УДК 616.33-008.3+616.895+612.331]:615.849.19

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ, ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И СНА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИСПЕПСИИ И ОЖИРЕНИЕМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Романова М.М., Махортова И.С., Ширяев О.Ю., Зуйкова А.К.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, e-mail: mmromanova@mail.ru

Высокая медицинская и социальная значимость проблемы лечения и профилактики психической патологии, коморбидной синдрому диспепсии и метаболическому синдрому диктует необходимость исследования и поиска путей коррекции у данной категории больных личностных особенностей, а также психопатологических проявлений и их взаимовлияний для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий. Полученные данные свидетельствуют об эффективном позитивном влиянии комплексной терапии с применением инновационных немедикаментозных (индивидуальная и групповая психотерапия) и фармакологических подходов (антидепрессант вальдоксан) на больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны, синдромом диспепсии с коморбидным метаболическим синдромом, подтверждают возможность коррекции непсихотических психических расстройств, нарушений пищевого поведения и сна, суточного ритма приема пищи у больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны в сочетании с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: синдром диспепсии, ожирение, аффективная сфера, пищевое поведение, нарушения сна, комплексная дифференцированная терапия

EVALUATION OF POSSIBILITIES OF CORRECTION OF DISORDERS OF AFFECTIVE SPHERE, EATING BEHAVIOR AND SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH DYSPEPSIA SYNDROME AND OBESITY IN THE PROCESS OF COMPLEX DIFFERENTIAL THERAPY

Romanova M.M., Makhortova I. S., Shiryaev O.Y., Zuikova A.K.

Voronezh state medical University them N.N. Burdenko Ministry Of Health Of Russia, Voronezh, e-mail: mmromanova@mail.ru

High medical and social significance of the problem the treatment and prevention of mental health problems comorbid with the syndrome of dyspepsia and metabolic syndrome necessitates the study and search of ways of correction in this category of patients personality traits and psychopathology and their interaction to optimize treatment and rehabilitation. These results indicate that effective positive influence of complex therapy with the use of innovative non-pharmacological (individual probability and group psychotherapy) and pharmacological approaches (antidepressant valdoxan) in patients with gastroduodenal diseases, dyspepsia syndrome with comorbid, metabolism syndrome chip metallic, confirm the possibility of correction of non-psychotic mental disorders, eating disorders and sleep, the circadian rhythm of food intake in patients with diseases of the gastroduodenal zone in combination with metabolic syndrome.

Keywords: the syndrome of dyspepsia, obesity, affective sphere, eating behavior, sleep disorders, complex differentiated therapy

В настоящее время актуальность проблемы пограничных психических расстройств у больных с соматической патологией с каждым годом возрастает. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой частоте и значительном полиморфизме психических расстройств у соматических больных, среди которых ведущее место занимают расстройства тревожно-депрессивного спектра. Особое место в клинике внутренних болезней занимают заболевания желудочно-кишечного тракта и ожирение [2, 5]. В настоящее время имеются многочисленные публикации, посвященные нозогениям у лиц с синдромом раздраженной толстой кишки, дисфункцией желчного пузыря, функциональной диспепсией и др. [4, 13, 14]. Нами установлено, что у пациентов с синдромом диспепсии в сочетании с ожирением и/ или метаболическим синдромом часто выявляются тревожно-депрессивные расстройства, а также нарушения пищевого поведения [3, 8, 9, 11].

Высокая медицинская и социальная значимость проблемы лечения и профилактики психической патологии, коморбидной синдрому диспепсии и ожирению диктует необходимость исследования и поиска путей коррекции у данной категории больных личностных особенностей, а также психопатологических проявлений и их взаимовлияний для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий. При этом актуальным является поиск адекватных современных алгоритмов терапии

психических нарушений при синдроме диспепсии в сочетании с ожирением. Учитывая высокую зависимость возникновения тревожно-депрессивных расстройств от активности серотонинергических и норадренергических систем мозга, логичным является рассмотрение возможности применения антидепрессантов. В то же время с учетом наличия у этих пациентов нарушений пищевого поведения и сна, необходимости применения в комплексном лечении этих пациентов, в том числе определенного диетического режима [7, 10], в большинстве случаев необходимо применение индивидуальной и групповой психотерапии.

Поэтому актуальными являются исследования по повышению эффективности лечебных мероприятий с применением в том числе немедикаментозной и фармакологической коррекции при данной коморбидной патологии.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 74 больных (48 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст 45,8 ± 6,5) с синдромом диспепсии и ожирением.

