

ВЫЗОВЫ XXI ВЕКА: СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Арутюнян Б.Н.

НИИ курортологии и физической медицины МЗ РА, Ереван, Армения
Академия медико-технических наук Российской Федерации

Современное состояние проблемы

Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), разработанная Европейским Региональным Комитетом ВОЗ на базе широких консультаций со странами, независимыми экспертами, неправительственными организациями и другими заинтересованными сторонами, является неотъемлемой частью и дальнейшим развитием обновленной рамочной программы “Здоровье для всех”, в которой учтен опыт, приобретенный в ходе проведения комплексной программы CINDI, охватывающей ряд стран Евросоюза [5,6,107]. В итоговом документе – второй редакции программы, принятой на встрече Национальных координаторов ВОЗ по Европейской Стратегии в области неинфекционных заболеваний [5] подчеркивается, что цель стратегии – сократить бремя заболеваемости НИЗ, повысить уровень качества жизни и сделать продолжительность здоровой жизни в Европе более равнодоступной. Стратегия ставит перед собой две задачи: принятие комплексных мер в отношении факторов риска и лежащих в их основе детерминант и укрепление систем здравоохранения с целью улучшения профилактики НИЗ и борьбы с ними [5,6,8-10]. Одновременно, Европейская стратегия по своим основополагающим принципам и методологии реализации созвучна с “Глобальной Стратегией по питанию, физической активности и здоровью”, принятой в 2004г. Седьмой Всемирной Ассамблеей ВОЗ и включающей проблему борьбы с двумя факторами риска неинфекционных заболеваний - нездоровым рационом питания и недостаточной физической активностью. Согласно результатам клинико-эпидемиологических исследований, одной из наиболее приоритетных проблем общественного здравоохранения XXI-го столетия, как в глобальном масштабе, так для Европейского региона, является проблема избыточной массы тела. Существенно, что наметившаяся за последние два десятилетия тенденция резкого увеличения распространенности ожирения среди населения постепенно начинает приобретать характер масштабной эпидемии [1,2,9,11,90]. По существующим прогнозам, при отсутствии радикального решения проблемы прогрессирующего нарастания темпов ожирения, к 2010 г. в странах Евросоюза от него будут страдать 150 млн. взрослых и 15 млн. детей и подростков [8,100-102].

По данным ВОЗ в странах Европейского региона от проблемы избыточного веса страдают от 30% до 80% взрослого населения и до одной трети детей [5,35,36]. Значимость проблемы ожирения определяется также угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни [59,84]. Выявлена зависимость между избыточной массой тела, ожирением, недостаточной физической активностью и повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста [60,70,98,102].

Установлено, что указанный контингент требует более интенсивного лечения по сравнению с пациентами той же патологии, но с нормальной массой тела [16,29].

Неуклонно нарастающие процессы глобализации и урбанизации, как и недостаточная эффективность контроля над рынком продуктов питания [30,97], повышение потребления энергетически богатых продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли при недостаточном употреблении фруктов, овощей [10,15,17,28,38,87,95], как и пониженный уровень физической активности на дому, на рабочем месте, во время отдыха, на транспорте [23,24,41,51,57,64,85,104], наблюдаемый, особенно часто, среди населения с низким и средним уровнем социального обеспечения, [38,49,66,82] создают благоприятные условия для повышения процента лиц с избыточной массой тела и висцеральным ожирением, сопровождающимся ишемическими поражениями миокарда и метаболическим синдромом [3,18,27,34,35,40,65,72,81,88,92,105,106].

Различия в степени значимости указанных факторов риска и последствий их воздействия на здоровье населения на популяционном уровне, в основном, объясняются разницей во времени и интенсивностью указанных изменений на национальном и глобальном уровнях, при этом, особую озабоченность вызывают нездоровые рационы питания и пониженная физическая активность детей и подростков [7,17,95].

Акцентируется проблема фактора гиподинамии, обусловленная внедрением технических средств передвижения и трудовой деятельности человека в городах и поселках городского типа, где проживает 3/4 населения Европы и США [43,47]. Избыточная масса тела является причиной значительной доли общего бремени болезней в Европейском регионе, где на эту проблему ежегодно приходится свыше 1 млн. смертей и 12 млн. жизни с неудовлетворительным состоянием здоровья [12,13,19,73,100]. Актуальность проблемы ожирения и пониженной двигательной активности подтверждается результатами многочисленных крупномасштабных, многоцентровых исследований, рассматривающих их в качестве факторов риска развития ИБС, инсульта, артериальной гипертензии, сахарного диабета II типа, как и их различных сочетаний [27,33,45,50,55,63,78,79,86,94,96,101]. Избыточная масса тела в сочетании с другими факторами риска значительно усугубляет течение сердечно-сосудистых заболеваний и ухудшает их прогноз [52,89,106]. Ожирению придают столь важное значение, что в ряде экономически развитых стран их выделяют, как ведущую, из потенциально устранимых причин преждевременной смерти [62,77]. Являясь независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирение тесно взаимосвязано и с дислипидемией, артериальной гипертензией, нарушенной толерантностью к глюкозе и др. [58,72,89].

Большое значение имеет не только степень ожирения, но и характер распределения подкожно-жировой клетчатки, при этом, прогностически неблагоприятным и опасным представляется центральное (абдоминальное) ожирение [4,50,52,91]. Именно, центральное (абдоминальное) ожирение ответственно за развитие дислипидемий и НИЗ, независимо от выраженности самого ожирения [19,22,42,47,48].

