

**ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ОБРАЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, А ТАКЖЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С АЛИМЕНТАРНО-
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

Белякова Н.А., Лясникова М.Б., Милая Н.О.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

Резюме. В данной статье обсуждается пищевое поведение больных с алиментарно-конституциональным ожирением, а так же его взаимосвязь с образом и качеством жизни. Для этого была проведена работа по обследованию 243 женщин с алиментарно-конституциональным ожирением и избыточной массой тела в возрасте от 18 до 60 лет. Все больные прошли общеклиническое обследование с проведением антропометрических измерений, лабораторных исследований, отражающих изменения углеводного и липидного обменов, а также анкетирование по особенностям образа жизни, питания, пищевого поведения. Была осуществлена оценка психологического статуса и качества жизни. В результате проведенного исследования выявлено, что более половины больных с алиментарно-конституциональным ожирением имеют нарушения пищевого поведения. При этом особенности пищевого поведения не влияют на выраженность ожирения и метаболических изменений. Пациенты с нарушениями пищевого поведения чаще предпринимают попытки снизить вес, у них более высокая частота возникновения депрессии и её выраженность, а также более низкие показатели качества жизни.

Ключевые слова: ожирение, пищевое поведение, тревога, депрессия, качество жизни.

**EATING BEHAVIOR, LIFESTYLE AND QUALITY OF LIFE IN
PATIENTS WITH OBESITY**

Summary. Eating behavior, lifestyle, quality of life and psychological state of patients with obesity are discussed in present article. Females with alimentary-constitutional obesity and overweight (243 patients) aged 18 up to 60 were examined. All patients passed through common clinical examination, laboratory tests (including tests on fat and carbohydrate metabolism) and questionnaires on lifestyle, style of eating, eating behavior, psychological state and quality of life. These examinations detected eating behavior changes in over 50% of patients. It was detected that eating behavior didn't have an influence on degree of obesity and metabolic changes. Patients with broken eating behavior were more active in decreasing of weight. Broken eating behavior correlated with frequency and hardness of depressions. An evidence of broken eating behavior determine more low indexes of life quality in patients with overweight and obesity.

Key words: obesity, overweight, eating behavior, depression, quality of life.

Ожирение – это одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний. С каждым годом в мире численность больных ожирением увеличивается, как среди взрослого населения, так и среди детей. По данным ВОЗ на 2008 год более 1,4 млрд. взрослых в возрасте 20 лет и старше страдали от избыточной массы тела. Среди них около 200 млн. мужчин и 300 млн. женщин имели ожирение.

Исследования последних лет показали, что ожирение тесно связано с развитием целого ряда тяжелых соматических заболеваний. Избыточная масса тела сопровождается нарушениями липидного обмена, что приводит к развитию артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС). На каждые лишние 4,5 кг систолическое артериальное давление (САД) повышается более чем на 4 мм. рт. ст. Ожирение способствует развитию инсулинорезистентности (ИР) и компенсаторной гиперинсулинемии (ГИ), которые, в свою очередь, являются мощнейшими факторами риска развития сахарного диабета 2 типа (СД).

Ожирение – междисциплинарная проблема. В основе повышения массы тела лежит образ жизни, включающий неправильное (обильное, калорийное) питание и низкую физическую активность, эндокринно-метаболические расстройства, а так же психологические нарушения (острый и хронический эмоциональный стресс, психологический дискомфорт).

Одним из факторов риска развития ожирения является нарушенное пищевое поведение (ПП), связанное с эмоционально-личностными особенностями человека. Существенное значение в формировании нарушенного пищевого поведения имеют окружающая среда, условия жизни, а так же неправильное воспитание в раннем детском возрасте.

Многолетние исследования свидетельствуют о значительных нарушениях в психической сфере при ожирении, которые влияют на формирование патологического пищевого стереотипа и течение заболевания.

