

урачено
33-27

ISSN 1818-426X

2
2015

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

В НОМЕРЕ:

Лекции	
<p>А. В. Полянская Тромбоэмболия легочной артерии: от диагноза к лечению 4</p>	
Клинический обзор	
<p>А. Т. Быков, А. А. Брюсова, Т. Н. Маляренко Предупреждение ожирения 8</p> <p>В. А. Косинец, Е. А. Матусевич Коррекция иммунной дисфункции при лечении пациентов с распространенным гнойным перитонитом 17</p> <p>В. Л. Лобашова, А. П. Шепелькевич Распространенность нарушений пищевого поведения и избыточной массы тела 23</p> <p>А. В. Полянская Диагностика и лечение резистентной артериальной гипертензии 28</p> <p>О. Т. Прасмыцкий, Е. М. Кострова Симуляционные технологии обучения студентов в медицинском университете по ведению пациентов в критических ситуациях 34</p>	<p>Т. Н. Терехова, О. М. Леонович Влияние присутствия родителей на поведение детей во время приема у врача-стоматолога 93</p> <p>Р. В. Хурса Реографические показатели центральной гемодинамики и типы кровообращения по данным линейной регрессии параметров артериального давления 96</p> <p>Т. А. Чак, Е. А. Павлющик, А. В. Хапалюк, В. Ю. Афонин, В. Н. Сорокина Ассоциация полиморфизмов генов альдозоредуктазы и каталазы с диабетической сенсомоторной полинейропатией 105</p> <p>Т. В. Чернышёва Анализ методов сохранения жизнеспособности пульпы в стоматологической практике 109</p> <p>А. Н. Янкуль, Н. И. Саевич, В. А. Стахивич, А. Т. Григуть, Н. Н. Силивончик Особенности верхних отделов пищеварительного тракта при эндоскопии и гастробиопсии у мужчин с синдромом диспепсии в период призыва на срочную военную службу 113</p> <p>Е. С. Яцкевич, В. А. Снежицкий Ассоциация полиморфизма –С/344Т гена альдостеронсинтазы (СYP11В2) с гипертрофией левого желудочка и уровнем альдостеронсинтазы плазмы у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий 118</p>
Оригинальные научные публикации	
<p>Н. В. Волчок, О. Г. Дражина Хронические тонзиллиты у беременных: микробный спектр и его чувствительность 42</p> <p>Т. А. Вылегжанина Влияние ацетата свинца на развитие печени крыс 44</p> <p>И. А. Гончар, Л. М. Шишло, И. С. Прудывус, Т. Ю. Бончковская Показатели плазменного гемостаза в остром периоде инфаркта мозга как предикторы функционального исхода заболевания 49</p> <p>Т. А. Гречуха Комплексный антимикробный метод на основе фотодинамического воздействия 53</p> <p>В. И. Дунай, П. В. Сторчак Влияние вируса болезни Ньюкасла на изменение активности NO-синтазы нейронов головного мозга в онтогенезе птиц 57</p> <p>И. Н. Игнатович, Г. Г. Кондратенко, Н. М. Новикова Связь уровня 25-ОН-витамина D с наличием трофических язв при варикозной болезни 61</p> <p>Ф. И. Казаков Особенности клинического применения массообменного устройства для гемокоррекции «Гемосбел» в комплексном лечении пациентов с синдромом эндогенной интоксикации различного генеза 64</p> <p>Т. В. Куприяник, А. Н. Стожаров Патология щитовидной железы в отдалённые сроки после внутриутробного облучения 69</p> <p>С. С. Наумович, Ф. Г. Дрик, Э. Л. Мачкалян Геометрические закономерности строения корней зубов на основе золотой пропорции 74</p> <p>Ж. В. Романчук, Н. В. Волчок, С. А. Матюшкова Причины ранних и поздних привычных выкидышей 77</p> <p>А. Р. Сакович, Е. А. Антипенко Орбитальные осложнения риносинуситов 80</p> <p>Т. А. Сикорская Вариабельность сердечного ритма у пациентов с микроб-ассоциированным псориазом 83</p> <p>С. Н. Смирнов, И. А. Белик Динамика изменений органомерических показателей селезенки и тимуса крыс-самцов после двухмесячного воздействия тартразина и после нанесения дефекта в большеберцовых костях 90</p>	<p style="text-align: center;">Обмен опытом</p> <p>А. В. Полянская Болезни аорты: взгляд терапевта на аневризму и расслоение аорты, аортиты, коарктацию аорты 123</p> <p style="text-align: center;">Новые технологии</p> <p>В. Н. Гапанович, И. С. Жаворонок, Н. И. Мельнова, С. В. Андреев, И. Н. Жук, Г. Г. Кондратенко, Е. Л. Бердина, О. К. Куцук Изучение безопасности (переносимости) нового гемостатического средства «Гамастат» при аппликации на печень крыс линии Вистар 129</p> <p style="text-align: center;">Случай из практики</p> <p>В. Н. Сидоренко, М. А. Шкроб, Е. Н. Кириллова, Л. С. Ладутько, Т. М. Олешкевич, Я. Б. Станкевич Случаи ранней диагностики и лечения шеечной беременности с сохранением репродуктивных органов 135</p> <p style="text-align: center;">Исторический ракурс</p> <p>Евгению Павловичу Демидчику посвящается 139</p> <p>Р. В. Хурса Кафедре поликлинической терапии – 20 лет 140</p> <p style="text-align: center;">В помощь практикующему врачу</p> <p>А. В. Полянская, С. А. Красуцкая Сердечная ресинхронизирующая терапия при хронической сердечной недостаточности 144</p> <p>Т. Н. Самаль, А. П. Кудин Стрептококковые тонзиллофарингиты у детей: современные подходы к диагностике и лечению 147</p> <p>Куньлэн Хуан, П. И. Беспальчук Эндопротезирование проксимального межфалангового сустава пальца кисти при его разрушении и энхондроме основной фаланги 155</p> <p style="text-align: center;">Юбилей</p> <p>Александр Владимирович Шотт (К 90-летию со дня рождения) 159</p>

