

Министерство здравоохранения Республики Тыва
Министерство экономики Республики Тыва
Министерство сельского хозяйства и продовольствия Республики Тыва
Научно-исследовательский институт медико-социальных
проблем и управления Республики Тыва
Тувинский государственный университет
Торгово-промышленная палата Республики Тыва

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

**Материалы III (заочной)
Межрегиональной научно-практической конференции
Кызыл, 28-30 мая 2020 г.**

Кызыл - 2020

УДК 613.2/3
ББК 51.23(2 РосТув)
А43

Утверждено к печати Ученым советом
ГБУ «Научно-исследовательский институт медико-социальных проблем и
управления Республики Тыва», протокол № 1 от 16.03.2020 г.

Ответственный редактор
к.х.н. Аракчаа К.Д.

Редакционная коллегия:
к.м.н. Ширипей В.Н., Наксыл М.К., Ондар Н.Д.

**Актуальные вопросы питания населения Республики Тыва: Материалы
III (заочной) Межрегиональной научно-практической конференции. -
Кызыл, 28-30 мая 2020 г. – Кызыл, 2020. - 33 с.**

В сборник включены материалы III (заочной) Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной актуальным проблемам питания населения.

Статьи сборника, основанные на докладах заочной конференции, посвящены вопросам здорового, рационального, лечебного питания, традициям и современному состоянию питания тувинцев, хакасов, монголов, представлены также статьи по технологиям производства традиционных продуктов питания и вопросам их патентования.

Материалы конференции представляют интерес для научных работников, преподавателей высших и средних профессиональных учебных заведений, студентов, аспирантов, учителей средних общеобразовательных школ, всех интересующихся вопросами питания.

Статьи представлены в авторской редакции и ответственность за содержание статей несут авторы. Их мнение может не совпадать с мнением редакционной коллегии.

© ГБУ «НИИ МСПУ РТ», 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Шеин И.В., Змановский Г.Р., Суктер А.Ш. Тувинский эталонный стол как системообразующий инструмент	4
Захарова Е.В., Сизикова И.Л. Проблемы микронутриентной недостаточности и опыт их решения в Республике Хакасия	11
Горбатов Л.В. Представления о причинах возникновения болезней в традиционной культуре хакасов	14
Шруб Л.Ю. Система менеджмента качества в организации лечебного питания в республиканской детской больнице Республики Тыва	20
Неверова-Симчит Ч.А. Ожирение как причина развития метаболического синдрома у больных с артериальной гипертензией	25

Список сокращений:

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИМТ – индекс массы тела

МС – метаболический синдром

НГН – нарушенная гликемия натощак

ОЖ – объем живота

РАМН – Российская академия медицинских наук

ТГЦ – триглицериды

ХС ЛПВП – холестерин липопротеиды высокой плотности

ХС ЛПНП – холестерин липопротеиды низкой плотности

ТУВИНСКИЙ ЭТАЛОННЫЙ СТОЛ КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ИНСТРУМЕНТ

И.В. Шеин¹, Г.Р. Змановский², А.Ш. Суктер³

¹*«Heritage Russe» SARL, France, heritagerusse@gmail.com*

²*Красноярский государственный педагогический университет, Россия,
zmanovskii_g@mail.ru*

³*Департамент по развитию промышленности и инвестиционной политики
Министерства экономики Республики Тыва, arjaana.sukter@mail.ru*

TUVAN MODEL TABLE AS A SYSTEM-FORMING TOOL

I. Shein¹, G. Zmanovskii², A. Sukter³

¹*«Heritage Russe» SARL, France, heritagerusse@gmail.com*

²*Krasnoyarsk State Pedagogical University, Russia, zmanovskii_g@mail.ru*

³*Department for the Development of Industry and Investment Policy of the Ministry of
Economy of the Tyva Republic, arjaana.sukter@mail.ru*

Аннотация. Национальное питание - длительный процесс адаптации к региональным условиям жизни. В Туве традиционно сложились три вида комплексов питания: скотоводческий, охотничье-оленоводческий и охотничье-скотоводческий. В статье рассмотрены проблемы изучения и претворения в жизнь современного традиционного национального стола. Ак чем - «белая пища», как говорят тувинцы. Вся совокупность 42 молочных продуктов поделена на шесть групп: сырьё, молочные напитки, сливочные продукты, пресные сыры, кислые сыры, алкогольные напитки. Что такое «мясо барана по-тувински»? Разбор пищеварительного тракта барана. Что представляет собой архаичное блюдо кочевников Центральной Азии — боодаг? Три вида боодаг. Запеченно-сваренная туша в собственной шкуре, запеченный желудок, фаршированный мясом. Сваренный желудок, фаршированный мясом или внутренними органами животного.

Ключевые слова: традиционное питание, пищевые профили, тувинский эталонный стол, Республика Тыва.

Abstract. National cuisine has had a long process of adaptation to regional living conditions. Three types of food complexes traditionally developed in Tuva: cattle-breeding, hunting-reindeer-breeding and hunting-cattle-breeding. Problems of a modern traditional table. Ak chem is so called white food of Tyva. The whole set (42 dairy products) is divided into six groups: raw materials, dairy drinks, cream products, fresh cheeses, sour cheeses, alcoholic drinks. Ram in Tyva. Butchering the digestive tract of the ram. An archaic dish of Central Asia is boodag. Three types of boodag. Baked carcass in its own skin. Baked stomach stuffed with meat. A boiled stomach stuffed with meat or internal organs.

Key words: traditional food, food profiles, Tuvan model table, Tyva Republic.

Национальное питание представляет собой длительный адаптационный процесс к региональным условиям жизни. Оно складывается из опыта прошлых поколений как уравновешенная система разрешений, табуирований, расписаний, вписанных в культуру народа с учетом времени года и образа жизни, типа хозяйственной деятельности. В этом отношении в Туве представлено три вида комплексов питания: скотоводческий, охотничье-оленоводческий и охотничье-скотоводческий [1]. Для каждого из них характерен свой питательный профиль.

Скотоводческий (Западная Тыва) пищевой комплекс характеризуется иерархическим списком потребляемых продуктов: молочное — мясное — сельскохозяйственное (просо, ячмень) — дикоросы.

В охотничье-оленоводческом комплексе (Восточная Тыва) иной профиль: дикое мясное — дикоросы — молочное — рыбное. Если первые два пищевых комплекса находятся в крайней позиции питательного спектра, то профиль охотничье-

скотоводческий — в середине, вобрав в себя элементы первого и второго — дикое и домашнее мясное — молочное — дикоросы — земледельческое.

Веками складывающаяся национальная кухня в этих регионах стала отличаться не только по названиям, но и по различным технологическим нюансам.

Сегодня, в силу урбанизационных процессов, развития сети дорог, активной торговли и пр., тувинский национальный стол впитал в себя все три типа пищевых комплексов. Особенно ярко это прослеживается в национальных ресторанах Кызыла — «Баян Гол», «У Субедея», «Тос-Карак», «Буян-Бадыргы» и др., где на одном столе соседствуют блюда с запада и востока Тувы. Все это обогащает и разнообразит национальную кухню.

Тем не менее, исходя из полевых исследований, проведения тематических семинаров в Кызыле и встреч с информаторами можно утверждать, что в настоящее время наблюдается утрата многих блюд из национального гастрономического достояния. Так, совершенно не используются в рационе питания традиционные продукты из дикоросов, таких как луковицы кандыка (*бес, нес, кичин*), сараны (*ай, шончалай, томос*), семена дикой гречихи (*үүргене, бүүргн, майырак, мэкэр*), горца птичьего (*кичигине*). Это происходит по нескольким причинам. Во-первых, многие респонденты не знают или только слышали об этих продуктах, во-вторых, те, кто про них знает, не имеет возможности ввести их в собственный рацион либо из-за отсутствия в продаже, либо из-за отсутствия информации об их виде и форме в природе и технологии заготовки. Совершенно забыты традиционные тувинские прохладительные напитки, такие как *ааржы* и суррогатные чаи (*кора лиственницы*). Подавляющая часть респондентов считает *боодаг* монгольским национальным блюдом, тогда как старые и современные этнографические исследования утверждают обратное [2, 6, 8, 13]. Многие не представляют весь спектр «белой пищи».

Таким образом, цель настоящей работы — составить представление об исторически сложившемся национальном тувинском столе, как системе для более глубокого понимания проблем его реконструкции в настоящее время.

На первом этапе в задачи исследования входило создание карты-схемы «белой пищи» (*ак чем*) Тывы, выявляющей разнообразие и последовательность приготовления всех молочных блюд, представление логической схемы приготовления блюд из крови и внутренностей барана, проработка национального тувинского блюда *боодаг* из козы. Реализация этого и последующего этапов работы позволит реконструировать Тувинский эталонный стол (ТЭС), который будет выступать как основа для восстановления и поддержания системы национального тувинского стола, станет понятным мерилom особенностей национальной кухни в Республике Тыва и за её пределами.

Ак чем — «белая пища»

Ак чем — вся или определенная совокупность продуктов из молока в скотоводческом и охотничье-скотоводческом комплексах питания (рис. 1). Она считается символом белизны, счастья, носителем благодати, и именно в этих качествах, не менее важных, чем вкус и полезность, ценится и используется в различных сакральных ситуациях. *Ак чем* почитаема и священна. Ей встречают и провожают гостей, подносят духам, брызгают вслед путнику, чтобы дорога его был легкой и счастливой, она участвует в ритуалах рождения ребенка, освящения жилища, свадьбах, встречи нового года (*Шагаа*) и других праздниках. Это символ гостеприимства, богатства, чистоты. В тувинском языке семантика «белого» (*ак*) достаточно широка — это «невинный», «незапятнанный», «честный» [19].

Сакральность *ак чем* предполагает определенную табуированность. У тувинцев, как и у монголов, запрещается смешивание в одном продукте молока и крови, тогда как буряты, алтайцы и хакасы это делают [14, 20]. Молоко нельзя выливать на землю или

проливать, а если это случилось, то его сразу же присыпают землей. Вечером молоко не выносили из жилища и вообще старались не отдавать из семьи (как и кисломолочную закваску). Если все же молоко давали в другой дом, то от него отливают три ложки обратно, чтобы счастье не ушло [3]. Любопытно, что в отношении других продуктов такого запрета не было.

Весь *ак чем* вмещает в себя 42 непосредственных объекта из молока, не включая производных из них. Их можно разделить на шесть групп. 1. Сырьё в различных формах: *сүт, кылчаң сүт, доң сүт, сарыг суг, ижер сарыг суг, шими арагазы, божжа*. 2. Молочные напитки: *тарак, хойтпак, хымыс, каракталыр, ааржы* — взбитое *өл ааржы* в воде. 3. Самая многочисленная группа — сливочные продукты: *итпек, өреме, чаг өреме (чөөгей), чөвүү, хойтпак үзү, үс агы пор, өреме суу, саржаг (сарых-джах), ак-саржаг, дорта, ээжегей, кургаг ээжегей, чөкпек (тарнаний курил), хайлымак (мөңгүлүүр), кадык*. 4. Пресные сыры — разновидности *быштак: шөйген быштак* — «тянутый» пресный сыр из молока, заквашенного сывороткой, *кыскан быштак* — прессованный пресный сыр из молока, заквашенного сывороткой, *иви быштаа* — пресный творог из оленьего молока. В приведенной схеме не учитывается пресные сыры из молока сарлыка, козы. 5. Кислые сыры: *ааржы, курут, шууруун итпээ (какпак), хом, өл ааржы, борбак курут, кургаг ааржы, ыштан каан курут, дизиг*. 6. Алкогольные напитки: *арага (ак арага, арага-хойтпак), аржаң (араганың арагазы), коржаң (аржаңнын арагазы), хораң (доң)*. Сегодня в силу известных причин технология получения четырех видов национальных тувинских алкогольных напитков практически утеряна.

Баран по-тувински

В тувинской кухне баранина считается лучшей, наиболее вкусной и питательной пищей. Считается, что баран имеет «горячее дыхание» («горячую морду»), как и лошадь. Остальные животные — с «холодной мордой», и они менее престижны в еде [10]. Баранина появляется на тувинском столе приблизительно в середине июня. Молодую баранину не едят, предпочитают возраст в 2-3 года, не раньше. Если баран преподносится в качестве подарка — то ему должно быть не менее 3-х лет.

