

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 613.25:616.36/366-053.8-056

© Г.Я. Хисматуллина, Л.В. Волевач, 2012

Г.Я. Хисматуллина, Л.В. Волевач

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

Цель исследования: изучить типы расстройств пищевого поведения у пациентов с избыточным весом при хроническом некалькулезном холецистите. Обследовано 128 человек в возрасте от 18 до 35 лет с диагнозом хронический некалькулезный холецистит. Всем проведено комплексное обследование и изучены типы расстройств пищевого поведения (методика DEBQ, Голландия). Показано, что расстройства пищевого поведения встречаются при нормальном весе (82,9%), при избыточном весе (100%), ожирении (93,3%). Ограничительное и эмоциогенное пищевое поведение чаще встречается при ожирении. Экстернальное пищевое поведение выявлялось чаще, чем эмоциогенное пищевое поведение, у лиц с избыточным и нормальным весом. Рациональный тип пищевого поведения встречается редко во всех трех группах исследуемых.

Ключевые слова: пищевое поведение, ожирение, избыточный вес, хронический некалькулезный холецистит, молодой возраст

G.Ya. Khismatullina, L.V. Volevach

THE ESTIMATION OF EATING BEHAVIOR IN OVERWEIGHT YOUNG PEOPLE WITH BILIARY TRACT DISEASES

The goal of the present research was to study the types of nutritional behavior disturbances in overweight patients with the pathology of biliary tract. 128 patients with chronic noncalculous cholecystitis aged from 18 to 35 have been examined. The comprehensive clinical examination has been conducted and the types of eating behavior disturbances with the help of DEBQ test (Dutch Eating Behavior Questionnaire) have been examined. It was discovered that disturbances of eating behavior are observed in 82,9 percent of normal weight patients, in 100 percent of overweight and in 93,3 percent of patients with obesity. Restraint and emotional eating are more often observed in obesity. External eating is more often observed than emotional one in overweight and normal weight persons. Rational eating is rarely observed in all groups of the examined people.

Key words: eating behavior, obesity, excess weight, chronic noncalculous cholecystitis, young people.

В настоящее время большой интерес вызывает сочетание патологии желчевыводящей системы (ЖВС) и избыточного веса. С одной стороны, болезни желчевыводящих путей наиболее часто встречаются среди заболеваний желудочно-кишечного тракта и на их долю приходится до 80%, с другой стороны, ожирение является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний в мире, которое приобрело масштабы эпидемии. Кроме роста частоты этих заболеваний отмечено неуклонное их «омоложение» [1, 7]. По данным ВОЗ, к 2025 г. в России страдать ожирением будут 40% мужчин и 50% женщин. Сегодня в большинстве экономически развитых стран избыточную массу тела имеют от 30 до 80% взрослых, до 20% детей, треть из них страдает ожирением, и прослеживается отчетливая тенденция к увеличению числа больных с нарушением пищевого поведения [3,1,9].

По данным исследователей пищевое поведение – это компонент образа жизни и действий биологического существа, направленный на удовлетворение биологических, физиологических и психологических потреб-

ностей и включающий в себя поиск, выбор, приготовление и поглощение пищи, условия и ритуалы, сопровождающие эти процессы и их последствия для организма. К изменению пищевого поведения и его нарушению могут приводить различные психотравмирующие ситуации, которые в большинстве случаев воздействуют комплексно. Расстройства пищевого поведения (РПП) клинически проявляются в избыточной массе тела и ожирении, распространенность которых среди трудоспособного населения России составляет соответственно 30% и 25% [1,3,7].

Различают эмоциогенное, ограничительное и экстернальное пищевое поведение. Развитию экстернального типа РПП способствуют культурально - обусловленные стереотипы отношения к приему пищи как к средству коммуникации и поощрения. Эмоциогенное пищевое поведение встречается у 60-80% больных ожирением и является своеобразной социально приемлемой патологической формой защиты от стресса, которая свойственна высоко социально ориентированным, психически незрелым, склонным к тревожно-депрессивным реакциям личностям.

Ограничительным типом пищевого поведения называют избыточные, хаотичные пищевые самоограничения и бессистемные слишком строгие диеты, к которым время от времени прибегают все больные ожирением. Совершенно очевидно, что сложившаяся ситуация отрицательно сказывается на здоровье населения и в первую очередь молодого поколения, которое является наиболее отличительной группой населения [3,6,7].

Цель исследования: изучить типы расстройств пищевого поведения у лиц молодого возраста с избыточным весом при хроническом некалькулезном холецистите.

