

ОЖИРЕНИЕ, НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В СЛЕДСТВИИ ПАГУБНОГО ВЛИЯНИЯ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ И ПРИНЯТИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ ЕГО ОТЯГАЧАЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ, УСПЕВАЕМОСТЬ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНИКОВ

¹Бабаев П.Н.*^{ID}, ²Алиев Р.Р.^{ID}

Азербайджанский Медицинский Университет, ¹кафедра “Общественное здоровье и организация здравоохранения” и ²кафедра неврологии, Баку, Азербайджан

Цель. Оценка ключевых факторов риска развития ожирения под влиянием пассивного курения среди детей г. Баку и выработка профилактических мер по снижению отягчающего воздействия пассивного курения на их организм.

Материал и методы. Согласно выполненному анкетированию, изучению амбулаторных карт и проведенного иммунно-хроматографического теста, работу провели в рамках изучения воздействия семейного пассивного курения на здоровье и успеваемость детей. Разработали анкету, содержащую 7 блоков вопросов по различным социально-гигиеническим аспектам пассивного курения. На основании данных, анкетных и амбулаторных карт провели вычисления антропометрических показателей, отдельно, среди мальчиков и девочек. Наблюдения проводили в наиболее антропометрически значимых возрастных группах школьников. **Результаты.** Подростковый возраст – особый период в физиологическом, психологическом и социальном плане. Для подростков характерно экспериментирование, проба своих возможностей и как, следствие, склонность к рискованным формам поведения. Рассчитали среднеарифметические показатели, взвешенные суммарно для всех наблюдаемых групп без возрастных отличий. **Выводы.** Табакокурение относится к токсикомании. На сегодняшний день установлено, что важную роль в патогенезе формирования зависимости от никотина играет активация альфа4 бета2 никотиновых рецепторов. Исследования показывают, что первостепенное значение в лечении курящего человека приобретает подбор индивидуальных методов.

Ключевые слова: пищевое поведение, масса тела, ожирение, курение

Пищевое поведение это выбор продуктов питания, режим и распорядок питания, физиологический, психологический, социально-экономический фактор, влияющий на условия жизни человека [1, 2]. Особую опасность для распространения многих социально значимых хронических неинфекционных заболеваний несет избыточное питание. Оно способствует возникновению заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы, болезней обмена веществ, опорно-двигательного аппарата, злокачественных новообразований и др. И наоборот, есть данные, что увеличение потребления овощей и клетчатки, а также снижение потребления жиров способствует предотвращению некоторых видов онкологических заболеваний. Избыточное питание приводит к возникновению таких факторов риска, как повышенное содержание холестерина в крови (гиперхолестеринемия), избыточная масса тела, артериальная гипертензия и т.д. [3-7].

Нарушение пищевого поведения давно изучается и известно несколько его типов: 1-склонность человека опробовать ту или иную пищу, вызывающую аппетит; 2-эмоциональный фактор, в результате чего человек для устранения проблем с тем или иным депрессивным состоянием в состоянии дискомфорта, потребляет нерегулируемое количество пищи; 3-прием пищи в ограниченном количестве, вследствие избыточной массы тела согласно многочисленным ограничениям и запретам, строгое соблюдение диеты [8, 9]. Нарушение пищевого поведения может приводить к возникновению таких опасных неинфекционных болезней как ожирение, сердечно-сосудистым заболеваниям, нарушению обмена веществ в организме что вызывает ряд иммунологических, офтальмологических, стоматологических нарушений в организме детей [10].

Причинами нарушения пищевого поведения могут быть, неуверенность в себе, слабование,

апатия. Такие люди избегают общения закидываясь в себе, утрачивают желание заниматься чем-либо, лишь с одной мыслью о неадекватном приеме пищи. Есть следующие сопутствующие причины, вызывающие нарушение пищевого поведения, среди них генетический, биологический, семейный, возрастной фактор. В свою очередь, связь между такими неинфекционными заболеваниями, как избыточная масса тела, гиперхолестеринемия и триглицеридемия формируют метаболический синдром, пагубно сказывающемся на здоровье детей [11-15].

Нарушение пищевого поведения под влиянием психо-эмоционального и стрессового давления может наблюдаться уже с детского возраста, приблизительно с 8-9 лет. Чем выше уровень стрессового состояния, тем меньше чувство насыщения человека едой, и как следствие, увеличение количества потребляемой пищи. Учитывая тот факт, что пища еще и высококалорийная, то можно с уверенностью сказать, как сильно подвержен человек избыточной массе тела, что вызывает нарушение обмена веществ, приводящее в итоге к ожирению [16].

