

Роль питания в общественном здоровоохранении

г. Алжир

26-30 октября 1976 года

Отчет о совещании Рабочей группы



В продажу не поступает

Распространяется

ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО

Всемирной организации здравоохранения

КОПЕНГАГЕН

1978

ICP/NUT 003

Примечание

Настоящий отчет подготовлен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения для правительств государств-членов ВОЗ, входящих в Европейский регион, а также для участников Рабочей группы по вопросу о роли питания в общественном здравоохранении. Ограниченное количество экземпляров отчета, предназначенных для лиц, связанных с данной областью исследования по своему служебному положению или по роду своей профессиональной деятельности, имеется в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене по адресу: WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, 2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Выраженные участниками данного совещания взгляды и точки зрения не обязательно отражают решения или установленную политику Всемирной организации здравоохранения.

Используемые в отчете обозначения и приводимые в нем материалы не являются выражением мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, либо их властей или же по вопросу определения их границ. Когда в заголовках таблиц дается обозначение "страна или район", оно подразумевает страны, территории, города или районы.

Настоящий отчет имеется также на английском и французском языках

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
1. Введение	5
2. Общее положение в Европейском регионе	7
3. Профилактика белкового недоедания и минеральной и витаминной недостаточностей	8
3.1 Влияние состояния питания на материнскую и детскую смертность	8
3.2 Влияние субклинических недостаточностей на состояние здоровья разных групп населения	10
3.3 Специфические проблемы людей пожилого возраста	13
4. Профилактика состояний, вызываемых перекармливанием ...	14
4.1 Ожирение у взрослых и его связь с избыточным весом в детстве	14
4.2 Гипертония и сердечно-сосудистые болезни ...	16
4.3 Проследивание групп высокого риска	18
4.4 Меры профилактики	20
5. Общественное питание и продукты промышленного изготовления	21
5.1 Статистика общественного питания и потребления продуктов промышленного изготовления ...	21
5.2 Питательные аспекты общественного питания ..	22
6. Контроль за качеством	24
7. Общие проблемы просвещения	26
8. Рекламирование детского питания	28
9. Выводы и рекомендации	29

	Стр.
Справочная литература	32
Приложение I Медицинские стандарты для продажи детского питания в Швеции	34
Приложение II Список участников	36

1. ВВЕДЕНИЕ

Совещание Рабочей группы по изучению роли питания в общественном здравоохранении было проведено в г. Алжире с 26 по 30 октября 1976 г. Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения в сотрудничестве с правительством Алжира. На это совещание собралось 10 временных советников из Алжира, Чехословакии, Федеративной Республики Германии, Франции, Германской Демократической Республики, Португалии, Турции, Союза Советских Социалистических и Югославии, восемь наблюдателей от Алжира и штатные работники Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН и штаб-квартиры ВОЗ, а также Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (список участников см. в Приложении II).

Цель совещания заключалась в изучении сегодняшнего положения с питанием в Европейском регионе. Особое внимание было уделено разным условиям, встречающимся как в индустриальных, так и в развивающихся районах, что влияет на соотношение урошней питания разных групп населения и распространенность вызываемых недоеданием или переизбытком болезней. От этого также во многом зависит подготовка медико-санитарных, экономических, просветительных и социальных мер по улучшению существующего положения. Участники проявили особый интерес к проблемам, вызываемым расширением общественного питания и использованием готовых продуктов питания, а отсюда роли промышленности в питании человека.

Участников совещания приветствовали от имени правительства принимающей страны д-р О. Бужелляб (Министр здравоохранения Республики Алжир) и от имени ВОЗ д-р Д.К. Соколов (Директор, Развитие всесторонних служб здравоохранения Европейского регионального бюро). Профессор Б. Диндквист был избран Председателем, а д-р Е. Хадж Лаксхаль - Вице-председателем; профессор И. Рей исполнял обязанности Составителя отчета.

Открывая совещание от имени Регионального директора, д-р Соколов указал на важное значение охраны здоровья семьи в целом и питания в частности. Ссылаясь на Шестую общую программу работы ВОЗ, он показал, приводя в пример смежные мероприятия Европейского регионального бюро, что питание всегда было в центре внимания международного сотрудничества.

Тем не менее в Европе все еще продолжает существовать разрыв между потребностями и спросом и имеющимися возможностями для обслуживания людей. Быстрые изменения в обществе, урбанизация, миграция — все это оказало свое влияние на систему питания, вызывая как физические, так и психические последствия для всего населения. Подчеркивая опасности неправильного питания для здоровья, д-р Соколов отметил, что переизбыток ведет к ишемической и гипертонической болезни сердца, ожирению, диабету и способствует образованию желчных камней, в то время как недоедание ведет к нарушению физического и психического развития. Рабочей группе предстояло проанализировать оба явления, наблюдаемые в Европейском регионе. Д-р Соколов объявил, что результаты совещания будут представлены на тематических дискуссиях сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1977 г.

Д-р П.С. Ренш, медицинский специалист по охране материнства и детства, также выступил с приветственной речью на открытии совещания и отметил, что для достижения поставленных в Уставе ВОЗ целей Организация должна, помимо прочего:

- (а) добиваться в сотрудничестве, где необходимо, с другими специализированными агентствами, улучшения питания;
- (б) развивать, создавать и распространять международные стандарты в отношении продуктов питания.

На основе Шестой общей программы работы ВОЗ Европейское региональное бюро поставило перед собой следующие цели:

- (а) уменьшить масштабы неправильного питания (как недоедания, так и переизбытка) в разных странах;
- (б) улучшить состояние питания населения, особенно уязвимых групп.

Для достижения этих целей работа по программе Регионального бюро ориентирована на следующее:

- просвещение общественности о значении питания и правильной диеты;
- сотрудничества с другими международными, правительственными и неправительственными организациями в

реализации рекомендаций Всемирной конференции по проблемам питания в 1975 г., особенно в области развития кадров и научных исследований;

- продолжение изучения проблем питания уязвимых групп: беременных женщин, молодых матерей, новорожденных, детей в возрасте от двух до пяти лет, сменных рабочих и людей пожилого возраста; и

- изучение использования общественного питания и готовых продуктов питания, а также преимуществ и недостатков такого использования.

2. ОБЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Белковое недоедание в питании больше не представляет собой серьезную проблему в большинстве стран Европейского региона ВОЗ. Фактически такой проблемы не существует в промышленно высокоразвитых странах за исключением нескольких определенных групп, особенно некоторых этнических меньшинств, ускользающих от мероприятий агентств надзора, в том числе отделов охраны материнства и детства.

Тем не менее протеиновая недостаточность продолжает наблюдаться в развивающихся странах Региона и в некоторых географических зонах (бассейн Средиземного моря и особенно горные районы) более развитых частей Региона. В этих странах главными факторами, которые следует учитывать при рассмотрении стойкости условий неправильного питания, являются взрывной рост населения, неравное распределение населения в областях, где густонаселенные районы могут существовать бок о бок с районами низкой плотности населения, которые часто трудно поддаются оценке, а также неравное распределение знаний и материальных благ среди разных социальных классов, что ведет к такому положению, когда незначительное меньшинство имеет большие доходы и культурные ресурсы, в то время как преобладающее большинство имеет низкое образование и чрезвычайно низкие доходы. К этому следует добавить массовые переселения из сельских районов в пригороды, что еще больше ухудшает социально-экономический и культурный баланс и быстро создает предпосылки для отказа от кормления грудью и тем самым для увеличения числа искаженных форм неправильного питания среди очень молодых.

Однако, хотя нет сомнения в том, что масштабы неправильного питания значительно уменьшаются благодаря улучшению экономических и социальных условий, определенные факты показывают, что увеличение количества продуктов питания не обязательно разрешает все проблемы питания. В некоторых экономически развитых странах, например, еще существуют районы и группы населения, где возрастающая покупательная способность и улучшающиеся жилищные условия не сопровождаются всесторонним улучшением питания, хотя может иметь место увеличение общего количества потребляемой пищи. Как результат, в индустриальных странах все еще можно встретить клинические или субклинические симптомы минеральной и витаминной недостаточностей. В то же время увеличение потребления энергии и снижение коэффициента ее расхода в активной деятельности играют важную роль в повышении распространенности ожирения и числа состояний, объясняемых обычно передачей.

