



# Питание и здоровье в Европе

Резюме

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию при решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Одна из уставных функций ВОЗ заключается в предоставлении объективной и надежной информации и консультировании по вопросам охраны здоровья людей, и эту обязанность она выполняет отчасти с помощью своих публикаций. Через свои публикации Организация стремится оказать поддержку выполнению стратегий охраны здоровья населения в странах и содействовать решению самых актуальных и неотложных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением в 870 млн. человек простирается от Гренландии на севере и Средиземного моря на юге до тихоокеанских берегов Российской Федерации. Поэтому в программе Европейского региона ВОЗ акцент ставится как на проблемах, характерных для индустриального и постиндустриального общества, так и на проблемах, находящихся в процессе становления демократии стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и надлежащего ориентирования по вопросам здоровья и его охраны, ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья, профилактике болезней и борьбе с ними, книги и другие публикации ВОЗ содействуют решению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми как можно более высокого уровня здоровья.

Питание и здоровье  
в Европе:  
новая основа  
для действий

Резюме

---

WHO Library Cataloguing in Publication Data

Food and health in Europe : a new basis for action ; summary

1.Nutrition 2.Food supply 3.Food contamination – prevention and control  
4.Nutritional requirements 5.Nutrition policy 6.Intersectoral cooperation  
7.Sustainability 8.Europe

ISBN 92 890 4364 4

(NLM Classification: WA 695)

---

*Переводчик:* М. Хусаинов



# Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий

Резюме

ISBN 92 890 4364 4

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку либо перевод публикации частично или полностью. Заявления и запросы следует направлять в Бюро публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark . Бюро охотно предоставит последнюю информацию о каких-либо изменениях в тексте, о планах новых изданий, а также об уже имеющихся перепечатках и переводах.

**© Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.**

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются, с сохранением за ней всех прав, положения Протокола 2 Всемирной конвенции по охране авторских прав.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приведенные в ней материалы не отражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города либо района и их органов власти либо взгляды о делимитации их границ. Названия стран или территорий, используемые в настоящей публикации, соответствуют названиям, известным в период подготовки издания данной книги на языке оригинала.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их или отдаст им предпочтение перед другими компаниями или изготовителями, не упомянутыми в тексте. За исключением ошибок и пропусков названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Мнения, выраженные авторами или издателями, не обязательно отражают решения или декларируемую политику Всемирной организации здравоохранения.

Отпечатано в Дании

# Содержание

Сокращения .....	vi
<i>Предисловие</i> .....	vii
<b>Введение</b> .....	1
Обязательства ВОЗ в области обеспеченности и безопасности пищевых продуктов и питания .....	2
<b>1. Бремя болезней и важность продовольствия и питания</b> .....	5
Питание и бремя нездоровья .....	6
Безопасность пищевых продуктов: повышение озабоченности .....	9
Неопределенность и необеспеченность в области продовольствия и питания .....	11
<b>2. Политико-стратегическая координация</b> .....	17
Многосекторальная политика в области питания и обеспеченности продовольствием .....	18
Многосекторальная политика в области безопасности продуктов питания .....	23
<b>3. Политико-стратегические направления деятельности в 21-ом столетии</b> .....	27
Надлежащее и стабильное производство здоровых продуктов питания .....	27
Действия с целью охраны здоровья .....	28
Обязательства ВОЗ .....	32
<b>4. Путь вперед</b> .....	33
<b>5. Ссылки</b> .....	35

# Сокращения

ВБКЯ	вариант болезни Крейтцфельда-Якоба
ГЖКИ	годы жизни с корректировкой на инвалидность
ГСМОС/Питание	Глобальная система мониторинга окружающей среды – Программа мониторинга и оценки загрязнения пищевых продуктов
ГЭКРС	губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота
ЕУБПП	Европейское управление по безопасности пищевых продуктов
ИМТ	индекс массы тела
КБС	коронарная болезнь сердца
ЛПВП	холестерин липопротеинов высокой плотности
ЛПНП	холестерин липопротеинов низкой плотности
ННГ	новые независимые государства
ССБ	сердечно-сосудистые болезни
СЦВЕ	страны Центральной и Восточной Европы
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций



# Предисловие

*Европейское региональное бюро ВОЗ поощряет и поддерживает усилия стран по разработке и претворению в жизнь их планов действий в области продовольствия и питания. Существенной частью данной поддержки являются две важные публикации. Каждая из них содержит, в целом, одну и ту же информацию, но с адаптацией и привязкой к потребностям очень различающихся между собой аудиторий.*

*Первая публикация выходит большой книгой с углубленным анализом вопросов продовольственной гигиены, пищевых болезней, а также проблем, связанных с поставками и обеспеченностью продовольствием в Европе. Написанная и рассмотренная большим числом экспертов всего Европейского региона, эта книга будет содержать фактические научные данные для планов действий стран и Первого плана действий ВОЗ по продовольствию и питанию для Европейского региона. В ней содержится информация, которую профессиональные работники здравоохранения могут использовать с целью усиления их потенциала и возможностей по совершенствованию систем общественного здравоохранения в Европе. Второй же публикацией является настоящая брошюра, представляющая собой краткое резюме намного большей по объему книги, рассчитанной прежде всего на лиц, разрабатывающих и определяющих политику.*

*Построение настоящего резюме соответствует структуре книге, однако в нем рассматриваются ключевые действия и меры, которые должны быть осуществлены лицами, принимающими решения и разрабатывающими политику. Как и в книге, в резюме характеризуется роль и место в бремени нездоровья аспектов, связанных с продовольствием и питанием, угрозы для качества и безопасности продуктов питания и проблемы обеспечения оптимального снабжения высококачественными и питательными продуктами всех европейцев. Подытожив фактические данные и доказательства и показав необходимость конкретных действий, упор делается на возможные варианты стратегической политики с описанием мер и шагов, которые надлежит предпринять лицам, принимающим решения.*

*Трудность и вызов для лиц, разрабатывающих политику, заключается в том, что курсы политики во многих секторах, начиная от сельского хозяйства, обработки пищевых продуктов, производства и розничной продажи до продовольственного снабжения и поставок, а также рекламы, определяют наличие, доступность и возможное потребление продуктов питания. Вот почему стратегическая политика должна согласовываться таким образом, чтобы общественному здравоохранению обеспечивался надлежащий приоритет при разработке и определении продовольственной политики секторами, не относящимися к здравоохранению. Изменения в структуре и особенностях питания, причиняющих ущерб здоровью населения, не являются неизбежными, однако лицам, разрабатывающим и определяющим стратегическую политику, необходимы информация и данные, с тем чтобы они могли принимать информированные решения во избежание такого ущерба. Данные, собранные на уровне стран, можно сравнить с международными нормами и стандартами с целью обеспечения центральной и определяющей роли требований здоровья и общественного здравоохранения при принятии политико-стратегических решений. Такие вопросы, как обеспечение устойчивого и здорового продовольственного снабжения в Европе, снижение уровней избыточной массы тела/ожирения и отсутствие физической активности, а также защита от пищевых заболеваний, требуют самого срочного и неотложного к себе внимания в течение ближайших нескольких лет. Одна из важнейших мер заключается в координации процессов разработки и принятия стратегической политики таким образом, чтобы в продовольственной политике всех секторов обеспечивался надлежащий приоритет требований и интересов общественного здравоохранения.*

*Как и в книге, так и в настоящем резюме подчеркивается неотложная необходимость интегрированной многосекторальной политики в области продовольствия и питания для содействия и стимулирования устойчивого производства продуктов питания, их безопасности и обеспечения как можно более высококачественных и питательных пищевых продуктов для всех.*

Marc Danzon

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

# Введение

На Международной конференции по проблемам питания в 1992 г. и на всемирных встречах на высшем уровне по вопросам продовольствия и питания в 1996 и 2002 гг. было подчеркнуто, что доступ к безопасному и здоровому многообразию пищевых продуктов является одним из основных прав человека. Оптимальное снабжение безопасной и питательной пищей является непреложным условием и предпосылкой охраны и укрепления здоровья.

Несмотря на взятые на себя обязательства и усилия, прилагавшиеся на страновом и международном уровнях, все еще ощущается необходимость таких курсов политики, которые позволили бы уменьшить бремя недугов и болезней, связанных с продовольствием и питанием, и те расходы, потери и издержки, которыми они оборачиваются для общества и служб здравоохранения в Европейском регионе. В Первом плане действий по политике в области пищевых продуктов и питания Европейского региона ВОЗ на 2000–2005 гг. (1) подчеркивается необходимость разработки лицами, принимающими ответственные решения, таких курсов политики в области продовольствия и питания, которые бы обеспечивали защиту и укрепление здоровья и уменьшение бремени болезней, связанных с продовольствием и питанием, содействуя одновременно социально-экономическому развитию и последовательной защите окружающей среды в Европейском регионе.

Настоящее резюме предвещает более объемную будущую публикацию, в которой будут рассматриваться различные компоненты политики в области продовольствия и питания и фактические данные и доказательства их поддержки и обоснования. Дается характеристика растущих потерь и ущерба для здоровья, обусловленных недостатками в области пищевого снабжения, показана необходимость действий и дается описание шагов и мер, которые должны быть предприняты лицами, разрабатывающими и принимающими ответственные решения. В упомянутой выше более объемной книге и в настоящем

резюме подчеркивается неотложная необходимость интегрированной, многосекторальной стратегии в области продовольствия и питания для содействия устойчивому производству продуктов питания, их безопасности и обеспечению высококачественных продуктов питания для всех без исключения.

### **Обязательства ВОЗ в области обеспеченности и безопасности пищевых продуктов и питания**

Признавая важную роль продуктов питания для сохранения и поддержания здоровья, руководящий орган ВОЗ, каковым является Всемирная ассамблея здравоохранения, принял целый ряд резолюций в поддержку деятельности на страновом и международном уровнях по усилению продовольственной политики и стратегии.

