

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ, ПИЩЕВЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Ольга Сергеевна Дердяй^{1,2*}, Светлана Вячеславовна Хлыбова¹

¹Кировская государственная медицинская академия,

²Кировский областной клинический перинатальный центр

Реферат

Цель. Изучить психологические особенности личности и выявить пищевые пристрастия беременных с алиментарным ожирением различной степени, а также оценить взаимосвязь между выявленными особенностями и репродуктивной функцией.

Методы. С помощью модифицированной нами «Анкеты самооценки качества жизни лиц с избыточной массой тела» опрошены 120 женщин с физиологическим течением I триместра беременности. Критерием разделения на группы служил индекс массы тела (первая группа – женщины с нормальной массой тела, вторая группа – женщины с избыточной массой тела, третья группа – женщины с ожирением I степени, четвертая группа – женщины с ожирением II степени). Анализировали данные, полученные из обменной карты беременной.

Результаты. Женщины с ожирением I и II степени чаще страдали экстрагенитальной патологией, их беременность протекала с различными осложнениями, а роды чаще заканчивались кесаревым сечением. В развитии ожирения ведущую роль играли наследственная предрасположенность, уменьшение физической нагрузки, увеличение калорийности пищи. Женщины, страдающие ожирением, отмечают у себя такие особенности характера, как мнительность, частая смена настроения, желание быть в центре внимания. Состояние своего здоровья они оценивают как плохое.

Вывод. Анкетирование позволит выделить группу риска по осложненному течению беременности и родов; для данной категории пациенток при планировании беременности мы рекомендуем проводить анкетирование и осуществлять предгравидарную подготовку совместно с психологом и диетологом.

Ключевые слова: беременность, ожирение, качество жизни.

PSYCHOLOGICAL PROFILE, DIETARY PREFERENCES AND REPRODUCTIVE HISTORY OF PREGNANT WOMEN WITH OBESITY O.S. Derdyay¹, S.V. Khlybova². ¹Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia, ²Kirov Regional Clinical Perinatal Centre, Kirov, Russia. **Aim.** To study the psychological profile and determine dietary preferences of pregnant women with various stages of diet-induced obesity and to evaluate the relationship between the determined features and reproductive function. **Methods.** 120 women who were at the 1st trimester of normal pregnancy were administered the modified Life Quality Self-Assessment Questionnaire for Overweight Patients. Women were divided into groups according to body mass index (group 1 – women with normal weight, group 2 – overweight women, group 3 – women with class I obesity, group 4 – women with class II obesity). The data from exchange cards of pregnant women were also included in the analysis. **Results.** Women with class I and class II obesity had higher rates of concomitant diseases, complications during pregnancy and cesarean sections. The main causes of obesity were genetic predisposition, decreased physical activity, increased dietary energy supply. Such traits as hypochondria, frequent mood changes, desire to be at the center of attention were present in obese women. They evaluate their health as poor. **Conclusion.** The questioning makes it possible to mark out a high risk group for complications of pregnancy and delivery. A questionnaire survey and monitoring by a psychologist and a dietary specialist are recommended for this group of patients. **Keywords:** pregnancy, obesity, quality of life.

По данным разных авторов [8, 9, 14], частота ожирения при беременности колеблется от 12,5 до 38%, причём у 50–89% женщин ожирение впервые выявляется во время беременности.

В развитии ожирения ведущую роль отводят генетическим факторам [12], у 40% заболевание носит наследственный аутосомно-рецессивный характер [7].

Не менее важны роль лептина [12, 13] и наличие резистентности к нему [1, 9]. Также развитие ожирения связывают с дисбалансом вегетативной нервной системы [4], нарушениями пищевого поведения [6], обусловленными дисфункцией гипоталамуса, что сопровождается нарушением связей

между центрами голода и насыщения [5].

