

УДК 616-056.52-053-036.8:361.6:159.9

Т.В. Чайченко, Н.В. Георгієвська, Н.Р. Бужинська
Харківський національний медичний університет

СОЦІАЛЬНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ КОМПОНЕНТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ – КЛЮЧ О РЕДУКЦІЇ ПОТЕНЦІЙНОГО РИЗИКУ

З метою поліпшення якості інтервенцій у 141 підлітка у віці (14,18±0,42) року з ожирінням проаналізовано якість життя за соціальною та психологічною складовими згідно з особисто розробленим запатентованим способом. Встановлено, що ефективність лікування ожиріння у дітей за базисною схемою є низькою незалежно від початкового індексу маси тіла. Редукцію маси тіла обмежують психосоціальні фактори, які є основою формування незадовільної [(58,00±8,31) %] та низької [(38,19±8,17) %] якості життя. Визначено, що поліпшення якості життя асоціюється з редукцією маси тіла, а погіршення – з додатковим її накопиченням, незалежно від вихідного індексу маси тіла. При плануванні тактики ведення дітей з ожирінням доцільно орієнтуватися передусім на підвищення якості життя з урахуванням специфічних психологічних та соціальних ризиків, що в подальшому сприятиме редукції соматичного ризику.

Ключові слова: підлітки, ожиріння, інтервенції, якість життя.

Сьогодні дуже швидко розповсюджується ожиріння в дитячій популяції [1], що супроводжується розвитком системних порушень здоров'я, які навіть на стадії субклінічних проявів асоціюються з кардіоваскулярною морбідністю та летальністю [2].

До підвищеного споживання та низької витрати ліпідно-вуглеводних субстанцій призводить соціально-психологічний фактор [3], що проявляється у вигляді хронічної тривоги та депресії з формуванням збочення харчової поведінки та погіршенням якості життя при ожирінні [4, 5]. У той же час жодна з існуючих рекомендацій не містить типології психосоціальної дисфункції як критерій потенційного ризику для здоров'я контингенту, що розглядається. Крім того, даних, які стосуються стилю життя та психологічного профілю дітей, у регіонах України не достатньо.

Якість життя – поняття, що відображає не тільки стан здоров'я, а й рівень комунікації у суспільстві, волю у виборі та діяльності, ступінь психологічного комфорту, можливість для розвитку особи за власним бажанням, реалізації здібностей [6].

З цієї точки зору зрозуміло, що будь-які

інтервенції повинні бути спрямовані на підвищення якості життя. Для її оцінки у дітей із соматичною патологією зазвичай використовують опитувальники SF-36, CHQ-CF 87 та ін. [7–9], які досить якісно відображають стан здоров'я дитини, проте не враховують специфічних для конкретної нозологічної форми соціально-психологічних особливостей, а також є досить громіздкими.

Нами було встановлено, що діти з ожирінням мають певні особливості стилю життя та психологічного профілю порівняно із загальною популяцією школярів регіону [10], а ефективність лікування є досить низькою [11]. У зв'язку з цим був розроблений спосіб оцінки якості життя у підлітків з ожирінням шляхом визначення шкали, яка більше, ніж інші, впливає на якість життя і потребує додаткового впливу [12].

Мета дослідження – поліпшення якості інтервенцій у дітей з ожирінням шляхом оцінки якості життя за соціальною та психологічною складовими.

Матеріал і методи. Спостереження проводилося за 141 підлітком з ожирінням, середній вік яких становив (14,18±0,42) року.

© Т.В. Чайченко, Н.В. Георгієвська, Н.Р. Бужинська, 2013

Всебічне обстеження та лікування проводились згідно з діючим протоколом [13]. Масу тіла вважали стабільною при збереженні ІМТ в межах ± 1 кг/м², збільшення маси тіла реєстрували при збільшенні попереднього значення більше ніж на 1 кг/м², зменшення маси тіла – при зниженні попереднього значення більше ніж на 1 кг/м².

У кожному клінічному випадку додатково проводили аналіз рівня фізичної активності за SCOTT [14] та раціону харчування згідно з рекомендаціями American Heart Association [15], оцінювали психологічний стан дитини за міжнародним стандартизованим опитувальником Beck–Youth [16].

Соціальні фактори, що здатні модифікувати харчову поведінку та вплинути на успіх лікування, встановлювали шляхом опитування за допомогою розробленого нами опитувальника, за даними обстеження пацієнта, спілкування з ним та його батьками з урахуванням результатів спостереження протягом часу (від 6 до 12 міс, з контрольними інтервалами від 1 до 3 міс). Контроль та самоконтроль вели за щоденником харчування. Якість життя оцінювали за розробленим і запатентованим нами способом [12]. Результати статистично оброблені з використанням пакета прикладних програм STATISTICA 7.

