УДК 613.24; 159.9; 616-056.52-053.6-07

ТИПЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

© Екатерина Сергеевна Гуськова, Александра Васильевна Гуслистова, Северин Вячеславович Гречаный

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

Контактная информация: Северин Вячеславович Гречаный — заведующий кафедрой психиатрии и наркологии.
E-mail: svgrechany@mail.ru

Резюме. Цель исследования — оценка типов пищевого поведения и качества жизни пациентов, имеющих избыточный вес. **Методы**: русскоязычная версия «Голландского опросника пищевого поведения» (DEBQ); русскоязычный адаптированный варианта методики «SF-36 — health status survey». **Материал исследования**. Обследовано 58 пациентов, 36 женщин и 22 мужчин (χ^2=3,379, p=0,066), с весом тела 90,0–205,0 кг, в среднем 136,36±3,632 кг. Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) было выше 40, что, согласно рекомендациям ВОЗ, соответствует уровню очень тяжелого ожирения. Результаты. Средние значения шкал DEBQ (типы пищевого поведения) у мужчин и женщин не различались. При сопоставлении результатов DEBQ нашей выборки с валидизированными популяционными данными выявлено, что у наших обследованных было достоверно ниже среднее значение шкалы «Эмоциогенное пищевое поведение» (M=1,61 SD=1,03, t= –7,11 p<0,05) и выше среднее значение шкалы «Экстернальное пищевое поведение» (M=2,35 SD=0,07, t=4,44 p<0,05). Возраст пациентов обратно коррелировал со шкалой PF «Физическое функционирование» (ρ= –0,437) и шкалой RP «Влияние физического состояния на ролевое функционирование» (ρ= –0,369). Шкала «Ограничительное пищевое поведение» значимо положительно коррелировала со шкалой VT «Жизнеспособность» (ρ=0,377). Шкала «Экстренальное пищевое поведение» оказалась обратно связана со шкалой GH — «Общее состояние здоровья». Шкала «Эмоциогенное пищевое поведение» демонстрирует обратные взаимосвязи со шкалами RE «Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» и MH «Субъективная самооценка психического здоровья». Выводы: результаты исследования показывают, что у пациентов, страдающих тяжелым и очень тяжелым ожирением, отмечаются особенности пищевого поведения, заключающиеся в преобладании экстернальных механизмов регуляции пищевого поведения и меньшая выраженность эмоциогенной механизмов.

Ключевые слова: эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение, ожирение, качество жизни при избыточном весе.

TYPES OF EATING BEHAVIOR AND QUALITY OF LIFE OF OVERWEIGHT PATIENTS

© Ekaterina S. Guskova, Alexandra V. Guslistova, Severin V. Grechaniy

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact Information: Severin V. Grechany — Head of the Department of Psychiatry and Narcology.
E-mail: svgrechany@mail.ru

Summary. The aim of the study is to assess the types of eating behavior and quality of life of patients who are overweight. **Methods**: a Russian version of the "Dutch questionnaire of eating behavior" (DEBQ); Russian adapted version of the method "SF-36 health status survey". **Research material**. The study involved 58 patients, 36 women and 22 men (χ^2=3,379, p=0,066), with body weight of

90.0–205.0 kg in average 136,36±3,632 kg. The mean value of body mass index (BMI) was above 40, which according to WHO recommendations, the same level as very severe obesity. **Results**. Average values of DEBQ scales (types of eating behavior) in men and women did not differ. When comparing the results of the DEBQ in our sample with validated populational data revealed that our surveyed group were significantly lower than the mean value of the scale "Emotiogenic eating behavior" (M=1,61 SD=1,03, t= –7,11 p<0.05) and higher mean value of the scale "External eating behavior" (M=2,35 SD=0,07, t=4,44 p<0,05). The age of the patients was inversely correlated with the PF scale "Physical functioning" (ρ= –0.437) and the RP scale «Influence of physical condition on role functioning» (ρ= –0.369). The scale «Restrained eating" significantly positively correlated with the scale VT "Viability" (ρ=0.377). Scale «External feeding behavior" was back associated with scale GH "General health". Scale "Emotional eating" demonstrates an inverse relationship with the scales RE "the Influence of emotional state on role functioning" and MH "Subjective self-appraisal of mental health." **Conclusions**: the results of the study show that in patients suffering from severe and very severe obesity, there are features of eating behavior, consisting in the predominance of external mechanisms of regulation of eating behavior and less pronounced emotional mechanisms.