22. Фармакологическая коррекция иммунных нарушений при аппендикулярном перитоните у детей / В. П. Гаврилюк [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 3. – С. 150–152.
23. Черноусов, Ф. А. Профилактика послеоперационных осложнений с применением иммуномодулятора галавита: метаанализ исследований / Ф. А. Черноусов, Л. И. Винницкий // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2012. – № 4 – С. 33–40.
24. Эффективность использования биолейкина в комплексном лечении больных с острым разлитым перитонитом / Б. И. Слонецкий [и др.] // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 49–52.
25. Acute fluoxetine treatment induces slow rolling of leukocytes on endothelium in mice / N. Herr // PLoS One [Electronic resource]. – 2014. – № 10. – Mode of access: <http://plosone.org>. – Date of access: 07.01.2015.
26. Analysis of organ failure and mortality in sepsis due to secondary peritonitis / J. Hernandez-Palazon [et al.] // Med. Intensiva. – 2013 – Vol. 37, № 7. – P. 461–467.
27. Anti-inflammatory effect of a sulphated polysaccharide fraction extracted from the red algae *Hypnea musciformis* via the suppression of neutrophil migration by the nitric oxide signalling pathway / T. V. de Brito [et al.] // J Pharm. Pharmacol. – 2013. – Vol. 65, № 5. – P. 724–733.
28. Anti-tumor necrosis factor therapy is associated with infections after abdominal surgery in Crohn's disease patients / A. Syed [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 108, № 4. – P. 583–593.
29. Basic principles of diagnosis and treatment of secondary peritonitis – recommendations of experts with the support of SIS / R. Gurlich [et al.] // Rozhl. Chir. – 2014. – Vol. 93, № 6. – P. 334–352.
30. Carvacryl acetate, a derivative of carvacrol, reduces nociceptive and inflammatory response in mice / S. R. Damasceno [et al.] // Life Sci. – 2014. – Vol. 94, № 1. – P. 58–66.
31. Complicated intra-abdominal infections in a worldwide context: an observational prospective study (CIAOW Study) / M. Sartelli [et al.] // World J. Emergency Surgery. – 2013. – Vol. 3, № 8. – P. 12–19.
32. Dushkin, M. I. Effect of toll-like receptor agonists on the formation of macrophage foam cells upon acute peritonitis in mice / M. I. Dushkin, G. G. Kovshik // Bull. Exp. Biol. Med. – 2013. – Vol. 156, № 1. – P. 49–52.
33. Immunomodulatory effects of recombinant lactoferrin during MRSA infection / S. A. Hwang [et al.] // Int Immunopharmacol. – 2014. – Vol. 20, № 1. – P. 157–163.
34. Intravenous application of a primary sevoflurane metabolite improves outcome in murine septic peritonitis: first results / I. K. Herrmann [et al.] // PLoS One [Electronic resource]. – 2013. – Vol. 19. – Mode of access: <http://plosone.org>. – Date of access: 07.01.2015.
35. Lipopolysaccharide (LPS)-induced autophagy is involved in the restriction of *Escherichia coli* in peritoneal mesothelial cells / J. Wang [et al.] // BMC Microbiology [Electronic resource]. – 2013. – Vol. 13. – Mode of access: <http://www.biomedcentral.com/1471-2180/13/255/>. – Date of access: 04.12.2014.
36. Mechanisms of attenuation of abdominal sepsis induced acute lung injury by ascorbic acid / B. J. Fisher [et al.] // Am J. Physiol. Lung Cell Mol. Physiol. – 2012. – Vol. 303, № 1. – P. 20–32.
37. Pharmacological inhibition of type I interferon signaling protects mice against lethal sepsis / L. Dejager [et al.] // J. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 209, № 6. – P. 960–970.
38. The piexin C1 receptor promotes acute inflammation / K. König [et al.] // Eur. J. Immunol. – 2014. – Vol. 44, № 6. – P. 1573–1577.
39. Ultrasonic versus standard electric dissection in laparoscopic cholecystectomy in patients with acute calculous cholecystitis, complicated by peritonitis: influence on the postoperative systemic inflammation and immune response. A prospective randomized study / F. Sista [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 2014. – № 3. – P. 151–158.
40. Vitamin C: a novel regulator of neutrophil extracellular trap formation / B. M. Mohammed [et al.] // Nutrients. – 2013. – Vol. 9, № 5. – P. 3131–3151.

Поступила 30.01.2015 г.

В. Л. Лобашова, А. П. Шепелькевич

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Как избыточная масса тела и ожирение, так и нарушения пищевого поведения являются актуальной проблемой современной медицины. В статье изложен современный взгляд на проблему девиантного пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Акцентировано внимание на данных международных исследований о распространенности различных форм нарушений пищевого поведения и ожирения, а также на имеющихся исследованиях, отражающих возможную корреляционную связь данных нозологий. Авторами проведен анализ частоты встречаемости расстройств пищевого поведения и избыточной массы тела в зависимости гендерно-возрастных характеристик группы, а также описана взаимосвязь данных нозологий с уровнем дохода населения страны.

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения, избыточная масса тела, ожирение.

□ Клинический обзор

V. L. Lobashova, A. P. Shepelkevich

**PREVALENCE OF VIOLATIONS OF FOOD BEHAVIOUR
AND EXCESS BODY WEIGHT**

Both the excess body weight and obesity, and violations of food behavior are an actual problem of modern medicine. In article the modern view is stated of a problem of deviant food behavior at persons with the excess body weight and obesity.

The attention is focused on data of the international researches on prevalence of various forms of violations of food behavior and obesity, and also on the available researches reflecting possible correlation communication of these nozologiya. Authors carried out the analysis of frequency of occurrence of frustration of food behavior and excess body weight to dependences of gender and age characteristics of group, and also the interrelation of these nozologiya with the level of the income of the population of the country is described.

Key words: eating disorders, overweight, obesity.

Эпоха научно-технического прогресса, быстрый рост индустрии и информационная революция поставили перед современным медицинским сообществом ряд новых задач. Так, рост потребления высококалорийных продуктов с большим содержанием жира, соли и сахаров и снижение физической активности и растущая урбанизация [10], с одной стороны, привели к пандемическому росту лиц с избыточной массой тела и ожирением. С другой стороны, естественное стремление людей соответствовать эталонам моды и красоты и обилие информации, предлагающей снизить массу тела за короткий период времени, способствовало возникновению проблем, связанных с нарушением пищевых привычек. Несмотря на некоторую полярность нозологий, в последнее время в литературе появляется все больше данных о возможной корреляции состояний, общности факторов риска [8]. Целью данной статьи стало описание имеющихся современных эпидемиологических данных и взаимозависимости данных патологий.

Эпидемиологические данные. В настоящее время избыточная масса тела и ожирение представляют собой одну из наиболее серьезных медико-социальных и экономических проблем, значимость которых определяется высокой инвалидизацией и снижением продолжительности жизни населения [7]. Согласно данным ВОЗ, около 35% (более 1,4 миллиарда) взрослых в возрасте 20-ти лет и старше имеют избыточный вес, 11% – ожирение (из них 200 миллионов мужчин и почти 300 миллионов женщин) [14].

Установлено, что помимо социальной дезадаптации и психологических проблем, вызывающих изменение качества жизни пациентов [2], морбидное ожирение ассоциировано с ростом заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа, сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями, определенными формами рака [1] и рядом

других проблем, являясь пятым по значимости фактором риска смерти в мире. По меньшей мере, 2,8 миллиона взрослых людей ежегодно умирают в результате излишнего веса и ожирения [10]. В некоторых экономически развитых странах ожирение рассматривают как одну из основных детерминант формирования популяционного здоровья и ведущую потенциально устраняемую причину преждевременной смерти населения [11].

Проблема избыточной массы тела является актуальной и для населения Республики Беларусь. Данные республиканской акции, проведенной по инициативе Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2012 году (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.10.2012 № 1247) «Ожирение-фактор риска сахарного диабета» свидетельствуют о высокой распространенности ожирения и избыточной массы тела среди жителей РБ. Так, согласно результатам скрининга 32 248 респондентов, у 22 933 человек (71,1%) индекс массы тела (ИМТ) превышал пороговые значения, при этом избыточная масса тела была диагностирована в 33,9% случаев (10 951 человек); ожирение – в 37,3% (11 982 человек). Нормальные значения ИМТ были отмечены лишь в 28,8% случаев (9311 человек) [3].

При этом, в группе мужчин преобладающими показателями стали параметры индекса массы тела, соответствующие избыточной массе тела 35,4% (3831 мужчин) vs в 33,3% (7120 женщин), ожирение выявлено у 38,9% (8,344) женщин vs 33,6% (3638 мужчин) (рисунок 1).

Анализ возрастных особенностей распределения ИМТ свидетельствует о том, что значимый прирост массы тела начинается с возраста 30 лет, достигая пика к 55–60 годам, а затем наблюдается физиологическая стабилизация и даже регресс ИМТ пациентов, связанное со снижением



Рисунок 1. Распределение показателя ИМТ в группе женщин и мужчин

массы мышечной ткани и минеральной плотности костей [3].

