

## МОЖНО ЛИ СЧИТАТЬ ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ ИНСТРУМЕНТОМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ?

© 2022 г. А. В. Стародубова<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Москва, Россия

<sup>b</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова  
Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия

E-mail: starodubova@ion.ru

Поступила в редакцию 19.04.2021 г.

После доработки 29.09.2021 г.

Принята к публикации 04.10.2021 г.

В статье обсуждаются современные взгляды на здоровое питание как инструмент здоровьесбережения. В 2020 г. в Российской Федерации термин “здоровое питание” был закреплён законодательно. Наличие государственной политики, направленной на обеспечение здорового питания населения, позволяет решать стратегически важные задачи, такие как предотвращение преждевременной смертности и снижение заболеваемости социально значимыми неинфекционными заболеваниями, увеличение продолжительности и повышение качества жизни населения. Рассматриваются первоочередные задачи внедрения здоровьесберегающих технологий в обеспечении пищей и питанием: это всеобщий доступ к приемлемому по цене, сбалансированному и здоровому питанию, обеспечение социальной справедливости и равенства в отношении питания для всех, снижение потребления критически значимых нутриентов (добавленных сахаров, соли и трансизомеров жирных кислот, замена в рационе насыщенных жиров на ненасыщенные), оптимизация модели питания в целом, повышение грамотности в вопросах здорового питания, доступности для населения разнообразной качественной безопасной пищи и медицинской помощи, в том числе диетологической.

**Ключевые слова:** здоровое питание, здоровьесбережение, диета, лечебное питание, критически значимые нутриенты, здоровье.

**DOI:** 10.31857/S0869587322020098

Укрепление и сохранение здоровья населения обеспечивает безопасность человека и государства, является одной из важнейших задач государственной политики. Права человека на жизнь, здоровье, питание и отсутствие голода тесно связаны между собой и закреплены как в международном, так и в национальном законодательстве [1, с. 10].



СТАРОДУБОВА Антонина Владимировна — доктор медицинских наук, заместитель директора по научной и лечебной работе ФИЦ питания и биотехнологии, профессор кафедры факультетской терапии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Благодаря принимаемым мерам в области общественного здравоохранения, продовольственной безопасности, международного сотрудничества в сфере гуманитарной помощи за последние десятилетия снизилась доля людей, страдающих от хронического недоедания (около 800 млн человек). Но до сих пор не решена проблема скрытого голода — дефицита микронутриентов, признаки которого имеются более чем у 2 млрд жителей Земли [2, с. 11]. В то же время одной из важнейших проблем современного здравоохранения стал рост распространённости избыточной массы тела (около 1.9 млрд человек) и ожирения (более 650 млн человек) [3]. При этом наличие ожирения не исключает дефицита эссенциальных микронутриентов, эти состояния часто сочетаются.

Эксперты говорят о “двойном бремени болезней”, связанных с неполноценным питанием. С одной стороны, несмотря на несомненные успехи, достигнутые в борьбе с голодом, по-прежнему велико число людей, страдающих от

недоедания (истощение, задержка роста и низкая масса тела); с другой стороны, неуклонно растёт число людей с избыточной массой тела и ожирением [3, 4]. Среди последствий недоедания следует назвать преждевременную смертность, снижение экономической производительности, рост частоты хронических и острых заболеваний (например, слепоты или задержки роста и развития) [2, с. 166]. Последствиями нездорового питания, переизбытка и избытка массы тела являются ранее формирование и прогрессирование ряда неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые, некоторые виды онкологических заболеваний и сахарный диабет, являющихся ведущими причинами преждевременной смертности в большинстве стран мира.

Социально значимы последствия нарушенного питания в детстве — как голодания, так и ожирения. Около 45% смертей детей в возрасте до 5 лет связаны с недоеданием, а детское ожирение, как правило, приводит к более высокой вероятности ожирения, инвалидности и преждевременной смерти во взрослом возрасте [3].

Можно говорить о том, что проблемы неравного доступа к безопасной и качественной пище, полноценному и сбалансированному питанию в глобальных масштабах до сих пор не решены. Они привлекают внимание таких крупных международных союзов, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Организация Объединённых Наций (ООН), Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО) и др. Считается, что для достижения целей устойчивого развития и снижения распространённости неинфекционных заболеваний (НИЗ) необходимо принять меры по улучшению питания и повышению физической активности населения на всех уровнях — глобальном, региональном и местном [4–8].

Очевидно, что право на пищу, питание и отсутствие голода тесно связано с декларируемым правом каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Формирование и сохранение здоровья невозможно без оптимального питания. Распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19 и связанное с этим введение в 2020 г. различных ограничительных мер способствовали глобальному усилению неравенства в области питания; снижению его качества, прежде всего среди наиболее уязвимых групп населения; сопровождалось усилением нагрузки и повышенными требованиями не только к системе здравоохранения, но и к обеспечению продовольствием, развитию сельского хозяйства во всём мире. Как никогда остро встали вопросы формирования справедливых, гибких и устойчивых систем здравоохранения и продовольственного обеспечения. Формирование оптимальной структуры питания

человека и населения в целом является ключом к сохранению здоровья, способствует профилактике как неинфекционных, так и инфекционных заболеваний, их осложнений и преждевременной смертности, позволяет эффективнее противостоять новым угрозам.

