

## ТИПЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**Гирш Я.В., Герасимчик О.А., Юдицкая Т.А.**

*ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры,  
Медицинский институт, кафедра детских болезней, г. Сургут,  
БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск*

Избыточный вес и нарушение пищевого поведения отражают взаимосвязь соматических и психических составляющих в решении проблемы пищевой аддикции. Получены достоверные различия типов пищевого поведения в группах подростков с нормальной и избыточной массой тела: у подростков с избыточной массой тела и ожирением преобладает ограничительное пищевое поведение, у подростков с нормальной массой тела - экстернальное поведение.

**Ключевые слова:** подростки, ожирение, пищевое поведение.

### Types Of Eating Disorders Of Adolescents With Different Body Mass

**Girsh Ya.V., Gerasimchik O.A., Yuditskaya T.A.**

*Department of Children's Diseases, Medical institute at Surgut State University of KMAO-Ugra,  
Surgut, Regional children's clinical hospital, Omsk*

Overweight and eating disorders reflect the interrelation of physical and mental components in solving the problem of food addiction. Received significant differences between the various types of eating disorders in groups of adolescents with normal and overweight: adolescent overweight and obesity prevails restraint eating behavior, adolescents with normal body weight - external eating behavior.

**Keywords:** adolescents, obesity, eating behavior.

### Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2025 г. предполагается двукратное увеличение количества лиц всех возрастов с ожирением. Неутешительным является тот факт, что прогрессирующее увеличение численности больных, страдающих ожирением, отмечается не только среди взрослого, но и среди детского населения [1; 2]. Расчетная распространенность метаболического синдрома среди подростков в США составляет более 2,5 миллионов человек [1; 3]. По Российской Федерации, к сожалению, точной статистики на настоящий момент нет. По данным эпидемиологических исследований, в большинстве экономически развитых стран мира прослеживается отчётливая тенденция к увеличению числа больных с нарушением пищевого поведения (ПП), сопровождающегося тяжёлыми соматоэндокринными расстройствами и вызывающим стойкую психосоциальную дезадаптацию пациентов [3; 4; 5; 6]. Избыточный вес и нарушение пищевого поведения можно рассматривать, как взаимоотношения,

отражающие связь соматических и психических составляющих в решении единой проблемы – проблемы пищевой аддикции.

Пищевое поведение можно представить, как образ жизни и действий в различных условиях, включающий в себя поиск, выбор, поглощение пищи с учётом её регуляторных, сенсорных и других свойств для обеспечения организма энергетическими и пластическими материалами, достижение психологического комфорта от её приёма [5; 6; 7], а также оценку этих процессов в соответствии с потребностями, режимом питания, вкусовыми, диетическими, культурными, социальными, семейными, биологическими и иными предпочтениями.

Основной проблемой в лечении ожирения является отсутствие курса лечения, а необходимость пожизненной терапии. Без учета специфики пищевого поведения больного невозможно построить адекватную схему терапии и добиться долговременного клинического эффекта [5; 6; 7]. В этой связи, психологические особенности пациентов и их пищевое поведение определяет ожидаемый результат. Если для взрослой когорты пациентов особенности пищевого поведения, эмоционально-личностные и психологические характеристики изучены, то для детской возрастной группы исследования этого направления являются актуальными [5; 6; 7].

**Целью** исследования явилась оценка типов пищевого поведения у подростков с нормальной, избыточной массой тела и ожирением.

#### **Материалы и методы**

Исследование выполнено методом сплошной выборки в два этапа. Объектом исследования стали 214 учащихся общеобразовательных школ г. Сургута и г. Омска 13-14 лет.

На первом этапе всем детям проведена оценка антропометрических показателей: масса тела, длина тела, с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ), согласно гендерным и возрастным признакам. В зависимости от значений ИМТ дети и подростки были разделены на 2 группы: 1-ая группа – пациенты с массой тела, соответствующей возрасту и полу, 2-ая группа – пациенты с избыточной массой тела / ожирением.

На втором этапе работы проведено анкетирование с использованием голландского опросника нарушений пищевого поведения (DEBQ) для оценки типов пищевого поведения, как у детей с избыточной массой тела, так и у пациентов с массой тела, соответствующей возрасту и полу [5]. Исследование проводилось без учета данных анамнеза, наличия или отсутствия хронической соматической и эндокринной патологии для получения общей информации о типах пищевого поведения школьников. Результаты

исследования обработаны с применением пакета программ STATISTICA, версия 6.0 (Stat-Soft, 2001), программ статистического анализа Microsoft Excel, 7.0.

