

УДК 616-056.52-053.6-07

СОРОКМАН Т.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ

Резюме. У статті проаналізовано частоту надмірної маси тіла та ожиріння в дітей Чернівецької області, досліджено порушення харчової поведінки в дітей з ожирінням, наведено результати багатопланового анкетування з визначенням показників у підсистемах «батько — мати» та «батьки — діти».

Матеріал і методи. Обстежено 325 дітей віком від 10 до 18 років. Контрольну групу становили 80 практично здорових дітей того ж віку. Методи обстеження включали збір анамнезу, антропометрію (ріст, маса тіла, розрахунок індексу маси тіла, окружність талії, окружність стегон), лабораторні та інструментальні методи обстеження. Проводилося багатопланове анкетування з визначенням показників у підсистемах «батько — мати» та «батьки — діти». Види порушення харчової поведінки досліджувалися за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ).

Результати. Показано, що надмірна маса тіла та ожиріння частіше спостерігаються в хлопчиків (60 %) вікової групи 15–18 років та в дівчаток (40 %) віком 12–15 років. У підлітків, які страждають від ожиріння, порушення харчової поведінки виявляються статистично значимо частіше, ніж у їх здорових однолітків. Особливо часто діагностується екстернальний тип харчової поведінки. Здебільшого відзначається поєднання декількох типів (екстернальний, обмежувальний, емоціогенний) харчової поведінки. Виникнення розладів харчової поведінки найчастіше відмічалось в родинях із такими рисами, як надпротекторність та ригідність (45,5 та 37,8 % відповідно).

Висновок. Запорукою успішної профілактики ожиріння є формування в дітей здорового способу життя, що включає довготривалі навички правильного харчової поведінки з перших років життя.

Ключові слова: діти, надмірна маса тіла, ожиріння, розлади харчової поведінки.

Нині у світі близько 7 % дорослого населення страждає від ожиріння (майже 250 млн) [1]. У Китаї та Японії ця патологія наявна в кожного шостого жителя, а в Німеччині, Росії та Великобританії — більше ніж у половини. У США цей показник перевищує 61 % [8]. Фахівці ВООЗ особливо занепокоєні поширенням надмірної маси тіла серед дитячого населення [11, 12]. Найнижчий показник ожиріння серед дітей у Китаї — 4,5 % серед дівчат та 5,9 % серед хлопців [8]. За даними державної статистики, в Україні за останні 10 років поширеність ожиріння серед підлітків (15–17 років) на 1000 дитячого населення зросла у 2,5 раза. Захворюваність на ожиріння серед дітей від 0 до 14 років становить 2,6, а поширеність — 9,7 на 1000 відповідного населення [7]. Серед підлітків 15–17 років ці показники ще вищі: захворюваність — 3,37, поширеність — 15,6 на 1000. Щорічно фіксують 18–20 тис. нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків [9].

Ожиріння є багатфакторним захворюванням. Генетична схильність, зовнішньосекреторні причини, зміна гормонального та неврологічного стану при-

зводять до порушення харчової поведінки, всіх видів обміну речовин та енергетичного дисбалансу [2, 10]. Приблизно у 30–40 % випадків у хворих з ожирінням реєструються ті чи інші харчові порушення, серед яких найчастіше спостерігаються гіперфагічна реакція на стрес, компульсивна гіперфагія, вуглеводна спрага та передменструальна гіперфагія [14]. Гіперфагічна реакція на стрес як харчове порушення проявляється тим, що при психоемоційному напруженні, хвилюванні або відразу після закінчення дії фактора, що спричинює стрес, в людини різко посилюється апетит і виникає бажання щось з'їсти. Найчастіше їжа при цьому не диференціюється, іншими словами, люди їдять усе підряд, хоча є дослідження, які показують, що перевага в цьому стані віддається все-таки жирній та солодкій їжі.

Адреса для листування з автором:

Сорокман Т.В.