Аккумуляция преимущественно висцерального жира достоверно коррелирует с выраженной гиперинсулинемией, высокой частотой нарушения толерантности к глюкозе, развитием атерогенных сдвигов в плазме крови, по сравнению с лицами с низким накоплением висцерального жира, которые характеризуются практически нормальным метаболизмом [39,44,54,68,83]. Обращает на себя внимание тот факт, что даже в странах с традиционно низкими уровнями избыточного веса и ожирения, распространенность ожирения, начиная с 80-х годов м.в. возросла более чем в три раза. Результаты популяционных и клинко-эпидемиологических исследований свидетельствуют о существенном увеличении за последние пять лет числа лиц с избыточной массой тела среди населения Соединенном Королевстве, Дании, Франции, Швейцарии, Венгрии и других странах Европейского региона [5,101].

Повышенный риск, связанный с ожирением, во многом, обусловлен высокой частотой коронарных и церебральных расстройств у тучных людей [56]. Исследования показали, что гипертензия, ожирение, дислипидемия и инсулинорезистентность приводят к более обширному некротическому поражению миокарда и частому развитию осложнений. Проведение профилактических мер в отношении вышеперечисленных факторов риска способствует уменьшению размеров очага некроза, понижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [14,23,37,67,69,93]. Установлено, что 70% населения в странах Евросоюза имеют уровень физической активности ниже рекомендуемого. В последнее десятилетие было отмечено снижение уровня физической активности населения, главным образом, по причине недостаточного формирования устойчивой привычки к адекватной двигательной активности и, в целом, более активному образу жизни [11]. Доказано, что физическая активность оказывает положительный эффект независимо от степени избыточной массы тела; регулярная физическая активность и нормальная масса тела уменьшают риск развития сердечно-сосудистых болезней [53,61,74]. По мнению международных экспертов, человеку необходимо уделять не менее получаса умеренно интенсивной физической активности, ежедневно, в течение большей части недели. Получены убедительные данные о том, что наиболее значительный благотворный эффект физической активности заключается в положительном влиянии на многие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая артериальную гипертензию, избыточную массу тела, ожирение, содержание холестерина в крови и др. [20,41]. Установлено, что риск развития ИБС и инсульта у людей ведущих малоподвижный образ жизни вдвое выше, чем у физически активных [32]. Выявлено, что свыше 75% случаев диабета второго типа ассоциируется с избыточной массой тела и гипокинезией. Ежегодно на ожирение приходится около 80% больных сахарным диабетом II типа, 35% больных от ИБС и 55% случаев артериальной гипертензии [51,80,101].

Таким образом, на основе данных изучения факторов риска развития, особенно висцерального ожирения, выявления его и использование превентивных мер борьбы с избыточной массой тела, начиная со школьного возраста фактически способствует снижению уровня заболеваемости сахарным диабетом II типа ИБС, артериальной гипертензией, ишемическим инсультом и их осложнениями.

Изучение возрастной структуры лиц с избыточной массой тела вскрыло опасную тенденцию показателя детского ожирения [25]. На сегодня, указанный показатель на порядок превышает уровень, зарегистрированный в 70-х годах, что естественно повышает процент ожирения среди взрослых, создавая растущую проблему для здоровья следующего поколения.

С этим сопряжены повышение расходов на здравоохранение, снижение трудоспособности и продуктивности людей, а также падение их доходов. Уже сегодня в Европейском регионе на долю ожирения приходится до 6% национальных расходов различных стран [11,101].

Инвестирование в решение проблем неинфекционных заболеваний и, главным образом, сердечно-сосудистых заболеваний, в значительной мере, улучшило бы состояние здоровья населения и экономическую ситуацию многих стран с низким и средним уровнем дохода. Аналогичным образом, концентрация на профилактике и подходе с учетом более широких детерминант здоровья с целью улучшения состояния здоровья всего населения и сокращения неравенства в вопросах здоровья рассматривается, как важнейший фактор в странах с высоким уровнем дохода, пытающихся сократить экспоненциально растущие расходы на здравоохранение.

В указанном плане, приоритетами являются: сокращение бремени неинфекционных заболеваний, повышение качества жизни, увеличение продолжительности здоровой жизни и ее большей равнодоступности [5,99-105]. Департаментом здравоохранения Соединенного Королевства показано, что если нынешние тенденции распространенности ожирения не будут приостановлены, то к 2050 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди мужчин будет на 5 лет меньше [21,28].

По определению ВОЗ “здоровье” характеризуется как состояние или качество организма, обеспечивающее его активное функционирование в данных условиях.

Следовательно, важнейшей задачей современной профилактической медицины является сохранение или восстановление здоровья человека не только в физическом, но и в психическом и социальном аспектах [103]. Следует констатировать, что хотя данная проблема успешно разрабатывается в ведущих научно-исследовательских центрах в рамках ряда крупных междисциплинарных программ, регионарных и популяционных исследований и, несомненно, приобретает все большую актуальность, исследования в этой области ограничиваются, преимущественно, вопросами лечения сопряженных с избыточной массой тела сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний и нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, между тем, как не менее важной, представляется проблема первичной и вторичной профилактики ожирения.

Так, по данным Организации Экономического Сотрудничества и Развития, в среднем, лишь 3% всех расходов на здравоохранение в странах ОЭСР выделяется на программы популяционной профилактики и общественного здоровья, тогда как большая часть средств расходуется на “уход за больными”.

