

*Б. Робертс, М. МакКи, А. Гаспаршвили, К. Чоу, Е. Горякин, Д. Ротман, Х. Хэрпфер, К. Уотсон***СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ОЖИРЕНИЕ
НА МИКРО- И МЕЗОУРОВНЕ, В СТРАНАХ БЫВШЕГО СССР (многоуровневый анализ)****Введение**

Ожирение — серьезнейшая проблема современного человечества. Распространение ожирения достигло такого масштаба, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает его как эпидемию, охватившую массы людей. В 1998 г. в мире был зарегистрировано 250 млн больных с ожирением. За 10 лет число людей, страдающих ожирением, удвоилось и достигло 500 млн [46]. Предполагается, что в 2030 г. эта цифра возрастет примерно до 1,15 млрд [23]. Избыточная масса тела создает серьезную угрозу здравоохранению; это пятый из ведущих факторов риска смерти по всему земному шару, а также крупнейший фактор, способствующий росту бремени неинфекционных заболеваний [48].

Избыточная масса тела определяется как индекс массы тела (ИМТ) 25 кг/м^2 и более, а ожирение — как ИМТ 30 кг/м^2 и более [47].

Сегодня широко признается, что на массу тела человека влияют разнообразные факторы, в том числе состояние окружающей среды [3, 5, 8, 11, 46]. В последнее время даже появилось такое понятие, как "жирогенная среда" (obesogenic environment), определяемая как "совокупность факторов среды обитания, вызывающих ожирение у отдельных индивидов или у групп населения" [45]. Эти факторы включают в себя возможность здорового питания, а также физических нагрузок, способствующих расходу энергии [8, 22, 24, 40, 45, 46].

В результате исследований, проведенных в США и Великобритании, были получены данные, свидетельствующие о связи между доступностью пищевых продуктов и ожирением [6 — 8, 15, 22, 24, 32, 41, 50]. Систематический анализ, предпринятый K. Giskes и соавт. [15], показал, что более широкий доступ к продуктовым магазинам коррелирует с более низким ИМТ, в то время как затрудненный доступ к точкам быстрого питания коррелирует с более низкой частотой ожирения. В результате исследования E. Cerin и соавт. [6] оказалось, что существует отрицательная зависимость между числом бакалейных магазинов в радиусе 1 км

от домохозяйства и вероятностью ожирения. D. Rose и соавт. [39] обнаружили положительную зависимость между ИМТ, доступностью в магазинах энергоемких продуктов и ценами на них, однако исследовательские методы, которыми были получены эти данные, не позволяют считать доказанной связь между ожирением и "жирогенной средой".

Полученные выводы в большинстве случаев — результат исследований, проведенных в США, Великобритании и Австралии. Хотя бы поэтому их не стоит безоговорочно экстраполировать на другие страны, тем более что некоторые корреляции являются характерными лишь для США, другие свойственны только Австралии, третьи оказываются исключительно британскими.

У стран бывшего СССР много проблем в области здравоохранения, требующих решения. Наибольшее внимание обычно сосредоточивается на алкоголе, курении и физико-социальных стрессах, однако подспудно в этих странах зреет эпидемия ожирения [19, 44]. Опубликовано лишь небольшое количество исследований, в которых рассматриваются факторы ожирения на индивидуальном уровне [18 — 20, 34, 44], и ни одно исследование еще не было посвящено изучению влияния социальной среды, окружающей индивида.

В нашей работе мы опираемся на данные международного социологического исследования "Здоровье населения и здравоохранение в странах СНГ в эпоху социальных перемен: состояние и тенденции развития" (HITT-CIS), которое финансируется Европейской комиссией в рамках Седьмой рамочной программы (DG Research — FP7), проект HEALTH-F2-2009-223344.

Выборка исследования включает 18 000 человек, проживающих в Азербайджане, Армении, Белоруссии, Грузии, Казахстане, Киргизии, Молдавии, России и Украине.

Организуя исследование мы ставили перед собой следующие цели: оценить распространенность избыточной массы тела и ожирения у мужчин и женщин разных возрастных групп; изучить связь индивидуальных факторов и факторов на уровне домохозяйств (микроуровень) и ожирением; исследовать связь между особенностями питания и физической активности (мезоуровень) и ожирением.

Материал и методы

Данные, использованные в работе, получены из двух взаимосвязанных источников. Данные микроуровня получены из нескольких национальных репрезентативных социологических исследований, в которых использовали стандартизованные исследовательские анкеты, включавшие вопросы о здоровом поведении, о демографических и социально-экономических характеристиках респондентов, а также вопросы об окружающей респондентов среде. Для опроса была сконструирована многоступенчатая случайная выборка, стратифицированная на уровне стран, регионов, поселений городского/сельского типа. В каждом включенном в выборку домохозяйстве был отобран один индивид в возрасте 18 лет и старше. Интервью проводились весной 2010 г. (кроме Киргизии, где они были перенесены на весну 2011 г. ввиду политической нестабильности в 2010 г.). Исследование было одобрено комитетом по этике Лондонской школы гигиены и тропической медицины и проводилось в соответствии с этическими нормами, изложенными в Хельсинкской декларации 1964 г. Все респонденты дали информированное согласие.

