

НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, СЧИТАЮЩИЙ СЕБЯ ЗДОРОВЫМ

© И.Н. Матькова¹, И.А. Крылова², К.Б. Мукенова³

Медико-санитарная часть №2, Самара, Российская Федерация (1)

Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация (2)

Красноярская центральная районная больница, с. Молгачи, Самарская область,
Российская Федерация (3)

По прогнозам ВОЗ 60% населения мира (3,3 миллиарда человек) к 2030 году могут иметь избыточный вес (2,2 миллиарда человек) и ожирение (1,1 миллиарда человек). Повышенная масса тела и атерогенная дислипидемия являются независимыми факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, которые, в свою очередь, приводят к преждевременной смертности трудоспособного населения. Тактика ведения пациентов с повышенной массой тела предусматривает необходимость комплексного изменения стиля жизни и требует от них последовательных и продолжительных усилий. Учитывая новейшие данные о вкладе абдоминального ожирения, дислипидемии, жирового гепатоза в риски сердечно-сосудистых заболеваний, таким пациентам показано наиболее раннее лечебно-профилактическое амбулаторное вмешательство. Успех лечения зависит от степени мотивации, уровня комплаентности пациента и регулярного контроля на протяжении всей жизни. Однако, когда пациент считает себя здоровым, он надеется решить возникшие проблемы быстро и без особого труда, что часто недостижимо по объективным причинам. В этом случае фундаментальная установка пациента представления о себе, своем здоровье и своем месте в мире может иметь решающее значение в успешности лечения. В статье описан типичный клинический случай наличия у больного избыточной массы тела и других факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на стадии ранних клинических проявлений, связанных с повышенными рисками возникновения множественной сочетанной патологии. Но, считая себя вполне здоровым, а первые клинические проявления несущественными, пациент сталкивается с необходимостью регулярного медицинского мониторинга и комплексного пожизненного вмешательства, лишь частично выполняя рекомендации врача, в итоге уходит от решения проблем. Остановившись на патерналистской или инженерной модели взаимоотношений с врачом, он существенно ухудшает эффективность наиболее ранней борьбы с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. Анализируя представленный клинический случай, можно привлечь внимание специалистов к необходимости рационализации диагностических и лечебных программ в реальной амбулаторной практике.

Ключевые слова: *повышение массы тела; дислипидемия; амбулаторный пациент; комплаенс.*

A PATIENT WITH INCREASED BODY WEIGHT WHO CONSIDERS HIMSELF HEALTHY, ON OUTPATIENT VISIT

I.N. Mat'kova¹, I.A. Krylova², K.B. Mukenova³

Medical Sanitary Unit №2, Samara, Russian Federation (1)

Samara State Medical University, Samara, Russian Federation (2)

Krasnoyarsk Central District Hospital, Molgachi, Samara Region, Russian Federation (3)

According to WHO forecasts, 60% of the world's population (3.3 billion people) may be overweight (2.2 billion people) and obese (1.1 billion people) by 2030. Increased body weight and atherogenic dyslipidemia are independent risk factors for chronic non-infectious diseases, which, in turn, lead to premature mortality of the working population. Management of patients with increased body weight requires a complex change in their lifestyle and their consistent and sustained efforts. Taking into account the latest data on the contribution of abdominal obesity, dyslipidemia, fatty hepatosis to the risks for development of cardiovascular diseases, these patients are indicated the earliest therapeutic and preventive outpatient intervention. The success of treatment depends on the degree of motivation, the level of compliance of the patient and regular control throughout life. However, when a patient considers himself healthy, he hopes to solve the arising problems quickly and easily, which is often impossible for objective reasons. In this case, the fundamental attitude of the patient may be crucial in the success of treatment. In the article, a typical clinical case of overweight and of other risk factors for chronic non-infectious diseases at the stage of early clinical manifestations associated with increased risks of multiple comorbidities, is described. But the patient, considering himself quite healthy and the first clinical manifestations insignificant, faced with the necessity of regular medical monitoring and complex life-long intervention, partially follows doctor's recommendations and eventually is shying away from solving problems. By focusing on a paternalistic or engineering model of relationships with the doctor, the patient significantly reduces the effectiveness of the earliest control of risk factors for chronic non-infectious diseases. Analyzing the presented clinical case, it is possible to draw attention of specialists to the necessity of rationalization of diagnostic and treatment programs in real outpatient practice.

