

Условия формирования нарушения пищевого стереотипа у лиц с избыточной массой тела

Л.В. Шпак, И.Н. Степанова

Кафедра внутренних болезней с курсами кардиологии, эндокринологии и гериатрии (зав. – профессор Л.В. Шпак) факультета последипломного образования Тверской ГМА

Избыточная масса тела является одной из самых распространенных (от 16 до 54%) форм патологии среди населения разных стран мира, и количество лиц, имеющих избыточный вес, продолжает прогрессивно увеличиваться. По данным обследования национальной представительной выборки России частота избыточной массы тела в зависимости от географического района варьирует от 45 до 56% у мужчин и от 56 до 62% у женщин [9]. Кроме того, настораживает тот факт, что более 20% молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет и до 22% школьников [6] имеют избыточный вес, а ведь почти у 60% взрослых ожирение берет свое начало именно в детском и подростковом возрасте [1]. Риск развития ожирения у ребенка, в свою очередь, достигает 80%, если оно имеется у обоих родителей, 50% – если ожирением страдает только мать и 40% – если ожирение было у отца [26], создавая, таким образом, «замкнутый порочный круг» отягощенного семейного анамнеза. По-прежнему основная роль в этиологии ожирения принадлежит алиментарному фактору и, несмотря на множество подходов к лечению данной патологии (разнообразие диет, лекарственных препаратов, способов хирургической коррекции), отдаленные результаты все еще остаются неблагоприятными, поскольку лишь 5–10% пациентов в течение 2 лет удерживают достигнутую в результате терапии должную массу тела, а более 80% – восстанавливают и даже превышают свой первоначальный вес в течение 3–6 месяцев после окончания курса лечения [14, 16, 18]. Связано это с тем, что немногие пациенты способны выдерживать строгий контроль своего образа жизни и

особенно—пищевого поведения. На фоне слишком строгой диеты у многих тучных людей часто возникает «диетическая депрессия», что и приводит их к отказу от лечения. В этих случаях расстройства пищевого поведения являются ведущим фактором нарастания массы тела. Кроме того, имеются данные о том, что примерно в 60% случаев на фоне отрицательных психогенных воздействий наблюдается выраженное переедание – так называемая «гиперфагическая реакция на стресс» [2, 5, 19, 20].

Для преодоления хронических метаболических нарушений и психосоциальной дезадаптации, связанных с ожирением, все большее внимание уделяется оценке качества жизни (КЖ) тучных людей: создаются новые программы тактики ведения таких пациентов, школы обучения правильному образу жизни и рациональному питанию, составляются индивидуальные подходы к каждому пациенту с длительным детальным анализом и контролем не только в процессе лечения, но и после окончания курса с целью поддержания достигнутой массы тела. Однако для успешной реализации этих программ необходимо располагать индивидуальными данными о психосоциальных факторах и условиях, способствующих формированию на протяжении жизни избыточной массы тела, что и явилось целью настоящего исследования.

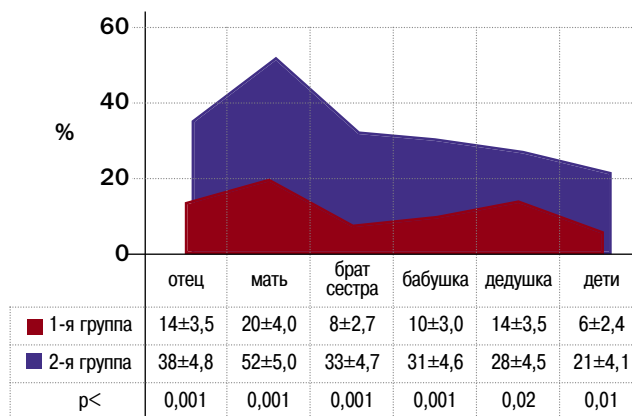
Материалы и методы

Была разработана «Анкета самооценки качества жизни лиц с избыточной массой тела» [10], состоящая из 4-х разделов (I – общие данные, II – характеристика семьи и работы, III – особенности питания,

Таблица

Сравнительные показатели формирования пищевого стереотипа у лиц с нормальной и избыточной массой тела ($M \pm m\%$)

