

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

---

© Якушин С.С., Филиппов Е.В., 2014  
УДК 616.12-084

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

С.С. ЯКУШИН, Е.В. ФИЛИППОВ

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,  
г. Рязань

---

**THE MAIN DIRECTIONS OF THE PRIMARY PREVENTION  
OF CARDIOVASCULAR DISEASE**

S.S. YAKUSHIN, E.V. FILIPPOV

Ryazan State I.P. Pavlov University, Ryazan

**Представлены последние данные о влиянии здорового образа жизни на возникновение и течение кардиологической патологии. Увеличение физической активности, рациональное питание и отказ от курения, позволяет существенно повысить выживаемость и качество жизни этой группы пациентов.**

*Ключевые слова:* первичная профилактика, сердечно-сосудистые заболевания, курение, питание, физическая активность.

---

**Presents recent data on the effect of healthy lifestyle on the occurrence and course of cardiac pathology. Increasing physical activity, nutrition and Smoking cessation, can significantly improve the survival and quality of life of this group of patients.**

*Keywords:* primary prevention, cardiovascular disease, Smoking, diet, physical activity.

---

За последние 20 лет сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стали ведущей причиной смертности во всем мире. Так, в 2004 г. в мире ССЗ обусловили 17 млн смертей и 151 млн потерянных здоровых лет жизни [1].

В 2012 г. смертность от ССЗ и в первую очередь от ИБС в мире, несмотря на все предпринимаемые уси-

лия, продолжает расти [2].

В Российской Федерации смертность от ССЗ – одна из самых высоких (в 2009 г. она составила 201,6 на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста, в том числе от ИБС – 98,5). В последние 2 года появилась тенденция к ее снижению (рис. 1) [3].

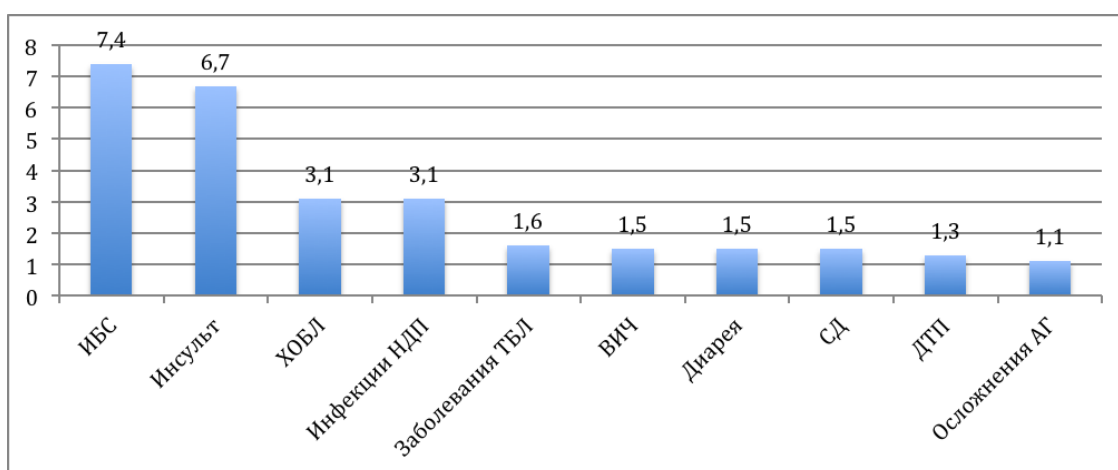


Рис. 1. Смертность от различных классов заболеваний в 2012 г. в мире (адаптировано из [2])

Затраты на лечение ССЗ в мире растут с каждым годом. Только в США в 2010 г. на лечение ССЗ и их осложнений было потрачено 450 млрд долларов, а к 2030 г. суммарная стоимость лечения таких пациентов возрастет до 1 трлн долларов [4]. Таким образом, несмотря на развитие и внедрение новых медицинских технологий, существенного снижения смертности от ССЗ во всем мире достичь не

удается, в связи, с чем в последние 2 десятилетия повышенное внимание уделяется профилактике ССЗ.

