

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТА ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Л.А. Завражных¹, Е.Н. Смирнова²

¹ЗАО Курорт Усть-Качка; ²ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава

Контакты: Елена Николаевна Смирнова Elenasm2001@mail.ru

Цель исследования — выявление гормональных и психологических особенностей пациентов с метаболическим синдромом (МС), определяющих эффективность немедикаментозного снижения массы тела.

Материалы и методы. В исследование включены 180 больных с МС (по критериям АТР III), получивших диетическое и бальнеологическое лечение на курорте. Оценивали антропометрические показатели, данные суточного мониторинга артериального давления, уровни гормонов крови (инсулин, лептин), проводили анкетирование — определение пищевого поведения (ПП), тесты САНТ (оценка самочувствия, активности, настроения, тревожности) и ЛОБИ (диагностика типов отношения к болезни). По результатам курса немедикаментозного лечения все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа — с положительным эффектом терапии ($n = 87$) и 2-я — без эффекта ($n = 93$). Критерием разделения служило одновременное наличие 4 показателей: снижение массы тела на 2 кг и более, уменьшение окружности талии на 2 см и более, снижение уровней триглицеридов и глюкозы крови.

Результаты. Группа пациентов, у которых терапия оказалась неэффективной, характеризовалась значительно более высокими уровнями инсулина и лептина, преобладанием эмоциогенного ПП, завышенной самооценкой своего самочувствия. По отношению к состоянию преобладало пренебрежение к болезни, ее отрицание, безразличие к судьбе. Обнаружены корреляции уровней инсулина и лептина с параметрами артериального давления, ПП, результатами теста САНТ.

Заключение. У пациентов с МС выявлен психологический и поведенческий паттерн, оказывающий негативное влияние на снижение массы тела и связанный с уровнями лептина и инсулина. Учет этих характеристик будет способствовать увеличению эффективности терапии.

Ключевые слова: метаболический синдром, абдоминальное ожирение, немедикаментозные методики, пищевое поведение, психологические тесты

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENT FOR THE EFFECTIVE TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME

L.A. Zavrazhnyh¹, E.N. Smirnova²

¹ZAO Resort Ust-Kachka; ²Perm State Medical Academy

The aim — the identification of hormonal and psychological characteristics of patients with metabolic syndrome (MS), determining the effectiveness of drug-free weight loss.

Materials and methods. The study included 180 patients with MS (according to the criteria of ATP III), received dietary treatment and thermal bath at the spa. Anthropometric measures, the data of the daily blood pressure monitoring, blood levels of hormones (insulin, leptin), were assessed, following surveys were conducted — the definition of eating disorders (PP) tests SANT (estimate well-being, activity, mood, anxiety) and LOBI (diagnosis related to types of illness). According to the results of the course non-drug treatment, all patients were divided into 2 groups: group 1 — with a positive effect of therapy ($n = 87$) and 2nd — no effect ($n = 93$). The criterion for the division served as the simultaneous presence of four factors: decrease in body weight by 2 kg or more, reduction in waist circumference by 2 cm or more, decreased levels of triglycerides and blood glucose.

Results. The group of patients therapy who proved to be ineffective, characterized by significantly higher levels of insulin and leptin, a predominance of emotiogenic PP, high self-esteem of his being. In relation to the state of neglect of the disease, its denial, indifference to the fate were prevailing. A correlation of levels of insulin and leptin levels with parameters of arterial pressure, PP, test results SANT.

Conclusion. In patients with MS psychological and behavioral pattern that has adverse effects on weight loss and associated with the levels of leptin and insulin are diagnosed. Taking into account of these characteristics will increase the effectiveness of therapy.

