

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

д-р Александра Трайковска-Димитрова

**САМОУПРАВЛЕНИЕ НА МЕТАБОЛИТНИЯ
СИНДРОМ – ЕФЕКТИВНА ПРЕВЕНЦИЯ НА
УСЛОЖНЕНИЯТА**

АВТОРЕФЕРАТ

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”**

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

ПРОФ. Д-Р ДОНКА БАЙКОВА, ДМ
ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР ВИЗЕВ, ДМ

РЕЦЕНЗЕНТИ:

ПРОФ. Д-Р ДОНКА БАЙКОВА, ДМ
ДОЦ. Д-Р КАТЯ ПОПОВА – ЮРУКОВА, ДМ

София, 2016г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Превантивна медицина при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 168 страници и е онагледен с 22 таблици, 33 фигури и 1 приложение.

Библиографската справка включва 139 заглавия, от които 61 са на кирилица, 75 на латиница и 3 интернет източника.

Научно жури:

1. Проф.д-р Красимир Стоянов Визев, дм
2. Проф. д-р Донка Петрова Байкова, дм
3. Доц.д-р Катя Петрова Попова-Юрукова, дм
4. Доц.д-р Невяна Георгиева Фесчиева, дм
5. Доц.д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Резервни членове:

1. Доц.д-р Васил Писев Костов, дм
2. Проф.д-р Коста Славов Костов, дм

Публичната защита ще се състои на 29.07.2016г. от 12.00 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул.„Бяло море” №8, гр. София и на интернет страницата на МУ София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
I. ПОСТАНОВКА И МЕТОДИКА	7
I. 1. ЦЕЛ	7
I. 2. ЗАДАЧИ	7
I. 3. РАБОТНА ХИПОТЕЗА.....	7
I. 4. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО.....	8
Обект	8
Логическа единица.....	8
Техническа единица.....	8
Време и място на наблюдението.....	8
Документи на проучването	9
Методи на проучването	9
II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	12
II. 1. ЕКСПЕРТЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИТЕ ПРОБЛЕМИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ	12
II. 2. ВЛИЯНИЕ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИТЕ РИСКОВИ ФАКТОРИ ПРИ МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ.....	18
II. 3. ПСИХОЕМОЦИОНАЛЕН СТАТУС ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ	37
II. 4. РОЛЯ НА СЕМЕЙСТВОТО И ОБЩЕСТВОТО ЗА ОВЛАДЯВАНЕ НА МЕТАБОЛИТНИЯ СИНДРОМ.....	39
II. 5. НИВО НА ИНФОРМИРАНост И НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ	41
II. 6. МОДЕЛ НА АЛГОРИТЪМ ЗА САМОУПРАВЛЕНИЕ И САМОКОНТРОЛ НА МЕТАБОЛИТНИЯ СИНДРОМ ПРИ ЗАСЕГНАТИ ЛИЦА	48
II. 7. МОДЕЛ НА ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА УСЛОЖНЕНИЯТА И ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ.....	49
ОБОБЩЕНИЕ.....	51
ИЗВОДИ.....	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	55
ПРЕПОРЪКИ.....	58
САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	60
СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	61

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АД – акционерно дружество

АН – артериално налягане

ВМА – Военномедицинска академия

ДКЦ – диагностично консултативен център

ДС – дихателна система

ЗД2 – захарен диабет тип 2

ИТМ – индекс на телесна маса

МБАЛ – многопрофилна болница за активно лечение

МС – метаболитен синдром

НГТ – намален глюкозен толеранс

НЕЛК – национална експертна лекарска комисия

ОПЛ – общопрактикуващ лекар

СЗО – Световна здравна организация

ССЗ – сърдечно-съдови заболявания

ТГ – триглицериди

ТЕЛК – трудово-експертна лекарска комисия

УМБАЛ – университетска многопрофилна болница за активно лечение

ВМІ - Body Mass Index

CRP – С –реактивен протеин

РАІ-1 - Plasminogen activator inhibitor-1 (инхибитор на плазминогеновия активатор 1)

Ключови думи: метаболитен синдром, самоуправление, самоконтрол, превенция, информираемост, обучение, усложнение, селфмениджмънт (self-management)

ВЪВЕДЕНИЕ

Причините благоприятстващи за нарастването на заболялите от метаболитен синдром в световен мащаб са свързани с драстични демографски промени, глобализация и урбанизация на населението.

Метаболитният синдром е съчетание от най-значимите сърдечно-съдови рискови фактори – нарушена въглехидратна обмяна и/или захарен диабет, висцерално затлъстяване, повишени серумни липиди и повишено артериално кръвно налягане. Около 30% от възрастните хора в света страдат от метаболитен синдром, те имат три пъти по-висок сърдечно-съдов риск, два пъти по-висока смъртност от инфаркт и инсулт и пет пъти по-висок риск от захарен диабет. Тази полиморбидност води до преждевременно остаряване, висока заболяемост и ранна смъртност. Хроничните усложнения причиняват големи страдания, както на засегнатия индивид, така и на цялото общество. Отбелязва се висок процент наинвалидизация, влошаване на качеството на живот и липса на самоувереност. Произтичащите от това значими социални проблеми, пораждат значителни психологически и нравствени акценти, както и икономически разходи за здравни грижи и комплексно лечение.

Научните кръгове препоръчват всеобхватна интервенция за здравословен стил на живот. Комплексният подход, който включва подобряване начина на живот и съвременна медицина, трябва да повлияе на патогенетичните механизми, като същевременно да редуцира социалните рискови мултифактори.

В основата на усложненията на метаболитния синдром е атеросклерозата /парциална или генерализирана/. Тя най-често произтича от средовите рискови причини, неправилния стил на живот, нездравословното хранене или липса на прием на „функционални храни” и недостатъчната физическа активност, понякога принудителната имобилизация.

Всичко това рефлектира впредвид повишената необходимост от социална закрила и медицински грижи и поради прогресивна промяна в стила на живот. Това предопределя постоянно увеличаващите се потребности и "претенции" за тяхното здраве, социална и икономическа

обезпеченост. Възниква проблема за осигуряване на високо качество на медицинска и социална помощ, което предполага наличието на комплексно лечение (подход), безопасността и удовлетвореността на потребителя на здравни услуги, който е един от най-важните прерогативи на здравната политика и мениджмънт.

Особено остър проблем е обособяването и развитието на вторичните превантивни здравни грижи. Те пораждат едни от най-тежките и трудни за решаване казуси на здравеопазването и здравните грижи.

Основните мерки за оздравяване би трябвало да бъдат съобразени с целите за прилагане на ефективни организационни технологии. Тъкав подход предизвиква нуждата от решаване на редица здравни, социално-психологически и други задачи, възникващи при осъществяване на мероприятията свързани с грижата за болните с трайни увреждания, провокирани от основното заболяване - МС.

Особено важно е да се съобразиме с експертната дейност и опит на водещи национални консултанти с ефективността на медицинските и превантивни мерки, чрез въвеждане на медикосоциален мониторинг с оглед създаване и утвърждаване на алгоритъм предложен за изпълнение на това проучване.

Максималният успех на мениджмънта, оценка на качеството, адекватността на превенцията, на протичането на болестта и на нейното лечение може да бъде постигнат, само когато отделният здрав или болен човек стане активен участник по съответните етапи на този процес, придобивайки знания и умения сам да се грижи за своето здраве. Селфмениджмънт (self-management) е интегрална част от грижите в извънболничната помощ и изисква активно обучение на пациента, със създаване на необходимите навици и познания за динамичен контрол на превенцията на болестта чрез самостоятелни корекции или чрез търсене на активно съдействие от необходимия екип от специалисти.

Самоуправлението на метаболитния синдром е особено актуален и социално значим проблем залегнал в основата на разработването на настоящия дисертационен труд.

I. ПОСТАНОВКА И МЕТОДИКА

I. 1. ЦЕЛ

Целта на дисертационния труд е: Да се направи проучване и оценка на **социално-медицинските проблеми** при пациенти с метаболитен синдром, като се осигурят научни данни за разработване на **алгоритъм** за самоуправление и самоконтрол на заболяването и съвременна **програма за превенция** на усложненията от него.

I. 2. За изпълнение на целта бяха поставени следните основни ЗАДАЧИ:

1. Проучване с анализ и експертна оценка на социално-медицинските проблеми при пациенти с метаболитен синдром.
2. Проучване степента на влияние на поведенческите рискови фактори при пациенти с метаболитен синдром.
3. Изследване на психо-социалния статус на засегнати от МС лица.
4. Анализ на ролята на семейството и обществото за овладяване на МС.
5. Анализ с насоченост за оценка на информираността и необходимостта от обучение на пациентите с МС.
6. Разработване и предлагане за внедряване модел на алгоритъм за самоуправление и самоконтрол на метаболитния синдром при засегнати лица.
7. Изграждане на програма за превенция на усложненията и подобряване на качеството на живот при пациенти с МС.

I. 3. РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Въз основа на резултати от анкетно проучване, съответно – анализ и оценка на социално-медицинските проблеми при пациентите с метаболитен

синдром, да се докаже, че в патогенезата и овладяването на МС важно значение имат:

- ✓ наличие на рискови фактори;
- ✓ необходимост от подобряване на информираността на засегнатите лица относно заболяването им;
- ✓ ролята на семейството и обществото за справяне с проблемите на страданието;
- ✓ необходимостта от промяна на хранителните навици.

Анализираните и оценени фактори биха послужили за разработването на алгоритъм за самоуправление и самоконтрол на метаболитния синдром.

I. 4. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Поставените задачи послужиха за определяне на обекта на наблюдение, логическите и техническите единици и признаците им.

Обект на настоящото проучване са пациенти с метаболитен синдром в България.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Логическа единица на наблюдението са *анкетираниите пациенти*.

Техническа единица на наблюдението са *диагностично консултативни центрове и болници в България*.

Признаците се конкретизират от поставените задачи и вида на единицата (в приложението е посочена анкетната карта за пациентите).

Време и място на наблюдението

Анкетното проучване е проведено от 01.02.2015г. до 31.03.2016 година на мозаичен (лотариен) принцип в гр. София - УМБАЛ "Александровска", ВМА, ДКЦ – Първа МБАЛ /Ендокринологичен кабинет/,

МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски” АД гр. Кърджали - Ендокринологично отделение .

Документи на проучването

Основният документ, който се използва за набирането на първичната информация е **Анкетната карта за пациенти – ПРИЛОЖЕНИЕ1**.

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

- анкетен метод - анкетират се пациенти с диагноза метаболитен синдром в цялата страна;

Основен метод на изследването е анкетният метод, а респонденти са пациенти с диагноза метаболитен синдром с помощта на въпросник, който се състои от 50 въпроса, от които 40 са закрити, 8 са полуоткрити и 2 открити въпроса, с цел – получаване на информацията относно:

- Давност на заболяването, начин на диагностициране и фамилна обремененост;
- Информираност за метаболитния синдром като страдание;
- Наличие и влияние на поведенческите рискови фактори за развитие на страданието – зальстяване, тютюнопушени и физическа активност;
- Хранителните навици на пациентите с МС;
- Влияние на метаболитния синдром върху начина на живот;
- Необходимостта от обучение и информация за самоконтрол на заболяването;

В анкетното проучване са обхванати 978 пациента с метаболитен синдром.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уroveň на значимост $P(t) = 0.05$ дава информация за оценка точността на анализираниите показатели.

Методи за обработка на информацията

Статистически методи. В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. *Дескриптивен анализ* – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. *Вариационен анализ* – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. *Алтернативен анализ* – за сравняване на относителни дялове.
4. *Корелационен анализ* - за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.
5. *Графичен анализ* – за визуализация на получените резултати.
6. *Тест χ^2 на Pearson* - за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при уroveň на значимост $P > 0.05$, а интерпретацията за съществуване на закономерности е извършвана при $P(t) = 0.95$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFTOFFICE.

II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

II. 1. ЕКСПЕРТЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИТЕ ПРОБЛЕМИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ

В проведеното пилотно проучване са обхванати 978 пациента с диагноза метаболитен синдром. От тях 36,8% са мъже и 63,2% са жени. Най-голяма част от анкетираните пациенти /42,9%/ са на възраст между 45 и 64 години, следвани от тези във възрастовата група 21-44г /30,1%/ и на трето място /25,8%/ са възраст над 65 години. /Таблица 6./

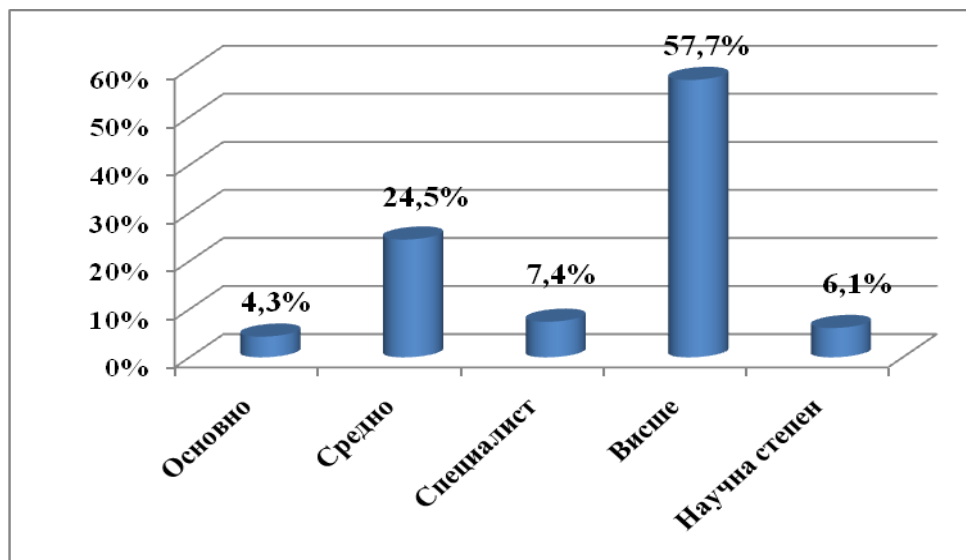
Таблица 1. Възрастово разпределение на анкетираните пациенти

възраст	брой	Относителен дял в %
до 20г.	12	1,2
21-44г.	294	30,1
45-64г.	420	42,9
над 65г.	252	25,8
Общо	978	100,0

Най-голяма част от обхванатите пациенти са жители на столицата /69,9%/ , следвани от живеещите в градовете /25,2%/ и 4,9% живеят в селата.