- В резолюции WHA53.15 (2000 г.) содержится обращенное к государствам-членам настоятельное требование разработки такой стратегии в области безопасности пищевых продуктов, которая была бы интегрирована с политикой и стратегией в области общественного здравоохранения и питания, обязывала бы ВОЗ усилить ее деятельность по надзору и контролю для разработки и развития научного сотрудничества, для содействия включению и учету здравоохранительных соображений в международной торговле продуктами питания и для содействия созданию и наращиванию необходимых мощностей и возможностей (в 2002 г. ВОЗ выступила с глобальной стратегией обеспечения безопасности продуктов питания, в которой дается краткий обзор мер и действий, необходимых для сокращения распространенности пищевых болезней).
- В резолюциях WHA54.2 (2001 г.) и WHA55.25 (2002 г.) по вопросам питания в раннем детском и молодом возрасте содержался настоятельный призыв к государствам-членам стимулировать и поощрять грудное вскармливание с помощью, например, благоприятных для родителей и младенцев условий и обстановки в стационарах, и усилить контроль за сбытом заменителей грудного молока, опираясь на поддержку со стороны ВОЗ. В 2002 г. ВОЗ издала глобальную стратегию по питанию детей в раннем детском и молодом возрасте, в которой изложены меры и действия, необходимые для содействия здоровью детей самого младшего возраста.

- В резолюции WHA55.11 о здоровье и устойчивом развитии (2002 г.) содержалось обращенное к ВОЗ требование помочь странам разработать соответствующие курсы политики и выполнить планы стран, направленные на пропаганду и продвижение устойчивых и благоприятствующих здоровью видов и способов потребления.
- В резолюции WHA55.23 (2002 г.) содержался обращенный к государствам-членам настоятельный призыв разработать национальные планы действий по питанию и физической активности, причем с такими стратегиями по рациону и режиму питания, которые бы обеспечивали привлечение всех секторов, включая гражданское общество и пищевую промышленность, и на ВОЗ было возложено обязательство разработать глобальную стратегию по вопросам рациона и режима питания, физической активности и здоровья в рамках ее стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.

В Европе на пятидесятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2000 г. были рассмотрены вопросы продовольственного снабжения, безопасности пищевых продуктов и питания. Своей резолюцией EUR/RC50/R8 Региональный комитет утвердил пятилетний план действий по разработке комплексной стратегии в области продовольствия и питания. Настоящая книга является частью продолжающейся программы деятельности в этой области.

На своей пятьдесят первой сессии в 2001 г. Региональный комитет рассмотрел проявления неравенства, включая проблему нехватки продовольствия (документ EUR/RC51/8). Резолюция EUR/RC51/R6 Регионального комитета обязывает Европейское региональное бюро ВОЗ мобилизовать ресурсы для осуществления деятельности по последовательному и целенаправленному решению проблемы “бедности и здоровья” в рамках Региона.

# 1. Бремя болезней и важность продовольствия и питания

Продукты питания играют исключительно важную роль, с одной стороны, вызывая и, с другой – наоборот, – предупреждая множество болезней. Употребление в пищу недостаточного ассортимента продуктов питания может привести к болезням недостаточности питания (дефицита питательных веществ), а загрязнение пищи может вызывать пищевые болезни. Экономические последствия плохого питания включают снижение производительности, семейные расстройства и неурядицы и значительные расходы и издержки национальных служб здравоохранения.

Несогласованность политики и стратегии в области сельского хозяйства, промышленности и продовольствия и питания могут причинить ущерб здоровью, окружающей среде и экономике, однако неблагоприятные последствия могут быть снижены и здоровье может быть улучшено, если все сектора и отрасли будут действовать в соответствии с поставленными политико-стратегическими задачами. В курсах политики стран в области продовольствия и питания необходимо решать задачи по трем зачастую совпадающим направлениям, а именно: питание, безопасность пищевых продуктов и стабильное продовольственное снабжение (обеспеченность продуктами питания). В первом плане действий по политике в области продовольствия и питания (1) содержится призыв к осуществлению взаимосвязанных стратегий по всем трем направлениям (рис. 1).

Стратегия в области питания направлена на укрепление здоровья и предупреждение недостаточности пищевых продуктов и профилактику таких хронических заболеваний, как сердечно-сосудистые болезни и рак. Стратегия направлена на обеспечение более лучшего здоровья – особенно в группах с низкими уровнями доходов и в критические периоды на протяжении всей жизни, такие как младенчество (ранний детский возраст), детство, беременность и лактация, а также старший возраст.

Рисунок 1. Комплексная политика в области продовольствия и питания



*Источник: Первый план действий по политике в области продовольствия и питания, Европейский регион ВОЗ, 2000–2005 гг. (1).*

В стратегии по безопасности пищевых продуктов подчеркивается необходимость предупреждения загрязнения и заражения – как химического, так и биологического, – на всех стадиях и ступенях пищевой цепи. Большую озабоченность вызывает потенциальное воздействие и последствия употребления в пищу небезопасных пищевых продуктов на здоровье, и поэтому разрабатываются новые системы безопасности пищевых продуктов со всеобъемлющим охватом компонентов, начиная от фермы и до обеденного стола.

Стратегия обеспеченности продовольственных продуктов требует наличия достаточного количества продуктов питания высокого качества при одновременном стимулировании сельского хозяйства и укреплении социальных и экологических аспектов устойчивого развития.

## Питание и бремя нездоровья

Плохое питание является одной из важных составляющих бремени нездоровья и недугов в Европе. Рацион питания с высоким содержанием насыщенных жиров и энергоемкие продукты питания (с высоким содержанием жира и/или сахара) и с низким содержанием фруктов и овощей, наряду с сидячим образом жизни

и курением, являются важнейшей причиной сердечно-сосудистых болезней (ССБ), рака и ожирения. ССБ и рак – это две основные причины смертности в Европейском регионе ВОЗ.

ССБ, например, вызывают более 4 млн. смертных случаев в год в Европе. Коронарная ишемическая болезнь сердца (КБС) является наиболее общей причиной преждевременной смерти, на которую приходится около 90 000 смертных случаев в год: 16% всех преждевременных смертей мужчин и 12% – женщин. Более того, в странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и новых независимых государствах (ННГ) смертность от ССБ почти вдвое превышает соответствующие показатели в Европейском союзе (ЕС) и продолжает повышаться во многих странах. Положение с инсультом является аналогичным. В Западной Европе число смертей от ССБ снижается, хотя распространенность, по-видимому, проявляет тенденцию к повышению. Риск ССБ увеличивается с возрастом, и улучшенные показатели выживания/выживаемости означают, что в условиях общего старения населения большее число европейцев страдают от тех или иных отклонений или заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Около трети случаев ССБ связано с плохим рационом и/или режимом питания (2). Улучшение рациона и режима питания помогло бы предотвратить от 30 до 40% случаев онкологических заболеваний (3). До 20–30 % взрослых страдают избыточной массой тела<sup>1</sup>, причем ожирение все более распространяется среди детей, увеличивая риск их заболевания ССБ в будущем (4). Более того, согласно данным предварительных анализов, плохим питанием объясняется 4,6% суммарных потерь лет жизни с корректировкой на инвалидность в ЕС, причем на ожирение и отсутствие физической активности приходится дополнительно 3,7% и 1,4%, соответственно (5).

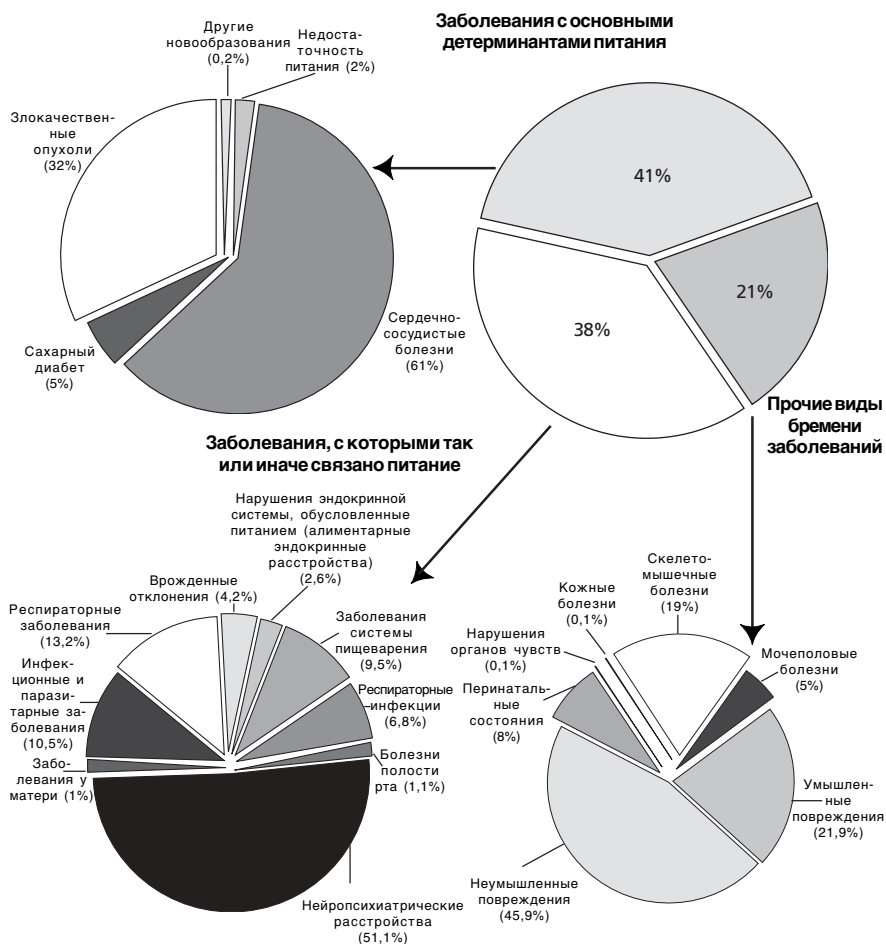
На рис. 2 показано то место, которое плохое питание занимает в основных причинах нетрудоспособности/инвалидности и преждевременной смертности в Европейском регионе ВОЗ. В 2000 г. было потеряно 136 млн. лет здоровой жизни; основные факторы риска, связанные с питанием, вызвали потерю более 56 млн. лет здоровой жизни, и алиментарные факторы сыграли свою роковую роль в потере еще 52 млн. (6). В Регионе все еще преобладают случаи недостаточности таких питательных

---

<sup>1</sup> Ожирение определяется как индекс массы тела (ИМТ), равный 30 или более; ИМТ определяется путем деления веса в килограммах на квадрат роста в м<sup>2</sup>.