Учетный признак	Группа наблюдения		p <
	1-я (n=100)	2-я (n=100)	
I. Общая характеристика респондентов			
Возраст:			
31–35 лет	22±4,1	30±4,6	
36–40 лет	43±4,9	40±4,9	
41–45 лет	25±4,3	20±4,0	
46–50 лет	10±3,0	10±3,0	
Образование:			
среднее специальное	27±4,4	20±4,0	
высшее	73±4,4	80±4,0	
Общий стаж трудовой деятельности:			
6–10 лет	47±4,9	40±4,9	
11–15 лет	33±4,7	20±4,0	0,05
Место жительства: город	100	100	
II. Характеристика семьи и работы			
Состав семьи в детстве:			
полная (оба родителя)	78±4,1	80±4,0	
наличие братьев и сестер	84±3,7	91±2,7	
Воспоминания о детстве:			
приятные	80±4,0	28±4,5	0,001
неприятные	10±3,0	42±5,0	0,001
ничем не выделяются	3±4,6	10±3,0	
Материальный достаток в детстве			
нуждались	72±4,5	60±5,0	
не нуждались	28±4,5	40±4,9	
Семейное положение:			
женат (замужем)	70±4,6	66±4,7	
Члены семьи, проживающие с Вами вместе:			
жена (муж)	70±4,6	66±4,7	
дети	56±4,9	50±5,0	
внуки	8±2,7	6±2,4	
родители	10±3,0	12±3,2	
Взаимоотношения в собственной семье:			
полное взаимопонимание	73±4,4	50±5,0	0,001
конфликты эпизодически	18±3,8	30±4,6	0,05
конфликты, нарушающие единство семьи	9±2,9	20±4,0	0,05
Материальное обеспечение семьи:			
достаточное	84±3,6	81±3,1	
Отношение к работе:			
доставляет удовольствие	88±3,2	18±3,8	0,001
работа в тягость	10±3,0	68±4,7	0,001
выбор профессии оказался ошибочным	2±1,4	14±3,5	0,002
Ваша работа характеризуется:			
психическим напряжением	34±4,7	11±3,1	0,001
межперсональными конфликтами	60±5,0	44±4,9	0,05
ночные смены	20±4,0	17±3,7	
малой подвижностью	19±3,9	82±3,8	0,001
физической активностью	78±4,1	18±3,8	0,001
Досуг:			
малоподвижные формы увлечений	20±4,0	89±3,1	0,001
кулинария	28±4,5	61±4,9	0,001
садоводство	71±4,5	42±4,9	0,001
физкультура, спорт	69±4,6	10±3,0	0,001

Рис. 1. Частота наследственной отягощенности по ожирению у лиц с нормальной и избыточной массой тела ($M \pm m\%$)

IV – физическое состояние и образ жизни), содержащих 63 рубрики и 368 учетных признаков (таблица). Проанкетировано 200 человек, у которых согласно классификации ВОЗ (1997), основанной на величине индекса Кетле (ИК, $\text{кг}/\text{м}^2$), нормальная масса тела (ИК 18,5–24,9 $\text{кг}/\text{м}^2$) была у 100, предожирение (ИК 25,0–29,9 $\text{кг}/\text{м}^2$) – у 20, ожирение 1-й степени (ИК 30,0–34,5 $\text{кг}/\text{м}^2$) – у 25, 2-й степени (ИК 35,0–39,9 $\text{кг}/\text{м}^2$) – у 50 и 3-й степени (ИК более 40,0 $\text{кг}/\text{м}^2$) – у 10. На основании этих данных были выделены две группы наблюдения: 1-ю – составили 100 респондентов с нормальной массой тела (мужчин – 55, женщин – 45; возраст от 30 до 50 лет, средний – $39,01 \pm 0,4$ года) и индексом Кетле (ИК) от 18,5 до 24,9 $\text{кг}/\text{м}^2$ ($21,6 \pm 0,28 \text{ кг}/\text{м}^2$); 2-ю – 100 человек с избыточной массой тела (мужчин – 52, женщин – 48; возраст от 30 до 50 лет, средний – $38,55 \pm 0,4$ года) и ИК от 25,0 до 51,6 $\text{кг}/\text{м}^2$ ($36,7 \pm 0,8 \text{ кг}/\text{м}^2$). Все пациенты 2-й группы имели алиментарно-конституциональное (первичное) ожирение (по классификации И.И. Дедова, 2000) и находились на обследовании в эндокринологическом отделении областной клинической больницы. На момент анкетирования респонденты не получали какого-либо медикаментозного лечения, специализированного режима или диетотерапии. Все сопутствующие заболевания в обеих группах (хронический катаральный гастрит у 15%, артериальная гипертензия II степени у 34%, распространенный остеохондроз позвоночника у 23%) были вне обострения.

Данные представлены в виде средних арифметических значений и ошибки среднего ($M \pm m$, %). Различия результатов оценивались по t-критерию Стьюдента и считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Все расчеты проводились с использованием пакета программного обеспечения «STATISTICA v. 5.5A © STATSOFT, USA».

Результаты исследования

Респонденты обеих групп статистически не отличались (табл., разд. I) по трудоспособному возрасту (от 30 до 50 лет), месту проживания (все горожане) и относительно небольшому стажу трудовой деятель-

ности (от 6 до 10 лет). Несмотря на то, что многими исследованиями установлена большая вероятность развития ожирения при низком уровне образования [19, 22], что объясняется меньшей грамотностью и недостаточным вниманием к своему здоровью таких пациентов, полученные данные, напротив, свидетельствовали о том, что, хотя респонденты обеих групп статистически и не отличались по частоте высшего образования, у тучных пациентов оно встречалось в 4 раза чаще (80%), чем среднее специальное (20%). Это может указывать на то, что такая зависимость обусловлена условиями трудовой деятельности, что совпадает с многими данными [12] о меньшей частоте ожирения у лиц, занимающихся физическим трудом.