В настоящее время практически на всей территории Тывы проверка упитанности барана, его забой, свежевание, разбор внутренностей и крови, разбор туши, приготовление имеет свой порядок и ритуал, различающийся только небольшими деталями [11, 18, 7, 4]. Если забой и свежевание барана проводят мужчины, то разбор пищеварительного тракта проводят женщины. Разбор кишок барана идет, как правило, в одном и том же порядке (рис. 2).

1. Сначала отрезают пищевод (*кызыл өөш*) в том месте, где красный цвет пищевода, идущий от горла, переходит в темный. Часть пищевода темного цвета остается при желудке. Отрезанный кусок пищевода выворачивают на левую сторону и начиняют брюшным салом, а потом варят и отдают тому человеку, который при убое барана держал голову животного.

2. Затем отделяют и очищают рубец (*хырын, улуг хырын*), выворачивают и моют. Нарезанный на ленты, он потом пойдет на изготовление *чөреме*.

3. Отделяют сетку (*кержик, үттүг кейгирек*), вычищают и моют. Как и рубец, она будет разрезана на ленты для *чөреме*.

4. Книжку (*каът сайгырак, саргыак*), имеющую много перегородок, отделяют от сычуга, тщательно промывают и передают хозяйке дома и женщине, помогающей ей при разборке и приготовлении внутренностей. Обычно книжку жарят на углях и съедают в таком виде.

5. Сычуг (*чумур*) вырезают вместе с примыкающей к нему двенадцатиперстной кишкой и частью (в 2-3 раза длиннее двенадцатиперстной) тонкой кишки. Всё это пойдет

на приготовление *чумур-хан*, в который наливают жидкую кровь (*суук хан*) из брюшины и варят.

6. Вырезают тощую (тонкую) кишку (*чиңге-шөйүндү*). Кишку тщательно промывают, не оставляя ни малейшей слизи. Основную часть тонкой кишки сматывают слева направо как аркан, после чего дают отрезать бойцу скота. Он ее режет снизу вверх. Потом, чтобы отрезки кишки не расползлись, перевязать самими собой посередине. Длина тонкой кишки составляет около 25 метров. Надо иметь в виду, что у животных, заколотых утром, кишки не прочны. И при работе нужна осторожность. Тощая кишка идет на приготовление *чөреме* — одного из любимых блюд тувинцев.

7. Затем отделяют слепую кишку (*мөөн*) от ободочной кишки, но таким образом, что с одного её конца захватывают подвздошную кишку, в которую переходит тонкая кишка (связанная брыжейкой), а с другой оставляют часть следующей за слепой кишкой ободочной кишки, образующий лабиринт. Слепую кишку нельзя сильно дергать, она может вылезти, тогда останется дыра и невозможно будет из неё приготовить кровяную колбасу. Вычищенную и отмытую кишку наполняют густой кровью из грудной полости (*кадыг-хан*), предварительно завязав её более узкий конец. Эта колбаса (*мөөн, дестиг-хан, кадыг-хан*) готовится с жиром, снятым с брюшины, и с луком.

8. Ободочная кишка (*долганчык, дээскинчек*) располагается извилисто и покрыта жиром. Чистка ободочной кишки считается очень ответственной работой. Иргиты (Монгун-Тайга) эту кишку разрезают и чистят ножом, потом из неё готовят *кургулдай*. А сояны и оюны ее чистят целой. Сначала в устье, оставленное от слепой кишки, наливают чистую холодную воду, которую пускают по этой кишке. Таким образом очищается основное содержимое. Слизь внутри убирают несколько иначе. На легких барана имеется долька, похожая на палец, ее отрезают и вкладывают в устье кишки, предварительно налив туда немного воды. Потом осторожно выдувают через устье вместе с водой. Процедуру повторяют 2-3 раза. После этого кишка готова для заливки крови.

9. Перед чисткой прямой кишки (*мөөн шөйүндү, кургулдай*) нужно отделить от неё мочевого пузыря. Если это овца, нужно отделить матку. Тут соблюдается особый ритуал. В самом тонком месте прижимают две-три травинки и приговаривают: «не тебя режу, режу траву. Прости меня, господи» Отрезать матку вместе с травинками, закопать в чистом месте, высказывая пожелания, чтобы скот и впредь множился, не выводился. Только потом чистят прямую кишку [12].

Таким образом, при разборке внутренностей барана всё идёт в пищу, выбрасывается только желчный пузырь и половые органы [15].

Боодаг

Архаичное блюдо Центральной Азии, в последнее время получившее новое развитие в Тыве, Алтае (*чулма, кюр*) и Бурятии (*боодог*). Представляет собой мясо, приготовленное в закрытом пространстве без использования посуды. Обычно, в качестве последнего выступает туша животного, его шкура или его желудок. Существует несколько вариантов *боодаг*: 1) запечено-сваренная туша в собственной шкуре с раскаленными камнями внутри и доведенное до готовности на углях снаружи; 2) запеченный фаршированный мясом желудок, подвешенный или закопанный в яме, обложенной изнутри раскаленными камнями и закрытой сверху костром; 3) сваренный фаршированный мясом или внутренними органами желудок. *Боодаг* делают из козы, барана, сурка, косули, горного козла, кабана.

Запеченно-сваренная туша в собственной шкуре. Запекание мяса в собственной шкуре животного с раскаленными камнями, вероятно, самый древний из указанных способов *боодаг*. По свидетельству С.И. Вайнштейна, в одном из эпических сказаний тувинского эпоса повествуется, «что для свадебного пира выбрали самых

лучших животных из каждого вида скота и зажарили их целиком – *бүдүнге быжсырган*. Способ варки путем заполнения водой грудно-брюшной полости животного, куда кладутся раскаленные в костре камни, вызывающие кипение воды, можно полагать, очень древний и восходит к охотничьим традициям» [2].

Г.Е. Грумм-Гржимайло описывает приготовления барана у сойотов в особо торжественных случаях: «Его <барана> убивают удушением. Тотчас же затем вырезают пищевод, желудок и кишки, а также половую систему и, не снимая шкуры, тушу подвешивают за ноги над огнем, а в скрытую брюшную полость наливают воды, в которую и бросают раскаленные камни. Таким образом, одновременно баран снаружи жарится, а внутри варится, причем, конечно, шерсть обугливается и спадает. Очень трудную задачу повара составляет вынимание костей без повреждения наружного вида барана; но раз операция эта совершена, баран уже считается подготовленным к столу. Ему подвертывают ноги под живот и в целом виде, с тщательно сохраняемой головой, подают на соответственном блюде гостям. Обычно при этом выбирается баран с красиво изогнутыми рогами» [6].

Подобный способ приготовления описан и у С.И. Вайнштейна и Н.П. Москаленко: «У заколотого козла, не снимая с него шкуры, извлекают внутренности. Затем в ту часть туши, где были внутренности, вкладывали раскаленные камни и быстро скрепляли разрезанную часть маленькими палочками, а потом, укрепив тушу за палку, продетую сквозь шею, подвешивали тушу над очагом, укрепив вертел на двух вертикальных палках с развилками. Время от времени тушу поворачивали, стараясь равномерно её обжарить (полученное блюдо тувинцы называли *боодаг*, а халха-монголы — *ботог*)» [5].

Л.П. Потапов также описывает подобный способ приготовления *боодаг*: «Об этом способе мы получили сведения от западных и юго-восточных тувинцев. Они подтверждают, что так делали совсем недавно. Например, в Западной Туве, в районе Кара-Холя, летом на берегу реки мужчины любили устраивать трапезу. Для этого они в складчину специально покупали жирного барана, которого готовили вышеописанным способом <у Грумм-Гржимайло>. Барана убивали уколом ножа в затылок (*чушкуулап өлүрер*), отрезали голову, а затем, распоров живот, вынимали внутренности, которые размельчали топором и варили отдельно в растопленном масле. Сама туша варилась так: в неё набрасывали раскаленные речные валуны и застегивали отверстие палочкой-шпилькой (*шши*). Туша вздувалась от пара, и мясо варилось в собственном соку, шерсть начинала опадать. Чтобы окончательно избавиться от шерсти, тушку подвешивали к дереву и снимали ее опаливанием» [16].

Все описанные выше случаи приготовления *боодаг* из барана и козы проходят со вскрытием брюшной полости животного, освобождением от внутренностей и заполнением её раскаленными камнями. Если в брюхо наливается вода, то тушу подвешивают за четыре конечности на растяжках над костром. Понятно, что фиксированное положение требует большого мастерства приготовления. Более простой вариант, когда после закладки камней полость зашлифовывается, что позволяет использовать вертел.

Такие варианты *боодаг* считаются в Туве классикой [8]. Разводят костер, кладут в него речную гальку, поднятую из-под воды. Использовать камни можно только один раз, иначе они будут трескаться и колоться. Пока камни калятся, забивают козу (весной) или барана (летом и осенью). Отделяют голову. Аккуратно разрезают брюшную полость и вынимают внутренности. Шкуру с шейной части собирают чулком, оголяя мышцы, и аккуратно вырезают шею так, чтобы со стороны шейного «чулка» был широкий проход в брюшную полость. Затем брюшной разрез герметично «зашивают» деревянными спицами (*шши*), сначала фиксируют брюшину, затем отдельно шкуру. Переплетёнными

вместе тяжом внутреннего сала и промытой тонкой кишкой оборачивают в виде восьмерки концы каждой спицы. Через шейную горловину в тушу забрасывают несколько раскаленных камней. Горловину быстро завязывают и начинают катать тушу для того, чтобы камни не прилипли в одном месте. От высокой температуры и пара туша раздувается. Так повторяется несколько раз. Затем подвешивают тушу над огнем и опаливают шерсть. Оголившуюся кожу скребут ножами и смачивают водой, продолжая жарить тушу на углях до готовности. Обычно, после приготовления тушу кладут на тальниковые ветки и вначале, аккуратно вскрыв, зачерпывают образовавшийся бульон, удаляют камни, после чего, разделав мясо на куски, принимаются за еду.

Известен и другой вариант *боодаг* — без вскрытия брюшной полости. Убивают барана ножом в затылок и отрезают голову, «затем через шею вынимают внутренности и кости, после чего в конечности и в брюшную полость клали раскаленные камни, а самого барана помещали на деревянный настил. Когда шерсть начинала отставать, её снимали руками, а саму тушу помещали на костер, чтобы обгорела оставшаяся шерсть и поджарилась кожа. Потом скребли кожу ножом, очищая ее от нагара и остатков шерсти, обмывали водой и, если на коже уже виднелись капельки жира, что говорило о готовности блюда, приступали к еде. Таким образом готовили и мяса тарбагана (сурка)» [17].

Запеченный желудок, фаршированный мясом. Разновидность *боодаг*. Его готовят в собственном соку, выпекая в ямах. Надо заметить, что мясо всех копытных животных, разделанное по суставам, вместе с костями входит в собственный желудок животного. После разделки, желудок промывают, и, присолив изнутри, укладывают в него разделанное на куски мясо. Иногда в желудок, наполненный мясом, добавляют немного воды. Отверстие зашлифовывают заостренной деревянной шпилькой, концы которой опутываются в виде восьмерки промытой кишкой и куском внутреннего жира животного. Далее способы приготовления отличаются друг от друга.

1. По объему желудка выкапывают в земле яму, дно ее закрывают камнями, на которых разводится костер. Рядом с ямой разводят второй костер. Когда камни накаляются докрасна, огонь убирают, а на камни быстро, чтобы не загорелись, кладут заготовленные ветки с листьями, желательнее тальника. На них тут же кладут наполненный мясом желудок. Сверху на него укладывают слой из веток, который засыпают небольшим слоем обычного речного песка, разогретого на втором костре. Слой песка засыпают для того, чтобы скрыть слой веток. Для разогрева на песок сдвигают второй костер, который развели рядом с ямой. Огонь этого костра поддерживают в течение двух-трех часов. Затем его убирают и аккуратно разгребают песок и ветки тальника, оголяя верхнюю часть желудка. Не вынимая его из ямы, аккуратно надрезают его так, чтобы сок, наполняющий желудок, можно было легко вычерпать. Бульон разливают по чашкам и только после этого вынимают мясо [8].

2. Выкапывают яму несколько большего размера, чем наполненный мясом желудок. Дно ямы и боковые стенки обкладывают крупными речными камнями. На дне разжигают костер. Жгут его до тех пор, пока не прокалятся камни и не нагреются стенки ямы. Не убирая красных углей, в яму чуть ниже уровня камней опускают желудок с мясом, который привязывают к толстой палке, лежащей на краях ямы. Поверх палки яму прикрывают плоскими камнями, на них кладут куски коры лиственницы. Кору засыпают песком. В таком положении мясо оставляют тушиться на весь день или ночь [9].