Темпы роста распространенности ожирения вызывают беспокойство и обосновывают необходимость формирования комплексных национальных программ по профилактике избыточной массы тела и ожирения. Считавшиеся ранее характерными для стран с высоким уровнем доходов, эта глобальная проблема все шире охватывает страны с низким и средним уровнем дохода, особенно их городские районы. Исследование NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) проведенное в Соединенных штатах Америки и включающее 12-летний (1999–2010 гг.) период наблюдения 28 773 пациентов выявило линейную тенденцию индекса массы тела в группе мужчин и определенный рост индекса массы тела в группе женщин [16].

Распространенность нарушений пищевого поведения (НПП). Нарушения пищевого поведения представляют собой группу поведенческих расстройств, характеризующихся выраженной озабоченностью массой и формами собственного тела, сопровождающейся чрезмерными попытками их контроля [4].

Высокая распространенность расстройств пищевого поведения усугубляется тем, что 95% пациентов составляют молодые женщины [4]. По данным масштабного исследования, the National Comorbidity Survey Replication, проводимого в 2001–2003 гг. и включающего 9282 респондентов, частота встречаемости нервной анорексии, булимии и расстройств по типу обжорства в течении жизни составили 0,9%, 1,5% и 3,5% соответственно среди женщин, и 0,3%, 0,5% и 2,0% среди мужчин [16].

Экстраполяция мировых данных на белорусскую популяцию свидетельствует о том, что не менее 60 000 девушек и молодых женщин может страдать от последствий, связанных с дезадаптивным вмешательством в пищевое поведение

[6], и примерно каждая третья женщина в разные периоды своей жизни использует «экстремальные» методы контроля массы тела [4].

Отдельно хотелось бы отметить, что современный взгляд на проблему НПП позволяет считать их одними из самых трудных в диагностическом и лечебном плане расстройств. Длительное время скрываясь за социально приемлемыми масками диетических ограничений, клинически очерченные проявления расстройств в форме НА или НБ попадают в поле зрения специалистов достаточно поздно [4]. Поэтому частота так называемых субклинических форм нарушений пищевого поведения несомненно значимо выше. Так в мультицентровом исследовании Szabó P. и Túry F., включающем 689 австрийских и немецких граждан (571 женщина и 118 мужчин) среди женщин клинически очерченная булимия встречалась в 0,7% случаев ($n = 4$), в то время как субклинические формы булимии и нервной анорексии составили 5,3% ($n = 30$) and 0,7% ($n = 4$) соответственно; среди мужчин – 1,7% ($n = 2$) имели симптомы, соответствующие булимии, 2,5% ($n = 3$) и 1,7% ($n = 2$) субклинические формы нервной булимии и нервной анорексии [12].

Изучение пищевых особенностей поведения (пищевых паттернов) свидетельствует, что, как и избыточная масса тела, расстройства пищевого поведения чаще встречаются в индустриально развитых странах с высоким уровнем жизни (США, Канада, страны европейского региона) [13]. Согласно данным NAANAD (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders), в США около 24 млн людей всех возрастов имеют различные формы нарушений пищевого поведения [8]. В таблице 1 представлены данные о распространенности нарушений пищевого поведения в странах с высоким уровнем доходов.

Тем не менее, частота девиантного пищевого поведения в странах с низким уровнем доходов

Клинический обзор

Таблица 1. Распространенность нарушений пищевого поведения в странах с высоким уровнем жизни (адаптировано из Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries) [13]

Страна (год)	Исследуемая выборка	Частота нервной анорексии	Частота нервной булимии	Автор (год публикации)
USA (1990)	1152 студентов			Pemberton и соавт. (1996)
	Мужчины		0.2%	
	Женщины		1.3%	
Германия (1990)	4285			Westenhofer (2001)
	мужчины		2.1%	
	женщины		2.4%	
Великобритания (1992)	519,900			Rooney и соавт. (1995)
	Всего		0.02%	
	Женщины		0.1%	
Италия (1993)	517 женщины (11–20 лет)	1.3%		Rathner (1993)
Венгрия (1994)	538 студенты-медики			Tury и соавт. (1994)
	248 мужчин		0%	
	290 женщин		0.3%	
Франция (1995)	447 женщин		0.7%	Basdevant и соавт. (1995)
Норвегия (1995)	517 женщин (15–20 лет)	2.6%	0.87%	Gotestam (1995)
	19067 психиатрических пациентов			
	Мужчины	0.8%	0.7%	
	Женщины	5.7%	7.3%	
Канада (1995)	8116			Garfinkel и соавт. (1995)
	Мужчины		0.1%	
	Женщины		1.1%	
Австралия (1998)	4200 студентов			Hay и соавт. (1998)
	мужчины и женщины		0.3%	
Австрия (1998)	1000 женщин		1.3%	Kinzl и соавт. (1999)

Таблица 2. Распространенность нарушений пищевого поведения в странах Азии (адаптировано из Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries) [13]

Страна (год)	Исследуемая выборка	Частота нервной анорексии	Частота нервной булимии	Автор (год издания)
Малазия (1981)	6000 психиатрических пациентов	0.05%		Buhrich (1989)
Гон Конг (1989)	500,000 человек	0.002%		Lee и соавт. (1993)
Египет (1994)	351 женщин		1.2%	Nassar (1994)
Япония (1997)	1526 женщин	0.0048%	0.01%	Nakamura и соавт. (2000)
Иран (2000)	3100 женщин (15–18 лет)	0.9%	3.2%	Nobakhtand Dezhkam (2000)

населения также постепенно увеличивается. Так, например, частота булимии среди женщин в азиатских странах достигла значений 0,46–3,2% против 0,3% to 7,3% – в странах европейского региона [13]. Суммарные данные о распространенности нарушений пищевого поведения в странах Азии представлены в таблице 2.

Средний возраст начала девиантных форм пищевого поведения колеблется в пределах 18–21 лет (составляя 18,9 + 0,8 года для нервной анорексии, 19,7 + 1,3 лет для булимии, 25,4 ± 1,2 лет для расстройств по типу обжорства; средняя продолжительность эпизода в среднем длится 1,7 ± 0,2 года; 8,3 ± 1,6 лет; 8,1 ± 1,1 лет соответственно (рисунок 2) [16].

В последние годы появляются новые данные о частоте развития девиантных форм пищевого поведения в зависимости от возраста. В исследовании австрийских ученых Mangweth-Matzek В., Hoek Н. W. и соавт., опубликованном в конце 2013 года, проведена оценка связи наличия менопаузы с отклонениями в пищевых привычках респонденток [15].