Keywords: *weight gain; dyslipidemia; outpatient; compliance.*

В настоящее время 62% россиян имеет избыточный вес, при этом 40% – на стадии предожирения, что сказывается не только на качестве, но и на продолжительности жизни этих людей. К 2030 году 60% населения мира (3,3 миллиарда человек) могут иметь избыточный вес (2,2 миллиарда человек) и ожирение (1,1 миллиарда человек) [1], что может повысить частоту возникновения ассоциированных с дислипидемией хронических неинфекционных заболеваний. При этом ключевую роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений углеводного

обмена играет абдоминальное ожирение [2,3]. Факт, вселяющий некий оптимизм в указанную проблему, – то, что избыточный вес является модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых катастроф, устраняя который можно снизить атерогенный потенциал липидного спектра. Однако, пациент с избыточным весом не имеет активных жалоб и, считая себя здоровым, даже обладая достаточной информацией о рисках для здоровья, связанных с избыточным весом, имеет низкую мотивацию для взаимодействия с врачом и выполнения его рекомендаций.

С письменного согласия пациента на исследование и лечение и его разрешения на публикацию информации о состоянии его здоровья мы приводим разбор его клинической ситуации в качестве примера типичного амбулаторного пациента с избыточным весом и наличием других факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, но считающего себя здоровым и не выполняющего рекомендаций врача.

Клинический случай

Пациент К., 47 лет, не имеет жалоб, серьезно влияющих на его качество жизни, в связи с чем не видит повода для обращения к врачу более 3 месяцев. Проведен профилактический осмотр пациента по инициативе врача общей практики. Активно выявлены жалобы на снижение работоспособности, повышенную утомляемость; периодическое снижение аппетита и ощущение дискомфорта после еды; тяжесть в правом подреберье и иногда неустойчивый стул типа 6-7 до 3 раз в сутки после приема жирной и жареной пищи, которые стал замечать в течение последних 5-7 лет.

Из анамнеза заболевания известно, что с 38-39 лет пациент при росте 172 см стал весить больше 80 кг. В настоящее время он связывает повышение массы тела с офисным характером работы – администратор IT-отдела небольшого предприятия (работа за компьютером; высокая интенсивность умственного труда; обед и ужин в ресторанах быстрого питания с употреблением жирных продуктов вследствие недостатка времени и возможности для организации полноценного рациона питания) и улучшением социально-экономического статуса (приобрел автомобиль; с его слов стал принимать алкогольные напитки средней крепости на корпоративных мероприятиях и в выходные дни «не больше, чем другие, по 200-400 мл» с целью снижения высокой стрессовой нагрузки). Со слов родных, принимает алкоголь ежедневно вечером: напитки средней крепости не меньше 400 мл, дополнительно употребляя крепленые напитки от 50 до 100 мл в сутки. Результат по опроснику AUDIT 9 баллов.

Примечание: Гепатотоксичными дозами алкоголя для мужчин в Российских клинических рекомендациях [3,4] приняты дозы в объеме 40-80 мг/сут в пересчете на чистый этанол (т.е. для напитков средней крепости это составляет 400-800 мл); в международных клинических рекомендациях [5]- более 3 стандартных доз (10 г) чистого этанола в сутки (т.е. для напитков средней крепости это составляет более 300 мл).

Результат по опроснику AUDIT, от 8 до 13 баллов у мужчин говорит о вероятном злоупотреблении алкоголем. Употребление алкоголя с целью снижения высокой стрессовой нагрузки определено как свидетельство наличия неврастенических черт характера.

Из анамнеза жизни известно, что паттерн обильных приемов пищи с продуктами, содержащими большое количество жиров, сформирован еще в детстве в ядерной семье. Других вредных привычек не имеет. Профессиональные обязанности выполняет с энтузиазмом, в том числе в нерабочее время с нарушением режима отдыха и сна, что свидетельствует об эргопатических чертах характера. Женат вторым браком, от первого брака имеет сына 15 лет. Наследственность по сердечно-сосудистым и эндокринным заболеваниям неотягощена.