Keywords: emotional, external and restrained eating behavior, obesity, quality of life with excess weight.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема пациентов с избыточным весом остается актуальной на протяжении последних десятилетий [1]. По данным ВОЗ, количество людей, страдающих ожирением — болезнью цивилизации, начиная с 1975 года возросло в 3 раза. Согласно тому же источнику, свыше 1,9 миллиарда взрослых в 2016 году имели избыточный вес, что составляет около 39% населения мира. Из них у более 650 миллионов выявлялось ожирение — 13% мирового населения [2]. Актуальность исследования связана с недостаточно изученными механизмами формирования избыточного веса и отсутствием эффективных методов лечения.

Еще в середине прошлого века было показано (Stunkard, 1958) [цит. по 3], что большинство людей, страдающих ожирением, не обращаются за лечением. Большая часть из тех, кто придерживается лечебных рекомендаций, не достигают никаких результатов. А те, кому все же удается похудеть, набирают вес снова в течение короткого времени. Предлагаемые новые методы лечения также не демонстрируют убедительных результатов, вследствие чего проблема избыточного веса в мировом масштабе остается высоко актуальной [4].

Авторитетные мировые исследователи последних десятилетий предположили [5–], что обозначенная проблема связана с неоднородностью механизмов пищевого поведения, которые существуют и в норме, но начинают дисгармонично функционировать при патологическом процессе. Так, различают 3 основных типа переедания: 1) эмоциогенное, связанное с избыточными эмоциональными переживаниями, причем как положительными, так и отрицательными, включая механизмы т.н. «заедания стресса»; 2) экстернальное, контролируемое внешними условиями (вид, запах пищи и др., привлекательность кафе и ресторанов); 3) ограничительное, связанное с использованием различных диет. Для эмоциогенного пищевого поведения характерна низкая соматопсихическая дифференциация собственных ощущений, смешение переживаний голода и беспокойства, что, скорее всего, следует из ранее приобретенного опыта, в том числе детского. При экстернальном типе характерно усиление/ослабление аппетита в ответ на внешние пищевые раздражители. При этом реальное состояние голода или сытости игнорируется. Ограничительная теория (теория сдерживание) рассматривает используемую диету не как следствие переедания, а как его причину. Ограничивая себя в еде, пациент перестает испытывать нормальные ощущения голода и сытости. Переедание в данном случае является физиологическим защитным механизмом, реакцией на голод.

Ведущий механизм нарушения пищевого поведения определяет тот или иной вид лечения. При эмоциогенном переедании пациенту необходимо сосредоточиться на осознании собственных пищевых позывов, скорректировать собственную самооценку. Экстернальный тип предполагает поведенческую терапию, цель которой — контроль над внешними пищевыми стимулами. При ограничительном переедании важно сформировать чувство принятия самого себя, своего веса и внешности. Необхо-

димо смириться с особенностями своей конституции, хабитуса. Если строгая приверженность диетам сочетается с низкими показателями эмоциогенного и экстернального питания, то необходима психообразовательная работа в отношении выработки баланса калорий. В случае, если значения этих шкал высоки, то требуется решение сопутствующих проблем, в том числе коррекция чувствительности к пищевым стимулам.

Цель исследования — оценка типов пищевого поведения и качества жизни пациентов, имеющих избыточный вес. Задачи исследования: 1) оценка количественной выраженности типов пищевого поведения у больных с избыточным весом; 2) изучение различных характеристик качества жизни этих пациентов; 3) выявление корреляционных взаимосвязей между типами пищевого поведения и характеристиками качества жизни.

МЕТОДЫ

Для изучения пищевого поведения использовалась русскоязычная версия «Голландского опросника пищевого поведения» (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) [5]. Оценка качества жизни проводилась с помощью русскоязычного адаптированного варианта методики «SF-36 — health status survey» [8].