Критериями исключения из исследования были: наличие патологии эндокринной системы (нарушение функции щитовидной железы, сахарный диабет, нарушение функции гипофиза и надпочечников), наличие психических расстройств (шизофрения, биполярное расстройство, деменции, нарушения психического развития), наличие черепно-мозговой травмы, нейроинфекции в анамнезе, наличие любой тяжелой неконтролируемой соматической патологии, беременность, кормление грудью, климактерический синдром у женщин, наличие любых нарушений, ограничивающих подвижность пациентов (переломы костей, остеоартроз и т.д.), прием препаратов, влияющих на аппетит и массу тела (гормональные препараты, нейролептики, антидепрессанты и т.д.).

В работе применялись клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования. В ходе беседы были выявлены основные жалобы, краткие анамнестические сведения, проведено обследование с использованием опросника для выявления типа пищевого поведения.

Все пациенты были разделены на две группы, рандомизированные по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ): 1-я – контрольная (30), получавшая стандартную терапию, 2-я – основная (44), получавшая комплексное лечение, включавшее в том числе дифференцированное психотерапевтическое воздействие – индивидуальное и групповое, а также антидепрессанты – азафен, феварин и вальдоксан в различных режимах и суточных дозировках в зависимости от степени выраженности аффективных расстройств, нарушений сна и пищевого поведения в течение 2–3 месяцев.

Всем пациентам помимо общеклинического обследования, включавшего клинические, биохимические и инструментальные методы для верификации диагнозов синдрома диспепсии и метаболического синдрома, до и после курса лечения проводились: оценка аффективных расстройств, пищевого поведения и нарушений сна. Для оценки тревожно-депрессивных расстройств проводили анкетирование по следующим тестовым опросникам: шкала Гамильтона для определения тревоги (HARS), шкала Гамильтона для определения депрессии (HDRS), для оценки степени выраженности нарушений сна применяли опросник качества сна [1] и шкалу сонливости Эпверта [12], для оценки типа пищевого поведения – опросник DQIB [15], для оценки суточного ритма приема пищи – опросник качества режима питания и суточного ритма приема пищи [6].

Исследования проводились в соответствии с принципами «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice). Участники исследования были ознакомлены с целями и основными положениями исследования и подписали письменно оформленное согласие на участие. Локальный этический комитет одобрил протокол исследования. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows с применением пара- и непараметрических критериев. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным или меньше 0,05: * – $p <= 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования выявлено, что 12 % пациентов не предъявляли жалоб, считая свое здоровье удовлетворительным. У остальной части обследованных (88 %) обнаружено снижение социальной адаптации, что проявлялось трудностью включения в деятельность, наличием проблем в профессиональной сфере и личном общении, общее ощущение плохого самочувствия, недовольством собой и окружающими. У них преобладали жалобы на постоянное недомогание, чувство разбитости, хроническую, усталость, апатию, сниженное настроение, раздражительность, нарушения сна. Анализ полученных данных показал, что 11 % пациентов не предъявляли жалоб, считая свое здоровье удовлетворительным. У остальной части обследованных (89 %) обнаружено снижение социальной адаптации, что проявлялось трудностью включения в деятельность, наличием проблем в профессиональной сфере и личном общении, общее ощущение плохого самочувствия, недовольством собой и окружающими. У них преобладали жалобы на постоянное недомогание, чувство разбитости, хроническую, усталость, апатию, сниженное настроение, раздражительность, нарушения сна.

При анализе доминирующих типов пищевого поведения установлено значительное преобладание эмоциогенного типа (71 %), т.е. обследованные пациенты оказались склонны к приему пищи под влиянием в большей степени эмоционального состо-

яние, нежели физиологической потребностью в питательных веществах. На втором месте по распространенности был экстернальный тип пищевого поведения (19%), при котором появление аппетита обусловлено внешней обстановкой (накрытый стол, запахи, реклама продуктов и т.д.). Ограничительный тип пищевого поведения встречался лишь 10% случаев.

В ходе клинико-психопатологического обследования был проведен анализ особенностей пищевого поведения пациентов. Установлено, что у 92% пациентов имеются проявления нарушений пищевого поведения. У 42% пациентов были выявлены проявления синдрома ночного переедания: жалобы на нарушения ночного сна, повышение аппетита во второй половине дня, приемы пищи после ужина и ночью, отсутствие аппетита утром. Данные феномены присутствовали не менее четырех недель, но не более года, сохранялись постоянно, не были связаны с особенностями деятельности пациентов (например, невозможность приема пищи в дневное время).

