

Дистанционное медицинское интернет-консультирование и обучение врачей и больных сахарным диабетом и ожирением (двухлетний опыт работы)

Е.Г. Старостина, А.В. Древаль

Кафедра эндокринологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
(дир. — член-корр. РАМН Г.А. Оноприенко)

В предыдущей публикации мы проанализировали современное состояние проблемы медицинского консультирования пациентов через всемирную компьютерную сеть (Интернет) [3]. Здесь мы представляем результаты первых двух лет работы виртуальных консультативных «кабинетов», созданных с учетом обсуждавшихся потенциальных преимуществ и «подводных камней» этой новой информационно-коммуникативной технологии. Главной целью работы явилось внедрение системы дистанционного консультирования и обучения врачей и эндокринных больных, в первую очередь с сахарным диабетом (СД) и ожирением, оценка возможности ее применения по таким аспектам, как характеристика аудитории, анализ структуры задаваемых вопросов, частота и причины повторных обращений. Особое внимание уделялось функционированию кабинета по вопросам питания при СД и/или ожирении (ПСДО).

Материалы и методы

Проанализирована работа четырех кабинетов, с 1999 г. работающих на Интернет-сайте www.diabet.ru (автор — проф. А.В. Древаль): специализированного кабинета ПСДО (консультант Е.Г. Старостина), двух кабинетов общендокринологического профиля (Э1 и Э2) и одного специализированного кабинета по диабетологии (Д). Все они функционировали по принципу «вопрос — ответ», что позволяло любому посетителю сайта: а) задавать в произвольной форме (анонимно и не анонимно) любые вопросы по СД, ожирению или другим эндокринным заболеваниям и получать ответы квалифицированного специалиста (активное индивидуальное обучение); б) просматривать все вопросы других посетителей и полученные на них ответы специалистов (пассивное индивидуальное обучение).

Квалифицированную медицинскую консультацию посетители сайта получали бесплатно. Интернет-консультант мог задавать пациенту уточняющие вопросы, вступать с ним в диалог или рекомендовать ему дополнительные образовательные материалы или источники. В дальнейшем обсуждении использованы следующие термины: «посетитель» — посетитель кабинета, задавший вопрос; «интерактивный посетитель» — посетитель кабинета, обратившийся повторно после получения первого ответа консультанта; «интеракция» — комплекс «вопрос посетителя + ответ консультанта».

В анализ взяты несколько репрезентативных периодов работы интернет-кабинетов — начальный этап и этапы стабильной работы (табл. 1). На начальном этапе работы кабинетов Э1 и Э2 анализировались только вопросы, касающиеся СД и ожирения, на развернутом — все вопросы; по кабинетам ПСДО и Д на всех этапах анализировали все вопросы.

Полученные количественные данные обработаны методами описательной статистики. Для сравнения средних применяли модель однофакторного дисперсионного анализа ANOVA; при несоблюдении нормального закона распределения проводилось ранжирование данных. Качественные данные сравнивали с помощью критерия хи-квадрат или точного критерия Фишера. За уровень статистической достоверности принимали $p < 0.05$.

Результаты и их обсуждение

Для анализа посетители были разделены на 6 категорий: пациенты с СД; пациенты, интересующиеся проблемой веса; пациенты с другими эндокринными заболеваниями (кроме СД); родственники и близкие пациентов; медицинские работники; прочие посетители (табл. 2).

Явное преобладание женщин по группе в целом (63.1%) было обусловлено их более высокой интернет-активностью по проблемам здоровья [3], а так-

Таблица 1

Анализ выборки посетителей консультативных интернет-кабинетов (n=767)

Этапы работы	Виртуальные консультативные кабинеты			
	ПСДО	Э1	Э2	Д
Начальный	V-VIII 1999 г.: 33 чел.	II-VIII 1999 г.: 19 чел.*	XI-XII 1999 г.: 14 чел.*	II-VIII 1999 г.: 13 чел.
Развернутый	IX-XII 1999 г.: 112 чел.	IX-XII 1999 г.: 16 чел.		X-XII 1999 г.: 9 чел.
	I-III 2000 г.: 200 чел.	I-III 2000 г.: 24 чел.	I-IV 2000 г.: 38 чел.	I-II 2000 г.: 7 чел.
	X-XII 2000 г.: 132 чел.	X-XII 2000 г.: 120 чел.	X-XII 2000 г.: 30 чел.	—
Итого...	477 чел. (62.2%)**	179 чел. (23.3%)	82 чел. (10.7%)	29 чел. (3.8%)

1999 г. разные ВКК начинали работу не одновременно.

