



ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ И АДАПТАЦИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ БОРЬБЫ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

УДК.616-056.5-084

Лобыкина Е.Н.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава», г. Новокузнецк

Введение

Термин «самолечение» обозначает самостоятельное применение лечебных средств и методов без рекомендаций и контроля врача, т.е. это способность людей без медицинского образования обеспечивать себя широким диапазоном медицинских услуг [1]. Самолечение всегда было достаточно широко распространено среди населения. Так, согласно данным исследований, проведенных еще в 80-х годах прошлого столетия в ВНИИ медицинских проблем формирования здорового образа жизни МЗ СССР, около 30% опрошенных прибегают к употреблению лекарств по своей инициативе и по советам окружающих [2].

В настоящее время проблема самолечения стоит особенно остро. Это обусловлено доступностью любых лекарственных средств, в результате чего потребители могут самостоятельно подбирать лечение, что ранее было невозможно [3]. Такой поворот в сторону самолечения, как отмечает Д. Ренсли (2004), увеличивает спрос потребителя на биологически активные добавки (БАД). Другой причиной распространения самолечения являются трудности в получении качественной бесплатной медицинской помощи (отсутствие специалистов в лечебно-профилактическом учреждении, очередность, талонная система и т.д.) [3].

Вышеуказанные факторы имеют непосредственное отношение и к проблеме самолечения при избыточной массе тела. Современные принципы лечения данной патологии предусматривают пожизненность и систематичность лечения, реальность поставленных целей, постепенность снижения массы тела, поэтапность лечения, индивидуальность подхода, что достигается комплексным индивидуальным подходом к лечению врачей разного профиля – терапевтов, эндокринологов, кардиологов [4, 5, 6]. К кому обращаются пациенты с жалобой на избыточный вес? В нашей стране, как показывает практика, к эндокринологу [6, 7]. Однако на долю эндокринных нарушений при ожирении приходится не более 5% случаев [6]. Подавляющее большинство страдает алиментарно-конституциональной формой ожирения, без каких-либо (на начальном этапе заболевания) нарушений со стороны гормонального фона [6].

Основой лечения ожирения любого генеза является диетотерапия [4, 6, 7], поэтому врачебный осмотр пациента с избыточной массой тела завершается рекомендацией «соблюдать диету» – т.е. ограничить или исключить из питания жирную или сладкую пищу. Такая стандартная формулировка считается на сегодняшний день чрезвычайно недостаточной. Например, исследования показали, что при составлении диет необходимо учитывать не только количество углеводов, но и их качественную характеристику – гликемический индекс [8, 9]. Ограничиваясь только стандартными формулировками по питанию, пациент разочаровывается в традиционном лечении и ищет другие способы снижения массы тела и другие источники получения информации. Широкое распространение в России получили

различные краткосрочные способы снижения избыточной массы тела с помощью психотерапии и рефлексотерапии [6, 10, 11], биологически активных добавок к пище (БАД). Подтверждением пользы их применения чаще всего служат реклама на телевидении и в периодических печатных изданиях [12].

Очевидно, что диетотерапия, психотерапия, БАД используются при лечении ожирения, но они должны являться частью комплексной длительной программы восстановления нарушенного обмена веществ и пищевого поведения (ПП). Ожирение – это хроническое заболевание обмена веществ, поэтому никакого краткосрочного курса снижения веса быть не может [4, 6]. Необходимо восстановление нарушенных метаболических процессов и, что особенно важно и сложно, изменение ПП. Игнорирование этого факта, может приводить к отсутствию эффекта при назначенной диетотерапии [6, 11].

Была поставлена **цель** изучить частоту применения различных методов самолечения у населения с избыточным весом.

Материалы и методы исследования

Данная работа явилась частью комплексного исследования, посвященного организации медицинской помощи больным с избыточной массой тела и ожирением. Предметом изучения явились анкеты, разработанные и предварительно апробированные, которые включали паспортные, антропометрические данные, вопросы социально-гигиенического характера. На основании анкет изучались особенности питания и ПП, качество медицинского обслуживания и потребность в профилактических и оздоровительных услугах пациентов, имеющих избыточный вес. В ходе исследования в течение одного месяца через объявление в городской газете населению было предложено рассказать о своем опыте лечения ожирения. Репрезентативная выборка состояла из 128 женщин, которые обратились на кафедру медицинской экологии, эпидемиологии и здорового образа жизни ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава» и 46 женщин, посещающих занятия «Школы коррекции веса». В обработку включено 174 анкеты. Обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ SPSS-11,5.

