

## ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ОЖИРЕНИЕМ<sup>1</sup>

Манская Е. Г.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков  
katrusiya@yandex.ru

В настоящее время ожирение признано ВОЗ эпидемией XXI века. По ее данным, избыточную массу тела на сегодняшний день имеют более 1 млрд человек на планете.

Ожирение (избыточное отложение жира в организме как результат дисбаланса расхода и потребления энергии) может быть либо самостоятельным многофакторным заболеванием — первичное ожирение (алиментарно-конституциональное), либо синдромом, сопровождающим другие заболевания — вторичное ожирение (симптоматическое) [1, 2]. В структуре заболеваемости первичное ожирение диагностируется в 95% больных, в то время как вторичное ожирение диагностируется лишь в 5% случаев.

Изначально человеческий организм формировался в условиях потребления пищи, количество которой было эквивалентным затрачиваемой энергии [3–5]. Известно, что потребление пищи не только компенсирует энергозатраты, но и улучшает психологическое состояние человека посредством выработки биологически активных веществ, оказывающих морфиноподобный эф-

фект (с легкой эйфорией и, достаточно часто, — с пищевой зависимостью) [3, 4, 6].

Основной этиологической причиной развития первичного ожирения является алиментарный фактор. У пациентов с первичным ожирением, начавшимся в детском и пубертатном периодах жизни, часто во взрослом возрасте формируется метаболический синдром, ранний атеросклероз, инсулинорезистентность, сахарный диабет (СД) 2 типа и связанные с ним сосудистые осложнения, а также развиваются онкологические заболевания [7–9]. Население развитых стран в настоящее время является своеобразными заложниками легкодоступной пищи, особенно углеводной и жирной, при этом пища переходит из категории жизненно необходимой в категорию удовольствий, которые человек пытается получать с каждым разом в ещё больших количествах. Таким образом постепенно формируется нарушение пищевого поведения, которое является предиктором развития первичного ожирения.

У здорового человека с нормальной массой тела усиление реакции на внешние сти-

<sup>1</sup>Работа выполнена в рамках научной тематики отделения патологии половых желез ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского» «Оптимизация диагностики и терапии нарушений репродуктивного здоровья эндокринного генеза у людей молодого возраста».

Организацией, финансирующей работу, является НАМН Украины.

Автор гарантирует ответственность за все, что опубликовано в статье.

Автор гарантирует отсутствие конфликта интересов и собственной финансовой заинтересованности при выполнении работы и написании статьи.

мулы проявляется только в состоянии голода. При этом степень выраженности реакции прямо пропорциональна интервалу между приемами пищи. Но у больных с ожирением эта закономерность отсутствует.

Выделяют три основных типа нарушений пищевого поведения: ограничительное, эмоциональное и экстернальное [10, 11]. Экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией больного не на внутренние стимулы к приему пищи (уменьшение уровня глюкозы в крови, наполненность желудка и его опорожнение и другие), а на внешние стимулы: накрытый стол, реклама пищевых продуктов, пребывание больного рядом с теми местами, где готовят или продают пищу, кто-либо рядом принимающий пищу и другие. основополагающим фактором появления этого типа пищевого поведения является доступность пищи, что объясняет превалирование данного типа пищевого поведения в экономически развитых странах. Больные едят до тех пор, пока не закончится коробка конфет, не будут истрачены все деньги в кафе или при покупке продуктов, даже если большая часть из них не нужна.

Другим видом нарушения является эмоциональное пищевое поведение (синонимы — эмоциональное перекармливание, гиперфагическая реакция на стресс). Подобное состояние развивается у людей с онтогенетической психофизиологической незрелостью. Такие поведенческие навыки в большинстве случаев закладываются в раннем детском возрасте при отсутствии должного внимания к ребенку со стороны родителей и психологических проблемах в семье.

Ограничительное пищевое поведение характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством сокращения потребления калорий. В течение последних 30 лет соблюдение диеты стало более популярным, в особенности в западном

обществе среди молодых женщин, и это можно считать одним из факторов, способствующих перекармливанию. Соблюдение диеты — это преднамеренное замещение питания, регулируемого чувством голода, распланированным и рациональным питанием. Люди, ограничивающие себя в питании, игнорируют внутренние сигналы голода или жажды и придерживаются низкокалорийного режима питания, который, как предполагается, приведет к потере веса.