Из категории лиц с синдромом ночного переедания у 21% (от общей группы) его проявления носили особенно тяжелый характер: страх наступления вечера в связи с невозможностью контролировать приступы голода, чувство вины за переедание, ощущения беспомощности, приступы тошноты по утрам, потребление более половины суточного объема пищи после ужина. У 12% обследованных установлены феномены приступов переедания, случающиеся не реже 1-2 раз в неделю на протяжении полугода. Прием пищи у таких пациентов не связан с чувством голода, сопровождается потерей контроля над количеством съедаемого, а также снижением интенсивности вкусовых ощущений. За короткий период времени (примерно от получаса до часа) пациенты съедали объем пищи гораздо больший, чем обычно. У всех пациентов данное расстройство сопровождалось выраженным чувством вины, стыда. Эпизоды переедания они скрывали от близких, ели в одиночестве, ходили в магазин, чтобы докупить то, что они съели, неохотно признавались врачу в наличии подобных проявлений. Никто из обследованных не пытался вызвать рвоту, принимать слабительные после приступа или каким-либо другим образом избавться от съеденного (что отличает данный контингент пациентов от лиц с нервной булимией). У 21% пациентов переедание было стойко связано с развитием стрессовой ситуации и прекращалось по мере разрешения конфликта. Приемы пищи не были фиксированы по времени суток, не носили характер приступов. Пациенты отмечали снижение тревоги, успокоение, ощущение умиротворенности после приема пищи. Как правило подобный эффект оказывал определенный тип продуктов (сладкое, мучное, жареное, острое), что формировало четкое пищевое предпочтение. Среди лиц с данным типом расстройства не было отмечено чувство вины за переедание, однако, большинство обследованных при выходе из стрессовой ситуации активно пытались сбросить набранный вес, путем соблюдения строгой диеты. В остальных случаях проявления расстройства пищевого поведения носили смешанный характер и их невозможно было четко отнести к определенному типу.

Согласно результатам комплексного обследования, проводимого до и после курса терапии в отличие от пациентов 1-й контрольной группы у больных 2-й основной группы, получавших индивидуальную психотерапию и антидепрессанты, отмечались в ряде случаев достоверные ($p = 0,05$) позитивные изменения, в том числе ускорение сроков купирования клинических проявлений на $4,6 \pm 0,48$ дня.

После курса стандартной терапии у больных контрольной группы достоверных изменений не отмечалось. После комплексной дифференцированной терапии у пациентов 2-й основной группы наблюдалась позитивная динамика аффективной сферы, отсутствие аффективных расстройств как по данным клинического осмотра, так и по данным тестовых опросников. В контрольной группе больных имелись сдвиги выраженности болевых ощущений в группах со слабой, тяжелой и очень тяжелой степенью выраженности боли. В основной группе наблюдалось увеличение числа пациентов, отметивших у себя наличие боли слабой степени выраженности, и одновременно снизился процент больных с болями умеренной, тяжелой и очень тяжелой степени. В основной группе больных, получавших индивидуальную и групповую психотерапию, общий балл тревожно-депрессивных расстройств по всем опросникам оказался достоверно ниже, чем до лечения и чем в контрольной группе после курса стандартной терапии, что свидетельствовало о позитивной динамике выраженности тревожно-депрессивных расстройств.

В табл. 1 представлены результаты коррекции клинических симптомов и аффективной сферы больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом в 2-х обследуемых группах – 1-й контрольной, получавших стандартную терапию, и 2-й основной, получавших дифференцированное индивидуальное лечение.

Таблица 1

Результаты коррекции клинических проявление и показателей аффективной сферы после лечения

Показатель	Контрольная группа (% больных)	Основная группа (% больных)
Отсутствие аффективных расстройств	18%	92%
Купирование клинических симптомов	62%	100%
Позитивная динамика качества жизни	18%	100%

Таблица 2

Результаты коррекции показателей пищевого поведения, сна и суточного ритма приема при стандартной и комплексной терапии

Показатель	Контрольная группа (% больных)	Основная группа (% больных)
Нарушения пищевого поведения	84%	8%
Нарушения сна	75%	8%
Нарушения суточного ритм приема пищи	84%	–

У пациентов основной группы в отличие от пациентов контрольной группы наблюдалось также и оптимизация пищевого поведения, и нарушений сна, как по данным клинического исследования, так и по данным тестовых опросников. В основной группе больных, получавших индивидуальную и групповую психотерапию, данные тестовых опросников подтвердили клинические данные о достоверном снижении выраженности и частоты нарушений пищевого поведения и нарушений сна, а также фактического питания и суточного ритма приема пищи, что свидетельствовало о позитивной динамике изменений пищевого поведения, сна, режима питания и как следствие пищевого статуса пациентов.

