

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ДЕВІАНТНІ РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ

Л.К. Пархоменко, Л.А. Страшок, О.В. Бузницька
Харківська медична академія післядипломної освіти

Мета: вивчити харчову поведінку та показники якості життя у дітей та підлітків з ожирінням.

Пацієнти і методи. Під спостереженням знаходилось 226 хворих на ожиріння віком 8–18 років, що перебували на стаціонарному обстеженні у відділенні ендокринології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМНУ», та 25 здорових дітей аналогічного віку. В основній групі переважали юнаки – 129 (57,08±3,29%) осіб, кількість дівчаток становила 97 (42,92±3,29%) осіб. Об'єктивне дослідження включало антропометрію з визначенням росту, маси тіла, окружності талії та стегон. З метою адекватної оцінки маси тіла застосовувався індекс маси тіла ($IMT = m/h^2$, де m – маса тіла, кг; h – зріст, м).

Дослідження харчової поведінки проводилося методом тестування за допомогою опитувальника харчових переваг (EAT-26, Eating Attitudes Test) та Голандського опитувальника (DEBQ, The Dutch Eating Behaviour Questionnaire). Для вивчення якості життя була застосована російська версія опитувальника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 – дослідження медичних результатів – SF-36), що характеризує основні показники якості життя за вісьмома шкалами, які складають «фізичний компонент здоров'я» і «психологічний компонент здоров'я».

Результати. За даними скринінгового анкетування (EAT-26) у третини обстежених дітей з ожирінням встановлені девіації у харчовій поведінці з тенденцією до розвитку клінічно виражених розладів, на відміну від контрольної групи, в якій таких порушень не виявлено ($p \leq 0,05$). Серед варіантів порушень харчової поведінки, за результатами DEBQ, у підлітків з ожирінням переважав обмежувальний тип – 73,52±3,21% випадків. У 44,1±3,12% підлітків з ожирінням був встановлений екстернальний варіант харчової поведінки та у 32,34±3,14% обстежених – емоціогенний. Достовірні відмінності між основною та контрольною групами були виявлені за всіма варіантами порушень харчової поведінки ($p \leq 0,05$). Якість життя у обстежених з ожирінням була значно знижена, як за показниками фізичного, так і психічного здоров'я, на відміну від групи контролю ($p \leq 0,05$).

Висновки. Встановлені особливості харчової поведінки, вплив ожиріння на стан здоров'я вимагають проведення індивідуального дієтологічного контролю, виявлення психологічних предикторів порушень харчової поведінки у дітей для нормалізації маси тіла, загальному стану здоров'я та покращення якості життя.

Ключові слова: діти, підлітки, харчова поведінка, якість життя, анкетування.

Вступ

Останнім часом відмічається тенденція до підвищення захворюваності на ожиріння і серед дорослих, і серед дітей, що є результатом суттєвих змін характеру харчування й способу сучасного життя. Поряд із цим спостерігається прогресивне погіршення стану здоров'я та якості життя, обумовлене даною патологією [4,9]. Якість життя, за визначенням ВООЗ, – це «сприйняття індивідумом його положення в житті у контексті культури і системи цінностей, в яких індивідум існує, та у зв'язку з намірами, сподіваннями, стандартами та інтересами цього індивідума» [10]. За даними міжнародної групи з ожиріння, близько 10% дітей у віці від 5 до 17 років мають надлишкову масу тіла або ожиріння, що складає приблизно 155 млн людей (IOTF). Зазначається, що майже 50% випадків ожиріння у дітей (а для підлітків цей показник збільшується до 80%) із віком не компенсуються і обумовлюють прогресування ожиріння в дорослому віці. За прогнозами ВООЗ, у 2015 р. приблизно 2,3 млрд дорослих людей будуть мати надлишкову масу та більше 700 млн жителів планети страждатимуть на ожиріння [5,9].

В Україні, за даними Н.Б. Зелінської та співавт. (2010), серед ендокринних захворювань ожиріння займає друге місце за поширеністю та рівнем захворюваності після дифузного зобу I ступеня. Причому діагностичний процес щодо цього виду патології, на думку авторів, є неефективним. Автори показали, що рівень реєстрації ожиріння у дітей, який становить в Україні 13,49 на 1000 дитячого населення 0–17 років включно і складає 1,3%, є значно нижчим, ніж у більшості країн Європи, де частота

ожиріння серед дітей знаходиться в межах 10–15%, а серед підлітків навіть і більше [4]. Таким чином, тенденція до зростання числа дітей та підлітків із надмірною вагою є загальносвітовою.