Результаты исследований

Средний возраст пациентов составил $38,20 \pm 10,16$ года (от 19 до 49 лет). Индекс массы тела (ИМТ) в среднем соответствовал $34,75 \pm 5,75$ кг/м² (от 25,25 до 40,55 кг/м²). Из 174 женщин, откликнувшихся на объявление, 161 (92,5%) отметили, что занимались снижением веса самостоятельно, без врачебной помощи. Остальные 13 человек (7,5%) к врачу обратились лишь после того, когда сами испробовали все рекламируемые в средствах массовой информации способы снижения веса. Среди них у 84% диагностировалось ожирение 2-й степени, у 13,5% – ожирение 3-й степени, у 2,5% – ожирение 1-й степени. На вопрос: «Обращались ли Вы по поводу избыточного веса к врачу? Если нет, то почему?» – 31% женщин объяснили отрицательный ответ тем, что «сложно попасть на прием к

районному эндокринологу (трудно получить талон на прием)»; 25% обозначили причину «как бесполезность осмотра, т.к. заранее известно, что врач предложит стандартные рекомендации – меньше употреблять в пищу жирных и сладких продуктов»; 19% женщин сослались на положительный результат самостоятельно используемых методов снижения веса и поэтому не нуждались (по их мнению) в дополнительной консультации врача; 12% женщин не имели (с их слов) жалоб на свое состояние здоровья, несмотря на наличие избыточного веса; 7% опрошенных не знали, к какому специалисту можно обратиться с такой проблемой; 6% указали в качестве причины свое медицинское образование.

В своем лечении респонденты использовали все существующие способы лечения ожирения: как немедикаментозные – ограничения в питании (различные диеты), биологически активные добавки, психотерапевтические способы, физиопроцедуры и физические нагрузки, так и медикаментозные средства.

Все 100% респондентов на разных этапах своего анамнеза использовали диетические ограничения. Это различные диеты и способы питания, рекламируемые в многочисленных печатных изданиях: «по группам крови», «раздельное питание», «гемокод», диета французского диетолога М. Монтиньяка, диета Р. Аткинса. Периодичность и частоту их применения среди респондентов трудно оценить точно, т.к. многие «диеты» использовались респондентами многократно. Продолжительность таких диет во времени была различной, причем выяснилось, что использовали диету либо в течение 1–2 месяцев, либо в течение более длительного срока – на протяжении 6 месяцев и 1 года. В течение 1–2 месяцев соблюдали диету 142 женщины (81%). Такая небольшая по времени продолжительность диетических ограничений объяснялась со стороны респондентов следующими причинами: 48% респондентов получили положительный эффект и поэтому диетические ограничения прекратили; 27% респондентов сослались на слабую волевую мотивацию, 12% – на психоэмоциональный срыв, у 10% респондентов данный временной срок диет был запланирован изначально и 3% прервали диету из-за материальных затруднений. Соблюдали диету на протяжении 6 месяцев 27 женщин (15,5%), в течение года – только 5 женщин (3,5%), причем все они питались по способу «гемокод», который им «разрабатывали» в частной коммерческой организации за достаточно высокую стоимость.

Если различные способы ограничения питания в своей практике использовали все без исключения женщины, то психотерапевтическими методами воспользовались на момент опроса 64% женщин. Применялись краткосрочные курсы (1 сеанс) – «кодирование» (62%), нейролингвистическое программирование (23%), методы аутогенной тренировки (9%). В остальных случаях указать, какой именно способ психотерапевтического воздействия применялся, респонденты ответить не могли.

Среди других способов снижения веса широко использовались различные биологически активные добавки (БАД). С их помощью пытались снижать вес 42% опрошенных женщин. В качестве наиболее употребляемых назывались БАД «Гербалайф», «сжигатели жира» (состав которых пациентки в большинстве случаев не могли назвать), «китайские таблетки» и др. При анализе источников приобретения БАД выяснилось, что в 48,2% случаев были куплены по совету работников аптек, в 32% случаев они приобретались у распространителей сетевых компаний – производителей БАД, а в 19,8% покупались по почте (реклама БАД в различных средствах массовой информации).

