

Особенности пищевого поведения у больных ожирением, получавших немедикаментозное лечение в условиях курорта «Усть-Качка»

Л.А. Завражных¹, Е.Н. Смирнова², Т.М. Зиньковская², А.Д. Голубев²

¹ЗАО курорт «Усть-Качка»,

²ГОУ ВПО «ПГМА им. академик Е.А. Вагнера, Росздрава»
(ректор – проф. И.П. Корюкина)

Введение

Механизмы, лежащие в основе первичного ожирения, остаются до конца не выясненными. Большинство исследователей на первое место выдвигают наследственную дисфункцию церебральных систем, регулирующих прием пищи и прежде всего серотонинэргическую недостаточность [6]. Сторонники психосоматической теории ожирения считают, что стиль питания есть отражение аффективных потребностей и душевного состояния человека, а прием пищи помогает снять депрессию, справиться со стрессом, достичь состояния психического комфорта [1, 5]. По данным Вознесенской Т.Г., при ожирении преобладают атипичные формы депрессии, определение которых представляет для врача значительные трудности [2].

Для выявления у пациентов нарушения пищевого поведения (ПП) и его типирования как экстернального, эмоционального или ограничительного в настоящее время предложены специальные опросники Т. Van Strien (1986) [7]. Определение типа ПП может способствовать раннему и правильному распознаванию особенности природы ожирения. Следует признать, что в своей повседневной работе врачи практически не прибегают к этой методике, вследствие чего затруднен выбор мероприятий по коррекции веса и их невысокая эффективность.

Цель исследования — изучить распространенность нарушений ПП у лиц с ожирением в сочетании с другими факторами риска сосудистых расстройств и оценить их влияние на эффективность немедикаментозного лечения в условиях курорта.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 273 больных ожирением, из них 205 женщин. Средний возраст обследуемых — допензионный, женщины 44,9±9,3 лет, мужчины — 46,2±8,2 лет. Основные критерии включения в исследование: индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м² или ИМТ>26 кг/м² с наличием 2-х любых факторов риска: АГ, СД 2 типа, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия.

В исследование не включались больные, имеющие противопоказания для бальнеолечения, перенесшие инфаркт миокарда, инсульт с нарушением сердечного ритма.

Проведено комплексное обследование: общеклиническое, лабораторное, инструментальное. Все пациенты обучались в «Школе больных с избыточным весом». По дневникам самоконтроля проводилась оценка питания пациентов с расчетом калорийности и содержания жиров в пище. Для лечения применялась оригинальная методика маложировой диеты с суточной калорийностью 1327 ккал и 1868 ккал (получено свидетельство на интеллектуальный продукт № 73200400102 от 20 мая 2004 г.) в сочетании с бальнеологическим комплексом, который включал в себя: ванны йодобромные, лечебный бассейн, ручной массаж спины ежедневно, занятия лечебной физкультурой или дозированная ходьба.

У обследуемых измерялся рост, вес, рассчитывался индекс массы тела, измерялась окружность талии (ОТ). Определялся уровень глюкозы натощак и после еды, исследовался липидный спектр крови. Анализ ПП проведен по специальным анкетам (Т. Van Strien).

Продолжительность курса лечения в условиях курорта «Усть-Качка» — 21 день. По результатам курса немедикаментозного лечения все больные были разделены на 2 кластера: 1-я группа с положительным эффектом терапии (87 больных) и 2-я группа — без эффекта (93 человека). Критериями разделения служили: снижение массы тела на 2 кг и более, уменьшение окружности талии на 2 см и более, снижение уровня триглицеридов и глюкозы крови.

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью компьютерной программы Biostat (ИД «Практика», Москва). Результаты приведены в виде средних арифметических значений и ошибки средней (M±m). Достоверными считали различия при p < 0,05.

Результаты и обсуждение

Анализ данных первичного анкетирования пациентов, посещающих «Школу больных ожирением», позволил выявить ряд негативных явлений. Большинство пациентов имели явно завышенные ожидания от лечения и, что очень важно, отсутствие настроения на длительную работу. Желаемая потеря массы тела за 3 недели пребывания на курорте в среднем составляла 9,6±1,5 кг. Лишь 1/3 больных понимали, что процесс снижения массы тела занимает от 6 до 12 мес. Анализ элементов самоконтроля

показал, что большинство пациентов (48,1%) взвешивались 1 раз в месяц, а 10,8% делали это реже 1 раза в год. Только 11,6% больных с ожирением когда-либо подсчитывали калорийность съеденной пищи, а 12,1% знали, какое количество килокалорий в сутки им следует употреблять с учетом пола, возраста и физической нагрузки.