При анализе условий жизни детского возраста (разд. II) оказалось, что большинство обследуемых как в 1-й, так и во 2-й группах воспитывались в полных семьях с наличием братьев и сестер. При том, что основная часть респондентов считали, что в родительском доме они не испытывали явного материального недостатка, воспоминания о детстве у большинства пациентов 2-й группы (10±3,0% и 42±5,0%) оставались преимущественно неприятными, что согласуется с данными Е.Г. Старостиной [8] о значении проблемного детства для формирования психических расстройств, которые нивелируются избыточным потреблением пищи. Таким образом, пусковые моменты формирования избыточной массы тела необходимо начинать выявлять с детского периода жизни, когда любые психотравматические события (асоциальные семьи, физическое, психологическое, сексуальное насилие и т.д.) в 4,6 раза увеличивают риск ожирения во взрослом возрасте [3].

Далее оказалось, что не только психогении детства, но и наследственные факторы в виде отягощенного анамнеза по ожирению у близких и дальних родственников отмечались практически у всех респондентов 2-й группы, причем чаще по материнской линии, а более 15% имели собственных детей с избыточной массой тела (рис. 1). Кроме того, супруги тучных пациентов тоже гораздо чаще (14±3,5% и 48±5,0%, $p<0,001$) имели избыточный вес, что, несомненно, поддерживалось сформированными внутрисемейными пищевыми традициями, которые в значительной мере являлись следствием родительских установок. Подтверждением являются данные о развитии ожирения даже у приемных детей тучных родителей, причем с вероятностью, приближающейся к таковой у родных детей. Поэтому меры, направленные на лечение ожирения у родителей, одновременно будут способствовать профилактике не только нарастания избыточной массы тела, но и формирования ассоциированных с ней заболеваний у детей.

Оба фактора – наследственность и переедание – формируют гормонально-метаболические (инсулинорезистентность, снижение толерантности к глюкозе, усиленное отложение висцерального жира) и патофизиологические (артериальная гипер-

Учетный признак	Группа наблюдения		p <
	1-я (n=100)	2-я (n=100)	
III. Особенности питания			
Ваше питание можно считать:			
сбалансированным (разнообразным)	76±4,3	68±4,7	
с предпочтением углеводов	34±4,7	70±4,6	0,001
с предпочтением мучных изделий	21±4,1	64±4,8	0,001
с предпочтением жиров	14±3,5	62±4,8	0,001
с предпочтением белковых продуктов	44±4,9	28±4,5	0,02
Прием пищи:			
регулярно	27±4,4	72±4,5	0,001
нерегулярно	83±3,8	28±4,5	0,001
привычка есть на ночь	10±3,0	82±3,8	0,001
Интервал между приемами пищи составляет:			
4 часа	3±1,7	18±3,8	0,001
5 часов	20±4,0	41±4,9	0,001
6 часов	9±2,9	30±4,6	0,001
беспорядочный	68±4,7	11±3,1	0,001
Максимальный объем пищи приходится:			
на завтрак	12±3,2	15±3,6	
на обед	50±5,0	20±4,0	0,001
на ужин	38±4,8	65±4,8	0,001
Укажите предпочитаемый вид пищевых жиров			
и примерное их ежедневное употребление:			
растительное масло	68±4,7	80±4,0	
15 г/сут (1 стол. ложка)	61±4,9	26±4,4	0,001
30 г/сут (2 стол. ложки)	7±2,6	74±4,4	0,001
сливочное масло	61±4,0	83±3,7	0,001
до 20 г/сут (только для бутербродов)	50±5,0	60±5,0	
больше 20 г/сут (для приготовления пищи)			
Ежедневное употребление чистых углеводов:	11±3,1	23±4,2	0,05
сахар			
1–2 ч. ложки	54±4,9	80±4,0	0,001
3–4 ч. ложки	46±4,9	20±4,0	0,001
5 ч. ложек и более	8±2,7	63±4,8	0,001
конфеты	-	17±3,8	0,001
1–2 шт	34±4,7	73±4,4	0,001
3 и более шт	31±4,6	22±4,1	
варенье	3±1,7	51±5,0	0,001
до 5 ч. ложек	12±3,2	31±4,6	0,001
более 5 ч. ложек	12±3,2	20±4,0	
мед	-	11±3,1	0,001
1–2 ст. ложки	27±4,4	62±4,8	0,001
3–4 ст. ложки	17±3,8	42±4,9	0,001
Мучные продукты:	11±3,1	52±5,0	0,001
хлеб			
макароны	87±3,4	98±1,4	0,01
выпечка	84±3,7	80±4,0	
ежедневно	28±4,9	73±4,4	0,001
эпизодически	8±2,7	52±5,0	0,001
Специи:	20±4,0	21±4,1	
хрен	14±3,1	8±2,7	
горчица	21±4,1	8±2,7	0,01
перец	19±3,9	11±3,1	
майонез	68±4,7	83±3,8	0,02
Употребление мясных продуктов:			
свинина	21±4,1	64±4,8	0,001
птица	74±4,4	60±4,9	0,05
говядина	68±4,7	43±4,9	0,001
Предпочитаемый, ежедневно употребляемый			
вид овощей и фруктов:			
картофель	81±3,9	80±4,0	
томаты	74±4,4	46±5,0	0,001
огурцы	68±4,7	42±4,9	0,001
свекла	14±3,5	20±4,0	
капуста	34±4,7	12±3,2	0,001
бананы	11±3,1	32±4,7	0,001
цитрусовые	52±5,0	14±3,5	0,001
Предпочитаемые напитки:			
чай	79±4,1	80±4,0	
кофе	48±5,0	30±4,6	0,01
сладкая газированная вода	14±3,5	63±4,8	0,001
натуральные соки	84±3,7	40±4,9	0,001