Сваренный желудок, фаршированный мясом или внутренними органами. В промытый желудок помещают куски мяса или внутренние органы животного (разрезанное на несколько кусков сердце, почки, селезенка), присаливают, добавляют *кулча*, зашлифовывают отверстие, концы шпильки обматывают тонкой кишкой и внутренним салом. Наливают в большой казан воды и доводят до кипения. Опускают туда желудок. В процессе варки желудок сначала раздувается, а через 1,5 – 2 часа он

ужимается — значит скоро будет готов. В это время в казан можно добавить предметы изиг-хана — разнообразные кровавые колбасы. И *боодаг*, и *изиг-хан* будут готово одновременно. Все выкладывают в *дести* — деревянное корытце и на стол.

Таким образом, Тувинский эталонный стол должен быть сформирован на основе опыта прошлых поколений, быть по возможности максимально реконструированным в рамках текущих возможностей, с активным продвижением в туристической, ресторанной и бытовой сфере в Республике Тыва и за её пределами на площадках международных гастрономических форумов. Идеальная система продвижения ТЭС — пакетный продукт правительства Республики Тыва в векторе международного гастрономического туризма. Это представляется как набор сценариев высокого «тувинского» стола, включающий основные элементы ТЭС, такие, как «Баран потувински», «Боодаг», «Белая пища», «Большой стол», «Линия огня» и пр. Настройка пакетного продукта ТЭС предполагает реализацию любого из прописанных сценариев за 1-2 дня, что обеспечивается сформированной командой шеф-поваров, прекрасно ориентирующихся в прописанных сценариях, отработанными в этом отношении ресторанными площадками, обслуживающим персоналом кейтерингов на любом выбранном месте планера. Всё это предполагает соответствующий набор посуды, костюмов и других необходимых элементов для иллюстрации особенностей национальной культуры.

Работа выполнена в рамках проекта «Тувинский эталонный стол» при поддержке Правительства Республики Тыва.

The work was carried out within the framework of the Tuva reference table project under the supervision of the government of the Republic of Tuva.

Библиографический список

1. Вайнштейн С.И., Москаленко Н.П. Тувинцы: материальная культура / Тюркские народы Восточной Сибири. Отв. Ред. Д.А. Функ, Н.А. Алексеев. Москва: Наука, 2008. С. 51-119.
2. Ibid. С. 91.
3. Ibid. С. 80.
4. Ibid. С. 90
5. Ibid. С. 90-91.
6. Грум-Гржимайло Г.Е. Западная Монголия и Урянхайский край. Т. 3, вып. 1. Ленинград, 1926. 412 с. С. 95.
7. Ibid. С. 94.
8. Даржа В.К. Традиционные мужские занятия тувинцев. Кызыл, 2013, 592 с. С. 280.
9. Ibid. С. 281.
10. Жуковская Н.Л. Кочевники Монголии: Культура. Традиции. Символика. М., 2002. 247 с. С. 70.
11. Намзал Э. Холу чемзиг авам сөңү — Хлебосольная юрта. Кызыл, 1995. 152 с. С. 67.
12. Ibid. С. 70-71.
13. Потапов Л.П. Очерки народного быта тувинцев. М., 1969. 402 с. С. 186-187.
14. Ibid. С.189.
15. Ibid. С.179.
16. Ibid. С.186.
17. Ibid. С.187.
18. Ibid. С.178.
19. Татаринцев Б.И. Этимологический словарь тувинского языка. Т. 1. Новосибирск, 2000. 341 с. С. 83.
20. Тугутов И.Е. Материальная культура бурят. Улан-Уде, 1958. 215 с. С. 155-157.

ПРОБЛЕМЫ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОПЫТ ИХ РЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Е.В. Захарова, И.Л. Сизикова
*Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова,
Россия, г. Абакан, mpsi.khsu@gmail.com*

PROBLEMS OF MICRONUTRIENT INSUFFICIENCY AND EXPERIENCE OF SOLVING THEM IN THE REPUBLIC OF KHAKASSIA

E. V. Zakharova, I. L. Sizikova
Khakass state University. N. F. Katanova, Russia, Abakan, mpsi.khsu@gmail.com

Аннотация. Публикация посвящена изучению статистических данных заболеваемости населения Республики Хакасия, связанной с микронутриентной недостаточностью. Высокие темпы роста йоддефицитных состояний и заболеваний щитовидной железы вызывают тревогу. В Республике Хакасия принимаются меры по борьбе с алиментарно зависимыми заболеваниями, в частности, проводится коррекция микронутриентной недостаточности с использованием специализированных продуктов питания в медицинских организациях.

Ключевые слова: заболеваемость населения, алиментарно зависимые заболевания, микронутриентная недостаточность, специализированные продукты питания.

Abstract. The publication is devoted to the study of statistical data of the incidence of the population of the Republic of Khakassia associated with micronutrient insufficiency. High growth rates of iodine deficiency conditions and thyroid diseases are alarming. In the Republic of Khakassia measures are being taken to combat alimentary-dependent diseases, in particular, correction of micronutrient insufficiency is being carried out using specialized food products in medical organizations.

Key words: morbidity of the population, alimentary dependent diseases, micronutrient insufficiency, specialized food products.

Актуальность. Государственная политика в области профилактики и здорового образа жизни в значительной степени связана с вопросами питания человека. За последние годы среди неинфекционных заболеваний, вызывающих большую долю преждевременной смертности населения, оказались алиментарно-зависимые заболевания. В отдельных территориях страны на первые позиции выходят заболевания, связанные с микронутриентной недостаточностью - это дефицит йода, железа, витаминная недостаточность и др. Данные состояния требуют внимания и профилактических мер на государственном уровне. Актуальность проблемы роста заболеваемости, связанной с нарушением питания, является существенной для населения Республики Хакасия.

Цель работы - оценка эффективности мероприятий по профилактике микронутриентной недостаточности у населения республики.

Материалы и методы. Анализ данных проведен в разрезе возрастных групп и территорий Республики Хакасия в динамике за семь лет по показателям годовых статистических отчетов, предоставленных медицинским информационно-аналитическим центром за период 2012-2018 гг. в расчете на 100 тыс. населения по следующим классам: болезни эндокринной системы, в том числе ожирение и йоддефицитные состояния; болезни крови и кроветворных органов, в том числе анемия [1, 2].

Проведена оценка гипотезы о положительном влиянии «пропаганды здорового образа жизни» через средства массовой информации (СМИ) и межведомственного

взаимодействия на изменение показателей заболеваемости непараметрическим методом оценки достоверности χ^2 .

Результаты и обсуждения. Период наблюдения с 2012 по 2018 годы включает предварительный анализ данных за три года 2012-2014 гг., который показал рост заболеваемости, связанной с микронутриентной недостаточностью во всех возрастных группах: дети 0-14 лет, подростки 15-17 лет, взрослые старше 18 лет.

На уровне Правительства Республики Хакасия был разработан и реализован Комплексный план мероприятий по профилактике заболеваний, обусловленных микронутриентной недостаточностью, на территории Республики Хакасия на 2014-2016 годы (далее Комплексный план), в который включены медицинские, образовательные мероприятия, информирование населения о профилактическом питании и порядок межведомственного взаимодействия; итоги были подведены по динамике показателей в период 2016-2018 гг. В результате ожидаемое снижение заболеваемости не произошло.

За последние 7 лет в Республике Хакасия увеличилось число больных, состоящих под диспансерным наблюдением: с болезнями эндокринной системы на 7,3 тысячи человек (12,6%); с ожирением на 4,5 тысячи (в 2 раза); с анемией на 1,5 тысячи (на 4%). Ожидаемого снижения показателей первичной заболеваемости в период реализации Комплексного плана и после его завершения не достигнуто.

В Республике Хакасия отмечается ежегодный рост на 4-5% у взрослого населения болезней, связанных с недостаточностью йода – эндемический зоб и гипертиреоз, при этом крайне низкие показатели (не более 20 случаев в год) впервые выявленных йоддефицитных состояний у детей и подростков. Такие показатели свидетельствуют о том, что не уделяется достаточного внимания профилактике микронутриентной недостаточности во всех группах населения.

Анализируя мероприятия, проводимые в период 2014-2016 гг., мы пришли к выводу, что массовые акции, такие как выявление факторов риска у населения, приуроченные к определенным датам (Всемирному Дню здоровья, Дню сердца, Сибирь против диабета и др.) при участии врачей Центра здоровья и специалистов узких профилей республиканской больницы, призванные пропагандировать здоровый образ жизни, физическую активность и правильное питание, лекции, общеобразовательные программы для педагогов о правильном питании, публикации в СМИ и прямые эфиры, не эффективны при работе с населением.

Сопоставляя данные о первичной заболеваемости населения алиментарно-зависимыми заболеваниями и отчеты о пропаганде здорового образа жизни (количество мероприятий и охват населения) в динамике за 5 лет, мы получили подтверждение гипотезы о том, что мероприятия Комплексного плана не влияют на уровень заболеваемости населения ($\chi^2 = 8,3$ при $n=6$).

Медицинские организации Республики Хакасия с 2014 года обогащают рацион лечебного питания стационарных пациентов витаминно-минеральным комплексом (ВМК), содержащим йод, витамины группы В, жирорастворимые витамин А и Е, другие микроэлементы [1]. Находясь на лечении в больницах республики, пациенты гарантированно получают профилактические дозы микронутриентов, что положительно влияет на исход заболеваний. Снизились показатели послеоперационных осложнений на 3,2%, уменьшилась средняя длительность лечения в стационаре с 11 дней до 9,7 дней, исходы лечения «выздоровление» и «с улучшением» суммарно составляют до 97% в учреждениях третьего уровня (республиканских).

Учитывая сокращение сроков лечения в стационаре, мы можем констатировать тот факт, что пациент меньше получает обогащенный витаминами и микронутриентами рацион. Следовательно, медицинские организации не оказывают существенного влияния на ситуацию с микронутриентной недостаточностью в республике.

Заключение. Требуется индивидуальный подход и персональные рекомендации каждому пациенту, обучение навыкам правильного питания на тренингах и в школах здорового питания, целевые финансовые инвестиции в профилактические мероприятия, включая медикаментозную (йодсодержащие препараты, витаминно-минеральные комплексы) поддержку групп риска. Организационно-методическим центром такой работы должен стать Региональный центр здорового питания, на базе которого может быть организована постоянно действующая школа для пациентов по обучению навыкам здорового питания.

Все эти виды деятельности предусмотрены Федеральным порядком оказания медицинской помощи по профилю «диетология», но не определены источники финансирования данной работы, в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) тарифы не установлены. Вопрос о включении профиля «диетология» в систему ОМС находится в компетенции Федерального уровня и требует безотлагательного решения.

В 2018 году на уровне Минздрава Хакасии разработана и утверждена целевая программа «Здравоохранение», включающая мероприятия по обучению населения здоровому образу жизни и меры по профилактике алиментарно-зависимых заболеваний и микронутриентно недостаточности [2]. Подведение итогов планируется в 2025 году.

Библиографический список

1. Аметов А.С. Ожирение – современный взгляд на патогенез и терапию. Том 1. Москва: «ГОЭТАР-Медиа», 2019. – 380 с. (С.345-379).
2. Громова О.А., Торшин И.Ю. Микронутриенты и репродуктивное здоровье. Москва: «ГОЭТАР-Медиа», 2019. – 671 с. (С.530-547).

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ В ТРАДИЦИОННОЙ КУЛЬТУРЕ ХАКАСОВ

Л.В. Горбатов

*Муниципальный заповедник «Хуртуях тас», Россия, Абакан,
gorbatovl@mail.ru*

REPRESENTATIONS ABOUT THE CAUSES OF DISEASES IN THE TRADITIONAL KHAKASS CULTURE

L.V. Gorbатов

*Municipal reserve «Khurtuyakh tas», Russia, Abakan,
gorbatovl@mail.ru*

Аннотация. В данной статье рассматривается вопрос представления хакасского народа о причинах возникновения болезней через призму традиционной культуры. Затрагиваются исторические аспекты и современное состояние народной медицины в Республике Хакасия. Статья может оказаться полезной исследователям, этнографам и специалистам, занимающимся сохранением и укреплением здоровья.

Ключевые слова: Народная медицина, хакасская медицина, хакасская народная медицина, традиционная культура, история народной медицины.