По данным ряда авторов [2, 10], при всех формах ожирения в той или иной степени отмечают следующие психологические особенности личности: высокая тревожность, несоответствие своему идеалу и неадекватная самооценка, наличие чувства внутренней пустоты, потерянности и подавленности, чрезмерное беспокойство за состояние своего здоровья, сложности в межличностных взаимоотношениях, психастенические симптомы («отсутствие сил», психологический дискомфорт, плохое самочувствие).

С целью снижения лишнего веса и преодоления психологической дезадаптации у пациентов с ожирением всё большее внимание уделяют оценке качества жизни, создают школы обучения правильному об-

Адрес для переписки: olg99005929@yandex.ru

разу жизни и рациональному питанию [3]. Однако до настоящего времени отсутствуют данные, касающиеся беременных с ожирением, а именно: каковы их пищевые предпочтения, психологические особенности личности и индивидуальные факторы риска развития ожирения.

Цель нашего исследования — изучить психологические особенности личности и выявить пищевые пристрастия беременных с алиментарным ожирением различной степени, а также оценить взаимосвязь между выявленными особенностями и репродуктивной функцией.

Нами опрошены 120 женщин в I триместре беременности. Критериями включения в исследование были срок беременности до 12 нед, физиологическое течение гестации, отсутствие клиники токсикоза первой половины беременности. Для исследования была использована модифицированная нами «Анкета самооценки качества жизни лиц с избыточной массой тела» [11]. Оценивали антропометрические показатели: окружность талии, окружность бёдер, индекс массы тела (ИМТ). Кроме того, анализировали данные, полученные из обменной карты беременной. Статистическую обработку результатов проводили при помощи программ «Microsoft Office Excel», «Statistica 6.0». Определяли среднюю арифметическую величину (M) и ошибку среднего (m). Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Критерием разделения на группы служил ИМТ. В первую группу вошли 30 женщин с нормальной массой тела (средний ИМТ 20,8 кг/м²), во вторую — 30 женщин с избыточной массой тела (средний ИМТ 26,5 кг/м²), в третью — 30 женщин с ожирением I степени (средний ИМТ 31,9 кг/м²), в четвёртую группу — 30 женщин с ожирением II степени (средний ИМТ 36,4 кг/м²).

Женщины с ожирением I степени были достоверно старше, чем женщины с нормальной и избыточной массой тела (27,3 года против 25,4 и 24,5 года, $p < 0,05$), но не отличались по возрасту от женщин с ожирением II степени. По антропометрическим показателям (масса тела, окружность талии и бёдер, ИМТ) женщины всех групп статистически значимо различались между собой ($p < 0,001$). Женщины с ожирением I и II степени статистически значимо чаще, чем женщины с избыточной массой тела, прибегали к искусственному прерыванию

беременности (40,0 и 46,7% против 6,7%; $p_{3-2}=0,03$, $p_{4-2}=0,02$).

Анализируя гинекологический анамнез, мы установили, что миома матки чаще выявлялась у женщин четвёртой группы (женщины с ожирением II степени) по сравнению с женщинами остальных групп (40,0% против 6,7% в первой группе, против 0,0% во второй группе и 6,7% в третьей группе; $p_{4-1,2,3}=0,03$). Заболевания, передающиеся половым путём, встречались чаще у женщин четвёртой группы, чем во второй группе (50,0% против 13,3%; $p_{4-2}=0,05$), при этом различия с другими группами носили статистически незначимый характер (30,0% в первой группе и 20,0% в третьей группе).

Среди экстрагенитальных заболеваний гипертоническая болезнь статистически значимо чаще встречалась при ожирении I и II степени, чем у женщин с нормальной и избыточной массой тела (30,0% против 3,3%; $p_{3-1}=0,04$; 50,0% против 3,3%, $p_{4-1}=0,004$; против 6,7%, $p_{4-2}=0,01$). Обращает на себя внимание большая частота сахарного диабета среди женщин с ожирением II степени (13% против 0% в других группах), однако различия не имеют статистической значимости.

