

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА РЕЗУЛЬТАТЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Куницына М.А.¹, Жукова Е.В.¹, Семикина Т.М.¹, Кашкина Е.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, e-mail: zhukova1981@mail.ru

Целью данного исследования было изучение влияния социального статуса и пищевого поведения на результаты немедикаментозного лечения метаболического синдрома и изменение качества жизни. Под наблюдением находились 265 человек с метаболическим синдромом (159 женщин и 106 мужчин, средний возраст 46,5±8,7 года). Оценка пищевого поведения производилась с помощью голландского опросника DEBQ, состояние вегетативной нервной системы определялось по А.М. Вейну (1991), качество жизни - с помощью опросника SF-36. Было показано, что отрицательные результаты лечения наиболее часто наблюдаются у мужчин в возрасте до 50 лет и у женщин старше 40 лет на фоне эмоционального и экстернального типа пищевого поведения, в связи с чем они нуждаются в применении медикаментозной терапии. Установлено, что в первые два месяца при успешных результатах лечения ожирения на фоне эмоционального типа пищевого поведения имеется высокий риск развития синдрома вегетативной дистонии. На фоне успешного лечения метаболического синдрома основная положительная динамика в качестве жизни регистрируется по шкалам психического здоровья опросника SF-36, при этом шкалы физического здоровья изменяются статистически незначимо.

Ключевые слова: метаболический синдром, немедикаментозное лечение, пищевое поведение.

EFFECT OF SOCIAL STATUS AND EATING BEHAVIOUR ON THE RESULTS OF NON-DRUG TREATMENT FOR METABOLIC SYNDROME

Kunitsyna M.A.¹, Zhukova E.V.¹, Semikina T.M.¹, Kashkina E.I.¹

¹Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: zhukova1981@mail.ru

The purpose of this study was to examine the effect of social status and eating behaviour on the results of non-drug treatment for metabolic syndrome and changes in quality of life. 265 people with metabolic syndrome were under supervision. Evaluation of eating behavior was carried out with the help of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ); the state of the autonomic nervous system was evaluated according to the questionnaire of A.M. Wayne, 1991; quality of life was measured using the Short Form Health Survey (SF-36). The obtained data showed the highest frequency negative results of treatment in men under the age of 50 years and in women over 40 years with the emotional and external type of eating behavior. It was evidenced that in the first two months of treating obesity of the emotional type of eating behavior with successful results, there was determined a high risk of developing a dysautonomia. The successful treatment of metabolic syndrome is associated with a significant improvement of quality of life recorded in accordance with the mental health scale of the SF-36 questionnaire.

Keywords: metabolic syndrome, non-drug treatment, eating behaviour.

В настоящее время ожирение рассматривается как одна из ведущих причин развития атеросклероза, ишемической болезни сердца, сахарного диабета второго типа, артериальной гипертензии и целого ряда других заболеваний [1; 2]. В лечении ожирения и сопровождающего его метаболического синдрома (МС) наиболее значимыми являются немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела, включающие изменение стереотипов питания, отказ от курения, повышение физической активности [3; 4].

Эффективность немедикаментозных мероприятий у лиц с ожирением в значительной степени определяется двумя факторами. Первым из них является уровень знания пациентов о

методах лечения ожирения, а вторым - приверженность к выполнению этих рекомендаций [5; 6]. Не вызывает сомнения, что указанные два показателя в значительной мере определяются особенностями медико-социального статуса человека и его психологического профиля личности, что требует дальнейшего изучения [7].

Цель исследования. Изучить влияние медико-социального статуса и психологических аспектов пищевого поведения на результаты немедикаментозного лечения метаболического синдрома.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 265 больных с МС (159 женщин и 106 мужчин, средний возраст $46,5 \pm 8,7$ года). Диагноз МС устанавливался на основании наличия центрального (абдоминального) типа ожирения - окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин в сочетании с двумя любыми дополнительными критериями: артериальная гипертензия, дислипидемия, второй тип сахарного диабета или нарушение толерантности к глюкозе. У всех пациентов проводилось общеклиническое исследование, включающее общий анализ крови, мочи, электрокардиография.

