



ХАРЧУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ З ОЗНАКАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Страшок Л.А., Бузницька О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна



Вступ

За визначенням ВООЗ, раціональне харчування - це організоване та своєчасне постачання до організму людини поживної та смачної їжі, яка містить оптимальну кількість харчових речовин, необхідних для підтримання життя, розвитку та підвищення працездатності. На жаль, харчування сучасної української молоді залишається незбалансованим, з вживанням висококалорійних продуктів, часом шкідливим для здоров'я, що з плином часу призводить до зайвої ваги й ожиріння та зниження якості життя.

Реалії сьогодення свідчать про стрімке зростання розповсюдженості ожиріння у всьому світі. Такі несприятливі тенденції, відповідно, призвели до підвищення частоти асоційованих з ожирінням ускладнень, зокрема метаболічного синдрому (МС), патології серцево-судинної системи, жирової хвороби печінки, цукрового діабету тощо. Саме тому, своєчасний і ефективний менеджмент даної категорії хворих на сьогоднішній день є необхідним.



Мета роботи:

вивчити характер харчування та якість життя підлітків з ознаками метаболічного синдрому.

Матеріали та методи

Для досягнення мети була сформована вибірка підлітків у кількості 200 осіб з ожирінням (віком 14 – 18 років: 100 юнаків і 100 дівчат) з подальшим обстеженням в умовах клініки ДУ «ІОЗДП НАМН України». Контрольна група складалась з 30 дітей того ж віку. На основі проведених досліджень обстежені були розподілені на групи: 1 - з ознаками МС+ та 2 - без ознак МС-, у кожен з яких увійшли по 100 хворих. Критерії діагностики МС у дітей, які були використані, представлені Міжнародною Діабетичною Федерацією (IDF, 2007). Наявність інсулінорезистентності (ІР) визначалась за допомогою моделі НОМА – ІР (Matthews D.R., 1985). Дослідження харчової поведінки (ХП) у підлітків з ожирінням проводилося методом анкетування за допомогою Голландського опитувальника (DEBQ, The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), який дозволяє виявити причини переїдання та, відповідно, встановити тип ХП (обмежувальний, емоційгенний, екстернальний). Слід зазначити, що за даними цього тесту, можлива наявність одночасно декількох порушень ХП у одного хворого. Якість життя досліджувалась з використанням опитувальника SF-36. Створення бази даних та статистична обробка результатів проводилась з використанням пакетів прикладних програм «Stadia-6» (серійний номер ліцензійного паспорту 1218 від 24.05.2000 р., версія «Prof»), Microsoft «Access», «Excel».

Результати та їх обговорення

Аналіз даних DEBQ (табл.) показав, що у більшості підлітків відзначався **обмежувальний тип ХП** – ($73,9 \pm 3,2$), тоді як в групі контролю лише у ($16,73 \pm 2,4$) % дітей встановлене зазначене порушення ХП ($p < 0,05$). Цей тип ХП характеризується надлишковими харчовими самообмежуваннями та безсистемними жорсткими дієтами, які чергуються з епізодами переїдання. За наявності ознак МС була встановлена статистично значуща різниця як в групі юнаків, так і дівчат ($p < 0,05$).