Дети подверженные сильному психо-эмоциональному стрессу, часто компенсируют потреблением пищи, а в некоторых случаях, этому причина, избыток свободного времени и отсутствие склонности к полезному времяпровождению. Нерациональное, высококалорийное питание приводит к уменьшению в организме важных микроэлементов, таких как магний. Чрезмерное потребление поваренной соли, также является фактором риска нарушения питательного поведения. Несмотря на глобальность проблемы, разными странами проведены недостаточное количество исследований, касающихся пищевого поведения [17-19].

Для достижения положительных результатов, предложены следующие методы исследования, такие как, DEBQ, SF-36, шкала Ридера для диагностики стресса, GPAQ для определения уровня физической активности и др. В анкету были включены также, дополнительные вопросы, отражающие ежедневную пищевую корзину, вычисление калорийности потребляемой пищи за день, распространенность нарушения пищевого поведения [20-24]. Почти во всех странах (как с высоким, так и с низким доходом) происходит эпидемия ожирения. В странах с низкими доходами ожирение более распространено среди

женщин среднего возраста, а также людей более высокого социально-экономического положения и лиц, проживающих в городах. В более богатых странах ожирение не только распространено среди женщин среднего возраста, но и становится все более распространенным среди молодых и детей [25, 26].

Кроме того, ожирение все чаще поражает людей более низкого социально-экономического положения, особенно женщин. Что же касается различий между городскими и сельскими районами, то они постепенно уменьшаются или порой меняются местами. Пища и продукты питания превратились в товар. Изменения в мировой пищевой промышленности находят отражение в изменении рациона, например, в повышенном потреблении высококалорийных продуктов, богатых жирами, в частности, продуктов, содержащих насыщенные жиры, с низким содержанием нерафинированных углеводов [27]. Это усугубляется малоподвижным образом жизни, в частности, наличием автотранспорта; использованием бытовых приборов, позволяющих снизить трудоемкость работы на дому; свертыванием рабочих мест, требующих ручного физического труда; и досугом, который преимущественно представляет собой времяпрепровождение, не связанное с физической активностью [28, 29]. Вследствие этих изменений в рационе питания и образе жизни хронические неинфекционные болезни – включая ожирение, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), повышенное кровяное давление и инсульты, а также некоторые виды рака – все больше и больше становятся причинами нетрудоспособности и преждевременной смертности. По данным специальных исследований, от 11 до 38% населения экономически развитых стран страдают ожирением [30].

Избыточное отложение жира (в частности, в области живота) приводит к развитию факторов риска кардиологических заболеваний - повышенного артериального давления, нарушения липидного обмена, инсулинозависимого диабета и др. Имеются достоверные данные, что ожирение вызывает нарушения функций дыхания и почек, приводит к нарушениям менструального цикла, остеоартрозу нижних конечностей, риску развития желчнокаменной болезни, подагры. В настоящее время ожирение приобретает размах эпидемии. Около 50 % взрослого населения имеют индекс массы тела больше желаемой величины [31, 32].

Уменьшение избыточной массы тела и ее поддержание на нормальном уровне – задача довольно трудная, но вполне решаемая. Надо следить за количеством, составом пищи и физической активностью. Уменьшать массу тела рекомендуется постепенно, избегая необычных диет, так как они приносят лишь временный успех. Питание должно быть сбалансированным, пища – низкокалорийной, продукты питания разнообразными, привычными и доступными, а прием пищи должен доставлять удовольствие.

Низкая физическая активность

Сегодня в экономически развитых странах каждый второй взрослый человек ведет сидячий образ жизни, и эта пропорция возрастает среди лиц старшего возраста. Малоактивный образ жизни ведет к ожирению, нарушению обменных процессов, что, в свою очередь, приводит к росту распространенности важнейших социально значимых заболеваний. Афоризм «Движение – это жизнь» должен прочно войти в наше сознание. Попробуйте хотя бы на месяц объявить войну всему, что мешает вам двигаться [33].

Смотрите на лифт, как на своего личного врага, воспринимайте кресло перед телевизором коварным «бесом-искусителем», уносящим ваше здоровье. Пройдите мимо троллейбусной остановки и полчаса прошагайте бодрым шагом – это будет ваша маленькая победа над немощью. В воскресенье предпочтите дивану с просмотром кинофильма многокилометровую туристическую прогулку и считайте ее золотым вкладом в «банк здоровья». Такие вклады не имеют цены. Они продлят вам молодость и активную жизнь. Никотин, попадая в кровоток, раздражает надпочечники, которые выбрасывают в кровь гормон адреналин, тоже суживающий сосуды и повышающий кровяное давление. Постоянное поступление в кровь адреналина вызывает стойкие изменения сосудистых стенок [34, 35]. Нарушение работы надпочечников (парных эндокринных желез) приводит к появлению таких симптомов, как тошнота, отечность лица, быстрый набор веса или резкое его снижение, упадок сил. Курение способствует развитию атеросклероза в сосудах поджелудочной железы [36].

