

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

научно-практический журнал

В номере

Традиционная медицина
за рубежом

Болевые мышечные синдромы
у соматических больных

Гомеопатия в терапии гипер-
тонической болезни

Лук и чеснок в фитотерапии
и гомеопатии

Новая методика коррекции
массы тела и фигуры

Дискуссионные вопросы
традиционной медицины



ТМ- 2004, № 1 (2)



Здоровое Поколение

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ЗАЛОВ ЛФК



Гимнастические мячи предназначены для физкультурно-оздоровительной и лечебно-профилактической работы. Красивый внешний вид и необыкновенная прочность мячей (выдерживают нагрузку до 300 кг), разнообразие способов применения делают мячи одним из любимых видов спортивно-игрового оборудования.



Оригинальные методики с использованием гимнастических мячей разных размеров позволяют в игровой форме проводить коррекцию функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата и сколиозов, а также профилактику других отклонений.



129090, г. Москва, пер. Васнецова, д. 2
Тел.: (095) 684-71-15, 684-72-97, факс: (095) 755-61-44
[Http://www.aconit.ru](http://www.aconit.ru) E-mail: marketing@aconit.ru

НОВАЯ МЕТОДИКА СНИЖЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И КОРРЕКЦИИ ФИГУРЫ

М.М. Мухина, Н.В. Чадаев

Научно-исследовательский лечебно-диагностический центр
«Оригинальная терапия» (г. Тверь)

Проблема состояния здоровья людей, страдающих избыточной массой тела, становится все более актуальной. Социально-экономические предпосылки последнего десятилетия привели к тому, что число лиц с ожирением год от года неуклонно увеличивается, составляя до 60% взрослого населения [1].

Ожирение представляет собой биологическое явление, характеризующееся увеличением массы жировой ткани во всем организме с преимущественной его локализацией в подкожно-жировой клетчатке. Ряд специалистов полагает, что ожирением считается уже незначительное превышение фактической массы тела над идеальной, другие утверждают, что это превышение, чтобы рассматриваться как ожирение, должно составлять 10–20%, а среди лиц женского пола – 30% [1; 8; 9].

Наиболее остро проблема ожирения стоит среди населения экономически развитых стран, что определяется высоким уровнем урбанизации, ростом крупных городов, развитием городской инфраструктуры, а также достаточным уровнем материального обеспечения и «цивилизованными условиями жизни» (доступность пищи, уменьшение потребности в мышечной нагрузке и др.) [4]. Доказано, что до 40% населения этих стран имеет избыточную массу тела с индексом массы тела (ИМТ)* 25–29,9 у.е., а около 25% населения имеет ожирение с ИМТ от 30 у.е. и более.

Аналогичная картина наблюдается и в крупных городах Российской Федерации. Для нашей страны особенностью является возрастающий дисбаланс питания значительной части населения, который (как предиктор развития ожирения) приобретает все большую этиологическую значимость.

В частности, отмечено употребление большинством граждан продуктов, содержащих значительные количества быстро усвояемых углеводов и

жиров, а также производных холестерина [15; 17].

Человек, страдающий избыточной массой тела, как правило, не может добиться устойчивого ее снижения, поскольку заложенная в его сознание мотивация избыточного потребления высококалорийных пищевых продуктов постоянно подкрепляется макро- и микросоциальным окружением [13]. К внутренним факторам, влияющим на повышение массы тела, относят генотип, конституцию жировой ткани, состояние реактивности в связи с метаболизмом гормонов, структурную и функциональную возбудимость центров аппетита и сытости, эмоциональные и психологические компоненты питания индивида и пр. Существенное значение имеет питание будущей матери в предродовой период и особенности питания ребенка в период грудного вскармливания и раннего детства, формирующие «типы безусловных рефлексов, связанных с питанием», а также усвоенное поведение в области питания (семейное и культурно-общественное влияние) [14].

Многочисленными исследованиями установлено, что повышение показателя ИМТ, несомненно, является фактором риска развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и целого ряда сердечно-сосудистых заболеваний [19]. Доказано, например, что повышение артериального давления (АД) связано с избытком жировой ткани, а не с избытком общей массы тела вообще. Представлены убедительные доказательства, что с увеличением массы жировой ткани нарастают общее периферическое сосудистое сопротивление и частота выявления повышенного АД [20].