Ключевые слова: metabolic syndrome, abdominal obesity, non-drug techniques, eating behavior, psychological tests

Введение

Метаболический синдром (МС) — гетерогенное состояние, сочетание компонентов которого обусловлено патофизиологическими взаимосвязями. Абдоминальное ожирение является клиническим маркером инсулинорезистентности, феноменом, объединяющим компоненты в единый комплекс [1]. Известно, что при ожирении риск развития артериальной гипертензии (АГ) увеличен втрое по сравнению с таковым у людей, имеющих нормальную массу тела. Уменьшение массы тела у пациентов с АГ в настоящее время рассматривается как один из ведущих факторов, способствующих снижению артериального давления (АД) и предупреждению развития сердечно-сосудистых осложнений и сахарного диабета (СД) 2-го типа [2–4]. Существует мнение, что антигипертензивный эффект от снижения массы тела сопоставим с эффектом от медикаментозной терапии, в связи с чем у части больных возможно уменьшение дозы антигипертензивных препаратов [5].

Необходимым условием успеха терапии ожирения, так же как и любого другого хронического заболевания, является высокая и длительно поддерживаемая приверженность пациентов к лечению. По данным разных авторов, через 6 мес после начала амбулаторного лечения прием лекарств продолжают лишь 30–80 % пациентов [6]. Доля некомплаентных больных среди пациентов с СД составляет 40–50 %, с гипертонической болезнью — около 40 %, приверженность к диетотерапии еще ниже — от 3 до 50 % [7]. Это приводит к тому, что только у 5 % больных на фоне немедикаментозных мероприятий возможно сохранение достигнутых результатов в течение 1,5–2 лет [1, 8]. Таким образом, на сегодняшний день поддержание достигнутого снижения массы тела пока остается нерешенной проблемой. Исследования последних лет показывают, что у большинства пациентов с ожирением и МС имеются расстройства пищевого поведения (ПП), а также психовегетативные нарушения, которым уделяется недостаточно внимания [9]. Возможно, что именно недооценка этих факторов приводит к отказу больных от лечения либо к развитию рецидива после его проведения.

Цель исследования — выявление психологических и метаболических параметров, определяющих эффективность снижения массы тела у пациентов с АГ и ожирением.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие больные с МС, получавшие лечение на бальнеологическом курорте Усть-Качка в период с 2000 по 2005 г. Основные критерии включения в исследование: абдоминальное ожирение (окружность талии — ОТ > 102 см у мужчин и > 88 — у женщин), АГ (АД $\geq$ 130/85 мм рт. ст.), гипертриглицеридемия (уровень триглицеридов — ТГ $\geq$ 1,7 ммоль/л), гипоальфахолестеринемия (содержание холестерина липопротеидов высокой плотности — ХС-ЛПВП

< 1 ммоль/л у мужчин и < 1,3 — у женщин), гипергликемия (уровень глюкозы натощак $\geq$ 6,1 ммоль/л) или СД 2-го типа в соответствии с дефиницией МС по критериям АТР III (Adult Treatment Panel, 3rd report, 2001) [1]. Диагноз МС устанавливался при наличии $\geq$ 3 перечисленных признаков.

Обследовано 180 пациентов с МС, среди которых было 85 % женщин, средний возраст больных составил $44,9 \pm 9,3$ года. Индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м² определен у 90,1 %, нарушение углеводного обмена — у 63 %, дислиппротеидемия — у 64,5 % пациентов. АГ II стадии выявлена у 94,9 % больных, из них I степень заболевания была у 50 %, II — у 33,2 %, III — у 8,8 %.

Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Больным было проведено комплексное (общеклиническое, лабораторное, инструментальное) обследование. Также осуществляли измерение роста, определение массы тела с вычислением ИМТ, измерение ОТ.

Методом иммуноферментного анализа с помощью тест-системы ДАКО определяли уровни иммунореактивного инсулина — ИРИ (норма 1,8–14,3 мкЕД/мл), С-пептида (норма 0,53–2,90 нг/мл), лептина (норма 13–17 нг/мл), а также содержание гликозилированного гемоглобина (%).