Цель работы. Оценка ключевых факторов риска развития ожирения под влиянием пассивного курения среди детей г.Баку и разработка профилактических мер по снижению отрицательного воздействия пассивного курения на их организм, согласно проведенному анкетиро-

ванию, изучению амбулаторных карт и проведенного иммуно-хроматографического тестирования.

Материалы и методы. Основные физические параметры тела: рост, вес, объем грудной клетки. Измерение данных показателей проводится с целью выявления особенностей физического строения детей, подверженных и не подверженных пассивному курению. Исследуя антропометрические показатели, можно оценить физическое развитие и его соответствие возрастным нормам. Особенно это важно в детском возрасте. Выявленные отклонения могут быть факторами риска или признаками некоторых заболеваний. Решили определить измерения роста, веса и объема грудной клетки, разделив школьников на две группы – подверженных и не подверженных пассивному курению. Работу провели в рамках изучения воздействия семейного пассивного курения на здоровье и успеваемость детей. Разработали анкету, содержащую 7 блоков вопросов по различным социально-гигиеническим аспектам пассивного курения. Анкеты содержали две части, одну часть заполняли школьники, другую их родители. Работу провели в 5 городских средних школах (Ясамальского, Наримановского и Сабунчинского районов). Чтобы исключить избирательность поступили следующим образом. Было решено провести и сравнить антропометрические измерения в классе, как у 5 детей, чьи карты были обследованы нами в районных поликлиниках на наличие их болезней на анонимных условиях в течение года, так и у 5 детей из этого же класса, отобранных случайным способом. В разработку включили только полностью заполненные анкеты. Всего школьникам раздали 6000 анкет. Из них в 2363 полностью заполненных, содержались ответы 3895 родителей – 1885 отцов и 2010 матерей. Каждая из 2363 анкет представляла 1-го школьника, следовательно анкетированием было охвачено 2363 семей. В 687 семьях имелись и др. дети, либо закончившие школу, либо дошкольного возраста. В зависимости от интенсивности курения, все семьи разделили на 2-е группы: 818 семей (табакозависимые) и 1545 семей (табаконезависимые, т.е. контрольная группа).

По интенсивности пассивного курения табаконезависимую группу семей разделили на: 1-я группа – 204 семьи, табаконезависимость слабая, менее 5 сигарет/день; 2-я группа – 252 семьи,

табакозависимость умеренная – от 5-15 сигарет/день, и 3-я группа – 362 семьи, пристрастное курение родителей, табакозависимость тяжелая, более 15 сигарет/день. Измерения проводились отдельно среди мальчиков и девочек. Наблюдения школьников проводили в наиболее антропометрически значимых возрастных группах. Каждый антропометрический показатель – вес, рост и объем грудной клетки анализировался в отдельности и, при необходимости, сравнивался между другими.

Наряду с анкетированием мы использовали тест иммунохроматографического анализа “Имунно-Хром–Котинин–Экспресс” для качественного *in vitro* выявления котинина – метаболита никотина в моче детей, а также на анонимных условиях исследовали амбулаторные карты детей, подверженных пассивному курению.

Результаты и обсуждение. Подростковый возраст – особый период в физиологическом, психологическом и социальном плане. Для подростков характерно экспериментирование, проба своих возможностей и как, следствие, склонность к рискованным формам поведения. Формирование вредных привычек связано с определенными социальными и индивидуальными предпосылками. Альтернативными способами снятия стресса, является двигательная активность, занятия физической культурой и спортом, активное времяпрепровождение, посвященное занятиям по интересам и увлечениям. Важное значение имеет обучение психологическим способам снятия стресса, аутотренинг.

Решение неотложной задачи по снижению распространенности вредных привычек среди подростков требует межведомственного взаимодействия, объединения усилий врачей, педагогов, родителей, социальных работников, всего общества. Согласно, данным таб. 1, впервые проведенные антропометрические исследования относительно воздействия пассивного курения на организм детей дало весьма интересные результаты. Сперва рассмотрим показатели роста школьников.