Согласно дизайну, пациентки были классифицированы на 3 группы: женщины с сохраняющейся менструальной реакцией (N=192), женщины в период перименопаузы (N=110), и пациентки, находящиеся в состоянии естественной менопаузы, не различающиеся по возрасту и индексу массы тела. В результате скрининга выявлена

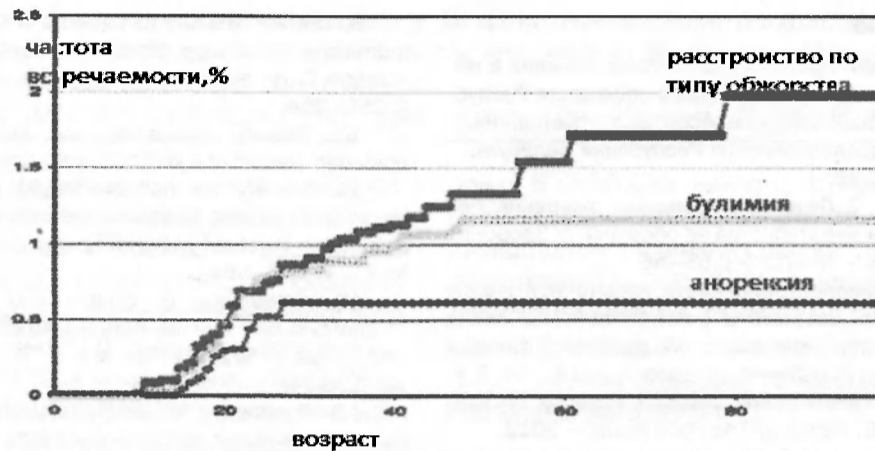


Рисунок 2. Частота встречаемости различных форм нарушений пищевого поведения в зависимости от возраста (адаптировано из NCSR) [16]

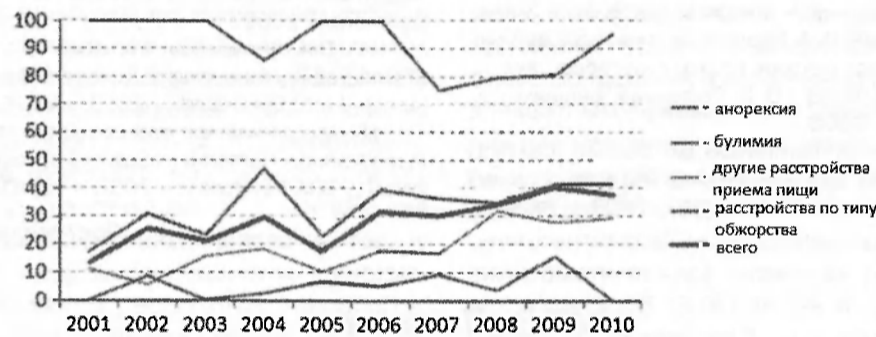


Рисунок 3. Распространенность различных видов нарушений пищевого поведения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением (адаптировано из Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates) [9]

значимо большая частота девиантных форм пищевого поведения у женщин в перименопаузе, по сравнению с пременопаузальной и постменопаузальной группами. Кроме того, в данной группе женщин наблюдалось более выраженная неудовлетворенность образом и параметрами собственного тела по шкале BSQ (Body Shape Questionnaire). Таким образом, авторы приходят к заключению, что менопауза, как и пубертат, может являться фактором риска нарушений пищевого поведения вследствие психосоциальных и гормональных изменений, происходящих в организме женщин [15].

Корреляция между избыточной массой тела и нарушениями пищевого поведения. Поскольку и нарушения пищевого поведения, и ожирение являются следствием нарушенных пищевых привычек пациентов, логичной представляется корреляция между частотой встречаемости ожирения и нарушенного пищевого поведения у одного субъекта одновременно. Итальянскими учеными в 2012 году Villarejo С. и Fernandez-Aranda было проведено исследование, изучающее частоту встречаемости ожирения среди пациентов с различными формами нарушений пищевого поведения [9].

По результатам исследования средняя частота встречаемости ожирения среди пациентов с НПП составила 28,8% (колеблясь в пределах от 5% при нервной анорексии и достигая 87% при расстройствах питания по типу обжорств). Теми же учеными зарегистрировано трехкратное увеличение частоты встречаемости ожирения за последние 10 лет среди пациентов с нарушением пищевого поведения ($p < 0,001$), при этом основной прирост наблюдался за счет форм, характеризующихся эпизодами употребления большого количества пищи за определенный промежуток времени, сопровождающимися чувством утраты контроля над этим приемом (рисунок 3) [9].

Таким образом, как ожирение, так и нарушения пищевого поведения являются актуальной проблемой современной медицины. Учитывая неуклонный рост заболеваемости, высокую медико-социальную значимость, отсутствие четких алгоритмов раннего выявления и коррекции указанных нарушений целесообразно определение факторов риска, выявления особенностей манифестации и течения с целью разработки комплексного подхода к ранней диагностике, профилактике и лечению указанных нарушений пищевого поведения.

Клинический обзор

Литература

1. Клинический протокол диагностики, лечения и медицинской реабилитации взрослого населения Республики Беларусь с избыточной массой тела и ожирением / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2010. – С.36.
2. Лаврик, А. С. Лечение морбидного ожирения: без хирургического вмешательства не обойтись // Здоровье Украины. – 2008. – № 8(1). – С.55–56.
3. Оценка распространенности избыточной массы тела и ожирения: результаты республиканской акции «Ожирение – фактор риска сахарного диабета» / Шепелькевич А. П. [и соавт.] // Лечебное дело. – 2013. – № 3, 8. Kantor, В. The Obesity-Eating Disorder Paradox Harvard political review / В. Kantor // The Food Issue. – 2012.
4. Скугаревский, О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения / О. А. Скугаревский. – 2005.
5. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения / О. А. Скугаревский. – Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.
6. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения (клинико-биологический подход): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08 / О. В. Семенова; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск, 2008.
7. Differences in cardiovascular disease mortality associated with body mass between black and white persons / Abell J. E. [et al.] // Amer. J. Public Health. – 2008. – Vol. 98. – P. 63–66.

9. Lifetime obesity in patients with eating disorder: increasing prevalence, clinical and personality correlates Villarejo C. [et al.] // Eat Disord Rev. – 2012. – 20(3). P. 250–254.

10. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. – Geneva, 2000

11. Obesity but not overweight is associated with increased mortality is associated with increased mortality risk / Fach D. [et al.] // Eur. J. Epidemiol. – 2011. – Vol. 26 № 7. – P. 583–584.

12. Prevalence of clinical and subclinical form of anorexia and bulimia nervosa among working female and males / Szabo P. [et al.] // Orv Hetil. – 1995. – Vol. 136(34).

13. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries / Makino M. [et al.] // MedGenMed. – 2004. – Vol. 6(3).

14. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response / F. Branca [et al.] // Denmark. – 2009.

15. The menopausal transition – a possible window of vulnerability for eating pathology / Mangweth-Matzek B [et al.] // Int J Eat Disord. – 2013. – Vol. 6. – P. 609–16.

16. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. / Hudson J. I [et al.] // Biol. Psychiatry. – 2007. – Vol. 61(3). – P. 348–58.

Поступила 11.02.2015 г.

А. В. Полянская

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Резистентная артериальная гипертензия имеет высокую распространенность у пациентов с АГ. В статье представлены факторы риска неадекватного ответа на антигипертензивную терапию, дана классификация резистентной АГ, описаны генетические и иммунологические особенности пациентов с резистентной АГ. Большое внимание уделено мероприятиям по организации лечения резистентной АГ: выявлению и коррекции обратимых факторов риска, повышению приверженности пациента к терапии, диагностике и лечению вторичных форм АГ, отмене или снижению дозы сопутствующих препаратов, усугубляющих резистентность к терапии. Охарактеризованы медикаментозные и хирургические подходы к лечению.

Ключевые слова: резистентная артериальная гипертензия, классификация, диагностика, лечение.