* — только вопросы по СД и ожирению, ** — от числа всех проанализированных посетителей

Таблица 2

Характеристики различных категорий посетителей интернет-кабинетов

Параметры	n (%)	Пол, М (n) % Ж (n) %	Возраст, лет (средний $\pm$ SD, диапазон)
Все активные посетители	767 (100)	26.5 63.1 (n=484*)	31.6 $\pm$ 10.6 (14.0 – 70.0)(n=303*)
Пациенты			
сахарный диабет 1 и 2	123 (16.0)	49.7 44.2 (n=118*)	34.7 $\pm$ 13.4 (15.0 – 65.0) (n=64*)
проблема веса	355 (46.3)	11.3 82.0 (n=331*)	29.5 $\pm$ 8.6 (14.0 – 70.0) (n=189*)
другие эндокринопатии	61 (7.9)	27.5 71.5 (n=49*)	33.6 $\pm$ 11.0 (15.0 – 53.0) (n=26*)
Родственники, из них:	119 (15.5)	Нет данных*	Нет данных*
больных СД 1 и 2	76 (63.9)	Нет данных*	Нет данных*
лиц с проблемой веса	17 (14.3)	Нет данных*	Нет данных*
больных с прочими эндокринопатиями	26 (21.8)	Нет данных*	Нет данных*
Медицинские работники	59 (7.7)	22.0 25.4 (n=28*)	35.3 $\pm$ 10.6 (22.0 – 45.0) (n=8*)
Прочие**	42 (5.5)	38.1 42.9 (n=42)	24.1 $\pm$ 5.7 (19.0 – 36.0) (n=11*)
Не идентифицированы	8 (1.0)		

SD – стандартное отклонение

* При обращении в интернет-кабинет указывать сведения о себе было необязательно, поэтому демографические данные были получены не по всем посетителям.

** В основном это посетители, интересующиеся проблемами не-эндокринологического профиля; в дальнейший анализ их не включали.

же тем, что они составляли большую часть среди лиц с проблемой массы тела (82.0%). Средний возраст посетителей мужского и женского пола не различался, однако возрастной диапазон женщин был несколько шире (14-70 лет), чем мужчин (16-56 лет).

Анализ тематики по группе в целом (4 интернет-кабинета, без разделения на пациентов, их родственников и врачей) показывает, что вопросы группировались следующим образом: проблемы, связанные с массой тела (424 вопроса.), СД (235), другими эндокринопатиями (75), неклассифицируемые (31) (рис. 1). Внутри каждой из этих категорий вопросы по лечению абсолютно преобладали над остальными (о диагностике, симптомах, причинах заболеваний и т.д.) (рис. 2). Доля диагностических вопросов была относительно выше в категории «другие эндокринные заболевания» (25%), в то время как в категории «ожирение» вопросы диагностического характера составляли лишь 2.6%.

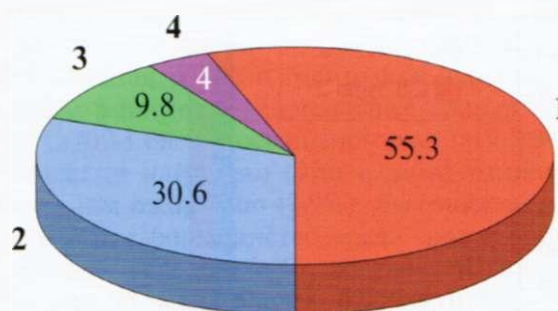


Рис. 1. Распределение вопросов по нозологиям (в %).

1 - проблемы, связанные с массой тела, 2 - сахарный диабет, 3 - другие эндокринные заболевания, 4 - неклассифицируемые вопросы.

Вопросы по лечению СД1 задали 90 и 98 посетителей. С учетом разной распространенности двух типов СД очевидно, что интернет-активность больных СД 1 намного выше. Вопросы по решению проблем, связанных с массой тела, подразделялись так: методы снижения – 363, прибавки – 17, поддержания имеющейся массы тела – 33 (или, соответственно, 85.6, 4.0 и 10.4%). Среди вопросов диагностического характера (n=56) лидировал СД (43.6%), за ним следовали другие эндокринные заболевания (36.3%), ожирение (14.5%) и прочие (5.6%).