3. ПРОФИЛАКТИКА БЕЛКОВОГО НЕДОЕДАНИЯ И МИНЕРАЛЬНОЙ И ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЕЙ

Профилактика неправильного питания и специфических недостаточностей является главной первоочередной задачей не только в отношении развивающихся стран, но и также и групп высокого риска (беременные женщины, питающиеся материнским молоком грудные дети, дети дошкольного возраста, люди престарелого возраста и т.д.), независимо от уровня развития страны, в которой они живут.

3.1 Влияние состояния питания на материнскую и детскую смертность

Существование связи между состоянием питания и коэффициентами смертности матери и ребенка было продемонстрировано многочисленными авторами (1). Например, коэффициенты детской смертности выше в странах с неудовлетворительным состоянием детского питания, чем в странах, где медико-санитарные и социально-экономические условия находятся на самом высоком уровне. В Турции, например, смертность детей в возрастной группе от 0 до одного года в 10 раз, а в группе от 1 до 4 лет в 20 раз выше, чем в Швеции или Нидерландах, где

зарегистрированы самые низкие цифры (Таблица 1). Можно увидеть также тесную связь между коэффициентами материнской смертности и состоянием питания матерей до или во время беременности (ожирение, питательная анемия). Явления, влияющие на последние коэффициенты, включают неправильное развитие таза в результате рахита в детстве, пороки, которые виновны в чрезвычайно высоком проценте хирургических вмешательств в определенных местах по время родов. Состояние питания матери также, очевидно, влияет на развитие плода, а это в некоторой степени является причиной большого числа преждевременных родов и гипертрофии среди новорожденных, которые зарегистрированы в странах с широко распространенной практикой неправильного питания. Тем не менее, очень мало статистических данных поддаются точной интерпретации, потому что в таких странах младенцы и дети госпитализируются только в том случае, когда неправильное питание сопровождается тяжелыми респираторными или желудочно-кишечными заболеваниями. В большинстве случаев причина смерти затем объясняется осложнениями в результате неправильного питания (желудочно-кишечная болезнь, болезнь бронхов, пневмония и т.д.), а не самим неправильным питанием (2).

Таблица 1. Коэффициенты смертности среди младенцев, детей младшего возраста (1-4 года) и матерей в отдельных развитых и развивающихся странах (1968 г.)

Страны	Коэффициенты смертности на 1000 живорождений		
	Младенцы	Дети младшего возраста	Матери
Нидерланды	12,6	3,51	0,26
Швейии	13,0	2,29	0,09
Соединенное Королевство	18,3	3,27	0,24
Франция	20,4	3,46	0,32
Болгария	28,3	4,38	0,23
Испания	32,0	3,74	0,44
Италия	32,7	4,59	0,70
Греция	34,4	4,16	0,5
Югославия	58,6	10,14	1,0
Турция	153,0	44,5	1,3

3.2 Влияние субклинических недостаточностей на состояние здоровья разных групп населения

До недавнего времени в странах Европейского региона полностью не осознавалось значение умеренных или субклинических состояний неправильного питания. Считалось достаточным лишь сравнить потребляемый объем с рекомендуемыми средненежными количествами пищи в разных группах населения, получая таким образом данные, которые трудно объяснить при отсутствии конкретных клинических симптомов недостаточности. Тем не менее появившиеся в последние несколько лет более точные антропометрические данные и биологические методы позволяли давать более точную оценку частоты субклинических состояний неправильного питания. Таким образом, было показано, что несмотря на отсутствие явно неправильного питания, значительная доля сельского населения в до сих пор слаборазвитых экономических районах страдает от дефицита рибофлавина, тиамина, пиридоксина, витамина А, С и железа (Таблица 2). Здесь интересно отметить, что коэффициент гемоглобина не представляет собой правильный параметр для определения частоты дефицита железа: даже в группах, где лишь 1,5% населения имеют низкий уровень гемоглобина, более чувствительные тесты, такие как метод процентного насыщения сидерофилином, показывают, что до 40% обследованных страдают от нехватки железа в организме (Таблица 3). Было также отмечено, что некоторые недостаточности являются в основном сезонными, особенно недостаточность витамина С в сельских районах (3).

Не меньшее значение имеет также частота субклинической недостаточности в определенных индустриальных странах Европейского региона, поскольку было зарегистрировано недостаточное потребление витамина А, витамина С, витаминов В₁, В₂, В₆, кальция и железа, особенно среди людей пожилого возраста, где недостаточное потребление витамина А, витамина С и пиридоксина было обнаружено среди 45-86% обследованных (Таблица 4). Тем не менее, все эти проблемы, очевидно, более остры в развивающихся странах, где все еще встречаются в больших количествах различного типа пищевая анемия, рахит, зоб и даже пеллагра и бери-бери. Сейчас все в большей степени начинает осознавать воздействие таких субклинических симптомов неправильного питания на здоровье. Многие исследования показывают, что плохое питание может фактически влиять на работоспособность молодых взрослых и промышленных рабочих и что оно в большей или меньшей степени причастно к

росту числа невыходов на работу (4). Выдвигалась также идея о существовании связи между долей семейного дохода, выделяемого на еду, и распространенностью определенных хронических состояний. Например, в семьях с хорошим или удовлетворительным состоянием здоровья, состояние питания, по имеющимся сведениям, было хорошим в 50% случаев и плохим лишь в 2%, в то время как в семьях, состояние здоровья которых считается неудовлетворительным, только 20% имеют правильную диету, а более 6% питаются неправильно. Это нарушение баланса, по всей видимости, также очевидно связано, помимо экономического уровня жизни, с целым рядом социально-медицинских факторов, включая жилищные условия и условия труда. Следует предпринять усилия, чтобы придти к четкому определению влияния этого ряда факторов. Необходимо также накопить больше информации о воздействиях таких субклинических состояний неправильного питания на перспективы профессиональной подготовки и на иммунологическую защиту организма человека, которые вызывают противоречивые мнения.

Таблица 2. Биохимическая оценка состояния питания в одном из сельских районов Югославии

Возраст (годы)	Витамин А µg/100 мл плазмы < 30	Витамин С mg/100 мл плазмы < 0,20	Рибофлавин Реакция ЕГР > 1,20	Пиридоксин Реакция ЕГОТ > 2,0
3-4	28,4%	26,2%	25,7%	11,8%
7-14	16,2%	30,2%	27,7%	7,3%
16-40	1,4%	16,3%	29,3%	7,1%
60-80	-	19,0%	20,2%	26,6%

ЕГР = эритроцит-глутатион-редуктаза

ЕГОТ = эритроцит-глутамин-оксалацет-трансминаза

Таблица 3. Биохимическая оценка состояния питания в части сельской местности Югославии

Возраст (годы)	Гемоглобин гр/100 мл		Железо $\mu\text{E}/100$ мл	Процентное насыщение сидерофилином		Цинк (волосы) частей/на миллион
	<11	<12		<20	<15	
3-6	1,0%	11,1%	21,1%	44,1%		22,4%
7-14	0,3%	1,5%	14,3%	41,0%		28,5%
16-40	0,8%	3,5%	9,3%		14,4%	
60-80	2,0%	2,0%	5,4%		5,3%	

Таблица 4. Процент обследованных лиц с низким или недостаточным потреблением витаминов и минеральных веществ в Нидерландах и Швейцарии

Питательные вещества	Дети и подростки 3-21 год		Взрослые 28-54 года		Пожилые люди 57-89 лет	
	Низ-	Недоста- точное	Низ-	Недоста- точное	Низ-	Недоста- точное
Калории	41	1	10	2	4	0
Белок	0	0	3	0	39	0
Витамин С	14	3	18	18	29	64
Витамин А	26	0	3	0	32	45
Витамин В ₁	38	0	40	3	79	14
Витамин В ₂	6	0	23	3	64	0
Витамин В ₆	-	-	-	-	14	86
Кальций	31	6	29	2	7	0
Железо	40	12	40	6	57	0

Источник: Daiderup et al. Intake of vitamins and some other nutrients in aged people, adults and children. *Int. J. Vit. Nut. Res.*, 40: 553 (1970)

3.3 Специфические проблемы людей пожилого возраста

Вследствие увеличения вероятной продолжительности жизни, что явилось результатом успешной борьбы с инфекционными болезнями, и плохим питанием значительно возросла доля людей пожилого возраста, особенно в более развитых районах. Поэтому внимание пришлось переключить теперь на функциональные и структурные изменения, связанные с процессом старения. Это сложный процесс, с которым связано много факторов, например генетические факторы, с которыми мало что можно сделать. Однако на некоторые из них, такие как пищевые факторы, можно воздействовать мерами общественного здравоохранения.