Во всех возрастных группах рост школьников 1-й группы, как среди мальчиков, так и среди девочек, согласно достоверному значению критерия Ван-дер-Вардена ($x=6,13$; $p<0,01$) выше, чем аналогичных показателей школьников 2-й группы. Следует также отметить, что среди школьников 1-й группы намного чаще,

встречаются различные нозоформы соматических и инфекционно-паразитарных заболеваний, чем среди школьников 2-й группы и, возможно их сочетанное воздействие на организм, способствует еще большему замедлению роста детей.

В целом же, рост мальчиков 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, меньше на 2,7-9,7 см, девочек соответственно на 2,8-5,8 см. Достоверность проведенных данных подтверждается критерием Ван-дер-Вардена ($x=7,16$; $p<0,01$). Столь же важным показателем физического развития является и вес школьников. В частности, у школьников 1-й группы вес по некоторым возрастным группам оказался даже больше, чем у школьников 2-й группы – у мальчиков на 1,4-1,6 кг, у девочек на 0,5-1,2 кг. Причину данной ситуации мы склонны объяснить следующим образом.

Школьники, подверженные пассивному курению не отличаются физической активностью, ведут малоподвижный образ жизни, в результате которого у них происходит прибавление веса тела. На фоне замедления роста, прибавление веса, хотя и не столь большого, вполне допустимо. В основном же в 1-ой группе вес мальчиков меньше на 2,4-4,7 кг, девочек на 2,6-5,3 кг, чем у школьников 2-ой группы.

При сравнении рядов обеих групп мальчиков и девочек критерий Ван-дер-Вардена оказался достоверным ($x=4,48$; $p<0,05$). Достоверным оказался критерий Ван-дер-Вардена и при сравнении аналогичных рядов относительно окружности грудной клетки ($x=5,63$; $p<0,01$). Так, в 1-ой группе окружность грудной клетки среди мальчиков на 2,0-3,6 см, среди девочек на 1,9-4,4 см меньше, чем среди подобных мальчиков и девочек 2-ой группы школьников. Воздействие пассивного курения на физическое развитие детей происходит во всех возрастных группах без каких-либо видимых различий. Поэтому рассчитали среднеарифметические данные, взвешенные суммарно для всех наблюдаемых групп без возрастных отличий.

На первый взгляд различия в антропометрических показателях между школьниками с пассивным курением и без него не столь больше. Например, рост меньше в среднем среди мальчиков на $4,39\pm0,26$ см, среди девочек на $4,08\pm0,21$ см ($t=0,94$; $p>0,05$). Мы уже отмечали, что рост является системным отражателем нормальности функционирования организма

Показатели развития ожирения у школьников подверженных пассивному курению

Мальчики							
Подверженные пассивному курению				Не подверженные пассивному курению			
Вес		Рост	Объем грудной клетки	Вес		Рост	Объем грудной клетки
n	M ±m	M ±m	M ±m	n	M ±m	M ±m	M ±m
Возраст, лет							
6,0 – 6,9							
22	26,9±0,5	117,5±0,8	58,3±0,7	24	25,3±0,4	120,6±0,7	60,7±0,7
7,0 – 7,9							
23	24,6±0,5	120,7±0,8	60,5±0,7	20	27,7±0,5	124,3±0,8	62,9±0,8
8,0 – 8,9							
17	28,1±0,5	124,3±0,8	62,3±0,9	16	31,6±0,6	128,2±0,9	65,4±0,9
9,0 – 9,9							
19	31,6±0,5	129,6±0,8	64,6±0,8	17	34,8±0,6	139,3±0,8	66,9±0,9
10,0 – 10,9							
26	35,3±0,4	137,5±0,6	66,8±0,6	25	37,7±0,4	141,4±0,6	68,9±0,6
11,0 – 11,9							
21	36,5±0,5	141,6±0,7	68,4±0,7	21	39,6±0,5	147,8±0,7	70,7±0,7
12,0 – 12,9							
18	38,6±0,5	148,6±0,8	68,4±0,7	19	41,7±0,5	151,3±0,8	72,8±0,8
13,0 – 13,9							
18	47,8±0,6	153,5±0,9	73,2±0,8	18	46,4±0,6	157,7±0,8	76,8±0,8
14,0 – 14,9							
25	48,3±0,4	158,3±0,7	76,6±0,6	23	51,6±0,4	161,9±0,8	78,6±0,6
15,0 – 15,9							
27	53,1±0,4	163,8±0,6	79,5±0,6	23	57,8±0,5	167,5±0,7	81,8±0,7
16,0 – 16,9							
17	58,3±0,6	168,4±0,8	81,7±0,9	19	62,6±0,6	172,3±0,8	84,6±0,8
Девочки							
Возраст, лет							
6,0 – 6,9							
20	22,5±0,5	118,4±0,8	58,8±0,7	18	25,7±0,6	121,3±0,8	61,4±0,8
7,0 – 7,9							
28	25,1±0,4	121,6±0,6	60,1±0,9	21	28,4±0,5	125,2±0,8	63,6±0,8
8,0 – 8,9							
18	31,3±0,5	124,8±0,7	62,8±0,9	22	30,8±0,4	128,7±0,7	65,6±0,8
9,0 – 9,9							
21	32,3±0,5	128,5±0,8	64,4±0,8	17	35,5±0,4	141,3±0,8	67,8±0,9
10,0 – 10,9							
26	36,8±0,4	138,3±0,6	67,3±0,6	25	39,4±0,4	142,0±0,6	69,5±0,6
11,0 – 11,9							
19	41,3±0,5	143,6±0,7	69,3±0,9	20	40,8±0,5	149,4±0,7	71,8±0,8
12,0 – 12,9							
26	43,6±0,4	149,1±0,6	71,0±0,5	24	42,4±0,4	153,8±0,7	72,9±0,6