Более половины пациентов предпринимали попытки снизить избыточный вес и ранее, причем женщины на треть чаще, чем мужчины. Все пациенты обращали внимание, что в предыдущих попытках не было долгосрочной стратегии, конкретной цели. Среди причин, побудивших к снижению массы тела, у женщин преобладает неудовлетворенность внешним видом (почти в 7 раз чаще, чем у мужчин) (рис. 1). Основной причиной снижения массы тела у мужчин является заметное ухудшение состояния здоровья (77,9%) — появление головных болей, утомляемость, но особенно — одышка при ускоренной ходьбе, подъеме на этажи, снижение работоспособности. Отсутствие карьерного роста является мотивацией к снижению веса, независимо от пола. Конфликтные ситуации в семье являются стимулом для того, чтобы задуматься о своем внешнем виде, в том числе и избыточном весе достоверно чаще для женщин, чем для мужчин (12,7% и 2,9% соответственно, $p=0,001$).

Все наши пациенты с ожирением имели нарушение ПП. При анализе вариантов ПП оказалось, что ограничительное ПП чаще встречалось у женщин (35,3% против 26,8% $p=0,035$), независимо от наличия сопутствующей патологии и величины ИМТ. Экстернальное ПП несколько более характерно для мужчин (30,3% против 26,9% $p=0,048$). Эмоциогенное ПП встречалось с одинаковой частотой.

На пищевое поведение оказывал влияние и возраст. В группе больных ожирением в возрасте 20–29 лет эмоциогенное ПП встречалось у 32,8% обследуемых, ограничительное ПП — у 27,6%; а у больных в возрасте 50–59 лет — 51,6% и 34,3% соответственно. Эти резуль-

Таблица 1

Пищевое поведение в изучаемых группах

Типы ПП	Группа 1 (n=87)	Группа 2 (n=93)
Экстернальное	19,7%*	31,4%*
Эмоциогенное	37,2%*	58%*
Ограничительное	43,1%**	10,6%

* $p < 0,001$ по сравнению с гр. 2;* $p < 0,001$ в одной группе;** $p < 0,05$ с эмоциогенным

таты можно объяснить тем, что с возрастом увеличивается количество проблем, нередко усложняются пути их решения, присоединяются сопутствующие заболевания. Выявленную зависимость типа ПП от возраста следует учитывать при работе с больными.

Достоверной зависимости нарушений ПП от длительности ожирения в нашем исследовании не выявлено.

Нами найдена зависимость типа нарушения ПП от степени ожирения. Эмоциогенное ПП чаще встречалось при 3-й степени ожирения, чем при избыточном весе (58,7% и 35,9% соответственно; $p=0,001$), а ограничительное ПП проявлялось с обратной частотой (11,2% и 29,8%, $p=0,001$). Наибольшая частота экстернального ПП выявлена при 1-й степени ожирения (39,2%). Наличие эмоциогенного типа ПП у большинства пациентов при 3 степени ожирения объясняет трудности, с которыми сталкиваются врачи при лечении данной категории больных, а также и неудовлетворительный результат лечения. Мы считаем, что для повышения эффективности лечения больных с 3-й степенью ожирения целесообразно включать в комплекс наряду с обязательным обучением пациентов в «Школе больных с избыточным весом» психотерапевтическую коррекцию.

Эмоциогенное пищевое поведение, гетерогенное по своим проявлениям, представляет серьезную клиническую проблему. Его синонимы — гиперфагическая реакция на стресс и эмоциональное переедание. Шелтон образно называл этот вид переедания «пищевым пьянством». По этому типу чаще всего развиваются компуль-

сивные расстройства, синдром ночной еды, сезонное аффективное расстройство. Нами выявлена зависимость вариантов эмоциогенного ПП от уровня ИМТ: синдром ночной еды почти в 2 раза чаще встречался при 2-й степени ожирения, чем при избыточной массе тела (25,6% и 11,6% соответственно, $p=0,001$); а нерегулярное питание, наоборот, чаще при избыточном весе, чем при 1-й и 2-й степенях ожирения (36,7%, 22,2% и 20,2% соответственно, $p=0,05$) (рис. 2).

Причем, у женщин чаще, чем у мужчин, во всех группах (38,9% и 21,6% соответственно; $p=0,001$) встречалось уменьшение числа приемов пищи, а у мужчин — синдром ночной еды (35,8% против 11,1% $p=0,05$).

