

РОЛЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ФАКТОРОВ РИСКА ДЕПРЕССИИ, АПАТИИ И ПЛОХОГО КАЧЕСТВА СНА

Нестерова С. А., Путилин Л. В., Прохоров Д. Ю.

*Тульский государственный университет, Медицинский институт, Тула, Россия
nesone4ka@mail.ru*

Введение. Пищевое поведение (ПП) включает поведенческие аспекты приема пищи и может значительно влиять на качество жизни, физическое и психическое здоровье, особенно в период получения высшего медицинского образования. В настоящее время профилактика нарушений ПП – актуальная проблема, решение которой будет способствовать снижению распространенности неинфекционных заболеваний. Для достижения указанной цели необходимо систематически проводить скрининг на предмет наличия сопутствующих психических расстройств у студентов (апатия, депрессия и нарушения сна) и при необходимости проводить их адекватную коррекцию [1].

Цель исследования: оценка особенностей пищевого поведения и его роли в формировании факторов риска депрессии, апатии и плохого качества сна у студентов медицинского института.

Материалы и методы. Осенью 2022 г. 102 студента медицинского института третьего курса (средний возраст – $20,7 \pm 2,3$ года, диапазон – 19-25 лет) заполнили следующие опросники:

- Голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ), который включает 33 пункта и выявляет с помощью 3 субшкал ограничительное (норма < 2,4 балла), эмоциональное (норма < 1,8 балла) и экстернальное (норма < 2,7 балла) пищевое поведение [2].

- PSQI (Питтсбургский индекс качества сна, иначе – ПИКС) – опросник, позволяющий оценить субъективные характеристики сна. Хорошее качество сна оценивалось в пределах 0-5 баллов, плохое – свыше 5 баллов [3].

- PHQ-9 (Опросник здоровья пациента), универсальный инструмент для скрининга, диагностирования, мониторинга и измерения выраженности депрессии. Отсутствие депрессии принималось при 0-4 баллах, незначительной депрессия считалась при 5-9 баллах, умеренной – при 10-14 баллах, тяжелой – при 15-19 баллах и крайне выраженной – свыше 20 баллов [4].

- Шкалу апатии (G.Starkstein и соавт., 1990 г), по которой клинически значимой считалась апатия свыше 14 баллов [5].

Обработка данных проводилась в программе Excel 2016 с помощью пакета анализа данных. Статистическая значимость различий принималась при $p < 0,05$. Результаты представлены как $M \pm m$.

Результаты исследования. Полученные значения опросника DEBQ у обоих полов в среднем соответствуют нормальным и равняются $2,3 \pm 0,1$ балла по шкале ограниченного ПП, $2,0 \pm 0,1$ балла по шкале эмоционального ПП и $2,8 \pm 0,1$ балла по шкале рестриктивного ПП. Подробный анализ результатов

показал, что из нарушений наиболее распространены комбинированные, когда значения по двум или всем трем шкалам выше средних, они обнаружены у 12,7% (n=20) студентов. Изолированный ограничительный тип «пищевой привычки» охватывает 10,8% (n=11) аудитории 3 курса, эмоциональный, как и экстернальный, составил 5,6% (n=6 по отдельности).

Дополнительно в ходе исследования будущим врачам было предложено заполнить опросники PHQ-9, PSQI и шкалу апатии. У студентов без выявленных тенденций к ограничительному, эмоциональному и экстернальному типам пищевого поведения умеренная и тяжелая депрессия (10-19 баллов PHQ-9) встречалась в 9,5% (n=2) случаев, в то время как у студентов с изолированным или комбинированным нарушением ПП – в 40% случаев (n=16); (6,2±0,9 против 9,1±0,9 балла; p<0,05).

Плохое качество сна отмечают 17,5% студентов с нарушениями (6,9±0,5, n=7) и 27,3% (7,2±0,7, n=6) без нарушений пищевого поведения, что достоверно не различается, в то время как клинически значимый уровень апатии достигнут у 40% опрошенных (19,3±1,2, n=7), обладающих определенной пищевой привычкой. Не имеют клинически значимой апатии 68,2% девушек и юношей (9,1±0,7, n=15) с пищевым поведением, соответствующим норме.

Корреляционный анализ обнаружил достоверную положительную связь выраженности депрессии с уровнем апатии (r=0,1638, p=0,05). Связь шкал ПП с качеством сна, выраженностью депрессии или апатии не выявлена.

Выводы. Частота встречаемости комбинированных нарушений пищевого поведения среди студентов-медиков выше, чем изолированных.

Умеренный и тяжелый уровень депрессии отмечен лишь у 9,5% юношей и девушек без тенденции к определенной «пищевой привычке» и у 40% лиц с нарушениями ПП.

Меньший уровень апатии установлен у студентов с ПП, соответствующим норме.

Корреляционный анализ выявил достоверную положительную связь выраженности депрессии с уровнем апатии, а связь шкал ПП с качеством сна, выраженностью депрессии или апатии не установлена.

Литература

1. Типы нарушений пищевого поведения / В. А. Дадаева, Р. А. Еганян, А. И. Королев [и др.] // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 4. – С. 113-119. –
2. Barrada JR, van Strien T, Cebolla A. Internal Structure and Measurement Invariance of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a (Nearly) Representative Dutch Community Sample. Eur Eat Disord Rev. 2016; 24(6):503-509.
3. Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. Psychiatry Research, 28(2), 193-213.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16:606-13.

5. Starkstein, S. E., Mayberg, H. S., Preziosi, T. J., Andrezejewski, P., Leiguarda, R., & Robinson, R. G. (1992). Apathy Scale (AS) [Database record]. APA PsycTests.

THE ROLE OF EATING BEHAVIORS IN THE FORMATION OF RISK FACTORS FOR DEPRESSION, APATHY AND POOR SLEEP QUALITY

Nesterova S. A., Putilin L. V., Prokhorov D. Yu.

Tula State University, Medical Institute, Tula, Russia

nesone4ka@mail.ru

The results of the study showed that of the types of eating disorders in medical students the most common are combined, they were found in 12.7% (n=20) of individuals. Moderate and severe level of depression was noted in 40% of respondents with any eating disorders.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ

Новикова Е. С., Догару Д. А.

Тверской государственной медицинский университет, Тверь, Россия

atmorozovv@gmail.com

Введение. Отморожение – распространенный фактор воздействия внешней среды на организм человека. Данная патология составляет около 3-10% от всех травм населения, которые могут привести в дальнейшем к инвалидности и даже к летальному исходу [1]. Актуальность холодовых травм обусловлена сложностью течения заболевания, длительностью лечения, сложным восстановлением и высоким уровнем инвалидизации населения. Отморожения характеризуются несколькими степенями и разнообразием форм, однако общая черта для всех видов холодовых травм – понижение тканевой температуры, что может привести к необратимым процессам в тканях и органах [2].

Выделяют поверхностное отморожение, к которому относятся 1 и 2 степени, и глубокое отморожение – 3 и 4 степени. Данное разделение используют для того, чтобы правильно оказать пострадавшему специализированную медицинскую помощь. Поверхностное отморожение лечится в амбулаторных условиях, поскольку оно редко ограничивает трудоспособность пациента. В то время как глубокое отморожение не только трудно поддается лечению, но и может привести к инвалидности или даже к летальному исходу. В основе неблагоприятных последствий местной холодовой травмы лежит «хроническая» эндотелиальная дисфункция. Большинство неблагоприятных последствий, в том числе и инвалидность пострадавших, связаны с отсутствием общепринятой тактики лечения холодовых травм [3].