Повышение АД при абдоминальном типе ожирения отмечается значительно чаще, чем при глuteофеморальном. У мужчин с возрастом происходит увеличение относительного содержания интраабдоминального жира с 6–7 % от его общего количества в 20 лет до 20 % к 30–50 годам и

* Индекс Кетле (в отечественной литературе – индекс массы тела (ИМТ)) был предложен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1997 году для оценки степени ожирения пациентов. ИМТ рассчитывают по формуле:
$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{квадрат длины тела (м)}.$$

30–35 % к 60–80 годам. У женщин масса висцерального жира чаще повышается только после менопаузы [9; 11; 15; 16]. Доказано также, что у больных ожирением преобладают гиперкинетические изменения в состоянии сердечно-сосудистой системы, связанные с повышением общего периферического сопротивления сосудов без увеличения ударного и сердечного индекса [10].

Таким образом, проблема коррекции веса является актуальной в свете профилактики и лечения наиболее распространенных и социально значимых заболеваний.

Методов и способов коррекции повышенной массы тела предложено немало. Однако большинство из них (гипокалорийная диета, использование биологически активных добавок к пище, повышение физической активности, применение суггестии и кодирования, массаж и др.) имеет определенные ограничения и не всегда приносит желаемые для пациента и врача результаты. Если эффект от их применения и достигается, то он обычно весьма нестойкий и нередко имеет обратимый характер.

При этом, как правило, не принимаются во внимание такие факторы, как анамнестическая длительность ожирения, тип жировоголожения, возрастные и половые особенности больных, страдающих повышенной массой тела [14]. В последнее время все шире используются высокотратные хирургические методы снижения массы тела: пластическая хирургия и криогенный лифтинг. Для них (в частности, для липосакции) существует масса противопоказаний из-за имеющейся соматической патологии; их применение нередко связано со всякого рода осложнениями. Кроме того, они недоступны для пациентов большинства регионов России, так как применение этих методов предполагает наличие специально обученного и высококвалифицированного состава врачей, а также дорогостоящего оборудования.

В существующих условиях иглорефлексотерапия (ИРТ) является, по нашему мнению, оптимальным методом коррекции избыточной массы тела, позволяющим проводить терапию с учетом индивидуального генотипа пациента, конституции жировой ткани, состояния реактивности в связи с метаболизмом гормонов, структурной и функциональной возбудимости центров аппетита и сытости, а также типов безусловных рефлексов, связанных с питанием.

На сегодняшний день в научной литературе

описан ряд методик ИРТ для коррекции ИМТ. В частности, известен способ Г. Лувсана [12], который предусматривает на фоне редуцированной диеты и расширения физической активности проведение сеанса корпоральной рефлексотерапии, когда длинные иглы вводятся горизонтально в области активных точек от F_{13} до VB_{25} с двух сторон и в точки E_{25} и RP_9 также с обеих сторон. Длительность каждого сеанса 20–30 минут, курс лечения – до 10 сеансов. К сожалению, данная методика не отвечает требованиям комплексного воздействия на патогенетические механизмы ожирения: она не способствует снижению аппетита, выраженной стимуляции метаболизма, активации липолиза, поскольку она не предусматривает использования аурикулотерапии, эффективность которой является общепризнанной [5]. Помимо отсутствия влияния на общие механизмы снижения массы тела, в методике не учитывается и ведущий синдром воздействия на актуальные симптомы. Количество сеансов ограничено десятью, что не позволяет наблюдать и достоверно контролировать процесс и результат снижения массы тела больных [14].

Существует также методика иглорефлексотерапевтического воздействия, предложенная М.В. Вограликом и В.Г. Вограликом [3]. Она предусматривает ежедневное проведение сеансов лечения утром с 7 до 11 часов. Комплекс точек воздействия подбирается с учетом генеза ожирения, степени тяжести, жалоб больных, сопутствующей патологии. Метод воздействия (седативный, возбуждающий) выбирается на основании данных акупунктурной диагностики. Воздействие осуществляется на аурикулярные точки (АТ): $E_{36,45}$, MC_6 , $RP_{4'}$, $V_{20-22'}$, $R_{7'}$, P_6 , $TR_{5'}$, $T_{14'}$, $J_{17,21}$ и точки:

17, 16, 19, 22, 26, 26a, 45, 51, 84, 87. В результате лечения снижение массы тела составляет в среднем 6–13 кг за 10–15 сеансов. Длительность воздействия аурикулярными иглами составляет от 40 минут до 4–5 суток.