Так, The North Karelia Project показал, что активное внедрение профилактических мероприятий в популяции позволяет снизить кардиоваскулярную смертность на 68%, а смертность от ИБС – на 73% (за 25 лет – с 1970 по 1995 г.) [1].

С точки зрения практического врача, в профилактике ССЗ внимание необходимо уделять пациентам всех возрастов, но особенно – пациентам старших возрастных групп, поскольку у них, как правило, есть целый ряд заболеваний, которые могут повысить риск смерти и снизить качество жизни. Главная цель профилактика у этой группы пациентов – поддержание оптимального здоровья на фоне хронических заболеваний. Механизмом в данном случае является оптимизация ведения пациента, направленная на достижение целевых уровней ФР. В настоящее время есть возможность успешно влиять на течение ряда заболеваний, увеличивая продолжительность жизни и ее качество (табл. 1).

Несмотря на медикаментозную возможность коррекции ФР, не менее важны рекомендации по формированию здорового образа жизни: отказ от курения, увеличение физической активности, рациональное питание.

Изменение профиля ФР у мужчин и женщин позволяет уменьшить количество ишемических событий и инсультов на 79-82% [3]. Например, по данным исследования в Массачусетсе (2010), влияние на ряд ФР (снижение уровня общего холестерина крови, систолического АД, распространенности курения, увеличение физической активности) позволило с 1980 по 2000 г. снизить смертность от КБС на 67% [6].

Более чем в 40 исследованиях доказано влияние повышения физической активности на снижение смертности во всех возрастных группах пациентов (особенно старших). Показано, что на каждый доллар, вложенный в формирование здорового образа жизни, в течение 5 лет сохраняется 5,6 доллара [7]. Таким образом, рекомендации по формированию здорового образа жизни не должны оттесняться возможностями медикаментозной коррекции ФР; такие рекомендации необходимо давать всем пациентам.

#### ***Увеличение физической активности***

Данные регистра National Health Interview Survey (2010) показали, что 70% американцев не выполняют рекомендации по увеличению физической активности, а 25% не проявляют никакой физической активности [8]. Согласно отчету American Heart Association (АНА), только увеличение физической активности у 10% населения в США позволило в 2005 г. снизить затраты на лечение ССЗ на 5,6 млрд долларов [9]. В ходе мета-анализа (n=8440) в 2001 г. выявлено снижение общей смертности за счет физических упражнений на 27%, а смертности от ССЗ – на 31% [10].

Исследование МЕРИДИАН-РО, проведенное в 2011г. среди трудоспособного населения Рязанской области 25-64 лет продемонстрировало, что низкий уровень ФА имело всего лишь

Таблица 1

*Заболевания, риск смерти от которых можно снизить в популяции (адаптировано из [5])*

Специальность	Цель воздействия
Кардиология	Фибрилляция предсердий, аритмии, хроническая сердечная недостаточность, атеросклероз периферических сосудов, коронарная болезнь сердца (КБС), артериальная гипертензия (АГ), дислипидемии, синкопальные состояния
Дерматология	Фотостарение кожи
Эндокринология	Сахарный диабет (СД), остеопороз, мужской гипогонадизм, эректильная дисфункция
Гастроэнтерология	Колоректальные новообразования
Гематология/ онкология	Анемия, множественная миелома, скрининг рака груди, предстательной железы
Инфекционные болезни	Иммунизация взрослого населения
Нефрология	Снижение прогрессирования хронической болезни почек
Неврология	Болезнь Альцгеймера, использование антиагрегантов во вторичной профилактике инсульта, атеросклероз сонных артерий, головокружения, боли в нижней части спины, болезнь Паркинсона, инсульт, тремор
Психиатрия/ психология	Делирий, депрессия и другие изменения настроения
Пульмонология	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)
Ревматология	Остеоартрит, подагра
Женское здоровье	Оценка риска и профилактика рака груди, скрининг и профилактика рака шейки матки, менопауза, остеопороз, инфекции мочевыводящих путей у взрослых

1,74% сельских и 0,08% городских жителей. Большинство обследованных имело высокий уровень ежедневной ФА (75,4% и 73,0% в селе и городе соответственно,  $p > 0,05$ ). Только 3,2% трудо-

способного населения не имело ни разу за последние 7 дней 20-30 минутной нагрузки, такой, чтобы появилась одышка или выступил пот. В среднем жители области имели вышеописанную нагруз-

ку  $3,3 \pm 0,07$  раза в неделю. Различий в количестве еженедельных физических нагрузок между мужчинами и женщинами ( $3,22 \pm 0,10$  против  $6,38 \pm 0,10$ ,  $p=0,559$ ), среди городского и сельского населения не было ( $3,22 \pm 0,08$  против  $3,52 \pm 0,15$ ,  $p=0,238$ ).