A. V. Polyanskaya

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION

Resistant arterial hypertension has a high prevalence in patients with arterial hypertension. In the article the risk factors of inadequate response to antihypertensive therapy have been introduced, the classification of resistant arterial hypertension have been given, genetic and immunological features of patients with resistant arterial hypertension have been described. Much attention was paid to the arrangements for the treatment of resistant arterial hypertension: to the identification and correction of reversible risk factors, the improvement patient's adherence to therapy,

ISSN 1818-426X

1
2015

МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

В НОМЕРЕ:

Обзоры и лекции

Р. Г. Ашуров, В. С. Терехов Хирургическое и послеоперационное лечение внутричерепных нейроэпителиальных опухолей	4
Р. Г. Ашуров, В. С. Терехов Эпидемиология, этиопатогенез и диагностика внутричерепных нейроэпителиальных опухолей	11
С. Л. Кабак, Н. В. Синельникова, Н. В. Журавлёва Клиническая анатомия венечных артерий	17
П. А. Лебедева О паралическом лагофтальме: этиология, клиника, методы лечения	23
В. Л. Лобашова, А. П. Шепелькевич Нарушения пищевого поведения у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа	30
А. Ф. Пинчук Депрессивные расстройства и риск кардиоваскулярных событий	34
О. Т. Прасмыцкий, С. С. Грачев К вопросу о переливании коллоидных растворов при инфузионной терапии	39
О. Т. Прасмыцкий, И. З. Ялонецкий Практические вопросы современной трансфузиологии	46
С. В. Спиридонов, В. О. Одинцов, Н. Н. Шегинко, Е. А. Мозгова, И. И. Гринчук, Ю. П. Островский Аортальные аллогraftы в мировой кардиохирургии: исторические аспекты внедрения в клиническую практику и обзор результатов использования	55

Оригинальные научные публикации

О. А. Горбич, Г. Н. Чистенко, А. М. Дашкевич Эпидемиологическая характеристика внебольничных пневмоний в период циркуляции острых респираторных инфекций и гриппа	68
В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаин Осложнения малоинвазивных манипуляций при лечении стенозирующего колоректального рака	72
В. Л. Денисенко, Ю. М. Гаин, М. Н. Медведев, С. В. Малашенко, Э. И. Веремей, В. А. Журба, В. М. Руколь, С. П. Бухтаревич, В. В. Рубаник, В. В. Рубаник, С. А. Легкоступов Экспериментальная оценка морфологических изменений стенки толстой кишки после установки металлического саморасширяющегося стента из никелида титана	77
В. С. Зыбайло, В. Ю. Филимонова, А. В. Копытов Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием	82
В. С. Камышников, О. П. Грошева, А. В. Величко, Е. А. Слепцова, А. А. Гончар Оценка эффективности тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии под ультразвуковым контролем в топической диагностике новообразований шеи	87
А. Ф. Крот, М. Л. Тесакова Особенности психологической адаптации врачей- акушеров-гинекологов	91
Е. Е. Левша Содержание углекислого газа в воздухе палат ожогового отделения	95
В. А. Мужпченко, А. В. Копытов, А. А. Кирпиченко Анализ агрессивных тенденций у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением	97
П. С. Неверов, Е. С. Левша Медицинская и социальная значимость синдрома Меллори-Вейса, оценка риска развития рецидива кровотечения	102

Л. А. Никифоренков, А. В. Волотовская, А. Н. Мумин, Г. В. Зобнина, Е. Д. Брагина Результаты клинических испытаний аппарата «АВД-М» и метода лекарственной вакуум-дарсонвализации	105
А. Ф. Пинчук Течение острого инфаркта миокарда у пациентов с депрессивными расстройствами, прогностическая роль провоспалительных цитокинов	109
Л. И. Семак, Е. П. Меркулова, Т. В. Булацкая Предикторы прогноза низкого реабилитационного потенциала пациентов с гнойно-септическим осложнением острого среднего отита	111
Т. А. Сикорская, Г. Н. Бычко, А. М. Лукьянов Дисбаланс протеиназно-ингибиторной системы и уровень эндотоксикоза у пациентов с микроб-ассоциированным псориазом	116
М. М. Скугаревская, И. М. Голоенко, Н. И. Буйская Синдром риска первого психоза: генетические предпосылки прогрессирования состояния	121
С. Н. Смирнов, М. Л. Кувенёва, О. С. Решетникова Изменения высоты собственных желез и количества клеток в одной собственной железе слизистой оболочки фундального отдела желудка крыс под влиянием эпихлоргидрина и экстракта эхинацеи пурпурной	125
Д. П. Харьков, А. М. Федорук, А. В. Савченко Сравнение эффективности чрескожной трансгастральной панкреатоцистогастростомии и открытого хирургического метода лечения у пациентов с псевдокистами поджелудочной железы ..	127

Новые технологии

А. С. Рудой, А. М. Урыбаев, А. М. Литвиненко, Ю. С. Денещук Z-критерий, как оптимальный параметр оценки эхокардиографических размеров корня аорты в норме и патологии	132
---	-----

В помощь практикующему врачу

М. В. Смолякова, Н. П. Митьковская, О. В. Калачик Кардиоваскулярные нарушения у реципиентов трансплантата почки	139
--	-----

Обмен опытом

Д. И. Михалкевич, П. И. Беспальчук Эндопротезирование суставов кисти	143
--	-----

Исторический ракурс

А. В. Прохоров, Т. И. Минайло, М. Н. Шепетько Кафедре онкологии БГМУ – 40 лет	145
А. В. Санникова, Г. Н. Аксёнова, В. В. Белый Кафедра сегодня (40-летию кафедры белорусского и русского языков БГМУ посвящается)	147
А. В. Сикорский, О. К. Кулага, Г. А. Жалейко, Е. В. Королева Научно-педагогические школы учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»: от прошлого к настоящему	149
Е. И. Скугаревская, А. В. Сикорский Подготовка научных кадров высшей квалификации по специальностям «Психиатрия», «Наркология» и «Медицинская психология»	153