Такие демографические показатели, как рождаемость, смертность, естественный прирост населения, а также уровень заболеваемости и смертности по конкретным нозологическим причинам могут быть связаны с доступностью, безопасностью и качеством пищи. Изменения социально-экономического положения и демографической структуры населения, смещение заболеваемости в сторону социально значимых неинфекционных патологий, обусловленных нарушением питания и обмена веществ, диктуют необходимость постоянного совершенствования и дополнения формулы оптимального питания [3].

**Здоровое питание.** Ещё в глубокой древности в трудах Гиппократ, Авиценны, Пифагора и других мыслителей подчёркивалась важная роль питания в сохранении здоровья. Однако представления о здоровом питании со временем менялись. Сейчас признаётся, что *здоровое, или оптимальное, питание — это то, которое обеспечивает рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствует укреплению его здоровья и профилактике заболеваний* [9, с. 10]. Оно обеспечивает адекватное поступление в организм энергии, пищевых и биологически активных веществ и является основой здоровья и активного долголетия. В 2020 г. в Российской Федерации этот термин был закреплён законодательно: “Здоровое питание — питание, ежедневный рацион которого основывается на принципах здорового питания, отвечает требованиям безопасности и создаёт условия для физического и интеллектуального развития, жизнедеятельности человека и будущих поколений” [10].

Здоровое питание непосредственно связано с представлениями о *здоровом образе жизни* и подразумевает определённый уровень культуры питания, здоровое пищевое поведение, оптимальный режим приёма пищи и соблюдение других базовых правил личной гигиены. Приверженность к такому поведению должна вырабатываться и формироваться в процессе взросления. Широко обсуждается, что для реализации потенциальных возможностей оптимального питания профилактические диетологические вмешательства должны начинаться как можно раньше — в период планирования и ведения беременности, в ранние годы жизни, и чем выше приверженность к принципам здорового питания на всех последующих этапах жизни, тем лучше и очевиднее результат [4, 11, 12].

Основой для оценки эффективности политики в этой области должна стать система монито-

ринга структуры питания детского и взрослого населения России. Эпидемиологические исследования могут быть направлены на выявление нарушений в структуре питания и пищевом статусе различных групп населения, отклонений от современных принципов здорового питания, изучение распространённости и причин развития дефицита макро- и микронутриентов, их взаимосвязи с заболеваемостью и смертностью, наличием избыточной массы тела и ожирения, других факторов риска неинфекционных заболеваний, выявление региональных особенностей [4, 11, 12]. Результаты эпидемиологических и научных исследований позволяют оптимизировать формулу здорового питания. В качестве примера можно привести разработку и утверждение в установленном порядке новых “Норм физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации”, которые аккумулируют новейшие фундаментальные знания, мировой и отечественный опыт [13]. В них “расширен и актуализирован понятийный аппарат, внесены изменения в возрастную периодизацию детского и взрослого населения РФ, коррективы в дифференциацию населения по уровню физической активности, включены рекомендации по снижению потребления критически значимых для здоровья нутриентов, включены рекомендуемые уровни потребления воды (напитков) и представлен комплекс качественно-количественных показателей эталонного кишечного микробиома” [13].

Питание как часть образа жизни, наряду с наследственными, эпигенетическими факторами, факторами окружающей среды, может оказывать влияние на *продолжительность жизни человека*. Так, в экспериментальных работах было показано, что изменение питания у животных (ограничение калорийности без недоедания, потребление белка, снижение поступления метионина и т.п.) способствует увеличению продолжительности жизни. Изучается возможность влияния различных диетологических вмешательств на продолжительность жизни человека [14]. Доказано, что для регионов с высокой продолжительностью жизни и большим числом долгожителей (о. Сардиния в Италии, о. Окинава в Японии и др.) характерно умеренное питание, поддержание нормальной массы тела, высокое потребление овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов и рыбы, богатой омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами ( $\omega$ -3 ПНЖК). В то же время исследователи отмечают, что в этих регионах действуют и другие факторы, связанные с долголетием: регулярная физическая и социальная активность, наличие целей в жизни, почитание религии и духовности [14–16].

Если посмотреть на проблему питания и сохранения жизни в исторической перспективе, то

становится очевидным, что изначально большее внимание уделялось решению ключевых задач, связанных непосредственно с выживанием: борьбе с голодом, инфекционными болезнями, передающимися с пищей, пищевыми токсикоинфекциями, отравлениями, тотальным дефицитом макро- и микронутриентов. Совершенствование санитарно-гигиенических норм и требований, развитие здравоохранения и экономики, реформы систем сельского хозяйства и пищевой промышленности и другие меры позволили преодолеть эти проблемы в большинстве стран мира и значительно снизить число голодающих. В настоящее время окончательному решению этой проблемы препятствуют военные конфликты, глобальное изменение климата и замедление экономического роста [17].