Анализ пациентов с СД 1 и 2 типа и их родственников (анализируется совместно, т.к. вопросы, присланные родственниками, качественно не отличались от вопросов пациентов). Характеристики больных СД1 и СД2, обращавшихся за консультацией в 4 интернет-кабинета, представлены в табл. 3. Нес-

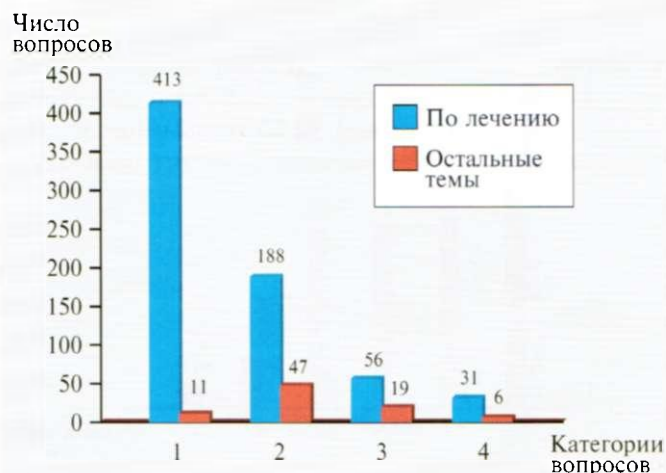


Рис. 2. Соотношение вопросов по лечению и по остальным аспектам внутри каждой из категорий. 1 - проблемы, связанные с массой тела, 2 - сахарный диабет, 3 - другие эндокринные заболевания, 4 - прочее.

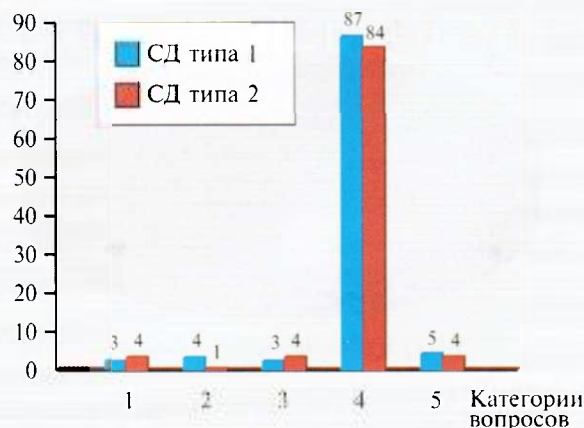
Число
вопросов

Рис. 3. Распределение больных СД 1 и 2 типа по категориям вопросов. 1 - «как снизить вес», 2 - «как прибавить в весе», 3 - диагностика СД, 4 - лечение СД, 5 - прочее.

смотря на некоторую неполноту (сообщение сведений о себе было необязательным), они абсолютно типичны.

Распределение по категориям вопросов, заданных больными СД1 и СД2 и их родственниками, довольно сходно (рис. 3). Среди них абсолютно преобладают вопросы по лечению (87 пациентов с СД1 и их родственники задали 105 вопросов по лечению, 84 пациента с СД 2 и их родственники — 102 вопроса). Обращает на себя внимание тот факт, что проблема снижения массы тела больных СД 2 волновала редко, хотя именно это мероприятие лежит в основе успешной терапии данной категории пациентов. У обеих групп больных СД и их родственников самый большой интерес вызывают нетрадиционные («аль-

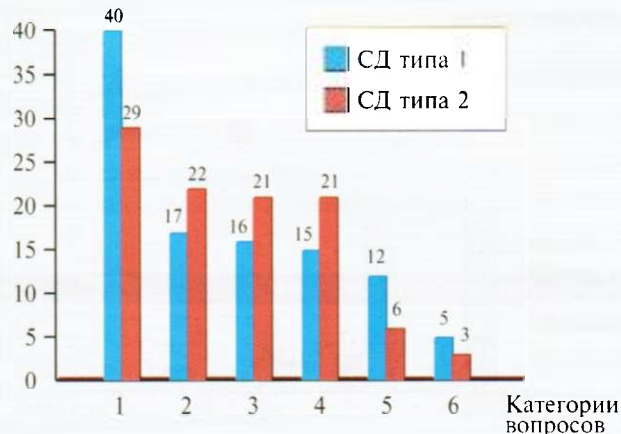
Число
посетителей

Рис. 4. Тематика вопросов по лечению, заданных больными СД и их родственниками: 1 - нетрадиционные методы, 2 - медикаментозная терапия, 3 - осложнения и сопутствующие заболевания, 4 - диетотерапия, 5 - состояния, требующие коррекции лечения, 6 - прочее.

