

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ» В СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА, ИЗМЕНЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Стрелкова С.Н.¹, Овсянников К.В.², Уткина Н.И.¹, Точилкина С.А.³, Цека О.С.³

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 210 Департамента здравоохранения Москвы», Москва, e-mail: svetlanastrel79@mail.ru;

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва;

³ Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 85 ФМБА России», Москва

Проведен сравнительный анализ антропометрических показателей (массы тела, окружности талии, индекса массы тела), параметров качества жизни, уровня тревоги и депрессии у пациентов с метаболическим синдромом, прошедших обучение в «Школе здоровья», направленной на формирование у пациентов понятия здорового образа жизни, повышение мотивационных и когнитивных установок по снижению веса и пациентов, получивших стандартные диетические рекомендации. При этом базовая стандартная лекарственная терапия была равнозначной и направлена на коррекцию основных компонентов метаболического синдрома: коррекцию нарушенных видов углеводного, липидного профилей, стабилизацию артериального давления и не включала специфические препараты, воздействующие на снижение веса и влияющие на психическую и эмоциональную сферу пациентов. При оценке результата исследования (через 9 месяцев наблюдения) отмечено, что применение обучения в «Школе здоровья» для больных с метаболическим синдромом приводит к статистически достоверному улучшению антропометрических показателей, характеризующих массу тела, некоторых показателей качества жизни и депрессии. У пациентов с метаболическим синдромом, получивших стандартные диетические рекомендации, по окончании срока наблюдения не выявлено статистически достоверной разницы между исходными антропометрическими данными, параметрами качества жизни, уровня тревоги и депрессии. Таким образом, отмечена клиническая эффективность внедрения «Школы здоровья» в комбинированную терапию пациентов с метаболическим синдромом на снижение массы тела, улучшение показателей качества жизни, снижение уровня тревожно-депрессивных расстройств.

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, школа здоровья, тревога, депрессия, качество жизни.

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF "HEALTH SCHOOL" IN REDUCING THE BODY WEIGHT, CHANGE IN QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Strelkova S.N.¹, Ovsyannicov K.V.², Utkina N.I.¹, Tochilkina S.A.³, Tseka O.S.³

¹ "City polyclinic №210 Moscow Department of Health", Moscow, e-mail: svetlanastrel79@mail.ru;

² Federal State Educational Institution of Higher Education "Moscow State Medical and Dental University of A.I. Yevdokimov", Moscow;

³ Federal Budget Health Institution "Clinical Hospital № 85 FMBA of Russia", Moscow

A comparative analysis of anthropometric parameters (body weight, waist circumference, body mass index), the parameters of quality of life, the level of anxiety and depression in patients with the metabolic syndrome who were trained in the "Health School", aimed at the formation of the patients of the concept of a healthy lifestyle, increase motivational and cognitive systems for weight loss and patients who received the standard dietary advice. This basic standard drug therapy was equivalent and is aimed at correcting the main components of the metabolic syndrome: the correction of disturbed types of carbohydrate, lipid profiles, blood pressure stabilized and did not include specific drugs acting on the weight loss and affect the mental and emotional state of patients. In assessing the results of the study (9 months follow-up) noted that the application of learning in the "Healthy Schools" for patients with the metabolic syndrome leads to a statistically significant improvement in anthropometric indices, characterizing the weight, some of the indicators of quality of life and depression. Patients with metabolic syndrome who received the standard dietary recommendations, at the end of the observation period did not reveal a statistically significant difference between baseline anthropometric data, the parameters of quality of life, the level of anxiety and depression. Thus, the observed clinical efficacy of the implementation of "Health School" in the combination therapy of patients with metabolic syndrome to reduce body weight, improve the quality of life, reduction of anxiety and depressive disorders.

Keywords: metabolic syndrome, obesity, health school, anxiety, depression, quality of life.

Проблема прогрессивного роста метаболического синдрома (МС) среди населения нашей планеты является одной из наиболее актуальных и приобретает большое значение в современном мире. В популяции уровень МС тесно связан с факторами образа жизни. «Эпидемия» ожирения, нерационального высококалорийного питания и малоподвижного образа жизни обеспечивает плодородную почву для дальнейшего прогрессирования МС. Ожирение признано одним из наиболее значимых факторов риска развития ССЗ, ранней инвалидизации больных и преждевременной смертности [6]. С избыточным весом отчетливо связано многократное повышение риска и частоты развития артериальной гипертонии (АГ), сахарного диабета (СД) 2 типа, атеросклероза и ИБС. Причем связь эта носит причинный характер. Доказано, что в основе повышения артериального давления (АД), дислипидемии и инсулинорезистентности лежат метаболические нарушения, закономерно наблюдающиеся у больных с ожирением. [7, 9, 10].