Источником данных мезоуровня были так называемые профили сообществ (community profiles), полученные в

Б. Робертс — PhD, преподаватель фак. Исследований и политики в области здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания (bayard.roberts@lshtm.ac.uk); *М. МакКи* — DSc, рук. исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения, проф. каф. европейского общественного здравоохранения и содиректор Европейского центра по вопросам охраны здоровья в странах с переходной экономикой Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания (martin.mckee@lshtm.ac.uk); *А. Гаспаршвили* — канд. филос. наук, доц., зав. лаб. изучения общественного мнения МГУ им. М. В. Ломоносова (gasparishvili@yandex.ru); *К. Чоу* — PhD, ассистент каф. медицинских исследований Института по исследованию здоровья населения, Университет Мак-Мастера, Гамильтон, Канада (cchow@georgeinstitute.org.au); *Е. Горякин* — науч. сотр. Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания (yevgeniy.goryakin@lshtm.ac.uk); *Д. Ротман* — д-р социол. наук, проф., дир. Центра социологических и политических исследований Белорусского государственного университета, Минск (rotman@bsu.by); *Х. Хэрпфер* — PhD, декан факультета Политики и международных отношений профессор Абердинского университета, дир. Европейского центра социологических исследований, Великобритания (c.w.haerper@abdn.ac.uk); *К. Уотсон* — науч. сотр. Европейского центра по вопросам охраны здоровья в странах с переходной экономикой Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания (watsonkaitlyn@gmail.com).

деяти странах на основе случайной выборки объемом 333 единиц. В России было отобрано 73 профиля, в Украине — 50, в остальных странах — по 30. При разработке "профилей сообществ" в качестве основы был использован уже апробированный инструмент — ЕРОСН, который использовался в Перспективном эпидемиологическом исследовании городских и сельских сообществ [7].

В общих чертах суть метода "профилей сообществ" заключается в том, что специально подготовленные сборщики данных при помощи стандартных методов структурированного опроса систематически фиксируют различные характеристики окружающей среды, касающиеся общей социально-культурной обстановки (состояние тротуаров, освещенность улиц, мусор, граффити на домах и стенах), связанные с питанием и физической активностью (продуктовые магазины, расстояние до них), с доступностью и рекламой табака и алкоголя. Кроме того, в соответствии с разработанным руководством, определенные объекты окружающей среды фотографировали. Затем производили кодировку объектов с использованием форм структурированного кодирования.

Ключевыми независимыми переменными микроуровня при опросе домохозяйств были возраст, семейное положение, образование, здоровье, самооценка респондентом своего здоровья, экономическое положение домохозяйства (самооценка), курение, частота потребления алкоголя (любого типа), осознание важности здорового питания и физической активности, наличие в семье автомобиля, проживание в городской или сельской местности.

Переменные мезоуровня (на основе "профилей сообществ") касались таких аспектов окружающей среды, как наличие объектов питания, а также ее физические и эстетические характеристики. Переменные, относящиеся к питанию, включали общее количество объектов общественного питания, наличие рекламы нездоровой пищи (фаст-фуд, сладкие газированные напитки), которые затем категоризировались как ≤ 2 или > 2 , а также наиболее низкая цена полезного (1 кг яблок) и вредного (1 л сладких газированных напитков) продукта. Переменные мезоуровня в плане оценки физических и эстетических характеристик окружающей среды включали наличие пешеходных переходов, ощущаемую безопасность уличного движения, наличие граффити или мусора, а также насколько это сообщество привлекательно с эстетической точки зрения.

Объекты (например, пункты питания, озелененные территории и т. п.) оценивали как "доступные", если расстояние до них было не более 1,5 км, и как "недоступные", когда расстояние до них превышало указанную цифру.