E-mail: t.sorokman@gmail.com

© Сорокман Т.В., 2015

© «Міжнародний ендокринологічний журнал», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

Оскільки фактор, що викликав стрес, може діяти довго, то й надмірне споживання їжі може спостерігатися протягом тривалого періоду, що далі може призвести до наростання надмірної маси тіла. Дуже близько до поняття «гіперфагічна реакція на стрес» лежить і поняття «компульсивна гіперфагія». У цьому випадку діти без видимих причин або, принаймні, з причин, ними не усвідомлених, споживають велику кількість їжі, знову ж таки частіше солодкої та жирної і частіше у вигляді так названих закусок, тобто у вигляді додаткових прийомів їжі, не пов'язаних з основними її прийомами. Як різновид компульсивної гіперфагії розглядається нічна гіперфагія — імперативне підвищення апетиту у вечірній і нічний час. Вуглеводна спрага — харчова жадібність, для задоволення якої пацієнтам потрібна їжа, одночасно солодка і жирна — шоколад, морозиво, крем тощо. У випадку з вуглеводною спрагою подібного роду їжа схожа за ефектом на наркотик. За його відсутності у пацієнтів розвивається тяжкий депресивний стан, що чимось нагадує абстиненцію, тоді як при споживанні солодощів ці явища минають [5].

Т.Г. Вознесенська описує можливі відхилення харчової поведінки [4]. Екстернальна харчова поведінка, на її думку, пов'язана з підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: люди з такою поведінкою їдять не у відповідь на внутрішні стимули (рівень глюкози й вільних жирних кислот у крові, порожній шлунок і т.д.), а на зовнішні: вітрина продуктового магазину, гарно накритий стіл, вигляд людини, яка їсть, реклама харчових продуктів тощо. Емоціогенна харчова поведінка характеризується тим, що стимулом до приймання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Продукти харчування для людей з емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, оскільки дійсно дають їм не тільки насичення, але й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімають емоційне напруження, підвищують настрої. Емоціогенна харчова поведінка може проявлятися як компульсивне переїдання та як синдром нічної їжі. Компульсивна харчова поведінка проявляється як короткі повторювані напади переїдання, що тривають не більше двох годин. Під час такого нападу людина їсть набагато більше й значно швидше звичайного. Синдром нічної їжі відмічається рідше й спостерігається в людей з ожирінням. Він супроводжується трьома симптомами: відсутністю апетиту вранці, підвищенням апетиту та переїданням ввечері та вночі, а також порушенням сну. Обмежувальна харчова поведінка полягає в харчовому самообмеженні, дотриманні суворої дієти. Такої дієти неможливо дотримуватися тривалий час, і зазвичай їй на зміну приходять періоди вираженого переїдання. Отже, на нашу думку, такі види харчової поведінки, як екстернальна, емоціогенна та обмежувальна, слід відносити до категорії «порушення харчової поведінки». Незважаючи на те, що ці види харчової поведінки висвітлюються у зв'язку з проблематикою вивчення харчових стереотипів у людей із надмірною масою тіла, деякі з них діагностуються і в досліджуваних із нормальною масою [13].

Механізми виникнення харчових порушень до кінця не встановлені. Вважають, що вони пов'язані з порушенням трансмісії серотоніну в структурах головного мозку, що відповідають за регуляцію харчової поведінки [14].

Мета дослідження: вивчити частоту порушень харчової поведінки як предикторів розвитку ожиріння в дітей.

Матеріал та методи

Обстежено 325 дітей віком від 10 до 18 років із різних районів проживання в Чернівецькій області. Контрольну групу становили 80 практично здорових дітей того ж віку. Методи обстеження включали збір анамнезу, антропометрію (ріст, маса тіла, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС), розрахунок співвідношення ОТ/ОС), лабораторні та інструментальні методи обстеження. Фізичний розвиток оцінювали за центильними таблицями. Надмірну масу тіла та ожиріння діагностували, керуючись чинним Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.04.06 № 254 в редакції Наказу МОЗ України від 03.02.2009 № 55 «Про затвердження протоколів лікування дітей з ендокринними захворюваннями» [6].

Діагноз надмірної маси тіла встановлювали при ІМТ, що перевищує 85-й перцентиль, але є меншим 95-го перцентилу згідно з віково-статевими номограмами, ожиріння — при значеннях ІМТ, що дорівнюють або ж є вищими за показники 95-го перцентилу. Нормальну масу тіла діагностували при значеннях ІМТ від 5-го до 85-го перцентилу.

ОТ вимірювали маркованою сантиметровою стрічкою на середині відстані від нижнього краю реберної дуги до гребеня клубової кістки, ОС вимірювали на рівні вертлюгів стегнових кісток, точність вимірювання становила 0,005 м. Величину ОТ трактували згідно з центильними номограмами.