Рисунок 2. Утраченные годы здоровой жизни в Европейском регионе, 2000 г.



Источник: адаптировано из Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности (6).

веществ, как йод и железо. Йодной недостаточностью страдает около 16% населения Европы, и она является одной из основных причин умственной отсталости, которой можно было бы избежать. От железодефицитной (сидеропенической) анемии страдают миллионы людей. Она тормозит развитие познавательных способностей у детей и повышает риск заболевания и смерти беременных женщин. Как будет указано ниже, низкий уровень распространенности грудного вскармливания и недоброкачественные методы и практика вскармливания являются

причиной плохого или неправильного питания в раннем детском возрасте, что проявляется в задержках роста и в субоптимальном (недостаточном) развитии познавательных способностей (7).

Помимо страданий заболевших, на болезни, связанные с рационом и режимом питания, приходится около 30% расходов национальных служб здравоохранения (8). Считается, что на расходы, обусловленные ожирением, уходит около 7% суммарного бюджета здравоохранения (9). Вне сектора здравоохранения болезни, связанные с рационом и режимом питания, приводят и к другим социально-экономическим расходам и потерям.

Наоборот, улучшение положения в области питания облегчит бремя болезней среди населения и принести поэтому экономические выгоды. Улучшение системы общественного здравоохранения является важным условием повышения национального богатства (8).

### Безопасность пищевых продуктов: повышение озабоченности

Данные о частоте и распространенности пищевых болезней занижаются. Сложившиеся системы эпиднадзора существуют лишь в немногих странах Региона, однако даже в них, согласно имеющимся данным, предоставляются данные лишь по 1–10% случаев инфекционных болезней, передающихся через пищу. Эти случаи – лишь верхушка айсберга.

Повсеместно частота пищевых заболеваний, данные о которых представляются в программу ВОЗ по борьбе с пищевыми инфекциями и интоксикациями в Европе, за последние 20 лет увеличилась. Распространенность заболевания, вызываемого *сальмонеллой* и *Campylobacter* – наиболее распространенными переносчиками пищевой инфекции – резко возросла во многих европейских странах. Число сообщений о заражении *Campylobacter* постоянно возрастало начиная с 1985 г. В настоящее время это заражение является наиболее широко сообщаемой причиной желудочно-кишечных инфекций во многих европейских странах (10).

Сообщение о варианте болезни Крейтцфельда-Якоба (ВБКЯ) впервые появилось в 1996 г. в Соединенном Королевстве. В отличие от традиционных форм этого заболевания, ВБКЯ поражает людей более молодого возраста, имеет относительно более долгую протяженность и тесно связан с воздействием,

вероятно через пищу, губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота (ГЭКРС). В период с октября 1996 г. до начала июня 2001 г. в Соединенном Королевстве было зарегистрировано 95 случаев ГЭКРС, во Франции – 3 и в Ирландии – 1. Имеющаяся информация недостаточна для того, чтобы можно было обоснованно предсказывать возможное число случаев в будущем.

Воздействие пищевого заболевания на человека зависит от таких факторов, как возраст, состояние здоровья и питания, а также от степени вирулентности соответствующего возбудителя. Для в остальном здоровых взрослых пищевое заболевание является весьма неприятным, хотя и не опасным для жизни, состоянием, приводящим к “самоограничивающемуся” гастроэнтериту. Как правило, это заболевание характеризуется сочетанием тошноты, рвоты, болей в желудке и диареи.

Тем не менее, пищевые заболевания, такие как листериоз, ботулизм и паралитическое отравление моллюсками/ракообразными (токсин моллюсков), могут характеризоваться различными дополнительными или более серьезными симптомами. Более того, все виды пищевых заболеваний могут проявляться более тяжелым образом в уязвимых группах – таких, как младенцы и дети, а также пожилые и престарелые, больные, беременные женщины или лица с ослабленным иммунитетом.

Для заражения *Listeria monocytogenis*, поражающей, главным образом, уязвимые группы, характерен показатель смертности, равный 20–30%. У примерно 10% пациентов (главным образом, детей) с геморрагическим колитом, вызванным *Escherichia coli* (кишечной палочкой), вырабатывающей веротоксин, позднее развивается представляющее угрозу для жизни осложнение – гемолитико-уремический синдром (11).

Возрастает число фактических данных и доказательств серьезных долгосрочных последствий для здоровья заболеваний и расстройств пищевого происхождения, включая почечную недостаточность, реактивный артрит, а также нарушения и расстройства мозга и нервной системы (12). Особую озабоченность вызывает воздействие опасных химических веществ на рацион питания уязвимых групп. Попадание химических веществ в организм у различных групп и категорий может быть различным, и для наиболее чувствительных требуется проведение надлежащих оценок, или анализа, риска. Особому риску подвергаются младенцы и дети.

Среди европейского населения возрастает число людей, относящихся к категориям пожилых и престарелых, хронически

больных (например, диабетом) или лиц с ослабленным иммунитетом. Это означает, что чувствительность и уязвимость к пищевым заболеваниям может идти по возрастающей, и последствия этого могут становиться все более серьезными.

Хотя на небезопасные продукты питания приходится относительно небольшая доля суммарного бремени болезней в Европе – за исключением, разве что, стран, где диарея является одной из важнейших причин смертности в раннем детском возрасте, – политические деятели, общественность и население в большей степени реагируют на вспышки таких пищевых заболеваний, как губчатая энцефалопатия, чем на болезни, обусловленные плохим питанием.

Безопасность пищевых продуктов всегда вызывала большую озабоченность у общественности, населения и средств массовой информации во многих странах, о чем свидетельствует создание целого ряда правительственных специализированных учреждений в странах и Европейского ведомства по безопасности пищевых продуктов (EFSA). Тем не менее, пищевые заболевания вызывают значительно большую долю суммарного бремени нездоровья, чем ожирение, ССБ, диабет и определенные виды онкологических заболеваний.

## Неопределенность и необеспеченность в области продовольствия и питания

Помощник Генерального директора Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) Hartwig de Haen заявил в 1998 г. (13):

В целом, в мире достаточно продовольствия для того, чтобы прокормить население земного шара, однако оно распределено неравным образом, и у многих людей нет возможности купить его... При этом доступность продовольствия является серьезной проблемой даже там, где продовольственное снабжение на страновом уровне является достаточным. В самих странах и даже внутри домохозяйств и семей продовольствие распределяется не всегда равным образом. Для обеспечения алиментарного благополучия и благосостояния каждый человек должен всегда иметь доступ к достаточному количеству различных видов безопасных и высококачественных продуктов питания.

Бедность уменьшает доступ к возможностям надлежащего продовольственного снабжения. В рамках Повестки дня-21 (14)

страны взяли на себя обязательство уменьшить бедность и социальное неравенство. Необходимо так регулировать политику и стратегию в области продовольствия и здоровья, чтобы обеспечить как надлежащее, так и справедливое распределение в области продовольственного снабжения, с тем чтобы продовольствием и питанием обеспечивались все без исключения.

В 2001 г. Европейский региональный комитет ВОЗ утвердил резолюцию EUR/RC51/R6 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Governance/20011123\\_1](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Governance/20011123_1), данные по состоянию на 13 сентября 2002 г.), в которой признается взаимосвязь между бедностью и нездоровьем и подчеркивается ответственность сектора здравоохранения за “вклад в борьбу с бедностью как часть всеобъемлющих многосекторальных усилий”. В документе о бедности и здоровье, представленном Комитету (<http://www.euro.who.int/Document/RC51/edoc8.pdf>, данные по состоянию на 13 сентября 2002 г.), была отмечена тесная взаимосвязь между плохими социальными условиями и повышенным риском как плохого питания, так и хронических состояний, связанных с питанием, включая ишемическую болезнь сердца, инсульт, высокое кровяное давление и ожирение. Одни люди в Европе пользуются беспрепятственным доступом к магазинам, изобилующим всевозможными продуктами питания со всего земного шара и имеют в карманах деньги для их оплаты. Другие же лишены этих преимуществ и живут впроголодь и могут позволить себе поесть лишь один раз в день, а то и вообще могут остаться без пищи. Такие проявления неравенства в отношении продовольствия и обеспеченности питанием можно встретить в любой стране Европейского региона.

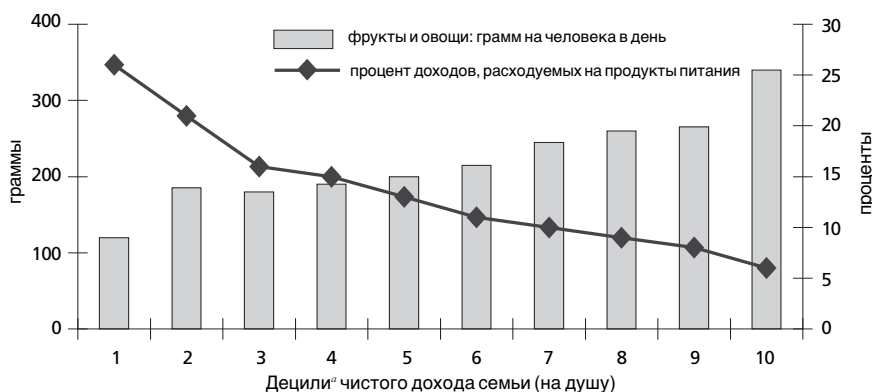
Хотя люди с низкими уровнями доходов обычно весьма эффективны в своих попытках получить достаточно продуктов питания за имеющиеся у них немногие деньги, они могут тратить меньше на защищающие здоровье продукты питания, такие, например, как фрукты и овощи, – и относительно больше на энергоемкие продукты питания (15). Обзорные исследования, проводившиеся в странах с изобилием продовольственных поставок и снабжения, показывают, что самыми дешевыми источниками энергии, поступающей через пищу, являются жиры и масла, белый хлеб и сахаристые продукты, безалкогольные напитки и жирные мясопродукты, и что группы населения с низкими уровнями доходов чаще покупают эти энергоемкие виды продуктов (16, 17). Семьи же с более высокими уровнями доходов употребляют в пищу, наоборот, больше фруктов и овощей и

затрачивают на питание меньшую долю своих суммарных доходов (18) (рис. 3).