Результати та їх обговорення. Під час ініціального візиту перевищення раціону щодо нормативів було зареєстроване у (96,46 \pm 1,56)%, при цьому у(76,60 \pm 3,56)% обстежених рівень фізичної активності був низьким. Динамічне спостереження показало, що зниження маси відбулося лише у (11,34 \pm 2,67)% пацієнтів, стабільна маса тіла була притаманна (32,82 \pm 3,95)%, а)24,82 \pm 3,64)% навіть збільшили показник. Важливим є той факт, що 31,22 \pm 3,90% обстежених взагалі не з'явилися на контрольне обстеження.

З метою аналізу результатів лікування в динаміці було вивчено дотримання рекомендацій за основними критеріями у тих, хто з'явився на контрольне обстеження, і виявлено, що лише (6,38 \pm 2,53)% обстежених повністю дотримувалися дієтичного режиму і (47,87 \pm 5,15)% частково, притому що навички аналізу раціону набули (29,78 \pm 4,71)%. Рівень фізичної активності підвищився до середнього у порівнянні з ініціальним у (8,51 \pm 2,88)%, а у (79,78 \pm 4,14)% залишився низьким.

Встановлено, що соціально-психологічні фактори, які спричиняють порушення режимних моментів у підлітків з надмірною масою тіла та ожирінням, призвели до низького клінічного результату спостереження. Так, про виражений дискомфорт від дотримання наданих рекомендацій повідомили (56,38 \pm 5,11)%, і про помірний ще (36,17 \pm 4,95)%. У той же час про теоретичну можливість організації фізичних навантажень у вигляді відвідування гуртків і секцій повідомили (31,91 \pm 4,75)% обстежених, про можливість змінювати режим фізичної активності за власним бажанням позитивно відповіли (14,89 \pm 3,67)%, про можливість впливу на вибір продуктів харчування та години їх споживання повідомили в середньому 19,15% підлітків.

Мотивація до зниження маси тіла була наявна у (58,51 \pm 5,08)% дітей, проте мотивація батьків на зниження маси тіла в їх дітей становила (67,02 \pm 4,85)%($p < 0,01$). В той же час підтримку з боку родини (батьки харчуються так само, як і дитина, та/або усіляко сприяють дотриманню дієти та режиму фізичних навантажень) відчували лише (8,51 \pm 2,87) %.

Крім того, (70,21 \pm 4,71)% потерпали від негативного ставлення однолітків (роздратування, образи, бійки, нехтування у відношеннях та ін.).

Для визначення прогностично значущих факторів щодо редукції маси тіла ми зробили кореляційний аналіз швидкості зниження ІМТ (у кг/м²/міс) з вихідними психологічними параметрами і встановили достовірний лінійний зв'язок з рівнем самооцінки ($r = 0,42$; $p < 0,05$), вираженістю тривоги ($r = -0,37$; $p < 0,05$) та депресії ($r = -0,63$; $p < 0,01$), причому рівень депресії за Beck–Youth більше 55 у. о. є прогностично несприятливим щодо швидкості редукції маси тіла ($F = 24,58$; $p < 0,01$).

Проаналізувавши за розробленим способом якість життя, встановили, що більшість дітей з ожирінням при первинному надходженні мають незадовільну [(58,00 \pm 8,31)%] та низьку [(38,19 \pm 8,17)%] якість життя без достовірної ($p > 0,05$) переваги за деяким компонентом і лише (4,00 \pm 3,31)% – задовільну. Під час спостереження за дітьми, які приходили на повторне обстеження, підвищення якості життя виявлено у)30,85 \pm 9,53)%, у (17,02 \pm 7,75)% з них за психологічною шка-

лою, у $(9,57 \pm 6,06)$ % – за соціальною та у $(4,26 \pm 4,16)$ % – за обома шкалами. У той же час у $(57,44 \pm 10,20)$ % змін якості життя не було діагностовано, а у $(11,71 \pm 6,63)$ % вона навіть погіршилась. Отримані дані розкривають «натуральну історію» змін якості життя при веденні дітей за існуючими базовими рекомендаціями.

Для встановлення взаємозв'язків проаналізовано ефективність змін якості життя протягом спостереження та порівняння результатів пацієнтів зі зменшенням ІМТ, осіб без редукції маси тіла і тих, хто її підвищив. Встановлено, що підвищення якості життя (незалежно від вихідного рівня) продемонстрували 100 % дітей зі зниженням маси тіла, і лише $(28,26 \pm 13,28)$ % поміж осіб без динаміки та 0 % зі збільшенням ІМТ ($p < 0,01$ між усіма групами), а погіршення – 0 %; $(2,17 \pm 4,29)$ та $(31,25 \pm 16,39)$ % відповідно ($p < 0,01$ збільшення маси – без динаміки та $p < 0,001$ збільшення маси – зниження маси). Кількість осіб без змін якості життя поміж дітей без редукції маси тіла не відрізнялася від групи з її збільшенням [$(69,57 \pm 13,57)$ проти $(68,75 \pm 16,39)$ % з $p = 0,925$]. Отже, ефективна редукція маси тіла прямо пов'язана з підвищенням якості життя незалежно від вихідних антропометричного і психосоціального статусів.