В течение последних десятилетий в Российской Федерации большое внимание уделяется развитию политики в области здорового питания. Если ранее акцент делался на продовольственную безопасность, то сейчас, помимо этого, на *повышение качества пищи*. Реализация соответствующей политики как на федеральном, так и на региональном уровне направлена прежде всего на достижение национальных целей развития (здоровье и благополучие людей, комфортная и безопасная среда для жизни, сохранение населения) [18] и подразумевает повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет, устойчивый естественный рост численности населения, снижение смертности, заболеваемости социально значимыми неинфекционными заболеваниями, в конечном счёте – повышение качества жизни населения [18, 19].

**Питание и неинфекционные заболевания.** Наибольший практический и научный интерес в настоящее время представляет решение задачи по снижению заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний за счёт изменения питания населения. Лишь около полувека назад начали изучать взаимосвязь между потреблением определённых макро- и микронутриентов и риском возникновения неинфекционных заболеваний. С конца прошлого века началось проведение широкомасштабных эпидемиологических исследований по изучению влияния, которое оказывают питание и образ жизни на здоровье населения [20]. Однако до сих пор целый ряд нерешённых методологических проблем не позволяет ответить на вопросы, касающиеся кратко- и долгосрочного влияния полноценного или неполноценного питания на риск возникновения определённых заболеваний и продолжительность жизни человека.

Широко обсуждается взаимосвязь *потребления отдельных критически значимых нутриентов* и повышения заболеваемости, а также преждевременной смертности. Прежде всего речь идёт о со-

циально значимых неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, сахарный диабет 2 типа, ожирение и некоторые виды онкологических заболеваний. Например, выявлено неблагоприятное влияние высокого потребления натрия (пищевой соли) на состояние здоровья: оно приводит к повышению артериального давления, риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, смертности вследствие болезней почек и др. [21, с. 1654]. По данным программы “Глобальное бремя болезней” (Global Burden of Disease), около трёх миллионов смертей в год связаны с избыточным потреблением пищевой соли [22]. К критически значимым нутриентам, помимо натрия, относят насыщенные жиры, трансизомеры жирных кислот и добавленные сахара (моно- и дисахариды, за исключением сахара из переработанных фруктов и молока).

Согласно современным научным представлениям жиры по-разному влияют на риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Наибольшее снижение этого риска отмечено при замене насыщенных на моно- и полиненасыщенные жиры, например, такие как полиненасыщенные жирные кислоты семейств омега 6 и омега 3. Также установлено, что избыточное потребление трансизомеров жирных кислот в продуктах промышленного производства ассоциировано с более высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому рекомендуется значительно снизить или полностью отказаться от употребления таких продуктов [23, с. 423].

Избыточное потребление добавленных сахаров также приводит к неблагоприятным последствиям для здоровья: способствует увеличению общей калорийности рациона, появлению метаболических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа – гипертриглицеридемии, гиперхолестеринемии и инсулинорезистентности [24–26]. Кроме того, установлено, что употребление сахаросодержащих напитков ассоциировано с более высоким кардиометаболическим риском, чем изокалорийных количеств сложных углеводов [24, 26].

Активно изучается проблема недостаточного потребления пищевых волокон [27]. Во многих странах мира потребление пищевых волокон остаётся ниже рекомендованных уровней. В то же время предполагается, что пищевые волокна могут играть значимую роль в профилактике различных хронических заболеваний (серечно-сосудистых, онкологических, сахарного диабета 2 типа, заболеваний желудочно-кишечного тракта и др.) и преждевременной смертности от них, но выраженность эффекта может зависеть от типа волокон (общие, растворимые и нерастворимые) и их источника (фрукты, овощи, цельнозерновые, бобовые, картофель и корнеплоды). Предлагаются различные варианты повышения доли

пищевых волокон в рационе: увеличение потребления овощей и фруктов, цельнозерновых продуктов, бобовых, обогащённых и специализированных пищевых продуктов. В крупномасштабном проспективном когортном исследовании NutriNet-Santé (2009–2019) было показано, что повышенное потребление пищевых волокон, особенно растворимых и из фруктов, связано со снижением риска заболеваемости сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями (колоректальный рак и рак молочных желёз) и сахарным диабетом 2 типа, а также онкологической и сердечнососудистой смертности [28]. По данным “Глобального бремени болезней”, сейчас в мире около 3 млн смертей в год связано с недостаточным потреблением цельнозерновых продуктов и около 2 млн – с недостаточным потреблением фруктов [22]. При этом, как свидетельствуют данные Росстата за 2019 г., в России фрукты и овощи ежедневно употребляли только 41 и 54% населения соответственно [19, с. 38].