Останніми роками з'явилося багато робіт, присвячених вивченню ролі харчової поведінки (ХП) у розвитку ожиріння. Харчова поведінка людини – це культура вживання їжі, режими прийому останньої, стиль харчування, який залежить від культурних, соціальних, сімейних, біологічних та етнічних факторів. У формуванні девіантних форм ХП велике значення мають: спадкова дисфункція церебральних систем, які регулюють прийом їжі, неправильне виховання у ранньому дитинстві та особливості особистості хворого [1,2]. До виникнення надлишкової маси тіла частіше призводять такі порушення ХП, як екстернальна, емоціогенна та обмежувальна (Савчикова, 2005). Екстернальна харчова поведінка характеризується підвищеною реакцією хворого не на внутрішні стимули приймання їжі, такі як відчуття голоду, рівень глюкози та вільних жирних кислот у крові тощо, а на зовнішні стимули (реклама харчових продуктів, накритий стіл). Обмежувальна ХП – це надлишкові харчові самообмежування та безсистемні жорсткі дієти. Періоди обмежувальної ХП чергуються з періодами переїдання. Емоційна нестабільність, яка виникає під час жорстких дієт, має назву «дієтична депресія» й призводить до відмови від подальшого дотримання дієти, нового інтенсивного набору ваги і рецидиву захворювання. При емоціогенній харчовій поведінці (гіперфагічна реакція на стрес, «харчове сп'яніння») стимулом до прийому їжі стає не голод, а емоцій-

ний дискомфорт: людина їсть не тому, що голодна, а тому, що стривожена, ображена, роздратована тощо. Таке порушення спостерігається у 30% осіб в популяції з нормальною масою тіла, але більш характерне для емоційних жінок з надлишковою масою тіла, а у пацієнтів з ожирінням зустрічається в 60% випадків [3,6,7,8]. Таким чином, особливості ХП, її девіантні форми відіграють важливу роль у розвитку й прогресуванні ожиріння, що призводить до погіршення стану здоров'я та якості життя [10].

Мета дослідження: вивчити харчову поведінку та показники якості життя у дітей та підлітків з ожирінням.

Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням знаходилось 226 хворих на ожиріння віком 8–18 років, що перебували на стаціонарному обстеженні у відділенні ендокринології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМНУ», та 25 здорових дітей аналогічного віку. В основній групі переважали юнаки – 129 (57,08±3,29%) осіб, кількість дівчаток становила 97 (42,92±3,29%) осіб. Об'єктивне дослідження включало антропометрію з визначенням росту, маси тіла, окружності талії та стегон. З метою адекватної оцінки маси тіла застосовувався індекс маси тіла ($IMT = m/h^2$, де m – маса тіла, кг; h – зріст, м).

Дослідження харчової поведінки у дітей та підлітків з ожирінням проводилося методом тестування за допомогою опитувальника харчових переваг (EAT-26, Eating Attitudes Test) та Голандського опитувальника (DEBQ, The Dutch Eating Behaviour Questionnaire). EAT-26 є скринінговим стандартизованим тестом, який дозволяє оцінити вірогідність наявності відхилень від нормальної ХП. Згідно з цією методологією, особи, які наберуть загальною 20 балів і більше за відповіді на 26 питань опитувальника, мають високу вірогідність розладів ХП, що вимагає консультації кваліфікованого спеціаліста для визначення варіанту порушення ХП та відповідної корекції. Голандський опитувальник, розроблений у 1986 р., дозволяє виявити причини переїдання та, відповідно, встановити тип ХП (обмежувальний, емоціогенний, екстернальний). Опитувальник містить 31 запитання, кожне з яких має 5 варіантів відповіді. Підрахунок балів за методикою дозволяє трактувати результати опитування. Слід зазначити, що за даними цього тесту можлива наявність одночасно декількох порушень ХП у одного хворого.