Некоторым домохозяйствам или семьям может потребоваться больше денег на продукты питания, чем они могут позволить себе заплатить. Термины “питание”, “продовольствие”, “пища” достаточно растяжимы, поэтому некоторые члены семьи могут лишаться себя возможности надлежащего питания, с тем чтобы другие могли досыта поесть или позволить себе сделать иные существенные покупки. В частности, такая жертвенная способность недоедать, стараясь позволить другим членам семьи вдоволь или достаточно поесть, не остаться голодными, свойственна женщинам. Однако плохое питание до и в ходе беременности может причинить ущерб здоровью женщины и ее ребенка.

Рост и развитие младших детей является традиционным показателем алиментарного благополучия населения. Согласно глобальным данным ВОЗ по росту и развитию детей и плохому питанию (<http://www.who.int/nutgrowthdb/>, данные по состоянию на 13 сентября 2002 г.), низкие показатели грудного вскармливания и ошибочные методы и практика питания по-прежнему приводят к отставаниям и задержкам роста и познавательных способностей. Обзорные исследования, проведенные в СЦВЕ и ННГ (19–22), показывают, что для этих стран все еще характерны некоторые

Рисунок 3. Взаимосвязь между долей доходов, расходуемых на потребление свежих фруктов и овощей, и долей доходов, затрачиваемых на продукты питания



<sup>a</sup> 1 = более низкие доходы, 10 = наивысшие доходы.

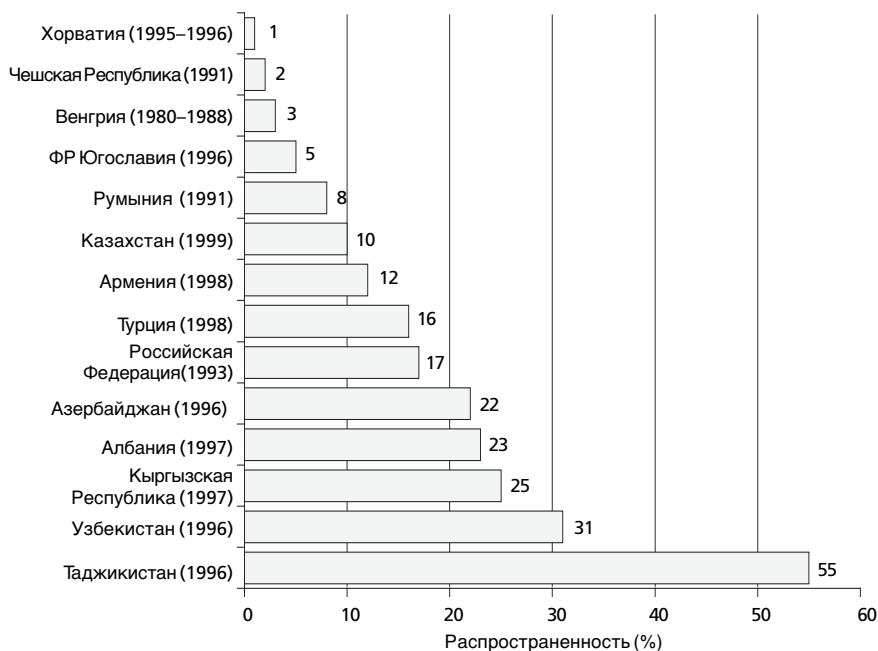
Источник: Отдел по вопросам продовольствия, окружающей среды и делам сельского населения (18).

из наихудших показателей в отношении задержек роста среди дошкольников в мире (рис.4). Они обусловлены сочетанием плохого и неправильного питания и диарейных болезней – последствия употребления в пищу небезопасных продуктов питания и загрязненной или зараженной воды.

Неравенство в росте и развитии детей наблюдается и в западноевропейских странах. Например, в Соединенном Королевстве дети в более богатых или зажиточных семьях в среднем на 10 см выше ростом, чем их сверстники в более бедных семьях. Проявления неравенства характерны и для показателей грудного вскармливания: женщины в более богатых семьях, как правило, кормят грудью дольше, чем в более бедных семьях.

В целом же, о неравном распределении рисков в отношении безопасности продуктов питания в различных в социально-экономическом отношении группах и контингентах населения известно немного. Из-за отсутствия же подробных исследований данные и свидетельства в отношении общего понимания и осознания требований в области здоровья и гигиены говорят о том, что для представителей более привилегированных в

Рис. 4. Распространенность задержек в росте у дошкольников в ряде стран СЦВЕ и ННГ в 1990-е годы выборочно



социально-экономическом отношении групп характерно более благоприятное для здоровья поведение. Так, например, исследование образа жизни и поведения продавцов пищевыми продуктами в Италии (23) показало, что, хотя положительное отношение к требованиям гигиены выражало большинство их, все же продавцы с более высоким уровнем образования и обучения по вопросам обработки, транспортировки, погрузочно-разгрузочных работ отличались, как правило, своим стремлением претворить, реализовать свои знания на практике.

Люди с низкими уровнями доходов могут оказаться не в состоянии позволить себе определенные средства и атрибуты гигиены – такие, как холодильники и морозильные камеры, контейнеры с покрытиями, защищающими от насекомых или грызунов или придающими непроницаемость, горячая вода или даже свободный доступ к чистой воде. Данные из Таджикистана говорят о том, что представители наиболее бедных 20% домохозяйств не имеют, по-видимому, холодильника или электрической или газовой плиты (24). Недоброкачественное питание или продукты питания, приготовленные или обработанные не прошедшим специальную подготовку персоналом, предлагаются, по-видимому, по более низким ценам, привлекая потребителей с ограниченными денежными средствами. Более худшее состояние питания более бедного населения может повышать риск их заражения, включая пищевые инфекции. Кроме того, применение химических веществ в сельском хозяйстве в целом менее жестко контролируется в более бедных странах, что может привести к более сильному воздействию химических веществ и загрязнителей на население через рацион питания.

Более бедные контингенты населения могут также сталкиваться с проблемами, вытекающими из ограниченного доступа к информации, службам и услугам. Лица с недостаточной общей информированностью по вопросам гигиены и обработки продуктов питания могут пойти непреднамеренно, неумышленно на риск, повышая тем самым возможность заражения, а также распространения инфекции среди других членов семьи или общины. Люди, лишенные беспрепятственного доступа к медико-санитарным учреждениям и службам, могут лишиться возможности быстрого и эффективного лечения по поводу пищевого заражения, а это повышает риск распространения инфекции среди других.

Наоборот, люди, живущие в более богатых странах, могут пользоваться преимуществами больших инвестиций на



общественное здравоохранение, большей эффективности контроля вспышек заболеваний и борьбы с ними, а также направления больших финансовых средств на лабораторный и эпидемиологический контроль и надзор. Однако проживание в богатых странах имеет и свои отрицательные стороны. Так, например, для более богатых стран с их более развитым на промышленной основе животноводством может быть характерна большая распространенность таких болезнетворных микроорганизмов, как сальмонелла и *Campylobacter*.

## 2. Политико-стратегическая координация

Наличие и доступность продуктов питания зависят от той или иной политики и стратегии во множестве секторов, начиная от сельского хозяйства и обработки продуктов питания, их изготовления и торговли ими до розничной продажи, поставок и снабжения, а также рекламирования. Вот почему стратегия в области продовольствия и питания должна координироваться таким образом, чтобы общественному здравоохранению обеспечивался должный приоритет в разработке продовольственной политики секторами, не относящимися к здравоохранению.

В последние несколько десятилетий в Европе произошли изменения в структуре и особенностях рациона и режима питания, причем изменения эти не всегда являются положительными. Так, например, традиционный рацион питания в регионе Средиземноморья, характеризующихся изобилием таких составляющих, как фрукты, овощи и рыба, и низкими уровнями обработанных мясных и молочных продуктов питания, уступают место рационам с более высоким содержанием молока и других молочных продуктов, мяса, более рафинированных крахмалов и сахара, а также с более низкими уровнями содержания фруктов и овощей.

Такие изменения не являются неизбежными или необратимыми. Изменения рациона питания определяются целым рядом факторов, как то: политика в области продовольственного снабжения, ценообразования и технологий; деятельность по пропаганде продукции и информация в области общественного здравоохранения. Направление изменений в значительной степени определяется сочетанием потребительского спроса и коммерческих инвестиций на массовое производство и продвижение.

Структура и особенности изменений меняются вместе с условиями и обстоятельствами. Так, например, согласно данным продовольственного сектора в переходной экономике стран Восточной Европы в 1990-е годы, 60% прямых иностранных инвестиций осуществлялись в производство кондитерских

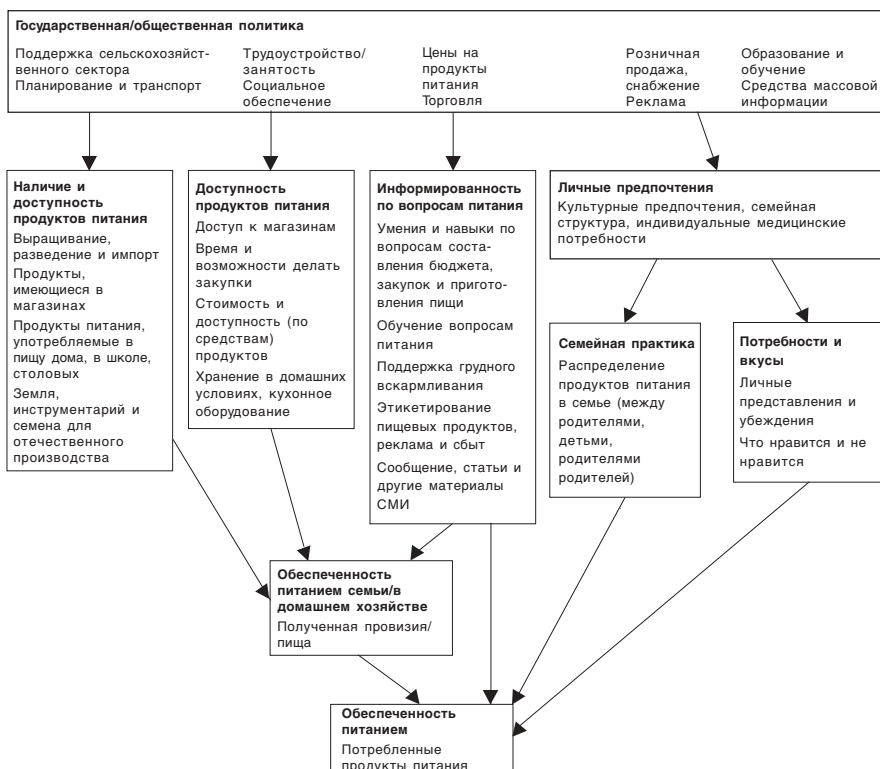
изделий и безалкогольных напитков и менее 6% – в продукцию из фруктов и овощей (25).