Abstract. In this article the issue of representation of the Khakass about the causes of diseases through a prism of traditional culture is considered. Historical aspects and the current state of traditional medicine in the Republic of Khakassia are considered. Article can be useful to researchers, ethnographers and specialists in the preservation and strengthening of health.

Key words: Traditional medicine, Khakass medicine, Khakass traditional medicine, traditional culture, history of traditional medicine.

Традиционная медицина любого народа формируется, как правило, на протяжении длительного исторического периода и представляет собою важнейший элемент этнической культуры. Многие сведения традиционной медицины, полученные опытным путем, не только не устаревают со временем, но сохраняют актуальность и востребованность современным населением. Изучение истории и основ традиционной медицины может, в этой связи, стать фактором, положительно влияющим на здоровье нации.

Хакасы – небольшой тюркоязычный народ, проживающий в Хакасско-Минусинской котловине (среднее течение реки Енисей) и предгорьях Западных Саян и Кузнецкого Алатау. По историческим данным, предки хакасов проживали на этой территории уже более двух тысяч лет назад. Очевидно, что за столь длительный период хакасами накоплен обширный опыт в области хозяйственных технологий, социальной организации и духовной культуры. Уровень и глубина медицинских знаний, находящихся в плоскости представлений о природе места проживания и природе человека, также напрямую зависят от времени и условий освоения народом территории проживания. Данное сообщение написано мной по материалам своей диссертации «Хакасская народная медицина», защита которой состоялась в Томском государственном университете в 2019 году.

Письменной традиции сохранения медицинских знаний у хакасов не существовало, запись некоторых представлений о происхождении заболеваний и средствах избавления от них стала осуществляться русскими учеными только в конце

XIX - начале XX века. Однако потребовалось еще почти полвека, чтобы изучение народной медицины как части традиционной культуры стало актуальной задачей этнографической науки. Значительный импульс для развития этого направления был дан на состоявшейся в Ленинграде в 1975 году Всесоюзной научной конференции этнографов и антропологов, которая была специально посвящена итогам полевых исследований в области народной медицины¹. Затем в результате исследований Ю.В. Бромлей, И.И. Брехмана и Я.В. Чеснова к началу 90-х гг. сформировалось понимание современного состояния народной медицины, как конечного результата накопления многовековых эмпирических знаний, которые следует рассматривать как неотделимую часть культурного наследия каждого народа².

В этнографической науке сложилась традиция разделения методов лечения народной медицины на рациональные (сугубо материальные) и иррациональные (религиозно-магические). Деление такого рода искусственное, особенно для обществ, находящихся на стадии природных религий (шаманство). Это подтверждается характерными особенностями состояния хакасской народной медицины, сохранявшимися до середины XIX века. В те времена этнические группы хакасов вели преимущественно кочевой образ жизни, полностью находясь в зависимости от природных условий края. Характерной чертой их культуры и мышления было целостное анимистическое мировосприятие, не отделяющее родовые коллективы от одухотворенной среды обитания. Люди и духи составляли население живого пространства трех единых миров, причем духи в этой модели мироздания были гораздо могущественнее человека и требовали для проявления своей благосклонности по любому поводу, больших или малых обрядов. Поэтому в недалеком прошлом вся народная медицина хакасов, впрочем, так же, как и их соседей – алтайцев и тувинцев, была иррациональной, т.е. религиозно-магической. При этом лекарства не являлись таковыми, в привычном теперь понимании, а представляли собой разновидность подношений, в форме, требуемой духами болезни, без приема которой больным, духи отказывались покинуть занятое тело. Кроме того, каждый дух для обряда требовал себе определенной пищи, одежды, ветвей растений, разных жертвенных и ездовых животных строго конкретной расцветки, а также процедур, которые теперь называют терапевтическими.

К концу XIX века, под влиянием русского населения и ввиду развития структуры медучреждений, народная медицина в своем изначальном виде практически исчезает, превратившись в «...совокупность накопленных народом эмпирических сведений о целительных средствах, лекарственных травах и гигиенических навыков, а также их практическое применение для сохранения здоровья, предупреждения и лечения болезней...»³. Поэтому изучение традиционной медицины актуально уже тем, что направлено на сохранение уникальных знаний, как формы нематериального культурного наследия хакасов.

Поэтому к восстановлению представлений о причинах заболеваний у человека были привлечены материалы из соседних с Хакассией регионов – Алтая и Тувы.

¹ Этнографические аспекты изучения народной медицины: Тезисы докладов Всесоюзной научной конференции. – Л., 1975 – 67 с.

² Бромлей Ю.В., Воронов А.А. Народная медицина как предмет этнографических исследований // СЭ. – 1976. - № 5. – С. 3-18; Брехман И.И. Народная медицина в свете теории информации // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Тез. Всесоюз. Науч. Конф. 10-12 марта 1975г. Л., 1975; Чеснов Я.В. К этнографическому изучению жизнедеятельности человека (на примере традиционной абхазской культуры) // СЭ. – 1987. - № 3. – С. 23-34.

³ Базанов В. А. Народная медицина // Большая Советская Энциклопедия. 3-е изд. М., 1974. - Т. 17. - С. 256.

По сохранившимся сведениям, всех подателей болезней можно разделить на пять групп:

1. первоначальные высшие земные духи – алтайск. э, хак. *таг ээзи*, тув. *даг ээзи* – «духи-хозяева гор», хранители родовых территорий, относящиеся к категории *ару тös* – «чистой основы», благодетельствующие человеку, но в случаях его непочтения к себе насылающие болезни;

2. горные духи *таг тöстери* – «горные тёси» или *таг кизилери* – «горные люди», хранители внутри родовых гор жизненной силы (*кут*) людей и скота, считающие на этом основании тех и других своей собственностью. Любой прямой контакт обычного человека с горными духами ведет к душевному заболеванию. Кроме того, горные духи избирают шаманов на служение через тяжелые психофизические заболевания.

3. земные духи – *иб ээзи* – «духи-хозяева дома», относящиеся к категории *ару нэмä* – алтайск. «нечто чистое», хак. *тös*, тув. *ээрен*, хранители жилищ и прилегающих к ним участков местности, представляющие собой предков из духов шаманов, благодетельствующих членам семей и наказывающих их болезнями за невнимание к себе;

4. низшие подземные и земные вредоносные духи, относящиеся к категории *йердиң нэмä* – алтайск. «нечто земное», крайне недоброжелательные и агрессивные по отношению к человеку, называемые также «воинством Эрлик-хана». [Приложение 3];

5. шаманы, колдуны и люди, с «плохим» глазом.

Невидимых духов, распространяющих в основном инфекционные (*азахсыс*) заболевания, называют *аалчы* – «гость». К ним относятся: оспа – *сохыр аалчы* – букв. «пестрый гость», или *улуг аалчы* – «великий гость»; корь – *хоочах*, или *кичиг аалчы* – букв. «малый гость, хозяйка болезни – *күүр öркен* – «старуха корь»; тиф – *кизим аалчы* – «тиф-гость», или «эпидемия гость», также *харан аалчы* – «черной души гость»; грипп – *хазах агыриш* – букв. «русская болезнь»; ветрянка – *чил аалчы* – букв. «ветренный гость»; скарлатина – *аалчы* – просто «гость»; малярия – *сарыг аалчы* – желтый гость; желтуха – *сарыг агырыг* – «желтая болезнь», также *хаас агыриш* – букв. «качинская болезнь»; в эту группу, видимо, попадала и горячка – *изиг аалчы* – букв. «горячий гость», и опухоли – *көбиг аалчы* – букв. «опухоль гость». Алтайцы связывают инфекционные заболевания с Эрлик-ханом. Он насылает эпидемии и эпизоотии на людей и скот, вынуждая приносить ему жертвы. Если они его не удовлетворяют, Эрлик-хан карает людей смертью, после чего их души поступают в полное распоряжение бога⁴.

При этом население края не считало многие поверия (*чорых аалчы*, или *чорых агырыг*) местными, полагая, что они появляются откуда-то извне. Оспа и корь виделись «гостями» с юго-востока, из далекой страны Ала-ат из-за Саян, где не вянут травы и не замерзают реки. Грипп у кызыльцев считался приходящим из холодной страны, где обитают эвенки, а тиф считали болезнью, происходящей из Тувы⁵. Исследователь Сибири М.А. Кастрен почти три недели прожил в обществе койбалов. Многие старики помнили еще экспедицию П.С. Палласа (1772), отзываясь о ней не слишком хорошо. Они связывали массовый падеж скота, произошедший после экспедиции, с тем, что ученый, уединившись от людей, раскапывал древние могильные курганы⁶. Весьма интересное поверье о снах записал Н.Ф. Катанов – «видеть русского – захворать лихорадкой»⁷.

⁴Анохин А. В. Материалы по шаманству у алтайцев // Сб. МАЭ. - Л., 1924. – Т. IV, 2. – С. 1.

⁵Скобелев С. Г. Влияние заболеваемости на динамику численности коренного населения Сибири в XVII-XX вв. // Сибирская заимка. [Электронный ресурс]. http://www.zaimka.ru/03_2002/Skobelev_epidemic (дата обращения: 12.07.2015).

⁶Кастрен М. А. Сочинения в 2 томах: Т. 2. Путешествие в Сибирь (1845-1849). - Тюмень: Издательство Ю. Мандрики, 1999. – С. 225.

⁷Катанов Н. Ф. Среди тюркских племен // Известия Императорского Русского Географического Общества. 1893. – Т. XXIX. – С. 167.

Возможно, что это поверье восходит к временам первых контактов хакасов с русскими. В момент знакомства происходило невольное инфицирование местных жителей, не имеющих иммунитета к непривычным возбудителям болезней. Вероятно, поэтому в хакасском языке возникло название гриппа – «*хазах агыриш*» – букв. «русская болезнь».

В народной «номенклатуре» заболеваний есть также болезни, иносказательно называемые *позыни* – «свои». К ним относится молочница (кандидоз) и стоматиты, вызываемые духом Апысл-ханом, связанным с хозяином собачьего мира Адай ханом⁸. Поэтому раньше для лечения детей использовались кастрированные половые железы щенка, которые, окунув предварительно в молоко, вкладывали ребенку в рот⁹. Такое заболевание как крапивница – *іскіт* (*іскін, ітіскін*) – букв. «собачий след», появлялось, как полагали, оттого, что человек случайно наступил в то место, где скребла когтями собака или волк¹⁰. Если кто-то случайно пересекал дорогу духу бронхиальной астмы – *айартым чолы*, он мог быть наказанным Айартымом – хозяином болезни. Кроме того, проблемы со здоровьем возникали при нарушении запретов, например, от съеденной пищи, запрещенной для рода, к которому принадлежит пострадавший. Также и травмы, полученные от неосторожного обращения с оружием, бытовыми предметами (топором, пилой, домашней утварью), считались следствием обиды на человека духа вещи.

Собранные сведения о теле и душе человека, позволяют утверждать, что в прошлом шаманы и знахари хорошо разбирались в анатомическом строении физического тела человека (*ит хан* – «плоть и кровь»). Анатомическая номенклатура была тщательно разработана, части тела, кости, мышцы, отделы кишечника и пр. имели собственные названия, а также были определены духи-покровители, которые распоряжались здоровьем/нездоровьем человека. При этом хакасские шаманы считали, что кости (*сёёк*) человека сделаны из древесины родового дерева. Кроме того, в верованиях шаманистов различаются до семи разных видов души у одного человека. После смерти, эти души трансформируются в иные формы, продолжая временное пребывание без тела, постепенно переходя в мир мертвых (*үзүт чирі*). Только одна душа, спускаемая свыше, именуемая *хут* (*кізі худы*) – «жизненная сила (человека)», проходит трансформацию и очищение, чтобы быть воплощенной в новом теле. Это устойчивое представление продолжает жить в народе, являясь реликтом традиционных верований.

Всего лишь сто лет назад появление заболеваний объясняли влиянием духов различных категорий – высших и низших: земных, горных, подземных, а также шаманов, колдунов и люди, с «плохим» глазом. Конечно, и сейчас среди населения можно еще встретить пережитки этих представлений, сохранившиеся в основном в виде предрассудков. В целом они мало влияют на жизнь современных хакасов в силу отсутствия у них цельного анимистического мировосприятия, разрушение которого привело в XIX веке к двоеверию, а затем под влиянием атеистического воспитания и к внешнему безверию.