При объективном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. Периферических отеков нет. Единичные алкогольные стигмы: гинекомастия, телеангиэктазии (сосудистые звездочки) на крыльях носа. Другие алкогольные стигмы (расширение сосудов носа и склер, увеличение околоушных желез, атрофия мышц плечевого пояса, контрактура Дюпюитрена, периферические нейропатии) не выявлены.

Рост 172 см, вес 87 кг. Индекс массы тела (ИМТ) = 29,4 кг/м² (что в соответствии с Классификацией ВОЗ соответствует избыточной массе тела, повышающей риск сопутствующих заболеваний). Окружность талии (ОТ) 106 см (в соответствии с критериями Всемирной

гастроэнтерологической организации, 2009 ОТ больше 102 см соответствует высокому риску), обхват бедер (ОБ) 112 см, соотношение ОТ/ОБ = 0,95 (в соответствии с критериями Национальной образовательной программы по холестерину, США, результат выше 0,95 оценивается как абдоминальное ожирение).

Примечание: ОТ измерялась по средней линии между нижним краем реберной дуги и гребнем подвздошной кости, при этом пациент находился в вертикальном положении со скрещенными на груди руками. Сантиметровая лента плотно облегалась тело, не перетягивая его. Измерение проводилось в конце обычного выдоха дважды, взято среднее значение, разница между измерениями была не больше 1 см. Полученные показатели верифицированы как антропометрические маркеры абдоминального типа ожирения.

Около трети лиц, злоупотребляющих алкоголем, имеют избыток массы тела, что обусловлено повышением аппетита при стимуляции кислотопродукции алкоголем, снижением контроля за рационом питания и высокоэнергетической ценностью алкоголя (1 г этанола = 7 ккал).

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, артериальное давление 120/90 мм рт. ст., ЧСС 76 уд./мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя, безболезненный при пальпации, печень выступает на 1 см от края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии, край закруглен, поверхность гладкая, эластической консистенции. Болезненности при пальпации в точке желчного пузыря нет. При перкуссии определены размеры печени по Курлову: 11 см x 8 см x 7 см. Со стороны мочевыделительной и эндокринной систем патологии не обнаружено.

Лабораторные исследования. В общем анализе крови и мочи изменений не обнаружено.

При биохимическом исследовании крови выявлены: повышение уровня общего холестерина – 5,8 ммоль/л, уровень

ЛПНП 2,72 ммоль/л, ЛПВП 1,21 ммоль/л (результат определен как дислипидемия); незначительное повышение ЩФ 180 ед/л, общий билирубин 28 мкмоль/л (признаки холестаза); сывороточные трансаминазы – АлАТ 38 ед/л, АсАТ 57 ед/л, коэффициент де Ритиса – соотношение АсАТ/АлАТ=1,5; ГГТП 102 МЕ/л (признаки токсического поражения печени); глюкоза 9,5 ммоль/л; мочевая кислота 1,2 ммоль/л; креатинин 325 мкмоль/л (признаки злоупотребления алкоголем). Благодаря активному взаимодействию пациента с врачом проведены исследования: HCVAb и HBSAg не обнаружены (исключены вирусные гепатиты); аутоиммунный скрининг отрицателен (исключены аутоиммунные заболевания печени); исключены эндокринные причины ожирения, гипогонадизм.

С высокой степенью вероятности повышение АсАТ, ГГТП у пациента с повышенной массой тела указывает на наличие жировой дистрофии печени; учитывая алкогольный анамнез, вероятно, токсического (алкогольного) генеза.

Дополнительные исследования. Ультразвуковое исследование гепатобилиарной зоны: правая доля – косой внутренний размер 148 мм, толщина 120 мм; левая доля печени – косой внутренний размер 91 мм, толщина 52 мм (увеличение печени); контур ровный, экзогенность ткани печени повышена; очаговой патологии нет; желчевыводящие пути без особенностей. Непрямая эластография печени (Fibroscan): отсутствие фиброзных изменений в печени, плотность 5,7 кПа по шкале Метавир.

На основании жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, результатов лабораторных и дополнительных исследований верифицирован клинический диагноз:

Жировая дистрофия печени смешанного генеза с преобладанием токсических (алкогольного) факторов; код в МКБ-10 К.70.0. Алиментарно-конституциональное ожирение I степени, абдоминальный вариант. ИМТ=29,4 кг/м²; код в МКБ-10 E.66.0. Дислипидемия; код в МКБ-10 E.78.

