

ХРАНЕНЕ, ХРАНИТЕЛЕН СТАТУС И РАКОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ХОРА С УВРЕЖДАНЯ ОТ ВАРНА

Николина Радева, Христианна Романова, Мария Пантелеева

Медицински университет – Варна, Катедра по медицина на бедствените ситуации и морска медицина

NUTRITION, NUTRITIONAL STATUS AND CANCER OF DISABLED PEOPLE FROM VARNA

Nikolina Radeva, Hristianna Romanova, Maria Panteleeva

Department of Disaster Medicine and Maritime Medicine, Faculty of Public Health, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Водещите стратегии в областта на хранителната политика, обсъждани на редица международни конференции по хранене, са: подобряване на храненето на рискови популационни групи в социално неравностойно положение, промоция на здравословно хранене и др. Чрез пряка анонимна анкета са изследвани 100 души с увреждания от Дружеството на инвалидите, гр. Варна.

Изследването показва нездравословно хранене на инвалиди, изразяващо се в недостатъчно разнообразие на консумираните хранителни продукти, недостатъчна консумация на риба, пресни плодове и зеленчуци. Поради добрата информираност и многото свободно време 69% от анкетираните имат правилен хранителен режим. Причината за лошото хранене според субективната оценка на $\frac{3}{4}$ от запитаните са недостатъчните финансови средства.

С нормално тегло са едва 1/5 от участващите в проучването. Със свръхтегло са 30% и 51% са със затлъстяване в различна степен. Това са резултатите от неправилното „лошо“ хранене и намалената двигателна активност като последствие на инвалидността, което води до задълбочаване и влошаване на здравословното състояние.

Храненето играе голяма роля за образуването на тумори на млечна жлеза, стомашно-чревния тракт, черния дроб, кожата, ендокринните органи (щитовидна жлеза, панкреас), белия дроб, матката и др. От факторите, увеличаващи канцерогенния риск, със значение за изследваната група са общото преяждане, свръхприемът

ABSTRACT

The leading strategies in the field of food policy, proposed at international conferences on nutrition are: improving the nutrition of vulnerable population groups in socially disadvantaged situations, promoting healthy eating. A direct anonymous poll examined the nutritional habits of 100 disabled people, members of the Society of Disabled People in Varna.

The study shows unhealthy nutrition of the disabled, resulting in insufficient variety of consumed food, as well as inadequate consumption of fish, fresh fruit and vegetables. Due to good information and lots of leisure time, 69% of the respondents have a proper diet. The reason for poor nutrition, according to the subjective estimate of $\frac{3}{4}$ of the respondents, is insufficient financial means.

Only 1/5 of the study participants have normal weight. A total of 30% are overweight and 51% have obesity to varying degrees. The „poor“ nutrition and reduced motor activity as a consequence of the disability result in overweight and obesity, which lead to worsening and deteriorating of the health condition.

Nutrition has a significant role in the tumor formation, especially tumors of the mammary gland, gastrointestinal tract, liver, skin, endocrine organs (thyroid gland, pancreas), lung, uterus, etc. Among the factors that increase the carcinogenic risk for the study group are general over-eating, excessive intake of fats and carbohydrates, chemical and radioactive substances and stress - especially with regard to emergency situations (traffic accidents, flood, fire, etc.).

Keywords: health status, nutrition, nutritional status, cancer

на мазнини и въглехидрати, химическите и радиоактивни вещества, и стресът – най-вече във връзка с бедствени ситуации (транспортни инциденти, наводнение, пожар и др.).

Ключови думи: здравен статус, хранене, хранителен статус, ракови заболявания

ВЪВЕДЕНИЕ

Водещите стратегии в областта на хранителната политика, предложени на международни конференции по хранене, са: подобряване на храненето на рискови популационни групи в социално неравностойно положение, промоция на здравословно хранене и др. (4). Тези стратегии са включени като приоритетни и в Първия европейски план за действие в областта на храненето 2000-2005 г. (11).

