

Пищевое поведение у молодых мужчин с ожирением, манифестировавшим в пубертатный период

Е.В. Митрошина, А.Ф. Вербовой

Самарский государственный медицинский университет
ректор – академик РАМН, профессор Г.П. Котельников

Резюме. Целью работы явилось изучение пищевого поведения у молодых мужчин с ожирением, дебютировавшим в пубертатный период. Для исследования типов пищевого поведения использовали Голландский опросник DEBQ. Для оценки депрессии применялась шкала депрессии Бэка, для оценки ситуативной и личностной тревожности – психологическая тестовая методика «Интегративный тест тревожности». При более длительном существовании ожирения отмечается большая выраженность эмоциогенного, экстернального и ограничительного поведения. Это сопровождается и большей выраженностью депрессии. Только ограничительное пищевое поведение не приводит к стойкому снижению веса. Формирование правильного пищевого поведения следует начинать как можно раньше. *Ключевые слова:* ожирение, пищевое поведение, депрессия.

Resume. The aim of this study was to investigate the trends of feeding behavior in young men with obesity which was diagnosed at the time of puberty. For this we used the Holland questionnaire DEBQ, to assess level of depression – Beck's depression scale, for evaluation situational and individual anxiety – psychological testing "Integrative anxiety test". Long term duration of obesity was associated with more prominent emotional, external and restrictive behavior. This was accompanied also with higher rates of depression. Only restrictive feeding behavior was found to avert lasting weight loss. The formation of proper feeding behavior is to be initiated as earlier as possible at the treatment. *Key words:* obesity, feeding behavior, depression.

Ожирение является одной из распространенных в мире хронических болезней. Согласно эпидемиологическим прогнозам, к 2025 г. ожирением могут страдать примерно 40% мужчин и 50% женщин [5]. При этом вызывают большое беспокойство темпы роста избыточного веса у молодежи: у большинства взрослых (около 60%) ожирение начинается в детском и подростковом возрасте [1].

Ожирение с манифестацией в подростковом периоде сопровождается характерным симптомокомплексом: мелкие розовые стрии растяжения, высокорослость, артериальная гипертензия, иногда нарушения полового развития.

В отечественной медицинской литературе подростковое ожирение часто называется пубертатно-юношеским диспитуитаризмом или гипоталамическим синдромом пубертатного периода [7, 8].

Среди причин развития ожирения важнейшими являются нарушения пищевого поведения. Различают их три основных типа: экстернальное, эмоциогенное и ограничительное пищевое поведение.

Экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией больного не на внутренние стимулы к приему пищи, а на внешние стимулы, такие как вид и запах еды, жующий человек, реклама пищевых продуктов и т.п. Определяющее значение имеет доступность продуктов.

В случае эмоциогенного пищевого поведения стимулом к приему пищи является эмоциональный дискомфорт, а не голод. Выделяют две формы эмоциогенного пищевого поведения – компульсивное и синдром ночной еды.

Ограничительное пищевое поведение характеризуется хаотичными, резкими ограничениями в приемах пищи, которые не выдерживаются больными в течение длительного периода, что ведет к декомпенсации в психической и вегетативной сферах и в конечном итоге – к развитию «диетической депрессии» [3, 4, 6].

Цель работы: изучить пищевое поведение мужчин с ожирением, манифестировавшим в пубертатный период.

Материалы и методы

Проанкетировано 52 мужчины с ожирением, которое дебютировало в пубертатный период. Все пациенты были подразделены на две подгруппы: в первую вошли 43 юноши в возрасте 17–20 лет (средний возраст – $19,6 \pm 0,3$ года), что соответствует позднему пубертатному периоду; вторую группу составили 9 мужчин 28–37 лет (средний возраст – $28,6 \pm 0,8$ года). Контролем служили данные анкетирования 11 здоровых мужчин, средний возраст которых был $20,9 \pm 0,25$ года. Индекс массы тела (ИМТ) юношей первой группы составил $35,24 \pm 0,75$, у мужчин второй группы – $34,83 \pm 0,68$. В контрольной группе ИМТ был $21,4 \pm 0,51$.

Критерии исключения: наличие тяжелых соматических и эндокринных заболеваний, потенциально ухудшающих качество жизни больных, а также нарушающих контакт пациента с врачом.

Проводилось клиническое обследование больных: оценка жалоб, сбор анамнеза, физикальное обследование, оценка антропометрических показателей. При исследовании типов пищевого поведения использовали Голландский

Таблица 1

Оценка пищевого поведения и тревожности обследованных мужчин				
Показатели	Группа	Контроль n=11	Группа 1 n=43	Группа 2 n=9
Эмоциогенное пищевое поведение		0,17±0,09	0,59±0,09 p<0,05	1,16±0,32 p<0,05 p'>0,05
Экстернальное пищевое поведение		1,9±0,22	1,61±0,1 p>0,05	3,33±0,28 p=0,05 p'<0,05
Ограничительное пищевое поведение		0,4±0,15	1,54±0,14 p<0,05	2,77±0,28 p<0,05 p'>0,05
Ситуативная тревожность		1,55±0,47	2,73±0,34 p>0,05	4,43±0,66 p<0,05 p'>0,05
Личностная тревожность		2,64±0,64	4,15±0,41 p>0,05	6,0±0,43 p<0,05 p'>0,05
Депрессия		6,0±1,78	8,55±1,26 p>0,05	12,14±2,07 p>0,05 p'>0,05

p — по сравнению с контрольной группой;

p' — по сравнению с первой группой.

