

*К.Н. Милица**ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»*

## ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ОЖИРЕНИЕМ

**Целью исследования** стало определение дополнительных критериев выбора метода лечения метаболического синдрома (МС) и ожирения (О) на основании изучения личностных характерологических особенностей и качества жизни пациентов. Методика: изучение пищевого поведения, характерологических особенностей и качества жизни пациентов с метаболическим синдромом и ожирением проводилось на основании объективного обследования и анкетирования по методикам Бека; Единбургского теста на булимию (Bulimic investigatory test, Edinburgh, BITE), Войтенко В.П.

**Результаты:** выявлены характерологические нарушения в виде тревожно – депрессивных черт характера, связанных с индексом массы тела, обуславливающие развитие эмоциогенного переедания, что составляет основу развития и прогрессирования заболевания. Нарушение качества жизни, в частности его физической, эмоциональной, психологической составляющей, прогрессирует по мере увеличения степени ожирения. Снижение самооценки психосоматического здоровья также увеличивается с нарастанием тяжести ожирения и обуславливает необходимость обязательной коррекции этого состояния и/или проведения превентивных мер для его прогрессирования.

**Выводы:** у пациентов с МС и О имеются нарушения пищевого поведения в виде эмоциогенного переедания, причем более чем у половины из них отмечается неадекватность оценки своих диетических пристрастий, изменение личностного восприятия нормы при оценке количества потребляемой пищи. Выявленные тревожно – депрессивные акцентуации определяют краткосрочность результатов от применения диет, что обуславливает необходимость привлечения внимания врачей различных специальностей к целесообразности своевременного перехода от консервативной терапии этой патологии к хирургическому лечению. Выраженные нарушения качества жизни определяют необходимость изучения психологических особенностей пациентов, что является дополнительным критерием адекватности и обоснованности выбора тактики ведения этой смертельной патологии.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, ожирение, психология, выбор метода лечения.

**Актуальность проблемы.** Метаболический синдром (МС), представляющий собой на патогенетическом уровне сочетание выраженных нарушений гликемического, липидного профиля организма в сочетании с эндотелиальной дисфункцией и метаболической жировой агрессией, обуславливает распространенность таких заболеваний как ожирение (О), сахарный диабет 2 типа (СД), желчекаменная болезнь, артериальная гипертензия, сердечно – сосудистая патология, остеопороз, синдром ночного апноэ и других инвалидизирующих заболеваний, нарушающих, вследствие высокой смертности, демографическую структуру страны, увеличивающих финансовое бремя и государства и индивидуума [1].

Распространенность метаболического синдрома настолько высока, а отсроченные последствия настолько тяжелы, что ВОЗ признала его пандемией, требующей консолидации врачей различных специальностей и стран для разработки новых подходов и выполнения уже существующих стандартов лечения МС [2,3,4,5,6].

В связи с ограниченным количеством врачей – диетологов в стране вообще, и в структуре государственной медицинской практики в частности, пациенты с ожирением и метаболическим синдромом часто обращаются к врачам гастроэнтерологам. Поэтому выделение вех (параметров) разделяющих возможность успешной консервативной терапии и необходимость использования хирургических методов коррекции является актуальной задачей сегодняшнего дня.

**Цель исследования:** обосновать необходимость изучения характерологических особенностей, эмоционального состояния и качества жизни пациентов с метаболическим синдромом и ожирением при выборе тактики их ведения.

