

ГЛОБАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ МОНИТОРИНГА В ОБЛАСТИ ПИТАНИЯ ОПЕРАТИВНОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ПРОГРЕССА НА ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ

ЦЕЛЕЙ НА 2025 ГОД



Всемирная организация
здравоохранения

unicef 

ГЛОБАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ МОНИТОРИНГА В ОБЛАСТИ ПИТАНИЯ

ОПЕРАТИВНОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ
ОТСЛЕЖИВАНИЯ ПРОГРЕССА НА ПУТИ
ДОСТИЖЕНИЯ

ЦЕЛЕЙ НА 2025 ГОД

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ТЕХНИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ ЭКСПЕРТОВ
ПО ВОПРОСАМ МОНИТОРИНГА ПИТАНИЯ (ТКГЭМП)

Январь 2018 г.



Всемирная организация
здравоохранения



Глобальные основы мониторинга в области питания: оперативное руководство для отслеживания прогресса на пути достижения целей на 2025 год [Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025].

ISBN 978-92-4-451360-6

© Всемирная организация здравоохранения, 2018.

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: ГЛОБАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ МОНИТОРИНГА В ОБЛАСТИ ПИТАНИЯ: Оперативное руководство для отслеживания прогресса на пути достижения целей на 2025 год [Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

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

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Отпечатано в Швейцарии. Дизайн и макет обложки Alberto March, Барселона, Испания

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	V
Список сокращений	VI
Перечень таблиц	VII

1 ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ **1**

1.1 Цели ГОМП	3
1.2 Концепция создания национальных систем данных о состоянии здоровья населения	5

2 ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМП **6**

2.1 Обоснование глобальных задач ВАЗ	8
2.2 Обоснование показателей промежуточных результатов	10
2.3 Обоснование показателей процесса	10
2.4 Обоснование показателей политической конъюнктуры и потенциала	12

3 ПОДРОБНОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЛЯ ШЕСТИ ГЛОБАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ВАЗ **15**

3.1 Задержка роста у детей в возрасте до пяти лет	16
3.2 Анемия у женщин репродуктивного возраста	18
3.3 Низкая масса тела при рождении	21
3.4 Избыточный вес у детей в возрасте до пяти лет	23
3.5 Исключительно грудное вскармливание грудных детей в возрасте до шести месяцев	25
3.6 Истощение у детей в возрасте до пяти лет	27

4 ПОКАЗАТЕЛИ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ПРОЦЕССА, ПОЛИТИЧЕСКОЙ КОНЪЮНКТУРЫ И ПОТЕНЦИАЛА **31**

4.1 Показатели промежуточных результатов	32
4.1.1 Охват лечением диареи	32
4.1.2 Низкий ИМТ у женщин в возрасте 15–49 лет	34
4.1.3 Показатель рождаемости среди девочек-подростков	35
4.1.4 Избыточный вес и ожирение у женщин в возрасте старше 18 лет	36
4.1.5 Избыточный вес и ожирение у детей школьного возраста и подростков	37
4.2 Показатели процесса	38
4.2.1 Минимальное разнообразие рациона питания	38

4.2.2	Население, пользующееся услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности	40
4.2.3	Население, пользующееся услугами по обеспечению безопасной санитарии	42
4.2.4	Дородовой прием препаратов железа	44
4.2.5	ВРоды в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания	46
4.2.6	Консультации по вопросам грудного вскармливания	47
4.3	Показатели политической конъюнктуры и потенциала	48
4.3.1	Укомплектованность специалистами по питанию	48
4.3.2	Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока	50
4.3.3	Законы и нормативные положения об охране материнства	51

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ **52**

ПРИЛОЖЕНИЕ **57**

Приложение 1.	Краткий обзор показателей Глобальных основ мониторинга в области питания	57
Приложение 2.	Основные процедуры измерения длины тела/роста	63
Приложение 3.	Корректировка уровня гемоглобина для курящих женщин и женщин, проживающих в высокогорной местности	67
Приложение 4.	Поправка в отношении низкой массы тела при рождении	71
Приложение 5.	Измерение массы тела	73
Приложение 6.	Работа с показателем «Минимальное разнообразие рациона питания (МРРП)» с использованием количественных данных о пищевом рационе	75

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Настоящее оперативное руководство является результатом работы Технической консультативной группы экспертов ВОЗ-ЮНИСЕФ по вопросам мониторинга питания (ТКГЭМП) и было подготовлено при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Выражаем признательность членам ТКГЭМП: Rafael Flores-Ayala, Mary Arimond, Rebecca Heidkamp, Purnima Menon, Trevor Croft, Patrick Webb, Luz Maria De-Regil, Eline Korenromp, Faith Thuita и Abul Kalam Azad за техническую помощь в уточнении и проработке конкретных показателей, требующих дополнительных оперативных разъяснений.

Мы благодарим Kuntal Kumar Saha (штаб-квартира ВОЗ) за подготовку общей концепции настоящего оперативного руководства и координацию процесса его написания и редактирования; Elaine Borghi, Monika Blössner и Mercedes de Onis (штаб-квартира ВОЗ) за подготовку первого проекта оперативного руководства для его рассмотрения государствами-членами в ходе неофициальной консультации в 2015 г., а также за направление отзывов в отношении последующих версий документа; Francesco Branca, Elisa Dominguez, Kaia Engesveen, Laurence Grummer-Strawn, Chizuru Nishida, Juan Pablo Peña-Rosas и Lisa Rogers (штаб-квартира ВОЗ) за вклад в разработку оперативного руководства и комментарии по нескольким его предварительным версиям; Adelheid Onyango (Африканский регион ВОЗ) и координаторов по вопросам питания в страновых бюро ВОЗ в регионах Африки и Юго-Восточной Азии за предоставление ценных отзывов во время апробации оперативного руководства на местах; Timothy Armstrong, Cynthia Boschi Pinto, Michelle Jane Hindin, Khondkar Rifat Hossain, Richard Johnston, Antonio Montresor, Leanne Riley и Marcus Marcellus Stahlhofer (штаб-квартира ВОЗ) за вклад в процесс разработки различных показателей; Gretchen Stevens и Wahyu Mahanani (штаб-квартира ВОЗ) за проведенный обзор статистики и технический вклад в разработку конкретных показателей; Julia Krasevec и Tom Slaymaker (штаб-квартира ЮНИСЕФ) за участие в разработке ряда показателей и редактирование нескольких разделов документа; James Akre (консультанта) за техническое редактирование публикации; Diana Estevez (консультанта), Fabienne Maertens и Anne Sikanda (штаб-квартира ВОЗ) за координацию процесса публикации документа и его перевода на другие языки ООН.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВСГ	вода, санитария и гигиена
ГИРМ	Глобальная инициатива расширенного мониторинга
ГОМП	Глобальные основы мониторинга в области питания
ГОПП	Глобальный обзор политики в области питания
ЖФК	железо и фолиевая кислота
ЗГМ	заменители грудного молока
ЗМНДП	Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков
ИГВ	исключительно грудное вскармливание
ИМТ	индекс массы тела
ИСУЗ	Информационные системы управления здравоохранением
КЛДО	Комиссия по ликвидации детского ожирения
КОМП	Кластерные обследования по многим показателям
МЦДСП	Международный центр документации Свода правил
НИЗ	неинфекционные заболевания
НМТР	низкая масса тела при рождении
НОЗП	Национальные обследования здоровья и питания
ОДЗ	Обследования в области демографии и здравоохранения
ОПЗ	основные показатели здоровья
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
ПКП ООН	Постоянный комитет ООН по проблемам питания
ПМДГРВ	питание матерей и детей грудного и раннего возраста
ПРТ	пероральная регидратационная терапия
СО	стандартное отклонение
СОНП	Совместные оценки недостаточности питания
СПМ	Совместная программа по мониторингу водоснабжения и санитарии
СПР	соли для пероральной регидратации
СФР-НИЗ	Сотрудничество по факторам риска НИЗ
ТКГЭМП	Техническая консультативная группа экспертов по вопросам мониторинга питания
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ВFHI	Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания
GINA	Глобальная база данных о мероприятиях в области питания
SUN	Движение за расширение действий в области питания
VMNIS	Информационная система данных о содержании витаминов и минералов в продуктах питания
WABA	Всемирный альянс поддержки грудного вскармливания
WBTi	Инициатива «Мировые тенденции грудного вскармливания»

ПЕРЕЧЕНЬ ТАБЛИЦ

- ТАБЛИЦА 1.** Основной набор показателей для Глобальных основ мониторинга в области питания
- ТАБЛИЦА 2.** Основной набор показателей для Глобальных основ мониторинга в области питания и рекомендуемые показатели
- ТАБЛИЦА А1.** Сводная таблица: Краткий обзор показателей Глобальных основ мониторинга в области питания для глобальных задач ВА3 в области питания, показателей промежуточных результатов, показателей процесса, а также показателей политической конъюнктуры и потенциала
- ТАБЛИЦА А2.** Уровень гемоглобина с поправкой на курение
- ТАБЛИЦА А3.** Уровень гемоглобина (г/л) с поправкой на высоту
- ТАБЛИЦА А4.** Уровни гемоглобина для диагностирования анемии на высоте уровня моря (г/л)

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1



В 2012 г. Всемирная ассамблея здравоохранения (ВАЗ) утвердила Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста, определивший шесть глобальных задач, связанных с приоритетными результатами в области питания, которые должны быть достигнуты к 2025 г. (1). К данным шести глобальным задачам в области питания относятся:



СОКРАЩЕНИЕ НА 40% СЛУЧАЕВ ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ В ГЛОБАЛЬНЫХ МАСШТАБАХ;



ОТСУТСТВИЕ РОСТА ЧИСЛА СЛУЧАЕВ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ;



СОКРАЩЕНИЕ НА 50% СЛУЧАЕВ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА;



УВЕЛИЧЕНИЕ ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА 50% РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПЕРВЫЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ;



СНИЖЕНИЕ НА 30% ЧИСЛА ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ;



СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИСТОЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДО УРОВНЯ МЕНЕЕ 5%.

В 2014 г. государства-члены утвердили Глобальные основы мониторинга в области питания (ГОМП) по вопросам питания матерей и детей грудного и раннего возраста, а также шесть основных показателей результатов для отслеживания прогресса на пути выполнения шести глобальных задач в области питания (таблица 1).

В ноябре 2014 г. Секретариат предложил 14 дополнительных основных показателей для ГОМП (таблица 1) (2, 3). В ГОМП предусмотрены четыре типа показателей для мониторинга прогресса на пути выполнения глобальных задач в области питания:

- (i) показатели основных результатов для измерения прогресса на пути выполнения шести глобальных задач в области питания;
- (ii) показатели промежуточных результатов для мониторинга влияния конкретных болезней и условий на причинно-следственном уровне на тенденции в области выполнения шести задач в странах;
- (iii) показатели процесса для мониторинга хода осуществления программ и прогресса в конкретных ситуациях; и
- (iv) показатели политической конъюнктуры и потенциала для измерения политических факторов экономики и потенциала страны.

Целью данных дополнительных основных показателей является мониторинг прогресса на пути выполнения шести задач на национальном и глобальном уровнях. К основному набору показателей относятся шесть глобальных задач и пять показателей промежуточных результатов, шесть показателей процесса и три показателя политической конъюнктуры и потенциала.

В январе 2015 г. Исполнительный комитет утвердил 14 дополнительных основных показателей, однако запросил разъяснения и дополнительную информацию по связанным с ними оперативным аспектам. Были подняты такие вопросы, как единообразие при определении показателей, рекомендованная периодичность сбора данных, доступность данных, оперативные аспекты сбора данных и фактического материала для обеспечения действительности выбранных показателей.

Исполнительный комитет рассмотрел предложение и запросил дополнительную информацию о предложенных основных показателях. В марте 2015 г. все 14 показателей

были сведены в единый справочный документ (4), который был рассмотрен в ходе неофициальной консультации с представителями 43 государств-членов и нескольких учреждений системы Организации Объединенных Наций (Женева, 16–17 апреля 2015 г.). Шестнадцать показателей были утверждены для непосредственного использования, однако было рекомендовано отложить отчетность по четырем показателям до 2018 г., с тем чтобы обеспечить возможность разработки дополнительного оперативного руководства для государств-членов (5). К этим показателям относятся три показателя процесса и один показатель политической конъюнктуры и потенциала:

- i. Доля детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, получающих минимально приемлемый рацион питания;
- ii. Доля беременных женщин, получающих добавки железа и фолиевой кислоты;
- iii. Доля матерей с детьми в возрасте 0–23 месяцев, получивших консультирование, поддержку или сообщения в отношении оптимального грудного вскармливания минимум один раз за предыдущие 12 месяцев;
- iv. Число специально подготовленных специалистов по питанию на 100 000 населения.

ВОЗ и ЮНИСЕФ учредили независимую Техническую консультативную группу экспертов по мониторингу питания (ТКГЭМП) для представления рекомендаций по усовершенствованию глобального мониторинга показателей ГОМП. ТКГЭМП также призвана помочь в выявлении потребностей в дальнейших исследованиях, связанных с вопросами мониторинга питания, и рекомендовать разработку и/или уточнение показателей и методов ГОМП. ТКГЭМП была поручена задача технического консультирования по дальнейшей разработке и оценке четырех отложенных показателей и составления соответствующих руководств по вопросам мониторинга и отчетности. В таблице 2 представлен перечень исходных показателей и приведены предложенные изменения четырех отложенных показателей и индикатор диареи.

1.1 ЦЕЛИ ГОМП

Цели ГОМП (б) заключаются в следующем: (i) мониторинг прогресса на пути выполнения шести глобальных задач (для использования на глобальном и национальном уровнях); (ii) отслеживание хода осуществления отдельных программ, необходимых для выполнения глобальных задач (для использования на глобальном и национальном уровнях); и (iii) отслеживание хода осуществления всех программ, необходимых для достижения национальных задач (для использования на национальном и субнациональном уровнях).

ТАБЛИЦА 1. Основной набор показателей для Глобальных основ мониторинга в области питания

Показатель	Тип показателя	Сокращенное наименование
Показатели основных результатов для шести глобальных задач в области питания		
1	Распространенность случаев недостаточного роста для соответствующего возраста среди детей до пяти лет	Задача ВА3 Задача 1
2	Распространенность показателя уровня гемоглобина < 11 г/дл среди беременных женщин Распространенность показателя уровня гемоглобина < 12 г/дл среди небеременных женщин	Задача ВА3 Задача 2
3	Распространенность случаев рождения детей с массой тела < 2500 г при рождении	Задача ВА3 Задача 3
4	Распространенность случаев отклонения массы тела от нормы для соответствующего роста > +2 СО среди детей в возрасте до пяти лет	Задача ВА3 Задача 4
5	Распространенность исключительно грудного вскармливания грудных детей в возрасте до шести месяцев	Задача ВА3 Задача 5
6	Распространенность случаев недостаточной массы тела для соответствующего роста среди детей до пяти лет	Задача ВА3 Задача 6
Показатели промежуточных результатов		
7	Распространенность диареи у детей в возрасте до пяти лет	Показатель промежуточных результатов IO1
8	Доля женщин в возрасте 15–49 лет с низким индексом массы тела (< 18,5 кг/м ²)	Показатель промежуточных результатов IO2
9	Число родов за данный учетный период времени у женщин в возрасте 15–19 лет/1000 женщин в возрасте 15–19 лет	Показатель промежуточных результатов IO3
10	Доля женщин с избыточным весом и ожирением в возрасте 18+ лет (индекс массы тела ≥ 25 кг/м ²)	Показатель промежуточных результатов IO4
11	Доля детей школьного возраста и подростков в возрасте 5–19 лет с избыточным весом или ожирением (ИМТ для соответствующего возраста > +1 СО)	Показатель промежуточных результатов IO5

Показатель	Тип показателя	Сокращенное наименование
Показатели процесса		
12 Доля детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, получающих минимально приемлемый рацион питания	Показатель процесса	PR1
13 Доля населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной питьевой воды	Показатель процесса	PR2
14 Доля населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии	Показатель процесса	PR3
15 Доля беременных женщин, получающих добавки железа и фолиевой кислоты	Показатель процесса	PR4
16 Доля родов в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания	Показатель процесса	PR5
17 Доля матерей с детьми в возрасте 0–23 месяцев, получивших консультирование, поддержку или сообщения в отношении оптимального грудного вскармливания минимум один раз за предыдущие 12 месяцев	Показатель процесса	PR6
Показатели политической конъюнктуры и потенциала		
18 Число специально подготовленных специалистов по питанию на 100 000 населения	Показатель политической конъюнктуры и потенциала	PE1
19 Число стран, имеющих законы/нормативные положения, обеспечивающие в полной мере осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (резолюция WHA34.22) и последующих соответствующих резолюций, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения	Показатель политической конъюнктуры и потенциала	PE2
20 Число стран с действующими законами или нормативными положениями об охране материнства	Показатель политической конъюнктуры и потенциала	PE3

ТАБЛИЦА 2. Основной набор показателей для Глобальных основ мониторинга в области питания и показатели, рекомендуемые ТКГЭМП

Тип показателя	Исходные показатели	Рекомендуемые показатели
IO1	Распространенность диареи у детей в возрасте до пяти лет	Дети в возрасте до пяти лет с диареей, получающие пероральный раствор соли для регидратации (СПР)
PR1	Доля детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, получающих минимально приемлемый рацион питания	Минимальное разнообразие рациона питания (МРПП) для детей в возрасте от 6 до 23 месяцев
PR4	Доля беременных женщин, получающих добавки железа и фолиевой кислоты	Любой дородовой прием препаратов железа
PR6	Доля матерей с детьми в возрасте 0–23 месяцев, получивших консультирование, поддержку или сообщения в отношении оптимального грудного вскармливания минимум один раз за предыдущие 12 месяцев	Наличие национального нормативного акта об оказании консультационных услуг по вопросам грудного вскармливания в рамках программ в области общественного здравоохранения и/или питания
PE1	Число специально подготовленных специалистов по питанию на 100 000 населения	Укомплектованность специалистами по питанию

1.2 КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ДАННЫХ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Резолюция ВАО призывает государства-члены воплотить в жизнь Комплексный план действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста посредством включения соответствующих основанных на фактических данных мероприятий в области питания в состав медицинских услуг для матерей, детей и подростков (7). Государства-члены могут разработать национальные мероприятия в области питания на основе конкретной эпидемиологической ситуации и программных решений. Национальные мероприятия в области питания должны обеспечивать принятие стратегий, направленных на улучшение питания, и их включение в другие секторы. Государства-члены должны предусмотреть национальные системы эпиднадзора в целях мониторинга осуществления программ и прогресса, достигнутого на пути улучшения рациона питания.

ГОМП, которые были разработаны в помощь государствам-членам в осуществлении Комплексного плана действий, обеспечивают гармонизированный и принятый на международном уровне подход к

осуществлению мониторинга прогресса, достигнутого на пути к выполнению глобальных задач в области питания. Начиная с 2016 г. все государства-члены должны были представлять отчетность по 20 основным показателям. В этой связи все государства-члены нуждаются в постоянном доступе к соответствующим данным высокого качества. Многие государства-члены не располагают такими данными или не имеют данных, сопоставимых между разными странами. Надежные национальные системы эпиднадзора в области питания играют важную роль для отслеживания прогресса на пути выполнения глобальных задач в области питания.

В главе 1 настоящего оперативного руководства приведены общие сведения о Комплексном плане осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста и о показателях ГОМП. В главе 2 содержится обоснование для включения этих показателей в ГОМП. В главе 3 приведено подробное описание технических аспектов измерения показателей по шести глобальным задачам в области питания. В главе 4 приведено руководство по внедрению показателей промежуточных результатов, показателей процесса, а также показателей политической конъюнктуры и потенциала.



ОБОСНОВАНИЕ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМП

2



Глобальные проблемы в области питания носят многоаспектный и комплексный характер. Согласно концептуальной основе роста детей ЮНИСЕФ, двумя важнейшими непосредственными причинами недостаточности питания являются недостаточный рацион питания и болезни (8). основополагающими причинами недостаточного рациона питания и болезней являются недостаточный доступ к продуктам питания, ненадлежащая практика ухода и медико-санитарной помощи матерям и детям, а также отсутствие безопасной питьевой воды, санитарии и гигиены. Для поддержания хорошего состояния здоровья крайне важно обеспечивать доступ к недорогим и высококачественным лечебным и профилактическим медицинским услугам. К первопричинам недостаточности питания у детей относятся низкий уровень экономического развития и политических обязательств для претворения в жизнь эффективных стратегий, обеспечивающих создание благоприятных условий для здорового питания.

ГОМП учитывают многосекторальный характер проблем питания и включают показатели, связанные с основополагающими причинами недостаточности питания и более широким кругом стратегий или действий, включая доступ к медицинским услугам и стратегиям вне рамок сектора здравоохранения. Показатели ГОМП отобраны с учетом других межсекторальных инициатив с общими детерминантами и включают показатели результатов в области питания, осуществления программ в области питания и политической конъюнктуры. ГОМП предусматривают шесть глобальных задач, являющихся показателями основных результатов. ГОМП также включают показатели промежуточных результатов, показатели процесса, а также показатели политической конъюнктуры и потенциала, которые могут оказывать непосредственное влияние на тенденции изменения одного или нескольких показателей основных результатов или влиять на них косвенным образом.

Для большинства показателей ГОМП существуют базы данных, которые служат в качестве источника для отбора данных в целях ГОМП. Вместе с тем эти базы данных функционируют также в качестве механизма стандартизации и проверки качества. Эти механизмы зависят от сбора данных высокого качества в странах в рамках обследований или систем эпиднадзора.

Критерии выбора дополнительных основных показателей

Для выбора дополнительных основных показателей были использованы следующие критерии:

- a.** показатель соответствует пути к выполнению одной или нескольких глобальных задач;
- b.** показатель был одобрен;
- c.** существуют системы эпиднадзора или другие инструменты сбора данных, которые позволяют определить исходный уровень и провести мониторинг изменений с течением времени;
- d.** в настоящее время сбор данных для показателя либо осуществляется в большинстве стран, либо может быть начат в условиях действующей инфраструктуры с минимальными издержками;
- e.** имеется страновой потенциал для мониторинга показателей (включая получение, разработку и передачу данных, оценку качества, анализ и синтез, а также публикацию результатов).

2.1 ОБОСНОВАНИЕ ГЛОБАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ВАЗ

Глобальные задачи Всемирной ассамблеи здравоохранения в отношении шести показателей в области питания стали пользоваться повышенным вниманием после утверждения Комплексного плана осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста в 2012 г. Глобальные задачи в области питания, утвержденные Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA65.6, были включены во многие глобальные инициативы, включая Движение за расширение действий в области питания (SUN), а также стратегии нескольких доноров. В данном разделе описан статус шести глобальных задач в области питания в качестве обоснования для включения этих показателей в ГОМП.

Задержка роста у детей по-прежнему является крайне распространенной проблемой. Причиной задержки роста могут быть низкие темпы развития во внутриутробный и в послеродовой периоды, что ведет к более низким показателям роста по сравнению с показателями, прогнозируемыми для здоровых детей того же возраста, получающих достаточное питание. Поскольку задержка роста является одним из показателей нарушений роста в анамнезе, она связана с рядом долгосрочных факторов, включая хронически недостаточный уровень потребления питательных веществ, продолжительную ненадлежащую практику кормления и нищету. Последствия этих долгосрочных факторов у детей в возрасте старше двух лет могут быть необратимыми.

Глобальный уровень распространенности задержки роста у детей и общее число детей с задержкой роста в возрасте до пяти лет снижаются. В период с 2000 по 2016 г. уровень распространенности задержки роста снизился с 32,7 до 22,9%, а число таких детей —

с 198,4 миллиона до 154,8 миллиона человек (9). В разных регионах отмечались разные темпы снижения распространенности задержки роста. В Азии по-прежнему зафиксировано.

86,5 миллиона детей с задержкой роста, причем 61,2 миллиона таких детей проживают на юге Азии. В Африке в период с 2000 по 2016 г. число детей с проблемой задержки роста увеличилось с 50,4 миллиона до 59 миллионов человек.

Анемия у женщин репродуктивного возраста является глобальной проблемой в области общественного здравоохранения, от которой страдает как большинство стран с низким и средним уровнями дохода, так и многие страны с высоким уровнем дохода. Анемия оказывает значительное

пагубное воздействие на здоровье, а также ведет к негативным последствиям для социального и экономического развития. Несмотря на то что существует несколько причин анемии, к наиболее распространенным и важным из них относится дефицит железа, на который приходится приблизительно 50% случаев анемии. Если железодефицитная анемия наступает при беременности, она связана с повышенным риском низкой массы тела при рождении (10), а также материнской и перинатальной смертности (11). В 2011 г. распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста составила 29%, что соответствует 32 миллионам беременных женщин и 496 миллионам небеременных женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) (12). Наиболее высокие показатели были отмечены в Центральной и Западной Африке и Южной Азии. Эти данные являются обновленной оценкой исходного уровня для этой задачи, который был ранее рассчитан на период 1993–2005 гг.: 41,8% для беременных женщин и 30% для небеременных женщин.

Глобальным задачам Всемирной ассамблеи здравоохранения в отношении шести показателей в области питания уделяется повышенное внимание после утверждения Комплексного плана осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста в 2012 году

В целом на долю всех родов в мире приходится от 15 до 20% рождений младенцев с низкой массой тела при рождении, или более 20 миллионов родов в год (13). По региональным оценкам, распространенность низкой массы тела при рождении составляет 28% в Южной Азии, 13% в странах Африки к югу от Сахары и 9% в Латинской Америке.