Материал и методы

Проведено комплексное обследование 132 человек в возрасте от 18 до 35 лет с диагнозом хронический некалькулезный холецистит (ХНХ), среди которых 64 пациента были с избыточной массой тела, 32 - с ожирением первой степени и 36 - с нормальным весом. Указанные группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести изменений в желчевыводящей системе. Контрольную группу (КГ) составили 32 практически здоровых лица с нормальным весом.

Всем пациентам было проведено исследование клинических проявлений, лабораторно-инструментальных показателей, типов расстройств пищевого поведения. Основными критериями УЗ-диагностики ХНХ явились: 1) утолщение стенки ЖП (более 3 мм) и повышение ее эхогенной плотности (за счет воспалительного отека и разрастания фиброзной ткани), 2) наличие ультрасонографического симптома Мерфи (болезненности в точке ЖП при надавливании УЗ-датчиком), 3) увеличение размеров ЖП более чем на 5 см от верхней границы нормы, 4) наличие тени от стенок ЖП в виде «нимба» вокруг него, бедного эхосигналами [2,4].

Для выявления типов расстройств пищевого поведения применяли методику изучения пищевого поведения DEBQ (Голландия), которая направлена на выявление ограничительного (первые 10 вопросов), эмоционального (следующие 13 вопросов) и экстернального (остальные 10 вопросов) типов пищевого поведения. Методика состоит из 33 вопросов, каждый из которых имеет 5 вариантов ответа: «никогда», «редко», «иногда», «часто», «очень часто», которые оцениваются по шкале от 1 до 5, за исключением 31 пункта, который имеет обратные значения. Подсчет баллов по каждой шкале производили путем сложения оценок по каждому пункту и деле-

ния получившейся суммы на количество пунктов в данной шкале [8].

Избыточная масса тела и ожирение расценивались согласно рекомендации ВОЗ. За нормальную массу тела принимались значения индекса массы тела (масса тела (кг)/рост (m^2)) - 18,5-24,9 кг/м, за избыточную массу тела (ИМТ) - 25,0-29,9 кг/м². За ожирение 1 степени индекс массы тела 30,0-34,9 кг/м² (классификация Международной группы по ожирению ВОЗ (IOTF WHO, 1997). Критериями исключения были лица с вторичным симптоматическим ожирением (церебральным, эндокринным, с установленным генетическим дефектом), лица с местным ожирением, пациенты, страдающие нервной булимией, артериальной гипертензией, другой выраженной сопутствующей патологией, беременные женщины.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием стандартных пакетов программ (Statistica, MS Excel) для персональных компьютеров. Сравнение двух независимых выборок осуществляли с применением критерия Стьюдента для количественных данных при нормальном распределении величин показателя или критерия Манна-Уитни для порядковых данных и для количественных данных при отличающемся от нормального распределения величин показателя. Для оценки достоверности различий результатов наблюдения между двумя группами применяли χ^2 – тест и критерий Фишера (абсолютные показатели). Проверка статистических гипотез выполнялась при критическом уровне $p=0,05$. Проведенные исследования выполнены в соответствии с Хельсинкской декларацией (одобрено этическим комитетом учреждения).

Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал, что РПП встречались как при нормальном весе (88,9% случаев), так и при ИМТ (100% случаев), ожирении (90,6% случаев) и в группе контроля (62,5% случаев). Выявление РПП в группе лиц с нормальным весом свидетельствует о риске возникновения в будущем клинических форм в виде избыточного веса и ожирения. Рациональный тип пищевого поведения встречался редко во всех трех группах исследуемых, что указывало на необходимость дальнейшего наблюдения и коррекции, обучения принципам рационального питания.

Среди лиц с РПП ограничительное пищевое поведение (ПП) встречалось у 52,8% (19 человек) при нормальном весе ($p=0,0034$), у 73,4 % (47 человек) при ИМТ ($p=0,0003$), у

87,5% (28 человек) при ожирении ($p=0,000001$), у 28,1% (9 человек) в группе контроля (табл. 1). Наличие ограничительного ПП у больных ХНХ при нормальном весе свидетельствует об ограничении в излишнем приеме пищи, переедании, возможно о попытках соблюдения диеты в связи с наличием ХНХ; с другой стороны является фактором возникновения диетической депрессии, которая доказано возникает у лиц, предпринимающих резкие диетические самоограничения.