Для анализа на микроуровне мы рассчитали оценки распространенности избыточной массы тела и ожирения по возрасту и полу для каждой страны и по всем странам в целом. Гендерные различия распространенности ожирения оценивали с помощью тестов χ^2 . Анализ на микроуровне был априори стратифицирован по полу с учетом дисперсии ожирения и его детерминант по полу. Мы использовали двухуровневую логистическую модель со случайной константой для женщин и стандартную логистическую регрессию для мужчин, так как обнаружили сильные свидетельства кластеризации ожирения внутри общностей для женщин [критерий подобия (likelihood ratio test): межгрупповая (между общностями) дисперсия ($\sigma^2_{u0} = 0$; $p < 0,001$), но не для мужчин ($p = 0,32$)]. Возраст и экономическое положение домохозяйства были установлены априори как детерминанты. Проведен одномерный регрессионный анализ. Факторы, уровень статистической значимости которых достиг $p < 0,1$, были включены в многомерный анализ в соответствии с силой связи методом пошагового введения (forward stepwise). Оставшиеся значимо связанными с ожирением факторы ($p < 0,05$) были затем включены в финальную многомерную модель.

Данные по ИМТ ВОЗ и НIT-CIS (2010)

Страна	Мужчины		Женщины	
	ВОЗ*	НIT 2010 (95% CI)	ВОЗ*	НIT 2010 (95% CI)
Армения	25,5	25,0 (24,7 — 25,3)	25,7	24,5 (24,2 — 25,3)
Азербайджан	25,9	24,5 (24,2 — 24,8)	26,4	24,9 (24,5 — 25,2)
Белоруссия	26,3	25,4 (25,1 — 25,6)	27,7	25,2 (24,9 — 25,5)
Грузия	24,3	26,9 (26,6 — 27,2)	25,6	25,7 (25,3 — 26,0)
Казахстан	24,6	24,7 (24,4 — 24,9)	24,0	25,2 (24,8 — 25,5)
Киргизия	23,6	24,2 (24,0 — 24,5)	24,7	24,1 (23,8 — 24,4)
Молдавия	24,0	25,6 (25,3 — 25,8)	25,2	25,3 (25,0 — 25,6)
Россия	24,9	25,5 (25,3 — 25,8)	25,9	26,2 (26,0 — 26,5)

Примечание. * — глобальная данная база ВОЗ.

Для анализа данные были объединены с данными опроса домохозяйств, чтобы установить связь между индивидуальными показателями и данными по общностям.

Затем самостоятельный анализ был проведен соответственно для физической активности и доступного питания. С целью обеспечения адекватной мощности статистического критерия для меньшей по объему выборки модели далее не дифференцировались по полу, хотя были построены с учетом взаимодействия пола и возраста. Мы построили безусловную двухуровневую логистическую модель со случайной константой с ожирением в качестве результирующей. С помощью этой модели мы рассчитали базовую межгрупповую (между общностями) дисперсию (σ^2_{u0}) ожирения.

Далее мы построили двухуровневые логистические модели со случайной константой, индивиды (уровень 1) и общности (уровень 2), чтобы проанализировать отношения между ожирением и переменными мезоуровня после учета переменных микроуровня. Были разработаны многомерные модели с использованием метода пошагового введения. Ретенции в финальной многомерной модели оценивалось снижением межгрупповой (между общностями) дисперсии и статистическим суждением ($p < 0,05$) (34). Межуровневые взаимодействия между переменными микро- и мезоуровня выходили за рамки нашего анализа.

Для обеспечения адекватной мощности критерия, анализ микро- и мезоуровней включал наблюдения из девяти стран бывшего СССР [36]. Все результаты представлены как коэффициенты несогласия с использованием меры бинарного результата с соответствующими 95% доверительными интервалами и мерами подобия.

Результаты и обсуждение

Всего во всех странах, где проходило исследование, было опрошено 18 000 человек. Анкеты 1056 респондентов были исключены из выборки, так как в них не была указана масса тела ($n = 385$) либо рост респондентов ($n = 671$). Таким образом, анализ был ограничен 16 944 (94,1%) индивидами.

Избыточная масса тела и ожирение весьма широко распространены как у мужчин, так и у женщин. У 47,6% мужчин и 47,9% женщин масса тела превышала норму. Женщины чаще, чем мужчины, страдают ожирением (18,3% против 12,6%; $p < 0,001$), в то время как среди мужчин больше распространена избыточная масса тела (35,3% против 29,3%; $p < 0,001$). Самая большая доля жителей, страдающих ожирением, отмечена в Грузии (23,4% мужчин, 19,2% женщин). Во всех странах, за исключением Молдавии и Украины, наблюдается криволинейная тенденция: распространение избыточной массы тела у мужчин возрастает к 60 годам, а затем убывает. Подобная тенденция отмечается и у женщин, за исключением Армении и Казахстана.

Данные по ИМТ, полученные в исследованиях, проводимых в рамках проекта "Здоровье населения в пере-

ходный период", во многом совпадают с оценками ВОЗ за 2010 г. (см. табл.). Наибольшее различие для мужчин было отмечено в Грузии (26,9% — NIT-CIS; 24,3 ВОЗ), а также для женщин в Азербайджане (24,9% против 26,4%) и Белоруссии (25,2% против 27,7%).