Самостоятельно принимали лекарственные препараты для снижения веса (был назван только один препарат Ксеникал) 28 женщин (10,3%). Все респонденты отметили, что к использованию лекарственного препарата они прибегали после отсутствия результата при диетотерапии и в 92% случаев они приобретали его по совету работников аптек, а в 8% – из рекламы в СМИ. Отсутствие эффекта от препарата Ксеникал обозначили 16 респондентов (57,1%). Все они применяли его в течение 1 месяца, причем 9 человек прекратили его прием после 2-х недельного приема (режим приема составлял 1 таблетка 3 раза в день). Эффект от пре-

парата Ксеникал отметили 12 человек (42,9%). Из них у 8 человек снижение веса было в течение 1 месяца в пределах 1-3 кг. Это количество было расценено женщинами как «недостаточное для лекарственного средства», поэтому прием препарата был прекращен. У 4 человек, что составило 14,3% от всего количества женщин, принимавших это лекарственное средство, снижение веса составило 3–5 кг в течение 1 месяца приема препарата.

Из других используемых способов снижения веса респонденты отметили иглорефлексотерапию и занятия физкультурой, которые использовали 11 и 14% женщин соответственно.

Снизить вес большинство респондентов желали в как можно более короткий срок. Лишь 12% опрошенных готовы потратить на снижение веса 6–12 месяцев, остальные хотя бы похудеть значительно быстрее – за 1–2 месяца.

В результате таких неконтролируемых врачами «способов лечения» снижения веса добивались 78% опрошенных женщин. Однако после прекращения «лечения» в течение 3 последующих месяцев у большинства (52%) вес восстановился, а в 10% случаев вес увеличился. У остальных эффекта не было.

Требования, предъявляемые опрошенными женщинами к средству для похудения, следующие: возможность выраженного снижения массы тела (89%), способность удержать полученный результат (82%), отсутствие ограничений в питании (80%), отсутствие необходимости в физических упражнениях (76%), безопасность (42%). Респонденты, имеющие ИМТ более 35 кг/м², чаще других (в 69% случаев) высказывали желание, чтоб предложенный им способ лечения не включал физическую нагрузку и ограничение в питании.

Было выявлено, что у 83% респондентов диагностировалось нарушение пищевого поведения, из них у 72% пациентов был эмоциональный тип, а у 11% экстернальный тип нарушения пищевого поведения.

Заключение

Таким образом, учитывая, что за помощью к врачу по поводу избыточной массы тела обратились лишь 7,5% опрошенных женщин (84% из них с выраженными формами ожирения), а поводом для их обращения явилось отсутствие эффекта от ранее самостоятельно проводимых мероприятий по снижению веса, можно утверждать, что основное лечение пациентов с избыточной массой тела и ожирением происходит вне лечебно-профилактических учреждений. В связи с этим необходима разработка и внедрение новых, отличных от существующих в настоящее время, более рациональных организационных подходов к лечению и наблюдению за пациентами, имеющими избыточный вес. Необходимо создавать и внедрять в каждом ЛПУ «Школу коррекции веса». Речь идет о восстановлении разрушенной на многих территориях страны системы диспансерного наблюдения больных. В данном случае диспансеризация не индивидуальная, а групповая. Именно на базе работы таких «Школ» должно проводиться постоянное обучение, динамическое наблюдение и лечение такой категории пациентов. Только с помощью такого способа (длительного наблюдения) можно не только снизить и удержать вес, сформировать новые стереотипы пищевого поведения, провести коррекцию нарушений пищевого поведения, но и предотвратить столь широкое распространение самолечения.

В качестве мероприятий, направленных на снижение веса, использовались в 100% случаев диетические ограничения в виде разнообразных диет, в 64% случаев – психотерапевтические методы, в 42% случаев применялись БАД, в 14% случаев – физические нагрузки, в 11% случаев – иглорефлексотерапия, в 10,3% случаев – лекарственные препараты. Все перечисленные способы снижения веса, используемые респондентами самостоятельно, являются стандартными методами лечения ожирения [2, 4, 6]. Однако очевидно, что в результате самолечения все они использовались хаотично и бессистемно.

