель – оказать помощь различным странам в проведении унифицированных и стандартизированных измерений и оценки поведенческого риска и факторов защиты, связанных с основными причинами заболеваемости и смертности среди подростков всего мира в возрастной группе от 13 до 15 лет. Респонденты в своих ответах освещают 10 ключевых областей: употребление алкоголя и наркотиков, режим питания, гигиена, психическое здоровье, физическая активность, факторы защиты, демография, сексуальное поведение, употребление табака, насилие и неумышленное нанесение телесных повреждений (23). Так же, как и HBSC, это исследование основывается на информации, предоставляемой подростками.

Глобальная база данных ВОЗ по вопросам детского роста и недоедания (24,25) была введена в действие с 1986 г. с целью сбора, стандартизации и распространения результатов исследований питания населения, проводившихся во всём мире. В конкретные задачи этого проекта входило:

- дать характеристики статуса питания детей до 5 лет;
- создать возможности проводить международные сравнения данных о питании;

- определить нуждающиеся популяции;
- способствовать оценкам мер вмешательства в отношении питания и здоровья;
- проводить мониторинг долговременных тенденций детского развития;
- поднять уровень информированности о политике в отношении проблем питания.

После опубликования ВОЗ новых стандартов по развитию детей прежние данные пересматриваются, чтобы учесть распространённость случаев избыточной массы тела у детей до 5 лет.

Продовольственные балансы ФАО дают возможность понять тенденции продовольственного снабжения (26). Несмотря на то, что информация о снабжении даёт некоторое представление о наличии продовольствия, оно не отражает фактического потребления или наличия продовольствия на уровне домохозяйств. Эти сельскохозяйственные статистические данные имеются за период с 1961 по 2003 г. и подходят для межстрановых сравнений (см. более подробно главу 7).

Система обмена данными о пищевых продуктах (DAFNE) создана при поддержке Европейской комиссии и основывается на данных исследований бюджетов домохозяйств в 24 европейских странах (27). Национальные статистические ведомства большинства стран проводят периодические обзоры репрезентативных выборок домохозяйств. Используемая методика является единообразной и даёт возможность проводить сравнения между странами о ежедневном наличии продуктов питания в домохозяйствах. В основную задачу этих обзоров не входит сбор информации о питании. Но в то же время, фиксируя сведения о типах и количестве покупок продуктов питания, эти обзоры могут показывать, какие рационы питания преобладают среди репрезентативных выборок населения. Более того, одновременное фиксирование четырёх демографических и социально-экономических характеристик членов домохозяйства (степень урбанизации района, в котором находится домохозяйство, состав домохозяйства, образование и род занятий его главы) делает возможность проводить сравнение привычек питания различных сегментов населения и оценивать воздействие этих четырёх характеристик на выбор рациона питания (более подробно см. главу 7).

Проект **Метод обследования потребления пищевых продуктов в Европе** был осуществлен в рамках программы ЕС по мониторингу здоровья и в целях гармонизации обследований потребления пищевых продуктов в странах ЕС (28) и выработки единой методики мониторинга потребления продовольствия. Рекомендуемая методология включает два шага к гармонизации: пред- и пост-гармонизацию. В качестве первого шага к гармонизации имеющиеся данные о потреблении продовольствия в ЕС следует сделать сравнимыми и доступными. Целью второго шага является разработка методики мониторинга.

С начала осуществления проекта в 1990 г. в нём приняли участие 23 страны, а данные в отношении потребления отдельных продуктов питания в 15 странах можно сделать сопоставимыми. Предстоит ещё большая работа, чтобы достичь сопоставимости данных о количестве потребляемой пищи в целом. В этих целях был составлен минимальный список пищевых индикаторов, считающихся наиболее важными для включения в систему обмена информацией о здоровье и мониторинга. Метод запоминаемости в течении 24 часов (28,29) был избран как самый подходящий для получения сравнимой в международном плане новой информации о средствах населения и распределения фактического пищевого потребления. Метод должен применяться по крайней мере дважды, чтобы свести к минимуму необъективность запоминаемости. Проект не только обозначил общие направления работы над методикой и индикаторами, но также доказал реальность осуществления общеевропейского обследования. Предложение о проведении мониторинга будет реализовано после получения необходимого финансирования. До этого времени странам рекомендуется применять разработанную методологию.

Европейская система надзора в области физической активности в основном предназначена для развития системы мониторинга за состоянием здоровья и осуществляется в рамках программы мониторинга состояния здоровья под эгидой ЕС. В этом контексте главные цели проекта (30) состоят в том, чтобы разработать и апробировать систему надзора за физической активностью (являющейся важнейшим поведенческим детерминантом здоровья). Для этого необходимо:

- создание надежного и применимого на международном уровне перечня основных и дополнительных индикаторов физической активности, укрепляющих здоровье взрослого населения;
- тестирование некоторых отдельных показателей физической активности с использованием различных методик; и
- изучение различных систем мониторинга здоровья в ЕС.

Ход выполнения этого проекта в девяти европейских странах был оценен с помощью международного вопросника о физической активности. Вопросник был сочтен самым надежным международным инструментом для оценки типа, частоты, продолжительности и интенсивности физической активности на уровне популяции (12). В условиях возросшего глобального интереса к роли физической активности в профилактике неинфекционных заболеваний и недостаточного количества данных, необходимых как для информационного обеспечения усилий общественного здравоохранения в отдельных странах, так и для сравнений между странами, ВОЗ разработала глобальный вопросник по физической активности (GPAQ). Он применяется в странах с низкими доходами, где модели расходования энергии отличаются от стран со средними и высокими доходами (31). То, какой именно из вопросников следует использовать, зависит от типа опросного листа, уже применявшегося в той или иной стране, а также от типа опросных листов в тех странах, с которыми предполагается проводить сравнения.

Европейская база данных «Здоровье для всех» ВОЗ (32) содержит данные о 600 показателях здоровья, в том числе:

- базовые демографические и социально-экономические показатели;
- некоторые показатели, связанные с образом жизни и окружающей средой, показатели смертности, заболеваемости и нетрудоспособности;
- выписки из больницы; и
- ресурсы системы здравоохранения (использование и расходы).

База данных позволяет легко и в благоприятном режиме осуществить анализ тенденций и международные сравнения по широкому кругу вопросов статистики здравоохранения на национальном и международном уровне для стран, входящих в Европейский регион ВОЗ.

Европейское проспективное исследование связи питания и рака (ЕРІС) координируется Международным агентством исследований рака при поддержке Европейской комиссии. Программа ЕРІС была создана для изучения взаимосвязи между рационом питания, статусом питания, образом жизни, факторами окружающей среды и заболеваемостью раковыми и другими неинфекционными болезнями в генеральной совокупности населения в возрасте от 20 лет и старше в 10 европейских странах (33). Собранная информация включает измерения рациона питания, антропометрические и биологические показатели, полученные из проб крови.

Проект «**Показатели европейского здравоохранения на уровне общин**» (ЕСНІ) направлен на организацию системы мониторинга здоровья на уровне ЕС (34,35). Проект предусматривает разработку списка сравнимых показателей состояния здоровья на уровне общины для проведения мониторинга общинных программ или направлений политики и обеспечения государств-членов общинами инструментами измерения, позволяющими проводить сравнения между странами. В ходе разработки проекта были отобраны приоритетные показатели для следующих областей:

- демографические и социально-экономические факторы, такие как коэффициент рождаемости, распределение населения по гендерным и возрастным признакам, общий уровень безработицы;
- состояние здравоохранения, включая ожидаемую продолжительность жизни, распространённость хронических заболеваний и представление об общем состоянии здравоохранения;
- детерминанты здоровья, такие как потребление фруктов и овощей, процент курильщиков и объём потребления алкоголя в литрах; и
- меры вмешательства или услуги здравоохранения, включая расходы на здравоохранение, количество больничных коек и привлечение врачей общей практики.

Оценка воздействия на состояние здоровья

Оценка воздействия на здоровье (ОВЗ) хотя и не принадлежит к методам мониторинга и оценки, в то же время является процедурой систематического обследования последствий влияния политики в области здравоохранения на состояние здоровья. Она может способствовать осуществлению более точного мониторинга и оценки соответствующих процессов, индикаторов результатов и последствий. ОВЗ также может выступать в качестве катализатора действий по широкому кругу секторов (36).

ОВЗ – это, в первую очередь, инструмент для предсказания прямых или косвенных воздействий на состояние здоровья в результате осуществления всех политических мер на национальном или местном уровне и того, как эти последствия сказываются на состоянии здоровья населения. По практическим соображениям многие исследования ожирения измеряют воздействие мер вмешательства на общинном, местном или программном уровне (37). Программы или политические меры на национальном уровне связаны с более масштабными социальными детерминантами ожирения, возникающими в результате пагубного влияния окружающей среды на ожирение. И часто последствия таких программ и политических мер не подвергаются оценке, а база фактических данных, относящихся к ним, не отличается полнотой.

ОВЗ рекомендуется в качестве альтернативного инструмента, способствующего оценке политики. В идеальном варианте последствия программ и проектов для здоровья должны рассматриваться еще на стадии разработки концепции этих программ и проектов, когда возможности внесения изменений самые большие (38). Таким образом, ОВЗ следует проводить до начала осуществления соответствующей политики, программы или проекта, чтобы предсказать их последствия для здоровья, максимально увеличить позитивное воздействие на здоровье, а негативное воздействие свести к минимуму, и, наконец, принять решение о том, начинать ли вообще осуществление того или иного проекта. На практике не всегда оказывается возможным провести ОВЗ заранее, вместо этого ее можно осуществлять одновременно с выполнением программы или после её завершения – чтобы, соответственно помочь лицам, принимающим решения, внести соответствующие коррективы в ходе реализации программы или политических мер и оценивать последствия программ для здоровья населения.

На рис. 19.2 представлена процедура ОВЗ (39). Её общие цели сводятся к следующему:

- улучшить знания о потенциальном воздействии на здоровье политических мер или программ, осуществляемых в других секторах;
- информировать лиц, принимающих решения, и лиц, имеющих отношение к этим программам;
- способствовать согласованию предполагаемой политики во всех секторах, чтобы снизить ущерб для здоровья и максимально увеличить ее позитивное воздействие; и
- содействовать улучшению принимаемых политических решений и уменьшать неравенство в отношении здоровья.

Значение ОВЗ было признано Амстердамским договором, статья 152 которого содержит призыв к Европейской комиссии изучать возможное воздействие важных политических мероприятий на здоровье (40). Независимое ретроспективное изучение двух процедур ОВЗ, проведённых в отношении муниципальных в Лондоне, Соединённое Королевство, а также изучение ещё двух процедур, проводившихся в ходе выполнения программ, показало, что оценки воздействия на здоровье могут быть очень ценными при разработке стратегических программ (41).

Выводы

Мониторинг и оценка – процессы, необходимые для измерения воздействия, значения, эффективности и результативности политики, проекта или программы в отношении ожирения. Они необходимы также для создания базы фактической информации для системы общественного здравоохранения. Индикаторы должны применяться для измерения не только последствий политики, но и процесса её осуществления, а также результатов. Обзор различных мониторингов и баз данных, содержащих полезную информацию об ожирении, выявил серьёзные пробелы в

Рисунок 19.2. Процедура ОВЗ



Источник: Health impact assessment. Tools and methods [web site] (39).

данных о детях в возрасте от 5 до 11 лет и отсутствие объективно измеренных данных о детях старшего возраста.

Имеющаяся и доступная информация касается в основном взрослых, хотя и существуют данные о детях 11 лет и старше (в рамках исследования ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) и «Глобального исследования ВОЗ по изучению статуса здоровья школьников» (GSHS)). Существует также информация о здоровье детей дошкольного возраста, вошедшая в Глобальную базу данных ВОЗ по вопросам детского роста и недоедания. Поскольку раннее выявление факторов риска ожирения может быть очень важным условием успешной борьбы по предотвращению ожирения среди детей и молодёжи (42), существует необходимость в такой системе мониторинга, в которой имеются сведения об ожирении среди детей и факторах риска среди детей в возрасте от 5 до 11 лет. Кроме того, антропометрические данные о подростках – результат обследований, основанных на данных, сообщаемых самими опрошиваемыми. Это вызывает необходимость усиления надзора за подростками с использованием измеряемых показателей ожирения.

Будучи инструментом оценки влияния на здоровье всех политических мероприятий на национальном и местном уровнях, ОВЗ стимулирует применение многоотраслевого подхода к улучшению здоровья населения и его благосостояния и к уменьшению неравенства в отношении здоровья. ОВЗ должна в рабочем порядке включаться в политические мероприятия и программы, так как она способствует межгосударственному сотрудничеству по включению вопросов здравоохранения в политический курс государства.

Библиография

1. Ezzati M et al. Environmental risks in the developing world: exposure indicators for evaluating interventions, programmes, and policies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:15–22.
2. *Integrated management of healthy settings at the district level. Report of an Inter-country Consultation, Gurgaon, 7–11 May 2001*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/searo/2002/SEA_HSD_260.pdf, accessed 21 May 2007).
3. Beaglehole R et al. *Basic epidemiology*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544465.pdf>, accessed 21 May 2007).

4. Congress N, ed. *The GEF monitoring and evaluation policy*. Washington, DC, Global Environment Facility Evaluation Office, 2006 (Evaluation Document 2006, No. 1; http://thegef.org/MonitoringandEvaluation/MEPoliciesProcedures/documents/Policies_and_Guidelines-me_policy-english.pdf, accessed 21 May 2007).
5. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 21 May 2007).
6. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. A framework to monitor and evaluate implementation*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/Indicators%20English.pdf>, accessed 21 May 2007).
7. WHO, UNAIDS. *Monitoring and evaluation toolkit: HIV/AIDS, tuberculosis and malaria*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/me_toolkit_en.pdf, accessed 21 May 2007).
8. Bell A. *Ten steps to SMART objectives*. Leeds, National Primary and Care Trust Development Programme, 2004 (www.natpact.nhs.uk/uploads/Ten%20Steps%20to%20SMART%20objectives.pdf, accessed 21 May 2007).
9. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894; <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>, accessed 21 May 2007).
10. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:1240–1243 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7244/1240>, accessed 21 May 2007).
11. *WHO Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html, accessed 21 May 2007).
12. *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAC) – Short and long forms, 2005*. Stockholm, IPAQ Committee, 2005 (http://www.ipaq.ki.se/dloads/IPAQ%20LS%20scoring%20Protocols_Nov05.pdf, accessed 21 May 2007).
13. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1*. Geneva, World Health Organization, 2004:497–596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>, accessed 21 May 2007).
14. German RR et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2001, 50:1–35.
15. WHO Global Database on Body Mass Index [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/bmi>, accessed 21 May 2007).
16. WHO Global InfoBase online [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon, accessed 21 May 2007).
17. *Positioning CINDI to meet the challenges. A WHO/CINDI policy framework for noncommunicable disease prevention*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document EUR/ICP/NCD 216(4)).
18. *Bridging the health gap in Europe: a focus on noncommunicable disease prevention and control, the CINDI–EUROHEALTH action plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/CIND 94 02/PB01; http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_CIND_94.02_PB01.pdf, accessed 21 May 2007).
19. Leparski E. *Protocol and guidelines: countrywide integrated noncommunicable diseases intervention (CINDI) programme*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/CIND 94 02/PB04; [http://www.wip.villa-bosch.de/CINDI/internal/documents/handbooks/RBO08925\(Protocol\).html](http://www.wip.villa-bosch.de/CINDI/internal/documents/handbooks/RBO08925(Protocol).html), accessed 21 May 2007).
20. *CINDI health monitor: a study of feasibility of a health behaviour monitoring survey across CINDI countries. Data book*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e79396.pdf>, accessed 21 May 2007).

21. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, accessed 21 May 2007).
22. Mathieson A, Koller T, eds. *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89375.pdf>, accessed 21 May 2007).
23. *Global School-based Student Health Survey (GSHS). Core questionnaire modules*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/gshs/gshs_2005_Core_Modules.pdf, accessed 21 May 2007).
24. de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518–526.
25. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition [online database]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/en>, accessed 21 May 2007).
26. FAOSTAT [online database]. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2007 (<http://faostat.fao.org/site/291/default.aspx>, accessed 21 May 2007).
27. DAFNE data food networking. The pan-European food data bank based on household budget surveys [online database]. Athens, National and Kapodistrian University of Athens, 2005 (<http://www.nut.uoa.gr/Dafnesoftweb>, accessed 21 May 2007).
28. De Henauw S et al. Operationalization of food consumption surveys in Europe: recommendations from the European Food Consumption Survey Methods (EFCOSUM) Project. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 56(Suppl. 2):S75–S88.
29. Brussaard JH et al. A European food consumption survey method – Conclusions and recommendations. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 56 (Suppl. 2):S89–S94.
30. Rutten A et al. Physical activity monitoring in Europe. The European Physical Activity Surveillance System (EUPASS) approach and indicator testing. *Public Health Nutrition*, 2003, 6:377–384.
31. *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ%20Instrument%20and%20Analysis%20Guide%20v2.pdf>, accessed 21 May 2007).
32. European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 21 May 2007).
33. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) [web site]. Lyon, International Agency for Research on Cancer (<http://www.iarc.fr/epic/index.html>, accessed 21 May 2007).
34. *Public health indicators for Europe: context, selection, definition. Final Report by the ECHI Project: Phase II*. Brussels, European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_08_en.pdf, accessed 21 May 2007).
35. *Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) = the "short list". Network of Competent Authorities on Health Information, Luxembourg, 5–6 July 2004*. Brussels, European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf, accessed 21 May 2007).
36. *Health impact assessment: main concepts and suggested approach: a Gothenburg Consensus Paper, December 1999*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/e78418.pdf>, accessed 21 May 2007).
37. Ebbeling CB et al. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*, 2002, 360:473–482.
38. Birley M. A review of trends in health-impact assessment and the nature of the evidence used. *Environmental Management and Health*, 2002, 13:21–39.
39. Health Impact Assessment (HIA). Tools and methods [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hia/tools/en>, accessed 21 May 2007).
40. Treaty of Amsterdam Amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Related Acts. *Official Journal of the European Communities*, 1997, C340 (<http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html>, accessed 21 May 2007).

41. *Evaluation of the Health Impact Assessments on the draft Mayoral strategies for London*. London, London Health Commission, 2003 (http://www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaeval_sum.pdf, accessed 21 May 2007).
42. Stettler N et al. Early risk factors for increased adiposity: a cohort study of African American subjects followed from birth to young adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 72:378–383.

20. Национальные стратегии в Европейском регионе

Ключевые положения

- Обзор мер национальной политики показывает, что они исходят из признания важности «средового» подхода к укреплению здоровья; необходимости действий на всех уровнях – национальном, индивидуальном и уровне сообщества; и потребности в привлечении всех заинтересованных сторон к осуществлению политики.
- Для успешной реализации политики в области здравоохранения и объективной оценки ее результатов необходимы четкие и реалистичные цели и определение приоритетности предлагаемых действий.
- Обмен опытом и навыками играет важную роль; а взаимодействие и согласованность мероприятий национальной политики различных стран должны быть усилены.

Принятые в 1992 г. Всемирная декларация и План действий в области питания (1) послужили основой для развития политики в области питания в глобальном масштабе. Позднее ВОЗ подчеркнула это в своем анализе глобального бремени неинфекционных болезней (2). Первый план действий по политике в области продовольствия и питания для Европейского региона ВОЗ на 2000–2005 годы (3) побудил государства-члены к разработке комплексных межотраслевых мероприятий, охватывающих вопросы питания, безопасности пищевых продуктов, продовольственной безопасности и устойчивого развития.

Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (4), которую Всемирная ассамблея здравоохранения приняла на своей Пятдесят седьмой сессии в 2004 г., является международным обязательством направлять предпринимаемые в настоящее время усилия на национальном, региональном и международном уровнях на профилактику и обеспечение контроля за хроническими заболеваниями, и связанными с ними факторами риска.

В Европейском союзе резолюция о здоровье и питании, принятая Советом ЕС в 2000 г. (5), стала весьма важным шагом в политике в области питания, подчеркнув важность включения проблемы здорового питания в будущую программу ЕС в области общественного здравоохранения. В ответ на возникшую угрозу ожирения Европейская комиссия в 2005 г. начала осуществление платформы ЕС для действий в области питания, физической активности и здоровья (6), направленной на решение проблемы ожирения на межотраслевом уровне. В 2007 г. Совет призвал государства-члены предпринять действия, направленные на сокращение числа случаев ожирения, а также призвал Европейскую комиссию продолжить свои действия в области общественного здравоохранения (7). Европейская комиссия опубликовала стратегию в отношении питания, избыточной массы тела и вопросов здоровья, связанных с ожирением (8), содержащую призыв к партнерскому сотрудничеству и согласованности мероприятий на уровне сообщества.

На национальном уровне политические меры в области питания находятся на различных стадиях развития. Некоторые страны только начинают их осуществлять, сосредоточившись на конкретных факторах риска, в то время как другие стремятся применять более всеобъемлющий подход, решая задачи профилактики ожирения в рамках нескольких стратегий общественного здравоохранения.

В этой главе сравнивается и подробно анализируется политика на национальном уровне. При этом особое внимание уделяется питанию, физической активности или специально проблеме ожирения. Цель анализа состоит в том, чтобы определить сильные стороны применяемых политических мер, сделать примеры эффективной практики доступными для стран, которые только приступают к проведению общенациональной политики, и выявить общие черты успешной политики.

Анализ политики по проблеме ожирения на национальном уровне

Проведенное ВОЗ в 2006 г. исследование политики в области пищевых продуктов и питания (9) показало, что в Европейском регионе ВОЗ 48 стран осуществляют национальную политику.

Приводимый ниже анализ национальной политики в отношении ожирения был выполнен на основе этого исследования, вопросника об общенациональных мерах по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними, разосланного европейским государствам – членам ВОЗ в 2005 г., а также перечня документов по содействию развитию физической активности в Европейском регионе (10). Кроме того, был проведен поиск на веб-сайтах министерств здравоохранения, транспорта, окружающей среды и медицинских ведомств разных стран.

В анализе использовались документы только на английском языке, содержащие конкретную информацию и сформулированные цели и меры в отношении питания и физической активности. Были проанализированы документы из 19 стран: Болгарии, Венгрии, Грузии, Дании, Ирландии, Испании, Латвии, Литвы, Нидерландов, Норвегии, Португалии, Словении, Соединённого Королевства, Турции, Финляндии, Франции, Хорватии, Швеции и Эстонии. Поскольку учитывались только документы на английском языке, анализ не дает полной картины стратегий, осуществляемых в Европейском регионе. Действия по борьбе с ожирением предпринимают также и многие другие страны; об этом кратко рассказано в конце главы.

Была разработана аналитическая схема (рис. 20.1) для анализа директивных документов, с учетом подходов (11–13) и методов анализа политики в области здоровья (14).

Рисунок 20.1. Структура директивных документов



Был проведен анализ директивных документов с точки зрения содержащихся в них конкретных целей в отношении питания, физической активности и ожирения, а также уровня детализации и определения приоритетности описываемых мероприятий. Кроме того, анализировались степень вовлеченности заинтересованных сторон, финансовые ресурсы, институциональный потенциал, мониторинг и оценка, а также научные исследования.

Взяв за основу методiku ANGELO (15), сферы применения политических мер были разделены на микросреду (школы, рабочие места и учреждения здравоохранения) и макросреду (градостроительство, городской транспорт и сектор снабжения продовольствием).

Национальные документы по вопросам питания, физической активности и ожирения

В таблице 20.1 приводится список проанализированных директивных документов (16–41). Документы, касающиеся ожирения, были опубликованы либо отдельно, либо в составе стратегий по вопросам общественного здравоохранения или окружающей среды. Планы или стратегии,

Таблица 20.1. Проанализированные директивные документы

Страна	Документ (ссылка)	Дата подготовки или принятия
Болгария	<i>План действий по вопросам продовольствия и питания на 2005–2010 гг. (26)</i>	2005
Венгрия	<i>Национальная программа «Десятилетие здоровья» им. Белы Йохана (34)</i> <i>Национальная программа общественного здравоохранения (Резюме) (35)</i>	2003 2004
Грузия	<i>Продовольственная безопасность, правильное питание и физическая активность. Национальная политика, план действий по вопросам продовольствия и питания для Грузии на 2006–2010 гг. (33)</i>	2006
Дания	<i>Здоровье на всю жизнь — цели и стратегии политики общественного здравоохранения правительства Дании на 2002–2010 гг. (28)</i> <i>Национальный план действий против ожирения: рекомендации и перспективы (16)</i>	2002 2003
Ирландия	<i>Национальная стратегия укрепления здоровья на 2000–2005 гг. (36)</i> <i>Ожирение: проблемы стратегии — доклад специальной Национальной комиссии по проблеме ожирения (18)</i>	2000 2005
Испания	<i>Стратегия Испании по вопросам питания, физической активности и профилактики ожирения (НАОС) (17)</i>	2005
Латвия	<i>Здоровое питание, 2003–2013 гг. — концепция Кабинета министров (37)</i>	2003
Литва	<i>Государственная стратегия и план действий по вопросам продовольствия и питания на 2003–2010 гг. (38)</i>	2003
Нидерланды	<i>Жить дольше и оставаться здоровым, а также вопрос здорового образа жизни. Политика Нидерландов в области превентивного здравоохранения (20)</i> <i>Время для спорта: упражнения, участие, соревнования (21)</i>	2004 2005
Норвегия	<i>Правильное питание — путь к хорошему здоровью. План стратегии на 2005–2009 гг. (22)</i> <i>Работать вместе в целях развития физической активности. План действий по вопросу физической активности на 2005–2009 гг. (23)</i>	2005 2006
Португалия	<i>Национальная программа против ожирения на 2005–2009 гг. (19)</i>	2005
Словения	<i>Национальная программа по вопросам политики продовольствия и питания на 2005–2010 гг. (39)</i>	2005
Соединённое Королевство	<i>Выбирая более правильное питание: план действий по вопросам продовольствия и здоровья (24)</i> <i>Выбирая активность: план действий по вопросам физической активности (25)</i>	2004 2005
Турция	<i>Национальный план действий Турции по вопросам продовольствия и питания на 2002–2010 гг. (41)</i>	2002
Финляндия	<i>Резюме программы действий по осуществлению национальных рекомендаций по питанию (31)</i>	2003
Франция	<i>Национальная программа по вопросам здорового питания на 2001–2005 гг. (32)</i>	2001
Хорватия	<i>Политика Хорватии по вопросам продовольствия и питания (27)</i>	1999
Швеция	<i>Подготовительные материалы к плану действий по развитию навыков здорового питания и повышения физической активности (40)</i>	2005
Эстония	<i>План действий Эстонии по вопросам продовольствия и питания (29)</i> <i>Национальная стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (30)</i>	2001 2005

касающиеся проблемы ожирения, имеются в четырех странах. Первый такой план был разработан в 2003 г. в Дании (16), затем ее примеру последовали Испания в 2004 г. (17), а в 2005 г. – Ирландия (18) и Португалия (19). В Нидерландах (20,21), Норвегии (22,23) и Соединённом Королевстве (24,25) были разработаны не только планы в отношении общественного здравоохранения или питания, но и специальные документы, касающиеся физической активности.

В некоторых странах, таких как Венгрия, Дания и Португалия (35,28,42) имеется комплексная стратегия общественного здравоохранения, включающая план или программу действий в отношении конкретных факторов риска. В Норвегии (22,43) и Соединённом Королевстве (24,25,44) были опубликованы правительственные доклады, послужившие основой для разработки планов действий.

Цели, по которым имеются количественные показатели

В большинстве стран сформулированы задачи в области питания, но лишь немногие поставили конкретные цели в отношении ожирения или физической активности. Болгария, Соединённое Королевство, Франция и Хорватия определили поддающиеся количественной оценке цели в отношении избыточной массы тела и ожирения.

Цели, связанные с питанием, в основном относятся к потреблению жиров – общему или конкретным видам. Большинство стран установили цели по количественным объемам потребления жира; в нескольких странах определены цели с точки зрения качества жира, например насыщенных жирных кислот. Только в Нидерландах директивный документ (20) содержит цель по регулированию уровня *транс*-жирных кислот. Другие цели в отношении питания касаются потребления углеводов, сахара, клетчатки, фруктов и овощей. Болгария, Дания, Норвегия, Соединённое Королевство и Швеция установили конкретные цели по увеличению потребления фруктов и овощей. Все страны облекли свои цели в области питания в форму рекомендаций по употреблению пищевых продуктов. В них применяются различные графические модели: чаще всего это пищевая пирамида и пищевой цикл (9).

Наиболее часто рекомендуемой целью усиления физической активности является увеличение количества взрослых, уделяющих физической активности не менее 30 минут (для детей — 60 минут) в день. Эту цель поставили Норвегия, Соединённое Королевство и Франция. План действий Соединённого Королевства в области физической активности (25) устанавливает конкретные цели для школьников и приоритетных групп, включающих инвалидов с физическими или психическими заболеваниями, чернокожих или группы этнических меньшинств, лиц с низким социально-экономическим статусом и женщин.

Рекомендации, разработанные во Франции, — хороший пример осуществления политики, направленной на осуществление конкретной задачи. Они обращены к 24 различным целевым группам и учитывают их доходы, религиозные и культурные обычаи, социальные факторы и личные предпочтения (45).

Уровень детализации и определение приоритетности мероприятий

Документы различаются по уровню детализации сообщаемой информации. Одним из наиболее подробных документов является шведский план действий, содержащий 79 предложений о мероприятиях с их обоснованием и перечислением ответственных заинтересованных сторон по каждому мероприятию, а иногда с приведением калькуляции расходов (40). Более того, в нем отдается приоритет таким мерам, которые уже на первом этапе способствуют созданию среды, благоприятной для здоровых привычек в питании, и усилению физической активности детей и молодежи, а также проведению исследований по этим проблемам. При осуществлении плана действий приоритет также отдается мерам по их координации и мониторингу.

В программе Словении (39) в списке задач и мероприятий перечислены не только ответственные министерства, но и конкретные исполнители, что весьма полезно при внедрении. Buse et al. (46) подчеркнули значение каналов взаимодействия и обмена информацией между разработчиками политики и исполнителями для успешного выполнения планов.

В некоторых документах указываются сроки осуществления мероприятий. Временная шкала программы Португалии (19) представлена в виде графика, на котором каждое мероприятие расписано по срокам.

Норвежский документ (22) является хорошим примером определения приоритетности мероприятий: Национальный совет по питанию назвал высокоприоритетными пять областей: меры по облегчению здорового выбора в образовательных учреждениях, в сфере медицинского и социального обслуживания; усиление внимания к исследованиям и мониторингу, а также мероприятия в области коммуникаций — и в каждой из них предложил первоочередные действия.

Институциональный потенциал

Ключевая роль национального координационного института, такого как, например, совет по продовольствию и питанию, заключается в том, чтобы предоставлять правительству рекомендации по разработке, осуществлению, мониторингу и оценке политики, контрольных показателей и планов действий в области питания. Такой институт должен быть не просто научно-техническим консультационным органом, но выступать в роли связующего звена между практикой и политикой и анализировать возникающие препятствия на пути согласованности политических мероприятий (47). В 17 из 19 стран, в которых имелись директивные документы о национальной политике, задачи координации поручены общенациональной структуре, такой, например, как совет по продовольствию и питанию или институт общественного здравоохранения. Грузия и Турция планируют учредить такие институты.

Советы по национальной политике имеют давнюю традицию в Скандинавии. Норвежский совет по питанию и физической активности, учрежденный в 1999 г., ведет свое начало от первого органа, о котором имеются данные, – Национального совета по питанию, основанного в 1937 г. В Соединённом Королевстве в 1997 г. было создано Агентство по продовольственным стандартам с функциями технической поддержки (47).

Финансовые ресурсы

В некоторых документах приведены подробные разделы о бюджетных ассигнованиях, выделяемых на осуществление стратегий. Шведский план действий содержит сведения о бюджете нескольких запланированных мероприятий (40). Соединённое Королевство намерено в течение трех лет инвестировать 1 млрд фунтов стерлингов для поддержки и осуществления обязательств, сформулированных в «Белой книге» (24). Нидерланды поставили задачу потратить в 2004 г. на нужды здравоохранения в общей сложности 45 млрд евро, в том числе 625 млн на защиту и укрепление здоровья (20). В Дании создан фонд в размере 10 млн евро на цели разработки и оценки стратегий профилактики ожирения в муниципалитетах (48).

В документах Болгарии, Ирландии, Латвии, Литвы, Турции и Эстонии не указаны конкретные суммы, но названы источники финансовых ресурсов; среди них государственный бюджет, бюджетные фонды муниципалитетов, бюджет медицинского страхования или другие источники финансовой поддержки, такие как пожертвования из иностранных источников.

Заинтересованные стороны и их вовлечение

Причины, вызывающие ожирение, столь многообразны, что система здравоохранения своими силами не может решить эту проблему. К ее решению следует привлекать различные заинтересованные стороны и применять межотраслевой подход на национальном и местном уровнях, а также на уровне сообществ. Например, Норвежский национальный совет по питанию подчеркивает, что виды деятельности, связанные с питанием, должны рассматриваться в контексте общественного здоровья как такового, причем ведущую роль здесь должна играть система общественного здравоохранения (22). В большинстве документов упоминается широкий круг заинтересованных сторон. Прежде всего, большинство стран называют в качестве заинтересованных сторон различные государственные институты и министерства; при этом ведущая роль принадлежит министерству здравоохранения.

Многие страны привлекли к разработке политики научные институты, университеты и ассоциации специалистов здравоохранения. Важным партнером, участвующим в решении проблемы ожирения, является частный сектор; при этом в качестве основного партнера во всех странах названа пищевая промышленность. Следующими за ней, по значимости, потенциальными

партнерами называются фармацевтическая промышленность, сектор общественного питания, сфера торговли, сети ресторанов, индустрия отдыха, транспорт, службы городского планирования и средства массовой информации. Кроме того, во всех документах в качестве возможных заинтересованных сторон рассматриваются некоммерческие организации, такие как ассоциации потребителей, профессиональные союзы, организации пациентов и профессиональных работников здравоохранения.

В Испании к участию в консультациях по выработке стратегии был привлечен широкий круг заинтересованных сторон; министерство здравоохранения и потребления подписало несколько соглашений о сотрудничестве с частным сектором (17).

Сторонами договора об избыточной массе тела и ожирении в Нидерландах (49) являются министерство здравоохранения, благосостояния и спорта, министерство образования, культуры и науки, пищевая промышленность, гостиничный сектор, отрасль общественного питания и входящие в нее предприятия, супермаркеты, компании медицинского страхования, ассоциации работодателей и спортивные союзы. Каждая из сторон, в рамках своей деятельности и роли, которую она играет в обществе, стремится внести вклад в достижение целей правительства по профилактике избыточной массы тела (20). При министерстве здравоохранения, социального обеспечения и спорта создано проектное бюро, призванное содействовать сторонам договора, оказывать им поддержку в организации совместных действий и обеспечивать этим действиям взаимосвязанность и синергизм. Партнеры из институтов гражданского общества или другие стороны могут обращаться в министерство, чтобы стать участниками договора (20).