Выбор продуктов питания может в меньшей степени зависеть от индивидуальных предпочтений, и в большей – от того, что имеется, а также доступно, по средствам. Факторы, определяющие личный выбор, включают обучение и просвещение потребителей, этикетирование и маркетинг пищевых продуктов, а также средства массовой информации. На рис. 5 показываются и определяются взаимосвязи широкого спектра влияний на выбор тех или иных продуктов питания.

## Многосекторальная политика в области питания и обеспеченности продовольствием

Согласованные курсы политики в различных секторах могут обеспечить значительные выгоды и преимущества для здоровья.

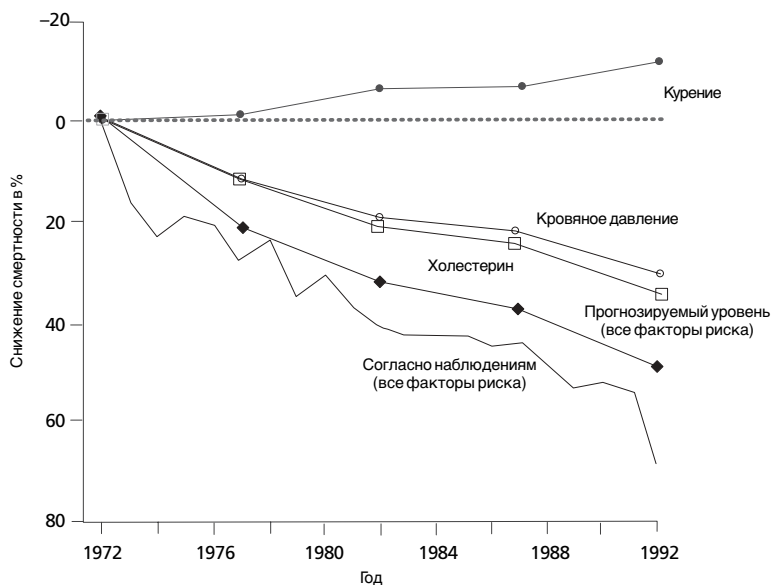
Рисунок 5. Факторы, влияющие на выбор продуктов питания



В том, что касается питания, рациона и режима, министры здравоохранения должны сотрудничать с другими заинтересованными сторонами, как то: органами, отвечающими за политику в области пищевого снабжения и ценообразования, органами местного планирования и торговли, учреждениями, занимающимися сбытом и рекламированием продовольственных продуктов, школами и колледжами, а также добровольными организациями, предоставляющими информацию по вопросам здоровья и его охраны.

Отличным примером являлась на протяжении последних трех десятилетий Финляндия. Комплексная продовольственная стратегия начала претворяться в жизнь в одной из областей, а именно в Северной Карелии, с дальнейшим распространением в остальной стране благодаря успешности осуществлявшейся там деятельности. Это успех вновь подчеркнул основополагающую важность и значимость рациона и режима питания. Так, например, у финских женщин резко снизились уровни содержания холестерина в крови, кровяное давление и смертность от ССБ, несмотря на повышение распространенности курения (рис. 6) (26).

Рисунок 6. Снижение смертности от заболеваний сердца у женщин в возрасте 35–64 лет в Финляндии (1972–1992 гг.)



Источник: Vartiainen (26).

Финский пример показывает, что последовательная, целеустремленная политика, поддерживаемая на местном уровне, может принести огромную пользу. Для проекта, проводившегося в Северной Карелии, были характерны следующие ключевые элементы:

- Направленность стратегий на все население и общины, а не только на группы высокого риска;
- Сотрудничество сектора здравоохранения с пищевой промышленностью и СМИ;
- Реформы на всем протяжении пищевой цепи (например, производства, обработки и переработки растительных масел и фруктов, и особенно ягод);
- Изменения в рационе и режиме питания, не требующие новой кухни;
- Включение оценки и мониторинга; и, наконец,
- Поддержка со стороны неправительственных организаций.

Необходимость сотрудничества между страновым, региональным/областным и местным уровнями

Политика в области продовольствия и питания на уровне страны должна интегрироваться с курсами политики региональных/областных органов власти, особенно в таких областях, как транспорт, планирование и контроль пищевых продуктов и распределение продуктов питания (например, розничная продажа и обслуживание/обеспечение).

Странам необходимо собирать и оценивать данные о структуре и особенностях рациона и режима питания и влиянии сельскохозяйственной политики и политики пищевого снабжения на обеспеченность семей и домохозяйств продуктами питания и обеспеченность питанием на индивидуальном уровне. Необходимо улучшить надзор и контроль за наличием и доступностью продовольствия, аспектами, связанными с рационом и режимом, а также за состоянием питания. Слишком мало внимания уделялось тому, что и как делают люди, когда улучшается их социально-экономическое положение (27). Необходимо осуществлять изучение и мониторинг цен и различий цен на продукты питания. Когда это целесообразно, исследователи могут использовать эту информацию для составления правил и положений, формулируемых для аспектов законодательства, связанных с минимальными доходами,

стандартами и нормативами для семейных бюджетов и уровней социального вспомоществования (пособия, льготы) (28).

Национальные курсы политики могут способствовать улучшению положения с питанием вне дома, в частности, в учреждениях, находящихся под государственным контролем, – таких, как школы, больницы, тюрьмы и военные базы. Курсы политики на страновом и местном уровнях могут также способствовать улучшению массового обслуживания и обеспечения населения в местах работы, производства, а также в государственных и частных учреждениях. Например, в Финляндии массовое обслуживание населения является отличным способом влияния на рацион питания, так как в среднем каждый финн ест 25 раз в год вне дома. В Финляндии еда, предоставляемая на местном уровне, всегда включает овощи, а употребление в пищу фруктов и овощей за последнее десятилетие более чем удвоилось.

Помимо политики в области продовольствия и питания, необходима разработка стратегии на местном и страновом уровнях с целью повышения уровней физической активности. Препятствиями для такой активности являются, в частности, отсутствие или нехватка соответствующих учреждений или возможностей (таких, как, например, безопасные дорожки для ходьбы и для езды на велосипедах), неприятные или опасные средовые условия, недостаточная защищенность или отсутствие укрытий от плохой погоды и чрезмерно высокая стоимость рекреационных услуг, учреждений и возможностей для проведения свободного времени и досуга.

### Потребность в алиментарно обоснованных руководящих принципах и рекомендациях по режиму и рациону питания на страновом уровне

Лица, разрабатывающие и определяющие политику, могут использовать задачи и нормативы по рациону и режиму питания для мониторинга и оценки алиментарного здоровья населения. Помимо рассмотрения обзорных исследований по рационам питания, министерства здравоохранения могут счесть целесообразным проводить сравнения задач, связанных с рационом питания, с национальными статистическими данными по сельскохозяйственному и продовольственному обеспечению.

В табл. 1 подытоживаются на уровне страны цели в области питания, поставленные правительствами по всему Европейскому

Таблица 1. Цели и рекомендации по рациону и режиму питания в различных странах Европейского региона

Компонент	Цель
Доля усвоенной суммарной энергии за счет:	
жиров (суммарно)	менее 30–35%
насыщенных жиров	менее 10%
сахара	менее 10%
фруктов и овощей	более 400–600 г в день
соли	менее 5–8 г в день
Вес тела	ИМТ 18–27
Физическая активность	30-минутные умеренные упражнения ежедневно
Грудное вскармливание	4–6 месяцев <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Многие страны пересматривают свои рекомендации по грудному вскармливанию, устанавливая их в 6 месяцев. В соответствии с резолюцией WHA54.2 Всемирной ассамблеи здравоохранения ([http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA54/ea54r2.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/ea54r2.pdf), по состоянию на 15 сентября 2002 г.).

*Источник: Руководящие принципы по рациону питания, основывающиеся на продовольствии, в европейских государствах-членах ВОЗ (29).*

региону (29). Указанные цифровые данные отражают диапазон и разброс данных, представленных различными странами.

В табл. 2 показаны некоторые уровни пищевого снабжения, необходимые для удовлетворения большей части тех рекомендаций, в сравнении с фактическими поставками продовольствия в Ирландии и Италии, и показаны изменения в структуре и особенностях поставок и снабжения в обеих странах в период с 1965 по 1999 г. Население Ирландии снабжалось продовольствием с высокими уровнями содержания жиров и недостаточным количеством фруктов и овощей. Италия повысила свои поставки жиров, намного превысив максимум, который может быть рекомендован с учетом требований в отношении здоровья, однако количество фруктов и овощей значительно превышало требуемый минимум.

Чтобы помочь людям изменить свои привычки, связанные с рационом и режимом питания, в соответствии с рекомендациями, рассчитанные на население цели следует формулировать в виде руководящих принципов и рекомендаций стран по рациону и режиму питания. Они должны отражать цели с учетом тех конкретных продуктов питания, которые люди покупают и потребляют в пищу. Каждой стране надлежит разработать свои

Таблица 2. Сравнения рекомендаций в отношении рациона питания с продовольственным снабжением населения Ирландии и Италии, 1965 и 1999 гг.