Целью нашего исследования было изучить распространенность нарушений пищевого поведения и их взаимосвязь с образом и качеством

жизни, психологическим статусом женщин с алиментарно-конституциональным ожирением.

Материалы и методы

Обследовано 243 женщины с алиментарно-конституциональным ожирением и избыточной массой тела в возрасте от 18 до 60 лет. Среди них 24,1% имели избыточную массу тела, 34% - I степень ожирения, 21,2% - II и 20,7% - III степень ожирения. Отбор в исследуемую когорту проходил из числа пациентов, обратившихся в клинику за помощью для снижения массы тела и не имеющих тяжёлых сопутствующих соматических заболеваний, а также не получающих в настоящее время лечения по поводу ожирения.

Проведение исследования было согласовано и одобрено Этическим комитетом Тверской государственной медицинской академии. Участники были проинформированы о целях и характере исследования, процедурах, с ним связанных, возможном риске, ожидаемом положительном эффекте, о добровольности участия и возможности прекращения исследования в любое время без объяснения причин. Женщин включали в исследование только после подписания ими письменного добровольного информированного согласия.

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, включающее в себя: сбор анамнеза и объективный осмотр с оценкой антропометрических данных: массы тела (кг), роста (м), окружности талии (ОТ, см), окружности бедер (ОБ, см), с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ, ВОЗ, кг/м^2) и отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). По результатам лабораторного исследования производилась оценка показателей липидного обмена: холестерин (норма 3,2-5,2 ммоль/л), триглицериды (ТГ, 0,0-2,3 ммоль/л), липопротеины низкой плотности (ЛПНП, 0,0-3,5 ммоль/л), липопротеины высокой плотности (ЛПВП, >1,15

ммоль/л); лептина (1,1-27,6 нг/мл); гликемии (3,88-6,38 мМ/л) и инсулина (2,6-24,9 мкЕД/мл) плазмы, с расчетом индекса ИР НОМА (норма < 2,55 ед).

Все обследованные прошли анкетирование по особенностям образа жизни, питания (анкеты, разработанные кафедрой эндокринологии). Изучение пищевого поведения проводилось с использованием опросника, созданного T. Van Strien (норма, экстернальный – более 2,68, эмоциогенный – более 2,03, ограничительный более 2,43 баллов и смешанный типы). Психологический статус оценивался при помощи шкалы Бека, где в баллах определяли норму или депрессию (менее 9 баллов норма, 10-15 лёгкая, 16-19 умеренная, 20-29 выраженная, 30 баллов и более тяжёлая). Для оценки личностной и ситуационной тревожности использовалась шкала Спилбергера-Ханина (при результате менее 30 баллов диагностировался низкий, 31-45 умеренный, 46 и более баллов – высокий уровень тревожности). Оценка качества жизни проводилась на основе неспецифического опросника SF-36, отражающего 4 физических: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP) и общее здоровье (GH) и 4 психологических компонента здоровья: жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ MicroStat. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$). Статистическая значимость межгрупповых различий оценивалась с помощью критериев: Стьюдента (t), χ^2 - квадрата (χ^2) и критерия Крускала-Уоллиса (H). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Согласно данным анкетирования в структуре нарушений пищевого поведения ведущее место занимали ограничительный и смешанный типы (38,6% и 32,5% соответственно). Реже встречались экстернальный (15,8%) и эмоциогенный (13,1%) типы. В составе смешанного типа пищевого поведения преобладал эмоциогенный компонент (80% случаев).

В зависимости от нарушений пищевого поведения были сформированы две группы. В 1-ю группу вошли 99 женщин с нормальным пищевым поведением и во 2-ю группу были включены 144 женщины с различными видами нарушений ПП.

В таблице 1 представлена клинико-анамнестическая характеристика пациентов выделенных групп, из которой видно, что обследованные были сопоставимы по возрасту, ИМТ, выраженности ожирения, ОТ и соотношению ОТ/ОБ. Кроме этого не было выявлено статистически значимых различий по давности заболевания и наследственной отягощенности, что позволяет исключить генетическую детерминанту нарушения ПП у пациентов с ожирением.