В Соединённом Королевстве создаются локальные стратегические партнерства, объединяющие местные органы власти, доверительные фонды по оказанию первой помощи, другие общественные службы, частные, добровольные и общинные организации, а также местное население для деятельности по развитию территорий и повышению качества услуг на местах. Местные органы власти могут играть ключевую роль в обеспечении сообществ правильным питанием благодаря взаимодействию с местными предприятиями розничной торговли, внедрению моделей самообеспечения пищевыми продуктами, обучения кулинарным навыкам, созданию кооперативов по производству продуктов питания и организации коллективных обедов в сообществах; эта деятельность будет получать поддержку на национальном и региональном уровне (44).

Мониторинг и оценка

Во всех странах организованы системы надзора, проводящие регулярный мониторинг состояния питания и потребления пищевых продуктов населением в целом или, по крайней мере, некоторыми его подгруппами (9). Например, Датский общенациональный план действий против ожирения (16) включает предложение о создании системы мониторинга массы тела, условий питания, физической активности и детерминант окружающей среды.

Для наблюдения за состоянием общественного здоровья в Швеции был создан национальный комитет (40), а в Соединённом Королевстве организовано несколько наблюдательных лабораторий на местах (44). Политика в области питания в Болгарии, Венгрии, Грузии, Ирландии, Латвии, Литве, Нидерландах, Португалии, Словении и Хорватии также предусматривает мониторинг и оценку стратегических целей и задач.

Датская программа включает для всех приоритетных областей укрепления здоровья индикаторы по факторам риска, целевым группам и сферам деятельности, а также ключевые индикаторы укрепления здоровья в результате мероприятий общественного сектора. Программа индикаторов будет постоянно развиваться и совершенствоваться. Она включает две части:

- группу ключевых индикаторов общего характера, описывающих тенденции и результаты в соотношении с общими целями политики общественного здравоохранения; и
- группу детализированных, конкретных индикаторов, характеризующих тенденции и результаты в каждой из приоритетных областей в соотношении с целями и коллективными проблемами в политике общественного здравоохранения (28).

В Финляндии в 1995 г. была организована национальная система надзора за питанием. Ее цели – сбор, интерпретация, оценка и распространение информации о состоянии питания, а также оценка потребности в мероприятиях по содействию политике в области питания и здравоохранения. Кроме того, система обеспечивает информацией о питании специалистов-медиков, ученых, учителей, журналистов, а также работников пищевой промышленности, торговли и общественного питания (31).

Министерство здравоохранения и потребления Испании выдвинуло предложение о создании наблюдательной лаборатории (обсерватории) по ожирению со следующими функциями:

- осуществление эпидемиологического надзора за ожирением и мониторинга тенденций в области ожирения;
- разработка индикаторов для оценки результатов мер вмешательства;
- разработка конкретных целей и определение времени, необходимого для их достижения;
- оказание услуг по координации и содействие обмену опытом;
- проведение тщательной и постоянной оценки для выявления успешных инициатив и придания им приоритетной роли;
- определение приоритетных направлений исследований;
- установление отношений с международными организациями; и
- мониторинг выполнения и применения различных добровольных соглашений (17).

Поддержка научных исследований

Научные данные жизненно важны для принятия любого политического решения. Проведение интегрированной политики требует развития систем, которые могли бы обеспечить более тесное взаимодействие ученых и разработчиков политики в таких областях, как здравоохранение, сельское хозяйство и окружающая среда (50). Страны выбрали различные пути развития и финансирования научных исследований, а также способы определения областей, в которых требуется расширить научные исследования, таких как эффективность мер вмешательства по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

В 1998 г. под эгидой Министерства научных исследований Франции была организована европейская справочная сеть по пищевым продуктам, призванная способствовать развитию научных исследований в области питания в сфере общественного здравоохранения, а также развитию экономических исследований, касающихся анализа «затраты-выгоды». Сеть охватывает правительственные учреждения и частные предприятия сельского хозяйства и пищевой промышленности (32).

В Нидерландах центр знаний об избыточной массе тела способствует взаимосвязи различных исследовательских проектов по проблеме ожирения и обмену информацией (20).

Шведский план действий (40) предлагает создать консорциум с участием представителей различных исследовательских советов, который стал бы инициатором ряда долгосрочных исследовательских проектов, главным образом интервенционных исследований в области питания и физической активности.

В Белой книге «Выбирая здоровье» (44) правительство Соединённого Королевства предложило:

- выступить с новой инициативой в области общественного здравоохранения и выделить средства для ее финансирования, доведя к 2007/2008 г. объем ассигнований до 10 млн фунтов стерлингов;
- создать исследовательский консорциум в области общественного здравоохранения и выступить с национальной исследовательской инициативой в области профилактики; вести эту работу совместно со спонсорами научных исследований;
- выделить дополнительные ресурсы на поддержку национального института здравоохранения и клинического мастерства; и
- учредить новый инновационный фонд, ассигновав в него в 2006/2007 финансовом году 30 млн. фунтов стерлингов, а начиная с 2007/2008 финансового года – ежегодно по 40 млн. фунтов стерлингов.

Планируемые действия

Целевые группы и социально-экономическое неравенство

Все стратегии рассматривают необходимость воздействия на целевые (например, конкретные возрастные) группы. Некоторые страны сосредотачивают внимание на программах, ориентированных на людей с низким социально-экономическим статусом или низким образовательным уровнем, с хроническими заболеваниями или инвалидностью, представителей этнических меньшинств, иммигрантов или беженцев.

Шестнадцать стран поставили задачу сокращения социально-экономического неравенства в отношении здоровья и осуществляют программы, ориентированные на группы, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении.

В качестве целевой сферы для сокращения социального неравенства в отношении питания и физической активности часто избираются школы, в которых предоставляются равные возможности для всех детей и подростков.

Стратегии Грузии по искоренению крайней нищеты включают (33):

- выявление групп, страдающих от отсутствия продовольственной безопасности, и уязвимых групп;
- сбор, анализ и улучшение качества информации, касающейся измерения и мониторинга уязвимости и отсутствия продовольственной безопасности;
- предоставление уязвимым группам населения минимального уровня социальной защиты и разработка проектов обеспечения питанием на уровне сообществ путем предоставления «еды для бедных во всех районах»; и
- решение проблем, связанных, например, с законодательством о минимальном размере заработной платы, безработицей, уходом за детьми и поддержкой работающих женщин, политикой в области жилья и отопления, и неудовлетворительным образованием.

«Квалификация в области здоровья» – это инициатива по развитию сотрудничества, частично финансируемая министерством здравоохранения Соединённого Королевства. Она предусматривает разработку учебных материалов для конкретных групп, имеющих общие проблемы в отношении здоровья и направлена на совершенствование основных навыков и повышение «грамотности» в вопросах здоровья (44).

Сферы применения

На основе методики ANGELO планируемые меры, перечисленные в директивных документах, разделены на микросредовые и макросредовые (15). Микросреда для осуществления политических мер включает школы, рабочие места и службы здравоохранения; к макросреде относятся градостроительство, городской транспорт и сектор снабжения продовольствием. В главах 8, 9, 11, 13 и 14 эффективность активных действий на микро- и макроуровне рассматривается более подробно.

Школы

Школы предоставляют множество возможностей, позволяющих влиять на питание и физическую активность. Многосторонние подходы в рамках школы, воздействующие на образование, доступность продуктов питания и физическую активность, представляются более эффективными, чем подходы, ориентированные на решение отдельно взятой задачи (51). Национальные стратегии выдвигают общие цели – изменение школьной среды путем предоставления благоприятных возможностей для физической активности и улучшение физического воспитания путем включения в учебную программу знаний и навыков, касающихся рационального питания.

Все 19 стран стремятся улучшить питание школьников, и школьные столовые представляются весьма важной сферой применения мер вмешательства. В Венгрии и Нидерландах осуществлены программы здорового питания в школьных столовых. Чтобы поддержать осуществление программы, Нидерландский центр питания разработал комплексные пакеты информации и рекомендации по снабжению школьных столовых здоровыми и безопасными продуктами питания (52).

Франция в 2005 г. запретила торговые автоматы в школах. Однако продукты, продаваемые в этих автоматах, можно заменить, а цены на них отрегулировать таким образом, чтобы увеличить потребление здоровых продуктов питания (53,54). Испания и Словения рассматривают вопрос об улучшении ассортимента продуктов, продаваемых через торговые автоматы. В Венгрии несколько школ добились успеха, наладив продажу яблок через торговые автоматы.

В одном из исследований школьной продовольственной среды сделан вывод о том, что активные мероприятия в школах с целью изменения среды выявили потенциальную возможность позитивного влияния на потребление молодежью фруктов и овощей (55). В качестве очередного шага по улучшению питания школьников, Латвия, Норвегия, Соединённое Королевство и Франция осуществляют бесплатную раздачу фруктов или облегчают доступ к их приобретению. В Нидерландах в семи крупных административных районах осуществляется проект по снабжению школьников фруктами.

В Норвегии с 1996 г. осуществляется программа «Фрукты в школах», которая предусматривает бесплатную раздачу фруктов и овощей всем детям в детских садах и начальных школах. В 2004 г. эта поддерживаемая родителями и субсидируемая государством программа была распространена на всю страну, хотя решение об участии в ней каждая школа принимает самостоятельно. В 2004 г. в программе приняло участие около 10% всех учеников начальных школ (22).

В Соединённом Королевстве национальная программа «Здоровая школа» стремится внедрить во все виды школьной деятельности мероприятия и подходы, которые содействуют укреплению здоровья. Цель проекта «Выбирая здоровье» (44) – добиться того, чтобы к 2006 г. половина школ стала «здоровыми школами», а остальные стремились бы получить этот статус к 2009 г. Данный проект также способствует разработке местных программ «Здоровая школа» в бедных районах (44).

Рабочие места

Рабочие места – это та сфера, в которой может быть обеспечено воздействие на значительную часть взрослого населения, независимо от пола, социальной группы или этнической принадлежности. Меры вмешательства на рабочем месте, как и в школе, могут быть более успешными, когда они сосредоточены не на каком-либо одном аспекте, но включают санитарное просвещение по вопросам питания и содействие физической активности.

В Швеции предлагаемые действия включают сертификацию рабочих мест, содействующих укреплению здоровья, и рекомендации по рациональному питанию на рабочих местах или проведение конкурсов на самое здоровое рабочее место, как в Норвегии.

Политические меры, осуществляемые в Дании, Ирландии и Соединённом Королевстве, предусматривают такие возможности, как гибкое рабочее время, снижение платы за пользование тренажерным залом, поощрение тех, кто добирается до работы на велосипеде или пешком, доступ к душе и раздевалке, оплата работодателем перерывов на физические упражнения и пользования спортзалом, предоставление работникам велосипедов.

Чтобы поощрить предприятия к усилению внимания к физической активности, норвежский план действий в области физической активности предлагает включить в закон о рабочей среде положение, обязывающее работодателей рассматривать физическую активность как часть систематических усилий компаний по созданию здоровой и безопасной рабочей среды (23).

Правительство Соединённого Королевства учредило премию за здоровое рабочее место с целью расширить понимание проблемы и поощрить проводимую компаниями работу по укреплению здоровья и повышению благосостояния работников (24).

Службы здравоохранения

Во всех 19 странах уделяется внимание подготовке и повышению квалификации специалистов здравоохранения, диетологов и других категорий работников служб здравоохранения, социального обеспечения и домов престарелых. Ирландия предлагает разработать и ввести в программы подготовки и повышения квалификации специалистов-медиков курс оптимального и тактичного лечения избыточной массы тела и ожирения (18). Дания подчеркивает значение психологического подхода и практических знаний о методах, с помощью которых можно добиться изменений массы

тела и образа жизни (16). Норвегия планирует включить методику оценки воздействия на здоровье (ОВЗ) в программы медицинских учебных заведений (23). Стратегия Испании подчеркивает необходимость добиться того, чтобы специалисты национальной системы здравоохранения были в состоянии систематически выявлять случаи избыточной массы тела и ожирения среди населения.

Важными мерами в борьбе с ожирением в рамках системы здравоохранения являются профилактика, выявление и лечение. В Ирландии специальная комиссия по ожирению подчеркивает, что службы здравоохранения должны признать поддержание здоровой массы тела важной проблемой здравоохранения и что измерение роста, веса и окружности талии, а также расчет ИМТ должны быть частью обязательной клинической практики при оказании первичной медицинской помощи и в больницах.

Программа Словении ставит задачу введения скрининга и оценки пациентов с учетом вопросов питания. Франция рассматривает вопрос о принятии в клинической практике рекомендаций по проведению скрининга и лечения расстройств, связанных с питанием. Норвегия и Швеция уделяют особое внимание интенсификации работы в области питания в рамках предоставления медицинской помощи матерям и детям.

В программе по борьбе с ожирением Португалии делается акцент на лечение ожирения в больницах. Стратегии, ориентированные на сектор здравоохранения, включают (19):

- публикацию рекомендаций для медицинских работников, занимающихся профилактикой и лечением ожирения;
- планирование и создание при больницах амбулаторных клиник для людей, страдающих ожирением, а также отделений в больницах для хирургического лечения нарушения жирового обмена;
- выдвижение инициативы о создании национальной комиссии по оценке хирургического лечения ожирения;
- разработку предложения о составлении списка фармацевтических и пищевых добавок, который будет использоваться при лечении ожирения; и
- содействие увеличению количества учебных часов, отводимых на изучение студентами и аспирантами проблем ожирения на медицинских факультетах в университетах; содействие введению обязательного обучения первичным знаниям об ожирении при прохождении ординатуры по общей медицине, семейной медицине и хирургии, а также специальному обучению медицинских специалистов, не являющихся врачами, лечению больных ожирением.

Градостроительство и городской транспорт

Градостроительство является важным фактором политики в отношении ожирения, поскольку возрастающая урбанизация ведет к изменению потребительских привычек, а местная среда и инфраструктура оказывают влияние на физическую активность и доступность пищевых продуктов.

В восьми директивных документах содержатся предложения о строительстве безопасных пешеходных и велосипедных дорожек, расширении безопасного и эффективного общественного транспорта и уменьшении использования автомобилей. В Ирландии специальная комиссия по ожирению рекомендует, чтобы определенный процент общего дорожного бюджета отчислялся на достижение этой цели (18).

Испанская стратегия подчеркивает значение сотрудничества с автономными сообществами и городскими советами для содействия созданию зеленых зон и строительству спортивных сооружений в микрорайонах с использованием инструментов, предоставляемых законодательством (17).

В шведском плане действий сделан акцент на жилищную политику, потому что она влияет на общественное здравоохранение в целом и физическую активность, в частности. При соответствующем планировании может быть создана среда, способствующая физически активному образу жизни. Было предложено разработать межотраслевой проект по развитию среды для физической активности детей и взрослых в сообществах (40). В Норвегии, чтобы создать более благоприятную для физической активности среду, пришлось пересмотреть закон о градостроении и строительстве (23).

В директивных документах Дании и Соединённого Королевства подчеркивается необходимость планирования дорожного движения и транспорта.

Национальное управление здравоохранения Дании призывает к такой политике в области транспорта, которая увеличивает возможности для физической активности в повседневной жизни. Оно, в частности, рекомендует:

- создавать закрытые для автомобилей пешеходные и велосипедные зоны в городах и в тех местах, куда люди отправляются за покупками или на работу;
- строить велосипедные дорожки вдоль автомобильных трасс или создавать сети таких дорожек в сельской местности;
- при планировании новых жилых районов предусматривать легкий доступ к сервисным зонам пешком или на велосипеде; и
- обеспечивать возможность парковки велосипедов вблизи работы и остановок общественного транспорта (16).

В документе Соединённого Королевства «Дорога в школу: план действий» (57) перечислены мероприятия по линии органов власти, местного самоуправления и администрации школ, которые должны содействовать тому, чтобы дети по дороге в школу и из школы больше ходили пешком, передвигались на велосипеде и пользовались автобусом. «Планы походов детей в школу» будут предусматривать участие родителей, учеников, школьной администрации, местных органов власти и других заинтересованных сторон, и включать в себя альтернативные мероприятия, направленные на то, чтобы путь в школу стал безопасным и привлекательным.

Снабжение продуктами питания

В документе, разработанном в Швеции, говорится, что пищевая промышленность и ее стратегии управления поставками, ценообразования и сбыта представляют собой часть проблемы и часть ее решения, направленного на улучшение пищевых привычек (40).

В странах применяются различные подходы к работе с частным сектором. Многие страны, по-видимому, опираются на добровольные соглашения и кодексы саморегулирования, в то время как в Соединённом Королевстве обычно принимаются обязательства, в которых ведущую роль играло бы государство. Сознвая потенциал пищевой промышленности в области изменения ассортимента продуктов питания, правительство Соединённого Королевства сотрудничает с предприятиями отрасли, добиваясь снижения содержания соли, сахара и жиров в переработанных пищевых продуктах, и будет и далее разрабатывать и публиковать рекомендации о размерах порций с целью сокращения потребления пищевой энергии, жиров, сахара и соли и обращения вспять тенденции к увеличению размеров порций. Ирландия тоже уделяет большое внимание тому, чтобы пищевая промышленность и производители напитков более настойчиво следовали примеру тех фирм, которые уже отказались от чрезмерно больших размеров индивидуальных порций. Власти Испании, Нидерландов и Норвегии также сотрудничают с пищевой промышленностью, содействуя производству и сбыту продуктов с положительными питательными характеристиками путем изменения их рецептуры. Помимо оптимизации рецептуры пищевых продуктов, Ирландия придает особое значение тому, что производители пищевых продуктов и напитков, сектор розничной торговли, предприятия общественного питания, и их поставщики должны содействовать проведению исследований и осуществлять инвестиции, способствующие выбору более здоровых продуктов питания.

Маркировка продуктов питания должна предоставлять потребителям точную, стандартную и полную информацию о товарах, позволяющую сделать обоснованный выбор (4). Во всех странах ЕС осуществляется гармонизация маркировки пищевых продуктов. Эта мера осуществляется по выбору производителя, однако она становится обязательной, если на этикетке или в рекламе товара размещается заявление о его питательной ценности (58).

В Норвегии национальный совет по питанию призывает органы государственной власти предъявлять к пищевой промышленности более строгие требования в отношении перечня ингредиентов и указания питательной ценности продуктов питания. Кроме того, он предлагает ввести в маркировку обязательную информацию о содержании сахара, соли и жиров (включая трансжировые кислоты), а системы маркировки сделать международными (22).

Три страны используют броские графические символы для обозначения питательной ценности пищевых продуктов (59–61): Финляндия (символ «сердце»); Швеция (символ «замочная скважина») и Соединённое Королевство (схема кодирования Агентства продовольственных стандартов в виде светофора). Подробно эти символы обсуждаются в главе 9 (с. 118–120).

В Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (4) подчеркивается, что необходимо принимать меры для недопущения рекламы, способствующей нездоровому режиму питания и снижению физической активности, а позитивную информацию, способствующую укреплению здоровья, поощрять. Французский парламент в 2005 г. принял законодательство, вводящее 1,5%-ный налог на рекламные доходы компаний, производящих безалкогольные напитки, с целью воспрепятствовать нездоровым привычкам питания. Компании могут избежать уплаты этого налога, если на упаковке их продуктов будет содержаться позитивная информация, связанная со здоровьем, или они будут способствовать распространению такой информации.

Дети весьма уязвимы перед воздействием маркетинга пищевых продуктов (см. главу 10). Hastings et al.(62) показывают, что маркетинг пищевых продуктов оказывает влияние на пищевые предпочтения детей, покупательское поведение и потребление на уровне бренда и категории. В директивных документах 11 стран признается значение разработки стратегий воздействия на маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей, и ставится задача ужесточения правил, запрещающих продажу детям и взрослым пищевых продуктов и напитков, наносящих ущерб здоровью.

Многие страны, такие как Болгария, Дания, Испания и Нидерланды опираются на добровольные соглашения и кодексы саморегулирования, но будут рассматривать новые подходы, если мероприятия по саморегулированию окажутся неэффективными. Однако ни одна из этих стран не устанавливает для этого каких-либо сроков.

Правительство Соединённого Королевства ввело в действие ряд мероприятий, направленных на уменьшение воздействия на детей телевизионной рекламы пищевых продуктов и напитков с высоким содержанием жиров, сахара или соли, а в настоящее время рассматривают вопрос о том, как распространить эти меры на не вещательные средства массовой информации (63). Аналогичным образом, Швеция запретила маркетинг товаров по телевидению, ориентированный на детей, и хотела бы, чтобы этот запрет был введен и в других странах ЕС (41).

Меры рыночного вмешательства с использованием экономических инструментов

Особенности рынка продуктов питания определяют потребительский выбор, а цена на продукты является одним из наиболее важных индикаторов (64). Marshall (65) предложил применять гибкую ценовую политику в отношении продуктов питания, используя такие средства, как налогообложение, для оказания позитивного влияния на пищевые привычки населения, однако данных о результатах широкомасштабного введения налогов на продажу продуктов питания на национальном уровне недостаточно.

На цены можно также воздействовать с помощью субсидий или прямого ценообразования для того, чтобы поощрять правильное питание и физическую активность. Снижение цен эффективно как средство повышения потребления и является даже более эффективным, чем сочетание снижения цен с медицинской информацией (66). Меры экономического вмешательства более подробно обсуждаются в главе 14.

Несколько стран используют или рассматривают целесообразность использования фискальных мер, таких как налогообложение продажи продуктов питания, наносящих ущерб здоровью, и предлагают стимулы для поощрения поставок и потребления здоровых продуктов питания или повышения доступности физической активности. Но чаще целью такого налогообложения является получение доходов (67).

В Норвегии национальный совет по питанию рекомендует государственным органам рассмотреть возможность применения нормативных и финансовых мер для формирования политики в области питания. Налоговая политика в Норвегии должна, например, включать снижение налога на добавленную стоимость на фрукты и овощи, увеличение налога на добавленную стоимость на пищевые продукты с высокой энергетической плотностью и низким содержанием питательных веществ, увеличение налогов на сахар, шоколад и другие пищевые продукты, содержащие сахар.

Уменьшение налога на добавленную стоимость привело бы к снижению цен на фрукты и овощи. Исследования показали, что исключение этих видов пищевых продуктов из числа товаров, облагаемых НДС, сделало бы их дешевле по сравнению с другими видами продуктов питания. Аналогичным образом, потребление пищевых продуктов с высокой энергетической плотностью и низким содержанием питательных веществ можно было бы сократить, если бы они были относительно более дорогими, а этого можно достигнуть путем повышения НДС с нынешнего, низкого процентного уровня до стандартного. В качестве эффективного средства сокращения потребления в группах с высоким его уровнем было предложено увеличить в два раза налоги на производство и на добавленную стоимость для безалкогольных напитков (68). Сахар, шоколад и другие пищевые продукты с добавлением сахара подлежат обложению специальными акцизными сборами, которые также являются налогом на их потребление. Кроме того, следует рассмотреть возможность ассигнования средств, поступающих в доход государства от этих налогов, на финансирование мер в области здравоохранения, способствующих здоровому питанию (22).

В Ирландии пришли к выводу, что налогообложение нездоровых продуктов питания, по-видимому, малоэффективно, поскольку бедным пришлось бы нести значительные расходы, так как они тратят на еду относительно больше, чем богатые (67,70). Вместо этого стратегия Ирландии содержит предложение о позитивной дискриминации, то есть о предоставлении грантов и субсидий местной промышленности для производства здоровых продуктов питания. Кроме того, министерство по делам семьи и социальным вопросам Ирландии проведет исследование платежей в рамках программ социальной поддержки, чтобы учесть относительно высокую стоимость здоровых продуктов питания для групп населения с низким социально-экономическим статусом.

В своих директивных документах Болгария, Дания и Швеция рассматривают возможность экономического регулирования путем введения стимулов для производства и продажи продуктов питания с низким содержанием жиров и сахара, а также налогообложения безалкогольных напитков и сладостей.

Датское исследование (71) рекомендует сочетать налоги с другими инструментами воздействия, такими как информационные кампании, и подчеркивает необходимость проведения дальнейших исследований. Признавая эту необходимость, директивные документы Дании, Ирландии и Швеции содержат предложения о проведении исследования мер экономического регулирования, которое позволило бы получить больше информации о долгосрочном эффекте, воздействии на международную торговлю, реакции потребителей на изменение цен, мероприятиях по борьбе с избыточной массой тела и ожирением и возможных действиях на национальном уровне и в рамках ЕС.

Другие национальные стратегии в Европейском регионе

В данном разделе приводятся примеры инициатив по профилактике ожирения в странах, где не удалось получить национальных директивных документов, касающихся питания и физической активности, на английском языке. Ссылки на инициативы, перечисленные ниже, приведены в недавно вышедшем обзоре Европейского регионального бюро ВОЗ (72).

В **Австрии** на основании закона об укреплении здоровья 1998 г. был создан Фонд за здоровую Австрию. Главная его задача состоит в поддержке практических и исследовательских проектов, структурном развитии, непрерывном образовании, создании сетей сотрудничества и проведении информационных кампаний по вопросам укрепления здоровья. В 2006 г. Фонд уделял большое внимание проектам, касающимся питания и физической активности.

В **Бельгии** в 2006 г. было начато осуществление национального плана по питанию и здоровью. В нем подчеркивается необходимость создания среды, способствующей развитию навыков здорового питания и физической активности. Эта цель должна быть достигнута путем улучшения санитарного просвещения по вопросам пищевых продуктов и питания, а также благодаря привлечению различных заинтересованных сторон. Работа с частным сектором предусматривает, согласно плану, облегчение доступа к рациону здорового питания и улучшение рецептуры пищевых продуктов.

Федеральное министерство здравоохранения **Германии** провозгласило профилактику избыточной массы тела целью своей политики в области здорового питания. В 2004 г. в Германии была создана

платформа действий в области питания и физической активности, объединяющая представителей различных отраслей экономики. Ее основной целью является профилактика ожирения, особенно среди детей и подростков.

В **Израиле** целевые группы по проблеме ожирения сосредотачивают свои усилия на стратегиях первичной, вторичной и третичной профилактики. Среди предложенных рекомендаций – ежегодный антропометрический скрининг в школах, межотраслевое воздействие на маркетинг и рекламу продуктов, ориентированные на детей.

В **Исландии** национальный план здравоохранения 2001 г. пересматривается. Большой упор будет сделан на действиях, направленных на улучшение рациона питания, развитие физической активности и профилактику ожирения. В мае 2005 г. парламентом страны принята резолюция с призывом укреплять здоровье исландцев на основе более здорового питания и усиления физической активности. В результате на правительство была возложена ответственность за подготовку плана действий по укреплению здоровья населения.

В национальном плане здравоохранения **Италии** на 2003–2005 гг. была поставлена цель способствовать здоровому образу жизни, осуществлять профилактические меры по борьбе с ожирением, лечить ожирение и улучшать согласованность действий. В марте 2005 г. было достигнуто соглашение на национальном и региональном уровнях о разработке национального плана по профилактике на 2005–2007 гг. Ключевым, приоритетным направлением этого плана является профилактика ожирения.

В **Казахстане** первый стратегический план укрепления здоровья разработан на период до 2010 г. В нем выделено восемь приоритетных областей, включая здоровое питание и физическую активность. В документе содержится призыв усилить общую ответственность правительства, работодателей и отдельных лиц.

В 2005 г. на **Кипре** было завершено осуществление национального плана действий в области питания, который включал ряд мероприятий, организованных министерством здравоохранения Кипра, с целью побудить людей вести более здоровый образ жизни.

В **Люксембурге** после первой национальной конференции по здравоохранению, проведенной в ноябре 2005 г., была осуществлена инициатива по разработке национальной программы содействия развитию здорового питания и физической активности. Создан междисциплинарный координационный орган для осуществления политики, проведения оценки предыдущих инициатив, определения дальнейших потребностей и постоянного совершенствования программы по проблемам питания и физической активности.

На **Мальте** осуществляется несколько проектов и инициатив по профилактике избыточной массы и ожирения. В основном эту работу ведет министерство здравоохранения силами Департамента укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Основное внимание в этих проектах и инициативах уделяется активным мероприятиям в школах и местных сообществах, а также выработке национальной политики, направленной на формирование здоровой среды школьного питания.

В **Польше** в 2005 г. была создана платформа действий в области питания, физической активности и здоровья. При этом особое внимание уделяется профилактике и борьбе с избыточной массой тела и ожирением и связанными с ними заболеваниями. Программы здравоохранения на 2006–2015 гг. предусматривают разработку национальной программы на 2007–2016 гг. по профилактике избыточной массы тела, ожирения и неинфекционных болезней благодаря здоровому рациону питания и повышению физической активности.

В **Российской Федерации** в результате осуществления одобренной правительством межсекторной Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 г. была организована система мониторинга потребления продуктов питания, возросло производство пищевых продуктов, активизировалась работа по изменению их рецептуры. Правительствами субъектов Российской Федерации и местными органами власти использовался директивный документ 2001 г. о здоровом питании, а также план действий по развитию региональных программ в Российской Федерации. Результатом этого стало выполнение программ по диабету и гипертонии, в которых основное внимание уделялось питанию и физической активности.

В 2005 г. Министерство здравоохранения **Сербии** создало комиссию для подготовки плана действий в отношении питания.

В **Словакии** двумя главными стратегическими документами по вопросам питания и физической активности являются государственная политика здравоохранения и национальная программа укрепления здоровья. В 2005 г. по инициативе министерства здравоохранения Словакии были разработаны предложения по национальной программе профилактики ожирения.

Таджикистан планировал в 2006 г. разработать политику в области профилактики ожирения и провести исследование его распространенности.

В **Чешской Республике** в 2004 г. был создан национальный совет по ожирению в формате постоянного консультативного органа, которому поручены разработка и осуществление национального плана действий по борьбе с ожирением. Разработанная в 2004 г. национальная стратегия развития велосипедного транспорта настоятельно рекомендует региональным и местным органам власти, структурам бизнеса и НПО предусмотреть ее осуществление в качестве элемента их деятельности, программ и планов. Созданы механизмы обеспечения успешного осуществления данной стратегии.

Федеральный совет **Швейцарии** в 2000 г. утвердил план действий в области питания и здоровья, направленный на снижение распространенности заболеваний, связанных с питанием, обеспечение доступности безопасных и высококачественных продуктов питания и содействие устойчивому и экологически безопасному производству и сбыту продуктов питания. В 2004 г. была создана сеть по укреплению здоровья и физической активности в целях содействия физической активности населения.

Выводы и значение для политики

В большинстве стран Европейского региона ВОЗ уделяется внимание обостряющейся проблеме ожирения. Применяются различные стратегии. В странах, опыт которых рассмотрен в этой главе, разработаны документы комплексного характера, которые либо целиком посвящены ожирению, либо рассматривают его профилактику как часть стратегии по проблемам питания и физической активности или общей концепции общественного здравоохранения.

Документы различаются по степени конкретизации стратегий и планируемых мероприятий. Например, в плане действий Швеции дается обоснование предлагаемых специальных мероприятий, определен их график, указаны ресурсы и ответственные исполнители. В документе Словении перечислены исполнители по отдельным задачам, что помогает конкретизировать обязательства заинтересованных сторон и поддержать осуществление мероприятий. Лишь немногие страны формулируют количественные целевые показатели, которыми могут быть использованы для оценки эффективности. В будущем частью деятельности на общеевропейском уровне могла бы стать разработка инструментов оценки политики и определение индикаторов по количеству и качеству, которые могли бы использоваться для межстрановых сравнений и мониторинга тенденций.

Хотя накопление как можно большего объема информации о выполнении конкретных мероприятий и их эффективности имеет большое значение, острыми проблемами для многих стран, по-видимому, являются трудности с соблюдением политических обязательств, взятых на себя сторонами, и недостаток ресурсов. Стратегии усиления политической информированности могли бы включать в себя проведение расчетов на основе анализа «затраты – эффективность», данные которого стали бы убедительным аргументом в пользу выделения ресурсов.

База фактических данных об эффективности мер вмешательства по укреплению здоровья на уровне микросреды содержит больше информации, чем данные о мерах в отношении макросреды. Хотя информация о крупномасштабных наблюдениях на уровне макросреды недостаточна, в стратегиях всех стран отмечается, что для укрепления здоровья необходима окружающая среда, которая бы способствовала здоровому образу жизни. Делая выбор в пользу средового подхода, разработчики национальной политики привлекают к разработке и осуществлению стратегии представителей различных секторов. Соглашения, скрепленные подписями сторон, партнерское

сотрудничество, сети и платформы с участием соответствующих заинтересованных сторон – вот новые инструменты, которые могут способствовать согласованной деятельности, увеличить объем ресурсов и предотвратить распространение информации, противоречащей целям общественного здравоохранения.

Необходимо развивать более широкий обмен опытом, сотрудничество и координацию действий между странами.

Библиография

1. *World Declaration and Plan of Action for Nutrition*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization, 1992 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/a34303.pdf>, accessed 22 May 2007).
2. *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, accessed 22 May 2007).
3. *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region, 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, accessed 22 May 2007).
4. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 22 May 2007).
5. Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition. *Official Journal*, 2001, C 20:1–2 ([http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&numdoc=32001Y0123\(01\)&model=guichett&lg=en](http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&numdoc=32001Y0123(01)&model=guichett&lg=en), accessed 22 May 2007).
6. *Physical activity and health – EU Platform for Action* [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 22 May 2007).
7. *Health promotion by means of nutrition and physical activity – Adoption of Council conclusions*. Brussels, Council of the European Union, 2007 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st09/st09363.en07.pdf>, accessed 15 August 2007).
8. *White paper on a strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues*. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf, accessed 15 August 2007).
9. *Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/document/Nut/istanbul_conf_%20ebd02.pdf, accessed 22 May 2007).
10. *Inventory of documents on physical activity promotion in the European Region*. European network for the promotion of health-enhancing physical activity [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/hepa/projects/20060222_1, accessed 22 May 2007).
11. *What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e86766.pdf>, accessed 22 May 2007).
12. Lachat C et al. A concise overview of national nutrition action plans in the European Union Member States. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:266–274.
13. Crombie IK et al. *Public health policy to tackle obesity: an international perspective*. Dundee, NHS Health Scotland, 2005 (<http://www.healthscotland.com/documents/1096.aspx>, accessed 22 May 2007).
14. Busse R, Schlette S. *Health policy developments – International trends and analyses, Issue 1*. Gütersloh, Bertelsmann Foundation Publishers, 2003 (http://www.hpm.org/en/Downloads/Half-Yearly_Reports.html, accessed 22 May 2007).
15. Swinburn B et al. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 1999, 29(6 Pt 1):563–570.