Компонент	Цели в отношении населения (30)	Теоретически необходимые поставки продовольствия (на чел. в день) (30)	Фактические поставки продовольствия (на чел. в день) (31)			
			Ирландия		Италия	
			1965	1999	1965	1999
Итого жиров	< 30% суммарной калорийности (энергии)	< 80 г жиров	119 г	136 г	90 г	152 г
Насыщенные жиры	< 10% суммарной калорийности (энергии)	< 60 г жиров из продуктов животного происхождения	100 г	89 г	38 г	70 г
Сахар	< 10% суммарной калорийности (энергии)	< 65 г эквивалента сахара-сырца	146 г	116 г	73 г	81 г
Фрукты и овощи	> 400 г в день	600 г фруктов и овощей (400 г съедобной массы)	245 г	390 г	720 г	858 г

собственные алиментарные руководящие принципы и рекомендации по рациону и режиму питания в соответствии с особенностями своей культуры и своими условиями. Такие национальные руководящие принципы и рекомендации должны охватывать практику грудного вскармливания, кормление детей и питание уязвимых групп взрослых людей.

### Многосекторальная политика в области безопасности продуктов питания

Для обеспечения должного приоритета принципов и целей общественного здравоохранения при разработке продовольственной политики министрам здравоохранения необходимо участвовать и, возможно, даже самим возглавить необходимое перекрестно-секторальное сотрудничество. Что касается безопасности пищевых продуктов, то министерствам здравоохранения необходимо будет сотрудничать с организациями и учреждениями, отвечающими за курсы политики в области



производства, торговли и транспортировки продовольственных продуктов (32).

Увеличивается озабоченность вопросами безопасности пищевых продуктов и здоровья, вызывая потерю доверия со стороны потребителей. Так, например, применение антибиотиков в животноводстве вызывает тревогу и опасения по поводу устойчивости к антибиотикам. Применение биотехнологий в генетически модифицированных продуктах питания могло бы привести к резкому изменению продовольственных поставок и снабжения. Межсекторальное сотрудничество, наряду с гласностью в области разработки и формулирования политики, играет решающую роль в восстановлении и поддержании доверия со стороны потребителей.

Вопросами безопасности продуктов питания озабочены самые различные правительственные департаменты, отделы или ведомства, включая здравоохранение, сельское хозяйство, рыболовство, торговлю, туризм, образование, окружающую среду, планирование и финансы. Для обеспечения эффективной политики надзора и контроля за пищевыми продуктами необходим всеобъемлющий и интегрированный подход на страновом и международном уровнях. Множество международных стандартов и нормативов разработано ФАО и ВОЗ, а также Комиссией Codex Alimentarius (<http://www.codexalimentarius.net>, по состоянию на 15 сентября 2002 г.).

ВОЗ оказывает помощь и содействие по широкому кругу деятельности и мероприятий, связанных с продовольствием, включая установление международных стандартов по торговле продуктами питания через Codex Alimentarius, оценку факторов риска для здоровья и разработку основных рамочных принципов анализа риска, контроль за пищевыми заболеваниями и предоставление технической помощи. В соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA53.12, 2000 г. ([http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA53/ResWHA53/15.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA53/ResWHA53/15.pdf), по состоянию на 13 сентября 2002 г.), ВОЗ разработала глобальную стратегию безопасности пищевых продуктов для уменьшения бремени пищевых заболеваний и социальных условий (33). В стратегии (33) определяются основные вызывающие озабоченность проблемы и факторы и включен ряд таких подходов, как усиление систем эпиднадзора за пищевыми заболеваниями; совершенствование способов и методов оценки риска; продвижение безопасной новой технологии, включая генную инженерию; обеспечение того, чтобы проблемы здравоохранения

рассматривались и учитывались в Codex Alimentarius, улучшение коммуникации и связей по вопросам риска; усиление международного сотрудничества; и создание необходимого потенциала для обеспечения продовольственной безопасности. Для уменьшения проблем, связанных с химическими факторами риска и опасностями для пищевых продуктов, странам необходимо разработать и развивать свои мощности и потенциал в области оценки и регулирования факторов риска. В некоторых странах необходимы упорядочение и рационализация существующих инфраструктур и их усиление для достижения более высокого уровня защиты. Поэтому всем странам в Европе надлежит участвовать в деятельности таких международных организаций, как Глобальная система ВОЗ по мониторингу окружающей среды – программа по мониторингу и оценке загрязнения пищевых продуктов (GEMS/Food – <http://www.who.int/fsf/gems.htm> и [http://www.euro.who.int/foodsafety/MainActs/20020112\\_1](http://www.euro.who.int/foodsafety/MainActs/20020112_1), по состоянию на 15 сентября 2002 г.) и Программа ВОЗ по надзору за борьбой с пищевыми инфекциями и интоксикациями в Европе ([http://www.euro.who.int/foodsafety/MainActs/20010910\\_2](http://www.euro.who.int/foodsafety/MainActs/20010910_2), по состоянию на 13 сентября 2002 г.).

Для усиления безопасности и качества продуктов питания в Европейском регионе на общеевропейской конференции ФАО/ВОЗ (34) было рекомендовано:

- улучшить положение со сравнимостью и содействовать согласованию курсов политики, создание и совершенствование национальных и региональных сетей по сбору и обмену информацией в области безопасности пищевых продуктов, риска загрязнения и заражения, а также пищевых заболеваний;
- сотрудничество с целью усиления и согласованного функционирования комплексных и обеспечивающих гласность систем эпиднадзора, исследования вспышек и представления данных, а также методов диагностики по безопасности пищевых продуктов;
- усиление сотрудничества между секторами здравоохранения, сельского хозяйства, рыболовства и производства пищевых продуктов с целью совершенствования системы надзора и контроля, а также мониторинга безопасности пищевых продуктов;
- проведение в жизнь стратегий безопасности пищевых продуктов с учетом факторов риска, отдавая приоритет

важнейшим и серьезнейшим проблемам здравоохранения и мерам, могущим привести к наибольшему сокращению распространенности болезней, связанных с пищевыми продуктами;

- разработка ориентированных на профилактику систем регулирования и контроля для уменьшения опасности и риска пищевых заболеваний и снижения безопасности пищевых продуктов, а также в целях защиты окружающей среды;
- создание независимых и работающих с обеспечением гласности органов по безопасности пищевых продуктов для целей оценки риска и коммуникации;
- улучшение количественных и качественных параметров и своевременности сбора и представления данных на страновом уровне и в Программе контроля и надзора (ВОЗ);
- содействие сбору данных по оценке риска для содействия совместным экспертным консультациям ФАО/ВОЗ по оценке риска источников микробиологических опасностей в пищевых продуктах и использование странами результатов и методологии этих консультаций;
- повышение способности проводить оценки риска химических веществ в поставляемых продуктах питания, и особенно исследований, направленных на определение уровней и тенденций в области загрязнения или отравления пищевых продуктов;
- согласование форматов представления данных по химическим загрязнителям в пищевых продуктах в Европе, а также осуществление первоначальных мер по разработке последовательных и сопоставимых способов и методов оценки как для целей охраны здоровья, так и установления стандартов и нормативов;
- усиление потенциала и возможностей по проведению ориентированных на здоровье и рассчитанных на массовость программ мониторинга для оценки воздействия на население в целом и уязвимые его группы химических веществ, содержащихся в продуктах; и, наконец,
- ускорение претворения в жизнь планов действий в области продовольствия и питания в Европе.

### 3. Политико-стратегические направления деятельности в 21-ом столетии

В предстоящие десятилетия нас ждут новые проблемы и трудности, из которых сейчас мы можем предсказать лишь некоторые. Различные влияния будут подвергать угрозе безопасность, непрерывность и устойчивость продовольственного снабжения, тогда как методы производства и распределения продуктов питания могут приводить к новым проблемам. Все эти проблемы и трудности будут иметь последствия для здоровья, и поэтому необходимо обязательное присутствие за столом переговоров министерств здравоохранения, когда будут обсуждаться эти возникающие политико-стратегические области и направления.

Несколько проблем и вопросов могут уже сейчас выделяться как требующие действий, а именно: обоснованность и масштабы действий по охране здоровья.

#### Надлежащее и стабильное производство здоровых продуктов питания

Сельскохозяйственная стратегия способствовала успешному повышению урожайности и количества произведенных продуктов питания и, тем самым, продовольственного снабжения Региона. Тем не менее, центральной проблемой глобального развития в этом столетии станет, по всей вероятности, потенциальная емкость и пределы возможностей нашей планеты. Экологический след, или отпечаток, индустриализованного народонаселения, а именно земельные площади и водные ресурсы, необходимые для поддержки и обеспечения этого населения, как правило, в несколько раз больше занимаемой им территории (35). Например, считается, что “экологический отпечаток” Италии раз в 8 превышает масштабы этой страны.

Для снижения этого экологического бремени необходимо изменить структуру и особенности потребления. В настоящее время для целей животноводства используются три четверти сельскохозяйственных угодий ЕС, включая корм для скота и пастбища. С точки зрения стабильного, непрерывного, перспективного производства продуктов питания, это может оказаться не самым рациональным и приемлемым в долгосрочном плане способом применения возможностей и потенциала сельского хозяйства (и сельской местности вообще) в странах Европы.

Устойчивое и обоснованное в долгосрочном плане сельскохозяйственное производство предполагает большее применение в рационе людей пищевых продуктов растительного происхождения. Так, например, в одном из исследований Шведского агентства окружающей среды изменения в рационе питания, необходимые для проведения политики устойчивого в долгосрочном плане и непрерывного производства продуктов питания (включая земельные и водные ресурсы, энергию, упаковку и транспортировку), были сравнены с изменениями, необходимыми для удовлетворения требованиям политики и стратегии обеспечения как можно более лучшего уровня здоровья. В таблице показана высокая степень взаимного соответствия курсов политики в области охраны здоровья и окружающей среды, а также то, что уменьшение экологического воздействия на рацион питания может помочь достичь целей в области здоровья (36).

## Действия с целью охраны здоровья

### Борьба с ожирением и повышение физической активности

Как уже указывалось, для Европейского региона характерно беспрецедентное и чрезмерное повышение массы тела, причем не только взрослых, как показано на рис. 7 (19–22, 37–53), но и – во все большей мере – среди детей. Согласно подсчетам, чрезмерный вес является причиной примерно 300 000 смертных случаев ежегодно в странах ЕС, что составляет примерно 1 смертный случай из каждых 12 зарегистрированных, а именно, в виду той роли, которое ожирение играет как один из факторов, обуславливающих ССБ и онкологические заболевания (37).