Юбилей

Павел Андреевич Тимошенко (К 75-летию со дня рождения)	159
--	-----

Обзоры и лекции

18. Мой, Р. П. Анатомические основы блефаропластики / Р. П. Мой, Э. Ф. Финчер // Блефаропластика / Р. П. Мой, Э. Ф. Финчер – М., 2009. – С. 1–9.
19. Неробеев, А. И. Методы коррекции паралитического лагофтальма / А. И. Неробеев, Ц. М. Шургая, И. Г. Мариничева // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998. – № 2. – С. 18–27.
20. Сомов, Е. Е. Нарушение положения и подвижности глазных яблок и век / Е. Е. Сомов // Глазные болезни и травмы / Е. Е. Сомов. – СПб., 2001. – С. 116–124.
21. Сомов, Е. Е. Вспомогательные органы глаза / Е. Е. Сомов // Клиническая анатомия органа зрения человека / Е. Е. Сомов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 1997. – С. 16–31.
22. Суламанидзе, М. А. Простой и надежный способ горизонтального укорочения края нижнего века / М. А. Суламанидзе, Г. М. Суламанидзе, И. С. Воздвиженский, К. М. Суламанидзе, А. А. Каджая // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2010. – № 3. – С. 20–29.
23. Belsare, G. Gold weights as upper eyelid implants for facial paralysis / G. Belsare // Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. – 2010. – Vol. 62, № 1. – P. 36–39.
24. Bergeron, C. M. The Evaluation and Treatment of Lower Eyelid Paralysis / C. M. Bergeron, K. S. Moe // Facial Plastic Surgery. – 2008. – Vol. 24, № 2. – P. 231–241.
25. Botulinum Toxin Injection in Long-Standing Facial Paralysis Patients: Improvement of Facial Symmetry Observed up to 6 Months / A. G. Salles [et al.] // Aesth Plast Surg. – 2009. – Vol. 33. – P. 582–590.
26. Collin, J. R. O. Ectropion / J. R. O. Collin // A Manual of Systematic Eyelid Surgery / J. R. O. Collin. – 3rd ed. – UK, 2006. – P. 57–83.
27. Comprasion of facial nerve paralysis in adults and children / Chang Il Cha [et al.] // Yonsei Med. J. – 2008. – Vol. 49, № 5 – P. 725–734.
28. Immediate Eye Rehabilitation at the Time of Facial Nerve Sacrifice / T. L. Watts [et al.] // Otolaryngology. – Head and Neck Surgery. – 2011. – Vol. 144, № 3. – P. 353–356.
29. Lid Loading for Treatment of Paralytic Lagophthalmos / Yongchun Yu. [et al.] // Aesth Plast Surg. – 2011. – Vol. 35, № 6. – P. 1165–1171.
30. Literature study on clinical treatment of facial paralysis in the last 20 years using Web of Science / Xiaoge Zhang [et al.] // Neural Regeneration Research. – 2012. – Vol. 7, № 2. – P. 152–159.
31. Minitendom Graft Transfer for Suspension Lower Eyelid: Our Experience / J. K. Terzis [et al.] // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2008. – Vol. 121. – P. 1206–1218.
32. Modern concepts in facial nerve reconstruction / G. F. Volk [et al.] // Head & Face Medicine [Electronic resource]. – 2010. – Mode of access: <http://www.head-face-med.com/content/6/1/25>. – Date of access: 27.10.2013.
33. Patient satisfaction after lid loading in facial palsy / T. Schrom [et al.] // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2009. – Vol. 266. – P. 1727–1731.
34. Pirrello, R. Static Treatment of Paralytic Lagophthalmos with Autogenous Tissues / R. Pirrello, S. D'Arpa, F. Moschella // Aesth Plast Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 725–731.
35. Reconstruction of Lower Eyelid Retraction or Ectropion Using a Paranasal Flap / Chun Yu Xue [et al.] // Aesth Plast Surg. – 2012. – Vol. 36. – P. 611–617.
36. Temporary ectropion therapy by adhesive taping: a case study / T. Schrom [et al.] // Head & Face Medicine [Electronic resource]. – 2008. – Mode of access: <http://www.head-face-med.com/content/4/1/12>. – Date of access: 02.12.2012.

Поступила 9.10.2014 г.

В. Л. Лобашова, А. П. Шепелькевич

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Модификация образа жизни является ключевым звеном в лечении сахарного диабета. Отсутствие регулярных физических нагрузок в сочетании с нарушенными пищевыми привычками являются предикторами развития ожирения и инсулинорезистентности и факторами, потенциально осложняющими течение СД 2-го типа. В статье приведен обзор литературных данных в отношении коморбидности расстройств пищевого поведения и СД 2-го типа. Авторы исследуют проблему распространенности нарушений пищевого поведения у пациентов с сахарным диабетом, изучают факторы риска на основе имеющихся литературных данных, отмечают корреляционную связь нарушенных пищевых паттернов с избыточной массой тела и ожирением. Коррекция и профилактика девиаций в пищевом поведении рассматривается как необходимый элемент в эффективном лечении пациентов с СД 2-го типа.

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения, избыточная масса тела, сахарный диабет 2-го типа.

V. L. Lobashova, A. P. Shepelkevich

**VIOLATIONS OF FOOD BEHAVIOUR
AT PATIENTS WITH DIABETES OF THE 2ND TYPE**

Lifestyle intervention is a key factor of diabetes treatment. Lacks of regular physical activities in combination with eating disorders are the potential predictors of obesity and insulin resistance, and factors complicated diabetes treatment. The article provides information about the comorbidity between disordered eating and type 2 diabetes mellitus. Authors investigate the problem of incidence and prevalence disordered eating in diabetic patients, reveal risk factors of pathological food pattern and discover the correlation between eating disorders and obesity. The diagnosis and prevention of disordered eating is suggested to be an important part of effective diabetes treatment.

Key words: eating disorders, overweight, type 2 diabetes mellitus.

Расстройство приема пищи (нарушение пищевого поведения, НПП) – это психогенно обусловленный поведенческий синдром, связанный с нарушениями в приеме пищи. Современные представления о нарушениях пищевого поведения укладываются в биопсихосоциальный подход (Garner (1985), Johnson и Connors (1987), Hsu (1990), Tobin (1991)), который сочетает в себе биологические, наследственные, психологические, социокультуральные, индивидуальные и семейные факторы [3]. Так, близнецовые исследования показали, что доля наследственной предрасположенности при нервной анорексии составляет от 33% до 84%, при нервной булимии – от 28% до 83%. Переедание, самостоятельное провоцирование рвоты, стремление к худобе, искажение образа собственного тела, гибкость поведения, спонтанность самовыражения также находятся под генетическим контролем [3, 10]. В то же время, социальное давление в отношении снижения массы тела в сочетании с конкретными индивидуальными факторами, такими как низкая самооценка, высокий уровень тревожности, депрессия; наличие хронических заболеваний, требующих соблюдения определенной диеты (сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта), стимулируют развитие расстройств поведения, связанных с приемом пищи [19].

Особенности диагностики. Нарушения пищевого поведения представляют собой широкий спектр состояний от ограничительного поведения до переедания [4]. Современный взгляд на проблему НПП позволяет считать их одними из самых трудных в диагностическом и лечебном плане расстройств [2].

В МКБ-10 отражены расстройства приема пищи в разделе F5, где выделяется нервная анорексия, нервная булимия, переедание и рвота, связанные с другими психологическими расстройствами, а также другие и неуточненные расстройства приема пищи. Экспертами Американской психиатрической ассоциации в справочнике по диагностике и систематике психических расстройств (в редакции DSM-IV) предложено три вида нарушений пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия и неуточненные расстройства пищевого поведения [1]. В процессе диагностики нарушений пищевого по-

ведения важно понимать, что существуют так называемые субклинические проявления нарушений пищевых паттернов, для которых не обозначено четких критериев в современной классификации, однако следование которым не является нормой для здорового человека (напр., синдром ночной еды, эмоциогенное обжорство, экстернальное переедание). У большинства пациентов с НПП отмечается чрезмерное беспокойство по поводу веса и/или формы тела, отмечается чрезмерное влияние массы тела на самооценку. В анамнезе часто выявляются периоды тяжелых диетических ограничений или компенсаторного поведения с целью снизить вес или избежать его набора.

В 2005 г. научной группой во главе с профессором Скугаревским О. А. были систематизированы критерии диагностики НПП, которые отражены в инструкции по применению, утвержденной МЗ РБ № 28-0205 от 21.06.2005. Согласно предложенной инструкции, выделяют следующие методы оценки состояния пациентов с нарушениями пищевого поведения:

- клиническое интервью;
- опросники самооценки;
- процедуру самомониторинга;
- лабораторные и инструментальные методы исследований.

Клиническое интервью основывается на знании врачом-специалистом клинической картины и диагностических критериев НПП. Целью клинического интервью является установление диагноза. Опросники самооценки используются в качестве скринингового инструмента для оценки наличия и выраженности симптоматики, сопряженной с паттерном питания и других проявлений НПП. Процедура самомониторинга представляет собой наблюдение и фиксацию пищевого поведения посредством ведения дневника питания самим пациентом. Лабораторные и инструментальные методы исследования используются для оценки основных функциональных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и др.) [2].