### **Результаты исследований и их обсуждение**

Группу исследования составили 214 подростков 13-14 лет: 121 мальчик и 93 девочки со средним возрастом  $14 \pm 0,8$  лет. Оценка индекса массы тела позволила выделить группу подростков с нормальной массой тела (1) – 135 человек и группу пациентов (2) с избыточной массой тела / ожирением – 79 подростка. Таким образом, частота встречаемости детей с избыточной массой тела и ожирением составила 37% в сплошном исследовании школьников без учета анамнеза, сопутствующей патологии, особенностей питания и физической активности. Во 2-ой группе подростки с избыточной массой по оценке ИМТ составили 91% ( $n=72$ ), ожирение диагностировано у 9% пациентов ( $n=7$ ). Оценка гендерных различий показала, что среди подростков с избыточной массой тела преобладали девочки ( $p > 0,05$ ), в то время, как ожирение чаще встречалось у мальчиков ( $p > 0,05$ ).

Определяли основные типы нарушений пищевого поведения (ПП) и частоту их встречаемости у подростков: экстернальное пищевое поведение, эмоциогенное и ограничительное пищевое поведение [6; 7; 8; 9].

В группе подростков с избыточной массой тела / ожирением нарушения пищевого поведения выявлены в 91% случаев, в группе детей с массой тела, соответствующей возрасту и полу, нарушения регистрировались также достаточно часто - в 75% случаев ( $p > 0,05$ ), однако, оценка степени выраженности нарушений ПП показала, что группы имеют достоверные различия по степени выраженности указанных нарушений ( $p < 0,05$ ). Несмотря на высокий процент нарушений ПП в группе подростков без изменений массы тела, низкие значения этих нарушений указывают на отсутствие жестких стереотипов питания в детской возрастной группе, лабильное отношение к меняющимся условиям, что создает благоприятную почву для формирования в дальнейшем правильного ПП и возможность проведения коррекции пищевых стереотипов до неблагоприятного изменения массы тела [4; 10; 11].

Экстернальное пищевое поведение - это повышенная реакция не на внутренние стимулы к приему пищи (уровень глюкозы, СЖК, наполненность желудка, моторика желудочно-кишечного тракта), а на внешние стимулы: накрытый стол, принимающего пищу человека, рекламу пищевых продуктов [9].

По данным исследования взрослой когорты, практически у всех пациентов с ожирением в той или иной степени выражено экстернальное ПП [5; 6; 8]. У здоровых

людей с нормальной массой тела повышенная реакция на внешние пищевые стимулы наблюдается только в состоянии голода, при этом ее степень прямо пропорциональна интервалу между приемами пищи, во многом зависит от ее количества и состава. У больных ожирением подобная закономерность отсутствует [5].

Другим типом нарушения ПП является эмоциогенное пищевое поведение, которое, по нашим данным, встречается у 60% больных ожирением [5; 6; 9]. При этом типе нарушения ПП стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он подавлен, обижен, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко. Образно говоря, человек с эмоциогенным ПП «заедает» свои горести и несчастья.

Ограничительное пищевое поведение – это избыточные пищевые самоограничения и бессистемные слишком строгие диеты, к которым время от времени прибегают все больные ожирением. Периоды ограничительного пищевого поведения сменяются периодами переедания с новым интенсивным набором веса. Указанные периоды при ограничительном пищевом поведении приводят к эмоциональной нестабильности. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название диетической депрессии [10]. Диетическая депрессия приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву заболевания. После таких эпизодов у пациентов формируются выраженное чувство вины.

В группе подростков с избыточной массой тела / ожирением (2-ая группа) определена иная структура нарушений пищевого поведения. По данным опросника DEBQ, у обследованных чаще диагностировалось ограничительное пищевое поведение 41% пациентов, реже встречался экстернальный тип пищевого поведения - в 36% случаев и нарушение ПП по эмоциогенному типу диагностированы у 14% подростков. Наличие ограничительного пищевого поведения встречается у взрослых, преимущественно с небольшим стажем заболевания (до 3-х лет) [6]. Очевидно, что в детской возрастной группе преобладают пациенты с небольшим стажем ожирения или с избыточной массой тела [11]. Все три фактора нарушенного ПП присутствовали у 24% пациентов с избыточной массой тела и ожирением, сочетание ограничительного и эмоциогенного у 11%, эмоциогенного и экстернального у 7%, ограничительного и экстернального у 15% подростков.

В 1-ой группе преобладал экстернальный ТПП – 60% случаев ( $p < 0,05$ ), ограничительное пищевое поведение в 10% случаев ( $p < 0,05$ ), а эмоциогенное ПП у 5%

подростков ( $p < 0,05$ ). Преобладание экстернального ПП с реакцией на внешние стимулы является типичным для всей детской возрастной группы, в большей степени младшего возраста и сохраняется в пубертате (рис. 1). Комбинации нескольких типов нарушенного ПП в 1-ой группе встречались только у 8% пациентов ( $p < 0,05$ ): сочетание эмоциогенного и экстернального у 4%, ограничительного и эмоциогенного у 2%, ограничительного и экстернального у 2% подростков.

У пациентов с избыточной массой тела / ожирением по сравнению с 1-ой группой продемонстрировано повышение уровня эмоциогенного ( $p > 0,05$ ) и ограничительного ПП ( $p < 0,05$ ).