В анимистическом мировосприятии хакасов сформировалось четкое убеждение, что все радости, благополучие и здоровье, также как и проблемы, болезни и несчастья происходят от духов. Поэтому, не желая вступать с ними в конфликты, люди разработали разнообразные правила поведения, включающие множество запретов. Одним из них был запрет на произнесение имен духов болезней, а также названий болезней, чтобы ни привлекать к себе их внимание. Разрешалось говорить иносказательно, применяя различные эпитеты или смысловые замены. Допустим, Эрлик-хана (Ильхана)

⁸Бутанаев В. Я. Бурханизм тюрков Саяно-Алтая. - Абакан: Издательство Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2003. – С. 99.

⁹Он же. Хакасская народная медицина // Генезис и эволюция этнических культур Сибири. - Новосибирск, 1986. - С. 110.

¹⁰ ПМА.

прародителя всех вредоносных и болезнетворных духов называли *кара нямӓ* – алтайск. «нечто черное». Все это привело к тому, что с утратой традиционной медицинской культуры практически ушли и представления о персонификации болезней.

В настоящее время многие потомственные шаманы и знахари Хакасии, родившиеся в 20-30-е годы XX века, уже ушли из жизни. В лучшем случае они успели передать знания своим потомкам или поведать кое-что из них интересующимся ученым или студентам. В аалах сохранились немногочисленные малоизвестные не стремящиеся к славе знахари, продолжающие старинную целительскую традицию. Лечение не является их повседневным занятием. В жизни эти люди - товароведы, бухгалтеры, библиотекари. Шаманов можно пересчитать по пальцам, но особенно сильных среди них нет. При этом в народе сохранилось много воспоминаний о том, как лечила бабушка, что применял дедушка при тех или иных обстоятельствах. Эти простые, часто легко выполнимые практические действия нередко снова становятся востребованными по причине не всегда достаточно результативного уровня современного медицинского обслуживания и неоднозначных эффектов при приеме неоправданно дорогих лекарственных препаратов.

В Хакасии, в отличие от соседней Тувы, не возникло шаманских клиник, куда бы мог обратиться каждый, желающий полечиться народным способом. Вышедший в ноябре 2012 года приказ Министерства здравоохранения республики Хакасия «О порядке занятия народной медициной...», где прописываются условия получения права на занятия народной медициной, остался формальным документом, не нашедшим отклика в народе. В нем только одной фразой истреблена самая суть традиции: «народная медицина - [это] методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. К народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов ...» (5). По сути, Министерство здравоохранения предложило выхолощенный вариант, так называемую альтернативную медицину, куда из народной медицины отходят только практические методы, а духовная часть отбрасывается. Какой же настоящий шаман или знахарь, будучи в здравом уме, пойдет на такое?

Проблема утраты культурных ценностей в Хакасии связана в первую очередь с тем, что у хакасов отсутствовала письменная традиция передачи знаний, а была только устная, организованная по принципу – дух-учитель-ученик. В советское время носителей традиционных знаний, тем более практикующих, рассматривали как пережиточное явление, которое должно исчезнуть само собой как ненужное в социалистическом обществе. Такое давление на знающих людей привело их к еще большему замыканию в себе. Хакасская молодежь, быстро привыкшая к удобствам современной жизни, в большей массе мало интересовалась стариной, архаическим мышлением и тем более дедовскими методами лечения. Традиция же не позволяет передавать духовные знания, связанные с обеспечением здоровья и благополучия рода, кому попало, просто любопытствующим, непосвященным и главное не членам родового коллектива. Поэтому исчезновение знаний при сложившихся условиях вполне закономерно и, скорее всего, неотвратимо. Уже давно наблюдаются упрощения в обрядах и лечебных действиях. Связано это не только с низким уровнем доходов населения, который не позволяет человеку приобрести необходимые атрибуты и жертвенных животных для проведения сакральных обрядов, но и с тем, что многое забылось, а подсказать детали теперь никому.

Библиографический список

1. Этнографические аспекты изучения народной медицины: Тезисы докладов Всесоюзной научной конференции. – Л., 1975 – 67 с.

2. Бромлей Ю.В., Воронов А.А. Народная медицина как предмет этнографических исследований // СЭ. – 1976. - № 5. – С. 3-18;
3. Брехман И.И. Народная медицина в свете теории информации //Этнографические аспекты изучения народной медицины. Тез. Всесоюз. Науч. Конф. 10-12 марта 1975г. Л., 1975;
4. Чеснов Я.В. К этнографическому изучению жизнедеятельности человека (на примере традиционной абхазской культуры) // СЭ. – 1987. - № 3. – С. 23-34.
5. Базанов, В. А. Народная медицина // Большая Советская Энциклопедия. 3-е изд. М., 1974. - Т. 17. - С. 256.
6. Анохин А. В. Материалы по шаманству у алтайцев // Сб. МАЭ. - Л., 1924. – Т. IV, 2. – С. 1.
7. Скобелев С. Г. Влияние заболеваемости на динамику численности коренного населения Сибири в XVII-XX вв. // Сибирская заимка. [Электронный ресурс]. http://www.zaimka.ru/03_2002/Skobelev_epidemic (дата обращения: 12.07.2015)
8. Кастрен М. А. Сочинения в 2 томах: Т. 2. Путешествие в Сибирь (1845-1849). - Тюмень: Издательство Ю. Мандрики, 1999. – С. 225.
9. Катанов Н. Ф. Среди тюркских племен // Известия Императорского Русского Географического Общества. 1893. – Т. XXIX. – С. 167.
10. Бутанаев В. Я. Бурханизм тюрков Саяно-Алтая. - Абакан: Издательство Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2003. – С. 99.
11. Он же. Хакасская народная медицина // Генезис и эволюция этнических культур Сибири. - Новосибирск, 1986. - С. 110.
12. ПМА.

**СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ОРГАНИЗАЦИИ
ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА**

Л.Ю. Шруб

*Министерство здравоохранения Республики Тыва,
Республиканская детская больница, Россия, Кызыл, [rdб@tuva.ru](mailto:rdب@tuva.ru)*

**QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN THE ORGANIZATION
OF MEDICAL NUTRITION IN THE REPUBLICAN CHILDREN'S HOSPITAL
OF THE REPUBLIC OF TYVA**

L.Y. Shrub

*Ministry of health of the Republic of Tyva,
Republican children's hospital, Russia, Kyzyl, rdб@tuva.ru*

Аннотация. В статье рассмотрен менеджмент качества в организации лечебного питания детей в Республиканской детской больнице, эффект которого обеспечил оптимизацию качественного лечебного питания и создание сплоченного коллектива для достижения высокой результативности работы в соответствии с нормативными актами Минздрава России и Министерства здравоохранения Республики Тыва. С внедрением данного процесса усовершенствован процесс технологии приготовления блюд с учетом требований стандартов, утвержденных диет.

Ключевые слова: менеджмент, лечебное питание, оптимизация технологии приготовления блюд, стандартные диеты.

Abstract. The article describes the quality of management of the Republican children's hospital' clinical nutrition, the effect of which has offered high quality of therapeutic nutrition and created a close-knit team to achieve high performance in accordance with normative acts of the Ministry of health of Russia and Ministry of health of the Republic of Tuva. Following the introduction of this process, the process of cooking technology has been improved, considering the requirements of standards approved by diets.

Key words: management, medical nutrition, optimization of cooking technology, standard diets.

ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» (далее РДБ) – многопрофильная медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную, специализированную неотложную, экстренную, плановую и высокотехнологичную медицинскую помощь детям Республики Тыва с численностью 113 170 чел. (от 0 -18 лет), в т.ч. г. Кызыл – 44 888 чел.

Специализированная медицинская помощь в условиях стационара оказывается в 5 отделениях, рассчитанных на 210 круглосуточных коек по 22 профилям. С целью **оптимизации лечебного процесса, оказания качественной медицинской помощи созданию сплоченного коллектива**, в январе 2018 года больница начала внедрять элементы системы менеджмента качества, интегрированные с Практическими рекомендациями Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РДБ.

Менеджмент качества – это подход к управлению медицинской организацией, который обеспечивает надежную и бесперебойную работу организации, а также ее постоянное развитие. То есть это такое управление, при котором вся деятельность подчиняется установленным целям по качеству.

Для построения системы менеджмента качества в РДБ применен процессный подход, разработаны и задокументированы все процессы. Определены лидеры, назначены руководители процессов и направлений.

По направлению «Пищевая безопасность» внедрены следующие разработки:

1. Карта процесса «Организация лечебного питания», в которой определены требования к порядку планирования, организации и контролю лечебного питания в больнице, указана **цель процесса** - обеспечение лечебным питанием пациентов, основанного на безопасности изготавливаемой пищевой продукции, путем соблюдения требований безопасности продукции, санитарных правил и стандартов безопасности труда;

- Положение о пищеблоке, которое входит в состав документов системы менеджмента качества РДБ и определяет и устанавливает место подразделения в организационной структуре РДБ, порядок его создания, преобразования и ликвидации, содержание его функциональной деятельности, порядок взаимодействия с другими подразделениями РДБ и внешними организациями.

2. Утверждены приказы РДБ по организации диетического питания в больнице во исполнение нормативных документов по организации лечебного питания МЗ РФ и МЗРТ. Это приказы Минздрава России от 5.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», в котором федеральным ведомственным приказом введена единая для всех медицинских учреждений номенклатура стандартных диет, и Минздрава Республики Тыва от 25.08.2017 года № 977 «Об утверждении норм лечебного питания для детей, беременных женщин и кормящих матерей, находящихся на лечении в стационарных медицинских организациях Республики Тыва», который издан во исполнение Методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2017 «Рекомендуемые нормы лечебного питания (среднесуточные наборы основных пищевых продуктов) для беременных и кормящих женщин в родильных домах (отделениях) и детей различных возрастных групп в детских больницах (отделениях) Российской Федерации».

3. С целью исполнения утверждённых Росздравнадзором проверочных листов (чек-листов) со списком контрольных вопросов утверждён чек-лист для работы пищеблока, контрольные вопросы которого регулярно проверяются.

4. Для улучшения качества питания с использованием современной технологии приготовления блюд диетического питания разработано Семидневное меню лечебного питания для основных вариантов стандартных диет в РДБ на основе Семидневного меню для основных вариантов стандартных диет с использованием блюд оптимизированного состава, применяемых в лечебном питании в медицинских организациях Российской Федерации, это: Основной вариант диеты (ОВД), щадящая диета (ЩД), низкокалорийная диета (НКД), низкобелковая диета (НБД), высокобелковая диета (ВБД). При приготовлении диетических блюд детям с 3-х лет и ухаживающим матерям стали использоваться специализированные продукты питания: смесь белковая композитная сухая (СБКС), витаминно-минеральные комплексы. Для детей раннего детского возраста приобретается смесь альфаре, нан оптипро с пробиотиками, нан безлактозный, обогатители грудного молока (фортификаторы); для детей с БЭН, паллиативных детей: нутрини Энергия, нутрини с пищевыми волокнами, инфатрини, неокейт Джуниор, педиашур, пептамен.

5. Улучшена материально-техническая база пищеблока РДБ:

- приобретены электрические котлы из нержавеющей стали на 120 литров для приготовления I, II, III блюд и холодильное оборудование;

- произведена замена алюминиевой и эмалированной посуды на посуду из нержавеющей стали.

6. Сформирована мотивация у сотрудников пищеблока к качественному выполнению работы, в результате чего стала практиковаться обязательность

информирования об эффективности лечебного питания при различных заболеваниях и осуществления необходимых мер по обучению персонала рекомендуемым технологиям приготовления пищи с регулярной проверкой знаний в виде зачётов. С целью определения динамики удовлетворённости работников пищеблока условиями труда, проводится ежегодное анкетирование работников, результаты которого приведены ниже (рис. 1.)