В Бангладеш и Индии, где рождается приблизительно половина от мирового показателя детей с низкой массой тела при рождении, распространенность таких случаев уменьшилась соответственно с 30,0 до 21,6% (между 1998 и 2006 гг.) и с 30,4 до 28,0% (между 1999 и 2005 гг.). Сокращение распространенности низкой массы тела при рождении было отмечено в Сальвадоре (с 13 до 7% между 1998 и 2003 гг.), Южной Африке (с 15,1 до 9,9% с 1998 по 2003 г.) и Объединенной Республике Танзания (с 13,0 до 9,5% с 1999 по 2005 г.). Более высокие темпы снижения наблюдались в странах, где значительная доля низкой массы тела при рождении объясняется задержкой внутриутробного развития, которая в большей степени подвержена снижению, чем число преждевременных родов (1).

Распространенность избыточного веса среди детей в возрасте до пяти лет в мире выросла с 5 до 6% в период с 2000 по 2016 г. (9). Общее число детей с избыточным весом за тот же период также выросло с 30,4 миллиона до 40,6 миллиона человек. Число детей с избыточным весом растет во всех регионах. В 2016 г. почти половина детей с избыточным весом в возрасте до пяти лет проживала в Азии и одна четверть — в Африке.

В глобальных масштабах в 2016 г. лишь 43% детей в возрасте до шести месяцев получали исключительно грудное вскармливание (14). Процентные доли детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании, были выше в регионах Южной Азии (59%) и Восточной Африки (57%). Они существенно ниже в регионах Латинской Америки и Карибского бассейна (33%), Восточной Азии (28%), Западной Африки (25%) и Западной Азии (21%). Для подсчета среднего регионального показателя для регионов Европы, Северной Америки и Океании нет достаточных данных. Улучшения в плане поведения и практики, связанных с грудным вскармливанием, также могли повлиять на показатели смертности от истощения и диареи (15).

В 2016 г. от истощения страдали 51,7 миллиона детей в возрасте до пяти лет при уровне распространенности 7,7% (9). Почти все дети с истощением жили в Азии (35,9 миллиона) и Африке (14,0 миллиона), при этом наибольшая доля детей в возрасте до пяти лет, страдающих от истощения, проживала в Азии (69%). Более половины всех детей в возрасте до пяти лет, страдающих от истощения, проживают в Южной Азии.

По сравнению с исходным показателем 2012 г. оценки глобального прогресса до 2025 г. в достижении пяти из шести глобальных задач в области питания свидетельствуют об отсутствии должного прогресса, при этом данные о показателях низкой массы тела при рождении недоступны. Что касается задержки роста, текущие показатели снижаются недостаточно быстро для достижения целевого показателя, составляющего 100 миллионов к 2025 г. (16). Аналогичным образом, текущие показатели в отношении истощения снижаются недостаточно быстро для достижения запланированного уровня, составляющего не более 5% к 2025 г. В отношении избыточного веса исходный показатель 2012 г. в Совместных оценках недостаточности питания (СОНП) 2017 г. составил 6%, в то время как текущие показатели для Африки и Азии свидетельствуют об увеличении числа страдающих избыточным весом. Средний мировой показатель распространенности анемии среди женщин репродуктивного возраста увеличился с 30,3% (исходный показатель 2012 г.) до 32,8% в 2016 г. (14). В настоящее время идет пересмотр методов оценки показателей низкой массы тела при рождении. Что касается исключительно грудного вскармливания, сложно сравнивать оценки исключительно грудного вскармливания, полученные разными методами, поскольку в большинстве стран с высоким уровнем дохода показатели исключительно грудного вскармливания измеряют по итогам ретроспективного опроса матерей/лиц, осуществляющих уход, вместо стандартизированного опроса за предыдущий день. Продолжается работа по подготовке гармонизированных оценок на основе различных методов.

2.2 ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Как было отмечено выше, ГОМП также предусматривают показатели промежуточных результатов, которые могут оказывать непосредственное влияние на тенденции изменения одного или нескольких основных показателей результатов или влиять на них косвенным образом. Шесть глобальных задач зависят от болезней и состояний, мониторинг которых можно осуществлять при помощи показателей промежуточных результатов.

Диарея оказывает непосредственное воздействие на истощение и задержку роста (17) и является одной из важных причин порочного круга «недостаточность питания — инфекция». С другой стороны, заболеваемость и смертность от диареи у детей можно существенно сократить при помощи грудного вскармливания (15). Таким образом, улучшения в плане практики грудного вскармливания и профилактики диареи могут оказывать огромное воздействие на снижение показателей задержки роста и истощения у детей.

Недостаточность питания матерей является ключевым фактором, вызывающим недостаточное развитие плода, низкую массу тела при рождении (НМТР) и краткосрочную и долгосрочную заболеваемость и смертность детей грудного возраста (18). У женщин с пониженной массой тела (низкий ИМТ, < 18,5 кг/м²) выше вероятность родить ребенка с низкой массой тела при рождении по причине задержки внутриутробного развития, что ведет к повышенному риску неонатальной смертности и задержки роста в будущем (19). В большинстве стран ИМТ матерей менее 18,5 кг/м² варьируется в пределах от 10 до 19% (18). Доля матерей с пониженной массой тела еще выше (более 20%) в большинстве стран Африки к югу от Сахары, а также в южной части Центральной Азии, Юго-Восточной Азии и Йемене. В Бангладеш, Эритрее и Индии, где распространенность низкого ИМТ у матерей достигает 40%, ситуация считается критической. Профилактика недостаточности питания матерей может играть важнейшую роль для профилактики отрицательных исходов родов и задержки роста позднее в детстве.

Показатель рождаемости среди подростков (возрастной показатель рождаемости) является одним из основных индикаторов репродуктивного здоровья в уязвимой группе подростков женского пола. Последствия ранней беременности могут включать заболеваемость и смертность вследствие ограниченного доступа к дородовой помощи, помощи при родах и послеродовой помощи, а также в связи с небезопасными абортами. Матери подросткового возраста с большей вероятностью склонны к осложнениям при беременности и родах по сравнению с взрослыми женщинами, а также подвергаются более высокому риску смертности. Дети грудного возраста, рожденные от матерей подросткового возраста, также подвергаются более высокому риску заболеваемости и смертности. В ходе исследования, проведенного в нескольких странах Африки, Азии и Латинской Америки, было установлено, что ранний материнский возраст оказывает неблагоприятное воздействие на рост грудных детей в возрасте от 0 до 11

месяцев, а задержка роста у детей, рожденных от матерей младшей возрастной группы, сохраняется на протяжении 24 месяцев с момента рождения (20). Следовательно, профилактика родов на самых ранних этапах женского репродуктивного возраста играет важную роль для улучшения состояния здоровья матерей и сокращения младенческой смертности.

Избыточный вес и ожирение среди матерей ведут к росту материнской заболеваемости и младенческой смертности (21). Избыточный вес среди матерей также связан с избыточным весом и метаболическим синдромом у детей (22–24). В некоторых развитых странах материнское ожирение также связано с задержкой лактогенеза и небольшой продолжительностью грудного вскармливания (25). Ожирение у женщин может повышать риск для здоровья матери и ребенка во время беременности и после нее. Фактические данные свидетельствуют о существенно повышенном риске широкого спектра осложнений при беременности, родах, а также неонатальных осложнений среди женщин с избыточным весом, ожирением и тяжелой формой ожирения (25, 26). Поскольку во многих странах наблюдаются изменения в структуре питания, профилактика избыточного веса у матерей может являться профилактической мерой избыточного веса и других хронических болезней у детей.

У детского ожирения имеются прямые и долгосрочные последствия для здоровья и благополучия. Ожирение может оказывать непосредственное воздействие на здоровье ребенка, его достижения в учебе и качество жизни. Дети с ожирением с большей вероятностью сохраняют избыточный вес в подростковом возрасте и подвергаются риску хронических заболеваний. Дети и подростки с ожирением в более высокой степени подвержены развитию таких сердечно-сосудистых заболеваний, как высокий уровень холестерина и высокое артериальное давление, а также диабет (27, 28). Дети и подростки с ожирением подвергаются более высокому риску заболеваний костей и суставов, синдрома апноэ и таких социальных и психологических проблем, как стигматизация и низкая самооценка (27, 29). Таким образом, профилактика детского ожирения играет важную роль для укрепления здоровья и благополучия в детском возрасте и на более поздних этапах жизни.

2.3 ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЦЕССА

Шесть глобальных задач зависят также от программ, мониторинг которых можно осуществлять при помощи показателей процесса.

Предполагается, что в дополнение к стратегиям профилактики болезней мероприятия по дополнительному прикорму, ориентированные на этот «критический период», являются наиболее эффективными для сокращения недостаточности питания и стимулирования надлежащего роста и развития (30). Дополнительный прикорм должен быть своевременным, надлежащим и достаточным (31), что означает, что дети грудного возраста должны получать продукты питания в дополнение к грудному молоку, начиная с возраста шести месяцев, что эти продукты питания должны



удовлетворять потребности в питании быстрорастущего ребенка и что разнообразные продукты питания необходимо давать в достаточном количестве. По итогам комплексного систематического обзора эффективности и действенности мероприятий по дополнительному прикорму в странах с низким и средним уровнями дохода было установлено, что просветительные мероприятия, в ходе которых упор делается на потребность в кормлении продуктами животного происхождения, богатыми питательными веществами, оказываются более эффективными в плане развития детей по сравнению с просветительными сообщениями общего характера (32). В регионах с низкими уровнями продовольственной безопасности мероприятия по дополнительному прикорму, включающие предоставление продуктов питания в дополнение к просветительной работе, оказываются более эффективными в плане улучшения конечных результатов роста детей (33).

Улучшение состояния источников питьевой воды и улучшение санитарно-гигиенических условий также влияют

на заболеваемость диареей (34). Услуги по обеспечению безопасной питьевой водой, предусматривающие как подключение домохозяйств к водопроводу, так и строительство крытых колодцев и скважин, могут способствовать профилактике диареи, что влияет на показатели задержки роста и истощения. Улучшение санитарно-гигиенических условий также содействует профилактике диареи и снижает показатели задержки роста. По итогам систематического анализа также была выявлена связь между использованием улучшенных источников питьевой воды, улучшением санитарно-гигиенических условий и сокращением показателей задержки роста у детей (35).

Добавки железа и фолиевой кислоты могут снижать риск анемии у матерей и дефектов нервной трубки у их детей. Назначение добавок железа и фолиевой кислоты беременным женщинам повышает уровни гемоглобина в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода (36). Принятие мер по запуску целевых крупномасштабных

программ может способствовать снижению глобального уровня распространенности анемии у матерей от одной трети до половины за десять лет.

В ходе недавно проведенного систематического обзора было изучено глобальное воздействие Инициативы по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания на результаты в плане грудного вскармливания и здоровья детей (37). Основные результаты обзора свидетельствуют о том, что стратегия «Десять шагов» в рамках инициативы BFHI оказывает благоприятное воздействие на результаты в плане грудного вскармливания; была установлена зависимость «доза — ответная реакция» между количеством шагов инициативы BFHI, пройденных женщинами, и вероятностью более раннего начала грудного вскармливания, исключительно грудного вскармливания и грудного вскармливания в целом. В большинстве стран с низким уровнем дохода существенная доля родов происходит дома или в медицинских центрах, не укомплектованных соответствующим оборудованием. Таким образом, принятие родов в учреждениях, благоприятных для грудного вскармливания, может в существенной степени улучшить результаты в плане грудного вскармливания.

Консультирование играет важную роль для улучшения практики кормления детей грудного и раннего возраста. Существует широкий круг источников литературы, в которых предполагается положительное воздействие консультирования силами равных (38) и силами специально подготовленных медицинских работников на улучшение практики кормления и рацион питания детей грудного и раннего возраста (39, 40). Интенсивное консультирование силами медицинских работников первичного звена привело к улучшению практики грудного вскармливания в Бангладеш и Вьетнаме (39) и практики дополнительного прикорма в Бангладеш (40).

2.4 ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЛИТИЧЕСКОЙ КОНЪЮНКТУРЫ И ПОТЕНЦИАЛА

Согласно результатам систематического обзора, подготовка медицинских работников по вопросам питания улучшает суточный уровень потребления калорий у детей, периодичность кормления и разнообразие рациона питания во время критического периода возможности

для улучшений (возраст 6–24 месяца) (41). Интенсивная подготовка медицинских работников первичного звена в сельской местности в Бангладеш по вопросам кормления детей грудного и раннего возраста (КДГРВ) позволила существенно повысить уровень знаний медицинских работников по вопросам КДГРВ, качество консультирования и уровень знаний и практики матерей по вопросам КДГРВ (42). Специально подготовленные общинные медицинские работники также улучшили свои навыки консультирования по вопросам питания и ведения недостаточности питания у детей. Дослужебная подготовка и подготовка без отрыва от работы обладают высоким потенциалом в отношении повышения уровня знаний по вопросам питания и качества услуг, оказываемых медицинскими работниками/консультантами по вопросам питания.

Зафиксирован незначительный прогресс на пути обеспечения роста показателей грудного вскармливания в отсутствие положений в целях осуществления Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (43). Однако введение законодательства является необходимым, но недостаточным условием для стимулирования грудного вскармливания; эту меру необходимо дополнить надлежащими механизмами осуществления и мониторинга (44). Все заинтересованные стороны играют ту или иную роль в создании благоприятных условий в целях улучшения практики кормления детей грудного и раннего возраста посредством информационно-разъяснительного диалога, а также мер по разработке и осуществлению политики.

Возврат к работе после отпуска по уходу за ребенком был назван в качестве одной из существенных причин отказа женщин от начала грудного вскармливания или раннего отказа от него (45–47). В большинстве стран с низким и средним уровнями дохода отпуск по уходу за ребенком предусмотрен только в формальном секторе занятости, а на практике предоставляется не всегда (48–49). В Канаде реформа, предусматривающая увеличение отпуска по уходу за ребенком с шести месяцев до одного года, привела к увеличению средней продолжительности грудного вскармливания на 10 дней в каждый дополнительный месяц отсутствия на работе (50). Всем странам необходимо обеспечить надлежащее осуществление законов по охране материнства в целях защиты и стимулирования грудного вскармливания.

A close-up photograph of a woman in a white lab coat, likely a healthcare worker, holding a baby. The baby is wrapped in a green blanket and is sleeping peacefully. The woman is looking down at the baby with a gentle expression. The background is softly blurred, suggesting an indoor setting like a hospital or clinic.

**Принятие родов
в учреждениях,
благоприятных для
грудного вскармливания,
может в существенной
степени улучшить
результаты в этом
плане**

ПОДРОБНОЕ РУКОВОДСТВО ПО
ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЛЯ ШЕСТИ
ГЛОБАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ВАЗ

3



Мониторинг глобальных задач в области питания на национальном уровне требует наличия национальных репрезентативных показателей для целевой популяции. Страны должны иметь исходные оценки, собирать/подготавливать промежуточные национальные репрезентативные оценки и планировать проведение итоговой оценки в 2025 г. Необходимо использовать стандартные методы сбора данных для обеспечения сопоставимости данных внутри страны с течением времени и данных между разными странами.

В настоящее время доступность информации зависит главным образом от периодических национальных обзоров, проводимых национальными органами, зачастую совместно с Обследованиями в области демографии и здравоохранения (ОДЗ) или Кластерными обследованиями по многим показателям (КОМП) ЮНИСЕФ, а также по возможности с использованием других систем сбора данных. Обследования обычно носят репрезентативный характер и проводятся ориентировочно через каждые 4–5 лет.



3.1 ЗАДЕРЖКА РОСТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ

ГЛОБАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 1

Сократить к 2025 г. на 40% случаи задержки роста детей в возрасте до пяти лет в глобальных масштабах



Задержка роста является признаком недостаточности питания в прошлом или хронической недостаточности питания, по которому нельзя оценить краткосрочные изменения в плане недостаточности питания. Для детей в возрасте до двух лет этот показатель называют соотношением длины тела и возраста, а для детей в возрасте двух и более лет — соотношением роста и возраста. Дефицит соотношения длины тела и возраста или соотношения роста и возраста называют задержкой роста.

Глобальная задача 1 в области питания подразумевает сравнительное сокращение к 2025 г. общего числа детей с задержкой роста на 40% по сравнению с исходным показателем 2012 г. Это будет означать сравнительное сокращение на 3,9% в год в период между 2012 и 2025 гг., или уменьшение числа детей с задержкой роста с 165 миллионов человек в 2012 г. приблизительно до 100 миллионов (1). В глобальных масштабах распространенность задержки роста в период между 2005 и 2016 гг. сократилась с 29,5 до 22,9% (14). Однако даже в случае сохранения текущей тенденции к 2025 г. число детей с задержкой роста будет на 30 миллионов человек выше глобальной задачи ВА3.

Наименование показателя	дети до пяти лет с задержкой роста (в умеренной и тяжелой форме).
Определение	Доля детей в возрасте 0–59 месяцев с (умеренной и тяжелой) задержкой роста (умеренная задержка роста = соотношение длины тела и возраста между < –2 СО и > –3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ; тяжелая форма задержки роста = соотношение роста и возраста ниже –3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ) x популяция детей в возрасте до пяти лет на момент проведения обследования.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число детей в возрасте 0–59 месяцев ¹ с задержкой роста.
Знаменатель	общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, которые прошли измерения.
	Доля детей с задержкой роста = $\frac{\text{Дети в возрасте 0–59 месяцев с задержкой роста для своего возраста}}{\text{Общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, которые прошли измерения}} * 100$
Доступность данных	С 1989 года ВОЗ ведет Глобальную базу данных о росте и недостаточности питания у детей (которая доступна по адресу: http://www.who.int/nutgrowthdb/en/). В этой глобальной базе данных собраны данные популяционных обследований, которые включают антропометрические измерения в репрезентативной выборке детей в возрасте до пяти лет.
Источники данных	Основными источниками данных являются популяционные обследования в рамках систем эпиднадзора в области антропометрических данных и питания.
Качество данных	<p>Популяционные обследования, удовлетворяющие ряду критериев. Проверку данных на действительность и последовательность, а также анализ массивов предварительных данных проводят в соответствии со стандартной процедурой в целях получения сопоставимых результатов. Основными критериями для включения обследований в базу данных являются: (i) определенная популяционная основа выборки; (ii) вероятностная процедура составления выборки на основе не менее 400 детей; (iii) использование стандартных антропометрических методов измерений; и (iv) представление результатов в форме Z-значений в отношении нормы роста детей, разработанной ВОЗ.</p> <p>В целях содействия повторной обработке данных обследования по вопросам питания ВОЗ рекомендует пользоваться новым программным обеспечением ВОЗ Anthro или статистическими макросами. Они доступны для загрузки вместе с руководствами и файлами Readme (по адресу: http://www.who.int/childgrowth/software/en/). В модуле «Обследование состояния питания» (NS) программного обеспечения ВОЗ Anthro предусмотрена возможность анализа имеющихся массивов данных. Макросы доступны для статистических пакетов SPSS, SAS, STATA и S-Plus; их рекомендуется использовать, в частности, для анализа крупных массивов данных обследований. Программное обеспечение и макросы позволяют пользователям генерировать таблицы результатов в стандартном формате ввода данных, готовом для ввода в Глобальную базу данных.</p>
Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Руководство по сбору антропометрических данных	Определение возраста ребенка является первым и наиболее важным этапом проведения антропометрических измерений. Точный возраст необходим для составления выборки и оценки пригодности ребенка для включения в обследования, а также для определения потребности в измерении роста в положении лежа или в положении стоя. Возраст ребенка важен для получения верных Z-значений возрастных показателей (разработанные ВОЗ нормы роста выражены в днях).
Длина тела/рост	Длину тела в положении лежа измеряют детям в возрасте до 24 месяцев, а рост в положении стоя измеряют детям в возрасте 24 месяцев и старше. Подробное описание ростомера для измерения длины тела/роста, процедур обучения и стандартизации антропометрических данных, а также важнейшие этапы проведения измерений приведены в приложении 2. Для получения дополнительной информации по антропологическим измерениям также смотрите Курс обучения ВОЗ по оценке роста детей (51, 52) и Cogill 2003 (53).
Руководство по отчетности	Уровень распространенности задержки роста у детей в возрасте до пяти лет должен быть представлен для общей выборки с разбивкой по возрасту, полу, месту жительства, региону, социально-экономическому положению и уровню образования матерей. Полезно представить данные о задержке роста по степени тяжести — умеренная и тяжелая формы (Z-значения < –2 СО и > –3 СО) и тяжелая форма (Z-значения ниже –3 СО).

¹ Представленные возрастные диапазоны указаны в полных месяцах, т.е. 0–5 месяцев составляет 0–5,999 месяца, 0–59 месяцев составляет 0–59,999 месяца и т.д.



3.2 АНЕМИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ГЛОБАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 2

Сократить к 2025 г. на 50% случаи анемии у женщин репродуктивного возраста



OMS/Pallava Bagla

Анимию определяют как низкую концентрацию гемоглобина в крови (< 110 г/л у беременных женщин и < 120 г/л у небеременных женщин в возрасте 15–49 лет) (54, 55).

Глобальная задача 2 в области питания подразумевает сравнительное сокращение к 2025 г. на 50% числа женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), страдающих от анемии, по сравнению с исходным показателем 2012 г., составляющим 30,3% (1). Это будет соответствовать ежегодному сравнительному сокращению числа случаев анемии на 5,3% в период между 2012 и 2025 гг. и означает сокращение числа женщин репродуктивного возраста, страдающих от анемии, приблизительно до 230 миллионов. В некоторых странах наблюдалось сокращение распространенности анемии у женщин репродуктивного возраста, что следует из неоднократно проводившихся национальных обследований, которые были включены в Шестой доклад о положении в мире в области питания, подготовленный Постоянным комитетом Организации Объединенных Наций по проблемам питания (56). Эти оценки свидетельствуют о ежегодном относительном сокращении на 4–8%.

Наименование показателя	распространенность анемии у женщин репродуктивного возраста. Анимию определяют как уровень гемоглобина в крови < 110 г/л у беременных женщин в возрасте 15–49 лет. У небеременных и кормящих женщин предельное значение уровня гемоглобина для диагностирования анемии составляет < 120 г/л. Этот показатель охватывает беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста 15–49 лет. • Распространенность уровня гемоглобина < 110 г/л у беременных женщин в возрасте 15–49 лет • Распространенность уровня гемоглобина < 120 г/л у небеременных женщин в возрасте 15–49 лет
Определение	Доля женщин в возрасте 15–49 лет с уровнем гемоглобина менее 120 г/л для небеременных и кормящих женщин и менее 110 г/л для беременных женщин с поправкой на уровень моря (по высоте) и курение.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число женщин в возрасте 15–49 лет с уровнем гемоглобина менее указанного предельного значения с поправкой на уровень моря (по высоте) и курение.
Знаменатель	общее число женщин в возрасте 15–49 лет, у которых были измерены уровни гемоглобина.
Для беременных женщин	Число беременных женщин в возрасте 15–49 лет с уровнем гемоглобина < 110 г/л
Распространенность анемии = $\frac{\text{Общее число беременных женщин в возрасте 15–49 лет с уровнем гемоглобина } < 110 \text{ г/л}}{\text{Общее число беременных женщин в возрасте 15–49 лет, у которых были измерены уровни гемоглобина}} \times 100$	

Для небеременных женщин

$$\text{Распространенность анемии} = \frac{\text{Число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет с уровнем гемоглобина} < 120 \text{ г/л}}{\text{Общее число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет, у которых были измерены уровни гемоглобина}} * 100$$

Процедуры внесения поправки для определения уровня гемоглобина.

Статус по гемоглобину подлежит корректировке для курящих женщин и женщин, проживающих в высокогорной местности (57). Концентрация гемоглобина у курильщиков увеличивается, что необходимо учитывать во избежание недооценки анемии у курящих женщин. Аналогичным образом, концентрации гемоглобина у людей, проживающих на высоте более 1000 м над уровнем моря, подлежат коррекции в сторону уменьшения во избежание недооценки анемии. Подробное описание процедуры корректировки уровня гемоглобина для курящих женщин и женщин, проживающих в высокогорной местности, приведено в приложении 3.

Доступность данных

Информационная система данных ВОЗ о содержании витаминов и минералов в продуктах питания (VMNIS) содержит данные по странам о распространенности анемии и средних концентрациях гемоглобина (доступна по адресу: <http://www.who.int/vmnis/ru/>). Она также содержит источники данных об анемии и критерии включения в базу данных об анемии. Получение данных осуществляется посредством периодического поиска по базе данных MEDLINE и в международной сети сотрудничества, где содержится информация об источниках данных, сбор которых на регулярной основе не проводится. Исследования или обследования включают в базу данных ВОЗ при наличии определенной популяционной основы выборки, использования вероятностных процедур составления выборки и при объеме выборки не менее 100 человек (58).

Источники данных

Популяционные обследования домашних хозяйств с оценками уровня гемоглобина у женщин репродуктивного возраста 15–49 лет. Источники данных и критерии включения в базу данных об анемии описаны в приложении 3.

Качество данных

В Информационной системе данных ВОЗ о содержании витаминов и минералов в продуктах питания (VMNIS) предусмотрен ряд критериев включения данных об анемии. После выявления потенциально приемлемого обследования и получения полного отчета проводится проверка данных на согласованность в рамках обычных процедур проверки качества. При необходимости с держателями данных связываются для разъяснения или получения дополнительных результатов. Доступную информацию выделяют и вводят в стандартную форму для ввода данных.