Для визначення типу ожиріння розраховували співвідношення ОТ/ОС. Абдомінальний (андроїдний, вісцеральний) тип ожиріння діагностували, якщо індекс ОТ/ОС для хлопчиків перевищував значення 0,9, а в дівчаток становив більше ніж 0,8. Окрім цього, керувались рекомендаціями IDF Consensus 2007 року [10], згідно з якими абдомінальне ожиріння діагностується в дітей віком 10–16 років при ОТ, що дорівнює або перевищує 90-й перцентиль відповідно до віку та статі, у дітей віком понад 16 років — при ОТ, що дорівнює або ж перевищує 94 см у хлопців, та при ОТ у дівчат, що дорівнює або ж вищий за 80 см.

Проводилося багатопланове анкетування з визначенням показників у підсистемах «батько — мати» та «батьки — діти». Види порушення харчової поведінки досліджувалися за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ), що включає 33 твердження, кожне з яких респондент повинен оцінити щодо себе як «ніколи» (1 бал), «рідко» (2 бали), «іноді» (3 бали), «часто» (4 бали) і «дуже часто» (5 балів). Тридцять перше питання аналізується в протилежних

значеннях. Кількісне значення за шкалою дорівнює середньому арифметичному значенню балів за цією шкалою. Іншими словами, необхідно скласти бали за кожною шкалою і розділити на кількість питань у шкалі. Питання 1–10 становлять шкалу емоціогенної харчової поведінки (10 питань), питання 11–23 — шкалу екстернальної харчової поведінки (13 питань), питання 24–33 — шкалу обмежувальної харчової поведінки (10 питань). Нормальні значення обмежувальної, емоціогенної та екстернальної харчової поведінки при нормальній масі тіла становлять 2,4; 1,8 і 2,7 бала відповідно.

Обробку отриманих результатів проводили з використанням методів медичної статистики й пакета прикладних програм Statistica 7.0, MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстеженої групи дітей ($n = 325$) із надмірною масою тіла та ожирінням переважали хлопчики — 185 осіб (60 %), тоді як дівчаток було 140 (40 %) ($p < 0,001$). При аналізі віку обстежених дітей встановлено, що надмірна маса тіла та ожиріння найчастіше реєструвалися серед хлопчиків віком понад 16 років (59,4 %) та дівчаток 14–15 років (64,2 %). При аналізі результатів анкетування встановлено, що порушення харчової поведінки спостерігалися практично у всіх пацієнтів з ожирінням. У групі дітей без ожиріння порушення харчової поведінки виявлено в 27,8 % обстежених. За видами порушень харчової поведінки досліджувані розподілилися таким чином: обмежувальна харчова поведінка діагностувалася в 60 дітей (18,4 %), емоціогенна — у 65 (20 %) та екстернальна — в 200 осіб (61,5 %). Поєднання декількох типів порушень харчової поведінки відзначалося в 61 % дітей з ожирінням.

Нами проведено аналіз результатів дослідження в підсистемах «батько — мати» та «батьки — діти». Виникнення розладів харчової поведінки найчастіше спостерігалося в родинах із такими рисами, як надпротекторність (намагання все контролювати) та ригідність (неможливість змінити стереотипи, фіксація на них; невміння вирішувати конфлікти з прямим або опосередкованим залученням дітей) (45,5 та 37,8% відповідно). Середовище, у якому виховувалася дитина, завжди мало велике значення для її фізичного та психічного розвитку. У разі виховання дитини в екстравертованій, емоційній, «балакучій» родині зі сприятливим психологічним мікрокліматом уперше почуті слова мали специфічний сприятливий зміст. Ці ж слова мали негативне емоційне навантаження у випадку виховання дитини за несприятливих обставин. Виховання в холодній, неекспресивній, дистантній родині пов'язувало слово «любов» з відчуттям боргу, обов'язку, примусового виконання певних дій. У цьому випадку слово «любов» мало соціальне, а не емоційне значення. Коли дитина виховувалася в родині з ворожістю, емоційним напруженням у стосунках, слово «любов» утрачало суть і в подальшому житті.