Статистическая обработка номинативных данных проводилась с помощью критерия χ^2. Параметрические данные сравнивались при помощи t-критерия Стьюдента. Непараметрические данные сравнивались при помощи критерия U Манна-Уитни. Для изучения корреляционных связей использовался метод Спирмена.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 58 пациентов с избыточным весом. Статистические данные возраста, веса, роста и индекса массы тела (ИМТ) выборки представлены в таблице 1.

Вес тела больных на момент первичного осмотра (до операции) составил от 90,0 до 205,0 кг, в среднем 136,36±3,632 кг. Среднее значение ИМТ было выше 40, что, согласно рекомендациям ВОЗ [2], соответствует уровню очень тяжелого ожирения.

РАЗЛИЧИЯ ПО ПОЛУ

Среди обследованных было 36 женщин и 22 мужчины (χ^2=3,379, p=0,066). В таблице представлены различия по полу таких характеристик, как возраст, вес, рост, индекс массы тема (ИМТ). Из представленных данных видно, что рост, вес и ИМТ достоверно преобладал у мужчин, что соответствует среднестатистическим данным здорового населения. По возрасту различий не выявлено.

СТЕПЕНЬ ОЖИРЕНИЯ

Данные о степени избыточного веса представлены в таблице 3, из которой видно, что большинство пациентов (73,0%) имели очень тяжелую степень ожирения (согласно суще-

Таблица 1

Статистические данные возраста, веса, роста и ИМТ (выборка в целом)

Статистические данные		Возраст	Вес	Рост	Индекс массы тела
n	Допустимо	58	58	58	58
	Пропущенные	0	0	0	0
Среднее значение, M		42,69	136,36	1,7295	45,3827
Стандартная ошибка среднего значения, m		1,315	3,632	0,0104	1,00271
Стандартное отклонение, σ		10,013	27,661	0,07919	7,63641
Асимметрия		0,109	0,613	0,568	1,043
Стандартная ошибка асимметрии		0,314	0,314	0,314	0,314
Эксцесс		-0,506	-0,352	-0,372	1,206
Стандартная ошибка эксцесса		0,618	0,618	0,618	0,618
Минимум		23	90	1,60	34,26
Максимум		62	205	1,92	70,11
Процентили	25	35,00	115,00	1,6600	39,7949
	50	42,50	131,50	1,7200	43,8691
	75	48,25	156,00	1,8000	49,7817

Таблица 2

Половые различия по возрасту, весу, росту и ИМТ

	пол	n	M	σ	m	Достоверность различий — t-Стьюдента, U Манна-Уитни, p
Возраст	ж	36	41,97	10,143	1,691	t= –0,695 p=0,490
	м	22	43,86	9,915	2,114	
Вес	ж	36	126,86	26,143	4,357	t= –3,700 p=0,0001*
	м	22	151,91	23,017	4,907	
Рост	ж	36	1,6917	0,04843	0,00807	t= –5,854 p=0,0001*
	м	22	1,7914	0,08155	0,01739	
Индекс массы тела	ж	36	44,2392	8,42005	1,40334	U=257,500 p=0,026*
	м	22	47,2538	5,84906	1,24702	
* — различия статистически достоверны, p<0,05.						

ствующей классификации ВОЗ). Только в одном случае была отмечена умеренная степень ожирения.

Таблица 3

Степени ожирения у обследованных пациентов

Степень ожирения	ИМТ	Количество пациентов	
		Абс., n	В%
Умеренное ожирение (1-й класс)	30–34	1	1,7
Тяжелое ожирение (2-й класс)	35–39	15	25,9
Очень тяжелое ожирение (3-й класс)	40 и выше	42	72,4
Всего		58	100,0

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ

В таблице 4 представлены средние значения 3-х изучаемых типов пищевого повеления. Различия шкал «Голландского опросника пищевого поведения» по полу приводятся в таблице 5, из которой видно, что изучаемые типы пищевого поведения у женщин и мужчин не различаются.