Перед началом исследования все пациенты проходили обучение в «школе коррекции веса» на базе эндокринологического отделения Областной клинической больницы г. Саратова. Оценка пищевого поведения (ПП) осуществлялась с помощью стандартного голландского опросника DEBQ. Для оценки изменений со стороны вегетативной нервной системы применялся опросник А.М. Вейна (1991). Согласно опроснику сумма баллов у здоровых лиц после обработки полученных результатов не должна превышать 15 усл. ед. Оценка качества жизни производилась с помощью опросника SF-36.

Повторное обследование производилось через 2 месяца. Критерием положительного эффекта лечения считалось снижение массы тела на 2 кг и более, уменьшение объема талии > 2 см, снижение уровня триглицеридов и глюкозы крови.

Статистический анализ проводили с использованием стандартного пакета программ Microsoft Excel 2010, определяли среднюю арифметическую (M), ошибку средней арифметической (m), применяли параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (U-критерий Манна-Уитни) методы, достоверным считали уровень значимости (p) не более 0,05. Взаимосвязь между изучаемыми количественными параметрами оценивали с помощью метода ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты и обсуждение

Результаты проведенного исследования позволили сформировать две группы. В первую вошли 113 человек с положительными результатами лечения согласно изложенным выше критериям, что составило 42,6%, во вторую – 152 (57,4%) без эффекта от лечения. Таким образом, положительные результаты лечения обнаруживались меньше чем у

половины больных с ожирением, несмотря на обучение в «школе пациентов с избыточной массой тела». Нами была предпринята попытка выявить особенности социального статуса больных с отрицательными результатами терапии. В таблице 1 представлено распределение результатов лечения с учетом пола и возраста обследованных.

Таблица 1

Распределение обследованных по результатам немедикаментозной терапии метаболического синдрома с учетом пола и возраста

| Группы | n | Частота встречаемости результатов лечения | |
|-----------|-----|---|--------------------------|
| | | Положительные абс (%) | Отрицательные абс (%) |
| Мужчины: | 106 | 46 (43,3) | 60 (56,7)* |
| <30 лет | 9 | 4 (44,4) | 5 (55,6) |
| 31-40 лет | 21 | 9 (42,8) | 12 (57,2) |
| 41-50 лет | 35 | 12 (34,2) | 23 (65,8) |
| >50 лет | 41 | 21 (51,2) | 20 (48,8) |
| Женщины: | 159 | 67 (42,1)* | 92 (57,9) |
| <30 лет | 20 | 12 (60,0)* | 8 (40,0)* |
| 31-40 лет | 36 | 21 (58,3) | 15 (41,7) |
| 41-50 лет | 45 | 15 (33,3) | 30 (66,7) |
| >50 лет | 58 | 19 (32,7)* | 39 (67,3)* |

* - достоверность различий между мужчинами и женщинами ($p < 0,05$).

Анализ представленных в таблице 1 данных показывает, что в целом вероятность получения хороших результатов лечения у мужчин и женщин сопоставима и составляет 43,3% и 42,1% соответственно. Однако были выявлены существенные различия в зависимости от возраста. Так, у мужчин до 40 лет снижение массы тела наблюдалось в среднем у 43,6% обследованных, в то время как у женщин в 59,2% случаев ($p < 0,05$). После 50 лет отмечалась обратная тенденция. Мужчинам удавалось добиться снижения массы тела существенно чаще, чем женщинам – в 51,2% и 32,7% случаях соответственно ($p < 0,05$).

Выявленные различия в указанной возрастной группе, по-видимому, обусловлены наступлением у женщин климактерического периода, который приводит к существенной перестройке метаболизма в организме и, как следствие, к ожирению. Частые положительные результаты лечения ожирения у женщин до 40 лет можно, по-видимому, отнести их более серьезным отношением к своим эстетическим показателям по сравнению с мужчинами.

Важно отметить, что независимо от половой принадлежности, возраста у лиц с

ожирением на результат лечения существенное влияние оказывали нарушения пищевого поведения (табл. 2).

Таблица 2

Частота встречаемости результатов лечения ожирения с учетом типов пищевого поведения

| Типы пищевого поведения | n | Частота встречаемости результатов лечения | |
|-------------------------|-----|---|--------------------------|
| | | Положительная абс (%) | Отрицательная абс (%) |
| Ограничительное | 115 | 73 (63,5) | 42 (36,5)* |
| Эмоциональное | 83 | 36 (43,4) | 47 (56,6)* |
| Экстернальное | 36 | 14 (38,8) | 22 (61,2*) |
| Без нарушений | 31 | 20 (64,5) | 11 (35,5)* |

* - достоверность различий между группами ($p < 0,05$).