Для вивчення якості життя була застосована російська версія опитувальника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 – дослідження медичних результатів – SF-36), що характеризує основні показники якості життя за вісьмома шкалами, які складають «фізичний компонент здоров'я» і «психологічний компонент здоров'я». Переклад на російську мову, валідація та апробація методики були здійснені Інститутом клініко-фармакологічних досліджень (Санкт-Петербург). Даний опитувальник є неспецифічним стандартизованим тестом, який дозволяє оцінити якість життя респондентів з різноманітними нозологіями та віковими категоріями, володіє високою чутливістю, дозволяє

порівнювати результати опитування з показниками здорової популяції. Фізичний компонент здоров'я складався з таких шкал: фізичне функціонування (ФФ) – відображає ступінь обмеження фізичної активності пацієнта, обумовлений станом здоров'я; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФФ), – характеризує вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність; інтенсивність болю (ІБ) – його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю; загальний стан здоров'я (ЗСЗ) – оцінка хворим свого стану здоров'я у даний момент і перспектив лікування. До психологічного компоненту здоров'я належать такі показники: життєва активність (ЖА) – відчуття себе повним сили та енергії або навпаки – знесиленням; соціальне функціонування (СФ) – визначається станом, при якому фізична або емоційна сфери обмежують соціальну активність (спілкування); рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РФЕ) – дає оцінку ступеню, при якому зміни в емоційному стані заважають виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності; психічне здоров'я (ПЗ) – характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та, навпаки, позитивних емоцій, тобто дає оцінку психічного благополуччя. Таким чином, 36 пунктів опитувальника складають вісім шкал, показники кожної коливаються в межах від 0 до 100 балів, висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя.

Створення бази даних та статистична обробка результатів проводились з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel та SPSS Statistics 17.0. Для оцінки вірогідності відмінностей використовувались t-критерій Стьюдента (t), критерій Фішера (ϕ). Критичний рівень значущості для перевірки статистичних гіпотез при порівнянні груп приймався за 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами опитувальника EAT-26 у 32,34±2,97% обстежених з ожирінням спостерігалась наявність девіацій у ХП з тенденцією до розвитку клінічно виражених розладів, на відміну від контрольної групи, в якій таких порушень не виявлено ($\phi \leq 0,05$). Достовірних відмінностей між юнаками та дівчатами не зафіксовано – 14,70±2,56% і 17,64±2,78% відповідно ($\phi \geq 0,05$).

Аналіз даних Голандського опитувальника (табл. 1) показав, що у більшості дітей та підлітків з ожирінням мав місце обмежувальний тип ХП – 73,52±3,21%, тоді як в групі контролю лише у 16,73±2,45% дітей встановлене значене порушення харчової поведінки ($\phi \leq 0,05$). Достовірних відмінностей залежно від статі не виявлено ($\phi \geq 0,05$).

Досить розповсюдженим варіантом порушення ХП був екстернальний – у 44,1±3,12% дітей з ожирінням проти 13,67±2,1% в групі контролю ($\phi \leq 0,05$). Цей варіант з однаковою частотою зустрічався у юнаків та дівчат – 20,58±2,65% та 23,52±2,78% відповідно ($\phi \geq 0,05$).

У понад третини хворих на ожиріння відзначався емоціогенний тип ХП – 32,34±3,14% проти 10,86±1,97% у дітей групи контролю ($\phi \leq 0,05$). Достовірної різниці залежно від статі не встановлено ($\phi \geq 0,05$).

Таблиця 1

Девіантні форми харчової поведінки у дітей та підлітків з ожирінням за даними DEBQ

Стать	Типи порушень харчової поведінки		
	Обмежувальна, %	Екстернальна, %	Емоціогенна, %
Юнаки	38,23±3,97	20,58±2,65	14,7±2,77
Дівчата	35,29±3,85	23,52±2,78	17,64±2,97
Загалом	73,52±3,21*	44,1±3,12*	32,34±3,14*
Група контролю	16,73±2,45	13,67±2,1	10,86±1,97

Примітка: * достовірність відмінностей показників між групами $\phi \leq 0,05$.

Таблиця 2

Показники якості життя у дітей та підлітків з ожирінням за даними SF-36 (в балах)

Група	ФФ	РФФ	ІБ	ЗСЗ	ЖА	СФ	РФЕ	ПЗ
Юнаки	80,52±6,97	65,78±4,65	87,78±7,07	62,31±4,45	73,68±5,3	84,15±6,98	71,73±5,8	78,73±5,9
Дівчата	84,33±7,5	58,00±4,31	75,33±5,57	60,26±4,47	62,00±4,86	84,93±7,8	73,06±5,97	65,33±4,9
Група контролю	94,62±7,97	96,12±8,0	89,93±7,84	90,87±7,0	88,76±6,9	96,11±8,21	92,31±7,1	89,30±7,0

Примітка: * достовірність відмінностей показників між групами $p \leq 0,05$.

