

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова»



Кафедра общественного здоровья, экономики и управления
здравоохранением

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Материалы VI Всероссийской с международным участием
заочной научно-практической конференции

Часть I

Санкт-Петербург
2019

взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Созданию дружественной инфраструктуры жизнедеятельности и благоприятной психологической атмосферы для пожилых людей будут способствовать медико-просветительские программы, направленные на привлечение внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей, популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия.

Список литературы:

1. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.
2. Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 года. - М., 2016.- 58 с.
3. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2017 году: Стат. справочник/ Минздрав России. – М., 2018 г. – 264 с.
4. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2016 году: Стат. материалы. – Часть IV. / Минздрав России. – М., 2017 г. – 159 с.
5. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2016 году: Стат. материалы. – Часть VIII. / Минздрав России. – М., 2017 г. – 194 с.
6. Самсонова, Т.В., Мариничева, Г.Н., Абумуслимова, Е.А. Анализ медико-социальной активности, профилактической деятельности и медицинской информированности о воздействии факторов риска, влияющих на формирование хронических заболеваний органов дыхания // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов III Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 30 марта 2016 г.. – СПб, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова [Электронный ресурс]. - <https://elibrary.ru/item.asp?id=36278996>
7. Ткачева, О.Н., Котовская, Ю.В., Рунихина, Н.К. Особенности профилактического консультирования пациентов 75 лет и старше в первичном звене здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – М.: Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. – С. 46-50.

УДК 612.397.7-053.2-07

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Агарков С.Ф.¹, Толстикова Е.А.¹, Бондарева М.Д.²

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», Днепр, Украина

²КУ «Городская детская клиническая больница №6», г. Днепр, Украина

Аннотация. В статье представлены результаты обследования клинических и психологических особенностей 136 подростков с ожирением.



Выделены три группы наиболее значимых факторов: адипозопатия, жировая болезнь, психологические реакции, оказывающих влияние на качество жизни подростков с ожирением. Оценка качества жизни пациентов с ожирением направлена на решение задач эффективных методов лечения; стратификацию пациентов на группы и определение дифференцированной тактики ведения таких больных, поиска новых методов лечения и реабилитации, направленных на улучшение течения заболевания и качества жизни.

Ключевые слова: ожирение, подростки, качество жизни.

Актуальность. Несмотря на то, что подростковое ожирение является растущей глобальной проблемой здравоохранения, только в июне 2012 года Американская медицинская ассоциация объявила ожирение болезнью [1, 2]. Большая часть научных исследований проблемы подросткового ожирения направлена на его профилактику. Вместе с тем, подростки, как и взрослые, страдают от проявлений ожирения в большинстве аспектов их физического и психологического здоровья [1]. Показатели тяжелого ожирения продолжают расти особенно среди подростков с низким уровнем дохода. Часто социальные барьеры создают препятствия для его ранней диагностики и лечения [4]. Родители подчас не распознают проблему до тех пор, пока она не станет значительной, и задача практикующих врачей - должным образом обучать и оказывать поддержку и постоянную помощь, необходимую для лечения подростка с ожирением [3]. Лечение ожирения показано, когда вес пациента влияет на здоровье, качество жизни или функционирование [5, 6]. Связь увеличения индекса массы тела с ухудшением качества жизни была выявлена в общей популяции H Moonseong, H Jia [2]. В то же время, характер этого влияния, степень снижения показателей качества жизни при ожирении недостаточно ясны.

Цель и задачи исследования: изучить клинико-психологические особенности подростков с ожирением и определить факторы, влияющие на качество жизни этой категории пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 136 подростков, страдающих ожирением (62 мальчиков). Средний возраст обследованных составил $17 \pm 1,8$ лет, длительность ожирения – $5,7 \pm 1,2$ лет. В группу сравнения вошли 25 подростков, сопоставимых по возрасту и полу, имеющих нормальную массу тела и не страдающих тяжелой хронической патологией. Диагноз ожирения устанавливали на основании антропометрических данных и вычисления индекса массы тела (ИМТ). Расчет должноствующих значений массы тела - по перцентильным таблицам с вычислением процента избыточной массы тела. Проводили общеклинические обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели (билирубин, трансаминазы). Исследовали липидограмму: общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой, низкой и очень низкой плотности, индекс атерогенности. У всех обследованных оценивался углеводный обмен путем проведения стандартного глюкозотолерантного теста (ГТТ), исследования уровня гликозилированного

