

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ГОЛЛАНДСКОМУ ОПРОСНИКУ DEBQ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

© Александр Алексеевич Звягин, Евгения Олеговна Фроландина

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. 394036, г. Воронеж, Студенческая ул., 10

Контактная информация: Александр Алексеевич Звягин — профессор кафедры госпитальной и поликлинической педиатрии. E-mail: zvaygaa@mail.ru

Резюме. Цель исследования — выявление особенностей пищевого поведения (эмоциогенного, ограничительного, экстернального) у детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением. Материалы и методы. Обследовано 53 ребенка (20 девочек (38%), 33 мальчика (62%)). Избыточную массу тела имели 7 детей (13%), ожирение I степени — 10 (19%), II степени — 12 (23%), III степени — 17 (32%), IV степени — у 7 детей (13%). Диагностика проводилась по критериям ВОЗ. Для выявления типов расстройств пищевого поведения применяли Голландский опросник DEBQ. Результаты. Каждый второй ребенок с ожирением и избыточной массой тела контролирует свое пищевое поведение, а у каждого второго отмечаются его нарушения. Нарушения по экстернальному и эмоциогенному типам пищевого поведения имеются у каждого четвертого пациента, по ограничительному — у каждого седьмого. При ожирении I и IV степени преобладает экстернальный тип (50,0% и 42,9% соответственно). Выводы. Полученные нами данные показывают, что при ведении пациентов с ожирением необходимо учитывать наличие и вариант нарушения пищевого поведения.

Ключевые слова: пищевое поведение, ожирение, избыточная масса тела, дети, подростки, Голландский опросник DEBQ.

FOOD BEHAVIOR ASSESSMENT BY THE DUTCH DEBQ IN CHILDREN AND TEENAGERS WITH OBESITY AND EXCESS BODY MASS

© Alexander A. Zvyagin, Evgenia O. Ferlandina

VSMU named after N.N. Burdenko. 394036, Voronezh, Student st., 10

Contact Information: Alexander A. Zvyagin — Professor of the Department of hospital and polyclinic Pediatrics. E-mail: zvaygaa@mail.ru

Summary. The purpose of the study is to identify eating habits (emotiogenic, restrictive, external) in children and adolescents with overweight and obesity. Materials and methods. Surveyed 53 children (20 girls (38%), 33 boys (62%)). 7 children (13%) had obesity I degree — 10 (19%), II degree — 12 (23%), III degree — 17 (32%), IV degree — in 7 children (13%). Diagnosis was carried out according to WHO criteria. The Dutch Questionnaire DEBQ was used to identify the types of eating disorders. Results. Every second child with obesity and overweight controls his eating behavior, and every second has a violation. Disorders of external and emotiogenic types of eating behavior are present in every fourth patient, in restrictive cases — in every seventh patient. In obesity I and IV, the external type prevails (50.0% and 42.9%, respectively). Findings. Our data show that when managing patients with obesity, it is necessary to take into account the presence and type of eating disorders.

Keywords: eating behavior, obesity, overweight, children, adolescents, Dutch questionnaire DEBQ.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожирение в настоящее время носит характер пандемии, и в последующие десятилетия будет наблюдаться дальнейшее увеличение распространенности этого заболевания. Печальным фактом является то, что эта тенденция затрагивает не только взрослых, но также детей и подростков. По данным Всемирной организации здравоохранения более миллиарда человек на планете имеют лишний вес. В Европейском союзе 30 млн детей и подростков имеют избыточную массу тела и 15 млн ожирение («Health in the European Union. Trends and analysis» ВОЗ, 2009). На сегодня прогноз ВОЗ — это наличие ожирения у 70 млн детей до 5 лет к 2025 году. В Российской Федерации распространенность избыточной массы тела у детей в разных регионах колеблется от 5,5 до 11,8%, а ожирением страдают около 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% детей — в городской [1,2].

В развитии избыточной массы тела и ожирения имеют значение многие факторы, в т.ч. нарушение пищевого поведения [3]. Его значение отмечается и при других заболеваниях [4,5]. Пищевое поведение — это компонент об-

раза жизни и действий биологического существа, направленный на удовлетворение биологических, физиологических и психологических потребностей и включающий в себя поиск, выбор, приготовление и поглощение пищи, условия и ритуалы, сопровождающие эти процессы и их последствия для организма [6].

Всем больным с избыточной массой тела назначается гипокалорийная диета [2,7]. Однако особенности пищевого поведения мало учитываются в практическом ведении пациентов [8,9].