Таблица 1 (продолжение)

13,0 – 13,9							
25	44,6±0,4	153,9±0,6	73,3±0,6	19	49,7±0,6	158,2±0,8	75,7±0,8
14,0 – 14,9							
20	49,1±0,5	157,8±0,7	75,8±0,8	21	52,4±0,5	162,2±0,7	78,3±0,8
15,0 – 15,9							
24	52,7±0,5	161,8±0,7	76,1±0,7	23	56,6±0,5	166,3±0,7	80,5±0,8
16,0 – 16,9							
23	57,0±0,4	166,0±0,8	80,2±0,6	23	60,8±0,5	170,3±0,8	82,7±0,6

Примечание: n – число школьников; M ±m – среднее значение показателя.

Таблица 2

Достоверность различий показателей развития в разных группах школьников

Мальчики						Девочки					
Вес		Рост		Объем грудной клетки		Вес		Рост		Объем грудной клетки	
t	p	t	p	t	p	t	p	t	p	t	p
Возраст, лет											
6,0 – 6,9											
2,19	<0,05	2,92	<0,01	2,42	<0,05	4,10	<0,001	2,45	<0,05	2,57	<0,05
7,0 – 7,9											
4,37	<0,001	3,19	<0,01	2,22	<0,05	5,16	<0,001	2,95	<0,01	3,60	<0,001
8,0 – 8,9											
4,49	<0,001	3,25	<0,01	2,44	<0,05	0,78	<0,05	2,33	<0,05	3,94	<0,001
9,0 – 9,9											
4,10	<0,001	8,58	<0,001	1,85	>0,05	5,00	<0,001	2,83	<0,05	2,48	<0,05
10,0 – 10,9											
4,21	<0,001	4,59	<0,001	2,47	<0,05	4,56	<0,001	2,59	<0,01	4,35	<0,001
11,0 – 11,9											
4,37	<0,001	6,26	<0,001	2,32	<0,05	0,70	>0,05	2,08	<0,05	5,86	<0,001
12,0 – 12,9											
4,37	<0,001	2,39	<0,05	2,12	<0,05	2,11	<0,05	2,44	<0,05	5,11	<0,001
13,0 – 13,9											
1,65	>0,05	3,90	>0,05	3,19	<0,01	7,08	<0,001	2,40	<0,05	4,30	<0,001
14,0 – 14,9											
5,79	<0,001	3,40	<0,001	2,35	<0,05	4,65	<0,001	2,21	<0,05	4,44	<0,001
15,0 – 15,9											
7,34	<0,001	4,02	<0,001	2,50	<0,05	5,49	<0,001	4,15	<0,001	4,55	<0,001
16,0 – 16,9											
7,54	<0,001	3,45	<0,001	2,45	<0,05	5,94	<0,001	2,94	<0,01	3,63	<0,001

и его динамичного последовательного развития. Поэтому даже небольшое замедление роста, чему способствует пассивное курение, свидетельствует о неблагополучии функционирования организма. В среднем вес мальчиков больше на $2,52 \pm 0,19$ кг, девочек на $2,56 \pm 0,18$ кг ($t=0,15$; $p>0,05$).