При всех позитивных моментах этот способ имеет определенные недостатки. По нашим данным, недостаточная продолжительность акупунктурного воздействия не обеспечивает адекватного торможения центра голода. Несколько хаотичный и бессистемный подбор точек имеет следствием чрезмерную рефлекторную нагрузку, в результате которой могут возникнуть обострения сопутствующих заболеваний, ухудшение общего самочувствия, усугубление гипоталамических рас-

стройств, а в конечном итоге – прогрессирование заболевания. Применение по данной методике лечебной физкультуры в режиме возрастающих физических нагрузок способствует усилению аппетита из-за увеличения энергетических затрат. Кроме того, физические нагрузки могут стимулировать появление перегрузочных мышечно-суставных болей, что является пусковым механизмом «заедания стресса». Физические нагрузки также противопоказаны значительной категории пациентов из-за сопутствующей патологии [14].

Следует также отметить, что ни в одной из ранее предложенных методик не учитывается проблема косметических дефектов в виде отвисающих кожных складок, остающихся после снижения веса, которые усугубляют хронически существующую фрустрацию (неудовлетворенность пациентов своим внешним видом).

Нами в течение достаточно длительного времени применяется новая методика, позволяющая не только лечить ожирение, но и адекватно осуществлять коррекцию фигуры.

Методика состоит в коррекции психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с использованием аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии в сочетании с редуccionной диетой (на фоне нивелировки мотивационных и поведенческих особенностей пищевого поведения личности). Она позволяет создать психологически конкретизированные мотивы устойчивого пищевого поведения человека, страдающего повышенной массой тела.

По сравнению с существовавшими ранее аналогами, методика обеспечивает повышение эффективности лечения ожирения и коррекции фигуры за счет снижения его травматичности при увеличении длительности сохранения полученных результатов. Она не вызывает осложнений, не требует специального оборудования и больших материальных затрат, а также лекарственных средств или пищевых добавок.

Особенностями данной методики являются:

- использование одной микроиглы одновременно для двух аурикулярных точек с ее оставлением на длительное время;
- осуществление не только снижения массы тела, но и коррекции фигуры;
- использование пальцевого массажа зон жирового депо для улучшения местного кровотока, оптимизации лимфооттока, уменьше-

ния отечности и болезненности тканей, а также общего расслабления и снятия напряжения у пациентов;

- использование акупунктурной иглы при воздействии на жировые депо, что повышает эффективность курса лечения, позволяет корректировать фигуру, снижая при этом число сеансов ИРТ в зонах избыточного жиротложения;
- своевременное лечение сопутствующих заболеваний, что позволяет повысить эффективность лечения ожирения.

С помощью данной методики достигается снижение аппетита у пациентов, сокращение калорийности употребляемой ими пищи и в результате – сокращение массы и объемов тела, сопровождающееся улучшением психоэмоционального состояния больных и отдельных физиологических параметров организма. Происходит также формирование адекватного энергетическим затратам организма пищевого поведения, способствующего пролонгированному закреплению лечебного эффекта, приводящего к улучшению качества жизни пациентов в целом.

Методика включает пять последовательных этапов.

Первый имеет целью влияние на общие механизмы снижения массы тела и включает беседу врача о вреде избыточной массы тела для обеспечения активного отношения пациентов к лечению, ознакомление их с содержанием редуccionной диеты, а также фиксацию индивидуальных психологических и физиологических особенностей больных. Затем следует первый сеанс аурикулярной ИРТ микроиглой в АТ 17,18 с целью воздействия на центры головного мозга, позволяющие снизить аппетит, уменьшить желудочную секрецию. В зависимости от стадии ожирения, состояния пациента, динамики снижения веса иглу оставляют на срок до 60 дней. Результатами данного этапа являются сформированная психологическая готовность пациентов к лечению, а также выраженное снижение аппетита, снижение желудочной секреции, стимуляция метаболизма, активация липолиза.