Факторы микроуровня. Средний возраст всех респондентов-мужчин в выборке составлял 41,2 года (СО 16,9), а средний ИМТ — 25,2 кг/м² (СО 4,1). После корректировки различных независимых переменных в мультивариантном анализе были выделены следующие факторы, связанные с ожирением: старший возраст, более высокий уровень образования, низкая самооценка здоровья, большая частота потребления алкоголя, а также наличие собственного автомобиля.

Неженатые курящие мужчины, признающие важность физической активности, с меньшей вероятностью были подвержены ожирению.

Факторы мезоуровня. Из 3082 респондентов, включенных в "профили сообществ", 124 (4%), отвечая на вопросы анкеты, не указали свой рост, а 133 (4,3%) не указали массу тела. Их анкеты были исключены из выборки. Таким образом, анализ факторов на мезоуровне включал данные 2899 (94,1%) респондентов. Средний возраст мужчин ($n = 1296$) составлял 42 года (СО 17,1), а средний ИМТ — 25,4 (СО 4,3). Средний возраст женщин ($n = 1603$) составлял 43,7 года (СО 17,1), а средний ИМТ — 25,3 (СО 5,3).

После определения факторов, влияющих на микроуровне (пол/возраст/семейное положение/финансовое положение домохозяйства/частота потребления алкоголя/курение/самооценка состояния здоровья/образование), 4,1% остаточной дисперсии в распространении ожирения можно отнести на счет ненаблюдаемых характеристик сообщества ($\sigma^2_{u0} = 0,14$, тест отношения правдоподобия $\sigma^2_{u0} = 0$: $p = 0,02$).

Из основных характеристик окружающей среды и питания сообщества единственный фактор, который имеет сильную связь с ожирением, это высокая средняя цена 1 кг самых дешевых яблок (OR 1,25 [95% CI 0,99 — 1,59]).

Относительно характеристик окружающей среды, имеющих отношение к физическим и эстетическим характеристикам сообщества и их взаимосвязи с ожирением, в мультивариантной модели после определения переменных на микроуровне обнаружилось, что у людей, проживающих в районах, где на улицах большое количество мусора, вероятность развития ожирения была на 30% выше, чем у проживающих в чистых районах (OR 1,30 [95% CI 1,00-1,68]). Наличие граффити было ассоциировано с примерно 50% вероятностью развития ожирения (OR 0,49 [95% CI 0,27 — 0,88]).

Насколько нам известно, настоящее исследование является первым исследованием комбинированного воздействия факторов микро- и мезоуровня на ожирение в странах бывшего СССР. Среди сильных сторон исследования — применение стандартизованных методов сбора данных в девяти республиках с использованием национальных репрезентативных выборок. Кроме того, в отличие от большинства мезосредовых оценок, которые фокусируются на каком-либо одном аспекте типов поведения, связанных с питанием и каким-нибудь одним типом окружающей среды [7, 8], используемый исследовательский инструмент позволяет изучить множественные воздействия.

Исследование подтвердило, что эпидемия ожирения распространилась по всей территории бывшего СССР. Региональные оценки избыточной массы тела (ИМТ 25 кг/м² и более) сопоставимы с оценками ВОЗ для таких стран, как Дания (48,6%) и Швейцария (46,3%), однако еще далеки от аналогичных показателей для Великобритании (66,3%) и США (77,1%) [48]. Тот факт, что у мужчин больше склонность к избыточной массе тела, а у женщин — к ожирению, вполне соответствует тому, что мы наблюдаем в других развитых странах, и не противоречит результатам, ранее полученным в России [19, 40]. Несмотря на то

что в рамках настоящего исследования невозможно было выявить динамику распространения ожирения, сопоставление полученных нами данных с результатами ранее проведенных исследований фиксируют рост распространения ожирения в России (за 5 лет с 20 до 28%). Учитывая положение России как "законодательницы" трендов в странах бывшего СССР, такое развитие в других постсоветских странах представляется вполне вероятным [19].

Что касается микроуровня, то данные исследования показали, что пол и возраст являются хорошо работающими независимыми переменными, что опять же согласуется с результатами исследований, полученными в странах Запада и странах с переходной экономикой [1, 12, 23, 47, 48]. Для лиц обоего пола была показана прямая зависимость с семейным положением [19, 42, 44, 48, 49] и обратная — с самооценкой здоровья [13, 21, 27].

В то же время состояние здоровья (самооценка) имело значительно большее влияние на вероятность развития ожирения у женщин, чем у мужчин.