тернативные») методы лечения и «излечения» СД (травы, пищевые добавки, бионормализер и т.д.) — им было посвящено 38.1% «терапевтических» вопросов при СД 1 и 28.4% при СД 2 (рис. 4). Второе место занимают вопросы медикаментозной терапии СД, его осложнений и сопутствующих заболеваний, а также диетотерапия. Примечательно, что категория, в которой были объединены клинические состояния и ситуации, требующие коррекции терапии (гипогликемия, кетоацидоз, физическая нагрузка), и методы такой коррекции (изменение дозы инсулина, самоконтроль, обучение) вызвали интерес у весьма небольшой части пациентов с СД1 и СД2 и их родственников.

Большинство вопросов по диагностике СД позволяло сделать заключение о несоблюдении правил выполнения перорального ГТТ и ошибках в его интерпретации по месту жительства пациентов.

Таблица 3

Демографические и клинические характеристики больных СД (n=199), по данным 4 интернет-кабинетов		
Параметры	СД 1 типа (n=102)	СД 2 типа (n=97)
Пол (м : ж, %) (n=98)*	54.9 : 41.2 (n=98*)	44.3 : 47.4 (n=89*)
Возраст	(n=30*)	(n=34*)
средний ± SD	25.2 ± 8.7	43.0 ± 11.2
диапазон	15.0-44.0	23.0-65.0
Индекс массы тела, кг/м ²	(n=7*)	(n=19*)
средний ± SD	21.4 ± 5.1	29.0 ± 6.7
диапазон	18.3-32.4	17.7-48.1

* При обращении в интернет-кабинет указывать сведения о себе было необязательно, поэтому данные были получены не по всем посетителям.

Медицинские работники. Медицинские работники составляли наименьшую часть посетителей 4 интернет-кабинетов (59 человек, или 7.7%; врачей — 58, медицинская сестра — 1, поэтому в дальнейшем данная группа будет обозначаться как «врачи»). Тем не менее, с учетом доли врачей среди населения в целом, а также не самого высокого процента пользователей интернетом среди врачей их интернет-активность на нашем сайте можно считать достаточно высокой. Средний возраст врачей не отличался от показателя по группе в целом (36.5 ± 10.6 лет, диапазон 22-45 лет); мужчины и женщины были представлены одинаково. В этой категории посетителей обращал на себя внимание наиболее высокий процент вопросов по ожирению (24 человека, или 40.7%), затем по частоте следовал СД (17 человек, или 28.8%); на все остальные эндокринопатии приходилось лишь 8 вопросов (13.6%). В категории «СД» доминирующей темой было лечение (70.6%), в категории «ожирение» — медикаментозная терапия (45.8%) и нетрадиционные диеты (41.7%). Все вопросы врачей, касающиеся лечения СД, относились исключи-

тельно к пероральной сахароснижающей терапии (особенности действия тех или иных препаратов).

Анализ работы кабинета ПСДО. Отдельный анализ этого кабинета представляется целесообразным не только потому, что он лидировал по числу посетителей и просмотров (просмотр — чтение вопросов и ответов посетителей без отсылки своего собственного вопроса), но и потому, что формирование правильных представлений о питании при СД1, СД2 и ожирении важно для успеха лечения, однако рекомендации, которые получают пациенты от врачей или через средства массовой информации, не только крайне противоречивы, но и зачастую неверны. Число просмотров кабинета ПСДО за 2 года составило около 20 000, число посетителей — в среднем, 80 в месяц. Средний объем одного ответа — 3/4 печатной страницы; за 2 года работы кабинета ПСДО консультант [Е.С.] в форме ответов оформил свыше 1300 страниц печатного текста.

