

Лечение людей с диабетом типа 1 и пищевыми расстройствами — необходимость многопланового подхода

Энн Гоебел-Фаббри

В 80-х годах прошлого столетия появились первые упоминания о взаимосвязи диабета и пищевых расстройств, и вскоре к этому сочетанию патологических состояний возник серьезный интерес. Некоторые исследователи считают, что внимание, уделяемое режиму приемов пищи (особенно содержащей углеводы), уровню сахара крови, нормализации веса тела и физическим упражнениям, т.е. тем мероприятиям, которые включаются в стандартное медицинское лечение диабета типа 1, аналогично жесткому подходу к планированию питания и динамике массы тела при лечении женщин с пищевыми расстройствами, но без диабета. Исследование Диабетических Осложнений и Контроля продемонстрировало, что интенсивная инсулинотерапия диабета, помимо позитивного влияния на предотвращение и отсрочивание диабетических осложнений, нередко обуславливает прибавку веса. Кроме того, не исключено, что нынешние цели в лечении диабета увеличивают риск развития пищевых расстройств. В нескольких недавних контролируемых исследованиях было показано, что у женщин с диабетом типа 1 наблюдается увеличение вторичных пищевых расстройств и потенциальный риск такой патологии у женщин и мужчин молодого возраста, страдающих диабетом, почти в 2,5 раза выше, чем у здоровых женщин того же возраста.

Пищевое расстройство определяется как импульсивное желание поесть или же, наоборот, отказаться от пищи, что разрушительно воздействует на физическое и психологическое здоровье. Одно из самых распространенных патологических состояний, связанных с аппетитом — нейрогенная булимия, при которой люди ощущают неконтролируемую потребность в еде, за чем следует поведение, компенсирующее переедание — его определяют как «очищение желудка». Очищением могут быть искусственно вызванная рвота, голодание, изнуряющие физические упражнения или использование препаратов, например, лаксативов. Среди женщин с диабетом типа 1 было замечено периодическое ограничение в лечении инсулином — введение сниженных доз инсулина или пропуск необходимых инъекций с целью потери веса. И хотя популярная литература, освещающая эти аспекты, использует термин «диабулимия», он не является медицинским диагностическим термином. Ограничение в лечении инсулином используется как средство избавления от лишних калорий, которое свойственно лишь людям с диабетом типа 1. Однако такое поведе-



ние наблюдается не только у тех женщин (а иногда и у мужчин), у которых формально диагностируются пищевые расстройства. В одном из исследований было выявлено, что 31% женщин с диабетом заявляют о намеренном ограничении своей дозы инсулина и такое поведение наиболее характерно для лиц юношеского и молодого возраста.¹

Исследования продемонстрировали, что регулярное ограничение дозировки инсулина обуславливает повышение у этих женщин риска инвалидизации в связи с развитием потенциально опасных для жизни осложнений диабета — особенно диабетического кетоацидоза. У пациенток, имеющих такую проблему, наблюдаются повышенные показатели

HbA1c, риск развития инфекций, учащение эпизодов диабетического кетоацидоза, посещения клиник и неотложных госпитализаций, а также увеличение диагностики специфических для диабета осложнений и возрастание показателя смертности по сравнению с женщинами, не ограничивающими дозу инсулина.^{2,3,4}

Тем медикам, которые не имели опыта лечения людей с пищевыми расстройствами, очень сложно понять, почему некоторые пациенты с диабетом намеренно ограничивают дозу инсулина, несмотря на то, что это связано с очень серьезным медицинским риском. Вот почему членам диаккоманды так важно иметь подготовку в распознавании симптомов пищевых расстройств.

У молодых женщин с диабетом риск развития пищевых расстройств в два с лишним раза выше, нежели у женщин, не страдающих диабетом.

Симптомы пищевых расстройств

Факты указывают на то, что проблема ограничения инъекций или дозировки инсулина усиливается у девочек старшего подросткового возраста — как раз в это время ослабевает родительский надзор за введением инсулина — а затем продолжает прогрессировать в молодом возрасте. А став устойчивой поведенческой моделью, привычка постоянно ограничивать дозу инсулина поддается лечению лишь с большим трудом. Поэтому столь важны своевременное выявление проблемы и адекватное вмешательство.