Клінічний приклад. Дівчинка Аня П., 16 років, потрапила до ендокринологічного відділення зі скаргами на поліфагію, надмірну масу тіла. Фізичний розвиток різко дисгармонійний з перевищенням показника маси тіла (маса тіла – 120 кг – більше, ніж 99 перцентилей, зріст – 1,72 м – 75 перцентилей, ІМТ – 40,56 – більш за 95 перцентилей). При проведенні обстеження виключено інші ендокринопатії. Прогностично ступінь кардіоваскулярного метаболічного ризику високий.

На контрольному візиті через місяць встановлено, що дівчина категорично відмовляється від дотримання дієти, виконання режимів фізичних навантажень. Під час опитування сума балів за соціальний компонент дорівнювала 10, а сума балів за психологічний – 17. Зроблено висновок про незадовільну якість життя за обома шкалами, що обмежує лікування. Дівчина була направлена до психіатра з метою встановлення характеру патології та визначення методів психокорекції.

У психічному статусі дівчинки було виявлено виражену емоційну лабільність, дуже залежна від теми розмови і оцінки її оточуючих. При поглиблених бесідах було встановлено наявність виражених психотравм, які гостро переживаються підлітком і в результаті виявляються у вигляді протестних форм загальної поведінки, спроб звернути на себе увагу сім'ї та компенсаторним переїданням. Отже, було встановлено діагноз «Переїдання, що сполучено з іншими психологічними порушеннями» F 50.4.

Розроблена схема індивідуальної психотерапії. За згодою розпочато курс амбулаторного лікування у психіатра. У ході психотерапевтичних інтервенцій вдалося подолати бар'єр між лікарем і пацієнткою, що посприяло дотриманню дієти та фізичних навантажень. Проте для досягнення вираженого стабільного психологічного ефекту індивідуальні заняття повинні тривати не менше 1 року. Сумісне спостереження за дитиною продовжується.

Висновки

1. Провідними чинниками порушення якості життя у дітей з ожирінням є соціально-психологічні, особливості яких притаманні загальній популяції школярів, відіграють вирішальну роль у формуванні стилю життя при надмірній масі тіла.

2. Ефективність лікування ожиріння у дітей за базисною схемою є низькою незалежно від початкового індексу маси тіла $(11,34 \pm 2,67)$ %. Редукцію маси тіла обмежують психосоціальні фактори, які є основою формування незадовільної $[(58,00 \pm 8,31)$ %] та низької $[(38,19 \pm 8,17)$ %] якості життя.

3. Поліпшення якості життя асоціюється з редукцією маси тіла, а погіршення – з додатковим її накопиченням. Зниження маси тіла відбувається лише у пацієнтів, якість життя яких підвищується, тобто у тих, хто більш мотивований на досягнення результату, набули навички аналізу раціону, отримували постійну психологічну підтримку фахівців та членів родини.

4. При плануванні тактики ведення дітей з ожирінням доцільно орієнтуватися передусім на підвищення якості життя з урахуванням специфічних психологічних та соціальних ризиків, що в подальшому сприятиме редукції соматичного ризику.