Второй этап нацелен на усиление воздействия на механизмы снижения массы тела. Для этого сначала на выбранную зону, в том числе на биологически активные точки (БАТ), воздействуют глубоким пальцевым массажем, используя такие приемы, как вибрация, разминание, надавливание.

Затем на жировые депо воздействуют введением акупунктурных игл. В результате на данном этапе происходят снижение массы и объемов тела и определяемое этим процессом улучшение психоэмоционального состояния пациентов, которое оценивается по сокращенной методике обследования личности (СМОЛ) [6; 7] и по методике психологической диагностики типов отношения к болезни [2].

Третий этап предусматривает комплексное воздействие ИРТ по аналогичной рецептуре с интервалом от 10 до 60 дней.

В результате обеспечивается не только общая гармонизация точек энергии в меридианах желчного пузыря, печени, желудка, селезенки, поджелудочной железы и мочевого пузыря, но и усиление липолиза. Корпоральная ИРТ на этом этапе лечения обеспечивает также необходимый косметический эффект, который способствует закреплению у пациентов мотивации нового пищевого поведения.

Основу четвертого этапа составляет концентрированное воздействие на механизмы снижения массы тела. При наличии у пациента сопутствующих заболеваний дополнительно вводятся микроиглы в АТ, выбранные с учетом этих заболеваний.

Весь период лечения за пациентом проводится корпометрический контроль, и при развитии адаптации, то есть при отсутствии дальнейшего снижения веса, но при еще имеющемся его избытке, микроиглу из ушной раковины удаляют, осуществляют ее постановку аналогичным способом в другую ушную раковину.

На этом этапе достигается значительное снижение массы и объемов тела при хорошем косметическом эффекте, улучшение психоэмоционального и отдельных физиологических параметров организма больных.

Пятый этап закрепляет адекватное энергетическим затратам организма пищевое поведение. На этом этапе в процессе опроса пациентов и анализа объективной динамики снижения массы тела выявляется та ушная раковина, воздействие на которую было более эффективным. В ее АТ 17,18 проводят укалывание микроиглой сроком на 30–50 суток. Основной результат этапа – закрепление достигнутых положительных изменений (улучшение физиологических параметров организма на фоне последовательного снижения массы тела пациента), а также формирование адекватного энергетическим затратам организма пище-

вого поведения, способствующего пролонгированному закреплению лечебного эффекта.

Перед окончанием лечения проводится беседа, ориентирующая пациента на дальнейшее правильное питание и самостоятельную оценку калорийности потребляемой пищи.

В конце каждого этапа лечения проводится контроль массы тела, измеряется окружность талии, бедер, груди, плеча. Полученные методом калиперометрии результаты объективно показывают, что происходит значительное уменьшение толщины жировых складок, их подтягивание. Лечение заканчивают при достижении пациентом желаемой или идеальной массы тела, рассчитываемой по ИМТ. При этом имеют в виду, что ИМТ менее 18,5 у.е. – это недостаточная масса тела, 18,5–24,9 у.е. – нормальная, 25,0–29,9 у.е. – ожирение 1-й степени, 30,0–39,9 у.е. – ожирение 2-й степени, более 40,0 у.е. – ожирение 3-й степени.

Таким образом, методика включает реализацию пяти последовательных этапов, каждый из которых имеет свое назначение и решает определенные задачи на пути достижения общей цели – снижения избыточной массы тела пациентов с целью улучшения качества их жизни.

Показаниями к применению методики являются алиментарно-конституциональное и гипоталамическое ожирение.

Применение методики противопоказано при индивидуальной непереносимости ИРТ, булимии, беременности и лактации, злокачественных новообразованиях, судорожном синдроме любой этиологии, анемии 2-й степени и более, хронической сердечно-сосудистой, почечной, печеночной недостаточности, гипотиреозе в стадии декомпенсации, сахарном диабете 1 и 2 типа.