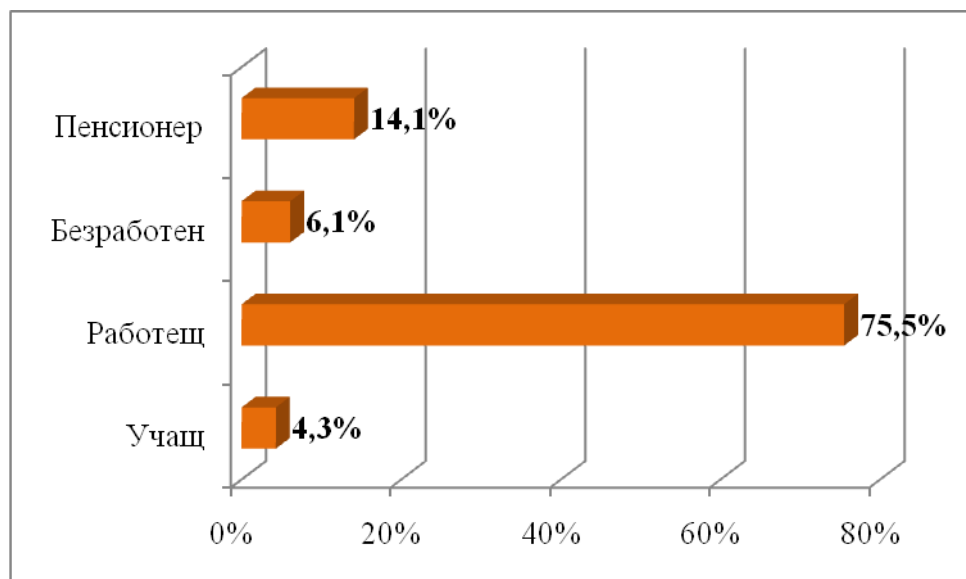
Анкетираните пациенти са анализирани и в зависимост от тяхното образование (Фигура 1.). С най-голям относителен дял (57,7%) са висшистите, следвани от тези със средно образование (24,5%). Най-малко са анкетираните с основно образование – седем или 4,3%.

Фигура 1. Честота на разпределение по образование



По отношение на социалният статус на обхванатия контингент се наблюдават следните зависимости: преобладаващата част от анкетираните (75,5%) са работещи. На второ място са пенсионерите с 14,1%, а най-малко са учащите – около 4,3% от извадката (фиг. 2).

Фигура 2. Честота на разпределение по социален статус



Анкетираните пациенти са анализирани и в зависимост от тяхното семейно положение (Таблица 1.). С най-голям относителен дял (60,1%) са семейните пациенти, следвани от несемейните (16,6%). Най-малко са анкетираните, които са разделени, но не са разведени – пет или 3,1%.

Таблица 1. Честота на разпределение по семейно положение

семейно положение	брой	Относителен дял в %
неженен / неомъжена	162	16,6
женен / омъжена	588	60,1
разделен/а, но не разведен/а	30	3,1
разведен/а	156	16
вдoveц / вдовица	42	4,3
Общо	978	100

Давност на заболяването, начин на диагностициране и фамилна обремененост

Метаболитният синдром е патологично състояние, което е предшественик на захарния диабет и сърдечно-съдовите заболявания, поради което пациентите с по-голяма давност на страданието са с повишен риск от развитие на тези заболявания, усложненията от тях и влошаване качеството им на живот.

С цел да се установи давността на метаболитния синдром при анкетираните пациенти е зададен въпрос от анкетата – „От колко години Ви е поставена диагнозата метаболитен синдром?“. Резултатите показват, че повече от половината /53,4%/ от респондентите са с давност на заболяването от 0-5 години, следвани от тези, при които заболяването датира от 10-15 години /25,1%/. При 21,5% диагнозата МС е поставена от 5-10 години.

Решаващи за ранната диагностика на заболяванията са здравната грамотност, култура и психологичната нагласа на хората. Високата здравна грамотеност и адекватно поведение, утвърждават и съдействат за опазване и възстановяване на индивидуалното, груповото и общественото здраве, както и за осигуряване творческо дълголетие на човека. Формирането на убеждения, умения, навици и поведение за здравословен стил на живот допринасят за увеличаване на собствения потенциал у пациентите.

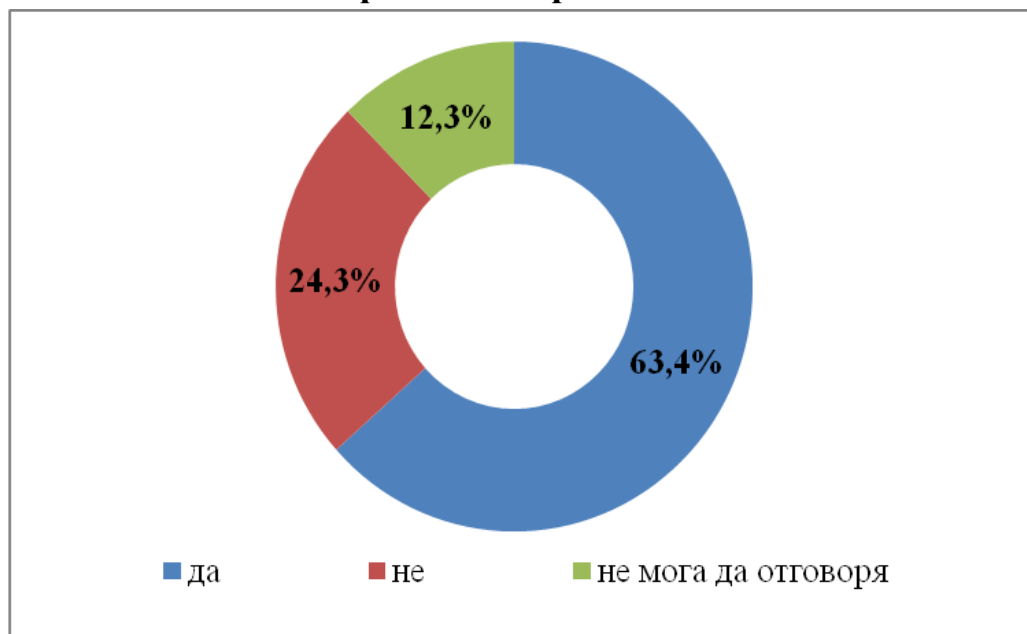
Повече от половината /617 пациента или 63,1%/ от анкетираните респонденти, метаболитния синдром е открит при активно потърсена помощ по повод на оплаквания. Не е малък делът на анкетераните /235 души или

24%/ , при които заболяването е диагностицирано при профилактичен преглед. При 12,9% /126 пациента/ метаболитния синдром е диагностициран по друг повод.

Представените резултати подчертават значението на редовните профилактични прегледи за ранно откриване на заболявания с цел тяхното навременно и адекватно лечение и значението на здравното поведение, като практически израз на отношението на индивида към собственото му здраве и здравето на околните.

Важно значение за развитието на метаболитния синдром има фамилната обремененост, която се състои от информация за наличието на заболяването на роднини по кръвна линия и е определяща за риска от изявата на МС. За да установим наличието на фамилна обремененост при анкетирания пациенти зададохме следващия въпрос в анкетата. Резултатите показват, че 63,4% от респондентите имат роднини по първа линия със метаболитен синдром, 24,3% не са фамилно обременени, а 12,3% не могат да отговорят. /Фигура 3./

Фигура 3. Честота на разпределение на респондентите според наличието на фамилна обремененост



Получените резултати доказват, че фамилната обремененост е един от основните фактори за развитието на метаболитния синдром.

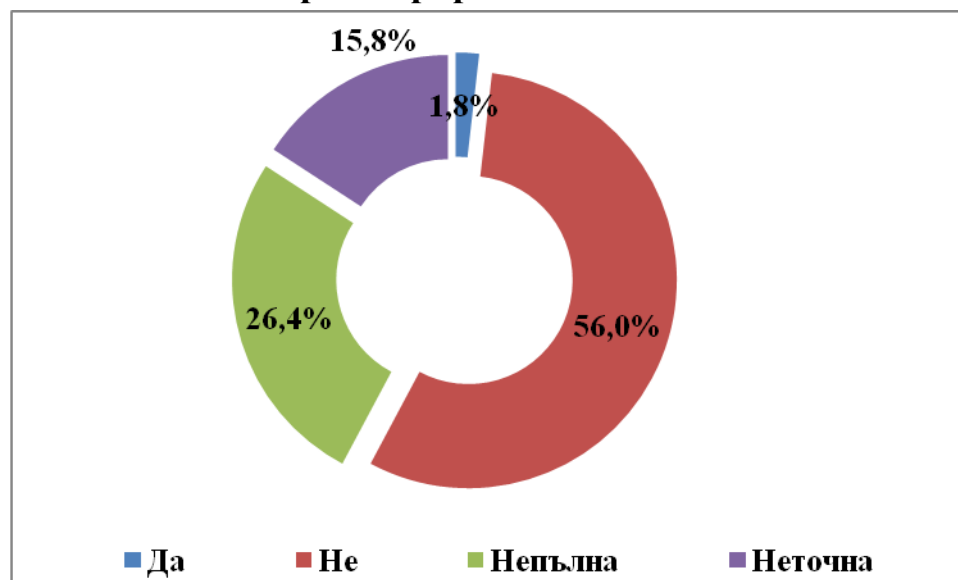
Информираност за метаболитния синдром като страдание

Информираността и познанието изиграват решителна роля в култивиране на здравни знания и навици. Пропуските в здравната информираност на нашето население са едни от главните фактори за допускане на т.нар „пациентски грешки“, което обуславя широкото разпространение на социалните и др. фактори на риска и основна причина, обуславяща епидемичния характер на разпространение на неинфекциозните хронични заболявания в нашата страна.

Ролята и значението на здравната просвета е в основата на една модерна съвременна научна профилактика по отношение факторите на риска, предизпозиращи изявата на метаболитния синдром, предотвратяване на усложнения му, с оглед недопускане на инвалидизация и влошено качество на живот.

Повече от половината от участниците в анкетата /56%/ посочват, че не са имали никаква представа за заболяването преди да се обърнат към лекар. При около една четвърт от тях /26,4%/ информацията за заболяването е била непълна, а пи 15,8% - неточна. Относителният дял на анкетираните болни, които са информирани за метаболитния синдром като заболяване преди диагностицирането му е само 1,8% (Фигура 4).

Фигура 4. Честота на разпределение на анкетираните според информираността им за метаболитния синдром като страдание преди да бъде регистрирано заболяването



Основните насоки на здравното образование са да мотивира хората да водят природосъобразен начин на живот, да променят рисковите си форми на поведение и да осъзнаят необходимостта от поемането на лична отговорност за здравето. Поради това здравната информация, която е потребна на обществото, трябва да бъде лесно достъпна, да бъде съобразена с интелектуалното ниво на групата, към която е насочена и да бъде достатъчно пълна и изчерпателна.

От проведеното анкетно проучване се установява, че най-голям дял от респондентите са получили информация за метаболитния синдром от ендокринолог /52,6%/, следвани от тези, които информирани от личния лекар /25,5%/ и от интернет /17%/. (Фигура 5.)

Фигура 5. Източници на информация за метаболитния синдром според респондентите



Обезпокояващ е факта, че нито един от анкетираните пациенти не посочва медиите /телевизия, радио, вестници и списания/, като източник на информация, а масмедииите са една цялостна културно-комуникативна система за производство, разпространение и потребление на информация и на културни ценности.

Метаболитният синдром е група от рискови фактори /абдоминално затлъстяване, дислипидемия, нарушен глюкозен толеранс и артериална хипертония/, които предразполагат към развитие на сърдечносъдови

заболявания и захарен диабет тип 2 – две от социалнозначимите заболявания, които определят профила и структурата на смъртността и заболеваемостта в България. Те заемат и голям дял сред групите заболявания водещи до инвалидизация на пациентите в Българи.

Проучихме данните от националния център по здравна информация относно структурата на първично инвалидизираните лица над 16 годишна възраст по тежест на инвалидност и по класове болести за 2013 година. Резултатите показаха, че 36.3% /24987/ от инвалидизираните лица с различна степен на намалена работоспособност са с болестите на органите на кръвооразчиението и 8,2% /5363/ с болести на ендокринната система, разстройства на храненето и обмяната на веществата, което показва, че тези заболявания са честа причина за инвалидност. Хроничния ход на заболяванията и тяхната еволюция е причина за инвалидизация на повечето от болните, което от своя страна обуславя влошаването на качеството им на живот.

Проведеното анкетно проучване установи, че 20,6% от анкетираниите пациенти имат експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК/ и определен процент трайно намалена трудоспособност, в следствие заболяването им.

Социално-медицинските проблеми на болните със съпътстващи метаболитния синдром сърдечно-съдови заболявания и захарен диабет тип 2 в България, както и във всяко цивилизовано общество касаят всички негови членове. Първостепенна потребност на хронично болните и хората с трайни увреждания е подобряване възможностите им за социално интегриране, общуване и оптимална трудова дейност, като важни елементи от качеството на живот Това е един от представителните критерии за достигнато оптимално жизнено равнище във високо културните общества.

II.2. ВЛИЯНИЕ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИТЕ РИСКОВИ ФАКТОРИ ПРИ МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ

Затлъстяване

Метоболитният синдром се провокира от многофакторна етиология. Наред с генетичната предиспозиция, като ендегенен рисков фактор,

затлъстяването като поведенчески екзогенен регулируем фактор се откроява като мощен предиктор за изява на сраданието.

Затлъстяването има неблагоприятен ефект върху изявата и еволюцията на ССЗ и захарния диабет, както и върху тежестта при евентуални усложнения.

При хора с наднормена телесна маса е налице висок риск за възникване на здравни проблеми, които са свързани най-често с излишъчни нутриенти и хипокинезия. Индекс за оценка на затлъстяването и мониториране на загубата на тегло е обиколката на талията измерена под ребрата /нивото на пъпа/. Обиколката на талията над 94см за мъжете и над 80 см за жените е показател за необходимост от редукция на телесната маса, като за обиколки над 102 см за мъжете и 88 см за жените е необходим професионален съвет за процедурата за отслабване.

Проблема наднормена телесна маса и затлъстяване значително се усложнява с напредването на възрастта. В симптомокомплекса diabobesity, метаболитния синдром се обуславя от сложната биология на социума. Не случайно много съвременни експерти определят затлъстяването като самостоятелна нозологична единица и самостоятелен рисков фактор за изява на редица заболявания.