Члены диаккоманды должны пройти подготовку в распознавании пищевых расстройств.

Женщины с диабетом типа 1, как правило, борются с симптомами пищевых расстройств, схожими с теми, которые наблюдаются у здоровых женщин, но у них имеются дополнительные трудности, свойственные исключительно диабету. А потому медики, работающие с девушками и взрослыми женщинами с диабетом, должны обращать внимание на динамику веса и конституцию тела, использование неадекватных интенсивных физических нагрузок (порой сопровождающихся частой гипогликемией), необычную низкокалорийную диету, необъяснимое повышение показателей HbA1c и повторяющиеся эпизоды диабетического кетоацидоза.

Как помочь

Облегчить общение

Нарушения питания, как правило, хорошо

Отрицательный цикл диабета и пищевых расстройств



скрываются. Женщин с диабетом следует поощрять к диалогу об уровне их удовлетворенности своим весом, показателях, которых они желают достичь, а также об их опыте низкокалорийной диеты и компульсивного переедания. Диabetологи могут с неохотой обсуждать со своими пациентами эти вопросы из боязни непреднамеренно «обучить» людей ограничению инсулина.

Пищевые расстройства, как правило, хорошо скрываются; женщин с диабетом следует поощрять к обсуждению вопросов, связанных с весом.

Риск развития такого поведения неизвестен. Однако, принимая во внимание тяжесть клинических последствий, связанных с периодическим ограничением инсулина, эту проблему следует принимать всерьез. Для

того, чтобы начать искренний диалог об ограничении инсулина, важно задавать вопросы общего характера, с целью улучшить клиническое понимание состояния пациента и в то же время избежать непреднамеренного «обучения» взрослых такому поведению:

- Вы удовлетворены своим весом и конституцией?

- Какой вес Вы считаете идеальным?

- Что Вы думаете о рекомендованной вам диете? Насколько сложным Вам кажется следование этой диете? Вам когда-нибудь казалось, что вы едите чрезмерно много или, наоборот, слишком мало?

Затем можно задать более конкретные вопросы:

- Сколько ежедневных инъекций инсулина рекомендует Ваш врач? Сколько инъекций Вы обычно делаете?

- Есть ли у Вас какие-то особые причины для изменения дозы инсулина? Вы изменяете дозу

инсулина для того, чтобы повлиять на показатели веса (посредством повышения или понижения количества вводимых единиц)?

Всесторонний план лечения

Привлечение многопрофильной команды рассматривается как стандарт в лечении, направленном на устранение пищевых расстройств. Эта команда, призванная лечить человека, страдающего и диабетом, и пищевым расстройством, должна включать диabetолога, диаобучателя, диетолога, прошедшего специализацию в лечении пищевых расстройств и/или диабета, психолога, еженедельно проводящего индивидуальные сеансы терапии, и, по возможности, психиатра для психофармакологической оценки и лечения. Для обеспечения максимального качества лечения все члены команды должны напрямую взаимодействовать друг с другом. Человек с диабетом и все члены команды должны понять, насколько это необходимо для предоставления качественного лечения.

В то время как привлечение специалиста-психиатра, знакомого как с диабетом, так и с пищевыми расстройствами, является идеальной целью, все же очень сложно найти врача с такой квалификацией. Привлекать специалистов-психиатров с опытом лечения пищевых расстройств следует в обязательном порядке. Если же этот клиницист незнаком с поведенческими особенностями людей с диабетом, то он должен быть готов регулярно обращаться за консультацией к диabetологам по поводу плана лечения диабета.