Цель исследования выявление особенностей пищевого поведения (эмоциогенного, ограничительного, экстернального) у детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Детской клинической больницы ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обследовано 53 ребенка с избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением, из них 20 девочек (38%), 33 мальчика (62%). Избыточная масса тела отмечена у 7 детей (13%), ожирение I степени — у 10 (19%), II степени — у 12 (23%), III степени — у 17

Таблица 1

Распределение детей по степени нарушения массы тела, возрасту и полу (чел.)

Степень ожирения	До 6 лет (3 чел.)		7–11 лет (17 чел.)		12–16 лет (29 чел.)		17–18 лет (4 чел.)	
	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М
Избыток массы тела, (7)			1			5	1	
I ст. (10)			1	1	4	2	2	
II ст. (12)			2	2	2	6		
III ст. (17)	1		1	7	2	6		
IV ст. (7)	1	1		2	1	1	1	

Таблица 2

Частота осложненного течения у детей с избытком массы тела и ожирением

Всего обследованных, n=53	Изб. масса тела, n=7	Ожирение I ст., n=10	Ожирение II ст., n=12	Ожирение III ст., n=17	Ожирение IV ст., n=7
Артериальная гипертензия 16 чел.— 36%		33,3% 3 чел.		52,9% 9 чел.	57,1% 4 чел.
Стеатогепатоз 13 чел.— 30%	14,3% 1 чел.	40,0% 4 чел.		35,3% 6 чел.	28,6% 2 чел.
Инсулинорезистентность 10 чел.— 23%		20,0% 2 чел.	16,7% 2 чел.	23,5% 4 чел.	28,6% 2 чел.
Остеопенический синдром 3 чел.— 7%	14,3% 1 чел.	20,0% 2 чел.			
Дислипидемия 2 чел.— 5%		10,0% 1 чел.		5,9% 1 чел.	

(32%), IV степени — у 7 детей (13%). Диагностика указанных нарушений проводилась по критериям, рекомендованным ВОЗ [2,7,10]. По возрасту больные распределились следующим образом: дошкольный возраст (до 6 лет) — 3 чел. (5,7%), младший школьный возраст (7–11 лет) — 17 чел. (32%), средний школьный возраст (12–16 лет) — 29 чел. (55%), старший школьный возраст (17–18 лет) — 4 чел. (7,3%). Более подробная характеристика обследованных представлена в таблице 1.

Из 53 обследованных пациентов у 83% (44 чел.) выявлено осложненное течение заболевания — это 31 мальчик и 13 девочек, что составляет 70% и 30% соответственно.

Наличие осложнений у пациентов в зависимости от степени нарушения массы тела отражено в таблице 2.

Для выявления типов расстройств пищевого поведения применяли Голландский опросник DEBQ, который направлен на выявление ограничительного, эмоциогенного и экстернального типов пищевого поведения [6, 11]. Методика состоит из 33 вопросов, каждый из них имеет 5 вариантов ответа: «никогда», «редко», «иногда», «часто», «очень часто», которые оцениваются по шкале от 1 до 5, за исключением 31 пункта, имеющего обратные значения.

Подсчет баллов проводился путем сложения оценок по каждому пункту шкалы и деления получившейся суммы на количество пунктов в данной шкале. Первые 10 вопросов представляли шкалу ограничительного пищевого поведения, которое характеризуется целенаправленным самоограничением (контролем) в пи-

тании и направлено на достижение или поддержание желаемой массы тела.

Следующие 13 вопросов представляли шкалу эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния.

Остальные 10 вопросов касались экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

Средний результат по ограничительному пищевому поведению составляет 2,4, при этом балл ниже данной величины говорит о нарушении по этому типу. Средний результат по эмоциональному пищевому поведению — 1,8, по экстернальному — 2,7, при этом отклонением по этим двум типам считается балл выше среднего.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нарушения пищевого поведения были выявлены у каждого второго пациента, при этом у отдельных детей имелось сочетание двух типов отклонений. Эмоциогенный и экстернальный варианты встречались с одинаковой частотой — у 24,5% детей (по 13 чел.), более редко диагностирован ограничительный тип — у 13,2% (7 чел.). Полученные данные несколько отличаются, но не принципиально, от данных других авторов [4, 9, 12, 13, 14]

Частота выявления нарушений пищевого поведения в зависимости от степени избыточной массы тела отражена в таблице 3.

Таблица 3

Частота нарушений пищевого поведения в зависимости от степени избыточной массы тела, чел.