В таблице 2 приведены результаты лабораторных исследований. Можно видеть, что не зависимо от особенностей пищевого поведения, у обследованных различий в липидном обмене не было, уровень гликемии был одинаковым. Показатель ИР в обеих группах был выше нормы ($3,75 \pm 3,210$ в 1-й группе и $3,18 \pm 2,214$ во 2-й). Лептин так же был повышен ($43,3 \pm 23,78$ и $38,4 \pm 26,30$ нг/мл соответственно), но различий между группами не наблюдалось.

Таким образом, нарушения пищевого поведения не способствуют нарастанию степени ожирения, в том числе абдоминальному типу, а также выраженности нарушений липидного и углеводного обменов и инсулинорезистентности у женщин с избыточной массой тела.

Анализ анкет по образу жизни и питания показал, что основной мотивацией для обращения к врачу и снижения веса у пациентов обеих групп послужила неудовлетворенность внешним видом, при этом во 2-й группе она встречалась статистически значимо чаще, чем в 1-й (соответственно 83% и 64%, $\chi^2=3,87$; $p<0,05$). Следует отметить, что половина (54,8%) пациентов 1-й группы и только треть (35,4%) обследованных 2-й не анализировали причины возникновения у них избыточного веса и затруднились их назвать ($\chi^2=4,0$; $p<0,05$). Оставшаяся часть женщин в обеих группах среди причин, приведших к нарастанию массы тела у них, наиболее часто выделяла неправильное питание (38% в 1-й группе и 46,2% во 2-й) и низкую физическую активность (28,6% и 24,6% соответственно). Однако пациенты 2-й группы статистически значимо чаще указывали ещё и на стрессовые ситуации, после которых наблюдалась прибавка массы (2,3% и 12,3% соответственно, $\chi^2=3,9$; $p<0,05$). Приём пищи у обследованных обеих групп был связан главным образом с голодом, в то же время пациенты 2-й группы несколько чаще ели при стрессе (21,1% в 1-й группе и 29,8% во 2-й).

Среди пищевых пристрастий женщины обеих групп чаще отдавали свое предпочтение кондитерским изделиям (60,6% в 1-й и 61,9%, во 2-й группе) и жареной пище (51,5% и 59,5% соответственно). При этом физическая активность всех обследованных была низкой (занятия спортом менее 3-х раз в неделю).

Большая часть пациентов обеих групп ранее использовали различные способы коррекции массы тела. При этом обследованные с нарушениями ПП статистически значимо чаще прибегали к диете (78,5% во 2-й и 55,8% в 1-й, $\chi^2=3,84$; $p<0,05$) и голоданию (20,0% во 2-й группе и 6,9% в 1-й, $\chi^2=3,9$; $p<0,05$), а так же использовали ранее физические нагрузки для снижения массы (41,5% пациентов 2-й группы и 25,5% 1-й, $\chi^2=3,87$; $p<0,05$). Данные анкет свидетельствовали, что почти половина всех обследованных не смогла назвать причину предыдущих неудач снижения массы тела, так как их не анализировала. При этом ответившие на вопрос основной причиной считали

возврат к прежнему образу жизни, что у пациентов с нарушением ПП наблюдалось статистически значимо чаще, чем в 1-й группе (43,1% и 33,3% соответственно, $\chi^2=3,94$; $p<0,05$).

Таким образом, пациенты с нарушениями пищевого поведения из-за недовольства своим внешним видом чаще прибегают к диетическим мероприятиям, включающим голодание, а так же физическим нагрузкам, но затем возвращаются к прежнему образу жизни.