Подтверждающим фактом сказанного является излишний вес, хотя и небольшой, у табакозависимых школьников, что связано с цепочкой взаимообусловленных явлений – пассивное курение снижает физическую активность, дети ведут малоподвижный образ жизни и у них увеличивается вес тела. А излишняя масса тела сама является независимым фактором риска, неблагоприятно воздействующего на здоровье детей. Увеличение веса тела приводит и к параллельному увеличению окружности грудной клетки – она больше у мальчиков на $2,53 \pm 0,16$ см, у девочек на $2,79 \pm 0,13$ ($t=1,24$; $p>0,05$). Также, согласно полученным данным, вычислили достоверность различий показателей развития в разных группах школьников. Результаты отображали в таб. 2.

Вывод. Табакокурение являясь одной из социальных, патологических форм, относится к токсикомании. На сегодняшний день установлено, что важную роль в патогенезе формирования зависимости от никотина играет активация альфа4-бета2-никотиновых рецепторов. Исследования показывают, что за последние годы резко увеличилось число подверженности табакокурению среди лиц не достигших 15 лет. Подавляющее большинство курильщиков страдают табачной зависимостью и нуждаются в адекватной медицинской помощи. Предупреждение о вредном воздействии табака на организм

направлено на разъяснение пользователям табака риска его использования, поскольку большинство людей не осознают, что даже минимальный уровень потребления табака является опасным для здоровья. Вот почему наряду с политическими, законодательными, образовательными мерами, первостепенное значение приобретает подбор индивидуальных методов лечения курящего человека. Проведение мотивированных профилактических мер по ограждению пагубного курительного поведения, особенно среди вновь начавших курить, является одной из приоритетных целей общества в целом. Наиболее эффективными мерами по борьбе с табакокурением являются увеличение цены на сигареты и другие табачные изделия за счет увеличения налогов. В каждом регионе должен быть внедрен комплекс эффективных мер по борьбе с табакокурением, действие которых позволило бы некурящим людям оставаться некурящими, как активно, так и пассивно, а курящие постоянно отказывались бы от потребления табака, что в целом должно привести к снижению распространенности потребления табака в регионе. Азербайджанская Республика, утверждая рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе с табакокурением, принятую в 01.11.2005 году, обязалась вести в стране борьбу с табакокурением, а также оказание поддержки по его полному устранению.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность финансовой деятельности. Авторы не имеют финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES – ƏDƏBİYYAT

1. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И. Профилактика и лечение табачной зависимости. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы N29, части 1 и 2, 2016:60 с.
2. Bize R, Burnand B., Mueller Y., Rège-Walther M., Camain J-Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. (<http://www.thecochranelibrary.com>), 2012: 43 p.
3. Бабаев П.Н. Особенности табакокурения в семьях г. Баку и оценка эффективности мер по ограждению детей от воздействия пассивного курения // Азерб. Мед. Жур. 2013.№1 68-73.
4. Колосов В.П., Манаков Л.Г. Респираторное здоровье населения и основные направления оптимизации пульмо-

нологической помощи на территории Дальневосточного федерального округа // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2011;(40):9-15.

5. Health Consequences of Smoking–50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK179276/>.

6. Global Adult Tobacco Survey: Executive Summary. 2016. (In Russ.). <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/rus/en/>.

7. World Health Organization. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: WHO. 2012. ISBN: 978-92-4-156443-4. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf.
4. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco

- co smoking 2000-2025, 2nd ed. World Health Organization 2018. p.120. ISBN 9789241514170. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272694>.
8. Покатилов А.Б., Тириченко О.Ю. Курение среди несовершеннолетних. Главврач Юга России. 2017; 2(54): 76-8. URL: <http://akvarel2002.ru/arhiv>.
9. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/>.
10. Reidpath DD, Davey TM, Kadirvelu A, et al. Does one cigarette make an adolescent smoker, and is it influenced by age and age of smoking initiation? Evidence of association from the US Youth Risk Behavior Surveillance System (2011) // *Prev Med*. 2014;59:37-41. doi:10.1016/j.ypmed.2013.11.011.
11. Taioli E, Wynder EL. Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood // *N Engl J Med*. 1991;325(13):968-9. doi:10.1056/NEJM199109263251318.
12. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences // *Am J Public Health*. 1996;86(2):214-20.
13. Cantrell J, Bennett M, Mowery P, et al. Patterns in first and daily cigarette initiation among youth and young adults from 2002 to 2015 // *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0200827. doi:10.1371/journal.pone.0200827.
14. Saarni SE, Pietiläinen K, Kantonen S, et al. Association of smoking in adolescence with abdominal obesity in adulthood: a follow-up study of 5 birth cohorts of Finnish twins // *Am J Public Health*. 2009;99(2):348-54. doi:10.2105/AJPH.2007.123851.
15. Morris RW, Taylor AE, Fluharty ME, et al. Heavier smoking may lead to a relative increase in waist circumference: evidence for a causal relationship from a Mendelian randomization metaanalysis. The CARTA consortium // *BMJ Open*. 2015;5:e008808. doi:10.1136/bmjopen-2015-008808.
16. Vlasov V.V. Epidemiology: textbook for universities. 2nd ed., Rev. M: GEOTAR-MED, 2006. 464 p. (In Russ.) Власов В.В. Эпидемиология: учебное пособие для вузов. 2-е изд., испр. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. 464 с. ISBN 5-9704-0265-6.
17. De Munter JS, Tynelius P, Magnusson C, Rasmussen F. Longitudinal analysis of lifestyle habits in relation to Body Mass Index, onset of overweight and obesity: Results from a large population-based cohort in Sweden // *Scand J Public Health*. 2015;43(3):236-45. doi:10.1177/1403494815569865.
18. Sikorski C, Luppia M, Weyerer S, et al. Obesity and associated lifestyle in a large sample of multimorbid German primary care attendees // *PloS One*. 2014;9(7):e102587. doi:10.1371/journal.pone.0102587.
19. Bornaards CM, Twisk JWR, Snel J, et al. In a prospective study in young people, associations between changes in smoking behavior and risk factors for cardiovascular disease were complex // *J Clin Epidemiol*. 2005;58:1165-71. doi:10.1016/j.jclinepi.2005.02.019.
20. Шальнова С.А., Деев А.Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2011; Т. 10, №6.
21. Донирова О.С., Цыденжапова М.Б., Дониров Б.А., Исаева Т.А. Оценка когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН*. — 2011; №1.
22. Кавешников В.С., Трубачева И.А., Серебрякова В.Н. Роль табакокурения в формировании современных показателей общественного здоровья // *Сибирский медицинский журнал*. 2011;Т. 26, №1-1.
23. Бабаев П.Н. Частота и структура заболеваемости школьников в зависимости от интенсивности подверженности пассивному курению // *Современные достижения Азерб. Медицины* 2021, № 1, с. 76-81.
24. Куликов В.А. Фремингемское исследование сердца: 65 лет изучения причин атеросклероза // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. — 2012. — Т. 11, №2.
25. Токарева З.Н. и др. Распространенность и особенности проявлений метаболического синдрома во взрослой городской популяции // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2010. — №9(1).
26. Заневский В.П., Копытов А.В., Максимчук В.П. Комбинированная терапия никотиновой зависимости // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. - 2011. - № 1(3). - С. 51-56.
27. Милькаманович В.К., Кучко Р.В. Сестринская помощь в медико-социальной адаптации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // *Медицинские знания*. - 2018. - № 3. - С. 6-14.
28. Основы медицинской профилактики: учеб.- метод. пособие. - Новосибирск, 2016. - 204 с.
29. Основы социальной медицины: учебник / под ред. А. В. Мартыненко.-М.,2018.-375с.
30. Пильщикова В.В. и др. Профилактика заболеваний: учеб. пособие - Краснодар, 2016. - 224 с.
31. Кавешников В.С., Трубачева И.А., Серебрякова В.Н. Роль табакокурения в формировании современных показателей общественного здоровья // *Сибирский медицинский журнал*. — 2011. — Т. 26, №1-1.
32. Явелов И.С. Внезапная сердечная смерть при метаболическом синдроме // *Трудный пациент*. — 2012. — Т. 10, №6.
33. Куликов В.А. Фремингемское исследование сердца: 65 лет изучения причин атеросклероза // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. — 2012. — Т. 11, №2.
34. Новоселова Е.Н. Борьба с курением как фактор формирования здорового образа жизни // *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология*. 2019;25(4): 309-324. <https://doi.org/10.24290/1029-3736-2019-25-4-309-324>.
35. Александров А.А., Розанов В.Б., Дадаева В.А., Котова М.Б., и др. Ассоциация курительного статуса и интенсивности курения с общим и абдоминальным ожирением в выборке мужчин среднего возраста // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020; 19(3): 2446. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2446>.
36. Babayev P.N., Musayev R.G. The Impact of Passive Smoking on Schoolchildren's Academic Performance Depending on the Material and Educational Level of Their Parents // *Azərbaycan-Türkiyə Allergoloq və immunoloqların 1-ci beynəlxalq konfransı*. Bakı ş.2024. s.73-74.