Помимо этого, средства, исходящие от донорских агентств и меры международной помощи направляются главным образом на инфекционные заболевания, при этом, не обращается должное внимание на проблему профилактики и борьбы с НИЗ, являющиеся основной причиной заболеваемости инвалидизации и смертности [^{5,6,11,101}]. В основу ориентиров для разработки глобальной стратегии в области рационального питания физической активности и здоровья, как национальных и региональных стратегий и программ, согласно рекомендациям ВОЗ должны быть заложены следующие основополагающие принципы. Стратегии должны базироваться на новейших научных достижениях и неоспоримых фактах, включать в себя политику и действия, направленные на профилактику и борьбу с основными факторами риска НИЗ, носить междисциплинарный и многосекториальный характер, предусматривать длительную перспективу и участие всех слоев общества, строится с учетом сложных форм взаимодействия между личностным выбором, социальных норм, местных и региональных традиций, экономических факторов, равно как и факторов окружающей среды. В связи с этим, национальные стратегии должны быть культурно приемлемыми, оптимально вписываемыми и динамично реагирующими на изменения ситуационного характера и глобального масштаба.

Ситуационный анализ по Армении

Анализ современного состояния вопроса по глобальной проблеме профилактики и борьбы с НИЗ, основных направлений и тенденций развития здравоохранения и медицинской науки в этой области, продиктован, в первую очередь тем, что выдвигаемые ВОЗ задачи, несомненно, являются актуальными и для здравоохранения Армении, основной целью которого на настоящем этапе развития является создание единой системы и разработка высоких технологий в области сохранения, восстановления и реализации потенциала здоровья, осуществления широкого комплекса медико-экологических мероприятий по охране «здоровья здорового человека», формированию и привитию норм здорового образа жизни, сбалансированному питанию и адекватной физической активности.

Сегодня, одним из главных приоритетов, лейтмотивом, проводимых в республике системных преобразований в сфере охраны общественного здоровья, является опережающее развитие профилактической медицины, направленное на борьбу с нарастающими темпами процесса хронизации болезней, инвалидизации населения, разработку и широкое использование современных стандартизированных и научно обоснованных подходов в области медицинской реабилитации, социальной реинтеграции и хронических больных, повышение уровня их качества жизни. В этой связи, исключительно важной является проблема научного обоснования и внедрения в практику здравоохранения природных факторов, корригирующих технологий и комплексных реабилитационных программ, базирующихся на принципах доказательной медицины, протокольной системы, максимально объективизированных оценочно-критериальных подходах, стандартизированных методах, мониторинге, взвешенном подходе при решении проблемы безопасности, дилеммы риска и пользы.

Сегодня, в условиях рыночной экономики, неуклонно нарастающих процессов глобализации, крайне важным является обоснование медико-экономических критериев оценки эффективности функционирования системы здравоохранения и прогнозирования стратегии его развития.

При разработке оптимальной, системной модели стратегии опережающего развития профилактического направления в различных областях здравоохранения, медицинской науки и образования, должны лежать идеологическая направленность, методологическая основа, концептуальный подход и надежность функционирования в условиях рыночной экономики, предусматривающих гармонизацию и единые требования к деятельности государственных и приватизированных специализированных научно-практических центров. Указанные вопросы должны решаться путем создания программы в области охраны общественного здоровья и научной разработки путей ее реализации с учетом опыта мирового сообщества и современных тенденций развития в этой области.

Таким образом, становится очевидным, что существующие сегодня в Армении проблемы в области охраны общественного здоровья, как и намечаемые пути и механизмы осуществления мероприятий в плане профилактики и борьбы с НИЗ, созвучны с глобальными проблемами и соответствующими приоритетными программами ВОЗ. Именно, указанная платформа явилась основным мотивом, диктующим необходимость реализации первых шагов по налаживанию оперативных контактов, обмену информацией и последующему более широкому интегрированию НИИ курортологии и физической медицины МЗ РА с Европейским региональным бюро ВОЗ в рамках программ: “Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями” и “Здоровое питание и продовольственная безопасность” (DAFNE), с координацией своей деятельности в этом направлении представительством ВОЗ в Армении.

В указанном направлении, сформулированными основными задачами первого этапа (*шага*) явились:

- ознакомление и анализ информационной базы данных международных программ, касающихся различных аспектов их стратегии и путей профилактики и борьбы с НИЗ, включая вопросы продовольственной безопасности, здорового питания, ожирения, ограниченной двигательной активности, единых требований, стандартизированных методов, критериев оценки и др.;
- проведение ситуационного анализа состояния аналогичной проблемы в Армении, с акцентированием наиболее важного условия – определения степени объективности и научной обоснованности, имеющейся в республике информации и уточнения ситуации по интересующим вопросам.

Подобный подход был продиктован существующим положением, декларирующим, что страны, анализирующие свою готовность отвечать на вызов неинфекционных болезней и, соответственно, намечающие свои подходы в разработке собственной политики в области НИЗ, в первую очередь, должны исходить из существующих реалий.

Нельзя не принимать во внимание объективные предпосылки, учитывающие, что стартовые условия и пути, пройденные различными странами для выхода на сегодняшнюю ступень, не идентичны, что связано с историческими особенностями, национально-культурными традициями, уровнем экономики и потенциалом ресурсов, степенью развитости инфраструктуры общественного здравоохранения.