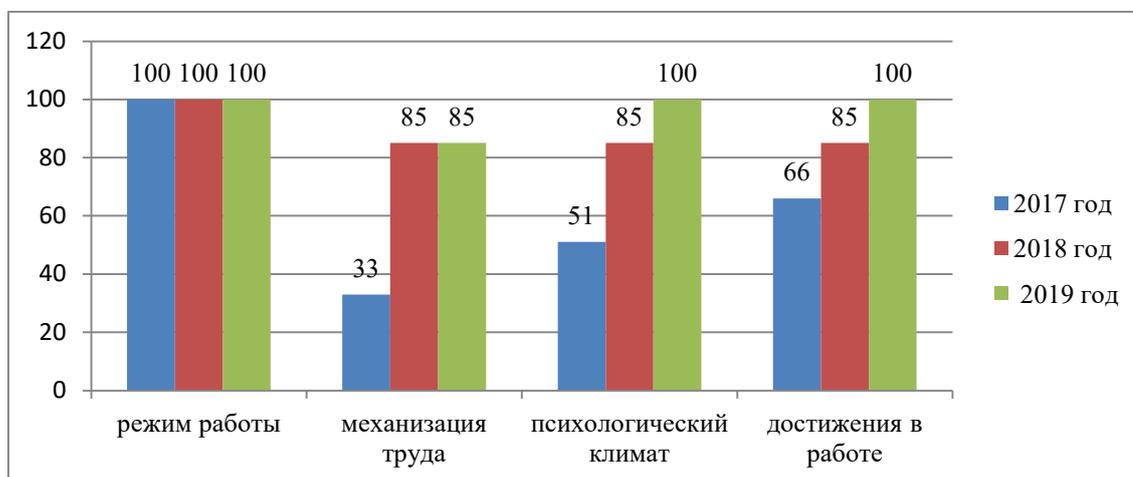


Рис. 1. Удовлетворённость работников условиями труда

В процессе работы в системе менеджмента качества (СМК) по процессу «Организация лечебного питания» определены риски в работе: риск приёма некачественных продуктов, риск приготовления некачественной пищи, риск несоблюдения хранения продуктов. С целью предотвращения рисков разработаны Специализированные операционные системы (СОП), инструкции, алгоритмы действий для персонала, при выполнении которых риск возникновения неблагоприятного результата значительно уменьшается.

С целью улучшения показателей работы в СМК на пищеблоке проводятся внутренние и внешние аудиты, с целью контроля соблюдения персоналом инструкций работы при выявлении аудитором несоответствий, способных влиять на неудовлетворительный конечный результат, разрабатываются корректирующие действия (КД) с целью исключить повтор несоответствия и улучшить работу пищеблока. Корректирующие действия являются ключевыми в деятельности по повышению результативности работы

В соответствии с рекомендациями Минздрава России внедряются бережливые технологии. Один из инструментов бережливых технологий - это внедрение системы «5С» как способа организации рабочего пространства. Система объединяет пять принципов на букву «С»: сортируй, соблюдай порядок, содержи в чистоте, стандартизируй, совершенствуй своё рабочее место. В соответствии с этой системой на пищеблоке убрали из шкафов всё бесполезное, ненужное. Привели в порядок документацию, все документы разложили в соответствии с утверждённой номенклатурой. На продуктовом складе проверили маркировку продуктов с указанием сроков годности, расположили продукты в соответствии с требованием СанПин с соблюдением товарного соседства.

С целью контроля за качеством приготовления пищи ежеквартально проводится анкетирование пациентов, по результатам которого вносятся коррективы в организацию питания пациентов (рис. 2).



Рис. 2. Результаты анкетирования пациентов по качеству приготовления пищи

В целях повышения престижа медицинских работников в обществе, формирования и расширения системы моральных стимулов, в РДБ был объявлен конкурс «Teambuilding». Тимбилдинг - это мероприятия, которые призваны сплотить коллектив, повысить эффективность его работы.

Основные цели тимбилдинга:

- создать у коллектива чувство единства;
- заменить у работников чувство конкуренции на чувство сотрудничества;
- обучить людей эффективно взаимодействовать между собой;
- выработать у всех сотрудников понимание и доверие друг к другу;
- сплотить команду, вывести «командный дух» на более высокий уровень.

Были изучены виды тимбилдинга и применены при работе на пищеблоке:

- «Креативный тимбилдинг», во время которого члены команды проявили творческие способности вместе придумали название команды: «Ложки-поварёшки», а также миссию команды: «Трудимся командой, кормим всех по правилам, вовремя и вкусно, дети поправляются, мамы улыбаются»;

- «Мозговой тимбилдинг», когда дано задание поварам найти в интернете оборудование для пищеблока с лучшими техническими характеристиками, после предоставления поварами сведений о выбранном оборудовании проведено общее обсуждение и была сделана заявка на приобретение оборудования;

- «Психологический тимбилдинг», при котором проводятся занятия в коллективе, чтобы работники понимали психологию друг друга, дружелюбно относились к друг другу, нашли ответы на вопрос - почему каждый работник поступает именно так, какими мотивами он руководствуется.

Результаты тимбилдинга на пищеблоке:

- у коллектива сформировалось чувство единства;
- чувство конкуренции у работников сменилось на чувство сотрудничества;
- работники отметили, что обучились эффективно взаимодействовать между собой;
- сотрудники признали, что вырабатываются такие качества, как: понимание и доверие друг к другу;
- имеет место сплочение команды пищеблока, желание вывести «командный дух» на более высокий уровень;
- отмечен положительный эффект в виде укрепления авторитета руководства;
- сотрудники обнаружили, что легко проходят психологическую разгрузку.

Выводы по внедрению СМК при организации лечебного питания в РДБ:

- больница стала соответствовать современным требованиям приготовления лечебного питания;
- появилась мотивация работников к качественному выполнению работы;
- достигнуто формирование комфортной среды для работников пищеблока, и как следствие, повысилось качество приготовления пищи;
- больница в августе 2019 года прошла сертификационный аудит и первой среди медицинских организаций республики получила сертификат ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Библиографический список

1. Алексеевский В.С., Коротков Э.М. Введение в специальность «менеджмент организации»: Учебное пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ – ДАНА, 2004. – 159 с.
2. Коробкова, О.К. Федеральная целевая программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации» система государственной поддержки продуцентов сферы услуг здравоохранения [Текст] / О.К. Коробкова // Экономические науки. 2017. № 150. С. 69-74.
3. Иванов В.В., Богаченко П.В. Медицинский менеджмент. – М.: Инфра - М, 2007. – 256 с.
4. Поляков И.В., Зеленская Т.М., Казанчиков А.В. Менеджмент в медицинских организациях. – СПбГУ, 2004. – 76 с.
5. Стратегический менеджмент: Пособие (ГРИФ) /Велесько Е.И., Неправский А.А. Издательство БГЭУ, 2009. – 307 с.
6. Решетников В.А., Водяненко И.М. и др. Менеджмент в современном здравоохранении. – Саратов-СПб: Полиграфический салон «Бонапарт», 2003. – 327 с.
7. ИСО 9000:2015 Система менеджмента качества. Официальное издание. М.: Стандартиформ, 2018.

ОЖИРЕНИЕ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ч.А. Неверова-Симчит

*Республиканский медицинский колледж Республики Тыва,
Россия, Кызыл, m2011q@yandex.ru*

OBESITY AS A CAUSE OF METABOLIC SYNDROME OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Ch.A. Neverova-Simchit

*Republican medical College of the Republic of Tyva,
Russia, Kyzyl, m2011q@yandex.ru*

Аннотация. Ожирение, в особенности с абдоминальным типом отложения жира, является основным фактором развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. Превышение веса от нормы всего лишь на 10% способствует повышению артериального давления, уровня холестерина и развитию инсулинорезистентности.

Гиперхолестеринемия, гипергликемия, артериальная гипертензия, развившиеся на фоне ожирения, объединяются понятием метаболический синдром. Доказано, что метаболический синдром является предиктом развития раннего атеросклероза, сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в т.ч. артериальной гипертензии.

Исследование показывает, что изучение распространения метаболического синдрома среди населения Республики Тыва, где заболевания сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее положение по причинам смерти, имеет неоспоримое значение.

Ключевые слова: ожирение, метаболический синдром, гиперхолестеринемия, гипергликемия, артериальная гипертензия.

Abstract. Obesity, especially with the abdominal type of fat deposition, is a major factor of development of cardiovascular system diseases. Exceeding the weight from the norm by only 10% contributes to an increase in blood pressure, cholesterol and the development of insulin resistance.

Hypercholesterolemia, hyperglycemia, arterial hypertension, developed on the background of obesity, are combined by the concept of metabolic syndrome. It is proved, that metabolic syndrome is a predictor of the development of early atherosclerosis, diabetes mellitus, diseases of the cardiovascular system, including arterial hypertension.

The research shows that studying the spread of the metabolic syndrome among the population of the Republic of Tyva, where diseases of the cardiovascular system occupy a leading position for causes of death, is undeniable.

Key words: obesity, metabolic syndrome, hypercholesterolemia, hyperglycemia, arterial hypertension.

Ожирение — одна из наиболее часто встречающихся болезней обмена веществ, характеризующаяся избыточным отложением жира в подкожной клетчатке и других тканях организма, а также превышением нормальной (идеальной) массы тела на 10-20% и выше [3,20]. В происхождении ожирения ведущую роль играет систематическое переедание с преобладанием жирной и углеводистой пищи, особенно с приемом основного количества пищи в вечерние часы. Большое значение в развитии заболевания придается и другим причинам, как малоподвижный сидячий образ жизни, отсутствие физической активности, наследственно-конституциональная предрасположенность и нейроэндокринные нарушения [20,27].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала ожирение эпидемией XXI века. По его данным, в мире около 300 млн. взрослых людей имеют избыточную массу тела. Это означает, что более 30% жителей планеты страдают ожирением, из них

на долю женского населения приходится 16,8%, на долю мужского - 14,9%. Численность людей, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается каждые 10 лет на 10% [1]. Россия занимает 4-ое место по количеству страдающих ожирением жителей. По данным Института питания РАМН, ожирение наблюдается у 240 человек из 1000, причем старше 30 лет - 15% мужчин и 28% женщин, страдают от лишнего веса 54% мужчин и 59% женщин [17,24].

В условиях сформировавшегося синдрома ожирения, в особенности, абдоминального ожирения, негативное его влияние испытывают практически все органы и системы организма. Абсолютно точно доказана связь между избытком веса и такими заболеваниями как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, злокачественные опухоли, желчнокаменная болезнь, заболевания опорно-двигательного аппарата [14,15].

Ожирение ассоциируется с повышенной заболеваемостью и смертностью, прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией, снижением качества жизни и преждевременной смертности больных. На многочисленных клинических исследованиях доказано, что ожирение приводит к резкому увеличению нагрузки на всю сердечно-сосудистую систему, и в первую очередь, на сердце. Одним из механизмов относительной компенсации сердечной деятельности при ожирении является повышение периферического сопротивления сосудов, что проявляется длительно существующим повышением артериального давления, которое встречается у большинства больных с ожирением [3,13,14,25].

Выявлено также, что чрезмерное потребление пищи, содержащей избыточные количества ненасыщенных жирных кислот и холестерина, а с другой - активация синтеза атерогенных липопротеидов вследствие характерной для синдрома ожирения гиперинсулинемии (как ответ на чрезмерно углеводистую пищу), обуславливают длительно существующее повышение уровней липопротеидов низкой и очень низкой плотности. [6,17]. В условиях снижения антиоксидантной активности, а также недостаточного поступления антиоксидантных факторов с пищей, что очень характерно для больных с ожирением, происходит окисление холестерина липопротеидов низкой плотности, в результате чего очень быстро и рано развивается распространенный атеросклероз [21]. Жиры, богатые насыщенными жирными кислотами, считаются также одним из факторов развития гипергликемии, основной причины сахарного диабета 2-го типа. Насыщенные жирные кислоты не только вызывают инсулинорезистентность через воздействие непосредственно на клетки, но и за счет увеличения калорийности питания приводят к тому, что в кровь поступает большое количество глюкозы и жирных кислот, способствующие развитию гипергликемии. Их избыток откладывается в жировых клетках в подкожной жировой клетчатке, а также в других тканях, что приводит к еще более выраженному снижению их чувствительности к инсулину, что еще активнее усугубляет состояние гипергликемии [2,3,12,16].

В 1981 г. M. Hanefeld и W. Leonardt предложили обозначить случаи сочетания различных обменных нарушений термином «метаболический синдром».

Метаболический синдром (МС) (синонимы: метаболический синдром X, синдром Reaven, синдром резистентности к инсулину) — синдром, объединяющий увеличение массы висцерального жира, снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемия, которые нарушают углеводный, липидный, пуриновый обмен, а также способствующий развитию артериальной гипертензии [4,5,11,19,23,26].

В России, по данным Института питания РАМН, наблюдается метаболический синдром у 30% населения, причем метаболический синдром - у 25% городского трудоспособного населения [9,22].