Анализ представленных в таблице 2 данных показывает, что на фоне отрицательных результатов лечения у лиц с ожирением достоверно чаще встречался эмоциональный и экстернальный тип поведения. Так, во второй группе с отрицательными результатами лечения данные типы поведения зарегистрированы в 56,6% и 61,2% случаев соответственно, в то время как в первой с хорошими результатами у 43,4% и 38,8% больных ($p < 0,05$). В то же время при отсутствии снижения веса лица с ограничительным и нормальным пищевым поведением встречались значительно реже.

Выявленные различия, по нашему мнению, обусловлены тем, что больным именно с эмоциональным и экстернальным типом со сложившимися нарушениями пищевого поведения тяжелее следовать рекомендациям, полученным в школе коррекции веса, что естественным образом оказывает влияние на результаты лечения.

Рассматривая психоэмоциональные аспекты поведения больных с ожирением, следует отметить, что они всегда сопровождаются изменениями со стороны вегетативной нервной системы. С другой стороны, сам факт ожирения, как и ряд других соматических заболеваний, может приводить к развитию синдрома вегетативной дистонии (СВД). В настоящем исследовании выраженность синдрома вегетативной дистонии оценивалась дважды: перед началом немедикаментозного лечения ожирения и через два месяца терапии (табл. 3).

Таблица 3

Выраженность синдрома вегетативной дистонии у лиц с ожирением на фоне немедикаментозного лечения

| Типы пищевого поведения | n | Выраженность синдрома вегетативной дистонии (баллов) | |
|-------------------------|---|--|--------------------------|
| | | Положительные результаты | Отрицательные результаты |

| | | лечения | | лечения | |
|-----------------|-----|----------|-------------------|----------|-------------------|
| | | Исходно | Через 2 месяца | Исходно | Через 2 месяца |
| Ограничительное | 115 | 17,2±1,6 | 18,4±2,2 | 16,7±2,1 | 17,3±1,6 |
| Эмоциональное | 83 | 18,6±1,3 | 23,6±0,9* | 18,1±0,9 | 20,6±1,2 |
| Экстернальное | 36 | 13,6±1,8 | 15,6±1,8 | 16,3±1,6 | 18,7±2,4 |
| Без нарушений | 31 | 16,7±2,1 | 17,3±2,2 | 16,2±1,4 | 18,5±0,9 |

* - достоверность различий с исходным уровнем ($p < 0,05$);

** - согласно А.М. Вейну, у здоровых величина СВД < 15 баллов.

Анализ представленных в таблице 3 данных показывает, что превышение нормальных значений СВД у лиц с ожирением перед началом лечения было незначительным. Так, при норме < 15 баллов у лиц с положительными результатами лечения и ограничительным типом пищевого поведения СВД был равен $17,2 \pm 1,6$ балла, эмоциональным - $18,6 \pm 1,3$ балла, экстернальным - $13,6 \pm 1,8$ балла и при отсутствии нарушений - $16,7 \pm 2,1$ балла ($p > 0,05$). Через 2 месяца при положительных результатах лечения величина СВД достоверно не менялась, за исключением значений у лиц с эмоциональным типом нарушений пищевого поведения. В этой группе при успешных результатах лечения СВД возрастал с $18,6 \pm 1,3$ до $23,6 \pm 0,9$ балла ($p < 0,05$), в то время как при отрицательных результатах лечения СВД возрастал с $18,1 \pm 0,9$ до $20,6 \pm 1,2$ балла ($p > 0,05$).

Существенный рост вегетативных показателей на фоне успешного немедикаментозного лечения у пациентов с МС при эмоциональном типе пищевого поведения можно объяснить тем, что у них «ломка» стереотипа пищевого поведения сопровождается высоким уровнем стресса, ощущением постоянного кризиса в связи с тем, что больной лишается возможности привычным образом «заедать» состояние страха, тревоги, печали, скуки, одиночества.

Влияние результатов лечения метаболического синдрома на качество жизни больных с ожирением представлено в таблице 4.