Координаторами при выборе БАД и лекарственных препаратов для снижения веса в 48,2 и в 92% случаях соответственно являются работники аптек. Положение фармацевта (который может предоставить информацию



о том или ином лекарственном препарате или БАД) и доступность фармацевта для немедленной консультации (общение с ним в аптеке является более частым, чем с любым другим специалистом медицинского профиля) ставит его в выгодную позицию в плане источника информации. Поскольку пациенты доверяют им как специалистам в области медицины, фармацевты должны

быть компетентным источником достоверной информации. Совершенно очевидно, что в настоящее время, когда работники аптек, а не врачи становятся основными источниками информации при выборе населением средств лечения избыточной массы тела и ожирения, необходимо повышать уровень знаний в данной области медицины и у этой категории медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье. Популярная энциклопедия. – Минск, 1990. – С. 486.
2. Волох Д.С. Борьба с самолечением – неотъемлемая задача пропаганды здорового образа жизни // Сб.: Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины. Выпуск 20. – Киев, 1989. – С. 46–48.
3. Ренсли Д.К. Расширение рынка пищевых добавок. В кн.: Пища и пищевые добавки. Под ред. Ренсли Д., Доннели Д., Рида Н. – М., «МИР». – С. 27–40.
4. Бутрова С.А. Современная фармакотерапия ожирения // Consilium Medicum. – 2002. – Т. 6, № 9. – С. 669–673.
5. Бессенер Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение. – БИНОМ, М., 2004. – 239 С.
6. Ожирение /Под ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. – М., 2004. – 449 с.
7. Старостина Е.Г. Принципы рационального питания в терапии ожирения. Часть 1 // Кардиология. – 2001. – №5. – С.94–99.
8. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И. Лечебное питание при избыточной массе тела и ожирении // Клиническое питание. – 2005. – №2. – С. 25–29.
9. Колтун В.З., Лобыкина Е.Н. Значение скорости усвоения углеводов в диетотерапии // Клини. медицина. – 2003. – № 8. – С. 59–64.
10. Бунина Е.М., Вознесенская Т.Г., Коростелева И.С. Лечение первичного ожирения длительным дозированным голоданием в сочетании с психотерапией // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – № 12. – С. 37–42.
11. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – №12. – С. 49–52.
12. Погорелов Я.Д., Лазаренко А.И., Хуратова Б.Г. Избыточная масса тела – актуальная проблема в современном мире // Вопросы питания. – 2003. – №6. – С. 36–39.

РЕЗЮМЕ

Проведен анализ структуры и распространенности различных способов борьбы с избыточным весом среди населения крупного промышленного центра. Определена роль населения и медицинских работников (врачей, фармацевтов) в выборе средств самолечения ожирения.

Ключевые слова: самолечение, избыточная масса тела, ожирение.

ABSTRACT

The analysis of structure and prevalence of various ways of struggle against excess weight among the population of large industrial center is carried out. The role of the population and medical workers (doctors, pharmacists) in a choice of means of self-treatment of adiposity is defined.

Keywords: self-treatment, superfluous weight of a body, adiposity.

КОНТАКТЫ:

Лобыкина Елена Николаевна (3843) 45-23-15, факс: (3843) 45-42-19
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5, ГИДУВ, кафедра общей гигиены и эпидемиологии, зав. кафедрой, д.м.н., доцент

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЙОНАХ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ

УДК 116.4

Гегер Э.В., к.б.н.

Брянский клиничко-диагностический центр

Введение

Актуальность эндокринных заболеваний на современном этапе обусловлена их социальной значимостью и распространенностью в популяции.

Есть много наблюдений, показывающих, что распространенность эндокринопатий может быть связана с антропогенными загрязнениями. При обследовании регионов, где интенсивно применялись хлорорганические инсектициды, выяснено, что это может влиять на распространенность и характер нарушений углеводного обмена, и в том числе – на развитие сахарного диабета. Возможность экологической обусловленности сахарного диабета была подтверждена в Дагестане, Новосибирске, Рязанской области. Многолетние исследования в Чебоксарах установили связь между ростом заболеваемости сахарным диабетом и увеличением содержания кальция, силиция, магния и фтора в окружающей среде. Когортные исследования, проведенные в Нидерландах и Англии, выявили, что разви-

тие сахарного диабета может определяться повышением концентрации нитратов в питьевой воде [1].

Заболевания эндокринной системы – одни из самых распространенных после любого дополнительного ионизирующего облучения, даже в малых дозах. Спустя несколько лет после Чернобыльской катастрофы в пораженных радиацией регионах России, Украины, Польши стал наблюдаться резкий рост аутоиммунных эндокринных заболеваний, в т.ч. аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксикозами, узловым зобом, диабетом [2].

Лидирующие позиции среди эндокринной патологии занимают нарушения углеводного обмена (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ), сахарный диабет 1-го и 2-го типов), далее – заболевания щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб, узловой зоб и др.) и патология надпочечников (хроническая подпочечниковая недостаточность, синдром Кушинга).