Энзиматическим глюкозо-оксидазным методом определяли уровень глюкозы натощак и через 2 ч после еды, энзиматическим колориметрическим методом исследовали липидный спектр: содержание холестерина (ХС), ХС-ЛПВП, ТГ, ХС липопротеидов низкой плотности — ЛПНП. Инсулинорезистентность оценивали с использованием общепринятых суррогатных индексов. Индекс инсулинорезистентности НОМА (НОМА IR, ЕД) = (тощачовый ИРИ $\times$ тощачовая глюкоза) / 22,5.

С помощью прибора МнСДП (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород) проводили суточное мониторирование АД (СМАД).

Дополнительно по специальным анкетам был осуществлен анализ ПП (Т. van Strien, 1986) [9]. Для исследования психологического профиля личности использовали тесты САНТ и ЛОБИ. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) разработан с целью диагностики типов отношения к болезни у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Методика оценки самочувствия, активности, настроения, тревожности (САНТ) состоит из 30 противоположных утверждений. Больной определяет свое состояние в данный момент, зачеркнув на шкале цифру между противоположными по смыслу характеристиками [10].

Все пациенты получали комплекс общетерапевтического и бальнеологического лечения, включавший занятия в школе больных с МС, маложировую диету, йодобромные ванны, лечебный бассейн, ручной массаж спины, занятия лечебной физкультурой или ходьбу. Больные продолжали принимать лекарственные препараты по поводу АГ и СД 2-го типа, назначенные врачом

по месту жительства. Продолжительность курса лечения в условиях курорта Усть-Качка составляла 21 день. По результатам полученного курса немедикаментозного лечения все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — с положительным эффектом терапии ($n = 87$) и 2-я — без эффекта ($n = 93$). Критерием разделения служило одновременное наличие 4 показателей: снижение массы тела на 2 кг и более, уменьшение ОТ на 2 см и более, снижение уровней ТГ и глюкозы крови.

Статистическую обработку данных выполняли с помощью компьютерной программы Biostat (ИД «Практика», Москва) и программных систем Microsoft Excel-2000. Результаты описательной статистики для количественных признаков были представлены в формате $M \pm SD$ (средняя величина изучаемого признака $\pm$ стандартное отклонение). Оценка статистической значимости различий групп осуществлялась с использованием *t*-критерия Стьюдента (при распределении, близком к нормальному). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. В случае распределения, отличающегося от нормального, использовали критерий Уилкоксона.

Результаты и обсуждение

За 3 нед немедикаментозного воздействия масса тела пациентов в 1-й группе в среднем снизилась на 3,9 % (с $96,9 \pm 8,4$ до $93,1 \pm 5,8$ кг), во 2-й группе показатели практически не изменились ($96,1 \pm 7,8$ и $96,3 \pm 8,1$ кг соответственно). Индивидуальная динамика снижения массы тела в 1-й группе составила от 2 до 8 кг с уменьшением ОТ на 2,0–3,5 см. Во 2-й группе значимой динамики антропометрических показателей не отмечалось, наибольшее снижение массы тела — 1,8 кг с уменьшением ОТ на 1,0 см. Снижение массы тела у мужчин и женщин происходило одинаково ($3,05 \pm 1,14$ и $3,47 \pm 1,47$ кг соответственно, $p > 0,05$).

При снижении массы тела наблюдалось значительное улучшение течения АГ. По результатам СМАД, зафиксировано снижение систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД в обеих группах, но в различной степени. В 1-й группе САД уменьшилось в среднем на 10,2 %, ДАД — на 6,3 %, в то время как во 2-й группе — на 5,9 и 2,6 % соответственно ($p = 0,047$). Улучшение показателей АД во 2-й группе можно объяснить гипотензивным воздействием йодобромных ванн, а в 1-й группе положительное воздействие дополнительно оказывало снижение массы тела [11]. Лучшая гипотензивная динамика была достигнута в группах пациентов в возрасте 21–30 и 31–40 лет. Тем не менее следует отметить, что оптимальное снижение АД во время сна наблюдалось менее чем у 30 % больных в каждой группе, преобладали пациенты с недостаточно сниженным АД с суточным индексом (СИ) < 10 %. Более трети пациентов с ожирением в сочетании с АГ могли считаться «ночными» гипертониками, так как имели устойчивое повышение ночного САД и ДАД (СИ < 0).