Проведеното анкетно проучване установи, че 89,2% от респондентите страдат от наднормено тегло. Наднорменото тегло и затлъстяването се характеризират с ексцесивно натрупване на мастна тъкан в различни анатомични зони на тялото. Определя се чрез индекс на телесната маса (ИТМ), BMI Body Mass Index. Калкулаторът за изчисляване на индекса на телесната маса е диагностичен инструмент, чрез който може да определите дали тегло е в здравословни граници спрямо ръстта. ИТМ е равно на теглото в килограми разделено височина в метри на квадрат.

Използваните категории за ИТМ, според препоръките на Експертния комитет на СЗО от 1995г. са:

нормално или “желано” тегло - от 18.5 до 24.99 кг/м²;

наднормено тегло - от 25 до 29.99 кг/м² и

затлъстяване - при ИТМ над 30 кг/м².

Препоръчителните стойности на BMI зависят от възрастта. Тази зависимост е илюстрирана на следващата таблица.

Таблица 2. BMI според възрастта

Възраст	BMI
19-24 години	19-24
25-34 години	20-25
35-44 години	21-26
45-54 години	22-27
55-64 години	23-28
>64 години	24-29

Класификацията на BMI е различна при мъже и жени.

Таблица 3. Класификация на BMI според пола

Класификация	мъже	жени
Ниско тегло	<20	<19
Нормално тегло	20-25	19-24
Наднормено тегло	25-30	24-30
Затлъстяване	30-40	30-40
Тежко затлъстяване	>40	>40

При затлъстяване и тежко затлъстяване / BMI 30-40 / е необходимо предприемане на мерки за намаляване на теглото поради повишен риск от развитие на диабет от II тип и сърдечно-съдови заболявания.

Допълнителни рискови фактори свързани със затлъстяването са: високо кръвно налягане, висок LDL холестерол- „ лош холестерол”, нисък HDL холестерол- „ добър холестерол”, високи триглицериди, висока кръвна захар, фамилна обремененост със сърдечно-съдови заболявания, липса на физическа активност, тютюнопушене.

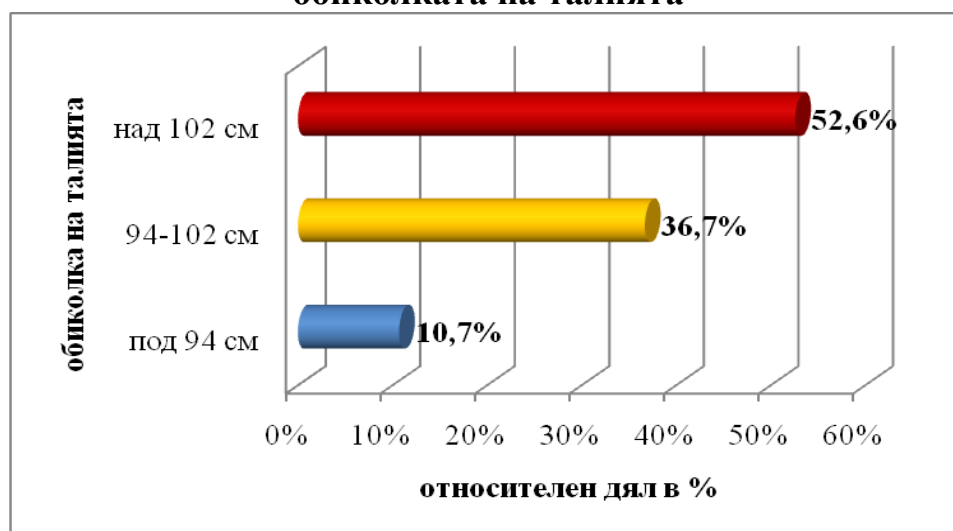
Най-лесният метод за определяне на съпътстващите рискове при затлъстяване е измерването на обиколката на талията в сантиметри - в най-тясното място между долното ребро и горния ръб на таза.

Таблица 4. Обиколка на талията и риск от затлъстяване според пола

Съпътстващи затлъстяването рискове	Обиколка на талията мъже	Обиколка на талията жени
Повишен риск	> 94 см.	> 80 см.
Значително повишен риск	> 102 см.	> 88 см.

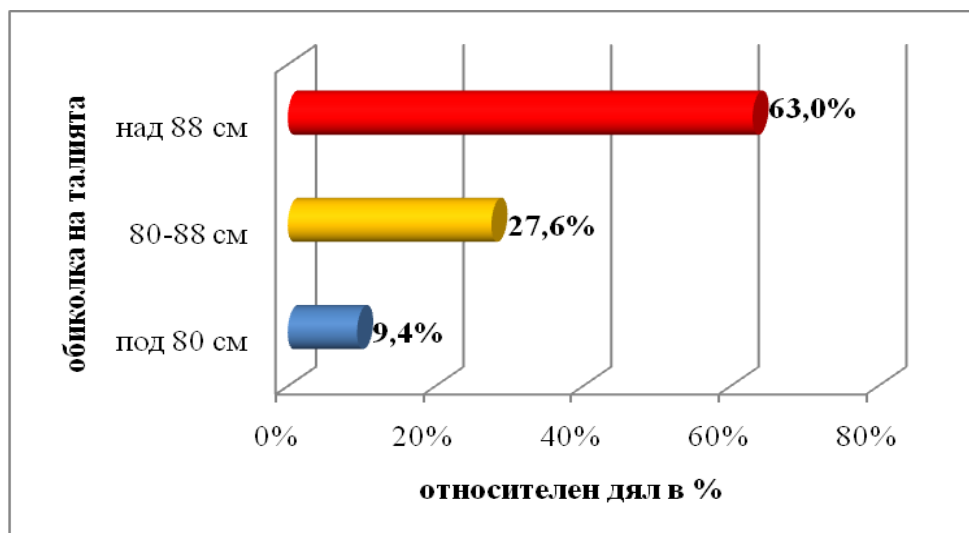
В анкетното проучване сред пациентите с метаболитен синдром е зададен въпрос целящ да установи обиколката на талията измерена под ребрата /нивото на пъпа/ при мъжете и жените. Резултатите при мъжете показват, че 52,6% от тях са с обиколка на талията над 102 см., а при 36,7% обиколката на талията им е между 94 и 102 см. Респондентите, при които обиколката на талията е под 94см., т.е. нямат риск от зтлъстяване са 10,7%. /Фигура 5./

Фигура 5. Честота на разпределение на респондентите мъже според обиколката на талията



При анкетираните жени установяваме, че повече от половината от тях /63%/ са с обиколка на талията над 88см., 27,6% са с обиколка на талията между 80 и 88 см. и само 9,4% са с обиколка на талията под 80 см. /Фигура 6./

Фигура 6. Честота на разпределение на респондентите жени според обиколката на талията

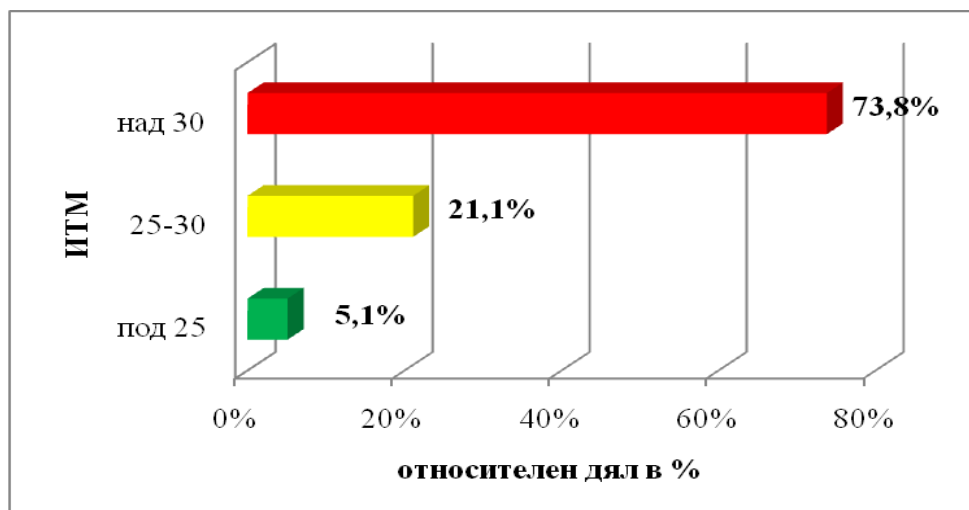


Няма значима разлика между двата пола по отношение на увеличената обиколка на талията – проучването установи, че 90,6% от жените и 89,3% от мъжете са с увеличена талия (жени > 80 см., мъже > 94 см.). Този резултат корелира с данните получени от проучване проведено от А-М.Борисова и колектив през 2012г., при което е установено, че 62,5% от населението има увеличена талия, но няма значима разлика между двата пола [Борисова А-М., 2015].

Затлъстяването е актуален, но все още не достатъчно оценяван от широката медицинска общественост проблем. За да се дефинира заболяването най-често се използват няколко стандарта: тегло, ръст, ИТМ, съотношение талия/ханш.

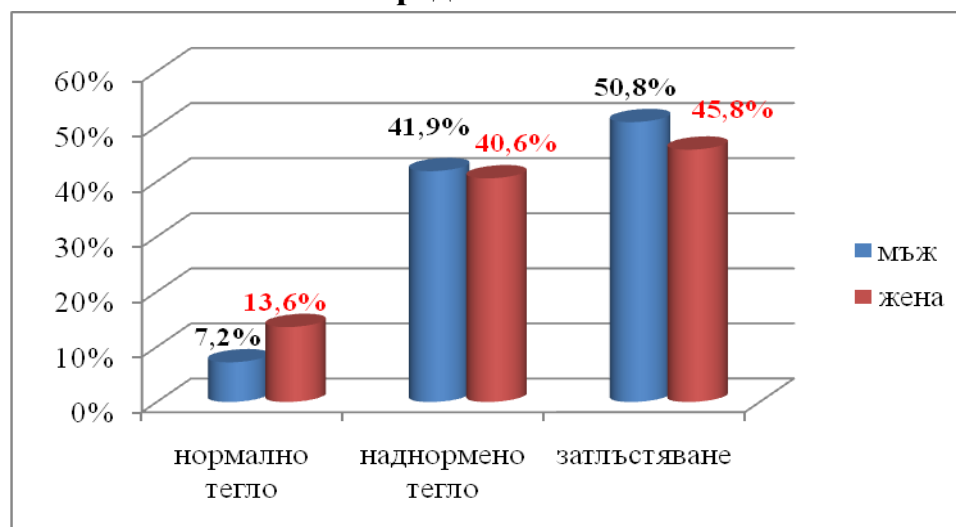
Проведеното анкетно проучване установи, че повече от две трети /73,8%/ от анкетираните пациенти са с ИТМ >30 кг./м², което е обезпокояващ резултат показващ наличие на затлъстяване при тези пациенти, а 21,1% от респондентите са с ИТМ между 25 и 30 кг./м² доказващ наличие на наднормено тегло. /Фигура 7./

Фигура 7. Честота на разпределение на респондентите според ИТМ



Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че нормалното тегло е почти два пъти повече сред жените в сравнение с мъжете, 13,6% срещу 7,2%, $p=0,009$. /Фигура 8./

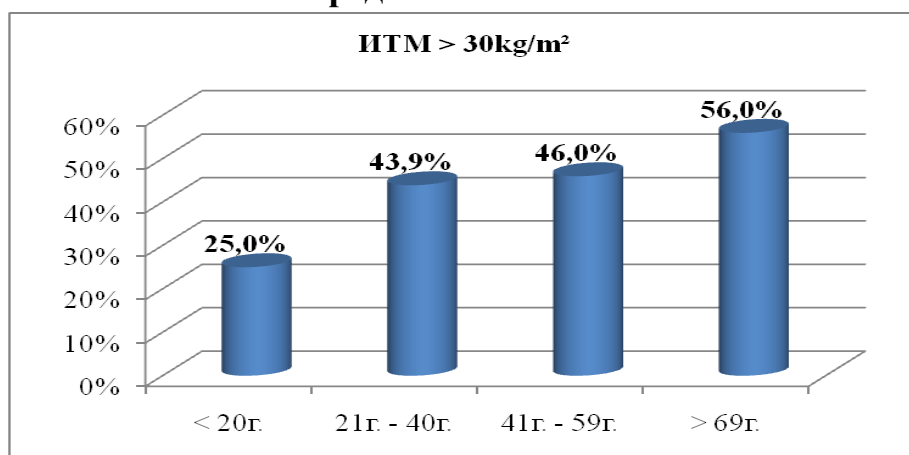
Фигура 8. Честота на разпределение на респондентите по пол според теглото им



Този резултат корелира с данните от проучване проведено от А-М. Борисова и кол. през 2012г., които установяват, че нормалното тегло при жените е 68% срещу 32% при мъжете.

Честотата на затлъстяването нараства значимо с напредване на възрастта, $p < 0,001$. /Фигура 9./

Фигура 9. Честота на разпределение на респондентите по възраст според ИТМ > 30 кг./м²



Този резултат е аналогичен с данните получени от проучване проведено от А-М.Борисова и колектив през 2007г., при което е установено, че честотата на метаболитния синдром нараства с възрастта.

Нашето проучване установи, че затлъстяването е значимо по-често в селата /68,8%/ срещу градовете /50,8%/ и столицата /45%/, $p=0,021$. Резултатът е представен на таблица 5.