Анализ шкалы Бека выявил более высокую частоту возникновения депрессии у пациентов с нарушениями ПП (59,6% против 42,6% в 1-й группе, $\chi^2=6,6$; $p<0,01$). В структуре депрессии у обследованных обеих групп преобладала легкая депрессия (30,9% в 1-й группе и 33,4% во 2-й), что подтвердил и средний балл по шкале Бека. Однако у пациентов 2-й группы он был статистически значимо выше ($12,5\pm 8,01$ баллов против $9,4\pm 5,53$ балла в 1-й; $p<0,01$). В то же время у женщин с нарушениями ПП статистически значимо чаще встречалась выраженная депрессия (11,3% против 2,1% случаев в 1-й группе, $\chi^2=6,7$; $p<0,01$). Наиболее высокий балл депрессии был отмечен у пациентов со смешанным типом ПП, он составил $15,3\pm 9,91$ балла и статистически значимо отличался от других типов (ограничительный $9,6\pm 5,83$ балла, эмоциогенный $12,9\pm 7,51$ балла, экстернальный $13,3\pm 7,42$ балла, Н, $8,07>7,82$; $p<0,05$).

Изучение уровня ситуационной тревоги показало преобладание умеренной тревожности (37,9% в 1-й группе и 38,7% во 2-й) у пациентов обеих групп. Средний балл у обследованных не отличался и составил $37,9\pm 7,11$ баллов в 1-й и $38,7\pm 6,52$ во 2-й группе.

В таблице 3 представлены данные опросника качества жизни. Анализ результатов позволил диагностировать более высокие показатели по шкалам физической самооценки у женщин без нарушений ПП, в том числе по шкале общего здоровья ($63,7\pm 17,91$ балла против $58,8\pm 20,72$ во 2-й; $p<0,05$). Сравнение психологического компонента так же выявило более высокие уровни качества жизни у обследованных 1-й группы по отношению ко 2-й

по шкалам жизненной активности ($59 \pm 18,1$ баллов и $52,5 \pm 20,80$ балла соответственно; $p < 0,05$) и психического здоровья ($66,7 \pm 16,71$ и $58,9 \pm 20,0$ балла соответственно; $p < 0,05$).

Таким образом, у пациентов с различными типами нарушений пищевого поведения частота и выраженность депрессии выше, чем у лиц с нормальным пищевым поведением. Нарушения пищевого поведения обуславливают более низкие показатели качества жизни у обследованных с ожирением и избыточной массой тела.

Резюмирую все сказанное выше, можно отметить, что более половины женщин с алиментарно-конституциональным ожирением и избыточной массой тела имеют нарушения пищевого поведения. Среди последних чаще всего встречаются ограничительный и смешанный типы (сочетание ограничительного и экстернального с эмоциогенным), при которых приём пищи нередко связан со стрессом. Особенности пищевого поведения не влияют на выраженность ожирения и частоту метаболических нарушений.

Женщины с нарушениями пищевого поведения и имеющие избыточный вес из-за недовольства своим внешним видом чаще прибегают к диетическим мероприятиям, включающим голодание, а так же физическим нагрузкам, но затем возвращаются к прежнему образу жизни.

Нарушения пищевого поведения у пациентов с ожирением сопряжены с более высокой частотой возникновения и выраженностью депрессии.

Наличие нарушений пищевого поведения обуславливает более низкие показатели качества жизни у больных алиментарно-конституциональным ожирением по шкалам общего здоровья, жизненной активности и психического здоровья.

Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод, что у пациентов с избыточной массой тела и ожирением нарушения пищевого поведения наиболее тесно связаны не с наследственным фактором, а с образом жизни и психологическим статусом, что в итоге находит отражение в снижении качества жизни. При планировании программ коррекции веса

важно учитывать особенности стиля жизни пациента, наличие у него нарушений пищевого поведения, его психологическое состояние, в частности выраженность депрессии и тревоги. Анализ этих данных поможет повысить эффективность лечения.

Таблица 1.