Как показали результаты проведенного ситуационного анализа, несмотря на наличие в республике отдельных небольших по объему и популяционному охвату исследований, по различным аспектам охраны общественного здоровья и профилактической медицины, четко разработанная система оценки состояния проблемы в целом, как и научно обоснованные критериальные подходы в этой области, в республике фактически отсутствуют. Не проведены ситуационный анализ и объективная оценка, как степени распространенности основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, так и структуры заболеваемости и причин инвалидизации среди населения.

Задействованные в республике разрозненные программы по различным аспектам охраны общественного здоровья и профилактической медицины, почти лишенные элементов необходимой адаптации к местным условиям и без должной привязки к конкретным задачам системы здравоохранения республики существенно снижают эффективность диалога, затрудняя процессы международной интеграции.

На подобной стартовой базе трудно стремиться к эффективному сотрудничеству, особенно, по долгосрочным программам ВОЗ по охране общественного здоровья, невозможно выделить национальные приоритеты в этой области. Полагаем, что оптимальным решением вопроса в сложившейся ситуации могут являться следующие подходы:

- подготовка независимыми экспертами проекта программ, представление для рассмотрения на уровне Правительства республики целостного пакета программ ВОЗ по проблеме охраны общественного здоровья и продовольственной безопасности, с их последующим целенаправленным распределением между соответствующими профильными ведомствами и организациями и поэтапной реализацией;

- предварительное четкое разграничение программ, по их цели, задачам, путям эффективной реализации, с их распределением между различными соисполнителями, разработки которых, в последующем, послужит базой для анализа и совокупной объективной оценки, выработки соответствующих предложений, рекомендаций и прогнозов.

- при решении вопросов охраны общественного здоровья путем профилактики и борьбы с НИЗ особое внимание должно обращаться на проблемы развития восстановительной медицины, медико-социальной реабилитации и обучения хронических больных, что является радикальным подходом к снижению степени инвалидизации и повышению качества жизни больного.

III МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Современные аспекты реабилитации в медицине

В целом, ориентируясь на основные положения Европейской стратегии ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями, считаем, что проблема здорового и рационального питания, адекватной физической активности, как и борьбы с ожирением и гиподинамией вполне созвучны с приоритетами развития здравоохранения республики, особенно, в рамках Общенациональной программы Армении по здоровому образу жизни, поддерживаемой руководством республики, рядом общественных и молодежных организаций.

Одновременно, являясь координатором Национальной программы профилактики и борьбы с НИЗ и будучи участником дискуссий по программным проблемам ВОЗ, проходивших на Межотраслевом консультативном совещании государств-членов ВОЗ в области неинфекционных заболеваний: (*Словения, 2006*), как и на Европейской Министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением (*Турция, 2006*), считаем, что разнообразие опыта, накопленного различными странами и достигнутые ими результаты должны быть целенаправленно использованы в качестве информационной базы, которая может быть заложена в основу возможной адаптации или переноса удачных методов и эффективных моделей. Фактически, речь идет о типологии политических подходов в области НИЗ, основанных на степени интеграции усилий системы здравоохранения и общества, в целом, а также на диапазоне уже осуществляемых эффективных мер. Указанный круг проблем с первого же дня сотрудничества с ВОЗ находился в фокусе нашего постоянного внимания. Отмеченные направления деятельности, направленные на ускорение интеграции в международные программы по здравоохранению, несомненно, требуют детальной проработки и поддержки. В то же время, считаем, что реальным гарантом успешной реализации международных программ и обеспечения более эффективного сотрудничества является адаптация программ к местным условиям, с акцентированием тех задач, которые наиболее актуальны для конкретной страны, исходя из климато-географических, этнических, культурно-исторических, экологических, социально-экономических условий, структуры заболеваемости, краевой патологии и т.п.

В частности, для Армении, важное значение для охраны здоровья населения имеет решение проблемы контроля за соответствием международным стандартам, импортируемых пищевых продуктов, напитков, пищевых добавок и др. После определения круга интересов, мотиваций и предполагаемых механизмов межсекторального сотрудничества с ВОЗ, выверенного на основе результатов проведенного ситуационного анализа, была сформирована рабочая группа из числа высококвалифицированных специалистов по диетологии, физической активности, представителей различных областей клинической медицины, осуществлен комплекс мероприятий по ситуационному анализу, уточнению потенциального круга партнеров из числа государственных учреждений и общественных организаций республики и региона, налажено тесное сотрудничество и постоянный обмен оперативной информацией с региональным советником по питанию и безопасности продуктов Европейского регионарного бюро ВОЗ в Армении, координатором программы DAFNE представительством ВОЗ в Армении и др.

Совместно с Национальной статистической службой республики, в рамках реализации Европейской программы DAFNE по рациональному и безопасному питанию, информационно-аналитической группой была обработана база данных (*результаты исследований по семейному бюджету*), которая в настоящее время находится на стадии окончательного анализа в Центре DAFNE.

В концептуальном плане, одним из условий реализации в Армении программ ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ следует считать создание Национальной программы по охране общественного здоровья, которая будет включать в себя, наряду с разработкой единой стратегии в этой области, носящей характер национальной и государственной безопасности, осуществление мероприятий, направленных на совершенствование структурно-организационных механизмов функционирования службы здравоохранения республики, создание соответствующей инфраструктуры, способной полноценно и оперативно реагировать на динамически изменяющиеся вызовы, в том числе, в области профилактики и борьбы с НИЗ. Не менее приоритетной задачей является объединение усилий, имеющегося в республике большого потенциала ученых-медиков, представителей фундаментальных наук, профессорско-преподавательского состава системы образования в разработку научных проблем, сопряженных с вопросами питания, продовольственной безопасности, физической активности и общественного здоровья, как и вовлечения в намеченные преобразования и интеграционные процессы различных общественных организаций и фондов, а самое главное – общества в целом.