У женщин с ожирением II степени чаще отмечали осложнённое течение предыдущей беременности. Так, самопроизвольные выкидыши статистически значимо чаще происходили у женщин с ожирением II степени по сравнению с женщинами других групп (60,0% против 13,3%, $p_{4-1}=0,02$; против 16,7%, $p_{4-2}=0,04$ и 6,7%, $p_{4-3}=0,004$). Преэклампсия во время предыдущей беременности встречалась у женщин четвёртой группы чаще, чем в первой (20,0% против 0%, $p_{4-1}=0,05$), а угроза преждевременных родов — чаще, чем у женщин второй группы (66,7% против 20,0%, $p_{4-2}=0,04$). Родоразрешением путём кесарева сечения статистически значимо чаще заканчивалась беременность у женщин третьей и четвёртой групп по сравнению с первой и второй (50,0% против 3,3%, $p_{4-1}=0,004$; против 6,7%, $p_{4-2}=0,01$; 36,7% против 3,3%, $p_{3-1}=0,019$).

При изучении данных семейного анамнеза установлено, что преэклампсия во время беременности у матерей опрошенных женщин встречалась чаще в четвёртой группе, чем в первой (40,0% против 6,7%, $p_{4-1}=0,033$), а преждевременные роды чаще в четвёртой группе, чем во второй (43,3% против 6,7%, $p_{4-2}=0,02$).

Избыточную массу тела статистически значимо чаще имели отцы женщин тре-

твей группы по сравнению с отцами женщин первой группы (6,7% против 40,0%, $p_{1-3}=0,033$). Ещё большая зависимость отмечена в отношении массы тела матерей опрошенных женщин. Так, матери женщин третьей и четвертой групп статистически значимо чаще имели избыточную массу тела, чем матери женщин первой и второй групп (73,3 и 66,7% против 13,3%, $p_{3-1}=0,006$, $p_{4-1}=0,01$; против 20,0%, $p_{3-2}=0,02$, $p_{4-2}=0,04$). Бабушки, страдающие ожирением, встречались чаще у женщин третьей и четвертой групп по сравнению с женщинами первой и второй (73,3% против 10,0 и 20,0%, $p_{3-1}=0,002$, $p_{3-2}=0,02$; 70,0% против 10,0 и 20,0%, $p_{4-1}=0,003$, $p_{4-2}=0,03$). Избыточную массу тела у братьев или сестёр чаще отмечали женщины четвертой группы по сравнению с женщинами первой (46,7% против 10,0%, $p_{4-1}=0,04$). Супруги женщин четвертой группы достоверно чаще имели сниженный вес, чем супруги женщин первой и второй (30,0% против 3,3%, $p_{4-1,2}=0,04$). Женщины с избыточной массой и ожирением I и II степени увеличение массы тела чаще отмечали с детства (30,0% во второй группе, 33,3% в третьей, 56,7% в четвертой против 3,3% в первой группе, $p_{2-1}=0,04$, $p_{3-1}=0,03$, $p_{4-1}=0,002$).

При анализе психологических особенностей респондентов установлено, что воспоминания о детстве, которые ничем не выделялись, присутствовали чаще у женщин четвертой группы по сравнению с женщинами первой и второй (60,0% против 13,3%, $p_{4-1,2}=0,02$). Анализируя взаимоотношения в собственной семье в настоящее время, женщины четвертой группы чаще, чем женщины второй, отмечали наличие периодически возникающих конфликтов (73,3% против 20,0%, $p_{4-2}=0,021$).

При анализе физической активности на работе выявлено, что статистически значимо чаще малой подвижностью характеризовалась работа женщин третьей и четвертой групп (93,3% в третьей группе против 26,7% в первой группе, $p_{3-1}=0,01$, против 20,0% во второй группе, $p_{3-2}=0,004$; 70,0% в четвертой группе против 20,0% во второй, $p_{4-2}=0,03$). Состояние своего здоровья оценивали как плохое лишь часть женщин четвертой группы (30,0% против 0,0% в других группах, $p_{4-1,2,3}=0,01$).