Колебания зависимости между социально-экономическими показателями (образование и финансовое положение домохозяйства) и ожирением отражает замечание С. Monteiro и соавт. [30] о сложной социальной детерминации ожирения в странах с переходной экономикой. Для мужчин доход с большей вероятностью положительно коррелирует с ожирением, в то время как образование обычно обнаруживает отрицательную корреляцию [30]. Результаты наших исследований, однако, свидетельствовали об обратном: высокий уровень образования у мужчин повышает вероятность развития ожирения. Потенциально это могло бы отражать переход от экономики, основанной на умении, к экономике, основанной на знании, в бывшем СССР и соответственно ко все более "сидячему" образу жизни [19, 20]. Кроме того, не отмечено связи между экономическим положением домохозяйства с ожирением у мужчин, что также согласуется с более слабой зависимостью между социально-экономическим положением и ожирением у мужчин в странах Запада [29]. Кластеризация таких характеристик, как потребление алкоголя, курение и сидячий образ жизни, с ожирением, наблюдаемая у мужчин, согласуется с общемировой тенденцией [46].

У женщин наблюдаемые связи с социально-экономическим положением и образованием могут отражать тенденции, когда высокий уровень благосостояния и образования дает возможность индивидам сознательно выбирать здоровый образ жизни [30]. У тех женщин, уровень образования и финансовое положение домохозяйств у которых были наиболее высокими, вероятность развития ожирения была ниже, чем у тех, у кого соответствующие показатели были низкими, что контрастировало с аналогичными показателями у мужчин. Гендерное различие также согласуется с ранее полученными результатами, показавшими, что женщины могут менять свой образ жизни быстрее, чем мужчины, благодаря более сильному, как считается, давлению, оказываемому на них социально-культурной средой [29 — 31].

Результаты исследования показали, что ожирение в странах постсоветского пространства в основном определяется факторами на микроуровне. Скорее всего, возможно 2 объяснения. Это может быть связано с недостатками исследовательского инструмента, который оказался недостаточно точным, чтобы зафиксировать необходимые переменные на уровне сообщества. Впрочем, это можно объяснить относительной гомогенностью сообществ во многих частях бывшего СССР, которая определяется централизованным планированием в сфере городского жилищного строительства и инфраструктуры в советский период [37].

Данные о том, что избыточное наличие мусора увеличивает риск развития ожирения, согласуются с гипотезой, что внешний вид местности может влиять на физическую активность и связан с риском развития ожирения. А. Елла-

way [12] обнаружила отрицательную зависимость между загрязненностью окружающей местности и ожирением у взрослых в Великобритании. Кроме того, наличие мусора на улицах в 27 сообществах коррелировало как со слабым здоровьем, так и с недостаточной физической активностью, выявленными в результате социологического исследования населения [43]. В отличие от наших данных по граффити, A. Ellaway [12] обнаружила отрицательную зависимость между граффити и ожирением у взрослых в Великобритании. Тем не менее, когда мы разрабатывали "профили сообществ", включая пилотные исследования в других странах Европы, обнаружилось, что общественное значение граффити может существенно варьировать у разных сообществ: в некоторых местностях эти рисунки и надписи воспринимаются как искусство, улучшающее окружающую среду, в других — как угроза общественному спокойствию.

Следует также обратить внимание на некоторые ограничения, которые необходимо учитывать при анализе данных исследования такого типа, как наше. Во-первых, исследование основывалось на данных о росте и массе тела, полученных в результате социологического опроса, который менее обременителен для участников, чем медицинский осмотр. Во-вторых, при таком опросе проявляется субъективность в отношении ИМТ: индивиды обычно склонны "занижать" массу своего тела и "завышать" свой рост, что приводит к недооценке ИМТ [16]. Ошибки при классификации ожирения — это прежде всего недооценка частоты и преуменьшение выявленных связей. Тем не менее следует заметить, что наши оценки ИМТ соответствуют оценкам ВОЗ.

В-вторых, использование кросс-секционной модели означает невозможность определить причинную связь. Мы также не можем оценить временные тренды. Для обоих уровней исследования также следует рассмотреть вопрос о реверсивной причинности: влияют ли факторы микро-уровня на риск развития ожирения или, наоборот, ожирение влияет на индивидуальные установки и поведение?

Что касается сред на мезоуровне, то здесь ничего нельзя сказать о самостоятельности выбора и предпочтениях сообществ: стремятся ли более здоровые индивиды жить в определенных сообществах или именно сообщества стимулируют индивида к более здоровому образу жизни? Исследование также не принимало во внимание "жирогенные" профессиональные и социальные условия, если таковые находились за пределами выбранных сообществ.

В-третьих, в то время как исследовательский инструмент показал свою надежность и применимость в отношении сообществ в ряде стран, тем не менее он еще недостаточно апробирован [7]. Как было отмечено выше, скорее всего он не фиксирует некоторые важные переменные, связанные с ожирением на мезоуровне. Требуется еще много сделать для его доработки.