Средние значения шкал «Голландского опросника пищевого поведения» наших пациентов были статистически сравнены с валидизированными популяционными данными [9], результаты приведены в таблице 6.

Из таблицы 6 видно, что у пациентов с ожирением было достоверно ниже среднее значение шкалы «Эмоциогенное пищевое поведение» и выше среднее значение шкалы «Экстернальное пищевое поведение». Таким образом, у обследованных реже встречались механизмы ограничения аппетита в связи с негативными эмоциональными переживаниями. То есть пациенты не ели меньше при тревоге, волнении, раздражении, испуге, переживании одиночества и др. Скорее наоборот, имел место механизм «заедания стресса». Среднее значение шкалы «Экстернальное пищевое поведение», достоверно превышающие референтные цифры, свидетельствует о том, что обследованные по сравнению с общей популяцией были более подвержены влиянию вида, вкуса, запаха пищи. Аппетит у них легко возникал при виде кондитерских, кафе, под влиянием компании, где едят вкусную пищу и т.д. Поскольку среднее значение шкалы «Ограничительное (диетическое) пищевое поведение» не отличалось от референтных цифр, то можно говорить о том, что изученные нами пациенты ограничивали потребление пищи и пользовались специальными диетами не чаще, чем здоровые люди. То есть наличие реально высокого и даже чрезмерного веса не влияло на характер, количество и частоту принимаемой пищи.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Данные средних значений шкал опросника качества жизни «SF-36» представлены в таблице 7. Из таблицы 7 видно, что параметры качества жизни у обследованных не различались по полу.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Результаты расчетов корреляционных взаимосвязей возраста пациентов, ИМТ, типов пищевого поведения и параметров качества жизни представлены в таблице 8. Интерпретировались взаимосвязи по методу Спирмена между шкалами разных опросников при коэффициенте корреляции ρ>0,300. Наиболее значимые

Таблица 4

Средние значения шкал «Голландского опросника пищевого поведения»

		«Ограничительное (диетическое) пищевое поведение»	«Эмоциогенное пищевое поведение»	«Экстернальное пищевое поведение»
n	Допустимо	58	58	58
	Пропущенные	0	0	0
Среднее значение (M)		1,7966	1,6074	2,3466
Стандартная ошибка среднего значения (m)		0,07585	0,13552	0,07408
Стандартное отклонение (σ)		0,57764	1,03210	0,56420
Асимметрия		0,093	0,455	0,137
Стандартная ошибка асимметрии		0,314	0,314	0,314
Эксцесс		1,281	-0,503	-0,152
Стандартная ошибка эксцесса		0,618	0,618	0,618
Минимум		0,00	0,00	0,90
Максимум		3,40	4,00	3,60
Процентили	25	1,4000	0,7500	1,9750
	50	1,7500	1,4231	2,3000
	75	2,2000	2,4038	2,7000

Таблица 5

Различия шкал «Голландского опросника пищевого поведения» по полу

Шкалы «Голландского опросника пищевого поведения»	Медиана, 25- и 75-квартили Me [Q25; Q75]			Достоверность различий по Манну-Уитни, критерий U, p
	Вся выборка	женщины (n=36)	мужчины (n=22)	
«Ограничительное (диетическое) пищевое поведение» (ОПП)	1,7500 [1,4000; 2,2000]	1,8000 [1,5000; 2,2750]	1,6000 [1,3000; 2,0500]	314,500 0,190
«Эмоциогенное пищевое поведение» (ЭПП)	1,4231 [0,7500; 2,4038]	1,7692 [1,1538; 2,5769]	1,0385 [0,4615; 2,3846]	283,500 0,071
«Экстернальное пищевое поведение» (ЭкПП)	2,3000 [1,9750; 2,7000]	2,3000 [1,8250; 2,6750]	2,2500 [2,0750; 2,7250]	362,000 0,585

Таблица 6

Сравнение данных «Голландского опросника пищевого поведения» изучаемой выборки с литературными данными