### Материал и методы исследования.

Материалом для анализа послужили данные обследования и анкетирования 331 пациента, находившегося на лечении в хирургической клинике кафедры хирургии и проктологии ГУ «ЗМАПО МЗ Украины» на базе ЗГМКБ №9 или обращавшихся за консультативной помощью, отобранных методом случайной выборки. Пациентам проводились общеклинические, антропометрические, биохимические исследования на соответствие критериям ожирения и метаболического синдрома. Все пациенты были разделены на группы, в зависимости от индекса массы тела. Первую группу образовали 60 пациентов с индексом массы 20,0 – 24,9, то есть с нормальной массой тела. Вторую группу составили 59 пациентов с избыточной массой (ИМТ 25,0 – 29,9). Третья группа - 117 пациентов с ожирением 1 степени (ИМТ 30,0 – 34,9), четвертая группа - 51 пациент с ожирением 2 степени (ИМТ 35,0 – 39,9), пятая группа - 44 человека с ожирением 3 степени, то есть с морбидным ожирением, при котором ИМТ превышает 40,0.

На основании анкетирования проводилась оценка

их физического и психологического статуса. Использовали опросник Бека (Beck Depression Inventory, BeckA. 1961), позволяющий на основании ответов на 21 вопрос судить о наличии и тяжести депрессии. Каждый ответ оценивается от 0 до 3 баллов. При сумме баллов от 30 до 63 диагностируется тяжелая депрессия, при 20 – 29 – выраженная депрессия, 16 – 19 – умеренная депрессия, 10 – 15 – субдепрессия, 0 – 9 – отсутствие депрессии. Эдинбургский тест на булимию (Bulimic investigatory test, Edinburgh, BITE) [7] позволили оценить особенности пищевого поведения пациентов с МС и О. Тест состоит из 33 вопросов, из которых на 30 необходимо ответить только да или нет. В одном вопросе предусмотрено 3 варианта ответа, в одном – четыре и в одном – 6 вариантов ответа. Полученные ответы оцениваются в баллах: высокие (от 20 и более), средние (10 – 19 баллов) и низкие (менее 10). Высокие баллы указывают на наличие привычного переедания, средние баллы свидетельствуют о склонности к перееданию, низкие баллы соответствуют нормальным показателям. Самооценка психосоматического здоровья проводилась по методике Войтенко В.П. [8], которая предусматривает 2 варианта ответов (да или нет) на 28 вопросов и выбор одного из 4 готовых ответов на 29 вопрос. Подсчитывается общее количество неблагоприятных ответов и оценивается по специальной формуле.

### Результаты и обсуждение

В настоящее время уже доказано, что самым эффективным способом лечения МС и О является хирургический метод, в виде использования шунтирующих и рестриктивных бариатрических операций. Подтверждена возможность регрессии сахарного диабета 2 типа при использовании оперативного метода лечения (9,10,11,12). Выделены критерии, являющиеся показаниями к операции (13,14,15). Тем не менее, остаются «белые пятна», требующие уточнения для правильного выбора метода лечения. К их числу можно отнести и личностные характерологические особенности пациентов, и качество их жизни. Это обусловлено тем, что МС и О имеют полиэтиологическое происхождение. Так, хронический стресс в сочетании с гиподинамией и перееданием обуславливают развитие инсулинорезистентности, нарушение функции коры надпочечников, формирование особого психосоматического состояния в виде неврозов, неврастений, бессонницы, которые в свою очередь, провоцируют прогрессирование висцерального ожирения, нарушение толерантности к глюкозе с окончательным «замыканием» порочного круга формирования метаболического синдрома. Кроме того, свою лепту в формирование психосоматических особенностей этого состояния вносит визуальное изменение тела пациента, развивающееся при формировании МС и О, особенно 2 и 3 степени, которое резко нарушает самооценку вследствие выраженного отличия от общепринятых антропометрических критериев. Кроме того, изменение физических и социальных возможностей отражается на качестве жизни пациентов. Пока достоверно не установлено, является ли ожирение предиктором возникновения психологических и ви-

тальных расстройств, таких как депрессия и нарушение качества жизни, или депрессия вызывает развитие переедания и замыкает «круг», но учитывать степень влияния соматической дисфункции на психологическую возможность достижения лечебного эффекта необходимо, особенно с учетом возможности принципиально противоположных методик – консервативной (длительной, низко комплаентной, с непредсказуемым результатом) и оперативной (эффективной, быстро-результативной, но требующей финансового обеспечения и не всегда применимой из – за выраженности существующих смертельных осложнений у пациентов).