тензия, сахарный диабет 2 типа, ранние признаки коронарного атеросклероза, депрессии) особенно сти ожирения.

На момент анкетирования большинство респондентов обеих групп находились в браке и проживали с детьми, родителями или внуками. Притом, что материальное обеспечение семьи было достаточным в обеих группах, лица с избыточной массой тела из-за возникающих психологических проблем значительно чаще отмечали нарушенные взаимоотношения в семье, которые носили эпизодический или пролонгированный характер вплоть до нарушения единства семьи.

Повседневная работа значительно реже доставляла удовольствие пациентам с избыточной массой тела и чаще была им в тягость: около 15% оценили выбор профессии ошибочным, несмотря на то, что она почти в 5 раз чаще сопровождалась малой физической активностью и значительно реже — психическим напряжением, межперсональными конфликтами и ночными сменами.

Таким образом, при анализе условий жизни и быта выяснилось, что у респондентов с избыточным весом имеет место непрерывная цепь конфликтных ситуаций, начинающихся в периоде детства, затем продолжающихся в собственной семье и в условиях производства, при том, что повседневная деятельность и дополнительные увлечения (телевидение, чтение, вязание, коллекционирование и др.) не способствовали увеличению энергетических затрат.

При тщательном анализе пищевого стереотипа (разд. III) оказалось, что у лиц с избыточной массой тела прием пищи, хотя и носил регулярный характер (каждые 4–5 часов), максимальный ее объем приходился на ужин с привычкой есть на ночь. При этом пищевой рацион пациентов 2-й группы включал более частое употребление жиров в виде растительного и сливочного масел, почти в 1,5 раза чаще — чистых углеводов в виде большого количества сахара, конфет, варенья, меда, консервированного компота при одинаковом в обеих изучаемых группах снижении суточного рациона белковых продуктов.

Количество потребляемых жиров в такой ситуации является отягощающим моментом в развитии и нарастании избыточной массы тела, поскольку, согласно данным ряда исследований [11, 17, 21, 23, 24], увеличение количества жира в пище не приводит к адекватному уменьшению потребления других нутриентов, а питание делает более калорийным. Употребление мучных продуктов (хлеб, макароны) было одинаково высоким в обеих группах, однако полные пациенты более чем в 2,5 раза чаще отдавали предпочтение сладкой выпечке, употребляя ее практически ежедневно, а в мясной рацион в 3 раза чаще включали свинину, реже — птицу и говядину, а из овощей и фруктов выбирали калорийный картофель, свеклу и бананы, тогда как продукты, богатые клетчаткой (капуста, огурцы, томаты, цитрусовые), включались в рацион значительно реже, чем в 1-й группе. Из на-

питков одинаково часто в обеих группах отдавалось предпочтение сладкому чаю, но в 1-й — еще и кофе, стимулирующему окислительные процессы, а во 2-й — сладким газированным напиткам, а не натуральным сокам. Кроме того, последние в качестве вкусовых добавок к пище предпочитали не едкие специи, стимулирующие пищеварения, а калорийный майонез.

Таким образом, пищевое поведение лиц с избыточной массой тела характеризуется углеводной жаждой, когда в отсутствии «сладкого» у пациентов развивается пониженное настроение, быстро купируемое приемом легких углеводов, избытком поступающих в организм жиров, а также — вечерней и ночной гиперфагией со стрессовыми пищевыми эксцессами. Именно нарушенный пищевой стереотип представляет собой наиболее серьезную проблему для лечения ожирения, поскольку является одним из наиболее значимых и устойчивых предикторов повышения веса после его успешного снижения.