Цели лечения. Остановка прогрессирования стеатоза печени; предупреждение развития стеатогепатита. Снижение массы тела путем нормализации рациона питания и физических нагрузок до 1 кг в неделю (в целом: потеря веса до 10%, т.е. до 8 кг веса за 6-12 месяцев).

Тактика лечения. Учитывая преобладание эргопатических черт характера, социальный статус пациента и выраженную его готовность к сотрудничеству с врачом выбрана коллегиальная модель взаимоотношений с пациентом.

Общие мероприятия. Так как основным фактором развития токсического (алкогольного) стеатоза печени является употребление повышенных доз алкоголя, пациенту поставлена главная задача – отказ от употребления алкоголя в токсических дозах. Он проинформирован о том, что злоупотребление алкоголем сопряжено с риском развития более 200 заболеваний, в том числе цирроза печени и злокачественных опухолей, информация подкреплена иллюстрированными материалами. Достигнуто согласие по достижению цели.

Абстиненция – одна из основных терапевтических мер при любой форме и стадии алкогольной болезни печени для улучшения жизненного прогноза пациента (риск развития фиброза и цирроза печени, портальной гипертензии, гепатоцеллюлярной карциномы и рака других локализаций). При полном отказе от приема алкоголя возможна нормализация гистологической картины ткани печени. При невозможности полного отказа от приема алкоголя уменьшение его дозы также несет в себе положительный потенциал.

При данном алкогольном анамнезе (невысокая толерантность к алкоголю, слабая выраженность алкоголь-ассоциированных синдромов, социальный статус), эргопатические черты характера позволяют надеяться на успех в реализации указанной цели.

Режим. Наличие избыточной массы тела и, в особенности, абдоминального ожирения обязывает к коррекции объема и

качества физической нагрузки с применением аэробных физических упражнений не менее 3-5 раз в неделю, продолжительностью по 30 минут; увеличением количества шагов до 10 000 в день. Представлены иллюстрированные информационные материалы. Достигнуто информированное согласие по постепенному достижению цели.

Учитывая отсутствие сформированного стереотипа занятий физической активностью и наличие неврастенических черт характера, достижение немедленного успеха по цели вызывает сомнения и, вероятно, потребует длительного мониторинга с регулярным аргументированным подкреплением мотивации.

Пациент проинформирован о взаимосвязи жировой дистрофии печени с повышением сердечно-сосудистых рисков. В связи с обнаруженными показателями артериального давления ему предоставлены иллюстрированные обучающие материалы по проведению мониторинга его уровня в домашних условиях. Достигнуто согласие в фиксации результатов мониторинга в дневнике пациента.

Диетотерапия. Пациент проинформирован о принципах рационального питания, на руки дан план приблизительного меню на неделю при наличии избыточной массы тела и жирового гепатоза. Определены основные цели в нормализации питания: калорийность рациона не менее 2000 ккал/сут, белки 105-130 г/сут (1,2-1,5 г/кг массы тела), жиры 70-140 г/сут (ограничение жиров до 25-30% от общей энергетической ценности пищи), углеводы 280-325 г/сут, малыми порциями до 5-6 приемов в день. Рекомендовано ограничить потребление животных жиров (в т.ч. сливочного масла, твердых сортов маргарина) и продуктов с высоким содержанием холестерина (субпродуктов, икры, яичного желтка, сырокопченых колбас, жирных сортов мяса). Исключить газированные напитки, фаст-фуд, продукты, приготовленные способом жарки и фритюра. Отдать предпочтение потреблению: продуктов с преобладанием полиненасыщенных жирных

кислот (растительное масло, морепродукты, рыба, птица, маслины, орехи с учетом энергетической потребности). Получено частичное согласие по достижению цели.

Учитывая особенности условий труда пациента, отсутствие привычки и неумение пациента готовить пищу, частичное согласие на достижение цели, достижение успеха по цели вызывает сомнение и, вероятно, потребует длительного медицинского сопровождения.