В настоящее время изучается вклад потребления определённых пищевых продуктов или их групп (фрукты, овощи, цельнозерновые и злаки, орехи, бобовые, яйца, молочные продукты, рыба, красное мясо, переработанные мясные продукты, растительные масла (оливковое масло), сахаросодержащие напитки и др.) в профилактику и лечение различных заболеваний. Например, в одном из систематических обзоров с метаанализом проспективных данных было продемонстрировано, что предпочтительное потребление определённых групп пищевых продуктов влияет на общую смертность: повышение потребления (на каждую дневную порцию) цельнозерновых, овощей, фруктов, орехов и рыбы связано со снижением общей смертности, а высокое потребление красного и переработанного мяса – с повышением смертности от всех причин. Оптимальное потребление пищевых продуктов первой группы, то есть снижающих риск, приводит к сокращению смертности от всех причин на 56%, тогда как потребление продуктов второй группы двукратно повышает риск смертности от всех причин [29, с. 690].

**Модель питания (пищевой паттерн).** Сейчас эксперты уделяют особое внимание изучению влияния на здоровье различных моделей питания (или пищевых паттернов). Это новое перспективное направление в современной науке о питании [30, с. 89]. *Модель питания* описывает питание в целом (пищевые продукты, группы пищевых продуктов и пищевые вещества), её можно определить как количество, соотношение, сочетание, разнообразие и комбинации различных пищевых продуктов и напитков в рационе и частоту, с которой они обычно потребляются [31].

Использование данного термина основано на утверждении, что общая энергетическая ценность рациона каждого человека относительно

стабильна, а изменения в диетических привычках обычно характеризуются эффектами замещения, когда высокое потребление определённых пищевых продуктов сопровождается меньшим потреблением другой пищи. Комплексный подход позволяет учитывать множество факторов, в том числе неоднородность рациона, взаимодействие пищевых веществ и связь между выбором различных продуктов. *Модель питания оказывает большее влияние на риск возникновения определённых заболеваний и преждевременную смертность, чем отдельные компоненты рациона питания* [32].

Пищевые паттерны активно изучаются как в интервенционных научных исследованиях, когда потребление пищи регулируется напрямую, так и в наблюдательных исследованиях, когда проводится оценка фактического питания на основании опроса или регистрации/саморегистрации данных. При этом могут применяться заранее установленные индексы для определения конкретных моделей питания, например, позволяющие оценить соответствие определённым диетическим рекомендациям. Для характеристики основных моделей питания могут использоваться методы многомерного статистического анализа. Оба подхода позволяют ранжировать и количественно оценивать приверженность участников исследования тем или иным моделям питания и, соответственно, выявлять связь модели с риском заболеваний. Каждый из подходов имеет свои преимущества и недостатки [32].

Наиболее известные и хорошо изученные модели питания – средиземноморская диета и “Диетологические подходы к борьбе с артериальной гипертензией” (DASH). Активно исследуется влияние на заболеваемость и смертность от неинфекционных патологий, на общую смертность скандинавской, палеолитической, вегетарианской и веганской диет, рационов с высокими противовоспалительными и гликемическими индексами, с высоким содержанием красного мяса и переработанных мясных продуктов, простых углеводов, насыщенных жирных кислот, низким содержанием пищевых волокон и др. [14–16]. Установлено, что приверженность средиземноморской и другим диетам, содержащим цельнозерновые продукты, овощи, фрукты, орехи, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты ( $\omega$ -3 ПНЖК), кофе и зелёный чай, связана с меньшей частотой сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска (например, повышенного артериального давления и атерогенной дислипидемии), сахарного диабета, онкологических и других алиментарно-зависимых неинфекционных заболеваний и метаболических нарушений, когнитивных расстройств и депрессии, со снижением риска смерти от всех причин [33–35]. В последнее время высказываются предположения о том, что более высокая заболеваемость и смерт-

ность от новой коронавирусной инфекции COVID-19 в отдельных регионах Испании объясняется низкой приверженностью средиземноморской диете. Как предполагается, эта диета обладает противовоспалительным эффектом, обусловленным высоким содержанием полифенолов [36, с. 591964].

**Лечебное питание.** Для людей, страдающих теми или иными заболеваниями, оптимальным признаётся *лечебное питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учётом механизмов развития болезни, особенно течения основного и сопутствующего заболеваний и направленное на решение профилактических и лечебных задач.* Согласно действующему законодательству, такое питание – неотъемлемый компонент лечебного процесса и профилактических мероприятий [37].

В клинической практике очень распространены различные нарушения пищевого статуса, часто встречаются ожирение [38, с. 32], саркопеническое ожирение с дефицитом скелетно-мышечной массы, истощение, недостаточная обеспеченность витаминами и микроэлементами [39, 40]. Нарушение пищевого статуса, например наличие белково-энергетической недостаточности, негативно влияет на исход лечения. С лечебной целью могут назначаться различные пищевые рационы с установленным химическим составом, энергетической ценностью, включающие определённые продукты, – стандартные, специализированные или индивидуальные диеты [41, приложение 4].