Проведенные исследования показали, что распространенность метаболического синдрома и ожирения среди пациентов хирургического стационара достигает 26,2%, что свидетельствует о превышении эпидемиологического порога этого хронического, длительно текущего, но от этого не менее грозного, заболевания.

Результаты исследования показали, что у пациентов с избыточной массой тела уже имеется нарушение пищевого поведения. Так склонность к выраженному перееданию регистрируется в 6,3% случаев. Почти 2/3 респондентов отмечают в себе умеренную склонность к перееданию, а 31,3% пациентов демонстрируют ответы, соответствующие нормальным пищевым привычкам. Надо отметить, что и при ожирении почти в 27% случаев пациенты сообщают о нормальных диетических привычках. Даже при ожирении 3 степени 17,2% лиц дают ответы, соответствующие нормальным пищевым критериям. Возможно, что у части этих пациентов, действительно есть соматическая патология (например гипотиреоз), которая резко нарушает, замедляет обмен веществ. Однако в целом распространенность нейро – эндокринных нарушений, которые не вызывая повышенного аппетита просто замедляют обмен веществ и обуславливают развитие ожирения в популяции не настолько высока, чтобы соответствовать полученным данным о наличии нормальных пищевых привычек у лиц с ожирением. По видимому, часть пациентов стесняется дать истинные ответы и в данном случае имеет место недостаточная верификация. Тем не менее, при получении подобных ответов необходимо проводить дополнительное консультирование пациента у эндокринолога, с целью исключения гипотиреоза и других эндокринных заболеваний.

Остальные пациенты, судя по тому, как растет при каждой степени ожирения процент высоких баллов, правдиво отражают свои диетические пристрастия. Так при ожирении 1 степени количество ответов, свидетельствующих о наличии выраженного переедания увеличилось в 2,4 раза; при 2 степени ожирения – в 3,2 раза; а при 3 степени ожирения – в 6,1 раза, по сравнению с пациентами без наличия ожирения ( $p < 0,001$ ). Однако и эти пациенты нуждаются в дополнительных исследованиях, в том числе психологического состояния, оценки качества жизни, для исключения истинной булимии.

При изучении доли пациентов с разной массой в структуре группы с высокими баллами выявлено, что максимальное количество ответов, соответствующее выраженному перееданию наблюдается при ожирении 3 степени (42,31%), что в 11 раз больше, чем в группе

с избыточной массой тела и в 1,8 раза больше, чем в группе с ожирением 2 степени.

В структуре группы со средней выраженностью нарушений пищевого поведения преобладают пациенты с ожирением 1 степени (40,0%) и 2 степени (24,62%). А среди ответов соответствующих низкому уровню баллов, то есть нормальному пищевому поведению, 52,63% составляют ответы пациентов с ожирением 1 степени, что свидетельствует об их неадекватной оценке своих пищевых привычек, об измененном личностном восприятии нормы при оценке количества употребляемой еды.

Исследование анкет с результатами теста - опросника Бека позволило судить о наличии эмоциогенного переедания на фоне депрессивных симптомов. Оказалось, что у пациентов с нормальной массой тела в большинстве случаев (83,3%) вообще отсутствуют депрессивные синдромы. Субдепрессия выявлена у 10,0% лиц, а депрессия средней тяжести - в 6,67%, что не отличается от средних популяционных данных.

Среди пациентов с избыточной массой количество депрессивных состояний, разной степени выраженно-

сти, увеличились в 2,9 раза, причем субдепрессия выросла всего в 1,4 раза, а 34,29% составили умеренная, выраженная и тяжелая депрессия. То есть при избыточной массе тела наблюдается состояние, которое обуславливает в 48,6% случаев эмоциогенное переедание.