За даними опитувальника SF-36, надлишкова вага тіла знижує показники якості життя хворих практично за всіма шкалами (табл. 2).

Привертає увагу достовірно значуще обмеження фізичної активності, повсякденної діяльності, обумовлене станом здоров'я, погіршення емоційного статусу та можливості виконання своїх соціальних обов'язків, зниження рівня спілкування та соціальної адаптації ($p \leq 0,05$). Також відмічається достовірне ($p \leq 0,05$) зниження якості життя за шкалою загального стану здоров'я до 62,31±4,45 та 60,26±4,47 бала у юнаків і дівчат відповідно, на відміну від дітей контрольної групи (90,87±7,0). Достовірних відмінностей залежно від статі не встановлено ($p \geq 0,05$). Тобто отримані результати дослідження якості життя свідчать про неблагополуччя як фізичної, так і психічної складових здоров'я дітей та підлітків, хворих на ожиріння.

Висновки

За даними скринінгового анкетування (EAT-26), у третини обстежених дітей з ожирінням встановлені девіа-

ції у харчовій поведінці з тенденцією до розвитку клінічно виражених розладів, на відміну від контрольної групи, в якій таких порушень не виявлено ($\phi \leq 0,05$).

Серед варіантів порушень харчової поведінки, за результатами DEBQ, у підлітків з ожирінням переважав обмежувальний тип – 73,52±3,21% випадків. У 44,1±3,12% підлітків з ожирінням був встановлений екстернальний варіант харчової поведінки та у 32,34±3,14% обстежених – емоціогенний. Достовірні відмінності між основною та контрольною групами були виявлені за всіма варіантами порушень харчової поведінки ($\phi \leq 0,05$).

Якість життя у обстежених з ожирінням була значно знижена, як за показниками фізичного здоров'я, особливо за шкалою загального стану здоров'я, так і психічного, на відміну від групи контролю ($p \leq 0,05$). Це вимагає проведення індивідуального дієтологічного контролю, встановлення психологічних предикторів виникнення порушень харчової поведінки у дітей та підлітків з ожирінням для нормалізації маси тіла, загального стану здоров'я та покращення якості життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Ожирение и метаболизм. — 2004. — № 2. — С. 1—4.
2. Вознесенская Т. Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Ожирение. — Гл. 9. — М., 2004. — С. 236—256.
3. Звенигородская Л. А. Типы пищевого поведения и гормоны пищевого поведения у больных с метаболическим синдромом / Л. А. Звенигородская, Т. В. Кучеренко // Эксперим. клин. гастроэнтерол. — 2007. — Т. 1. — С. 24—27.
4. Зелінська Н. Б. Стан надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2010 році [Електронний ресурс] / Н. Б. Зелінська, С. І. Осташко, Н. Г. Руденко // Ендокринологічна служба України. — 2011. — № 3 (35). — Режим доступу : <http://www.endocrinology.mif-ua.com/archive/issue-17747/#rubric-17755>. — Назва з екрану.
5. Петеркова В. А. Ожирение в детском возрасте / В. А. Петеркова, О. В. Ремизов // Ожирение / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М. : Мед. информ. аг., 2006. — 456 с.
6. Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки / О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха // Вопр. организации и информатизации здравоохран. — 2003. — № 3. — С. 41—44.
7. Cummings D. E. Gastrointestinal regulation of food intake / D. E. Cummings, J. Overduin // J. Clin. Invest. — 2007. — Vol. 117, № 1. — P. 13—23.
8. Garner D. M. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa / D. M. Garner, P. E. Garfinkel // Psychological Medicine. — 1979. — № 9. — P. 273—279.
9. Lobstein T. Obesity in children / T. Lobstein // BMJ. — 2008. — Vol. 337. — P. 669.
10. Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual — The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1994.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ДЕВИАНТНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Л.К. Пархоменко, Л.А. Страшок, Е.В. Бузницкая

Харковская медицинская академия последипломного образования

Цель: изучить пищевое поведение и показатели качества жизни у детей и подростков с ожирением.