Социално-икономическите проблеми в България през последните 15 години оказват влияние върху храненето на населението, особено на пенсионерите и инвалидите. Инвалидите са рискова група по отношение на здравния статус, храненето и хранителния статус (2).

Целта на разработката е оценка на здравния статус и хранителните навици на хора в неравностойно положение (инвалиди).

ПОСТАНОВКА И МЕТОДИ

Чрез пряка анонимна анкета са изследвани 100 души от група в риск от Дружеството на инвалидите, гр. Варна.

Разработената анкетна карта включва 22 въпроса, касаещи здравословното състояние, режима на хранене, хранителните навици, хранителния прием и хранителния статус. За оценка на антропометричния хранителен статус е използван индексът на телесната маса (BMI – body mass index).

Хората с увреждания работиха самостоятелно с анкетна карта, без да бъдат ограничавани във времето. Извършена е количествена и качествена компютърна обработка на получените резултати.

Разпределението на анкетираните по възраст е: до 20 год. – 6%; 20-40 год. – 17%; 40-60 год. – 22% и над 60 год. – 55%.

Инвалидността е във връзка с основната професия само при 8% от анкетираните.

Разпределение на инвалидността по групи (8) е представена на Табл. 1.

Табл. 1. Разпределение на инвалидността

Група инвалидност	%
I група с чужда помощ	16
I група (над 90% увреждания)	19
II група (70-90% увреждания)	29
III група (50-70% увреждания)	36
Общ брой	100

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Здравният статус на анкетираните хора с увреждания е следният: преобладаващ брой (62%) посочват наличие на сърдечно-съдови заболявания (хипертония, стенокардия, инфаркт), 15% – мозъчно-съдова болест, 10% – диабет, 10% – ракови заболявания и др.

От раковите заболявания: 3 случая са на млечната жлеза, 2 – на стомашно-чревния тракт (стомах и дебело черво), 1 – на бял дроб, 1 – на простатната жлеза, 1 – на кожата, 1 – на щитовидна жлеза, и 1 – на бъбрек (вторичен, с първично проявление преди 5 години на матката). Всички случаи са след оперативни интервенции, като при 9 е проведена лъчетерапия и химиотерапия. Анкетираните са в сравнително добро общо състояние, със запазена двигателна активност (проучването е проведено в Дружеството на инвалидите, а не в домовете им или в болнично заведение).

В структурата на заболяванията от рак за България през 1982 г. при мъже най-голям е делът на рака на бял дроб, на второ място – рак на кожата, на трето – рак на стомаха, следват рак на простатата, правото черво, пикочен мехур и др. При жени на първо място е рактът на млечната жлеза, на второ – рак на кожата, трето – на матката, яйчници, стомах, дебело и право черво.

След 2000 г. рактът на дебелото черво се утвърди на второ място и при мъже (след рака на белия дроб) и при жени (след рак на млечна жлеза).

Получените резултати от нашето проучване показват, че 69% от анкетираните имат трикра-

тен режим на хранене, 20% – двукратен, 6% – еднократен и 5% – четирикратен.

СЗО препоръчва зърнените храни да бъдат в основата на пирамидата на здравословния хранителен модел. Традиционно високата консумация на хляб и тестени храни (91% ежедневно), които са основен източник на въглехидрати в храненето на българите, се оценява като позитивна характеристика на българския хранителен модел (Табл. 2).

43% консумират ежедневно захар и захарни изделия, което оценяваме като нездравословно и неправилно. Може да се свърже с изградени навици и традиции, както и богатия избор в България на готови сладкарски изделия и полуфабрикати.

Около 1/3 от анкетиранията ежедневно приемат мляко, млечни продукти, месо и колбаси, което осигурява достатъчно количество протеини и мазнини.

Международни проучвания показват поло-

нимите аминокиселини в рибата са основна антиракова профилактика (9,10).

Пресни плодове и зеленчуци са включени в ежедневното меню само при 1/5 от инвалидите. Този факт се обяснява с високите пазарни цени и ниските доходи.