Лечение первичного ожирения, наряду с применением сбалансированной диеты, адекватных физических нагрузок и медикаментозных препаратов, предусматривает и проведение психологических сеансов, для эффективности которых, безусловно, необходима оценка типа и степени нарушений пищевого поведения больных.

Оценка типов нарушений пищевого поведения не представляет собой трудоемкого исследования, может быть проведена амбулаторно, не занимает много времени (для заполнения опросника пациенту необходимо от 5 до 15 минут), может быть использована у пациентов с различной степенью интеллекта. По результатам опросника врач может сделать заключение о том, нуждается ли больной в консультации психолога (психотерапевта) в дальнейшем для коррекции пищевого поведения.

Голландский опросник оценки пищевого поведения нашел широкое применение в рутинной практике эндокринологов и психологов в странах западной Европы, в Северной Америке и Австралии [12, 13]. На территории Украины и стран СНГ данный опросник не используется в рутинной работе эндокринологов, психологов при диагностике первичного ожирения.

Целью данного исследования было изучение особенностей пищевого поведения у молодых женщин с первичным ожирением с учетом возраста манифестации заболевания.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 105 женщин 16–45 лет (средний возраст  $29 \pm 7$  лет) с первичным ожирением, которые находились на обследовании и лечении в клинике ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины».

Степень ожирения определяли по индексу массы тела (ИМТ) согласно критериям ВОЗ [14], тип ожирения оценивали по общепринятому индексу соотношения объема талии и объема бедер (ОТ/ОБ) [15, 16]. Гиноидный или андроидный тип ожирения определяли по критериям NCEP — ATR III (National Cholesterol Education Program — Adult Treatment Panel III), учитывая, что нормальное соотношение ОТ/ОБ для женщин составляет не более 0,85 [17].

Для оценки пищевого поведения использовался Голландский опросник пищевого поведения (Denmark Eating Behavior Questionnaire — DEBQ) [10, 11], который включает 33 вопроса и позволяет выявить нарушения различных типов пищевого поведения. Проводится анкетирование больных, результаты выражаются количественно, в баллах [10]. Для здоровых лиц с нормальной массой тела средние показатели ограничительного, эмоционального и экстернального пищевого поведения составляют 2,4; 1,8 и 2,7 балла, соответственно. Если по какой-либо из шкал набрано баллов больше среднего значения, то можно диагностировать нарушения в пищевом поведении. При ограничительном пищевом поведении очень высокий балл ( $> 4,0$ ) характерен для анорексии при излишнем контроле над съеденной пищей. Балл  $< 2,4$  при ограничительном пищевом поведении присущ таким нарушениям, как булимия.

Использование Голландского опросника

пищевого поведения при комплексном исследовании пациентов наряду с антропометрическими данными и гормонально-биохимическими показателями позволяет выявить наличие психологической составляющей. Модификация образа жизни у пациентов с ожирением начинается с осознания всей тяжести заболевания самим пациентом, что успешно демонстрирует данный опросник.

В нашем исследовании пациентки были разделены на группы в зависимости от возраста манифестации прибавки массы тела. Группу 1 составили лица, у которых ожирение манифестировало в детском и пубертатном возрасте ( $n = 54$ , средний возраст  $27 \pm 7,5$  лет); группу 2 — лица, у которых ожирение развилось в постпубертатный период ( $n = 51$ , средний возраст  $30 \pm 7$  лет). Группу контроля составили 16 женщин с нормальной массой тела (ИМТ от 18 до 22,8) в возрасте  $30 \pm 4,8$  лет.

Статистический анализ данных проведен методами вариационной статистики с помощью стандартного набора программ Excel та «Statgrafhics Plus 3.0» (Manugistic Inc. USA). Рассчитаны средние арифметические значения и их статистические ошибки ( $\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$ ). Статистическая значимость расхождения между группами оценивали по критериям  $t$  Стьюдента и  $\chi^2$ . Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных показал, что перед началом анкетирования ни одна из пациенток не признавала у себя какие либо нарушения пищевого поведения, однако при детальном опросе было выявлено, что, в целом, у 73,3% больных отмечались те или иные нарушения, описанные в литературе [3, 8] (табл. 1).