За указанные в табл. 1 периоды работы посетители распределялись следующим образом: преобладали лица с избыточной массой тела/ожирением (без СД) и их родственники — 245 (51.5%), вторыми по частоте следовали лица с нормальной массой тела — 109 (22.9%), реже обращались пациенты с СД — 40 (8.4%), лица с дефицитом массы тела без СД — 9 (2%), врачи — 34 (7.1%), родственники — 19 (4%), прочие — 20 (4.2%). Анализ цели обращения в кабинет выявил, что за рекомендациями по снижению массы тела обратились 307 человек (64.5%), прибавить ее хотели лишь 12 (2.5%); лечение СД интересовало в общей сложности 43 чел. (9.1%) и диагностика степени избыточной массы тела — 15 (3.2%). Сравнительная активность различных групп лиц с избыточной массой тела/ожирением представлена на рис. 5: во всех возрастных группах, кроме самых

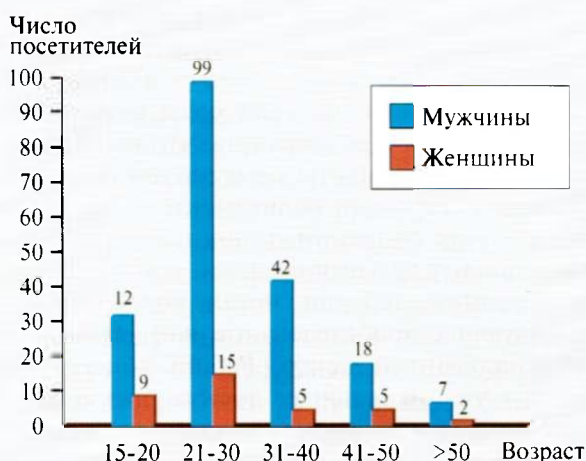


Рис. 5. Сравнительная активность различных групп посетителей с избыточным весом и ожирением (кабинет ПСДО).

юных, проблемами массы тела более обеспокоены женщины, чем мужчины, с пиком активности среди лиц от 21 года до 30 лет. Наибольший интерес лица с ожирением, желающие похудеть, проявляли к вопросам питания и медикаментозной терапии (рис. 6), причем в последней наибольшее количество вопросов (>70%) было посвящено орлистату. Интерес к физическим нагрузкам (2%) и заболеваниям, сопутствующим ожирению (7.9%), был низким.

Абсолютное большинство среди лиц с нормальной массой тела ($n=109$) составляли женщины (88.1%, или 96 чел.), причем 62 посетителя (56.9%) желали снизить массу, имея нормальный ИМТ. В частности, этим и объяснялся тот факт, что количество посетителей кабинета ПСДО, желающих похудеть ($n=307$), превышало число лиц, действительно имеющих избыточную массу тела/ожирение ($n=245$). Тематика, интересующая лиц с нормальной массой тела, отличалась от таковой у лиц с ожирением: чаще поступали вопросы о нетрадиционных диетах (19.3% и 8% соответственно, $p < 0.05$), реже — о медикаментозной терапии (11.9% и 30.9%, $p < 0.05$); в то время как с одинаковой частотой задавались вопросы по традиционной диетотерапии (38.5% и 40.3%, $p > 0.05$) и физической нагрузке (2.8% и 2.9% соответственно, $p > 0.05$).

Оценка эффективности дистанционного интернет-консультирования пациентов и врачей. Поскольку многие обращались на сайт анонимно, без регистрации, т.е. не сообщая сведений о себе и обратного адреса, мы не могли проследить в динамике изменение массы тела, компенсации диабета или других показателей у всех посетителей интернет-кабинетов. Вследствие этого пилотная оценка эффективности данной формы работы проводилась косвенно: а) по количеству посетителей, повторно обратившихся к консультанту; б) путем расчета показателя интерактивности для каждого консультанта; в) путем расчета скорости снижения массы тела (у тех посетителей, которые добровольно присылали данные о себе в динамике).

По всей группе в целом ($n=767$) число интерак-



Рис. 6. Темы вопросов (в %), заданных лицами с избыточным весом/ожирением, желающими снизить вес.

ций составило 151 (19.7%), из них 113 (14.7%) человек прислали уточняющие данные о себе, 100 человек (13.0%) благодарили за консультацию, 93 (12.1%) человека задали новые вопросы. Вероятность интеракций не зависела от пола и возраста посетителей, от обсуждавшихся тем и типов вопросов и от категорий посетителей. Отмечалась тенденция к большей интерактивности среди лиц с избыточной массой тела и ожирением, однако она не достигала достоверности.