Периодичность сбора данных каждые 3–5 лет.

Руководство по сбору данных

оценка уровня гемоглобина

В ходе большинства популяционных обследований, проводившихся в последние десятилетия, для оценки уровня гемоглобина использовался портативный гемоглобинометр (например, HemoCue) (59). Этим способом можно измерять уровень гемоглобина у женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) в ходе обследований домохозяйств. Использование гемоглобинометра для оценки концентрации гемоглобина обладает рядом преимуществ по сравнению с использованием гематокрита для полевых обследований и обеспечивает намного более точные измерения по сравнению с клиническим осмотром, особенно в плане чувствительности². Систематические погрешности в результате недостаточного уровня подготовки выездного персонала для использования гемоглобинометра могут вести к существенной стандартной ошибке при получении результатов обследования об уровне распространенности анемии. Таким образом, надлежащая и единообразная подготовка выездного персонала для использования гемоглобинометра играет чрезвычайно важную роль.

Поскольку во многих странах национальные репрезентативные обследования с измерением уровня гемоглобина не проводятся, для мониторинга достижения глобальных целей в отношении анемии используются смоделированные оценки распространенности анемии. Процесс получения смоделированных тенденций распределения уровней гемоглобина описан в других источниках (58). Данные модельных обследований включают в базу данных в случае измерения уровня гемоглобина, регистрации анемии или среднего уровня гемоглобина у женщин репродуктивного возраста, использования вероятностной процедуры составления выборки с определенной основой выборки, а также при объеме выборки не менее 100 человек. Для моделирования используются данные по репродуктивной возрастной группе женщин 15–49 лет с исключением измерений гемоглобина < 25 г/л и > 200 г/л. Все данные об уровнях гемоглобина подлежат коррекции на уровень моря (по высоте), как описано в приложении 3.

В процессе моделирования проводится оценка полного распределения концентрации гемоглобина в крови для каждой страны и каждого года для беременных и небеременных

² Чувствительность указывает на долю участников обследования, у которых анемия была диагностирована верно с использованием определенного метода (истинно положительные результаты) среди всех участников обследования с анемией (истинно положительные и ложноотрицательные результаты).

женщин с учетом популяционного подхода к оценке факторов риска (по сравнению с учетом только высокого риска). Этот подход с использованием смешанной байесовской иерархической модели позволяет делать последовательные выводы о среднем уровне гемоглобина и распространенности анемии на всех уровнях тяжести. Подгонка модели осуществляется методом Монте-Карло по схеме Марковских цепей (MCMC). См. Stevens et al. 2012 (58) для получения более подробной информации.

Подробное описание оценки уровня гемоглобина в полевых условиях при помощи портативного гемоглобинометра приведено в приложении 3.

Руководство по отчетности

Данные об анемии представляют с разбивкой по возрасту, уровню образования, месту жительства, региону, репродуктивному статусу (беременность, грудное вскармливание) и социально-экономическому положению (квintиль благосостояния).

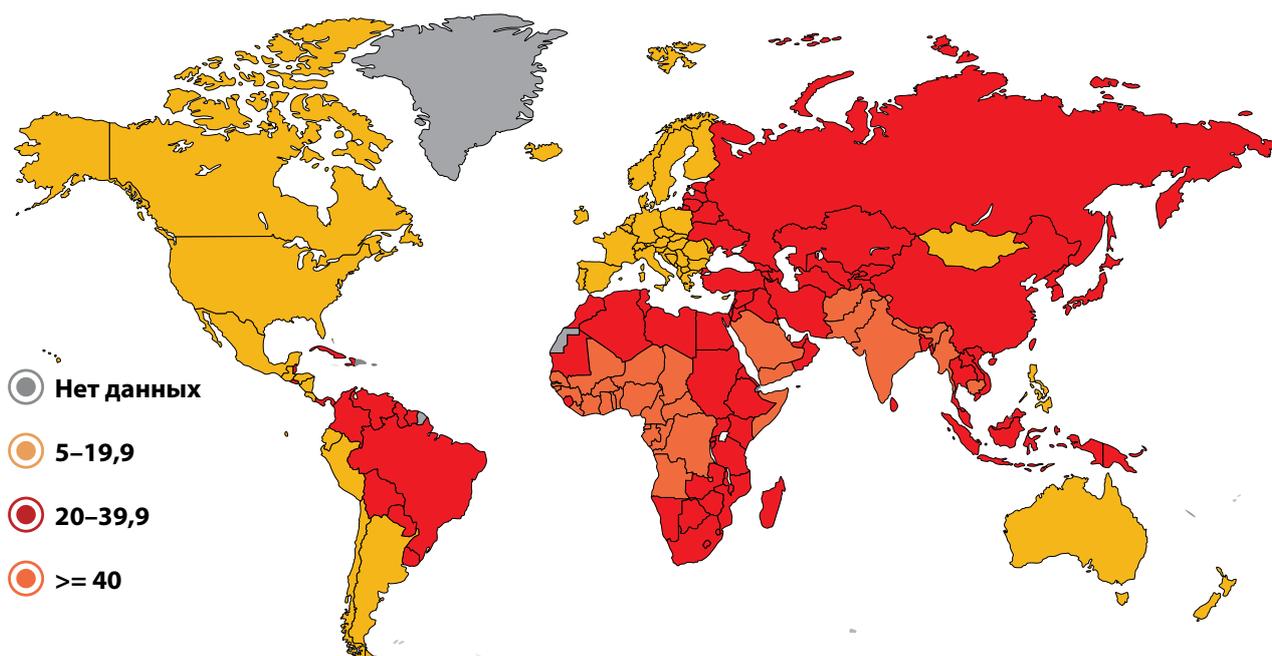
В целях отчетности о распространенности анемии среди женщин репродуктивного возраста странам необходимо использовать рекомендованные ВОЗ предельные значения гемоглобина для диагностирования анемии при оценке распространенности анемии на национальном уровне даже при применении привязки к другой местности. Предельное значение для гемоглобина у беременных и небеременных женщин в возрасте 15–49 лет составляет < 110 г/л и < 120 г/л соответственно. Результаты для гемоглобина подлежат коррекции по уровню моря (по высоте) и табакокурению с использованием статистических методов, описанных в приложении 3.

Рекомендуется сообщать данные о распространенности анемии с разбивкой по степени тяжести. У небеременных женщин предельные значения уровня гемоглобина для определения степени тяжести составляют 110–119 г/л (легкая форма), 80–109 г/л (умеренная форма) и < 80 г/л (тяжелая форма). Данные об уровнях гемоглобина при анемии легкой, умеренной и тяжелой формы у беременных женщин представлены в таблице А4 приложения 3.

В некоторых странах может быть предусмотрен другой диапазон для определения женщин репродуктивного возраста, например 15–44 года. В целях предоставления в ВОЗ отчетности о распространенности анемии необходимо указывать точную возрастную группу, в которой проводилась оценка. Источником данных о распространенности анемии в целевой группе должны быть национальные репрезентативные поперечные обследования домохозяйств. В целом здоровые небеременные женщины репродуктивного возраста обычно не посещают медицинские центры, и по этой причине маловероятно, что соответствующие клинические обследования носят репрезентативный характер для всех женщин данной группы. В некоторые обследования включают только небеременных женщин, у которых есть один ребенок или несколько детей в возрасте до пяти лет. Такая выборка не является репрезентативной выборкой всех небеременных женщин репродуктивного возраста.

Необходимо включать в отчетность данные об уровнях гемоглобина ниже 80 г/л у небеременных и кормящих женщин и менее 70 г/л у беременных женщин (тяжелая форма анемии).

ГЛОБАЛЬНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ (%) (ВСЕ ЖЕНЩИНЫ)





3.3 НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

ГЛОБАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 3

Снижение к 2025 г. на 30% числа детей с низкой массой тела при рождении



Gates/Frederic Coubert

Низкая масса тела при рождении, которая продолжает оставаться серьезной глобальной проблемой в области общественного здравоохранения, связана с рядом краткосрочных и долгосрочных последствий. Показатели распространенности низкой массы тела при рождении широко варьируются как в пределах одной страны, так и между разными странами. Низкая масса тела при рождении в наибольшей степени распространена в странах с низким и средним уровнями дохода, особенно среди наиболее уязвимых слоев населения. Поскольку существенная доля родов в странах с низким уровнем дохода проходит на дому или в небольших медицинских центрах, эти случаи остаются незафиксированными в официальных отчетах. Это может вести к заниженной оценке распространенности низкой массы тела при рождении. Несмотря на ограниченность и ненадежность данных о показателях низкой массы тела при рождении, следует отметить, что эти показатели являются крайне высокими.

Глобальная задача 3 в области питания подразумевает относительное снижение к 2025 г. на 30% числа детей грудного возраста, имевших при рождении массу тела менее 2500 г. Это будет означать относительное снижение на 2,7% в год в период между 2012 и 2025 гг. (60).

Наименование показателя	распространенность низкой массы тела при рождении среди новорожденных.
Определение	Распространенность низкой массы тела при рождении в группе населения определяется как процент живорождений с массой тела менее 2500 грамм от общего числа живорождений за тот же период. Согласно определению ВОЗ, низкая масса тела при рождении составляет менее 2500 г (5,5 фунта) (61).
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число живорожденных младенцев с массой тела при рождении менее 2500 г.
Знаменатель	общее число живорождений. Распространенность низкой массы тела при рождении = (число живорождений с массой тела при рождении менее 2500 г/общее число живорождений) x 100.
	$\text{Распространенность низкой массы тела при рождении} = \frac{\text{Число живорожденных детей с массой тела при рождении менее 2500 г в год}}{\text{Общее число живорождений в год}} * 100$
Процедуры корректировки	Данные обследований распространенности низкой массы тела при рождении носят ограниченный характер, поскольку большинство младенцев в странах с низким уровнем дохода рождаются на дому и не проходят взвешивание при рождении. Тем не менее были разработаны различные методы корректировки с учетом этой проблемы и получения национальных оценок (62). Подробное описание процедур корректировки данных о низкой массе тела при рождении представлено в приложении 4.

Доступность данных	ЮНИСЕФ ведет глобальную базу данных (доступную по адресу: http://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/), корректировки в которой вносятся с использованием данных обследований, в основном данных Обследований в области демографии и здравоохранения (ОДЗ) и Кластерных обследований по многим показателям (КОМП) ЮНИСЕФ. Административные оценки используются там, где процент проходящих взвешивание новорожденных является высоким.
Источники данных	<p>Реестры родов (системы управления больницами и информационные системы — ИСУЗ). Этот метод позволяет получить данные о распространенности низкой массы тела при рождении среди младенцев, родившихся в медицинских учреждениях. Популяционные обследования домохозяйств, в ходе которых осуществляется сбор данных о массе тела при рождении и относительном размере новорожденных, учитывают поправку даже в том случае, если многие дети грудного возраста не проходят взвешивание при рождении. К другим возможным источникам данных относятся обычные информационные системы учреждений.</p> <p>В странах с высоким уровнем дохода основным источником информации о низкой массе тела при рождении являются данные служб родовспоможения и национальных систем регистрации новорожденных. В странах с низким и средним уровнями дохода оценки низкой массы тела при рождении получают в основном по итогам национальных обследований домохозяйств и обычных систем отчетности.</p> <p>До 1990 г. источником для большей части оценок низкой массы тела при рождении в странах с низким уровнем дохода являлись данные учреждений. В большинстве стран с низким уровнем дохода эти оценки были необъективными, поскольку большая часть родов проходила за пределами медицинских учреждений. Кроме того, роды в медицинских учреждениях являлись отдельной выборкой из числа всех родов. С 1990 года в качестве альтернативы для данных на базе учреждений ведется систематический сбор данных о низкой массе тела при рождении среди матерей, принимающих участие в национальных репрезентативных обследованиях домохозяйств (ОДЗ и КОМП).</p>
Периодичность сбора данных	непрерывно.
Руководство по сбору данных	<p>Точность взвешивания зависит от регулярной калибровки весов с точностью измерений не менее 10 г и точности метода считывания данных. При получении данных о массе тела при рождении часто встречается такое явление, как тенденция к предпочтительному округлению до определенных значений, особенно в области значений около 500 г. Аккумуляция данных в области этих значений может влиять на оценку распространенности низкой массы тела при рождении среди населения. Тенденцию к предпочтительному округлению можно преодолеть лишь посредством регулярного анализа и представления данных для лиц, проводящих взвешивание младенцев. При использовании весов полученные данные часто подвергаются округлению в большую или меньшую сторону. Это ведет не только к получению неточных измерений для отдельных детей, но также может исказить отчетные данные о показателях низкой массы тела при рождении среди населения. Для получения дополнительной информации см. документы ЮНИСЕФ и ВОЗ за 2004 г. (63).</p> <p>Младенцев необходимо взвешивать в течение 24 часов после рождения (предпочтительно в течение 12 часов во избежание снижения массы тела вследствие потери жидкости) (64). Фактическую массу тела детей грудного возраста регистрируют со степенью точности, соответствующей точности его измерения. Несмотря на то что статистические сводки могут предусматривать группировку данных о массе тела при рождении с точностью до 500 г, необходимо фиксировать точную массу тела каждого отдельного младенца.</p>
Руководство по отчетности	<p>Национальные дезагрегированные данные должны быть представлены с разбивкой по полу, месту жительства, региону, гестационному возрасту (статус в отношении преждевременных родов), социально-экономическому положению (квинтиль благосостояния) и уровню образования матери.</p> <p>ВОЗ рекомендует использовать показатель 500 г в качестве нижнего предела отчетности. Поскольку в соответствии с определением этот показатель относится только к живорождениям, настоятельно рекомендуется выражать оценку в виде доли от числа живорождений.</p> <p>Данные могут быть табулированы в виде процента детей грудного возраста с массой тела менее 2500 г или в дальнейшем разделены на две группы: низкая масса тела при рождении (менее 1500 г) или крайне низкая масса тела при рождении (менее 1000 г). Эти категории не являются взаимно исключающими. При разбивке на категории по 500 г данные разбивают на диапазоны 500–999 г, 1000–1499 г, 1500–1999 г и т.д. Для получения дополнительной информации см. документы ЮНИСЕФ и ВОЗ за 2004 г. (63).</p>



3.4 ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ

ГЛОБАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 4

Отсутствие к 2025 г. роста числа случаев детского ожирения



Во многих странах распространенность избыточного веса у детей достигает угрожающих масштабов и представляет собой неотложную и серьезную проблему. Распространенность избыточного веса среди детей быстро растет даже во многих странах с низким и средним уровнями дохода. В 2016 г. по крайней мере 40,6 миллиона детей в возрасте до пяти лет имели избыточную массу тела или страдали от ожирения, причем большинство этих детей проживает в странах с низким и средним уровнями дохода (9). Прогресс в области борьбы с детским ожирением был медленным и неравномерным.

Комиссия по ликвидации детского ожирения (КЛДО) была создана в 2014 г. в целях изучения, учета и ликвидации пробелов в существующих мандатах и стратегиях. В январе 2016 г. КЛДО представила Генеральному директору ВОЗ свой заключительный доклад во время.

138-й сессии Исполнительного комитета ВОЗ (65, 66). Доклад КЛДО привлек внимание к тревожащему росту распространенности детского ожирения и серьезной угрозе, которую представляет эта тенденция для здоровья детей и взрослых. По итогам консультаций с более чем 100 государствами — членами ВОЗ Комиссия разработала комплекс рекомендаций по борьбе с ожирением среди детей и подростков в различных условиях.

Глобальная задача 4 предполагает, что распространенность детского ожирения (составлявшая 6% в 2012 г.) не должна вырасти к 2025 г. (9). Однако глобальная тенденция свидетельствует о медленном, но устойчивом росте, с более быстрыми темпами роста в странах с быстро расширяющимися продовольственными системами, например в Северной Африке. В странах с более высоким уровнем дохода информация, доступная на национальном и региональном уровнях, указывает на то, что в социально-экономических группах, занимающих более высокое положение, темпы роста детского ожирения ниже. В странах с низким и средним уровнями дохода программный опыт невелик. Программы борьбы против детского ожирения ориентированы главным образом на детей школьного возраста (1). Особое внимание необходимо уделять профилактике детского ожирения в странах, в которых ведется работа по предупреждению задержки роста.

Наименование показателя	дети в возрасте до 5 лет с избыточным весом.
Определение	Распространенность случаев соотношения массы тела к росту среди детей в возрасте 0–59 месяцев на уровне выше +2 CO относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число детей в возрасте 0–59 месяцев с избыточным весом.
Знаменатель	Общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, которые прошли измерения. Распространенность избыточного веса = (число детей в возрасте 0–59 месяцев с избыточным весом / общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, которые прошли измерения) × 100
Распространенность избыточного веса = $\frac{\text{Число детей в возрасте 0–59 месяцев с избыточным весом}}{\text{Общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, которые прошли измерения}} \times 100$	
Доступность данных	С 1989 года ВОЗ ведет Глобальную базу данных о росте и недостаточности питания у детей, которая содержит данные популяционных обследований, удовлетворяющих ряду критериев. Проверку данных на действительность и последовательность, а также анализ массивов предварительных данных проводят в соответствии со стандартной процедурой в целях получения сопоставимых результатов. Распространенность соотношения масса тела и роста и ИМТ выше определенных пороговых значений для соответствующего возраста среди детей дошкольного возраста представляют при помощи Z-значений на основе норм роста детей, разработанных ВОЗ. См. раздел, посвященный задержке роста, для получения информации о доступности и качестве данных, которые аналогичны данным в отношении избыточного веса.
Источники данных	К источникам данных относятся обследования питания, репрезентативные популяционные обследования с модулями, посвященными вопросам питания, и системы эпиднадзора. Подробные описания методики и процедур работы с базами данных, включая источники данных, критерии включения, вопросы контроля качества данных и схемы работы баз данных, представлены в других источниках (67).
Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Руководство по сбору данных	Длину тела/рост и массу тела детей измеряют при помощи стандартных процедур (51–53). Подробные описания процедур измерения длины тела/роста и массы тела, а также процессов обучения и стандартизации для лиц, проводящих измерения, приведены в приложении 2.
Длина тела/рост	Детей в возрасте до 24 месяцев измеряют в положении лежа, а детям в возрасте 24 месяцев и старше рост измеряют в положении стоя. Обзор процедур измерения длины тела/роста приведен в приложении 2.
Масса тела	Массу тела детей и матерей можно определять с использованием электронных весов, которые обычно долговечны и гибки в работе. Можно сначала взвесить мать вместе с ребенком, а затем одну мать. Этот метод можно использовать, если ребенок сопротивляется, а использование слингов или штанов для взвешивания ведет к избыточному стрессу. Еще одним преимуществом этого метода также является возможность регистрации массы тела матери. Более подробное описание процедур измерения массы тела приведено в приложении 5. Для получения информации по антропометрическим измерениям также смотрите Курс обучения ВОЗ по оценке роста детей (51, 52) и Cogill 2003 (53).
Руководство по отчетности	Дезагрегированные данные представляют с разбивкой по возрасту, полу, месту жительства, региону, социально-экономическому положению (квинтиль благосостояния) и уровню образования матери.



3.5 ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ

ГЛОБАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 5

Увеличить к 2025 г. по крайней мере на 50% распространенность исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни



Gates Jake Lyell

Грудное молоко является оптимальным питанием для растущего ребенка грудного возраста. Грудное молоко содержит минералы и питательные вещества, необходимые ребенку в первые шесть месяцев жизни. Грудное молоко также содержит иммунные и клеточные компоненты и другие факторы иммунной защиты от инфекций. ВОЗ рекомендует начинать грудное вскармливание в течение первого часа после рождения, обеспечивать исключительно грудное вскармливание детей грудного возраста в течение первых шести месяцев и продолжать грудное вскармливание до возраста двух или более лет (68).

В целом отмечают низкие показатели распространенности исключительно грудного вскармливания. В развивающихся странах отсутствие грудного вскармливания и особенно исключительно грудного вскармливания в течение первых месяцев жизни является важным фактором риска младенческой и детской заболеваемости и смертности, особенно в результате диареи и острых респираторных инфекций (69). В публикациях журнала The Lancet по вопросам грудного вскармливания говорится о том, что расширение распространенности грудного вскармливания до практически всеобщего уровня способно предотвратить 823 тысячи случаев смертности детей в возрасте до пяти лет и 20 тысяч случаев смертности от рака молочной железы в год (70). Эти преимущества для женщин и детей наблюдаются во всех странах — богатых и бедных.

Глобальная задача 5 предполагает, что глобальный показатель, который, по расчетам, составляет 38% за период 2006–2010 гг., должен к 2025 г. вырасти до 50% (1). Это может повлечь за собой рост на 1 процентный пункт в год, в результате чего примерно на 10 миллионов детей больше будут получать исключительно грудное вскармливание до возраста шести месяцев.

Наименование показателя	показатель исключительно грудного вскармливания среди детей грудного возраста в возрасте до шести месяцев.
Определение	Процент грудных детей в возрасте до шести месяцев, получающих кормление исключительно грудным молоком.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число грудных детей в возрасте до шести месяцев, получающих исключительно грудное вскармливание (что подразумевает отсутствие какой-либо другой пищи или напитков, в том числе воды).
Знаменатель	общее число обследованных грудных детей в возрасте до шести месяцев. Процент грудных детей в возрасте до шести месяцев, получавших только грудное молоко, по состоянию на предыдущий день = (грудные дети в возрасте до шести месяцев, получавшие только грудное молоко, по состоянию на предыдущий день/общее число грудных детей в возрасте до шести месяцев) x 100.

$$\text{Показатель исключительно грудного вскармливания} = \frac{\text{Число детей грудного возраста в возрасте до шести месяцев, получавших только грудное молоко, по состоянию на предыдущий день}}{\text{Общее число обследованных детей грудного возраста в возрасте до шести месяцев}} * 100$$

Периодичность измерений	каждые 3–5 лет.
Доступность данных	<p>ЮНИСЕФ ведет совместную базу данных об исключительно грудном вскармливании (имеется по адресу: http://data.unicef.org/nutrition). В рамках Программы ВОЗ по вопросам питания, физической активности и ожирения Европейское региональное бюро ведет сбор страновой информации об исключительно грудном вскармливании на независимой основе.</p> <p>Существенная часть данных, поступающих из стран с высоким уровнем дохода, относится к показателям исключительно грудного вскармливания за шесть месяцев, которые являются заниженными оценками по сравнению со стандартным показателем исключительно грудного вскармливания, усредненным за период первых шести месяцев.</p>
Источники данных	популяционные обследования домохозяйств.
Руководство по сбору данных	Указания по определению данного индикатора, стандартные вопросы и операционная информация имеются в WHO. 2008 (31) и WHO. 2010 (80). Большинство стран представляют информацию по данному показателю путем проведения ОДЗ и КОМП с соблюдением рекомендаций ВОЗ.
Руководство по отчетности	Если позволяет выборка, данные должны быть представлены с разбивкой по полу, месту жительства, социально-экономическому положению (квинтиль благосостояния) и уровню образования матери. Эти данные можно дополнительно представить с разбивкой по возрасту, например 0–2 месяца и 3–6 месяцев.



© UNICEF/UNI194033/Zavalnyuk



3.6 ИСТОЩЕНИЕ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ

ГЛОБАЛЬНАЯ ЗАДАЧА 6

Сократить к 2025 г. распространенность истощения у детей до уровня менее 5% и удерживать на этом уровне



Gates/Peter D'Campo

В 2016 г. проблема истощения продолжает оставаться угрозой для жизни 51,7 миллиона детей в возрасте до пяти лет (9). Дети с истощением подвержены большему риску заболеваемости и смертности. Борьба с истощением играет важную роль для профилактики риска заболеваемости и смертности у детей. Повышение уровня выживаемости детей зависит от мер профилактики истощения и своевременного лечения, необходимого для спасения жизни детей с истощением.

Истощение наступает при существенном снижении массы тела ребенка по сравнению с ожидаемыми показателями массы тела для ребенка с той же длиной тела или ростом. Истощение свидетельствует о недостаточности питания в настоящее время или острой недостаточности питания в результате невозможности набрать ожидаемый вес или потери веса. Основными причинами истощения являются недостаточный рацион питания, ненадлежащая практика кормления и инфекция, а зачастую — сочетание всех трех факторов.

Истощение, или низкое соотношение массы тела и роста, позволяет выявлять детей, страдающих от недостаточности питания в настоящее время или от острой недостаточности питания. Истощение можно определить даже при сложностях с определением точного возраста. Соотношение массы тела и длины тела (у детей в возрасте до двух лет) или массы тела и роста (у детей в возрасте старше двух лет) подходит для изучения краткосрочных последствий, таких как сезонный дефицит продуктов питания, недостаточный рацион питания и такие заболевания, как гастроэнтерит и острые респираторные инфекции.

Учитывая их зависимость от краткосрочных последствий, показатели истощения зачастую используют в целях скрининга или определения целей в чрезвычайных ситуациях, а иногда и в целях ежегодной отчетности. Пользователям необходимо учитывать, что показатели истощения характеризуются сильной сезонной зависимостью, поэтому в целях отчетности к отчетам необходимо прилагать контекстные данные.