16. *National action plan against obesity: recommendations and perspectives*. Denmark, Centre for Health Promotion and Disease Prevention, National Board of Health, 2003 (http://www.sst.dk/publ/publ2003/National_action_plan.pdf, accessed 22 May 2007).
17. *Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity (NAOS)*. Madrid, Ministry of Health and Consumer Affairs, 2007 (http://www.aesa.msc.es/aesa/web/FileServer?file=the%20NAOS%20Strategy.pdf&language=en_US&download=yes, accessed).
18. *Obesity: the policy challenges – The report of the National Taskforce on Obesity*. Dublin, National Taskforce on Obesity, 2005 (http://www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf?direct=1, accessed 22 May 2007).
19. *National Programme against Obesity 2005–2009*. Portugal, Ministry of Health, Portuguese General Directorate of Health, 2005.
20. *Living longer in good health: also a question of healthy lifestyle. Netherlands Health-Care Prevention Policy*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004 (International Publication Series Health, Welfare and Sport, No. 19; http://www.minvws.nl/en/folders/zzoude_directies/pog/living-longer-in-good-health.asp, accessed 22 May 2007).
21. *Time for sport – Exercise, participate, perform*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005 (<http://www.minvws.nl/en/notas/ds/2005/time-for-sport.asp>, accessed 22 May 2007).
22. *A healthy diet for good health. Strategy plan for 2005–2009*. Oslo, National Council for Nutrition, 2005 (http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-1259_Engelsk_7033a.pdf, accessed 22 May 2007).
23. *Working together for physical activity. The Action Plan on Physical Activity 2005–2009*. Oslo, Ministry of Health, 2005 (http://www.shdir.no/publikasjoner/handlingsplaner/the_action_plan_on_physical_activity_2005___2009_28337, accessed 22 May 2007).
24. *Choosing a better diet: a food and health action plan*. London, Department of Health, 2005 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/57/09/04105709.pdf>, accessed 22 May 2007).
25. *Choosing activity: a physical activity action plan*. London, Department of Health, 2005 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/57/10/04105710.pdf>, accessed 22 May 2007).
26. *Food and Nutrition Action Plan 2005–2010*. Sofia, Council of Ministers, 2005.
27. *Croatian Food and Nutrition Policy*. Zagreb, Ministry of Health of the Republic of Zagreb, Croatian Institute of Public Health, 1999.
28. Government of Denmark. *Healthy throughout life – The targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010*. Copenhagen, Ministry of the Interior and Health, 2003 (<http://www.folkesundhed.dk/media/healthythroughoutlife.pdf>, accessed 22 May 2007).
29. *Food and Nutrition Action Plan for Estonia*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2001.
30. *National Strategy for Prevention of Cardiovascular Diseases 2005–2020*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2005.
31. *Summary of the action programme for implementing national nutrition recommendations*. Helsinki, National Nutrition Council, 2003 (http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Toim_ohj_ENG.htm, accessed 22 May 2007).
32. *National Nutrition Health Programme 2001–2005*. Paris, Ministry of Health and Solidarity, 2001.
33. *Food security, healthy eating and physical activity. National Policy, Food and Nutrition Action Plan for Georgia 2006–2010*. Tbilisi, Public Health Department of Georgia, Ministry of Labour, Health and Social Affairs, 2006.
34. *“Johan Bela” National Programme for the Decade of Health*. Budapest, Ministry of Health, Social and Family Affairs, 2003 (http://www.eum.hu/letoltes.php?d_id=341, accessed 22 May 2007).
35. *National Public Health Programme – Summary*. Budapest, Ministry of Health, Social and Family Affairs, 2004 (http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=3538, accessed 22 May 2007).
36. *The National Health Promotion Strategy 2000–2005*. Dublin, Department of Health and Children, 2000 (<http://www.dohc.ie/publications/pdf/hpstrat.pdf?direct=1>, accessed 22 May 2007).
37. *Healthy Nutrition 2003–2013 – Concept of the Cabinet of Ministers*. Riga, Cabinet of Ministers, 2003.
38. *State Food and Nutrition Strategy and Action Plan 2003–2010*. Vilnius, Ministry of Health, National Nutrition Centre, 2003.

39. *The National Programme of Food and Nutrition Policy 2005–2010*. Ljubljana, Ministry of Health, 2005.
40. *Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity*. Stockholm, National Institute of Public Health, 2005 (http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=15733&epslanguage=EN-GB, accessed 22 May 2007).
41. *National Plan of Action for Food and Nutrition of Turkey 2002–2010*. Turkey, Department of Nutrition and Dietetics, 2002.
42. *National Health Plan 2004–2010. Volume 1. Priorities*. Lisbon, Ministry of Health, 2003 (<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006666.pdf>, accessed 22 May 2007).
43. *Prescription for a healthier Norway – A broad policy for public health*. Oslo, Ministry of Social Affairs, 2003 (The Parliament White Paper No 16).
44. *Choosing health. Making healthy choices easier*. London, Department of Health, 2004 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/07/92/04120792.pdf>, accessed 22 May 2007).
45. *La santé vient en mangeant. Le guide alimentaire pour tous*. Paris, Ministry of Health, National Institute of Prevention and Health Education, 2002 (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/581.pdf>, accessed 22 May 2007).
46. Buse K et al. *Making health policy*. Buckingham, Open University Press, 2005.
47. Lang T et al. Policy councils on food, nutrition and physical activity: the UK as a case study. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:11–19.
48. *Member States' consultation for the Ministerial Conference on Counteracting Obesity 2006. Copenhagen, 10–12 October 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (unpublished).
49. *Covenant on Overweight and Obesity. Striking the right energy balance. Action plan*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005 (http://www.convenantovergewicht.nl/assets/Image/convenant_eng1v1.pdf, accessed 22 May 2007).
50. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 4 April 2007).
51. Summerbell CD et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (3):CD001871.
52. *Goed voorbereid naar een gezond kantinebeleid [Well-prepared for a healthy canteen policy]*. The Hague, Nutrition Centre Netherlands, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004 (http://www.voedingscentrum.nl/NR/rdonlyres/A8594CB5-0A19-4326-8AF0-E1C1C0672D5E/0/Gezond_Kantinebeleid_GGDpdf.pdf, accessed 22 May 2007).
53. Harvey J. *A feasibility study into healthier drinks vending in schools*. London, Food Standards Agency, 2004 (<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/vendingreport.pdf>, accessed 22 May 2007).
54. French SA et al. Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: the CHIPS Study. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:112–117.
55. French SA, Stables G. Environmental interventions to promote vegetable and fruit consumption among youth in school settings. *Preventive Medicine*, 2003, 37(6 Pt 1):593–610.
56. United States Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 2005, 54(RR-10):1–12.
57. *Travelling to school: an action plan*. London, Department for Transport, 2005 (<http://www.dft.gov.uk/pgr/sustainable/schooltravel/travelling/travellingtoschoolanactionplan>, accessed 22 May 2007).
58. Council of the European Union. Council Directive 90/496/EEC of 24 September 1990 on nutrition labelling for foodstuffs. *Official Journal of the European Communities*, 1990, L 276:40–44.
59. Kinnunen TI. The Heart symbol: a new food labelling system in Finland. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 2000, 25:335–339.
60. The Keyhole symbol [web site]. Stockholm, National Food Administration, 2007 (http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=12220&epslanguage=EN-GB, accessed 22 May 2007).

61. *Food Standards Agency launches next phase of signposting research*. London, Food Standards Agency, 2005 (<http://www.foodstandards.gov.uk/news/pressreleases/2005/may/signpostfinal>, accessed 22 May 2007).
62. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children*. London, Food Standards Agency, 2003.
63. *Ofcom publishes final statement on the television advertising of food and drink products to children*. London, United Kingdom Government, 2007 (http://www.ofcom.org.uk/media/news/2007/02/nr_20070222, accessed 22 May 2007).
64. Lennernas M et al. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1997, 51(Suppl. 2):S8–S15.
65. Marshall T. Exploring a fiscal food policy: the case of diet and ischaemic heart disease. *British Medical Journal*, 2000, 320:301–305.
66. Horgen KB, Brownell KD. Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices. *Health Psychology*, 2002, 21:505–512.
67. Caraher M, Cowburn G. Taxing food: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:1242–1249.
68. Gustavsen G W. *Essays on food demand analysis* [dissertation]. Aas, Norwegian University of Life Sciences, 2004.
69. Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82(1 Suppl.):265S–273S.
70. Leicester A, Windmeijer F. *The “fat tax”: economic incentives to reduce obesity*. London, Institute of Fiscal Studies, 2004.
71. Smed S et al. *Differentiated food taxes as a tool in health and nutrition policy*. Copenhagen, Institute of Food and Resource Economics, Faculty of Life Sciences, University of Copenhagen, 2005.
72. *Nutrition, physical activity and the prevention of obesity. Policy developments in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_ebd01.pdf, accessed 20 August 2007).

21. Реализация стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью: анализ глобального прогресса

Ключевые положения

- Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью, принятая в 2004 г., является основополагающим документом для международных действий по борьбе с неинфекционными болезнями, включая ожирение.
- Совещания и семинары после принятия Глобальной стратегии способствовали появлению важных докладов и инструментов осуществления политики, а также работе по созданию новых инструментов.
- Осуществление политики в различных регионах ВОЗ происходит неравномерно, и некоторым государствам-членам требуется дополнительная помощь, чтобы эффективно противодействовать эпидемии ожирения.
- Как коммерческому сектору, так и гражданскому обществу принадлежит важная роль в поддержке Глобальной стратегии, и деятельность ВОЗ направлена на обеспечение этой поддержки.

Признавая растущую глобальную эпидемию неинфекционных болезней, Всемирная ассамблея здравоохранения в 2002 г. предложила Генеральному директору ВОЗ разработать глобальную стратегию в области рациона питания, физической активности и здоровья в рамках обновленной стратегии ВОЗ по профилактике неинфекционных болезней и контролю над ними (1). После консультаций с государствами-членами, учреждениями системы Организации Объединенных Наций, группами гражданского общества и частного сектора ВОЗ в течение двух лет разработала Глобальную стратегию по питанию, физической активности и здоровью, и в 2004 г. Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила ее (2). Глобальная стратегия (3) основана на нескольких предшествующих резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения по профилактике неинфекционных болезней и контроле над ними и укреплению здоровья, а также на соглашениях и рекомендациях, разработанных в регионах ВОЗ.

В данной главе показано, каких результатов удалось добиться, выполняя задачи Глобальной стратегии, и какие следует разработать меры по дальнейшей борьбе с ожирением в Европейском регионе ВОЗ.

Масштаб стратегии

Глобальная стратегия призывает все государства-члены развивать, разрабатывать и оценивать те действия, которые она рекомендует, в зависимости от конкретной ситуации в той или иной стране, с тем чтобы способствовать укреплению здоровья, как на индивидуальном уровне, так и в масштабах всего населения, улучшая питание и повышая физическую активность в целях уменьшения случаев неинфекционных болезней и сопутствующих им рисков. Правительства, в силу изначально присущей им направляющей и руководящей роли, призваны опираться на существующие структуры и процессы, занимающиеся всеми аспектами режима и рациона питания и физической активности. С точки зрения многосторонней деятельности, основная ответственность за координацию и создание благоприятных условий для вкладов других секторов лежит на министерствах здравоохранения.

Глобальная стратегия требует от ВОЗ предоставления государствам-членам технических консультаций, мобилизации поддержки в осуществлении стратегии, мониторинга и оценки выполнения. Выступая за многосторонний подход, Глобальная стратегия требует от ВОЗ усилить международное сотрудничество с другими учреждениями системы ООН и двусторонними агентствами в содействии здоровому питанию и физической активности, а также сотрудничать с гражданским обществом, государственными и частными заинтересованными сторонами, и работать вместе с другими специализированными учреждениями системы Организации Объединенных Наций и межправительственными агентствами при оценке и мониторинге воздействия стратегии.

Глобальная стратегия содержит также призыв ко всем другим заинтересованным сторонам вносить свой вклад в достижение ее целей, предпринимая действия в рамках своей компетенции. Гражданскому обществу и НПО принадлежит важная роль в оказании влияния на индивидуальное поведение и осуществлении мониторинга действий организаций и институтов, способствующих здоровому рациону питания и повышению физической активности. Будучи организациями, отстаивающими интересы Глобальной стратегии, они могут также добиться того, чтобы правительства оказывали поддержку здоровому образу жизни, а пищевая промышленность поставляла больше здоровых продуктов и услуг.

Глобальная стратегия призывает другие международные организации и учреждения отдавать приоритеты пропаганде здорового питания и физической активности с тем, чтобы повышать эффективность деятельности по укреплению здоровья. Международные партнеры играют первостепенную роль в достижении целей и задач, особенно в вопросах транснационального характера или в тех случаях, когда действия одной страны недостаточны.

Частный сектор может быть важным действующим лицом в содействии здоровым рационам питания и физической активности. Поскольку многие компании работают в глобальном масштабе, очень важно международное сотрудничество. Инициативы производителей продуктов питания и напитков по уменьшению размеров порций, изменению содержания жира, сахара и соли в переработанных продуктах, увеличение внедрения новых продуктов с более полезными для здоровья качествами, пересмотр нынешних приемов маркетинга могли бы содействовать достижениям в плане укрепления здоровья во всем мире. Более того, в частном секторе заняты многие люди во многих странах. На рабочих местах необходимо обеспечить возможность выбора здоровой пищи и способствовать повышению физической активности.

Реализация стратегии

Действия стран и регионов ВОЗ

Государства-члены выполнили или находятся в процессе выполнения Глобальной стратегии – либо как самостоятельного проекта, либо включив его в существующие программы, имеющие отношение к питанию, профилактике неинфекционных болезней или укреплению здоровья. Предварительные результаты проводимого ВОЗ глобального исследования того, как отдельные страны осуществляют профилактику и контроль за неинфекционными болезнями (4), а также информация из региональных бюро ВОЗ показывают, что отдельные страны разработали интересные программы ответных мер, учитывающих требования, сформулированные в Глобальной стратегии.

На пятьдесят пятой сессии Регионального комитета ВОЗ для стран Африки в августе 2005 г. государства – члены Африканского региона ВОЗ приняли резолюцию AFR/RC55/R4, в которой содержится призыв к осуществлению Глобальной стратегии в качестве приоритетного мероприятия по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. В октябре 2005 г. координационные группы по хроническим заболеваниям из нескольких стран собрались на Маврикии на встречу сети по вмешательствам в неинфекционные болезни в Африке – Программы международных визитов ВОЗ для контроля и профилактики хронических болезней (Network of African Noncommunicable Diseases Interventions – WHO International Visitors Programme for Chronic Disease Prevention and Control), чтобы разработать проекты предложений относительно развития национальной политики, стратегических планов и планов действий, интегрированных в собственные стратегии, или конкретных программ профилактики заболеваний и вмешательства в факторы риска, включая планы осуществления Глобальной стратегии. Кроме того, в 2004 г. в Бенине и ЮАР были проведены учебные семинары, чтобы дать возможность странам усилить и выполнить свои межотраслевые планы по продуктам питания и питанию. В феврале 2007 г. в Уганде был проведен семинар с участием нескольких стран по укреплению физической активности как исходного пункта в деятельности по профилактике неинфекционных болезней.

В Американском регионе ВОЗ дискуссии сосредоточивались на необходимости поддерживать хорошо налаженные национальные программы по профилактике и контролю неинфекционных болезней, их общих факторов риска и связанной с этим деятельностью. В сентябре 2006 г. 47-я сессия

Совета Панамериканской организации здравоохранения утвердила региональную стратегию и план действий по интегрированному подходу и профилактике и контролю хронических заболеваний, включая питание, физическую активность и здоровье (резолюция CD47.R9). Эти документы создают основу для безотлагательных действий и предназначены для того, чтобы направлять будущее развитие всей имеющей отношение к профилактике и контролю деятельности в Регионе, включая осуществление Глобальной стратегии, обзор выполнения руководств по питанию и другие программы и проекты. Кроме того, план осуществления Глобальной стратегии был подготовлен и обсужден со всеми заинтересованными сторонами. Позже он был дополнен в ходе работы семинара в апреле 2006 г.

В ответ на растущее бремя смертности и инвалидности вследствие неинфекционных болезней пятьдесят вторая сессия Регионального комитета ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья рекомендовала три основных стратегических направления в 2005 г.: оценка потребностей населения и пропаганда действий, основанных на практикуемом ВОЗ поэтапном подходе «STEPwise» (5); разработка национальных курсов политики, стратегий и планов по профилактике и лечению неинфекционных болезней и наращиванию потенциала; поддержка и осуществление участия общин в профилактике и лечении неинфекционных болезней. В Каире, Египет, в феврале 2006 г. был проведен учебный семинар для усиления и осуществления межотраслевых планов по продуктам питания и питанию на национальном уровне. В марте 2007 г. семинар ВОЗ по осуществлению Глобальной стратегии в государствах – членах Совета сотрудничества стран Персидского залива был проведен в Дубае, Объединенные Арабские Эмираты.

Государства, входящие в Европейский регион ВОЗ, включают осуществление Глобальной стратегии в свою деятельность по профилактике и борьбе с неинфекционными болезнями. В сентябре 2006 г. Европейский региональный комитет ВОЗ утвердил Европейскую стратегию профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями (6). Стратегия поддерживает всеобъемлющий и интегрированный подход к деятельности в отношении неинфекционных болезней и предлагает рамочную основу для оказания помощи странам в формулировании ответных мер по борьбе с этими болезнями. Чтобы облегчить деятельность в масштабе Региона по повышению физической активности и улучшению привычек питания населения, Европейское региональное бюро ВОЗ организовало в Стамбуле, Турция, в ноябре 2006 г. Европейскую министерскую конференцию ВОЗ по борьбе с ожирением. На конференции государства-члены приняли Европейскую хартию по борьбе с ожирением (7). Региональное бюро и штаб-квартира ВОЗ совместно участвуют в Платформе ЕС для действий в области питания, физической активности и здоровья (8), представляющей собой многостороннюю платформу, в рамках которой участники данной отрасли могут высказаться, наряду с НПО и представителями разных стран. Кроме того, государства-члены рассмотрели осуществление и подвели итоги работы по выполнению Первого плана действий по выработке политики в области пищевых продуктов и питания в Европейском регионе ВОЗ на 2002–2005 гг. (9), включая возрастающие проблемы ожирения и других связанных с питанием неинфекционных болезней и разработали Второй план действий по реализации политики в области пищевых продуктов и питания, принятие которого намечено на 2007 г.

В июне 2006 г. министры здравоохранения государств – членов региональной группы ВОЗ в странах Юго-Восточной Азии приняли основы региональной политики профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями. Основы содержат поэтапную программу поддержки стран в их деятельности по модернизации, усилению и развитию национальной политики, стратегий и программ интегрированной профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Юго-Восточная азиатская группа по профилактике и борьбе с неинфекционными болезнями на своем заседании в конце 2005 г. одобрила основы деятельности в регионе по осуществлению Глобальной стратегии, в том числе план действий и перечень рекомендаций по их осуществлению. Четыре страны Юго-Восточной Азии разработали национальные планы осуществления Глобальной стратегии. Еще четыре страны готовят такие же планы. Кроме того, в 2005 г. в Индии был проведен учебный семинар, чтобы дать возможность странам сделать более эффективными свои межотраслевые планы по продовольствию и питанию и выполнить их. В 2006 г. Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии организовало в Мьянме встречу по выполнению Глобальной стратегии в регионе Юго-Восточной Азии.

Региональное бюро ВОЗ для Западной части Тихого океана разработало региональный план осуществления Глобальной стратегии, в котором особо выделяется ряд ключевых стратегий и действий, необходимых для повышения эффективности существующей политики, планов и программ профилактики неинфекционных болезней в Регионе западной части Тихого океана. Основой деятельности по профилактике и контролю в Регионе является обязательство Тонги по укреплению здорового образа жизни и заботе об окружающей среде и другие заявления о региональной политике. Целью Региона в выполнении Глобальной стратегии на предстоящие три года является усиление профилактики неинфекционных заболеваний, управление этим процессом и достижение более высокого уровня информированности о социальных детерминантах здоровья и роли улучшения показателей здравоохранения в экономическом и социальном развитии с точки зрения управления, производительности, качества жизни, ожидаемых здоровых лет жизни. Кроме того, в 2004-м и 2006 г. на Фиджи проводились учебные семинары, чтобы дать возможность странам Региона повысить эффективность своих межотраслевых планов по продовольствию и питанию и выполнить эти планы. В 2006 г. на Филиппинах был проведен семинар по осуществлению Глобальной стратегии в странах Азии.

Действия ВОЗ на глобальном уровне

ВОЗ разрабатывает и ведет большую работу по внедрению надежных инструментов в целях оказания помощи государствам-членам и заинтересованным сторонам в осуществлении Глобальной стратегии (10). В этой деятельности приоритетное значение уделяется:

- улучшению питания;
- повышению уровня физической активности населения;
- налаживанию партнерского сотрудничества в общественном здравоохранении;
- созданию национальной инфраструктуры общественного здравоохранения;
- измерению прогресса и его мониторинга.

Улучшение питания

Нездоровый рацион питания является важным фактором риска при хронических заболеваниях. Одно лишь недостаточное потребление фруктов и овощей вызывает около 2,7 млн. смертей в год (11).

В качестве одного из элементов выполнения Глобальной стратегии ВОЗ в 2006 г. организовала во Франции встречу по вопросу о сокращении потребления соли. Участники достигли согласия об отрицательном воздействии на здоровье чрезмерного потребления соли и пришли к выводу, что активные меры по сокращению потребления соли среди всего населения являются экономически высокоэффективными. Разрабатываемая политика должна быть межотраслевой, multidisciplinary, и к участию в ней должны быть привлечены все заинтересованные стороны. Участники встречи также договорились о том, что активные меры на национальном уровне должны базироваться на трех элементах: изменение состава пищевых продуктов; укрепление здоровья и просвещение потребителей; изменение среды (11).

Постоянной темой при разработке Глобальной стратегии была необходимость разработки эффективной инструкции для государств-членов о том, как наилучшим образом осуществлять контроль за продажей детям продуктов питания и безалкогольных напитков. В 2006 г. ВОЗ организовала встречу по этому вопросу в Норвегии (13). Участники пришли к соглашению о том, что подверженность воздействию коммерческой рекламы высококалорийных и малопитательных продуктов питания и напитков может отрицательно влиять на состояние питания детей. Они рекомендовали, чтобы ВОЗ (13):

- поддерживала действия на национальном уровне по защите детей от рекламы, значительно сократив объем и воздействие коммерческого рекламирования высококалорийных и малопитательных продуктов питания и напитков детям;
- развернула работу по таким вопросам, как трансграничная телевизионная реклама и глобальная рекламная деятельность; и

- рассмотрела вопрос о создании международного кодекса о рекламе продуктов питания и напитков для детей.

В 2004 г. в Египте были проведены консультативные встречи ФАО/ВОЗ о национальных рекомендациях по рациону питания, чтобы выяснить состояние рекомендаций по питанию в семи странах Региона Восточного Средиземноморья, выявить недостатки и ресурсы и сформулировать основной документ для оказания помощи государствам-членам в разработке и осуществлении таких рекомендаций (14). Участники сделали вывод, что во всех странах, участвующих в консультативных встречах, уже собраны значительные основные и вспомогательные информационные данные, дающие возможность для создания национальных рекомендаций по питанию. Они обратились с призывом к странам незамедлительно предпринять действия по разработке таких рекомендаций и их осуществлению. Как часть усилий по претворению в жизнь Глобальной стратегии в 2006 г. было проведено исследование национальных рекомендаций по питанию, в Регионе западной части Тихого океана и Американском регионе.

Семинар ВОЗ/ФАО в Японии в 2004 г. рекомендовал рамочный документ, определяющий разработку экономных и эффективных вмешательств в целях увеличения достаточного потребления фруктов и овощей на национальном или субнациональном уровне (15). ВОЗ способствует выполнению этого рамочного документа, организуя региональные учебные семинары, на которых соответствующие заинтересованные стороны, особенно из стран с низким уровнем дохода, могут обсуждать изложенные в нем меры и то, каким образом они могут быть осуществлены в их странах. После семинара 2005 г. для португалоязычных стран (16) была создана неформальная сеть для содействия увеличению потребления фруктов и овощей. Семинары также организовывались для латиноамериканских стран в Аргентине в 2006 г. и для африканских стран-франкофонов в Камеруне в 2007 г. Кроме того, в 2005 г. в ЮАР была проведена встреча, на которой определялась конкретная роль заинтересованных сторон в содействии увеличению потребления фруктов и овощей.

Повышение уровня физической активности населения

Отсутствие физической активности – весьма важный фактор риска хронических заболеваний, причина смерти около 2 млн. людей в год во всем мире (11).

По результатам работы семинара ВОЗ в Китае в 2005 г. ВОЗ разработала руководство на основе популяционного подхода по повышению уровней физической активности (17). Оно поможет странам и другим заинтересованным сторонам в разработке и осуществлении собственных национальных планов физической активности, а также послужит основой для составления рекомендаций по проведению политики эффективного развития физической активности на национальном и субнациональном уровнях. Руководство включает общие принципы и возможные области действий.

Измерять уровни физической активности населения трудно, особенно в странах с низкими доходами, где модели расходования энергии отличаются от стран с высокими доходами. ВОЗ разработала глобальный вопросник по физической активности (18) для улучшения стандартных инструментов измерения и описания распространенности физической активности и изменения ее уровней как внутри страны, так и между ними. Вопросник активно пропагандируется и распространяется по всему миру как часть усилий ВОЗ в рамках ее поэтапного подхода «STEPwise» к наблюдению за факторами риска хронических заболеваний (5) и как самостоятельный инструмент для наблюдения за распространенностью физической активности. Очередное обсуждение вопросника прошло в ходе второго технического заседания CDC/ВОЗ по физической активности взрослого населения в Риме, Италия, в феврале 2007 г.

Партнерское сотрудничество в общественном здравоохранении

Глобальная стратегия подчеркивает необходимость налаживания эффективных рабочих отношений с соответствующими заинтересованными сторонами для обеспечения здорового рациона питания и физической активности.

В 2005 г. в Японии была проведена консультационная встреча экспертов по детскому ожирению

(19). Участники встречи определили направление, в котором должны создаваться международные стандарты для мониторинга роста школьников – детей и подростков, выделили типы эффективных стратегий по профилактике детского ожирения и определили возможные препятствия на пути осуществления этих стратегий, подчеркнули необходимость вкладывать средства в охрану здоровья и питание детей младшего возраста, чтобы предотвратить появление избыточной массы тела и развитие ожирения в более старшем возрасте, а также определили направления дальнейших исследований. Эксперты предложили конкретный план дальнейших шагов, которые следует предпринять для профилактики детского ожирения.

ВОЗ создала дискуссионную группу по профилактике детского ожирения с участием отобранных компаний – глобальных производителей продуктов питания и безалкогольных напитков, чтобы способствовать вовлеченности заинтересованных сторон и объединять их политику, планы и деятельность с целями Глобальной стратегии. Благодаря этой группе у заинтересованных сторон появляется возможность обмениваться взаимовыгодными идеями о существующей практике ведения дел, выявить наиболее успешные инициативы и виды деятельности и осуществить руководство действиями в рамках всей отрасли.

ВОЗ начала осуществление инициативы по изменению состава продуктов питания с целью снизить содержание кислот. Непосредственным результатом этой деятельности станет разработка международного стандарта приемлемых уровней трансжирных кислот и удаление или уменьшение трансжирных кислот из продуктовой линейки основных глобальных производителей продуктов питания и безалкогольных напитков. Для выработки конкретных рекомендаций будет организована встреча экспертов ВОЗ.

ВОЗ будет развивать сотрудничество с Всемирным экономическим форумом, особенно в рамках инициативы «Работа для хорошего здоровья». Всеобъемлющей целью является усиление профилактики неинфекционных болезней на рабочих местах, направленной на борьбу с общими факторами риска. Работодатели в коммерческом и общественном секторах примут участие в развитии этой деятельности и определении наилучших практических мер.

ВОЗ заканчивает разработку общих основ взаимодействия с глобальными производителями продуктов питания и безалкогольных напитков в рамках осуществления Глобальной стратегии, для того чтобы коммерческий сектор принимал участие в укреплении общественного здравоохранения, применяя рекомендации стратегии.

Продолжая работу по осуществлению Глобальной инициативы ВОЗ по школьному здравоохранению, инициативы ВОЗ по улучшению школьного питания и других программ школьного здравоохранения и питания системы Организации Объединенных Наций, ВОЗ разрабатывает рамочную основу для профилактики неинфекционных заболеваний с использованием школьной инфраструктуры. Рамочная основа определит направление политики и рекомендации – в первую очередь для министерств образования – о соответствующих мерах по улучшению питания и физической активности.

Создание национальной инфраструктуры общественного здравоохранения

Многие страны остро нуждаются в разработке скоординированных действий на национальном уровне в связи с усугубляющейся проблемой неинфекционных болезней, включая их общие факторы риска – нездоровое питание и недостаточную физическую активность.

В качестве продолжения работы над общим документом «Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств» (20) ВОЗ разрабатывает рамочный документ о действиях отдельных стран. Этот рамочный документ окажет помощь лицам, формирующим политику и занимающимся планированием, осуществлять деятельность по корректировке, повышению эффективности, развитию, проведению и оценке национальной политики, планов и программ профилактики неинфекционных болезней и борьбе с ними. В этом документе, излагающем всеобъемлющий подход к политике в отношении неинфекционных болезней во всем мире, государствам-членам предложены практические шаги.

ВОЗ подготавливает обзор наиболее эффективных вмешательств в питание и физическую

активность, чтобы обеспечить страны приоритетным рамочным документом о лучших практических мероприятиях в области питания и физической активности, имеющих целью сократить риск неинфекционных болезней. В этом докладе будут обновлены данные предшествующих обзоров эффективных мер по рациону питания (21); его рамки будут расширены за счет включения дополнительной информации о физической активности, которая в настоящее время отсутствует.

Измерение и мониторинг прогресса

Глобальная стратегия рекомендует, чтобы государства-члены, НПО, частный сектор и научное сообщество регулярно осуществляли оценку всех мероприятий и проводили их мониторинг. Так, ВОЗ выпустила рамочный документ по мониторингу и оценке выполнения стратегии на национальном уровне (22). Он предназначен для помощи государствам-членам и другим заинтересованным сторонам в мониторинге прогресса их действий по развитию здорового питания и усилению физической активности в координации с постоянно осуществляемыми инициативами по мониторингу и надзору. Предложенные индикаторы должны рассматриваться как примеры и использоваться с учетом конкретной ситуации той или иной страны.

В дополнение к своей деятельности по поддержке стран в мониторинге мероприятий ВОЗ осуществляет второе глобальное обследование прогресса, достигнутого в осуществлении национальных программ профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними в связи с выполнением Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (23), Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью (3) и Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (24). Полученные результаты помогут ВОЗ лучше определить потребности государств-членов и создать надлежащие инструменты для реагирования на них.

Действия международных партнеров

ВОЗ провела большую работу с ФАО и Комиссией «Кодекс Алиментариус», выявляя, каким образом Комиссия, определяющая стандарты на пищевые продукты, издающая рекомендации и другие документы, цель которых состоит в охране здоровья потребителей и обеспечении добросовестных методов торговли, может поддержать осуществление целей Глобальной стратегии. Деятельность Комиссии по вопросам маркировки продуктов питания, а также в связи с проблемами питания и здоровья предоставляет важную информацию о питательной ценности продуктов питания и роли питания в сокращении заболеваний. В соответствии с этим ВОЗ внесла Глобальную стратегию в повестку дня 26-й сессии Комитета по питанию и продуктам питания для специального диетического использования в 2004 г., 55-й сессии исполнительного комитета Комиссии «Кодекс Алиментариус» в 2005 г. и 33-й сессии комитета по маркированию пищевых продуктов в 2005 г. ВОЗ подготовила совместный с ФАО рабочий документ для обсуждения на 56-й сессии Исполнительного комитета Комиссии «Кодекс Алиментариус» и 28-й сессии Комиссии в 2005 г.

Деятельность гражданского общества и НПО

Глобальные НПО и ВОЗ заключили неформальные соглашения о поддержке целей общественного здравоохранения, сформулированных в Глобальной стратегии. Например, соглашение между глобальными НПО и ВОЗ может стать существенным вкладом в деятельность НПО на национальном уровне.

Многие НПО – Международная ассоциация исследователей ожирения (МАИО), Всемирная кардиологическая федерация, Международная федерация диабета, Международная ассоциация педиатров и Международный союз по проблемам питания – учредили глобальный союз по профилактике ожирения и связанных с ним хронических заболеваний. Через свои национальные комитеты Союз пропагандирует Глобальную стратегию и побуждает страны к ее выполнению.

Сети физической активности обмениваются информацией, оказывают содействие в выполнении Глобальной стратегии и помогают ее распространению в регионах. Такие сети включают: Сеть физической активности Северной и Южной Америки, Европейскую сеть содействия оздоровительной физической активности и Азиатско-Тихоокеанскую сеть физической активности.

Деятельность частного сектора

Принятие Глобальной стратегии активизировало деятельность частного сектора, особенно производителей продуктов питания и безалкогольных напитков, по улучшению питательных свойств собственной продукции. Было предложено много низкокалорийных продуктов, продуктов с пониженным содержанием сахара, углеводов, насыщенных жиров и трансжирных кислот. Тем не менее, новые продукты или продукты с измененным составом все еще представляют малую долю продуктовой линейки огромного большинства компаний. Размеры порций также изменяются, но большинство компаний решили расширить доступ к продуктам питания, а не ограничивать выбор нездоровых продуктов. Несколько организаций изменяют тексты своих кодексов маркетинга, что отражает их озабоченность по поводу детского ожирения.

В Америке и Европе осуществляется много программ питания и фитнеса, поддерживаемых частным сектором, в том числе страховыми компаниями. Во всех секторах компании инвестируют в оздоровительные программы на рабочих местах. Некоторые начали программы упражнений с использованием шагомеров; другие пропагандируют приезд на работу на велосипеде и/или пешие прогулки в обеденное время. Подавляющее большинство инициатив предпринимается компаниями в странах с высоким доходом.

Выводы

Несмотря на убедительные данные о быстрых темпах развития эпидемии неинфекционных заболеваний и распространения их общих факторов риска во всех частях земного шара (за исключением районов Африки к югу от Сахары), объемы инвестиций, осуществляемых правительствами стран и международными организациями в целях снижения этих показателей, намного ниже требуемого уровня. Предварительные результаты глобального исследования ВОЗ, а также информация из региональных бюро ВОЗ показывают, что произошли некоторые положительные сдвиги в отношении развития национального потенциала и возможностей по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними. Несколько стран разработали конкретные меры с учетом требований Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью. Однако во многих странах надлежащие меры по решению проблем, вызываемых неинфекционными болезнями, не были разработаны.

Частный сектор сделал определенные шаги в связи с разработкой и принятием Глобальной стратегии. Производители и рекламодатели продуктов питания и безалкогольных напитков ведут активную деятельность по разработке новых, более полезных для здоровья продуктов и повышают качество предоставляемой потребителям информации о своей продукции. Такая деятельность важна, однако часто осуществляется не систематически и в ограниченных масштабах, в связи с чем необходимы более широкие действия, предпринимаемые в масштабах всей отрасли. Следует сделать гораздо больше.

НПО еще не оказывали значительного влияния на достижение целей, поставленных в Глобальной стратегии, однако с группами специалистов, представляющими НПО, ВОЗ установила прекрасные рабочие отношения.