Доказано рискови за здравето алиментарни фактори са консумацията на алкохол, сол и газирани напитки, с които анкетиранията представители на групата в риск не злоупотребяват.

На въпроса „Как употребявате готварска сол?“ отговорите са: 15% – винаги соля; 25% – понякога; 31% – не прибавям допълнително сол, и 29% – храня се безсолно (диетично).

На въпроса „Употребявате ли алкохол?“ отговорите са: 11% – всеки ден, 18% – един-два пъти седмично, 35% – рядко и 36% – никога. Консумиращите алкохол са по-малко от 1/3 от всички анкетиранията.

На Табл. 2 са представени данните за вида на консумираните храни.

Табл. 2. Вид на консумираните храни

Продукти	1 път дневно	Повече от 1 път дневно	1 до 3 пъти седмично	1 до 3 пъти месечно	Рядко, почти не консумирам
Мляко	20	12	52	13	3
Млечни продукти	21	10	51	19	0
Месо и колбаси	15	14	50	16	5
Риба	0	0	26	35	36
Яйца	0	0	40	27	32
Птици	0	0	45	38	17
Пресни плодове	9	8	62	21	0
Пресни зеленчуци	8	11	39	40	2
Захар и захарни изделия	31	12	34	15	9
Бобови храни	7	0	34	35	18
Хляб и тестени храни	54	37	10	0	0
Ориз	0	0	54	47	0
Газирани напитки	0	0	6	41	55
Кафе	28	9	27	25	12

жителни корелации ($r=0,6-0,7$) между индивидуалния липиден внос и смъртността от злокачествени новообразувания. При тези изследвания връзката се дължи на консумацията на животински мазнини. Други автори сочат, че диети, богати на наситени или животински мазнини, повишават риска от рак (5,7).

Близо 1/3 рядко (почти) не консумират риба и яйца, което отчитаме като неблагоприятен здравословен фактор. Според някои автори неза-

Субективната оценка, направена за храненето им, е следната: 5% – много добро, 10% – добро, 48% – задоволително, и 37% – лошо. Причината за лошото хранене са недостатъчните финансови средства според $\frac{3}{4}$ от запитаните. Това показва добра информираност, но липса на финансова възможност да се осигури здравословно хранене.

От различни проучвания в България е установено, че храненето играе съществена роля за образуването на тумори на млечната жлеза, сто-

машно-чревния тракт, черния дроб, кожата, ендокринните органи (щитовидна жлеза, панкреас), белия дроб, матката и др. (6).

Установено е, че основните фактори, увеличаващи канцерогенния риск, са:

1. общо преяждане, свръхприем на мазнини и въглехидрати;
2. преобладаващо консумиране на преработена и престояла храна;
3. добавяне към храната на химични вещества;
4. вредни навици – голямо количество кафе, тютюнопушене и алкохол;
5. стрес – най-вече във връзка с преживяна бедствена ситуация (катастрофа, наводнение, пожар и др.);
6. химически и радиоактивни вещества, без връзка с храненето (лекарства, професионални вредности, аварии и др.).

За инвалидите от нашето проучване можем да обобщим, че им влияе най-силно първият фактор, тъй като теглото при болшинството е извън нормата. В Табл. 3 е представено разпределението на анкетираните 100 души според индекса на телесна маса (ВМІ) в проценти.

Табл. 3. Разпределение в проценти според индекса на телесна маса (ВМІ)

	Мъже	Жени	Общо
Норма (%)	8	11	19
Свръх тегло (%)	9	21	30
I степен затлъстяване (%)	10	12	22
II степен затлъстяване (%)	11	5	16
III степен затлъстяване (%)	6	7	13

Антропометричният показател ВМІ е важен индикатор за оценка на хранителния и общия здравен статус на населението. Оценката на антропометричния хранителен статус е, че с нормално тегло са едва 1/5 от участващите в проучването. Със свръхтегло са 30% и 51% са със затлъстяване в различна степен. Това са резултатите от неправилното „лошо“ хранене и намалената двигателна активност като следствие от инвалидността, което води до задълбочаване влошаването на здравословното състояние.