Однако, при оценке времени, проведенного перед телевизором, за компьютером или чтением сидя было выявлено, что оно в среднем составило  $6,92 \pm 0,21$  часа в неделю. При анализе этого параметра среди городского и сельского населения было установлено, что сельские жители меньше времени проводили сидя, чем жители города ( $5,67 \pm 0,19$  ч/нед против  $7,37 \pm 0,28$  ч/нед,  $p=0,001$ ). Значимых различий между мужчинами и женщинами по времени, проведенному сидя, не было ( $7,07 \pm 0,31$  ч/нед против  $6,80 \pm 0,29$  ч/нед,  $p=0,247$ ).

Положительный эффект, связан с увеличением физической активности, очевиден и многообразен [3-5, 11]:

- снижение риска КБС и инсульта;
- снижение АД;
- увеличение фибринолитической активности крови;
- улучшение контроля сахарного диабета;
- повышение толерантности к глюкозе;
- улучшение липидного профиля;
- уменьшение массы тела;
- повышение стрессоустойчивости;
- уменьшение тяжести депрессии;

- улучшение функции дыхания;
- уменьшение остеоартрических болей и риска остеопороза;
- улучшение качества жизни.

С возрастом уровень активности снижается, поэтому первоочередное внимание к данному ФР нужно проявлять у пациентов старших возрастных групп. Пожилым пациентам необходимо повышать физическую активность в первую очередь для предупреждения обострений и развития сердечно-легочной недостаточности, а также для стабилизации хронических инфекционных заболеваний (в первую очередь – КБС). Физиологические возрастные изменения (снижение максимальной частоты сердечных сокращений – ЧСС, систолического объема сердца, сердечного выброса и уменьшение плотности  $\beta$ -адренергических рецепторов) могут обусловить отсутствие физической активности. Периферические изменения сосудов влияют на снижение мышечной силы и координации, усвоение кислорода, состав костной ткани и функцию легких [11]. С увеличением возраста ежедневная деятельность требует все больших усилий, что может ограничивать социальную активность пациента. Дальнейшее бездействие потенциально способно привести к развитию депрессии, социальной изоляции, снижению качества жизни. Регулярные упражнения способны предотвратить или замедлить возрастные изменения, улуч-

шить качество и увеличить продолжительность здоровой жизни.

При первичной оценке физической активности пациента следует определить ее уровень. Для практических врачей предложены простые критерии низкой физической активности – пациент сидит на работе  $\geq 5$  ч, а активный досуг зимой и летом, включая время, затрачиваемое на ходьбу до работы и обратно, составляет  $< 7-10$  ч в неделю [4].

Далее необходимо изучить анамнез и сопутствующие заболевания, которые могут обусловить снижение физических возможностей организма. Как правило, необходима также объективная оценка состояния сердечно-сосудистой системы с помощью нагрузочной пробы (в частности, может быть рекомендован 6-минутный тест ходьбы).

После оценки состояния пациента и определения у него низкой физической активности ему необходимо рекомендовать базовые физические нагрузки, которые включают ходьбу по 30 мин не менее 3 дней в неделю. Следует помнить, что главным ограничивающим фактором у ряда пожилых пациентов является одышка, поэтому им следует начинать занятия с ходьбы по 10-15 мин с постепенным увеличением физической активности. Если пациент во время нагрузки не может поддержать разговор и(или) спустя 1 ч после занятия у него сохра-

няется чувство усталости, необходимо снизить уровень нагрузки [4, 12].