Существенным сдерживающим фактором в осуществлении Глобальной стратегии являются недостаточные ресурсы. Тем не менее, жизненно важно продолжать деятельность в пользу достижения целей Глобальной стратегии всеми заинтересованными сторонами в контексте всеобъемлющих мер национальной политики, планов и программ по профилактике и борьбе с неинфекционными болезнями. Необходимо сделать больше – и безотлагательно.

Библиография

1. *World Health Assembly resolution WHA55.23 on diet, physical activity and health.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5523.pdf, accessed 10 April 2007).
2. *World Health Assembly resolution WHA57.17 on global health strategy on diet, physical activity and health.* In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004. Resolutions and decisions. Annexes.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, accessed 10 April 2007).

3. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf, accessed 10 April 2007).
4. *Implementation of resolutions (progress reports). Report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization, 2006:2–3 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_23-en.pdf, accessed 16 August 2007).
5. STEPwise approach to surveillance (STEPS) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/chp/steps/en>, accessed 10 April 2007).
6. *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1, accessed 23 May 2007).
7. *European Charter on Counteracting Obesity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89567.pdf>, accessed 23 May 2007).
8. Physical activity and health – EU Platform for Action [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 10 April 2007).
9. *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region, 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, accessed 4 April 2007).
10. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 10 April 2007).
11. *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, accessed 10 April 2007).
12. *Reducing salt intake in populations. Report of a WHO forum and technical meeting, 5–7 October 2006, Paris, France*. Geneva, World Health Organization (in press).
13. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children: report of a WHO forum and technical meeting, Oslo, Norway, 2–5 May 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/marketing-food-to-children/en/index.html>, accessed 10 April 2007).
14. *FAO/WHO Technical Consultation on National Food-based Dietary Guidelines, 6–9 December 2004, Cairo, Egypt*. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004 (<http://www.emro.who.int/nutrition/Meetings-EGY-12-04-Programme.htm>, accessed 10 April 2007).
15. *Fruit and vegetables for health. Report of a joint FAO/WHO Workshop, 1–3 September 2004, Kobe, Japan*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/index1.html>, accessed 10 April 2007).
16. *Workshop de Lisboa sobre a Promoção de Hortofrutícolas nos Países de Expressão Portuguesa. Relatório de um workshop Conjunto [Lisbon Workshop on Fruit and Vegetable Promotion in Portuguese-speaking Countries. Report of a joint workshop]*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/index1.html>, accessed 10 April 2007).
17. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf>, accessed 10 April 2007).
18. *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ%20Instrument%20and%20Analysis%20Guide%20v2.pdf>, accessed 10 April 2007).
19. *Obesity in childhood. Report of an expert committee. Kobe, Japan, June 2005*. Geneva, World Health Organization (in press).
20. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html, accessed 10 April 2007).
21. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 10 April 2007).
22. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: a framework to monitor and evaluate implementation*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/Indicators%20English.pdf>, accessed 10 April 2007).

23. *Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Report by the Director-General.* Geneva, World Health Organization, 2000 (http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/ea14.pdf, accessed 16 August 2007).
24. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/tobacco/framework/en>, accessed 23 May 2007).

22. Эффективное лечение: база фактических данных по лечению избыточного веса и ожирения

Ключевые положения

- Современные программы лечения ожирения направлены на улучшение состояния здоровья и самочувствия: лечение следует рассматривать как заботу о здоровье, а не дань современной моде.
- Некоторым пациентам достаточно дать общие рекомендации по рациону питания и физической активности. Для тех, кто нуждается в лечении по медицинским показаниям, возможно, целесообразна программа, направленная на изменение образа жизни и дополнительные лечебные мероприятия. Дополнительное лечение может включать назначение лекарств от ожирения и/или бариатрическую хирургию.
- Лечение требует достаточно продолжительных консультаций, а по достижении необходимой потери веса или другой цели по улучшению состояния здоровья должна быть представлена дальнейшая программа контролирования веса.
- Успешное длительное поддержание веса зависит от последующего долговременного наблюдения.

Избыточный вес и ожирение вызывают или усугубляют разнообразные нарушения здоровья — как самостоятельно, так и в совокупности с другими заболеваниями — и служат одними из наиболее значительных причин ухудшения здоровья (см. главу 2). Внутриабдоминальное висцеральное отложение жировой ткани, характерное для центрального ожирения (диагностируемое по окружности талии и/или ОТБ), во многом способствует развитию гипертонии, повышенному плазменному уровню инсулина, а также устойчивости к инсулину, гипергликемии и гиперлипидемии (метаболический синдром). Термин «метаболический синдром» означает группу факторов риска: совокупность особенностей обмена веществ у одного человека, притом, что такое объединение, по-видимому, отражает лежащую в основе патофизиологию и требует комплексного подхода к их лечению.

Многие риски для здоровья, связанные с увеличением веса, первоначально проявляются в детстве и молодости; рост распространенности диабета 2-го типа и связанные с этим медицинские осложнения вызывают серьезную обеспокоенность (1). Такое раннее проявление нуждается в активном воздействии и приоритетных исследованиях, направленных на уменьшение бремени для здоровья и экономики.

Рост распространенности избыточного веса и ожирения привел к тому, что теперь эти нарушения стали серьезными медицинскими проблемами. В данной главе рассматривается база фактических данных по лечению избыточного веса или ожирения у взрослых. Приведенный обзор новейших данных в сжатом виде представляет сведения о борьбе с ожирением у детей и подростков, но база сравнимых фактических данных по конкретным методам лечения этих двух групп невелика, что усиливает значение дальнейших рандомизированных контролируемых исследований этих возрастных групп. Обязательным требованием борьбы с ожирением у молодых людей должна быть профилактика, поскольку службам здравоохранения уже приходится противодействовать тяжелому бремени болезней, являющемуся результатом широкой распространенности ожирения среди взрослых (см. также главы 4, 6, 8 и 11).

Основополагающие принципы борьбы с избыточным весом и ожирением

Борьба с ожирением — это серьезная задача, которая требует хорошей подготовки врачей, значительного времени (особенно при большой загруженности клинической работой) и веры в успешный результат. Такие требования порождают у многих медицинских работников ощущение неготовности к выполнению такой задачи. В основе его лежит отсутствие подготовки, немногочисленность долгосрочных программ по поддержанию веса, слабое понимание патофизиологии контролирования

веса, а зачастую предубеждение в отношении ожирения: что люди, страдающие ожирением, могут сами решить свою проблему с помощью соответствующего самоконтроля и силы воли. Кроме того, незначительное количество медицинских работников имеет подготовку в вопросах питания и физической активности или реальных целей по снижению веса, а лечение ожирения часто проводится без учета комплексной программы, направленной на изменение образа жизни.

Современные программы лечения ожирения должны быть ориентированы в первую очередь на тех, кто действительно в нем нуждается, и ставить целью улучшение состояния здоровья и самочувствия. Лечение ожирения под наблюдением врачей предпринимается с целью достижения пользы для здоровья, а не как дань современной моде. Учитывая эти предостережения, не все, кто обращается за лечением по снижению веса, действительно в нем нуждаются.

Лечение ожирения сегодня базируется на клинических показаниях и оценке сопутствующих медицинских рисков. Одним пациентам необходимы лишь общие рекомендации по рациону питания и физической активности. Другим, нуждающимся в лечении по медицинским показаниям, следует предложить специальную программу, направленную на изменение образа жизни и дополнительные лечебные мероприятия. Лечение требует достаточного времени для консультаций, а по достижении необходимой потери веса или другой цели поддержания здоровья — последующей программы контролирования веса. Невозможно переоценить важность длительного дальнейшего наблюдения: успешное долговременное поддержание веса зависит от продолжительного последующего наблюдения (2,3).

Постановка цели по снижению веса

В нескольких долгосрочных исследованиях намеренного снижения веса и его влияния на уровень смертности приведены данные о том, что в результате такого похудения произошло сокращение смертности в первые два года после начала процедуры снижения веса у женщин, и что это сокращение связано со смертностью от рака (4). Кроме того, наблюдались другие улучшения медицинских факторов риска и осложнений других болезней.

Многие — и медицинские работники, и люди, имеющие проблемы с весом, — испытывают нереальные ожидания в отношении потери веса и ставят недостижимые цели. В стремлении добиться идеального или нормального веса нет необходимости, поскольку люди могут улучшить свое здоровье за счет, во-первых, поддержания своего веса (не набирая его) и, во-вторых, умеренного снижения веса: 5–10% имеющегося веса. Цели по потере веса для пациентов с избыточным весом и ожирением должны определяться на индивидуальной основе. Потеря 5% первоначального веса принесет некоторое улучшение, а 10% — значительный результат с полезными изменениями клинических показателей (такими как снижение кровяного давления, снижение общего плазменного уровня холестерина и триглицеридов в крови, повышение уровня ЛПВП-холестерина), а также значительное улучшение в контроле диабета. Врачи должны разъяснять это пациентам, которые могут, по понятным причинам, стремиться к нереальным показателям снижения веса (5–7).

Исследования последнего времени подтверждают, что небольшое или умеренное снижение веса может быть достигнуто с помощью вмешательств, направленных на изменение образа жизни, и его поддержания в течение периода продолжительностью до четырех лет. Несколько больших исследований по профилактике диабета в Китае, Скандинавии и Соединённых Штатах Америки (8,9) дали обнадеживающие результаты. Например, в ходе программы профилактики диабета в Соединённых Штатах был изучен эффект плацебо, метформина и приемлемо интенсивных вмешательств, направленных на изменение образа жизни, в предупреждении диабета. В конце четырехлетнего периода поддерживаемая средняя потеря 4,6 кг веса снизила уровень заболеваемости диабетом на 58%. Другие исследования при общем менее активном изменении образа жизни дали аналогичные результаты.

Решая проблему по преодолению трудностей в понимании того, насколько необходимо соответствующее снижение веса, и ввиду отсутствия подготовки и опыта по контролю веса, многие организации и департаменты здравоохранения разрабатывают и по возможности обновляют руководства, обобщающие примеры наилучшей практики. Среди примеров таких

руководств Шотландская междуниверситетская сеть по руководствам (5), Национальные институты здравоохранения Соединённых Штатов Америки (6), Королевский колледж врачей Лондона (1), Национальный совет по здравоохранению и медицинским исследованиям Австралии (10), Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства (7).

Такие руководства, основанные на доказательных подходах, высвечивают проблемные сферы. Например, пороговые точки ИМТ, определяющие ожирение, которые были выведены главным образом исходя из данных по представителям белого населения (проживающих в Соединённых Штатах Америки), вероятно, не подходят для других этнических групп. Некоторые страны и организации, включая ВОЗ, предложили более низкие пороговые точки для лиц азиатского происхождения и, возможно, более высокие для людей, родом с островов Тихого океана. Другая проблема, связанная с такими руководствами, состоит в их потенциальной негибкости. Важно осознать, что с повышением факторов риска или заболеваемости или в отношении лиц азиатского происхождения лечение необходимо начинать или интенсифицировать на самой ранней стадии и/или при более низком уровне ИМТ (11).

Борьба с избыточным весом и ожирением не должна заменять собой необходимое лечение — при наличии показаний по другим заболеваниям или риску заболеваний, таких как диабет второго типа и дислипидемия, даже несмотря на то, что снижение веса может привести к сокращению или отмене такого лечения (12).

Цели лечения

Снижение веса — очевидная цель лечения ожирения, но она не должна быть единственной. Дополнительные задачи состоят в снижении риска для здоровья и осложнений возможной сопутствующей болезни. Помимо этого, лечение должно быть рассчитано не на краткосрочную перспективу, а на всю жизнь. Врачу необходимо обсудить и задокументировать возможные цели лечения избыточного веса и ожирения с каждым пациентом. Возможные цели включают:

1. снижение (5–10%) или поддержание веса, особенно у пациентов старшего возраста;
2. сокращение объема талии;
3. изменение телосложения для некоторых пациентов;
4. снижение метаболических заболеваний: улучшение контроля и/или сокращение приема лекарственных средств при диабете, дислипидемии и гипертонии;
5. сокращение механических расстройств: улучшение контроля, менее интенсивная терапия при обструктивном апноэ во сне и артрите;
6. увеличение активности с целью борьбы с механическими расстройствами (повышение возможностей, уменьшение одышки), меньше ограничений и более хорошее самочувствие;
7. сокращение приема лекарств в целом;
8. улучшение качества жизни, благосостояния и психосоциального функционирования;
9. повышение фертильности (важно для программ искусственного оплодотворения);
10. индивидуальные цели, например по профессиональным причинам или желание выглядеть как можно лучше к особому случаю.

Если пациент не может снизить вес, то реальной, достижимой и полезной может быть цель не допускать увеличения веса. Некоторым пациентам трудно терять вес из-за механических осложнений (таких как остеоартрит) или в силу эмоциональных или психологических факторов. Однако когда пациенты достигают своей цели, врач должен поздравить их и отдать должное их успеху. Затем следует обсудить новые цели, которые могут включать дальнейшее снижение или сохранение веса.

В целом к снижению веса необходимо подходить поэтапно — устанавливать новые цели, когда достигнута первоначально поставленная задача. Цели для пожилых людей (старше 65 лет) и молодых, по всей вероятности, должны различаться. Высказывается мнение, что несмотря на то, что люди набирают вес с возрастом, пропорционального роста риска патологии, связанной с ожирением, не происходит.

В будущем еще предстоит определить методы и меры определения и характеристики страдающих ожирением лиц, которые более склонны к улучшениям благодаря терапевтическому вмешательству.

Лечебное питание

В целях контроля веса рекомендуются традиционные диеты с низким содержанием калорий (3,3–6,3 МДж (800–1500 ккал) в день), включающие различные методы ограничения потребления пищи. Использование низкокалорийных диет при сроке лечения, превышающем 6 месяцев, связано с потерей в среднем около 8% веса, хотя при более длительном применении (3–4,5 года), потеря веса сокращается примерно до 4% (13). Ряд комбинаций применения диет может с различным успехом обеспечить длительное поддержание веса, что подробно представлено в табл. 22.1 (14).

Диеты с низким содержанием жиров ($\leq 30\%$ энергии из жиров), высокоуглеводные диеты играют главную роль в борьбе с избыточным весом и ожирением. Сокращение потребления жиров представляется эффективным методом снижения энергетической плотности, который связан со спонтанной потерей веса.

Растет популярность диет с фиксированным дефицитом энергии, а диетологи обычно применяют их для составления структурированного плана питания на основе оценки индивидуальных потребностей в энергии. Эти потребности оцениваются путем вычисления базового метаболизма, поправки его на уровень физической активности и вычитания дефицита энергии (около 2,5 МДж (600 ккал) в день) с целью вызвать снижение веса примерно по 0,5 кг в неделю. Некоторые данные свидетельствуют, что столь умеренное ежедневное сокращение энергии может содействовать соблюдению диеты, и данный подход рекомендован как один из диетических вариантов контроля веса (7).

Программы заменителей пищи — дозируемые продукты (такие как коктейли, батончики, супы и пасты), заменяющие два блюда и закуски в течение дня, допускают при этом включение одного обычного блюда из здоровых пищевых продуктов. Этот подход обычно обеспечивает потребление 5,0–6,7 МДж

Таблица 22.1. Сводные данные по различным подходам в отношении рациона питания к контролю избыточного веса и ожирения

Подход в отношении рациона питания	Данные об эффективности	
	Положительные результаты	Спорные/неясные результаты
Низкое содержание жиров	Спонтанная потеря веса Снижение рисков Поддержание умеренного снижения веса с помощью диеты с низким содержанием жиров в составе комплексной программы лечения	Неясно, является ли ограничение потребляемой энергии плюс сокращение потребления жиров эффективнее, чем только ограничения жиров
Фиксированный дефицит энергии	Умеренное снижение веса	Некоторые свидетельства улучшения соблюдения диеты по сравнению с более жесткими ограничениями потребления энергии
Заменители пищи	Снижение и поддержание веса	Неясны результаты, если продукт не выдается бесплатно Не ясно, насколько эффективно при патологическом ожирении
Очень низкокалорийные диеты	Быстрая потеря веса больше, чем при низкокалорийных диетах	Относительная эффективность по сравнению с низкокалорийными диетами при длительном применении (>1 года)
Низкий гликемический индекс	Снижение риска ишемической болезни сердца и диабета второго типа	Отсутствие рандомизированных контролируемых испытаний по потере веса по прошествии времени
Высокое содержание протеинов, низкое содержание углеводов	—	Не ясен уровень краткосрочной и длительной безопасности Отсутствуют данные о длительном снижении и поддержании веса

Источник: составлено по Kopelman и Grace (14).

(1200–1600 ккал) в день, и данные нескольких исследований свидетельствуют, что краткосрочное (трехмесячное) снижение веса в группе, получавшей заменители пищи, было выше, чем в группе, к которой применялись стандартные меры вмешательства (15). Однако эффективность заменителей пищи в реальных условиях, когда эти продукты необходимо покупать и курс может быть прекращен на раннем этапе, не изучалась.

Очень низкокалорийная диета – это питательные смеси, обеспечивающие потребление около 1,9–3,3 МДж (450–800 ккал) в день. Они применяются как единственный источник питания, заменяющий все приемы пищи и закуски. В связи с возможными неблагоприятными последствиями таких диет они обычно используются только для людей с тяжелым ожирением (ИМТ ≥ 35 кг/м²) и сопутствующими болезнями, требующими быстрого снижения веса. Судя по фактическим данным, очень низкокалорийные диеты не более эффективны в борьбе с ожирением при длительном применении, чем более умеренные стратегии лечебного питания (7).

Гликемический индекс показывает воздействие углеводной пищи на постпрандиальную гликемию и измеряется путем сравнения гликемического эффекта испытываемой пищи и контрольных продуктов, например, глюкозы или белого хлеба. Продукты с низким гликемическим индексом медленнее усваиваются, снижая остроту воздействия на уровень содержания глюкозы и инсулина, что свидетельствует о возможности сокращения чувства голода, увеличения насыщения и снижения потребления энергии (16). Долгосрочных рандомизированных контрольных испытаний по оценке диет с низким гликемическим индексом для борьбы с ожирением не проводилось, таким образом, о рекомендовать их для контроля веса преждевременно.

Диеты с высоким содержанием протеинов и низким содержанием углеводов в настоящее время являются популярными методами контроля веса, но их популярность не подтверждается фактическими данными об их эффективности и долгосрочной безопасности. Обычно эти диеты содержат большую долю богатой протеинами пищи, неограниченное потребление жиров, в основном насыщенных, и жесткое ограничение рафинированных и сложных углеводов.

Два исследования свидетельствуют, что потеря веса за первые 3–6 месяцев была выше в группе, которая находилась на диете с низким содержанием углеводов и высоким — протеинов. Эта разница исчезает через год, однако при этом наблюдается больший набор веса в группе высокопротеиновой диеты (17).

Доказательства эффективности

Высококачественные фактические данные подтверждают эффективность низкокалорийных диет при лечении ожирения и диет с низким содержанием жиров в сочетании с ограничением калорий, а также только диет с низким содержанием жиров. Более того, высококачественные фактические данные подтверждают, что очень низкокалорийные диеты более эффективны для резкого снижения веса, чем низкокалорийные диеты, но достигнутые результаты сохраняются в течение непродолжительного времени.

Физическая активность

Физическая активность играет важнейшую роль в поддержании сниженного веса при наличии положительной связи между уровнем активности и степенью сохранения потери веса. Это наиболее переменчивый компонент расходования энергии, на который приходится 20–50% общего расхода энергии, а оценка индивидуального поведения в отношении физической активности очень важна для любого терапевтического обследования. Если при лечении ожирения уделяется внимание только физической активности, потери веса умеренные и составляют в среднем 2–3 кг (6).

Рекомендации по физической активности предусматривают 30 минут активности умеренной интенсивности не менее 5 дней в неделю: уровень активности связан с улучшением физической формы и мерами по защите от сердечно-сосудистых заболеваний. Фактические данные последнего времени, однако, подтверждают, что для поддержания сниженного веса и предупреждения возвращения к прежнему весу необходима более продолжительная ежедневная физическая активность (примерно 45–60 минут в день) (18).

Отсутствие физической активности является основным фактором риска развития диабета второго типа. Проспективные исследования указывают, что чем больше физической нагрузки в неделю, тем ниже риск развития диабета второго типа (19). У физически неактивных людей больше вероятность нарушения толерантности к глюкозе и среди них больше распространен диабет второго типа. Исследования мер вмешательства демонстрируют, что программа изменения образа жизни, направленная на улучшение рациона питания и увеличение физической активности, может отсрочить и, возможно, предотвратить диабет второго типа у людей с ослабленной толерантностью к глюкозе (8,9).

Доказательства эффективности

Высококачественные фактические данные указывают, что увеличенная физическая активность эффективна для достижения умеренной общей потери веса. Однако соблюдение только диеты эффективнее, чем только выполнение физической нагрузки. Существуют также высококачественные данные, свидетельствующие, что только физическая активность, только диета и физическая активность в сочетании с диетой являются эффективными мерами вмешательства для лечения ожирения у взрослых.

Имеются высококачественные данные, подтверждающие, что интенсивное изменение образа жизни предупреждает развитие ослабленной толерантности к глюкозе в диабет второго типа у лиц, страдающих ожирением.

Поведенческая терапия

Поведенческий подход в достижении цели борьбы с ожирением направлен на оказание помощи в осуществлении и поддержании изменений поведения в отношении питания и физической активности и требует квалифицированных медицинских специалистов, имеющих навыки правильного установления межличностного общения. Надежные данные свидетельствуют, что сочетание поведенческого подхода с более традиционными рекомендациями по рациону питания и физической активности приводит к улучшению краткосрочной потери веса, и на данный момент это наиболее эффективный подход к контролю веса через изменение образа жизни (20,21).

Доказательства эффективности

Высококачественные данные указывают на то, что сочетание методов поведенческой терапии и других подходов к снижению веса эффективны в течение одного года. В отношении эффективности продления периода поведенческой терапии свыше этого периода данные ограничены.

Фармакологическое лечение

Лекарства от ожирения воздействуют на систему пищеварения (ингибиторы панкреатической липазы) или на центральную нервную систему главным образом с целью подавления аппетита.

К лекарствам первого типа относится орлистат, который ингибирует панкреатическую и желудочную липазы, снижая тем самым гидролиз принятых внутрь триглицеридов. Он производит обусловленное дозировкой сокращение усвоения пищевых жиров: потеря веса у людей, страдающих ожирением, происходит в основном за счет сокращения приема жиров, что помогает избежать такого эффекта в желудочно-кишечной системе, как стеаторея. Можно применять витаминные добавки (особенно витамин D), если есть опасения относительно дефицита жирорастворимых витаминов. Орлистат не лицензирован для применения более двух лет ввиду недостаточного клинического опыта сверх этого срока.

К лекарствам второго типа относится сибутрамин. Он приносит чувство насыщения за счет воздействия на центральную нервную систему в качестве ингибитора поглощения серотонина и норэпинефрина. Кроме того, сибутрамин может ослаблять падение термогенеза за счет стимулирования периферийных рецепторов норэпинефрина. Применяется как дополнительное средство при ожирении у людей с ИМТ ≥ 30 кг/м², не имеющих сопутствующих заболеваний, или людей с ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии других факторов риска, таких как диабет второго типа или гиперхолестеринемия. Сибутрамин не лицензирован для применения более года.

Помимо этого, есть новый препарат для лечения ожирения — римонабант. Это избирательный антагонист рецептора СВ1 эндоканнабиноидной системы. На данный момент не лицензирован.

Эффективность и фактические данные

Рандомизированные контролируемые испытания орлистата и сибутрамина свидетельствуют, что около 60% получавших их пациентов достигают и поддерживают 5-процентное снижение начального веса после 12 месяцев лечения, а 40% теряют 10% веса (22,23). После прекращения лекарственной терапии часто вес постепенно набирается вновь. Однако из-за побочных эффектов применение обоих препаратов может быть ограничено. Например, любое отклонение от диеты с низким содержанием жиров при применении орлистата вызывает неприятную и зачастую внезапную диарею, а применение сибутрамина в клинической практике может сопровождаться повышением кровяного давления, что требует пристального контроля. Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства Соединённого Королевства опубликовал руководства по применению обоих препаратов (24,25).

Обнадеживающие результаты по римонабанту дали двухгодичные исследования, в ходе которых сравнивалось воздействие различных дозировок препарата и плацебо на пациентов с избыточным весом и ожирением при нелеченой дислипидемии и/или диабете. Из пациентов, получавших 5 мг римонабанта, 42% достигли и поддерживали 5-процентное снижение веса за два года, а 16% — 10-процентное снижение. Аналогичные цифры по таким пациентам, получавшим 10 мг римонабанта, составили 73% потерявших 5% веса через два года и 44% достигших 10-процентного снижения веса. Кроме того, более чем у 50% пациентов с ожирением, получавших 10 мг римонабанта, произошли как физические, так и биохимические улучшения показателей метаболического синдрома через один год (27).

Существуют высококачественные свидетельства того, что лекарства от ожирения эффективны в стимулировании умеренной потери веса у лиц, страдающих ожирением, на срок до двух лет, но данных, подтверждающих эффективность по прошествии этого периода или о более долгосрочных результатах в борьбе против сопутствующих медицинских рисков, на сегодняшний день нет.

Хирургические методы лечения

В качестве хирургического лечения ожирения применяются три хирургические процедуры: гастропластика и желудочное шунтирование, а также билиопанкреатическое шунтирование. Гастропластика включает создание малого отдела (<20 мл) путем комбинации вертикального наложения скрепок и регулируемого кольца или желудочное бандажирование с формированием маленького желудочного кармана. В одном из вариантов последней процедуры гидравлическая манжета бандажа соединена с имплантированным под кожу резервуаром с жидкостью, объем которой можно изменять путем подкожной инъекции, уменьшая или увеличивая таким образом диаметр сужения.

Самая распространенная операция шунтирования — наложение обходного желудочного анастомоза по Ру — состоит в формировании с помощью наложения скрепочного шва вертикально расположенного желудочного кармана (<20 мл) и его подведения к сегменту тощей кишки, отсеченному в 50 см от связки Трейтца. Опубликованные данные подтверждают, что эта процедура обеспечивает более заметную потерю веса, но сопровождается более частыми осложнениями, включая демпинг-синдром (25).

Последнее из указанных трех видов хирургического вмешательства — билиопанкреатическое шунтирование — включает резекцию желудка и отвод билиопанкреатической жидкости в конечный участок подвздошной кишки с целью сокращения абсорбции питательных веществ. При этой операции производится наложение желудочного анастомоза между проксимальным концом тощей кишки и отделом подвздошной кишки на расстоянии 50–100 см от илеоцекальной заслонки. В более поздней модификации, получившей название «шунтирование с выключением двенадцатиперстной кишки», сохраняется пилорус и часть двенадцатиперстной кишки, что улучшает абсорбцию протеинов и вызывает меньше побочных явлений. Большинство методов хирургического лечения ожирения успешно проводилось методом лапароскопии, что сокращает потребность в обезболивающих препаратах и облегчает подвижность непосредственно в послеоперационный период.

Эффективность

Хирургическое вмешательство обычно обеспечивает значительную потерю веса у большинства пациентов с ожирением. Это достигается, в первую очередь, путем необходимого сокращения потребления калорий.

Рестриктивные операции на желудке требуют строгого соблюдения диеты, поскольку узкий проход не задерживает потребление высококалорийных жидкостей или легко усваиваемой пищи, чем, возможно, объясняется отсутствие снижения веса. Преимущество этих методов состоит в их относительной простоте, без анастомоза или шунтирования какого-либо отдела кишечника. Результатом является очень низкий уровень постоперационной летальности, в долгосрочной перспективе пищевая недостаточность маловероятна. Зарегистрированные потери избыточного веса через 3–5 лет составляют 40–60%, но после этого периода вес набирается медленно. Однако некоторые пациенты не теряют вес вообще.

Операции желудочного шунтирования обычно обеспечивают потерю 49–62% избыточного веса, сохраняющуюся в течение 5–14 лет. Это — более сложная операция, показатель летальности составляет около 1%. Процедура может вызвать пищевую недостаточность, хотя это происходит редко, если пациенты придерживаются точных рекомендаций по рациону питания и в дальнейшем соблюдают диету.

Билиопанкреатическое шунтирование обеспечивает потерю до 78% избыточного веса на 18 лет. Послеоперационная летальность составляет 1%, но пищевая недостаточность относительно широко распространена: 5–40% пациентов в долгосрочной перспективе. Кроме того, часто встречаются изменения в учащении стула до 3–5 раз в день, обычно причиняющее сильное неудобство.

Долговременные результаты

Шведское исследование лиц с ожирением, — проспективное вмешательство — оценивает медицинские результаты хирургического лечения ожирения в течение десятилетнего периода. Зарегистрированные на сегодняшний день результаты, по прошествии 8 лет, показали потерю 16,3 кг, по сравнению с отсутствием потери в контрольной группе, проходившей медикаментозное лечение (27). Нескорректированный уровень заболеваемости диабетом в контрольной группе, находившейся под наблюдением в течение 8 лет, возрос с 7,8% до 24,9%, тогда как заболеваемость в группе пациентов, прошедших хирургическое лечение, оставалась стабильной на уровне 10,5%. Положение с кровяным давлением оказалось иным: отмечалось первоначальное значительное снижение в группе, прошедшей хирургическое лечение, в связи с быстрой потерей веса. Несмотря на продолжавшуюся потерю веса в течение последующих шести лет, снижение диастолического кровяного давления прекратилось, что сопровождалось небольшим повышением систолического давления. В результате через 8 лет между двумя группами не наблюдалось никакой разницы в отношении систолического кровяного давления; однако диастолическое давление было на 2,5 мм рт. ст. выше в группе, прошедшей хирургическое лечение, чем в контрольной группе, несмотря на потерю веса. Помимо этого, первоначальное улучшение всех параметров уровня сывороточных липидов через восемь лет в группе, прошедшей хирургическое лечение, не сохранилось: несмотря на повышение уровня ЛПВП-холестерина, общий уровень холестерина не изменился по сравнению с данными дооперационного периода (28).

Таким образом, хирургическое вмешательство представляет собой эффективный метод лечения ожирения, если все другие методы не дали результатов. Для создания любой службы требуется группа многопрофильных специалистов, имеющих соответствующую квалификацию для проведения операций и оказания долгосрочной поддержки пациентам.

Лечение сопутствующих нарушений здоровья

Дислипидемия

Для всех пациентов вмешательства, направленные на изменение образа жизни и рациона питания, а также контроль веса имеют одинаково важное значение для лечения липидных нарушений. Однако многим пациентам для достижения целей лечения показана дополнительная фармакологическая терапия. В целом для пациентов с избыточным весом и ожирением следует рассматривать применение

ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статины). Результаты исследования защиты сердца (HPS), проведенного советом по медицинским исследованиям/Британским фондом изучения сердца, подтверждают пользу статины для людей, страдающих диабетом, но не имеющих явной ишемической болезни или повышенной концентрации холестерина (29). Лечение повышенного холестерина ЛНП само по себе не направлено на наиболее характерные липидные нарушения, связанные с ожирением: повышенное содержание триглицеридов и низкий уровень холестерина ЛВП. Таким образом, целям лечения этих нарушений отвечают и вмешательства, направленные на изменение образа жизни, и применение медикаментозной терапии (30).

Гипертензия

Как правило, при лечении гипертензии у людей, страдающих ожирением и диабетом, необходимы более строгие меры по контролю за кровяным давлением с целью снижения риска ишемической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний. Давление 130/80 мм рт. ст. и ниже ассоциируется со значительным сокращением уровня заболеваемости и смертности пациентов в группе высокого риска. Однако достигнуть такого уровня у некоторых пациентов в клинической практике, скорее всего, трудно.

Исследование, касающееся лечения гипертензии и снижения липидов в целях профилактики инфаркта миокарда (ALLHAT), показало, что диуретик тиазид, по крайней мере, так же эффективен, как более дорогой ингибитор ангиотензин-1-превращающего фермента и блокатор кальциевого канала в качестве первоначального лечения гипертензии (31). В исследовании лорэтана для снижения конечных точек у пациентов с гипертензией (LIFE - Losartan Intervention for Endpoint reduction) действие лозартана (блокатора ангиотензиновых рецепторов) сравнивалось с ателалолом (бета-блокатором) и продемонстрировало очевидное снижение устойчивости к инсулину и впервые выявленного диабета (32). Для любого человека, страдающего ожирением, который подвергается значительному риску болезни коронарных артерий, показано противотромботическое лечение (обычно это прием низких доз аспирина) при условии отсутствия противопоказаний.

Резистентность к инсулину и отсутствие толерантности к глюкозе

Несмотря на то, что о пользе контролирования гликемии у больных диабетом известно много, влияние интенсивного снижения содержания глюкозы на риск сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с ожирением и нарушением толерантности к глюкозе остаются неизвестным. Эпидемиологические исследования показывают, что концентрации глюкозы в крови свыше 6 ммол/л связаны с повышенным риском болезней коронарных артерий, но более долгосрочные исследования снижения содержания глюкозы не дали убедительных доказательств значительного снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Для пациентов с ожирением, не страдающих диабетом, применение таких препаратов, как метформин и тиазолидиндионы, нуждается в дальнейших исследованиях (33).

Фактические данные

Высококачественные фактические данные подтверждают, что лечение сопутствующих рисков нарушения здоровья и выявленных осложнений не менее важно, чем борьба с ожирением. Слишком часто лечение при риске или осложнениях задерживается из-за ошибочного представления о том, что достаточно достичь положительного эффекта от снижения веса.

Целевое воздействие

Пациенты и некоторые медики все больше приходят к мнению, что лекарства и хирургическое вмешательство являются единственными эффективными вариантами лечения ожирения. В связи с ростом распространения ожирения экономика здравоохранения европейских стран будет не в состоянии оказать поддержку всем нуждающимся в лечении. Таким образом, понадобятся рациональные критерии принятия решения о том, кто имеет приоритетные основания для получения такого лечения. Возможно, в первую очередь следует лечить людей с патологическим ожирением и имеющих устойчивые и серьезные медицинские осложнения, но все еще отсутствуют более

долгосрочные подтверждающие данные и соответствующие исследования, основанные на анализе «затраты – выгода». Кроме того, клинические наблюдения, согласно которым впечатляющие успехи достигаются у людей с избыточным весом, а не у страдающих ожирением, нуждаются в уточнении.

Данные из многих стран о распространенности ожирения указывают на постоянный рост числа случаев ожирения, тогда как уровень распространенности избыточного веса остается неизменным. Это свидетельствует о том, что главная задача состоит в недопущении перерастания избыточного веса в ожирение. Более того, необходимо выработать единодушное мнение относительно показателей процесса лечения и результатов для оценки окончательных итогов лечения от ожирения. В табл. 22.2 представлены некоторые показатели эффективности процесса лечения.

