

Образ жизни детей и подростков с ожирением. Результаты анкетирования пациентов и их родителей

Витебская А.В.*, Писарева Е.А., Попович А.В.

ГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России, Москва

Актуальность. Рост распространенности ожирения у детей и подростков является серьезной проблемой современной медицины. Для изучения особенностей поведения пациента, его пищевых пристрастий, времени приема пищи и физических нагрузок возможно применение опросников.

Цель. Оценка образа жизни, физической активности, режима питания и употребления отдельных продуктов по результатам анкетирования детей и подростков с ожирением и их родителей.

Материалы и методы. Сто детей и подростков с ожирением 10–17 лет и их родители ответили на вопросы анкеты о возрасте развития ожирения, его причинах, физической активности и питании.

Результаты и выводы. Ожирение чаще развивается в 7–10 лет. Наиболее часто называемые причины – неправильное питание, низкая физическая активность, наследственность. Выявлены особенности малоподвижного образа жизни и неправильного режима питания. Сопоставление ответов пациентов и их родителей позволило продемонстрировать различия в отношении к проблеме ожирения и уменьшить влияние неискренних ответов на результаты исследования.

Ключевые слова: ожирение, дети, подростки, опрос.

Lifestyle in children and adolescents with obesity: results of the survey of patients and their parents

Vitebskaya A.V., Pisareva E.A., Popovich A.V.

I.M. Sechenov's First Moscow State Medical University; Ul.Trubetskaya, 8/2, Moscow, Russian Federation, 119992

Introduction. Growth of obesity prevalence in children and adolescents is a serious problem of modern medicine. To learn characteristics of patient's behaviour, their dietary preference, feeding time and physical loads one can use specialized questionnaires.

Aim. Evaluation of lifestyle, physical activity, dietary regimen and consumption of some meals according to results of questioning children and adolescents with obesity and their parents.

Materials and methods. Hundred of children and adolescents with obesity 10–17 years and their parents answered the questionnaire on age of obesity onset, its causes, physical activity and nutrition.

Results and conclusion. Obesity develops more often at the age of 7–10 years. The most commonly mentioned causes are malnutrition, insufficient physical activity and heredity. Specific characteristics of sedentary lifestyle and impaired dietary regimen were identified. Comparison of patients' and parents' answers allowed to demonstrate the difference in attitude to the problem of obesity and to diminish the influence of not transparent answers on the results of investigation.

Keywords: obesity, children, adolescents, questionnaire.

*Автор для переписки/Correspondence author – dr.vitebskaya@mail.ru

DOI: 10.14341/OMET2016233-40

Рост распространенности ожирения у детей и подростков является серьезной проблемой современной медицины. В 2008 г. был принят международный Консенсус по лечению детского ожирения [1], а в 2014 г. – разработаны Российские клинические рекомендации [2, 3]. Согласно этим документам, для профилактики и лечения ожирения необходимо научить пациентов вести здоровый образ жизни, включающий режим питания, соблюдение диеты с ограничением высококалорийных продуктов, повышение уровня физической активности. Важная роль отво-

дится также формированию сознательного отношения ребенка или подростка к проблеме ожирения.

Для разработки индивидуальной программы по снижению веса необходимо изучение особенностей поведения пациента, его пищевых пристрастий, времени приема пищи, физических нагрузок. Для сбора перечисленных данных возможно применение опросников или анкет.

Цель исследования

Оценка образа жизни, физической активности, режима питания и употребления отдельных продуктов

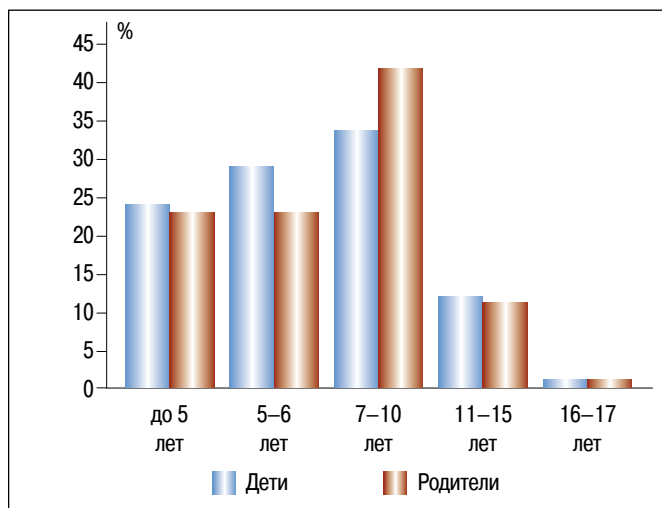


Рис. 1. Распределение ответов детей и родителей на вопрос «В каком возрасте ты пополнел?».

по результатам анкетирования детей и подростков с ожирением и их родителей.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 100 детей и подростков с ожирением 10–17 лет, на аналогичные вопросы было предложено ответить одному из родителей каждого пациента.