опросник DEBQ [9] для выявления ограничительного, эмоциогенного или экстернального пищевого поведения. Оценка депрессии определялась по шкале депрессии Бека. Для оценки ситуативной и личностной тревожности применялась психологическая тестовая методика ИТТ «Интегративный тест тревожности» [2].

Нормативные данные, согласно опроснику DEBQ, по экстернальному пищевому поведению — 2,68, по эмоциогенному пищевому поведению — 2,03, по ограничительному пищевому поведению — 2,43. Оценка результатов по шкале депрессии Бека: 0–9 — отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 — легкая депрессия (субдепрессия), 16–19 — умеренная депрессия; 20–29 — выраженная (средней тяжести), 30–63 — тяжелая депрессия. Оценка по шкале общей тревожности с использованием методики ИТТ менее 4 стенов соответствует низкому уровню тревожности. При повышении уровня общей тревожности определяются компоненты, за счет которых возникает отклонение: эмоциональный дискомфорт, тревожная оценка перспективы, социальные реакции защиты.

При обработке численного материала рассчитывалось среднее арифметическое значение со средней ошибкой, среднее квадратическое отклонение среднего арифметического значения. Достоверность определялась по t-критерию Стьюдента с использованием уровня значимости $\alpha=0,05$.

Результаты и их обсуждение

В группе юношей до 20 лет средние уровни показателей эмоциогенного, экстернального и ограничительного поведения не выходили за нормативы (0,59; 1,61; 1,54 баллов соответственно).

Но при сравнении с анкетными данными контрольной группы отмечено статистически значимое повышение показателей эмоциогенного и ограничительного пищевого поведения ($p<0,05$).

Результаты анализа анкетных данных всех обследованных, отражающие нарушения пищевого поведения и психического состояния, демонстрируются в таблице 1.

У 15% юношей было отмечено нарушение пищевого поведения по ограничительному типу. Общий уровень ситуативной тревожности у них был низкий — 2,73; общий уровень личностной тревожности нормальный — 4,15 баллов.

При опросе выявлено, что у каждого пациента с ограничительным пищевым поведением один или двое родителей имели избыточную массу тела. Регулярными физическими упражнениями с целью снижения массы тела никто из опрошенных не занимался.

У мужчин 28–37 лет отмечено превышение нормативных значений экстернального и ограничительного пищевого поведения. По сравнению с контрольной группой у них было выявлено отличие показателей эмоциогенного ($p<0,05$), экстернального ($p<0,05$) и ограничительного ($p<0,05$) пищевого поведения, хотя уровень эмоциогенного пищевого поведения не превышал норматива.

Общий уровень ситуационной тревожности у молодых мужчин был нормальный и составил $4,43\pm0,66$ баллов; показатель личностной тревожности соответствовал верхней границе нормального диапазона. В структуре ситуативной и личностной тревожности отмечалось повышение преимущественно астенического компонента ($7,0\pm0,58$ и $7,0\pm0,38$ баллов соответственно). В структуре личностной тревожности значение эмоционального дискомфорта ($6,0\pm0,47$ баллов) находилось на верхней границе нормы.

Уровень депрессии у мужчин по шкале Бека составил $12,14\pm2,07$ баллов, что значимо ($p>0,05$) не отличалось от показателей у юношей и в группе контроля.

Учитывая, что группы формировались без специальной выборки, можно предположить что повышение уровня депрессии, вероятно, отражает социальные характеристики среды, являясь результатом общей психологической нагрузки, социальной неудовлетворенности пациентов, отсутствия ощущения стабильности, неуверенности в будущем. Повышение показателя астенического компонента в структуре как личностной, так и ситуативной тревожности, по-видимому, обусловлено снижением качества жизни больных ожирением.

Половина обследованных мужчин сообщили, что один или двое родителей имели избыточную массу тела. Семь человек из девяти в этой группе имели опыт снижения веса на фоне гипокалорийной диеты и увеличения физической активности, но при возвращении к обычному образу жизни их масса тела возвращалась к исходной.

Выводы

1. Увеличение длительности ожирения сопровождается нарастанием депрессии.
2. Нарастание выраженности ограничительного пищевого поведения не приводит к стойкому снижению массы тела у пациентов с ожирением, дебютировавшим в пубертатный период.
3. Формирование правильного стиля пищевого поведения необходимо начинать с детства, чтобы избежать формирования неправильного типа пищевого поведения.

Л и т е р а т у р а

1. Бутрова С.А. Ожирение. Современная тактика ведения больных // Лечащий врач, 2000; 5–6: С. 486–498.
2. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТП). Методические рекомендации. Ст.-П.: Психол.институт.им. В.М. Бехтерева. Центр раз. комп. психодиагн. «Адаптест» 1997.
3. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журнал неврологии и психиатрии, 2001; 1: С. 19–24.
4. Вознесенская Т.Г. Причины неэффективности лечения ожирения и способы ее преодоления // Проблемы эндокринологии, 2006; 52(6): С. 51–54.
5. Мкртумян А.М., Бирюкова Е.В. Ксеникал — современный и перспективный препарат для лечения ожирения // Терапевтический архив, 2007; 10: С. 35–39.
6. Ожирение. Руководство для врачей. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2004; С. 234–256.
7. Старкова Н.Т. Фармакотерапия в эндокринологии. М.: Медицина, 1989.
8. Терещенко И.В. Гипоталамический пубертатный синдром (этиология, патогенез, принципы терапии, диспансеризация): Дис... д-ра мед. наук. Пермь, 1987.
9. Van Strein T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // Int. J. Eat. Disord, 1986; 5(2): P. 295–315.

Вербовой А.Ф. (8902) 379 47 86 (сотовый)
E-mail: diacenter@sama.ru