Таблица 22.2. Показатели для оценки успеха лечения ожирения

Показатели	Положительные результаты	
	Немедленные	Долгосрочные
Физические	Потеря веса Сокращение окружности талии Улучшение по сопутствующим заболеваниям	Уменьшение одышки Уменьшение числа приступов апноэ во сне Снижение частоты стенокардии Снижение кровяного давления
Метаболические	Снижение уровня глюкозы в крови натощак и плазменного уровня инсулина Улучшение липидного обмена Снижение уровня гликозирированного гемоглобина (HbA1c) (при диабете)	Снижение дозировок лекарств
Функциональные	Повышенная подвижность Снижение симптомов Улучшение самочувствия и настроения Улучшение связанного со здоровьем качества жизни	Сокращение временной нетрудоспособности Повышение социальной активности Снижение частоты обращений за медицинской помощью

Подходы к вмешательству: дети и подростки

Обзоры лечения ожирения у детей и подростков показали, что при снижении веса улучшаются также сопутствующие факторы, хотя достигнуть успешного, устойчивого снижения веса трудно. Подходы к лечению детей и подростков в целом направлены на ограничение дальнейшего набора веса и обеспечение контроля и облегчения сопутствующих болезней.

Существенное значение имеет мотивация. Если ребенок или имеющие на него влияние родители либо один из родителей не мотивирован, перспективы успешного вмешательства невелики. Подростки менее, чем дети, склонны принимать строго контролируемый домашний или школьный режим; среди них доля бросающих лечение выше и у них более широкий выбор стратегий уклонения от лечения и представления недостоверных самоотчетов. Существует опасность того, что подростки могут попасть в промежуток между педиатрическим и взрослым медицинским обслуживанием, отказываясь лечиться у детских врачей и не являясь на прием. Следует развивать новые инновационные стратегии, такие как общение через обмен текстовыми сообщениями и Интернет.

Рассматриваемые здесь подходы — лечебное питание, физическая активность, психологическая и семейная поддержка, лечение на дому, медикаментозное лечение и хирургическое вмешательство. Поддерживающие вес диеты в сочетании с усиленной физической активностью являются приоритетными методами лечения ожирения у детей и подростков. Необходимы долгосрочные контролируемые рандомизированные испытания в целях оценки эффективности других терапевтических вмешательств с целью борьбы с ожирением у молодежи.

Применение диет может повлечь за собой не только положительный эффект, но и неблагоприятные последствия, включая потерю мышечной массы тела, сокращение линейного роста и обострение пищевых нарушений. Режимы поддержания веса при консультировании относительно рациона питания предпочтительны для всех, кроме детей с тяжелым ожирением, вплоть до достижения половой зрелости. Для детей с тяжелым ожирением или умеренным ожирением с дополнительными осложнениями рекомендуется сбалансированная низкокалорийная диета с использованием обычной пищи.

Более подвижный образ жизни, увеличение ходьбы пешком и разработка программы физической активности могут содействовать повышению эффективности лечения ожирения и сократить болезненность, даже если они не приводят к уменьшению ожирения. Стратегии увеличения расхода энергии включают как повышение физической активности, так и борьбу с сидячим образом жизни, например, сидением перед телевизором. Такие простые меры, как ограничение просмотра телепередач, видеозаписей и занятий видеоиграми, могут значительно содействовать снижению избыточного веса у детей. Характер физической нагрузки — например, физическая нагрузка как элемент повседневной деятельности, включая игры, плавание, спорт, танцы и езду на велосипеде — также имеет важное значение для достижения устойчивого снижения веса. Дети и подростки более склонны продолжить занятия физкультурой и спортом, которые становятся неотъемлемой частью их повседневной жизни. При любом эффективном лечении следует учитывать влияние семьи на привычки в отношении питания и физической активности. Участие родителей в лечебных программах необходимо для успешного снижения веса как у детей младшего возраста, так и, в меньшей степени, у подростков. Врачи должны обращать внимание на наличие возможных препятствий к участию родителей в лечении детей. Например, в некоторых семьях родители в силу культурных или психологических причин могут не замечать, что ребенок страдает ожирением. В других семьях родители, возможно, признают, что ребенок страдает ожирением, но не придают этому значения.

Поведенческие и психологические формы терапии, способствующие увеличению физической активности и развитию здоровых привычек в отношении питания, считаются очень важными для обеспечения длительного успеха лечения тучных детей и подростков. В отношении детей дошкольного возраста групповое обучение имеет более важное значение, чем индивидуальное, и в этой деятельности должна принимать участие вся семья. К моменту достижения детьми половой зрелости они создают свои собственные группы и системы социальных взаимоотношений, вследствие чего индивидуальные подходы к лечению могут быть более приемлемы. Такое лечение может проводиться в форме когнитивно-поведенческой терапии, семейной терапии, лечения в специализированных школах и стационарных учреждениях.

В ряде случаев предпринимаемые меры могут рассматриваться как более эффективные, если они осуществляются в условиях более контролируемой среды — например, в так называемых «лагерях похудения» — с использованием определенной комбинации лечебных мер, направленных на борьбу с различными последствиями ожирения для здоровья. Программы стационарного лечения более всего подходят для детей старшего возраста, которые могут проживать вне семьи и формировать системы социальных взаимоотношений со своими сверстниками, проходящими лечение по этой же программе.

Рассматривалась возможность использования среди подростков некоторых методов лекарственной терапии, однако большинство из них еще не получили официального одобрения. До тех пор, пока не будут получены более надежные данные о безопасности и эффективности этих лекарственных средств, они могут использоваться для снижения веса лишь специализированными службами.

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

Выводы

Современные методы лечения избыточного веса и ожирения у взрослых могут быстро давать результаты, снижая тем самым сопутствующие риски. Однако хирургическое вмешательство является единственным методом, подтвердившим, что сниженный вес у пациентов с тяжелым ожирением сохраняется в течение длительного времени (свыше 10 лет). Такое снижение веса связано со значительным положительным метаболическим эффектом, в частности, с сокращением заболеваемости диабетом второго типа. Лечение избыточного веса и ожирения, для которого необходимо привлечение квалифицированных специалистов, требует не только снижения веса, но и борьбы с сопутствующими осложнениями для здоровья.

Ближайшие задачи включают расширение базы фактических данных по борьбе с избыточным весом и ожирением у детей и подростков, согласование приоритетов в оказании помощи и более рациональные меры прогнозирования успешных результатов, учитывая многочисленность людей, страдающих ожирением в Европейском регионе ВОЗ, и связанных с этим затрат для систем здравоохранения, общества и экономики.

Библиография

1. *Anti-obesity drugs: guidance on appropriate prescribing and management*. London, Royal College of Physicians of London, 2003 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/adbc956d-da14-436d-bdd1-c87cd15b2440.pdf>, accessed 24 May 2005).
2. Bjorvell H, Rossner S. Long-term effects of commonly available weight reducing programmes in Sweden. *International Journal of Obesity*, 1987, 11:67–71.
3. Bjorvell H, Rossner S. A ten-year follow-up of weight change in severely obese subjects treated in a combined behavioural modification programme. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1992, 16:623–625.
4. Williamson DF et al. Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40–64 years. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141:1128–1141.
5. *Obesity in Scotland: integrating prevention with weight management*. Edinburgh, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1996 (SIGN Publication No. 8; <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign8.pdf>, accessed 20 April 2007).
6. *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report*. Rockville, MD, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, 1998 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bookres.fcgi/obesity/obesity.pdf>, accessed 24 May 2007).
7. *Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 (www.nice.org.uk/guidance/CG43, accessed 24 May 2007).
8. Tuomilehto J et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 2001, 344:1343–1350.
9. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:1343–1350.
10. *Clinical practice guidelines for the management of over weight and obesity in adults*. Canberra, National Health & Medical Council of Australia, 2003 (<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/obesityguidelines-guidelines-adults.htm>, accessed 24 May 2007).
11. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implication for policy and intervention strategies. *Lancet*, 2004, 363:157–163.
12. Yusuf S et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet*, 2005, 366:1640–1649.
13. Haslam DW, James W P. Obesity. *Lancet*, 2005, 366:1197–1209.
14. Kopelman PG, Grace CM. New thoughts on managing obesity. *Gut*, 2004, 53:1044–1053.
15. Heymsfield SB et al. Weight management using a meal replacement strategy: meta and pooling analysis from six studies. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:537–549.

16. Frost G et al. Glycaemic index as a determinant of serum HDL-cholesterol concentration. *Lancet*, 1999, 353:1045–1048.
17. Astrup A et al. Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss. *Lancet*, 2004, 364:897–899.
18. Saris WH et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity Reviews*, 2003, 4(2):101–114.
19. Kesaniemi YA et al. Dose–response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2001, 33(Suppl. 6):S351–S358.
20. Wadden TA et al. One-year behavioural treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62:165–171.
21. Thorogood M et al. Cardiovascular disorders. Changing behaviour. *Clinical Evidence*, 2002, 8:37–59.
22. James WP et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. STORM Study Group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. *Lancet*, 2000, 356:2119–2125.
23. Sjöström L et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet*, 1998, 352:167–172.
24. *Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No. 22; <http://www.nice.org.uk/pdf/orlistatguidance.pdf>, assessed 25 April 2007).
25. *Guidance on the use of sibutramine for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No. 31; <http://www.nice.org.uk/pdf/sibutramineguidance.pdf>, accessed 25 April 2007).
26. Van Gaal LF et al. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study. *Lancet*, 2005, 365:1389–1397.
27. Sjöström CD et al. Differentiated long-term effects of intentional weight loss on diabetes and hypertension. *Hypertension*, 2000, 36(1):20–25.
28. Sjöström L. Swedish obese subjects, SOS. In: Bjorntorp P, ed. *International textbook of obesity*. Chichester, John Wiley & Sons, 2001:519–533.
29. Heart Protection Study Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2002, 360:7–22.
30. Severs PS et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 2003, 361:1149–1158.
31. ALLHAT-LLT Officers and Coordinators. Major outcomes in moderately hypercholesterolemic, hypertensive patients randomised to pravastatin vs usual care: the Anti-hypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2998–3007.
32. Pitt B et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial – the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet*, 2000, 355:1582–1587.
33. Yki-Jarvinen H. The PROactive study: some answers, many questions. *Lancet*, 2005, 366:1241–1242.

23. Политика по проблеме ожирения: дальнейшие этапы работы

Ключевые положения

- Достигнут значительный прогресс в признании необходимости решения проблемы ожирения и связанных с ним неинфекционных заболеваний, однако разработчикам политики, до сих пор не удалось сформулировать необходимый комплекс политических мер.
- Причины болезни лежат в сфере социальной политики. Для оказания воздействия на них необходимо рассмотреть возможность самых разных изменений во всем спектре политических мер, включая рыночные интервенции и экономическое планирование.
- В данной главе рассматриваются возможные подходы в качестве основы для начала политических процессов, необходимых для осуществления перемен.

«Ожирение – эпидемия, характерная для нынешнего столетия. Мы должны определиться: либо мы решаем проблему сегодня, либо оставляем ее будущим поколениям. Эта проблема возникла в результате всеобъемлющих изменений нашего образа жизни, и всем нам понятно, что действий только в области здравоохранения недостаточно».

– Реджеп Тайип Эрдоган, премьер-министр Турции,
Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с
ожирением, Стамбул, Турция, 15 ноября 2006 г.

Если, скажем, всего три десятилетия назад какой-нибудь руководитель здравоохранения высшего ранга предсказал бы, что свыше половины взрослых и треть детей в Европейском регионе ВОЗ будут иметь избыточный вес, а полмиллиона европейских подростков – нарушение толерантности к глюкозе, и что бригадам скорой помощи в повседневной работе понадобится четыре человека, чтобы поднимать пациентов в машину, над ним или над ней просто посмеялись бы, померкли бы перспективы дальнейшего продвижения по службе, его или ее сочли бы неспособным давать рекомендации разработчикам политики.

Если бы двадцать лет назад политик предложил бы запретить рекламу безалкогольных напитков в детских телевизионных программах, разместить яркие красные предупреждающие знаки на продуктах питания, содержащих свыше 20% жиров, или запретить торговые автоматы в школах, его или ее обвинили бы в экстремизме, после чего последовало бы лишение поддержки политической партией и процедура отзыва избирателями.

Тем не менее, сегодня бремя болезни не только вероятно, но и абсолютно реально, и политические меры по борьбе с ожирением предлагаются уже не просто в качестве серьезной альтернативы распространению ожирения, а широко поддерживаются избирателями. Это нашло отражение в стремлении принять безотлагательные меры, продемонстрированное государствами-членами, учреждениями Организации Объединенных Наций, Европейской комиссией, экспертами и НПО, принявшими участие в подготовке Европейской хартии по борьбе с ожирением (1), принятой на Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением в 2006 г.

Хартия отражает новый политический импульс, необходимый для продвижения стратегий, необходимых для борьбы с ожирением и содействия укреплению здоровья в Регионе. Сегодня этот политический импульс необходимо претворить в комплекс практических мер. Это означает определение объектов действия, главных действующих лиц, а также инструментов, информационных ресурсов и квалифицированных специалистов, которых следует привлечь. Чтобы начать этот процесс, полезно рассмотреть проблему ожирения в более широком контексте.

Политические задачи

У Европейского региона давняя и славная история первопроходца в области общественного здравоохранения и защиты прав потребителей. Безусловный общественный договор, лежащий в

основе политической, экономической и правовой структур Региона, отстаивает права индивидуума в рамках обеспечивающей защиты и поддержку среды. Права индивидуума включают права на личное здоровье и инфраструктуру по поддержанию здоровья, но они постоянно оспариваются, легко подрываются и постоянно подвергаются воздействию меняющихся обстоятельств. Таким образом, они нуждаются в постоянном пересмотре и изменении.

Проблема ожирения служит удачным примером формирующихся процессов, определяющих здоровье населения. Экономический рост и расширение потребления может привести к увеличению энергетической насыщенности рациона питания и времени, проводимого без физической активности, как на работе, так и дома и во время досуга. Кроме того, идея о том, что человек имеет право стать тучным, может вступить в противоречие с общественными затратами, связанными с последующим предоставлением медицинского обслуживания. Возможные политические решения могут фокусироваться на изменении индивидуального поведения либо на создании условий, способствующих улучшению здоровья. Коммерческая деятельность может быть изменена либо добровольно, либо с помощью законодательных мер.

Большая часть фактических данных и многие доводы, представленные в этой книге, отражают быстро меняющиеся оценки проблемы ожирения. Такого материала просто не существовало десять лет назад, при этом мало кто осознавал возможность увеличения масштабов проблемы. В 1980-е и 1990-е гг. борьба с неинфекционными болезнями касалась сердечно-сосудистых заболеваний и рака, а внимание общественного здравоохранения было сосредоточено на курении и рационе питания как основных детерминантах этих заболеваний. Теперь всеобщее внимание переместилось на ожирение, которое влечет за собой риск сердечно-сосудистых заболеваний и рака, различных других болезней, включая диабет и заболевания метаболического и эндокринного характера, печеночных и остеопатических нарушений, а также нервно-психических расстройств, проявляющиеся даже в детстве.

Соответственно изменилось и содержание политических дискуссий. В последнем десятилетии произошли значительные изменения в политике в отношении проблем ожирения и факторов, способствующих его распространению в Европейском регионе. Первый план действий по выработке политики в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2000–2005 гг. (2) отличался тем, что был направлен на обеспечение комплексного подхода к политическим мерам. Эти меры учитывали проблемы неинфекционных болезней, в том числе ожирения, и вопросы обеспечения продовольствием, включая устойчивое снабжение населения продуктами питания, а также более традиционные проблемы недостаточного питания и продовольственной безопасности. В одной из публикаций Европейского регионального бюро (3) ВОЗ выразила поддержку плану действий. В ней подчеркивалось наличие значительных различий между странами Региона, смена приоритетов и необходимость перехода от старой модели укрепления здоровья, которая определяла цели и выполняла задачи просвещения, к новой модели, сфокусированной на обеспечении равного доступа к более здоровым продуктам питания и общественном содействии такому доступу с учетом необходимых мер в области производства и торговли. Региональное бюро разработало дальнейшие меры, для того чтобы оказать содействие в осуществлении политики, намеченной в плане действий, особенно в борьбе государств-членов с распространением ожирения, включающей действия во многих секторах: образования, транспорта, социального обеспечения, сельского хозяйства, СМИ и финансов. Второй план действий был предложен для принятия в сентябре 2007 г. (4).

Региональное бюро продолжало заниматься проблемами общественного здравоохранения, организовав Европейскую министерскую конференцию ВОЗ по борьбе с ожирением в 2006 г. На предварительных совещаниях экспертов были рассмотрены такие вопросы, как неравенство в отношении здоровья, торговля продуктами питания и напитками, снабжение сельскохозяйственной продукцией и профилактические мероприятия в школах. Участники Конференции одобрили деятельность стран и Европейской комиссии и выделили наиболее значимые инициативы, вручив специальные награды за инновационные мероприятия в области общественного здравоохранения (5).

Политика Европейской комиссии, касающаяся здравоохранения, претерпела значительные изменения. Основная часть бюджета Комиссии долгое время направлялась на цели производства

продуктов питания в рамках общей сельскохозяйственной политики, но предназначалась в первую очередь для поддержки производителей, а не на решение вопросов воздействия на здоровье, за исключением заболеваний пищевого происхождения. Однако кризисы 1990-х гг., связанные с заболеваниями пищевого происхождения (такими как сальмонеллез и листериоз, вариант болезни Крейтцфельда–Якоба, химические отравления и фальсификация продуктов), поколебали уверенность в правильности политики в области производства продуктов питания. Возникшие проблемы привели к реорганизации комиссии и созданию генеральной дирекции, занимающейся проблемами потребления и здоровья в целях укрепления политики в области общественного здравоохранения и защиты прав потребителей.

Белая книга Европейской комиссии о безопасности пищевых продуктов 2000 года включала ряд более широких проблем продовольственной политики (6), затем последовал обзор деятельности комиссии, касающейся вопросов питания, выпущенный в 2003 г. (7). В 2005 г. вновь назначенный член комиссии, ответственный за вопросы здравоохранения и защиты прав потребителей, Маркос Киприану сказал: «Хотелось бы, чтобы реклама производителей больше не была направлена непосредственно на детей...» и «чтобы ... пищевой промышленности был предоставлен срок в один год для прекращения направленной на детей рекламы высококалорийных продуктов питания и улучшения маркировки продуктов, в противном случае следует применить возможные законодательные меры» (8).

Вслед за этим заявлением Европейская комиссия разработала Платформу ЕС для действий в области питания, физической активности и здоровья (9), в которую вошли различные заинтересованные группы, и координировала совещания европейской сети по питанию и физической активности в составе экспертов по проблемам, связанным с питанием, из разных государств-членов. Впоследствии была проведена серия заседаний на основе Платформы, на которых участвовавшие организации взяли обязательства по осуществлению таких мер, как мониторинг, предоставление информации, поддержка вмешательства на местах, организация сетей и проведение исследований.

В 2007 г. Белая книга Европейской комиссии о стратегии по вопросам питания, избыточного веса и ожирения (10) призвала к укреплению сотрудничества и усилению согласованности политики в рамках ЕС, а также поставила вопросы, непосредственно касающиеся политики предупреждения ожирения, такие как:

- информирование потребителей, например с помощью маркировки продуктов питания;
- необходимость принятия этических кодексов для ограничения продвижения высококалорийных продуктов;
- роль организованного питания в школах и на рабочих местах;
- роль коммерческих структур в просвещении по вопросам здоровья на базе школ;
- адекватный уровень физической активности в школах;
- роль медиков в пропаганде здорового рациона питания и физической активности;
- меры, необходимые для обеспечения охвата неблагополучных групп населения и меньшинств.

В 2001 г. Совет Европейского союза, отражая мнения министров государств-членов, предложил Европейской комиссии при выработке политики принимать во внимание политические меры в области продовольствия, питания и здоровья и предупреждения ожирения (11). Совет призвал к расширению информационной и просветительской деятельности, при этом в его резолюции также говорилось о необходимости пересмотра многих других межсекторальных политических мер, потенциально воздействующих на здоровье, и подчеркивалось, что:

многие политические меры Сообщества, особенно в области общественного здравоохранения, сельского хозяйства, рыбного хозяйства, транспорта, защиты прав потребителей и внутреннего рынка, оказывают такое воздействие, что ... национальная политика в области питания может иметь полноценный эффект, только если аспекты, касающиеся национальной политики в области питания, учитываются при разработке и осуществлении соответствующих политических мер Сообщества.

Эта концепция, согласно которой все политические меры должны рассматриваться с точки зрения последствий для здоровья, так же как их воздействия на окружающую среду и затрат, отражает положения Амстердамского договора (12), статья 152 которого гласит: «высокий уровень охраны здоровья человека обеспечивается и определяется всей политикой и деятельностью Сообщества ...».

В 2007 г. Совет Европейского союза принял новую резолюцию об укреплении здоровья с помощью питания и физической активности (13), приняв за основу цели Европейской хартии по борьбе с ожирением.

Подход к обществу в целом

Неравномерность экономического развития и значительные культурные различия между странами Европейского региона означают, что конкретные политические меры должны определяться на национальном и местном уровнях. Тем не менее, можно в общих чертах определить широкий комплекс требований к политике, применимых практически во всех частях Региона. Изучение детерминантов ожирения облегчает понимание целого ряда вопросов, что, в свою очередь, означает рассмотрение детерминантов питания и физической активности. В первом плане действий по выработке политики в области пищевых продуктов и питания (2), например, признается значение самых разных детерминантов питания при рассмотрении продовольственной безопасности и питания. Это показано на рис. 13.3 (см. главу 13), где представлены факторы, влияющие на продукты и потребление питательных веществ, и указано, как ряд внешних факторов, в том числе цена, доступность, привлекательность и известность продукта, определяют поведение. Семейный доход определяет место жительства, а также выбор продуктов. Политика в социальной сфере и в области занятости определяет уровень семейного дохода. Торговая и инвестиционная политика определяют уровень цен и наличие фирменных безалкогольных напитков, быстрого питания, кондитерских изделий и закусок. Состав, упаковка и реклама определяют привлекательность, чему способствуют традиционные СМИ и новые рекламные технологии.

Можно было бы построить очень похожую диаграмму, показывающую значение многих секторов в формировании физической активности и малоподвижного образа жизни. Политика в отношении транспорта, горючего и планирование, например, определяют то, как используются улицы, а от политики в отношении преступности и полицейского патрулирования зависит, отпускают ли родители детей играть на улице. Конструкция зданий и видеоигры влияют на уровень физической активности, а расположение, цена и культурные запреты могут ограничивать доступ к удобным местам для занятия физическими упражнениями (см. главу 11).

Как отмечалось выше, одной из основополагающих причин ожирения в обществе является характер современного экономического развития, обеспечивающего снабжение потребителем товарами, способствующими употреблению высококалорийной пищи и сокращению расхода энергии. Это не простая зависимость. По мере развития экономики проникновение на рынок способствующей ожирению продукции сначала невелико, и только более состоятельные люди могут позволить себе приобретать значительное количество импортных товаров: машин, телевизоров, высококалорийных продуктов питания с низким содержанием питательных веществ. Постепенно рынок развивается, приток инвестиций способствует увеличению продукции местного производства, цены падают и порождающие ожирение товары становятся предметами широкого потребления.

По мере расширения рынка, люди с самым низким уровнем дохода и жители городов больше других подвергаются воздействию причин, порождающих ожирение. К этим причинам относятся: широкая доступность и низкая стоимость высококалорийных продуктов питания и продуктов с низким содержанием питательных веществ, а также ограниченность доступа к свежим, скоропортящимся продуктам, скопление машин на улицах и плохо охраняемые парки и игровые площадки, а также ограниченность доступа к удобным местам для физических занятий. Сочетание низких доходов и бедной окружающей среды приводит к снижению чувства собственного достоинства, что в свою очередь снижает мотивацию к здоровому образу жизни.

На следующем витке проблемы для тех, кто становится тучным, возникает вероятность дискриминации, ухудшающихся перспектив занятости, сокращения возможностей для создания семьи; все это ведет к дальнейшему снижению чувства собственного достоинства и обнищанию.

Неудивительно, что распространенность ожирения приобретает наибольший размах в странах с более высокой степенью социального неравенства (14), но даже в странах с более низким уровнем неравенства, например, в странах Северной Европы, существует значительная и увеличивающаяся распространенность ожирения.

Экономический рост в восточной части Европейского региона за последние два десятилетия стал следствием в первую очередь притока инвестиций (прямые иностранные инвестиции). Зарубежные компании покупают или строят местные производственные объекты с целью сокращения затрат на импорт, расширения местных производственных мощностей и, следовательно, расширения своей доли на рынке и его общего объема. В глобальном масштабе прямые иностранные инвестиции возросли в 1990–2000 гг. в шесть раз больше чем глобальный ВВП или глобальная торговля (15).

Прямые иностранные инвестиции в страны Центральной и Восточной Европы быстро росли в переходный период 1990-х годов, когда экономика формально централизованных административно-командных систем была демонтирована в целях создания либерализованной рыночной экономики. Почти две трети притока инвестиций в продовольственный и сельскохозяйственный сектор региона поступали лишь по двум направлениям пищевой промышленности: кондитерские изделия и безалкогольные напитки (16). Эти инвестиции способствовали росту потребления конкретных продуктов: в Польше, например, объем продаж шоколадных кондитерских изделий в 1999–2004 гг. возрос на 26%, а объем продаж содержащих сахар кондитерских изделий и безалкогольных напитков увеличился, соответственно, на 22% и более чем на 50% (17,18).

Инвестиции в продукты питания массового производства, такие как безалкогольные напитки, могут приносить значительные доходы при завоевании местного рынка, а сокращение издержек обеспечивает намного более широкую доступность продуктов, которые раньше могла себе позволить небольшая группа населения. Данные о производстве безалкогольных напитков свидетельствуют, что увеличение мощности одной производственной линии с 300 до 800 банок в минуту обеспечивает сокращение затрат примерно с 0,06 ф.ст. за литр до менее 0,03 ф.ст. за литр (19). Дальнейшее повышение мощности приводит к меньшему снижению цены за литр, но позволяет намного увеличить объемы производства.

Эти простые взаимосвязи лежат в основе расширения рынков в странах с формирующейся и переходной экономикой. На глобальном уровне Соединённые Штаты Америки занимают первое место при росте прямых инвестиций в иностранные компании, производящие пищевые продукты, с 9 млрд. долл. США в 1980 г. до 36 млрд. долл. США в 2000 г. Объем продаж у этих компаний вырос с 39,2 млрд. долл. США в 1982 г. до 150 млрд. долл. США в 2000 г. (20). В 1998 г. компании в США инвестировали в предприятия питания и предприятия по производству напитков за рубежом 5,7 млрд. долл. США (21), формируя рынок продуктов питания и производя больше продуктов, доступных для большего количества людей (22,23).

Экономический рост поддерживается также конкретными политическими целями и задачами, в особенности Лиссабонской стратегией в 2000 г., провозгласившей приоритетным направлением для ЕС в 2000–2010 гг. усиление его коммерческой конкурентоспособности на глобальном рынке и обеспечение устойчивого экономического роста. Несмотря на положения Амстердамского договора, в Лиссабонской стратегии и последующих документах мало говорится об охране здоровья и его укреплении.

Благосостояние и здоровье

Обсуждение проблемы ожирения убеждает, что экономический рост может породить много факторов, способствующих ожирению, воздействуя на снабжение продуктами питания и физическую среду. Тем не менее, эта взаимосвязь определяется двумя положениями. Первое очевидно: экономический рост не создает неизбежно условий, способствующих ожирению; могут быть созданы альтернативные продукты и окружающая среда, способствующие более здоровому образу жизни. Во-вторых, ожирение сдерживает экономический рост, влияя на рабочую силу и увеличение затрат медицинских и социальных служб.

Последний тезис легко объясним. Только в Соединённых Штатах Америки ассигнования из федерального бюджета на здравоохранение (главным образом, в программу льготного медицинского страхования пожилых людей и программу медицинской помощи неимущим) в процентном отношении к общему объёму федеральных расходов возросли с менее 5% в 1960-х гг. до 15% в 1990 г. и, по оценкам, превысят 25% к 2007 г. (24). Значительная доля этого увеличения связана с избыточным весом и ожирением: как свидетельствуют последние данные, на борьбу с избыточной массой тела приходится 5–9% расходов Соединённых Штатов Америки на здравоохранение (24). Расходы, связанные с ухудшением состояния здоровья, вызванным ожирением, в Нидерландах и Португалии, по оценкам, составили 3–4% общего объёма расходов на здравоохранение, тогда как общие медицинские и социальные затраты на борьбу с ожирением в Соединённом Королевстве составили по оценкам 2,6 млрд. ф.ст. в 1998 г. и 3,3 млрд. ф.ст. в 2002 г. (25). Более половины этих затрат стали следствием потерь на производстве. Эти цифры не учитывают возможных более высоких затрат, возникающих у тех, кто имеет избыточный вес, но не страдает ожирением.

Повлиять на факторы, способствующие ожирению, – трудная задача; остановить, казалось бы, непрерывный и набирающий силу процесс сложно, но перемены возможны. Пищевая промышленность продемонстрировала, что она в состоянии отреагировать на кризис, связанный с ожирением, приняв отдельные меры: производство низкоэнергетических продуктов, уменьшенные порции и изменение схем ценообразования и рекламного маркетинга могут оказать полезное воздействие на модели потребления и питания. Однако существует опасность, что такие меры, будучи более эффективными применительно к высокодоходным домашним хозяйствам, потенциально усилят неравенство в отношении здоровья. Помимо этих действий, снабжение продуктами питания может быть улучшено за счет переориентации на увеличение потребления продуктов, подвергшихся минимальной обработке: свежие фрукты и овощи, свежая рыба и постное мясо, например; необходимо также создать каналы распространения таких скоропортящихся продуктов. Возможно, это поможет в содействии развитию местного производства, сокращению перевозок, улучшению окружающей среды и повышению безопасности продуктов питания местного производства – все это относится к деятельности и политике различных секторов.

Аналогичным образом, сокращение использования автомобилей и увеличение пользования общественным транспортом, езды на велосипеде и ходьбы пешком не только полезно для здоровья, но и отвечает задачам политики, объявленной многими органами городского планирования, принося дополнительную пользу с точки зрения уменьшения загрязнения воздуха и безопасности на дорогах. Изменение среды обитания включает хозяйственную деятельность, обеспечивающую экономический рост, и, кроме того, меры в области здравоохранения по борьбе с ожирением потенциально полезны для окружающей среды и политических мер, касающихся изменения климата.

Целенаправленное вмешательство в функционирование рынка с целью ускорения полезных изменений нелегко обосновать в условиях сегодняшнего политического и идеологического климата. Коммерческие и правительственные круги оказывают сопротивление рыночным интервенциям с помощью регулирования и других внешних мер. Экономисты, однако, приводят несколько аргументов в пользу необходимости интервенций исключительно с точки зрения экономики (26). Подобные обоснования включают внешние факторы стоимости (например, расходы медицинских служб, не заложенные в цену товаров, способствующих ожирению, на момент покупки), нерациональные решения на индивидуальном уровне (возможно, не следует ожидать рационального выбора от детей и подростков, но и взрослые не принимают во внимание долгосрочные издержки, предпочитая сиюминутное удовольствие) и дефицит информации о долгосрочных последствиях ожирения, антимонопольный контроль, ограниченность ресурсов и безопасности. Ниже эти факторы рассматриваются более подробно.

Аргументы в пользу вмешательства еще более усиливаются, стоит чуть только выйти за рамки строго экономической эффективности. Люди могут делать личный выбор в отношении рациона питания, физической активности и других мер укрепления здоровья только исходя из конкретного контекста. Если этот контекст повышает риск ожирения, то выбор более здоровых вариантов

может оказаться трудным. Социальное, культурное, экономическое давление может затруднить осуществление индивидуального выбора, при этом некоторые люди поддаются такому давлению больше, чем другие. Хотя определенные типы образа жизни можно квалифицировать как поведение, которого можно избежать, в действительности от них можно полностью отказаться, если обстоятельства, в которых осуществляется выбор, понимаются, рассматриваются и изменяются с целью содействия, а не препятствования более здоровому образу жизни (27–29). На практике, чтобы избежать факторов, ведущих к ожирению, люди и их семьи должны создать рациональную среду, чтобы противостоять проникающему повсюду давлению. Это требует навыков, времени, решимости и денег.

Обоснование рыночных интервенций (26)

В рамках стандартных экономических рассуждений государственное вмешательство в экономику рассматривается в последнюю очередь; обычно считается, что рыночные силы действуют наиболее эффективно или, по крайней мере, лучше, чем правительство, в достижении оптимального распределения ресурсов в социальном плане. В либеральном обществе суверенные права потребителя ценятся, а государственное вмешательство в частный сектор – нет. Однако в некоторых ситуациях рынок не в состоянии достигнуть оптимальных результатов самостоятельно, поэтому экономисты рекомендуют правительствам рассматривать возможность интервенций с целью исправления сбоев рынка.

При идеальных условиях свобода действий индивидов дает результат, который не только лучше всего отвечает интересам личности, но и представляет собой оптимальный вариант для общества. Неоклассическая модель экономики, на которой основано это идеальное представление, постулирует следующие главные допущения.

Все затраты и результаты являются внутренними (или частными): лицо, делающее данный выбор, учитывает и несет все затраты и получает все выгоды, с ним связанные.

Люди действуют рационально; они максимизируют некоторую объективную функцию, например, пользу для себя, в соответствии с ограничениями, с которыми они сталкиваются, сопоставляя затраты, которые им предстоит нести, с ожидаемой выгодой от данного выбора. В конечном итоге принимается решение, которое обещает максимально чистую выгоду или пользу.

Люди обладают исчерпывающей (полной) информацией обо всех ожидаемых последствиях своих действий.

Предпочтения носят долговременный характер: люди не занимаются серьезным самоконтролем, например не ведут здоровый образ жизни, откладывая решение проблем с нездоровым образом жизни «на потом».

Если имеется соответствие этим допущениям, то стратегия государственного вмешательства не оправданна. Никакие потенциально высокие затраты, связанные с неинфекционными болезнями, не могут иметь значения для государственной политики. Однако в действительности одно или несколько из приведенных выше допущений зачастую не оправдываются, в результате чего рынок, предоставленный сам себе, не в состоянии достичь результатов, наиболее желательных для общества.

В Европейском регионе ВОЗ затраты, связанные с ожирением в плане ухудшения здоровья, социального обеспечения и потерь производительности не ложатся на отдельного человека, но в какой-то степени на все население. Другие внешние затраты, оправдывающие вмешательство, касаются безопасности продуктов питания (например, обеспечение контроля за заболеваниями пищевого происхождения или за транспортными выбросами выхлопных газов) и защиты от вредных для здоровья предпочтений других людей (например, борьба с курением на рабочих местах и улучшение питания беременных женщин).

Допущение, что люди поступают рационально (извлекая максимальную для себя пользу), служит одним из главных стержней экономической мысли. Однако это допущение неверно, если речь идет о детях и подростках. Их предпочтения могут не отвечать максимально их интересам, особенно учитывая, что состояние здоровья и поведение в отношении здоровья в детстве, как известно, имеет длительное воздействие на протяжении всей жизни. Возрастные ограничения на продажу алко-

гольных напитков и табачных изделий вводятся в соответствии с этой аргументацией. Определить возраст, когда начинает превалировать рациональный подход, невозможно; действительно, можно утверждать, что даже в случае взрослых большая часть эффективности современного маркетинга обеспечивается тем, что маркетинг влияет на иррациональные мотивационные импульсы, действующие при осуществлении выбора (30).