Реалистичные цели лечения

Людям с диабетом и пищевыми расстройствами требуется больше медицинской поддержки и наблюдения со стороны многопрофильной команды, нежели просто людям с диабетом. На раннем этапе лечения им может потребоваться медицинская или психиатрическая госпитализация в стационар, в котором они будут пребывать до тех пор, пока их медицинское состояние не станет достаточно

стабильным для проведения амбулаторного лечения. Кроме того, настойчиво рекомендуется проводить еженедельную терапию; кроме того, может возникнуть необходимость в ежемесячном посещении диabetолога или обучающей медсестры из диаккоманды; дополнительно рекомендуется ежемесячное посещение диетолога. Лабораторные исследования (особенно измерение HbA1c и электролитов), а также измерение веса должны проводиться во время каждого посещения врача; психологи и психиатры также должны быть в курсе результатов обследования.

На раннем этапе лечения людям с диабетом и пищевыми расстройствами может потребоваться медицинская или психиатрическая госпитализация в стационар.

Что касается управления диабетом, то в начале лечения следует ставить реально достижимые и поэтапные цели. В начале заболевания интенсивный контроль уровня сахара крови — не самая подходящая цель. В действительности, первичные цели лечения могут сводиться лишь к профилактике эпизодов диабетического кетоацидоза. Также первичной целью должно стать обеспечение медицинской безопасности человека с диабетом. И только затем можно постепенно переходить к увеличению дозы инсулина и количества потребляемой пищи, ослабляя строгость диеты и рекомендуя более регулярный режим приема пищи, а также более частое измерение уровня сахара крови. Людям необходима поддержка для того, чтобы справляться с ожидающими их трудностями. Например, первая трудность, с которой сталкивается большинство людей с диабетом типа 1, — прибавка веса, обусловленная инсулинотерапией. Люди должны научиться распознавать тот специфический отек (эдема), который возможно связан с введением

инсулина и который может создать субъективное ощущение «раздутости», что порождает дискомфорт. Необходимо понимание, что эта проблема временного характера и связана с проходящим застоем жидкости и никак не относящейся к излишнему развитию жировых тканей. Кроме того, полезным будет заметить, что лечение гипогликемии — при помощи высококалорийных сладостей, а не быстро усвояемых углеводов — может вызвать переедание и возможный набор веса. Для того чтобы снизить этот риск, людям нужно рассказывать о правильном размере порции «быстрого средства» от гипогликемии.

Действующие из лучших побуждений медики могут быть разочарованы такими невысокими и нескорее достижимыми целевыми результатами лечения, особенно принимая во внимание то, что они часто не соответствуют современным клиническим руководствам. Однако при работе с людьми, входящими в эту группу риска, очень важно учитывать перспективу. Чем больше женщина уверена в том, что может контролировать этапы лечения, тем выше вероятность того, что она по-прежнему будет принимать участие в этом лечении, улучшая здоровье в целом и повышая качество жизни.

Вывод

Крайне сложно и трудно устранить ряд негативных эмоций от недовольства собственным телом, его формами и весом, хронически повышенным уровнем сахара крови, депрессией, беспокойством, чувством стыда и плохим диабетическим контролем. Принимая во внимание высокую распространенность этих проблем среди женщин с диабетом, а также связанные с ними серьезные медицинские риски, можно говорить о насущной необходимости проведения дополнительных исследований, направленных на адресное и эффективное лечение.

Энн Гоебел-Фаббри

Энн Гоебел-Фаббри — клинический психолог в Диабетологическом Центре Джослин и инструктор по диагностике и лечению психических заболеваний в Гарвардском Медицинском Колледже, США.

Данная статья является обработанной и обновленной версией той, что была первоначально опубликована во втором издании *Practical Psychology for Diabetes Clinicians (Практическая Психология для Диабетологов)*. Александрия, 2002.

Ссылки

- 1 Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, et al. Insulin omission in women with IDDM. *Diabetes Care* 1994; 17: 1178-85.
- 2 Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, et al. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997; 336: 1849-54.
- 3 Peveler RC, Bryden KS, Neil HA, et al. The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 84-8.
- 4 Goebel-Fabbri AE, Fikkan J, Franko DL, Pearson K, Anderson BJ, Weinger K. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007 [E-pub ahead of print 10.2337/dc07-2026].