Медикаментозное лечение. Восполнение алиментарной недостаточности: комбинированный поливитаминный препарат (холекальциферол 150 МЕ, альфа-токоферола ацетат 5 мг, кальция аскорбат 37,5 мг, пиридоксина гидрохлорид 0,75 мг, тиамина гидрохлорид 2,5 мг, никотинамид 12,5 мг, цианокобаламин 1,5 мкг, рибофлавин 5-фосфат натрия 2,5 мг, пантотенат кальция 2,5 мг, фолиевая кислота 62,5 мкг, биотин 25 мкг) по 1 табл. 2 раза в сутки 30 дней.

У подавляющего большинства пациентов, злоупотребляющих алкоголем, выявляются алиментарные нарушения: выраженная белковая и поливитаминная недостаточность, в особенности дефицит тиамина, фолиевой кислоты, пиридоксина, цинка, ретинола и холекальциферола.

Восполнение дефицита метионина: адеметионин 400 мг/сут 2 раза в день 2 месяца.

Метионин повышает скорость метаболизма, стимулирует выработку соматотропина, что способствует снижению веса у взрослых при выполнении регулярных физических упражнений. Метионин выводит продукты метаболизма этилового спирта, снижая проявления алкогольной интоксикации и увеличивая период абстиненции.

Купирование синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 500 мг 1 раз в сутки 2 месяца.

Кроме основных (литолитический и антихолестатический) эффектов, доказано наличие плейотропных эффектов применения урсодезоксихолевой кислоты для коморбидного пациента [6].

Пациент проинформирован о механизмах действия, показаниях и противопоказаниях применения медикаментозных препаратов. Получено информированное согласие на прием препаратов.

Мониторинг ситуации через 2 недели после начала лечения

Соматических жалоб нет. Пациент старается придерживаться абстиненции. Однако, традиции корпорации предполагают офисные и праздничные мероприятия с употреблением алкогольных напитков. Удалось снизить их прием до 300-400 мл/сут. Результат по опроснику AUDIT 7 баллов. Активно выявлены жалобы на неустойчивый стул после приема алкоголя. Медикаментозная терапия в полном объеме. Предъявляет жалобы на ухудшение качества жизни в связи с внедряемыми радикальными переменами в повседневную жизнь: характер работы предполагает интенсивную работу в нерабочее время, в том числе иногда приходится работать ночью, что ограничивает возможности повышения физических нагрузок. Ведет дневник артериального давления: показатели не превышают уровни 120 и 87 мм рт.ст., ЧСС не выше 80 уд./мин. Обед и ужин – в ресторанах быстрого питания. Удалось несколько изменить рацион в пользу употребления рекомендованных продуктов. Вес 85 кг. ИМТ = 28,7 кг/м². ОТ 104 см, ОБ 111 см, соотношение ОТ/ОБ = 0,94. Артериальное давление 116 и 82 мм рт.ст. Другие клинические показатели прежние. Повторные лабораторные исследования: общий холестерин 3,4 ммоль/л, общий билирубин 12 мкмоль/л; сывороточные трансаминазы – АлАТ 38 ед/л, АсАТ 52 ед/л; коэффициент де Ритиса – соотношение АсАТ/АлАТ=1,37; ГГТП 98 МЕ/л; глюкоза 4,6 ммоль/л; мочевая кислота 0,46 ммоль/л; креатинин 110 мкмоль/л (табл. 1). Дополнительные исследования не проводились.

Получен клинический ответ: снижение веса на 2 кг, уменьшение ОТ на 2 см, улучшение биохимических показателей крови.

Таблица 1

*Результаты лабораторных исследований пациента
в начале лечения и через 2 недели после начала лечения*

Показатель, единица измерения	В начале лечения	Через 2 недели после начала лечения	Физиологическая норма у мужчин 40-50 лет
Общий холестерин, ммоль/л	5,8	3,4	3,0-5,2
ЛПНП, ммоль/л	2,72	2,3	2,2-5,3
ЛПВП, ммоль/л	1,21	0,9	0,9-1,9
ЩФ, ед/л	180	128	20-130
Общий билирубин, мкмоль/л	28	12	3,0-20,5
АлАТ, ед/л	38	38	10-68
АсАТ, ед/л	57	52	10-45
коэффициент де Ритиса	1,5	1,37	1,3-1,4
ГГТП, МЕ/л	102	98	11-50
Глюкоза, ммоль/л	9,5	4,6	3,0-5,5
Мочевая кислота, ммоль/л	1,2	0,46	0,24-0,5
Креатинин, мкмоль/л	325	110	44-115

Проведена консультация, при которой вновь актуализированы цели лечения с помощью усиления мотивации стремления (желание пациента продуктивно работать с целью карьерных достижений и повышения основного дохода; желание сделать все возможное для обеспечения сына и новой семьи). Достигнуто согласие в отношении продолжения комплексного лечения.