Чрезмерный вес и недостаток физической активности относятся к важнейшим причинам заболевания диабетом типа II (инсулиннезависимый диабет). Ожидается, что распространенность диабета типа II превысит 10% среди взрослого населения

Таблица 3. Согласованность между целями обеспечения здорового рациона питания и долговременного стабильного производства пищевых продуктов в Швеции

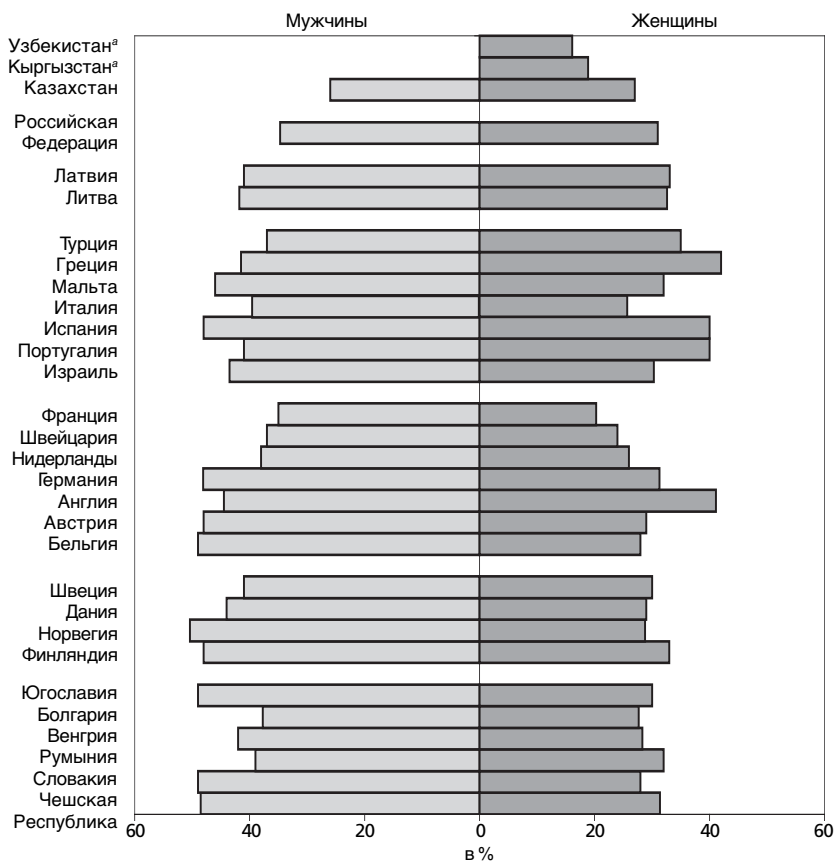
Питание	Потребление (г в день)	
	Фактический нынешний уровень	Рекомендуемый уровень с целью уменьшения экологического воздействия
Маргарин, сливочное и растительное масло	50	50
Молочные продукты	400	300
Сыр	45	20
Мясо, птица, колбасы	145	35
Рыба	30	30
Яйца	25	10
Хлеб	100	200
Зерновые продукты	15	45
Картофель	140	270
Овощи	150	190
Корнеплоды	25	100
Фрукты	150	175
Сушеные бобовые	5	50
Закуски/сладости	200	140
Безалкогольные напитки	150	80

Источник: адаптировано из публикации *A sustainable food supply chain* (36).

в целом ряде европейских стран в ближайшие два десятилетия (4), и, кроме того, он в настоящее время обнаруживается и среди детей старшего возраста, что не может не вызывать еще большего беспокойства. Риск заболевания диабетом повышается даже при небольшом, “скромном”, повышении веса в нормальных пределах, и еще более повышается с возрастом и продолжающимся увеличением массы тела. По имеющимся данным, небольшие изменения в рационе и режиме питания и в плане физической активности позволили бы предупредить до 60% случаев диабета (4).

Все большее число фактических данных указывает на значительный выигрыш для здоровья от регулярной физической активности (54). Для лиц с низкими уровнями физической активности характерны более высокие показатели содержания жира в целом и абдоминального жира в частности, и они более склонны к избыточному содержанию жира в организме, чем люди с высокими уровнями физической активности (55). Физическая активность способствует поддержанию более низкого кровяного давления на протяжении всей жизни и снижению доли

Рисунок 7. Взрослые с избыточной массой тела (25–29,9 ИМТ) в Европейском регионе (в %)



<sup>a</sup> Данные об избыточной массе тела (у) мужчин отсутствуют.

холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в пользу характеризующего большими защитными свойствами холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в крови.

Преимущества физической активности объясняют ее значительную роль в ограничении сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости. По сравнению с людьми с сидячим образом жизни, физически активные люди (54):

- на 50% меньше подвергаются риску смерти от ССБ и инсульта;
- подвергаются меньшему риску перелома бедра (30–50%), гипертензии (30%), рака прямой кишки (40–50%) и инсулиннезависимого диабета (20–60%);

- подвергаются меньшему (на 50%) риску ожирения;
- подвергаются меньшему (на 25–50%) риску развития функциональных ограничений на более поздних этапах своей жизни; и, наконец,
- характеризуются более медленным (на 50%) снижением аэробной способности (с повышением возраста), приобретая тем самым преимущество 10–20 лет “независимого” образа жизни.

### Укрепление здоровья на протяжении всей жизни

Все большее число данных свидетельствует о том, что опасности и риск хронических заболеваний начинаются на зародышевом уровне жизни и продолжаются до самой старости. Хронические заболевания у взрослых отражают, таким образом, накопленное на протяжении всей жизни воздействие неблагоприятных или причиняющих ущерб физических и социальных условий, начиная со средовых условий еще до рождения.

По этим причинам важную роль в предупреждении хронических заболеваний на более поздних этапах жизни может играть комплексный подход ко всему протяжении жизни. Такой подход может начинаться с оптимальных условий материнского питания с переходом к оптимальным условиям питания в раннем детском возрасте – таким, как исключительно грудное вскармливание на протяжении шести месяцев и своевременное начало употребления в пищу надлежащих продуктов питания. Есть данные, свидетельствующие о том, что низкие показатели и уровни грудного вскармливания связаны с повышением риска ССБ (56).

Большое значение мер и действий, направленных как на профилактику болезней, так и на их лечение, сохраняется до преклонного возраста. Питание является одной из областей, рассматриваемых в докладе ВОЗ *Active ageing: a policy framework* (“Сохранение здоровья в старости: основы политики”) (57). В докладе дается характеристика инвалидности и нездоровья, а не увеличения возраста как причины роста расходов на уход за лицами более старшего возраста и их лечение. В другом докладе ВОЗ (58) рассматриваются потребности лиц старшего возраста в отношении питания.

### Защита от риска и опасностей пищевого происхождения

Методы оценки риска микробиологического и химического заражения от продуктов питания нуждаются в своем улучшении,



чтобы точная и репрезентативная в глобальном отношении информация может быть предоставлена Codex Alimentarius (<http://www.codexalimentarius.net/>, по состоянию на 23 сентября 2002 г.) для использования в установлении стандартов и нормативов. В разработке стандартов должны принимать участие все страны Европейского региона. Для этого им необходимо разработать и/или усовершенствовать свои методы исследования и мониторинга питания и загрязнения и использовать эти данные для установления достижимых международных пределов и рекомендаций в отношении вреда и опасностей, связанных с питанием/пищей.

Включая принципы анализа риска в разработку международных стандартов, опасности и риск, передающиеся через пищу, должны характеризоваться более точно и гласно, чем раньше. Сюда относится также усиление научной базы знаний для оценки токсических последствий, вызываемых как долгосрочным, так и краткосрочным воздействием.

## Обязательства ВОЗ

ВОЗ понимает необходимость идентификации и рассмотрения вопросов, связанных со здоровьем, в рамках международной торговли и развития, включая рекламирование и коммуникацию применительно к широким массам населения и общественности, соглашения и договоренности в области мировой торговли, этикетирования продуктов питания, новые виды пищевых продуктов, городское планирование и транспорт. Таким образом, ВОЗ:

- обязалась оказать государствам-членам поддержку и содействие в разработке национальных курсов политики и программ;
- разработала глобальные стратегии как в области безопасности продовольствия, так и питания; и
- будет стремиться осуществлять взаимодействие с промышленностью, с тем чтобы особенно подчеркнуть ответственность коммерческого сектора в содействии улучшению здоровья в 21-ом столетии.

## 4. Путь вперед

Всем странам надлежит разработать механизмы для сокращения уровней показателей болезней, обусловленных как небезопасными продуктами питания, так и несбалансированным питанием. Необходимо разработать соответствующие курсы политики решения проблем распространенности и частоты пищевых расстройств и отклонений во всех странах. При этом самое главное – это претворение этих курсов политики в жизнь. Для этого требуются кадровые и иные ресурсы, а также надлежащие административные системы и системы коммуникаций. Необходимо надлежащее обучение профессиональных работников здравоохранения, чтобы имелась необходимая экспертиза. Опять-таки, министерства здравоохранения не могут работать изолированно друг от друга, и сотрудничество с различными секторами и отраслями имеет самое существенное значение.

Задача заключается в реализации комплексных курсов политики и стратегии в области сельского хозяйства, окружающей среды, продовольствия, питания и экономической политики, с обеспечением стержневой роли и приоритета здоровья и его охраны. В странах, где существует политическая приверженность такого рода политике, есть все основания и свидетельства возможности улучшить положение в области общественного здравоохранения.

На пятидесятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ был принят исторический Первый план действий по политике в области продовольствия и питания (в 2000 г.). Этим планом действий европейские страны могут руководствоваться при разработке стратегии, направленной на снижение и смягчение бремени нездоровья, связанного с пищевыми продуктами и питанием. ВОЗ будет и впредь содействовать государствам-членам в деле разработки национальных планов в области продовольствия и питания со всеобъемлющими многосекторальными подходами к проблемам продовольствия и питания.