Ожирение – хроническое, рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным развитием и накоплением жировой ткани в организме, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения [6].

По данным Фремингемского Исследования Сердца было установлено, что ожирение является независимым фактором риска общей смертности от всех видов причин [13]. При ожирении 1 степени риск развития СД увеличивается в 2–3 раза, 2 степени – в 5 раз, а 3 степени – в 10 раз [11, 15]. На сегодняшний день доказано, что наиболее опасен в отношении развития различных заболеваний висцеральный тип ожирения, который широко распространен в современном обществе [3, 8].

Особенностью течения МС является то, что учитывая выраженные разнохарактерные проявления заболевания, развиваются различные психологические и психопатологические состояния [4]. Пациентам с МС порой прописывают большое количество лекарств, что также не может не сказаться на качестве жизни (КЖ). Пациенты, как правило, мало информированы о природе своего заболевания, не понимают сути своего заболевания, причину приема такого количества лекарств, не имеют представления о возможных осложнениях и прогнозе заболевания, что приводит к снижению уровня КЖ, тревожности, депрессивным расстройствам, снижению комплаентности и выполнения врачебных рекомендаций. А зачастую, наличие у пациентов с МС сопутствующей депрессии и высокого уровня тревоги вызывает трудности в лечении и достижения поставленных целей и задач [2].

Учитывая признание определения уровня КЖ одной из составляющих комплексной оценки тяжести заболевания, определения эффективности терапии и прогноза, в настоящее время во всем мире идет интенсивное внедрение определения КЖ в клиническую практику

при наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваниях. В нашей стране Минздрав РФ в 2011 году объявил концепцию исследования уровня КЖ в медицине приоритетной, однако, несмотря на это, широкую распространенность определение КЖ в реальной клинической практике не получило [1].

Измерение КЖ у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, не менее важно, чем определение нарушений в лабораторных и инструментальных методах исследования. При ряде заболеваний, склонных к прогрессированию, существенно снижается КЖ человека, что само по себе может больше влиять на прогноз и течение заболевания, нежели сама болезнь, накладывая на психику больного серьезный отпечаток [12,14]. По мнению специалистов MAPI Research Institute, целью любого лечения является приближение КЖ больных к уровню здоровых [1, 14]. Изучение уровня КЖ до и после медицинского вмешательства позволяет использовать критерий КЖ как для определения эффективности лечения в динамике, прогноза, так и индивидуального подбора тактики лечения пациента [5].

Учитывая высокую распространенность ожирения, высокую актуальность тесно связанного с ним МС и его последствий, проблема лечения данного заболевания приобретает социальный характер. Поиски новых методов лечения продолжаются. Идут разработки как медикаментозного, так и немедикаментозного лечения ожирения. МС – заболевание, имеющее сложный комплекс составляющих компонентов, тесно переплетенных между собой патологическими механизмами. Наличие у пациента тревожно-депрессивных расстройств, низкий показатель критерия КЖ вызывает трудности в лечении пациента и ухудшает прогноз заболевания. Исследование психосоматической сферы пациентов с МС должно стать неотъемлемой частью комплексного анализа при постановке диагноза в повседневной практике.

Целью работы явилась оценка эффективности терапии с использованием «Школы здоровья» пациентов с МС с анализом влияния на антропометрические данные и показатели качества жизни (КЖ).

Методы исследования. Всем пациентам проводился первичный осмотр с определением антропометрических данных (массы тела, индекса массы тела, окружности талии). Для определения уровня КЖ мы использовали опросник SF-36 (The Short Form-36, русскоязычную версию, созданную и рекомендованную Межнациональным центром исследования КЖ г. Санкт-Петербурга, 1997). Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья, где результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень

КЖ. Для выявления уровня тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond A.S., Snaith R.P.).