гемоглобина (HbA1c), определяли лептин, С-пептид, инсулин, а также индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR). Гормональный статус оценивали, исследуя ТТГ, Т4свободный, антитела к тиреодной пероксидазе, ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, СТГ, ИПФР-1, уровень свободного кортизола в моче в течение 24 часов. Также определяли показатель мочевой кислоты в крови и микроальбуминурию. Проводили ультразвуковое исследование щитовидной железы, надпочечников, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек. Для оценки психологического статуса подростков с ожирением использовали стандартизированные опросники MOS SF-36. Типы пищевого поведения определялись по модифицированному для целей настоящего исследования опроснику DEBQ (the Dutch Eating Behavior Questionnaire, Van Strein T. и соавт., 1986). Особенности пищевого поведения контролировали с помощью «дневника самоконтроля». По частоте фиксации результатов самоконтроля (контроль веса, заполнение дневника не менее 2 недель до очередного визита к врачу) оценивали комплаенс (степень приверженности к выполнению врачебных рекомендаций).

Результаты. Комплексное мультивекторное обследование позволило выделить факторы, влияющие на качество жизни подростков с ожирением, которые можно условно разделить на 3 группы.

Для описания первой группы, а именно эндокринных и иммунных реакций на увеличение жировой ткани, использовали термин «адипозопатия» [2]. К числу метаболических результирующих адипозопатии у подростков следует отнести нарушенную тощаковую гликемию, сахарный диабет 2 типа, инсулинорезистентность, метаболический синдром, дислипидемию, повышение уровня мочевой кислоты, микроальбуминурию. Гормональные проявления адипозопатии характеризуются нарушением менструального цикла у девушек, задержкой полового развития и гинекомастией у юношей. Также следствием адипозопатии является артериальная гипертензия, неалкогольная жировая болезнь печени и холецистит.

Эндокринные и иммунные проявления (адипозопатия) в группе подростков с ожирением представлены в таблице 1. Касаясь частоты проявлений адипозопатии, следует подчеркнуть, что с наибольшей встречаемостью регистрировалась дислипидемия (76%) и артериальная гипертензия – 62,2%. Нарушения углеводного обмена зафиксированы приблизительно у каждого третьего подростка с ожирением в виде повышения уровня глюкозы натощак у 12 %, нарушения толерантности к глюкозе в 14,5 % случаях, сахарного диабета 2 типа у 8% обследованных. Инсулинорезистентность выявлена у 43% подростков.

Следует подчеркнуть, что при сочетании ожирения, инсулинорезистентности, артериальной гипертензии, атерогенной дислипидемии и нарушении углеводного обмена устанавливали диагноз метаболического синдрома, частота которого составила 32% обследованных. Достаточно часто регистрировались неалкогольная жировая болезнь печени (35%) и хронический холецистит (24%).



Таблица 1

**Эндокринные и иммунные симптомы (адипозопатия) в группе
подростков с ожирением**

Эндокринные и иммунные симптомы	Частота встречаемости (%)
Нарушенная тощаковая гликемия	12%
Нарушенная толерантность к глюкозе	14,5%
Метаболический синдром	32%
Артериальная гипертензия	62,2 %
Нарушения менструального цикла у девушек	28%
Раннее половое созревание у девушек	24%
Задержка полового развития у юношей	32%
Неалкогольная жировая болезнь печени	35%
Дислипидемия	76%
Инсулинорезистентность	43%
Сахарный диабет 2 типа	8%
Повышение мочевой кислоты, микроальбуминурия	12%
Гинекомастия	39%
Холецистит	24%

Гинекомастия у юношей встречалась в 39% случаев, а задержка полового развития - у 32%. У 24% девушек с ожирением отмечалось ранее половое созревание, при этом нарушения менструального цикла в виде олигоменореи диагностировано у 28%, а синдром поликистозных яичников у 9%. У 12% обследованных определялось повышение мочевой кислоты и микроальбуминурия.

