

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Бериханова Р.Р., Миненко И.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова», Москва, Россия., e-mail: rumiska07@mail.ru.

Исследование посвящено изучению особенностей алиментарного поведения 320 женщин с метаболическим синдромом в климактерическом периоде в возрасте 45–70 лет. Проводилось анкетирование пациенток, которое включало указание на кратность, регулярность, разнообразие питания, объем, вид, калораж продуктов, время приема пищи, наличие и характер перекусов. Установлено, что питание женщин с метаболическим синдромом в периоде угасания репродуктивной функции является гиперкалорийным, несбалансированным по качеству и количеству основных нутриентов (белков, жиров, углеводов), дефектным по кратности приему пищи. В 72,2 % случаях выявлено сочетание различных типов аномального пищевого поведения. Иррациональный характер питания крайне негативно сказывается на качестве жизни, способствует снижению адаптационных возможностей организма, росту заболеваемости в данной когорте пациенток.

Ключевые слова: климактерический синдром (КС), метаболический синдром (МС), пищевое поведение, индекс массы тела (ИМТ).

THE PECULIARITIES OF EATING HABITS OF WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME IN CLIMACTERIC PERIOD

Berihanova R.R., Minenko I.A.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, e-mail: rumiska07@mail.ru.

The present research is dedicated to the eating behavior of 320 women with metabolic syndrome in climacteric period at the age of 45-70. A survey of patients was conducted. The survey included the number of meals a day, meal regularity, food diversity, the volume, type of food, the amount of calories in it, timing of meals, the presence and character of snacks. It was determined that the diet of women with metabolic syndrome during the period of fading of the reproductive function is hypercaloric, non-balanced in quality and quantity of major nutrients (proteins, fats and carbohydrates) and with inadequate meal timing. In 72,2% of cases a combination of different types of anomalous eating habits was identified. Irrational character of nutrition highly negatively influences the quality of life, facilitates the decrease of the adaptive capacity of a human body and the increase of disease incidence in this category of female patients.

Keywords: climacteric syndrome (CS), metabolic syndrome (MS), eating behavior, body mass index (BMI).

Проблема коморбидности метаболического синдрома (МС) и аномального климакса в настоящее время чрезвычайно актуальна [1,2,4]. Отрицательный характер их взаимодействия проявляется в затруднении лечебно-диагностического процесса, ухудшении качества жизни и прогноза для жизни женщин. МС стоит на стыке специальностей, требует междисциплинарного подхода. Экспертами ВОЗ данный симптомокомплекс обозначен как «пандемия XXI века». Его распространенность в общей популяции варьирует от 20 до 40 %, коррелирует с возрастом. МС ассоциирован с полиорганной патологией. На первый план выходят заболевания сердечно-сосудистой системы со смертельным исходом.

Основой патогенеза МС признана инсулинорезистентность. Инициаторами его развития является избыточное и несбалансированное питание, наличие вредных привычек, гиподинамия, хронический стресс. Условия жизни современной женщины создают

предпосылки для присутствия всех этих факторов, в том числе в совокупном варианте. Особого внимания заслуживает смещение типового алиментарного поведения в сторону увеличения калорийности пищи, употребления полуфабрикатов и продуктов сетей быстрого питания, нарушения режима питания [8].

С другой стороны, у женщин старшего возраста проявляются отрицательные эффекты дефицита эстрогенов, которые заключаются в расстройстве липидного обмена со снижением уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), повышением уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Нарушается функция эндотелия, что выражается в снижении выработки биологически активных веществ, обладающих вазодилаторным, противовоспалительным, антиоксидантным, антиадгезивным, дезагрегантным действиями, препятствующих образованию тромбов (оксид азота, простагландин) и увеличению выработки их мощных антагонистов – эндотелина-1 и тромбоксана А₂. Снижение уровня эстрогенов оказывает комплексное негативное влияние на прокоагулянтную и антифибринолитическую активность крови: увеличивается уровень фибриногена, VII фактора свертывания крови, ингибитора активатора плазминогена первого типа. Характерное воздействие недостатка эстрогенов на углеводный обмен заключается в развитии инсулинорезистентности, что особенно критично при уже имеющихся обменных нарушениях [4,6,7].

Таким образом, замыкается порочный круг метаболический синдром – климактерические расстройства. Обозначенные многосторонние нарушения приводят к атерогенезу, росту риска сердечно-сосудистых осложнений, в том числе со смертельным исходом.