Анализ дневников питания показал, что исходно суточная калорийность рациона намного превышала энергетические затраты пациентов и несколько увеличивалась

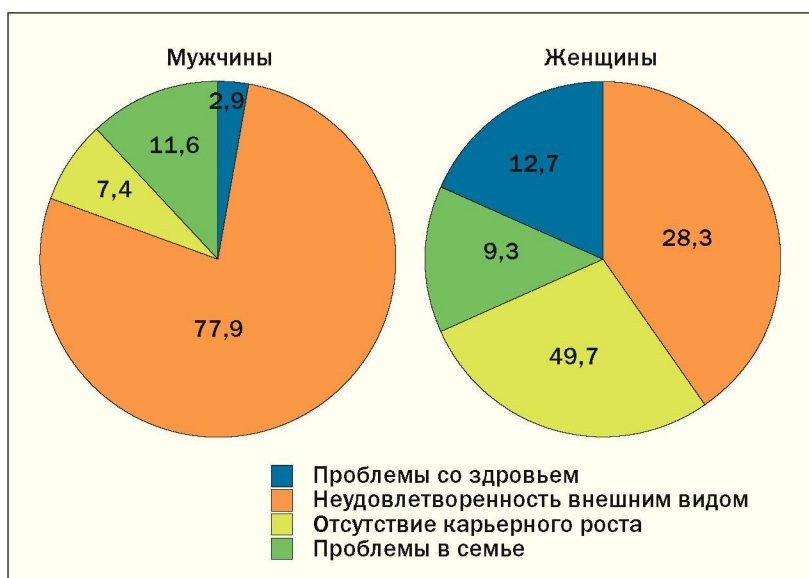


Рис. 1. Причины, приведшие к лечению больных ожирением

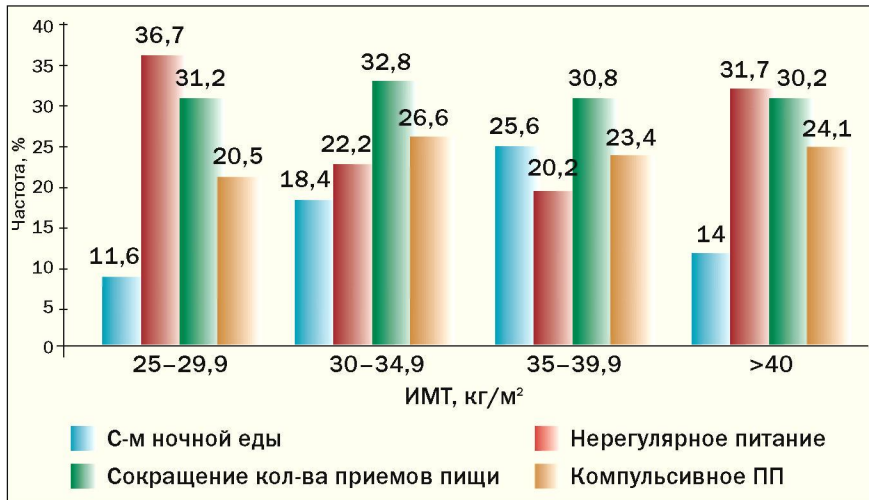


Рис. 2. Варианты эмоциогенного ПП и ИМТ

при нарастании ИМТ (от 3125 ± 108 ккал до $3895 \pm 98,6$ ккал) при 1-й и 2-й степенях ожирения, несколько снижаясь при 3-й степени ($3569 \pm 102,4$ ккал, $p=0,07$). Потребление жира нарастало при увеличении ИМТ, достигая при 3-й степени ожирения $82,68 \pm 17,09$ г/сутки ($p<0,001$) при практически одинаковой калорийности. Оказалось, что суточный рацион более калориен при эмоциогенном и экстернальном ПП ($4236 \pm 89,36$ и $3938 \pm 92,12$ ккал соответственно), чем при ограничительном ($3568 \pm 78,16$ ккал; $p=0,05$), а содержание жира выше при ограничительном ($81,84 \pm 13,32$ гр.) и эмоциогенном ($87,65 \pm 11,12$ г) пищевом поведении, чем при экстернальном ($74,4 \pm 10,96$ гр.; $p=0,05$ (рис. 3). Особо стоит выделить нерегулярное питание, когда пациенты набирали максимальное количество калорий и жира за счет многочисленных «перекусов» бутербродами в течение дня (до 4562 ккал и $112,36 \pm 9,84$ г жира). С увеличением ИМТ значимо возрастает количество пациентов с преобладанием нерегулярного питания и сокращения числа приемов пищи.