Таблица 1
Расстройства пищевого поведения у обследуемых лиц, %

Расстройство пищевого поведения	ХНХ (n=36)	ХНХ и ИМТ (n=64)	ХНХ и ожирение (n=32)	КГ (n=32)
Ограничительное	52,8	73,4	87,5	28,1
p, ТМФ (сравнение с КГ)	p=0,034	p=0,00003	p=0,00001	–
Эмоциональное	44,4	76,6	78,1	12,5
p, ТМФ (сравнение с КГ)	p=0,0038	p=0,000001	p=0,00001	–
Экстернальное	58,3	85,9	68,8	37,5
p, ТМФ (сравнение с КГ)	p=0,07	p=0,000002	p=0,012	–

ТМФ – точный метод Фишера.

Степень ограничительного ПП наивысшая в группе с нормальным весом и составляет $3,5 \pm 0,05$ балла (в норме до 2,4) ($p < 0,01$). В КГ степень ограничительного ПП составляет $2,55 \pm 0,09$ балла (табл. 2).

Таблица 2
Степень расстройств пищевого поведения у обследуемых лиц (M±m)

Расстройство пищевого поведения	ХНХ (n=36)	ХНХ и ИМТ (n=64)	ХНХ и ожирение (n=32)	КГ (n=32)
Ограничительное (норма 2,4 балла)	$3,5 \pm 0,05^*$	$2,97 \pm 0,04^{**}$	$3,16 \pm 0,02^{**}$	$2,55 \pm 0,09$
Эмоциональное (норма 1,8 балла)	$2,48 \pm 0,03^{***}$	$3,03 \pm 0,07^{***}$	$2,83 \pm 0,01^{***}$	$1,98 \pm 0,06$
Экстернальное (норма 2,7 баллов)	$3,3 \pm 0,01^*$	$3,54 \pm 0,09^{**}$	$3,19 \pm 0,02^*$	$2,82 \pm 0,24$

Достоверное отличие от контрольной группы:

*- $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ (Mann-Whitney U Test)

У лиц ХНХ с ИМТ степень ограничительного поведения составила $2,97 \pm 0,04$ балла и была наименьшей. При ожирении сте-

пень ограничительного ПП высокая – $3,16 \pm 0,02$ балла. Пациенты, задумываясь о своем лишнем весе, пытались ограничивать прием калорий применением строгих диет в течение нескольких дней или голоданием в течение дня, что, к сожалению, часто сопровождалось срывами и периодами неконтролируемого переедания в ночное время, а также повышенным риском возникновения депрессии.

Эмоциональное ПП при ожирении встречалось у 78,1% (25 человек) ($p=0,000001$) и имело высокую степень проявления – $2,83 \pm 0,01$ балла (в норме до 1,8). При ИМТ эмоциональное ПП наблюдалось также часто в 76,6% случаев (49 человек) ($p=0,000001$) со степенью его выраженности $3,03 \pm 0,07$ балла.

При нормальном весе эмоциональное ПП наблюдалось у 44,4% (16 человек) ($p=0,0038$), степень проявлений $2,48 \pm 0,03$ балла ($p < 0,001$), в КГ – у 12,5% (4 человека), степень проявлений $1,98 \pm 0,06$ балла. Наличие лабильного эмоционального фона являлось дополнительным фактором риска возникновения избыточного веса в будущем в данной группе исследуемых.

Экстернальное ПП встречалось чаще при ИМТ ($p=0,000002$) у 85,9% (55 человек), чем при ожирении ($p=0,012$) у 78,1% (25 человек), со степенью $3,54 \pm 0,09$ и $3,19 \pm 0,02$ балла (при норме 2,7) соответственно. Высокая частота данного нарушения свидетельствует о зависимости пациента от внешних факторов и обстоятельств, а не от внутреннего гомеостаза в организме.

При нормальном весе экстернальное ПП выявлено у 58,3% (21 человек) ($p=0,07$), степень нарушений $3,3 \pm 0,01$ балла. В КГ экстернальное ПП встречалось у 37,5% (12 человек), степень нарушений $2,82 \pm 0,24$ балла.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что у пациентов с ХНХ и избыточным весом выявлялись расстройства пищевого поведения. Эти нарушения могут рассматриваться как предпосылки, способствующие формированию заболевания, так и как факторы, утяжеляющие клинику и прогноз. Полученные данные необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий у лиц молодого возраста с билиарной патологией и с избыточным весом.

