

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 of disordered eating in diabetic patients, reveal risk factors of pathological food patterns 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

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. Engström [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.