К увеличению массы тела, по мнению опрошенных женщин третьей и четвертой групп, привели наследственная предрасположенность (33,3% в третьей группе и 53,3% в четвертой группе против 10,0% в первой,

$p_{1-3}=0,018$, $p_{1-4}=0,002$), уменьшение физической нагрузки (66,7% против 13,3%, $p_{3-1}=0,01$), высокая калорийность пищи (70,0% против 10,0 и 20,0%, $p_{4-1}=0,003$, $p_{4-3}=0,028$), избыточное питание (33,3% в третьей и четвертой группах против 3,3% во второй, $p_{2-3,4}=0,03$). Частые нервные переживания негативно повлияли на вес женщин второй и третьей групп, но не отразились на женщинах первой группы (33,3% против 0,0%, $p_{2,3-1}=0,009$). Для снижения массы тела статистически значимо чаще использовали дозированное голодание женщины четвертой группы, чем третьей (23,3% против 0,0%, $p_{3-4}=0,03$). Лекарственные препараты с целью коррекции массы тела чаще принимали женщины третьей группы, чем первой и четвертой (26,7% против 0,0%, $p_{3-1,4}=0,02$). Женщины с ожирением II степени после повышения массы тела статистически значимо чаще стали отмечать желание изменить окружающую обстановку (43,3% в четвертой группе против 6,7% в остальных группах, $p_{4-1,2,3}=0,02$). Женщины третьей группы чаще замечали, что у них преобладает приподнятое настроение по сравнению с первой и второй группами (23,3% против 0,0%, $p_{3-1,2}=0,03$).

При утомлении женщины четвертой группы чаще, чем первой, испытывали повышение аппетита (43,3% против 6,7%, $p_{4-1}=0,02$), головная боль при утомлении достоверно чаще возникла у женщин второй и третьей групп, чем четвертой (56,7 и 73,3% против 16,7%, $p_{2-4}=0,05$, $p_{3-4}=0,011$). Достоверно чаще женщин четвертой группы беспокоила потливость (73,3% против 16,7% в первой группе, $p_{4-1}=0,011$; против 23,3% во второй и третьей группах, $p_{4-2,3}=0,04$). Они отмечали у себя мнительность (53,3% против 13,3% в третьей группе, $p_{4-3}=0,04$), частую смену настроения (60,0% против 16,7%, $p_{4-2}=0,04$) и стремились привлечь внимание окружающих (23,3% против 0,0%, $p_{4-3}=0,03$).

При анализе характеристик сна опрошенных женщин выявлено, что прерывистый сон чаще отмечали женщины четвертой группы, чем второй (46,7% против 6,7%, $p_{4-2}=0,02$). Известно [9], что недосыпание приводит к нарушению работы лобной доли головного мозга, которая отвечает за правильное пищевое поведение.

Анализируя особенности питания, выявили следующее. Углеводную пищу предпочитали женщины четвертой группы (46,7% против 6,7% в первой и второй группах, $p_{4-1,2}=0,016$), а женщины третьей группы достоверно чаще употребляли в пищу муч-

ные изделия (30,0% против 3,3%, $p_{3-1}=0,04$) и имели привычку есть на ночь (23,3% против 0,0% второй группы, $p_{3-2}=0,03$). Пищевые предпочтения опрошенных женщин были достаточно разнообразны, однако при этом выявлен ряд закономерностей. Так, более трёх чайных ложек мёда статистически значимо чаще употребляли женщины четвёртой группы по сравнению со второй и третьей (26,7% против 0,0%, $p_{4-2,3}=0,02$), горчицу — чаще женщины третьей и четвёртой групп, чем первой (40,0% против 3,3%, $p_{3-1}=0,01$; 36,7% против 3,3%, $p_{4-1}=0,02$), томаты — женщины второй и третьей групп, чем четвёртой (53,3 и 73,3% против 13,3%, $p_{2-4}=0,037$, $p_{3-4}=0,006$), свёклу — женщины четвёртой группы (46,7% против 6,7% в остальных группах, $p_{4-1,2,3}=0,02$). Женщины четвёртой группы также отдавали предпочтение сладким газированным напиткам (30,0% против 3,3%, $p_{4-1}=0,04$).