На основании имеющихся данных можно сделать вывод, что пищевые потребности среди людей пожилого возраста не отличаются значительно от потребностей молодых взрослых, за исключением потребностей в энергии, которые у первых значительно ниже вследствие ослабления основного обмена веществ и снижения физической активности в старческом возрасте. По крайней мере теоретически этот вывод может содействовать мерам, направленным на удовлетворение таких потребностей.

Тем не менее, главным, что влияет на состояние питания людей пожилого возраста (Таблица 4), посредством уменьшения объема их общего потребления и нарушения баланса их потребления, являются социально-экономические факторы, а также физические и психические недостатки. Среди первых сокращение заработков и ресурсов в результате ухода на пенсию и социальной изоляции должны рассматриваться как наиболее важные, в частности среди вдовцов, которые часто оказываются беспомощными, когда дело доходит до приготовления пищи. Среди вторых следует отметить трудности, связанные с потерей зубов вместе с постепенным ослаблением чувств вкуса и запаха, а также проблемой проглатывания. Не следует также недооценивать ту роль, которую играют привычки питания, поскольку ко времени достижения пожилого возраста эти привычки становятся довольно прочными и составляют одно из первых препятствий к восстановлению хорошего состояния питания. В результате всего этого прием пищи становится очень нерегулярным, часто заменяется легкой закуской, а сама пища становится все более однообразной, ведущей чаще всего к избыточному потреблению углеводов за счет протеина и к неадекватному потреблению витаминов и минеральных веществ, особенно железа и кальция. Это по крайней мере частично объясняет чрезвычайно часто

встречающуюся у людей нехватку железа в организме, анемию и остеопороз среди этих возрастных групп даже в случаях, где эти явления вызваны прежде всего дистрофией в протеиновом межклеточном веществе ткани кости и лишь очень незначительно поддаются лечению кальцием. Возможность отрицательного азотного баланса и быстро прогрессирующего остеопороза должна тем более приниматься во внимание в случаях продолжительного неподвижного образа жизни.

4. ПРОФИЛАКТИКА СОСТОЯНИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ ПЕРЕЕДАНИЕМ

Распространенность ожирения, являющегося фактором высокого риска для гипертонии, гиперлипотеинемии и диабета значительно возросла за последние несколько лет, и эти болезни стали все чаще поражать младшие возрастные группы. Хотя мы знаем, что смертность, вызываемая гипертонией, сердечно-сосудистыми болезнями и особенно ишемической болезнью сердца также непрерывно возрастает во всех странах, где распространены диетические привычки западного типа, нет сомнения, что переедание является одной из главных проблем в Европейском регионе.

4.1 Ожирение у взрослых и его связь с избыточным весом в детстве

Несомненным фактом является то, что наследственность играет решающую роль в развитии ожирения вообще и ожирения в детстве, в частности. Тем не менее, этим фактом нельзя объяснить развившуюся за последнее время тенденцию к ожирению, которое поражает более чем 10% населения в промышленно-развитых странах. При этом до крайней мере 20-30% всех детей и взрослых имеют очевидный лишний вес в сопоставлении с их ростом. Окружающие условия поэтому играют существенную роль, будь они психологическими факторами, следствием ослабления физической активности в результате механизации и автоматизации или факторами, целиком зависящими от питания. Общим знаменателем для них всех, однако, является неправильное потребление энергии в сопоставлении с физиологическими потребностями и объемом энергии, расстрачиваемой в процессе активной деятельности, даже хотя среднее потребление энергии

городского населения сейчас падает. Поскольку результаты лечения ожирения уже после того, как оно развилось, часто бывают неутешительными, следует предпринимать все усилия, чтобы попытаться предотвратить его появление, особенно в раннем детстве. Это тем более важно ввиду того, что определенные результаты экспериментов и наблюдений во время исследований на человеке дают основания предполагать наличие взаимосвязи между ожирением у взрослых и избыточным весом в детстве.

4.1.1 Гипотеза жировых клеток

Переядание или наоборот недоедание могут вызывать перманентные изменения в жировом слое крыс в первые три недели жизни. При этом перекормленные животные имеют больше жировой ткани с клетками, которые крупнее и, что более важно, более многочисленны, чем у контрольных или недокормленных животных. Более того, у крысы предшественники жировых клеток формируются во время первых нескольких недель, а сформировавшись, уже больше не исчезают. С другой стороны, у крыс, предрасположенных к такому состоянию (штамм Цуккера, например), ожирения часто можно избежать в половине всех случаев своевременным недокармливанием. У человека была также обнаружена весьма положительная связь между избыточным весом в возрасте шести месяцев и ожирением во взрослом возрасте независимо от веса родителей, социального класса или уровня образования, факторов, которые также связаны с ожирением. Например, было зарегистрировано, что 38% кормящихся грудью младенцев, вес которых превышает 90 сотую, имеют по достижении 20 лет вес выше среднего в сравнении лишь с 14% тех, вес которых составляет где-то между 25 и 75 сотой. И наоборот, низкая частота ожирения наблюдалась во время призыва в голландскую армию среди молодых мужчин, которые родились в Нидерландах после голодных 1944-45 гг. и получали крайне недостаточное питание в течение первых трех месяцев после зачатия и в первые месяцы жизни. Более того, недавние исследования показали, что сильное ожирение в раннем возрасте обычно бывает гиперклеточного типа, в то время как умеренное и слабое ожирение, начинающееся во взрослом возрасте, имеет чаще гипертрофический тип, свидетельствующий о том, что первые несколько месяцев жизни составляют как у человека, так и у крысы один из критических периодов с точки зрения развития жировой ткани. Несмотря на трудность точного подсчета

жировых клеток и измерения их размера, по всей видимости, выдвинутая гипотеза жировых клеток может быть использована при объяснении ожирения человека (5).

4.1.2 Факторы питания и избыточный вес детей

С избыточным потреблением энергии во время первых нескольких месяцев жизни связано множество факторов. Главным среди них, несомненно, является сокращение кормления грудью. Есть некоторые основания предполагать, что с самого рождения младенец способен распознавать вариации в составе материнского молока во время кормления, и что кормление из бутылки с использованием детской смеси постоянного состава отключает этот регулирующий аппетит механизм. Более того, хорошо известно, что потребности в энергии широко различаются у каждого ребенка. Потребности различаются и в зависимости от каждого дня. Поэтому планирование потребления, исходя из рекомендуемых средних количеств, ведет неизбежно к такому положению, когда некоторые дети получают больше пищи, чем им необходимо. Кормление неправильно разбавленным сухим коровьим молоком или слишком большой нагрузкой, оказываемая некоторыми детскими смесями на почки, может вызвать жажду и плач, что, как правило, заставляет мать увеличивать дозу молока и тем самым прямо или косвенно способствовать перекормливанию. Фактически значительно меньше упитанных младенцев можно обнаружить среди детей, кормящихся материнским молоком, чем среди тех, кто получает искусственное питание. Хорошо известно, что ожирение является редкостью среди дикарей. Следует также обратить внимание на несвоевременное начало кормления кашами и "Дейкостом". Фактически нет каких-либо свидетельств, указывающих на то, что эта практика приносит ребенку пользу в возрасте трех или четырех месяцев; избыток калорий, к которому это может привести, и часто высокая осмотическая нагрузка на почки некоторых препаратов (особенно овощных смесей в маленьких баночках) свидетельствует о том, что это может иметь вредные последствия.