Решающее значение для формирования нарушений ПП имеет наследственная дисфункция церебральных систем, регулирующих прием пищи. Главную роль играет серотонинергическая недостаточность [3; 6; 9]. Вслед за потреблением повышенных количеств высокоуглеводной легкоусвояемой пищи в крови увеличивается уровень глюкозы, что ведет к гиперинсулинемии, в условиях которой гематоэнцефалический барьер становится более проницаем для триптофана, в связи с чем, увеличивается его уровень в ЦНС, что ведет к усилению синтеза серотонина. Таким образом, потребление высокоуглеводной пищи служит своеобразным механизмом, позволяющим стимулировать недостаточную активность серотонинергических систем мозга. Серотонин является нейромедиатором мозга, который участвует в формировании насыщения и эмоционального комфорта. Учитывая указанную зависимость, вполне возможно назвать высокоуглеводную пищу лекарством, эмпирически найденным больными: оно помогает им достичь эмоционального комфорта, избавившись от состояния угнетенности, раздражения, тревоги и плохого настроения, приносит успокоение, ощущение радости, сытости, покоя.

Существенное значение в формировании эмоциогенного ПП имеет неправильное воспитание в раннем детстве [6; 9].

1. Пища играет доминирующую роль в жизни семьи. Семья - главный источник удовольствия. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. Любой соматический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью как голод. Наблюдается стереотипное кормление ребенка в ситуациях внутреннего дискомфорта, что не позволяет ему научиться дифференцировать соматические ощущения и эмоциональные переживания, например голод от тревоги и внутреннего напряжения.

3. В семьях не происходит адекватного поучения другому поведению в период стресса, кроме потребления пищи.

4. Обнаружены нарушенные взаимоотношения между матерью и ребенком. В основном они проявляются формальной гиперопекой, при которой главными заботами матери являются только две: одеть и накормить ребенка. Привлечь внимание такой матери ребенок может только, когда он голоден и его нужно накормить. Процесс приема пищи становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость приема пищи.

5. В семьях преобладают психотравмирующие конфликтные ситуации.

### **Заключение**

Нарушения пищевого поведения выявляются у подростков с нормальной массой тела в 69% случаев, в группе с избыточной массой тела / ожирением в 96%. При этом, получены достоверные различия типов пищевого поведения в группах подростков с нормальной и избыточной массой тела: у подростков с избыточной массой тела / ожирением преобладает ограничительное пищевое поведение (50%), у подростков с нормальной массой тела - экстернальное поведение (58%) ( $p < 0,05$ ).

У детей с избыточной массой тела / ожирением комбинированные формы нарушений пищевого поведения, включающих эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение, встречаются достоверно чаще, чем у детей с массой тела, соответствующей возрасту и полу. Нарушения пищевого поведения являются значимыми механизмами, лежащими в основе дебюта ожирения, нарастания и поддержания избытка массы тела.

### Список литературы

1. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age // Acta. Paediatr. Suppl. 2006. - V. 450. - P. 76-85.
2. Нетребенко О.К. Ожирение у детей: истоки проблемы и поиски решений // Педиатрия. 2011. - Т. 90. - № 6. - С. 104-113.
3. Zimmet P. Recent trends of body mass index distribution among school children in Sendai, Japan: Decrease of the prevalence of overweight and obesity, 2003–2009 // Obesity Research & Clinical Practice. 2011. - V. 5. - P. 1-8.
4. Гирш Я.В., Вернигорова Н.В. Практическое значение определения метаболического сосудистого синдрома у детей и подростков // Научно-практический журнал «Вестник СурГУ. Медицина». 2010. - № 4. - С. 81-95.

5. Van Strien T. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // *Int. J. Eating Disord.* 1986. - Vol. 2. - P. 188-204.
6. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // *Журнал неврологии и психиатрии.* 2001. - № 12. - С. 19-24.
7. Kathleen A., Dongju S., Renata Belfort-DeAguiar, Cheryl Lacadie, James Dzuira, Sarita Naik, Suma Amarnath, R. Todd Constable, Robert S. Sherwin Circulating glucose levels modulate neural control of desire for high-calorie foods in humans // *J. Clin. Invest.* 2011. - 121(10). - P. 4161–4169.
8. Cornier MA, Salzberg AK, Endly DC, Bessesen DH, Tregellas JR. Sex-Based differences in the behavioral and neuronal responses to food // *Physiol Behav.* 2010. - P. 641-657.
9. Shachter S. Obesity and eating // *Science.* 1968. - № 361. - P. 751-756.
10. Stunkard A. J. Obesity // *American Psychiatric Association Annual Review.* 1985. - V. 4. - P. 419-442.
11. Гирш Я.В., Юдицкая Т.А., Тепляков А.А. Сравнительная характеристика типов пищевого поведения у детей и подростков с различной массой тела // *Научно-практический журнал «Вестник СурГУ. Медицина».* – 2013. – №16 (2). – С. 33-37.

---

Гирш Яна Владимировна – д.м.н., профессор кафедры детских болезней Медицинского института, ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет» ХМАО-Югры», Сургут, e-mail: yanaef@yandex.ru