Закономерным следствием наличия полипатологии является полипрагмазия, что осложняет контроль за эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты, снижает приверженность к лечению. Кроме того, одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов.

Доказано, что грамотное пищевое поведение оказывает реальное положительное модифицирующее влияние на метаболические процессы в организме, что особенно важно в контексте снижения смертельных сердечно-сосудистых осложнений [4, 5]. Очевидно, что выявление особенностей питания пациенток с МС в периоде климактерия является необходимым для определения тактики ведения данной когорты женщин.

Цель исследования: выявить особенности алиментарного поведения женщин с метаболическим синдромом в климактерическом периоде в возрасте 45–70 лет.

Материалы и методы

Объектом исследования явилась группа 320 женщин, удовлетворяющих следующим критериям:

- женщины 45–70 лет в климактерическом периоде, страдающие метаболическим синдромом, установленным согласно критериям International Diabetes Federation (2005), а именно: обязательный признак – абдоминальное ожирение (окружность талии >80 см для женщин европейской и азиатской национальностей), а также два и более из нижеуказанных факторов риска:

- повышение триглицеридов более 1,7 ммоль/л;
- снижение ЛПВП менее 1,29 ммоль/л;
- повышение АД (САД более 130 мм рт. ст. или ДАД более 85 мм рт. ст.) или необходимость проведения антигипертензивной терапии;
- повышение глюкозы натощак более 5,6 ммоль/л или ранее выявленный сахарный диабет второго типа.

Не включались в исследование:

- женщины, не отвечающие перечисленным критериям включения;
- женщины с острыми заболеваниями или хроническими заболеваниями в стадии обострения, злокачественными новообразованиями, тяжелой органной недостаточностью, индивидуальной непереносимостью физических факторов.

Проводился анализ дневников питания. Общую энергетическую ценность рациона рассчитывали на основании стандартных калорических коэффициентов в ккал на 1 грамм: 4 ккал для белков и углеводов, 7 ккал для алкоголя и 9 ккал для жиров.

Осуществлялся сбор анамнеза, оценка типов пищевого поведения (экстернальное, эмоциогенное, ограничительное) по датскому опроснику DEBQ (the Dutch Eating Behavior Questionnaire, T. Van Strien, A. J. Strunkard, 1986),

Производился расчет индекса массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{длина тела}^2 (\text{м}^2)}$. ИМТ 25–30 – избыточная масса тела (предожирение), ИМТ 30–35 – ожирение первой степени, ИМТ 35–40 – ожирение второй степени, ИМТ 40 и более – ожирение третьей степени (морбидное).

Статистический анализ результатов исследования осуществлялся с использованием стандартного пакета программ Microsoft Office 2010 (Microsoft Excel) и «STATISTICA® for Windows 6.0». Количественные данные продемонстрированы в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – его стандартное отклонение. Достоверность определялась при помощи критерия t Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Средний возраст обследуемых женщин составил $48,5 \pm 2,5$ года. Уровень образования в группе был достаточно высок: 47,0 % респондентов имели высшее образование, неполное высшее – 0,9 %, среднее профессиональное – 52,1 %.

Особое внимание было уделено оценке статуса курения как мощному фактору формирования инсулинорезистентности, гиперинсулинемии и дисфункции эндотелия. Курящих женщин оказалось 18,1 %, из них большинство (60,3 %) выкуривали более 10 сигарет в день. При этом с возрастом отмечена тенденция к уменьшению распространенности курения.

Работающих женщин было 85,0 %, из них у 19,1 % трудовой график включал ночные смены. Все пациентки, работающие ночью, указывали на невозможность рационального режима питания и регулярные ночные приемы пищи. Причем типичный набор употребляемых продуктов – хлебобулочные изделия, полуфабрикаты, легкоусвояемые углеводы. Лишь 5,7 % женщин осознанно отдавали предпочтение овощным блюдам, нежирным молочным продуктам. «Не успевали» принимать своевременно пищу на работе ввиду высокой занятости 36,0 % трудящихся женщин. В результате основная алиментарная нагрузка приходилась на поздние вечерние и ночные часы.

Структура семейного положения обследуемых была такова: 52,6 % замужних, 5,9 % не были замужем, 21,5 % разведенных, 20,0 % вдов. Одиночество оказывает негативное влияние на качество жизни женщин старшего возраста, они чаще указывали на минорное настроение, тревожность. При этом любое эмоциональное перенапряжение провоцировало влечение к пище, стремление «заесть стресс».