В последние десятилетия наряду с установлением значимости общей энергетической ценности рациона, белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов, в профилактике и лечении заболеваний стала активно изучаться роль специализированных пищевых продуктов, биологически активных добавок к пище, различных биологически активных веществ и соединений, минорных компонентов пищи [42]. *Специализированные пищевые продукты для диетического лечебного питания* – это продукты с установленным химическим составом, энергетической ценностью и физическими свойствами, доказанным лечебным эффектом, которые оказывают специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма [38]. Внедрение современных медицинских технологий – применение специализированных продуктов лечебного и профилактического питания с заданными свойствами – позволило значительно расширить возможности диетотерапии, модифицировать и индивидуализировать лечебные рационы.

Согласно Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю “Диетология” она может оказываться в виде первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи, амбулаторно, стационарно или в дневном стационаре [43, 44]. Первичная медико-санитарная помощь включает первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказываемую в амбулаторных условиях или в дневном стационаре, консультирование по вопросам здорового питания как компонента здорового образа жизни, диетического профилактического и лечебного питания, оценку пищевого статуса. Санитарно-гигиеническое просвещение может осуществлять участковый врач-терапевт или врач-педиатр, врач общей практики (семейный врач) или врач-диетолог медицинской организации. К сожалению, в настоящее время оказание первичной специализированной медико-санитарной диетологической помощи на практике в полной мере не реализовано.

При наличии медицинских показаний и невозможности лечения больного в рамках первичной медико-санитарной помощи пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь. На этом уровне (профилактика, диагностика, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, организация диетического питания, а также медицинская реабилитация и диетологическое консультирование) пациентом занимается врач-диетолог, как правило, в условиях стационара.

В настоящее время активно развивается и внедряется нутритивная и нутритивно-метаболическая поддержка, энтеральное и парентеральное питание, перспективным признаётся широкое внедрение домашнего клинического питания [45].

**Персонализированная диетология.** Наиболее перспективным направлением считается персонализированное питание и диетотерапия, которые подразумевают применение новейших медицинских технологий диагностики и коррекции пищевого статуса, разработку и назначение персонального рациона питания с учётом индивидуальных особенностей, сопутствующих заболеваний, потребностей в энергии, макро- и микронутриентах, включение в рацион специализированных пищевых продуктов заданного действия и витаминно-минеральных комплексов, длительное ведение пациента врачом-диетологом с возможностью мониторинга, контроля и коррекции результатов терапии, применение комплексного подхода в диагностике и лечении. Цель *персонализированных диетологических вмешательств* — положительное влияние на здоровье и качество

жизни за счёт долгосрочных изменений питания и пищевого поведения.

Основой для развития персонализированной медицины и диетологии служат современные достижения медицины, науки и техники, широкое распространение генетических исследований, появление новых методов молекулярной диагностики — омиксных технологий (геномика, протеомика, транскриптомика, метаболомика, метагеномика) — наряду с совершенствованием методов биоинформационного анализа данных.

Персонализация питания предполагает индивидуальный анализ фактического потребления пищи, оценку индивидуальных фенотипических особенностей, а также генетические (молекулярно-диагностические) исследования [2, с. 243]. Регулярные консультации врача-диетолога позволяют повысить приверженность пациентов к оптимальному питанию, эффективность диетотерапии. Персонализированный подход, включающий составление индивидуальных рационов, востребован в условиях реальной клинической практики, однако он используется преимущественно в числе платных медицинских услуг, а значит, остаётся малодоступным для большинства пациентов.

Для широкого внедрения в клиническую практику индивидуализированных подходов и методов диетологии необходимо преодолеть ряд методических, научных, организационных, экономических и кадровых проблем.

**Грамотность населения в вопросах здорового питания.** Широкая распространённость нарушений структуры питания и пищевого статуса, алиментарно-зависимых заболеваний свидетельствует о слабой осведомлённости населения о принципах здорового питания и приверженности им. Неотъемлемыми компонентами профилактических и лечебных программ в этой области являются просвещение населения, обучение умению делать самостоятельный правильный выбор пищевых продуктов и блюд на регулярной основе, планировать рацион питания и покупки, готовить и сервировать пищу [46–48].

Максимальный охват аудитории может быть обеспечен за счёт средств массовой информации и социальных сетей при условии передачи проверенных и научно обоснованных сведений, благодаря специально разработанным образовательным программам, посвящённым здоровому образу жизни и правильному питанию для разных групп населения [29, 49].