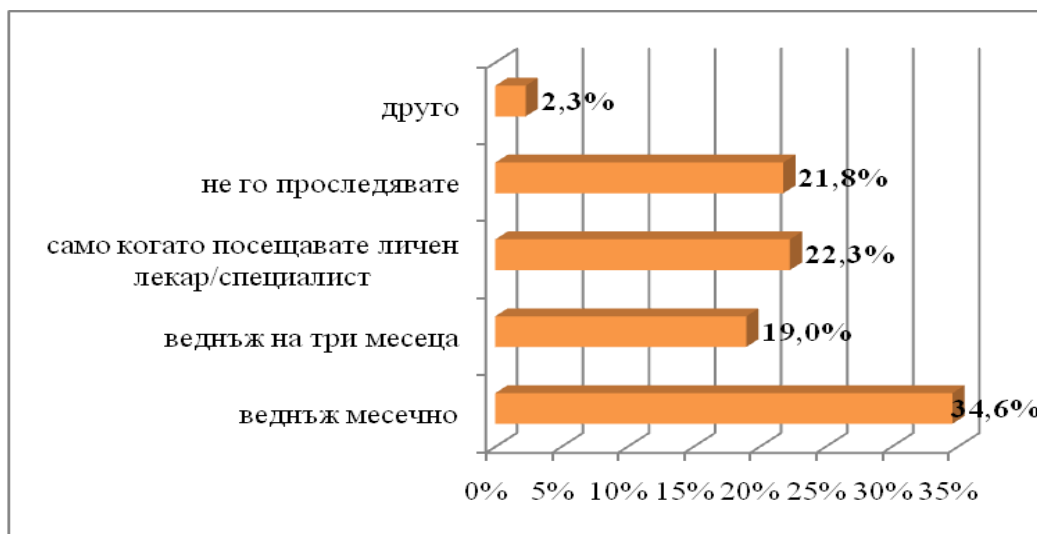
Таблица 5. Зависимост между местоживеенето на анкетираните пациенти и индексът на телесната им маса /ИТМ/

			индексът на телесната Ви маса е			Общо
			под 25 кг./м ² ,	25-30 кг./м ² ,	над 30 кг./м ² ,	
Местоживеене	село	брой	3	12	33	48
		%	6,3%	25,0%	68,8%	100,0%
	град	брой	25	96	125	246
		%	10,2%	39,0%	50,8%	100,0%
	столица	брой	82	294	308	684
		%	12,0%	43,0%	45,0%	100,0%
	Общо	брой	110	402	466	978
		%	11,2%	41,1%	47,6%	100,0%

Получените данни са аналогични на данните в изследване върху разпространение на затлъстяването в българската популация през 2012г. Проведено от А-М. Борисова и сътрудници, които установяват, че затлъстяването е значимо по-често в селата /39%/ срещу големите градове /29%/, $p<0,001$.

Запитани предприели ли са мерки за намаляване на телесното тегло след диагностициране на заболяването 58,5% от анкетираните отговарят положително, а 41,5% отрицателно. Като 34,6% от респондентите контролират теглото си веднъж месечно, следвани от тези, които го проследяват само при посещение при личен лекар или специалист /22,3%/. Обезпокояващ е факта, че 21,8% от анкетираните, които не контролират телесното си тегло въпреки наличието на проблеми. /Фигура 10./

Фигура 19. Разпределение на анкетираните според честотата на контрол на телесното им тегло



Интересен е факта, че е много голям относителния дял на пациентите - 56,9%, които не са на специална диета въпреки наличието на метаболитен синдром при тях. /Таблица 6./

Таблица 6. Честота на разпределение на респондентите според диетата, която спазват

диета	брой анкетирани	относителен дял в %
Не	556	56,9
отслабваща, препоръчана на лекар	87	8,9
отслабваща по Ваша инициатива	254	26
диабетична	61	6,2
вегетариантска	20	2,0
Общо	978	100,0

Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че на отслабваща диета по тяхна инициатива са 26% от респондентите, 8,9% са на отслабваща диета препоръчана от лекар, на диабетична диета 6,2%, а 2,0% са на вегитарианска диета.

Тютюнопушене

Тютюнопушенето е една от доказаните, водещи предотвратими причини за болестност и смъртност. Въпреки общоизвестните последствия от този вреден рисков фактор, 50,9% от анкетираните лица са тютюнопушачи, като редовни пушачи са 35,6% от респондентите, а понякога пушат 15,3%. Обезпокояващ е факта, че една четвърт /25%/ от пушачите пушат по 20 цигари дневно, а други 25% пушат по 10 цигари на ден.

Попитани правили ли са опит да се откажат да пушат 56,6% от пушачете отговарят положително, докато останалите 43,4% не са се опитвали да се откажат. Само 14 от анкетираните пациенти са се отказали да пушат.

Физическа активност

Физическата активност е изключително важен елемент в общата комплексна терапия на болните с метаболитен синдром и превенция на усложненията.

При болните с наднормена телесна маса физическата активност е съществен елемент от лечебния план, която заедно с диетичния режим води до постигането на поставената цел – редукция на теглото и намаляване на инсулиновата резистентност, подобряване на метаболитния контрол, липидния статус и намаляване на повишеното кръвно налягане. Диетата и физическата активност могат да бъдат в основата на профилактиката на метаболитния синдром. Промяната на стереотипа на заседнал живот, който е в основата на затлъстяването, е трудно осъществима задача. Подходящата мотивация и поставянето на краткосрочни цели спомага за осъществяването на промяната в действие.

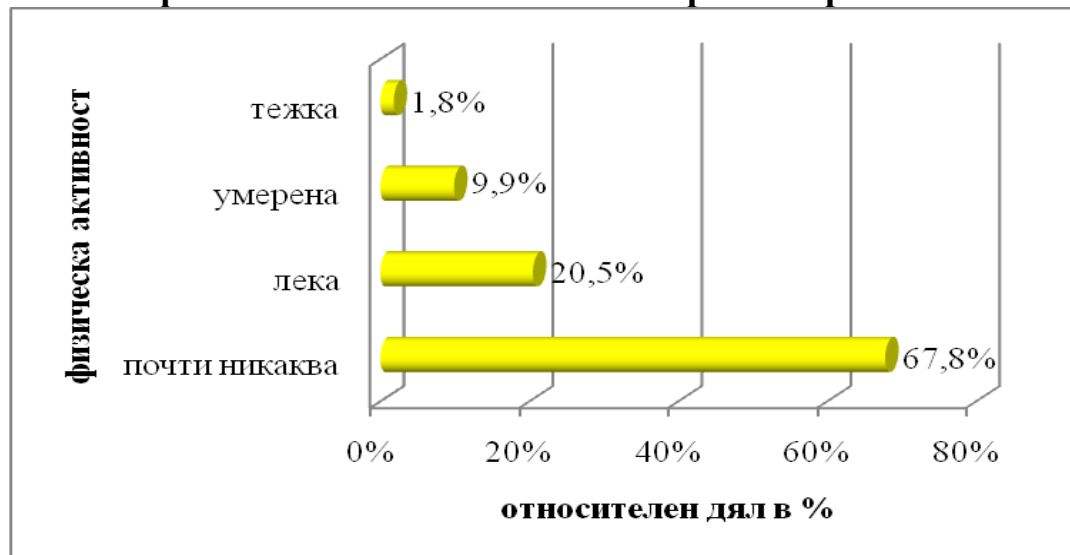
Умерената двигателната активност е важен фактор за поддържане на теглото и укрепване на физическото здраве у всеки индивид и за

профилактика на метаболитния синдром. Тази активност се изразява в две насоки:

- физическа активност по време на работа и
- физическа активност през свободното време.

Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че 32,2% от анкетираните упражняват физическа активност, като относително малък процент от тях декларират, че работата им е свързана с тежко физическо натоварване – едва 1,8% или 18 души /Фигура 11./.

Фигура 11. Честота на разпределение на респондентите според физическата им активност по време на работа



При 9,9% от респондентите физическата им активност по време на работа е умерена, а при 20,5% е лека. При повечето от респондентите /67,8%/ физическата им активност по време на работа е почти никаква.

Със следващия въпрос от анкетното проучване се опитахме да установим спортуват ли пациентите през свободното си време. Резултатите показват, че не спортуват повече от половината от анкетираните /69%/, а 12,3% спортуват по-малко от един път седмично. Поне веднъж седмично спортуват 10,2% от респондентите, а физически най-активни – спортуващи 2-3 пъти седмично и ежедневно са 8,5% от анкетираните. /Таблица 7./

Таблица 7. Честота на разпределение на анкетирани пациенти според упражняването на спорт през свободното време

честота на спортуване	брой анкетирани	относителен дял в %
по-малко от един път седмично	120	12,3
поне един път седмично	100	10,2
поне 2 - 3 пъти седмично	53	5,4
ежедневно	30	3,1
не спортувам	675	69,0
Общо	978	100

Установеното неблагоприятно честотно разпределение на фактора "ниска физическа" активност е в съответствие с проведените преди нас проучвания. По данни на CINDI- BG (1985), физически неактивни са 57.3% от мъжете и 66.2% от жените [Мерджанов Ч., 1995]. Актуализираните данни на същата програма за 1996-98 г. показват ниска физическа активност на работното място при 48.6% от изследваните, а ниска физическа активност през свободното време - при 38.2%. Сравнителният анализ с други страни по отношение на разпределението на този фактор говори за значително обездвижване на българското население. В САЩ и страните от Западна Европа, физически активните лица до 60-годишна възраст са над 50%.

Хранителни навици

Ключов въпрос в повлияването на метаболитния синдром е видът и качеството на храната, която трябва да присъства в менюто на тези пациенти.

След диагностициране на метаболитния синдром или при затлъстяване, хранителните менюта би трябвало да се подготвят и обсъждат индивидуално със съответни специалисти, съобразени с вкусовете и битови навици на болния. Оценката на храненето е обективизирана с висок риск от възникване на здравни проблеми.

За тези от анкетирани пациенти, при които метаболитния синдром е в начален стадий и се нуждаят само от подходящ хранителен и двигателен

режим, пълноценната и качествена диета е от особена значимост за овладяване на заболяването и превенция на прогресирането му.

Оптималната по количество и разнообразна храна, с присъствие на необходимите продукти от растителен произход, риба, плодове и зеленчуци, определящи т. нар. категория на Функционални храни, позволява на болните с метаболитен синдром една оптимална здравословна диета.

Здравословно хранене е това хранене, което е адекватно на метаболитните потребности на организма, осигурява добро здраве и активно дълголетие.

Фундамент на здравословното хранене е балансираното хранене. Последното включва 4 направления:

- енергиен баланс
- нутриентен баланс
- продуктов баланс
- баланс в режима на хранене.

Основно значение в балансираното хранене имат т.н. Функционални храни - едно от новите направления в науката за хранене.

Има много дефиниции, маркиращи термина функционална храна. Най-често срещаната е:

- храна, която задоволително демонстрира благоприятни ефекти по отношение на една или повече таргетни функции в организма, извън адекватните нутритивни ефекти, както и оказваща влияние на подобрен здравен статус или редукция на здравен риск от развитие на заболяване.
- Американската диетична асоциация /1999/ ги определя като „цялостни, усиленни или обогатени храни, които могат да бъдат консумирани като част от разнообразни диети на регулярна база, за постигане на потенциални здравни ползи”.
- Институтът по медицина към Националната академия на науките в САЩ определя функционалните храни до такива „в които концентрацията на един или повече нутриента е обработена или модифицирана така, че да подсили техния принос в здравословната

диета”. Немодифицирани цялостни храни са плодовете и зеленчуците - най-проста форма на функционална храна.

- По-кратко определение за функционални храни е „храни, които осигуряват ползи за здравето извън основното хранене”.

Новото във функционалните храни е най-вече в начина по който есенциални нутриенти с показани благоприятни ефекти са включени във вкусна и полезна храна, която е патентована, носи здравен знак и е в търговската мрежа. Следователно всеки един нутриент с доказани качества може да се включи в съответни храни, но там трябва да запазва функционалните си качества.

Всяка функционална храна е продукт със запазена марка и трябва да е маркирана със здравен /Health claims/ и функционален /Function claims/ знак.

Проведеното анкетно проучване сред пациентите с метаболитен синдром цели да установи колко често те употребяват всяка една от посочените групи хранителни продукти в менюто си. Резултатите са представени на таблица 8. Установяваме, че 39,9% от анкетираните пациенти употребяват един път дневно месо и местни продукти, докато рядко и никога то не присъства в менюто само на 7,2% от респондентите. Анкетираните пациенти употребяват веднъж седмично следните видове меса: пилешко месо - 28,2% от анкетираните; свинско месо – 22,7%; телешко месо – 12,3%; овче -2,5%; други месни продукти – 17,8%; риба – 10,7%.

Зърнени храни употребяват веднъж дневно 19,6% от респондентите, докато 30,1% употребяват рядко, а 13,5% от анкетираните не употребяват никога зърнени храни в менюто си. Тестени изделия употребяват няколко пъти дневно 32,1% от анкетираните, а един път дневно 31,9%.

Млякото, сиренето и кашкавала се консумират ежедневно от голяма част от анкетираните съответно 60,7%, 54,6% и 49,7%, а яйцата присъстват два пъти седмично в менюто на 33,1% от респондентите.

Пресните плодове и зеленчуци употребяват веднъж дневно съответно 13,6% и 15,2% от анкетираните, като никога и рядко не консумират тези продукти съответно 16,7% и 40%.

Таблица 8. Разпределение на респондентите според честотата на употреба на хранителните продукти в менюто им

Хранителни продукти	един път дневно	няколко пъти дневно	веднъж седмично	два пъти седмично	три пъти седмично	веднъж месечно	рядко	никога
Месо и месни продукти	39,9%	19,7%	8%	11%	14,1%	-	5,4%	1,8%
Свинско	9,8%	3,1%	22,7%	15,4%	16,6%	14%	16,6%	1,8%
телешко	4,9%	3,1%	12,3%	7,4%	9,2%	16%	32,5%	4,9%
пилешко	22,3%	14,5%	28,2%	10,6%	8,4%	6,7%	9,2%	0%
Овче	1,8%	1,2%	2,5%	-	1,8%	-	28,8%	46%
други месни продукти	25,2%	10,1%	17,8%	8%	3,7%	1,8%	4,9%	2,8%
Риба	4,3%	1,8%	10,7%	11,7%	4,9%	20,2%	24,1%	16,1%
Зърнени храни	19,6%	7,4%	4,8%	11%	7,3%	6,4%	30,1%	13,5%
Тестени изделия	31,9%	32,1%	14,1%	6,1%	3,7%	6,7%	3,5%	1,8%
Яйца	7,4%	6,7%	27,6%	33,1%	11%	4,3%	8%	1,8%
Мляко	60,7%	11%	6,7%	8,6%	3,1%	5,5%	4,3%	-
Сирене	54,6%	6,7%	10,4%	11,7%	9,2%	2,5%	4,9%	-
кашкавал	49,7%	3,1%	14,1%	14,1%	10,4%	3,7%	2,5%	2,5%
Пресни плодове	13,6%	15,3%	28%	11%	18,4%	0,6%	3,1%	13,6%
Консервирани плодове	7,4%	1,2%	6,1%	7,4%	5,5%	9,8%	47,9%	14,7%
Пресни зеленчуци	15,2%	7,4%	11%	14,15	8%	4,3%	14,5%	25,5%
Картофи	24,7%	15,5%	18,2%	17,8%	7,8%	8%	6,1%	1,8%
Зелени зеленчуци и салати	26,6%	7,4%	13,5%	11%	8,6%	4,3%	16,1%	12,5%
Моркови и домати	20,6%	8%	19,6%	12,9%	9,8%	6,1%	11,8%	11,1%
Бобови храни (боб, леща, соя)	4,9%	3,7%	27,4%	19,6%	6,1%	4,9%	24,2%	9,1%
Консервирани зеленчуци	13,6%	1,2%	8,6%	28%	1,8%	11%	5,5%	20,3%
Замръзени плодове	5,5%	3,1%	36,2%	32,5%	4,3%	11%	1,8%	5,5%
Замръзени зеленчуци	5,5%	3,1%	45,4%	15,3%	2,5%	7,4%	3,7%	8%

Консервираните плодове /47,9%/ и консервираните зеленчуци /5,5%/ са застъпени рядко в менюто на респондентите, а никога не ги употребяват съответно 14,7% и 20,3% от анкетираните. Зелените зеленчуци и салати присъстват ежедневно в менюто само на 26,6% на анкетираните пациенти с метаболитен синдром, а морковите и доматиите се консумират ежедневно от 20,6% от тях. Картофите са веднъж седмично в менюто на 18,2% от анкетираните, а бобовите храни се употребяват веднъж седмично от 27,4% от тях.