Частота курения среди лиц с избыточным весом была меньше по сравнению с 1-й группой, и это могло указывать на то, что ощущение голода не отвлекалось курением, что больше свойственно лицам с нормальным и даже пониженным весом. При практически одинаковой частоте потребления алкоголя всеми респондентами особенностью оказалось то, что полные пациенты гораздо чаще сочетали его употребление с обильной едой.

По физическому состоянию и образу жизни собственное здоровье оценивали как хорошее или удовлетворительное 79% лиц с избыточным весом и только 21% — как плохое, что отражало недостаточно критическое отношение к ожирению как к фактору риска возможных заболеваний. В то же время, пациенты из 2-й группы достоверно реже оценивали себя положительно с точки зрения физической силы, красоты, возможности добиться успеха и независимости в обществе, что указывало на заниженные жизненные приоритеты, определенную долю безнадежности при отсутствии стремления к самосовершенствованию. О последнем свидетельствует тот факт, что сами пациенты, считая основными причинами избыточной массы тела уменьшение физической нагрузки ($72 \pm 4,5\%$), калорийное ($44 \pm 5,0\%$) и избыточное ($40 \pm 4,9\%$) питание, а также наследственную предрасположенность ($33 \pm 4,7\%$) и состояние хронического стресса ($22 \pm 4,1\%$) мало предпринимали усилий для их коррекции.

Более того, несмотря на то, что тучные пациенты признают в формировании избыточной массы тела преобладание алиментарного фактора, за последний год лишь немногие изменили характер питания — только 1/5 часть респондентов 2-й группы ($20 \pm 4,0\%$) незначительно снизила потребление жиров, менее 1/3 ($30 \pm 4,6\%$) ограничили употребление хлеба и мучных изделий, менее половины ($44 \pm 4,9\%$) дополнили к рациону овощи и фрукты, более 40% снизили употребление поваренной соли.

Несмотря на то, что все пациенты 2-й группы получали рекомендации по снижению массы тела от врачей, родственников и даже посторонних, около 1/3 ($31 \pm 4,6\%$) по-прежнему не контролировали свой вес. Остальные без существенного эффекта использовали для похудения различные диеты ($68 \pm 4,7\%$), вплоть до голодания ($32 \pm 4,7\%$), физические упражнения ($27 \pm 3,8\%$), лекарственные препараты ($21 \pm 4,1\%$), иглорефлексотерапию ($16 \pm 3,7\%$) и даже внушение ($8 \pm 2,7\%$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты недостаточно основательно подходят к проблеме избыточного веса, что делает необходимым усиление пропаганды рационального питания.

При оценке психического здоровья (разд. IV) было установлено, что увеличение массы тела, как и любое хроническое заболевание, оказывает выраженное влияние на психоэмоциональную сферу [4, 7, 13, 15, 25], значительно ухудшая качество жизни пациентов: они труднее вступали в контакт с незнакомыми людьми, испытывали смущение в новом коллективе и страх при выступлении перед аудиторией, постоянно стремились к смене обстановки, не находя общих интересов с окружающими. У этих больных повседневно преобладало неустойчивое и тоскливое настроение, работоспособность чаще была снижена не только из-за пассивности и нежелания работать, но и в большей мере из-за повышенной утомляемости, сопровождающейся нарушением внимания, забывчивостью, появлением головной боли, нарастанием физической слабости и раздражительности, что гораздо чаще, по сравнению с 1-й группой, влекло перемены в работе, снижение инициативы и затруднения при принятии решения. Для лиц с избыточным весом оказались типичными повышение аппетита в стрессовой ситуации (так называемая, гиперфагическая реакция на стресс), обостренная чувствительность, застенчивость, впечатлительность, тревожность, плаксивость, нерешительность, мнительность и робость, частая смена настроения, легкое вовлечение в конфликтные