Заключение

Настоящее исследование документирует распространенность избыточной массы тела и ожирения на большей части территории бывшего СССР и анализирует влияние на индекс массы тела факторов микро- и мезоуровня. Требуются дальнейшие исследования для того, чтобы лучше понять, как такие факторы влияют на поведение, связанное со здоровьем. Это поможет выработать рекомендации для принятия эффективных мер в отношении факторов, влияющих на ожирение.

Представлен анализ данных социологического исследования "Здоровье населения в переходный период" (HITT), проведенного в 2010 г. В этом исследовании, в частности, изучалась одна из актуальных проблем современной медицины — проблема ожирения. Статья адресована специалистам в области социологии, статистики, социальной работы и здравоохранения, а также самому широкому кругу лиц, интересующихся изменениями в социально-экономической ситуации на территории бывшего СССР.

Ключевые слова: социологический подход, ожирение, избыточная масса тела, питание

The sociologic study of factors impacting obesity at micro- and meso-level in the countries of former USSR: multilevel analysis

B. Roberts, M. McKee, A. Gasparishvili, K. Chow, E. Goryakin, D. Rotman, C. Haerpfer, K. Watson

The London school of hygiene and tropical medicine, London, Great Britain

The M.V. Lomonosov Moscow state university, Moscow

The McMaster University, Hamilton, Canada

The Byelorussian state university, Minsk

The European center of sociologic research, Aberdeen, Great Britain

The article presents the analysis of results of sociologic survey "Population health in transitional period" (HITT) carried out in 2010. In particular, the problem of obesity, one of the actual issues of modern medicine was studied. The article is addressed to professionals in the field of sociology, statistics, social works and public health and to the widest circle of readers interested to learn about alterations in the social economic situation on the territories of the former USSR.