Замръзените плодове и зеленчуци се употребяват веднъж седмично съответно от 36,2% и 45,4% от респондентите, а два пъти седмично не ги включват в менюто си съответно 32,5% и 15,3% от тях.

За да се избере най-подходящата диета за всеки организъм, е добре да се вземе под внимание **“Хранителната пирамида”**. Тя показва различните хранителни групи, разположени по пирамидата в зависимост от пропорцията, с която участват в една балансирана диета. Това може да послужи като ориентир какви количества от определен вид храна да се консумира. В основата се намират храните, които могат да се консумират в най-големи количества, а на върха са храните, които трябва да се ограничат до минимални количества.

Консумацията на подсладени със захароза (дизахарид) безалкохолни напитки в количество 1-2 чаши дневно повишава значимо риска за развитието на метаболитен синдром (MetS) и диабет тип 2, в сравнение с изпиването на по-малко от една чаша месечно, като тази зависимост не се дължи само на наддаването на тегло, показат резултатите от проучване, публикувани в списание Diabetes Care.

Захарозата в безалкохолните напитки се разгражда бързо до глюкоза, която постъпва в голямо количество в кръвта и принуждава бета-клетките на панкреаса да секретират повече прандиален инсулин (бърз пик на инсулинова секреция за овладяване на рязкото гликемично обременяване).

Затлъстяването в коремната област води до повишен риск за метаболитен синдром (инсулинова резистентност) и диабет тип 2 (бета-клетъчна дисфункция).

За да направят оценка на асоциацията между консумацията на подсладени със захароза безалкохолни напитки и риска за развитието на метаболитен синдром и диабет тип 2, авторите на проучването са направили анализ на данните от 11 проспективни изследвания с големи популации участници, публикувани в MEDLINE.

Резултатите показват, че рискът за диабет тип 2 при хората с най-голяма консумация на безалкохолни напитки с добавена захар е повишен с 26%, а за метаболитен синдром – с 20%.

Авторите отбелязват, че монозахаридът фруктоза, която се използва за заместител на захарозата (включително в „диабетични“ храни и напитки) може също да доведе до натрупването на висцерална мастна тъкан (сходно със захарозата съдържание на въглехидрати в един грам). Този тип затлъстяване повишава риска за развитието на инсулинова резистентност, нарушения в гликемичния и липидния профил (метаболитен синдром) и свързаните с него атеросклероза и повишен риск за исхемични сърдечносъдови инциденти.

Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че 22,7% от респондентите употребяват безалкохолни напитки веднъж дневно, а 7,4% няколко пъти дневно, като рядко или никога не употребяват тези напитки 38,5% от анкетираните. Един път дневно употребяват кафе 46% от анкетираните, а няколко пъти дневно 30,1%. Разпределението на респондентите според употребата им на чай е следната – един път дневно консумират чай 32,5%, а 9,8% няколко пъти дневно, 19% от анкетираните рядко употребяват чай, а 4,3% - никога. Фрешовете присъстват един път дневно в менюто на 18,4% от анкетираните, като също толкова 18,4% ги употребяват веднъж седмично. Рядко или никога не употребяват фрешове съответно 25,2% и 5,5% от респондентите /Таблица 9./.

По отношение на употребата на алкохолни напитки резултатите от проучването са следните:

- бира употребяват един път дневно 24,8% от анкетираните, а няколко пъти дневно 26,1%, като рядко употребяват 8,8%, а никога не употребяват 2,1%;

- вино употребяват един път дневно 24,9% от анкетираните, а няколко пъти дневно 11,2%, като рядко употребяват 20,2%, а никога не употребяват 14,3%;
- концентрати употребяват един път дневно 25,2% от анкетираните, а няколко пъти дневно 21,2%, като рядко употребяват 10,3%, а никога не употребяват 7,3%;

Таблица 9. Разпределение на респондентите според честотата на употреба на посочените напитки

напитки	един път дневно	няколко пъти дневно	веднъж седмично	два пъти седмично	три пъти седмично	веднъж месечно	рядко	никога
кафе	46%	30,1%	2,5%	1,7%	6,1%	2%	6,1%	5,5%
чай	32,5%	9,8%	11%	9,1%	8,5%	5,7%	19%	4,3%
безалкохолни и напитки	22,7%	7,4%	9,8%	12,3%	8,6%	9,8%	16,6%	12,9%
натурални сокове	18,4%	6,7%	18,4%	13,5%	6,7%	5,6%	25,2%	5,5%
фрешове	18,4%	9,5%	12,3%	8,9%	6,1%	9,2%	30,7%	4,3%
бира	24,8%	26,1%	9,7%	11,9%	6,7%	9,8%	8,8%	2,1%
вино	24,9%	11,2%	7,4%	4,3%	1,8%	15,9%	20,2%	14,3%
концентрати	25,2%	21,2%	11,2%	18%	3,7%	3,1%	10,3%	7,3%

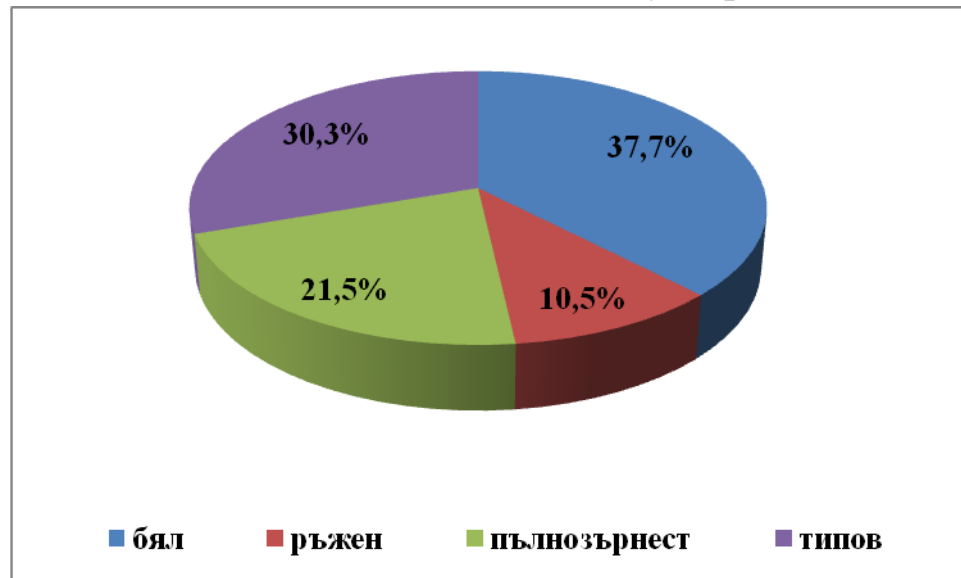
Видът на брашното, от което е замесен хлябът, е основният критерий, който определя неговото качество и това как се усвоява той от човешкия организъм.

От този показател зависи и крайната калоричност на хляба, а тази величина е от особено голямо значение за хората, които внимателно следят за натрупването на излишни килограми.

За да установим какъв вид хляб употребяват пациентите с метаболитен синдром зададохме следващия въпрос от анкетата. Резултатите показват, че 21,5% от респондентите употребяват пълнозърнест хляб, които е най-подходящ за тяхното заболяване, следвани от тези. Най-много от анкетираните консумират бял хляб – 37,7%, които е необходимо да се ограничава и избягва при тези пациенти. На второ място се нарежда

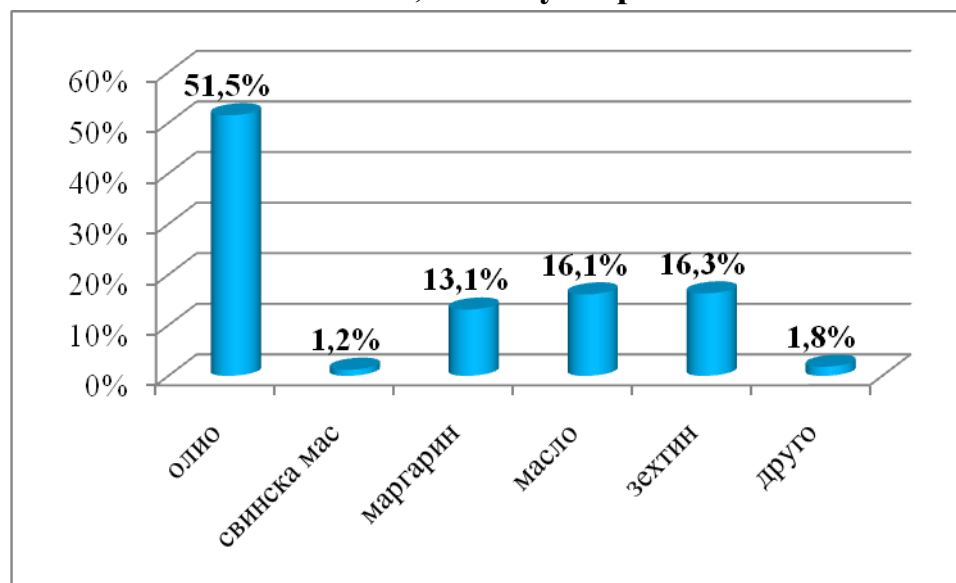
респондентите употребяващи типов хляб 30,3%, а най-малка е консумацията на ръжен хляб – 10,5% от анкетираните /Фигура 12./

Фигура 12. Честота на разпределение на анкетираните пациенти според вида хляб, които обикновено употребяват



Храната се състои от три макронутриента (приемани в по-големи количества): белтъчини, мазнини и въглехидрати и два микронутриента (приемани в малки количества): витамини и минерали. Мазнините са най-калоричният от тях - 1 г. дава 9 ккал. (за сравнение - 1 г. белтъчини, както и 1 г. въглехидрати, дават само по 4 ккал.). Мазнините трябва да съставляват 30% от ежедневното ни меню. Те имат много важни функции за човешкия организъм. Предпазват ни от студа, доставят и подпомагат усвояването на мастноразтворими витамини (А, Д, Е, К), участват в синтеза на хормони и на простагландина. В проведеното анкетно проучване установяваме, че от мазнините най-голям относителен дял от респондентите 51,5% употребяват олио, следвани от употребяващите зехтин – 16,3% и на трето място е употребата на масло – 16,1% от анкетираните. /Фигура 13./

Фигура 13. Относителен дял на респондентите според вида на мазнините, които употребяват



От всички мазнини единствено в зехтина преобладават ценните мононенаситени мастни киселини, които имат свойството да изчистват организма от натрупаните мазнини и „лош холестерол“ в черния дроб, артериите и останалите органи. Жителите на Средиземноморието – регионът, в който се консумира най-много зехтин, са известни със своето дълголетие. Една от основните причини да стареят по-бавно е голямото съдържание на полифеноли, токофероли и витамин А в зехтина. Тези вещества са мощни антиоксиданти, които неутрализират свободните радикали. Високото съдържание на фосфолипиди, флавоноиди и хлорофил пък подпомага възстановяването на организма, изчистването от натрупаните отрови и подобрява мозъчната дейност.

Зехтинът е и най-добрата мазнина не само за приготвяне на салати, но и за готвене. Той е много по-устойчив на високи температури от слънчогледовото, соевото, рапичното и царевичното олио, което го прави идеален както за печене, така и за продължително пържене.

Пациентите с метаболитен синдром са по-чувствителни и към вноса на натрий (обикновена готварска сол) – прекомерното посоляване на храните води до повишаване на кръвното им налягане в много по-голяма степен, отколкото при хората с нормална обмяна. За да установим употребата на сол от пациентите с метаболитен синдром зададохме въпрос от анкетата –

„Добавяте ли сол в храната?“. Резултатите показват, че 59,8% от респондентите вкусват и добавят сол при нужда, а 10,1% никога не добавят сол. Почти една трета от анкетираните /30,1%/ добавят сол в храната си преди да са вкусили.

Ключов въпрос в повлияването на метаболитния синдром е видът и качеството на храната, която трябва да присъства в менюто на тези пациенти.

След диагностициране на метаболитния синдром, хранителните менюта би трябвало да се подготвят и обсъждат индивидуално със съответни специалисти, съобразени с вкусовите и битови навици на болния. Оценката на храненето е обективизирана с висок риск от възникване на здравни проблеми.

За тези от анкетираните болни, при които метаболитния синдром е в начален стадий и се нуждаят само от подходящ хранителен и двигателен режим, пълноценната и качествена диета е от особена значимост за овладяване на заболяването и превенция на прогресирането му.

Оптималната по количество и разнообразна храна, с присъствие на необходимите продукти от растителен произход, риба, плодове и зеленчуци, определящи т. нар. категория на Функционални храни, позволява на болните с метаболитен синдром една оптимална здравословна диета.