У всех пациенток имело место абдоминальный тип отложения жира. Ожирение I степени выявлено у 57,8 % женщин, ожирение II степени – у 27,8 % женщин, и ожирение III степени – у 14,4 % пациенток. Среднее значение ИМТ в группе обследуемых женщин составило $34,7 \pm 3,4$ кг/м². Средний показатель окружности талии оказался равным $95,1 \pm 7,8$ см. Причем отмечено прогрессирование ожирения с возрастом.

Среднее значение суточной калорийности рациона зафиксировано на уровне $1827,8 \pm 99,3$ ккал/сутки.

При исследовании в 100 % случаев выявлены пищевые поведенческие аддикции. Экстернальное пищевое поведение проявляется гиперреакцией на внешнюю инициацию (накрытый стол, реклама продуктов) на фоне толерантности к изменению гомеостатических параметров (уровень гликемии, наполненность желудка). При данном типе пищевого поведения базовое значение имеет доступность продуктов. Его проявлениями является еда «за компанию», покупка продуктов в избытке. У 57,5 % женщин отмечалось экстернальное

пищевое поведение, которое выражалось неосознанным приемом еды всегда при ее виде на фоне действия внешних стимулирующих факторов.

При эмоциогенном алиментарном поведении (эмоциональное переедание, «пищевое пьянство») прием пищи провоцирует эмоциональный дискомфорт. Выделяют пароксизмальную форму в виде компульсивного пищевого поведения и переедание с дезорганизацией суточного ритма приема – синдром ночной еды. Компульсивное пищевое поведение проявляется срывом самоконтроля за приемом пищи – приступом булимии с наличием чувства вины, стыда и стремлением скрыть данный эпизод от окружающих. Синдром ночной еды характеризуется отсутствием аппетита утром вплоть до полного отвращения к пище с последующим нарастающим чувством голода к ночи. Связанные с гиперфагическим ответом на стресс, эмоциогенные алиментарные действия наблюдались в 62,1 % случаев. Из них в приступах булимии признались 50,8 % женщин. Синдромом ночной еды страдали 30,2 % женщин. Комбинация булимии и синдрома ночной еды отмечалась у 19,0 % женщин.

Ограничительное пищевое поведение заключается в чрезмерных алиментарных самоограничениях в виде строгих диет с последующим развитием комплекса минорных эмоциональных ощущений, «диетической депрессии». Данный тип алиментарной активности, выражающийся в безуспешных попытках соблюдать пищевой режим, отмечен всего у 45,0 % обследованных ($p < 0,05$ между типами пищевого поведения).

Обращал внимание комбинированный характер пищевых поведенческих аномалий в большинстве случаев (72,2 %), причем все три типа нарушений зафиксировано у 25,0 % женщин.

Средние нормальные параметры ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения составляют 2,4, 1,8 и 2,7 балла соответственно.

У женщин с МС в климактерии получены следующие значения: ограничительный тип – $2,88 \pm 0,1$ балла, эмоциогенный тип – $2,1 \pm 0,2$ балла, экстернальный тип – $3,1 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$ – достоверность различий между типами пищевого поведения). То есть выявлено превышение средних нормальных показателей по всем шкалам.

Анализ привычек питания у данной когорты пациенток продемонстрировал избыток потребления жиров и легкоусвояемых углеводов на фоне дефицита в рационе растительной пищи. Превышение суточной калорийности и отсутствие сбалансированности рациона отмечено в 100 % случаев. Причем избыток калорий за счет жиров зафиксирован у 54,0 % , за счет легкоусвояемых углеводов – у 46,0 % женщин. Обращало внимание наличие следующих дефектов в режиме питания: игнорирование завтрака (56,4 %), одно-двукратный прием пищи (78,6 %), акцент по объему пищи на поздний (и даже ночной) ужин (77,7 %),

многочисленные перекусы в течение дня «вредными» продуктами (86,4 %). При этом большинство женщин не расценивали перекусы как фактор, увеличивающий калораж пищи.

Чрезмерное количество поваренной соли в рационе (более 7–8 г) прежде всего за счет богатых солью продуктов (соленой рыбы, сыров, копченостей, колбас, соленых овощей) выявлено у 80,6 % обследованных.