Обзор зарубежной литературы показал, что как клиническое интервьюирование [12, 13], так и опросники [7], а также использование обоих инструментов одновременно [8] используется для уточнения

Обзоры и лекции

частоты встречаемости расстройств приема пищи пациентов с сахарным диабетом. При этом среди опросников наиболее распространенными являются Eating Attitudes Test (EAT)-26, Eating Disorders Inventory (EDI), the Bulimia Test-Revised (BULIT-R), the Diagnostic Survey for Eating Disorders (DSED), and the Binge Eating Scale. В международных исследованиях клиническое интервью базируется на основе применения EDE и DSM-IV критериев, каждый из которых позволяет специалисту установить окончательный диагноз НПП.

Тем не менее, хотелось бы отметить тот факт, что большинство используемых методов диагностики стандартизировано и валидизировано для популяции пациентов без нарушений углеводного обмена, и только опросник The Diabetes Eating Problems Survey (DEPS), предложенный J. Markowitz и соавторами для уточнения расстройств приема пищи у пациентов с СД 1-го типа, включает вопросы относительно использования инсулина и показателей гликемии с точки зрения регуляции массы тела [6].

Таким образом, учитывая вариабельность методов оценки НПП, данные о распространенности данного расстройства поведения в литературе зачастую противоречивы. Скрываясь за социально приемлемыми масками диетических ограничений, НПП длительное время остаются незамеченными для клиницистов различных специальностей.

Эпидемиологические данные. Согласно данным G. Gastaldi, частота коморбидности НПП и СД 2-го типа составляет 10–20% [16]. Расстройство пищевого поведения по типу переедания (binge eating disorder, BED) и синдром ночной еды (night eating syndrome, NES) две наиболее распространенные формы девиантного пищевого поведения у пациентов с избыточной массой тела, ожирением и сахарным диабетом 2-го типа. BED характеризуется эпизодами приема объективно большого количества пищи за ограниченно короткий промежуток времени. Под NES понимают нарушение в циркадном ритме приема пищи, такие как употребление 25% и более суточной калорийности продуктов после вечернего приема пищи и/или эпизодами ночного просыпания и употребления пищи 3 раза в неделю и чаще [9].

Исследования показали, что расстройство пищевого поведения по типу переедания в общей популяции встречается у 1,5–2,0% населения, среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу избыточной массы тела и ожирения 10–30%, 6–47% – у пациентов бариатрических кли-

ник [17]. Данные относительно распространенности расстройств по типу переедания у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа противоречивы. Описываемая в литературе частота коморбидности данных нозологий варьирует в пределах от 2.5% до 25.6%, частота субклинических форм НПП в данной группе пациентов колеблется в пределах от 7% до 14% по данным различных авторов [14]. Распространенность синдрома ночной еды в популяции описывается ~1.5%, среди пациентов в центрах коррекции веса 9% to 14%, а у кандидатов на бариатрическое лечение в диапазоне 9% to 42% [20].

Результаты LOOK AHEAD TRIAL. Крупным рандомизированным многоцентровым исследованием в отношении изучения распространенности НПП у пациентов с СД 2-го типа является Look AHEAD trial (Action for Health in Diabetes) [5]. Основной целью данного исследования, в котором приняло участие 5145 пациентов, было изучение отсроченных последствий (в первую очередь на сердечно-сосудистую систему и смертность) снижения массы тела у пациентов с СД 2-го типа и избыточной массой тела путем модификации образа жизни. Пациентам, которые описывали эпизоды переедания в течение последнего месяца, был проведен скрининг на наличие симптомов расстройств пищевого поведения. Eating Disorder Examination использовалось для оценки компульсивного переедания, Night Eating Questionary было использовано для скрининга синдрома ночной еды. Респондентам, имеющим положительный результат по скринингу, предлагалась интервьюирование у специалиста для уточнения диагноза НПП.

845 пациентов с СД 2 типа и избыточной массой тела было обследовано на предмет наличия расстройств пищевого поведения. У 47 человек (5,6%) по результату скрининга выявлены эпизоды компульсивного переедания и у 71 человека (8,4%) – синдром ночной еды. 40 из 47 человек (85%) с симптомами компульсивного переедания и 51 из 71 пациента (72%) с симптомами синдрома ночной еды согласились на интервьюирование со специалистом. Диагноз расстройства пищевого поведения по типу переедания был подтвержден у 12 человек, составив 1,4% среди всей выборки пациентов и 30% из группы позитивно скринингуемых, синдром ночной еды был диагностирован у 32 человек, составив 3,8% и 62,7% соответственно. Среди 13 пациентов, у которых по результату скрининга имело место сочетание BED и NES, у 3 человек выявлено расстройство приема пищи по типу компульсивного

Таблица 1. Демографические характеристики пациентов, принявших участие в LOOK AHEAD TRIAL

Показатель	Бирмингем (n = 200)	Хьюстон (n = 259)	Миннеаполис (n = 182)	Филадельфия (n = 204)	Общее количество участников (n = 845)
Женщины, человек (%)	120 (60.0)	168 (64.9)	85 (46.7)	133 (65.2)	506 (59.9)
Мужчины, человек (%)	80 (40)	91 (35,1)	97 (53,3)	71 (34,8)	339 (40,1)
Возраст, лет	59.4 (6.4)	59.7 (6.7)	60.9 (6.4)	59.7 (6.6)	59.9 (6.9)
ИМТ, кг/м ²	35.5 (6.2)	37.3 (6.5)	36.2 (6.2)	36.3 (5.5)	36.4 (6.2)

Таблица 2. Данные о распространенности компульсивного переедания по результатам LOOK AHEAD TRIAL

Компульсивное переедание	Бирмингем (n = 200)	Хьюстон (n = 259)	Миннеаполис (n = 182)	Филадельфия (n = 204)	Всего (N = 845)
Положительный результат скрининга, человек (%)	11 (5.5%)	21 (8.1%)	4 (2.1%)	11 (5.5%)	47 (5.6%)
Диагноз по данным интервьюирования, человек (%)	1 (0.5%)	5 (2.0%)	2 (1.1%)	4 (2.0%)	12 (1.4%)
Отказавшиеся от клинического интервью, человек (%)	1 (0.5%)	2 (0.8%)	0 (0%)	4 (2.0%)	7 (0.8%)

Таблица 3. Данные о распространенности синдрома ночной еды по результатам LOOK AHEAD TRIAL

Синдром ночной еды	Бирмингем (n = 200)	Хьюстон (n = 259)	Миннеаполис (n = 182)	Филадельфия (n = 204)	Всего (N = 845)
Положительный результат скрининга, человек (%)	20 (2.4%)	29 (11.2%)	11 (5.9%)	11 (5.5%)	71 (8.4%)
Диагноз по данным интервьюирования, человек (%)	7 (3.7%)	19 (7.4%)	2 (1.1%)	4 (2.0%)	32 (3.8%)
Отказавшиеся от клинического интервью, человек (%)	8 (4.0%)	3 (1.2%)	3 (1.6%)	6 (3.0%)	20 (2.4%)

переедания в сочетании с синдромом ночной еды, 2 соответствовало только критериям синдрома ночной еды, 1 – критериям компульсивного переедания, у 4 пациентов диагноз расстройств пищевого поведения не был подтвержден и 3 отказались пройти интервьюирование (таблицы 2, 3) [5].

Таким образом, частота девиантных форм пищевого поведения у пациентов с СД 2-го типа и избыточной массой тела в данном исследовании составила 5,9%: 1,4% – пациенты с эпизодами компульсивного переедания, 3,8% – с синдромом ночной еды, 0,7% – имели сочетание симптомов NES и BED.