Мониторинг ситуации через 3 месяца после окончательного визита

Самостоятельно на прием не явился. Активно приглашен врачом общей практики. Жалоб нет. Абстиненции не придерживается. Режим труда и отдыха нарушен. Несмотря на то, что продолжает медикаментозную терапию, приверженность к лечению крайне низкая: регулярно отслеживать вес, следить за питанием, уделять внимание физическим нагрузкам, отказаться от алкоголя и восстановить ночной сон не удается. Пациент считает себя здоровым, поэтому не видит смысла в объеме оздоравливающих мероприятий, включающих в себя регулярное посещение врача, скрининговые инвазивные методы обследования, дополнительные исследования (в том числе по причине высокой стоимости услуг, требующих оплаты за свой счет) и регулярное медикаментозное лечение. В связи с попыткой нор-

мализации стиля жизни практически выпал из своего социального окружения, устал считать себя больным и неуспешным, ведь для выполнения всех рекомендаций необходимо сменить работу и снизить притязания на большие доходы и карьерные достижения. Проведено совместное обсуждение поэтапного решения проблемы, предложено активное сопровождение врачом в процессе адаптации к новому образу жизни, совместно распределены зоны ответственности за здоровье пациента. Врач продемонстрировал одобрение усилий пациента по достижению целей, описал преимущества активной здоровой жизни (возможность чувствовать себя здоровым, заниматься хобби, длительно и активно трудиться для получения адекватного дохода и карьерных достижений), которая может быть достигнута при выполнении рекомендаций. Предоставлена информация о прогнозе заболевания и рисках, связанных с развитием ожирения и прогрессированием жирового гепатоза.

Однако, от дальнейшего сотрудничества с врачом в виде: поддержания абстиненции; расширения объема физических нагрузок и коррекции питания для снижения массы тела на 5-10% за 3-6 месяцев терапии и удержания результата в течение года; при необходимости меди-

каментозной поддержки каждые 3 месяца; контроля состояния на протяжении всей жизни, пациент отказался. Предложение о взаимодействии с клиническим психологом пациент также отклонил. Продолжает наблюдаться врачом общей практики.

Обсуждение

Учитывая новейшие данные о влиянии абдоминального ожирения, дислипидемии, жирового гепатоза на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, пациенту показано наиболее раннее лечебно-профилактическое амбулаторное вмешательство. При неудачных и недостаточных попытках коррекции образа жизни целесообразно применение патогенетического медикаментозного лечения, предупреждающего возникновение метаболического синдрома.

Наиболее ранние индивидуализированные профилактические мероприятия проводятся в условиях наличия объективных соматических данных о нарушениях состояния здоровья, но минимальных субъективных ощущений пациента, при которых он не чувствует себя больным. В этой ситуации осознание им серьезности прогноза при реализации факторов риска заболевания является недостаточным для выработки соответствующей установки на внедрение оздоровительных мероприятий в его реальную жизнь. Такое поведение отражает сложившийся парадокс рутинной амбулаторной практики, когда большинство пациентов в целом положительно относятся к факторам здорового образа жизни (особенно в отношении двигательного режима и питания), но в практической жизни, вследствие разных причин, лишь 10-15% популяции используют эти знания [7].

В этих условиях эффективность раннего внедрения индивидуализированных методик борьбы с факторами риска заболеваний становится недостаточной.