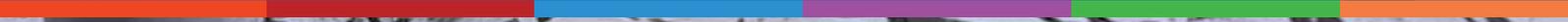
Эта задача предполагает, что глобальная распространенность истощения у детей, составляющая, по оценке за 2012 г., 8,6%, должна быть снижена к 2025 г. до менее 5% и должна удерживаться ниже этого уровня (60). В период 2005–2010 гг. 53 страны как минимум один раз сообщали о распространенности истощения у детей, превышавшей уровень 5%. Снижение распространенности истощения требует принятия таких профилактических мер, как улучшение доступа к высококачественным продуктам и медико-санитарной помощи; улучшение питания и знания санитарных норм и практики; содействие исключительно грудному вскармливанию в течение первых шести месяцев и использованию более передовых методов дополнительного прикорма всех детей в возрасте от 6 до 24 месяцев; а также более эффективные системы водоснабжения и санитарии и гигиеническая практика, которые оберегают детей от инфекционных заболеваний.

Наименование показателя	дети до пяти лет с истощением (в умеренной и тяжелой форме).
Определение	Процент детей в возрасте 0–59 месяцев с (умеренным и тяжелым) истощением (умеренное = соотношение массы тела и роста возраста между < –2 СО и > –3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ; тяжелое = соотношение массы тела и роста ниже –3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ).
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число детей в возрасте 0–59 месяцев с истощением.
Знаменатель	общее число детей в возрасте 0–59 месяцев. Процент детей в возрасте до 5 лет с истощением = (число детей в возрасте 0–59 месяцев, имеющих Z-значения ниже –2 СО относительно медианы нормы соотношения массы тела и роста у детей, разработанной ВОЗ / общее число детей в возрасте 0–59 месяцев, которые прошли измерения) x 100.
$\text{Процент детей с истощением} = \frac{\text{Число детей в возрасте 0–59 месяцев с истощением}}{\text{Общее число обследованных детей в возрасте 0–59 месяцев}} * 100$	
Периодичность измерений	каждые 3–5 лет.
Доступность данных	С 1989 года ВОЗ ведет Глобальную базу данных о росте и недостаточности питания у детей. В этой глобальной базе данных собраны данные популяционных обследований, которые включают антропометрические измерения в национальных репрезентативных выборках детей в возрасте до пяти лет.
Источники данных	Основными источниками данных являются популяционные обследования домохозяйств в рамках систем эпиднадзора в области антропометрических данных и питания.
Качество данных	ВОЗ ведет Глобальную базу данных о росте и недостаточности питания у детей, которая содержит данные популяционных обследований, удовлетворяющих ряду критериев. Проверку данных на действительность и последовательность, а также анализ массивов предварительных данных проводят в соответствии со стандартной процедурой в целях получения сопоставимых результатов.
Руководство по сбору данных	Массу тела и длину тела/рост детей измеряют при помощи стандартных методов. Детей в возрасте до 24 месяцев измеряют в положении лежа, а детям в возрасте 24 месяцев и старше рост измеряют в положении стоя. Подробные описания процедур измерения длины тела/роста и массы тела, а также процессов обучения и стандартизации для лиц, проводящих измерения, приведены в Приложениях 2 и 5. Для получения информации по антропометрическим измерениям также смотрите Курс обучения ВОЗ по оценке роста детей (51, 52) и Cogill 2003 (53).
Руководство по отчетности	Всемирная организация здравоохранения выделяет умеренную и тяжелую формы истощения у детей в соответствии с нормой соотношения массы тела и роста детей, разработанной ВОЗ (71). Данные о распространенности истощения у детей в возрасте до пяти лет представляют в дезагрегированной форме. Дезагрегированные данные представляют с разбивкой по возрасту, полу, месту жительства, региону, социально-экономическому положению и уровню образования матери (по мере возможности). Данные о распространенности истощения также необходимо представлять по степени тяжести — умеренная (Z-значения для соотношения массы тела и роста возраста между < –2 СО и > –3 СО) или тяжелая форма (Z-значения для соотношения массы тела и роста ниже –3 СО).



ПОКАЗАТЕЛИ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ, ПРОЦЕССА,
ПОЛИТИЧЕСКОЙ КОНЬЮНКТУРЫ
И ПОТЕНЦИАЛА

4



4.1 ПОКАЗАТЕЛИ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

4.1.1 Охват лечением диареи

Исходным показателем диареи в ГОМП была «распространенность диареи у детей в возрасте до пяти лет». В прошлом Департамент ВОЗ по здоровью матерей, новорожденных, детей и подростков (ЗМНДП) использовал данные о распространенности диареи, полученные из национальных обследований домохозяйств. Однако этот показатель больше не используется, поскольку заболеваемость диареей носит сезонный характер, и сведения о средней моментной распространенности на национальном уровне не имеют особого смысла. Тем не менее в глобальную базу данных ВОЗ будет включен показатель охвата лечением диареи при помощи СПР. Кроме того, показатель диареи включен в состав 100 основных показателей здоровья в следующей формулировке: «дети с диареей, получающие раствор соли для пероральной регидратации (СПР)».

Диарею определяют как неоформленный или жидкий стул три раза в день или чаще (или чаще нормальной частоты стула для конкретного человека). Частый оформленный стул, а также неоформленный «пастообразный» стул у младенцев на грудном вскармливании диареей не являются.

Диарея является основной причиной детской смертности, поскольку в 2015 г. в мире от диареи умерло 9% всех детей в возрасте до пяти лет (72). Диарея в большей степени распространена в странах с низким и средним уровнями дохода по причине отсутствия безопасной питьевой воды, санитарии и гигиены, а также за счет более низкого уровня общего состояния здоровья и ограниченного рациона питания (34, 35). Большая часть смертей от диареи приходилась на детей в возрасте до пяти лет, проживающих в странах Африки к югу от Сахары и в Южной Азии. Несмотря на тяжелое бремя диареи, был достигнут определенный прогресс на пути снижения ежегодного числа смертей от диареи среди детей в возрасте до пяти лет. За последние 15 лет число смертей от диареи сократилось более чем на 50% — с более 1,2 миллиона в 2000 г. до 500 тысяч в 2015 г. Большую часть детских смертей от диареи можно было предотвратить при помощи применения солей для пероральной регидратации (СПР) и добавок цинка во время диареи и проведения базовых мероприятий, направленных на повышение качества питьевой воды, санитарии и гигиены (ВСГ) и профилактики диареи (73, 74). По оценкам, использование только СПР способно предотвратить 93% смертей вследствие острой диареи, а применение добавок цинка может снизить смертность от диареи на 23%.

Наименование показателя	дети в возрасте до пяти лет с диареей, получающие раствор для пероральной регидратации (СПР).
Определение	Процент детей в возрасте до пяти лет с диареей за последние две недели, получающих СПР (растворы, приготовленные из пакетов для приготовления СПР, или готовые СПР в упаковке).
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число детей в возрасте до пяти лет с диареей за две недели до проведения обследования, получивших растворы, приготовленные из пакетов для приготовления СПР, или готовые СПР в упаковке.
Знаменатель	число детей с диареей за две недели до проведения обследования. Процент детей в возрасте до пяти лет с диареей за последние две недели, получивших СПР = (число детей в возрасте до пяти лет с диареей за две недели до проведения обследования, получивших растворы, приготовленные из пакетов для приготовления СПР, или готовые СПР в упаковке/число детей с диареей за две недели до проведения обследования) x 100. Число детей в возрасте до пяти лет с диареей за две недели до проведения обследования, получивших растворы, приготовленные из пакетов для приготовления СПР Процент детей с диареей, получающих СПР = $\frac{\text{Число детей в возрасте до пяти лет с диареей за две недели до проведения обследования, получивших растворы, приготовленные из пакетов для приготовления СПР}}{\text{Число детей с диареей за две недели до проведения обследования}}$ *100
Примечание. Отчетность по данному показателю также может составляться для детей в возрасте до пяти лет с диареей, получающих раствор для пероральной регидратации и цинк или пероральную регидратационную терапию (ПРТ) и цинк, в зависимости от существующих национальных руководящих принципов.	
Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Доступность данных	Данные получены в результате повторного анализа микроданных Обследований в области демографии и здравоохранения (ОДЗ) и Кластерных обследований по многим показателям (КОМП), имеющихся в открытом доступе, в которых используются стандартные определения показателей, содержащиеся в опубликованных документах ОДЗ или ЮНИСЕФ (доступно по адресу: https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/).
Источники данных	Предпочтительными источниками данных являются обследования домохозяйств. К другим возможным источникам данных относятся обычные информационные системы учреждений.
Руководство по отчетности	Если позволяет выборка, этот показатель должен быть представлен в дезагрегированном виде с разбивкой данных по полу, месту жительства, социально-экономическому положению.



*За последние 15 лет
число смертей от диареи
сократилось более чем на
50% — с более 1,2 миллиона
в 2000 г. до 500 тысяч
в 2015 году*

4.1.2 Низкий ИМТ у женщин в возрасте 15–49 лет

Индекс массы тела (ИМТ) представляет собой массу тела человека в килограммах, деленную на квадрат роста в метрах. ИМТ является простым и экономически эффективным методом скрининга для определения пониженной, нормальной и избыточной массы тела и ожирения. ИМТ менее 18,5 кг/м² определяют как пониженную массу тела или низкий ИМТ.

Наименование показателя	процент женщин репродуктивного возраста с пониженной массой тела.
Определение	Процент женщин в возрасте 15–49 лет с низким ИМТ (< 18,5 кг/м ²). Беременные женщины исключены.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет с низким ИМТ (< 18,5 кг/м ²).
Знаменатель	общее число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет. Процент небеременных женщин в возрасте 15–49 с низким ИМТ (< 18,5 кг/м ²) = (число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет с низким ИМТ (< 18,5 кг/м ²) / общее число обследованных небеременных женщин в возрасте 15–49 лет) x 100.
Процент женщин с пониженной массой тела	$= \frac{\text{Число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет в выборке с ИМТ} < 18,5 \text{ кг/м}^2}{\text{Общее число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет в выборке}} * 100$
Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Доступность данных	В рамках Сотрудничества по факторам риска НИЗ (СФР-НИЗ) получают оценки для стран для возрастной группы 18 лет и старше и на регулярной основе обновляют эти оценки. Подробное описание методов приведено в других источниках (75). Выбранный возрастной диапазон относится к женщинам репродуктивного возраста и отражает целевую группу, которая обычно оценивается в рамках национальных обследований домохозяйств. Страны, оценивающие развитие подростков отдельно и принявшие разработанный ВОЗ стандарт физического развития 2007 г., могут представлять отдельную оценку с использованием соотношения ИМТ–возраст с пороговым значением < –2 СО для возрастной группы 15–18 (максимум 19,0) лет и фиксированным пороговым значением 18,5 кг/м ² для своего взрослого женского (небеременного) населения в возрасте до 50 лет.
Источники данных	популяционные обследования домохозяйств, национальные системы эпиднадзора.
Руководство по отчетности	Процент небеременных женщин в возрасте 15–49 лет с низким ИМТ (менее 18,5 кг/м ²) разбивают по таким показателям, как возраст и уровень образования матери, место жительства и социально-экономическое положение.



©UNICEF/Gabe Bienczycki

4.1.3 Показатель рождаемости среди девочек-подростков

Глобальный показатель рождаемости среди девочек-подростков в 2015 г. составил 44,1 на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет, при этом наивысший показатель был отмечен в Африканском регионе (100,3/1000), а самый низкий — в регионе Западной части Тихого океана (15,3/1000) (76). К ключевым детерминантам подростковой беременности относятся ранний брак, принуждение к сексу и отсутствие доступа к средствам контрацепции, а также недостаточный уровень их использования (77, 78).

Наименование показателя	показатель рождаемости среди девочек-подростков (на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет).
Определение	Число родов среди женщин в возрасте 15–19 лет в год на 1000 женщин данной возрастной группы. Этот показатель также называют возрастным показателем рождаемости для женщин в возрасте 15–19 лет.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число живорождений среди женщин в возрасте 15–19 лет на момент родов за конкретный год.
Знаменатель	общее число женщин в возрасте 15–19 лет за тот же год. Показатель рождаемости среди девочек-подростков обычно вычисляют в форме соотношения. В числителе указывают число живорождений среди женщин в возрасте 15–19 лет, а в знаменателе — общее число женщин в возрасте 15–19 лет. Числитель и знаменатель вычисляют отдельно для данных, полученных из системы регистрации актов гражданского состояния, а также для данных, полученных по итогам обследований и переписи населения. $\text{Показатель рождаемости среди девочек-подростков} = \frac{\text{Число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет в выборке с ИМТ} < 18,5 \text{ кг/м}^2}{\text{Общее число небеременных женщин в возрасте 15–49 лет в выборке}} * 1000$ При наличии соответствующих данных можно также рассчитать показатель рождаемости среди девочек-подростков в возрасте до 15 лет.
Система регистрации актов гражданского состояния	Если данные получены из системы регистрации актов гражданского состояния, в числителе указывают зарегистрированное число живорождений среди женщин в возрасте 15–19 лет за конкретный год, а в знаменателе указывают число женщин в возрасте 15–19 лет за тот же год, полученное по итогам переписи или на основе оценки.
Данные обследований	Если данные получены по итогам обследований, показатель рождаемости среди девочек-подростков обычно вычисляют на основе ретроспективных сведений о родах. В числителе указывают число родов среди женщин в возрасте 15–19 лет по состоянию на дату родов на протяжении учетного периода до проведения опроса, а в знаменателе — общее число опрошенных женщин в возрасте от 15 до 19 лет за тот же учетный период. По мере возможности учетный период соответствует пятилетнему периоду до проведения обследования. Отчетный год наблюдений соответствует середине учетного периода. Для некоторых обследований ретроспективные сведения о родах недоступны, а оценка базируется на дате последних родов или числе родов за 12 месяцев до проведения обследования.
Данные переписи населения	Если данные получены по результатам переписи населения, показатель рождаемости среди девочек-подростков обычно рассчитывают по дате последних родов или числу родов за 12 месяцев до проведения переписи. Данные переписи населения используются как для числителя, так и для знаменателя при вычислении показателей. В некоторых случаях показатели, основанные на данных переписи населения, корректируются с поправкой на недостаточность регистрации на основе непрямых методов оценки.
Периодичность сбора данных	на ежегодной основе.
Доступность данных	Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций подготавливает и обновляет данные о показателях рождаемости среди девочек-подростков. Оценки на основе данных системы регистрации актов гражданского состояния используются в том случае, если страна сообщает об уровне охвата не менее 90%, и при условии достаточного соответствия между оценками системы регистрации актов гражданского состояния и оценками обследования. Оценки обследования используются только при отсутствии надежных данных системы регистрации актов гражданского состояния. Доступно по адресу: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/adolescent-rate.shtml
Источники данных	Предпочтительными источниками данных являются системы регистрации актов гражданского состояния, обеспечивающие полный охват населения. К другим источникам данных относятся данные переписи населения и обследований домохозяйств.
Руководство по сбору данных	В странах, в которых данные системы регистрации актов гражданского состояния или переписи населения отсутствуют или устарели, данные для получения этого показателя собирают в рамках национальных репрезентативных обследований домохозяйств.
Руководство по отчетности	Дезагрегированные данные представляют с разбивкой по семейному положению, уровню образования, месту жительства и социально-экономическому положению (квинтиль благосостояния).

4.1.4 Избыточный вес и ожирение у женщин в возрасте старше 18 лет

По оценкам ВОЗ, распространенность ожирения среди женщин увеличилась с 36,8% в 2010 г. до 39,2% в 2016 г. Распространенность ожирения среди женщин выше всего в регионах Америки (60,9%), Европы (54,3%) и Восточного Средиземноморья (52,6%) (79).

Наименование показателя	стандартизированная по возрасту распространенность избыточного веса и ожирения среди женщин в возрасте старше 18 лет.
Определение	Процент небеременных женщин (в возрасте старше 18 лет) с избыточным весом (определяют как ИМТ ≥ 25 кг/м ²) и ожирением (определяют как ИМТ ≥ 30 кг/м ²). ИМТ вычисляют как массу тела в килограммах, деленную на квадрат роста в метрах. Избыточный вес определяют как ИМТ ≥ 25 кг/м ² , а ожирение — как ИМТ ≥ 30 кг/м ² .
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет с избыточным весом и число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет с ожирением.
Знаменатель	все небеременные женщины в возрасте старше 18 лет, принимающие участие в обследовании.
Избыточный вес	(число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет с избыточным весом, принимающих участие в обследовании)/(число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет, принимающих участие в обследовании) x 100. Избыточный вес = $\frac{\text{Число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет в выборке с ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2}{\text{Общее число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет в выборке}} * 100$
Ожирение	(число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет с ожирением, принимающих участие в обследовании)/(число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет, принимающих участие в обследовании) x 100. Ожирение = $\frac{\text{Число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет в выборке с ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2}{\text{Общее число небеременных женщин в возрасте старше 18 лет в выборке}} * 100$
Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Доступность данных	В хранилище данных Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ) ВОЗ хранятся данные об избыточном весе и ожирении среди женщин (хранилище данных доступно по адресу: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A896?lang=en). В рамках Сотрудничества по факторам риска НИЗ (СФР-НИЗ) получают оценки для стран и на регулярной основе обновляют эти оценки (доступны по адресу: http://www.ncdrisc.org/about-us.html).
Источники данных	национальные репрезентативные популяционные (предпочтительно) обследования, в ходе которых измеряют рост и массу тела взрослых женщин.
Руководство по сбору данных	Рост и массу тела взрослых женщин измеряют с использованием стандартных процедур.
Руководство по отчетности	Дезагрегированные данные представляют с разбивкой по возрасту, полу, уровню образования, месту жительства и социально-экономическому положению.

4.1.5 Избыточный вес и ожирение у детей школьного возраста и подростков

Избыточный вес определяют как чрезмерную массу тела для данного роста в результате накопления жира, мышечной и костной ткани, жидкости или сочетания этих факторов. С другой стороны, ожирение определяют как чрезмерное содержание жира в организме. Во многих странах темпы роста детского ожирения достигли угрожающих масштабов и представляют собой неотложную и серьезную проблему (65). В исследовании СФР-НИЗ включены данные в отношении детей и подростков в возрасте 5–19 лет, указывающие на глобальное увеличение стандартизированного по возрасту показателя распространенности ожирения с 0,7% в 1975 г. до 5,6% в 2016 г. для девочек и с 0,9% в 1975 г. до 7,8% в 2016 г. для мальчиков. Согласно оценкам, в 2016 г. 50 миллионов девочек и 74 миллиона мальчиков в мире страдали ожирением (75).

Наименование показателя	избыточный вес и ожирение у детей школьного возраста и подростков в возрасте 5–19 лет.
Определение	Распространенность избыточного веса среди детей школьного возраста и подростков определяют как процент детей и подростков в возрасте 5–19 лет с половозрастным ИМТ выше +1 СО относительно медианы стандарта 2007 г., разработанного ВОЗ. Распространенность ожирения среди детей школьного возраста и подростков определяют как процент детей и подростков в возрасте 5–19 лет с половозрастным ИМТ выше +2 СО относительно медианы стандарта 2007 г., разработанного ВОЗ.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число детей школьного возраста и подростков (в возрасте 5–19 лет) с избыточным весом (> +1 СО) и ожирением (> +2 СО) в выборке.
Знаменатель	общее число детей школьного возраста и подростков (в возрасте 5–19 месяцев), которые прошли измерения.
	$\text{Распространенность избыточного веса и ожирения} = \frac{\text{Число детей школьного возраста и подростков с соотношением ИМТ к возрасту } > +1 \text{ СО или } > +2 \text{ СО в выборке относительно стандарта 2007 г., разработанного ВОЗ}}{\text{Общее число детей школьного возраста и подростков в выборке}} * 100$
Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Доступность данных	<p>ВОЗ ведет Глобальную базу данных о росте и недостаточности питания у детей, которая содержит данные популяционных обследований, удовлетворяющих ряду критериев. Проверку данных на действительность и последовательность, а также анализ массивов предварительных данных проводят в соответствии со стандартной процедурой в целях получения сопоставимых результатов. Распространенность выше и ниже определенных пороговых значений для соотношений массы тела к возрасту, роста к возрасту, массы тела к росту и ИМТ к возрасту среди детей дошкольного возраста представляют при помощи Z-значений на основе норм роста детей, разработанных ВОЗ.</p> <p>В рамках Сотрудничества по факторам риска НИЗ (СФР-НИЗ) получают оценки для стран и на регулярной основе обновляют эти оценки. Подробное описание метода приведено в других источниках (75).</p>
Источники данных	национальные репрезентативные популяционные обследования с измерениями роста и массы тела среди детей школьного возраста и подростков (в возрасте 5–19 лет). К другим источникам данных относятся национальные системы эпиднадзора в области питания.
Руководство по сбору данных	Массу тела и рост детей измеряют при помощи стандартных процедур. Подробное описание процедур измерения роста см. в разделе 3.1, а измерения массы тела — в разделе 3.6. Рекомендуется соблюдать процедуры измерения роста и массы тела, описанные в приложениях 2 и 5.
Руководство по отчетности	Дезагрегированные данные представляют с разбивкой по возрасту, полу, уровню образования, месту жительства, социально-экономическому положению и уровню образования матери.

4.2 ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЦЕССА

4.2.1 Минимальное разнообразие рациона питания

Практика кормления детей грудного и раннего возраста оказывает непосредственное воздействие на рацион питания детей в возрасте до двух лет. Улучшение практики кормления детей грудного и раннего возраста играет важную роль для улучшения питания, состояния здоровья и развития ребенка. Дополнительный прикорм должен быть своевременным, надлежащим и достаточным. Это означает, что все дети грудного возраста должны начать получать различные дополнительные продукты питания в дополнение к грудному молоку, начиная с возраста шести месяцев.

Показатели практики кормления детей грудного и раннего возраста можно использовать для мониторинга надлежащего охвата различными мерами, связанными с грудным вскармливанием и дополнительным прикормом.

Данный показатель кормления детей грудного и раннего возраста является одним из четырех показателей, отчетность по которым была отложена до 2018 года, с тем чтобы обеспечить возможность для разработки дополнительного оперативного руководства для государств-членов. Исходным показателем, включенным в Глобальные основы мониторинга в области питания, был показатель «Минимально приемлемый рацион питания» в соответствии с определением, приведенным в публикации WHO (2008 Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 1: Definitions («Показатели для оценки практики кормления детей грудного и раннего возраста, часть 1: Определения») (31).

Технической консультативной группе экспертов по вопросам мониторинга питания (ТКГЭМП) ВОЗ и

ЮНИСЕФ было поручено провести работу по дальнейшей разработке и утверждению этого показателя. ТКГЭМП обсудила различные аспекты данного показателя — общую пригодность показателя для соответствующей цели, уместность его определения и доступность данных для его расчета. ТКГЭМП рекомендовала использовать промежуточный упрощенный показатель «Минимальное разнообразие рациона питания» в соответствии с определением ВОЗ 2008 г. (31), но также порекомендовала пересмотреть определение показателя. Во время консультации в июне 2017 г. были представлены результаты анализа данных Обследований в области демографии и здравоохранения, Кластерных обследований по многим показателям и данных из трех национальных репрезентативных количественных баз данных пищевого рациона, а по итогам консультации была разработана рекомендация о пересмотре определения показателя МРРП. Пересмотренный показатель считается целесообразным и приемлемым в целях отчетности для государств-членов.

Наименование показателя	минимальное разнообразие рациона питания (МРРП).
Определение показателя	Процент детей ³ в возрасте 6–23 месяцев, получающих продукты питания, относящиеся к пяти или более группам питания.
Возрастной диапазон и выборка	Возрастной диапазон для данного показателя составляет 6–23 месяца. В целях отчетности по данному показателю у стран может возникнуть необходимость в расширении возрастного диапазона, охватываемого текущими обследованиями. Национальные репрезентативные обследования пищевых рационов в некоторых странах не учитывают детей в возрасте до двух лет, однако возрастной диапазон может быть расширен в целях отчетности по показателю МРРП ⁴ .
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число детей в возрасте 6–23 месяцев, получивших продукты питания, относящиеся к 5 или более группам продуктов питания, вчера в течение дня или ночью.



³ Возрастной диапазон 6–23 месяца включает как детей грудного возраста (до 12 месяцев), так и детей раннего возраста. В определении показателя и далее в данном разделе мы будем называть представителей этой возрастной группы «детьми».

⁴ В целях отчетности для задачи ВАЗ в области исключительно грудного вскармливания возрастной диапазон может быть расширен вплоть до даты рождения.