Вторая группа факторов, оказывающих воздействие на качество жизни подростков с ожирением, характеризуется именно физическим разрастанием жировых масс, приводящих к жировой болезни. Развивающаяся как ответ на увеличение количества жировой ткани жировая болезнь в свою очередь приводит к снижению физической активности, а также возникновению компрессии тканей (апное во сне, ГЕРБ и другие), опрелостям с возможным инфицированием, липомастии, нагрузке на несущие суставы и связки, а также формированию астмы.

Обсуждая влияние на качество жизни подростков с ожирением факторов, характеризующих жировую болезнь (см. табл.2), нельзя не отметить снижение физической активности этой категории больных, которое с одной стороны увеличивает степень выраженности ожирения, с другой – приводит к снижению мышечной и костной массы, усугубляя диспропорцию тела, подвергая ткани и внутренние органы компрессии, трению и нагрузке на несущие суставы и связки. Более того, избыточные жировые отложения приводят к возникновению таких жизнеугрожающих осложнений как апное во сне и астма.

Таблица 2

Симптомы жировой болезни у подростков с ожирением

Симптомы жировой болезни	Частота встречаемости (%)
Астма	21%
Снижение физической активности	86%
Липомастия	29%
Компрессия тканей (апное во сне, ГЕРБ)	46%
Трение тканей (опрелости)	28%
Нагрузка на несущие суставы (сколиоз, остеоартрит)	31%

Третью группу влияний определили психологические проблемы, возникающие в результате ожирения. Качество жизни подростков с ожирением может быть охарактеризовано как неудовлетворительное у более половины (53,4%) обследованных. Они подвергаются повышенному риску изоляции от сверстников, запугиванию, повышенному беспокойству и депрессии, а также расстройствам пищевого поведения, особенно в виде переедания, ночного приема пищи и булимии. Большинство этих лиц страдают не только от болезней и ограничения подвижности; но и имеют крайне низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы, обусловленные предубеждением, дискриминацией и изоляцией, существующими по отношению к ним в обществе. Психологические реакции, определяющие снижение качества жизни подростков с ожирением представлены в таблице 3.

Согласно результатам нашего исследования, весомая часть участников обследования отмечала влияние лишнего веса на психоэмоциональное состояние и качество жизни. Так, изоляцию от сверстников описывали 58,1% респондентов, снижение способности участвовать в нормальной подростковой активности подчеркнули – 49,7% обследованных подростков, подверженность буллингу определяли 48,2%, недостаток социальных или возрастных взаимоотношений со сверстниками регистрировалась в 47,9% случаев, тревожность или депрессия – у 64%, расстройство пищевого поведения отмечали 69,3% обследованных. 47,3% подростков указывали на ночное питание, 32,1% страдали булимией. Более половины (51,9%) девушек-подростков согласны были с тем, что не нравятся себе именно по причине лишнего веса.

Таблица 3

Психологические реакции, определяющие снижение качества жизни подростков с ожирением

Психологические реакции	Частота встречаемости (%)
Изоляция от сверстников	58,1%
Снижение способности участвовать в нормальной подростковой активности	49,7%
Подверженность буллингу	48,2%

Недостаток социальных, или возрастных взаимоотношений со сверстниками	47,9%
Тревожность или депрессия	64%
Расстройство пищевого поведения	69,3%
Ночное питание	47,3%
Булимия	32,1%

Заключение. Таким образом, являясь хроническим заболеванием, ожирение приводит не только к медицинским, но и психологическим проблемам, ухудшающим качество жизни, а также преждевременной коморбидности и смертности. Все большее число подростков с ожирением, обращающихся за лечением, имеют ИМТ значительно выше 95-го перцентиля, а увеличение числа подростков с тяжелым ожирением вызывает беспокойство у большинства врачей. Очень важно выявить и классифицировать этих подростков как можно раньше, равно как и диагностировать сопутствующие заболевания.