При наличии факторов риска хронических неинфекционных заболеваний поведение конкретного индивида зависит от его фундаментальной установки в отношении собственного здоровья, которая

основывается на его личностно-мотивационных качествах, умственных установках и способах ситуативного психоэмоционального реагирования, сформированных системой взглядов референтной для него группы людей [8-10]. Фундаментальная установка пациента представления о себе, своем здоровье и своем месте в мире будет иметь решающее значение в успешности лечения. Будет ли это установка на самоконтроль, на капитуляцию перед болезнью или отрицание болезни зависит не только от активности личности, но и от социальной ситуации, в которой эта личность находится. При получении сведений о наличии первых признаков заболевания, пациент, переживая стадии «острого горя», с верой и увлеченностью начинает попытки активного контроля заболевания, прилагая постоянные волевые усилия. Легко внедрить новые привычки и быстро получить результат не удастся. Оказывается, что применение новых навыков, существенных усилий и реализация контроля за состоянием необходимы на протяжении всей жизни, что часто воспринимается как насилие и ограничение свободы действий. Ситуация становится неприемлемой. Возникает состояние бессилия, которое соединяется с отсутствием интереса к дальнейшему развитию событий.

В современных условиях культурно-социальные установки ориентированы на позитивное восприятие жизни и подчеркивание социальной успешности, когда непристужно считать себя больным или имеющим даже мелкие неприятности со здоровьем. Казаться здоровым в любых обстоятельствах и любой ценой – основное условие достижения современного социального успеха. Считая себя здоровым, а первые клинические проявления несущественными, часто сломленный лавиной социально-экономических обстоятельств, пациент в первую очередь вынужден думать о решении множества сиюминутных социальных задач, а не заботиться о ликвидации проблем личного здоровья и прогнозе жизни в будущем. Выбирая первое,

откладывая улучшение здоровья на потом, когда возникнет развернутая картина болезни, пациент привыкает к симптомам, вырабатывается отстранение и безразличие, и симптомы нарушения здоровья воспринимаются как норма.

Заключение

Представленный клинический случай наличия избыточной массы тела и других факторов риска хронических неинфекционных заболеваний является типичной иллюстрацией взаимодействия врача и амбулаторного пациента, считающего себя здоровым, на стадии ранних клинических проявлений, связанных с повышенными рисками возникновения множественной сочетанной патологии. Сталкиваясь с ситуацией необходимости регулярного медицинского мониторинга и комплексного

пожизненного вмешательства, при том, что субъективные ощущения минимально отражаются на качестве жизни, пациент предпочитает уход от решения проблемы и патерналистскую или инженерную модель взаимоотношений с врачом, что существенно ухудшает эффективность наиболее ранней борьбы с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний.

Дополнительная информация

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Этика. В исследовании использованы данные пациента в соответствии с подписанным информированным согласием.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература

1. Kelly T., Yang W., Chen C.-S., et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030 // *International Journal of Obesity*. 2008. Vol. 32, №9. P. 1431-1437. doi:10.1038/ijo.2008.102
2. Балукова Е.В. Коррекция основных проявлений метаболического синдрома // *Медицинский совет*. 2015. №13. С. 64-68.
3. Драпкина О.М., Корнеева О.Н. Континуум неалкогольной жировой болезни печени: от стеатоза печени до сердечно-сосудистого риска // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016. Т. 12, №4. С. 424-429. doi:10.20996/1819-6446-2016-12-4-424-429
4. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., и др. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2017. Т. 27, №6. С. 20-40. doi:10.22416/1382-4376-2017-27-6-20-40
5. Crab D.W., Im G.Y., Szabo G., et al. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases // *Hepatology*. 2020. Vol. 71, №1. P. 306-333. doi:10.1002/hep.30866
6. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Дроздова Л.Ю., и др. Исследование РАКУРС: повышение эффективности и безопасности терапии статинами у больных с заболеваниями печени, желчного пузыря и/или желчевыводящих путей с помощью урсодеооксиголевой кислоты // *Терапевтический архив*. 2014. Т. 86, №12. С. 48-52.

7. Об итогах выборочного наблюдения состояния здоровья населения в 2019 году. Тезисы доклада на заседании секции статистики ЦДУ РАН 19.12.2019. Доступно по: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/tez-19-12-2019.docx>. Ссылка активна на 23 апреля 2020.
8. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.
9. Крылова И.А. Способы реализации пациентом понятия «здоровый образ жизни». В кн.: Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии: сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 25-летию факультета медицинской психологии; Самара, 01 декабря 2016. Самара: Типография ЦРП; 2016. С. 130-135.
10. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники*. 2013. №11. С. 6-15.