Учетный признак	Группа наблюдения		p <
	1-я (n=100)	2-я (n=100)	
IV. Физическое состояние и образ жизни			
Здоровье:			
хорошее	84±3,7	15±3,6	0,001
удовлетворительное	16±3,7	64±4,8	0,001
плохое	8±2,7	21±4,1	0,01
Курение систематически			
до 10 сигарет в день	46±5,0	32±4,9	0,05
более 10 сигарет в день	14±3,5	8±2,7	
Употребление алкоголя			
реже 1 раза в месяц без опьянения	78±4,1	68±4,7	0,001
реже 1 раза в месяц с выраженным опьянением	21±4,1	20±4,0	
еженедельно	12±3,2	10±3,0	
ежедневно	4±1,9	2±1,4	
с желанием опохмелиться	12±3,2	10±3,0	
употребление алкоголя с обильной едой	61±4,9	84±3,7	
В чем для Вас состоит ценность здоровья:			
возможность продления жизни	85±3,6	94±2,4	0,05
ощущение силы и красоты	100	61±4,9	0,001
возможность добиться успеха	100	72±4,5	0,001
возможность независимости	90±3,0	80±4,0	0,05
Избыточную массу тела имели родственники:			
отец	14±3,5	38±4,8	0,001
мать	20±4,0	52±5,0	0,001
бабушка	10±3,0	31±4,6	0,001
дедушка	14±3,5	28±4,5	0,001
брат (сестра)	8±2,7	33±4,7	
дети	6±2,4	21±4,1	0,01
Ваш муж (жена) имеет массу тела:			
сниженную	6±2,4	2±1,4	0,001
нормальную	50±5,0	16±3,7	
избыточную	14±3,5	48±5,0	
К увеличению массы тела, по Вашему мнению, привели:			
наследственная предрасположенность		33±4,7	
перемена места жительства		10±3,0	
уменьшение физической нагрузки		72±4,5	
высокая калорийность пищи (сахар, жиры, мучное)		44±5,0	
избыточное питание		40±4,9	
частые нервные переживания		22±4,1	
Вы контролируете свой вес:			
ежемесячно	47±5,0	21±4,1	0,001
ежеквартально	2±1,4	38±4,8	0,001
не контролируете	51±5,0	31±4,6	0,001
Последние годы вам рекомендовали снижение массы тела			
врачи		83±3,8	
родственники		74±4,4	
посторонние		16±3,7	
Для снижения веса Вы использовали:			
физические упражнения		27±3,8	
диету		68±4,7	
дозированное голодание		32±4,7	
лекарственные препараты		21±4,1	
иглорефлексотерапию		16±3,7	
внушение		8±2,7	
Изменился ли в связи с состоянием здоровья характер питания за последние 12 месяцев:			
снизилось употребление жиров	68±4,7	20±4,0	0,001
снизилось употребление углеводов	21±4,1	12±3,2	0,001
снизилось употребление поваренной соли	15±3,6	41±4,9	
ограничилось употребление хлеба и мучных изделий	28±4,5	30±4,6	0,001
увеличилось употребление овощей и фруктов	88±3,2	44±4,9	
ничего не изменилось	18±3,8	-	0,001
Вы замечаете, что с повышением массы тела изменилась реакция на окружающую обстановку:			
труднее вступаете в контакт с незнакомыми людьми		83±3,8	
смущаетесь в незнакомом коллективе		76±4,3	
любите изменение обстановки		81±3,9	
Изменение полового чувства в связи с избыточной массой тела:			
не изменилось		14±3,5	
снижено		48±5,0	
безразличие		38±4,8	
Изменение работоспособности в связи с избыточной массой тела:			
полностью сохранена		19±3,9	
снижена из-за повышенной утомляемости		82±3,8	
снижена за счет пассивности, нежелания работать		32±4,7	