4.2 Гипертония и сердечно-сосудистые болезни

Предположительные результаты эпидемиологических исследований показали, что определенные факторы и отдельные или в совокупности могут повысить опасность коронарной болезни сердца, инсульта и артериальной гипертонии. Сама гипертония

составляет один из главных факторов риска для атеросклероза, особенно в совокупности с высокими уровнями плазменных липидов, холестерина, ожирением, диабетом, частым курением и различными типами стрессов в целом.

4.2.1 Поглощение липидов и коронарная болезнь сердца

Некоторые данные указывают на прямую связь, на уровне населения или коммунальном уровне, между частотой ишемической болезни сердца и холестеролемией и привычками питания. Снижение частоты атеросклероза, поэтому, следует в целом ожидать от снижения потребления животных жиров и холестерина до такой степени, до какой такие диеты могут значительно понизить коэффициенты холестериновой плазмы. Тем не менее не было доказано какой-либо связи у людей между потреблением жиров или уровнями холестерина и частотой коронарной болезни сердца. Более того, отмечаемое за последнее время увеличение частоты коронарной болезни сердца в Японии может, очевидно, лишь отчасти объясняться повышенным потреблением жиров; в Соединенном Королевстве частота коронарной болезни сердца повисилась еще до изменений привычек в питании, а в Соединенных Штатах это повышение продолжается, хотя диеты изменились весьма незначительно в течение нескольких лет. И наконец, следует отметить, что между степенью атеросклероза и частотой коронарной болезни сердца существуют разительные отличия, что дает основания поддерживать теорию о том, что атеросклероз является лишь одним из факторов, причастных к этой болезни, а тромбоз может быть патологическим процессом, вызывающим клинические симптомы (6).

4.2.2 Другие факторы питания, связанные с коронарной болезнью сердца

Множество других изменений в привычках питания сопровождаются повышением потребления насыщенных жиров и холестерина в западных странах. Значительно возросло потребление рафинированной, особенно сахарозы, а с другой стороны, потребление диетических волокнистых продуктов резко сократилось. Все это имеет более или менее показательную связь с повышением частоты коронарной болезни сердца. В число вредно действующих факторов были включены кофе и диетическое неравновесие, включая возможную недостаточность меди, но их воздействие может считаться либо незначительным, либо чисто гипотетическим (7).

4.2.3 Потребление соли и артериальная гипертония

Участие факторов питания в этиологии гипертонии пока точно не доказано. Некоторые факты, однако, наводят на мысль о том, что чрезмерное потребление соли, особенно ее натриевых ионов, что в этом контексте наиболее важно, может само по себе вызвать гипертонию. У крыс потребление 2,5 - 7,5 миллиэквивалента на 100 килоджоулей (3-8 миллиэквивалента/кг/день) может вызвать смерть от гипертонии среди неотобранных животных. Среди большинства выживших гипертония становится необратима за один год, даже после того, как был удален избыток натрия. Тем не менее, имеются значительные индивидуальные вариации, когда некоторые животные бывают нечувствительны, а другие чувствительны к избытку натрия. Для предрасположенных крыс (отобранных генетически) достаточны намного более краткие периоды подверженности или значительно меньшие количества натрия (1-2 миллиэквивалента на кг в день), в то время как у резистентных штаммов не наблюдается изменений в давлении крови. Продолжительность подверженности и возраст, в котором животным усиленно вводится натрий, также воздействуют на последующие тенденции в их давлении крови. У человека была доказана связь между средним потреблением соли и частотой гипертонии среди групп населения, относящихся к разным культурам. Тем не менее, как и в случае с атеросклерозом и, возможно, по тем же причинам, т.е. из-за важности генетических факторов, связи на индивидуальном уровне обнаружено не было; не отмечалось каких-либо значительных различий в потреблении соли у людей с разным давлением крови, а у отдельных людей, потребляющих разное количество соли, было отмечено одинаковое давление крови. Имеющиеся результаты эпидемиологических данных не позволяют сделать каких-либо выводов по этому вопросу (8).

4.3 Прослеживание групп высокого риска

Этот процесс создает ряд проблем, сложность которых только-только начала осознаваться и которые тщательно изучаются в подробных исследованиях лишь на предмет обнаружения липидного обмена веществ и в меньшей степени на выявление гипертонии.

4.3.1 Скрининг на гиперлиппротеинемии

Существует простой метод выявления тех детей, которые особенно предрасположены в более поздний период жизни к коронарной болезни сердца, поскольку около 30% детей, родители которых, особенно отцы, перенесли инфаркт в раннем возрасте, страдают от гиперлиппротеинемии. Вероятность распознавания таких состояний у детей тем не менее широко различается в зависимости от типа, поскольку среди типов гиперлиппротеинемии с высоким атерогенным потенциалом лишь гиперхолестеремия типа II является врожденной и может быть выявлена в крови пуповины. Тем не менее, новорожденных, страдающих от гиперхолестеремии типа II, невозможно точно выявить, за исключением тех случаев, когда они рождаются в семьях, где один из родителей ранее страдал от гиперхолестеремии того же типа.

Вероятность ошибки значительно возрастает, если берется неселективная группа новорожденных, поскольку распределение не является бимодальным, как, например, у семей, подверженных гиперхолестеремии типа II, поскольку разделение между "нормальными" и "гиперхолестеролемиками" делается произвольным, как и в случае с любой другой непрерывной переменной. Тем более очевидно, что холестерин является неспецифическим показателем, и что лишь часть таким образом изолированной группы населения страдает от гиперхолестеремии типа II. Преобладающее большинство случаев коронарной болезни сердца ни в коем случае не являются результатом "врожденной ошибки обмена веществ", а развиваются среди лиц, имеющих лишь умеренно повышенный уровень холестерина (2,5 - 3,5 г/литр во взрослом возрасте). При этом уровень триглицеридов создает повышенную опасность атеросклероза только в совокупности с повышенными уровнями холестерина. Проблема заключается не в том, чтобы узнать частоту заболеваний гиперхолестеремией типа II или другими типами гиперлиппротеинемии, а в том, чтобы выяснить, каких детей нужно лечить с самого начала массового скрининга среди населения или отдельной группы и каких результатов можно от этого ожидать (9).

4.3.2 Массовые обследования на выявление гипертонии

Среди детей гипертония всегда почти вторична перед почечной болезнью, сужением стенок сосудов, надпочечной опухолью или каким-то другим специфическим состоянием. Однако

повышенное кровяное давление у подростков, возможно, чаще бывает первым симптомом серьезной гипертонии. Учитывая возможное воздействие раннего лечения на ее развитие, проследивание гипертонии приобретает ни с чем не сравнимую важность. Тем не менее, единственными справочными данными, которые можно использовать, являются те же самые пределы, что и у взрослых (например 165/95 мм рт.ст.), поскольку уровни как систолического, так и диастолического давления значительно ниже у подростков, чем у взрослых; одновременно следует принимать во внимание особенное непостоянство уровней давления в этом возрасте. Поэтому следует установить пределы для каждой возрастной группы; кроме того, следует повторно проверять уровни давления или даже начать тщательные исследования. В дополнение к этому, во время подростковой фазы стабилизации давления крови периодические повышения давления никогда не должны рассматриваться как признак неустойчивой гипертонии, за исключением тех случаев, когда повторяемые измерения указывают на растущую частоту регистрируемых повышений давления крови (10).