Список літератури

1. Pediatric metabolic syndrome predicts adulthood metabolic syndrome, subclinical atherosclerosis, and type 2 diabetes mellitus but is no better than body mass index alone: the Bogalusa Heart Study and the Cardiovascular Risk in Young Finns Study / C. G. Magnussen, J. Kaskinen, R. Thomson [et al.] // *Circulation*. – 2010. – V. 122. – P. 1604–1611.
2. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response / [ed. by F. Branka, H. Nikogosian, T. Lobstein]. – WHO Library Catalogue in Publication Data : Copenhagen, Denmark, 2009.
3. *Hurley K. M.* A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries / K. M. Hurley, M. B. Cross, S. O. Hughes // *J. Nutr.* – 2011. – V. 141 (3). – P. 495–501.
4. Оценка качества жизни у детей с ожирением / А. П. Аверьянов, Н. В. Болотова, Г. А. Андриянова, Ю. А. Зотова // *Вопросы детской диетологии*. – 2006. – Т. 4, № 6. – С. 14–16.
5. Health-related quality of life in obese children and adolescents / M. Tsiros, T. Olds, J. Buckley [et al.] // *International Journal of Obesity*. – 2009. – V. 33 (4). – P. 387–200.
6. *Landgraf J. E.* Functional status and well-being of children representing three cultural groups: initial self-reports using CHQ-CF 87 / J. E. Landgraf, L. N. Abetz // *Psychol. Health*. – 1997. – V. 12 (6). – P. 839–854.
7. Пат. № 2372854 Российская Федерация, МПК А61В10/00. Способ определения качества жизни у детей и подростков с ожирением или метаболическим синдромом / Бекезин В. В., Козлова Л. В., Козлов С. Б. [и др.]; заявитель и патентообладатель Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Смоленская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – № 2008140542/14 ; заявл. 13.10.08 ; опубл. 20.11.09.
8. *Бекезин В. В.* Ожирение и инсулинорезистентность у детей и подростков: метаболические, психологические, кардиоваскулярные аспекты, оптимизация лечения : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.09 «Педиатрия» / В. В. Бекезин. – Смоленск, 2008. – 44 с.
9. *Чайченко Т. В.* Психосоциальные аспекты нарушений пищевого поведения и физической активности школьников Харьковского региона / Т. В. Чайченко // *Міжнародний медичний журнал*. – 2012. – № 2 (70). – С. 20–24.
10. Ефективність базисного лікування ожиріння у підлітків: проблемні питання / Г. С. Сенаторова, Т. В. Чайченко, Л. Г. Тельнова, Т. В. Лутай // *Світ медицини та біології*. – 2012. – № 2. – С. 65–71.
11. Патент на корисну модель № 70910, Україна МПК А61В 10/00. Спосіб оцінки якості життя у підлітків з простим ожирінням / Сенаторова Г. С., Чайченко Т. В., Георгієвська Н. В. (UA). – № u 201115344; заявл. 26.12.11; опубл. 25.06.12, Бюл. № 12/12.
12. Наказ МОЗ України від 27.04.2006 № 254 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія».
13. Randomized, controlled trial of a best-practice individualized behavioral program for treatment of childhood overweight: Scottish Childhood Overweight Treatment Trial (SCOTT) / A. R. Hughes, L. Stewart, J. Chapple [et al.] // *Pediatrics*. – 2008. – V. 121 (3). – P. e539–546.
14. American Heart Association Childhood Obesity Research Summit Report / S. R. Daniels, M. S. Jacobson, B. W. Mc.Crindle [et al.] // *Circulation*. – 2009. – V. 119 (15). – P. 489–517.
15. *Beck J. S.* Beck Youth Inventories™ / J. S. Beck, A. T. Beck, J. B. Jolly. – [2nd ed.]. – San Antonio, Texas, USA, 2005. – 85 p.

Т.В. Чайченко, Н.В. Георгиевская, Н.Р. Бужинская

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ – КЛЮЧ К РЕДУКЦИИ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА

В целях улучшения качества интервенций у 141 подростка в возрасте (14,18±0,42) года с ожирением проанализировано качество жизни по социальной и психологической составляющим по лично разработанному запатентованному способу. Установлено, что эффективность лечения ожи-

рения у детей по базисной схеме низкая независимо от начального индекса массы тела. Редукцию массы тела ограничивают психосоциальные факторы, которые являются основой формирования неудовлетворительного [(58,00±8,31) %] и низкого [(38,19±8,17) %] качества жизни. Определено, что улучшение качества жизни ассоциируется с редукцией массы тела, а ухудшение – с дополнительным ее накоплением независимо от исходного индекса массы тела. При планировании тактики ведения детей с ожирением целесообразно ориентироваться прежде всего на повышение качества жизни с учетом специфических психологических и социальных рисков, что в дальнейшем будет способствовать редукции соматического риска.

Ключевые слова: подростки, ожирение, интервенции, качество жизни.

T.V. Chaychenko, N.V. Georgiyevska, N.R. Buzhynska

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF QUALITY OF LIFE OF OBESE ADOLESCENTS – A KEY POINT TO THE POTENTIAL RISK REDUCTION

In order to improve the quality of interventions the quality of life by social and psychological components was analyzed with using invented method in 141 obese adolescents aged (14,18±0,42) years. Effectiveness of basic treatment of pediatric obesity is low. Psychosocial factors limit the body mass reduction and become a background for unsatisfactory to quality of life in (58,00±8,31) % and the low one in (38,19±8,17) %. Determined that improvement quality of life is associated with a reduction in body weight and deterioration – with additional accumulation regardless of its initial body mass index. The tactics of obesity treatment should be focused at quality of life, which further contribute to the reduction of somathic risk.

Key words: adolescents, obesity, intervention, quality of life.

Поступила 24.04.13