В табл. 2 представлены результаты сравнительной динамической оценки нарушений пищевого поведения и нарушений сна в контрольной и основной группах пациентов.

Таким образом, среди пациентов основной группы, получавших комплексную дифференцированную терапию, включавшую помимо стандартного лечения индивидуальную и групповую психотерапию, и прием антидепрессантов, в отличие от контрольной группы пациентов, получавших только стандартную терапию, нарушения пищевого поведения и сна оставались лишь в 8% случаев, в то время как в контрольной группе – у 84% и 75% пациентов (соответственно), т.е. остались практически без динамики.

Заключение

Таким образом, включение дифференцированного психотерапевтического воздействия и антидепрессантов в комплексную терапию больных с синдромом диспепсии в сочетании с ожирением приводит к ускорению купирования клинических симптомов, коррекции аффективных расстройств, пищевого поведения, нарушений сна. Полученные данные свидетельствуют об эффективном позитивном влиянии комплексной терапии с применением инновационных немедикаментозных (индивидуальная и групповая психотерапия) и фармакологических подходов (антидепрессант вальдоксан) на больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны, синдромом диспепсии с коморбидным ожирением, подтверждают возможность коррекции непсихотических психических расстройств, нарушений пищевого поведения и сна, суточного ритма приема пищи у больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны в сочетании с ожирением. Существующие в настоящее время подходы к лечению и профилактике функциональной и органической диспепсии коморбидной ожирению и метаболическому синдрому не учитывают нарушений в аффективной сфере. Только комплекс лечебно-терапевтических мероприятий имеет перспективы успешного лечения больных с данной патологией и профилактики этих патологических состояний.

Список литературы

1. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы // Под ред. Я.И. Левина. – М.: Медпрактика-М, 2005.

2. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Кашеварова С.С., Шептак Н.Н. Мультифакторность клинической картины функциональной диспепсией // Российский медицинский журнал. – 2012. – № 15. – С. 778–782.

3. Рапопорт С.И., Романова М.М., Бабкин А.П. Суточный ритм приема пищи и вкусовая чувствительность у боль-

ных с ожирением и диспепсией // Клиническая медицина. – 2013. – № 9. – С. 40–45.

4. Романова М.М. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом / Романова М.М., Ширяев О.Ю., Бабкин А.П., Махортова И.С. // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 2. – С. 197–199.

5. Романова М.М. и др. Анализ распространенности избыточной массы тела и ожирения среди населения, в том числе детского Воронежской области.// Вопросы детской диетологии. – 2012. – № 3. – С. 47–49.

6. Романова М.М. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания./ Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – № 46. – С. 25–29.

7. Романова М.М., Бабкин А.П. Анализ эффективности комплексной терапии больных с синдромом диспепсии в сочетании с ожирением.// Лечащий врач. – 2013. – № 7. – С. 108.

8. Романова М.М., Бабкин А.П. Особенности психоэмоционального статуса, качества жизни и вегетативного у больных с метаболическим синдромом в сочетании с синдромом диспепсии.// Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 4 (96). – С. 30–36.

9. Романова М.М., Махортова И.С. Пищевое поведение, привычки питания и качество жизни у больных с синдромом диспепсии и ожирением.// Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – № 44. – С. 35–37.

10. Романова М.М., Махортова И.С. Способ коррекции избыточной массы тела // Патент на изобретение RUS 2491967. 16.04.2012.

11. Романова М.М., Погожева А.В., Гладышева Е.С., Веденина Г.Д. Особенности фактического питания и пищевого статуса разных групп населения, в том числе детского, по данным посещений Центров здоровья.// Вопросы детской диетологии. – 2013. – № 1. – С. 15–18.

12. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991; 14: 540–545.

13. Locke G.R., Weaver A.L., Melton L.J., Talley N.J. Phsychological factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nasted case-control study // Amer.J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99. – P. 350–357.

14. Walker E. Irritable bowel syndrome and psychiatric illness/ E. Walker // Am. J. Psychiat. – 1990. – Vol. 147. – P. 565–572.

15. Wardle J. Eating stile: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. J. Psychosom. Res. 1987; 31:161–169.