Знаменатель	дети в возрасте 6–23 месяцев, по которым были собраны данные о грудном вскармливании и пищевом рационе.								
Минимальное разнообразие рациона питания =	$\frac{\text{Число детей в возрасте 6–23 месяцев, получивших продукты питания, относящиеся к 5 или более группам продуктов питания, вчера в течение дня или ночью}}{\text{Дети в возрасте 6–23 месяцев, по которым были собраны данные о грудном вскармливании и пищевом рационе}} * 100$								
	<p>Информация о разнообразии рациона питания может быть собрана при помощи простых качественных опросов, как в случае Обследований в области демографии и здравоохранения, Кластерных обследований по многим показателям ЮНИСЕФ и ряда других простых обследований по вопросам питания, или при помощи количественных опросов о пищевом рационе за 24 часа, при условии что продукты питания, которые были или не были</p> <p>Информация о разнообразии рациона питания может быть собрана при помощи простых качественных опросов, как в случае Обследований в области демографии и здравоохранения, Кластерных обследований по многим показателям ЮНИСЕФ и ряда других простых обследований по вопросам питания, или при помощи количественных опросов о пищевом рационе за 24 часа, при условии что продукты питания, которые были или не были употреблены в пищу вчера в течение дня или ночью, можно сгруппировать в восемь стандартных групп:</p>								
	<table border="0"> <tr> <td>1. Грудное молоко</td> <td>5. Мясные продукты</td> </tr> <tr> <td>2. Зерно, коренья и клубни</td> <td>6. Яйца</td> </tr> <tr> <td>3. Бобовые и орехи</td> <td>7. Фрукты и овощи, богатые витамином А</td> </tr> <tr> <td>4. Молочные продукты</td> <td>8. Другие фрукты и овощи</td> </tr> </table>	1. Грудное молоко	5. Мясные продукты	2. Зерно, коренья и клубни	6. Яйца	3. Бобовые и орехи	7. Фрукты и овощи, богатые витамином А	4. Молочные продукты	8. Другие фрукты и овощи
1. Грудное молоко	5. Мясные продукты								
2. Зерно, коренья и клубни	6. Яйца								
3. Бобовые и орехи	7. Фрукты и овощи, богатые витамином А								
4. Молочные продукты	8. Другие фрукты и овощи								
	<p>Подробное руководство по группам продуктов питания в контексте простых качественных опросов приведено в документе ВОЗ (2010 г.) Indicators for assessing infant and young child feeding practices, part 2: Measurement («Показатели для оценки практики кормления детей грудного и раннего возраста, часть 2: Измерения») (80) (доступен по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44306/1/9789241599290_eng.pdf?ua=1). В документе ВОЗ 2010 г. описаны семь групп продуктов питания. По итогам консультативного совещания экспертов в июне 2017 г. в качестве восьмой группы было добавлено грудное молоко, поэтому критерий МРПП изменился соответствующим образом: не четыре из семи групп, а пять из восьми групп. Руководство по группам продуктов питания и по работе с МРПП в ходе количественных опросов о пищевом рационе за 24 часа приведено в приложении 6.</p>								
Доступность данных	<p>ЮНИСЕФ ведет глобальную базу данных по вопросам МРПП, для которой проводится проверка на действительность и последовательность таких основных источников данных, как доклады по результатам обследований и сопутствующие материалы (доступна по адресу: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/). При необходимости массивы предварительных данных анализируют в соответствии со стандартной процедурой в целях получения сопоставимых результатов. Ранее этот показатель не получали на основе количественных опросов о пищевом рационе за 24 часа. Теперь, если страны предоставляют отчетность по этому показателю с использованием данных, полученных по итогам опросов о пищевом рационе за 24 часа, в соответствии с подходом, описанным в приложении 6, результаты могут быть рассмотрены на предмет включения в Глобальную базу данных ЮНИСЕФ.</p>								
Источники данных	<p>национальные репрезентативные популяционные обследования домохозяйств с модулями, предусматривающими проведение качественных или количественных опросов о пищевом рационе детей в возрасте 6–23 месяцев.</p>								
Периодичность сбора данных	по крайней мере каждые 3–5 лет.								
Руководство по сбору данных	<p>Руководство по сбору данных и по работе с показателем с использованием простых качественных опросов доступно в документе WHO 2010 (80). В этом руководстве описан метод сбора данных и приведен типовой вопросник. Однако следует обратить внимание на тот факт, что инструкции по составлению таблиц с показателями будут обновлены для включения грудного молока в качестве восьмой группы продуктов питания при расчете МРПП.</p> <p>Руководство по сбору данных в рамках количественных опросов о пищевом рационе приведено во многих источниках и выходит за рамки настоящего документа. Руководство по работе с показателем при использовании количественных опросов о пищевом рационе за 24 часа приведено в приложении 6 к настоящему документу.</p>								
Руководство по отчетности	<p>Если позволяет объем выборки, дезагрегированные данные представляют с разбивкой по полу, возрасту и статусу в отношении грудного вскармливания. К рекомендованным возрастным группам в целях отчетности относятся группы 6–11, 12–17 и 18–23 месяца. Также полезно представлять данные с разбивкой по месту жительства, социально-экономическому положению (например, квинтиль благосостояния) и уровню образования матери.</p>								

4.2.2 Население, пользующееся услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности

Вода и санитария являются основополагающими факторами развития и благополучия человека. В 2010 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций признала доступ к безопасным источникам воды и санитарии одним из основных прав человека (81). Безопасные источники воды и санитария играют важнейшую роль для достижения других целей в области развития, связанных с питанием, гендерным равенством, образованием и искоренением нищеты. Доступ к безопасным источникам воды и санитарии относятся к основным социально-экономическим показателям и показателям состояния здоровья, а также к ключевым детерминантам здоровья и выживаемости детей, материнского здоровья, благополучия семьи и производительности труда.

Существует ряд глобальных инициатив в целях мониторинга различных аспектов водного сектора. Начиная с 1990 г., Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии (СПМ) используется в целях мониторинга прогресса в области обеспечения питьевой водой и улучшения санитарных условий (82). В рамках СПМ и в сотрудничестве с Механизмом «ООН — водные ресурсы» и Глобальной инициативой расширенного мониторинга (ГИРМ) будет разработан комплексный механизм мониторинга водных ресурсов и санитарных условий в соответствии с ЦУР 6 (83). Механизм «ООН — водные ресурсы» объединяет и расширяет текущие усилия, направленные на обеспечение гармонизированного мониторинга всего цикла водоснабжения.

В рамках СПМ предусмотрен стандартный набор категорий состояния питьевой воды и санитарии, которые используются в целях мониторинга (82). Под «улучшенным» источником питьевой воды понимают источник, который благодаря своей конструкции и при условии надлежащего использования защищен от загрязнения извне, особенно от загрязнения фекалиями. Под «улучшенным» санитарно-техническим сооружением понимают сооружение, в котором приняты гигиенические меры, защищающие людей от контакта с человеческими экскрементами. В рамках СПМ будет использоваться новый показатель — «Процент населения, пользующегося услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности» — в целях мониторинга задачи 6.1 ЦУР. Определения и методы, используемые в рамках СПМ, зачастую отличаются от принятых национальными правительствами. Следовательно, оценки в докладах в рамках СПМ могут отличаться от национальных оценок.

Наименование показателя	процент населения, пользующегося услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности.
Определение	Население, пользующееся улучшенным источником питьевой воды (трубопроводное водоснабжение жилищ, дворов или земельных участков; общедоступные водораздаточные краны или колонки; скважины или трубчатые колодцы; защищенные копаные колодцы; защищенные родники; дождевая вода; расфасованная или привозная вода), который находится в помещении, имеется в наличии, когда это необходимо, и свободен от загрязнения фекалиями и химическими веществами, борьба с загрязнением которыми требует первоочередных мер ⁵ .



©2016 World Vision

⁵ В разных странах предусмотрены разные химические вещества, борьба с загрязнением которыми требует первоочередных мер, однако на глобальном уровне к таким веществам относятся мышьяк и фтор.

МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	население, пользующееся услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности.
Знаменатель	<p>общая численность населения.</p> <p>Показатель вычисляют как выраженное в процентах соотношение городского и сельского населения, пользующегося услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности.</p> $\text{Доля населения, пользующегося услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности} = \frac{\text{Число домохозяйств (или численность населения), пользующихся услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности}}{\text{Общее число домохозяйств (или численность населения)}} * 100$
Доступность данных	<p>В рамках Совместной программы по мониторингу водоснабжения и санитарии осуществляются сбор, обзор и оценка данных, собранных национальными статистическими бюро и другими соответствующими учреждениями в ходе национальных репрезентативных обследований домохозяйств и национальных переписей населения. Данные могут быть получены непосредственно из имеющейся базы данных (доступной по адресу: https://washdata.org/data). Последние статистические данные по состоянию на 2015 г. доступны по адресу https://washdata.org/data и http://apps.who.int/gho/data/node.main.46?lang=en; поступление обновленных оценок ожидается к середине 2017 года в целях отчетности в отношении ЦУР.</p> <p>Данные, полученные по итогам обследований домохозяйств или переписей населения, содержат информацию о типах источников питьевой воды, используемых населением. Эти данные объединяют с данными о качестве, наличии и доступности воды, полученными по итогам обследований домохозяйств, а также с данными из административных записей или нормативной базы по различным аспектам безопасности.</p> <p>Большинство национальных репрезентативных обследований домохозяйств содержит информацию об улучшенных источниках воды. Вопросы для проведения обследований и категории ответов, имеющие отношение к доступу к основным источникам питьевой воды, полностью гармонизированы между ОДЗ и КОМП и приняты на основе стандартного вопросника, предложенного для использования в составе инструментов для проведения обследований Совместной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии.</p> <p>Административные данные о фекальном и химическом загрязнении будут собраны в рамках СПМ в ходе консультаций с правительственными учреждениями, ответственными за вопросы обеспечения питьевой водой и регулирования в этой сфере.</p> <p>Данные об использовании улучшенных источников питьевой воды в каждой стране, полученные по итогам обследований и переписей населения, наносят на временную диаграмму начиная с 2000 г. по настоящее время. По методу наименьших квадратов по этим точкам строят линейный график изменения по времени, чтобы получить оценки использования основных источников питьевой воды за все годы в период с 2000 г. и по мере возможности по текущий год. Оценки доступности и наличия воды наряду с оценками соответствия стандартам качества воды будут собраны в странах и объединены с данными об использовании улучшенных источников питьевой воды.</p>
Источники данных	обследования домохозяйств, перепись населения, данные из административных источников или нормативной базы.
Периодичность сбора данных	каждые два года.
Руководство по сбору данных	Вопросы для проведения обследований и категории ответов для населения, использующего основные источники питьевой воды, должны быть полностью гармонизированы между ОДЗ и КОМП и приняты на основе стандартного вопросника, предложенного для использования в составе инструментов для проведения обследований Совместной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии. Соответствующий документ находится по адресу http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/oms_brochure_core_questionsfinal24608.pdf .
Руководство по отчетности	Дезагрегированные данные представляют с разбивкой по месту жительства (городская/сельская местность) и социально-экономическому положению (уровень дохода, приемлемость по цене и т.д.).

4.2.3 Население, пользующееся услугами по обеспечению безопасной санитарии

В рамках СПМ будет применяться новый показатель «Процент населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии, включая устройства для мытья рук с мылом и водой» в целях мониторинга задачи 6.2 ЦУР. Этот показатель отслеживается с помощью двух подпоказателей, отчетность по которым будет вестись отдельно: процент населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии (6.2.1a), и процент населения, располагающего устройствами для мытья рук с мылом и водой (6.2.1b). Показатель услуг по обеспечению безопасной санитарии основан на показателе ЦРТ «Процент населения, использующего улучшенные санитарно-технические средства», и в его состав включены аспекты доступности (на уровне домохозяйств), а также приемлемости и безопасности (не используется совместно с другими домохозяйствами), с тем чтобы более подробно определить нормативные критерии осуществления права человека на воду. Для обеспечения охраны здоровья населения за пределами уровня домохозяйств в состав этого показателя включены аспекты безопасного обращения с фекальными отходами по всей цепочке санитарно-технических средств — от изоляции до чистовой обработки и удаления.



© AEA Cambodia / 2015 / Chin

Наименование показателя	процент населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии.
Определение	<p>Население, использующее то или иное улучшенное санитарно-технические сооружения, отдельное от других домохозяйств, в котором экскременты безопасным образом удаляются на месте или вывозятся для обработки в других местах.</p> <p>Улучшенные санитарно-технические сооружения включают смывные или наливно-смывные туалеты, присоединенные к канализационным системам, септические резервуары или выгребные ямы, улучшенные выгребные ямы (выгребные ямы, оборудованные тяжелой крышкой, или вентилируемые выгребные ямы) и компостные туалеты.</p>
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	население, пользующееся услугами по обеспечению безопасной санитарии.
Знаменатель	общая численность населения.
<p>Показатель вычисляют как выраженное в процентах соотношение городского и сельского населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии.</p> $\text{Доля населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии} = \frac{\text{Число домохозяйств (или численность населения), пользующихся услугами по обеспечению безопасной санитарии}}{\text{Общее число домохозяйств (или численность населения)}} * 100$	
Доступность данных	<p>В рамках Совместной программы по мониторингу водоснабжения и санитарии (СПМ) осуществляются сбор, обзор и оценка данных, собранных национальными статистическими бюро и другими соответствующими учреждениями в ходе национальных репрезентативных обследований домохозяйств и национальных переписей населения.</p> <p>Данные, полученные по итогам обследований домохозяйств или переписей населения, содержат информацию о типах вышеперечисленных основных санитарно-технических сооружений. Эти данные объединяют с данными административных записей или нормативной базы по различным аспектам безопасности. Процент населения в целом, использующего улучшенные санитарно-технические сооружения, является средневзвешенным значением двух предыдущих чисел. Большинство национальных репрезентативных обследований домохозяйств содержит информацию об улучшенных источниках воды и санитарно-технических средствах. Вопросы для проведения обследований и категории ответов, имеющие отношение к использованию улучшенных санитарно-технических сооружений, полностью гармонизированы между ОДЗ и КОМП и приняты на основе стандартного вопросника, предложенного для использования в составе инструментов для проведения обследований Совместной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии (82). Эти документы доступны на веб-сайте https://washdata.org/. К проценту населения, использующего различные типы улучшенных санитарно-технических сооружений, применяют поправку на основе оценки сооружений, которые не используются совместно с другими домохозяйствами, а также процента сооружений, в которых экскременты безопасным образом удаляются на месте или вывозятся и обрабатываются в других местах.</p> <p>Данные могут быть получены непосредственно из имеющейся базы данных (доступной по адресу: https://washdata.org/data). Последние статистические данные по состоянию на 2015 г. доступны по адресам https://washdata.org/data и http://apps.who.int/gho/data/node.main.46?lang=en; обновленные оценки были опубликованы в 2017 г. в целях отчетности в отношении ЦУР.</p> <p>Данные для каждой страны, полученные по итогам обследований и переписей населения, наносят на временную диаграмму начиная с 2000 г. по настоящее время. По методу наименьших квадратов по этим точкам строят линейный график изменения по времени, чтобы получить оценки за все годы в период с 2000 г. и по мере возможности по текущий год. Данные о способах ассенизации будут собраны на уровне стран и объединены с данными об использовании улучшенных санитарно-технических сооружений.</p>
Источники данных	обследования домохозяйств, перепись населения, данные из административных источников или нормативной базы.
Периодичность сбора данных	каждые два года.
Руководство по сбору данных	Вопросы для проведения обследований и категории ответов для населения, использующего базовые санитарно-технические сооружения, должны быть полностью гармонизированы между ОДЗ и КОМП и приняты на основе стандартного вопросника, предложенного для использования в составе инструментов для проведения обследований Совместной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии. Соответствующий документ размещен по адресу http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/oms_brochure_core_questionsfinal24608.pdf .
Руководство по отчетности	Деагрегированные данные представляют с разбивкой по месту жительства (городская/сельская местность) и социально-экономическому положению (уровень дохода, приемлемость по цене и т.д.).

4.2.4 Дородовой прием препаратов железа

Анемия представляет собой стойкое нарушение у женщин репродуктивного возраста, которое способно вызывать усталость, низкую производительность труда и даже смерть. Эта группа населения более восприимчива к увеличению объема крови во время беременности. От анемии страдает примерно одна треть всех беременных женщин. Половину всех случаев анемии при беременности можно купировать при помощи препаратов железа, поскольку дефицит железа является одним из факторов, способствующих развитию анемии. По этой причине беременным женщинам показан ежедневный прием добавок железа и фолиевой кислоты во избежание материнской анемии, послеродового сепсиса, низкой массы тела при рождении ребенка и преждевременных родов. За последние двадцать лет большинство стран приняли те или иные стратегии в направлении дородового приема добавок.

Это один из четырех показателей, отчетность по которым была отложена до 2018 г., с тем чтобы обеспечить возможность разработки дополнительного оперативного руководства для государств-членов. Исходный показатель, включенный в Глобальные основы мониторинга в области питания, был определен как «процент женщин, родивших за последние два года, которые получали или приобретали добавки железа и фолиевой кислоты в течение по крайней мере шести месяцев во время последней беременности в количестве, соответствующем рекомендованным протоколам».

Техническая консультативная группа экспертов по вопросам мониторинга питания (ТКГЭМП), созданная ЮНИСЕФ и ВОЗ в 2015 г. в целях подготовки рекомендаций для дальнейшей разработки этого показателя, обсудила различные его аспекты — общую пригодность показателя для соответствующей цели, уместность его определения и доступность данных для его расчета. Было проведено исследование для оценки целесообразности предоставления государствами-членами отчетности по этому показателю⁶. По итогам исследования целесообразности ТКГЭМП рекомендовала использовать упрощенный показатель «любой дородовой прием препаратов железа», который лучше соответствует цели данного показателя и приемлем для большинства государств-членов в целях подготовки отчетности.



⁶ Developing and validating an indicator on iron and folic acid supplements for monitoring progress of the Global Nutrition Monitoring Framework indicators. Final report, May 2017.

Наименование показателя	Любой дородовой прием препаратов железа.
Определение показателя	Доля женщин, употреблявших любые железосодержащие добавки во время текущей или предыдущей беременности за последние 2 года. <i>Примечание:</i> Можно предоставлять данные о любых железосодержащих добавках, включая таблетки железа и фолиевой кислоты (ЖФК), таблетки или порошки, содержащие питательные полимикрорезлементы, или таблетки с содержанием только железа, прием которых зависит от политики конкретной страны.
Возрастной диапазон и выборка	Возрастной диапазон для этого показателя не предусмотрен, однако все женщины должны быть беременными или должны были родить в течение последних двух лет, и поэтому они обычно относятся к категории женщин репродуктивного возраста (15–49 лет). По причине ограниченного числа беременностей, которые обычно регистрируют в рамках популяционных обследований, странам иногда приходится использовать выборку с запасом при составлении выборки беременных или недавно родивших женщин (в течение последних 2 лет) для получения надежных оценок этого показателя.
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	число женщин в выборке, употреблявших любые железосодержащие добавки во время текущей или предыдущей беременности за последние два года.
Знаменатель	Общее число женщин в выборке, которые были беременными или родили в течение последних двух лет.
	$\text{Доля употреблявших препараты железа до родов} = \frac{\text{Число женщин в выборке, употреблявших любые железосодержащие добавки во время текущей или предыдущей беременности за последние два года}}{\text{Общее число женщин в выборке, которые были беременными или родили в течение последних двух лет}} * 100$
Доступность данных	В рамках Обследований в области демографии и здравоохранения (ОДЗ) собирают данные о приеме железа в дородовой период во время любой беременности за последние пять лет. Можно провести повторный анализ данных ОДЗ в отношении беременностей за последние два года, однако при этом объем выборки уменьшится, и в этой связи оценка будет менее надежной. В ходе Кластерных обследований по многим показателям (КОМП), которые проводятся при поддержке ЮНИСЕФ, обычно собирают ряд данных о потреблении железа и фолиевой кислоты при беременности за последние два года. Многие страны проводят на регулярной основе Национальные обследования здоровья и питания (НОЗП), однако данные о потреблении железосодержащих добавок зачастую собирают в рамках общих вопросников по приему добавок всем населением в целом. Обычно число беременных женщин, охваченных такими обследованиями, оказывается крайне низким. В этом случае надежные оценки для беременных женщин не могут быть получены без использования выборки с запасом для этой подгруппы населения. Наконец, некоторые информационные системы управления здравоохранением (ИСУЗ) собирают данные о предоставлении добавок в дородовой период, однако уровень их потребления обычно не проверяется.
Источники данных	ОДЗ, КОМП, НОЗП и ИСУЗ (см. выше).
Периодичность сбора данных	на постоянной основе или каждые 3–5 лет.
Руководство по сбору данных	Для повышения надежности этого показателя в процессе проведения любого популяционного обследования необходимо иметь под рукой образцы общедоступных добавок. В процессе сбора данных необходимо понимать разницу между получением или покупкой добавок и их потреблением. Поскольку в ходе НОЗП не всегда имеются перечни компонентов добавок, отчетность об уровне потребления железа, в частности, должна основываться на тщательно проведенном анализе данных в дополнение к процессу сбора данных. Что касается данных ИСУЗ, может возникать потребность в проверке уровня потребления железосодержащих добавок на определенном этапе процедуры мониторинга (в зависимости от системы, некоторые варианты могут включать контроль приема первой дозы по месту выдачи или подтверждение факта приема в устной форме или посредством возврата пустых флаконов/упаковок).
Руководство по отчетности	Если позволяет объем выборки, дезагрегированные данные можно представить с разбивкой по уровню образования матери, месту жительства и социально-экономическому положению (например, квинтиль благосостояния).

4.2.5 Роды в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания

Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания (BFHI) была провозглашена ВОЗ и ЮНИСЕФ в 1991 г. после принятия Инночентийской декларации 1990 года. Инициатива является глобальным мероприятием в поддержку осуществления практики, способствующей охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания. Инициатива принесла ощутимые и осязаемые плоды, повысив вероятность исключительно грудного вскармливания младенцев в течение первых шести месяцев их жизни (84). С момента внедрения инициатива BFHI приобретает все большие масштабы, и в настоящее время она осуществляется в 152 странах.

Глобальной стратегией BFHI в рамках оперативных направлений работы были предусмотрены рекомендованные мероприятия в целях осуществления десяти шагов к успешному грудному вскармливанию, и обзор руководств для родовспомогательных учреждений, представленный в совместном заявлении ВОЗ/ЮНИСЕФ, был принят в качестве минимального глобального критерия для достижения статуса больницы с благоприятными условиями для грудного вскармливания (84). Дополнительная информация доступна по адресу: <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>. Программа также ограничивает использование больницами бесплатных детских смесей или других изделий для ухода за детьми грудного возраста, предоставленных компаниями — производителями детских смесей.

Наименование показателя	процент родов в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания.	
Определение	Процент младенцев, родившихся в течение календарного года в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания.	
МЕТОД ОЦЕНКИ		
Числитель	число родов, состоявшихся в учреждениях, которые в настоящее время являются учреждениями с благоприятными условиями для грудного вскармливания, в течение календарного года.	
Знаменатель	общее число родов в течение календарного года.	
	Процент младенцев, родившихся в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания = (число младенцев, родившихся в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания в течение календарного года / общее число родов в течение календарного года) x 100.	
	Процент родов в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания =	$\frac{\text{Число родов, состоявшихся в учреждениях, которые в настоящее время являются учреждениями с благоприятными условиями для грудного вскармливания, в течение календарного года}}{\text{Общее число родов в течение календарного года}} \times 100$
Периодичность сбора данных	3–5 лет.	
Доступность данных	Департамент ВОЗ по питанию для здоровья и развития ведет сбор информации из стран с использованием данных из нескольких источников. Данный показатель был включен в Глобальный обзор политики в области питания. Для сбора данных в 2016 г. был разослан онлайн-вопросник. Данные по этому показателю будут взяты из новой базы данных, которую будет вести Департамент ВОЗ по вопросам питания. В 2016 г. Департамент ВОЗ по вопросам питания направил всем координаторам Инициативы по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания (BFHI) и координаторам по вопросам грудного вскармливания в странах запросы о ходе осуществления инициативы BFHI.	
Источники данных	отчетность государств-членов перед ВОЗ.	
Руководство по сбору данных	В вопросник будет включена информация о числе родов в год, которые проходили в учреждениях, признанных в качестве учреждений с благоприятными условиями для грудного вскармливания, за последние пять лет. Поскольку в руководстве по BFHI 2009 г. указано, что повторная оценка должна проводиться каждые пять лет, такие учреждения будут интерпретироваться как признанные «в настоящее время». Источником данных для знаменателя будет Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.	
Руководство по отчетности	Данные необходимо представлять с разбивкой по местности расположения учреждений (например, сельская/городская). Некоторые страны могут предоставлять отчетность о проценте учреждений, но не о проценте родов. Эту информацию будут собирать в ходе обследований, а также использовать в качестве косвенных показателей, если число родов неизвестно.	

4.2.6 Консультации по вопросам грудного вскармливания

Исходным показателем, включенным в Глобальные основы мониторинга в области питания, был показатель «Доля матерей с детьми в возрасте 0–23 месяцев, получивших консультирование, поддержку или сообщения в отношении оптимального грудного вскармливания минимум один раз за предыдущие 12 месяцев». Это один из четырех показателей, отчетность по которым была отложена до 2018 г., с тем чтобы обеспечить возможность для разработки дополнительного оперативного руководства для государств-членов.

Технической консультативной группе экспертов по вопросам мониторинга питания (ТКГЭМП) ВОЗ и ЮНИСЕФ было поручено провести работу по дальнейшей разработке и утверждению этого показателя. ТКГЭМП проработала различные аспекты данного показателя, включая вопросы, связанные с возрастными диапазонами, пригодностью показателя, его определением и доступностью данных. Поскольку данные для расчета исходного показателя в большинстве национальных систем данных (например, национальные обследования домохозяйств или ИСУЗ) пока отсутствуют, ТКГЭМП предложила промежуточный подход, согласно которому страны предоставляют отчетность

о текущих мероприятиях и стратегиях в поддержку мероприятий в области грудного вскармливания для всех возрастных групп. Цель промежуточного подхода состоит в оценке наличия оперативной программы охвата матерей соответствующими мерами поддержки в целях содействия оптимальной практике грудного вскармливания в любой момент времени. В контексте национальных систем здравоохранения эта оценка включает оценку наличия специализированных медицинских работников, обеспечивающих консультирование по вопросам грудного вскармливания и поддержку в процессе дородовой помощи и в течение первых двух лет жизни.