№	Шкалы «Голландского опросника пищевого поведения»	Средние значения M (σ)		Достоверность различий по t-критерию Стьюдента
		Данные нашей выборки (n=58)	Данные Nagl M., Hilbert A., de Zwaan M. et al., 2016 (n=2413)	
1	«Ограничительное (диетическое) пищевое поведение»	1,80 (0,58)	1,70 (0,76)	t=1,25 p>0,05
2	«Эмоциогенное пищевое поведение»	1,61 (1,03)	2,57 (0,74)	t= –7,11 p<0,05
3	«Экстернальное пищевое поведение»	2,35 (0,07)	2,23 (0,89)	t=4,44 p<0,05

корреляции представлены схематично на рисунке 1.

Как видно из рисунка 1, возраст пациентов обратно коррелировал со шкалой PF «Физическое функционирование» (ρ= –0,437) и шкалой RP «Влияние физического состояния на ролевое функционирование» (ρ= –0,369). Выявленная закономерность отражает ухудшение показателей физического здоровья у обследованных и связанных с ним функциональных

Таблица 7

Различия качества жизни обследованных по полу согласно опроснику «SF-36»

Шкалы	Медиана [25-квартиль; 75-квартиль]			Достоверность различий по критерию U Манна-Уитни, p
	Вся выборка (n=37)	Мужчины (n=14)	Женщины (n=23)	
«Физическое функционирование» (PF)	60,0000 [40,0000; 85,0000]	62,5000 [37,5000; 90,0000]	60,0000 [40,0000; 85,0000]	U=383,000 p=0,835
«Влияние физического состояния на ролевое функционирование» (RP)	62,5000 [25,0000; 100,0000]	75,0000 [0,0000; 100,0000]	50,0000 [25,0000; 100,0000]	U=393,000 p=0,960
«Интенсивность боли» (BP)	82,0000 [41,0000; 100,0000]	92,0000 [48,7500; 100,0000]	74,0000 [41,0000; 100,0000]	U=357,500 p=0,517
«Общее состояние здоровья» (GH)	55,0000 [40,0000; 77,0000]	51,0000 [40,2500; 72,0000]	58,5000 [40,0000; 77,0000]	U=337,000 p=0,343
«Жизнеспособность» (VT)	50,0000 [30,0000; 60,0000]	47,5000 [30,0000; 60,0000]	50,0000 [31,2500; 60,0000]	U=393,500 p=0,968
«Социальное функционирование» (SF)	75,0000 [50,0000; 100,0000]	75,0000 [59,3750; 100,0000]	75,0000 [40,6250; 100,0000]	U=367,500 p=0,642
«Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» (RE)	100,0000 [33,3333; 100,0000]	100,0000 [58,3333; 100,0000]	83,3333 [33,3333; 100,0000]	U=339,500 p=0,318
«Субъективная самооценка психического здоровья» (MH)	64,0000 [56,0000; 69,0000]	64,0000 [60,0000; 72,0000]	64,0000 [52,0000; 68,0000]	U=350,000 p=0,458

Таблица 8

Корреляционные связи между возрастом, индексом массы тела, шкалами пищевого поведения и шкалами качества жизни

	ИМТ	ОПП	ЭПП	ЭкПП	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
возраст	,168	-,040	-,140	,031	-,437**	-,369**	-,084	-,096	,049	-,028	-,090	,279*
ИМТ		-,052	-,034	,106	-,312*	-,050	-,119	-,117	,038	,031	-,024	,155
ОПП			-,060	-,058	,135	,149	,020	,085	,377**	,210	,060	,141
ЭПП				,234	-,128	-,219	-,162	-,052	-,203	-,212	-,351**	-,373**
ЭкПП					-,137	-,297*	-,036	-,417**	-,103	-,070	-,030	-,241
PF						,421**	,192	,252	,215	,181	,028	-,030
RP							,407**	,299*	,225	,394**	,455**	,018
BP								,324*	,515**	,470**	,492**	,179
GH									,380**	,227	,191	,242
VT										,409**	,172	,350**
SF											,479**	,493**
RE												,252