Проблема метаболического синдрома носит не только медицинскую, но и социальную составляющую. Медицинская сторона проблемы связана с улучшением диагностики и появлением новых эффективных способов медикаментозной коррекции основных составляющих синдрома, как ожирение, артериальная гипертензия, нарушения углеводного и липидного обменов. Социальная значимость проблемы состоит в повышении образовательной активности населения, необходимости внедрения основных принципов первичной профилактики ожирения, пропаганде принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) [8,10,18].

Цель работы: изучить ожирение как причину развития метаболического синдрома у больных с артериальной гипертензией.

Задачи работы:

1. Изучить распространенность ожирения среди диспансируемого населения и особенности метаболического синдрома у лиц с ожирением;
2. Изучить ожирение как причину развития метаболического синдрома у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования:

- карты диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) - форма 131/у пациентов профилактического и терапевтических отделений ГБУЗ РТ «Городская поликлиника» за 2019 год –№405;

- истории болезни пациентов с артериальной гипертензией кардиологического отделения № 2 ГБУЗ РТ «Республиканская больница №1» за 2017-2018 гг. № 30

Для изучения темы использовались принятые критерии выявления метаболического синдрома.

Основной критерий:

- ожирение - ИМТ > 25 (соотношение веса к росту, кг/м²);
- центральный (абдоминальный) тип ожирения (окружность живота (ОЖ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин).

Дополнительные критерии:

- уровень АД >140 и 90 мм рт.ст. или лечение АГ препаратами
- повышение уровня холестерина (3,1— 5,0 ммоль/л)
- нарушенная гликемия натощак (НГН) - повышенный уровень глюкозы плазмы натощак ≥ 6.1

В подборе материала для изучения метаболического синдрома у больных с АГ применялось изучение показателей липидного профиля:

- повышение уровня триглицеридов (≥ 1,7 ммоль/л)
- снижение уровня ХС ЛПВП (<1,0 ммоль/л у мужчин; <1,2 ммоль/л у женщин)
- повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л

Диагностические исследования. Для выявления степени выраженности ожирения использовался расчет индекса массы тела (ИМТ) или индекса Кетле.

ИМТ достаточно надежно характеризует избыток массы тела у взрослых мужчин и женщин. Для вычисления индекса массы тела проводилось измерение роста и взвешивание пациента.

Индекс массы тела измеряется в кг/м² и рассчитывается по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}, \text{ где:}$$

- m – масса тела в килограммах;
- h – рост в метрах.

Результаты расчета ИМТ и уточнения степени ожирения представлены в таб. №1.

Классификация ожирения по ИМТ

ИМТ (кг/м ²)	Типы массы тела
18,5-24,9	Нормальная масса тела
25,0-29,9	Избыточная масса тела (предожирение)
30,0-34,9	Ожирение I степени
35,0-39,9	Ожирение II степени
40	Ожирение III степени

Для диагностирования абдоминального типа ожирения использовался наиболее доступный простой метод – измерение окружности живота. Измерение проводится сантиметровой лентой на уровне пупка, для правильного результата рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани. Измерение проводится три раза (в покое, на максимальном вдохе и максимальном выдохе).

С целью выявления нарушения углеводного и липидного обмена проводилось определение глюкозы натощак и показателей холестерина и липидного профиля венозной крови.

Измерение уровня артериального давления проводилось методом Короткова.

Результаты исследования:

В исследовании были изучены карты диспансеризации у 405 пациентов: мужчин – 133, женщин – 272. Возраст пациентов от 18 до 92 лет, у большинства обследованных возрастной диапазон составлял 30-60 лет, средний возраст – 46,9 (+- 8,5).

Расчитан ИМТ 346-ти пациентам, у 179 выявлено отклонение ИМТ от нормы, предожирение (ИМТ 25-29,9) выявлено у 123, ожирение разной степени тяжести (ИМТ >30) – у 56, т.е. у 1/3 обследованных (51,73%) выявлен избыточный вес и ожирение

Окружность живота измерен 243 обследованным, из них женщин ОЖ >80см выявлен у 122, мужчин с ОЖ >94 см – у 57, т.е. абдоминальное ожирение имел место у 2/3 обследованных (73,66%), что не только соотносится с показателями ИМТ, но и выявило дополнительное количество лиц с ожирением, тем самым показывая высокочувствительность метода при раннем выявлении лиц с ожирением.

АД измерено 287 обратившимся, у 62 из них выявлено превышение АД – больше 140/90 мм.рт.ст (учитывались показатели как систолического, так и диастолического АД каждый по отдельности), из них превышение показателей отмечено у 44 женщин и 18-ти мужчин, что составило 1/5 пациентов (21,6% из всех обследованных). Среднее АД по систолическому и диастолическому АД- 118,8+- 7,2/78,7 +- 4,3мм.рт.ст, при чем у женщин 118,8+-6,2/78,4+- 3,7мм.рт.ст, у мужчин 119,0+- 3,64/79,3+-2,14 мм.рт.ст.(p<0,05) Надо отметить, что у мужчин средние показатели систолического и диастолического АД больше, чем у женщин, что подтверждает о влиянии мужского пола в качестве немодифицируемого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Измерение уровня холестерина произведено 253 обследованным, из них повышенный уровень холестерина (больше 5,0 ммоль/л) выявлен у 86 обследованных, 1/3 обследованных - 33,99%, из них у 62 женщин и у 24 мужчин. Средний уровень холестерина составил 6,1 +-0,24 ммоль/л (p<0,05)

Определение уровня глюкозы натощак было проведено 269 обследованным, у 30 из них выявлена гликемия натощак (>6,1 ммоль), это 1/9 обследованных, что составляет 11,15%. Из них женщин – 22, мужчин – 8, при этом у 6 пациентов уровень гликемии

превысил значение 7,0 ммоль/л, что предполагает наличие сахарного диабета. Средний уровень глюкозы – 8,3 ± 0,40 ммоль/л. (p<0,05). См. рис. 1.

Распределение критериев МС по результатам диспансеризации (%)

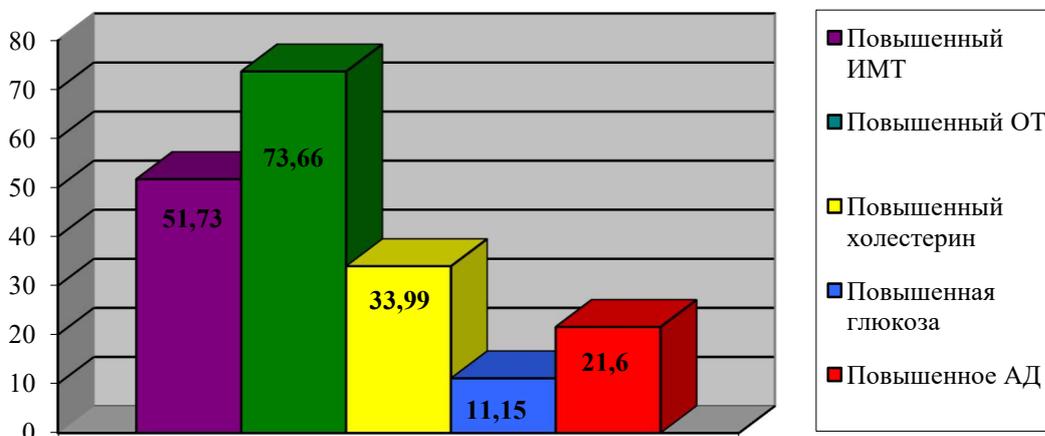


Рис. 1. Распределение критериев метаболического синдрома по результатам диспансеризации.

В исследовании был проведен сравнительный анализ сочетания каждого из критериев метаболического синдрома у лиц с повышенным ИМТ (>25 кг/м²) – у 179 обследованных. Полученные результаты по каждому критерию, как гиперхолестеринемия, гипергликемия, артериальная гипертензия, отражены на рис. 2.

Сочетание ожирения и одного критерия МС

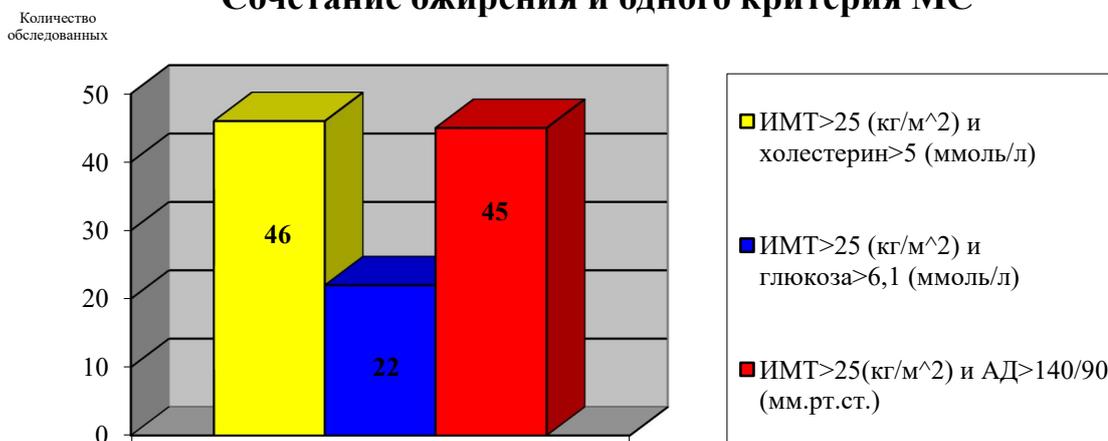


Рис. 2. Сочетание ожирения и одного критерия метаболического синдрома.

Как видно из рисунка, у обследованных с ожирением наиболее часто встречается гиперхолестеринемия (у 46 из 179) и артериальная гипертензия (у 45 из 179), вместе с тем характерна и гипергликемия (у 22 из 179).

В ходе исследования, у обследованных с избыточной массой тела также проводился анализ сочетания ожирения и нескольких критериев МС (рис. 3.).

Количество
обследованных

Сочетание ожирения и нескольких критериев МС

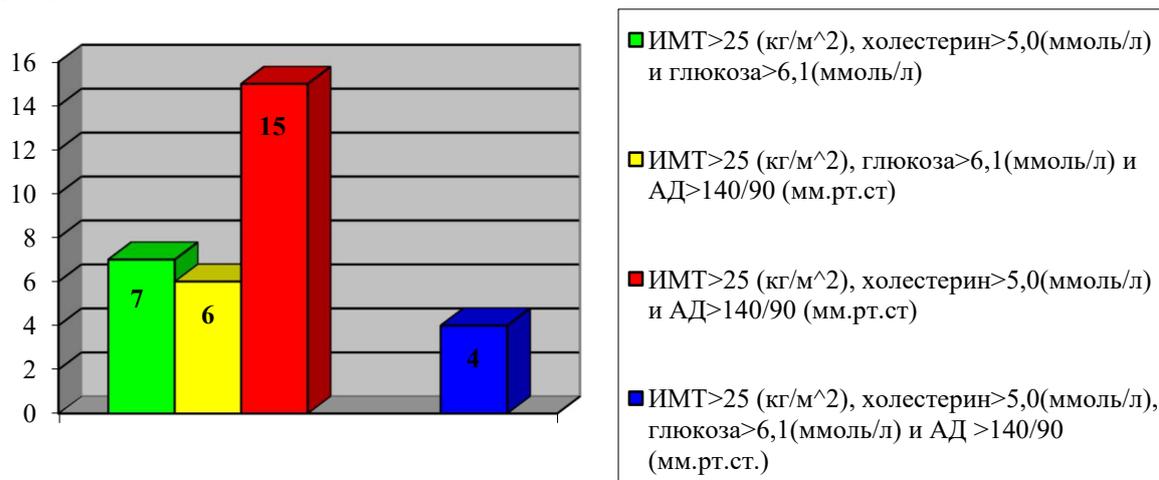


Рис. 3. Сочетание ожирения и нескольких критериев метаболического синдрома

Как видно из рис.3, у 15 из 179 обследованных больных с ожирением, встречается сочетание повышенного холестерина и артериальной гипертензии, что согласуется с ранее полученными данными. Поровну встречается у обследованных лиц с ожирением сочетания как гиперхолестеринемия и гипергликемия, так же как артериальная гипертензия и гипергликемия (у 7 и 6 из 179 обследованных).

Присутствие всех критериев метаболического синдрома выявлено у 4 из 179 обследованных с ожирением, у них отмечается повышенные уровни холестерина, глюкозы и артериального давления.