Степень ожирения.	Ограничительное			Эмоциогенное			Экстернальное.		
	>N (контролируют)	N	<N (не контролируют)	>N (заедают)	N	<N (не заедают)	>N (не отказываются)	N	<N (отказываются)
ИМ (7)	4 (57,1%)	1	2 (28,6%)	2 (28,6%)	—	5 (71,4%)	2 (28,6%)	1	4 (57,1%)
I ст. (10)	8 (80,0%)	1	1 (10,0%)	2 (20,0%)	2	6 (60,0%)	5 (50,0%)	—	5 (50,0%)
II ст. (12)	10 (83,3%)	2	—	3 (25,0%)	1	8 (66,7%)	2 (16,7%)	5	5 (50,0%)
III ст. (17)	8 (47,1%)	6	3 (17,6%)	4 (23,5%)	2	11 (64,7%)	1 (5,9%)	6	10 (58,8%)
IV ст. (7)	4 (57,1%)	2	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1	3 (42,9%)
Всего 53	34 (64,2%)		7 (13,2%)	13 (24,5%)		33 (62,3%)	13 (24,5%)		27 (50,9%)

Таблица 4

Зависимость пищевого поведения от наличия осложнения

Наличие осложнения	Нарушения пищевого поведения		
	Ограничительного (<N)	Эмоциогенного (>N)	Экстернального (>N)
Есть (15 чел.)	27% (4 чел.)	53% (8 чел.)	47% (7 чел.)
Нет	73% (11 чел.)	47% (7 чел.)	53% (8 чел.)

Таблица 5

Зависимость пищевого поведения от вида осложнений

Тип осложнения	Нарушения пищевого поведения		
	Ограничительного	Эмоциогенного	Экстернального
Артериальная гипертензия (16 чел.)	2 (12,5%)	4(25,0%)	1 (6,3%)
Стеатогепатоз, гепатит (13 чел.)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)
Инсулинорезистентность (10 чел.)		1 (10,0%)	3 (30,0%)
Дислипидемия (2 чел.)		1	1
Остеопенический синдром (3 чел.)		1	1

Анализ показал, что 64,2% детей с ожирением и избыточной массой тела контролируют свое пищевое ограничительное поведение, т.е. большинство детей и подростков озабочены своим заболеванием и стараются ограничивать себя в излишнем питании. Это отмечалось при I степени — у 80,0%, при II степени — у 83,3%, при III степени — у 47,1%, при IV степени — у 57,1%. Особое беспокойство вызывают дети, которые не ограничивают себя в приеме пищи, что было выявлено нами при ИМТ — у каждого третьего-четвертого ребенка, при I степени ожирения — у каждого десятого, при III степени — у пятого-шестого больного, при IV степени — у седьмого.

При анализе эмоциогенного типа пищевого поведения преобладающим вариантом также были дети без отклонения по этому типу, что составило соответственно 62,3%, а именно при ИМТ — у 71,4%, при I, II и III степени — у 60,0–65,0%, при IV степени — у 42,9%. Нарушение эмоциогенного варианта поведения («заедание» при стрессе) выявлялось при каждой степени избыточной массы тела: при ИМТ и IV степени — у каждого третьего, при I степени — у каждого пятого, при II и III степени — у каждого четвертого.

При анализе экстернального варианта выявлено, что при ИМТ нарушения имелись у каждого третьего ребенка, при I и II степени — у каждого второго, при III степени — у каждого шестого, при IV степени — у каждого второго-третьего. Такие показатели указывают на наличие у детей сложности отказаться от пищи при ее виде. Ровно половину составили дети, не имеющие отклонений по данному типу пищевого поведения.

Представляет интерес выявленная закономерность преобладания при ожирении I и IV степени экстернального типа (50,0% и 42,9% соответственно), более редко встречалось эмоциогенное (20,0% и 28,6%) и ограничительное (80,0% и 57,1%) пищевые поведения. Для других степеней ожирения такой закономерности не отмечалось.

При анализе нарушения пищевого поведения в зависимости от наличия осложнений выявлено значимое преобладание нарушения эмоциогенного и экстернального типов пищевого поведения, что составляет соответственно 53 и 47% детей с осложнениями. Следует отметить что у 20% детей отмечалось сочетание нарушения пищевого поведения (2 человека (13%) нарушение по двум типам и 1 (7%) человек нарушение по трем типам). Ограничительное пищевое поведение отмечалось у 27% детей.

Зависимость пищевого поведения от наличия и вида осложнения представлена в таблицах 4, 5.