Учетный признак	Группа наблюдения		p <
	1-я (n=100)	2-я (n=100)	
Физическая активность на работе:			
много движений	85±3,6	10±3,0	0,001
мало движений	15±3,6	90±3,0	0,001
быстрое утомление	34±4,7	81±3,9	0,001
Характеристика утомляемости:			
при утомлении нарушается внимание	87±3,4	91±2,9	
при утомлении появляется головная боль	24±4,3	32±4,7	
при утомлении повышается аппетит	9±2,9	73±4,4	0,001
при утомлении появляется раздражительность	17±3,8	21±4,1	
при утомлении появляется физическая слабость	79±4,1	93±2,6	0,001
при утомлении снижается темп работы	89±3,1	98±1,4	0,01
при утомлении появляются перерывы в работе	62±4,8	93±2,6	0,001
Какое у Вас преобладает настроение:			
ровное (душевный покой)	79±4,1	43±5,0	0,001
неустойчивое (меняющееся, колеблющееся)	10±3,0	48±5,0	0,001
тоскливое	6±2,4	70±4,6	0,001
приподнятое	27±3,8	12±3,2	0,01
Характеристики сна:			
позднее засыпание	71±4,5	87±3,4	0,1
повышенная сонливость днем	15±3,6	73±4,4	0,001
сонливость в транспорте	8±2,7	78±4,1	0,001
сонливость в общественном месте	8±2,7	80±4,0	0,001
поверхностный сон	15±3,6	33±4,7	0,002
неосвежающий сон	9±2,9	74±4,4	0,001
тревожный сон	11±3,1	17±3,7	
прерывистый сон	7±2,6	14±3,5	
чувство разбитости, вялости после сна утром	3±1,7	77±4,2	0,001
Отмечаете ли Вы у себя:			
обостренную чувствительность, слезливость	5±2,2	66±4,7	0,001
быструю истощаемость внимания, забывчивость	10±3,0	79±4,1	0,001
повышенную усталость, утомляемость	10±3,0	82±3,8	0,001
тяжесть в голове, головные боли	11±3,1	41±4,9	0,001
чувство сдавления головы	3±1,7	17±3,7	0,001
снижение желаний, побуждений	-	90±3,0	0,001
обострение чувствительности к холоду или теплу	9±2,9	61±4,9	0,001
сердцебиение	19±3,9	33±4,7	0,05
потливость	10±3,0	81±3,9	0,001
страх высоты	8±2,7	61±4,9	0,001
страх покраснеть в обществе	7±2,6	71±4,5	0,001
страх выступления перед аудиторией	9±2,9	68±4,7	0,001
страх заболеть опухолевой болезнью	12±3,2	61±4,9	0,001
страх заболеть венерической болезнью	27±3,8	4±1,9	0,001
страх заболевания сердца	20±4,0	48±5,0	0,001
слабость в мышцах рук и ног	-	31±4,6	0,001
приступы "удушья"	-	21±4,1	0,001
"комки" в горле	-	14±3,5	0,001
повышенную внушаемость	2±1,4	38±4,8	0,001
повышенную самовнушаемость	2±1,4	73±4,4	0,001
стремление привлечь внимание окружающих	61±4,9	4±1,9	0,001
Типичны ли для Вашего характера:			
плаксивость	7±2,6	70±4,6	0,001
впечатлительность	21±4,1	63±4,8	0,001
робость	20±4,0	83±3,8	0,001
нерешительность	23±4,2	87±3,4	0,001
тревожность	14±3,5	31±4,6	0,01
мнительность	10±3,0	78±4,1	0,001
частая смена настроения	11±3,1	63±4,8	0,001
быстрая смена увлечений	20±4,0	77±4,2	0,001
лёгкое вовлечение в конфликтные обстоятельства	7±2,6	31±4,6	0,001
чувство бесперспективности, пессимизм	2±1,4	80±4,0	0,001
чувство неполноценности	3±1,7	80±4,0	0,001
снижение инициативы	10±3,0	78±4,1	0,001
неуверенность при принятии решения	3±1,7	71±4,5	0,001
Вы располагаете информацией о том, что здоровью вредят:			
курение	100	100	
спиртные напитки	100	100	
неумеренность в еде	91±2,8	90±3,0	0,001
малая физическая активность	87±3,4	73±4,4	0,001
Отношение к собственному здоровью			
при появлении признаков заболевания стараетесь улучшить самочувствие самостоятельно	45±5,0	7±2,6	0,001
обращаетесь в медицинское учреждение	55±5,1	60±4,9	
безразличное	-	33±4,7	0,001
Принимая во внимание все обстоятельства, Вы чувствуете себя			
счастливым человеком	97±1,7	21±4,1	0,001
менее счастливым, чем другие	3±1,7	33±4,7	0,001
подавленным и несчастным	-	36±4,8	0,001
никчемным и бесполезным человеком	-	10±3,0	0,001

обстоятельства, повышенная внушаемость и, особенно, самовнушаемость, чувство неполноценности и бесперспективности, а также низкая выносливость и такие признаки астенизации как приступы сердцебиения, гипергидроз, мышечная слабость, головные боли, чувство сдавления головы и обостренная чувствительность к холоду или теплу, частые приступы удушья с ощущением «комка в горле». Кроме того, подавляющее большинство лиц с избыточной массой тела отмечали нарушения сна в виде позднего засыпания и повышенной сонливости днем (в том числе в транспорте и общественных местах), в целом имея поверхностный, неосвежающий, тревожный или прерывистый сон с чувством вялости и разбитости утром. Около 3/4 лиц с избыточным весом отметили быструю смену увлечений, снижение желаний и побуждений, в том числе полового влечения, вплоть до полного безразличия. При сравнении респондентов 1-й и 2-й групп первые чаще отметили опасение заболеть венерическими (27±3,8% и 4±1,9%), а вторые – сердечно-сосудистыми (20±4,0% и 48±5,0%) и опухолевыми (12±3,2% и 61±4,9%) болезнями.

Хотя лица с избыточной массой тела и не были склонны к самолечению и при появлении признаков заболевания обращались в медицинские учреждения, 1/3 пациентов испытывала полное безразличие к собственному здоровью. Большинство респондентов обеих групп располагали информацией о вреде курения, спиртных напитков, неумеренности в еде и малой физической активности, однако среди пациентов 2-й группы лишь 21% пытались устранить эти факторы риска. Только 21±4,1% лиц с избыточным весом чувствовали себя вполне счастливыми, а подавляющее большинство – менее счастливыми, чем другие (33±4,7%), подавленными и несчастными (36±4,8%) и даже бесполезными (10±3,0%) людьми.

Таким образом, даже без специальных исследований становится очевидным участие фактора ожирения в формировании психосоциальной дезадаптации с ухудшением качества жизни.