В случаях сочетания ожирения с наибольшим количеством факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия) превалирует эмоциогенный тип нарушения ПП (рис. 4).

Нами проведена оценка ПП в зависимости от эффективности нелекарственной терапии на снижение веса (табл. 1). Успешное снижение массы тела в течение трех недель наблюдалось в основном у пациентов с ограничи-

тельным типом ПП. Очевидно, эти пациенты имели большой опыт диетического питания и легко переносили ограничения по калорийности и по жирам. Отмечается очень низкий процент таких нарушений у «неуспешной» по коррекции массы тела группы больных — 10,6%.

Экстернальный тип ПП встречался редко, менее чем у 1/5 части пациентов 1-й группы. При анализе оказалось, что в основном это были женщины, средний возраст $38,6 \pm 4,8$ лет, страдающие ожирением 3-ей степени в сочетании с АГ. Более половины из них ранее пытались снизить массу тела, но положитель-

ный результат был кратковременным. Следует особо выделить эмоциогенный тип ПП, который имела большая часть пациентов 2-й группы (58%), но их было немало и в 1-й группе (37,2%). Значительно реже пациенты этой группы выполняют рекомендуемые врачами ограничения в питании, изменения в образе жизни. Эмоциогенное ПП является своеобразной социально приемлемой патологической формой защиты от стресса, которая свойственна высокосоциальноориентированным, психологически незрелым, склонным к тревожно-депрессивным реакциям личностям. Однако возникает вопрос, почему пациенты, имея одинаковый тип ПП, по-разному отвечали на немедикаментозное влияние по снижению веса. Найти ответ мы попытались в подробных характеристиках эмоциогенного ПП (рис. 5).

Наиболее распространенным нарушением являлось нерегулярное питание, которое лежит в основе неправильного распределения суточной калорийности в течение дня. В результате этого у многих пациентов самым калорийным был ужин (45,1% — во 2 группе, что значимо выше по сравнению с 1-й группой — 32,1%; $p=0,049$).

Приходится помнить, что изолированная диетотерапия приводит к декомпенсации в эмоционально-личностной, мотивационной и психовегетативной сферах («диетической депрессии») у пациентов с любой формой ЭПП, что приводит к отказу от продолжения терапии и рецидиву заболевания. У наших пациентов это в большинстве случаев явилось причиной неудач преды-



Рис. 3. Содержание жира и калорийность суточного рациона у больных ожирением с различными типами ПП

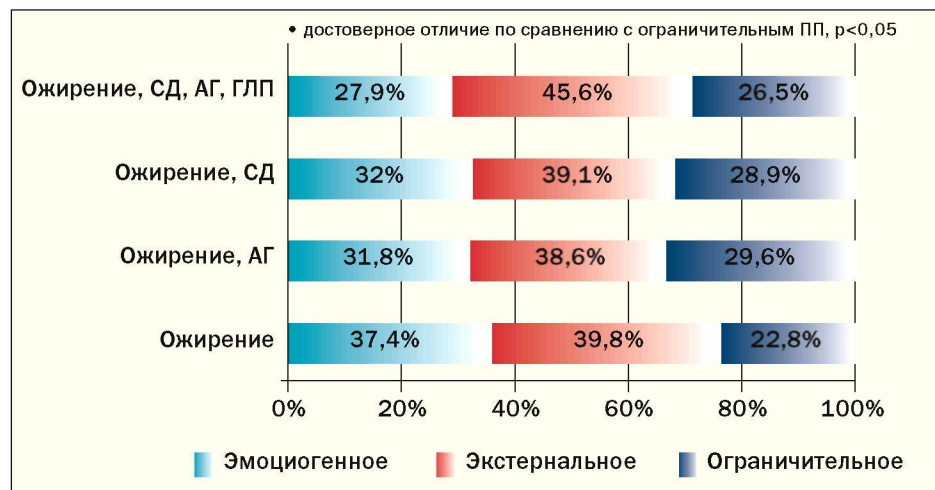


Рис. 4. Частота нарушений ПП в зависимости от сочетания ожирения с факторами риска сердечно-сосудистых осложнений

дущих попыток. Трудности в формировании мотивации на похудание у данной категории больных требует участия психотерапевта в комплексном лечении.