Условные обозначения: * — различия достоверны (p<0,05); ** — различия достоверны (p<0,001); ИМТ — индекс массы тела; ОПП — шкала «Ограничительное пищевое поведение»; ЭПП — шкала «Эмоциогенное пищевое поведение»; ЭкПП — шкала «Экстернальное пищевое поведение»; PF — Шкала «Физическое функционирование»; RP — Шкала «Влияние физического состояния на ролевое функционирование»; BP — Шкала «Интенсивность боли»; GH — «Общее состояние здоровья»; VT — Шкала «Жизнеспособность»; SF — Шкала «Социальное функционирование»; RE — Шкала «Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование»; MH–Шкала «Субъективная самооценка психического здоровья».

качеств с возрастом. То есть пациенты хуже справлялись с физической нагрузкой, им с трудом давалась как тяжелая работа, так и повседневные активности (например, перемещение по городу, подъем по лестнице и др.). Снижение ролевого функционирования выражалось в выполнении меньшего объема и перечня профессиональных и повседневных дел и др. видов деятельности. Отмеченное, по-видимому, является прямым следствием заболевания (ожирение). В пользу такого предположения свидетельствуют обратные взаимоотношения между шкалой PF «Физическое функционирование» и индексом массы тела (ρ= –0,312). Т. е. величина этого индекса напрямую связана со снижением способности к выполнению профессиональной и повседневной работы.

Шкала «Ограничительное пищевое поведение» значимо положительно коррелировала со шкалой VT «Жизнеспособность» (ρ=0,377). Поскольку вопросы шкалы «Жизнеспособность» во-многом касаются эмоционального настроя пациентов (такие вопросы, как «…ощущение бодрости», «…спокойствие и умиротворение», переживание «измученности»), выявленная связь отражает роль аффективных механизмов в формировании ограничительного пищевого поведения в нашей выборке больных. Это проявляется в том, что пациенты, имеющие высокий эмоциональный тонус и ощущение жизненных сил, чаще склонны ограничивать свои пищевые позывы, в том числе ориентируясь на объективные показатели своего веса тела. Они, как правило, планируют и рационализируют свои нутритивные потребности, корректируют режим питания, включая время приема пищи.

Шкала «Экстренальное пищевое поведение» оказалась обратно связана со шкалой GH — «Общее состояние здоровья». То есть пациенты, чьи пищевые потребности «запускались» внешними стимулами, такими как вид, запах пищи (сенсорные ощущения), обстановкой и т.д. При этом возможность осознания «внутреннего пищевого позыва», скорее всего, снижена. Пациенты скорее считали себя физически здоровыми и не замечали имеющихся объективных трудностей. Согласно существующим данным [10], экстернальное пищевое поведение характерно для представителей мужского пола и чаще сопровождается игнорированием симптомов заболевания. Сопоставляя отмеченные результаты с данными о достоверном преобладании среднего значения этой шкалы по сравнению со здоровой популяцией, можно говорить о существенном влиянии механизмов экстернального пищевого поведения на здоровье пациентов нашей выборки.

Шкала «Эмоциогенное пищевое поведение» демонстрирует обратные взаимосвязи со шкалами RE «Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» и MH «Субъективная самооценка психического здоровья». То есть неспособность к аффективной регуляции собственной активности и низкая самооценка у наших пациентов оказалась сопряжена с зависимостью их пищевого поведения от текущего эмоционального состояния и актуальных аффективных переживаний.

Анализ результатов исследования показывает, что у пациентов, страдающих тяжелым и очень тяжелым ожирением, отмечаются особенности пищевого поведения, заключающиеся в преобладании экстернальных (внешнеатрибутивных) механизмов регуляции аппетита и меньшей выраженности эмоциогенной составляющей. То есть 2 важных компонента,