Разработанным методом было пролечено 850 человек с ожирением 1–3-й степени. Динамика снижения массы тела составила в среднем за курс от 3–4 кг до 90 кг в зависимости от степени ожирения. Уменьшение ожирения оценивалось методом калиперометрии (Экспертная оценка физического развития граждан...: Методические указания. – Тверь, 1998) толщины жировой складки и окружностей тела. В случае «срыва» пищевого рефлекса и повторного набора массы тела достаточно было одного сеанса ИРТ с активной ушной раковиной для восстановления утраченной мотивации адекватного аппетита.

Длительность последующих наблюдений за 142 пациентами составила три года и более. У 95 %

пациентов в течение 3 лет масса тела соответствовала ИМТ 18,5–24,9 у.е., что говорит об эффективности лечения пациентов по данной методике. В исследуемой группе из 142 человек (60 мужчин и 82 женщины) 33 имели 1-ю степень ожирения, 81 – вторую и 28 – третью. Из них мужчин и женщин до 40 лет было пролечено 38 и 32 соответственно, от 40 до 50 лет – 20 и 26, старше 50 лет – 12 и 24 человека соответственно. Длительность заболевания составляла у 24 человек – до 5 лет (10 мужчин и 14 женщин), у 68 – от 6 до 15 лет (29 мужчин и 39 женщин) и у 50 – более 15 лет (21 мужчина и 29 женщин).

Полученные результаты лечения были нами ста-

тистически обработаны и опубликованы [14]. В частности, опубликованы статистически достоверные данные о динамике ИМТ у лиц с разной степенью ожирения под воздействием ИРТ; детализация динамики показателей ИМТ в зависимости от пола пациентов, степени и длительности ожирения. Рассчитаны показатели ИМТ до и после лечения, а также абсолютная убыль ИМТ, темп прироста убыли в процентах и показатель наглядности убыли в процентах по половому признаку, возрастным группам и длительности заболевания [14].

Объективизация эффективности и безопасности разработанного метода проводилась по ана-

Таблица 1

Динамика ИМТ в зависимости от пола и возраста у лиц с ожирением под действием ИРТ по методике М.М. Мухиной

Сроки	Мужчины [n=60]				Женщины [n=82]			
	Вся группа	До 40 лет (n=38)	40-50 лет (n=20)	Старше 50 лет (n=12)	Вся группа	До 40 лет (n=32)	40-50 лет (n=26)	Старше 50 лет (n=24)
Исходно	33,6±2,6	32,9±2,9	34,5±3,1	34,4±3,9	36,5±2,3	31,5±2,8	36,7±3,1	36,2±3,8
Через 2,5 нед.	28,2±2,5	25,3±3,0	28,6±3,3	30,7±3,5	33,1±2,4	30,3±2,4	35,7±3,2	34,0±3,6
Через 1 мес.	29,5±2,8	23,4±2,9	25,5±3,3	28,7±3,5	28,0±2,3	27,3±2,6	28,4±3,1	28,3±3,6
Через 2,5 мес.	24,2±2,7	22,8±2,9	25,1±3,2	25,2±3,7	25,5±2,2	24,9±2,4	24,9±3,0	27,2±3,7
Через 6 мес.	24,1±2,7	22,3±2,8	25,0±3,2	25,2±3,8	25,3±2,3	24,8±2,7	24,7±3,0	28,0±3,8
	P<0,01	P<0,01	P<0,05		P<0,01	P<0,01	P<0,01	

Таблица 2

Динамика изменений ИМТ у лиц с ожирением без сопутствующей патологии и с патологией сердечно-сосудистой системы и сахарным диабетом под действием ИРТ по методике М.М. Мухиной

Сроки	Вся группа	Подгруппы			
		Безсопутств. патол. (n=47)	ИБС (n=39)	Гипертонич. б-нь (n=45)	Сахарный диабет (n=11)
Исходно	35,0±2,9	32,3±2,4	35,2±2,6	34,6±2,3	38,1±4,1
Через 2,5 недели	30,6±2,7	26,1±2,2	29,6±2,5	29,5±2,4	37,0±4,0
Через 1 месяц	26,9±2,8	24,0±2,1	26,8±2,6	26,4±2,5	31,2±4,2
Через 2,5 месяца	24,8±2,8	22,4±2,1	25,0±2,5	24,6±2,5	27,2±4,0
Через 6 месяцев	24,7±2,8	22,4±2,3	24,7±2,5	24,6±2,4	27,3±4,0
	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	