4.4 Меры профилактики

Пока нет большой уверенности в том, какой получится результат от предпринимаемых усилий по профилактике состояний, о которых шла речь выше. В Финляндии, Норвегии и Соединенных Штатах были предприняты некоторые программы лечения среди выживших от инфаркта миокарда (первичная профилактика). Было зарегистрировано уменьшение частоты рецидивов после сравнения с контрольными группами, оставленными на нормальных диетах, что приписывается эффективности бедных холестерином режимов питания, содержащих большое количество полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Были также сообщения о хороших результатах, полученных в Соединенном Королевстве среди больных, прошедших лечение клофибратом, однако в Соединенных Штатах Научно-исследовательская группа проекта по сердечным средствам таких результатов не обнаружила. Более того, была отмечена повышенная частота желчных камней и более высокая смертность от рака среди взрослых в группах, чей рацион питания содержал большое количество ПНЖК. Высказывалось предположение о том, что бедная холестерином диета может влиять на процесс миелинового развития в детстве, однако ряд исследований показал, что новорожденные могут удовлетворять свои собственные потребности без экзогенного

потребления холестерина. Кроме всего этого, на основе результатов экспериментов на крысах было высказано мнение о возможности того, что уровень холестерина во время неоптимальной фазы может в дальнейшем привести к развитию холестеролимии более высокого уровня. Однако проведенные на грудных детях исследования пока что не дали каких-либо доказательств этой теории (11). И наконец, недавно стали обращать внимание на значительное увеличение плазменных уровней фитостеролов в результате увеличения потребления ПНЖК, но отдаленные воздействия этого явления пока не известны.

После прекращения лечения наблюдался возврат артериального давления до нормы у значительного процента взрослых, страдающих тяжелой формой гипертонии, за давлением крови которых следили в течение периода лет. Были также получены сопоставимые результаты опытов, проведенных на крысах, у которых наблюдалась спонтанно развивающаяся гипертония, а гемодинамическая последовательность удивительно похожа на последовательность первых этапов болезни у человека. На основе имеющихся данных можно предположить, что развитие гипертонии может по крайней мере в некоторых случаях быть изменено лечением до начала повышения периферийной резистентности. Однако убедительных доказательств этого пока нет (10).

5. ОБЩЕСТВЕННОЕ ПИТАНИЕ И ПРОДУКТЫ ПРОМЫШЛЕННОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ

Роль пищевой промышленности все время возрастает по мере развития общественного питания и все большего распространения консервированных продуктов и полуфабрикатов. Этот рост влияет не только на пищу взрослых, но также на все виды промышленно изготавливаемых детских продуктов, которые, за исключением детских смесей, были весьма редки в пятидесятых годах.

5.1 Статистика общественного питания и потребления продуктов промышленного изготовления

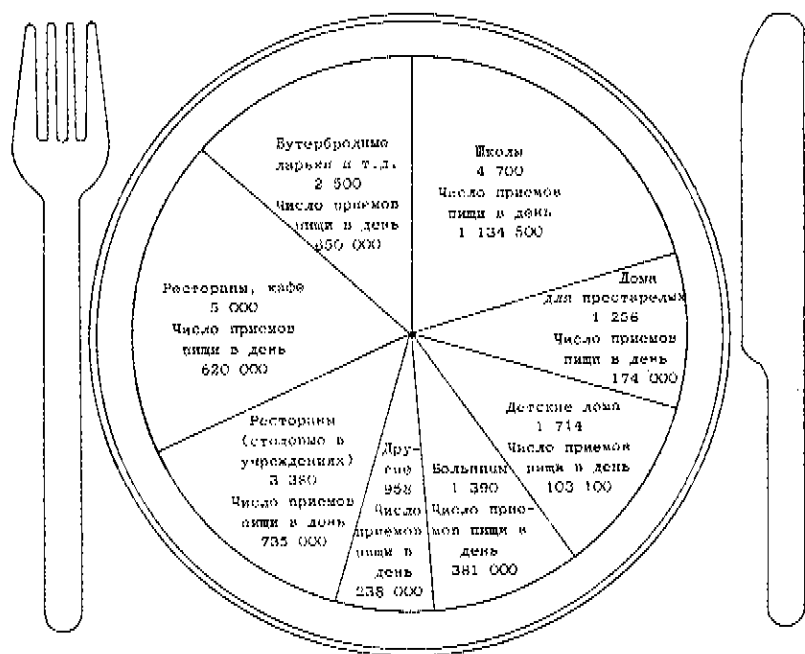
Имеющаяся статистика по общественному питанию к сожалению не является достаточно полной для того, чтобы предпринять какую-либо попытку в целях более полного понимания обстановки

в Европейском регионе в целом. Однако, наиболее развитой страной в этом отношении является, несомненно, Швеция, где для населения чуть больше 8 миллионов человек в 1974 г. подавалось еды на 4 миллиона приемов пищи в день и где все дети получали в школе бесплатное питание, которое составляло 30% рекомендуемого им ежедневного количества протеиновой энергии и других необходимых питательных веществ. Около половины этих общественных приемов пищи обеспечивается общественными учреждениями (школами, детскими домами, больницами, домами для престарелых и т.д.), и приблизительно 20% - столовыми и другими предприятиями общественного питания (Рис. 1). Общественное питание становится быстро растущим сектором также и во Франции; от 9 до 10 миллионов на 50 миллионов населения Франции едят по крайней мере 5 раз в неделю на предприятиях общественного питания (в школах, учреждениях, коммерческих предприятиях, на гражданской службе, в армии, больницах, ресторанах). Подсчитано, что за 1965 г. было подготовлено еды на 1700 миллионов приемов пищи и более чем на 5000 миллионов в 1975 г., т.е. это число возросло в три раза за 10 лет (12). В развивающихся странах общественное питание начинает приобретать важную роль в диете школьников и рабочих, например в столовых Алжира (с населением 18 миллионов человек) ежедневно готовится еда на 2,5 миллиона приемов пищи. Рост такого типа питания, очевидно, возможен только при параллельном развитии пищевой промышленности и наличии полуфабрикатов или готовых блюд. В настоящее время собрано мало статистических данных по этому вопросу, но их сбор должен быть облегчен, чтобы в разных странах получать информацию как о пище для взрослых, так и детском питании.

5.2 Питательные аспекты общественного питания

Общественное питание с использованием промышленно изготовленных продуктов или без них теоретически дает возможность контролировать питательное качество диеты и позволяет лучше приспособлять ее к рабочим потребностям в школах и на коммерческих предприятиях. Помимо низкой стоимости такого типа питания также обеспечивает лучшие стандарты гигиены и благодаря планированию меню должно лучше удовлетворять потребностям и, где необходимо, способствовать повышению питательных качеств диеты семьи. С этой целью во многих странах были разработаны программы, а в некоторых районах,

Рис. 1. Общественное питание в Швеции
Количество приемов пищи 4 035 600 в день



где качество питания было особенно низким, были успешно проведены кампании за подкрепление питания необходимыми витаминами. К сожалению, возможности общественного питания, очевидно, не всегда полностью используются. Качество продуктов и методы их подготовки часто оставляют желать много лучшего, а объемы подаваемой пищи не обязательно соответствуют желательным стандартам. Тем не менее использование промышленно изготовленных продуктов дает возможность осуществлять более строгий контроль за качеством и, возможно, изменять состав самих продуктов. Это особенно очевидно в отношении продуктов, предназначенных для детей и младенцев, продуктов, которые изменяются со временем, чтобы идти в ногу с расширением

знаний и усовершенствованием технологических процессов. Созданы детские смеси для грудных детей, состав которых близок к составу материнского молока и которые обогащены витаминами и минералами. В результате этого в тех странах, где они широко используются, частота заболеваемости рахитом и анемией вследствие нехватки железа в организме была более или менее сведена к нулю. Комиссия пищевых стандартов разработала очень строгие правила в отношении крупяных изделий и консервированных продуктов для грудных детей и детей младшего возраста. В целом поэтому кажется, что преимуществ здесь больше, чем недостатков (например, чрезвычайно тонкая текстура и более высокие затраты) по крайней мере в развитых странах, где отказ от кормления грудью, которому способствовали эти факторы, не создает серьезной опасности неправильного питания и более высокого риска инфекционного заражения.