Выделяют несколько направлений реализации образовательных программ по здоровому питанию и здоровому образу жизни как для населения, так и для специалистов в области питания:

- *информационное* обеспечивает высокое качество доступной и легко воспринимаемой информации для широких слоёв населения, передачу

медицинских и гигиенических знаний различными средствами, в том числе через СМИ (пропаганда здорового питания);

- *образовательное*, в рамках которого разрабатываются и реализуются воспитательные и обучающие программы для разных целевых групп;
- *педагогическое* — по разработке и реализации индивидуальных и групповых программ обучения;
- *координационное*, когда координируется деятельность в области политики здорового питания и здоровьесбережения различных общественных групп и структур [47, 48].

Наиболее трудные вопросы, связанные с формированием “пищевой грамотности”, — отсутствие надёжных инструментов оценки уровня знаний в области здорового питания и качества образовательных программ для населения по здоровому образу жизни и питанию, а также сложности создания высокоэффективных обучающих программ, максимально адаптированных для целевых групп и направленных прежде всего на устранение пробелов в знаниях, умениях, навыках и компетенциях, то есть на достижение конечного результата — высокой приверженности здоровому питанию в реальной жизни и снижения риска возникновения алиментарно-зависимых заболеваний [49, с. 2406].

Считается, что повышение осведомлённости граждан в вопросах здорового питания будет способствовать *распространению культуры здорового питания* и позволит улучшить структуру питания населения. В рамках федерального проекта “Укрепление общественного здоровья” национального проекта “Демография” создаётся информационно-просветительская среда, способствующая распространению знаний о здоровом образе жизни и питании. Проводятся информационные кампании и разрабатываются современные научно обоснованные адресные обучающие (просветительские) программы, ориентированные на разные группы населения, в том числе на детей и подростков. Помимо теоретических знаний, акцент делается на развитие умения составить меню, спланировать и осуществить закупки с учётом бюджетных возможностей, читать этикетку товара, совершенствование кулинарного мастерства. Подобные мероприятия должны способствовать формированию у населения осознанного отношения к своему здоровью, приверженности здоровому образу жизни, развитию культуры здорового питания, обеспечивающей ликвидацию микронутриентной недостаточности, снижение потребления критически значимых для здоровья населения пищевых веществ (пищевая соль, сахара, жиры, включая жиры с насыщенными жирными кислотами и трансизомерами жирных кислот), увеличение потребления

овощей и фруктов и как следствие — профилактике алиментарно-зависимых заболеваний.

**Дальнейшее развитие технологий здоровьесбережения** предполагает проведение научных исследований в этой области, поскольку принимаемые политические решения должны иметь прочную доказательную базу, а обеспечение мониторинга, в том числе в ходе эпидемиологических исследований, позволит оценить эффективность проводимых мероприятий. Улучшению питания, прежде всего наиболее уязвимых групп населения, и уменьшению социального неравенства в сфере потребления пищевых продуктов будут способствовать и меры государственной социально-экономической политики.

Важную роль в продовольственном обеспечении населения играет агропромышленный сектор страны, развитие которого также требует постоянной научной поддержки, проведения разнообразных исследований. Помимо увеличения плодородия, расширения разнообразия производимой продукции, повышения её качества и безопасности, сейчас особое внимание уделяется *формированию устойчивых систем продовольственного обеспечения* и экологическим вопросам.

По словам академика РАН В.А. Тутельяна, не теряют своей актуальности медицинские требования к пищевой промышленности. Прежде всего имеется в виду необходимость решения проблемы дефицита или недостаточной обеспеченности микронутриентами — скрытого голода. Международный и российский опыт показывает высокую эффективность и социальную значимость обогащения пищевых продуктов промышленного производства кальцием, йодом, железом, фолиевой кислотой, витаминами А, В12 и другими, а также функциональными компонентами пищи. На борьбу с преждевременной смертностью от неинфекционных заболеваний направлено снижение содержания добавленного сахара, животных жиров, трансизомеров жирных кислот и пищевой соли в пищевых продуктах промышленного производства, то есть изменение традиционных рецептов и промышленных технологий.

\* \* \*

Таким образом, возможность использования питания как инструмента здоровьесбережения как на индивидуальном, так и на государственном уровне не вызывает сомнений. Меры государственной политики, направленные на оптимизацию питания населения, доказали свою эффективность [29]. Определены первоочередные задачи внедрения здоровьесберегающих технологий в питание: это всеобщий доступ к приемлемому по цене, сбалансированному и здоровому питанию, обеспечение социальной справедливо-

сти и равенства в отношении питания для всех, снижение потребления критически значимых нутриентов (добавленных сахаров, соли и транс-изомеров жирных кислот, замена в рационе насыщенных жиров на ненасыщенные), изменение модели питания в целом, повышение грамотности в вопросах оптимального/здорового питания, доступности для населения разнообразной, качественной и безопасной пищи, а также медицинской помощи, в том числе диетологической.