Нами зарегистрированы высокие уровни лептина ($32,9 \pm 2,6$ нг/мл в 1-й группе против $41,12 \pm 3,1$ нг/мл — во 2-й; $p = 0,037$), инсулина ($26,81 \pm 3,9$ и $39,61 \pm 3,4$ мкЕД/мл соответственно; $p = 0,045$) и С-пептида ($5,48 \pm 0,92$ и $8,91 \pm 0,91$ нг/мл; $p = 0,049$). Инсулинорезистентность была более выраженной у больных 2-й группы (рис. 1). Принято считать, что у пациентов с ожирением гиперлептинемия является отражением нечувствительности к лептину и служит косвенным признаком лептинорезистентности. Больные 2-й группы характеризовались значимо повышенной не только инсулино- но и лептинорезистентностью. Ряд авторов также зафиксировал высокие уровни лептина и грелина и низкий — серотонина у пациентов с ожирением при всех типах ПП, причем наряду со снижением массы тела отмечалась достоверная динамика лептина, не достигающая нормальных его значений [12].

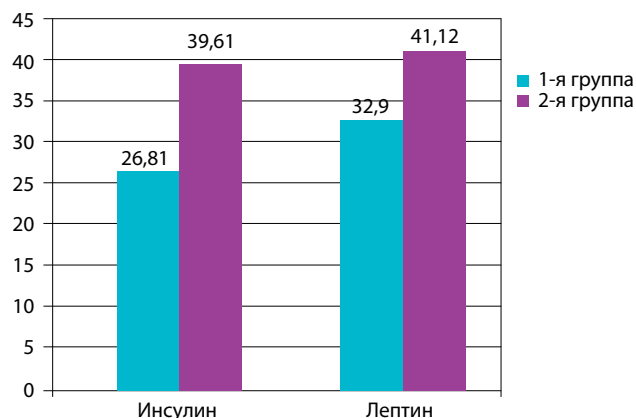


Рис. 1. Уровни инсулина (мкЕД/мл) и лептина (нг/мл) в группах

Обнаружены существенные положительные корреляции содержания инсулина и лептина в сыворотке крови с гемодинамическими показателями. Уровень инсулина коррелировал со значениями индекса времени (ИВ) САД ($r = 0,38$; $p < 0,05$) и ДАД ($r = 0,48$; $p < 0,05$). Содержание лептина коррелировало с показателями ДАД ($r = 0,56$; $p < 0,05$) и среднего АД ($r = 0,61$; $p < 0,05$).

Не подлежит сомнению влияние инсулина и инсулинорезистентности на развитие АГ [5, 13]. Основное влияние эти факторы оказывают через увеличение активности симпатической нервной системы, повышение инсулин-опосредованной внутриклеточной гипернатриемии. Кроме общеизвестных механизмов, рассматриваются и другие. Существует мнение о стимуляционном влиянии инсулина на секрецию лептина при ожирении [1]. Кроме того, было показано, что гиперлептинемия, так же как и инсулин, способна повышать активность симпатической нервной системы [14]. В эксперименте на животных исследователи установили увеличение АД при длительном введении лептина. Однонаправленные связи инсулина и лептина с параметрами гемодинамики могут отражать дополнительные механизмы прогрессирования АГ при абдоминальном ожирении, что в конеч-

ном итоге значительно повышает вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений.