Пациенты и методы. Под наблюдением были 226 больных ожирением в возрасте 8–18 лет, находившихся на стационарном обследовании в отделении эндокринологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМНУ», и 25 здоровых детей аналогичного возраста. В основной группе преобладали юноши — 129 (57,08±3,29%) человек, количество девочек составило 97 (42,92±3,29%) человек. Объективное исследование включало антропометрию с определением роста, массы тела, окружности талии и бедер. С целью адекватной оценки массы тела применялся индекс массы тела ($IMT = m/h^2$, где m — масса тела, кг; h — рост, м).

Исследование пищевого поведения проводилось методом тестирования при помощи вопросника пищевых приоритетов (EAT-26, Eating Attitudes Test) и Голландского вопросника (DEBQ, The Dutch Eating Behaviour Questionnaire). Для изучения качества жизни применялась российская версия

вопросника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 — исследование медицинских результатов — SF-36), характеризующая основные показатели качества жизни за восемью шкалами, составляющими «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

Результаты. По данным скринингового анкетирования (EAT-26) у трети обследованных детей с ожирением установлены девиации в пищевом поведении с тенденцией к развитию клинически выраженных расстройств, в отличие от контрольной группы, в которой таких нарушений не выявлено ($p \leq 0,05$). Среди вариантов нарушений пищевого поведения, за результатами DEBQ, у подростков с ожирением преобладал ограничительный тип — $73,52 \pm 3,21\%$ случаев. У $44,1 \pm 3,12\%$ подростков с ожирением установлен экстернальный вариант пищевого поведения и у $32,34 \pm 3,14\%$ обследованных — эмоциогенный. Достоверные различия между основной и контрольной группами были выявлены за всеми вариантами нарушений пищевого поведения ($p \leq 0,05$). Качество жизни у детей с ожирением было значительно снижено, как по показателям физического, так и психического здоровья, в отличие от группы контроля ($p \leq 0,05$).

Выводы. Установленные особенности пищевого поведения, влияние ожирения на состояние здоровья требуют проведения индивидуального диетологического контроля, выявления психологических предикторов нарушений пищевого поведения у детей для нормализации массы тела, общего состояния здоровья и улучшения качества жизни.

Ключевые слова: дети, подростки, пищевое поведение, качество жизни, анкетирование.

QUALITY OF LIFE AND DEVIANT EATING BEHAVIOR DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBESITY

L.K. Parkhomenko, L.A. Strashok, E.V. Buzniitsky

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

Purpose: To study the feeding behavior and quality of life in children and adolescents with obesity.

Patients and methods. The 226 patients with obesity aged 8–18 years who were at the hospital examination in the Endocrinology Department, «Institute of Child and Adolescent Healthcare NAMSU» and 25 healthy children of similar age were under observation. In the main group young men is dominated — 129 ($57,08 \pm 3,29\%$), and the number of girls amounts 97 ($42,92 \pm 3,29\%$). Objective examination included anthropometry with height, weight, waist and hips circumference definition. In order to adequately body weight assessment the mass index ($IMT = m/h^2$, where m - body weight kg; h — growth, m) is used. The study of eating behavior was conducted by test method with the use of food priorities questionnaire (EAT-26, Eating Attitudes Test) and the Dutch questionnaire (DEBQ, The Dutch Eating Behaviour Questionnaire). For the study of the quality of life the Russian version of the questionnaire MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 — medical research results — SF-36) in which is described the primary factors of the quality of life for the eight scales that are composing the «physical health component» and «psychological component health» is used.

Results. According to the screening questionnaire (EAT-26) in a third of the children with obesity the deviation in feeding behavior with a tendency to clinical expressed disorders development are found, in contrast to the control group in which such violations are absent ($p \leq 0,05$). Due to the results of DEBQ among the variants of eating behavior disorders in adolescent with obesity is prevailed restrictive type — $73,52 \pm 3,21\%$ of cases. In $44,1 \pm 3,12\%$ adolescent with obesity the external variant of eating behavior is found and in $32,34 \pm 3,14\%$ of examined -emotiogenic type. Significant differences between the main and control groups were found for all the variants of eating behavior disorders ($p \leq 0,05$). The quality of life in children with obesity was significantly reduced, in terms of both physical and mental health, in contrary to the control group ($p \leq 0,05$).

Conclusions. Established features of eating behavior, the influence of obesity on the health considered individual detalogical monitoring, identification of psychological predictors of eating behavior disorders in children to normalize body weight, general health status and quality of life.

Key words: children, adolescents, eating behavior, quality of life, questionnaires.