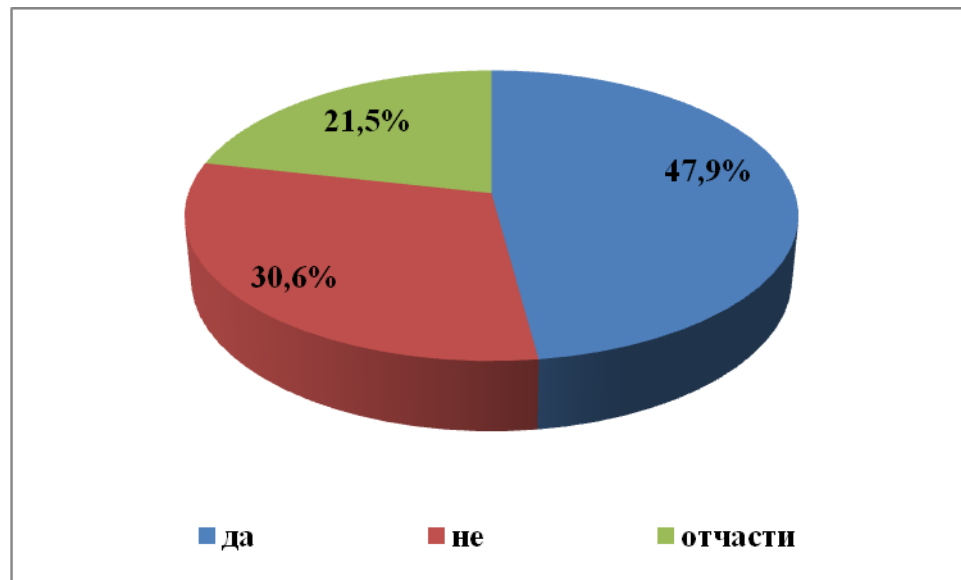
Влошеното здравословно състояние на болните най-често е вследствие нарушаване на диетичния режим, основно поради консумация на нефункционални храни или недостатъчно количество храна, или вредни привички.

II. 3. ПСИХОЕМОЦИОНАЛЕН СТАТУС ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ

Поставянето на диагнозата „Метаболитен синдром“, сама по себе си представлява „психологически шок“ за болния. Произтичащите от това дълбоки разстройства в психосоциалното равновесие са сериозни проблеми, които рефлектират негативно върху себеоценката и самочувствието на заболялия. В нашето изследване отчетохме промяна на самочувствието при

69,4% от анкетираните лица след диагностициране на заболяването, като при 21,5% тя е частична /Фигура 14/.

Фигура 14. Честота на разпределение на анкетираните според промяната на самочувствието им след диагностициране на заболяването



Причините за намалено самочувствие, което съпътства голяма част от анкетираните, произтичат от характера на заболяването и очакващото прогресиране на усложненията, в контекста на възникналите медико – социалните проблеми.

Психосоциалните проблеми на пациентите с метаболитен синдром са в непосредствена връзка и с принадлежността им към дадена социална група. При провеждането на лечението и рехабилитацията на болния би следвало да се обръща не само внимание на клиничното му повлияване, а да се вземат в предвид психичните и социалните проблеми на страдащия, свързани с болестта.

Анализираните данни демонстрират ниска до липсваща социална адаптация, свързана с изявата на заболяването. Голяма част от изследваните /76,6%/ трудно са се приспособили към новия начин на живот, наложен от заболяването.

Особено внимание болните обръщат на адаптацията на жизненото пространство с функционалните връзки, съобразени с техните нужди.

При проведеното обстойно наблюдение на респондентите отбелязваме трудност при комуникацията. Възникват редица проблеми, отнасящи се до тяхната мотивираност за промяна в начина им на живот. Ето защо тези, които не възприемат напълно препоръките за здравна информираност, обучение, ограмотяване, или при които има значителни проблеми в изпълнението на тези препоръки, се налага причините за трудностите да се търсят не само във неефективно сътрудничество, но и в дълбоките корени на социално провокираната депресия.

Резултатите от анкетата налагат необходимостта от внедряване на нови ефективни модели за мотивация и активно участие на болния в лечението и рехабилитацията на метаболитния синдром, с оглед подобряване качеството на живот. Поемането на лична отговорност за здравето, мотивираност и активно участие в обучението за промяна в начина на живот и самоконтрол на заболяването са предпоставка за „задържане” еволюцията на усложненията и осигуряват по - добро качество на живота.

Поддържането на здравословен стил на живот включва разумно и балансирано хранене, съобразено с функционални нутриенти, оптимални физически и умствени действия, активен контрол на телесното тегло и поддържане на добро ниво на социални контакти. Съобразяването с тези препоръки изисква влагане и на финансови средства. За съжаление, малка част от болните с метаболитен синдром могат да направят такива разумни вложения. Естествено, това дава своето отражение с отрицателен знак върху социалния статут на тази група от населението.

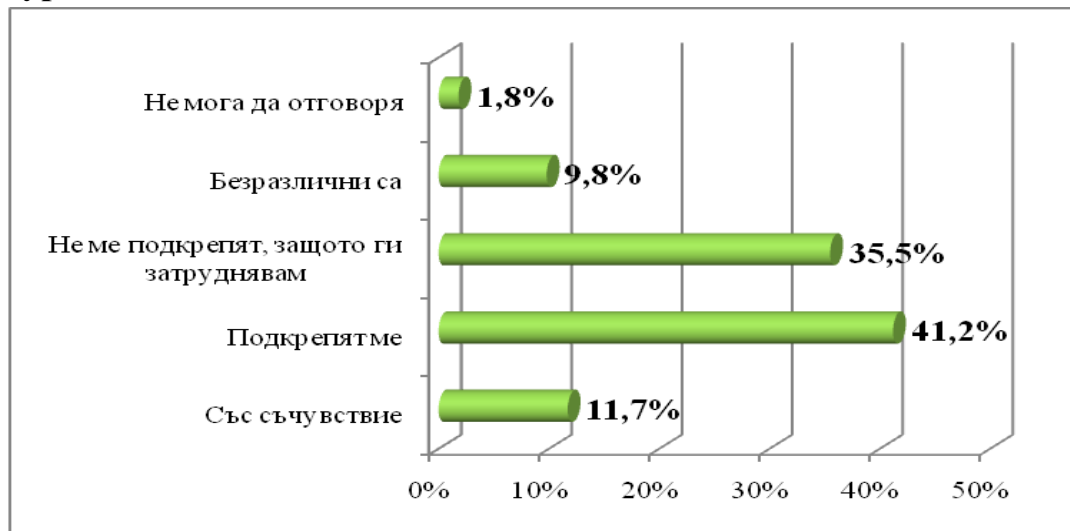
II. 4. РОЛЯ НА СЕМЕЙСТВОТО И ОБЩЕСТВОТО ЗА ОВЛАДЯВАНЕ НА МЕТАБОЛИТНИЯ СИНДРОМ

В процеса на проучването установихме и един друг много съществен проблем – болните с метаболитен синдром имат нужда от специални грижи и подкрепа за справяне с трудностите, поради проблемите, свързани с функционалността на жилището, финансовата нестабилност, жизнените потребности, специфични за различните възрасти.

Сплотеността е важен показател за социалните зависимости на семейството и израз на неговата идентичност, самостоятелност и възможност да се съхрани в неблагоприятни социални условия.

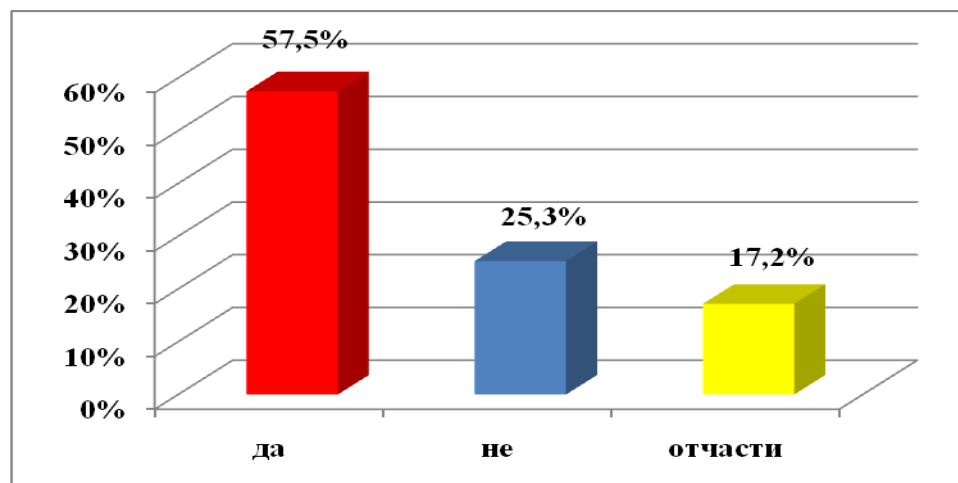
По-голяма част от анкетираните пациенти – 41,2% , получават нужните подкрепа и съчувствие от семейството си /Фигура 15/, въпреки че заболяването се е отразило на семейния им бюджет в различна степен според 74,7% от респондентите. /Фигура 16/.

Фигура 15. Отношение на семейството към заболяването на пациента



Не малка част – 35,5% от респондентите не получават подкрепа от семейството си, тъй като го затрудняват по различен начин в следствие на заболяването си.

Фигура 16. Влияние на заболяването върху семейния бюджет



Установихме, че метаболитния синдром засяга чувствително пациентите в икономическо отношение. Налага се отделяне на финансови

средства за поддържане на рационално диетично хранене и на лекарствени препарати за основното заболяване и усложненията му. При 74,7% от анкетираните лица заболяването затруднява семейния бюджет, като при 17,2% затрудненията са частични.

Друг проблем, който срещат пациентите с метаболитен синдром е осигуряването на лекарствени средства – при 8% от анкетираните. Като най-чести проблеми те посочват високите цени и липсата на необходимите им лекарства.

Пациентите с метаболитен синдром се нуждаят от подкрепа в процеса при справянето им с ежедневните нужди и страховете, породени от болестта.

Диагностицирането на заболяването е свързано с негативните ефекти, влияещи върху потенциала на човека да се реализира пълноценно, като равнопоставен член на обществото. Той се нуждае и трябва да получи подкрепа, която да повиши възможностите му за социална изява, трудова дейност и удовлетвореност от живота. Това от своя страна е в пряка зависимост и повлиява взаимоотношенията със семейство, колеги, общество.

Нашето изследване установи, че на работното място 52,1% от респондентите не са констатирани промяна в отношението на колегите към тях, докато останалите 47,9% са забелязали такава промяна в различна степен.

II. 5. НИВО НА ИНФОРМИРАНост И НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ

Обучението на пациенти метаболитен синдром е абсолютно необходим елемент в комплексния терапевтичен подход и социално поведение. Пациентите трябва да знаят как да контролират в ежедневието си това заболяване, за да могат нормално да живеят с него.

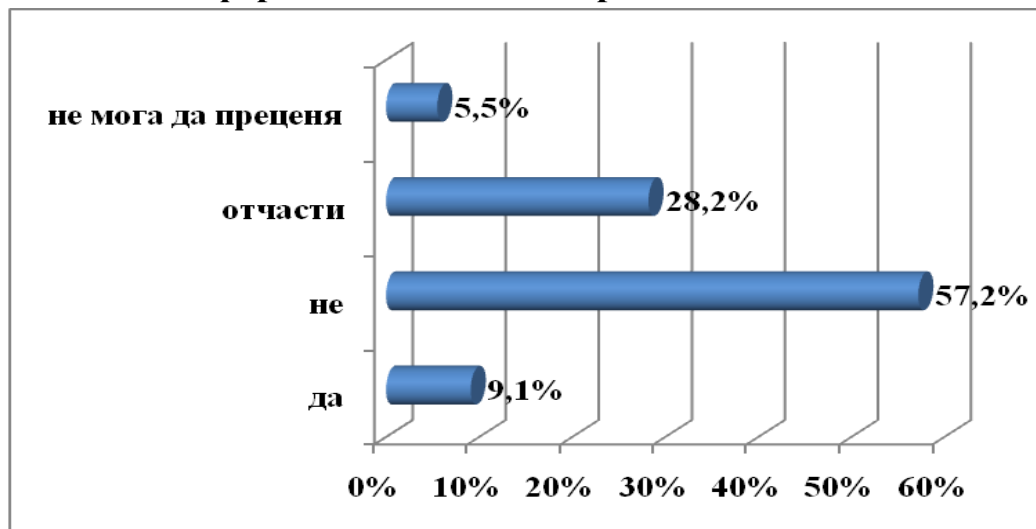
Нашето проучване установи, че по-голяма част от анкетираните – 73% нямат информация за съществуването на центрове за обучение на пациенти с метаболитен синдром. Тези данни колерират с отговора на въпроса „Посещавали ли сте курсове за обучение на пациенти с метаболитен

синдром?” - 77,9% /762 пациента/ не са преминали обучителни курсове за управляване на заболяването.

В България няма центрове за обучение на пациенти с метаболитен синдром, а отговорилите 27% за наличието на такива центрове вероятно са приели за такива обучението, което им е проведено относно начина на хранене при диагностицирането на захарен диабет, което е едно от усложненията при тези респонденти.

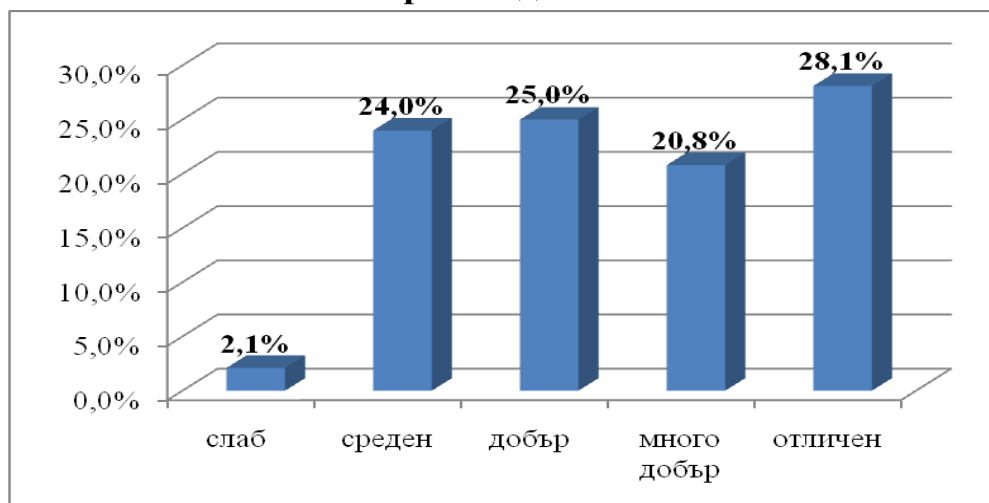
Обучението осигурява добро качество на живота и е основен фактор за предотвратяване на усложненията от метаболитния синдром /в рамките на вторична профилактика/. Ето защо, ние насочихме вниманието си и към анкетираните, посещавали курсове за обучение. Резултатите от анкетното проучване показват, че 57,2% от респондентите не са получили необходимата им информация за самоконтрол на заболяването, а 28,2% са получили тази информация отчасти /Фигура 17./.