Показано, що насамперед мовчазність, прискіпливість і суворість батьків найчастіше корелювали з фор-

муванням і наявністю ожиріння в підлітковому віці ($r = 0,67$, $p < 0,05$). Звертає на себе увагу той факт, що загальний рівень довіри батькам перевищував рівень відчуття батьківської любові в дітей з ожирінням, що, на наш погляд, відображало не стільки наявність байдужості, скільки неспроможність проявити почуття.

У певної частини родин дітей з ожирінням зафіксовано феномен взаємовиключаючої поведінки (33,8 %). Життєві події, що були зафіксовані в пам'яті пацієнтів з ожирінням як ілюстрації амбівалентного емоційного ставлення до них батьків, провокували розвиток стану невизначеності й тривожності, а надалі — підозрливості, невпевненості й прагнення до соціальної ізоляції. До того ж травматичні міжособистісні відносини виникали в різні періоди раннього та пізнього дитинства. Мікроклімат у батьківській родині пацієнти з ожирінням згадували з позицій конфліктності й байдужості як конфліктний (33,8 %), «кожен сам по собі» (45,9 %) та ніякий (20,3 %).

Негативне ставлення до дитини, байдужість, латентні форми агресії, різні види насильства — все це впливало на подальший розвиток психосоматичної патології. За результатами наших досліджень, травмуючими факторами для пацієнтів з ожирінням є батьківські надмірні вимоги (57,9 %) і байдужість (45,8 %). У дитинстві відбувалося формування матриці міжособистісних стосунків, що надалі призводило до емоційної впевненості та здатності встановлювати позитивні міжособистісні контакти (переважно в контрольній групі) або до виникнення тривоги.

Отже, у родинному житті пацієнтів з ожирінням відзначено наявність дефіциту, деформації або розриву комунікативних зв'язків із відповідним дефіцитом емоцій або формуванням негативного емоційного фону з переважанням відчуття небезпеки.

Нами проведений модальний аналіз актуальних проблем. Так, відчуття недостатчі розслаблення та відпочинку в дітей з ожирінням зареєстровано в 33,5 % осіб, незадоволення соціальною роллю — у 24,6 %, неадекватна сімейна підтримка або її відсутність — у 45,8 %, стрес — у 52,4 %, виснаження (втрата життєвої енергії) — у 25,5 %, змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві — у 28,8 %, неадекватне харчування — у 55,2 %, відчуття ізоляції серед оточуючих (актуальний час) — у 24,2 %, емоційні проблеми — у 37,8 %.

Висновок

У підлітків, які страждають від ожиріння, порушення харчової поведінки виявляються статистично значимо частіше, ніж у їх здорових однолітків. Особливо часто діагностується екстернальний тип харчової поведінки. Здебільшого спостерігається поєднання декількох типів (екстернальний, обмежувальний, емоціогенний) харчової поведінки. Виникнення розладів харчової поведінки найчастіше спостерігалося в родині із такими рисами, як надпротекторність і ригідність (45,5 та 37,8 % відповідно). Запорукою успішної профілактики ожиріння є формування в дітей здорового способу життя, що включає довготривалі навички правильної харчової поведінки з перших років життя.

Список літератури

1. Аверьянов А.П. Ожирение у детей и подростков: клинико-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений / А.П. Аверьянов // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. — 2009. — № 4(22). — С. 90-98.
2. Бугрова С.А. Висцеральное ожирение — ключевое звено метаболического синдрома / С.А. Бугрова // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. — 2009. — № 2(20). — С. 82-84.
3. Вахмистров А.В. Нарушения пищевого поведения при церебральном ожирении: Автореф. дис... канд. мед. наук / А.В. Вахмистров. — СПб., 2006. — 24 с.
4. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т.Г. Вознесенская // *Фармак*. — 2009. — № 12. — С. 91-94.
5. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Уч. пособ. / В.Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 234 с.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.04.06 № 254 в редакції наказу МОЗ України від 03.02.2009 № 55 «Про затвердження протоколів лікування дітей з ендокринними захворюваннями» [Електронний ресурс]. — Режим доступу до інф.: <http://www.uazakon.com/big/text363/pg1.htm>
7. Павлишин Г.А. Епідеміологічна ситуація щодо надмірної маси тіла, ожиріння та артеріальної гіпертензії у дітей

м. Тернополя / Г.А. Павлишин, К.В. Левандовська // *Вісник наукових досліджень*. — 2012. — № 4(69). — С. 117-119.