лизу динамики состояния сердечно-сосудистой системы, центрального и церебрального кровообращения, липидного спектра крови и вегетативной регуляции. В частности, статистически были обработаны изменение под воздействием ИРТ показателей кардиоинтервалографии в зависимости от степени и длительности ожирения, пола и возраста; динамика изменения липидного спектра крови в зависимости от степени и длительности ожирения; изменение показателей центральной гемодинамики и при различных вариантах кровообращения (эукинетический, гиперкинетический, гипокинетический) и показателей ультразвукового исследования сердца (в зависимости от степени ожирения) под действием ИРТ. Во всех случаях наблюдалась достоверная положительная динамика показателей на фоне лечения с помощью разработанного метода. Фактические данные, иллюстрирующие эффективность лечения, нами также опубликованы [14]. Итоговые результаты лечения сведены в табл. 1, а динамика изменений ИМТ у лиц с ожирением без сопутствующей патологии и с патологией со стороны сердечно-сосудистой системы и сахарным диабетом под действием ИРТ представлена в табл. 2.

В марте 2004 года методика рассмотрена и одобрена Секцией по традиционным методам лечения Ученого совета Минздрава РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексенко А. С. Объективный прием оценки выраженности жировоголожения по соотношению жирового и безжирового компонентов в составе массы тела у мужчин в поликлинических условиях и его значение в прогнозировании изменений гемодинамики // Сб. науч. тр. ММСИ им. Н.А. Семашко / Под ред. В.С. Волкова. — М.: ММСИ, 1989. — С. 128–132.
2. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни Бехтерева / Авт.-сост. Л.И. Вассерман. — Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт, 1987. — 27 с.
3. Вогралик М.В., Вогралик В.Г. Пунктурная рефлексотерапия чжень-цзю. — Горький, 1988. — 335 с.
4. Григорьев П. Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Патогенетические основы алиментарного ожирения // Терапевтический архив. — 1989. — № 9. — С. 120–125.
5. Дуриная Р.А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. — Ереван, 1983. — 238 с.
6. Зайцев В.П. Методика СМОЛ // Психологический журнал. — 1982. — № 3. — С. 72–77.
7. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). — М., 1976. — 176 с.
8. Кендыш И.Н. Регуляция углеводного обмена. — М.: Медицина, 1985. — 160 с.
9. Колодин В.А. Роль избыточной массы тела, инсулина, тестостерона, кортизола в развитии гиперлипидотеидемии и ее лечение у мужчин с факторами риска ишемической болезни сердца в поликлинике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1989. — 22 с.
10. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. — Л.: Медицина, 1983. — 288 с.
11. Либензон Р.Т., Синенко А.А., Ермакова Л.Н. и др. Пограничная артериальная гипертензия в организованной мужской популяции // Советское здравоохранение. — 1999. — № 4. — С. 56–59.
12. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — М.: Медицина, 1991. — 574 с.
13. Мельниченко Г.А. Ожирение — эпидемия 21 века: Материалы сателлитного симпозиума «Ожирение: современные подходы к лечению». — М.: Roche, 2000. — С. 3–21.
14. Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. — Тверь: Твер. гос. ун-т, 2002. — 110 с.
15. Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта // Клиническая и экспериментальная кардиология. — Тверь, 1996. — С. 79–82.
16. Потемкин В.В. Эндокринология. — М.: Медицина, 1999. — 640 с.
17. Халтаева Е.Д., Халтаев Н.Г. Избыточная масса тела и характер питания // Терапевтический архив. — 1982. — № 10. — С. 49–52.
18. Lissner L., Heitmann B. Dietary fat and obesity: evidence & epidemiology // Eur. J. Clin. Nutr. — 1995. — Vol. 49. — P. 79–90.
19. Scarfbrs E.T., Lithell H.O., Selinus I. Rise factors for the development of hypertension: a 10-year longitudinal study in middle-aged men // J Hypertens. — 1991. — Vol. 9. — P. 217–237.
20. Weinsier R.L., Nnoms DI, Birch R. et al. The relative contribution of body fat and fat pattern to blood pressure level Hypertension // Hypertension. — 1985. — Vol. 7. — № 4. — P. 578–585.