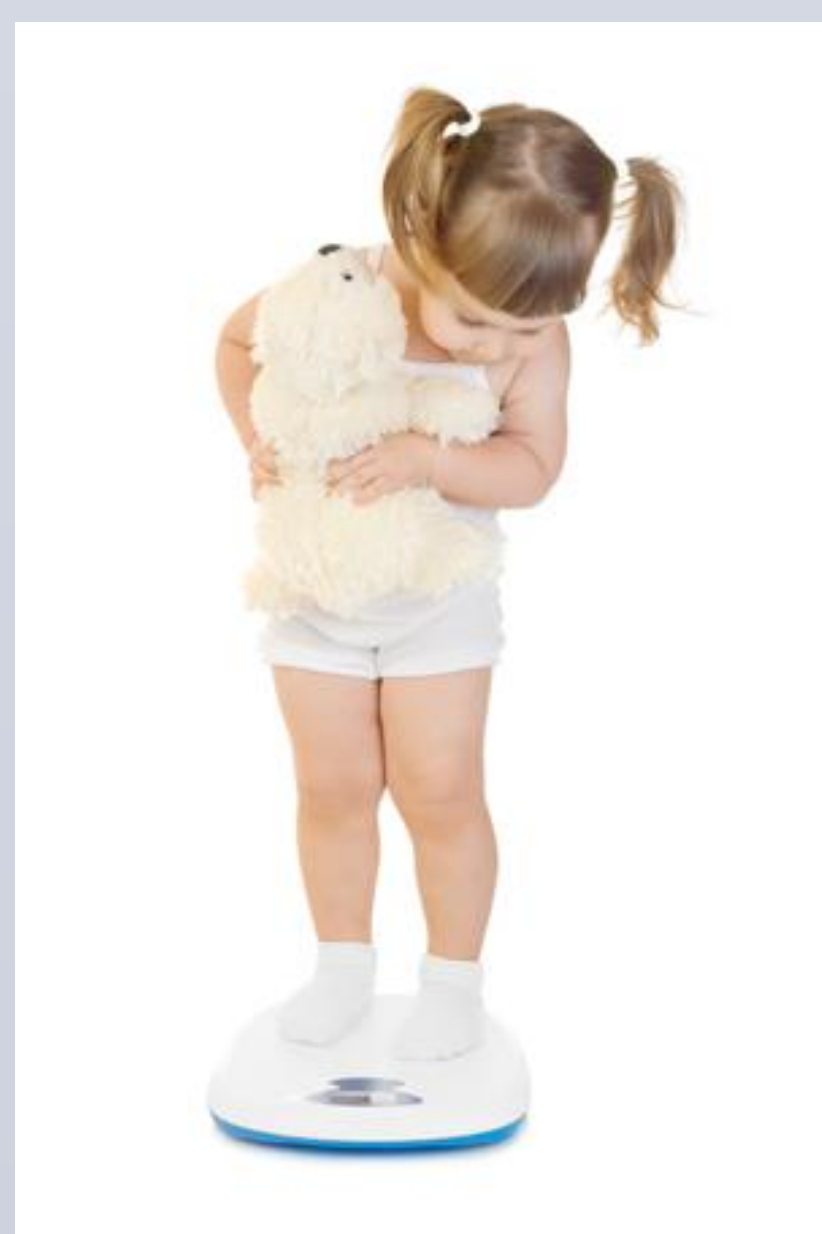


Табл. **Девіантні форми харчової поведінки у підлітків за даними DEBQ**

Стать	ТИПИ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ					
	Обмежувальна, %		Екстернальна, %		Емоційгенна, %	
	МС +	МС -	МС +	МС -	МС +	МС -
Юнаки	$68,4 \pm 3,9$		$37,0 \pm 2,6$		$26,3 \pm 2,7$	
	$44,18 \pm 2,3^{**}$	$24,0 \pm 2,0$	$17,0 \pm 2,0$	$19,3 \pm 2,1$	$14,7 \pm 1,9$	$11,6 \pm 1,9$
Дівчата	$80,29 \pm 3,8$		$53,3 \pm 2,7$		$40,21 \pm 2,9$	
	$52,5 \pm 2,8^{**}$	$28,8 \pm 3,0$	$28,8 \pm 3,0$	$24,7 \pm 2,7$	$17,5 \pm 2,9$	$24,7 \pm 2,7$
Загалом	$73,9 \pm 3,2^*$		$43,8 \pm 3,1^*$		$32,3 \pm 3,1^*$	
Група контролю	$16,73 \pm 2,4$		$13,67 \pm 2,1$		$10,86 \pm 1,9$	

* достовірна різниця між основною та контрольною групами ($p < 0,05$)

** достовірна різниця між групами МС + і МС - ($p < 0,05$)

Досить поширеним варіантом порушення ХП був **екстернальний** – у ($43,8 \pm 3,1$) % дітей з ожирінням, проти ($13,67 \pm 2,1$) % в групі контролю ($p < 0,05$), який характеризується підвищеною реакцією хворого не на внутрішні стимули приймання їжі, а на зовнішні стимули (реклама харчових продуктів, тощо). Достовірної різниці за статтю та в групах МС + і МС - встановлено не було ($p > 0,05$).

Більш ніж у третини хворих на ожиріння відзначався **емоційгенний** тип харчової поведінки – ($32,3 \pm 3,1$) %, проти ($10,86 \pm 1,9$) % у дітей групи контролю ($p < 0,05$), без достовірної різниці за статтю та наявністю ознак МС ($p > 0,05$). За емоційгенної ХП стимулом до прийому їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт. Також було встановлено, що взагалі у хворих групи МС + статистично значуще частіше відзначались порушення ХП ($71,8 \pm 3,7$ %), ніж у хворих МС - ($39,4 \pm 4,1$ %), ($p < 0,05$). Тобто, розлади ХП більш поширені у осіб з метаболічними порушеннями на тлі ІР.

Кореляційний аналіз виявив прямий слабкий, статистично значущий зв'язок між ХП та індексом НОМА ($r = 0,31$; $p < 0,001$). Тобто це підтверджує можливу патогенетичну роль ІР у прогресуванні ожиріння і розвитку відхилень ХП.



Показники якості життя за даними SF-36 в 1 (МС+) та 2 (МС-) групах відповідно:

фізичне функціонування $72,2 \pm 3,7$ та $88,6 \pm 2,5$ ($p < 0,05$),

рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $61,1 \pm 2,8$ та $82,3 \pm 3,1$ ($p < 0,05$),

інтенсивність болі $51,1 \pm 1,8$ та $75,1 \pm 1,5$ ($p < 0,05$),

загальний стан здоров'я $49,5 \pm 2,3$ та $66,3 \pm 1,7$ ($p < 0,05$),

життєва активність $59,1 \pm 1,3$ та $66,3 \pm 1,7$ ($p > 0,05$),

соціальне функціонування $68,3 \pm 2,5$ та $80,3 \pm 2,1$ ($p < 0,05$),

рольове функціонування, обумовлене емоційним станом $79,1 \pm 1,4$ та $82,2 \pm 1,4$ ($p > 0,05$),

психічне здоров'я $61,03 \pm 3,12$ та $64,2 \pm 2,1$ ($p > 0,05$).

Звертає на себе увагу зниження якості життя за шкалою загального стану здоров'я, обмеження фізичної активності, погіршення емоційного статусу та можливості виконання своїх повсякденних соціальних обов'язків, достовірно значуще частіше в групі підлітків з МС.

Висновки

Таким чином, доцільна розробка стратегій спостереження, лікування ожиріння в підлітковому віці з модифікацією способу життя, здоровим збалансованим харчуванням для вдосконалення профілактики метаболічного синдрому та покращення якості життя.