Факторы риска. Наличие расстройств в приеме пищи несомненно отражается на метаболическом контроле СД и поэтому имеет важное клиническое значение для врачей-специалистов при ведении данной группы пациентов. В ходе исследования LOOK AHEAD было выявлено, что пациенты с НПП и СД 2-го типа имели более ранний анамнез возникновения ожирения и сахарного диабета, более высокий ИМТ на момент скрининга и уровень депрессии по сравнению с пациентами без нарушений в пищевом поведении (таблица 4) [5].

Поскольку масса тела является важным регулятором пищевого поведения человека, интерес представляет изучение зависимости расстройств пищевого поведения от ИМТ. Мультицентровое исследование S. Herpertz и соавторов оценило распространенность нарушений пищевого поведения у пациентов с сахарным диабетом в зависимости от индекса массы тела. По данным обследования 662 пациентов у 7% пациентов с избыточной массой

тела и 10% пациентов с сахарным диабетом и ожирением имели место расстройства в приеме пищи, в то время как в подгруппе пациентов с нормальной или 15 недостаточной массой тела и сахарным диабетом процент диагностированных расстройств составил всего 3% [15].

Е. Мануччи и соавторы, изучая расстройства пищевого поведения у пациентов СД и ожирением, описывают значимо более выраженные рестриктивные тенденции у пациентов с нарушенным углеводным обменом, по сравнению с выборкой пациентов без сахарного диабета [11]. По результатам исследования, наличие избыточной массы тела и ожирения у пациентов с сахарным диабетом ассоциировано с большим риском развития нарушений пищевого поведения, в первую очередь, за счет ограничительных тенденций в пищевых паттернах.

Таким образом, в настоящее время данные о распространенности расстройств пищевого поведения у пациентов с СД 2-го типа в сравнении с общепопуляционными неоднозначны. В то же время пациенты с СД и избыточной массой тела имеют более высокий риск расстройств пищевого поведения в связи с необходимостью изменения образа жизни, в том числе модификация пищевого поведения. Кроме того, с другой стороны наличие НПП оказывает существенное влияние на показатели метаболического контроля и, соответственно, прогноз заболевания. Выявление факторов риска НПП и их профилактика и коррекция должны рассматриваться в качестве значимых факторов эффективного контроля СД.

Таблица 4. Результаты многофакторного анализа (ANOVA) между группами пациентов с НПП и без НПП с учетом возраста и индекса массы тела

Показатель	Группа пациентов с синдромом ночной еды	Группа пациентов с компульсивным перееданием	Группа пациентов с НПП	Группа пациентов без НПП	p
Возраст (лет)	56.3 (6.2)	59.7 (4.0)	56.9 (6.2)	60.0 (6.5)	0.006
ИМТ (кг/м ²)	38.6 (7.6)	40.5 (7.5)	38.6 (7.6)	36.2 (6.1)	0.028
Возраст возникновения ожирения	26.3 (12.7)	22.8 (19.3)	24.7 (14.8)	32.6 (16.1)	0.005
Возраст возникновения СД 2-го типа	50.4 (6.7)	52.3 (8.9)	50.0 (8.1)	52.8 (7.9)	0.09

□ Обзоры и лекции

Литература

1. Малкина-Пых, И. Г. *Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога* / И. Г. Малкина-Пых. – М., 2002. – 1041 с.
2. Скугаревский, О. А. *Методы диагностики нарушений пищевого поведения: инструкция по применению* / О. А. Скугаревский. – Минск, 2005.
3. Скугаревский, О. А. *Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения»* / Скугаревский О. А., Ильчик О. А., Сивуха С. В. // *Психотерапия и клиническая психология*. – 2010. – № 3. – С. 4–7.
4. Скугаревский, О. А. *Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки* / О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2003. – № 3. – С. 41–44.
5. *Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome in Adults with Type 2 Diabetes* / K. Allison // *Obesity* (Silver Spring). – May, 2007. – Vol. 15(5). – P. 1287–1293.
6. *Brief screening tool for disordered eating in diabetes: internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes* / J. Markowitz [et al.] // *Brief Diabetes Care*. – 2010. – Vol. 33. – P. 495–500.
7. *Brief report: disordered eating and psychosocial factors in adolescent females with type 1 diabetes mellitus* / M. Battaglia [et al.] // *J. Pediatr Psychol.* – 2006. – Vol. 31. – P. 552–556.
8. *Brody, M. L. Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category* / M. Brody, B. Walsh, M. Devlin // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1994. – Vol. 62. – P. 381–386.
9. *Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome* / J. O'Reardon [et al.] // *Obes Res.* – 2004. – Vol. 12. – P. 1789–1796.
10. *Collier, D. A. Этиология расстройств пищевого поведения* / D. Collier // *Обзор современной психиатрии*. – 2006. – № 3 (29). – С. 5–7.
11. *Eating behavior in obese patients with and without type 2 diabetes mellitus* / E. Mannucci // *Int. J. Obes Relat. Metab. Disord.* – 2002. – Vol. 26. – P. 848–853.
12. *Eating disorders in young adults with insulin dependent diabetes mellitus: a controlled study* / C. Fairburn [et al.] // *BMJ.* – 1991. – Vol. 303. – P. 17–20.
13. *Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study* / J. Engstrom [et al.] // *Acta Paediatr.* – 1999. – Vol. 88. – P.175–180.
14. *Disordered eating behaviours in women with type 2 diabetes mellitus* / J. Kenardy [et al.] // *Eating Behav.* – 2001. – Vol. 2. – P. 183–192.
15. *Diabetes mellitus and eating disorders: a multicenter study on the comorbidity of the two diseases* / S. Herpertz // *Psychosom Res.* – 1998. – Vol. 44. – P. 503–515.
16. *Gastaldi, G. Patient with type 2 diabetes: don't forget eating disorders* / G. Gastaldi, J. Ruiz, V. Giusti // *Rev Med Suisse.* – 2009. – Vol. 5(196). – P. 667–70.
17. *Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features* / K. Allison [et al.] // *Obesity.* – 2006. – Vol. 14. – Suppl. 2. – P. 77–82.
18. *Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients* / M. Papelbaum [et al.] // *Rev Bras Psiquiatr.* – 2005. – Vol. 27. – P. 135–138.
19. *Quick, V. Chronic Illness and Disordered Eating: A Discussion of the Literature* / V. Quick, C. Byrd-Bredbenner, D. Neumark-Sztainer // *Adv Nutr.* – May 2013. – Vol. 4(3). – P. 277–286.
20. *Young-Hyman, D. Disordered Eating Behavior in Individuals With Diabetes: Importance of context, evaluation, and classification* / D. Young-Hyman, C. Davis // *Diabetes Care.* – 2010. – Vol. 33(3). – P. 683–689.

Поступила 22.09.2014 г.

А. Ф. Пинчук

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Несмотря на достижения современной медицины, сердечно-сосудистая патология продолжает занимать лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности в развитых странах. Высокая частота сопутствующих кардиоваскулярной патологии депрессивных расстройств, обуславливает актуальность изучения данной проблемы. Данная статья посвящена коморбидности депрессивных расстройств и инфаркта миокарда. Представлены современные данные о частоте и распространенности, патофизиологических основах, влиянии сопутствующих депрессивных расстройств на клиническое течение, качество жизни и прогноз у пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с депрессивными расстройствами, так же освещены некоторые принципы терапии депрессивных расстройств. Уделено внимание вопросам тромбогенеза, воспаления, активации симпато-адреналовой системы, генетической предрасположенности.

Ключевые слова: депрессия, инфаркт миокарда (ИМ), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), инвалидность, смертность.