На регулярное злоупотребление алкоголем не указывала ни одна пациентка. Выяснено, что алкоголь исключен из рациона у 12,5 % женщин. Большинство пациенток принимали спиртосодержащие напитки до 1–2 раз в неделю в умеренном количестве. Случаи передозировки алкогольными напитками до 1–2 раз в месяц отметили 10 % женщин. В настоящее время данные о влиянии алкоголя на обменные процессы противоречивы, показано как протективное, так и вредоносное его действие. Злоупотребление алкоголем приводит к дестабилизации артериального давления, стимуляции аппетита, увеличению ИМТ, нарушению углеводного обмена и, как следствие, росту кардиометаболического риска.

Злоупотребляли кофе 32,3 % респондентов. Следует особо отметить дефицит молочных продуктов – главных источников кальция: только 15,5 % женщин употребляли молоко и его производные ежедневно, у 22,2 % обследуемых молочные продукты включались в рацион реже одного раза в неделю.

Обсуждение

Выявленные особенности алиментарного поведенческого клише пациенток в климактерии заключаются в снижении разнообразия, превышении калорийности, нарушении режима приема пищи, отсутствии сбалансированности по основным нутриентам. Полученные данные не противоречат данным литературы. Так, женский пол определен как один из факторов риска формирования нарушений алиментарного поведения [9]. Наиболее частый вариант аномального пищевого поведения у больных с избыточной массой тела – гиперфагическая реакция на стресс и нервная булимия, то есть реакция «стресс – холодильник» [3], что также сопоставимо с результатами проведенного нами исследования. Становится очевидной необходимость участия врачей-психотерапевтов в комплексной нелекарственной коррекции метаболических расстройств у указанной когорты пациенток.

Проведенный анализ показал, что немаловажное влияние на формирование алиментарного поведения, характер употребляемых продуктов оказывают семейное положение, трудовой режим. Особенно значительные негативные коррективы связаны с ночным трудом.

В многочисленных работах убедительно продемонстрировано, что у женщин в климактерии с наличием факторов риска (особенно ожирения и МС) резко увеличивается вероятность сердечно-сосудистых заболеваний и фатальных исходов, значительно снижено

качество жизни [4,6,10]. Следовательно, создание нормального шаблона пищевого поведения у данных пациенток должно осуществляться как можно раньше. Сама женщина должна занимать активную позицию, осознавать важность изменения образа жизни. Очевидна необходимость комплексного междисциплинарного подхода, разработка индивидуальных программ, а также установление доверительных отношений между врачом и пациенткой.

Выводы

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости модификации, создании оптимального паттерна пищевого поведения, как превентивной меры в отношении манифестации и прогрессирования алиментарно обусловленных заболеваний у пациенток с МС в климактерии.

Список литературы

1. Батрак Н.В. Репродуктивная функция женщин на фоне метаболического синдрома // Сеченовский вестник. – 2012. – № 1 (7). – С.77-80.
2. Берковская М.А., Бутрова С.А., Фадеев В.В. Влияние метформина (препарата «Сиофор») на провоспалительные и прокоагулянтные нарушения у пациенток в постменопаузе с метаболическим синдромом // Ожирение и метаболизм. – 2011. – № 2. – С.36-44.
3. Гладышев О. А. Гиперфагические реакции в рамках расстройств пищевого поведения. Клинические особенности и терапия // РФК. – 2014. – № 2. – С. 190-194.
4. Кузьмина-Крутецкая С.Р., Репина М.А. Метаболический синдром у женщин / Методические рекомендации. – Санкт-Петербург: ИЗД-ВО Н-Л., 2011. – С.43-47.
5. Котенко К. В., Слонимский Б. Ю. Динамика липидного и метаболического дисбаланса на фоне комплексных программ реабилитации при метаболическом синдроме // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. – № 4. – С. 912–917.
6. Митрохина Т.В. Состояние сердечно-сосудистой и костной ткани у женщин в отдаленном периоде после хирургической менопаузы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
7. Моисенко С.В. Сердечно-сосудистая система у женщин после хирургической менопаузы (результаты десятилетнего наблюдения): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.
8. Неустроева В.В. Характер фактического питания лиц пожилого и старческого возраста г. Якутска с метаболическим синдромом // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. – 2013. – № 2. – С.127-133.

9. Соловьева А.В. Факторы риска формирования нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением// Медицинский альманах. – 2013. – № 6 (30). – С.178-180.
10. Шмелева С.В. Состояние здоровья и качества жизни у женщин с естественной менопаузой: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010. – 44 с.

Рецензенты:

Смекалкина Л.В., д.м.н., профессор кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова», г. Москва;

Зилов В.Г., д.м.н., профессор, кафедрой нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова», г. Москва.