Нами получены статистически значимые различия в группах по типу нарушения ПП (рис. 2). В 1-й группе (с хорошим эффектом терапии) отмечено достоверно ($p < 0,01$) большее число пациентов с ограничительным ПП по сравнению со 2-й группой (без эффекта). Для этих больных характерен самоконтроль при приеме пищи, они легко переносят диетические ограничения. Значительная доля пациентов 2-й группы имеют эмоциогенный и экстернальный тип ПП (83,4 % против 48,7 %; $p = 0,037$). Объем потребляемой пищи у этих больных напрямую связан с их эмоциональным состоянием (тревога, депрессия и др.) или с видом и запахом пищи. По данным Т.Г. Воскресенской, пациенты с эмоциогенным ПП при проведении изолированной диетотерапии в 100 % случаев испытывают симптомы «диетической депрессии», что сопровождается существенным эмоциональным дискомфортом и заставляет их отказываться от терапии [7, 9, 15]. В данном случае высокоуглеводная пища, принимаемая пациентами, служит механизмом, стимулирующим недостаточную активность серотонинергических систем мозга. Таким образом, достигается состояние комфорта, снижается чувство угнетенности, тревоги, раздражения, улучшается настроение, наступает успокоение.

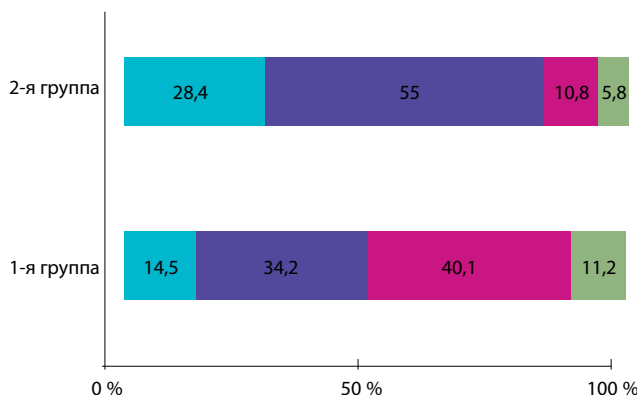


Рис. 2. Варианты нарушения ПП в группах с различным ответом на немедикаментозное воздействие

Наши данные позволяют с большой долей вероятности прогнозировать достижение выраженного эффекта от немедикаментозных воздействий на снижение массы тела и АД у пациентов с ограничительным типом ПП.

В обеих группах больных по опроснику САНТ наблюдался высокий уровень тревожности со значительным преобладанием показателей во 2-й группе ($34,9 \pm 0,5$ против $31,8 \pm 1,6$; $p = 0,043$) (рис. 3). У всех пациентов выявлена положительная корреляция степени тревожности с показателями САД ($r = 0,49$; $p < 0,05$), ДАД ($r = 0,41$; $p < 0,05$) и частоты сердечных сокращений ($r = 0,51$; $p < 0,05$). Данные других авторов также подтверждают наличие у больных с ожирением высокой степени реактивной и личностной тревоги [15].

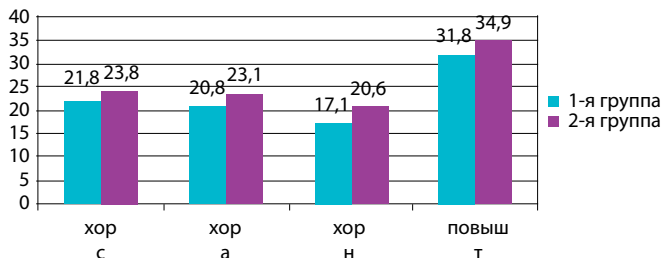


Рис. 3. Выраженность самоочувствия, активности, настроения, тревожности (САНТ) в баллах (различия между группами, $p < 0,05$)

Интересно, что пациенты 2-й группы имеют более высокий балл оценки «хорошо» по самоочувствию, активности, настроению по сравнению с данным показателем в 1-й группе. Это косвенно подтверждает факт, что больные не всегда адекватно относятся к оценке своего состояния здоровья (см. таблицу). Мужчины в большей степени, чем женщины, оценивают свое настроение и самоочувствие на «хорошо» (49,8 и 31,6 % соответственно).