При анализе нарушения пищевого поведения в зависимости от вида осложнения выявлено преобладание нарушений всех 3 типов пищевого поведения у детей с артериальной гипертензией и стеатогепатозом/гепатитом. При других осложнениях (дислипидемия, остеопения) судить о частоте нарушений пищевого поведения не представляется возможным из-за небольшого числа больных.

Таким образом, каждый второй ребенок с ожирением и избыточной массой тела контролирует свое пищевое поведение, а у каждого второго отмечаются его нарушения. Нарушения по экстернальному и эмоциогенному ти-

пам пищевого поведения имеются у каждого четвертого пациента, по ограничительному — у каждого седьмого. При ожирении I и IV степени преобладает экстернальный тип (50,0% и 42,9% соответственно). Полученные нами данные показывают, что при ведении пациентов с ожирением необходимо учитывать наличие и вариант нарушения пищевого поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петеркова В.А., Ремезов О.В. Ожирение в детском возрасте. Ожирение и метаболизм. 2004; № 1: 17–23.
2. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения у детей и подростков. М.: Практика; 2015.
3. Косенкова Т.В., Новикова В.П., Гомбалева М.С., Федорова Е.А. Нарушение пищевого поведения как проблема психологической зависимости от высококалорийной пищи. другие проблемы зависимости у детей и подростков (курение, наркомания, токсикомания, интернет-зависимость, навязчивая игра). Методическое пособие предназначено для врачей школ и медицинских пунктов средних и высших учебных заведений. СПб.; 2015.
4. Хисматуллина Г.Я., Волевач Л.В. Оценка пищевого поведения у лиц молодого возраста с патологией желчевыводящей системы при сочетании с избыточным весом. Медицинский вестник Башкортостана. 2012; Т. 7(4): 10–13.
5. Бавыкина И.А., Звягин А.А., Гусев К.Ю., Панина О.А. Нарушения пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра. Лечащий врач. 2019; № 3: 72–75.
6. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. <https://unotices.com/book.php?id=128526&page=66>
7. Диагностика и лечение ожирения у детей и подростков. В кн. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. Под ред. И.И. Дедова и В.А. Петерковой. М.: Практика; 2014: 163–182.
8. Новикова В.П., Гурова М.М. Основные принципы лечения ожирения у детей. изменение стиля жизни семьи. В книге: Мультидисциплинарные проблемы ожирения у детей Санкт-Петербург. 2018: 420–432.
9. Сорокман Т.В. Розлади харчової поведінки як предиктори розвитку ожиріння в дітей. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2015; № 5(69): 174–177.
10. Новикова В.П., Калашникова В.А. Определение, классификация и критерии диагностики ожирения у детей. В книге: Мультидисциплинарные проблемы ожирения у детей. Санкт-Петербург; 2018: 14–19.
11. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. T. Van Strien [et al.]. Int. J. Eating Disord. 1986; 2: 188–204.

12. Новикова В.П., Комиссарова М.Ю., Воронцова Л.В. Пищевое поведение и фактическое питание при ожирении у детей. В книге: Мультидисциплинарные проблемы ожирения у детей Санкт-Петербург. 2018: 65–83.
13. Бельмер С.В., Хавкин А.И., Новикова В.П., Балакирева Е.Е., Гречаный С.В., Гурова М.М., Комарова О.Н., Комиссарова М.Ю., Кочергина Т.А., Кошавцев А.Г., Николаева Н.О., Седов В.М., Токарев К.К., Троицкая Л.А., Тюрин А.Г., Хорошина Л.П., Щербак М.Ю. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. Санкт-Петербург; 2015.
14. Ильенко Л.И., Марьяновский А.А., Бельмер С.В., Денисова С.Н., Сенцова Т.Е., Кисляк О.А., Стародубова А.В., Поляев Б.А., Горбунова В.Р., Хавкин А.И., Новикова В.П. Комплексный подход к снижению массы тела у детей и подростков с избыточной массой тела, ожирением и метаболическим синдромом. (2-е издание, исправленное и дополненное). Учебное пособие. М.; 2018.