При первой степени ожирения количество случаев депрессивных состояний достоверно не отличались от группы с избыточной массой тела. Но в структуре тяжести состояния отмечаются изменения, в виде увеличения количества случаев субдепрессии (в 1,6 раза) и уменьшение количества тяжелых депрессий (в 7,0 раз). По мере прогрессирования ожирения отмечается тенденция к увеличению общего количества депрессивных состояний. Так при ожирении 2 и 3 степени увеличивается и общее количество депрессивных состояний и количество тяжелых депрессий, по сравнению с ожирением 1 степени (тяжелые депрессии соответственно в 2,0 и 4,8 раза). Однако в целом тяжелые депрессии при ожирении встречаются значительно реже, чем у пациентов с избыточной массой (в 2,7 раза,  $p < 0,01$ , рис.1).

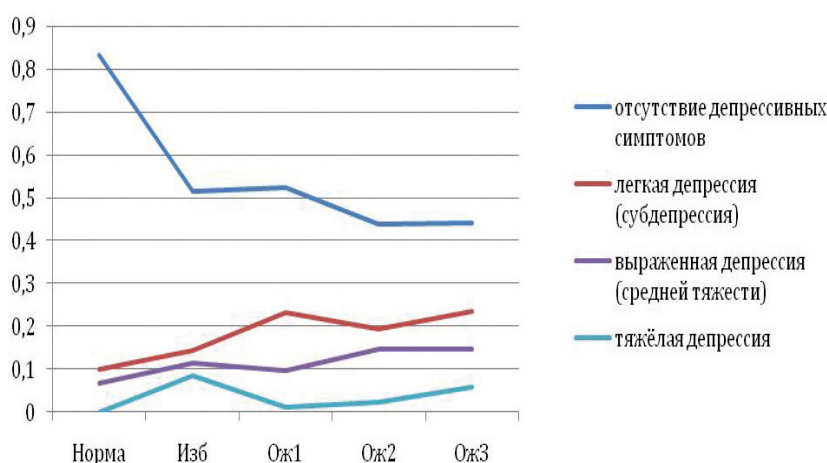


Рис. 1. Характер депрессивных состояний у пациентов с разной массой тела по данным опросника Бека.

Возможно, что примирение с мыслью о невозможности сбросить большое количество лишних килограммов, имеющихся при ожирении разной степени выраженности, обуславливает эмоциональное облегчение, в отличие от пациентов с избыточной массой тела, которые постоянно чувствуют вину за нарушение режима питания и несоответствие общепризнанным стандартам. Это положение побочно подтверждает и максимальная доля (процент) избыточной массы тела (42,86%) и ожирения 3 степени (28,57%) в структуре тяжелых депрессий.

Результаты анкетирования и регрессионного анализа (приведены в табл. 1) влияния индекса массы тела на показатели самооценки психосоматического здоровья респондентов по В.П. Войтенко показали, что средний результат самооценки психосоматического здоровья имеет тенденцию к увеличению с ростом массы тела пациентов. Так, для пациентов с нормальной массой тела средний показатель самооценки здоровья является равным 48.2 в то время как для пациентов с ожирением 3й степени средний показатель уже 67.9. В приведен-

ной регрессионной модели пациенты с нормальным весом выступили в качестве референтной группы. То есть статистические коэффициенты для всех пациентов с остальными категориями ИМТ даны относительно пациентов с нормальным весом.

Как видно из таблицы, независимые переменные (ИМТ, пол и возраст) объясняют 75.6% (коэффициент детерминации  $R^2$ ) вариацию в показателях самооценки психосоматического здоровья респондентов. Иными словами, построенная регрессионная модель позволяет объяснить три четверти разброса всех значений (дисперсии) показателей самооценки респондентов в нашей базе данных на основании выбранных независимых переменных. Таким образом, показатели самооценки психосоматического здоровья для респондентов с избыточным весом и разными степенями ожирения статистически отличны от показателей самооценки пациентов с нормальным весом при  $p < .001$ , а вероятность того, что подобные различия в самооценке являются случайностью составляет не более одной десятой процента.