6. КОНТРОЛЬ ЗА КАЧЕСТВОМ

Развитие всемирного производства продуктов питания для того, чтобы справиться со взрывом народонаселения и возросший в результате этого спрос постоянно создают новые проблемы на уровне производства, связанные с процессами изготовления, системами распределения, сбытом и сопутствующей рекламой. Есть свидетельства тому, что опасности подмешивания и отравления пищи (остатками пестицидов, тяжелыми металлами, митохондриями и искусственными добавками) все больше возрастают, и, если не будут усилены меры контроля, здоровье населения нельзя будет эффективно предохранять не только от массовых инфекций и отравлений, но также от постепенного снижения питательного качества продуктов.

Контроль за качеством составляет одну из главных задач объединенных комитетов ФАО/ВОЗ. Хотя разработаны правила для обеспечения полной химической и бактериологической безопасности продуктов и определены условия их упаковки и снабжения этикетками, некоторые вопросы остаются нерешенными, и особенно те, что связаны с продуктами для грудных детей и детей младшего возраста. В качестве примера можно привести тот факт, что до сих пор нет законодательства, которое предписывало бы производителям представлять сведения об используемых технических процедурах, что позволило бы в какой-то

мере определить степень разрушения белка теплом. Длительная токсичность продуктов от реакции Малларда на практике не была ни подтверждена, ни опровергнута, но лезионая блокада может привести к снижению питательной ценности белка. Последствия этого явления особенно важны как для детской пищи, протеиновое содержание которой ограничено, так и для продуктов для жителей стран, где протеиновое недоедание стало уже критическим.

Кроме того, в правилах Комиссии Пищевых стандартов сказано, что продукты для грудных детей не должны иметь никаких следов пестицидов. Пестицидное содержание также строго контролируется в многочисленных продуктах для взрослых, особенно в молоке. Однако результаты последних исследований привлекли внимание к проблеме заражения материнского молока (13). Пока что эти результаты не являются такими уж тревожными, и не должны использоваться в качестве аргумента против кормления грудью. Одновременно, если проводимые сейчас исследования не выявят, как это имеет место в некоторых странах, снижения уровня таких веществ в материнском молоке, то заражение, которое они вызывают, должно побудить правительства и международные организации принять более активные меры по борьбе с чрезмерным использованием ДДТ и других пестицидов в сельском хозяйстве и в быту.

Использование сгустителей для детских питательных смесей также ограничено законом. Эти вещества тем не менее широко используются в производстве других продуктов питания для детей младшего возраста, хотя опасность того, что они могут поглощаться кишечником еще полностью не опровергнута, а исследования их возможной токсичности еще до сих пор не возвращены до необходимого уровня. Во всяком случае, до сих пор не достигнуто какого-либо соглашения о создании краткосрочных и долгосрочных программ контроля в целях обязательной проверки добавок, выпускаемых в целях усовершенствования тех или иных технологических процессов, что, возможно, объясняет чрезвычайную неадекватность испытаний большинства сгустителей, особенно каррагенатов.

И наконец, определенные проблемы вызывают широкое использование пластиковых упаковок. Например, хотя такая упаковка позволяет делать стерилизацию при ультравысокой температуре, она не сохраняет определенные витамины, особенно витамин С, и в конечном счете может высвободить из пластика его составные части, токсичность которых еще следует доказать.

Поэтому следует предпринимать активные шаги с тем, чтобы обеспечить общее качество пищи и защитить потребителей от потенциальных опасностей их здоровью. Такие меры должны соответствующим образом учитывать потребность в просвещении потребителя, и, помимо обязательных мер, должны склонять промышленников к добровольному принятию свода практических правил, предотвращая тем самым неправильные действия и злоупотребление рекламой. В то же время такие мероприятия не должны ограничиваться только этим аспектом проблемы. Контроль за качеством должен фактически быть объединен с каждым этапом в сельскохозяйственном и промышленном производстве, независимо от того, предназначен ли продукт для внутреннего или внешнего рынка. Для этого правительствам надлежит принять все необходимые меры с целью гарантировать, чтобы выпускаемая на внешний рынок продукция, особенно для стран третьего мира, не всегда располагающих всеми необходимыми процедурами контроля за качеством, способствовала бы спецификациям Пищевых стандартов или, по крайней мере, содержала минимальные характеристики в своих спецификациях и подтверждениях, что эта продукция свободна от каких-либо веществ, которые могли сделать ее непригодной для потребления человеком.

7. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОСВЕЩЕНИЯ

Питание как учебный предмет слишком долго игнорировался в медицинских школах, и несмотря на усилия международных организаций, особенно ВОЗ и Международного центра помощи детям, имеются заметные пробелы в образовании персонала здравоохранения в этой сфере в целом. Однако правительства все больше начинают осознавать этот факт, и в ближайшем будущем ЮНЕСКО должна будет провести конференцию по оценке создавшегося положения.

Например, во всем мире признается, что первоочередное внимание должно уделяться кампаниям по пропаганде грудного кормления, однако конкретное направление деятельности пока точно не определено. Преимущество грудного кормления перед искусственным питанием не всегда по-настоящему осознается беременными женщинами и молодыми матерями в экономически очень высоко развитых странах, где существуют отличные условия питания и отмечаются чрезвычайно низкие коэффициенты

детской смертности от инфекций или плохого питания, в то время как в развивающихся странах раннее прекращение грудного кормления в целом имеет катастрофические последствия. Опыт показывает, что в большинстве европейских стран огромное большинство младенцев получает в качестве основного питания коровье молоко в течение десятилетий, и что это никогда не приводило к каким-либо серьезным последствиям. С другой стороны, во всех странах третьего мира, проходящих этап индустриализации, где заметно существенное перемещение населения из сельских районов в городские, детская смертность и частота уродливых форм плохого питания возрастает параллельно с прекращением грудного кормления. Поэтому потенциально целесообразные направления подхода должны варьироваться в зависимости от общего экономического положения той или иной страны или региона, где ведется такая пропаганда.

В индустриальных странах, где искусственное питание для новорожденных свободно продается в магазинах и стоит чрезвычайно дешево, главный акцент должен быть прежде всего сделан на иммунологических преимуществах материнского молока и на важности грудного кормления по крайней мере в течение шести недель, если более длительный период не возможен. Следует также подчеркивать высокое содержание IgA в грудном молоке и еще больше в молозиве, которое новорожденный не способен сам синтезировать и которое не существует в другом молоке; не следует также упускать из виду значение содержащихся в грудном молоке лизоцима, лактоферрина и лактозы, которые в совокупности помогают защитить новорожденного от инфекций, особенно от желудочно-кишечных и респираторных инфекций. Отсутствие антигенов в грудном молоке, низкое содержание соли, высокие уровни холестерина и необходимых жирных кислот также имеют огромное значение в профилактике аллергии и, как предполагается в одной другой, уже выше цитировавшейся, работе, ожирения, гипертонии и ишемической болезни сердца (14). В других странах, особенно в развивающихся странах, первостепенное значение должно придаваться роли грудного кормления в профилактике инфекции, а проблема неправильного питания должна находиться в самом центре внимания. Если необходимо, кормление из бутылки может рассматриваться лишь как дополнение к грудному кормлению, когда мать не имеет достаточного количества молока, но это никогда не должно быть результатом единичного решения женщины. Здесь решающее значение, очевидно, приобретает деятельность по регулированию промежутков между родами, поскольку раннее материнство и

многочисленные беременности, несомненно, представляют собой одну из главных причин плохого питания матери и гипертрофии плода. В то же время такая деятельность будет успешной только, если ее объединить с общеобразовательной программой, которая вместе с улучшением условий для поддержания нормального здоровья и более четким пониманием роли продолжительного грудного кормления будет иметь решающее значение для снижения детской смертности.