SUMMARY

OBESITY, DISORDERED EATING, DUE TO THE HARMFUL EFFECTS OF PASSIVE SMOKING AND THE TAKING OF PREVENTIVE MEASURES TO REDUCE ITS AGGRAVATING EFFECTS ON HEALTH, ACADEMIC PERFORMANCE AND PHYSICAL DEVELOPMENT

¹Babayev P.N., ²Aliyev R.R.

Azerbaijan Medical University, ¹Department of Public Health and Healthcare Organization and ²Department of Neurology, Baku, Azerbaijan

Objective. To assess key risk factors for obesity exposure to passive smoking among children in Baku and to develop preventive measures to reduce the aggravating effects of passive smoking on their health. **Material and Methods.** Based on a questionnaire survey, outpatient records, and an immunochromatographic test, this study was conducted as part of a study of the impact of family passive smoking on children's health and academic performance. A questionnaire containing seven sets of questions on various social and hygienic aspects of passive smoking was developed. Using questionnaire and outpatient records, anthropometric parameters were calculated separately for boys and girls. Observations were conducted in the most anthropometrically significant age groups of schoolchildren. **Results.** Adolescence is a special period from physiological, psychological, and social perspectives. Adolescents are characterized by experimentation, testing their capabilities, and, as a result, a tendency toward risky behavior. Weighted arithmetic means were calculated for all observed groups, regardless of age. **Conclusions.** Tobacco smoking is classified as substance abuse. It has been established that activation of alpha4 beta2 nicotinic receptors plays a significant role in the pathogenesis of nicotine dependence. Research shows that tailoring individual treatment methods is paramount in treating smokers.

Keywords: eating behavior, body weight, obesity, smoking

XÜLASƏ

PASSİV SİQARETÇƏKMƏNİN ZƏRƏRLİ TƏSİRİ NƏTİCƏSİNDƏ YARANAN PİYLƏNMƏ, QIDA DAVRANIŞININ POZULMASI VƏ ONUN UŞAQLARIN FİZİKİ İNKİŞAFINA, DƏRS MƏNİMSƏMƏSİNƏ, SAĞLAMLIQLARINA ZƏRƏRLİ TƏSİRİNİN AZALDILMASINA DAİR PROFİLAKTİK TƏDBİRLƏRİN GÖRÜLMƏSİ

¹Babayev P.N., ²Əliyev R.R.

Azərbaycan Tibb Universiteti, ¹İctimai sağlamlıq və səhiyyənin təşkili kafedrası və ²Nevrologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Məqsəd. Bakıda uşaqlar arasında passiv siqaret çəkmənin piylənməyə məruz qalmasının əsas risk faktorlarını qiymətləndirmək və passiv siqaretin onların sağlamlığına ağırlaşdırıcı təsirini azaltmaq üçün profilaktik tədbirlər hazırlamaq. **Material və metodlar.** Anket sorğusu, ambulator qeydlər və immunoxromatoqrafik test əsasında bu tədqiqat, ailə passiv siqaretçəkmənin uşaqların sağlamlığına və dərslər mənimsəməsinə zərərli təsirinin öyrənilməsinin bir hissəsi kimi aparılmışdır. Passiv siqaretin müxtəlif sosial və gigiyenik aspektlərinə dair yeddi sual dəstindən ibarət sorğu vərəqi hazırlanmışdır. Anket və ambulator qeydlərdən istifadə edərək, antropometrik parametrlər, oğlanlar və qızlar üçün ayrıca hesablanmışdır. Müşahidə məktəblilərin ən önəmli antropometrik yaş qruplarında aparılmışdır. **Nəticələr.** Yeniyetməlik fizioloji, psixoloji və sosial baxımdan xüsusi bir dövrdür. Yeniyetmələr, eksperimentlər, öz imkanlarını sınaq və nəticədə riskli davranışa meyllə xarakterizə olunurlar. Yaşından asılı olmayaraq bütün müşahidə olunan şagird qrupları üçün antropometrik orta çəkili kəmiyyətlər hesablanmışdır. **Yekun.** Tütünçəkmə maddə asılılığı kimi təsnif edilir. Müəyyən edilmişdir ki, nikotin asılılığının patogenezinə alfa4 beta2 nikotin reseptorların aktivləşməsi mühüm rol oynayır. Tədqiqatlar göstərir ki, siqaret çəkənlərin müalicəsində fərdi müalicə üsullarının uyğunlaşdırılması çox vacibdir.

Açar sözlər: qida davranışı, bədən çəkisi, piylənmə, siqaret çəkmə

Redaksiyaya daxil olub: 29.07.2025

Çapa tövsiyə olunub: 27.08.2025

Rəyçi: Dosent M.T.Meybaliyev