Названные 4 кабинета не различались по проценту обращавшихся в них врачей и по суммарному проценту повторных обращений. Однако количество посетителей, приславших благодарность за полученный ответ, было достоверно выше в кабинетах Э1 (24%) и ПСДО (71%), нежели в кабинетах Э2 (6.1%) и Д (0%) ($p = 0.015$). Не исключено, что это различие могло зависеть от объема ответов и подробности объяснений, даваемых консультантами. Сравнение показателей интерактивности приводит к табл. 4.

Из данных видно, что показатели интерактивности в трех кабинетах — Э1, Э2 и ПСДО — были практически идентичными и только показатели кабинета Д существенно отличались. Однако статистическое сопоставление кабинета Д с тремя остальными не совсем корректно, так как объемы выборок раз-

Таблица 4

Сравнение степени интерактивности дистанционного консультирования в 4 интернет-кабинетах				
Показатели интерактивности	Э1	Э2	ПСДО	Д
Интерактивные посетители (n, %)	33/179 (18.45)	15/82 (18.3)	91/477 (19.1)	1/29 (3.5)
Число интеракций на 1 интерактивного посетителя	2.73	2.80	2.67	4.00
Число интеракций на 1 посетителя	1.32	1.33	1.31	1.1

личаются более чем в 3 раза, а интерактивный посетитель в этом кабинете был лишь один.

Во II квартале 2000 г. в кабинете ПСДО работала временная программа, с помощью которой посетитель, задавший вопрос, мог оценить полученный ответ по 6-балльной системе (от 6 — «ответ полностью удовлетворяет: узнал то, что хотел/все понял», до 1 — «ответ абсолютно не удовлетворяет: спрашивал совсем о другом или ничего не узнал, ничего не понял»). По этой программе были обработаны данные по 70 запросам, присланным в кабинет. Средняя оценка, данная врачами ответам консультанта, составила 5.5 балла. Средняя оценка, данная пациентами, равнялась 4.0 баллам («ответ скорее удовлетворяет, чем не удовлетворяет: узнал и понял многое, хотя не все»).

О снижении массы тела после выполнения рекомендаций, полученных в кабинете ПСДО, спонтанно сообщили 12% пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Темпы снижения веса у них колебались от 1 до 20 кг в месяц, составляя в среднем 3.6 ± 2.3 кг в месяц, что соответствует рекомендациям группы экспертов ВОЗ (0.5 — 1 кг в неделю). Эффективность дистанционного интернет-консультирования как средства обучения пациентов проиллюстрируем следующим примером.

С. З. В., 35 лет, рост 165 см, масса тела 85 кг, ИМТ 31.2 кг/м². Впервые обратилась в кабинет ПСДО в январе 2000 г. Ей была рассчитана индивидуально подобранная суточная калорийность, даны конкретные рекомендации по снижению содержания жиров в пище, выбору продуктов, физической активности. При повторном обращении через 1.5 мес. пациентка сообщает о похудании на 5 кг и отзывается об эффективности консультирования так: «Я просто выполняю рекомендации консультанта... по сравнению с тем, как я истязала себя раньше — отказ от мучного и сладкого, иногда — голод, чувствую себя в раю на этих 1470 ккал и почти без ограничений в составе (кроме жиров). Прошу заметить: у меня не было ни дня без мучного и сладкого. А вот без жирного (ну почти что) — естественно, были».

Через 6 мес. после первичной консультации пациентка похудела на 12 кг, через 20 мес. удерживает сниженный вес (таким образом, достигнута цель лечения в плане снижения массы тела на > 10% от исходного и его успешного удержания).