Пациентам, хорошо переносящим физические нагрузки, можно рекомендовать специальные упражнения, направленные на поддержание в определенных пределах массы тела, хорошего тонуса мышечной системы, координации, гибкости и т.д. Также пациентам рекомендуется записаться в группу кардиоваскулярного фитнеса. Это не только способствует уменьшению атрофии кардиомиоцитов, увеличению переносимости физической нагрузки, но и приводит к увеличению социальной активности.

#### ***Отказ от курения***

В первой половине XX века наблюдалось драматическое увеличение курильщиков во всем мире. Так, в США среди мужчин, рожденных в 1911-1920 г., к 1945 г. курили более 65% [14]. Пика количество курящих мужчин и женщин достигло в 1955-1965 гг. (более 1/2 мужчин и 1/3 женщин), затем оно начало снижаться. К 2008 г. в США (по данным National Health Interview Survey) регулярно курили около 41% людей старше 25 лет с высшим образованием и 32% людей, живущих за чертой бедности [15].

В России частота курения – одна из самых высоких среди индустриально развитых стран. Так, регулярно курят 60,2% мужчин и 21,7% женщин [16]. Увеличивается число курильщиков среди детей и подростков. В Мо-

скве среди десятиклассников курят 53% учеников и 28% учениц [4].

Согласно полученным данным в исследовании участвовало 34,6% курящих. Среди женщин, куривших было 22,7%, среди мужчин – 48,5%. С возрастом отмечалось уменьшение курящих среди женского пола, в то время, как среди мужчин такой динамики не наблюдалось.

Курение ассоциировалось с избыточным употреблением алкоголя (относительный риск 2,01 [1,72-2,54] ДИ 95%) и снижением риска развития избыточной массы тела (0,83 [0,72-0,96] ДИ 95%).

В США курение ежегодно уносит 443 тыс. жизней и является опосредованной причиной еще 5 млн смертей [17]. В России с курением связаны не менее 40% случаев смерти от ИБС у мужчин 40-59 лет и не менее 10% случаев смерти от мозгового инсульта у женщин 30-69 лет [4].

При отказе от курения сердечно-сосудистый риск значительно снижается уже через 10-14 дней, риск коронарных событий уменьшается на 50% через 2 года (наиболее значительно – через несколько месяцев), а через 3-5 лет риск смерти бывшего курильщика не превышает такового у никогда не курившего человека. Отказ от курения полезен в любом возрасте, особенно у пациентов с уже диагностированной ИБС; он является наиболее эффективной мерой вторичной профилактики у

пациентов после инфаркта миокарда (ИМ). Благодаря снижению распространенности курения в США ежегодно по программе Medicaid экономится 10,5 млн долларов [3].

Таким образом, задачами практического врача по отказу от курения становятся:

- уменьшение числа пациентов, начинающих курить;
- оказание консультативной помощи всем курящим пациентам, отказавшимся от курения;
- предотвращение возврата к курению среди бросивших курить пациентов в течение 1-го года и в последующем.

После осознания пациентом необходимости бросить курить нужно оценить его клиническое состояние и статус курения: оценивают ассоциированные заболевания (особенно ХОБЛ), мотивацию к прекращению курения, количество и тип выкуриваемого табака, социальный и семейный статус, никотиновую зависимость, уровень осведомленности о влиянии никотина на здоровье и предыдущий опыт отказа от курения.

Четкие врачебные рекомендации для пациентов с ССЗ имеют решающее значение в процессе прекращения курения. Во время обострения кардиологического заболевания или медицинского вмешательства мотивация пациентов на изменение стиля жизни (в частности, на отказ от курения)

особенно высока. Следует учитывать, что пациент не всегда может самостоятельно бросить курить. Так, по данным программы Medicaid, около 25% пациентов при отказе от курения нуждаются в помощи врача [18].

Существуют различные способы бросить курить: методы самоконтроля, индивидуальная терапия, программы групповой терапии, никотинзамещающая терапия, влияние на стрессоустойчивость и т.д. Наиболее эффективно одновременное сочетание различных способов [11].

Одним из первых мероприятий при отказе от курения является борьба с абстиненцией. Наиболее эффективны в данном случае различные варианты никотинзамещающей терапии (жевательные резинки, пластыри, ингаляторы, назальные спреи, таблетки) и использование варениклина.