Литература

1. Аметов А.С. Ожирение – эпидемия 21 века. // *Тер. архив*. 2002. N10. С.5-7.
2. Второй план действий по реализации политики в области пищевых продуктов и питания. Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением. Питание и физическая активность в интересах здоровья. Стамбул, Турция, 2006.
3. Глобальная стратегия ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов. Женева. Всемирная организация здравоохранения, 2002.
4. Дороднева Е.Ф., Пугачева Т.А., Медведева И.В. Метаболический синдром. // *Тер. архив* 2002. N10. С.7-12.
5. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями – вторая редакция. Встреча Национальных Координаторов ВОЗ по Европейской Стратегии в области неинфекционных заболеваний (НИЗ). Копенгаген. Дания. 2006.
6. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006. (*документ EURRC56/8*).
7. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в России и возможности их профилактики. // *Медицинская наука Армении*. 2004, Т.44. С.3-9.
8. Первый план действий по выработке политики в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2000-2005 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 (*документ EUR/015026013*).
9. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий (под редакцией Robertson et al.). Копенгаген Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. (*региональные публикации ВОЗ, Европейская серия No96*).

III МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Современные аспекты реабилитации в медицине

10. Питание и продовольственная безопасность. Семинар по здоровому питанию в рамках программы "DAFNE". Афины, Греция, 2006.
11. Повышение физической активности населения с целью укрепления здоровья. Межотраслевое консультативное совещание государств-членов ВОЗ в области неинфекционных заболеваний. Любляна, Словения. 2006.
12. Проект Европейской хартии по борьбе с ожирением. Подготовительное совещание государств-членов к Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением. 2006. Нордвейк, Норвегия, 2006.
13. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний. Доклад Совместной консультативной встречи экспертов ВОЗ/ФАО. Женева. Всемирная организация здравоохранения, 2003. (*WHO Technical Report Series, No.916*).
14. Abbasi F., Brown B.W.Jr., Lamendola C., McLaughlin T., Reaven G.M. Relationship between obesity, insulin resistance, and coronary heart disease risk. // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2002. Vol. 40. P. 937-943.
15. Agudo A. Consumption of vegetables, fruit and other plant foods in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. // *Public Health Nutrition.* 2002. Vol.5. P.1179-1196.
16. Azegami M., Hongo M., Yanagisawa S., Yamazaki A., Sakaguchi K., Yazaki Y., Imamura H. Characteristics of metabolic and lifestyle risk factors in young Japanese patients with coronary heart disease: a comparison with older patients. // *Int. Heart J.* 2006. Vol.47. P.50.
17. Bell E.A., Rolls B.J. Energy density of foods affects energy intake across multiple levels of fat content in lean and obese women. // *American Journal of Clinical Nutrition.* 2001. Vol.73. P.1010-1018.
18. Bertoli A., Di Daniele N., Ceccobelli M., Ficara A., Girasoli C., De Lorenzo A. Lipid profile, BMI, body fat distribution, and aerobic fitness in men with metabolic syndrome. // *Acta Diabetol.* 2003. Vol.40. Suppl. 1. S130-133.
19. Borg S. et al. Obesity, survival and hospital costs - findings from a screening project in Sweden. // *Value in Health.* 2005. V.8. P.562-571.
20. Bull F. Physical inactivity. In: Ezzati M, ed. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, WHO, 2004.
21. Burke J.P. et al. Impact of case ascertainment on recent trends in diabetes incidence in Rochester, Minnesota. // *Am. J. of Epidemiology.* 2002 Vol.155. P.859-865.
22. Carr M.C., Brunzell J.D. Abdominal obesity and dyslipidemia in the metabolic syndrome: importance of type 2 diabetes and familial combined hyperlipidemia in coronary artery disease risk. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2004. Vol.89. P.2601-2607.
23. Clavijo L.C., Pinto T.L., Kuchulakanti P.K., Torguson R., Chu W.W., Satler L.F., Kent K.M., Suddath W.O., Pichard A.D., Waksman R. Metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction is associated with increased infarct size and in-hospital complications. // *Cardiovasc. Revasc. Med.* 2006. Vol.7. P.7-11.
24. Corella D., Ordovas J.M. The metabolic syndrome: a crossroad for genotype-phenotype associations in atherosclerosis. // *Curr. Atheroscler. Rep.* 2004. Vol.6. P.186-196.
25. Currie C. et al., eds. Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
26. DAFNE data food networking. The Pan-European Food Data Bank based on household budget surveys [online database]. Athens, National and Kapodistrian University of Athens, 2005
27. De Lusignan S., Hague N., van Vlymen J., Dhoul N., Chan T., Thana L., A study of cardiovascular risk in overweight and obese people in England. // *Eur. J. Gen. Pract.* 2006. Vol.12. P.19-29.
28. Department of Health - Economic and Operational Research. Life expectancy projections. Government Actuary's Department: estimated effect of obesity (based on straight line extrapolation of trends). London. The Stationery Office, 2004.

III МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
Современные аспекты реабилитации в медицине

29. Diercks D.B., Roe M.T., Mulgund J., Pollack C.V.Jr., Kirk J.D., Gibler W.B., Ohman E.M. The paradox in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes obesity results from the Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients. // *Am. Heart J.* 2006. Vol.152. P.140-148.
30. Elmadfa I. et al., eds. European nutrition and health report 2004. Basel, Karger, 2005.
31. Elmadfa I., Weichselbaum E., eds. European nutrition and health report 2004. // *Annals of Nutrition and Metabolism* 2004. Vol.48, Suppl. 2.
32. Ellekjaer H. Physical activity and stroke mortality in women. // *Stroke.* 2000. Vol.31. P.14-18.
33. Engstrom G., Hedblad B., Stavenow L., Jonsson S., Lind P., Janzon L., Lindgarde F. Incidence of obesity-associated cardiovascular disease is related to inflammation-sensitive plasma proteins: a population-based cohort study. // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2004. Vol.24. P.1498-1502.
34. Erbas T. Metabolic syndrome. // *Acta Diabetol.* 2003. Vol.40. Suppl 2:S401- 404.
35. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice // *Eur. Heart J.* 2003. Vol.24. P.1601-1616.
36. European Opinion Research Group. Special Eurobarometer: physical activity. Brussels, Commission of the European Communities, 2003.
37. Frayn K.N. Insulin resistance, impaired postprandial lipid metabolism and abdominal obesity. A deadly triad. // *Med. Princ. Pract.* 2002. Vol.11. Suppl 2. P.31-40.
38. Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25-27/08/03. Geneva, World Health Organization, 2003.
39. Ghosh A. Anthropometric, central obesity, metabolic and blood pressure variables in dyslipidaemic and non-dyslipidaemic adult Bengalee Hindu men of Calcutta, India. // *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* 2004. Vol.14. P.170-172.
40. Haffner S.M., Ruilope L., Dahlof B., Abadie E., Kupfer S., Zannad F. Metabolic syndrome, new onset diabetes, and new end points in cardiovascular trials. // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* 2006. Vol. 47. P.469-475.
41. Hardman A., Stensel D. Physical activity and health: the evidence explained. London, Routledge, 2003.
42. Hernandez-Ono A., Monter-Carreola G., Zamora-Gonzalez J., Cardoso-Saldana G., Posadas-Sanchez R., Torres-Tamayo M., Posadas-Romero C. Association of visceral fat with coronary risk factors in a population-based sample of postmenopausal women. // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2002. Vol. 26. P.33-39.
43. Hill J.O., Wyatt H.R. Role of physical activity in preventing and treating obesity. // *Journal of Applied Physiology.* 2005. Vol.99. P.765-770.
44. Hoefle G., Saely C.H., Aczel S., Benzer W., Marte T., Langer P., Drexel H. Impact of total and central obesity on vascular mortality in patients undergoing coronary angiography. // *Int. J. Obes. (Lond).* 2005. Vol.29. P.785-791.
45. James W.P.T. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M. eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol.1. Geneva, World Health Organization, 2004. P.497-596.
46. Jaumdally J.R., Lip G.Y., Varma C. Traditional risk factors for coronary atherosclerosis in Indo Asians: the need for a reappraisal. // *Curr. Pharm. Des.* 2006. Vol.12. P.1611-1621.
47. Jingzhong D., Harris T.B. Health, Aging and Body Composition Study. Association of visceral adipose tissue with incident myocardial infarction in older men and women: the Health, Aging and Body Composition Study. // *Am. J. Epidemiol.* 2004. Vol.160. 741-749.
48. Kanaya A.M., Vittinghoff E., Shlipak M.G., Resnick H.E., Visser M., Grady D., Barrett-Connor E. Association of total and central obesity with mortality in postmenopausal women with coronary heart disease. // *Am. J. Epidemiol.* 2003. Vol.158. P.1161-1170.
49. Castello H. Social class and mortality; the importance of body mass index. // *Acta cardiologica.* 2003. Vol.58. P.355-357.

III МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
Современные аспекты реабилитации в медицине