Сведения об авторах статьи:

Волевач Лариса Васильевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической медицины ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: г. Уфа, 450000, Ленина 3. E-mail: larisa_volevach@mail.ru

Хисматуллина Гюльназ Ягафаровна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической медицины ИПО БГМУ Минздрава России. Адрес: г. Уфа, 450000, Ленина 3. Тел. 8(347)254-17-40. E-mail: slasg@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессен, Д.Г. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение: пер. с англ./ под ред. И.М. Балкарова, Н.А. Мухина. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2004. – 240 с.
2. Болотовский, Г.В. Холестит и другие болезни желчного пузыря. – СПб.: НПК «Омега», 2008. – 160 с.
3. Вознесенская, Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Фарматека. – 2009. – № 12. – С. 91-94.
4. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей/ под ред. И.В. Маева. – М., 2010. – 95 с.
5. Звенигородская, Л.А. Гормоны и типы пищевого поведения, эндоканнабиноидная система, пищевая аддикция в развитии метаболического синдрома// Гастроэнтерология. – 2009. – № 1. – С. 73-82.
6. Крылов, В.И. Психологические и психосоматические аспекты ожирения// Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2000. – № 2 – С. 59-62.
7. Остроухова, Е. Ожирение/ Е.Остроухова, Е. Красильникова // Врач. – 2009. – № 11. – С. 33-36.
8. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. T. Van Strien [et al.]. Int. J. Eating Disord 1986; Vol. 2: 188-204.
9. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

УДК 616.71 -- 059:615.847.8

Т.Е.Белоусова, Ж.Ю. Карпова, А.В. Беспалова, Ю.А. Израелян, 2012

Т.Е.Белоусова, Ж.Ю. Карпова, А.В. Беспалова, Ю.А. Израелян
**СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОСВЕТОТЕРАПИИ И
 ФАРМАКОПУНКТУРЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С
 ДОРСОПАТИЯМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА**
*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
 Минздравсоцразвития России, г. Нижний Новгород*

Проведено обследование, восстановительное лечение 90 пациентов с дорсопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Доказана эффективность магнитосветотерапии в сочетании с фармакопунктурой антигомотоксическими препаратами в лечении дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника. Предложен новый комплекс восстановительного лечения для пациентов с противопоказаниями для нестероидных противовоспалительных препаратов и электротерапевтических процедур. Доказано положительное влияние данного комплекса лечения на вегетативную регуляцию и липидный обмен.

Ключевые слова: дорсопатии, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, фармакопунктура, антигомотоксические препараты, восстановительная терапия, низкочастотная магнитосветотерапия.

Т.Е. Belousova, Zh.Yu. Karpova, A.V. Bepalova, Yu.A. Israelyan
**COMBINED APPLICATION OF MAGNETIC-LIGHT THERAPY AND
 FARMAKUPUNCTURE IN THE REHABILITATIVE TREATMENT OF PATIENTS
 WITH LUMBOSACRAL DORSOPATHIES**

During investigation examination and restorative treatment of 90 patients with lumbosacral dorsopathies have been carried out. The effectiveness of magnetic-light therapy in combination with farmakupuncture by antihomotoxic medications was proved in treatment of lumbosacral dorsopathies. We propose a new complex of rehabilitation treatment for patients with contraindications to nonsteroidal anti-inflammatory drugs and electrotherapy. It was proved that this complex treatment positively influences the autonomic regulation and lipid metabolism.

Key words: dorsopathies, lumbosacral region, farmakupuncture, antihomotoxic drugs, restorative therapy, low-frequency magnetic-light therapy.

По данным ВОЗ (2004), в общей структуре заболеваемости взрослого населения болезнями периферической нервной системы занимает третье место после гриппа и бытового травматизма и первое место среди хронических заболеваний. Дорсопатии, в том числе и пояснично-крестцовые, являются самыми распространенными заболеваниями в структуре неврологической патологии. По мировым показателям, среди лиц в возрасте от 20 до 50 лет они составляют в ней от 35 до 75%, поражая наиболее активное трудоспособное население и являясь основной причиной его длительной нетрудоспособности и инвалидизации [2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Несмотря на применение высокоэффективных обезболивающих фармакологических

препаратов, а также методов физио- и кинезотерапии, отмечается неуклонный рост заболеваний позвоночника. Действующие стандартное лечение – немедикаментозное (физиотерапия, лечебная физкультура, массаж и др.) и медикаментозное (нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, спазмолитики, кортико-стероиды, миорелаксанты, витамины и др.) весьма эффективны, но, к сожалению, не для всех групп пациентов, так как существуют определенные противопоказания и побочные эффекты [2, 5, 6, 13].

В настоящее время в медицине весьма актуален поиск новых эффективных методов диагностики лечения заболеваний позвоночника, учитывающих индивидуальные особенности течения патологического процесса и