Заключение

Проанализированные нами материалы свидетельствуют о возможности создания и функционирования интернет-кабинетов для врачей и больных СД и ожирением. Это подтверждается тем, что на протяжении уже трех лет интернет-кабинеты устойчиво привлекают многочисленную аудиторию врачей и пациентов. При разработке данного метода мы постарались учесть уже обсуждавшиеся возможные проблемы и преимущества [3]. Так, для проведения консультаций привлекались высококвалифицированные специалисты-эндокринологи и диabetологи, полная информация о которых была размещена на сайте. Хочется особо подчеркнуть, что консультанты не ставили заочных диагнозов и заочно не назначали и не корректировали медикаментозную терапию, однако в случае сомнений в диагнозе, уже поставленном пациенту другими врачами, или в адекватности назначенной терапии могли порекомендовать соответствующее дообследование или обращение в специализированный центр. Работа консультантов строилась с учетом наиболее достоверных и доказательных данных и не носила рекламного характера. Основное ее содержание и смысл заключались в том, чтобы дать максимально индивидуализированные ответы на очень конкретные вопросы пациентов, касающиеся «жизни с диабетом» или снижения массы

тела, которые они, по-видимому, не имели возможности в силу субъективных и объективных причин решить со своими лечащими врачами. С нашей точки зрения как для пациентов так и для врачей определенную положительную роль играла возможность анонимного обращения.

Что касается аудитории виртуальных кабинетов, то, естественно, в нашем исследовании отражена возможность и эффективность дистанционного консультирования и обучения только части популяции пациентов и врачей, а именно — лиц, имеющих компьютер и доступ в Интернет. Как было показано, половой и возрастной состав аудитории был весьма разнообразным, хотя можно говорить о доминировании женщин и лиц в возрасте от 20 до 40 лет. Это согласуется с зарубежными данными об особенностях аудитории общедоступных медицинских сайтов [3].

Ранее мы сообщали данные, полученные путем прямого интервьюирования в рамках многоцентрового обзорного исследования о степени информированности и подходах врачей и пациентов к проблеме ожирения [2]. Результаты данной работы (структура и характер вопросов по СД и ожирению) дают дополнительное представление о «проблемных зонах» в уровне знаний и владении практическими навыками у пациентов и врачей в области диагностики и, в большей степени, лечения этих заболеваний. Как правило, большая часть вопросов касалась деталей, которые освещаются в руководствах по диабетологии для врачей или брошюрах для пациентов недостаточно подробно. Так, высокий процент вопросов от пациентов и медицинских работников по «нетрадиционной диетотерапии» связан, несомненно, с тем, что достаточно аргументированный критический анализ последних пока нигде в отечественной литературе не опубликован. Другой большой «блок» вопросов представлял те проблемы, которые освещены в литературе довольно обобщенно, но в каждом случае должны разбираться индивидуально, применительно к конкретному пациенту. Таким образом, в этом отношении интернет-кабинеты функционируют аналогично широко распространенным за рубежом телефонным «горячим линиям» по диабету или консультативному приему диabetолога или медицинской обучающей сестры, естественно, не заменяя последних. К сожалению, если сравнить выявленную структуру «интересов» больных СД с данными, полученными нами в 1988 г. по результатам анкетирования 2000 пациентов с СД [4], то существенной динамики за прошедшие более чем 10 лет не отмечается: по-прежнему больных больше интересуют методы лечения с недоказанной эффективностью, нежели практически важные стороны жизни с собственным заболеванием, они продолжают демонстрировать своеобразный крен в сторону

далеких от реальных нужд и зачастую мифических «нетрадиционных» способов ведения СД, что затрудняет их обучение и ведение. Это косвенно указывает также на абсолютно недостаточное продвижение системы обучения больных СД в целом, в любых ее видах и формах, даже на первом уровне (информирования).

Повышение распространенности ожирения является главным и к тому же потенциально устранимым фактором увеличения заболеваемости СД 2 типа [5]. Вместе с тем, осведомленность населения о роли ожирения в развитии СД и грамотных мероприятиях, направленных на снижение массы тела, остается низкой. Вот почему мы рассматриваем работу нашего кабинета ПСДО как важный компонент профилактической работы среди лиц с избыточной массой тела и ожирением, нацеленной на предотвращение развития и прогрессирования нарушений углеводного обмена. Высокая обращаемость достаточно молодой и активной группы пациентов с избыточной массой тела (21 год — 30 лет) предоставляет обширное поле для такой деятельности. При этом результаты работы кабинета ПСДО не ограничились лишь повышением уровня информированности посетителей: вопреки нашим ожиданиям, довольно значительный (для заочного консультирования) процент пациентов с ожирением, придерживаясь наших рекомендаций, в действительности снизили массу тела, что означает реальное снижение у этих лиц риска развития СД 2 типа.