50. Kragelund C., Hassager C., Hildebrandt P., Torp-Pedersen C., Kober L. TRACE study group Impact of obesity on long-term prognosis following acute myocardial infarction. // *Int. J. Cardiol.* 2005 Vol.98. P.123-131.
51. Laaksonen D.E. et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. // *Diabetes.* 2005. Vol.54. P.158-165.
52. Lanas F., Avezum A., Bautista L.E., Diaz R., Luna M. Risk factors for acute myocardial infarction. // *Circulation.* 2007. Vol.113. P.115-118.
53. Lewis V., Hoeger K. Prevention of coronary heart disease: a nonhormonal approach. // *Semin. Reprod. Med.* 2005. Vol.23. P.157-166.
54. Li G., Chen X., Jang Y., Wang J., Xing X., Yang W., Hu Y. Obesity, coronary heart disease risk factors and diabetes in Chinese: an approach to the criteria of obesity in the Chinese population. // *Obes. Rev.* 2002. Vol.3. P.167-172.
55. Lim H.S., Lip G.Y., Beevers D.G., Blann A.D. Factors predicting the development of metabolic syndrome and type II diabetes against a background of hypertension. // *Eur. J. Clin. Invest.* 2005. Vol.35. P.324-329.
56. Lopez –Jimenez F., Jacobsen S.J., Reeder G.S., Weston S.A. Prevalence and secular trends of excess body weight and impact on outcomes after myocardial infarction in the community. // *Chest.* 2004. Vol.125. P.1205-1212.
57. Lynn M.M. Primary and secondary prevention of coronary heart disease. Evidence offers multiple strategies. // *Adv. Nurse. Pract.* 2000. Vol.8. P.36-41.
58. Mahamat A., Richard F., Arweiler D., Bongard V., Yarnell J., Ducimetiere P. Body mass index, hypertension and 5-years coronary heart disease incidence in middle aged men: the PRIME study. // *J. Hypertens.* 2003. Vol.21. P.475-476.
59. Mann D.M., Lee J., Liao Y., Natarajan S. Independent effect and population impact of obesity on fatal coronary heart disease in adults. // *Prev. Med.* 2006. Vol.42. P.66-72.
60. McGill H.C.Jr., McMahan C.A., Herderick E.E., Zieske A.W., Malcom G.T., Tracy R.E., Strong J.P. Obesity accelerates the progression of coronary atherosclerosis in young men. // *Circulation.* 2002 Vol.105. P.2712-2718.
61. McKechnie R., Mosca L. Physical activity and coronary heart disease: prevention and effect on risk factors. // *Cardiol. Rev.* 2003. Vol.11. P.21-25.
62. McTigue K., Larson J.C., Valoski A., Burke G., Kotchen J., Lewis C.E., Stefanick M.L., Van Horn L., Kuller L. Mortality and cardiac and vascular outcomes in extremely obese women. // *JAMA.* 2006. Vol.296. P.79-86.
63. Mogelvang R., Scharling H., Jensen J.S.. A simple linear model for the effect of changes in metabolic risk factors on coronary heart disease. // *J. Intern. Med.* 2006. Vol.25. P.561-568.
64. Mohan V., Gokulakrishnan K., Deepa R., Shanthirani C.S., Datta M. Association of physical inactivity with components of metabolic syndrome and coronary artery disease-the Chennai Urban Population Study. // *Diabet Med.* 2005. Vol.22. P.1206-1211.
65. Moller D.E., Kaufman K.D. Metabolic syndrome: a clinical and molecular perspective. // *Annu. Rev. Med.* 2005. Vol.56. P.45-62.
66. Monteiro C.A. et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. // *Bulletin of the World Health Organization.* 2004 Vol.82. P.940-946.
67. Nakamura Y., Saitoh S., Takagi S., Ohnishi H., Chiba Y., Kato N., Akasaka H., Miura T., Tsuchihashi K., Shimamoto K. Impact of abnormal glucose tolerance, hypertension and other risk factors on coronary artery disease. // *Circ. J.* 2007. Vol.71. P.20-25.
68. Nicklas B.J., Penninx B.W., Cesari M., Kritchevsky S.B., Newman A.B., Kanaya A.M., Pahor M., Jingzhong D, Harris TB; Health, Aging and Body Composition Study. Association of visceral adipose tissue with incident myocardial infarction in older men and women: the Health, Aging and Body Composition Study. // *Am J Epidemiol.* 2004. Vol.160. P.741-749.

III МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
Современные аспекты реабилитации в медицине

69. Nikolsky E., Stone G.W., Grines C.L., Cox D.A., Garcia E., Tchong J.E., Griffin J.J., Guagliumi G., Stuckey T., Turco M., Negoita M., Lansky A.J., Mehran R. Impact of body mass index on outcomes after primary angioplasty in acute myocardial infarction. // *Am. Heart J.* 2006. Vol.151. P.168-175.
70. North N.D. Obesity accelerates the progression of coronary atherosclerosis in young men. // *Circulation.* 2002. Vol.105. P.2712-2718.
71. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 2000 (*WHO Technical Report Series, No. 894*)
72. Onat A., Sari I., Hergenc G., Yazici M., Uyarel H., Can G., Sansoy V. Predictors of abdominal obesity and high susceptibility of cardiometabolic risk to its increments among Turkish women: a prospective population-based study. // *Metabolism.* 2007. Vol.56. P.348-356.
73. Oxford Health Alliance working group. Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention. Draft for circulation to participants of Oxford Health Alliance 2005 meeting, 2005.
74. Pedersen B.K., Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. // *Scand. J. Med. and Science in Sports.* 2006 Vol.6 (Suppl.1). P.3-63.
75. Petersen L., Schnohr P., Sorensen T.I.A. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. // *Intern. J. of Obesity and Related Metabolic Disorders,* 2004. Vol.28. P.105-112.
76. Pi-Sunyer F.X. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. // *Obes. Res.* 2002. Vol.10. Suppl 2. 97S-104S.
77. Poirier P., Eckel R.H. Obesity and cardiovascular disease. // *Curr. Atheroscler. Rep.* 2002 Vol.4. P.448-453.
78. Poirier P., Giles T.D., Bray G.A., Hong Y., Stern J.S., Pi-Sunyer F.X., Eckel R.H. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss. // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2006. Vol.26. P. 968-976.
79. Rana J.S., Mittleman M.A., Ho K.K., Cutlip D.E. Obesity and clinical restenosis after coronary stent placement. // *Am. Heart J.* 2005. Vol.150. P.821-826.
80. Rao S.V., Donahue M., Pi-Sunyer F.X., Fuster V. Results of Expert Meetings: Obesity and Cardiovascular Disease. Obesity as a risk factor in coronary artery disease. // *Am. Heart J.* 2001. Vol. 142. P.1102-1107.
81. Raposo L., Ferreira J., Aguiar C., Goncalves P., Couto R., Seabra Gomes R. Metabolic score - a simple risk marker in non-ST elevation acute coronary syndromes. // *Rev. Port. Cardiol.* 2006. Vol. 25. P.155-171.
82. Reddy K.K., Rao A.P., Reddy T.P. Socioeconomic status and the prevalence of coronary heart disease risk factors. // *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* 2002. Vol.11. P.98-103.
83. Reilly M.P., Wolfe M.L., Rhodes T., Girman C., Mehta N., Rader D.J. Measures of insulin resistance add incremental value to the clinical diagnosis of metabolic syndrome in association with coronary atherosclerosis. // *Circulation.* 2004. Vol.110. P.803-809.
84. Reiner A.P., Carlson C.S., Rieder M.J., Siscovick D.S., Liu K., Chandler W.L., Green D., Schwartz S.M., Nickerson D.A. Coagulation factor VII gene haplotypes, obesity-related traits, and cardiovascular risk in young women. // *J. Thromb. Haemost.* 2007. Vol.5. P.42-49.
85. Roberts C.K., Barnard R.J. Effects of exercise and diet on chronic disease. // *J. Appl. Physiol.* 2005. Vol.98. P.3-30.
86. Rubinshtein R., Halon D.A., Jaffe R., Shahla J., Lewis B.S. Relation between obesity and severity of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. // *Am. J. Cardiol.* 2006. Vol. 97. P.1277-1280.
87. Sanders T.A. Diet and general health: dietary counselling. // *Caries Res.* 2004. Vol.38. Suppl.1. P.3-8.
88. Saylor J. Risk factor clusters for metabolic syndrome in coronary heart disease: state of the science. // *Dimens. Crit. Care. Nurs.* 2005. Vol.24. P.64-69.

III МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
Современные аспекты реабилитации в медицине

89. Scaglione R., Argano C., Di Chiara T., Licata G. Obesity and cardiovascular risk: the new public health problem of worldwide proportions. // *Expert. Rev. Cardiovasc. Ther.* 2004. Vol.2. P.203-212.
90. Scrutinio D., Bellotto F., Lagioia R., Passantino A. Physical activity for coronary heart disease: cardioprotective mechanisms and effects on prognosis. // *Monaldi Arch. Chest Dis.* 2005. Vol.64. P.77-87.
91. Sheperd T.M. Management of morbid obesity: bariatric surgery in context. // *J. Fam. Pract.* 2005. Suppl.:S3-9.
92. Shirai K. Obesity as the core of the metabolic syndrome and the management of coronary heart disease. // *Curr. Med. Res. Opin.* 2004. Vol.20. P.295-304.
93. Shiraishi J., Kohno Y., Sawada T., Nishizawa S., Arihara M., Hadase M., Hyogo M., Yagi T., Shima T., Nakazawa A., Shigeta M., Yamada H., Tatsumi T., Azuma A., Matsubara H. Relation of obesity to acute myocardial infarction in Japanese patients. // *Circ J.* 2006. Vol.70. P.1525-1530.
94. Steps towards a more physically-active Europe - Promoting physical activity for health – A framework for action in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006.
95. Stubbs J., Ferres S., Morgan G. Energy density of foods: effects on energy intake. // *Critical Rev. Food Science and Nutrition.* 2000. Vol.40. P.481-515.
96. Tatli E., Yildiz M., Gul C., Birsin A., Karahasanoglu E., Ozcelik F., Ozbay G. Effect of obesity on coronary collateral vessel development in patients with coronary artery disease. // *Angiology.* 2005. Vol.56. P.657-661.
97. Temple N.J. Nutrition and disease: challenges of research design. // *Nutrition.* 2002. Vol.18. P.343-347.
98. Uddin S.N., Begum F., Malik F., Rahman S. Coronary artery disease in young patients: clinical review and risk factor analysis. // *Mymensingh. Med. J.* 2003. Vol.12. P.3-7.
99. Walters S., Suhrcke M. Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (*WHO European Office for Investment for Health and Development Working Paper 2005/1*).
100. Wang Y., Lobslein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. // *Internat. J. of Pediatric Obesity.* 2006. NI. P.11-25.
101. WHO Global NCD InfoBase [online database]: WHO global comparable estimates. Geneva, World Health Organization, 2005.
102. WHO, The World Health report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life", 2002 Elmadfa I., Weichselbaum E. European nutrition and health report 2004. *Annals of Nutrition and Metabolism* 2004.
103. WHO, The World Health report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, 2002.
104. Wild S.H., Byrne C.D. ABC of obesity. Risk factors for diabetes and coronary heart disease. // *BMJ.* 2006. Vol.333. P.1009-1011.
105. Wilson P.W., D'Agostino R.B., Sullivan L., Parise H., Kannel W.B. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. // *Arch. Intern. Med.* 2002. Vol.162. P.1867-1872.
106. Wolk R., Berger P., Lennon R.J., Brilakis E.S., Somers V.K. Body mass index: a risk factor for unstable angina and myocardial infarction in patients with angiographically confirmed coronary artery disease. // *Circulation.* 2003. Vol.108. P.2206-2211.
107. Zabina E.Y. and Muravov O.I. Experience in validation and use of CINDI physical activity questionnaire. Copenhagen, November 1995. Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25-27/08/03. Geneva, World Health Organization, 2003.