Фигура 17. Относителен дял на респондентите получили необходимата им информация за самоконтрол на заболяването



Почти половината от анкетираните (48,9%) оценяват ефикасността от проведените курсове като много добра и отлична, което доказва необходимостта от организирането на такива курсове при пациентите с метаболитен синдром. /Фигура 18/.

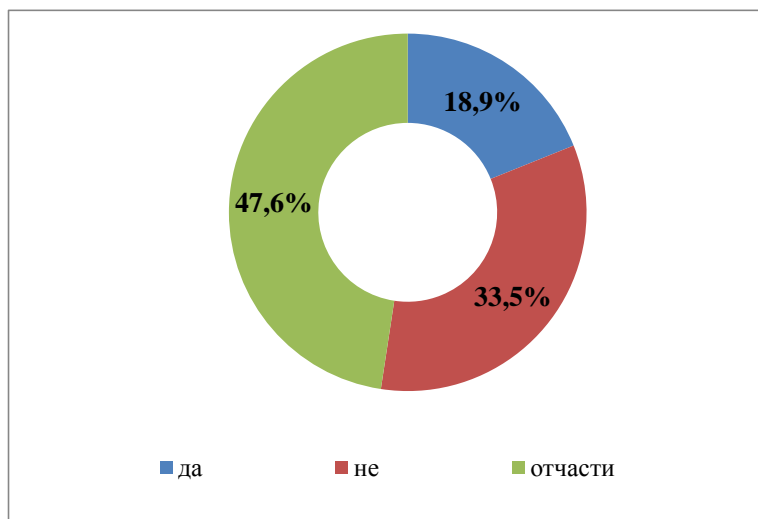
Фигура 18. Оценка на ефективността от преминалото обучение от респондентите



Обучението на болните с метаболитен синдром и техните семейства за справяне с болестта е важен момент и в социалното практическото поведение. Придобиването на нови знания и умения, свързани със заболяването, повишаване на здравната грамотност, изграждането на трайни навици, гарантиращи здравословен начин на живот, трябва да доведат до подобряване качеството на живот на болните и до един по-добър метаболитен статус, който е в основата на профилактиката на инвалидизиращите усложнения.

Нашето проучване потвърди положителната ролята на доброто сътрудничество между пациент, медицински и социални специалисти “в екип” за постигане на здравословен стил на живот при изследваните лица. Предлаганата информация от медицинските специалисти е подпомогнала в различна степен на 66,5% от анкетираните за изработване на здравословен стил на живот /Фигура 19./.

Фигура 19. Честота на разпределение на анкетираниите пациенти според получената информация от здравните специалисти за изработване на здравословен стил на живот



Ангажимент на личните лекари е да провеждат обучение на пациентите с метаболитен синдром, още при диагностициране на заболяването. В лечебния план при такива болни се налага специфично диетолечение, съгласувано с диетолог, физикална терапия, и консултации с редица други медицински специалисти при наличие на усложнения и съпътстващи заболявания.

Проведеното аткетно проучване установи, че 47,9% от респондентите имат регистрирани от специалист усложнения от метаболитния синдром, а 63,2% имат и други заболявания.

В голяма част от случаите, обучението от личния лекар се изразява в професионални напътствия и предоставяне на информационни материали. Личните лекари от първичната здравна мрежа нямат в работния си график регламентирано време за обучение на пациенти с метаболитен синдром и при всяка среща с болния, те трябва да и отделят време за неговото обучение.

Тези модели на обучение не са достатъчно ефективни, понякога информацията е поднесена недостатъчно, с липса на индивидуален подход.

Значение за успеха на провежданото обучение има подходящата комуникация с болния, активното сътрудничество между медицинския

специалист и обучавания, както и включването в процеса на обучение на близките, които ще подпомагат осъществяването на самоконтрола и в усилията за промяна в начина на живот. Изграждането на адекватен модел на справящо се поведение у болния е гаранция за благоприятно повлияване на диабета и забавяне на усложненията и инвалидизацията.

Контрол на рисковите фактори

Компонентите на метаболитния синдром са:

- дислипидемия;
- артериална хипертония;
- затлъстяване;
- хиперинсулинемия и инсулинова резистентност;
- отклонения в глюкозната хомеостаза (НГТ, повишена гликемия на гладно, захарен диабет тип 2);
- дефекти в хемореологията (повишен фибриноген), фибринолизата (повишена концентрация на PAI-1) и хронично възпаление (CRP).

Метаболитният синдром не винаги се наблюдава в пълния му вид. Изброените компоненти на метаболитния синдром представляват самостоятелни рискови фактори и водят до повишен риск за развитие на захарен диабет тип 2 (ЗД2) и ССЗ. Затова ранното откриване и управление на метаболитния синдром може да окаже влияние не само върху превенцията на захарния диабет, но и на сърдечно-съдовите заболявания.

Рисковите фактори, най-често разпознавани като ключови за поставянето на диагнозата МС, са атерогенната дислипидемия (повишени серумни нива на триглицеридите, повишен аполипопротеин В, нисък HDL холестерол и висок LDL холестерол), повишените стойности на артериалното кръвно налягане и повишената плазмена концентрация на глюкоза. В повечето случаи на МС се откриват централен тип затлъстяване и инсулинова резистентност.

В проведеното от нас анкетно проучване се опитахме да установим запознати ли са пациентите с необходимостта от контрол на нивото на мазнините в организма, честотата на този контрол, необходимостта от

измерване и проследяване на кръвното налягане и стойностите на кръвната захар.

Резултатите от проучването показват, че 36,9% от анкетираните следят нивата на мазнините в организма си посредством лабораторни изследвания, а 63,8% не са информирани за честотата на този контрол.

В таблица 10 и таблица 11 са представени резултатите от преведеното изследване показващи разпределението на респондентите според последните им изследвания на HDL-холестерол съответно при мъже и жени.

Таблица 10. Честота на разпределение на респондентите мъже според последните им лабораторни изследвания на HDL – холестерол

HDL- холестерол за мъже	брой анкетирани	относителен дял в %
HDL – холестерол под 1,0 mmol/l	294	81,7
HDL – холестерол над 1,0 mmol/l	66	18,3
Общо мъже	360	100,0

Таблица 11. Честота на разпределение на респондентите жени според последните им лабораторни изследвания на HDL – холестерол

HDL- холестерол за жени	брой анкетирани	относителен дял в %
HDL – холестерол под 1,3 mmol/l	372	60,2
HDL – холестерол над 1,3 mmol/l	246	39,8
Общо жени	618	100

Резултатите показват, че 81,7% от анкетираните мъже са с HDL-холестерол под 1,0 mmol/l, който е един от критериите за наличие на метаболитен синдром. При жените 60,2% от анкетираните са с HDL-холестерол под 1,3 mmol/l свидетелстващ за метаболитен синдром при тях.

При проследяване на последните резултати по отношение на глюкозата на гладно се установява, че 71,5% от респондентите са с глюкоза

на гладно над 5,6 mmol/l – две трети от анкетиранияте пациенти имат и този фактор включен в критериите за метаболитен синдром.

По отношение на триглицеридите резултатите от анкетното проучване показват, че 79,9% от респондентите са с триглицериди над 1,7 mmol/l, т.е. тези пациенти имат и този фактор включен в критериите за метаболитен синдром.

Друг критерии за оценка наличието на метаболитен синдром е наличието на високо кръвно налягане със стойности $\geq 135/85$ mmHg. В тази връзка попитахме пациентите колко е обичайното им кръвно налягане. Резултатите показват, че 72,9% от анкетиранияте са с АН $\geq 135/85$ mmHg, като веднъж седмично го измерват 37,5% от респондентите, а 34,7% го измерват само когато посещават личен лекар или специалист /Таблица 12/.

Таблица 12. Разпределение на респондентите според честотата на измерване на кръвното налягане

честота на измерване на АН	брой анкетирани	относителен дял в %
всеки ден	107	10,9
два пъти дневно	18	1,8
няколко пъти в седмицата	94	9,6
веднъж в седмицата	366	37,5
само когато посещавате личен лекар/специалист	339	34,7
не го измервате	54	5,5
Общо	978	100,0

Със следващия въпрос от анкетата установихме, че 24,8% от пациентите са обучени да измерват правилно кръвното си налягане, но три четвърти от анкетиранияте /75,2%/ не могат да го измерват правилно. Този резултат подчертава необходимостта от обучение на пациентите в необходимата предварителна подготовка преди измерването и метода на провеждане на изследването.

II. 6. МОДЕЛ НА АЛГОРИТЪМ ЗА САМОУПРАВЛЕНИЕ И САМОКОНТРОЛ НА МЕТАБОЛИТНИЯ СИНДРОМ ПРИ ЗАСЕГНАТИ ЛИЦА

Резултатите от проведеното проучване дават основание *да се предложи за практическо ползване следния алгоритъм за самоуправление и самоконтрол на МС при засегнати лица:*

ОПЛ да извършват медицински контрол с регулярен анализ и оценка на рисковите фактори на МС, в частност за:

- дислипидемия;
- артериална хипертония;
- затлъстяване;
- хиперинсулинемия и инсулинова резистентност;
- отклонения в глюкозната хомеостаза (НГТ, повишена гликемия на гладно, захарен диабет тип 2);
- дефекти в хемореологията (повишен фибриноген), фибринолизата (повишена концентрация на PAI-1) и хронично възпаление (CRP).

Метаболитният синдром не винаги се наблюдава в пълния му вид. Изброените компоненти на метаболитния синдром представляват самостоятелни рискови фактори и водят до повишен риск за развитие на захарен диабет тип 2 (ЗД2) и ССЗ. Затова ранното откриване и управление на метаболитния синдром може да окаже влияние не само върху превенцията на захарния диабет, но и на сърдечно-съдовите заболявания.

1) Самоуправлението и самоконтролът на рисковите фактори се отнася до:

- ✓ редукция на телесната маса – разработване на алгоритъм за насърчавани усилията на пациентите за достигане и поддържане на оптимално телесно тегло в дългосрочен план;
- ✓ мониторинг на физическата активност и насочване към подходящи спортни дейности, индивидуално в зависимост от специфичните потребности и възможности на отделните лица;
- ✓ подобряване на храненето чрез спазване на диетичен режим /разработен от специалисти диетолози/ с понижено съдържание на общите и наситените мастни киселини, на транс-мастните

киселини и оптимално съдържание на фибри. Включване на т.нар. „Функционални храни”;

✓ намаляване на разпространението на тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол.

2) Контрол на:

✓ Холестерол, HDL-холестерол и триглицериди;

✓ Кръвна захар;

✓ Кръвно налягане.

II. 7. МОДЕЛ НА ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА УСЛОЖНЕНИЯТА И ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ

Рисковите фактори, най-често разпознавани като ключови за поставянето на диагнозата МС, са атерогенната дислипидемия (повишени серумни нива на триглицеридите, повишен аполипопротеин В, нисък HDL холестерол и висок LDL холестерол), повишените стойности на артериалното кръвно налягане и повишената плазмена концентрация на глюкоза. В повечето случаи на МС се откриват централен тип затлъстяване и инсулинова резистентност.

Факторите, които влияят на артериалното налягане у здравите индивиди, могат да се разделят на две групи:

➤ Ендогенни - възраст, пол, раса, телесна маса, наследственост и др.

➤ Екзогенни: най-често това са фактори влияещи в кратковременни интервали - стрес, хранене, физическа активност, вибрации, шум, климатични условия, географски особености и т.н.

При екзогенните фактори е възможна промяна в околната среда или в стила на живот и точно тук са насочени усилията на медицинските специалисти и обществата за промяна и профилактично въздействие при високо рискови групи или сред цялото население.

Въз основа на резултатите от настоящото проучване стигаме до становището, че *програмата за превенция на усложненията от МС* и подобряване качеството на живот на тези пациенти трябва да се основава на:

- ✓ ранна диагноза и профилактика на метаболитния синдром;
- ✓ унифициране и подобрене на диагностиката;
- ✓ подобрене на грижите за пациентите с метаболитен синдром;
- ✓ изработване на стратегия за комплексен терапевтичен подход съобразен с възрастта на пациента, стила на живот, съществуващите усложнения и съпътстващи заболявания;
- ✓ определяне на минимум от изисквания за осигуряване на медицински грижи на пациенти с метаболитен синдром.
- ✓ Организиране на кампании за повишаване информираността на пациентите с метаболитен синдром относно възможностите за самоуправление на заболяването.
- ✓ Провеждане на периодични анонимни анкети сред пациентите с метаболитен синдром относно проучване на потребностите им от обучение в самоуправление и самоконтрол на заболяването.

ОБОБЩЕНИЕ

Все по-разрастващата се епидемия от затлъстяване и метаболитен синдром в световен мащаб е резултат от сложните взаимодействия между генетични фактори и фактори на околната среда, включително и начина на живот. Днес се смята, че метаболитния синдром има генетична основа, но негенетичните фактори са тези, които силно повлияват изявата на заболяването [Vliet-Ostapchouk et al, 2014].

По-доброто разбиране на генетичните фактори, оказващи влияние върху затлъстяването и метаболитния синдром, както и взаимодействието им с други фактори, като напр. такива, свързани с начина на живот, ще допринесе за по-доброто разбиране на причинно-следствените връзки между тях, както и за развитие на стратегии за превенция и лечение на метаболитния синдром.

Ключов въпрос в повлияването на метаболитния синдром е видът и качеството на храната, която трябва да присъства в менюто на тези пациенти. Нашето проучване установи, че 39,9% от анкетиранияте пациенти употребяват един път дневно месо и местни продукти, като веднъж седмично рибата присъства в менюто само на 10,7% от респондентите. Зърнени храни употребяват рядко 30,1% от анкетиранияте, а 13,5% не употребяват никога зърнени храни в менюто си. Тестени изделия широко застъпени в менюто на анкетиранияте - 32,1% ги употребяват няколко пъти дневно. Пресните плодове и зеленчуци употребяват веднъж дневно съответно 13,6% и 15,2% от анкетиранияте, като никога и рядко не консумират тези продукти съответно 16,7% и 40%. Зелените зеленчуци и салати присъстват ежедневно в менюто само на 26,6% на анкетиранияте пациенти с метаболитен синдром, а морковите и доматиите се консумират ежедневно от 20,6% от тях.