Высокий средний балл экстернального пищевого поведения в группе контроля (женщины с нормальной массой тела) указывает на критическое отношение к себе. Эпизоды усиления экстернального пищевого поведения отмечаются у них 2–5 раз в месяц.

При детальном опросе пациенток основной группы эпизоды нарушений экстернального пищевого поведения встречаются практически ежедневно, но, в отличие от контрольной группы, критически не оцениваются; ежедневные, систематические положительные реакции на внешние пищевые раздражители не расцениваются как «частые».

Нарушения ограничительного пищевого поведения отмечены у небольшого количества больных как в группе 1, так и в группе 2 (11,1 и 5,9%, соответственно). Частота нарушений эмоционального пищевого поведения (46,3%) была статистически значимо выше

в группе женщин с длительным анамнезом заболевания (табл. 2). Более чем у половины больных (56,1 % в группе 1 и 51,0 % в группе 2) выявлены нарушения экстерналию пищевого поведения, то есть эти женщины зависимы от внешних раздражителей (вид, запах продуктов питания и т. д.) и количество съеденной ими пищи в большинстве случаев не соответствует реальным физиологическим потребностям [3, 4, 8, 18, 19] (табл. 2).

Установлено, что среди всех обследованных сформировались определенные подгруппы, в которых имелись нарушения сразу двух или трех видов пищевого поведения. В группе 1 у 5,6 % больных были выявлены нарушения трёх типов пищевого поведения.

Группа 1 и группа 2 не различались между собой по частоте каких-либо нарушений пищевого поведения, однако выявлены особенности пищевого поведения в зависимости от степени ожирения (табл. 3). А именно, по мере прогрессирования ожирения увеличивается число больных с нарушениями экстерналию и эмоционального пищевого поведения.

Статистически значимых различий по степени ожирения среди пациенток группы 1 и группы 2 выявлено не было. Таким образом, была установлена идентичность по составу основных групп (табл. 4).

Отсутствуют данные о проведении исследований, сравнивающих пищевое поведение у молодых женщин с первичным

Т а б л и ц а 1

## Балльная оценка пищевого поведения женщин с первичным ожирением

Характер пищевого поведения	Женщины с ожирением			Контроль	Норма
	группа 1	группа 2	Всего		
Ограничительное	3,2 ± 0,73	3,07 ± 0,63	3,15 ± 0,69	3,11 ± 0,95	≥ 2,4
Эмоциональное	1,96 ± 0,79	1,96 ± 0,93	1,95 ± 0,85	1,74 ± 0,57	≤ 1,8
Экстерналию	2,82 ± 0,68	3,05 ± 0,58	2,92 ± 0,65	3,19 ± 0,63	≤ 2,7

Т а б л и ц а 2

## Частота нарушений пищевого поведения у женщин с первичным ожирением, %

Характер пищевого поведения	Группа 1 (n = 54)	Группа 2 (n = 51)	p
Ограничительное	11,11	5,88	> 0,5
Эмоциональное	46,3	25,5	< 0,05
Экстерналию	59,3	51,0	> 0,5

Примечание. p — статистическая значимость различий между группами по критерию  $\chi^2$ .

Т а б л и ц а 3

## Частота нарушений пищевого поведения у женщин с разной степенью ожирения, %

Характер пищевого поведения	Степень ожирения		
	I	II	III
Ограничительное	2,1 %	0	6,32 %
Эмоциональное	6,32 %	11,58 %	17,9 %
Экстерналию	12,63 %	13,68 %	25,26 %

**Распределение женщин с первичным ожирением по степени ожирения,  
рассчитанной по индексу массы тела, %**

Группа	Степень ожирения			
	Избыточная масса тела	I	II	III
1	7,41 %	22, %	22,2 %	48,15 %
2	13,73 %	31,37 %	23,53 %	31,37 %
	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05	p < 0,05

Примечание. p — достоверность различий между группами по критерию  $\chi^2$ .