Государственная политика, ориентированная на здоровое питание населения и профилактику ассоциированных заболеваний, позволяет решать стратегически важные задачи, среди которых предотвращение преждевременной смертности и снижение заболеваемости социально значимыми неинфекционными заболеваниями, увеличение продолжительности и повышение качества жизни людей. Сохранение здоровья и увеличение продолжительности жизни населения путём оптимизации питания предполагает межведомственное и межсекторальное взаимодействие, координацию деятельности учёных, преподавателей, врачей, экономистов, специалистов агропромышленного комплекса и пищевой промышленности, а также надзор в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Оптимальное питание лежит в основе лечебного питания и диетотерапии различных заболеваний. Внедрение новейших медицинских технологий диагностики и коррекции пищевого статуса, диетотерапия с применением специализированных пищевых продуктов и витаминно-минеральных комплексов, лечение алиментарно-зависимых заболеваний и совершенствование организации медицинской помощи по диетологии способствуют сохранению и улучшению здоровья населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Право на достаточное питание. Изложение фактов № 34 ООН/УВКПЧ/ФАО.2010. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34ru.pdf> (дата обращения 01.03.2021).
2. Eggersdorfer M., Kraemer K., Cordaro J.B. et al. Good Nutrition: Perspectives for the 21st Century. Basel: Karger, 2016. P. I–X.
3. Obesity and overweight. Fact sheets. WHO. 9 June 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (дата обращения 01.03.2021).
4. Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Батулин А.К. и др. Нутриом как направление “главного удара”: определение физиологических потребностей в макро- и микронутриентах, минорных биологически активных веществах пищи // Вопросы питания. 2020. № 4. С. 24–34.
5. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. Geneva: WHO, 2013. P. 29–33.
6. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? Geneva: WHO, 2011. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf) (дата обращения 01.03.2021).
7. Lang T., Mason P. Sustainable diet policy development: implications of multi-criteria and other approaches, 2008–2017 // Proc. Nutr. Soc. 2018. № 77(3). P. 331–346.
8. WHO European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/294475/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-ru.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/294475/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-ru.pdf) (дата обращения 01.03.2021).
9. К здоровой России. Здоровое питание: план действий по разработке региональных программ в России. Руководство / Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2001. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108434/E73401R.pdf>
10. Федеральный закон от 01.03.2020 № 47-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “О качестве и безопасности пищевых продуктов” и статью 37 Федерального закона “Об образовании в Российской Федерации”».
11. Тутельян В.А. К 90-летию Института питания: Взгляд сквозь годы // Вопросы питания. 2020. № 4. С. 8–23.
12. Никитюк Д.Б. Антропонурициология: развитие идей основоположников нового научного направления // Вопросы питания. 2020. № 4. С. 82–88.
13. Попова А.Ю., Тутельян В.А., Никитюк Д.Б. О новых (2021) Нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации // Вопросы питания. 2021. № 4. С. 6–19.
14. Ekmekcioglu C. Nutrition and longevity – From mechanisms to uncertainties // Crit. Rev. Food Sci. Nutr. 2020. № 60(18). P. 3063–3082.
15. Medina-Remón A., Kirwan R., Lamuela-Raventós R.M., Estruch R. Dietary patterns and the risk of obesity, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular diseases, asthma, and neurodegenerative diseases // Crit. Rev. Food Sci. Nutr. 2017. № 58. P. 262–296.
16. Pignatti C., D’Adamo S., Stefanelli C. Nutrients and Pathways that Regulate Health Span and Life Span // Geriatrics (Basel). 2020. № 5(4). P. 1–28.
17. Сахнин А. Количество голодных в мире выросло на 60 млн человек за пять лет. Пандемия COVID-19 только ускорит рост их числа // Ведомости. 22.07.2020 <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2020/07/22/835100-kolichestvo-golodnih>
18. Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 “О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года”.
19. О состоянии здорового питания в Российской Федерации: Доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020.
20. Astley S., Finglas P. Nutrition and Health. In Reference Module in Food Science. Amsterdam: Elsevier, 2016.