Влиянието на втория и третия фактор не сме определяли за нашата група изследвани лица. Вредните навици също не са от голямо значение

за хората с увреждания: само 21% са пушачи от 5 и повече години и 23% са бивши пушачи.

Вероятността за лъчево индуцирани ракови заболявания в България във връзка с Чернобилската авария през 1986 г. е значителна, тъй като населението не бе предупредено и не са приложени никакви мерки за защита (3). Наблюдава се трайно съдържание в почвата на дългоживеещия елемент цезий-137. Замърсяването на околната среда и от химическата промишленост продължава да е сериозен проблем за страната ни (1).

Онкологичната помощ в България бележи успехи – увеличаване преживяемостта на болните. Докато през 1970 г. броят на онкоболните, живели 5 и повече години, е бил 21 701, през 1982 г. е 49 259 (средно 2,5 пъти повече), през 2003 г. е 96 352 (близо още 2 пъти).

Изборът на хранителните продукти е направен според цената при 74% от анкетираните, 20% полезност на храните за здравето, 5% посочват вкусови предпочитания и 1% се съобразяват с рекламите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изследването показва нездравословно хранене при проучваната група в риск във Варна, изразяващо се в недостатъчно разнообразие на консумираните хранителни продукти, недостатъчна консумация на риба, пресни плодове и зеленчуци. Поради добрата информираност и многото свободно време 69% от анкетираните имат правилен хранителен режим. Причината за лошото хранене според субективната оценка са недостатъчните финансови средства според $\frac{3}{4}$ от запитаните. Това показва добра компетентност, но липса на финансова възможност да се осигури здравословно хранене.

С нормално тегло са едва 1/5 от участващите в проучването. Със свръхтегло са 30% и 51% са със затлъстяване в различна степен. Това са резултатите от неправилното „лошо“ хранене и намалената двигателна активност като следствие от инвалидността, което води до задълбочаване и влошаване на здравословното състояние.

Храненето играе голяма роля за образуването на тумори на млечната жлеза, стомашно-чревния тракт, черния дроб, кожата, ендокринните органи (щитовидна жлеза, панкреас), белия дроб, матката и др. От факторите, увеличаващи канцерогенния риск, със значение за изследваната група са общото преяждане, свръхприемът на мазнини и въглехидрати, преживеният стрес и влиянието на химически и радиоактивни вещества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басмаджиева К. и съавт., Здравно-екологична характеристика на рисковите райони в България, София, 1991
2. В помощ на хората с увреждания, Министерство на труда и социалната политика, София, 2003.
3. Василев Г., Облъчване на българското население в резултат на радиоактивно замърсяване на страната след аварията на Чернобилската АЕЦ, Рентгенология и радиология, 1990, 3, 40-42
4. Гацева, П., Н. Чардаюшева, Антропометричен хранителен статус и оценка на физическото развитие на ученици от гр. Пазарджик, Scripta periodica, 2004, 3, 47-51
5. Йорданов Бл. и съавт., Национално проучване на храненето при институционализирани деца на възраст 7-16 год, проблеми на хигиената, 2000, 3, 22-26
6. Митров Г., И. Черноземски, Хранене и рак, МФ, София, 1985
7. Пенков А., Хранене и рак на простатата. Проблеми на хигиената, 2004, 1, 43-46
8. Романова Хр., Социален и здравен статус на хора в неравностойно положение от Варна (България)
9. Юстиниянова Б., Д. Томов, Л. Поптомова, Състояние и проблеми на студентското хранене, Проблеми на хигиената, 2003,3,45-48
10. WHO (2000). CINDI Dietary Guide.
11. WHO/Reg Office Europe (1999) First Food & Nutrition Action Plan for Europe 2000-2005, pp 25

Адрес за кореспонденция:

Мария Пантелеева
Факултет по обществено здравеопазване
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов“ 55
Варна 9002
e-mail: panteleeva.varna@gmail.com