В 2008 г. Кокрановский обзор не показал различий в эффективности различных методов никотинзамещающей терапии. Для пациента, выкуривающего  $\geq 15$  сигарет в день, шансы бросить курить при использовании данного вида терапии составляют 50-70% [18]. Никотинзамещающая терапия безопасна для пациентов с ССЗ (даже при обострении ИБС [19]). Перспективно использование вакцин и антител к никотину, однако эти методы пока находятся на стадии разработки и исследования.

Следует помнить, что при отказе от курения у пациента может развиться депрессия, что потребует приема антидепрессантов. Общественный подход (запрет на курение в общественных местах, на работе и т.д.) и поддержка семьи на данном этапе позволяют избежать изменений настроения и помогают успешно бросить курить. Постоянная поддержка медицинского персонала и лечащего врача позволяет активно мотивировать пациента (особенно в 1-й год после отказа от курения) и добиться успеха.

#### ***Рациональное питание***

Связь между рациональным питанием и снижением сердечно-сосудистого риска доказана давно. В ряде исследований разных лет показано, что правильное питание эффективно в профилактике и лечении большинства сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний. Вместе с увеличением физической активности и отказом от курения рациональное питание считается наиболее эффективной мерой профилактики ССЗ.

В исследовании МЕРИДИАН-РО только около 10% обследованных потребляли достаточное количество фруктов и овощей в сутки. Также отмечалось небольшое избыточное потребление соли в популяции. Уровень потребления простых сахаров был повышен в популяции как города, так и села, причем выше он был в сельской местности. Регулярно употребляло



алкоголь 5,9% и 14,0% населения в селе и городе соответственно. Избыточное потребление отмечалось у 1,5% жителей села и 3,6% – города.

Обследование населения показало большую распространенность ожирения в селе. Избыточная масса тела не ассоциировалась с ежедневным употреблением каких-либо продуктов. На калорийность продуктов чаще обращало внимание обследованное население в городе, однако, это тоже не влияло на риск развития ожирения ( $p > 0,05$ ).

Неправильное пищевое поведение – основной механизм развития ожирения. В последние 3-4 десятилетия значительно возросло число людей с избыточной массой тела. Анализ 57 проспективных исследований ( $n=900\,000$ ) показал, что ожирение снижает предстоящую продолжительность жизни в среднем на 8-10 лет и является значимым предвестником развития инсульта и ишемического события [4, 20].

Снижение массы тела у пациента с ожирением благоприятно на любом этапе жизни и сокращает ФР целого ряда заболеваний (табл. 2). Однако рациональное питание и диета полезны не только людям с избыточной массой тела, но и всем пациентам с ССЗ. Только снижение потребления соли до 1500 (!) мг/сут значимо снижает риск смерти от инсульта и КБС и позволяет ежегодно экономить 26,2 млрд долларов (АНА, 2011) [3]. Исследование DASH (605 пациентов с перенесенным пер-

вым ИМ, период наблюдения 48 мес) показало снижение сердечно-сосудистой смертности и смерти от ИМ на 65% в группе пациентов со средиземноморской диетой [22].

Таким образом, рекомендации по диетическому питанию необходимо давать всем пациентам с ФР или уже имеющимися ССЗ. Они должны быть индивидуальными, учитывать профиль риска у конкретного пациента, его диетические привычки и социокультурные особенности. Основные рекомендации таковы [4, 5, 11]:

- диета должна быть сбалансированной по количеству калорий и расходу энергии;
- питание должно быть разнообразным;
- необходимо регулярное употребление рыбы и(или) других источников полиненасыщенных жирных кислот семейства  $\omega$ -3 (АНА рекомендует для первичной профилактики ССЗ 2 порции рыбьего жира в неделю, что эквивалентно 500 мг/сут эйкозопентаеновой и докозогексаеновой кислоты; для пациентов с КБС – 1000 мг/сут);
- увеличение ежедневного потребления овощей и фруктов (не менее чем 1-2,5 порции для фруктов и 1-4 порции – для овощей);
- снижение потребления жирных и высококалорийных продуктов (в первую очередь насыщенных и трансжиров);