Клинико-анамнестическая характеристика больных с нормальным пищевым поведением (группа 1) и с нарушениями пищевого поведения (группа 2)
($M \pm \sigma$)

Признак	Группа 1 (n=99)	Группа 2 (n=144)	P
Возраст, лет	38,3 $\pm$ 11,39	37,7 $\pm$ 11,81	p>0,05
ИМТ, кг/м ²	35,1 $\pm$ 6,29	34,1 $\pm$ 6,82	p>0,05
Ожирение II-III ст. %	47,4	36,4	p>0,05
ОТ, см	104,4 $\pm$ 14,81	100,0 $\pm$ 15,32	p>0,05
ОТ/ОБ	0,86 $\pm$ 0,10	0,84 $\pm$ 0,11	p>0,05
Давность ожирения, лет	11,2 $\pm$ 8,93	10,3 $\pm$ 9,42	p>0,05
Отягощенная наследственность, %	59,8	66,9	p>0,05

Таблица 2.

Показатели лабораторного исследования пациентов с нормальным и нарушенным пищевым поведением ($M \pm \sigma$)

Показатель	Группа 1 (n=99)	Группа 2 (n=144)	P
ХС, мм/л	5,4 $\pm$ 1,05	5,6 $\pm$ 0,19	p>0,05
ТГ, мм/л	1,5 $\pm$ 0,90	1,4 $\pm$ 0,79	p>0,05
ЛПНП, мм/л	3,5 $\pm$ 0,81	3,8 $\pm$ 0,98	p>0,05
ЛПВП, мм/л	1,4 $\pm$ 0,43	1,4 $\pm$ 0,25	p>0,05
Лептин, нг/мл	43,3 $\pm$ 23,78	38,4 $\pm$ 26,30	p>0,05
Глюкоза, мм/л	5,3 $\pm$ 1,56	5,2 $\pm$ 1,71	p>0,05
Инсулин, мкЕД/мл	15,4 $\pm$ 10,40	13,6 $\pm$ 8,31	p>0,05

Индекс НОМА, ед	3,75±3,210	3,18±2,214	p>0,05
--------------------	------------	------------	--------

Таблица 3.

Показатели качества жизни в группах пациентов с нормальным и
нарушенным пищевым поведением (М±σ,балл)

Показатель	Группа 1, n=99	Группа 2, n=144	P
PF	81,5±19,30	78,6±22,91	p>0,05
RP	72,8±34,81	71,2±33,70	p>0,05
BP	60,7±35,72	51,3±33,41	p>0,05
GH	63,7±17,91	58,8±20,72	p<0,05
VT	59±18,1	52,5±20,80	p<0,05
SF	52,5±21,11	55,9±25,70	p>0,05
RE	76,2±37,22	68,9±38,81	p>0,05
MH	66,7±16,71	58,9±20,0	p<0,05

ЛИТЕРАТУРА

1. Белякова Н.А., Чичановская Л.В., Цветкова И.Г., Лясникова М.Б., Сусликова Н.О. Психологический статус и качество жизни больных сахарным диабетом 2-го типа и алиментарно-конституциональным ожирением // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 5 (140). - С. 39-43.
2. Белякова Н.А., Ларева А.В., Лясникова М.Б. Физическое и интеллектуальное развитие воспитанников школ-интернатов, проживающих в районах с различной йодной обеспеченностью // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2010. - Т. 95. - № 4. - С. 100-102.
3. Горбачева С.А., Белякова Н.А., Цветкова И.Г. Функция почек и артериолярный кровоток у больных сахарным диабетом 2 типа // Актуальные вопросы внутренней медицины. – СПб., 2010. – С. 135.
4. Килейников Д.В., Иванов А.Г. Анализ распространенности патологии щитовидной железы в Тверском регионе // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. - Т. 10. - № 2. - С. 34-37.
5. Пищугина А.В., Белякова Н.А., Иванов А.Г., Лясникова М.Б. Распространённость и морфофункциональные особенности патологии щитовидной железы у жителей йододефицитного региона // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Биология и экология. - 2014. - № 1. - С. 57-64.
6. Белякова Н.А., Курочкин Н.Н., Килейников Д.В., Лясникова М.Б. Результаты профилактики йодной недостаточности у детей г. Твери // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2002. - Т. 30. - № 1. - С. 58-62.
7. Белякова Н.А., Килейников Д.В., Курочкин Н.Н., Лясникова М.Б., Саушкина И.И., Смирнов Г.В. Йодный дефицит и его клинико-функциональные проявления у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2003. - Т. 39. - № 4. - С. 76-79.