Key words: sociologic approach, obesity, extra body mass, nutrition

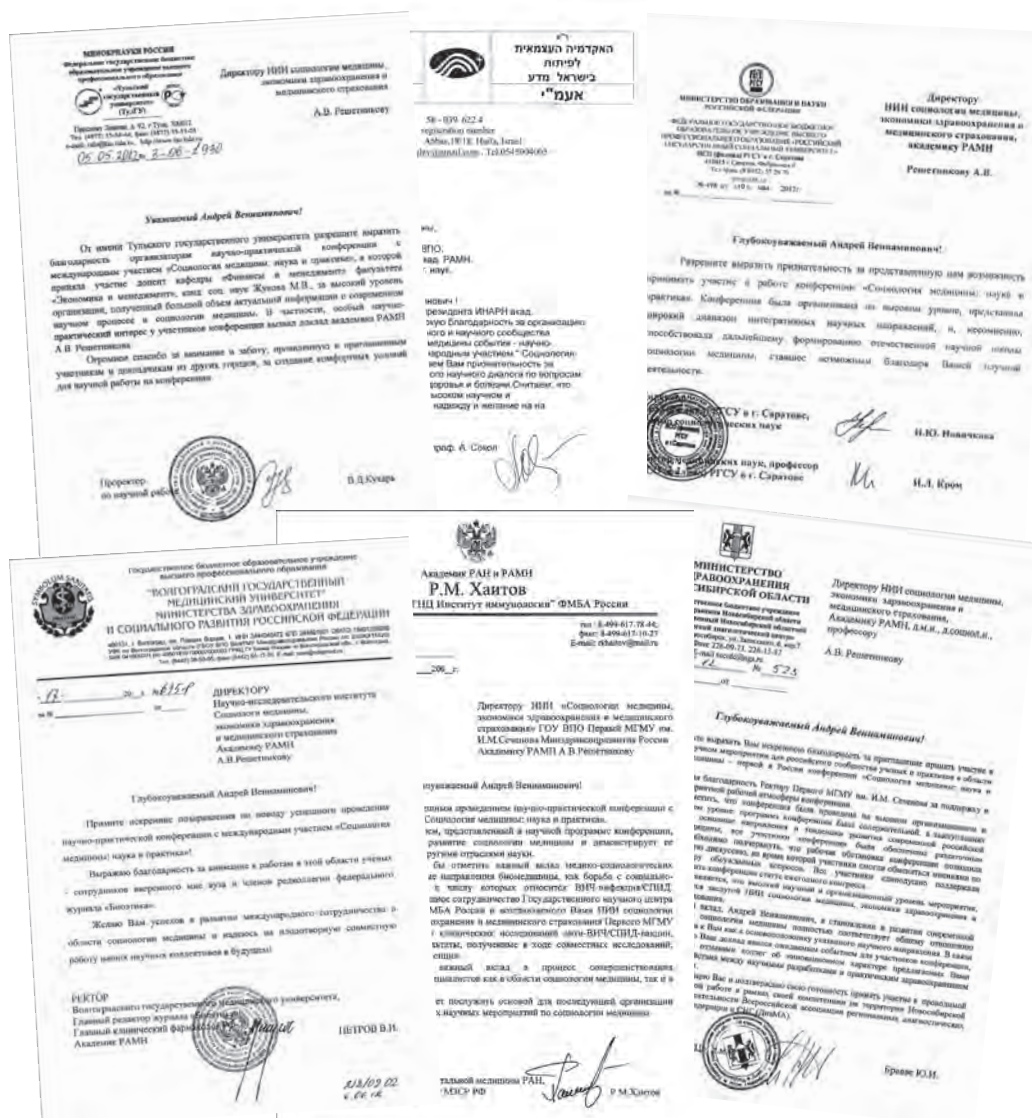
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Berghöfer A., Pischon T., Reinhold T., et al. BMC Publ. Hlth 2008; 8(200):1 —10.
- Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response: Summary. Geneva: World Health Organization; 2007.
- Butland B., Jebb S., Kopelman P. et al. Tackling obesities: Future choices: Project report. Geneva: United Kingdom: UK Government Office for Science; 2007.
- Catlin T.K., Simoes E.J., Brownson R.C. Am. J. Hlth Promot. 2003; 17(4):249 —258.
- Cecchini M., Sassi F., Lauer J.A. et al. Lancet 2010; 376(9754):1775 —1784.
- Cerin E., Frank L.D., Sallis J.F. et al. Appetite 2011; 56(3):693 —703.
- Chow C.K., Lock K., Teo K. et al. Int. J. Epidemiol. 2009; 38(6):1580 —1594.
- Chow C.K., Lock K., Madhavan M. et al. PLoS ONE 2010; 5(12): e14294 —e14294.
- Cockerham W.C. J. Hlth Soc. Behav. 1997; 38(2): 117 —130.
- D'Hombres B., Rocco L., Suhrcke M. et al. J. Epidemiol. Commun. Hlth 2009; 65(1): 44 —50.
- Egger G., Swinburn B. Br. Med. J. 1997; 315(7106): 477 —480.
- Ellaway A. Br. Med. J. 2005; 331(7517): 611 —612.
- Ford E.S., Moriarty D.G., Zack M.M. et al. Obesity 2001; 9(1): 21 —31.
- Giles-Corti B., Donovan R.J. Prevent. Med. 2002; 35(6): 601 —611.
- Giskes K., van Lenthe F., Avendano-Pabon M., Brug J. Obesity Rev. 2011; 12(5): e95-e106.
- Gorber S.C., Tremblay M., Moher D., Gorber B. Obesity Rev. 2007; 8(4): 307 —326.
- Gortmaker S.L., Swinburn B.A., Levy D. et al. Lancet 2011; 378: 838 —847.
- Hinote B.P., Cockerham W.C., Abbott P. Appetite 2009; 53(1): 24 —33.
- Huffman S.K., Rizov M. Econom. Hum. Biol. 2007; 5(3): 379 —391.
- Jahns L., Baturin A., Popkin B.M. Eur. J. Clin. Nutr. 2003; 57(10): 1295 —1302.
- Jia H., Lubetkin E.I. J. Publ. Hlth 2005; 27(2): 156 —164.
- Jones A., Bentham G., Foster C. et al. Foresight: Tackling obesities: Future choices — obesogenic environments — evidence review: Geneva UK Government Office for Science; 2007.
- Kelly T., Yang W., Chen C.S. et al. Int. J. Obesity 2008; 32(9): 1431 —1437.
- Kirk S.F.L., Penney T.L., McHugh T.L.F. Obesity Rev. 2010; 11(2): 109 —117.
- Lachowycz K., Jones A.P. Obesity Rev. 2011; 12(5): e183 —e189.
- Leckie G. Module 7: Multi-level models for binary response. Stata practical. In: LEMMA VLE. Oxford: Centre for Multilevel Modelling; 2010. 201 —209.
- Martinez J., Kearney J., Kafatos A. et al. Publ. Hlth Nutr. 2007; 2(1a): 18 —21.
- McKee M., Zatonski W. Public health in eastern Europe and the former Soviet Union. Oxford: Oxford University Press; 2003.