Таблица 2

**Влияние снижения избыточной массы тела и увеличения физической активности пациентов на частоту ФР при различной патологии (адаптировано из [21])**

ФР заболевания	Снижение массы тела	Увеличение физической активности
АГ	+++	+++
СД типа 2	+++	++
Липидный профиль	Значимое улучшение	Значимое улучшение
КБС	++	+++
Инсульт	+	++
Колоректальный рак	+	++
Рак груди	+	+
Остеоартриты	++	+
Остеопороз	–	+++
Холецистит	+	+
Апноэ во время сна	++	Неизвестно
Душевное здоровье	Возможно улучшение	Возможно улучшение

*Примечание.* «+++» – сильное снижение риска; «++» – среднее снижение; «+» – слабое; «–» – риск не уменьшается.

- количество потребляемого холестерина не должно превышать 300 мг/сут;

- включение в диету злаков, круп, обезжиренных молочных продуктов, нежирного мяса;

- ограничение потребления соли (особенно для лиц с АГ).

В зависимости от наличия того или иного ССЗ рекомендации могут

меняться (например, по уровню потребления соли и т.д.). При составлении диеты следует также помнить, что ряд лекарственных препаратов может снижать аппетит, вызывать диарею, тошноту, головную боль, что в конечном итоге способно привести к снижению массы тела и к анорексии. К ним относятся антидепрессанты (ингибиторы обратного захвата

серотонина, антибиотики, сульфат железа, фуросемид и серосодержащие препараты, нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – ИАПФ, антигистаминные препараты, дигоксин).

Ряд заболеваний (особенно в пожилом возрасте) могут приводить к потере массы тела (например, болезни десен, депрессия, хроническая сердечная недостаточность, опухоли и т.д.). Это может потребовать изменения тактики ведения пациента и рекомендаций по диете.

Всем пациентам также следует давать рекомендации по приему алкоголя. Известно, что злоупотребление алкоголем повышает общую и сердечно-сосудистую смертность (1/3 всех случаев ишемической дилатационной кардиомиопатии связана с этой причиной). С другой стороны, более чем в 100 проспективных исследованиях показано, что употребление алкоголя в небольших количествах позволяет на 20-45% снизить риск ишемических событий, инсульта, СД, периферического атеросклероза сосудов, внезапной сердечной смерти и в целом кардиоваскулярную смертность [23]. Эти данные касаются как мужчин, так и женщин, а также как первичной, так и вторичной профилактики. Механизмом, который снижает риск, является, видимо, повышение фибринолитической активности,

уровня липопротеидов высокой плотности, снижение инсулинорезистентности, агрегации тромбоцитов и содержания высокочувствительного С-реактивного белка [24]. В ряде исследований показаны уникальные кардиопротективные свойства красного вина, хотя это справедливо для различных видов алкоголя [5].

Таким образом, возможно употребление 1 порции алкоголя в сутки (1 стандартная порция алкоголя равна 15 мл чистого этилового спирта) для женщин и 2 порций для мужчин с целью снижения сердечно-сосудистого риска [4]. Эти рекомендации могут быть даны только тем пациентам, которые на момент обследования принимают алкоголь несколько раз в неделю (но не злоупотребляют им); пациентам, которые никогда не употребляли алкоголь или не употребляют его в настоящий момент по тем или иным причинам, такие рекомендации давать не следует. Если невозможно определить степень потребления алкоголя пациентом, от рекомендаций по его приему также следует воздержаться в связи с высокой частотой связанных с алкоголем несчастных случаев, убийств, суицидов и его негативным влиянием на общую смертность во всем мире, особенно среди людей молодого возраста [26].

Сегодня рекомендации по изменению образа жизни являются одними из основных в лечении и ведении па-

пациента с высоким риском или наличием ССЗ. Внедрение и использование только 3 направлений профилактики (увеличение физической активности, рациональное питание, отказ от курения) позволит повысить выживаемость и качество жизни пациентов, а также уменьшить затраты на лечение ССЗ.