References

1. Kelly T, Yang W, Chen C-S, et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity*. 2008;32(9):1431-7. doi:10.1038/ijo.2008.102
2. Balukova EV. Correction of main manifestations of metabolic syndrome. *Meditinskiy Sovet*. 2015; (13):64-8. (In Russ)
3. Drapkina OM, Korneeva ON. Continuum of non-alcoholic fatty liver disease: from hepatic steatosis to cardiovascular risk. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016;12(4):424-9. (In Russ).

doi:10.20996/1819-6446-2016-12-4-424-429

4. Ivashkin VT, Mayevskaya MV, Pavlov CS, et al. Management of adult patients with alcoholic liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2017;27(6):20-40. (In Russ). doi:10.22416/1382-4376-2017-27-6-20-40
5. Crab DW, Im GY, Szabo G, et al. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2020;71(1):306-33. doi:10.1002/hep.30866
6. Martsevich SI, Kutishenko NP, Drozdova LI, et al. Ursodeoxycholic acid-enhanced efficiency and safety of statin therapy in patients with liver, gallbladder, and/or biliary tract diseases: The RACURS study. *Terapevticheskii Arkhiv*. 2014;86(12):48-52. (In Russ).
7. *Ob itogakh vyborochnogo nablyudeniya sostoyaniya zdorov'ya naseleniya v 2019 godu*. Tezisy doklada na zasedanii seksii statistiki TsDU RAN 19.12.2019. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/tez-19-12-2019.docx>. Accessed: 2020 April 23. (In Russ).
8. Luriya RA. *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennyye zabolevaniya*. 4th ed. Moscow: Meditsina; 1977. (In Russ).
9. Krylova IA. Analysis of motivation of patients, stimulating him to self-treatment. In: *Aktual'nyye problemy i novyye tekhnologii meditsinskoy (klinicheskoy) psikhologii i psikhoterapii: sbornik materialov nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem, posvyashchënoy 25-letiyu fakul'teta meditsinskoy psikhologii; Samara, 01 December 2016*. Samara: Tipografiya TsRP; 2016. P. 130-5. (In Russ).
10. Volskaya EA. Patient compliance. Overview of research trends. *Remedium. Remedium. Zhurnal o rossiyskom rynke lekarstv i meditsinskoy tekhniki*. 2013;(11):6-15. (In Russ).

Информация об авторах [Authors Info]

Матькова Ирина Николаевна – зав. отделением общей врачебной практики, врач общей практики, Медико-санитарная часть №2, Самара, Российская Федерация.

SPIN: 4790-7861, ORCID ID: 0000-0002-7807-083X.

Irina N. Mat'kova – Head of the City Budgetary Department, General Practitioner, Medical Sanitary Unit №2, Samara, Russian Federation.

SPIN: 4790-7861, ORCID ID: 0000-0002-7807-083X.

***Крылова Ирина Александровна** – к.м.н., доцент кафедры семейной медицины ИПО, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация. e-mail: raznoe.2009@list.ru

SPIN: 2127-5771, ORCID ID: 0000-0003-1757-0774.

Irina A. Krylova – MD, PhD, Associate Professor of the Department of Family Medicine, Samara State Medical University, Samara, Russian Federation. e-mail: raznoe.2009@list.ru

SPIN: 2127-5771, ORCID ID: 0000-0003-1757-0774.

Мукунова Кунслу Биляловна – врач общей практики, Красноярская центральная районная больница, с. Молгачи, Самарская область, Российская Федерация.

SPIN: 6547-7530, ORCID ID: 0000-0002-7559-2069.

Kunslu B. Mukenova – General Practitioner, City Krasnoyarsk Central District Hospital, Molgachi, Samara Region, Russian Federation.

SPIN: 6547-7530, ORCID ID: 0000-0002-7559-2069.

Цитировать: Матькова И.Н., Крылова И.А., Мукунова К.Б. На амбулаторном приеме пациент с избыточной массой тела, считающий себя здоровым // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2021. Т. 9, №1. С. 91-100. doi:10.23888/HMJ20219191-100

To cite this article: Mat'kova IN, Krylova IA, Mukenova KB. A patient with increased body weight who considers himself healthy, on outpatient visit. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2021;9(1):91-100. doi:10.23888/HMJ20219191-100

Поступила / Received: 23.04.2020
Принята в печать / Accepted: 01.03.2021