**Результаты регрессионного анализа влияния ИМТ на показатели самооценки психосоматического здоровья респондентов по В.П. Войтенко**

Переменные	Регрессионный коэффициент	Стандартная ошибка
Избыточный (ИМТ 30-35)	6.565***	1.604
Ожирение1 (ИМТ 30-35)	10.00***	1.482
Ожирение2 (ИМТ 35-40)	12.13***	2.054
Ожирение3 (ИМТ>40)	23.39***	2.199
Пол	16.67***	1.167
Возраст	0.150***	0.0459
Константа	36.51***	2.009
Число респондентов	114	
Коэффициент детерминации (R2)	0.756	
Легенда статистически значимых эффектов: *** -p<.001; ** -p<.01; * -p<.05; + -p<.1		

### Выводы

У пациентов с МС и О имеются нарушения пищевого поведения в виде эмоциогенного переедания, причем более чем у половины из них отмечается неадекватность оценки своих диетических пристрастий, изменение личностного восприятия нормы при оценке количества потребляемой пищи.

Выявленные тревожно – депрессивные акцентуации у пациентов с МС и О определяют краткосрочность результатов от применения диет, что обуславливает необходимость обратить внимание врачей различных специальностей на: целесообразность изменения так-

тики и своевременный переход от консервативной терапии этой патологии к хирургическому лечению; на возможность проведения симультанных операций, как базовых, так и паллиативных.

Выраженные нарушения качества жизни при МС и О (как психологического компонента, так и физического состояния) определяют необходимость проведения врачами не только физического объективного обследования пациента, но и определение его психологических акцентуаций, что является дополнительным критерием адекватности и обоснованности выбора тактики ведения этой смертельной патологии.

### Список литературы

1. Лаврик А.С., Лаврик О.А. Антидиабетичний ефект бариатричних операцій. Клінічна хірургія 2013, №4, с.32-36.
2. Ervin RB. Prevalence of metabolic syndrome among adults 20 years of age and over, by sex, age, race, and ethnicity and body mass index: United States, 2003–2006. NatlHealthStatRep 2009; 13: 1–8.
3. World Health Organization (WHO, Fact Sheet No.311(updated March2013) available at: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/)
4. World Health Organization (WHO), available at:<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>
5. Mule G, Nardi E, Cottone S, Cusimano P, Volpe V, Piazza G, Mongiovi R, Mezzatesta G, Andronico G, Cerasola G. Influence of metabolic syndrome on hypertension-related target organ damage. J Intern Med 2005; 257: 503-513.
6. Patel SM, Ratcliffe SJ, Reilly MP et al. Higher serum testosterone concentration in older women is associated with insulin resistance, metabolic syndrome, and cardiovascular disease. J Clin Endocrinol Metab 2009; 94 (12): 4776–84
7. Henderson M, Freeman C.P. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'//The British Journal of Psychiatry.- Jan 1987.- 150 (1).-p.18-24.
8. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. Введение в саналогию. – К.: Здоровья, 1991. – 236 с.
9. Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, et al. Weight and type2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. Am J Med 2009;122:248–256,
10. Panunzi S, De Gaetano A, Carnicelli A, Mingrone G. Predictors of remission of diabetes mellitus in severely obese individuals undergoing bariatric surgery: do BMI or procedure choice matter? A meta-analysis. Ann Surg 2015;261:459–467
11. Müller-Stich BP, Senft JD, Warschkow R, et al. Surgical versus medical treatment of type 2 diabetes mellitus in nonseverely obese patients: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg 2015;261:421–429
12. Li JF, Lai DD, Ni B, Sun KX. Comparison of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity or type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. Can J Surg 2013;56:158–164
13. Buchwald H. Consensus Conference Panel 2005 Consensus Conference Panel. Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers J Am Coll Surg 2005 ; 200 : 593-604
14. Fried M., Hainer V., Basdevant A., Buchwald H., Deitel M., Finer N., and al. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity Obes Surg 2007 ; 17 : 260-270
15. National Institutes of Health Consensus Development Panel Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Statement Ann Intern Med 1991 ; 115 : 956-961