21. *Malta D., Petersen K.S., Johnson C. et al.* High sodium intake increases blood pressure and risk of kidney disease. From the Science of Salt: A regularly updated systematic review of salt and health outcomes (August 2016 to March 2017) // *J. Clin. Hypertens (Greenwich)*. 2018. № 20(12). P. 1654–1665.
22. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study // *Lancet*. 2019. № 393(10184). P. 1958–1972.
23. *Wang D.D., Hu F.B.* Dietary Fat and Risk of Cardiovascular Disease: Recent Controversies and Advances // *Annu. Rev. Nutr.* 2017. № 37. P. 423–446.
24. *Micha R., Shulkin M.L., Peñalvo J.L. et al.* Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: Systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE) // *PLoS One*. 2017. № 12. P. e0175149.
25. *Stanhope K.L., Goran M.I., Bosy-Westphal A.* Pathways and mechanisms linking dietary components to cardiometabolic disease: thinking beyond calories // *Obes. Rev.* 2018. № 19. P. 1205–1235.
26. World Health Organization. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. Geneva: WHO, 2015.
27. *Stephen A.M., Champ M.M., Cloran S.J.* Dietary fibre in Europe: current state of knowledge on definitions, sources, recommendations, intakes and relationships to health // *Nutr. Res. Rev.* 2017. № 30(2). P. 149–190.
28. *Partula V., Deschasaux M., Druesne-Pecollo N.* Associations between consumption of dietary fibers and the risk of cardiovascular diseases, cancers, type 2 diabetes, and mortality in the prospective NutriNet-Santé cohort // *Am. J. Clin. Nutr.* 2020. № 112(1). P. 195–207.
29. *Yu-Han Chiu, Chavarro J.E., Dickerman B.A. et al.* Estimating the effect of nutritional interventions using observational data: the American Heart Association’s 2020 Dietary Goals and mortality // *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2021. № 114 (2). P. 690–703.
30. *Carla M.* Mindful Eating With Diabetes // *Diabetes Spectrum*. 2017. № 30. P. 89–94.
31. *Hu F.B.* Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology // *Curr. Opin. Lipidol.* 2002. № 13. P. 3–9.
32. *Schulze M.B., Martı́nez-González M.A., Fung T.T. et al.* Food based dietary patterns and chronic disease prevention // *BMJ*. 2018. № 361. P. k2396.
33. *Morze J., Danielewicz A., Przybyłowicz K.* An updated systematic review and meta-analysis on adherence to mediterranean diet and risk of cancer // *Eur. J. Nutr.* 2021. № 60. P. 1561–1586.
34. *Papadaki A., Nolen-Doerr E., Mantzoros C.S.* The Effect of the Mediterranean Diet on Metabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials in Adults // *Nutrients*. 2020. № 12. P. 3342.
35. *Sánchez-Sánchez M.L., García-Vigara A., Hidalgo-Mora J.J. et al.* Mediterranean diet and health: A systematic review of epidemiological studies and intervention trials // *Maturitas*. 2020. № 136. P. 25–37.
36. *Greene M.W., Roberts A.P., Frugé A.D.* Negative Association Between Mediterranean Diet Adherence and COVID-19 Cases and Related Deaths in Spain and 23 OECD Countries: An Ecological Study // *Frontiers in Nutrition*. 2021. № 8. P. 591964.
37. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (с изменениями и дополнениями, вступил в силу с 01.01.2021).
38. *Стародубова А.В., Стародубов В.И.* Тенденции, возрастные и региональные особенности заболеваемости ожирением населения Российской Федерации в 1992–2012 гг. // *Профилактическая медицина*. 2017. № 6. С. 32–40.
39. *Шарафетдинов Х.Х., Коденцова В.М., Вржесинская О.А.* Витаминный статус пациентов с некоторыми хроническими неинфекционными заболеваниями // *Клиническое питание и метаболизм*. 2020. № 3. С. 105–116.
40. *Жилинская Н.В.* Обогащённая молочная продукция – основной тренд коррекции дефицита микронутриентов: научные исследования и промышленное внедрение // *Молочная промышленность*. 2020. № 6. С. 32–34.
41. Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. № 330 “О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации” с изменениями и дополнениями от 7 октября 2005 г., 10 января, 26 апреля 2006 г., 21 июня 2013 г., 24 ноября 2016 г. Зарегистрировано в Минюсте России 12.09.2003. № 5073.
42. *Кочеткова А.А., Воробьёва В.М., Смирнова Е.А., Воробьёва И.С.* Обогащённые, специализированные и функциональные пищевые продукты: роль в питании, законодательная база // *Пищевые ингредиенты в создании современных продуктов питания / Под ред. В.А. Тутельяна, А.П. Нечаева. М.: ДеЛи плюс, 2014. С. 141–154.*
43. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 920н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “Диетология”.
44. *Гречко А.В., Евдокимов Е.А., Котенко О.Н. и др.* Нутритивная поддержка пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 // *Клиническое питание и метаболизм*. 2020. № 2. С. 56–91.
45. *Крылов К.Ю., Петрова М.В., Шестопалов А.Е. и др.* Домашнее клиническое питание и перспективы его развития // *Клиническое питание и метаболизм*. 2020. № 2. С. 92–98.
46. *Begley A., Paynter E., Butcher L.M., Dhaliwal S.S.* Examining the Association between Food Literacy and Food Insecurity // *Nutrients*. 2019. № 11. P. 445.
47. *Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Погожева А.В.* Образовательные (просветительские) программы для молодёжи в области здорового питания // *Актуальные проблемы образования и здоровья обучающихся / Под ред. В.И. Стародубова, В.А. Тутельяна. Воронеж: ИПЦ “Научная книга”, 2020. С. 25–42.*
48. *Погожева А.В., Смирнова Е.А.* К здоровью нации через многоуровневые образовательные программы для населения в области оптимального питания // *Вопросы питания*. 2020. № 4 (89). С. 262–272.
49. *Perry E.A., Thomas H., Samra H.R. et al.* Identifying attributes of food literacy: A scoping review // *Public Health Nutr.* 2017. № 20(13). P. 2406–2415.