Нельзя не обратить внимание на то, что существенная часть посетителей неадекватно оценивает необходимость и возможность снижения массы тела. Так, крайне низкий процент больных СД2 обращался за консультацией с целью снижения массы тела. Почти у каждого пятого посетителя кабинета ПСДО из тех, которые считают, что у них есть проблемы с массой тела, на самом деле ИМТ находится в пределах нормы. Это говорит о том, что многие не знают, что такое нормальный диапазон массы тела и руководствуются в оценке субъективными представлениями об эстетике внешности, зачастую сформированными под давлением индустрии моды и других потребительских отраслей. Посетители интернет-кабинетов придают наибольшее значение питанию и медикаментозной терапии ожирения и недостаточно обращают внимание на физическую нагрузку (что понятно, т.к. пользователи интернета — люди, как правило, сидячей работы). Одновременно подавляющая часть пациентов проявляет нереалистическое отношение к методам похудения и их эффективности и не осведомлена о связи ожирения с сопутствующими заболеваниями. Подобные же данные по всем названным аспектам были получены нами при прямом телефонном опросе 1400 человек по проблемам массы тела [2], что косвенно

подтверждает достаточную информативность сведений, собранных нами через интернет-кабинеты.

Естественно, мы далеки от того, чтобы переоценивать терапевтические и обучающие возможности данного метода, однако, судя по отзывам пациентов, для многих из них возможность общения с нашими консультантами или просмотра вопросов и ответов других посетителей была очень важна и могла являться практически единственным способом получения квалифицированной консультации. Это хорошо иллюстрируется типичным отзывом пациентки Е. от 1 марта 2000 г. (приводится без изменений):

«...У меня, как и у многих, небольшие проблемы с весом и его поддержанием, и каждый раз на возникающий в моей голове вопрос я лезу в компьютер, к Вам за ответом, и каждый раз его нахожу, внимательно перечитав предыдущие ответы и сообщения. Спасибо Вам огромное, так здорово, что Вы есть».

В силу пилотного характера проводимой нами работы и определенных технических особенностей сайта мы не имели возможности оценки эффективности наших консультаций у всех посетителей в целом. Более того, начиная данную работу и будучи сторонниками обучения больных «живым лицом», то есть в процессе личного общения [1], мы были довольно скептически настроены относительно возможной эффективности дистанционного (заочного) консультирования. Тем не менее, стабильно высокая обращаемость к интернет-консультантам и достаточно устойчивые показатели интерактивности свидетельствовали о назревшей необходимости этой формы работы с пациентами и врачами. Высокая оценка работы кабинета ПСДО, данная врачами (5.5

балла), и достаточно удовлетворительная оценка, данная пациентами (4.0), как и приведенные темпы снижения массы тела у лиц с ожирением после заочных консультаций позволяют с определенным оптимизмом подвести предварительные итоги дистанционного медицинского консультирования врачей и пациентов.

Выводы

1. Созданы и функционируют дистанционные консультативные интернет-кабинеты для врачей и больных СД и ожирением.
2. Аудитория интернет-кабинетов представлена лицами обоего пола в широком возрастном диапазоне; показатели первичной и повторной посещаемости остаются устойчивыми на протяжении более 2 лет работы кабинетов.
3. Консультативные интернет-кабинеты эффективны в обучении врачей и предоставляют конкретные ответы специалистов, как правило, удовлетворяющие врача.
4. Данная форма работы с пациентами может служить одним из вариантов интерактивного индивидуального обучения больных СД и ожирением.
5. Одним из наиболее перспективных представляется кабинет по питанию для пациентов с СД и ожирением, позволяющий вести работу среди лиц с избыточной массой тела и ожирением, направленную на профилактику СД 2 типа.

Литература

1. Галстян Г.Р., Старостина Е.Г., Дедов И.И. // Пробл. эндокринол., 1994, №2, с. 53-57.
2. Старостина Е.Г., Древаль А.В. // Тер. архив, 2001, №10, с. 14-20.
3. Старостина Е.Г., Древаль А.В. // Сахарный диабет, 2001, № 4.
4. Starostina E, Antsiferov M. // Diabetic Medicine, 1990, No. 7, p. 744-749.
5. Stunkard AJ. // Am J Med, 1996;100:230-236.