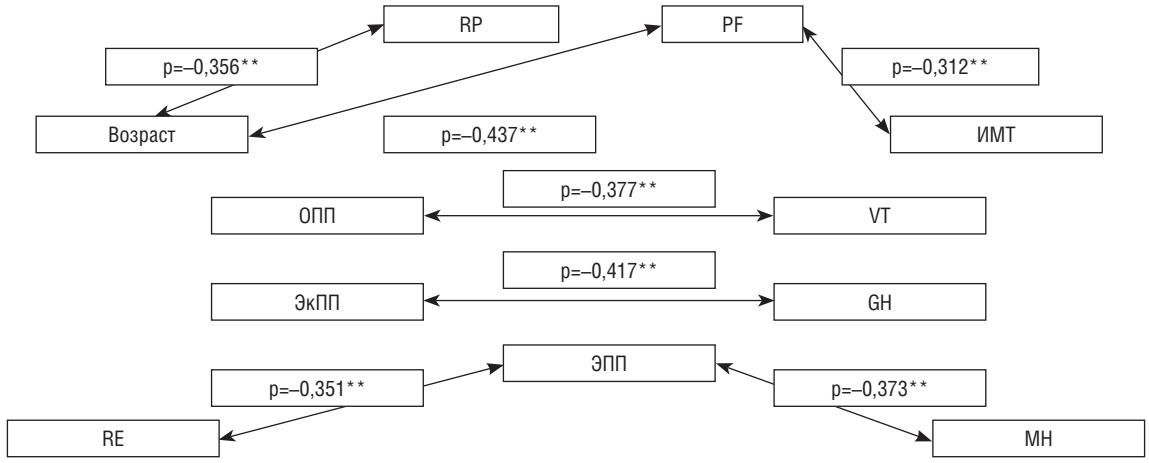

Рис. 1. Наиболее значимые корреляционные связи по Спирмену между возрастом пациентов, индексом массы тела, шкалами пищевого поведения и шкалами качества жизни

в норме ограничивающих пищевое поведение здоровой популяции –это снижение аппетита под влиянием негативных эмоций и неподверженность внешнему влиянию за счет доминирования «внутреннего» пищевого позыва, у изученных пациентов оказались мало функциональными и даже блокированными.

По сравнению с результатами предыдущего нашего исследования, включившего 37 пациентов с теми же клиническими критериями [7], где было выявлено количественное преобладание всех трех типов пищевого поведения, в данной работе четко обозначился акцент на отклонениях экстернального и эмоциогенного типов пищевой регуляции. Корреляционные взаимосвязи показали, что первый из них был значимо сопряжен с недостаточным осознанием пациентами объективных проблем с собственным здоровьем, отсутствием признания имеющихся проблем и трудностей. Что касается эмоциогенного механизма, то он значимо коррелировали с низкой возможностью к аффективной регуляции и низкой самооценкой. Следует отметить, что приведенная выше интерпретация базировалась, в первую очередь, на смысловом анализе пунктов опросника тех или иных шкал, из чего делался вывод о возможной содержательной стороне переживаний больных.

Как в предыдущем, так и в настоящем исследовании не было выявлено достоверных различий изучаемых параметров по полу, что позволяет предположить внегендерный характер обозначенных типов пищевой регуляции.