Обследование проводилось на базе ГБУЗ «ГП № 210 ДЗМ и клинической больницы № 85 ФМБА России. МС выставлялся по критериям, предложенным экспертами ВОЗ (1999), а также критериям Международной Национальной Диабетической Федерацией IDF (2005) и ВНОК второго пересмотра (2009). Пациенты с МС были разделены на 2 группы методом случайной выборки. Группа I (64 человека) обучались в «Школе здоровья», в ходе которой проводились образовательные занятия, осуществлялось суггестивное воздействие, направленное на повышение мотивационных и когнитивных установок по снижению веса. Пациенты группы II (68 человек), сопоставимые по полу, возрасту и коморбидному фону, не проходили обучение в «Школе здоровья». Лекарственная терапия в обеих группах была равнозначной и направлена на коррекцию основных компонентов метаболического синдрома (нарушенный углеводный и липидный обмены) антигипертензивную терапию и не включала специфические препараты, воздействующие на снижение веса и влияющие на психическую и эмоциональную сферу пациентов. Выбор лекарственных препаратов и дозы подбирались индивидуально, в зависимости от выявленных нарушений. Различий между I и II группами в видах и дозах препаратов не было. Через 9 месяцев были оценены результаты исследования.

На фоне лечения и обучения в «Школе здоровья» у пациентов I группы была отмечена значительная положительная динамика показателей антропометрических данных. Средний уровень массы тела, индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ) у пациентов I группы в процессе наблюдения снизились и к 9-му месяцу была отмечена статистически достоверная разница в сравнении с исходным уровнем. Масса тела уменьшилась на 12,8 % (с $101,24 \pm 3,32$ кг до $88,24 \pm 2,26$ кг; $p < 0,05$), ИМТ – на 12,0% (от $36,28 \pm 0,68$ кг/м² до $31,24 \pm 0,62$ кг/м²; $p < 0,05$), ОТ – на 12,0% (с $106,82 \pm 1,88$ см до $94,02 \pm 1,17$ см; $p < 0,05$) (см. табл. № 1). Во II группе статистически достоверных различий на фоне лечения по различным параметрам антропометрических данных не выявлено. Отмечено некоторое недостоверное увеличение среднего уровня массы тела к окончанию наблюдения, в сравнении с исходным показателем (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ динамики антропометрических показателей у пациентов с МС
исходно и через 9 месяцев наблюдения

Показатель	I группа		II группа	
	Исходно (n=68)	Через 9 мес (n=68)	Исходно (n=68)	Через 9 мес (n=67)
Масса тела (кг)	$101,24 \pm 3,32$	$88,24 \pm 2,26^*$	$100,16 \pm 3,64$	$101,15 \pm 3,50$

Показатель	I группа		II группа	
	Исходно (n=68)	Через 9 мес (n=68)	Исходно (n=68)	Через 9 мес (n=67)
ИМТ (кг/м ²)	36,28±0,68	31,24±0,62*	35,21±0,88	35,68±0,24
ОТ (см)	106,82±1,88	94,02±1,17*	105,98±1,68	105,24±1,76

*-p<0,05 (внутри группы относительно исходного уровня).

Исходно исследуемые пациенты с МС показали низкий уровень параметров качества жизни, у больных отмечались субклинически выраженная тревога и депрессия. Через 9 месяцев исследования на фоне проведенного лечения и обучения в «Школе здоровья» у пациентов I группы отмечено значительное улучшение параметров КЖ. Динамика показателей КЖ представлена в таблице № 2. В ходе анализа полученных результатов нельзя не отметить, что большинство показателей КЖ достигли статистически достоверной разницы в сравнении с исходными значениями. К моменту завершения наблюдения было отмечено увеличение среднего уровня параметров «физическое функционирование» на 21,2 % (p<0,05), «ролевое функционирование» на 46,5 % (p<0,05), «общее здоровье» на 14,7 % (p<0,05), «жизнеспособность» на 15,1 % (p<0,05), «эмоциональное функционирование» на 49,7 % (p<0,05). Такие параметры КЖ, как «боль» и «психологическое здоровье», динамических изменений не продемонстрировали (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ динамики показателей качества жизни, уровня тревоги и депрессии у пациентов с МС исходно и через 9 месяцев наблюдения

Показатель (баллы)	I группа		II группа	
	Исходно (n=68)	Через 9 м. (n=68)	Исходно (n=68)	Через 9 м. (n=68)
Физическое функционирование	56,28±3,12	68,24±3,24*	56,34±3,29	58,32±3,44
Ролевое функционирование	32,98±4,48	48,31±5,08*	33,02±4,52	34,25±5,12
Боль	51,12±3,82	52,28±3,82	51,23±3,82	52,05±4,12
Общее здоровье	44,15±2,28	54,28±2,98*	44,29±2,35	50,23±3,12*
Жизнеспособность	45,28±3,12	52,13±3,22	45,12±3,17	45,92±3,34
Социальное функционирование	62,16±2,84	72,12±2,75*	62,18±3,01	66,52±3,16

Эмоциональное функционирование	42,24±4,12	63,22±4,28*	42,28±4,22	42,85±4,44
Психологическое здоровье	52,82±3,12	52,98±3,24	52,98±3,25	52,84±3,47
Тревога	8,32±0,68	6,98±0,35	8,28±0,53	7,99±0,28
Депрессия	9,08±0,43	7,26±0,32*	9,12±0,24	8,15±0,26

* – $p < 0,05$ (внутри группы относительно исходного уровня).