Стаття надійшла до редакції 12.11.2016



## ОБГРУНТУВАННЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І ОЖИРІННЯМ

**Метою дослідження** стало визначення додаткових критеріїв вибору методу лікування метаболічного синдрому і ожиріння на підставі вивчення особистісних характерологічних особливостей і якості життя пацієнтів. Методика: вивчення харчової поведінки, характерологічних особливостей і якості життя пацієнтів з метаболічним синдромом та ожирінням проводилося на підставі об'єктивного обстеження і анкетування по методикам Бека; Единбурзького тесту на булімію (Bulimic investigatory test, Edinburgh, BITE), Войтенко В.П.

**Результати:** виявлено характерологічні порушення у вигляді тривожно - депресивних рис характеру, пов'язаних з індексом маси тіла, що обумовлюють розвиток емоційного переїдання, що становить основу розвитку і прогресування захворювання. Порушення якості життя, зокрема його фізичної, емоційної, психологічної складової, прогресує в міру збільшення ступеня ожиріння. Зниження самооцінки психосоматичного здоров'я також збільшується з наростанням тяжкості ожиріння і обумовлює необхідність обов'язкової корекції цього стану і/або проведення превентивних заходів для його прогресування.

**Висновки:** у пацієнтів з МС і О є порушення харчової поведінки у вигляді емоційного переїдання, причому більш ніж у половини з них відзначається неадекватність оцінки своїх дієтичних пристрастей, зміна особистісного сприйняття норми при оцінці кількості споживаної їжі. Виявлені тривожно - депресивні акцентуації визначають короткостроковість результатів від застосування дієт, що обумовлює необхідність залучення уваги лікарів різних спеціальностей до доцільності своєчасного переходу від консервативної терапії цієї патології до хірургічного лікування. Виражені порушення якості життя визначають необхідність вивчення психологічних особливостей пацієнтів, що є додатковим критерієм адекватності та обгрунтованості вибору тактики ведення цієї смертельної патології.

**Ключові слова:** метаболічний синдром, ожиріння, психологія, вибір методу лікування.

## TREATMENT STRATEGY OF PATIENTS WITH A METABOLIC SYNDROME AND OBESITY

The **aim** of the study was to determine additional criteria for choosing a method of treatment of the metabolic syndrome and obesity on the basis of a study of personal character traits and quality of life of patients. Methodology: The study of eating disorders, personality traits and quality of life of patients with metabolic syndrome and obesity was carried out on the basis of physical examination and questioning by the procedures Beck; Edinburgh test bulimia (Bulimic investigatory test, Edinburgh, BITE), V.P. Voitenko.

**Results:** found characterological disorders in the form of anxiety - depressive traits related to body mass index, causing the development of the emotion of overeating that is the basis of development and progression of the disease. Violation of the quality of life, in particular his or her physical, emotional, psychological component, progressing with increasing degree of obesity. Reduced self-esteem and psychosomatic health increases with the increase in obesity and the severity necessitates mandatory correction of this state and/ or of preventive measures for its progression.

**Conclusions:** Patients with MS and there are about eating disorders in the form of emotion-eating, and more than half of them noted the inadequacy of the assessment of their dietary preferences, changes in personal perception standards when assessing the amount of food consumed. Identified anxious - depressive accentuation determine the short-term results from the use of diets, hence the need to attract attention of doctors various specialties to the appropriateness of a timely transition from the conservative treatment of this pathology to surgical treatment. Expressions of quality of life determined by the need to study the psychological characteristics of patients, which is an additional criterion for the adequacy and reasonableness of the choice of tactics that mortality pathology.

**Keywords:** metabolic syndrome, obesity, psychology, the choice of treatment.