Таблица 4

Изменение качества жизни пациентов с учетом результатов немедикаментозной терапии метаболического синдрома

| Шкалы опросника SF-36 | Результаты лечения | | | |
|-----------------------|--------------------|------------------|---------------|------------------|
| | Положительные | | Отрицательные | |
| | Исходно | После лечения | Исходно | После лечения |
| | | | | |

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|-----------|
| Физическое функционирование | 36,3±3,1 | 39,3±2,7 | 37,2±1,6 | 40,3±2,6 |
| Ролевое физическое функционирование | 42,7±2,2 | 45,3±1,8 | 43,9±1,8 | 44,9±2,1 |
| Интенсивность боли | 40,3±1,4 | 37,1±2,6 | 42,3±1,7 | 40,2±1,8 |
| Общее состояние здоровья | 24,6±2,8 | 28,3±2,4 | 22,4±1,8 | 38,2±1,2* |
| Жизненная активность | 47,3±1,6 | 46,6±2,4 | 45,7±1,2 | 58,7±1,9* |
| Социальное функционирование | 27,2±2,6 | 30,7±2,1 | 25,9±1,6 | 29,4±1,6 |
| Ролевое эмоциональное функционирование | 18,9±2,1 | 20,3±2,8 | 17,7±1,8 | 28,4±1,6* |
| Психическое здоровье | 36,4±1,6 | 38,8±2,4 | 35,4±1,6 | 48,7±1,4* |

* - достоверность различий между положительными и отрицательными результатами лечения ($p < 0,05$).

Анализ представленных в таблице данных показывает, что успешное немедикаментозное лечение метаболического синдрома приводит к улучшению качества жизни преимущественно по шкалам психического здоровья опросника SF-36. В частности, если при хороших результатах лечения по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, интенсивности боли и социального функционирования достоверной динамики не наблюдалось, то по шкале общего состояния здоровья значения увеличивались с $22,4 \pm 1,8$ до $38,2 \pm 1,2$ ед. ($p < 0,05$), жизненной активности с $45,7 \pm 1,2$ до $58,7 \pm 1,9$ ед. ($p < 0,05$), ролевого эмоционального функционирования с $17,7 \pm 1,8$ до $28,4 \pm 1,6$ ед. ($p < 0,05$) и психического здоровья с $35,4 \pm 1,6$ до $48,7 \pm 1,4$ ед. ($p < 0,05$).

Выводы

1. Отсутствие эффекта от немедикаментозного лечения метаболического синдрома ($>60\%$) у пациентов, обучавшихся в «школе коррекции веса», в значительной мере ассоциированы с возрастом у мужчин от 41 года до 50 лет и у женщин после 40 лет, имеющих эмоциональный и экстернальный типы пищевого поведения, в связи с чем они нуждаются в применении медикаментозной терапии.

2. При проведении немедикаментозного лечения метаболического синдрома необходимо учитывать, что у пациентов с эмоциональным типом пищевого поведения на фоне успешной терапии в первые два месяца могут развиваться выраженные изменения со стороны вегетативной нервной системы в виде синдрома вегетативной дистонии.

3. Хорошие результаты лечения метаболического синдрома положительно отражаются преимущественно на шкалах оценки психического здоровья опросника SF-36, в

то время как шкалы физического здоровья изменяются статистически незначимо.

Список литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. - 456 с.
2. Cohen В.Е., Panguluri P., Na В., Whooley M.A. Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patient with coronary heart disease: findings from the heart and soul study // Psychiatry Res. – 2010. - Jan 30. – 175 (1-2).
3. Сергеев В. Метаболический синдром: причины, лечение и профилактика // Врач. – 2009. - № 2. - С. 36-41.
4. Ryden L., Standl E., Bartnik M. et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) // Eur. Heart J. - 2007. - № 28. - P. 88–136.
5. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. - 2004. - Т. 2. - С. 2–6.
6. Dang M. Nguyen, MD and Hashem B. El-Serag The epidemiology of obesity // Gastroenterol Clin North Am. Author manuscript. – 2010. - March. – 39 (1). – P. 1–7.
7. Смирнова Е.Н. Влияние психологического профиля на эффективность лечения больных метаболическим синдромом // Практическая медицина. – 2010. – Июнь. - 4 (43). - С. 118-121.