Показатель уровня тревоги в I группе через 9 месяцев снизился до уровня $6,98 \pm 0,35$ балла, однако разница, в сравнении с исходными показателями, была статистически недостоверной. Уровень депрессии статистически достоверно снизился на 20 % ($p < 0,05$) (см. табл. № 1). Таким образом, в I группе на фоне лечения пациентов с применением обучения в «Школе» достигнуто улучшение параметров, характеризующих КЖ, и выявлено уменьшение тревожно-депрессивных расстройств.

Во II группе по показателям КЖ, уровня тревоги и депрессии наблюдалась невыраженная тенденция к положительным изменениям, статистически достоверная разница получена только в параметре «общее здоровье», который к 9-му месяцу продемонстрировал рост на 13,4 % ($p < 0,05$), в сравнении с исходным уровнем. По показателям динамики уровня тревоги и депрессии во II группе отмечена динамика к статистически недостоверному снижению данных показателей (см. табл. № 2).

Таким образом, у пациентов I группы, которые наряду с комбинированной терапией, обучались в «Школе здоровья», на фоне интенсивного снижения массы тела достигнуто улучшение параметров, характеризующих КЖ, и выявлено уменьшение тревожно-депрессивных расстройств, что может свидетельствовать о том, что повышение информированности пациентов о своем заболевании и процесс их обучения способствуют не только более быстрому снижению массы тела, но и улучшают КЖ, снижают выраженность тревожно-депрессивных расстройств, что не может не являться важным аспектом в процессе лечения пациентов с МС.

Список литературы

1. Алеева Г.Н., Журавлева М.В., Гурылева М.Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // РМЖ. – 2006. – № 10. – 761 с.
2. Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D и HAD в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 5. – С.11-17.

3. Драпкина О.М., Корнеева О.Н., Чернова Е.М., Попова И.Р. Ожирение и неалкогольная жировая болезнь печени // Российские медицинские вести. – 2012. – № 3. – Т. XVII. – С. 19-24.
4. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю., Порывкина О.Н. Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы // Consilium medicum. – 2005. – Т.7. – № 9. – С.725-734.
5. Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Мандрыкин Ю.В., Папикян И.И. Качество жизни больных после аорто-коронарного шунтирования // Клин. мед. – 1997. – № 12. – С.33–35.
6. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Корнеева О.Н. Клинические варианты метаболического синдрома // Медицинское информационное агентство. – Москва, 2012. – С. 14-55.
7. Козулица Г.С., Зотанина Т.В., Гинзбург М.М. Динамика состава тела как мера адаптации организма к физическим нагрузкам // Материалы VIII международного симпозиума «Эколого-физиологические проблемы адаптации». – Москва, 1998. – С. 186-187.
8. Correa C. The patents from position of nation health // Essential Drug Monitor. – 2001. – № 28&29. – P. 36.
9. Gerritsen J., Dekker J.M., Ten Voorde B.J. et al. Impaired autonomic function is associated with increased mortality, especially in subjects with diabetes, hypertension, or a history of cardiovascular disease: the Hoorn Study // Diabetes Care. – 2001. – Vol. 24. – P. 1793-1798.
10. Gheita T.A., El-Fishawy H.S., Nasrallah M.M., Hussein H. Insulin resistance and metabolic syndrome in primary gout // Int J Rheum Dis. – 2012; 15(6). – P. 521-5.
11. Isomaa B., Almgren P., Tuomi T. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome // Diabetes care. – 2001. – № 24. – P.683–689.
12. Jones P.W. Health status, quality of life and compliance // Eur. Respir. Rev. – 1998. – Vol. 8. – № 56. – P. 243–246.
13. Kannel W.B. et al. Relation of body weight to development of coronary heart disease. The Framingham Study // Circulation. – 1967. – Vol. 35. – P.734-744.
14. Karnofsky D.F., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer // Maclead C.M. (ed.). – Evaluation of chemotherapeutic agents. – USA, Columbia University Press. – 1947. – P.107–134.
15. Thakur V., Richards R., Reisin E. Obesity, hypertension and the heart // Am. J. Med. Sci. – 2001. – Vol. 321(4). – P. 242-248.