ожирением, в зависимости от периода жизни, когда началась манифестация заболевания.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у 73 % женщин с первичным ожирением отмечается нарушение пищевого поведения. С помощью Голландского опросника пищевого поведения удалось выяснить, какие типы нарушений пищевого поведения присущи пациенткам с первич-

ным ожирением в зависимости от возраста манифестации заболевания. Установлено, что частота нарушений эмоционального пищевого поведения статистически значимо выше в группе женщин с длительным анамнезом заболевания. Выявлен высокий процент пациенток с нарушением экстернального пищевого поведения в обеих группах как основополагающий критерий в структуре алиментарного ожирения.

## ВЫВОДЫ

1. С помощью простых методов исследования (Голландский опросник пищевого поведения) можно определить наличие нарушений типов пищевого поведения, о которых больные либо не подозревают, либо осознанно умалчивают.
2. Низкий процент больных с нарушением ограничительного пищевого поведения как группе женщин, у которых ожирение манифестировало в детском и пубертатном возрасте, так и в группе женщин, у которых ожирение развилось в постпубертатный период (11,1 и 5,9 %, соответственно) служит подтверждением того, что женщины с ожирением неадекватно оценивают сложившуюся ситуацию и не считают возможным ограничивать себя в пище.
3. Существуют статистически значимые различия в частоте эмоционального пищевого поведения между пациентами, у которых ожирение манифестировало в детском и пубертатном возрасте, и женщинами с постпубертатным ожирением (46,3 и 25,5 %, соответственно), что является подтверждением психологической несостоятельности и /или формирования в детском возрасте ложных приоритетов и поощрений (еда вместо психологического решения различных проблем).
4. У каждой второй пациентки (у 56,1 % женщин с препубертатным ожирением и у 51,0 % женщин с постпубертатным ожирением) выявлено нарушение экстернального пищевого поведения, которое проявляется переяданием вопреки потребностям организма в пище.

**ЛИТЕРАТУРА  
(REFERENCES)**

1. Vejn AM, Voznesenskaja TG. *Mezhdunar Med Zhurn* 2000; 1:90-93.
2. Bondar PM, Myhal'chyshyn GP, Peshko AO. *Simejna Medycyna* 2008; 1:82-85.
3. Voznesenskaja TG, Vahmistrov AV. *Zhurn Neurologii i Psichiatrii* 2001; 12:19-24.
4. Voznesenskaja TG. *Mezhdunar Jendokrinol Zhurn* 2007; 3(9):98-101.
5. Bessensen DG, Kushnir R. Izbytochnyj ves i ozhirenie. Profilaktika, diagnostika i lechenie, *Moskva*, 2006: 240 p.
6. Ginzburg MM, Krjukov NN. Ozhirenie. Vlijanie na razvitie metabolicheskogo sindroma. Profilaktika i lechenie, *Moskva*, 2002: 125 p.
7. Stroev JuI, Churilov LP. Jendokrinologija prodrostkov, *Sankt-Peterburg*, 2004: 384 p.
8. Volkova GE. Pishhevoe povedenie, jemocional'nolichnostnye osobennosti mediatory jenergeticheskogo obmena u bol'nyh ozhireniem, *Moskva*, 2011: 26 p
9. Cerelio A, Motz E. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004; 24(5):816-823.
10. Van Streien T, et al. *Int J Eat Dis* 1986; 2:188-204.
11. The eating disorders, eds. Giannini AJ, Slaby AE, *New York*, 1993: 283 p.
12. Azagba S, Sharaf MF. *J Prim Care Com Health* 2012; 3(1):57-64.
13. Nolan LJ, Geliebter A. *Eat Behav* 2012; 13(3):202-206.
14. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical report series no. 894, *Geneva*, 2000: 23 p.
15. Tian C, Yu B, Shao J. Diabetes and Metabolism: Poster displays 18 th Intern. Diabetes Federation Congress, *Paris*, 2003; 1880:4S-149.
16. *JAMA* 2001; 285(19):2486-2497.
17. Rodriguez G, Moreno LA, Blay MG, et al. *Int J Obes Relat Metabol Disord* 2004; 28(3):54-58.
18. Masheb RM, Grilo CM. *Int J Eat Dis* 2006; 39(2):141-146.
19. Pinhasov BB, Shorin JuP, Seljatickaja VG. *Sibirskij Vestnik Psichiatrii i Narkologii* 2009; 52(1):80-83.

**ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДИХ ЖІНОК  
З ПЕРВИННИМ ОЖИРІННЯМ**

**Манська К. Г.**

*ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», м. Харків  
katrusiya@yandex.ru*

У статті подано характеристику порушень харчової поведінки, які є основою для формування первинного ожиріння у молодих жінок. Встановлено, що за допомогою простих методів дослідження (Голландський опитувальник харчової поведінки) можна визначити, які типи харчової поведінки домінують у жінок з первинним ожирінням, про які хворі або не підозрюють, або усвідомлено замовчують. Низький відсоток хворих з порушенням обмежувальні харчової поведінки як групі жінок, у яких ожиріння маніфестувало в дитячому та пубертатному віці (група 1), так і в групі жінок, у яких ожиріння розвинулося у постпубертатному періоді (група 2) (11,1 та 5, 9 %, відповідно) підтверджує, що жінки з ожирінням неадекватно оцінюють ситуацію, що склалася, і не вважають за необхідне обмежувати себе в їжі. Виявлено статистично значущі відмінності за частотою емоційної харчової поведінки між пацієнтками з групи 1 та групи 2 (46,3 і 25,5 %, відповідно), що є підтвердженням психологічної неспроможності та / або формування в дитячому віці помилкових пріоритетів і заохочень (їжа замість психологічного рішення різних проблем). У кожній другій пацієнтки в обох групах виявлено порушення екстернальної харчової поведінки, що проявляється в переїданні всупереч потребам організму в їжі.

**К л ю ч о в і с л о в а:** первинне ожиріння, молоді жінки, харчова поведінка.

## ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Манская Е. Г.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины»,  
г. Харьков  
katrusiya@yandex.ru

В статье дается характеристика нарушений пищевого поведения, являющихся основополагающими в формировании первичного ожирения у молодых женщин. Установлено, что с помощью простых методов исследования (Голландский опросник пищевого поведения) можно определить, какие типы пищевого поведения доминируют у женщин с первичным ожирением, о которых больные либо не подозревают, либо осознанно умалчивают. Низкий процент больных с нарушением ограничительного пищевого поведения как группе женщин, у которых ожирение манифестировало в детском и пубертатном возрасте (группа 1), так и в группе женщин, у которых ожирение развилось в постпубертатный период (группа 2) (11,1 и 5,9%, соответственно) служит подтверждением того, что женщины с ожирением неадекватно оценивают сложившуюся ситуацию и не считают необходимым ограничивать себя в пище. Выявлены статистически значимые различия в частоте эмоционального пищевого поведения между пациентками из группы 1 и группы 2 (46,3 и 25,5%, соответственно), что является подтверждением психологической несостоятельности и/или формирования в детском возрасте ложных приоритетов и поощрений (еда вместо психологического решения различных проблем). У каждой второй пациентки в обеих группах выявлено нарушение экстерналичного пищевого поведения, которое проявляется в переедании вопреки потребностям организма в пище.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** первичное ожирение, молодые женщины, пищевое поведение.

## FEATURES OF EATING DISORDERS IN YOUNG WOMEN WITH PRIMARY OBESITY

Manska K. G.

SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine», Kharkiv  
katrusiya@yandex.ru

This article describes eating disorders, which are the basis in the formation of primary obesity in young women. It was found that simple method of study (Dutch eating behavior questionnaire) can determine what types of eating behaviors are predominant in women with primary obesity, about which patients either unaware or deliberately silent. The low percentage of patients with disorders of restrictive eating behaviors as in the group of women who have obesity manifested in childhood and adolescence (Group 1) and in the group of women who have obesity developed in post-pubertal (Group 2) (11.1 and 5.9%, accordingly) confirms that women with obesity inadequately view the situation and do not consider it possible to limit yourself in food. It was found statistically significant differences in the frequency of emotional eating behaviors among patients from Group 1 and Group 2 (46.3 and 25.5%, accordingly), that confirms the psychological inadequacy and/or formation in childhood false priorities and incentives (substitution psychological solutions various issues by food). Every second patient in both groups has disorders of externalities eating behavior, which manifests in overeating in spite of the body's needs in food.

**K e y w o r d s:** primary obesity, young women, eating behavior.