В любом случае следует использовать каждую возможность, чтобы повысить общий уровень знаний населения о питании. Поскольку школы представляют наиболее желательное для этого место, то следует пересмотреть школьные учебные программы и включить в них питание в качестве обязательного предмета. Столовые и другие места общественного питания таким же образом представляют идеальное место для организации более эффективного просвещения по вопросам питания, особенно если при этом привлекать потребителей и особенно школьников к составлению еженедельных меню под руководством консультантов по питанию. Помимо своих контролирующих и лечебных функций центры матери и ребенка, а также донатальные курсы и консультации, в целом являются подходящим местом для обучения беременных женщин и молодых матерей. И наконец, следует отметить важную роль информативных брошюр и средств массовой информации, особенно телевидения, но при условии, что такая официальная пропаганда не будет одновременно подрываться ненужным рекламированием таких товаров, как зубная паста или лимонад.

8. РЕКЛАМИРОВАНИЕ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

Рекламирование питания для грудных детей, младенцев и детей младшего возраста имеет особое значение и должно быть запрещено по радио и телевидению. Рекламирование заменителей материнского молока никогда не должно быть направлено прямо на общественность или семью, а из рекламы готовых продуктов детского питания должно быть ясно видно, что они предназначены для детей не младше трех месяцев. В рекламе потребительских товаров, которая ни в коем случае не должна организовываться без предварительного согласования с компетентным медицинским органом, должно быть указано, что грудное

молоко всегда является основой или главным составным продуктом питания для всех детей в возрасте до трех месяцев. И наконец, следует вообще запретить распространение бесплатных образцов и другие виды стимулирования продажи детского питания (см. Приложение I).

9. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

9.1 Поднятые проблемы весьма широко различаются в каждой стране Европейского региона. Последствия недоедания преобладают в развивающихся странах Региона, в то время как профилактика состояний, связанных с перееданием, остается главной целью индустриализованных стран.

9.2 Белковое недоедание не является важной проблемой в индустриальных странах. Оно, тем не менее, наблюдается в определенных группах, особенно среди этнических меньшинств, ускользающих из радиуса действия различных органов надзора. Более того, частота субклинических проявлений минеральной и витаминной недостаточностей, особенно среди групп высокого риска (беременные женщины, молодые матери, грудные дети, дети дошкольного возраста, люди пожилого возраста и т.д.) продолжают вызывать беспокойство. Необходимо рассмотреть потребность в общих мерах (например, добавление витаминов и железа в молоко, фторирование воды) для тех районов, где такие недостаточности все еще представляют проблему для общественного здравоохранения. Однако при наличии возможностей для массовых обследований профилактика минеральной и витаминной недостаточностей должна, тем не менее, где возможно, быть приспособлена к конкретному состоянию каждого человека. Более того, эти меры никогда не должны заменять другие меры, необходимые для улучшения состояния питания, например, увеличение производства продуктов, улучшение их распределения и активизация обучения по вопросам питания.

9.3 В развивающихся странах первоочередное внимание необходимо уделять профилактике плохого питания во время беременности и младенчества. Такая профилактическая деятельность должна при сегодняшней обстановке основываться не на индивидуальном диагнозе, а проводиться в отношении всего населения.

Поэтому следует создать средства для обеспечения беременных женщин систематическими питательными добавками в виде минералов и витаминов (особенно железа и фолиевой кислоты) во время второй половины беременности. На местном уровне следует поощрять также производство продуктов питания, которые облегчали бы процесс отвыкания ребенка от груди; где возможно, это должно основываться на местных ресурсах.

9.4 Специфические проблемы людей престарелого возраста также являются прежде всего социально-экономической проблемой. Следует во всех странах Европейского региона создать систему подобно сети центров охраны материнства и детства. Такая система должна включать врачей, диетологов, патронажных медсестер и всех других лиц, которые могут оказать какую-либо помощь людям пожилого возраста и прислушиваться к их собственным желаниям. Следует увеличить число столовых и мест встреч для тех, кто способен передвигаться, а дешевые, готовые к употреблению блюда должны быть доступны для каждого. Следует поощрять создание таких органов, в круг полномочий которых входят прежде всего культурные вопросы. Наконец, было бы целесообразно провести исследование вопросов развития специальных диет для людей пожилого возраста.

9.5 Переедание представляет важную проблему в индустриальных странах. На практике около 10% всех детей и взрослых, очевидно, страдают от ожирения, а по крайней мере 20-30% имеют лишний вес. Тот факт, что значительный процент лиц, страдающих от ожирения во взрослом возрасте, уже имели лишний вес в возрасте шести месяцев, и что избыточный вес среди кормившихся грудью встречается реже, является, по мнению Группы, еще одним аргументом в пользу грудного кормления и против слишком раннего введения "дополнителей" молока (муки, овощей и т.д.) в питание ребенка. В общем следует организовать более систематический сбор информации об уровнях энергии продуктов питания, необходимо подчеркнуть вредную роль подслащенных напитков и чрезмерного пристрастия к кондитерским изделиям, а также еде между обычными приемами пищи. Участники Группы также сочли целесообразным обратить внимание правительств на важность поощрения физического воспитания, спорта и игр для всего населения. ВОЗ следует созвать рабочую группу, с тем чтобы определить параметры, указывающие на чрезмерное ожирение у человека, точнее оценить опасности, которым подвергается человек с избыточным весом, и рассмотреть, как эффективнее всего можно выявить и предотвратить ожирение в детстве.

9.6 Участники Рабочей группы также обсудили возрастающую частоту сердечно-сосудистых болезней и особенно ишемической болезни сердца. Они высказали мнение, что в настоящее время нет достаточных доказательств положительного влияния радикальных изменений в диете на снижение частоты гипертонии и сердечно-сосудистых болезней, которые бы позволили Группе выдать рекомендации по правилам питания для всего населения. Тем не менее, по всей видимости, будет целесообразно рекомендовать несколько снизить количество насыщенных жиров и соли, потребляемых вместе с продуктами питания, особенно с детскими продуктами. Участники Группы не одобрили идею о проведении массового обследования на выявление гиперлипотеинемии, которая является одним из основных факторов риска в этой области, поскольку пока еще нет достаточных данных об отдаленном влиянии лечения этих состояний на развитие последующей опасности атеросклероза. С другой стороны, следует поощрять экспериментальные исследования и прослеживание гипертонии и нарушений липидного обмена в семьях, где уже были ранее подобные случаи.

9.7 Был сделан анализ различных проблем, связанных с общественным питанием. Однако, ввиду очевидного недостатка статистических данных по этому вопросу члены Группы высказали мнение о желательности проведения предварительного международного исследования разных систем общественного питания в целях выявления положительного опыта в этой области, определения недостатков. Участники Группы тем не менее рекомендовали организовывать такое питание под эффективным контролем органов здравоохранения, которые должны следить за качеством подаваемой пищи и организовывать, где возможно, дополнительные программы питания для групп высокого риска под контролем национальных органов и с использованием в как можно большей степени продуктов местного происхождения.

9.8 Участники Группы также высказали мнение, что следует активно разворачивать деятельность по обеспечению общего количества продуктов в целях защиты потребителей. На упаковке должно быть описание использованных производственных процессов и указана продолжительность жизни содержащегося в продукте белка. Разрешение на введение добавок в качестве части технологического процесса должно выдаваться только после достаточного числа исследований краткосрочной и отдаленной токсичности. Все детские продукты должны проходить

полную программу оценочных испытаний. Члены Группы признали целесообразным продолжить исследования ФАО/ВОЗ по загрязнителям и пестицидам, а также включить в подробные международные исследования вопрос об изучении содержания пестицидов в материнском молоке. Следует также рассмотреть рекомендации по использованию определенных типов пластиковой упаковки. И наконец, участники Группы рекомендовали, чтобы правительства гарантировали, что предназначенные для экспорта продукты не будут содержать веществ, которые сделали бы их непригодными для потребления человеком. Группа также рекомендовала оказать помощь в создании лабораторий контроля в развивающихся странах.