### Литература

1. World Health Organization // The Global Burden of Disease. – 2004 Update. – Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Fact Sheet #410, WHO, Geneva. – Available at: <http://who.int>, date of last update: 22.09.2014.
3. Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 525 с.
4. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство / Р.Г. Оганов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 216 с.
5. Current clinical medicine / Cleveland Clinic; ed.: William D. Carey. – 2nd ed. – P. 1342.
6. A Longitudinal Study of Medicaid Coverage for Tobacco Dependence Treatments in Massachusetts and Associated Decreases in Hospitalizations for Cardiovascular Disease / T. Land [et al.] // PLoS Med. – 2010. – Vol. 7, №12: e1000375. doi:10.371/journal.pmed.1000375.
7. Prevention for a healthier America: investments in disease prevention yield significant savings, stronger communities. – Washington, DC: Trust for America's Health, 2008.
8. Heart disease and stroke statistics-2010 update: A report from the American Heart Association / D. Lloyd-Jones [et al.] // Circulation. – 2010. – Vol. 121. – P. 46.
9. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Chronic Diseases: Investing Wisely in Health: Preventing Obesity and Chronic Diseases Through Good Nutrition and Physical Activity / National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. – 2005.
10. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease / J. Jolliffe [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – №1. – CD001800.
11. Болезни сердца и сосудов: руководство Европейского общества кардиологов: пер. с англ. / под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серруиса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с.
12. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.
13. Province M. The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT Trials. Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques / M. Province [et al.] // JAMA. – 1995. – Vol. 273, №17. – P. 1341-1347.

14. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation-United States, 2008 // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* – 2009. – Vol. 58. – P. 1227.
15. Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2005. – Vol I: Secondary School Students / L. Johnston, P. O'Malley, J. Bachman. – Rockville, Md, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2005. – NIH publication no. 99-4660.
16. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), Российская Федерация, 2009 г. – М., 2009. – 185 с.
17. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997-2001 // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* – 2005. – Vol. 54. – P. 625.
18. Medicaid provider delivery of the 5A's for smoking cessation counseling / E. Chase, S. McMenamin, H. Halpin // *Nicotine Tob Res.* – 2007. – Vol. 9. – P. 1095.
19. Meine T. Safety and effectiveness of transdermal nicotine patch in smokers admitted with acute coronary syndromes / T. Meine [et al.] // *Am. J. Cardiol.* – 2005. – Vol. 95. – P. 976-978.
20. Heart Disease and Stroke Statistics–2011 Update. A Report From the American Heart Association / V.L. Roger // *Circulation.* – 2011. – Vol. 123. – P. 18-29.
21. Manson J. The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: A call to action for clinicians / J. Manson [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2004. – Vol. 164. – P. 249.
22. Appel L. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group / L. Appel [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1997. – Vol. 336. – P. 1117.
23. Goldberg I. AHA Science Advisory: Wine and your heart: A science advisory for healthcare professionals from the Nutrition Committee, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Cardiovascular Nursing of the American Heart Association / I. Goldberg [et al.] // *Circulation.* – 2001. – Vol. 103. – P. 472.
24. Lindberg M. Alcohol, wine, and cardiovascular health / M. Lindberg, E. Amsterdam // *Clin. Cardiol.* – 2008. – Vol. 31. – P. 347.
25. Yarnall K. Primary care: Is there enough time for prevention? / K. Yarnall [et al.] // *Am. J. Public. Health.* – 2003. – Vol. 93. – P. 635.
26. Wu J. Coffee consumption and risk of coronary heart diseases: A meta-analysis of 21 prospective cohort studies / J. Wu [et al.] // *Int. J. Cardiol.* – 2009. – Vol. 137. – P. 216.
27. Knowler W. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin / W. Knowler [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2002. – Vol. 346. – P. 393.

28. Arab L. Green and black tea consumption and risk of stroke: A meta-analysis / L. Arab, W. Liu, D. Elashoff // Stroke. – 2009. – Vol. 40. – P. 1786.

---

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ**

Якушин Сергей Степанович – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.  
E-mail: Yakushin@kafedra.ryazan.ru.

Филиппов Евгений Владимирович – канд. мед. наук, доц. кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.  
E-mail: dr.philippov@gmail.com.