## 5. ССЫЛКИ

1. *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000–2005* ([http://www.euro.who.int/nutrition/FoodandNutActPlan/20010906\\_2](http://www.euro.who.int/nutrition/FoodandNutActPlan/20010906_2)). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/01/5026013) (accessed 23 September 2002).
2. PEDERSEN, S. & RAYNER, M. *Coronary heart disease statistics, 2000 edition*. Oxford, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, 2000.
3. 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.
4. ASTRUP, A. Healthy lifestyles in Europe; prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity. *Public health nutrition*, 4(2B): 499–515 (2001).
5. *Determinants of the burden of disease in the EU*. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.
6. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
7. MICHAELSEN, K. ET AL. *Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publication, European Series, No. 87).
8. WHO COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
9. KOHLMEIER, L. ET AL. *Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten*. Baden-Baden, Nomos-Verlagsgesellschaft, 1993.
10. *Food-borne disease: a focus for health education*. Geneva, World Health Organization, 1999.
11. MOSSEL, D.A. & STRUIJK, C.B. [*Escherichia coli*, other Enterobacteriaceae and additional indicators as markers of microbiologic quality of food: advantages and limitations] *Microbiologia*, 11(1): 75–90 (1995) (in Spanish).
12. NACHAMKIN, I. Chronic effects of *Campylobacter* infection. *Microbes & infection*, 4(4): 399–403 (2002).

13. *FAO: large gap in food availability between rich and poor countries – New map on nutrition released* ([http://www.fao.org/WAICENT/OIS/PRESS\\_NE/PRESSENG/1998/pren9870.htm](http://www.fao.org/WAICENT/OIS/PRESS_NE/PRESSENG/1998/pren9870.htm)). Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1998 (Press release 98/70) (accessed 13 September 2002).
14. *Earth Summit Agenda 21 – The United Nations programme of action from Rio* (<http://www.un.org/esa/sustdev/agenda21text.htm>). New York, United Nations Publications, 1993 (accessed 13 September 2002).
15. NELSON, M. Nutrition and health inequalities. In: Gordon, D. et al., ed. *Inequalities in health: studies in poverty, inequality and social exclusion*. Bristol, The Policy Press, 1999.
16. The cost of food. *The food magazine*, 49 (2000).
17. TRICHOPOULOU, A. & LAGIOU, P. *DAFNE II Data Food Networking Network for the pan-European food data bank based on household budget survey (HBS) data. Methodology for the exploitation of HBS food data and results on food availability in six European countries*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1998.
18. DEPARTMENT FOR FOOD, ENVIRONMENT AND RURAL AFFAIRS. *National food survey 2000*. London, The Stationery Office, 2001.
19. *Kazakhstan demographic and health survey (DHS), 1999*. Calverton, MD, Macro International Inc., 2000.
20. *Turkey demographic and health survey (DHS), 1998*. Calverton, MD, Macro International Inc., 1999.
21. *Kyrgyzstan demographic and health survey (DHS), 1997*. Calverton, MD, Macro International Inc., 1998.
22. *Uzbekistan demographic and health survey, 1996*. Calverton, MD, Macro International Inc., 1997.
23. ANGELILLO, I.F. ET AL. Food handlers and food-borne diseases: knowledge, attitudes, and reported behavior in Italy. *Journal of food protection*, 63(3): 381–385 (2000).
24. FALKINGHAM, J. *A profile of poverty in Tajikistan*. London, Centre for Analysis of Social Exclusion, 2000 (London School of Economics, Case Paper 39).
25. *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, CCNM/AGE/PP(98)50).
26. VARTAINEN, E. ET AL. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British medical journal*, 309: 23–27 (1994).
27. DOWLER, E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public health nutrition*, 4: 701–709 (2001).

28. MORRIS, J.N. ET AL. A minimum income for healthy living. *Journal of epidemiology and community health*, 54(12): 885–889 (2000).
29. *Food-based dietary guidelines in WHO European Member States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (unpublished document).
30. *CINDI dietary guide* (<http://www.euro.who.int/Document/E70041.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (accessed 19 June 2002).
31. WILLIAMS, C. ET AL., ED. Food-based dietary guidelines – A staged approach. *British journal of nutrition*, 81(Suppl. 2): S29–S153 (1999).
32. *Guidelines for strengthening a national food safety programme*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/FNU/FOS/96.2).
33. *Global food safety strategy: safer food for better health* ([http://www.who.int/fsf/FOS\\_Strategy\\_Eg.pdf](http://www.who.int/fsf/FOS_Strategy_Eg.pdf)). Geneva, World Health Organization, 2002 (accessed 13 September 2002).
34. *FAO/WHO Pan-European Conference on Food Safety and Quality, 25–28 February 2002, Budapest, Hungary. Final report*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2002 (PEC/REP1).
35. REES, W. Global change and ecological integrity: quantifying the limits to growth. In: *Ecology and health: a discussion document*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (unpublished document).
36. *A sustainable food supply chain*. Stockholm, Swedish Environment Protection Agency, 2001 (Report 4966).
37. BANEGAS, J.R. ET AL. *A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union*. Madrid, Department of Preventive Medicine and Public Health, Autonomous University of Madrid, 2002.
38. BERGSTROM, A. ET AL. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International journal of cancer*, 91: 421–430 (2001).
39. TRICHOPOULOU, A. ET AL. Body mass index in relation to energy intake and expenditure among adults in Greece. *Epidemiology*, 11: 333–336 (2000).
40. DO CARMO, I. ET AL. Prevalence of obesity in Portuguese population. In: 10th European Congress on Obesity (European Association for the Study of Obesity). Antwerp, Belgium, May 24–27, 2000. Abstracts. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24(Suppl. 1) (2000).
41. DJORDJEVIC, P. ET AL. *Screen, treat and prevent*. Belgrade, YASO, 1998.
42. ZAJKAS, G. & BIRO, G. Some data on the prevalence of obesity in Hungarian adult population between 1985–88 and 1992–94. *Zeitschrift für Ernahrungswissenschaft*, 37(Suppl. 1): 134–135 (1998).
43. *Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (unpublished document).

44. SHARMONOV, T.S. & ABUOVA, G.O. *National nutrition survey of 15–80-year-olds of the Republic of Kazakhstan, 1996*. Almaty, Institute of Nutrition of the Republic of Kazakhstan, 1996.
45. COLHOUN, H. & PRESCOTT-CLARKE, P. *Health survey for England 1994*. London, H.M. Stationery Office, 1996.
46. DE BACKER, G. De zwaarlijvige Belgen: met hoeveel zijn ze [Obese Belgians: how many are there]? *RUG Nieuwsbrief Over Gezond En Lekker Eren*, **70**: 3 (2000) (in Flemish).
47. BURNS, C.M. ET AL. The relationship between quality of life and perceived body weight and dieting history in Dutch men and women. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **25**(9): 1386–1392 (2001).
48. EGGER, S. ET AL. [Overweight and obesity in the Zurich canton. A LuftiBus study]. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, **90**(13): 531–538 (2001) (in German).
49. ARANCETA, J. ET AL. *Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO'97* [Prevalence of obesity in Spain: The SEEDO 97 study] (<http://www.seedo.es/prevalencia97.htm>). Barcelona, Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 1998 (in Spanish)(accessed 23 September 2002).
50. MATTHIESSEN, J. ET AL. [The significance of diet and physical activity for the development of obesity in Denmark from 1985 to 1995]. *Ugeskrift for læger*, **163**(21): 2941–2945 (2001) (in Danish).
51. LAHTI-KOSKI, M. ET AL. Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **24**(12): 1669–1676 (2000).
52. TONSTAD, S. & GRAFF-IVERSEN, S. Action levels for obesity treatment in 40 to 42-year-old men and women compared with action levels for prevention of coronary heart disease. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **25**(11): 1698–1704 (2001).
53. LISSNER, L. ET AL. Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **24**(6): 801–805 (2000).
54. VUORI, I.M. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. *Public health nutrition*, **4**(2B): 517–528 (2001).
55. PRENTICE, A.M. & JEBB, S.A. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *British medical journal*, **311**(7002): 437–439 (1995).
56. RAVELLI, A.C. ET AL. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. *Archives of disease in childhood*, **82**(3): 248–252 (2000).
57. *Active ageing: a policy framework* (<http://www.who.int/hpr/ageing>). Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/NMH/NPH/02.8)(accessed 13 September 2002).
58. *Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons*. Geneva, World Health Organization, 2002.

## 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  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Чешская Республика  
Швеция  
Швейцария  
Эстония  
Югославия



Плохое питание, пищевые заболевания и отсутствие безопасного доступа к хорошему питанию являются весьма важной негативной составляющей бремени болезней и смертности в Европейском регионе ВОЗ. Улучшение рациона и режима питания, безопасность

пищевых продуктов и обеспеченность продуктами питания, продовольствием не только уменьшат или предотвратят страдания людей, (со)обществ, но и помогут сократить расходы и издержки систем здравоохранения и обеспечить социально-экономические выгоды и преимущества для стран.

Возможности здорового рациона и режима питания для людей зависят не столько от индивидуального выбора, сколько от того, какие продукты питания имеются и являются ли они доступными по своей цене. Стратегия содействия здоровью через улучшение питания должна выходить за пределы сектора здравоохранения и включать широкий диапазон секторов и отраслей – от сельского хозяйства и переработки/обработки пищевой продукции, производства и торговли до транспорта, розничной продажи, обслуживания населения и рекламы. Политика в области продовольствия и питания должна координироваться таким образом, чтобы общест-венному здравоохранению отдавался должный приоритет при разработке и формулировании продоволь-ственной политики секторами, не относящимися к здравоохранению.

В настоящей брошюре подытоживается более объемная предстоящая публикация, в которой обсуждаются компоненты стратегической политики в области продовольствия и питания и обосновывающие их фактические данные. В ней дается описание нездоровья, связанного с продовольствием и питанием, и того, во что оно обходится, показана не-обходимость действий и характеризуются шаги и меры, которые должны предприниматься лицами, принимающими ответственные решения. В книге большего объема и в настоящем резюме подчеркивается срочная необходимость комплексной многосекторальной стратегической политики в области продовольствия и питания для содействия стабильному и непрерывному производству продуктов питания, их безопасности и обеспечению пищевыми продуктами высокого качества и питательности для всех без исключения.

## Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, 2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. E-Mail: [postmaster@who.dk](mailto:postmaster@who.dk)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)