Наименование показателя	наличие национального нормативного акта об оказании консультационных услуг по вопросам грудного вскармливания в рамках программ в области общественного здравоохранения и/или питания.
Определение	Этот показатель определяют как наличие национальной программы, предусматривающей оказание консультационных услуг по вопросам грудного вскармливания матерям детей грудного возраста в возрасте 0–23 месяцев в рамках систем здравоохранения или других платформ на уровне общин.
Метод оценки	Министерства здравоохранения отчитываются об оказании консультационных услуг по вопросам грудного вскармливания в рамках программ в области общественного здравоохранения и/или питания. Такая оценка также может быть получена посредством анализа сторонними организациями стратегических документов, связанных с доступными в странах услугами консультирования по вопросам питания, или в рамках отчетности национальных правительств перед ВОЗ.
Доступность данных и источники данных	Данные о консультировании по вопросам грудного вскармливания и поддержке можно получить из глобальных обзоров политики, проводимых ВОЗ, включая Глобальный обзор политики в области питания (ГОПП) (доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84408/1/9789241505529_eng.pdf?ua=1), и в Глобальной базе данных о мероприятиях в области питания (GINA) (доступно по адресу: extranet.who.int/nutrition/gina/), Nutri-Dash, которую ведет ЮНИСЕФ (доступно по адресу: http://unicefnutridash.org/?page=country-report), а также в докладе инициативы «Мировые тенденции грудного вскармливания» Международной сети действий по детскому питанию (ИБФАН) (доступно по адресу: http://worldbreastfeedingtrends.org/). Рекомендуется использовать данные этих докладов следующим образом: (1) ГОПП — там, где доступно; а затем (2) данные Nutri-Dash; и (3) WBTi.
Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Вопросы качества данных	Проблемы, связанные с качеством данных о наличии услуг консультирования/мероприятий в контексте национальных программ по вопросам питания или национальных систем здравоохранения, включают следующее: <ul style="list-style-type: none"> · ограниченный характер или отсутствие информации о качестве таких программ; · ограниченный характер или отсутствие информации об охвате такими программами; · ограниченный характер информации о достаточности финансирования в целях консультирования по вопросам грудного вскармливания; · различные толкования со стороны организаций, проводящих оценку, или стандартные ошибки отчетности в случае самооценки со стороны национальных правительств.
Руководство по сбору данных	Для стран, в которых данные ГОПП, Nutri-DASH и WBTi недоступны, рекомендуем министерствам здравоохранения предоставлять отчеты в ВОЗ об оказании консультационных услуг по вопросам грудного вскармливания в рамках программ в области общественного здравоохранения и/или питания.
Руководство по отчетности	Каждые 3–5 лет до тех пор, пока не будет доступен новый показатель охвата услугами консультирования в рамках национальных систем данных.

⁷ Proposal for an interim indicator on breastfeeding counseling and development of a counseling indicator for inclusion in large scale surveys to report on breastfeeding counseling. January 2017.

4.3 ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛИТИЧЕСКОЙ КОНЪЮНКТУРЫ И ПОТЕНЦИАЛА

4.3.1 Укомплектованность специалистами по питанию

ТКвалифицированные специалисты по питанию работают на различных уровнях и в разных условиях, в том числе в медицинских учреждениях, на национальном и общинном уровнях. Следовательно, они могут влиять на политику в области питания и процессы разработки и осуществления программ мероприятий в области питания на разных уровнях. Они также играют важную роль при подготовке других специалистов, связанных или не связанных с сектором здравоохранения, по планированию и проведению мероприятий в области питания в различных условиях. Потребность в показателе «квалифицированные специалисты по питанию» основывается на признании того факта, что наличие в стране достаточного количества рабочих кадров, прошедших надлежащую подготовку в области питания, позволит добиться более высоких результатов при решении проблем в области питания и здравоохранения, характерных для конкретной страны. Проверка показателя, определенного в настоящем руководстве, показала, что он позволяет прогнозировать ряд результатов в плане питания матерей и детей грудного и раннего возраста.⁸

Исходный показатель, включенный в Глобальные основы мониторинга в области питания, был определен как «число квалифицированных специалистов по питанию на 100 тысяч населения». Это один из четырех показателей, отчетность по которым была отложена до 2018 г., с тем чтобы обеспечить возможность для разработки дополнительного оперативного руководства для государств-членов. Технической консультативной группе экспертов по вопросам мониторинга питания (ТКГЭМП) ВОЗ и ЮНИСЕФ

было поручено провести работу по дальнейшей разработке и утверждению этого показателя. ТКГЭМП проработала различные аспекты данного показателя, включая его пригодность для соответствующей цели, уместность его определения и доступность данных для его расчета. Было проведено исследование для оценки действительности показателя и целесообразности отчетности по этому показателю.⁸ По итогам работы ТКГЭМП были рекомендованы следующие показатель и определение.

Наименование показателя	укомплектованность специалистами по питанию.
Определение показателя	Данный показатель определен как число квалифицированных специалистов по питанию на 100 тысяч населения в стране за конкретный год.
Специалисты по питанию и надлежащая подготовка	<p>Показатель, посвященный специалистам по питанию, охватывает людей, которые прошли специальную подготовку для работы в сфере питания на профессиональной основе, и которых в большинстве стран называют диетологами или специалистами по вопросам питания (включая ученых-диетологов, эпидемиологов, специализирующихся в сфере питания, а также нутриционистов системы общественного здравоохранения).</p> <p>Эти люди должны иметь специальную подготовку в области питания, достаточную для демонстрации определенных профессиональных знаний и удовлетворения сертификационным или регистрационным требованиям, предъявляемым национальными или глобальными профессиональными организациями в области питания или диетологии (85–87). Подготовка специалистов в этой области могут осуществлять университеты или другие учреждения среднего и высшего специального или высшего образования, которые выдают дипломы бакалавров, свидетельства или дипломы послеуниверситетского образования, специалистов, степени магистров и/или кандидатов/докторов наук.</p> <p>В некоторых странах в отличие от других диетологи и специалисты по вопросам питания могут иметь сходное образование и выполнять сходные функции. Аналогичным образом, в некоторых странах может требоваться совместная или отдельная профессиональная регистрация или аккредитация диетологов и/или специалистов по вопросам питания, в то время как в других странах такие требования могут быть не предусмотрены. Странам рекомендуется проводить профессиональную регистрацию или аккредитацию диетологов и/или специалистов по вопросам питания, с тем чтобы гарантировать их надлежащую подготовку и профессиональный уровень.</p>
МЕТОД ОЦЕНКИ	
Числитель	общее число специалистов по вопросам питания и диетологов, работающих по специальностям в области питания в государственном и негосударственном секторах страны в течение конкретного года.

⁸ Report on Developing and validating an indicator on trained nutrition professionals for monitoring progress of the Global Nutrition Monitoring Framework (GNMF) indicators. 2017.

Знаменатель	<p>общая численность населения по состоянию на середину конкретного года.</p> <p>Общее число специалистов по вопросам питания и диетологов, работающих по специальностям в области питания в государственном и негосударственном секторе страны в течение конкретного года</p> <p>Укомплектованность специалистами по питанию = $\frac{\text{Общее число специалистов по вопросам питания и диетологов, работающих по специальностям в области питания в государственном и негосударственном секторе страны в течение конкретного года}}{\text{Общая численность населения по состоянию на середину конкретного года}} \times 100$</p>
Доступность данных	<p>Систематический сбор данного показателя был впервые начат после второго Глобального обзора политики в области питания (ГОПП-2) ВОЗ (доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84408/1/9789241505529_eng.pdf?ua=1). Данные, полученные по итогам этого обзора, были использованы для оценки целесообразности и действительности показателя⁹.</p> <p>Данные были собраны при помощи вопросника, разработанного для ГОПП-2, который был распространен среди государств-членов через региональные и страновые бюро ВОЗ, а информация для каждой страны была подготовлена национальным координатором на основе данных переписи населения в стране или административных записей. Проверка данных и расчеты показателя были проведены соответствующим региональным бюро ВОЗ, а также подразделением по вопросам политики в области питания и научно обоснованных рекомендаций Департамента ВОЗ по питанию для здоровья и развития в Женеве, Швейцария.</p>
Источники данных	<p>Данные собирают на страновом уровне из таких обычных административных документов, как национальные репрезентативные обследования кадровых ресурсов, а также на основе данных профессиональных регистрационных органов и высших учебных заведений. Источники данных перечислены ниже в убывающем порядке приоритетности в целях отчетности. Поскольку один и тот же человек может числиться в разных базах данных, рекомендуется использовать один источник данных, если невозможно гарантировать отсутствие неоднократного учета одного и того же человека.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Национальные обследования или переписи кадровых ресурсов</i> Предпочтительным методом сбора данных являются национальные обследования или переписи кадровых ресурсов, в ходе которых диетологов и специалистов по проблемам питания классифицируют и выявляют отдельно, учитывая полноту и охват данных об участии кадров во всех секторах. Такая классификация должна отражать определения и подготовку, указанные в настоящем руководстве. <i>2. Данные профессиональной регистрации или сертификации</i> Национальные регистрационные реестры или реестры сертификатов индивидуальных специалистов по питанию содержат соответствующие данные о трудовых ресурсах в том случае, если для занятия соответствующей должности регистрация или сертификация являются обязательными. Однако уровень охвата может быть переоценен за счет зарегистрированных или сертифицированных работников, которые в данное время не трудоустроены, или недооценен, если регистрация или сертификация являются необязательными. При наличии национальной базы данных или реестра необходимо на регулярной основе проводить оценку ее полноты с использованием данных переписи населения, реестров профессиональных ассоциаций, учрежденческих данных и прочих приемлемых средств. <i>3. Обследования на уровне учреждений</i> Если обычные административные записи недоступны, в качестве альтернативного источника данных можно использовать агрегированные данные, полученные по результатам периодических национальных обследований специалистов по вопросам питания в конкретных учреждениях. Для выбора учреждений понадобятся знания о видах трудоустройства специалистов по питанию. К ним могут относиться службы здравоохранения, образования, социальные службы и сельскохозяйственные отрасли в государственном и частном секторах и среди НПО. <i>4. Окончание высших учебных заведений</i> В странах с формирующимися трудовыми ресурсами в области питания и в отсутствие других возможностей для сбора данных о специалистах по вопросам питания, в целях определения потенциала кадровых ресурсов в области питания, можно использовать агрегированные национальные данные о выпускниках университетов и других высших учебных заведений внутри страны и за ее пределами. Соответствующие учебные программы должны обеспечивать надлежащий уровень подготовки, определенный в настоящем руководстве. Данные о численности выпускников, включая создание учебных курсов в стране или участие в зарубежных курсах подготовки, агрегируют на кумулятивной основе. Этот источник данных рассматривается лишь в качестве промежуточной меры, поскольку он не учитывает факта трудоустройства выпускников. Странам, которые изначально предоставляли отчетность на основе этого типа данных, необходимо разработать более непосредственные методы изучения прошедших подготовку и трудоустроенных специалистов в области питания.

⁹ Report on Developing and validating an indicator on trained nutrition professionals for monitoring progress of the Global Nutrition Monitoring Framework (GNMF) indicators. 2017.

Периодичность сбора данных	каждые 3–5 лет.
Руководство по сбору данных	Работа с данным показателем требует от государств-членов выяснения численности прошедших подготовку диетологов и специалистов по вопросам питания, работающих в сферах, связанных с питанием, в государственном и негосударственном секторах страны, а также отчетности по этим данным. Ряд рекомендованных источников данных, указанных выше, призван содействовать применению стандартных методов отчетности по этим данным в ответ на ГОПП. Это обеспечит сопоставимость данных внутри стран с течением времени и данных между разными странами. Государства-члены должны указывать источник данных и придерживаться его при проведении обследований в будущем в целях анализа тенденций, но при этом стремиться к гармонизации методов измерения этого показателя, действующих в разных странах.
Руководство по отчетности	Минимальным требованием к данным является наличие национальных репрезентативных данных. При их наличии дезагрегированные данные могут быть представлены с разбивкой по разным штатам или регионам страны, сельской/городской местности, государственному/частному секторам и сектору социального обслуживания.

4.3.2 Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока

Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока представляет собой международный политический механизм пропаганды грудного вскармливания, принятый Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1981 г. (88). Свод правил был разработан в качестве глобальной стратегии в области общественного здравоохранения и предусматривает рекомендации по ограничению сбыта таких заменителей грудного молока, как детские смеси, с тем чтобы матери не отказывались от грудного вскармливания, а также рекомендации по безопасному использованию таких заменителей в случае необходимости. Свод правил также охватывает этические аспекты и нормы, регулирующие сбыт бутылочек для кормления и сосок. Ряд последующих резолюций, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения, содержит последующие разъяснения или расширенное толкование некоторых положений Свода.

Свод и последующие резолюции были приняты в качестве набора международных рекомендаций, а не нормативных положений. Правительства государств-членов как таковые должны принять законодательство, нормативные положения и/или другие надлежащие меры для претворения Свода правил в жизнь и принятия следующих соответствующих решений на своих территориях.

Наименование показателя	регулирование сбыта заменителей грудного молока.
Определение	Данный показатель определяют как наличие в конкретной стране законодательства/нормативных положений, обеспечивающих в полной мере осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (резолюция WHA34.22) (88, 89) и последующих соответствующих резолюций, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения.
Метод оценки	<p>Данный показатель рассчитывают как число стран, принявших всеобъемлющее законодательство (закон, нормативное положение, указ и т.д.) для осуществления на национальном уровне Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и последующих соответствующих резолюций, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения. В настоящее время предусмотрены следующие категории стран:</p> <ul style="list-style-type: none"> – полноценные положения законодательства; – множество положений законодательства; – несколько положений законодательства; – отсутствие правовых средств; – отсутствие информации. <p>В настоящее время продолжается процесс разработки гармонизированной системы оценки, которая станет доступной для последующих докладов.</p>
Доступность данных	Глобальная база данных о мероприятиях в области питания (GINA) содержит ценную информацию об осуществлении различных стратегий и мероприятий в области питания. GINA содержит информацию, собранную из различных источников, и дает пользователям возможность напрямую предоставлять свои данные. Пользователи могут распространять информацию о ходе осуществления программ, в том числе об адаптациях на страновом уровне и о накопленном опыте.

Источники данных	<ul style="list-style-type: none"> · Обследование Свода правил ВОЗ, 2014–2015 гг.; · Глобальная база данных о мероприятиях в области питания ВОЗ (GINA); · Доклад ВОЗ о ходе осуществления Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока на страновом уровне (2013 г.); · соответствующие базы данных партнеров (например, ЮНИСЕФ, Международного центра документации Свода правил (МЦДСП)).
Руководство по отчетности	Странам необходимо направлять для ввода в базу данных GINA информацию о принятии нового законодательства, нормативных положений или указов, связанных со Сводом правил.

4.3.3 Законы и нормативные положения об охране материнства

Беременность и материнство представляют собой наиболее уязвимые периоды в жизни работающих женщин и членов их семей. Беременные женщины и кормящие матери нуждаются в особой защите для предотвращения потенциальных негативных последствий для них самих и их детей. Им необходимо достаточно времени для родов, восстановления после родов и грудного вскармливания своих детей. Они также нуждаются в защите во избежание потери рабочего места по причине беременности или отпуска по уходу за ребенком. Такая защита не только гарантирует женщинам равный доступ и право на труд, но и обеспечивает экономическую устойчивость и благополучие семей. Возврат к работе после отпуска по уходу за ребенком был назван в качестве одной из существенных причин отказа женщин от начала грудного вскармливания, раннего отказа от него или отказа от исключительно грудного вскармливания. В большинстве стран с низким и средним уровнями дохода отпуск по уходу за ребенком предусмотрен только в формальном секторе занятости, а на практике предоставляется не всегда.

Конвенцией МОТ об охране материнства 2000 г. (№ 183) предусмотрена выплата материнского пособия в течение 14 недель (90, 91). Женщины, отсутствующие на работе во время отпуска по уходу за ребенком, должны иметь право на получение денежного пособия, достаточного для поддержания здоровья у себя и своих детей. Кормящим матерям должно быть предоставлено право на один или несколько перерывов в день или на сокращенный рабочий день для грудного вскармливания своих детей. Период времени, в течение которого предоставляется право на перерывы для кормления или на сокращенный рабочий день, число и продолжительность перерывов для кормления и процедуры, связанные с предоставлением сокращенного рабочего дня, определяются в соответствии с национальным законодательством и практикой. Перерывы или сокращенный рабочий день должны учитываться в качестве рабочего времени и оплачиваться соответствующим образом.

Все государства-члены обязаны обеспечивать соблюдение Рекомендации об охране материнства 2000 г. (№ 191) и периодически рассматривать в консультации с организациями, представляющими интересы работодателей и работников, целесообразность продления отпуска, указанного в статье 4, или увеличения суммы или ставки денежных пособий, указанных в статье 6 Конвенции (90, 91).

Наименование показателя	охрана материнства.
Определение	Данный показатель определяют как наличие в стране законодательства или нормативных положений об охране материнства, соответствующих Конвенции об охране материнства № 183 и Рекомендации об охране материнства № 191 Международной организации труда (МОТ).
Метод оценки	Данный показатель определяют как принятие страной законодательства (закона, нормативного положения, указа и т.д.) по осуществлению на национальном уровне положений об охране материнства и отцовства в соответствии с руководством МОТ. Возможными значениями показателя являются «Да» или «Нет». В настоящее время идет работа по подготовке шкалы оценки для последующего применения.
Доступность данных	МОТ ведет базу данных об условиях труда и занятости TRAVAIL. В базе данных об охране материнства содержится информация об основных законодательных нормах, принятых государствами-членами, по защите здоровья и благополучия работающих женщин во время беременности, родов и в период грудного вскармливания, сохранению за ними их рабочего места и защите от дискриминации.
Источники данных	отчетность государств-членов перед МОТ.
Руководство по отчетности	Странам необходимо направлять для ввода в базу данных GINA информацию о любом новом законодательстве, нормативных положениях или указах по вопросам охраны материнства.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. ВОЗ. 2014 г. Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста. Женева.
2. ВОЗ. 2014 г. Питание матерей и детей грудного и раннего возраста: разработка основного набора показателей. Доклад Секретариата, 21 ноября 2014 г.
3. WHO. 2014. Indicators for the Global Nutrition Monitoring Framework on Maternal, Infant and Young Child Nutrition (24 November 2014).
4. WHO. 2015. Indicators for the Global Monitoring Framework on Maternal, Infant and Young Child Nutrition (30 March 2015).
5. WHO. 2015. Report on WHO Informal Consultation with Member States and UN Agencies on the Global Monitoring Framework on MIYCN, Geneva 16-17 April 2015.
6. ВОЗ. 2013 г. Проект основ глобального мониторинга осуществления Комплексного плана деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста (6 сентября 2013 г.). Неофициальные консультации с государствами-членами и учреждениями ООН по предлагаемому набору показателей для Глобального мониторинга питания матерей и детей грудного и раннего возраста. 30 сентября — 1 октября 2013 г.
7. ВОЗ. 2012 г. 65-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, 21–26 мая 2012 г. Резолюции, решения и приложения. WHA65/2012/REC/1.
8. UNICEF. 1998. The state of the world's children. New York: Oxford University Press; 1998 (<http://www.unicef.org/sowc98/pdf.htm>).
9. UNICEF, WHO, The World Bank. 2017. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF–WHO–The World Bank joint child malnutrition estimates.
10. Steer PJ. 2000. Maternal hemoglobin concentration and birth weight. Am J Clin Nutr. 71 (5 Suppl.): 1285S-7S.
11. Kozuki N, Lee AC, Katz J, Child Health Epidemiology Reference Group. 2012. Moderate to severe, but not mild, maternal anemia is associated with increased risk of small-for-gestational-age outcomes. J Nutr. 142: 358-62.
12. WHO. 2014. Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief (WHO/NMH/NHD/14.4). Geneva: World Health Organization; 2014.
13. WHO. 2014. WHA Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief.
14. ФАО, МФСР, ЮНИСЕФ, ВПП и ВОЗ. 2017 г. Положение дел в области продовольственной безопасности и питания в мире. Повышение устойчивости к внешним воздействиям в целях обеспечения мира и продовольственной безопасности. Рим, ФАО.
15. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. 2011. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC Public Health. 11 (Suppl 3): S15.
16. UNICEF, WHO, The World Bank. 2015. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF–WHO–The World Bank joint child malnutrition estimates.
17. Checkley W, Buckley G, Gilman RH, Assis AM, Guerrant RL, Morris SS, Mølbak K, Valentiner-Branth P, Lanata CF, Black RE; Childhood Malnutrition and Infection Network. 2008. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. International Journal of Epidemiology. 37: 816-830.
18. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J; Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. 371 (9608): 243-260.
19. Imdad A, Bhutta ZA (2012). Maternal Nutrition and Birth Outcomes: Effect of Balanced Protein-Energy Supplementation. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 26 (s1), 178-190.
20. Yu SH, Mason J, Crum J, Cappa C, Hotchkiss DR. 2016. Differential effects of young maternal age on child Growth. Glob Health Action. 9: 31171.

21. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R, Uauy R; Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 382(9890): 427-451.
22. Gulati S, Misra A, Colles SL, Kondal D, Gupta N, Goel K, Bansal S, Mishra M, Madkaikar V, Bhardwaj S. 2013. Dietary intakes and familial correlates of overweight/obesity: a four-cities study in India. *Ann Nutr Metab*. 62: 279-90.
23. Yajnik CS. 2002. The lifecycle effects of nutrition and body size on adult adiposity, diabetes and cardiovascular disease. *Obesity Reviews*. 3: 217-24.
24. Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. 2011. Effect of Prepregnancy Maternal Overweight and Obesity on Pregnancy Outcome. *Obstet Gynecol*. 118: 305-12.
25. Nommsen-Rivers et al. 2010. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr*. September 2010. Vol 92 no. 3 574-584.
26. CDC. 2011. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011.
27. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, Robinson TN, Scott BJ, St Jeor S, Williams CL. 2005. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*. 111: 1999-2012.
28. Freedman DS, Zuguo M, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. 2007. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Journal of Pediatrics*. 150: 12-17.
29. Boney CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. 2005. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics*. 115: e290-6.
30. WHO. 2002. Report of Informal Meeting to Review and Develop Indicators for Complementary Feeding. Washington, D.C.
31. WHO. 2008. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I, Definitions – Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA.
32. Dewey KG, Adu-Afarwah S. 2008. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal & Child Nutrition*. 4 (Suppl 1): 24-85.
33. Caulfield LE, Huffman SL, Piwoz EG. 1999. Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: impact on growth and on the prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival. *Food and Nutrition Bulletin*. 20: 183-200.
34. Cairncross S, Hunt C, Boisson S, Bostoen K, Curtis V, Fung IC, Schmidt WP. 2010. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. *International Journal of Epidemiology*. 39 (suppl 1): i193-i205.
35. Dangour AD, Watson L, Cumming O, Boisson S, Che Y, Velleman Y, Cavill S, Allen E, Uauy R. 2013. Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD009382. DOI: 10.1002/14651858.CD009382.pub2.
36. Sanghvi TG, Harvey PW, Wainwright E. 2010. Maternal iron-folic acid supplementation programs: Evidence of impact and implementation. *Food and Nutrition Bulletin*. 31(Supplement 2): 100-107.
37. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. 2016. Impact of the baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*. 12: 402-417.
38. Haider R, Saha KK. 2016. Breastfeeding and infant growth outcomes in the context of intensive peer counselling support in two communities in Bangladesh. *Int Breastfeed J*. 11: 18.
39. Menon P, Nguyen PH, Saha KK, Khaled A, Kennedy A, Tran LM, Sanghvi T, Hajeebhoy N, Baker J, Alayon S, Afsana K, Haque R, Frongillo EA, Ruel MT, Rawat R. Impacts on Breastfeeding Practices of At-Scale Strategies that Combine Intensive Interpersonal Counseling, Mass Media, and Community Mobilization: Results of Cluster-Randomized Program Evaluations in Bangladesh and Vietnam. *PLoS Med*. 2016; 25;13: e1002159.
40. Menon P, Nguyen PH, Saha KK, Khaled A, Sanghvi T, Baker J, Afsana K, Haque R, Frongillo EA, Ruel MT, Rawat R. Combining Intensive Counseling by Frontline Workers with a Nationwide Mass Media Campaign Has Large Differential Impacts on Complementary Feeding Practices but Not on Child Growth: Results of a Cluster-Randomized Program Evaluation in Bangladesh. *J Nutr*. 2016;146: 2075-2084.

41. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, Yasuoka J. 2013. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. *Nutrition Journal*. 12: 66. <http://doi.org/10.1186/1475-2891-12-66>.
42. Saha KK, Khaled A, Chowdhury AH, Kennedy A, Tyagi P, Nguyen PH, Rawat R, Menon P. *Alive & Thrive Bangladesh: Impact Evaluation 2014 Final Report*. Dhaka: 2015.
43. Lutter CK. 2013. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: lessons learned and implications for the regulation of marketing of foods and beverages to children. *Public Health Nutrition*. 16: 1879-84.
44. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, Communal MJ, Massart C, Chapin E, Fallon M. 2010. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutrition*. 13: 751-9.
45. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. 1998. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery*. 14: 242-247.
46. Baker M, Milligan K. 2008. Maternal employment, breastfeeding, and health: Evidence from maternity leave mandates. *Journal of Health Economics*. 27: 871-887.
47. Agunbiade OM, Ogunleye OV. 2012. Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. *International Breastfeeding Journal*. 7: 5.
48. Perera PJ, Ranathunga N, Fernando MP, Sampath W, Samaranyake GB. 2012. Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: A prospective observational study. *International Breastfeeding Journal*. 7: 21.
49. Koujianou Goldberg P, Pavcnik N. 2003. The response of the informal sector to trade liberalization. *Journal of Development Economics*. 72: 463-496.
50. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. 2011. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics*. 127: e1414-e1427.
51. ВОЗ. 2008 г. Курс обучения по оценке роста детей. Женева, ВОЗ, 2008 г.
52. WHO. 1995. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854.
53. Cogill, Bruce. 2003. *Anthropometric Indicators Measurement Guide*. Washington, DC: Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) Project, FHI 360.
54. WHO. 2015. *The global prevalence of anaemia in 2011*. Geneva: World Health Organization.
55. Centers for Disease Control and Prevention. 1989. Criteria for anemia in children and childbearing-aged women. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 38: 400-404.
56. United Nations Standing Committee on Nutrition. 2010. *Sixth report on the world nutrition situation*. Geneva, 2010.
57. Sullivan KM, Mei Z, Grummer-Strawn L, Parvanta I. 2008. Hemoglobin adjustments to define anemia. *Tropical Medicine and International Health*. 13: 1-5.
58. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, Peña-Rosas JP, Bhutta ZA, Ezzati M; Nutrition Impact Model Study Group (Anaemia). 2013. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. *The Lancet Glob Health*. 1: e16-e25.
59. Sharman, Almaz. 2000. *Anemia testing in population-based surveys: General information and guidelines for country monitors and program managers*. Calverton, Maryland USA: ORC Macro.
60. ВОЗ. 2012 г. Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста. Приложение 2. А65/11-26, апрель 2012 г., и А65/11, испр. версия 1–11, май 2012 г.
61. WHO. 1992. *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*, World Health Organization, Geneva, 1992.

62. Blanc A, and Wardlaw T. 2005. Monitoring Low Birth Weight: An evaluation of international estimates and an updated estimation procedure. *Bulletin of the WHO*. 83: 178–185.
63. UNICEF and WHO. 2004. Low Birthweight: Country, regional and global estimates. UNICEF, New York, 2004.
64. WHO. 1999. WHO multicentre growth reference study: Measurement and standardization protocol. Working paper No. 5.
65. ВОЗ. 2016 г. Доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения. Женева, Швейцария.
66. Nishtar S, Gluckman P, Armstrong T. 2016. Ending childhood obesity: a time for action. *The Lancet*. 387 (10021): 825-27.
67. WHO. 2012. Global database on Child Growth and Malnutrition. 2012 Joint child malnutrition estimates — levels and trends. UNICEF-WHO-The World Bank project. Geneva: World Health Organization, 2012.
68. WHO. 2001. Infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; World Health Assembly Resolution WHA54.2.
69. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, Fuchs SM, Moreira LB, Gigante LP, Barros FC. 1987. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 2: 319-22.
70. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 387 (10017): 475-90.
71. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. WHO child growth standards. Length, height-for-age, weight-for-age, weight-for-length and body mass index-for age. Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.
72. WHO-MCEE methods and data sources for child causes of death 2000-2015. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/IER/GHE/2016.1. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index3.html.
73. Munos MK, Walker CL, Black RE. 2010. The Effect of Oral Rehydration Solution and Recommended Home Fluids on Diarrhoea Mortality. *Int. J Epidemiol*. 39(Suppl 1): i75-i87.
74. Fischer Walker, C. L., and R. E. Black. 2010. Zinc for the Treatment of Diarrhoea: Effect on diarrhoea morbidity, mortality and incidence of future episodes. *Int. J Epidemiol*; 39: i63-i69.
75. NCD Risk Factor collaboration. 2017. Worldwide trends in bodymass index, underweight, overweight, and obesity from 1975-2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 10 October 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3).
76. WHO. Adolescent birth rate: Data by WHO region. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1610A?lang=en>.
77. Population Council. 2007. Providing new opportunities to adolescent girls in socially conservative settings: the Ishraq program in rural Upper Egypt. New York, 2007.
78. ВОЗ. 2011 г. Руководство ВОЗ по предупреждению ранней беременности и профилактике нарушений репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах. Женева, Швейцария.
79. WHO. 2016. Global Health Observatory (GHO) data. Obesity among women: situation. http://www.who.int/gho/urban_health/physiological-risk-factors/women_obesity/en/.
80. WHO. 2010. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: measurement.
81. Resolution A/RES/64/292. 2010. United Nations General Assembly, July 2010.
82. WHO and UNICEF. Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation. <http://washdata.org>.
83. UN WATER. Global Expanded Water Monitoring Initiative. <http://www.unwater.org/gemi/en/>.
84. WHO and UNICEF. 2009. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. Geneva Switzerland.
85. Hughes R, Shrimpton R, Recine E, Margetts B. A competency framework for global public health nutrition workforce development: A background paper. 2011. World Public Health Nutrition Association. <http://www.wphna.org/htdocs/downloadsapr2012/12-03%20WPHNA%20Draft%20competency%20standards%20report.pdf>.
86. Association for Nutrition Registering as Registered Nutritionist. The UK Voluntary Register of Nutritionists Registration <http://www.associationfornutrition.org>.

87. Ellahi B, Annan R, Sarkar S, Amuna P, Jackson AA. Building systemic capacity for nutrition: training towards a professionalised workforce for Africa. *Proc Nutr Soc.* 2015 Nov;74 (4):496–504.
88. WHO. 1981. Resolution WHA27.43: Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 4th Ed., Geneva, 1981.
89. ВОЗ. 1981 г. Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока. Женева, 1981 г.
90. ILO. 2010. Maternity at work: a review of national legislation. International Labour Office, Conditions of Work and Employment Branch. Second edition. Geneva: ILO, 2010.
91. ILO. 2013. Working conditions laws report 2012: A global review; International Labour Office. Geneva: ILO, 2013.
92. WHO. 2001. Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention and Control: A guide for programme managers. WHO/NHD/01.3.
93. Neufeld L, García-Guerra A, Sánchez-Francia, D, Newton-Sánchez O, Ramírez-Villalobos MD, Rivera-Dommarco J. 2002. Hemoglobin measured by Hemocue and a reference method in venous and capillary blood: A validation study. *Salud Publica Mex.* 44: 219-227.
94. Ojengbede OA1, Okonkwo SN, Morhason-Bello IO. 2008. Comparative evaluation of haemoglobin estimation amongst pregnant women in Ibadan: Hemocue - B haemoglobin analyzer versus haemoglobin cyanide (standard) method as the gold standard. *Afr J Reprod Health.* 12:153-9.
95. Helen Keller International. How to assess iron deficiency anemia and use the HemoCue? 2002, New York, USA.
96. ВОЗ. 2011 г. Концентрации гемоглобина для диагностики анемии и оценки ее остроты. Информационная система данных о содержании витаминов и минералов в продуктах питания. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1).

КРАТКИЙ ОБЗОР ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ГЛОБАЛЬНЫХ ОСНОВ
МОНИТОРИНГА В ОБЛАСТИ
ПИТАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица А1. Краткий обзор показателей Глобальных основ мониторинга в области питания для глобальных задач ВА3 в области питания, показателей промежуточных результатов, показателей процесса, а также показателей политической конъюнктуры и потенциала

	Наименование показателя	Тип показателя	Определение	Включен ли в состав ОПЗ	Источники данных	Периодичность измерений	Разбивка
TR1	Дети до пяти лет с задержкой роста	Показатель задачи	Процент детей в возрасте 0–59 месяцев с (умеренной и тяжелой) задержкой роста (умеренная задержка роста = соотношение роста и возраста между < -2 СО и > -3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ; тяжелая форма задержки роста = соотношение роста и возраста ниже -3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ)	Да	Популяционные обследования домохозяйств	3–5 лет	По возрасту, полу, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению
TR2	Распространенность анемии у женщин репродуктивного возраста	Показатель задачи	Процент женщин в возрасте 15–49 лет с уровнем гемоглобина менее 120 г/л у небеременных и кормящих женщин и менее 110 г/л у беременных женщин с поправкой на уровень моря (по высоте) и курение	Да	Популяционные обследования в области здравоохранения	3–5 лет	По возрасту, уровню образования, месту жительства, репродуктивному статусу (беременность, грудное вскармливание) и социально-экономическому положению. А также: уровень гемоглобина < 80 г/л у небеременных и кормящих женщин и < 70 г/л у беременных женщин (тяжелая форма анемии)
TR3	Распространенность низкой массы тела при рождении среди новорожденных	Показатель задачи	Процент живорожденных младенцев с массой тела менее 2500 г	Да	Популяционные обследования в области здравоохранения и данные из административных/информационных систем. Обычные информационные системы учреждений	На постоянной основе	По полу, статусу в отношении преждевременных родов, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению
TR4	Дети в возрасте до пяти лет с избыточным весом	Показатель задачи	Распространенность случаев соотношения массы тела и роста среди детей в возрасте 0–59 месяцев, которую определяют на уровне выше $+2$ СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ	Да	Популяционные обследования домохозяйств	3–5 лет	По возрасту, полу, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению

	Наименование показателя	Тип показателя	Определение	Включен ли в состав ОПЗ	Источники данных	Периодичность измерений	Разбивка
TR5	Показатель исключительно грудного вскармливания среди детей грудного возраста в возрасте 0–5 месяцев	Показатель задачи	Процент грудных детей в возрасте 0–5 месяцев (< 6 месяцев), получающих кормление исключительно грудным молоком	Да	Обследования домохозяйств, конкретные популяционные обследования	3–5 лет	По полу, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению
TR6	Дети до пяти лет с истощением	Показатель задачи	Процент детей в возрасте 0–59 месяцев с (умеренным и тяжелым) истощением (умеренное = соотношение массы тела и роста между < –2 СО и > –3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ; тяжелое = соотношение массы тела и роста ниже –3 СО относительно медианы нормы роста детей, разработанной ВОЗ)	Да	Популяционные обследования домохозяйств	3–5 лет	По возрасту, полу, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению
Ю01	Дети с диареей, получающие пероральный раствор для регидратации (СПСР) ¹⁰	Показатель промежуточных результатов	Процент детей в возрасте до пяти лет с диареей за последние две недели, получающих СПР (растворы, приготовленные из пакетов с СПР, или готовые растворы СПР в упаковке)	Да	Обследования домохозяйств	3–5 лет	По возрасту, полу, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению
Ю02	Доля женщин в возрасте 15–49 лет с низким индексом массы тела (<18,5 кг/м ²)	Показатель промежуточных результатов	Процент женщин в возрасте 15–49 лет с низким ИМТ (< 18,5 кг/м ²)	Да	Обследования домохозяйств	3–5 лет	По возрасту, уровню образования, месту жительства и социально-экономическому положению
Ю03	Число родов за данный учетный период времени у женщин в возрасте 15–19 лет/1000 женщин в возрасте 15–19 лет	Показатель промежуточных результатов	Число родов среди женщин в возрасте 15–19 лет в год на 1000 женщин данной возрастной группы. Этот показатель также называют возрастным показателем рождаемости для женщин в возрасте 15–19 лет	Да	Системы регистрации актов гражданского состояния, обеспечивающие полный охват населения, перепись населения, обследования домохозяйств	На ежегодной основе	По семейному положению (по мере возможности также необходимо учитывать девочек до 15 лет), уровню образования, месту жительства и социально-экономическому положению

¹⁰ Изначально в ГОМП был использован показатель под названием «Распространенность диареи у детей в возрасте до пяти лет». Данный показатель включен в состав 100 основных показателей здоровья.

	Наименование показателя	Тип показателя	Определение	Включен ли в состав ОПЗ	Источники данных	Периодичность измерений	Разбивка
IO4	Доля женщин с избыточным весом и ожирением в возрасте 18 лет и старше с индексом массы тела ≥ 25 кг/м ²	Показатель промежуточных результатов	Процент взрослых женщин (18+ лет) с избыточным весом (определяемым как ИМТ > 25 кг/м ²) и ожирением (определяемым как ИМТ > 30 кг/м ²)	Да	Обследования домохозяйств	3–5 лет	По возрасту, уровню образования, месту жительства и социально-экономическому положению
IO5	Доля детей школьного возраста и подростков с избыточным весом (5–19 лет)	Показатель промежуточных результатов	Распространенность избыточного веса среди детей школьного возраста и подростков определяют как процент детей и подростков в возрасте 5–19 лет с половозрастным ИМТ выше +1 СО относительно медианы стандарта 2007 г., разработанного ВОЗ. Распространенность ожирения среди детей школьного возраста и подростков определяют как процент детей и подростков в возрасте 5–19 лет с половозрастным ИМТ выше +2 СО относительно медианы стандарта 2007 г., разработанного ВОЗ.	+/- ¹¹	Популяционное обследование (предпочтительно национальное репрезентативное)	3–5 лет	По возрасту, полу, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению
PR1	Минимальное разнообразие рациона питания среди детей в возрасте 6–23 месяцев	Показатель процесса	Процент детей в возрасте 6–23 месяцев, получающих продукты питания, относящиеся к ≥ 5 группам питания	Да	Популяционные обследования домохозяйств, в том числе обследования пищевого рациона	3–5 лет	По возрасту, полу, уровню образования матерей, месту жительства и социально-экономическому положению
PR2	Доля населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной питьевой воды	Показатель процесса	Население, пользующееся источником питьевой воды (трубопроводное водоснабжение жилищ, дворов или земельных участков; общедоступные водораздаточные краны или колонки; скважины или трубчатые колодцы; защищенные копаные колодцы; защищенные родники и дождевая вода), который находится в помещении, имеется в наличии, когда это необходимо, свободен от загрязнения фекалиями (и химическими веществами, борьба с загрязнением которыми требует первоочередных мер) и регулируется в соответствии с нормами соответствующего компетентного органа.	Да	Обследования домохозяйств, перепись населения, данные из административных источников или нормативной базы	Каждые два года	По месту жительства, социально-экономическому положению

¹¹ К 100 основным показателям здоровья относится показатель «Избыточный вес и ожирение у взрослых (а также у подростков)».

	Наименование показателя	Тип показателя	Определение	Включен ли в состав ОПЗ	Источники данных	Периодичность измерений	Разбивка
PR3	Доля населения, пользующегося услугами по обеспечению безопасной санитарии ¹²	Показатель процесса	Население, использующее то или иное улучшенное санитарно-технические сооружение на уровне домохозяйства, отдельное от других домохозяйств, в котором экскременты безопасным образом удаляются на месте или вывозятся для обработки в других местах	Да	Обследования домохозяйств, перепись населения, данные из административных источников или нормативной базы	Каждые два года	По месту жительства, социально-экономическому положению
PR4	Любой дородовой прием препаратов железа	Показатель процесса	Доля женщин, употреблявших любые железосодержащие добавки во время текущей или предыдущей беременности за последние два года	Нет	ОДЗ, КОМП, национальные обследования здоровья и питания (НОЗП) и информационные системы управления здравоохранением (ИСУЗ)	3–5 лет	По уровню образования матери, месту жительства и социально-экономическому положению (например, квинтиль благосостояния)
PR5	Процент родов в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания ^б	Показатель процесса	Роды в учреждениях с благоприятными условиями для грудного вскармливания	Нет	Глобальный обзор политики в области питания	3–5 лет	По месту жительства
PR6	Наличие национального нормативного акта об оказании консультационных услуг по вопросам грудного вскармливания в рамках программ в области общественного здравоохранения и/или питания	Показатель процесса	Этот показатель определяют как наличие национальной программы, предусматривающей оказание консультационных услуг по вопросам грудного вскармливания матерям грудных детей в возрасте 0–23 месяцев в рамках систем здравоохранения или других платформ на уровне общин	Нет	ГОПП, Nutri-Dash, WBTi	3–5 лет	Неприменимо

¹² Определение этого показателя в ОПЗ включает «...устройства для мытья рук с мылом и водой».

	Наименование показателя	Тип показателя	Определение	Включен ли в состав ОПЗ	Источники данных	Периодичность измерений	Разбивка
PE1	Укомплектованность специалистами по питанию	Показатель политической конъюнктуры и потенциала	Этот показатель определяют как число квалифицированных специалистов по питанию на 100 тысяч населения в стране за конкретный год	Нет	Национальные обследования или переписи кадровых ресурсов, данные профессиональной регистрации или сертификации, обследования на уровне учреждений, данные об окончании высших учебных заведений	3–5 лет	По регионам, сельской/ городской местности, государственному/ частному сектору и сектору социального обслуживания
PE2	Число стран, имеющих законы/ нормативные положения, обеспечивающие в полной мере осуществление Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (резолюция WNA34.22) и последующих соответствующих резолюций, принятых Ассамблеей здравоохранения	Показатель политической конъюнктуры и потенциала	Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока	Нет	GINA	Каждые два года	Неприменимо
PE3	Число стран с действующими законами или нормативными положениями об охране материнства	Показатель политической конъюнктуры и потенциала	Охрана материнства	Нет	Материнство и отцовство в сфере труда: законодательство и правоприменительная практика в странах мира. Международное бюро труда, Женева: MOT, 2014	На ежегодной основе	Неприменимо

ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА/РОСТ

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Антропометрия представляет собой основной компонент оценки пищевого статуса у детей и взрослых. Антропометрические данные детей грудного и раннего возраста являются отражением состояния рациона питания и достаточности питания и используются для отслеживания тенденций роста и развития с течением времени. К основным антропометрическим показателям относятся масса тела, длина тела/рост, окружность плеча (ОП) и толщина кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ). Конкретные измерения проводят в зависимости от возраста обследуемого и цели. Антропометрические измерения проводят в соответствии со стандартным протоколом и процедурами (51–53).

Курс обучения ВОЗ по оценке роста детей представляет собой инструмент, созданный для использования в соответствии с разработанными ВОЗ нормами роста детей. Он предназначен в первую очередь для медицинских работников, которые измеряют и оценивают рост детей или контролируют эти процедуры. Курс обучения рассчитан на 3,5 дня. В нем изложены процедуры измерения массы тела, длины тела и роста, правила интерпретации показателей роста, расследования причин, связанных с проблемами роста, а также приведены консультации для лиц, осуществляющих уход. Пользователи могут скачать или просмотреть обучающее видео по проведению антропометрических измерений (доступно по адресу: <http://www.who.int/childgrowth/training/en/>). В видео описаны процедуры проведения антропометрических измерений и способы калибровки измерительной аппаратуры. Видео доступно на английском, французском и испанском языках.

Материалы курса «Курс обучения ВОЗ по оценке роста детей: разработанные ВОЗ нормы роста детей» можно скачать по следующим ссылкам:

Модуль А. Введение

http://www.who.int/childgrowth/training/module_a_introduction.pdf?ua=1

Модуль В. Измерение роста ребенка

http://www.who.int/childgrowth/training/module_b_measuring_growth.pdf?ua=1

Модуль Г. Руководство для инструктора-методиста

http://www.who.int/childgrowth/training/module_g_facilitator_guide.pdf?ua=1

Модуль Н. Руководство для директора курса

http://www.who.int/childgrowth/training/module_h_directors_guide.pdf?ua=1

Памятка «Измерение массы и длины тела/роста ребенка» доступна по адресу:

http://www.who.int/childgrowth/training/jobaid_weighing_measuring.pdf?ua=1

Другие модули курса и памятки также доступны по ссылке:

<http://www.who.int/childgrowth/training/en/>

Возраст: Точный возраст ребенка необходим для составления выборки, принятия решения об измерении роста в положении стоя или длины тела в положении лежа, а также преобразования показателей роста и веса в стандартные показатели. В момент проведения измерений оценка возраста необходима для принятия решения о выборке и положении тела на мерной доске. Рекомендуется использовать простые методы для приблизительной оценки возраста, учитывая, что специалист по анализу данных рассчитывает возраст при помощи компьютерной программы, для которой понадобится информация о дате рождения и дате проведения измерений.

Для определения возраста необходимо изучить документальные свидетельства, подтверждающие дату рождения (например, свидетельство о рождении, крещении, справку врача или гороскоп). Перекрестная проверка необходима даже в том случае, если мать помнит дату рождения, поскольку возможны ошибки памяти. Если регистрация новорожденных является общепринятой процедурой и возраст обычно известен, регистрация возраста является простой процедурой, при которой возраст определяют с точностью до ближайшего месяца или года. Например, если осмотр ребенка грудного возраста с датой рождения 13 июля 1996 г. проводится в период с 13 декабря 1996 г. по 12 января 1997 г. (включительно), его возраст можно зарегистрировать как пять (полных) месяцев. Аналогичным образом, если осмотр ребенка с датой рождения 13 июля 1995 г. проводится в период с 13 июля 2001 г. по 12 июля 2002 г. (включительно), его возраст можно зарегистрировать как пять (полных) лет. Если точная дата неизвестна, для определения даты рождения можно использовать календарь местных событий¹³. Календарь местных событий должен быть составлен до проведения обследования и протестирован на сборщиках данных.

Калькулятор возраста ребенка, разработанный ВОЗ (вращающийся диск, прикрепленный к календарю из ПВХ) для расчета возраста ребенка, входит в состав материалов курса, которые доступны в региональных бюро ВОЗ при проведении семинаров по подготовке инструкторов в соответствующих регионах.

¹³ FAO. Guidelines for Estimating the Month and Year of Birth of Young Children. 2008. Rome, Italy.

Длина тела грудных детей и детей в возрасте 0–23 месяцев в положении лежа

Длину тела детей в возрасте 0–23 месяцев определяют в положении лежа при помощи мерной доски. Регистратор должен удерживать голову ребенка, слегка прижимая ее к неподвижному надголовнику. Регистратор удерживает ноги ребенка, осторожно, но уверенно нажимая на область над коленями, при этом пальцы ног ребенка должны быть направлены прямо вверх. Регистратор мягко надавливает на ноги, чтобы не допустить сгибания коленей, и перемещает подвижную подножку до упора, чтобы она касалась подошв ребенка. Показания записывают с точностью до 0,1 см по шкале на мерной доске. Может возникнуть необходимость в помощи третьего человека, чтобы провести измерения беспокойного ребенка как можно скорее с одновременным обеспечением точности измерений.

Измерение роста в положении стоя у детей в возрасте 24 месяцев и старше

Ребенка просят смотреть прямо вперед на мать, которая должна стоять перед ребенком. Направление взгляда ребенка должно идти параллельно земле. Левую руку регистратора необходимо приставить под подбородок ребенка. Это нужно делать осторожно, чтобы рука регистратора не накрыла рот или уши ребенка. Плечи ребенка должны быть на одинаковом уровне, руки должны быть опущены по бокам, а голова, лопатки и ягодицы должны касаться мерной доски/стены. Правой рукой регистратор опускает надголовник на голову ребенка. Мерная доска должна быть плотно прижата к волосам ребенка. Для получения дополнительной информации по антропометрическим измерениям смотрите учебные руководства ВОЗ (ссылки приведены выше) и Cogill В 2003 (53).

Описание ростомера для измерения длины тела/роста, процедур обучения и стандартизации антропометрических данных, а также важнейшие этапы проведения измерений массы тела и роста ребенка приведены ниже.

Ростомер для измерения длины тела/роста

Предел измерений мерной доски составляет 200 см (доска складывается до 85 см), а цена деления равна 0,1 см. Материал доски должен быть прочным и легким, а в случае изготовления из дерева материал должен быть обработан специальным образом для защиты от деформаций. Доска должна быть портативной, водостойкой и иметь регулируемый съемный нейлоновый наплечник. Обычно мерные доски изготавливаются на местах на основании спецификаций компании Short Productions (Олни, Мэриленд, США).

Обучение и стандартизация методов антропометрических измерений

Точность антропометрических измерений относится к навыкам, требующим специальной подготовки. В процессе подготовки необходимо изучить поэтапные процедуры проведения измерений. Процесс обучения персонала методам проведения конкретных измерений и регистрации их результатов должен не только включать теоретические пояснения и демонстрации, но и давать участникам возможность на практике отработать технику измерения, а также считывания и записи результатов.

После того как персонал овладеет надлежащими методами измерений и регистрации их результатов на практике и будет чувствовать себя уверенно, необходимо провести упражнения по стандартизации, чтобы все интервьюеры приобрели навыки, необходимые для сбора высококачественных антропометрических данных. Методы стандартизации позволяют обеспечить правильность и сопоставимость измерений. Может возникнуть необходимость в сравнении данных, полученных в разных регионах или странах, в ходе разных обследований, или необходимость в сравнении результатов измерений с эталонными стандартами. Такие сравнения невозможны без использования стандартного метода измерений. Подробную информацию по процедурам обучения и стандартизации антропометрических данных можно найти в Курсе обучения ВОЗ по оценке роста детей (51, 52) и Cogill В 2003 (53). Некоторые из важнейших этапов антропометрических измерений приведены ниже.