Недостаточность или асимметричность информации порождает дополнительные причины для вмешательства. Асимметричность информации имеет место, когда одна сторона обмена владеет информацией, которой она не хочет делиться с другой стороной, и нужен какой-то механизм, понуждающий к ее раскрытию. Дефицит информации можно уменьшить с помощью общих или целевых информационных кампаний. Неполная информация может также иметь место, когда недостаточно понимаются или исследуются последствия поведения для здоровья или когда по соображениям маркетинга информация – умышленно или нет – искажается.

Четвертое обоснование вмешательства представляет собой поведение, непоследовательное во времени, когда полностью информированный и рационально поступающий индивид отказывается от своего обещания в момент, когда он или она должна его выполнить. Например, курильщик, если его сегодня попросить бросить курить немедленно, вероятно, ответит отказом, но может согласиться бросить курить через год. Через год, если курильщика снова попросить бросить курить, он, возможно, предпочтет продолжать курить, чем выполнить прежде данное обещание. Аналогичную модель поведения можно наблюдать у тех, кто намерен похудеть.

Правительства также используют другие аргументы в пользу рыночных интервенций, такие как:

- отсутствие конкуренции, например господствующее положение сети супермаркетов в торговле продовольствием;
- неэффективность капиталовложений, например инвестиции в фруктовые сады, не приносящие прибыли в течение 10–20 лет;
- необходимость охраны важных ресурсов, таких как популяции рыб в водоемах, зеленые насаждения в городах;
- пособия в случае потери работы, инвалидности и т.д.

Выбор мер вмешательства

Как принципы, так и практическое осуществление вмешательства нуждаются в рассмотрении. В предыдущем разделе анализировались принципы, практическое воплощение которых может принимать самые разные формы. Профинансированный Европейской комиссией проект, касающийся мнений заинтересованных сторон по вопросам ожирения, определил несколько категорий вмешательства в оценку взглядов на меры, которые следует принимать в отношении проблемы ожирения (табл. 23.1).

Лица, принимающие решения, которые занимаются вопросами профилактики неинфекционных заболеваний, нуждаются в четких данных, показывающих, что им следует предпринимать. Исследования, осуществляемые под научным контролем, могут давать фактические данные об оценке медикаментозного лечения больных людей, но это такие данные о профилактике неинфекционных болезней в местных сообществах и более крупных группах населения, которые справедливы для ограниченного числа обстоятельств. Нужны другие виды оценки данных.

Это справедливо в отношении ожирения. Ограниченные данные о первичной профилактике в рамках исследований, проводимых под контролем, страдают от необъективности исходных установок, когда наиболее надежные данные основаны на мерах вмешательства в наиболее легко контролируемых условиях, например в школах и клиниках, где вмешательство можно видоизменять и вести надлежащий мониторинг результатов (см. главу 13). Такие меры вмешательства, как ограничения маркетинга, улучшение маркировки, введение акцизов на продукты питания или перепланировка городской среды не имеют и не могут иметь базы фактических данных, сопоставимых с мерами профилактического вмешательства в условиях школ и клиник.

Помимо этого, даже при наличии четких научных данных возможны и желательны дополнительные подходы к выработке политики. Чаще всего используется обращение за

Таблица 23.1. Категории мер вмешательства в связи с проблемой ожирения

Категория	Содержание
Образование и научные исследования	Усиление подготовки специалистов здравоохранения в области профилактики, диагностики и консультирования по вопросам ожирения Совершенствование образования, для того чтобы граждане формировали более полезные для здоровья предпочтения Расширение в школьной программе тематики, касающейся питания и здоровья Увеличение исследований, посвященных причинам и последствиям ожирения и трудностям в снижении веса
Предоставление информации	Контроль за объявлениями об оздоровительной ценности продуктов и маркировочными терминами, такими как «низкое содержание жира», «легкий» и «здоровый» Ограничение рекламы и продвижения продуктов и напитков Требование расширения маркировки питательной ценности продуктов, например с помощью цветов светофора на передней стороне упаковки
Действия на рынке	Контроль за доступностью способствующих ожирению продуктам питания в школах и больницах, ограничение ассортимента в торговых автоматах Предоставление государственных субсидий на полезные для здоровья продукты или их распространение Налогообложение продуктов питания и напитков с целью сокращения потребления продуктов, способствующих ожирению Регулирование содержания питательных веществ в составе прошедших обработку продуктов Предоставление финансовых стимулов для изменения состава продуктов питания Предоставление финансовых стимулов предприятиям общественного питания для улучшения качества ассортимента Улучшение обеспечения мест для отдыха и занятий спортом в школах и населенных пунктах Изменения в архитектурной среде обитания, транспорте и т.д.
Технологические инновации	Увеличение использования синтетических заменителей жира и искусственных подсластителей пищи Увеличение использования лекарственных препаратов для контроля за массой тела, в том числе для лиц, не страдающих ожирением Увеличение производства и использования шагомеров или аналогичных контрольных устройств
Институциональные реформы	Реформирование Общей сельскохозяйственной политики ЕС в целях улучшения пищевой ценности продуктов Создание нового государственного органа для координации государственных политических мер по проблеме ожирения

Источник: составлено по Lobstein и Millstone (31).

рекомендациями к экспертам в области здравоохранения, которые могут оценить потенциальные последствия возможных мер вмешательства. В нескольких публикациях (32–36), помимо данного издания, приведены фактические данные, на основе которых возможно осуществление политических мер по первичной профилактике ожирения.

Инвестиционный подход

Большинство подходов, необходимых для эффективной профилактики ожирения, хорошо известны. Все заинтересованные стороны осознают необходимость такой профилактики; существует достаточное понимание причин, которые объясняют, на какие детерминанты ожирения следует воздействовать; определены соответствующие группы населения, которые вызывают беспокойство, и соответствующие меры для осуществления необходимых изменений; известен широкий спектр стратегий и подходов, которые могут быть применены; есть также некоторые данные относительно того, какие меры могут дать результаты, а какие – нет. Не существует четкого представления о полном перечне мер, которые наверняка будут эффективными. Как отмечалось, большинство научных данных ограничено легко контролируруемыми сферами исследования, такими как школы и клиники, при этом очень мало бесспорных доказательств эффективности мер вмешательства в более широкой экономической, социальной и физической среде.

Учитывая существующий дефицит фактических данных (см. также главу 14), следует расширять доступ к необходимым данным для лиц, принимающих политические решения, а также рассматривать возможности не столько вмешательства, сколько инвестиций. Инвестиции предполагают ряд

более или менее рискованных действий (портфель действий), поддерживающих правильный инвестиционный баланс, что означает баланс:

- содержания: и питание, и физическая активность;
- размещения: не только на базе школ;
- стратегий: политические меры, программы и передача информации; и
- целевых групп: все население и группы повышенного риска (см. также главу 17).

В целях концептуализации адекватного инвестирования в здоровье Hawe и Shiell (37) использовали аналогию с выбором баланса активов (акции, имущество и облигации) для создания портфеля финансовых инвестиций. Наилучшие инвестиции – те, что безопасны и дают высокую отдачу (т.е. достоверные данные и сильное воздействие на население), но выбор неизбежно сводится к включению отдельных безопасных инвестиций с низкой отдачей и некоторых более рискованных инвестиций (имеющих меньшую определенность), но с потенциально высокой отдачей. При этом рискованные инвестиции с низкой отдачей исключаются полностью.

Проведенный недавно в Соединённом Королевстве экономический анализ для Казначейства (38) свидетельствует, что вмешательство с целью сокращения курения, ожирения и малоподвижного образа жизни требует экономического моделирования с использованием анализа влияния цен на продукты и цен реализации на структуру потребления. ЕС применил эти подходы в сельскохозяйственной политике с целью регулирования производства зерновых, мяса, молока, масла, сахара, вина, фруктов и овощей за счет изменения субсидий и тарифов, контролирования минимальных цен и влияния на рынок путем, к примеру, посредством уничтожения уловов рыбы и урожая фруктов и овощей. Другие возможности вмешательства на уровне экономической и торговой политики включают следующее.

Модель 1990-х годов, основанная на просвещении по вопросам здоровья, имела целью стимулировать отдельных людей к поведенческим изменениям в образе жизни. Теперь она должна уступить место модели, которая учитывает неравенство в отношении здоровья и средовые детерминанты, обуславливающие состояние здоровья и болезни. Борьба с ожирением требует воздействия на характер обеспечения продовольствием и наличия выстроенной среды обитания с использованием различных политических мер, включающих экономические и торговые инструменты. Потенциальные экономические и торговые инструменты, которые могут применить правительства с целью воздействия на способствующую ожирению окружающую среду, включают следующее:

1. поддержка употребления традиционных продуктов питания: рассмотрение возможности обозначения каких-либо видов пищи в качестве специальных национальных, региональных или местных блюд или их компонентов с тем, чтобы обеспечить им защиту от конкуренции со стороны продуктов более низких стандартов, применяя принцип «Cassis de Dijon» (принцип взаимного признания стандартов и норм);
2. установление высоких стандартов: рассмотрение альтернативных национальных стандартов для пищевых продуктов, таких как содержание жира в мясных тушах, и осуществление внутреннего регулирования, которое также влияет на импортные продукты питания;
3. введение санитарных и фитосанитарных мер в соответствии с соглашением ВТО о применении санитарных и фитосанитарных мер, что позволяет ограничить импорт продуктов питания (таких как продукты с высоким содержанием соли, насыщенных жиров или трансжиров), если научно обосновано, что они создают возможную угрозу для здоровья;
4. пересмотр помощи, оказываемой в области развития: рассмотрение возможности отказа от оказания помощи на местном, региональном или международном уровне в рамках проектов, подрывающих осуществление мер в отношении питания и физической активности, и поддержка инвестиций, содействующих политике, направленной на улучшение здоровья;
5. пересмотр налоговой политики: рассмотрение возможности отмены налоговых льгот (например, отмены налоговых льгот по таким расходам, как реализация продуктов, способствующих ожирению, и услуг, подрывающих осуществление мер в отношении здоровья), предоставление

- налоговых льгот коммерческой деятельности, содействующей мерам в отношении здоровья, и пересмотр категорий товаров, облагаемых НДС, для поощрения продажи более полезных для здоровья продуктов, компенсируя потери за счет выручки от продажи менее полезных продуктов;
6. пересмотр государственной поддержки научных исследований: направление финансируемых государством исследований и технологий в инвестиции, которые могут обеспечить конкурентоспособность свежих, скоропортящихся продуктов с продуктами, имеющими длительные сроки хранения (холодильники, городские фермы, овощехранилища, небольшие скотобойни, молочные и рыбные фермы);
 7. совершенствование обратной связи с рынком: длинная продовольственная цепь (фермер – переработка – супермаркет – покупатель) препятствует эффективной обратной связи; чтобы первичные производители лучше знали потребности и предпочтения потребителей, необходимо усилить поддержку организаций по защите прав потребителя, в случае необходимости осуществлять ее из государственных фондов;
 8. включение в себестоимость внешних издержек производства (таких как загрязнение окружающей среды, вызванное интенсивным мясным и молочным животноводством, а также дальность перевозок сахара, крахмала и растительного масла), а также утраченных благоприятных возможностей и реальных потерь, вызванных загруженностью дорог и авариями; и
 9. использование покупательной способности государства через местные и национальные административные органы (которые покупают до 25% всего объема продовольствия и обладают обширными договорными полномочиями) в целях повышения качества продуктов питания.

Возможно также использование инструментов международной политики:

1. обеспечение того, чтобы стандарты Кодекс Алиментариус способствовали поставкам высококачественных продуктов питания, не подрывали национальные стандарты, признавали превентивные принципы в целях охраны здоровья и обеспечивали соблюдение требований к маркировке, содействующих выбору здоровых продуктов;
2. поддержка инициатив по усилению роли ВОЗ как регулирующего органа, в том числе в сфере борьбы с неинфекционными болезнями, и разработки конвенций и кодексов в области торговли и маркетинга;
3. поддержка действий, нацеленных на включение в состав Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка (39) положения о свободе детей от коммерческого давления; и
4. разработка региональных систем кодировки продуктов питания, включающих и критерии пользы для здоровья и такие формы общественной информации в системе маркировки, как было предложено в Соединённом Королевстве, когда содержание питательных веществ указывалось с помощью цветов светофора (см. главу 9, с. 120). Это уже привело к изменению состава продуктов в сторону повышения стандартов питательной ценности.

Подходы экономического планирования не применялись в анализе вариантов изменения социальной политики в целях профилактики ожирения. Они могли бы содействовать пониманию и дать ориентиры действиям по успешному разрешению кризиса, связанного с ожирением. Однако чтобы убедить политиков в том, что экономическая политика может воздействовать на структуру потребления и последующий уровень заболеваемости неинфекционными болезнями, необходимы надежные фактические данные.

Выводы

Рост распространенности ожирения представляет собой очевидную и относительно новую проблему, требующую для своего решения ответных действий в масштабе всего общества. Это было признано Министерской конференцией в Стамбуле, что создает основу программы ВОЗ по борьбе с ожирением.

Существо проблемы составляет потребность в формировании поддержки населения и политических сил, необходимой для обеспечения признания, что содействие укреплению здоровья имеет столь же важное значение для экономической политики, как и создание благосостояния, и что защита населения от влияния нездоровой окружающей среды важна не в меньшей мере, чем оборона страны. Возможно, через десять лет никто не станет сомневаться в том, что политическое значение министерства здравоохранения не меньше, чем министерств обороны, торговли и экономики.

Библиография

1. *European Charter on Counteracting Obesity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89567.pdf>, accessed 23 May 2007).
2. *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region, 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, accessed 25 May 2007).
3. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 25 May 2007).
4. *Proposed Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (EUR/RC57/10; <http://www.euro.who.int/document/rc57/edoc10.pdf>, accessed 17 August 2007).
5. *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Conference report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1, accessed 25 May 2007).
6. *White paper on food safety*. Brussels, Commission of the European Communities, 2000 (COM(1999) 719 final).
7. European Commission. *Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe, October 2002*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003.
8. Parker G, Mason J. EU legal threat to junk food advertising. *Financial Times*, 2005, 19 January (<http://news.ft.com/cms/s/6733027a-6a53-11d9-858c-00000e2511c8.html>, accessed 25 May 2007).
9. Physical activity and health – EU Platform for Action [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 25 May 2007).
10. *White paper on a strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues*. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf, accessed 15 August 2007).
11. Council resolution of 14 December 2000 on health and nutrition. *Official Journal of the European Communities*, 2001, C 020 (23 January):1–2.
12. Treaty of Amsterdam Amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Related Acts. *Official Journal of the European Communities*, 1997, C340 (<http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html>, accessed 25 May 2007).
13. *Health promotion by means of nutrition and physical activity – Adoption of Council conclusions*. Brussels, Council of the European Union, 2007 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st09/st09363.en07.pdf>, accessed 15 August 2007).
14. Pickett KE et al. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:670–674.
15. Mody A. Is FDI integrating the world economy? *The World Economy*, 2004, 27:1195–1222.
16. *Impediments to efficiency in the agro-food chain in Bulgaria, Romania, and Slovenia*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1998 (Agricultural Policy Papers No. 1998-02).
17. *Consumer eastern Europe 2005/06*. London, Euromonitor Plc, 2005.
18. *Datamonitor. Soft drinks in Poland to 2008*. Brussels, Global Information Inc., 2005.
19. Monopolies and Mergers Commission. *Carbonated drinks*. London, HM Stationery Office, 1991.

20. Bolling C, Somwaru A. US food companies access foreign markets through direct investment. *Food Review*, 2001, 24:23–28.
21. Harris JM et al. *The US food marketing system 2002*. Washington, DC, United States Department of Agriculture, 2002.
22. Hawkes C. The role of foreign direct investment in the nutrition transition. *Public Health Nutrition*, 2005, 8:357–365.
23. Hawkes C. Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Globalization and Health*, 2006, 2:4.
24. Kuchler F, Ballenger N. Societal costs of obesity: how can we assess when federal interventions will pay? *Food Review*, 2002, 25:33–37.
25. House of Commons Health Committee. *Obesity – Third Report of Session 2003–04. Vol. 1. Report, together with formal minutes*. London, The Stationery Office Ltd, 2004 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/23/23.pdf>, accessed 24 May 2007).
26. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance, 2006.
27. McKee M, Raine R. Choosing health? First choose your philosophy. *Lancet*, 2005, 365:369–371.
28. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:701–709.
29. Tesh S. *Hidden argument: political ideology and disease prevention policy*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1988.
30. Packard V. *The hidden persuaders*. London, Penguin, 1957.
31. Lobstein T, Millstone E. *Policy options for responding to obesity: evaluating the options*. Brighton, SPRU – Science and Technology Policy Research, University of Sussex, 2006.
32. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894; <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>, accessed 25 May 2007).
33. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No. 916; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>, accessed 25 May 2007).
34. Lobstein T et al. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Report to the World Health Organization by the International Obesity TaskForce. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):5–104.
35. Flodmark CE et al. New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of Obesity*, 2004, 28:1189–1196.
36. Lobstein T, Baur LA. Policies to prevent childhood obesity in the European Union. *European Journal of Public Health*, 2005, 15:576–579.
37. Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 1995, 5:4–9.
38. Wanless D. *Securing our future health: taking a long-term view. Final report*. London, HM Treasury, 2002 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm, accessed 25 May 2007).
39. *Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2007 (<http://www.ohchr.org/english/law/crc.htm>, accessed 25 May 2007).

Приложение 1. Недавние обзоры по профилактике ожирения

В данное Приложение включен выборочный аннотированный перечень обзоров, опубликованных в последнее время. Большинство из них – систематические, некоторые составлены в соответствии с Кокрановскими протоколами. Обзоры выявлены в ходе поиска англоязычных научных публикаций, проведенного в январе 2006 г. (Доступ к докладам, хранящимся в Кокрановской электронной библиотеке, можно получить через различные национальные порталы, путем ввода их названий на веб-странице библиотеки (<http://www.cochrane.org/reviews/clibintro.htm>).) Прилагаемые аннотации представляют собой краткое изложение выводов или рекомендаций, содержащихся в обзорах. Заключительный раздел Приложения включает подборку обзоров о мерах вмешательства в других проблемных областях общественного здравоохранения, которые могут иметь отношение к стратегиям профилактики ожирения. Семь разделов данного приложения посвящены следующим вопросам:

1. профилактика избыточной массы тела и ожирения;
2. содействие физической активности;
3. немедицинские методы снижения избыточной массы тела;
4. медицинские методы снижения веса;
5. поощрение и поддержка грудного вскармливания и роста грудных детей;
6. профилактика неинфекционных болезней и меры вмешательства в области рациона питания;
7. примеры других мер вмешательства в области общественного здравоохранения.

Профилактика избыточной массы тела и ожирения

Снижение риска ожирения и связанных с ним хронических болезней у детей и юношества (1)

В обзоре сделан вывод о дефиците программ, учитывающих конкретные нужды подгруппы детей и юношества. Несмотря на то, что иммигранты, приезжающие в страны со средним и высоким доходом, в большей степени подвержены воздействию среды, способствующей ожирению, не было выявлено каких-либо программ, направленных на оказание помощи в удовлетворении этих конкретных потенциальных нужд. Также мало программ для детей в возрасте до 6 лет и для мальчиков. Кроме того, выявлено лишь небольшое число мер вмешательства, предназначенных для осуществления в домашних условиях или в масштабах местного сообщества, и отмечен серьезный дефицит централизованных мер вмешательства, воздействующих на население в целом. Осуществляемые в настоящее время программы ведут к краткосрочному улучшению показателей в области профилактики ожирения и неинфекционных болезней; при этом не отмечено каких-либо отрицательных результатов. Занятия физической активностью являются жизненно важной мерой вмешательства в программах профилактики и снижения ожирения.

Осуществление программ требует устойчивых долгосрочных ресурсов, облегчающих проведение комплексной оценки, которая позволит с уверенностью определить, сохраняется ли воздействие программ, такое как поддержание нормального веса, в долгосрочном плане. И, наконец, исключительно важно разработать систему показателей, которая бы обеспечивала возможность сравнения результатов программ, позволяя лучше выявлять передовой опыт.

Профилактика избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков (2)

Спонсором этого обзора выступила промышленность. Обзор был ограничен проводившимися на базе школ исследованиями, которые включали количественную оценку результатов антропометрических измерений. В ходе исследований проводились меры вмешательства в отношении поведения, связанного с рационом питания или физической активностью. Из рассмотренных 25 мер вмешательства 17 были эффективными, судя по статистически значимому сокращению ИМТ или измерениям кожных складок в испытуемой группе. Четыре меры вмешательства рассматриваются как эффективные по

результатам измерения ИМТ и кожных складок. Из них две были направлены на сокращение времени, проводимого перед телевизором. Остальные два исследования были направлены на применение программ физического воспитания в сочетании с просвещением по вопросам питания. Одна мера вмешательства дала эффект в виде сокращения избыточной массы тела у детей, однако она также была связана с увеличением распространённости случаев недостаточной массы тела. Обзор рекомендует уделять больше внимания предотвращению отрицательных результатов, таких как недостаточная масса тела.

Меры вмешательства по профилактике ожирения у детей (Кокрановский обзор)

В данном обзоре установлено, что большинство исследований были краткосрочными. Исследования, построенные на сочетании подхода, относящегося к рациону питания, с подходом, связанным с физической активностью, не приводили к существенному улучшению показателей ИМТ, хотя почти все исследования приводили к некоторому улучшению рациона питания или повышению физической активности. Данных, полученных в результате испытаний, недостаточно для доказательства того, что любая из рассмотренных конкретных программ может предотвратить ожирение у детей, хотя комплексные стратегии в отношении изменений в рационе питания и физической активности, в сочетании с социально-психологической поддержкой и средовыми изменениями, могут оказаться полезными. В недавно осуществленных мерах вмешательства наблюдалась тенденция к привлечению сообществ и проведению оценки результатов.

В будущем в ходе исследований полезно было бы оценить применительно к большим группам населения воздействие таких изменений, как улучшение ассортимента пищевых продуктов, предлагаемых в школах, обеспеченность безопасными площадками для бега и подвижных игр, а также оценить затраты и результаты для здоровья на период в несколько лет. Программы, рассматривавшиеся в данном обзоре, использовали различные стратегии профилактики ожирения, поэтому их непосредственное сравнение затруднительно. Кроме того, продолжительность исследований варьировалась от 12 недель до трех лет, но в большинстве случаев не превышала одного года.

Стратегии общественного здравоохранения в области профилактики и контроля избыточной массы тела и ожирения в школах и на рабочих местах (3)

Рабочая группа по профилактическим услугам на уровне сообщества рекомендует проведение комплексных мер вмешательства в отношении питания и физической активности (включая такие стратегии, как просвещение или формулирование рекомендаций по вопросам питания, рекомендации в области физической активности или деятельность в группах, а также совершенствование и усвоение поведенческих навыков) с целью профилактики или снижения избыточной массы тела и ожирения среди взрослых на рабочих местах.

Рабочая группа пришла к выводу об отсутствии достаточных данных, которые бы подтверждали эффективность мер вмешательства, сочетающих рациональное питание и физическую активность в целях профилактики или снижения избыточной массы тела и ожирения в школе, ввиду ограниченного количества исследований, удовлетворяющих установленным требованиям, и несопоставимости сообщаемых в них результатов.

Физическая активность и профилактика ожирения (4)

Большинство исследований позволяют сделать вывод, что низкий уровень активности весьма слабо связан с увеличением массы тела в будущем. Обсервационные исследования оставляют открытым вопрос о направлении причинно-следственной связи, поскольку лица с избыточной массой тела вряд ли останутся активными.

В дополненном обзоре рассмотрены опубликованные с 2000 г. шесть исследований, посвященные взрослым, и 11, посвященные детям. В силу различных методологических причин эти исследования не позволяют прийти к определённым выводам о том, будет ли повышение физической активности эффективным в профилактике ожирения. Вместе с тем, представляется разумным придерживаться общепризнанной медицинской рекомендации о том, чтобы ежедневно посвящать 45–60 минут умеренной физической активности в целях профилактики ожирения.

Повышение активности в целях уменьшения ожирения у девочек-подростков (5)

В обзоре научных работ, посвященных мерам вмешательства в области физической активности, осуществленным среди девочек-подростков, сделан вывод о том, что результаты исследований противоречат друг другу. Тем не менее, судя по результатам этих исследований, можно предположить, что проводимые в школах комплексные меры вмешательства, включавшие мероприятия по снижению распространенности сидячего образа жизни, способствовали повышению физической активности. В будущем исследования должны сосредоточиться на факторах, определяющих соблюдение требований в долгосрочном периоде, а также на продолжительности и интенсивности мер вмешательства, необходимых для профилактики ожирения среди девочек-подростков.

Рекомендации по выполнению физических упражнений как средства профилактики ожирения у подростков (6)

Школьный персонал сообщил о своей недостаточной подготовке к проведению мер вмешательства, а работники здравоохранения – о неэффективности стратегий вмешательства, осуществлявшихся на базе учреждения (поликлиники). Профилактику и лечение детского ожирения можно улучшить путём координации мер вмешательства в школе и учреждении здравоохранения. Однако имеющихся данных недостаточно для того, чтобы предоставить конкретные рекомендации по проведению оценки и лечения, хотя рекомендации общего характера могут быть сформулированы.

Борьба с ожирением среди детей (7)

В данном материале, обобщающем систематические обзоры, в частности, подчеркивается, что работа по долговременному отслеживанию результатов имеет первостепенное значение для определения отношения между мерами вмешательства, связанными с физической активностью, и характером активности в течение жизни, и должна быть предусмотрена в качестве средства измерения эффективности мер вмешательства. Кроме того, меры вмешательства по повышению физической активности в школах должны включать в себя мероприятия, касающиеся как школьной, так и внешкольной физической активности для того, чтобы определять воздействие этих мер вмешательства на общий уровень активности. Более того, сравнительные исследования в области мер вмешательства, касающихся рациона питания, необходимо проводить, прежде всего, в группах детей с избыточной массой тела, чтобы выявить характеристики, связанные с улучшением рациона питания. Кроме того, следует оценивать возраст в момент проведения мер вмешательства, что будет способствовать выявлению имеющихся ресурсов и достижению максимально возможного эффекта воздействия. Наконец, необходимо систематически проводить текущую оценку результатов исследования, чтобы определять стратегии, применимые в отношении меньшинств.

Роль мер вмешательства, связанных с физической активностью, в профилактике и лечении ожирения у детей (8)

Вывод, сделанный в данном обзоре, состоит в том, что фактическая информация о профилактике ожирения у детей не внушает оптимизма, хотя к настоящему времени четко выявились перспективные цели для проведения профилактики, а именно сокращение малоподвижного образа жизни. Существуют убедительные доказательства того, что адресное воздействие на группы физически активных (пассивных) учащихся может быть эффективным в лечении ожирения у детей, однако общая оценка осуществляемых в настоящее время мер вмешательства и их клинической целесообразности остается неясной.

Профилактика ожирения – возможна ли она? (9)

Хотя программы, рассмотренные в обзоре, показали свою эффективность в сокращении факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, они не оказали воздействия на средние величины ИМТ в целевых группах населения. Кроме того, селективные методы профилактики, ориентированные на лиц с высокой степенью риска (таких как дети, родители которых страдают ожирением), показали нестабильную эффективность, а целенаправленные меры профилактики привели к многообещающим результатам у детей с ожирением по сравнению с теми, кто не подвергался лечению. По-видимому,

перспективными стратегиями будущих мер вмешательства являются улучшение школьного образования и социальной поддержки, а также работа по улучшению здоровья и консультирование по вопросам здорового образа жизни.

Лечение ожирения и избыточной массы тела (10)

В обзоре сформулированы отдельные выводы в отношении детей и в отношении взрослых. Применительно к школьникам приведены доказательства эффективности многосторонних мер вмешательства на базе школы, направленных на сокращение ожирения и избыточной массы тела, в первую очередь у девочек. Среди таких мер вмешательства: просвещение по вопросам питания, развитие физической активности, ограничение сидячего образа жизни, поведенческая терапия, повышение квалификации учителей, внесение изменений в учебные планы и корректировка рациона школьного питания и ассортимента школьных буфетов. К настоящему времени имеется очень мало данных, подтверждающих действенность проводимых в школах мероприятий по улучшению здоровья (таких как ограничение использования телепрограмм, видеоматериалов и видеоигр на уроках) как средства профилактики ожирения и избыточной массы тела у детей. Кроме того, немногочисленные данные показывают, что увеличению веса у детей, страдающих ожирением, препятствуют проводимые в семьях программы, направленные на изменение форм поведения (такие как семейная терапия, дополняющая просвещение по вопросам питания, регулярное посещение педиатра и поощрение занятий физкультурой). В настоящее время нет информации о школьных программах физической активности, проводимых специалистами или учителями с целью профилактики ожирения и избыточной массы тела у детей. Отсутствует также фактическая информация о том, что меры вмешательства по улучшению здоровья, осуществляемые в семье, оказывают воздействие на ожирение и избыточную массу тела; эти меры вмешательства были направлены на просвещение по вопросам питания и общим вопросам охраны здоровья, а также на повышение физической активности; при этом поддерживались постоянные контакты с детьми и родителями.

Что касается взрослых, данные об эффективности противоречивы и неубедительны. Имеются неубедительные данные об эффективности мер вмешательства на уровне сообщества (таких как семинары, рассылка по почте комплектов образовательной информации, участие средств массовой информации) для профилактики ожирения и избыточной массы тела у взрослых.

Профилактика и лечение ожирения у детей (11)

Как отмечено в обзоре, имеются некоторые доказательства того, что программы, направленные на развитие физической активности в школе, изменение рациона питания и адресное воздействие на сидячий образ жизни могут снизить ожирение у детей, в особенности у девочек. Также установлено, что ориентированные на семью программы с участием родителей, предусматривающие меры по повышению физической активности, просвещению по вопросам питания и целенаправленное ограничение сидячего образа жизни, могут способствовать снижению ожирения у детей. И, наконец, в обзоре сделан вывод, что в будущем исследования должны проводиться на высоком методологическом уровне, привлекать большое количество участников, осуществляться в соответствующих условиях, быть более длительными и интенсивными.

Эффективность стратегий на базе школ для первичной профилактики ожирения, поощрения физической активности и здорового питания, и воздействия на основные модифицируемые факторы риска заболевания диабетом второго типа (12)

В выводах обзора указано, что наиболее эффективные меры вмешательства должны основываться на подходе, охватывающем все стороны жизни школы, включая школьные столовые, уроки физкультуры, деятельность во время обеденного перерыва и на переменах, занятия в классе. Необходимо наладить связи с семьей и сообществом. Чем дольше продолжительность мер вмешательства, тем значительнее изменения контрольных показателей. Кроме того, необходимы различные подходы к разным возрастным, этническим и гендерным группам.

Ожирение: диагностика, профилактика и лечение (13)

В обзоре отмечается:

Существуют некоторые сомнения в том, можно ли предотвратить ожирение у детей школьного возраста, используя существующие в настоящее время стратегии вмешательства... Рекомендуется проведение дальнейших исследований, хотя недавно опубликованная информация, появившаяся уже после завершения работы над обзором, не выглядит многообещающей.

Профилактика ожирения (14)

В обзоре делается вывод о том, что осуществляемые меры вмешательства должны учитывать изменения в тенденциях развития рациона питания на страновом уровне, происходящие в период проведения мер вмешательства. Пятилетняя программа просвещения по вопросам питания среди детей на базе школы показала значительный рост осведомленности по вопросам питания в испытуемой группе, по сравнению с контрольной, но не выявила какой-либо разницы в уровнях потребления калорий или питательных макроэлементов между ними. В то же время обе группы – испытуемая и контрольная – в период проведения программы сократили потребление чипсов и увеличили потребление оливкового масла. Также было установлено, что средовые изменения, такие как нововведения в программе уроков физкультуры или мониторинг времени, проводимого перед телевизором, не менее важны, чем образовательные меры вмешательства, осуществляемые на уроке. Исследования, проводившиеся в менее разнообразной среде, с большей вероятностью выявили бы значительный эффект лечения, связанного с ожирением. Более того, в обзоре сделан вывод, что отсутствие результатов долговременного лечения затрудняет оценку эффективности мер вмешательства в плане распространённости ожирения. Авторы большинства исследований сумели показать улучшение привычек детей, связанных с приемом пищи и/или физическими упражнениями. Крупномасштабные испытания свидетельствуют о целесообразности осуществления изменений в масштабах школы с целью профилактики ожирения. Вопросом, требующим дальнейшей оценки, остается воздействие этих мер вмешательства на связанное со здоровьем поведение или на состояние здоровья, когда дети вырастают и становятся взрослыми. Наконец, при проведении исследований в будущем необходимо будет провести оценку эффективности затрат на меры вмешательства, осуществляемые на базе школ или сообществ с целью профилактики ожирения среди молодежи, в том числе осуществлять долгосрочное наблюдение за частотой и распространённостью ожирения.

Ожирение: проблемы и меры вмешательства (15)

Составители обзора считают, что большинство прошедших научную оценку профилактических программ, охватывавших население в целом, не показали какого-либо положительного эффекта на распространение ожирения. Однако имеются примеры успешных программ – как для взрослых, так и для детей. Необходимо разрабатывать новые стратегии в области работы с населением и проводить их оценку. Необходимо также, чтобы одновременно с этим выдвигались широкие политические инициативы по сокращению заболеваемости ожирением.

Профилактика ожирения у детей и подростков (16)

В обзоре отмечается, что семья и школа – важнейшие сферы приложения усилий по профилактике ожирения у детей и подростков. Один из продуктивных подходов состоит в том, чтобы от изучения детерминантов энергетического баланса перейти к выявлению факторов, которые оказывают на них непосредственное воздействие. Например: время, проводимое перед телевизором, влияет как на потребление, так и на расходование пищевой энергии, а следовательно, является логическим объектом применения мер вмешательства. Кроме того, рекомендации педиатров способны изменить отношение и практическое поведение родителей, связанные с просмотром телевизионных передач. Представляя собой важный объект профилактических действий, школы являются базой для конкретизации направлений применения мер медико-профилактического вмешательства, направленных на изменение пищевых привычек и ограничение сидячего образа жизни.

Значение физической активности для профилактики избыточной массы тела и ожирения в детстве (17)

В обзоре указывается, что роль физической активности в первичной и вторичной профилактике ожирения неясна. Тем не менее, ряд недавно осуществленных мер медико-профилактического вмешательства на базе школ, направленных на повышение физической активности и/или ограничение малоподвижных форм поведения, показал обнадеживающие результаты. Для осуществления этого подхода требуются поддержка и участие на уровне сообщества многих секторов экономики, а не только сектора здравоохранения.

Меры вмешательства с целью профилактики увеличения массы тела (18)

В обзоре отмечается, что меры вмешательства оказывают на массу тела смешанное воздействие, однако последующее наблюдение велось в течение короткого периода. Менее значительный эффект воздействия на увеличение массы тела был отмечен в таких группах, как лица с низкими доходами, студенты и курящие. Доля выбывших из исследовательского проекта была выше среди более худых участников, а также лиц с более низкими доходами.