8. Волков В.С., Белякова Н.А., Овсянкина О.В. Выживаемость больных, перенесших инфаркт миокарда (по данным 10-летних наблюдений) // Российский медицинский журнал. -1989. - № 4. - С. 71.
9. Кучма В.Р., Белякова Н.А., Ларева А.В., Лясникова М.Б. Эффективность групповой йодной профилактики у детей, проживающих в йододефицитном регионе // Вопросы современной педиатрии. - 2007. - Т. 6. - № 6. - С. 28-30.
10. Белякова Н.А. Йододефицитные состояния и их профилактика у детей и подростков. Тверь, 2005.
11. Белякова Н.А., Дианов О.А., Шахтарин В.В., Курочкин Н.Н., Лясникова М.Б. Диффузный нетоксический зоб у детей // Российский педиатрический журнал. - 2004. - № 5. - С. 22-25.
12. Некрасова Е.Г., Дубенский В.В., Белякова Н.А., Егорова Е.Н. Факторы, влияющие на развитие микозов стоп, у больных сахарным диабетом 2 типа // Проблемы медицинской микологии. - 2011. - Т. 13. - № 2. - С. 34-38.
13. Белякова Н.А., Михайлова Д.Г., Цветкова И.Г., Горбачева С.А., Старцев А.Л., Ларина А.А. Психоневрологические особенности больных сахарным диабетом 2 типа с периферической нейропатией // Сахарный диабет. - 2010. № 4. - С. 39-41.
14. Белякова Н.А., Березовский И.В. Физическое развитие детей, проживающих в регионе зубной эндемии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - № 2. - С. 15-19.
15. Белякова Н.А., Михайлова Д.Г., Егорова Е.Н., Гогина Е.Д., Горшкова М.А. Неспецифические адаптационные реакции и состояние иммунного статуса у больных сахарным диабетом 2-го типа // Клиническая лабораторная диагностика. - 2010. - № 3. - С. 14-18.
16. Цыб А.Ф., Белякова Н.А., Дианов О.А. Эффективность органической формы йода в профилактике и лечении эндемического эутиреоидного зоба // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2003. - № 1. - С. 63.
17. Белякова Н.А., Михайлова Д.Г., Цветкова И.Г., Горбачёва С.А., Лясникова М.Б., Егорова Е.Н. Адаптационные реакции, артериольный

кровоток и факторы, оказывающие на них влияние у больных сахарным диабетом 2 типа // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2010. - Т. 99. - № 8. - С. 61-64.

18. Белякова Н.А., Лясникова М.Б., Курочкин Н.Н. Новый критерий йододефицитных состояний у детей препубертатного возраста // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2004. - Т. 47. - № 6. - С. 79-82.

19. Пищугина А.В., Белякова Н.А., Иванов А.Г., Лясникова М.Б. Особенности патологии щитовидной железы у работников промышленных предприятий йоддефицитного региона // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2013. - Т. 120. - № 5. - С. 105-108.

20. Белякова Н.А., Лясникова М.Б. Соматическое, репродуктивное и психическое здоровье женщин с ожирением различных возрастных групп // Вестник Ивановской медицинской академии. 2011. - Т. 16. - С. 12-13.

21. Белякова Н.А., Лясникова М.Б., Милая Н.О. Пищевое поведение, образ и качество жизни, а также психологический статус больных с алиментарно-конституциональным ожирением // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2014. - Т. 125. - № 2. - С. 20-23.