При анализе статистических отношений выявлено, что в обеих группах больший балл тревожности соответствовал повышению ИМТ, увеличению ОТ, показателей лептина, ТГ, ХС, САД и ДАД ($r = 0,57$; $-r = 0,32$; $p < 0,05$). По другим параметрам обнаружены значительные отличия (см. таблицу). Эти данные свидетельствуют о неадекватном восприятии своего состояния пациентами. Если в 1-й группе наблюдалась отрицательная корреляция между оценкой настроения и значениями ИМТ ($r = -0,54$; $p < 0,05$), то во 2-й группе имела место положительная корреляция между оценками самоочувствия, активности и уровнем ИМТ ($r = 0,57$ и $r = 0,64$ соответственно; $p < 0,05$). Пациенты, у которых проведение немедикаментозных мероприятий по снижению массы тела оказалось неэффективным, чаще имеют завышенные оценки своего самоочувствия, активности, настроения. Это несоответствие можно объяснить как оправдание отказа от соблюдения врачебных рекомендаций по изменению образа жизни и диеты хорошими активностью и самоочувствием, что, очевидно, является только внешней бравадой.

В ряде эпидемиологических исследований изучалась временная связь между ожирением и депрессией. В большинстве этих работ продемонстрировано, что наличие депрессии повышает риск развития ожирения в будущем. Депрессия, тревога и ожирение оказывают друг на друга взаимонегативное влияние [9, 10]. Однако, как показано в нашем исследовании, завышенная оценка самоочувствия также может отрицательно влиять на эффективность лечения. Вероятно, это связано с гиперактивностью симпатической нервной системы. Инсулин и лептин, действуя на уровне гипоталамических ядер, вызывают активацию ряда симпатических нервов и повышение концентрации катехоламинов в плазме, что у некоторых больных сочетается с повышением фона настроения [16]. В исследовании О.П. Ротарь

Корреляции между показателями теста САНТ и объективными данными

Показатель	Самочувствие (2-я группа)	Активность (2-я группа)	Настроение (2-я группа)	Тревожность (обе группы)
HbA1c*	$r = 0,41$ $p < 0,05$	$r = 0,26$ $p < 0,05$	$r = 0,46$ $p < 0,05$	
ТГ	$r = -0,42$ $p < 0,05$			$r = 0,64$ $p < 0,05$
ХС	$r = -0,50$ $p < 0,05$	$r = 0,48$ $p < 0,05$	$r = 0,59$ $p < 0,05$	$r = 0,49$ $p < 0,05$
САД (среднее, день)	$r = 0,61$ $p < 0,05$			$r = 0,62$ $p < 0,05$
САД (максимальное, ночь)	$r = 0,38$ $p < 0,05$			
ДАД (среднее, ночь)		$r = -0,51$ $p < 0,05$		$r = 0,41$ $p < 0,05$
ДАД (максимальное, ночь)	$r = -0,32$ $p < 0,05$	$r = -0,24$ $p < 0,05$		

*HbA1c — гликозилированный гемоглобин.

было установлено, что стресспреодолевающее поведение у женщин старшей возрастной группы связано с риском развития МС. Уход от решения проблем и попытка снизить эмоциональное напряжение осуществлялись ими в том числе и с помощью приемов пищи (лакомств), походов по магазинам, сна [17]. Таким образом, и повышенная тревожность, и попытка преодоления стресса с использованием стратегии отвлечения могут усугубить уже имеющиеся отклонения.

Во 2-й группе пациенты отличались отношением к своему состоянию как к болезни (тест ЛОБИ) (рис. 4). Однако совпадение в группах по отношению к болезни было только по тревожному типу (> 30 % больных), наблюдались постоянное беспокойство и мнительность, непрерывный поиск «авторитетов» и новых способов лечения. Очевидно, именно этот факт был определяющим при согласии пациентов на лечение.