Меры вмешательства, направленные на профилактику увеличения массы тела, показали разный уровень эффективности. Невозможно сделать каких-либо определённых выводов о роли отдельных элементов мер вмешательства в повышении их эффективности, так как из пяти исследований только в одном, использовавшем план рандомизированного контролируемого испытания, было отмечено значительное воздействие на массу тела. Эта мера вмешательства включала программу заочного воздействия и комплекс методов изменения поведения, в том числе постановку цели, самоконтроль и учет непредвиденных обстоятельств.

Подходы к профилактике и лечению ожирения в школах (19)

В обзоре отмечается, что лечение на базе школы дало положительные, хотя и умеренные краткосрочные результаты. Так как было проведено сравнительно немного исследований в области первичной профилактики, её эффективность установлена не была. В рамках школы имеют значение мероприятия как первичной, так и вторичной профилактики ожирения. Модель, построенная на базе комплексной школьной программы укрепления здоровья, включает восемь взаимосвязанных элементов: инструктирование по вопросам здоровья, медицинские услуги, школьную среду, общественное питание, деятельность по улучшению здоровья на территории школы для преподавателей и сотрудников, услуги социальной поддержки, уроки физкультуры, объединение и взаимосвязь усилий школы и семьи по укреплению здоровья.

Роль физической активности в профилактике ожирения у детей (20)

В обзоре указывается, что положительный эффект физической активности усиливается благодаря программам контролируемых мер вмешательства в форме физических упражнений. В школе, семье и сообществах было осуществлено несколько широкомасштабных мер медико-профилактического вмешательства по линии общественного здравоохранения, направленных на повышение уровня физической активности детей. Результаты этих мероприятий свидетельствуют о высоком потенциале стратегий профилактики ожирения среди детей. По-видимому, успешная профилактика детского ожирения путем увеличения физической активности будет включать теоретически обоснованные и культурно приемлемые меры вмешательства на уровне школы, семьи и сообщества. Благодаря изменениям в политике, планированию окружающей среды и усилиям в области просвещения в школах и сообществах можно добиться расширения возможностей и создания благоприятной обстановки для физической активности.

Профилактика и лечение ожирения (21)

В обзоре отмечается, что развитие ожирения у детей в группе высокого риска можно предотвратить путём семейной терапии. Профилактику ожирения у взрослых можно осуществлять в рамках программ санитарного просвещения на базе сообществ в сочетании с финансовыми стимулами. Кроме того,

снижению избыточной массы тела у детей могут способствовать меры вмешательства, направленные на ограничение сидячего образа жизни.

Содействие физической активности

Меры вмешательства с целью повышения массовости занятия спортом, осуществляемые силами спортивных организаций (Кокрановский обзор)

В обзоре указывается на отсутствие высококачественной информации, которая бы свидетельствовала в пользу мер вмешательства, разработанных и осуществленных спортивными организациями с целью повышения массовости занятий спортом. Меры вмешательства, финансируемые и осуществляемые в этой области, должны быть увязаны со стратегией тщательной оценки, предусматривать анализ общей эффективности, социально-демографических различий между участниками, а также анализ эффективности затрат этих стратегий.

Политические меры вмешательства, осуществлявшиеся при посредничестве спортивных организаций для содействия здоровым изменениям в поведении (Кокрановский обзор)

В обзоре установлено, что хотя и не удалось обнаружить данных о проведении каких-либо контролируемых исследований по руководству стратегическими мерами вмешательства в сфере занятий спортом, однако в процессе поиска был выявлен ряд тематических исследований, содержащих описание отдельных результатов. Для оценки последствий, контекста и процессов, которые могли бы оказаться эффективными, должны применяться более строгие оценочные методики.

Физическая активность и профилактика диабета (22)

Гипергликемия – классическое клиническое проявление диабета со сложной этиологией, включающей совокупность генетических, средовых и поведенческих факторов. Согласно гипотезе, используемой авторами, важнейшей поведенческой причиной инсулинорезистентности является недостаточная физическая активность. Несколько направлений научных исследований свидетельствуют о важной роли физической активности в этиологии, профилактике диабета и связанной с ним заболеваемости. В обзоре исследуются взаимосвязи между физической активностью, состоянием сердца и дыхательных органов и инсулинонезависимым диабетом.

Обзор подходов к повышению физической активности детей и подростков вне уроков физического воспитания (23)

Продолжительность времени, отводимого на занятия физкультурой в школе, сократилась. Так как меры вмешательства в рамках учебной программы имеют ограниченное воздействие, необходимо апробировать альтернативные подходы за пределами классно-урочной организации. В обзоре отмечено, что дети были активны на переменах, и что с помощью недорогих мер вмешательства удалось еще больше повысить их активность в эти периоды. Дорога в школу и из школы пешком создавала потенциальную возможность физических упражнений, однако их эффективность снижалась вследствие транспортных пробок и опасений родителей за безопасность детей. Меры вмешательства на базе школы, осуществляемые в рамках внеклассной работы учащихся, столкнулись с проблемой низкой посещаемости, которую можно было бы решить, если проводить эту работу по линии муниципальных организаций. Летние дневные лагеря обладали потенциальными возможностями повышения физической активности молодежи, однако чтобы определить, как добиться того, чтобы занятия спортом в летних лагерях повысили повседневную активность после отъезда из лагеря, необходимы дополнительные исследования.

Меры вмешательства с целью содействия физической активности (Кокрановский обзор)

В обзоре отмечается, что меры вмешательства, направленные на повышение физической активности, оказывают умеренное воздействие на показатели самооценки физической активности и состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, но не на достижение целевого уровня физической активности. Население в возрасте от 16 лет и старше можно побудить к повышению физической

активности путем профессиональных консультаций, руководства и постоянной поддержки. Продолжительность большинства исследований составляла не более одного года. Кроме того, среди лиц, повысивших свою физическую активность, не наблюдалось увеличения числа случаев травм или сердечных нарушений, связанных с физическими упражнениями, по сравнению с теми, кто продолжал вести сидячий образ жизни.

Физическая активность при лечении ожирения (24)

Физические упражнения играют ключевую роль в управлении весом. Они оптимизируют состав тела, минимизируя потерю безжировой массы тела и максимизируя снижение массы жировой ткани, а также улучшают обмен веществ. Объем и виды физической нагрузки, необходимой для улучшения состояния здоровья, могут отличаться от тех, которые рекомендуются лицам, просто желающим быть в хорошей физической форме. Информация о пользе физических упражнений, распространяемая органами общественного здравоохранения, сосредоточивалась на улучшении общего состояния здоровья и физической формы, а не на потере веса и предотвращении ожирения или повторного увеличения массы тела. Для поддержания энергетического баланса, а следовательно, сохранения определенного веса необходимо выполнять в два с половиной раза больше упражнений, чем рекомендовано главным государственным врачом США. Задача состоит в определении упражнений, необходимых в каждом индивидуальном случае.

Инициирование и поддержание физической активности при диабете второго типа (Кокрановский обзор в процессе подготовки¹)

До настоящего времени в большинстве исследований, посвященных физической активности и диабету, основное внимание уделялось либо воздействию физических упражнений на различные биологические и физиологические результаты, либо доказательствам важности физических упражнений для лечения болезни. В этих исследованиях не указывается, какие именно меры вмешательства являются эффективными для содействия физической активности больных диабетом. В них также не определены конкретные препятствия, с которыми эти люди могут столкнуться, если примут решение повысить свою физическую активность.

Физиологические изменения, достигнутые в результате интервенционных исследований, проводившихся в школах (25)

В этом комментарии о мерах вмешательства, применявшихся в школах, отмечается, что лишь некоторые из них оказали значительное воздействие на физиологические показатели. По мнению авторов, повышению процента успешных случаев могли бы способствовать обеспечение достаточной продолжительности мероприятий и сокращение отсева участников путем усиления их вовлеченности. В таких экспериментальных моделях, где используется стандартный подход ко всем участникам, нет достаточного учета культурно-социальной гетерогенности, что может подорвать возможность достижения значительных результатов.

Рекомендации по усилению физической активности в сообществах (26)

В обзоре сделан вывод, что меры вмешательства либо заслуживают самых лестных отзывов, либо о них не приводится достаточной фактической информации. Проведение физкультурных занятий в школах усиленно рекомендуется, однако санитарное просвещение на уроках, целями которого является предоставление информации или сокращение времени, проводимого у телевизора или за видеоиграми, не позволяет получить достаточного количества данных. Не больше информации имеется и о социальной поддержке в семьях, однако усиленно рекомендуются индивидуализированные программы, направленные на достижение здоровых изменений в поведении, облегчение доступа к тренировочным залам и мероприятия по информационному охвату населения.

¹ Предварительный вариант опубликован на сайте Кокрановского сотрудничества, но все еще дорабатывается.

Эффективность мер вмешательства по повышению физической активности (27)

Для оценки эффективности использовались изменения в поведении, связанные с физической активностью и занятиями аэробикой. Эффективными оказались два информационных вмешательства («объявления в точке принятия решения», побуждающие пользоваться лестницей, и широкомасштабные кампании среди населения), три поведенческих и социальных мероприятия (уроки физкультуры в школе, социальная поддержка в сообществах и индивидуализированные программы по достижению здоровых перемен в поведении) и одна средовая и политическая мера вмешательства (создание мест для занятия физической активностью или облегчение доступа к ним в сочетании с мероприятиями по информационному охвату населения). Отсутствовала достаточная информация для оценки результативности санитарного просвещения в классе, социальной поддержки в семье, кампаний в средствах массовой информации, санитарного просвещения и занятий физкультурой в колледжах, а также санитарного просвещения в классе с целью сокращения времени, уделяемого просмотру телевизионных передач и видеоигр.

Эффективность мер вмешательства в школах, направленных на усиление физической активности и улучшение физической подготовки детей и юношества (28)

В обзоре отмечается некоторое повышение физической активности среди детей и среди девочек-подростков, в отношении которых проводились информационно-разъяснительные кампании. В то же время не наблюдалось значительного, поддающегося измерению воздействия на кровяное давление, ИМТ или частоту пульса. Наиболее эффективными были мероприятия, охватывавшие детей в течение всего школьного дня, проводившиеся и во время обеденного перерыва, и на переменах, и в ходе классных занятий, а также на уроках физкультуры. Взрослые, которые в детстве активно занимались физическими упражнениями на уроках физкультуры, были более склонны к физической активности, чем те, кто в школе физкультурой не занимались. В обзоре сделан вывод, что меры вмешательства должны быть многосторонними, включать инструктирование в классе и изменения в школьной среде, и быть направленными на изменение поведения. В обзоре также отмечено, что более продолжительные меры вмешательства и/или чаще организуемые поддерживающие мероприятия повышают эффективность работы; указывается, что возраст, пол и этническая принадлежность, возможно, влияют на результаты, и необходимы дальнейшие исследования этих факторов.

Воздействие на детей и молодежь мер вмешательства, направленных на повышение физической активности (29)

В обзоре отмечается, что в исследованиях, показавших наилучшие результаты, использовались рандомизированные планы, эффективные и надежные индикаторы и более масштабные меры вмешательства. Некоторые результаты последующих наблюдений свидетельствуют о продолжении физической активности по окончании мер вмешательства. Особое внимание следует обращать на стимулирование физической активности девочек, детей младшего школьного возраста и всех групп молодежи в рамках сообщества. Кроме того, необходимы более объективные методы оценки внешкольной физической активности и физической активности детей младшего возраста, так как информация, сообщаемая ими о себе, недостоверна.

Немедицинское лечение избыточной массы тела Долгосрочные нефармакологические меры вмешательства по снижению массы тела у взрослых с преддиабетом (Кокрановский обзор)

В целом применение стратегий снижения веса, использующих диету, физическую активность или поведенческие меры вмешательства, приводило к существенному улучшению показателя массы тела у лиц, страдающих преддиабетом, и к значительному снижению распространенности диабета. Умеренные, статистически незначительные улучшения отмечены в нескольких исследованиях, посвященных контролю содержания сахара в крови, кровяного давления и уровня липидов. Каких-либо данных о качестве жизни или о смертности не обнаружено. Необходимы дальнейшие исследования, посвященные долгосрочному воздействию этих мер вмешательства на заболеваемость и смертность, а также тому, как применять указанные меры вмешательства в различных условиях сообществ.

Долгосрочные меры вмешательства по снижению массы тела у взрослых, страдающих диабетом второго типа (Кокрановский обзор)

Применение стратегий снижения веса, использующих диету, физическую активность или поведенческие меры вмешательства, приводило к незначительному межгрупповому улучшению показателей массы тела. Однако значение этих результатов было сведено на нет вследствие снижения веса в контрольной группе, а отдельный анализ групп показал, что многофакторные меры вмешательства, включающие низкокалорийные или очень низкокалорийные диеты, могут обеспечить снижение веса у взрослых, страдающих диабетом второго типа.

Применение психологических мер вмешательства при лечении избыточной массы тела или ожирения (Кокрановский обзор)

Пациентам с избыточной массой тела или ожирением приносят пользу психологические меры вмешательства, особенно поведенческие и когнитивно-поведенческие стратегии. Они особенно полезны в сочетании со стратегиями, использующими диеты и физические упражнения. Подавляющее большинство данных свидетельствует в пользу применения поведенческих и когнитивно-поведенческих стратегий. Эффективность других психологических мер вмешательства как средства снижения веса исследована менее подробно.

Применение скрининга и мер вмешательства при лечении избыточной массы тела у детей и подростков (30,31)

В публикациях не показано, что меры вмешательства по лечению подростков с избыточной массой тела в условиях стационара дают клинически значимые положительные результаты; к тому же они не являются широко доступными. Скрининг, применяемый для распределения детей в возрасте до 12–13 лет, у которых отсутствуют явные симптомы избыточной массы тела, может не обеспечить надежной категоризации риска ожирения у взрослых. Скрининг в этой возрастной группе представляется проблематичным, поскольку существует слишком мало поддающихся обобщению фактических данных о применении мер вмешательства в медицинских учреждениях первичной помощи. Рабочая группа США по профилактическим услугам не обнаружила достаточной фактической информации, доказывающей эффективность поведенческого консультирования или других профилактических мер вмешательства, которые могли бы применяться в условиях медицинских учреждений первичной помощи в отношении детей или подростков с избыточной массой тела. Необходимо проведение исследований для разработки четко сформулированных и эффективных подходов к медицинскому и психологическому скринингу детей, а также эффективных клинических подходов к профилактике и лечению избыточной массы тела у детей, которые могли бы быть использованы персоналом учреждений первичной медицинской помощи.

Применение хитозана (хитосана) при лечении избыточной массы тела или ожирения (Кокрановский обзор)

Имеются некоторые данные о том, что хитозан (хитосан) при краткосрочном лечении избыточной массы тела и ожирения более эффективен, чем плацебо. Однако качество многих проведенных до настоящего времени испытаний было низким, а их результаты – неоднозначными. Результаты высококачественных испытаний свидетельствуют о том, что воздействие хитозана (хитосана) на вес тела минимально и вряд ли имеет клиническое значение.

Эффективность применения мер вмешательства в области физической активности для лечения избыточной массы тела, ожирения и диабета второго типа (32)

В отношении взрослых стратегии, сочетающие диету и физическую активность, более эффективны, чем те, что предусматривают одну лишь физическую активность. Комбинированные стратегии, направленные на изменение образа жизни, являются наиболее успешными для поддержания массы тела на сниженном уровне, хотя большинству программ не удается поддерживать изменение в долгосрочном периоде. Имеется мало информации о том, как соблюдаются рекомендованные изменения формы

поведения, или о факторах, которые способствуют или мешают поддержанию перемен в образе жизни. Выявленные отрывочные данные дают основание предположить, что сохранение контактов со специалистами и участие в группах взаимопомощи могут способствовать поддержанию массы тела на сниженном уровне.

Участие членов семьи в осуществлении мер вмешательства по контролю веса, снижению веса и поддержанию массы тела на сниженном уровне (33)

В обзоре отмечается, что участие родителей ассоциируется с потерей веса у детей и что использование более широкого круга методов, направленных на изменение форм поведения, улучшает показатели массы тела как у родителей, так и у детей. Было высказано предположение, что участие супругов увеличивает эффективность, однако подростки достигали большего снижения массы тела, если их лечили индивидуально.

При применении мер вмешательства в будущем следует обращать внимание на то, кто именно из членов семьи является их объектом и как эти люди участвуют в осуществлении мероприятий, в том числе в формулировании задач, обеспечении поддержки и обучении методам изменения поведения.

Последующее наблюдение за выполнением физических упражнений детьми, страдающими ожирением (34)

В исследованиях, включенных в обзор, указывается, что физические упражнения являются действенным средством сокращения процента жировой массы тела у детей и подростков, страдающих ожирением, и что меры вмешательства в форме физических упражнений могут способствовать долгосрочному сохранению достигнутых положительных результатов.

Применение мер вмешательства при лечении ожирения у детей (Кокрановский обзор)

Несмотря на то что было выявлено 18 научных исследований, большинство из них были небольшими по объему и проводились на материале гомогенных групп с сильной мотивацией, наблюдавшихся в условиях стационара. Сведения о компонентах программ по лечению ожирения у детей ограничены, и невозможно сделать какие-нибудь определенные выводы. Необходимо исследовать психосоциальные детерминанты поведенческих изменений, стратегии улучшения взаимодействия между врачами и членами семьи, а также эффективные с точки зрения затрат программы первичной медицинской помощи и медицинской помощи в общинах.

Ожирение: проблемы и меры вмешательства (15)

Как отмечается в обзоре, изменение привычек, связанных с питанием, достигнутое в результате консультирования (в основном путем снижения калорийности питания и потребления жиров), может в течение первого года привести к уменьшению веса, как правило, на 3–10 кг (или на 10% массы тела у детей). Однако в вопросе о долгосрочном воздействии нет ясности. Кроме того, снижению веса способствуют регулярные физические упражнения.

Дальнейшее воздействие на массу тела может оказывать поведенческая терапия в сочетании с изменением рациона питания и физическими упражнениями, если поддерживающие меры вмешательства будут продолжаться в течение длительного времени.

Примерно 1/5 больных, которые проходят курс лечения, основанный на самоконтроле, и достигают поставленных целей, добиваются стабильного снижения массы тела на 10%, по сравнению с первоначальным весом. «Очень низкокалорийные» диеты (основанные на белковых смесях), продолжительностью 6–12 недель, приводят к большей потере веса, чем обычные низкокалорийные диеты. В исследованиях, где срок соблюдения «очень низкокалорийных» диет составлял 1–2 года, а лечение часто проводилось периодически, авторы отмечали устойчивое снижение массы тела, которое было на несколько килограммов больше, чем в результате лечения, где применялся только сбалансированный рацион питания.

Доказательная научная база по широкому кругу методов альтернативной медицины слишком слаба, чтобы было можно сделать какие-либо выводы о возможном воздействии этих методов на ожирение. Кроме того, влияние факторов риска ожирения можно ограничить путем снижения веса, независимо от используемых методов. Меры вмешательства по отношению к другим факторам риска могут помочь уменьшить риск ожирения даже в тех случаях, когда не удастся снизить массу тела. Такие меры вмешательства могли бы включать повышение физической активности, отказ от курения, более интенсивное лечение диабета, высокого кровяного давления и повышенного уровня липидов в крови.

Рекомендации об использовании рационов питания с низким содержанием жиров при лечении ожирения (Кокрановский обзор)

Составители обзора считают, что рационы питания с низким содержанием жиров не имеют преимуществ перед низкокалорийными рационами питания в достижении долгосрочной потери веса у людей с избыточной массой тела или ожирением. В целом снижение массы тела у участников испытаний, придерживавшихся контролируемых рационов питания, было несколько больше, но оно не слишком отличалось от показателей потери веса, которые достигались путем ограничения количества жиров в рационе питания, и была столь мала, что представлялась клинически несущественной.

Физические упражнения для лиц, страдающих ожирением (Кокрановский обзор в процессе подготовки)

Исследования показывают, что вероятность поддержания массы тела на сниженном уровне повышается, если пациенты аккуратно выполняют комплекс физических упражнений (35,36). Упражнения могут также способствовать психологическому воздействию на потерю веса: они улучшают внешний вид, поднимают самооужание и повышают настроение, так что люди могут более добросовестно соблюдать предписанную схему питания (36). Подобным строгим отношением к диете может объясняться связь между физическими упражнениями и сохранением оптимальной массы тела.

Улучшение организации и управления медицинской помощью лицам с избыточной массой тела и ожирением (Кокрановский обзор)

В обзоре отмечается, что в настоящее время существует очень немного надежных путей к улучшению «управления ожирением», хотя, возможно, такие модели, как системы напоминания, краткосрочные учебные мероприятия, внеамбулаторная помощь, лечение в стационаре, лечение под руководством диетолога, заслуживают дальнейшего изучения. Кроме того, принятие решений об улучшении предоставления медицинских услуг должно опираться на имеющуюся информацию о мерах вмешательства, применяемых к пациентам, и на убедительных клинических оценках. Необходимо проведение дальнейших исследований для определения эффективных с точки зрения затрат стратегий улучшения «управления ожирением».

Профилактика и лечение ожирения (21)

Как указывается в обзоре, все рассмотренные методы (основанные на поведенческих факторах, рационе питания, физических упражнениях и применении лекарств) в определенной степени показали свою эффективность при лечении ожирения у взрослых, особенно если применялась комбинация двух или более подходов. В обзоре также отмечается, что через несколько месяцев после прохождения курса лечения большинство пациентов снова начинали набирать вес. Необходимы последующие более долгосрочные наблюдения и использование мер вмешательства, способствующих поддержанию массы тела на сниженном уровне.

Медицинское лечение с целью снижения массы тела Хирургическое лечение патологического ожирения (Кокрановский обзор)

В обзоре указывается, что на основе имеющейся ограниченной информации можно предположить, что в случаях патологического ожирения хирургическое вмешательство более эффективно, чем лечение обычными средствами, с целью достижения снижения массы тела. Однако нет ясности в вопросе о сравнительной безопасности и эффективности различных хирургических процедур.

Фармакотерапия, направленная на снижение массы тела у взрослых, страдающих диабетом второго типа (Кокрановский обзор)

В обзоре сообщается, что с помощью флуоксетина, орлистата и сибутрамина можно достигнуть статистически значимого снижения массы тела в течение 12–57 недель. Однако размеры потери веса остаются скромными, и сохраняется неясность в отношении долгосрочных преимуществ для здоровья. Кроме того, остается неопределенным вопрос о безопасности сибутрамина. Очень мало информации о других лекарственных средствах для снижения массы тела или борьбы с избыточным весом у людей, страдающих диабетом второго типа.

Систематический обзор долгосрочных воздействий и экономических последствий лечения ожирения и их значения для укрепления здоровья (37)

В обзоре указывается, что лекарства орлистат и сибутрамин представляются полезными для лечения взрослых, страдающих ожирением, а метформин представляется полезным для тучных больных, страдающих диабетом второго типа. Кроме того, по-видимому, показатели снижения массы тела улучшаются благодаря физическим упражнениям и/или терапии, направленной на изменение форм поведения, в сочетании с диетой. В эпидемиологических исследованиях долгосрочное снижение массы тела ассоциируется с сокращением риска заболевания диабетом второго типа и может оказывать благотворное воздействие при сердечно-сосудистых заболеваниях. Более того, стоимость рационов питания с пониженным содержанием жира и программ физических упражнений для лиц, подверженных риску заболеваний, связанных с ожирением, сопоставима со стоимостью медикаментозного лечения.

Долгосрочная фармакотерапия ожирения и избыточной массы тела (Кокрановский обзор)

В обзоре отмечается, что в исследованиях, оценивающих долгосрочную эффективность лекарственных средств против ожирения, рассматривались только орлистат и сибутрамин. Эффективность обоих этих препаратов, способствующих снижению массы тела, кажется довольно невысокой, однако возможности интерпретации результатов исследований ограничиваются высоким процентом отсева участников. Для полной оценки всех потенциальных преимуществ этих медицинских препаратов необходимо проведение более продолжительных и методологически точных исследований, посвященных препаратам против ожирения, позволяющих проанализировать последствия ожирения, такие как смертность и заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями.

Ожирение: проблемы и меры вмешательства (15)

Фармакологическое лечение с применением орлистата или сибутрамина приводит в среднем к снижению массы тела на 2–5 кг сверх той, которой можно добиться, если просто соблюдать диету и заниматься физическими упражнениями. В ходе клинических испытаний 1/4–1/5 тех, кто начинал фармакологическое лечение, теряли не менее 10% массы тела. У тех, кто принимали плацебо, показатель потери веса был вдвое меньше, чем в испытательной группе.

Основная проблема состоит в том, что потеря веса обычно не является постоянной. В течение нескольких лет у большинства людей, снизивших массу тела, показатели веса возвращаются к первоначальным. Поэтому чрезвычайно важно разрабатывать и подвергать оценке долгосрочные курсы лечения, целью которых является стабильное снижение массы тела.

Хирургическое лечение, представляющее собой альтернативу для пациентов с тяжелым ожирением, приводит к потере веса, в среднем превышающей 25% (например, с 125 кг до 90 кг), в течение 5 лет после операции. Через 10 лет снижение массы тела сохраняется в пределах 16%, т.е. в среднем чуть больше 20 кг. Это приносит значительные преимущества данной группе пациентов. Однако эта форма вмешательства включает в себе риск осложнений.

Профилактика и лечение ожирения (21)

Как указывается в обзоре, все рассмотренные методы (основанные на поведенческих факторах, рационе питания, физических упражнениях и применении лекарств) в определенной степени показали свою эффективность при лечении ожирения у взрослых, особенно если применялась комбинация

двух или более подходов. Через несколько месяцев после прохождения курса лечения большинство пациентов снова начинали набирать вес. Необходимы последующие более долгосрочные наблюдения и использование мер вмешательства, способствующих поддержанию массы тела на сниженном уровне.

Для снижения веса у людей с тяжелым ожирением наиболее эффективным и, вероятно, самым эффективным с точки зрения затрат подходом является хирургический.

Поощрение и поддержка грудного вскармливания и рост грудных детей Влияние «больниц, доброжелательных к ребенку» на продолжительность грудного вскармливания (38,39)

В двух исследованиях оценивалась программа ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», осуществлявшаяся в Европе. Согласно выводу новейшего исследования (38), для швейцарских «больниц, доброжелательных к ребенку» вероятность того, что родившихся в них детей будут кормить грудью в течение более длительного времени, выше, чем для обычных родильных домов, и это особенно характерно для тех больниц, которые наиболее тщательно выполняют рекомендации данной программы.

Другое исследование, проводившееся в Италии (39), установило, что активное применение персоналом приемов «доброжелательной к ребенку» методики ассоциируется со значительным увеличением числа случаев грудного вскармливания и повышением его продолжительности.

Меры вмешательства по поощрению и поддержке грудного вскармливания (Кокрановский обзор)

В обзоре говорится, что в ходе проведенных в США пяти исследований поведения женщин с низкими доходами выяснилось, что санитарное просвещение по вопросам грудного вскармливания оказывало значительное воздействие на рост процента женщин, начинавших кормить ребенка грудью, по сравнению с показателями в медицинских учреждениях, оказывавших обычные медицинские услуги. После проведения учебных мероприятий вероятность того, что охваченные ими женщины будут кормить своих детей грудью, повысилась примерно на 50%.

Эффективность осуществляемых общественным здравоохранением мер вмешательства, содействующих грудному вскармливанию (40)

Как указывается в обзоре, исследования, проведенные в Ирландии, Соединённом Королевстве и США, показали, что чтение литературы само по себе не является эффективным средством поощрения и поддержки грудного вскармливания среди женщин, принадлежащих к различным группам по уровню доходов и этнической принадлежности. Кроме того, санитарное просвещение в группах может быть эффективным для женщин с низким доходом и представительниц различных этнических групп в странах со средним и высоким доходом. Эффект от программ индивидуального санитарного просвещения был выше для женщин, собиравшихся проводить искусственное вскармливание, в то время как программы группового санитарного просвещения были более эффективны для женщин, намеревавшихся перейти на грудное вскармливание. Эта информация основывается на исследованиях, охватывавших афроамериканок с низкими доходами.

Там, где женщины получали материальное вознаграждение за участие в мерах вмешательства по поощрению и поддержке грудного кормления, коэффициент посещаемости групповых занятий повышался. Кроме того, консультации, раздача брошюр и стандартное санитарное просвещение в сочетании с интенсивным обучением медицинского персонала способствовали значительному повышению процента женщин, переходивших к грудному вскармливанию. Поддержка грудного вскармливания, проводившаяся как до, так и после родов, с наибольшей вероятностью приводила к положительному эффекту. Проводившиеся меры вмешательства были интенсивными и включали многочисленные контакты со специалистом или консультантом-ровесницей. Успешнее всего доверие и желание кормить грудью обеспечиваются в результате практического показа грудного кормления, а не разговоров о нем или чтения литературы.

Пять из шести успешных многосторонних мер вмешательства включали кампанию в средствах массовой информации в сочетании с программами санитарного просвещения, повышение

квалификации медицинских работников и/или изменения в политике правительства и медицинских учреждений. Четыре из шести эффективных многосторонних мер вмешательства включали программу взаимопомощи в сочетании с санитарным просвещением, программами с использованием электронных средств и/или законодательными и структурными изменениями в секторе здравоохранения. В Скандинавии широкому распространению грудного вскармливания содействовали мероприятия четырех типов:

1. Тематическая информация о грудном вскармливании, предназначенная главным образом для матерей и зачастую ими же и составленная, однако вызывающая интерес также и со стороны медицинского персонала (в результате чего возросло число медицинских работников-женщин, начавших кормить своих детей грудью).
2. Широкая доступность групп материнской взаимопомощи, увеличение числа медицинских работников, обладающих более высокой профессиональной квалификацией, а иногда и соответствующим личным опытом, все более широкое распространение коллективного опыта кормления грудью по мере того, как все больше женщин с успехом проводят грудное вскармливание.
3. Рост числа оплачиваемых отпусков по беременности и родам с гарантированным возвращением на прежнее место работы.
4. Значительное изменение практики работы родильных палат в плане расширения контактов между матерью и новорожденным ребенком и предоставления им автономии.

Оптимальная продолжительность грудного вскармливания (Кокрановский обзор)

В обзоре указывается, что у детей из стран с низким, средним и высоким доходом, которые получали только грудное кормление в течение шести и более месяцев, не отмечалось каких-либо задержек роста; в то же время каждому младенцу следует уделять индивидуальное внимание, чтобы не упустить из вида недостаточное развитие или другие отрицательные результаты. В возрасте трех–четырёх месяцев для вскармливаемых грудью детей часто вводится прикорм, однако и в странах со средним и высоким доходом, и в странах с низким доходом исключительно грудному вскармливанию в течение первых шести месяцев отдается предпочтение перед введением смешанного питания в возрасте трех–четырёх месяцев. К числу его достоинств относятся меньшая подверженность ребенка желудочно-кишечным инфекциям, более поздний возврат репродуктивной функции и снижение массы тела матери.

Чем кормить детей, родившихся преждевременно или с низким весом: молочными смесями или материнским молоком? (Кокрановский обзор)

В обзоре указывается, что вскармливание детей, родившихся преждевременно или с низким весом, молочными смесями ведет в краткосрочном плане к более быстрому росту, по сравнению со вскармливанием грудным молоком без витаминных добавок. Имеющийся ограниченный объем информации не позволяет сделать определенных выводов о вероятности возникновения отрицательных результатов в долгосрочном плане; отсутствуют данные рандомизированных испытаний о сравнении результатов вскармливания молочной смесью и грудным молоком с добавками питательных веществ.

Продление периода грудного вскармливания в ходе оказания первичной медицинской помощи: систематический обзор мероприятий в предродовом и послеродовом периодах (41)

Меры вмешательства, которые наиболее эффективно способствовали продлению периода грудного вскармливания, в целом сочетали информирование, руководство и оказание поддержки, были долгосрочными и интенсивными. В период дородового ухода единственной эффективной стратегией, о которой сообщалось, было групповое санитарное просвещение. Посещение женщин на дому для выявления у матерей сомнений в целесообразности грудного вскармливания, оказания помощи в решении проблем и привлечения членов семьи к поддержке грудного вскармливания было эффективно как в дородовом, так и в послеродовом периодах. Кроме того, положительные результаты в эти периоды достигались в результате применения индивидуального санитарного просвещения, а также путем сочетания двух или трех перечисленных стратегий при осуществлении мер вмешательства,

охватывавших оба периода. Стратегиями, не оказавшими никакого воздействия, были названы заочные мероприятия, действия, противоречившие первоначальному «посланию», и маломасштабные меры.

Консолидация и обновление базы данных в целях поддержки грудного вскармливания (42)

В обзоре отмечается, что меры вмешательства должны быть долгосрочными и интенсивными, охватывать как дородовой, так и послеродовой период, предусматривать многочисленные контакты и исходить из того, что предоставление одной лишь информации неэффективно и может только усугубить проблему неравенства в отношении здоровья.

Особенно перспективными являются программы взаимопомощи. Кроме того, по-видимому, более эффективны гибкие и индивидуализированные подходы. В частности, следует применять различные подходы к женщинам, с самого начала желающим кормить ребенка грудью, и тем, кто первоначально планировал проводить искусственное вскармливание.

Следует поощрять как можно более ранний выбор грудного вскармливания уже в период беременности (а может быть, и до наступления беременности). Медицинские работники должны быть последовательными в своих консультациях и оказываемой помощи. Необходимо, чтобы практическая деятельность медицинских учреждений соответствовала современному уровню знаний. Более того, медицинские работники должны быть информированы о научных исследованиях, посвященных вредному воздействию курения на грудное вскармливание.

Важная роль в том, чтобы грудное вскармливание началось и систематически продолжалось, принадлежит отцам. Вероятность, что их роль будет положительной, возрастет, если подключить их к обучению грудному вскармливанию как можно раньше в течение беременности. Беседы, проводимые в пренатальном периоде, должны предусматривать возможности и упражнения с тем, чтобы помочь обмену мнений между супругами об их восприятии грудного вскармливания и отношении к нему.

Возвращение к труду в режиме полного рабочего дня оказывает негативное воздействие на продолжительность грудного вскармливания. Инициативы, осуществляемые на работе, могут способствовать устранению существующих в настоящее время барьеров, включая отрицательное отношение и отсутствие условий.

Необходимо более целенаправленно и последовательно проводить в школах санитарное просвещение по вопросам грудного вскармливания как для девочек, так и для мальчиков.

Ускорить разработку стратегий общественного здравоохранения в области питания в Европейском союзе, направленных на внедрение рекомендаций по рациональному питанию и распространение здорового образа жизни (43)

Как отмечается в обзоре, в странах – членах ЕС существует значительный разброс по показателям начала и продолжения грудного вскармливания. Серьезное влияние на это оказывает практическая деятельность больниц и наличие поддержки со стороны медицинских учреждений на уровне сообществ. Систематические обзоры литературы показывают, что возможности и препятствия на пути обеспечения здорового питания грудных детей связаны с физической средой больниц и их рутинными процедурами, такими как соблюдение графика кормления, раздельное пребывание матери и ребенка и использование молочных смесей, а также (что очень важно) зависят от привычек и ожиданий медицинских работников, участвующих в этой деятельности.