Голяма е консумацията на безалкохолни напитки – над 30% от респондентите ги употребяват веднъж и няколко пъти дневно, докато рядко или никога не употребяват фрешове съответно 25,2% и 5,5% от респондентите. Обезпокояващ е факта, че над 40% от респондентите употребяват един и няколко пъти дневно бира, вино и концентрати.

Най-много от анкетираните консумират бял хляб – 37,7%, които е необходимо да се ограничава и избягва при тези пациенти. Само 16,3% от респондентите използват зехтин, в който преобладават ценните мононенаситени мастни киселини.

Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че нормалното тегло е почти два пъти повече сред жените в сравнение с мъжете, 13,6% срещу 7,2%, $p=0,009$. Честотата на затлъстяването нараства значимо с напредване на възрастта, $p < 0,001$. Затлъстяването е значимо по-често в селата /68,8%/ срещу градовете /50,8%/ и солищата /45%/, $p=0,021$.

Съществува корелационна зависимост между въпросите касаещи получената информация от пациентите за самоконтрол на заболяването и изработването на здравословен стил на живот и въпросите свързани с честотата и контрола на рисковите фактори. Пациентите, които не са получили необходимата информация от специалистите не са запознати с необходимостта от контрол на нивото на мазнините в организма, честотата на този контрол, необходимостта от измерване и проследяване на кръвното налягане и стойностите на кръвната захар. Предлаганата информация от медицинските специалисти е недостатъчна за изработване на здравословен стил на живот, което налага необходимостта от целенасочено обучение на пациентите с метаболитен синдром за постигане на ефективна превенция на усложненията посредством самоуправление на заболяването.

ИЗВОДИ

На базата на резултатите и анализа от проведеното от нас проучване формулираме следните изводи:

1. Нашето задълбочено проучване върху **медико-социалните проблеми и поведенческите рискови фактори** при пациенти с метаболитен синдром заема конструктивно решение за приоритетни мерки и превантивни насоки, което е основен стожер за оптимизиране ефективността при **самоконтрола и самоуправлението на заболяването**.
2. Концепцията за мениджмънт на болестта ни послужи за **разработване на препоръчителен научно-обоснован алгоритъм за самоуправление и самоконтрол на заболяването** при пациенти с метаболитен синдром.
В стратегически аспект така **предлаганият комплексен подход за ефективна превенция на усложненията на МС** трябва да бъде съобразен с възрастта на пациента, стила на живот, съпътстващата коморбидност.
3. **Проучването на някои аспекти на качеството и стила на живот при пациентите с метаболитен синдром поставя много отговорни проблеми пред обществото – с висока медикосоциална и икономическа значимост. Това ни мотивира към изграждане на Програма за превенция на усложненията от МС, което** включва оптимизиране на поведенческите рискови фактори - подобряване стила на поведение и последваща социална интеграция.
4. Пациентите с МС, нерядко съпроводени с трайна инвалидизация са тясно обвързани с ефективния здравен мениджмънт, съобразен индивидуалния им стил на живот. Имплементирането на тези научни подходи ще доведат до вземане на стратегически решения за конкретни мерки и превантивни насоки с оглед ефективна превенция на усложненията и намаляване на заболяемостта и смъртността сред рисковия контингент от населението.
5. Научните анализи от нашето проучване доказват необходимостта от **повишаване здравната грамотност** на населението, обучение и

реобучение на болните с метаболитен синдром от *екип* профилирани специалисти в медицински и социален аспект.

6. В съвременното общество болните с МС се оказват не само потребители на здравни услуги, а и *активни участници* в сложния процес на здравно обслужване и мениджиране, като се използват всички потенциални възможности на финансови и морални капацитети.

7. Резултатите от анализирания психоемоционален статус при пациентите с метаболитен синдром показват промяна на самочувствието след диагностициране на метаболитния синдром при 69,4% от анкетираните лица, като голяма част от изследваните /76,6%/ трудно са се приспособили към новия начин на живот, наложен от заболяването. Това е една от основните причини за ранната социална дезадаптация на личността водещо до влошаване качеството на живот.
8. Информираността и обучението на пациентите с МС е крайно незадоволителна - само 1,8% от пациентите са информирани за метаболитния синдром като заболяване преди диагностицирането му, а най-голям дял от респондентите са получили информация за метаболитния синдром от ендокринолог /52,6%/, следвани от тези, които информирани от личния лекар /25,5%/ и от интернет /17%/.
9. Почти три четвърти /73%/ от анкетираните *нямат информация* за съществуването на центрове за обучение на пациенти с метаболитен синдром. Повечето /77,9%/ не са преминали обучителни курсове за управляване на заболяването, което е причина за незадоволителния контрол на МС, водещ до бързо прогресиране на болестта и развитие на вторичните усложнения.
10. Предлаганата информация от медицинските специалисти е подпомогнала само на 18,9% от анкетираните за изработване на здравословен стил на живот, а почти две трети от пациентите не са запознати с необходимостта от контрол на нивото на липидите в кръвта, честотата на този контрол, необходимостта от измерване и проследяване на кръвното налягане и стойностите на кръвната захар. Това доказва ключовата необходимост от мотивиране на болния за самоуправление.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Един от възникващите съвременни проблеми е изучаването на потребностите от социално-здравна и икономическа помощ на заболялите. Оптималният контрол и самоконтрол /селф-мениджмънт/ на метаболитния синдром може да намали тежестта на свързаните с него хронични усложнения. Основни приоритети на превенцията на усложненията при пациентите с МС е редуцирането на честота на изява на сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет тип 2, АХ и др. соц.значими болести , водещи до повишена смъртност.

Нашите убедителни данни ни дават основание да считаме, че метаболитния синдром е хронично заболяване,което поставя сериозни социално- медицински предизвикателства пред редица институции. Болните с МС са основна рискова група от населението, чийто брой непрекъснато нараства, като особена тревога предизвиква фактът, че метаболитният синдром стремително се подмладява.

Насочаването на вниманието върху обучението, профилактиката, превенцията и самоконтрола на метаболитния синдром, ще доведе до съхраняване на благата на обществото, в здравен и икономически аспект.

Акцентирането върху протективните регулируеми фактори включващи използване на т.н категория *Функционални храни*, достатъчна физическа активност, психо-емоционален баланс води до ефективна промяна на начина на живот.

Ефективността на лечението зависи от променения начин на живот и селф-мениджмънта на метаболитния синдром.

Установените от нас данни категорично показват, че тези болни са с висок здравен риск - наличната патология е прогресивна, вследствие физически и/или психологически ограничения или смущения.

Ефективният контрол, мениджмънта на болеста, превенцията на усложненията, протичането на болестта и нейното лечение може да бъде постигнат, когато отделният здрав или болен човек стане активен участник по съответните етапи на този процес, придобивайки знания и умения сам да се грижи за своето здраве. Селфмениджмънт (self-management) изисква активно обучение и реобучение на пациента, със създаване на необходимите

навици и познания за динамичен контрол на превенцията на болестта чрез самостоятелни корекции или чрез търсене на активно съдействие от необходимия екип.

Особена роля отдаваме на дейността на ОПЛ с оглед тяхната основна водеща роля по отношение ефективната превантивна активност за координация, контрол и самоконтрол на страдащите от МС! Това особено рефлектира върху организацията и качеството на медицинската помощ и общото състояние на здравната ни система. Последното определя и новият етап в промоцията на здраве – активно участие и сътрудничество на различни специалисти и обществени институции извън системата на здравеопазване в различни здравно-образователни инициативи с оглед повишаването на здравната култура и поведение на населението.

В насока ефективен контрол на усложненията на метаболитния синдром обръщаме внимание на **здравните грижи** включващи промоция на здравето, първична и вторична профилактика, скрининг на рисковите фактори и **достъпна медицинска и болнична помощ** за организиране на всички възможни мероприятия от своевременно лечение. Ранната диагностика и отлагане във времето на късните усложнения и/или вметване на съпътстващи хронични болести е със ключова социална значимост.

Една нова генералната промяна в здравеопазната система е преминаването от монополистичен държавен тип на финансиране и управление към плуралистична здравна политика, основана на здравноосигурителен модел. Според настоящото здравно законодателство главен монополистичен фактор и регулатор на финансиране на медицински услуги и обслужване става чрез задължителното здравно осигуряване от Националната здравно-осигурителна каса. Липсата на лоялна конкурентност за осигуряване на пациентска **достъпност** поражда сериозно предизвикателство пред здравните мениджъри за ефективно управление на процесите **на организационни промени в здравеопазването в насока демонополизация, децентрализация и демократизация (25, 26).**

Същността на този стратегически превантивен подход за овладяване на пандемията от неинфекциозни, хронични заболявания с изключителна социална значимост се обуславя от модерния, комплексен мениджмънт. Той

определя интегриращите научно обосновани доказателства и специфични интервенции в областта на Промоцията на здравето, профилактиката, диагностиката, рехабилитацията и ресоциализацията на хората, страдащи и преди всичко социално /белязани/ от хронично-дегенеративните усложнения на обменно-метаболитната патология и социални последици, необратимата, трайна инвалидизация и влошен стил на живот, самочувствие и поведение във всички сфери на нашето съвременно общество.

Данните от нашето научно проучване съвпадат с други съвременни национални и световните измерения , но с оригинална концептуална конкретност и богатство на анализите с последващ израз на собствени оригинални идеи които категорично доказват значимостта и актуалността на дискутираната тематика.

Потвърждаваме мултифакторната генеза за развитие на метаболитния синдром и придружаващата го друга патология. Този проблем има значение не само за медицинската практика и наука, но и огромно социално - икономическо значение, поради високата цена, която плаща обществото за общите грижи.

Това проучване може да послужи за избор на методи и средства за по-голяма здравна информираност на населението по този социално-значим проблем, както и за реалното разработване и осъществяване на ***програмата за превенция на усложненията от МС.***

ПРЕПОРЪКИ

На базата на проведените задълбочени проучвания си позволим да дадем следните препоръки за профилактика и промоция на това крупно социално-значимо заболяване:

КЪМ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Да се създадат центрове за обучение на пациенти с метаболитен синдром, в които да работят екипи от специалисти /ендокринолог, диетолог, кардиолог, психолог, физиотерапевт и др./, чиято основна задача е да подготвят пациентите да могат сами да контролират и управляват заболяването си с цел ефективна превенция на усложненията. Обучението да се фокусира в няколко основни насоки:

1) Мениджмънт на рисковите фактори:

- ✓ редукция на телесната маса при необходимост;
- ✓ оптимизиране на физическата активност и насочване към подходящи спортни дейности, индивидуално в зависимост от специфичните потребности и възможности на отделните лица;
- ✓ подобряване на храненето чрез спазване на диетичен режим /разработен от специалисти диетолози/ с понижено съдържание на общите и наситените мастни киселини, на транс-мастните киселини, оптимално съдържание на фибри, включване на т.нар. „функционални храни”;
- ✓ намаляване на разпространението на тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол.

2) Контрола на показателите:

- ✓ Холестерол, HDL-холестерол и триглицериди;
- ✓ Кръвна захар;
- ✓ Кръвно налягане.

КЪМ ФОЗ, МУ:

Да повишат здравната информираност на населението от всички възрастови групи за усложненията от това социално значимо заболяване

посредством провеждане на семинари, кръгли маси и участие на експерти от ФОЗ в медийни изяви на здравна тематика.

КЪМ РЗИ, РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, здравни кабинети в детските градини и училищата, болници, и др.:

Да извършват профилактични дейности, да провеждат кампании по промоция на здравето, превенция на метаболитен синдром и усложненията от него.

КЪМ БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ДИАБЕТ

1. Да организира на кампании за повишаване информираността на пациентите с метаболитен синдром относно възможностите за самоуправление на заболяването.
2. Да провежда на периодични анонимни анкети сред пациентите с метаболитен синдром относно проучване на потребностите им от обучение в самоуправление и самоконтрол на заболяването.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

По наша преценка, настоящият дисертационен труд има следните научно-приложни приноси:

✓ **Методични приноси:**

- Разработен е препоръчителен научно-обобщен алгоритъм за самоуправление и самоконтрол на заболяването при пациенти с метаболитен синдром, насочен към съхраняване на човешкия потенциал и намаляване на материалните разходи за лечение.

✓ **Научно-приложни приноси:**

- Изградена и предоставена за внедряване в практиката е програма за превенция на усложненията от МС, включваща оптимизиране на поведенческите рискови фактори, целяща - подобряване качеството на живот и социалната реализация на засегнатите лица.

✓ **Научно-теоретични приноси с оригинален характер:**

- За първи път са проучени комплексно, анализирани и експертно оценени социално-медицинските проблеми при пациентите с метаболитен синдром.
- Оценено е влиянието на поведенческите рискови фактори за развитието на МС, а също - психоемоционалното състояние на пациентите с метаболитен синдром.
- Доказана е необходимостта от обучение на пациентите в самоуправление и самоконтрол на заболяването, като са посочени основните топици на това обучение и нуждата от изграждането на специализирани центрове за обучение на пациенти с метаболитен синдром от интердисциплинарен екип.

СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Трайковска А., С. Гериловска. Промени на начина на живот при пациенти с метаболитен синдром. XXXV-та научно-технологична сесия ИНГА,С.,2015,с.190-195
2. Проданова Я., А. Трайковска, Т. Димитров. Физическа активност и здравословен начин на живот – мотивация, потребности и интереси /анализ на анкета/. XXXVI-та научно-технологична сесия ИНГА,С.,2015,с.58-63
3. Трайковска А., Т. Димитров, А. Трендафилова. Взаимоотношенията лекар-пациент в здравновъзпитателния процес, Социална медицина, С., 2015, бр.4, с. 29
4. Трайковска Ал.,Димитров,Т.,Иванов, Е. Здоровоe питание как первый шаг в профилактике метаболического синдрома., Сборник научных статей VII Международной научно-практической интернет-конференции 29 февраля – 5 марта 2016г., г. Чита, стр. 418