Таким образом, у обследованных, проходивших диспансерный осмотр, при превышении массы тела, наиболее часто встречаются гиперхолестеринемия и артериальная гипертензия, но также выявляется гликемия, что доказывает, наличие при ожирении всех нарушений метаболического характера, составляющих метаболический синдром.

В представленном исследовании отдельно проанализированы истории болезни больных с диагностированной артериальной гипертензией. Изучение проводилось с целью подтверждения предположения, что при артериальной гипертензии имеются все основные составляющие метаболического синдрома и, что метаболический синдром может явиться причиной развития стойкой артериальной гипертензии. С этой целью проводилось максимально подробное изучение составляющих метаболического синдрома у каждого из госпитализированных.

Гендерная принадлежность пациентов с артериальной гипертензией, включенных в исследование, показало, что женщин больше, чем мужчин: 19 и 11 соответственно. Возраст у 28 пациентов составлял 50 лет и старше (у 13- в возрастном диапазоне 50-64, у 11 –от 65 и старше).

Проведенный подсчет индекса массы тела показал, что для всех пациентов с АГ, взятых на исследование, характерно наличие предожирения и ожирения различных степеней. Следовательно, для всех исследованных больных с АГ характерен избыточный вес, причем больше всего пациентов с ожирением начальных степеней, у 19 из 30 больных имеется предожирение и ожирение I степени (ИМТ >25< 34,9) Результаты представлены на рис. 4.

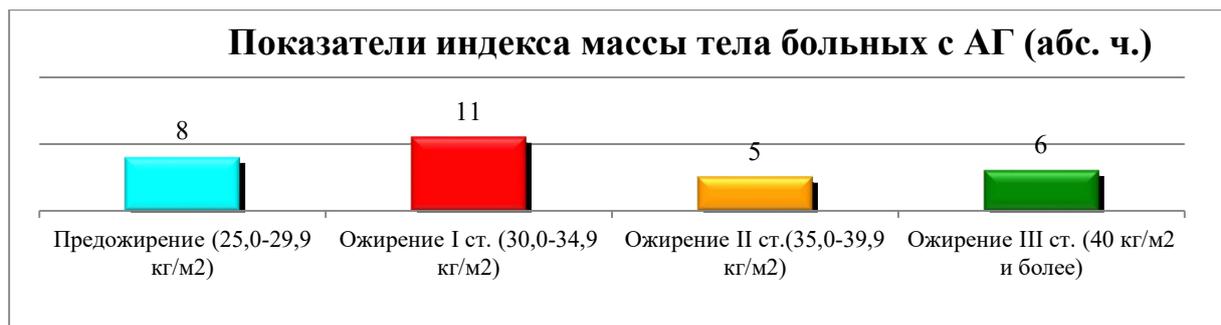


Рис. 4. Показатели индекса массы тела больных с артериальной гипертензией

У всех обследованных больных с артериальной гипертензией оценивались также показатели липидного профиля и глюкозы крови. По результатам исследования у 11 из 30 пациентов выявлена дислипидемия, у 6 пациентов - повышение только уровня глюкозы. Оба показателя (гиперлипидемия и гипергликемия) выявлены у 13 пациентов, т.е. при АГ имеются метаболические нарушения, как по липидному, так и по углеводному обмену.

Подробное изучение составляющих липидного профиля крови у пациентов на рис. 5. с АГ показало, что у 13 из них отмечается понижение ЛПВП (< 1,2 ммоль/л), у 17 - повышение ЛПНП (>3,0 ммоль/л), у 12 - повышение ТГЦ (>1,7 ммоль/л). АГ показывает повышение не только компонентов «плохого» холестерина (ЛПНП, ТГЦ), но и снижение показателя «хорошего» холестерина (ЛПВП), что может свидетельствовать о наличии серьезных нарушений липидного обмена со снижением антиатерогенных защитных факторов (рис.5).

Результаты исследования на уровень содержания глюкозы натощак у пациентов с АГ представлены в рис. 6. У 12 из 30 больных с артериальной гипертензией уровень глюкозы крови натощак в пределах нормы (< 6,1 ммоль/л). У 7 пациентов выявлено состояние гипергликемии, из них у 4 – нарушение гликемии натощак, уровень глюкозы в пределах $\geq 6,1 < 7,0$ ммоль/л, у остальных 3 пациентов - гипергликемия с показателями гликемии более 7,0 ммоль/л, что требует исключения сахарного диабета.

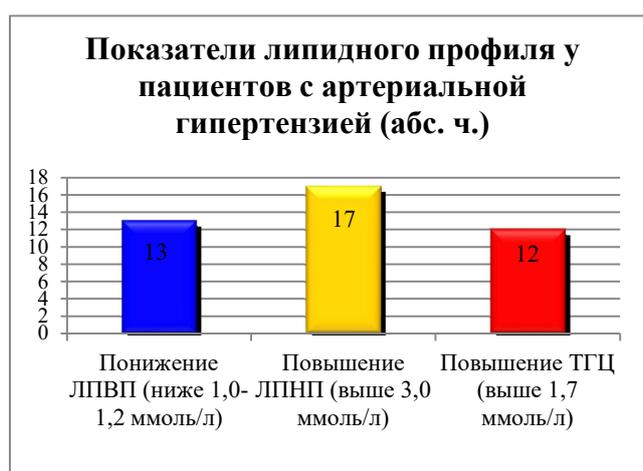


Рис. 5. Показатели липидного профиля у пациентов с артериальной гипертензией



Рис. 6. Показатели глюкозы крови у пациентов с артериальной гипертензией

На основании полученных данных можно сказать, что у больных с артериальной гипертензией выявляются существенные изменения метаболических показателей крови,

прежде всего по липидному профилю, но также имеются изменения по гликемическим показателям. Следовательно, вклад метаболического синдрома в развитии стойкой артериальной гипертензии несомненен.

Выводы

Ожирение выявлено у 53,73% населения - по расчетам ИМТ и 73,66% - по измерениям окружности живота. Повышенный уровень холестерина выявлен у 33,3% обследованных, у 21,6 % - артериальная гипертензия, и 11,15% - повышенный уровень глюкозы.

У половины обследованных с ожирением выявлены все основные составляющие метаболического синдрома. Метаболический синдром больше всего характерен для лиц женского пола, среднего возраста. При ожирении выявляются гиперхолестеринемия (у 46 из 179) и артериальная гипертензия (у 45 из 179), тем не менее, характерна и гликемия (у 22 из 179).

У всех пациентов с артериальной гипертензией отмечается предожирение и ожирение различных степеней (ИМТ больше 25 кг/м²); имеются стабильные изменения показателей крови по липидному профилю и варьируемые - по гликемическому профилю. На основании полученных данных можно сказать, что на развитие артериальной гипертензии безусловную роль играет присутствие метаболического синдрома.

Заключение

Исследование показало, что распространенность ожирения среди диспансеризуемых лиц существенна. Наличие ожирения, в особенности абдоминального, служит причиной развития других составляющих метаболического синдрома, таких как гиперхолестеринемия и артериальная гипертензия. Также в работе показано, что при артериальной гипертензии у всех пациентов имеется избыточный вес и нарушения метаболического характера, что предполагает взаимозависимое влияние метаболического синдрома на развитие артериальной гипертензии и самой артериальной гипертензии на усугубление нарушений метаболического характера.

Данные исследования позволяют расширить круг знаний по метаболическому синдрому, что, несомненно, важно в проведении профилактических и лечебных мероприятий по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, а также пациентам озаботиться изменением питания с переходом на прием здорового сбалансированного пищевыми веществами питание с пищевыми добавками, обогащёнными витаминами, микроэлементами и режима физических нагрузок.

Библиографический список

1. Arterbum D., Ноэл П. г. выдержки из «клинические доказательства». Ожирение // *bmj* в.-2011.-Вып. 322.-П. 1406-1409.
2. Davi G., Gresele P., Violi F. et al. Diabetes mellitus, hypercholesterolemia and hypertension but not vascular disease per se are associated with persistent platelet activation in vivo // *Circulation*.-1997.-Vol.96.-P.69-75.
3. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement // *Circulation*. - 2005.
4. Lin W.Y., Lai M.M., Li C.I. et al. In addition to insulin resistance and obesity, brachial-ankle pulse wave velocity is strongly associated with metabolic syndrome in Chinese-a population-based study (Taichung Community Health Study, TCHS) // *J Atheroscler Thromb*. - 2009.
5. Ritchie S.A., Connell J.M. The link between abdominal obesity, metabolic syndrome and cardiovascular disease // *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. - 2007.
6. Simmons R.K., Alberti K.G., Gale E.A., et al. The metabolic syndrome: useful concept or clinical tool? Report of a WHO expert consultation. // *Diabetologia*. - 2010.

7. Алексеева О.П. Метаболический синдром: современное понятие, факторы риска и некоторые ассоциированные заболевания: учебное пособие / О.П. Алексеева, А.А. Востокова, М.А. Курышева. Н. Новгород: Издательство Нижегородской госмедакадемии, 2009. 112 с.
8. Алешин С. Метаболический синдром X: состояние высокого риска. Ортомолекулярная медицина 2003г.
9. Аструп А., Райан л., г. К. Грюнвальд, Штургард М., У. Сари, Melanson E., и соавт. Роль пищевых жиров в упитанность тела: данные из предварительного Мета-анализ вволю с низким содержанием жира диетические рекомендации, исследования // Бр. Ж. Нутрь.-2010.-Вып. 83.-П. С25-С32.
10. Бутрова С.А., Берковская М.А. Современные аспекты терапии ожирения // Поликлиника. - 2012.
11. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению. Русский медицинский журнал 2001; 2: 56 – 60.
12. Ваттовое А.Т., Беркович р. И., Б. Д. Sarwer, соавт. Преимущества изменения образа жизни в медикаментозное лечение ожирения // арки. Интерн. Мед.-2011.-Вып. 161.-С. 218-221.
13. ВНОК, комитет экспертов. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. № 6. С. 1–19.
14. Гинзбург М.М., Крюков Гинзбург М. М., Крюков Н. Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. 2002: 39 - 47.
15. Дичок Наука, медицина и будущее: лечение ожирения // bmj в.-2007.-Вып. 315.-П. 997-1000.
16. Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф // Российский медицинский журнал, 2013, том 11, №6, с. 331-337.
17. Краусс Р.М., У. М. ожирение: влияние на сердечно-сосудистые болезни // кровообращение.-2008.- Вып. 98.-П. 1472-1476.
18. Мамедов М.Н. Компоненты метаболического синдрома у больных с артериальной гипертонией. Дисс. ...к. м. н. Москва 1997.
19. Мамедов М.Н. Метаболический синдром – больше, чем сочетание факторов риска: принципы диагностики и лечения: пособие для врачей. М., 2006. 48 с.
20. Мельниченко Г.А. Ожирение в практике эндокринолога. РМЖ. 2001. № 9(2) с 82-87.
21. Метаболический синдром: актуальные проблемы современности, роль рационального питания в его коррекции. UnicityEurasia.
22. Нозль П.Х., Пью Ю. А. Управление избыточным весом и ожирением взрослых // bmj в.-2012.-Вып. 625.-П. 757-761.
23. Ожирение (клинические очерки) / Под ред. проф. Барановского А.Ю., Ворохобиной Н.В. СПб. «Издательство «Диалект». - 2007.
24. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. М.: ООО «Мед. Информ. агентство».
25. Перова Н.В., Метельская В.А., Оганов Р.Г. Патогенетические основы метаболического синдрома как состояния высокого риска атеросклеротических заболеваний. Международный медицинский журнал 2001; 7(3):6 – 10.
26. Пинхасов Б.Б., Селятицкая В.Г., Обухов И.В. Метаболический синдром у женщин с разными типами ожирения // Вестник НГУ. - 2011.
27. Симонова Г.И., Печенкина Е.А., Щербакова Л.В. и др. Распространенность метаболического синдрома и его компонентов в Сибири // Тезисы докладов конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения метаболического синдрома» Москва. - 2006.
28. Смелянский Б.Л. Алиментарные заболевания. Л.: Медицина, 1979. - 262с.
29. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром и артериальная гипертония. Consiliummedicum2002; 11; 587 – 590.
30. Шевченко О.П. Метаболический синдром / О.П. Шевченко, Е.А. Праскурничий, А.О. Шевченко. М.: Реаформ, 2004. 141 с.
31. Шурыгин Д.Я., Вязицкий П.О. Сидоров К.А. Ожирение. Л.: Медицина, 1980. – 264.