REFERENCES

1. Peterkova V.A., Remezov O.V. Ozhirenie v detskom vozraste. Ozhirenie i metabolism. [Obesity in childhood. Obesity and metabolism]. 2004; № 1: 17–23. (in Russian).
2. Rekomendacii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike ozhireniya u detej i podrostkov. [Recommendations for the diagnosis, treatment and prevention of obesity in children and adolescents]. M.: Praktika; 2015. (in Russian).
3. Kosenkova T.V., Novikova V.P., Gombalevskaya M.S., Fedorova E.A. Narushenie pishchevogo povedeniya kak problema psihologicheskoy zavisimosti ot vysokokalorijnoj pishchi. drugie problemy zavisimosti u detej i podrostkov (kurenje, narkomaniya, toksikomaniya, internet-zavisimost', navyazchivaya igromaniya). [Eating disorders as a problem of psychological dependence on high-calorie foods. other addiction problems in children and adolescents (smoking, drug addiction, substance abuse, Internet addiction, obsessive gambling)]. Metodicheskoe posobie prednaznachenno dlya vrachej shkol i medicinskih punktov srednih i vysshih uchebnyh zavedenij. SPb.; 2015. (in Russian).
4. Hismatullina G.YA., Volevach L.V. Ocenka pishchevogo povedeniya u lic mladogo vozrasta s patologiej zhelcheyvodyashchej sistemy pri sochetanii s izbytochnym vesom. [Evaluation of eating behavior in young people with pathology of the biliary system when combined with overweight]. Medicinskij vestnik Bashkortostana. 2012; T. 7(4): 10–13. (in Russian).
5. Bavykina I.A., Zvyagin A.A., Gusev K.YU. Pанина О.А. Narusheniya pishchevogo povedeniya u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra. [Eating disorders in children with autism spectrum disorders]. Lechashchij vrach. 2019; № 3: 72–75. (in Russian).

6. Malkina-Pyh I.G. Terapiya pishchevogo povedeniya. [Eating therapy]. <https://unotices.com/book.php?id=128526&page=66> (in Russian).
7. Diagnostika i lechenie ozhireniya u detej i podrostkov. [Diagnosis and treatment of obesity in children and adolescents]. V kn. Federal'nye klinicheskie rekomendacii (protokoly) po vedeniyu detej s ehndokrinnyimi zabolevaniyami. Pod red. I.I. Dedova i V.A. Peterkovej. M.: Praktika; 2014: 163–182. (in Russian).
8. Novikova V.P., Gurova M.M. Osnovnye principy lecheniya ozhireniya u detej. izmenenie stilya zhizni sem'i. [The basic principles of obesity treatment in children. family lifestyle change]. V knige: Mul'tidisciplinarnye problemy ozhireniya u detej Sankt-Peterburg. 2018: 420–432. (in Russian).
9. Sorokman T.V. Rozladi harchovoï povedinki yak prediktori rozvitku ozhirinnya v ditej. [Rozalad kharchovoï povidinki yak predictors of the development of obyrynnya in children]. Mezhdunarodnyj ehndokrinologicheskij zhurnal. 2015; № 5(69): 174–177. (in Russian).
10. Novikova V.P., Kalashnikova V.A. Opredelenie, klassifikaciya i kriterii diagnostiki ozhireniya u detej. [Definition, classification and criteria for the diagnosis of obesity in children]. V knige: Mul'tidisciplinarnye problemy ozhireniya u detej. Sankt-Peterburg; 2018: 14–19. (in Russian).
11. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. T. Van Strien [et al.]. Int. J. Eating Disord. 1986; 2: 188–204.
12. Novikova V.P., Komissarova M.YU., Voronova L.V. Pishchevoe povedenie i fakticheskoe pitanie pri ozhireni u detej. [Nutritional behavior and actual nutrition in obesity in children]. V knige: Mul'tidisciplinarnye problemy ozhireniya u detej Sankt-Peterburg. 2018: 65–83. (in Russian).
13. Bel'mer S.V., Havkin A.I., Novikova V.P., Balakireva E.E., Grechanyj S.V., Gurova M.M., Komarova O.N., Komissarova M.YU., Kochergina T.A., Koshchavcev A.G., Nikolaeva N.O., Sedov V.M., Tokarevich K.K., Troickaya L.A., Tyurin A.G., Horoshina L.P., SHCHerbakova M.YU. Pishchevoe povedenie i pishchevoe programmirovaniye u detej. [Nutritional behavior and nutritional programming in children]. Sankt-Peterburg; 2015. (in Russian).
14. Il'enko L.I., Mar'yanovskij A.A., Bel'mer S.V., Denisova S.N., Sencova T.E., Kislyak O.A., Starodubova A.V., Polyayev B.A., Gorbunova V.R., Havkin A.I., Novikova V.P. Kompleksnyj podhod k snizheniyu massy tela u detej i podrostkov s izbytochnoj massoj tela, ozhireniem i metabolicheskim sindromom. [An integrated approach to weight loss in children and adolescents with overweight, obesity and metabolic syndrome]. (2-e izdanie, ispravlennoe i dopolnennoe). Uchebnoe posobie. M.; 2018. (in Russian).