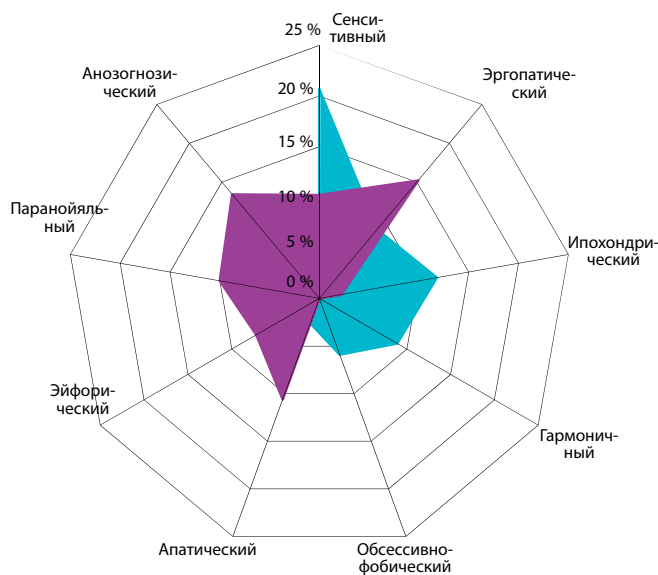


Рис. 4. Отношение к болезни (тест ЛОБИ) в группах

В 1-й группе больных с положительной динамикой массы тела и факторов риска на немедикаментозное лечение преобладали 4 типа отношения к болезни: сен- ситивный (20,7 %), ипохондрический (11,8 %), гармо- ничный (8,9 %), обсессивно-фобический (5,9 %). Все эти типы свидетельствуют о понимании больных своего состояния как болезни. Следует отметить, что гармо- ничный и обсессивно-фобический типы встречались только в 1-й группе.

Пациенты с сенситивным типом отношения чрезмерно озабочены возможным неблагоприят- ным впечатлением, которое они могут произвести на окружающих. У этих больных чаще определялось огра- ничительное ПП. Пациенты с ипохондрическим ти- пом отношения к болезни, с одной стороны, любили обследоваться и лечиться, но с другой — мало верили в успех лечения. Для этого типа также было характерно ограничительное ПП ($p < 0,05$). Больные с гармонич- ным типом — это пациенты с трезвой оценкой своего состояния и стремлением во всем содействовать успеху лечения. Обсессивно-фобический тип характеризуется тревожной мнительностью, волнением за воображае- мые осложнения.

Во 2-й группе чаще выявлялись противоположные типы отношения: эргопатический (15,2 %), параной- яльный (10 %), апатический (10,6 %), анозогнозиче- ский (13,4 %), эйфорический (7,2 %). Паранойяльный и анозогнозический типы встречались только у пациен- тов 2-й группы. Характерно преобладание эргопатиче- ского типа — «уход от болезни в работу». Пациенты с паранойяльным типом крайне подозрительно относят- ся к процедурам, обследованиям, лекарствам. Апатиче- ский тип безразличен к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения, пассивен. Анозогнозический тип основан на отрицании болезни и ее последствий, отказе от обследования и лечения. У этих больных достоверно чаще имел место эмоциогенный тип ПП ($p < 0,05$). Для

эйфорического типа характерны пренебрежение к болезни, надежда на то, что все «само обойдется». Если кратко суммировать данные теста ЛОБИ, то можно отметить, что пациенты 1-й группы более реалистичны в отношении к своему состоянию как к болезни, их интересуют здоровье, результаты анализов, они готовы к применению новых процедур и мероприятий для лечения. Пациенты 2-й группы склонны отрицать свое состояние как заболевание, крайне подозрительно относятся к любым врачебным назначениям, часто обвиняют других в ухудшении своего здоровья.

Лечение больных с МС направлено в первую очередь на снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений. С учетом ведущей роли абдоминального ожирения в патогенезе этих расстройств главными мероприятиями на всех стадиях формирования МС являются мероприятия по снижению и, главное, — поддержанию сниженной массы тела. Несмотря на широкое изучение проблемы, использование различных диетических и лекарственных методик, у большинства пациентов не удается достичь эффективного длительного результата. В связи с этим в последние годы проводятся исследования, направленные на выявление субъективных факторов, способствующих снижению степени абдоминального ожирения. Изучаются особенности ПП больных, их отношение к терапии, темперамент, характер, сопутствующие психические отклонения.