8. Проблема ожирения в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения и стратегии ее решения // *Ліку України*. — 2010. — № 7(143). — С. 36-40.

9. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults — the evidence report / National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute // Obesity Research*. — 1998. — Vol. 6, Suppl. 2. — P. 51S-209S.

10. *IDF consensus definition of the metabolic syndrome in children and adolescents / S.G. Alberti, P. Zimmet, F. Kaufman [et al.] — International Diabetes Federation, 2007. — 24 p.*

11. *Obesity and overweight / Fact sheet № 311. — Geneva: World Health Organization, 2006. — 3 p.*

12. *WHO obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical report Series number 894. — Geneva: WHO, 2000.*

13. *Физиология человека: Учебная литература для студентов медицинских вузов / Под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротко. — 2-е изд. — М.: Медицина, 2003. — 656 с.*

14. *Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р. Фрэнкин. — СПб.: Питер, 2003. — 651 с.*

Отримано 17.07.15 ■

Сорокман Т.В.

Буковинский государственный медицинский университет, МЗ Украины, г. Черновцы

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Резюме. В статье проанализирована частота избыточной массы тела и ожирения у детей Черновицкой области, исследованы нарушения пищевого поведения у детей с ожирением, представлены результаты многопланового анкетирования по определению показателей в подсистемах «отец — мать» и «родители — дети».

Материал и методы. Исследованы 325 детей в возрасте от 10 до 18 лет. Контрольную группу составили 80 практически здоровых детей того же возраста. Методы обследования включали сбор анамнеза, антропометрию (рост, масса тела, расчет индекса массы тела, окружность талии, окружность бедер), лабораторные и инструментальные методы обследования. Проводилось многоплановое анкетирование по определению показателей в подсистемах «отец — мать» и «отцы — дети». Виды нарушения пищевого поведения исследовались с помощью Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ).

Результаты. Показано, что избыточная масса тела и ожирение чаще встречаются у мальчиков (60 %) возрастной группы 15–18 лет и у девочек (40 %) в возрасте 12–15 лет. У подростков, страдающих ожирением, нарушения пищевого поведения проявляются статистически значимо чаще, чем у их здоровых сверстников. Особенно часто диагностируется экстернальный тип пищевого поведения. В большинстве случаев имеет место сочетание нескольких типов (экстернальный, ограничительный, эмоциогенный) пищевого поведения. Возникновение расстройств пищевого поведения чаще всего наблюдалось в семьях с такими чертами, как надпротекторность и ригидность (45,5 и 37,8 % соответственно).

Вывод. Залогом успешной профилактики ожирения является формирование у детей здорового образа жизни, включая долговременные навыки правильного пищевого поведения с первых лет жизни.

Ключевые слова: дети, избыточная масса тела, ожирение, расстройства пищевого поведения.

Sorokman T.V.

Bukovinean State Medical University of MH of Ukraine, Chernivtsi, Ukraine

EATING DISORDERS AS A PREDICTOR OF OBESITY IN CHILDREN

Summary. The article analyzes the frequency of overweight and obesity in children in Chernivtsi region, studies eating disorders in obese children, presents the results of a multi-faceted survey on indicators in the subsystems «father — mother» and «parents — children».

Materials and methods. A total of 325 children aged 10 to 18 years old were examined. A control group consisted of 80 healthy children of the same age. Methods of examination included medical history, anthropometry (height, weight, calculating body mass index, waist circumference, and hip circumference), laboratory and instrumental methods of examination. It was conducted a survey to determine multidimensional indicators of subsystems «father — mother» and «parents — children». Types of eating disorders were examined by the Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ).

Results. It is shown that overweight and obesity are more common among boys (60 %) of the age group 15–18 years old and girls (40 %) aged 12–15 years old. Obese adolescents significantly more frequently have eating disorders than their healthy peers. External type of eating behavior is mostly diagnosed. In most cases, there is a combination of several types (external, restrictive, emotion ones) of eating behavior. The eating disorders mostly occur in families with such features as an over protectors and stiffness (45.5 and 37.8 %, respectively).

Conclusion. The key to successful prevention of obesity in children is the formation of a healthy lifestyle, including long-term skills of proper eating behavior from the first years of life.

Key words: children, overweight, obesity, eating disorders.