Таким образом, мы выявили, что женщины с ожирением чаще имели в анамнезе искусственные аборты и самопроизвольные выкидыши, у них чаще диагностировали миомы матки и заболевания, передающиеся половым путём, а также гипертоническую болезнь. Течение беременности у женщин с ожирением в прошлом часто осложнялось преэклампсией и угрозой невынашивания, а родоразрешение осуществлялось путём кесарева сечения. Интересно отметить, что беременность матерей женщин с ожирением также чаще осложнялась преэклампсией и завершалась преждевременными родами. Детские воспоминания женщин с ожирением ничем не выделялись, материальное обеспечение в семье в период детства часто было недостаточным, а взаимоотношения в собственной семье чаще сопровождались эпизодическими конфликтами. У обследованных беременных также страдают ожирением родители, бабушки, сёстры и братья. В то же время, мужья женщин с ожирением, напротив, имели сниженную массу тела. Женщины с ожирением отмечали увеличение массы тела с детства, а повлияли на это, по их мнению, наследственность, уменьшение физической активности, высокая калорийность пищи, избыточное питание, частые нервные переживания и малоподвижный образ жизни как на работе, так и в часы досуга. С повышением массы тела у женщин с ожирением появилось желание часто изменять окружающую обстановку. Для снижения массы тела женщины с ожирением II степени чаще использовали дози-

рованное голодание, а женщины с ожирением I степени — лекарственные препараты.

При утомлении у женщин с избыточной массой тела и ожирением I степени чаще возникала головная боль, а у женщин с ожирением II степени повышался аппетит. У пациенток с избыточной массой тела и ожирением отмечаются нарушения сна: прерывистый ночной сон и сонливость днём. Женщин с ожирением чаще беспокоит потливость. Опрос показал, что в целом женщины с ожирением часто оценивали состояние своего здоровья как плохое.

Пациентки с ожирением I степени чаще отмечали приподнятое настроение, а женщины с ожирением II степени — лабильность настроения, мнительность и стремление привлечь внимание окружающих.

Женщины с ожирением имели привычку есть на ночь, чаще включали в рацион продукты, содержащие большое количество углеводов, отдавали предпочтение мучным изделиям, острым специям, часто употребляли сладкую газированную воду.

В то же время мы выявили и некоторые особенности, по которым женщины с избыточным весом отличались от женщин с нормальной массой тела. Женщины с избыточной массой тела отмечали её увеличение с детства. По их мнению, к этому привели частые нервные переживания и, возможно, нарушение сна. Таким образом, избыточная масса тела — преморбидное состояние, поэтому необходимо выделять данную категорию женщин в группу риска по развитию ожирения.

В целом проведённое анкетирование позволило создать портрет беременных с ожирением. Мы выявили, что они чаще имеют неблагоприятный акушерский и гинекологический анамнез, что согласуется с результатами других авторов [7]. Мы установили, что в развитии ожирения, как это было показано ранее [6, 7], большую роль играют наследственная предрасположенность и неправильная модель пищевого поведения. Женщины, страдающие ожирением, имеют такие стороны характера, как конфликтность, мнительность, неустойчивость настроения. Эти данные также не противоречат наблюдениям других исследователей [2, 10], которые установили, что у больных с ожирением часто формируются депрессивно-невротические нарушения. Мы впервые провели изучение пищевых предпочтений и психологических характеристик личности у беременных, страдающих ожирением. По-