Основная задача врача — формирование правильного образа жизни пациента. Продолжительность терапевтического эффекта напрямую связана с тем, насколько привычным станет для больного новый, правильный стиль питания и физической активности. Основным видом лечения нарушений ПП является поведенческая модификация. Ее основная суть — постепенное изме-

нение неправильного образа жизни пациента. В первую очередь, это касается исправления нарушенного пищевого стереотипа, снижения доминирующей роли пищевой мотивации и т.д.

Именно курорт, где применяется многофакторный комплекс лечения, включающий обучение в «Школе для больных с избыточным весом», является наиболее благоприятным местом для выполнения этой задачи. «Школа для больных с избыточным весом» является не только источником знаний для больных ожирением, но и местом встречи со своими единомышленниками. В настоящее время нами

Выводы

1. Больные ожирением имеют различные мотивационные аспекты для снижения массы тела в зависимости от пола: мужчины — значительное ухудшение здоровья, женщины — неудовлетворенность внешним видом.

2. Эмоциогенный тип ПП встречается одинаково часто у мужчин и женщин, его частота увеличивается с возрастом, нарастанием массы тела и с наличием коморбидных состояний. У этих пациентов в обычном рационе большее содержание жира и самая высокая калорийность пищи.

3. Ограничительное ПП чаще встречается у женщин. Пациенты, имеющие данный тип, лучше других снижают массу тела с помощью немедикаментозной терапии в условиях курорта.

4. Неудовлетворительные результаты в снижении массы тела более характерны для лиц с эмоциогенным типом ПП. Среди вариантов эмоциогенного ПП чаще встречается нерегулярное питание и сокращение количества приемов пищи.

5. При определении тактики лечения больных ожирением врач должен иметь представление о характере нарушений пищевого поведения у конкретного пациента, что позволит прогнозировать успех лечения.

Литература

- Бугрова С.А. Ожирение (этиология, патогенез, классификация). Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа. /Под ред. И.И. Дедова. — М.: 2000. — С. 12–13.
- Вознесенская Т.Г. Ожирение. /Под ред. И.И. Дедова. — М.: 2004. — С. 234–270.
- Завражных Л.А., Зиньковская Т.М., Голубев А.Д. Обучение больных — современный метод коррекции метаболического синдрома в условиях курорта/ Материалы научно-практической конференции «Научные и практические аспекты курортологии». — Пермь-Ключи. — 2001. — С. 70–76.
- Завражных Л.А., Зиньковская Т.М., Голубев А.Д. Опыт лечения больных метаболическим синдромом на курорте «Усть-Качка». Курортные ведомости. — № 1.2004. — С. 28–29.
- Петров Д.П., Назаренко Л.И. Ожирение (психосоматические и диетологические аспекты лечения). — СПб.: СПбМАПО, 1999.
- Leibowitz S., Alexander J. Hypothalamic serotonin in control of eating behavior, meal size, and body weight. Biol Psychiatry 1998 Nov 1; 44(9): 851–64.
- Van Strein T. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. — Int.J. Eating Disorders — 1986. — Vol. № 2. — P. 188–204.

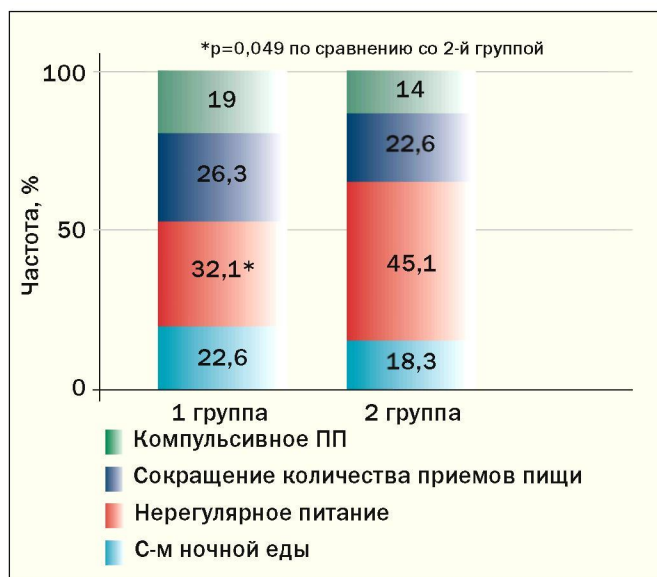


Рис. 5. Варианты эмоциогенного пищевого поведения в группах