9.9 Участники Группы подчеркнули неадекватность диетического просвещения населения и образования персонала здравоохранения. Они высказали мнение, что следует активизировать принимаемые в этой области усилия, особенно в школах, столовых, донатальных курсах, а также в центрах охраны матери и ребенка. Первоочередное внимание должно быть уделено кампаниям по пропаганде грудного кормления, но освещаемые вопросы должны различаться в зависимости от общего экономического положения страны, где предстоит распространять такую информацию. Для этого во всех таких случаях необходимо создать системы эпиднадзора в целях обеспечения практического воздействия разрабатываемых для разных уязвимых групп программ.

9.10 И наконец, участники Группы выразили надежду в том, что все страны введут весьма строгие правила в отношении рекламирования детского питания. Такая реклама никогда не должна допускаться по радио и телевидению, а распространение бесплатных образцов и другие методы воздействия на семьи должны быть запрещены по всем аспектам, связанным с питанием для детей младшего возраста.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Официальные документы ВОЗ № 225, Пятый обзор состояния здравоохранения в мире, 1969-1972, Женева, 1977 г., стр. 16

2. Серия технических докладов ВОЗ, № 314, 1966 г. (Питание и инфекции: доклад Комитета экспертов ВОЗ)
3. Roine, P. et al. Analysed vs. calculated intake of vitamin C among Finnish rural population. Int. J. Vit. Nutr. Res., 42: 63 (1971)
4. Buzina, R. et al. Nutritional status, working capacity and absenteeism in industrial workers. First International Symposium on Food and Work, Vittel, 1971
5. Hirsch, J. The adipose-cell hypothesis. New Engl. J. Med., 295: 389-390 (1976)
6. Meade, T.W. & Chakrabarti, R. Arterial-disease research: observation or intervention? Lancet, 2: 913-916 (1972)
7. McBean, L.D. & Speckmann, E.W. An interpretive review: diet in early life and the prevention of atherosclerosis. Pediat. Res., 8: 827-842 (1974)
8. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Salt intake and eating patterns of infants and children in relation to blood pressure. Pediatrics, 53: 115-221 (1974)
9. Rey, J. & Rey, F. L'hypercholestérolémie et la prévention de l'athérome. Arch. franç. Pédiat., 33: 821-833 (1976)
10. Kilcoyne, M.M. Adolescent hypertension. Amer. J. Med., 58: 735-739 (1975)
11. Glueck, C.J. et al. Hypercholesterolemia and hyperglyceridemia in children. A pediatric approach to primary atherosclerosis prevention. Amer. J. Dis. Child., 128: 569-577 (1974)
12. Centre national de Coordination des Etudes et Recherches sur la Nutrition et l'Alimentation (CNERNA). Rapport de la Commission "Restauration en collectivités", 1976
13. Bakken, A.F. & Seip, M. Insecticides in human breast milk. Acta paediat. scand., 65: 535-619 (1976)
14. European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGAN) Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition (accepted for publication in Acta paediat. scand.)

Приложение 1

МЕДИЦИНСКИЕ СТАНДАРТЫ ДЛЯ ПРОДАЖИ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ В ШВЕЦИИ^а

(Нижеследующие стандарты, изданные 24 октября 1975 г., представляют в основном свод этических правил в этой области первоначально установленных Обществом шведских педиатров в 1964 г. Следует отметить, что в Швеции по радио и телевидению реклама запрещена).

1. Реклама детского питания и касающаяся его информация должны всегда представляться в форме соответствующей взглядам на детское питание, которых придерживаются медицинские консультанты данных фирм.
2. Рекламирование заменителей грудного молока (изначальные детские смеси) не должно ни в какой форме быть прямо направлено на население или отдельные семьи. На продукты такого типа не следует делать специальные скидки для потребителя.
3. Направляемые прямо той или иной семье рекламные материалы о других детских продуктах, таких как фруктовые соки, "детские напитки", процеженные продукты и продукты для малышей, смеси для дальнейшего питания и подобные продукты, должны распространяться так, чтобы они доходили до потребителя только после того, как ребенок достиг трехмесячного возраста.
4. Печатный материал специального содержания, такой как "Мой ребенок" и "Собственная книга ребенка" должны распространяться только через врачей и медсестер. Однако следует предусмотреть, чтобы заинтересованные фирмы могли отправлять такой печатный материал отдельным лицам по специальным просьбам последних. Распространение простого печатного материала, такого как списки имеющихся детских продуктов, должно, однако, разрешаться непосредственно среди потребителя, но только после того, как ребенок достигнет трех месяцев.

^а Перевод со шведского оригинала.

5. В печатных детских меню, предназначенных для населения, в качестве основного компонента питания для детей младше четырех месяцев должно указываться только материнское молоко. В этих материалах, однако, может указываться, что меры охраны здоровья ребенка дадут информацию по приемлемым заменителям в случаях нехватки или отсутствия материнского молока.

6. Производящая продукты детского питания промышленность могла бы устраивать демонстрации детских продуктов питания или организовывать инструктаж по кормлению ребенка, например, в связи с "Вечерами матерей" при условии, что они проводятся в сотрудничестве с врачом или официальной медсестрой.

7. Все новые брошюры или другой печатный материал, предназначенный для населения, должен быть изучен перед публикацией соответствующими медицинскими консультантами. Это же касается рекламных материалов в ежедневной и еженедельной прессе, в медицинских журналах и журналах для медсестер и всего информационного материала для распространения среди врачей, медсестер, больниц, детских домов, центров охраны здоровья ребенка и т.д.

8. Не следует разрешать распространение бесплатных продуктов детского питания и подобные мероприятия, проводимые в целях рекламы.

9. Под "рекламой" здесь имеются в виду все формы рекламирования в профессиональных журналах, ежедневных газетах, еженедельниках, книгах, например, таких как "Родительская книга о детях" и т.д., на плакатах в магазинах, в брошюрах, списках имеющихся продуктов, книгах о детском питании и т.п.

Гетеборг, 24 октября 1975 г.

Оке Гиллерсверд
Вертил Линдквист
Геран Стерки
Отто Вестфаль

Ингве Ларссон
Геста Самуэльссон
Ларс Седерхельм
Ян Винберг

Джон Линд
Стиг Сьеллиа
Бо Вальквист
Рольф Цеттерштрем

Приложение II

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные советники

- Д-р Р. Бузина, Заведующий Отделом питания, Институт общественного здравоохранения Хорватии, Загреб, Югославия
- Д-р О. Кекзаль, Директор Института питания и науки о питании, Университет Хацеттепе, Анкара, Турция
- Профессор К. Кубат, Заведующий Первой кафедрой педиатрии, Пражский университет, Чехословакия
- Д-р В. Хадж Лакехаль, Старший медицинский специалист по вопросам питания, Министерство здравоохранения, г. Алжир, Алжир (Вице-председатель)
- Профессор Б. Линдквист, Больница Лундского университета, Отделение педиатрии, Лунд, Швеция (Председатель)
- Профессор В. Пленерт, Директор Детской клиники, Йенский университет, Германская Демократическая Республика
- Профессор Ж. Рей, Отделение генетических исследований, Детская больница, Париж, Франция (Составитель отчета)
- Профессор А.П. Шиткова, Директор Научно-исследовательского института гигиены им. Элисмана, Москва, СССР
- Профессор Е. Шмидт, Заведующий Второй кафедрой педиатрии, Дюссельдорфский университет, Федеративная Республика Германии
- Профессор Г.Й. Янц, Кафедра эпидемиологии, Институт гигиены и тропической медицины, Лиссабон, Португалия

Представители других организаций

Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН

Г-н Р.К. Малик, Старший специалист, Группа контроля продуктов питания и защиты потребителя, Отдел политики в области пищевых продуктов и питания, Рим, Италия

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р П.С. Рениш, Региональный специалист по охране материнства и детства (Секретарь)

Д-р Д.К. Соколов, Директор, Развитие всесторонних служб здравоохранения

Штаб-квартира

Д-р Е.Де Мейер, Медицинский специалист, Секция питания