лученные результаты показывают, что женщины в период беременности не меняют модель пищевого поведения, что ведёт к патологической прибавке массы тела и развитию таких осложнений, как гестационная артериальная гипертензия и преэклампсия. Психологические особенности личности беременных с ожирением приводят к нарушениям сна, повышенной тревожности и могут стать, как показано ранее [7], основой для угрожающего прерывания беременности. При планировании беременности женщинам с ожирением целесообразно, как показано Ю.А. Зотовой и соавт. (2012), посещение «Школы управления весом», в которой женщины получают индивидуальную и/или групповую психокоррекцию, диетотерапию, дозированные физические нагрузки. Полагаем, что навыки, приобретённые в этот период (изменение стереотипа питания, самоконтроль заболевания, увеличение физической активности), необходимо поддерживать и в период беременности, что возможно при создании аналогичных «школ» при женских консультациях.

ВЫВОДЫ

1. Основные факторы развития ожирения у беременных — отягощённая наследственность и неправильная модель пищевого поведения, на фоне которых формируется недостаточно критическое отношение к своему здоровью.

2. Женщины, страдающие ожирением, имеют такие стороны характера, как конфликтность, мнительность, неустойчивость настроения; часто страдают нарушениями сна. При беременности это может стать причиной развития ряда осложнений.

3. Данные, полученные при анкетировании, позволяют сформировать индивидуальный подход к беременным, страдающим

ожирением: проводить коррекционные мероприятия с участием психолога и диетолога на этапе предгравидарной подготовки и во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю. Ожирение (клинические очерки) / Под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохиной. — СПб.: Диалект, 2007. — 240 с.
2. Гумницкая Т.Н. Психопатологические нарушения и их психотерапия у больных с алиментарно-обменным ожирением (состояние проблемы) // Мед. исслед. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 92-93.
3. Зотова Ю.А., Курмачева Н.А., Костенко И.В. и др. Эффективность поведенческой терапии у женщин с ожирением при подготовке к беременности // Лечен. и профил. — 2012. — №1. — С. 16-20.
4. Каладзе Н.Н., Мангилева Т.А., Довченко С.В., Лисовская Р.В. Вариабельность ритма сердца и её взаимосвязь с ожирением и уровнем кортизолемии у больных с артериальной гипертензией первой степени // Укр. кардиол. ж. — 2010. — №3. — С. 69-73.
5. Кривцова Е.В. Современные позиции бариатрической медицины // Леч. врач. — 2007. — №6. — С. 76-81.
6. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. — М.: ЭКСМО, 2007. — 173 с.
7. Подзолкова Н.М., Агеева М.И., Скворцова М.Ю. и др. Течение беременности и перинатальные исходы у женщин с нарушениями жирового обмена // Акуш. и гинек. — 2011. — №6. — С. 86-92.
8. Прилепская В.Н. Поликлиническая гинекология. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 640 с.
9. Седлецкий Ю.М. Современные методы лечения ожирения. — СПб.: ЭЛБИ, 2007. — 416 с.
10. Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением // Психолог. исслед. — 2012. — №1. — С. 10.
11. Шнак Л.В., Степанова И.Н. Условия формирования нарушения пищевого стереотипа у лиц с избыточной массой тела // Ожирен. и метабол. — 2006. — №4. — С. 35-41.
12. Norman R. Obesity and reproductive disorders: a review // *Reprod. Fertil. Dev.* — 1998. — Vol. 10. — P. 55-63.
13. Quilliot D., Buhme P., Zannad F., Ziegler O. Sympathetic-leptin relationship in obesity: effect of weight loss // *Metabolism.* — 2008. — Vol. 57. — P. 555-562.
14. Hedley A.A., Ogden C.L., Johnson C.L. et al. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002 // *JAMA.* — 2004. — Vol. 29. — P. 2847-2850.