Важнейшие этапы взвешивания и измерения роста ребенка:

- **Необходимы два специально обученных человека.** По мере возможности измерение роста или длины тела ребенка должны проводить два специально обученных человека. Регистратор удерживает ребенка и проводит измерение. Помощник помогает удерживать ребенка и вносит результаты измерений в вопросник. Если измерения проводит только один специально обученный работник, можно попросить помочь мать ребенка. При этом регистратор также вносит результаты измерений в вопросник.
- **Расположение мерной доски и шкалы.** Обычно существует несколько вариантов расположения мерной доски или шкалы, однако их выбор должен быть осознанным. Убедитесь в наличии устойчивой плоской поверхности для расположения мерной доски, надежного крепления, куда можно повесить весы, и надлежащего освещения для точного считывания результатов измерений.

- **Время для проведения взвешивания и измерений.** Не рекомендуется проводить взвешивание и измерения в самом начале беседы. Лучше всего начать с ответов на необходимые вопросы. Это поможет матери и ребенку почувствовать себя увереннее до начала измерений. Всегда начинайте с вопроса о возрасте ребенка, затем проводите взвешивание, а измерение длины тела/роста проводите в самом конце.
- **Взвешивайте и проводите измерения поочередно у одного ребенка за один раз.** Заполнение вопросника и проведение измерений осуществляют поочередно для одного ребенка за один раз. Это позволяет избежать возможных проблем, если данные перепутаются в случае одновременного измерения нескольких детей сразу.
- **Контролируйте состояние ребенка.** При взвешивании и определении длины тела/роста ребенок должен находиться в спокойном состоянии. Если ребенок перевозбужден или испуган, это серьезно затруднит получение точных измерений.
- **Регистрация результатов измерений.** Все данные необходимо вписывать карандашом. Если произойдет ошибка при записи результатов измерения, ее можно будет исправить. Если сбор данных проводится в электронном виде, необходима проверка согласованности данных.

КОРРЕКТИРОВКА УРОВНЯ
ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ КУРЯЩИХ
ЖЕНЩИН И ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ
В ВЫСОКОГОРНОЙ МЕСТНОСТИ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Статус по гемоглобину подлежит корректировке для курящих женщин и женщин, проживающих в высокогорной местности. Концентрация гемоглобина у курильщиков увеличивается (57, 58). В этой связи Центры США по контролю и профилактике заболеваний (ЦКПЗ) рекомендуют корректировать измеренные концентрации гемоглобина с поправкой на курение (таблица А2) (55). В таблице А2 представлены значения, которые необходимо прибавить к нормальным предельным значениям уровня гемоглобина для диагностирования анемии у курильщиков. В качестве альтернативы эти значения следует вычесть из наблюдаемых уровней гемоглобина. Например, некурящая женщина с уровнем гемоглобина 120 г/л не страдает анемией, в то время как у женщины, выкуривающей более двух пачек сигарет в день и имеющей ту же концентрацию гемоглобина, диагностируют анемию, поскольку у нее отмечается уровень гемоглобина с поправкой на курение $(120 - 7) = 113$ г/л.

ТАБЛИЦА А2. Уровень гемоглобина с поправкой на курение

Интенсивность курения	Повышение уровня гемоглобина (г/л)
½–1 пачка в день	+3
1–2 пачки в день	+5
> 2 пачек в день	+7
Все курильщики	+3

Источник: ЦКПЗ, 1989 г.

Известно, что у людей, живущих высоко над уровнем моря, увеличивается концентрация гемоглобина. К измеренным концентрациям гемоглобина применяют поправки на уровень моря (высоту) при помощи формулы, составленной Центрами США по контролю и профилактике заболеваний (ЦКПЗ):

$$\text{Уровень гемоглобина} = -0,32 \times (\text{высота в метрах} \times 0,0033) + 0,22 \times (\text{высота в метрах} \times 0,0033)^2$$

В таблице А3 представлены поправки к концентрации гемоглобина с учетом проживания выше уровня моря (по высоте) с интервалами 500 м, которые вычислены по указанной выше формуле. Концентрации гемоглобина у людей, проживающих на высоте более 1000 м над уровнем моря, подлежат коррекции в сторону уменьшения во избежание недооценки распространенности анемии. Например, женщина с уровнем гемоглобина 120 г/л, проживающая на уровне моря, не страдает анемией, в то время как у женщины с той же концентрацией гемоглобина, проживающей на высоте 1500 м над уровнем моря, диагностируют анемию после учета поправки: $(120 - 5) = 115$ г/л.

ТАБЛИЦА А3. Уровень гемоглобина (г/л) с поправкой на высоту

Высота (м)	Повышение уровня гемоглобина (г/л)
<1000	0
1000	+2
1500	+5
2000	+8
2500	+13
3000	+19
3500	+27
4000	+35
4500	+45

Источник: ВОЗ, 2001 г. (93).

Источники данных и критерии включения в базу данных об анемии

Источники данных

Доклады о результатах обследований и публикации с отчетами о распространенности анемии можно получить/запросить у следующих сторон:

- Министерства здравоохранения через региональные и страновые бюро ВОЗ;
- национальные научно-исследовательские и академические учреждения;
- неправительственные организации;
- учреждения системы Организации Объединенных Наций;
- регулярный поиск в таких онлайн-базах данных, как PubMed, Medline, Embase, Ovid, и в региональных базах данных ВОЗ (African Index Medicus, Index Medicus для Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ, Латиноамериканский и Карибский центр научной медицинской информации, база данных Library Institutional Memory Панамериканской организации здравоохранения, Index Medicus для региона Юго-Восточной Азии).

Помимо этих ресурсов, используется поиск вручную статей, опубликованных в неиндексируемых медицинских и профессиональных журналах, а также докладов ведущих исследователей.

Критерии включения данных

Данные обследований собирают и включают в базу данных только из оригинальных докладов о результатах обследований и публикаций. Обследования на любом административном уровне и обследования любой группы населения включают, если они отвечают следующим критериям:

- популяционные обследования (исключения: обследования беременных женщин, новорожденных, детей дошкольного и школьного возраста на уровне учреждений, что строго указано в разделе «Общие примечания»);
- межсекторальные обследования. Исходные данные клинических исследований;
- четко определенная схема проведения обследования;
- минимальный объем выборки — 100 участников;
- определение концентрации гемоглобина (разными методами) и/или указание на долю (%) населения с уровнем гемоглобина в рамках предельных значений, позволяющих диагностировать анемию.

После выявления потенциально приемлемого обследования и получения полного отчета проводится проверка данных на согласованность в рамках обычных процедур проверки качества. При необходимости с держателями данных связываются для разъяснения или получения дополнительных результатов. Доступную информацию извлекают и вводят в стандартную форму для ввода данных.

Оценка уровня гемоглобина

Распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) оценивают на основе репрезентативной выборки участников в целях обобщения результатов, полученных для выборки, на целевую группу населения в целом. Поскольку распространенность анемии оказывает значительное воздействие на программы общественного здравоохранения, важно проводить сбор данных при помощи надлежащих методов оценки уровня гемоглобина.

В ходе большинства популяционных обследований, проводившихся за последние десятилетия, для оценки уровня гемоглобина использовался гемоглобинометр (59). Использование гемоглобинометра для измерения концентрации гемоглобина дает ряд преимуществ по сравнению с использованием гематокрита для полевых обследований и обеспечивает намного более точные измерения по сравнению с клиническим осмотром. Этот метод не требует охлаждения и транспортировки гематокрита в лабораторию. Гемоглобинометр представляет собой легкое портативное устройство, работающее от аккумуляторов, поэтому его несложно транспортировать к месту проведения обследования, где образцы крови можно анализировать непосредственно на месте. Кроме того, результаты анализа доступны немедленно и позволяют получить надлежащую оценку распространенности анемии среди населения (93, 94).

Уровень гемоглобина у женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) можно измерять при помощи гемоглобинометра в ходе обследований домохозяйств. Руководство содержит подробные практические сведения о гемоглобинометре, в том числе о расходных материалах, обеспечении качества, получении пробы капиллярной крови (капли крови) и протоколах для обеспечения безопасности работников и участников обследования (95). Руководство также содержит учебный протокол и упражнение по методам стандартизации в целях обеспечения точности и согласованности (надежности) измерений с использованием гемоглобинометра. Учебный протокол и упражнение по методам стандартизации

позволяют инструкторам корректировать ошибки и отбирать компетентных работников для проведения обследования. Пройдя подготовку по использованию гемоглобинометра и обучение методам стандартизации, специально обученные флеботомисты в составе группы по проведению обследования получают каплю крови путем прокалывания пальца у женщин, входящих в состав выборки. Систематические погрешности в результате недостаточного уровня подготовки выездного персонала для использования гемоглобинометра могут вести к существенной систематической погрешности при получении результатов обследования об уровне распространенности анемии. Таким образом, надлежащее и единообразное обучение персонала на местах использованию гемоглобинометра играет чрезвычайно важную роль. Дату оценки уровня гемоглобина и концентрацию гемоглобина регистрируют в соответствующем разделе вопросника для проведения обследования домохозяйств.

ТАБЛИЦА А4. Уровни гемоглобина для диагностирования анемии на высоте уровня моря (г/л)

Население	Отсутствие анемии	Анемия		
		Слабая форма	Умеренная форма	Тяжелая форма
Небеременные женщины (в возрасте 15 лет и старше)	120 или более	110–119	80–109	Менее 80
Беременные женщины	110 или более	100–109	70–99	Менее 70

Источник: ВОЗ, 2011 г. (96).

ПОПРАВКА В ОТНОШЕНИИ НИЗКОЙ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Точные и надежные данные о распространенности низкой массы тела при рождении (НМТР) встречаются редко, и в настоящее время отсутствуют оценки распространенности НМТР на глобальном, региональном и национальном уровнях. Для устранения этого пробела ВОЗ в партнерстве с ЮНИСЕФ и академическими учреждениями (Лондонская школа гигиены и тропической медицины и Университет Джона Хопкинса) объединила усилия для оценки национальных показателей распространенности НМТР и тенденций среди живорожденных новорожденных¹⁴. Эти данные играют ключевую роль для определения исходного показателя, относительно которого ВОЗ и государства-члены смогут оценивать прогресс на пути к достижению глобальной задачи ВА3 до 2025 года. К некоторым из завершенных и текущих мероприятий относятся следующие.

- Оценка стандартных данных на национальном уровне (например, актов гражданского состояния, статистики естественного движения населения и данных ИСУЗ) для всех стран и подготовка критериев качества для классификации данных высокого качества;
- Повторный анализ данных о НМТР, полученных по результатам обследований домохозяйств ОДЗ и КОМП, включая анализ и поиск новых методов внесения поправок в данные обследований в случае аккумуляции конкретных величин массы тела при рождении;
- Подготовка комбинированной базы данных НМТР на основе национальных/репрезентативных на национальном уровне источников, включая данные обследований домохозяйств и обычные данные на национальном уровне после внесения поправок;
- Разработка модели на основе входных данных в итоговой базе данных для стран, в которых отсутствуют высококачественные данные, включая области неопределенности и тенденции;
- Получение оценок для обсуждения во время консультаций со странами.

Во многих обследованиях используются воспоминания матери о субъективной оценке размера новорожденного (т.е. очень крупный, крупнее среднего, средний, меньше среднего, очень маленький) в дополнение к данным о массе тела при рождении. Поправка вносится посредством процедуры взвешивания, в ходе которой долю случаев низкой массы тела при рождении в любой категории размеров умножают на общую долю родов в соответствующей категории и суммируют для получения общих оценок распространенности низкой массы тела при рождении. Этот метод корректировки показателей низкой массы тела при рождении позволяет получить существенно более точные оценки, поскольку он учитывает стандартную ошибку, связанную с пропусками показателей массы тела при рождении, путем использования информации обо всех детях, включая детей, которые не проходили взвешивание (62). Однако до недавнего времени этот метод не находил широкого применения.

Этот метод корректировки основывается на следующих допущениях: (i) вероятность низкой массы тела при рождении в случаях родов, для которых есть данные о численных значениях массы тела при рождении, такая же, как и в случаях отсутствия данных о численных значениях массы тела; и (ii) на территории одной страны соотношение между массой тела при рождении и материнской оценкой размера новорожденного не зависит от факта взвешивания младенца. В ходе оценки данных обследований, полученных более чем из 40 стран, Blanc and Wardlaw (2005 г.) изучили эти допущения и документально зафиксировали тот факт, что характеристики новорожденных с численными данными о массе тела при рождении не являются репрезентативными в отношении всех родов (62). Младенцы, которые проходили взвешивание, с большей долей вероятности оказывались детьми матерей с более высоким уровнем образования, проживающих в городских регионах. Они также с более высокой долей вероятности рождались в медицинском учреждении и при помощи квалифицированного медико-санитарного персонала. Эти характеристики обычно связаны с более высокой массой тела при рождении, а следовательно, полученные оценки по-прежнему с большей вероятностью не будут учитывать уровень распространенности низкой массы тела при рождении. Кроме того, Blanc and Wardlaw (2005 г.) отметили существенное скопление данных обследования вблизи зафиксированных показателей массы тела при рождении, которые кратны 500 г. (62). Скопление данных в области 2500 г, которая является пороговым значением низкой массы тела при рождении, влияет на оценки низкой массы тела при рождении. На основе оценки распределения значений массы тела при рождении в интервале от 2001 до 2999 г, полученных по результатам 88 обследований, исследователи рекомендовали переклассифицировать четверть значений, зафиксированных на уровне точно 2500 г, и отнести их к случаям низкой массы тела при рождении.

Обе поправки (т.е. материнская оценка размеров ребенка при рождении и аккумуляция данных в области 2500 г) в случае их применения приведут к более высоким оценкам распространенности низкой массы тела при рождении. Результаты 114 обследований ОДЗ и КОМП показали, что поправки на размер при родах и скопление данных ведут к увеличению оценки распространенности низкой массы тела при рождении в среднем на 24% по сравнению с данными, полученными без учета поправок.

¹⁴ Необходимые изменения будут внесены по итогам текущей работы

ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Весь персонал на местах по мере возможности должен иметь свои весы, поскольку в противном случае процесс измерений и проведения обследования займет более длительное время.

Доступны несколько вариантов весов, например электронные весы ЮНИСЕФ (артикул № 0141015, весы для матери/ребенка, электронные). Весы изготовлены компанией SECA и являются напольными весами для взвешивания как детей, так и взрослых. Предел измерений весов лежит в диапазоне от 1 до 150 кг с ценой делений 100 г для взрослых. Массу тела взрослого человека можно сохранить в памяти весов, что позволяет увидеть на индикаторе весов массу тела грудного ребенка, которого взрослый держит на руках. Контактные данные для получения дополнительной информации: Отдел поставок ЮНИСЕФ; UNICEF Plads, Freeport; DK-2100 Копенгаген, Дания; телефон: (45) 35 27 35 27; факс: (45) 35 26 94 21; адрес электронной почты: supply@unicef.org; веб-сайт: www.supply.unicef.dk.

Массу тела ребенка также можно определить непосредственно. Если ребенок испуган, можно сначала взвесить только мать, а затем — ее вместе с ребенком на руках, при этом весы автоматически вычислят массу тела ребенка путем вычитания. Недавний опыт использования весов в ходе обследований говорит о том, что эти весы пригодны для этой цели, несмотря на определенные сложности в случае высоких температур, которые неблагоприятно влияют на работу весов.

Возраст ребенка играет важную роль для проведения антропометрических оценок и подлежит как можно более точному определению наряду с данными о длине тела/росте и массе тела (см. более подробную информацию в разделе 3.1).



© UNICEF/UN0146813/Knowles-Cour

РАБОТА С ПОКАЗАТЕЛЕМ «МИНИМАЛЬНОЕ
РАЗНООБРАЗИЕ РАЦИОНА ПИТАНИЯ (МРРП)»
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ
ДАННЫХ О ПИЦЕВОМ РАЦИОНЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Этапы получения показателя МРПП по данным опросов за 24 часа зависят от структуры и содержания файлов исходных данных

Ниже описаны следующие основные этапы:

1. Выясните, употреблял ли ребенок продукты из каждой из восьми определенных пищевых групп;
2. Для учета соответствующих продуктов примените критерий минимального количества;
3. Рассчитайте показатель МРПП.

1. Сгруппируйте продукты питания и выясните, употреблял ли ребенок продукты из каждой из восьми определенных пищевых групп

В состав большинства национальных репрезентативных количественных баз данных пищевого рациона включены файлы с описаниями продуктов питания и их ингредиентов, где перечислены все продукты, употребляемые в пищу людьми, а также файлы с данными об индивидуальном потреблении питательных веществ. В файлах с описаниями продуктов питания и их ингредиентов все компоненты обычно закодированы при помощи иерархических систем кодирования; например, одни цифры обозначают пищевую группу, а другие указывают на свойства и конкретные продукты питания внутри группы. Уровень детализации в описании свойств, соответствующий системе кодирования, в разных странах может быть разным; тем не менее в простой системе категоризации, необходимой для получения показателя МРПП, предусмотрено лишь несколько дескрипторов и различий.

В следующем руководстве описаны способы категоризации «простых» продуктов питания в группы, а также варианты кодирования составных продуктов питания (блюда) в зависимости от доступной информации в массивах исходных данных.

1.1 Кодирование «простых» продуктов питания (один ингредиент) в группы

Обычно простые продукты питания легко отнести к той или иной пищевой группе. Во многих случаях для отнесения большинства продуктов питания к восьми группам можно использовать существующие на национальном уровне системы кодирования. Подробные перечни продуктов, отнесенных к каждой группе, доступны в документе WHO 2010. В документе WHO 2010 также приведена подробная информация относительно пищевых продуктов и групп, которые не учитываются в показателе МРПП (например, приправы и ингредиенты в малых дозах, которые добавляют для придания блюду вкуса, сладости и т.д.). Исключения основаны на концепции, позволяющей избежать ложного раздувания здорового разнообразия рациона питания.

Группы ВОЗ имеют одно отличие, которое редко встречается в национальных системах кодирования: фрукты и овощи, богатые витамином А, отделены от всех других фруктов и овощей. Для включения в группу «фрукты и овощи, богатые витамином А», продукты питания должны содержать не менее 120 ретиноловых эквивалентов (РЭ) на каждые 100 г употребленной пищи¹⁵. В настоящее время в таблицах состава продуктов питания содержание витамина А может определяться в единицах ретинолового эквивалента (РЭ) или эквивалента активности ретинола (РАЕ). Для продуктов растительного происхождения критерий 120 РЭ равен примерно 60 РАЕ. Это одна из классификаций, которая редко встречается во многих системах кодирования на уровне стран¹⁶. Таким образом, может возникнуть необходимость в классификации фруктов и овощей на покомпонентной основе в зависимости от содержания витамина А в продуктах питания в употребляемой в пищу форме.

Основные пищевые группы в системах кодирования на уровне стран также могут отличаться от групп, принятых ВОЗ в своей классификации корневым, клубней и овощных бананов. Согласно классификации ВОЗ, все крахмалистые корни, клубни и овощные бананы (за исключением богатых витамином А сортов батата с желтой и оранжевой мякотью) отнесены к зерновым в качестве крахмалистых основных продуктов питания. Обратите внимание, что в классификации ВОЗ некоторые другие крахмалистые овощи (например, свежая кукуруза/маис и зеленый горошек) отнесены к овощам.

¹⁵ 120 РЭ на 100 г соответствуют 15% ссылочных значений пищевой ценности (СЗП; 800 РЭ), предусмотренных в «Кодексе Алиментариус». Согласно стандартному определению Кодекса, чтобы продукт питания мог рассматриваться в качестве «источника» питательного вещества, этот продукт должен обеспечивать любое из следующего: 15% на 100 г твердой пищи; 7,5% на 100 г жидкости; 5% на 100 ккал; или 15% на порцию. Чтобы считаться продуктом с «высоким содержанием», продукт должен содержать удвоенную указанную дозу (например, 30%, или 240 РЭ/100 г твердой пищи). Ссылочные значения пищевой ценности устанавливаются на уровне, который удовлетворяет потребностям около 97% всех лиц данной возрастной/половой группы с наибольшими потребностями (исключая беременных и кормящих женщин). Определение термина «источник» приведено в Руководстве Комиссии «Кодекс Алиментариус», принятом в 1997 г. и пересмотренном в 2004 г. Определение термина «ссылочное значение пищевой ценности» приведено в Руководстве Комиссии «Кодекс Алиментариус», принятом в 1985 году и пересмотренном в 1993 г. (все стандарты Кодекса приведены по адресу: <http://www.codexalimentarius.org/>).

¹⁶ В некоторых странах предусмотрены хорошо согласующиеся между собой подгруппы овощей (например, темно-зеленые овощи или темно-зеленые листовые овощи и овощи с темно-оранжевой мякотью). Такая группировка может упростить процесс.

1.2 Составные блюда, включая кулинарные полуфабрикаты

Составные (рецептурные) блюда в разных национальных базах данных продуктов питания, содержащих информацию о потреблении продуктов питания населением, кодируются по-разному. В некоторых случаях составные продукты питания подвергаются полной дезагрегации на составляющие их ингредиенты, а в отчеты включают сведения о количестве каждого ингредиента, употребленного человеком. В других случаях в отчетах фигурирует количество составных или рецептурных продуктов питания, употребленных человеком. В последнем случае для дальнейшей разбивки данных могут быть предусмотрены или не предусмотрены отдельные файлы с рецептами. Кроме того, в случае кулинарных полуфабрикатов полные рецепты зачастую могут отсутствовать. Следовательно, в ряде национальных массивов данных содержатся файлы с информацией о смеси продуктов, ингредиентов и кулинарных полуфабрикатов, употребленных населением.

С учетом широкого разнообразия структур и характеристик данных подробное руководство в этой связи выходит за рамки настоящего документа. Следующие общие указания помогут аналитикам, ответственным за обработку национальных данных пищевого рациона, при перекодировке составных блюд в пищевые группы ВОЗ.

По мере возможности составные продукты питания разбивают на ингредиенты в соответствии с их долей в рецепте, а затем рассчитывают количество каждого ингредиента, употребленного ребенком¹⁷. Если это сделать невозможно, продукты питания кодируют в группы на основе их основного ингредиента, а употребленное количество относят к пищевой группе основного ингредиента. Как было отмечено, во многих системах кодирования на уровне стран кодировка на уровне пищевых групп уже предусмотрена, что находит отражение в иерархической системе кодировки продуктов питания и пищевых ингредиентов, характерных для конкретной страны.

2. Для учета каждой пищевой группы примените критерий минимального количества

После того как все компоненты в файле с описаниями продуктов питания и их ингредиентов будут отнесены к соответствующим группам, для того чтобы учесть каждый из компонентов¹⁸, необходимо применить критерий минимального количества, составляющий 10 г. За исключением грудного молока¹⁹, компоненты, употребленные в количестве, не превышающем 10 г, не учитываются.

3. Рассчитайте показатель МРРП

В файле с описаниями продуктов питания и их ингредиентов теперь содержится перечень компонентов, употребленных каждым ребенком в количестве не менее 10 г. Каждому из этих компонентов сопоставлен код пищевой группы ВОЗ. Показатель МРРП можно рассчитать путем подсчета числа употребленных уникальных пищевых групп. Соответственно, число пищевых групп может лежать в пределах от 0 до 8. Затем рассчитывают процент детей, употребивших пищевые продукты, относящиеся к пяти пищевым группам или более (т.е. которые употребили продукты, относящиеся к пяти, шести, семи или восьми пищевым группам ВОЗ вчера в течение дня или ночью).

Как было отмечено, в некоторых массивах данных файлы с описаниями продуктов питания и их ингредиентов содержат информацию о грудном вскармливании (т.е. при каждом кормлении грудным молоком в файле с описаниями продуктов питания и их ингредиентов будет содержаться строка с кодом, соответствующим грудному молоку, даже если его количество не оценивалось). В этом случае ребенок получает один балл за грудное молоко на основе анализа данных за 24 часа, полученных по итогам опроса. Это предпочтительный подход к расчету МРРП, поскольку период опроса для группы грудного молока совпадает с периодом опроса для других пищевых групп.

Однако в некоторых массивах данных грудное молоко не включают в файлы наряду с другими пищевыми продуктами и ингредиентами, а грудное вскармливание оценивают, задавая респондентам вопрос о том, по-прежнему ли ребенок находится на грудном вскармливании. Если данные о потреблении грудного молока за предыдущий день или ночь отсутствуют, ребенок получает балл в группе грудного молока, если известно, что ребенок еще полностью не отказался от грудного вскармливания.

В любом случае пищевая группа грудного молока должна учитываться как один балл, вне зависимости от употребленного количества.²⁰

¹⁷ В случае кулинарных полуфабрикатов этот расчет может требовать использования соответствующих коэффициентов выхода для оценки количества, употребленного ребенком. Для блюд на основе молочного порошка количество оценивают на основе эквивалентного количества жидкого молока (т.е. если бы блюдо было приготовлено из жидкого молока).

¹⁸ Под «компонентом» понимают пищевой продукт или ингредиент, употребленный в пищу в определенное время – обычно для него отводят одну строку в файле с описаниями продуктов питания и их ингредиентов.

¹⁹ В некоторых обследованиях грудное молоко включают в файл употребленных в пищу продуктов, но без указания количества. В целях обеспечения стандартного подхода ко всем ситуациям для расчета данного показателя разрешается учитывать любое количество грудного молока.

²⁰ В типовой вопросник ВОЗ 2010 г. включен вопрос: «Получал(а) ли (ИМЯ) грудное молоко вчера днем или ночью?»



**Всемирная организация
здравоохранения**

За дополнительной информацией обращайтесь:

Департамент по питанию для здоровья и развития

Всемирная организация здравоохранения

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Эл. почта: nutrition@who.int

www.who.int/nutrition

ISBN 978 92 4 4513606



9 789244 513606