Не решенным в рамках настоящей работы остался вопрос патогенетически обоснованного лечения пациентов. Перспективы работы видятся в выявлении в каждом конкретном случае ведущего механизма нарушений пищевой регуляции и пищевого поведения и обоснования индивидуализированной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мультидисциплинарные проблемы ожирения у детей. СПб.; 2018.
2. WHO. Obesity and overweight. 2018. Доступен по: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
3. Van Strien T. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Доступен по: https://slideplayer.com/slide/4707880/
4. Baltasar A., Lantsberg L., Rosental R.J., Scott A. Sh., Алешина Е.И., Агафонов П.В., Барышникова Н.В., Белоусова Л.Н., Беркович О.А., Беляева О.Д., Вартанова И.В., Волкова А.Р., Воронцова Л.В., Галактионов Д.А., Гладышев Д.В., Гурова М.М., Гусева А.А., Дора С.В., Дыгун О.Д., Казаченко А.А. и др. Основы бариатрической медицины. Практическое руководство. СПб.; 2019.
5. Van Strien T., Frijters J.E., Bergers G., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International Journal of Eating Disorders. 1986; 5: 295–315.
6. Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. Current Diabetes Reports. 2018; 18 (6): 35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.
7. Бельмер С.В., Хавкин А.И., Новикова В.П., Балакирева Е.Е., Гречаный С.В., Гурова М.М., Комарова О.Н., Комиссарова М.Ю., Воронцова Л.В., Кочергина Т.А., Кощавцев А.Г., Николаева Н.О., Седов В.М., Токаревич К.К., Троицкая Л.А., Тюрин А.Г., Хорошинина Л.П., Щербакова М.Ю. Пищевое поведение при ожирении у детей. В книге: Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. СПб.; 2015: 117–143.
8. McHorney C.A., Ware J.E., Lu J.F.R., Sherbourne C.D. The MOS36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. Med Care. 1994; 32(4): 40–66.
9. Nagl M., Hilbert A., deZwaan M., Braehler E., Kersting A. The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric Properties, Measurement Invariance, and Population-Based Norms. PLoS ONE. 2016; 11(9): e0162510. DOI: 10.1371/journal.pone.0162510.
10. Van Strien T. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Доступен по: https://slideplayer.com/slide/4707880.
11. Гуськова Е.С., Гуслистова А.В., Гречаный С.В. Исследование пищевого поведения и качества жизни пациентов, перенесших продольную резекцию желудка в связи с избыточным весом. FORCIPE. 2018; 1: 36–42.

REFERENCES

1. Mul’tidistsiplinarnyye problemy ozhireniya u detey. [Multidisciplinary problems of obesity in children]. SPb.; 2018. (in Russian).
2. WHO. Obesity and overweight. Dostupen po: // https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
3. Van Strien T. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Dostupen po //slideplayer.com/slide/4707880/.
4. Baltasar A., Lantsberg L., Rosental R.J., Scott A. Sh., Aleshina E.I., Agafonov P.V., Baryshnikova N.V., Belousova L.N., Berkovich O.A., Belyayeva O.D., Vartanova I.V., Volkova A.R., Vorontsova L.V., Galaktionov D.A., Gladyshev D.V., Gurova M.M., Guseva A.A.,

Dora S.V., Dygun O.D., Kazachenko A.A. i dr. Osnovy bariatricheskoy meditsiny. [Fundamentals of bariatric medicine]. Prakticheskoye rukovodstvo. SPb.; 2019. (in Russian).
5. Van Strien T., Frijters J.E., Bergers G., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International Journal of Eating Disorders. 1986; 5: 295–315.
6. Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. Current Diabetes Reports. 2018; 18 (6): 35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.
7. Bel'mer S.V., Khavkin A.I., Novikova V.P., Balakireva Ye. Ye., Grechanyy S.V., Gurova M.M., Komarova O.N., Komissarova M.YU., Vorontsova L.V., Kochergina T.A., Koshchavtsev A.G., Nikolayeva N.O., Sedov V.M., Tokarevich K.K., Troitskaya L.A., Tyurin A.G., Khoroshinina L.P., Shcherbakova M.YU. Pishchevoye povedeniye pri ozhirenii u detey. [Nutritional behavior in obesity in children]. V knige: Pishchevoye povedeniye i pishchevoye programmirovaniye u detey. SPb.; 2015: 117–143. (in Russian).
8. McHorney C.A., Ware J.E., Lu J.F.R., Sherbourne C.D. The MOS36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. Med Care. 1994; 32(4): 40–66.
9. Nagl M., Hilbert A., deZwaan M., Braehler E., Kersting A. The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric Properties, Measurement Invariance, and Population-Based Norms. PLoS ONE. 2016; 11(9): e0162510. DOI: 10.1371/journal.pone.0162510.
10. Van Strien T. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Dostupen po: https://slideplayer.com/slide/4707880/.
11. Guskova E.S., Guslistova A.V., Grechany S.V. Issledovanie pishhevogo povedenija i kachestva zhizni pacientov, perenesshih prodol'nuju rezekciju zheludka v svjazi s izbytochnym vesom. [Research of the eating behavior and the quality of life of patients with thelongitudinal resection of the stomach due to overweight]. FORCIPE. 2018; 1: 36–42. (in Russian).