Часто ведение подростков с ожирением заключается не только в том, чтобы уменьшить ИМТ, но и минимизировать болезненное состояние, предотвратить развитие других осложнений и улучшить качество жизни. Замедление прибавки в весе или отсутствие постоянного ускорения прибавки в весе может отсрочить начало развития СД2 типа и ранних сердечно-сосудистых заболеваний. Фактически, лечение сопутствующих состояний, таких как обструктивное апноэ во сне, поведенческие расстройства, синдром поликистозных яичников, может быть необходимым предшественником для успешного управления весом. Медицинское ведение подростков с ожирением является консервативным, основанным не только на отсутствии доказательных исследований, но и на общественных устоях и культурных традициях. Однако эпидемия подросткового ожирения пронизывает большинство других медицинских проблем, и становится все более очевидным, что нынешний подход к лечению ожирения у подростков недостаточно агрессивен. Более раннее и всестороннее управление с помощью таких ресурсов, как разработка и внедрение всесторонних медицинских и социальных алгоритмов поможет врачам ориентироваться в доказательной дорожной карте для диагностики и лечения подросткового ожирения, а также предоставит семьям инструменты, необходимые для улучшения качества жизни и обеспечения здорового будущего. Оценка качества жизни пациентов с ожирением направлена на решение задач эффективных методов лечения; стратификацию пациентов на группы и определение дифференцированной тактики ведения таких больных, поиска новых методов лечения и реабилитации, направленных на улучшение течения заболевания.

Список литературы:

1. Abeysekara P, Turchi R, O'Neil M. Obesity and children with special healthcare needs: special considerations for a special population. *Curr Opin Pediatr* (2014) 26:508–15. doi: 10.1097/MOP.0000000000000124

2. Cuda SE, Censani M, Joseph M, Green R, Scinta W. Pediatric Obesity Algorithm. (2016-17). Available online at: www.Pediatricobesityalgorithm.org
3. Dugas C, Perron J, Kearney M, Mercier R, Tchernof A, Marc I, et al. Postnatal prevention of childhood obesity in offspring prenatally exposed to gestational diabetes mellitus: where are we now? *Obes Facts* (2017) 10:396–406. doi: 10.1159/000477407
4. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther.* (2018) 9:11–6. doi: 10.2147/AHMT.S135326PubMed Abstract | CrossRef Full Text | Google Scholar
5. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. Pediatric obesity—assessment, treatment, and prevention: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* (2017) 102:709–57. doi: 10.1210/jc.2017-00561
6. Wilson M, Ramsay S, Young KJ. Engaging overweight adolescents in a health and fitness program using wearable activity trackers. *J Pediatr Health Care* (2017) 31:e25-e34. doi: 10.1016/j.pedhc.2017.03.001PubMed Abstract | CrossRef Full Text | Google Scholar

УДК 159.99

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕСУРСНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ С ОВЗ

Александрова А. М., Дорогина О.И.

Уральский федеральный университет имени первого Президента России

Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург

Аннотация. *В настоящее время одной из наиболее острых проблем в рамках реализации инклюзивного образования является адаптация учащихся с ОВЗ к условиям образовательных учреждений, для чего необходимо как создание особых условий, так и опора на внутренние ресурсы учащихся с инвалидностью. В данной статье представлены результаты исследования, направленного на выявление ресурсных особенностей данной категории студентов. В качестве таких особенностей были выявлены интернальность в области достижений, высокий самоконтроль поведения, а также в качестве фактора, который необходимо учитывать при адаптации, – сизотимия. Сделаны выводы о возможности сочетания высокого самоконтроля и выраженной интернальности стать внутренним ресурсом для достижения успехов в учебной деятельности, преодоления дополнительных трудностей учебного процесса, связанных с ОВЗ. Большая эффективность индивидуальной работы у данных студентов являются факторами, которые необходимо учитывать при разработке учебной программы.*

Ключевые слова: *особенности, студенты, ОВЗ, инвалидность, личность, внутренние ресурсы.*

Актуальность. Инклюзивное образование является одним из важнейших направлений развития системы образования в настоящий момент. При реализации программы инклюзивного образования в средних и высших учебных