29. McLaren L. Epidemiol. Rev. 2007; 29(1): 29 —48.
30. Monteiro C.A., Conde W.L., Popkin B.M. J. Nutr. 2001; 131(3): 881S —886S.
31. Moore S., Hall J.N., Harper S., Lynch J.W. J. Obesity 2010; 2010: 1 —11.
32. Papas M.A., Alberg A.J., Ewing R. et al. Epidemiol. Rev. 2007; 29(1): 129 —143.
33. Pomerleau J., Gilmore A., McKee M. et al. Addiction 2004; 99(12): 1577 —1585.
34. Pomerleau J., Pudule I., Grinberga D. et al. Publ. Hlth Nutr. 2007; 3(01): 112 —118.
35. Pomerleau J., McKee M., Rose R. et al. Alcohol and Alcoholism 2008; 43(3): 351 —359.
36. Poortinga W. Soc. Sci. Med. 2006; 63(11): 2835 —2846.
37. Renaud B. Housing Policy Debate 1992; 3(3): 877 —899.
38. Reshetnikov A.V. Sociology and Economics of mandatory medical insurance in Russia. — Israel, 2001.
39. Rose D., Hutchinson P., Bodor N. et al. Am. J. Prevent. Med. 2009; 37: 214 —219.
40. Sassi F., Devaux M., Cecchini M., Rusticelli E. OECD Hlth Working Papers 2009(45): 1 —82.
41. Schmidhauser S., Wieser S., Brugger U. Environmental determinants of overweight and obesity: Extended international literature review. Final report. Zurich: Federal Office of Public Health; 2009.
42. Selassie M., Sinha A.C. Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 2011; 25(1): 1 —9.
43. Steptoe A., Feldman P.J. Ann. Behav. Med. 2001; 23: 177 —185.
44. Stillman S. Econom. Hum. Biol. 2006; 4(1): 104 —146.
45. Swinburn B., Egger G., Raza F. Prevent. Med. 1999; 29(6): 563 —570.
46. Swinburn B.A., Sacks G., Hall K.D. et al. Lancet 2011; 378: 804 —814.
47. WHO Global InfoBase team. The SuRF report 2. Surveillance of chronic risk factors: Country-level data and comparable estimates. Geneva: World Health Organization; 2005.
48. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010 Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization; 2011.
49. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.
50. Zick C.D., Smith K.R., Fan J.X. et al. Soc. Sci. Med. 2009; 69(10): 1493 —1500.

Поступила 08.10.12

ОТЗЫВЫ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ



"Полученные в ходе работы конференции опыт и знания станут продуктивной платформой дальнейшей научно-исследовательской деятельности. Очень хочется надеяться на совместное сотрудничество, возможность обмена итогами научных исследований"

Проректор по научной работе ГБОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского" д-р мед. наук, проф. Ю. В. Черненко

"Полученные в ходе работы конференции знания станут продуктивной платформой дальнейшей научно-исследовательской деятельности"

Руководитель Центра медико-социологических исследований И. Л. Кром, Саратов

"Участие в конференции сотрудников нашего университета станет движущей силой для повышения качества проводимых ими в этой области научных исследований"

Проректор по стратегическому развитию ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет" А. М. Вязьмин, Архангельск

"В работу конференции помимо традиционных пленарных заседаний и секций вошли новые направления — торжественное открытие с награждением ученых за особые научные заслуги, конкурс на лучшую статью, вручение дипломов и ценных подарков победителям, выставка научной литературы. Особенно хочется отметить высокий организационный уровень конференции: четкость подготовительной работы, хорошее качество технической поддержки, квалифицированную литературную и техническую редакцию сборника статей, великолепное музыкальное оформление приема участников и многие другие детали, позволившие создать атмосферу доброжелательности, хорошего рабочего потенциала, высокого коммуникативного настроения участников и большого эстетического удовлетворения"

Директор филиала Международного института экономики и права В. Н. Козлов, Астрахань

"Считаем, что конференция оказала важное влияние на сплоченность профессионального сообщества и развитие научной мысли в данной области"

Директор Аналитического центра НИУ ВШЭ д-р экон. наук И. Б. Назарова

"Конференция представила широкий диапазон интегративных научных направлений и, несомненно, способствовала дальнейшему формированию отечественной научной школы социологии медицины"

Директор ИСО (филиал) Российского государственного социального университета д-р социол. наук И. Ю. Новичкова, Саратов

"Выражаем признательность за возможность открытого международного научного диалога по вопросам социологии медицины, социологии здоровья и болезни. Считаем, что мероприятие было организовано на высоком научном и организационном уровне и выражаем надежду и желание на дальнейшее сотрудничество"

Акад. Израильской Независимой Академии развития науки д-р мед. наук, проф. А. Сокол, г. Хайфа, Израиль

"Программа конференции была содержательной, в выступлениях были отражены основные направления и тенденции развития современной российской социологии медицины. ... Рабочая обстановка конференции позволила развернуть научную дискуссию, во время которой участники смогли обменяться мнениями по широкому спектру обсуждаемых вопросов. Все участники единодушно поддержали предложения придать конференции статус ежегодного конгресса"

Главный врач ГБУЗ НСО "Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр" д-р мед. наук Ю. И. Бравве