Наши данные позволяют выделить психологический и поведенческий паттерн, негативно влияющий на снижение массы тела. Стойкая инсулино- и лептинорезистентность определяет эмоциогенный вариант ПП, зависимость от еды настроения и работоспособности. Отрицание болезни, пренебрежение и «уход» от нее сочетаются и, вероятно, объясняются завышенной эмоциональной оценкой своего состояния. Определение значимых связей инсулинемии, лептинемии, параметров АД с психологическими характеристиками у этих пациентов позволяет предположить гормонально обусловленный характер обнаруженных нарушений.

Заключение

Эффективность немедикаментозной коррекции состояний, входящих в дефиницию МС, определяется психологическими и поведенческими характеристиками больного, связанными с гиперинсулинемией и гиперлептинемией.

Исходная оценка нарушения ПП, тестирование на выявление типа отношения пациента к болезни, наряду с определением уровней инсулина и лептина, позволят прогнозировать результат немедикаментозного вмешательства при ожирении в сочетании с другими факторами риска.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Дедов И.И. Ожирение. 2-е изд. М.: МИА, 2006.
- Национальные рекомендации по диагностике и лечению метаболического синдрома. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007;6(6, Прил 2):1–22.
- Lindsrom J., Loubseranta A., Mannelin M. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results of diet and physical activity. Diabetes Care 2003;26:3230–6.
- Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. Diabet Med 2003;20(9):693–702.
- Чазова И.Е., Мычка В.Б. Основные принципы диагностики и лечения метаболического синдрома. Сердце 2005;(5):232–6.
- Фофанова Т.В., Орлова Я.А., Патрушева И.Ф. и др. Фелодипин в амбулаторной практике: что может влиять на эффективность лечения и приверженность к терапии больных артериальной гипертензией. Русский медицинский журнал 2009;17(5):392–6.
- Погожаева А.В. Актуальные вопросы диетической профилактики сосудистых осложнений при сахарном диабете 2 типа. Concilium medicum 2009;1:47–55.
- Бутрова С.А. Современная фармакотерапия ожирения. Concilium medicum 2004;9:669–75.
- Воскресенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. Ожирение и метаболизм 2004;2:2–9.
- Петров Д.П., Назаренко Л.И. Ожирение (психосоматические и диетологические аспекты лечения). СПб.: СПбМАПО, 1999.
- Владимирский Е.В., Назаренко Н.В. Влияние однократных ванн хлоридной натриевой бромйодной воды курорта Усть-Качка на показатели гемодинамики и состояния некоторых гуморальных систем больных гипертонической болезнью. Профилактическая и реабилитационная бальнеофизиотерапия. Пермь, 1995.
- Мищенко Т.В., Звенигородская Л.А. Методы коррекции массы тела при абдоминальном ожирении — влияние на гормоны и типы пищевого поведения. Concilium medicum 2010;(2):77–82.
- Перова Н.В., Метельская В.А., Оганов Р.Г. Патогенетические основы метаболического синдрома как состояния высокого риска атеросклеротических заболеваний. Международный медицинский журнал 2001;7(3):6–10.
- Rahmouni K., Correia M.L., Haynes W.G., Mark A.L. Obesity-associated hypertension. Hypertension 2005;45:9–17.
- Вербовой А.Ф., Митрошина Е.В., Комаржина О.Н. Анализ пищевого поведения больных сахарным диабетом и ожирением. Ожирение и метаболизм 2008;(3):27–31.
- Конради А.О. Симпатическая нервная система, ожирение и артериальная гипертензия. Возможности терапии. Ожирение и метаболизм 2007;(3):9–15.
- Ротарь О.П., Трифонова Е.А., Коростовцева Л.С. и др. Адаптация к профессиональному стрессу и риск метаболического синдрома у работников банка. Артериальная гипертензия 2011;(1):25–33.