Систематический обзор по проблеме оценки эффективности мер вмешательства, направленных на поощрение грудного вскармливания (44)

В обзоре указывается, что, по некоторым данным, чтение литературы о грудном вскармливании само по себе не является эффективным средством пропаганды кормления грудью среди женщин, принадлежащих к различным группам по уровню доходов и этнической принадлежности. В нем также указывается, что санитарное просвещение в группах может быть эффективным для женщин с низким доходом и представительниц различных этнических групп в странах со средним и высоким доходом. Далее, эффект от программ индивидуального санитарного просвещения был выше для женщин, собиравшихся проводить грудное вскармливание, в то время как программы группового санитарного

просвещения были более эффективны для женщин, намеревавшихся кормить своих детей грудью. Материальное поощрение женщин за участие в мерах вмешательства по поощрению и поддержке грудного вскармливания показало свою эффективность, что выразилось в росте коэффициента посещаемости групповых занятий.

Однако дополнительное санитарное просвещение в форме индивидуальных контактов и бесед по телефону с муниципальными работниками не оказало значительного воздействия ни в дородовом, ни в послеродовом периоде. И наконец, в Швеции значительное воздействие на рост показателя грудного вскармливания имели консультации, брошюры и рутинные меры по санитарному просвещению, плюс интенсивное повышение квалификации медицинского персонала.

Эффективность мер вмешательства, направленных на содействие здоровому питанию детей в возрасте до одного года (45)

В обзоре указывается, что индивидуальные беседы по пропаганде кормления грудью, ориентированные на женщин, уже принявших решение проводить искусственное вскармливание, были более эффективными, чем групповые занятия. Наибольшие шансы для положительного эффекта на выбор женщиной грудного вскармливания имела пропаганда, проводимая как в дородовой, так и в послеродовой период. Эти меры вмешательства были интенсивными, включали многочисленные контакты со специалистом или консультантом-сверстницей. Кроме этого, эффективность дородового санитарного просвещения с целью побудить к грудному вскармливанию повышалась благодаря контактам с консультантами-сверстницами.

Более слабые доказательства свидетельствуют о том, что дополнительно способствовать переходу на грудное вскармливание может участие партнера, стимулирование и изменение содержания серийно выпускаемых наборов, вручаемых женщинам при выписке из больницы. Наименее успешными были меры вмешательства, в которых пропаганда грудного вскармливания была лишь частью комплексных программ по улучшению здоровья и включала специальные посещения больницы или поликлиники, либо контакты по телефону.

Меры вмешательства по профилактике неинфекционных болезней и в области рациона питания

Меры вмешательства, направленные на увеличение потребления фруктов и овощей дошкольниками (Кокрановский обзор в процессе подготовки)

В обзоре отмечается, что в настоящее время не существует инструкций, основанных на практическом опыте, по эффективной методике осуществления программ для дошкольников по типу «пять раз в день». Такая информация особенно важна в случаях, когда ресурсы (время и деньги) ограничены.

Консультации в области рациона питания для профилактики диабета второго типа (Кокрановский обзор в процессе подготовки)

В обзоре отмечается, что в настоящее время имеются данные о том, что диабет второго типа может быть предотвращен или, по крайней мере, отсрочен благодаря усилиям в сфере рационального питания: Программа США по профилактике диабета сообщила о сокращении на 58% заболеваемости диабетом в случаях, когда к пациентам применялись меры вмешательства, направленные на изменение образа жизни; для сравнения, у пациентов, которых принимали метформин, сокращение заболеваемости диабетом составило 31% (46).

Консультации в области рациона питания, направленные на снижение риска сердечно-сосудистых болезней (Кокрановский обзор)

В обзоре указывается, что консультации в области рациона питания, по-видимому, эффективны и приводят к незначительным положительным изменениям факторов риска, связанных с рационом питания и сердечно-сосудистыми болезнями, на период около девяти месяцев, однако долгосрочный эффект неизвестен. Улучшение рациона питания, рекомендованное участникам испытательных групп, в основном включало сокращение потребления соли и жира и увеличение потребления фруктов,

овощей и клетчатки. Консультации предоставлялись несколькими способами, в том числе в ходе индивидуальных контактов, групповых встреч и в письменных материалах. Имеются некоторые доказательства того, что более эффективны прямые высказывания о том, что людям угрожает риск сердечных заболеваний или рака. Отмечены незначительные положительные изменения в факторах риска сердечно-сосудистых болезней, таких как показатели кровяного давления, общего и ЛПНП-холестерина. Испытания продолжались недостаточно долго, чтобы дать ответ на вопрос, приводят ли положительные изменения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний к уменьшению числа случаев заболеваний сердца, инсультов и острой сердечной недостаточности.

Использование диеты и/или физических упражнений в целях снижения массы тела у женщин после родов (Кокрановский обзор в процессе подготовки)

Как отмечается в обзоре, имеющиеся данные позволяют предположить, что увеличение веса во время беременности способствует избыточной массе тела и ожирению у женщин. Однако до сих пор отсутствует полное понимание воздействия отрицательного энергетического баланса в послеродовом периоде (обусловленного ограниченным поступлением энергии), повышенного расхода энергии или сочетания этих двух факторов. Так как рост детей, получающих только грудное вскармливание, зависит от пищевой энергии, содержащейся в материнском молоке, исключительно важно оценить воздействие рациона питания и физических упражнений на процесс лактации.

Первичная профилактика диабета (47)

Как отмечено в обзоре, публикуется все больше доказательств того, что качество жиров и углеводов играет более важную роль, чем их количество, а следовательно, в стратегиях общественного здравоохранения акцент должен быть сделан на замену насыщенных жиров и трансжиров ненасыщенными жирами, а также замену зерновых продуктов из муки тонкого помола мукой из цельного зерна. Кроме того, новейшие исследования свидетельствуют, что потенциальную роль в профилактике диабета могут играть кофе, молочные продукты, орехи, магний и кальций. В целом здоровый рацион питания, в сочетании с регулярной физической активностью, поддержанием оптимальной массы тела, умеренным потреблением алкоголя, отказом от сидячего образа жизни и курения, может почти полностью искоренить диабет второго типа.

Укрепление здоровья сердечно-сосудистой системы в школах (48)

Как указывается в обзоре, разброс показателей физиологических результатов, наблюдаемый во многих хорошо проконтролированных и тщательно проведенных исследованиях, свидетельствует о том, что ученым следует обращать больше внимания на возрастные, гендерные, культурные и социально-демографические факторы развития. Эти результаты показывают, что модификация факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в реальных условиях школы должна быть усилена и дополнена на различных уровнях применения мер вмешательства. Для достижения этой цели и с учетом перспектив развития населения в целом следует, как это предлагается в инструкции по укреплению здоровья сердечно-сосудистой системы на уровне сообществ, разработанной Американской ассоциации сердечных заболеваний, осуществлять более масштабные меры вмешательства по линии общественного здравоохранения. Потребуется создание партнерств между специалистами здравоохранения и образования при содействии разработчиков политики и лидеров сообществ для модернизации школьной среды в целях содействия укреплению сердечно-сосудистой системы всех детей и юношества, снижения рисков и сокращения бремени сердечно-сосудистых болезней для общественного здравоохранения.

Систематический обзор литературы об эффективности затрат на услуги в области рационального питания (49)

Как указывается в обзоре, имеются достаточно последовательные доказательства тезиса об эффективности с точки зрения затрат услуг лечебного питания в плане снижения сыровоточного

уровня холестерина (например, 20–1 268 долл. США на 1 ммоль/л снижение сывороточного уровня липопротеинов низкой плотности), массы тела (2,40–10 долл. США на 0,45 кг сброшенной массы тела) и уровня глюкозы в крови (5 долл. США на 1 ммоль/л снижение) в целевых группах населения, страдающих диабетом и гиперхолестеринемией. Однако проведенные контрольные рандомизированные испытания имели существенные ограничения и использовали иные критерии оценки затрат. Кроме того, существуют ограниченные данные об экономическом эффекте, свидетельствующие в пользу охвата амбулаторных услуг лечебного питания по ряду показаний. Должны быть проведены дополнительные рандомизированные контролируемые испытания услуг лечебного питания с учетом всех потенциальных кандидатов для прохождения курса диетотерапии и всех потенциальных затрат для пациентов, поставщиков услуг и лиц, оплачивающих услуги.

Диетическое консультирование с целью лечения диабета второго типа у взрослых (Кокрановский обзор)

В систематическом обзоре отмечается отсутствие высококачественной информации об эффективности диетотерапии как таковой при лечении диабета второго типа. Оценивается эффект 18 исследований, в которых рассматривалось диетическое консультирование в сочетании с физическими упражнениями или поведенческими подходами, либо без них. Не было выявлено никакой информации о микрососудистых или макрососудистых диабетических осложнениях, смертности или качестве жизни. Как показали последующие наблюдения, проведенные через 6 и 12 месяцев, добавление физических упражнений к диетическим консультациям привело к улучшению метаболического контроля.

Использование диет с низким гликемическим индексом при лечении коронарной болезни сердца (Кокрановский обзор)

Как сообщается в обзоре, имеются слабые свидетельства, полученные в рандомизированных контрольных испытаниях, что диеты с низким гликемическим индексом снижают заболеваемость коронарной болезнью сердца и уменьшают воздействие факторов риска. Многие из перечисленных в обзоре испытаний были непродолжительными, низкого качества и проводились на небольших выборках. Существует потребность в проведении тщательно спланированных и достаточно представительных рандомизированных контрольных исследований, продолжительность которых превышала бы 12 недель. Цель таких исследований – оценить воздействие рационов питания с низким гликемическим индексом на коронарную болезнь сердца.

Сравнительный анализ эффективности консультаций диетолога, медицинского работника другого профиля или использования ресурсов самопомощи в решении задачи снижения уровня холестерина в крови (Кокрановский обзор)

В обзоре отмечается, что диетологам лучше, чем врачам, удавалось снижать уровень холестерина в крови в краткосрочном и среднесрочном периодах, однако нет доказательств того, что они были эффективнее, чем самопомощь больного. Отсутствуют данные о том, что диетологи добивались лучших результатов, чем медицинские сестры. К интерпретации этих результатов следует подходить с осторожностью, поскольку исследования не отличались высоким качеством, а анализ базировался на ограниченном числе испытаний.

Консультирование по сокращению потребления соли в рационе питания в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (Кокрановский обзор)

В обзоре указывается, что интенсивная поддержка и меры поощрения, направленные на то, чтобы снизить потребление соли, привели к сокращению ее потребления. Это также способствовало снижению кровяного давления, но не намного (около 1 мм рт. ст. для систолического кровяного давления и еще меньше для диастолического кровяного давления) за период более одного года. Такое снижение является недостаточным для того, чтобы ожидать важных положительных эффектов для здоровья. Кроме того, придерживаться диеты с низким содержанием соли было очень трудно.

Потребление пищевой энергии и белка во время беременности (Кокрановский обзор)

В обзоре отмечается, что предоставление беременным женщинам сбалансированной добавочной пищевой энергии и белка (в этой добавке на долю белка приходится не более 25% всего энергетического содержания) умеренно повышает рост плода и улучшает выживаемость плода и новорожденного. Кроме того, добавки с высоким содержанием белка, получаемые во время беременности, не кажутся полезными и могут быть вредными. Более того, ограничение потребления пищевой энергии беременными женщинами, имеющим лишний вес или избыточную массу тела, не помогает предотвратить преэклампсию и отрицательное воздействие на рост плода.

Диета с контролируемым содержанием калорий для лечения хронической астмы (Кокрановский обзор)

Как указывается в обзоре, имеется очень ограниченная информация в подтверждение того, что состояние больного астмой может улучшиться при снижении потребления пищевой энергии; необходимы дальнейшие исследования. Считается также, что высокоэнергетичные рационы питания могут способствовать развитию астмы. С точки зрения теории, сокращение потребления энергии может содействовать частичному снятию симптомов астмы. Невозможно сделать какие-либо определенные выводы относительно воздействия, оказываемого диетическими манипуляциями, и требуется проведение дополнительных исследований.

Влияние среды на навыки питания и физическую активность (50)

В обзоре рассматриваются новейшие тенденции в области предложений продовольственных продуктов, питания вне дома, физической активности и пассивности, а также воздействия рекламы, стимулирования сбыта товаров и ценообразования на навыки питания и физическую активность. Рекомендуются проведение мер вмешательства по линии общественного здравоохранения, указываются возможности и потенциальные стратегии борьбы с эпидемией ожирения путем содействия созданию среды, поддерживающей здоровые навыки питания и физическую активность.

Меры вмешательства в школах по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (51)

В обзоре отмечается, что стойкий эффект воздействия применявшихся в школе мер вмешательства на уровень кровяного давления и липидов и показатели массы тела и ожирения отсутствует. Имеется информация, что происходили изменения в уровне знаний и навыках поведения, связанных со здоровьем. Выводы интерпретируются в контексте подходов к профилактике, относящихся к населению в целом. Обсуждаются рекомендации о направлениях будущих исследований.

Исследования проводимых в школах мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (52)

В обзоре указывается, что в большинстве исследований, проведенных на базе школ, отмечен статистически значимый эффект воздействия на уровень санитарно-гигиенических знаний, социальные установки и результаты поведения. Изменения в рационе питания и уровне физической активности, о которых сообщалось в некоторых исследованиях, были незначительными, однако в популяции могли привести к потенциально существенному снижению риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний на уровне популяции. Как показали исследования, результаты мер вмешательства на базе школ привели лишь к незначительным изменениям физиологических показателей, включая сывороточный уровень холестерина, кровяное давление и показатели ожирения.

Рекомендации по осуществлению оздоровительных программ в школах с целью развития навыков здорового питания в течение жизни (53)

В обзоре перечисляются следующие рекомендации по проведению мероприятий на уровне школы и сообщества:

- обзор политических мер, которые могли бы быть полезными для содействия физическому воспитанию и санитарному просвещению в школах;

- формирование безопасных и удобных условий для повышения физической активности;
- физическое воспитание, способствующее развитию знаний, привычек, навыков и убежденности в необходимости ведения физически активного образа жизни;
- включение вопросов санитарного просвещения в учебные планы для поддержки навыков здорового питания;
- внеклассные мероприятия, позволяющие удовлетворить все потребности или интересы учащихся;
- участие родителей в инструктировании школьников и поддержке физической активности;
- обучение школьных и муниципальных работников методам содействия физической активности в течение жизни;
- услуги здравоохранения, направленные на оценку, консультирование, информирование и пропаганду по вопросам физической активности;
- осуществление широкого спектра программ в области спорта и отдыха в сообществах; и
- проведение оценки программ и возможностей физической активности на уровне сообществ и школ.

Примеры других мер вмешательства по линии общественного здравоохранения **Законодательство о велосипедных шлемах для предотвращения травм головы** **(Кокрановский обзор в процессе подготовки)**

В обзоре сообщается, что препятствиями для использования велосипедных шлемов были запретительно высокая стоимость, неудобная форма, отсутствие уверенности в необходимости ношения и непопулярность шлемов среди молодых велосипедистов (54,55). Чтобы преодолеть сопротивление ношению шлемов, в разных странах мира, включая Австралию, Канаду, Новую Зеландию и США, было принято соответствующее законодательство. Законы различаются по охвату групп населения. Например, в Австралии шлемы должны носить велосипедисты любого возраста. В Канаде закон применяется только к детям и подросткам. Оценочные исследования показали, что законодательство способствовало росту использования шлемов (56–61).

Меры вмешательства на рабочих местах, побуждающие работников бросить курить **(Кокрановский обзор)**

В обзоре отмечается, что рабочее место может быть эффективной средой для проведения антитабачных мероприятий. Испытанные методы, такие как групповая терапия, индивидуальное консультирование и терапия никотинового замещения, оказываются не менее действенными, когда применяются на работе. Результаты использования методов самопомощи не столь очевидны. Применение запретов и ограничений может уменьшить число курящих на работе, хотя не ясно, приведет ли это к сокращению общего уровня курения. Социальная и средовая поддержка, конкурсы, стимулы и комплексные программы не демонстрируют явных преимуществ как средства содействия отказу от табакокурения на рабочем месте.

Индивидуальное поведенческое консультирование для желающих бросить курить **(Кокрановский обзор)**

В обзоре рассмотрены экспериментальные сеансы консультирования, на которых квалифицированный терапевт проводил от одной до нескольких индивидуальных бесед вне рамок медицинской помощи. Все испытания включали сеансы продолжительностью более 10 минут, причем большинство из них предусматривало последующие телефонные контакты для психологической поддержки. В обзоре сделан вывод, что индивидуальное консультирование способно помочь отказаться от табакокурения, однако нет данных о том, что консультации должны быть более интенсивными.

Меры вмешательства по недопущению продажи табачных изделий несовершеннолетним **(Кокрановский обзор)**

Как отмечается в обзоре, меры вмешательства способны сократить количество незаконных продаж, однако молодежь по-прежнему будет иметь возможность покупать сигареты. Если молодежь не сможет покупать сигареты, это, возможно, снизит численность начинающих курильщиков. Различные меры вмешательства, в том числе предупреждения и штрафы, способны сократить долю розничных

торговцев, продающих табачные изделия несовершеннолетним. Тем не менее, трудно показать непосредственный эффект воздействия этих мероприятий на восприятие юными курильщиками степени доступности приобретения сигарет или на навыки поведения, связанного с табакокурением.

Антитобачные меры вмешательства в средствах массовой информации, ориентированные на взрослых (Кокрановский обзор в процессе подготовки)

Федеральная комиссия США по массовым коммуникациям, проводя в жизнь «доктрину честности», обязала радио- и телевизионные станции передавать один материал, направленный против табакокурения, на каждые три рекламы сигарет (в настоящее время это эквивалентно стоимости распространения рекламы, равной 300 млн. долл. США) (62). Такая политика продолжалась до 1970 г., когда вошел в силу полный запрет на использование вещательных СМИ для рекламы сигарет. В период этой кампании потребление сигарет сократилось на 37%, однако оно снова начало расти после того, как запрет на рекламу положил конец бесплатному доступу в эфир антитабачных «посланий» (63–65). Предыдущие обзоры литературы дают некоторые основания считать кампании против табакокурения в средствах массовой информации составной частью комплексной программы борьбы против употребления табака (66,67). Значительная часть литературы посвящена воздействию рекламных кампаний против табакокурения на молодежь; однако приводится также ряд оценок кампаний, ориентированных на взрослых курильщиков, которые свидетельствуют о противоречивости достигнутых результатов. Некоторые меры вмешательства, проводившиеся в общенациональном масштабе и на уровне штатов, оказались эффективными и привели к ограничению табакокурения, в то же время как результаты проведения кампаний на муниципальном и местном уровне менее последовательны.

Воздействие рекламы и стимулирования сбыта табачных изделий на увеличение численности курящих подростков (Кокрановский обзор)

Реклама и стимулирование сбыта табачных изделий усиливают вероятность того, что подростки начнут курить. Реклама – это использование средств массовой информации для создания положительного образа продукта или связанных с ним положительных ассоциаций. Стимулирование сбыта, или маркетинг – это комплекс действий, направленных на увеличение продаж. Отсутствуют результаты испытаний воздействия рекламы табачных изделий и мероприятий по стимулированию сбыта на тех, кто начинает курить. В то же время опубликованы исследования, прослеживающие поведение некурящих и их подверженность воздействию рекламы (например, количество рекламных объявлений табачных изделий в журналах, которые они читают). Как указывается в обзоре, все эти исследования показывают, что у некурящих подростков, которые были более информированы или восприимчивы к рекламе табачных изделий, вероятность впоследствии начать курить была выше.

Консультирование по телефону с целью убедить отказаться от табакокурения (Кокрановский обзор)

Тем, кто пытается бросить курить, можно оказать помощь медикаментами или предоставить поведенческую поддержку, например в форме консультации специалиста и групповой терапии. Поддержка, информирование и консультации предлагаются в виде индивидуальных встреч или бесед по телефону. Телефонные консультации по «горячим линиям» могут быть предоставлены в рамках программы или отдельно и доступны большему числу людей, чем индивидуальные беседы. Обзор испытаний показал, что консультирование по телефону является более эффективным по сравнению с программами, не предусматривающими личных контактов.

Меры вмешательства в сообществах с целью профилактики табакокурения среди молодежи (Кокрановский обзор)

Решение начать или продолжать курить принимается в рамках широкого социального контекста, на который воздействуют многие факторы. При применении мер вмешательства на уровне сообществ используются скоординированные, широкомасштабные, многокомпонентные программы,

стремящиеся оказать влияние на поведение людей. Они включают в себя возрастные ограничения на покупку табачных изделий, профилактику заболеваний (таких как болезни сердца), программы в средствах массовой информации и в школах. Обзор испытаний выявил ряд данных о том, что скоординированные многокомпонентные программы могут привести к ограничению курения среди молодежи и являются более эффективными, по сравнению с однокомпонентными стратегиями.

Меры вмешательства в сообществах, направленные на ограничение табакокурения среди взрослых (Кокрановский обзор)

Как отмечается в обзоре, имеется мало убедительных доказательств того, что меры вмешательства в сообществах ведут к снижению числа курящих среди взрослых. Хотя сообщества, в которых осуществлялись меры вмешательства, часто проявляли значительную информированность о таких программах, это редко приводило к повышению процента лиц, бросающих курить. Аналогичным образом, расширение знаний о рисках для здоровья, изменение отношения к курению, рост числа попыток отказаться от него и улучшение средовой и социальной поддержки лиц, бросающих курить, не сопровождалось снижением показателей курения в сообществах. Несколько больший прогресс наблюдался среди тех, кто курил мало или умеренно, по сравнению с заядлыми курильщиками, и среди мужчин, – по сравнению с женщинами. Однако в среднем показатели табакокурения оставались неизменными как в испытуемых, так и в контрольных сообществах.

Программы по профилактике табакокурения на базе школ (Кокрановский обзор)

Как отмечается в обзоре, имеется мало доказательств того, что информирование как таковое является эффективным. Большинство исследований посвящено социальным мерам вмешательства. Хотя почти в половине исследований, проведенных на самом высоком методологическом уровне, отмечался краткосрочный эффект воздействия на поведение детей-курильщиков, лучше всего организованное и наиболее длительное испытание не выявило никакого долгосрочного воздействия 65 уроков, проводившихся в течение 8 лет. Имеется ограниченная информация о воздействии мер вмешательства, включавших в себя развитие общей социальной компетентности, а также тех мер вмешательства, где применялся мультимодальный подход, предусматривавший осуществление инициатив на уровне сообщества.

Меры вмешательства с целью предотвращения табакокурения в общественных местах (Кокрановский обзор)

Для того чтобы удерживать людей от курения в общественных местах, таких как больницы и рабочие места, используются различные методы. Обзор был посвящен данным об экспериментальной проверке различных стратегий и показал, что простое размещение объявлений о запрете курить, по-видимому, не предотвращает табакокурения в общественных местах. Однако работает полный запрет на курение, получающий решительную поддержку администрации. Также помогают ограничить табакокурение в общественных местах интенсивные кампании по санитарному просвещению и многокомпонентные стратегии. Такие стратегии доказали свою эффективность в больницах США, однако необходимо проведение исследований, позволяющих определить оптимальные стратегии для других условий и других стран.

Меры вмешательства в средствах массовой информации для профилактики табакокурения среди молодежи (Кокрановский обзор)

В обзоре указывается, что кампании в средствах массовой информации (телевидение, радио, газеты, рекламные щиты, буклеты) могут удержать молодежь от табакокурения, однако имеющиеся данные не вполне убедительны. Пропагандистские кампании, «послания» которых отслеживались и совершенствовались в целях наилучшего восприятия целевой аудиторией, имели более высокий показатель успеха, чем кампании, при проведении которых этого не делалось. Кроме того, эффективные кампании продолжались дольше, а их интенсивность была выше, чем у менее успешных.

Библиография

1. Flynn MA et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with “best practice” recommendations. *Obesity Reviews*, 2006, 7(Suppl. 1):7–66.
2. Doak CM et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews*, 2006, 7:111–136 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1467-789X.2006.00234.x>, accessed 9 May 2007).
3. Katz DL et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 2005, 7:1–12.
4. Wareham NJ et al. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64:229–247.
5. Clemmens D, Hayman LL. Increasing activity to reduce obesity in adolescent girls: a research review. *Journal of Obstetric Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2004, 33:801–808.
6. Carrel AL, Bernhardt DT. Exercise prescription for the prevention of obesity in adolescents. *Current Sports Medicine Reports*, 2004, 3:330–336.
7. Casey L, Crumley E. *Addressing childhood obesity: the evidence for action*. Ottawa, Canadian Institutes of Health Research, 2004 (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/23293.html>, accessed 9 May 2007).
8. Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2003, 62:611–619.
9. Muller MJ et al. Prevention of obesity – Is it possible? *Obesity Reviews*, 2003, 2:15–28.
10. Mulvihill C, Quigley R. *The management of obesity and overweight: an analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches*, 1st ed. London, Health Development Agency, 2003 (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502623>, accessed 9 May 2007).
11. NHS Centre for Reviews and Dissemination. The prevention and treatment of childhood obesity. *Effective Health Care*, 2002, 7(6):1–12 (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc76.pdf>, accessed 9 May 2007).
12. Micucci S et al. *The effectiveness of school-based strategies for the primary prevention of obesity and for promoting physical activity and nutrition, the major modifiable risk factors for type 2 diabetes: review of reviews*. Hamilton, Ontario, Public Health Research, Education and Development Program, Ministry of Health and Long-term Care, 2002.
13. Reilly JJ et al. Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Archives of Disease in Childhood*, 2002, 86:392–394.
14. Schmitz KH, Jeffrey RW. Prevention of obesity. In: Wadden TA, Stunkard AJ, eds. *Handbook of obesity treatment*. New York, Guilford Press, 2002:556–593.
15. *Obesity – Problems and interventions. A systematic review: summary and conclusions*. Stockholm, Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2002 (Report No. 160; http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/obesity_2002/obsesityslut.pdf, accessed 9 May 2007).
16. Dietz W, Gortmaker S. Preventing obesity in children and adolescents. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:337–353.
17. Steinbeck K. The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. *Obesity Reviews*, 2001, 2:117–130.
18. Hardeman W et al. Interventions to prevent weight gain: a systematic review of psychological models and behaviour change methods. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24: 131–143.
19. Story M. School-based approaches for preventing and treating obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1999, 23(Suppl. 2):S43–S51.
20. Goran M et al. Role of physical activity in the prevention of obesity in children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1999, 23(Suppl. 3):S18–S33.
21. NHS Centre for Reviews and Dissemination. The prevention and treatment of obesity. *Effective Health Care*, 1997, 3(2):1–12. (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc32.pdf>, accessed 9 May 2007).
22. LaMonte MJ et al. Physical activity and diabetes prevention. *Journal of Applied Physiology*, 2005, 99: 1205–1213 (<http://jap.physiology.org/cgi/content/full/99/3/1205>, accessed 9 May 2007).

23. Jago R, Baranowski T. Non-curricular approaches for increasing physical activity in youth: a review. *Preventive Medicine*, 2004, 39:157–163.
24. Hills AP, Byrne NM. Physical activity in the management of obesity. *Clinics in Dermatology*, 2004, 22: 315–318.
25. Lytle LA et al. Achieving physiological change in school-based intervention trials: what makes a preventive intervention successful? *British Journal of Nutrition*, 2002, 88:219–221.
26. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(Suppl. 4):67–72.
27. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(Suppl. 4):73–107.
28. Dobbins M et al. *The effectiveness of school-based interventions in promoting physical activity and fitness among children and youth: a systematic review. Final Report*. Hamilton, Ontario, Effective Public Health Practice Project, 2001 (<http://www.nhsru.com/documents/Physical-Activity-Review.pdf>, accessed 9 May 2007).
29. Stone EJ et al. Effects of physical activity interventions in youth. Review and synthesis. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:298–315.
30. Whitlock EP et al. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 2005, 116(1):e125–144.
31. US Preventive Services Task Force. Screening and interventions for overweight in children and adolescents: recommendation statement. *Pediatrics*, 2005, 116(1):205–209.
32. Miller YD, Dunstan DW. The effectiveness of physical activity interventions for the treatment of overweight and obesity and type 2 diabetes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2004, 7(Suppl. 1):52–59.
33. McLean N et al. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2003, 27:987–1005.
34. Maziakas MT et al. Follow up exercise studies in paediatric obesity: implications for long term effectiveness. *British Journal of Sports Medicine*, 2003, 37:425–429.
35. Kayman S et al. Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioural aspects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1990, 52:800–807.
36. Brownell K. Exercise in the treatment of obesity. In: Brownell K, Fairburn C, eds. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York, Guildford, 1995:473–478.
37. Avenell A et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment*, 2004, 8:iii–iv,1–182.
38. Merten S et al. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, 2005, 116:702–708.
39. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *British Medical Journal*, 2001, 323:1358–1362 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7325/1358>, accessed 9 May 2007).
40. Protheroe L et al. *The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding: evidence briefing*. London, Health Development Agency, 2003 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/download.aspx?o=502585>, accessed 9 May 2007).
41. de Oliveira MI et al. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*, 2001, 17:326–343.
42. Stockley L. *Consolidation and updating the evidence base for the promotion of breastfeeding*. Cardiff, Health of Wales Information Service, 2000 (www.wales.nhs.uk/publications/bfeedingevidencebase.pdf, accessed 9 May 2007).
43. Sjöström M, Stockley L. *Toward public health nutrition strategies in the European Union to implement food based dietary guidelines and to enhance healthier lifestyles. Final report of the Eurodiet programme, Working Party 3*. Heraklion, University of Crete, 2000 (<http://eurodiet.med.uoc.gr>, accessed 9 May 2007).
44. Fairbank L et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment*, 2000, 4:1–171.

45. Tedstone A et al. *Effectiveness of interventions to promote healthy feeding in infants under one year of age: a review*. London, Health Education Authority, 1998.
46. Knowler WC et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:393–403.
47. Schulze MB, Hu FB. Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented? *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:445–467.
48. Hayman LL et al. Cardiovascular health promotion in the schools: a statement for health and education professionals and child health advocates from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*, 2004, 110:2266–2275 (<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/110/15/2266>, accessed 9 May 2007).
49. Pavlovich WD et al. Systematic review of literature on the cost-effectiveness of nutrition services. *Journal of the American Dietetic Association*, 2004, 104:226–232.
50. French S et al. Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:309–335.
51. Meininger JC. School-based interventions for primary prevention of cardiovascular disease: evidence of effects for minority populations. *Annual Review of Nursing Research*, 2000, 18:219–244.
52. Resnicow K, Robinson TN. School-based cardiovascular disease prevention studies: review and synthesis. *Annals of Epidemiology*, 1997, 7(Suppl. 7):S14–S31.
53. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1996, 45(RR-9):1–41.
54. Finch CF. Teenagers' attitudes towards bicycle helmets three years after the introduction of mandatory wearing. *Injury Prevention*, 1996, 2:126–130.
55. Finnoff JT et al. Barriers to bicycle helmet use. *Pediatrics*, 2001, 108:e4 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/1/e4>, accessed 9 May 2007).
56. Ni H et al. Evaluation of a statewide bicycle helmet law via multiple measures of helmet use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:1072–1076.
57. Dannenberg A et al. Bicycle helmet laws and educational campaigns: an evaluation of strategies to increase children's helmet use. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:667–674.
58. Cote TR et al. Bicycle helmet use among Maryland children: effect of legislation and education. *Pediatrics*, 1992, 89:1216–1220.
59. Scheiber RA et al. Effect of a state law on reported bicycle helmet ownership and use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1996, 150:707–712.
60. Foss RD, Beirness DJ. *Bicycle helmet use in British Columbia: effects of the helmet use law*. Chapel Hill, NC, University of North Carolina Highway Safety Research Center and Ottawa, Ontario, Traffic Injury Research Foundation, 2000.
61. Kanny D et al. Effectiveness of a state law mandating use of bicycle helmets among children: an observational evaluation. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 154:1072–1076.
62. Schar EH, Gutierrez KK. *Smoking cessation media campaigns from around the world: recommendations from lessons learned*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
63. Warner KE. The effects of the anti-smoking campaign on cigarette consumption. *American Journal of Public Health*, 1977, 67:645–650.
64. Warner KE. Cigarette smoking in the 1970's: the impact of the antismoking campaign on consumption. *Science*, 1981, 211:729–731.
65. United States Surgeon General. *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, 1990 (DHHS Publication No. (CDC) 90-8416; http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/C/T/_/nbbct.pdf, accessed 9 May 2007).
66. Jha P et al. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.asp>, accessed 9 May 2007).
67. Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000 (www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm, accessed 9 May 2007).



Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

В связи с эпидемией ожирения Европейское региональное бюро ВОЗ в ноябре 2006 года организовало конференцию, на которой все государства – члены Региона приняли Европейскую хартию по борьбе с ожирением. В этом документе перечислены руководящие принципы и четко определены направления действий широкого круга заинтересованных сторон на местном, региональном, национальном и международном уровнях. Данная книга является второй из двух публикаций, выпущенных по итогам Конференции. В ней представлен ряд технических докладов, подготовленных для Конференции большой группой экспертов в области общественного здравоохранения, питания и медицины, и дополненных для настоящего издания.

На основе значительного объема данных по странам Европейского региона ВОЗ, а также других регионов, в этой публикации рассматриваются динамика эпидемии ожирения и ее влияние на здоровье населения Европейского региона, особенно стран его восточной части. Книга показывает, как воздействие факторов, повышающих риск ожирения, проявляется в различных условиях, таких как семья, школа, работа и местные сообщества. В ней представлены моральные и экономические аргументы в пользу усиления борьбы с ожирением, и анализируются результаты реализации эффективных программ и политических мер в различных областях деятельности государства, таких как образование, здравоохранение, сельское хозяйство, торговля, градостроительство и транспорт. В книге также рассказывается о том, как разрабатывать политические меры и программы, направленные на профилактику ожирения, и как осуществлять мониторинг прогресса в этой области. В публикации содержится призыв к конкретным действиям всех заинтересованных сторон: не только государственных отраслей; но также фирм и компаний частного сектора, – включая тех, кто производит, рекламирует и продает продукты питания, – профессиональных ассоциаций, организаций потребителей и международных и межправительственных объединений, таких как Европейский союз.

Пришло время действовать: к 2010 г., согласно прогнозам, в Европейском регионе будут страдать от ожирения 150 миллионов взрослых и 15 миллионов детей. Ожирение не только вредит здоровью и благополучию значительной доли общества, и увеличивает расходы служб здравоохранения, но также наносит огромный, недопустимый ущерб здоровью детей. На основе проанализированных данных в книге представлены идеи и информация, которые помогут всем заинтересованным сторонам, особенно разработчикам политики, принимать эффективные меры, чтобы остановить, а затем обратить вспять эпидемию ожирения в Европейском регионе ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