Выводы:

1. При ожирении основными факторами, провоцирующими его развитие, являются конституционально-биологические (отягощенная наследственность) и средовые (недостаточные представления о культуре питания, здоровом образе жизни), на фоне которых формируется недостаточно критичное отношение к своему состоянию как к фактору риска возможных соматических осложнений.

2. Психическая дезадаптация у лиц с ожирением, формирующаяся на фоне непрерывно протекающих экзогенных психогений (в детстве, в семье, на производстве), приводит к развитию определенного типа личности с резко сниженной самооценкой

(бесперспективность, неуверенность в себе, чувство неполноценности).

3. Медицинские аспекты в проблеме ожирения должны быть направлены на индивидуальный подход и пропаганду здорового образа жизни с исправлением нарушенного пищевого стереотипа, а также психопрофилактику стрессовых ситуаций у тучных людей.

4. Предложенная анкета не только характеризует качество жизни людей с избыточным весом, но и позволяет индивидуализировать факторы, формирующие пищевой стереотип, и причины его деформации, а также определить основные направления и психопрофилактические воздействия на их преодоление.

Л и т е р а т у р а

- Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению [Текст]. // Русский медицинский журнал. – 2001. - №9. – С. 56–60.
- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессии в неврологической практике. – М. – 1998.
- Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Патогенетические основы ожирения. // Ожирение и метаболизм. – 2004. - №1. – С. 3–9.
- Любан-Плоцца Б., Пельдингер И., Крегер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб. – 2000. – с. 272.
- Минабутинов Ш.Р. Клинический и психофизиологический анализ при церебральном ожирении [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: М., 1996.
- Миняйлова Н.Н., Зевалич М.Л., Казакова Л.М. Проблемы медицины и биологии. – Кемерово, 2000. – ч. 2. – С. 8–9.
- Старостина Е.Г. Особенности диагностики и лечения психосоматических расстройств в работе врача общей практики. // В сб.: Альманах клинической медицины. – М. – МОНИКИ. – 2004. – С. 239–249.
- Старостина Е.Г. Ожирение как психосоматическое заболевание. // Врач. – 2005. - №9. – С. 9–13.
- Шальнова, С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: М., 1999.
- Шпак Л.В., Степанова И.Н. Особенности пищевого поведения у практически здоровых людей с нормальной массой тела. В сб: Итоги и перспективы лечебно-профилактической, научно-исследовательской и педагогической деятельности. – Тверь, 2004. – с. 352.
- Alford F. P., Hew F.L., Christopher M. C. et al. // J. Endocrinol. Invest. – 1999. – Vol. 22, №5. – P. 28–32.
- Amine E., Samy M. Obesity among female university students in the U.A.E. // J. R. Soc. Health. – 1996. – №4. – P. 116–119.
- Blackburn G. Effect of degree of weight loss on health benefits. Obesity Res. – 1995. – №3. – P. 211–216.
- Campbell D.B. // Rev. Contemp. Pharmacother. – 1991. – Vol. 2, №1. – P. 93–113.
- De Fronzo R.A., Ferranini E. // Diabet. Care. – 1991. – Vol. 14, №3. – P. 173–194.
- Despress J.P. // Baillieres Clin. Endocrinol. Metab. – 1994. – Vol. 8, №5. – P. 629–660.
- Goldstein D.J. Beneficial health effect of modest weight loss. Int. J. Obesity. – 1992. – Vol. 16. – P. 397–415.
- Grundy S.M. // Am. J. Cardiol. – 1999. – Vol. 83, №9. – P. 25–29.
- Hernandez B., Peterson K., Sobol A., Rivera J. Over-weight in 12-49 year-old women and children under 5 years. - Mex. – 1996. – №38. – P. 178–188.
- Hodge A., Dowse G., Gareeboo H., Tuomilehto J., Alberti K., Zimmet P. Incidence, increasing prevalence and predictors of change in obesity. Int. J. Obes. Relat Metab Disord. – 1996. – №2. – P. 137–146.
- Lawton C., Wales J., Blundell J. Dietary fat and appetite control in obese female subjects. Int. J. Obes. – 1994. – №18. – P. 836–838.
- Lean M. // J. Clinical handbook of weight management. Martin Dunits. – 1998. – P.113.
- Mikkelsen P., Toubro S., Astrup A. Effect of fat-reduced diets on 24-h energy expenditure. Am. J. Clin. Nutr. – 2000. – №72. – P. 1135–1141.
- Saris W., Astrup A., Prentice A. Randomized controlled trial of changes in dietary carbohydrate. Int. J. Obes. Relat Metab Disord. – 2000. – №24. – P. 1310–1318.
- Seidell J.C. Epidemiology: definition and classification of obesity. In: Kopelman P. G., Stock M.J., eds. Clinical obesity. Oxford: Blackwell Science. – 1998. – P. 1–17.
- Stunkard A.J. Current views on obesity. Am. J. Med. – 1998. - №100. – P. 230–236.