Анкета состояла из 60 вопросов о возрасте дебюта и причинах ожирения (2 вопроса), ежедневной физической активности (11 вопросов), режиме питания и диете (16 вопросов), частоте употребления отдельных напитков и продуктов (11 и 20 вопросов). На все вопросы было предложено выбрать ответы (в каждом вопросе приведено от 5 до 10 вариантов ответов) либо написать собственный ответ. Анкеты, заполненные пациентами и их родителями, анализировались попарно (1 ответ пациента – 1%, 1 ответ родителя – 1%), что позволило продемонстрировать различия оценок и процент несовпадений ответов пациентов и их родителей о возрасте дебюта и причинах ожирения, физической активности, режиме питания. Ответы пациентов и их родителей в разделах, посвященных частоте употребления отдельных напитков и продуктов питания, анализировались суммарно (1 голос – 0,5%), что позволило нивелировать искажения результатов, обусловленные неискренностью либо нежеланием отвечать на какие-либо вопросы.

Результаты

Пациентам и их родителям предлагалось ответить на вопрос о возрасте, когда они впервые обратили внимание на появление ожирения. Ответы детей и родителей даже на такой простой вопрос совпали лишь в 75% случаев, а в 25% дети и их родители указывали разные возрастные периоды. Как по мнению пациентов (34% ответов), так и по мнению их родителей (42% ответов), пик дебюта ожирения приходится на период 7–10 лет. Кроме этого, следует отметить, что дети помнят о том, что были толстыми в дошкольном возрасте, несколько чаще, чем их родители (рис. 1).

На вопрос о причинах ожирения пациентам и их родителям предлагалось выбрать несколько ответов.

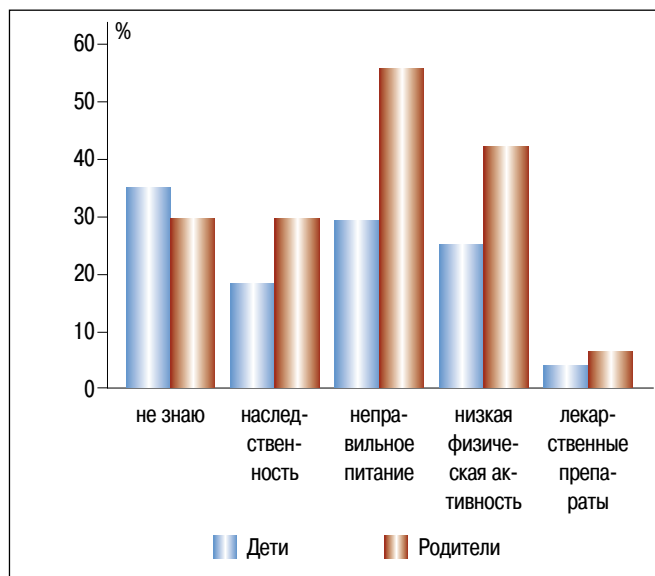


Рис. 2. Распределение ответов детей и родителей на вопрос «Из-за чего у тебя лишний вес?».

Затруднились ответить 41% детей и 23% родителей. Среди указанных причин ожирения первое место занимает неправильное питание (34% ответов детей, 50% родителей); на втором месте – низкая физическая активность (27% детей, 40% родителей); на третьем – отягощенная наследственность (19% детей, 28% родителей). Четвертый по частоте ответ – 4% детей и 6% родителей в качестве причины ожирения назвали прием лекарственных препаратов (рис. 2). Ответы о причинах ожирения полностью совпали лишь у 44% пациентов и их родителей, частично совпали – у 15%, а в 41% случаев ответы детей и родителей полностью различались. Дети нередко в своих комментариях называли и другие причины ожирения: «душевная травма», «не контролирую себя», «из-за того, что ем много сладкого и сухарики», «из-за несобранности», «спорта мало» и др.

Специальный раздел в анкетах был посвящен изучению досуга детей и подростков с ожирением. Как показатель малоподвижного образа жизни проанализировано время, которое пациенты проводят за компьютером и телевизором. Процент несовпадения ответов детей и родителей по этим вопросам составил

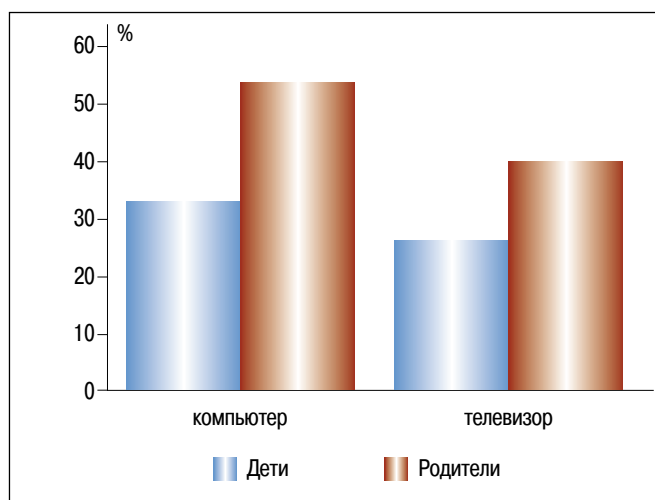


Рис. 3. Процент детей, проводящих за компьютером или телевизором более 2 часов в день, по результатам ответов пациентов и их родителей.

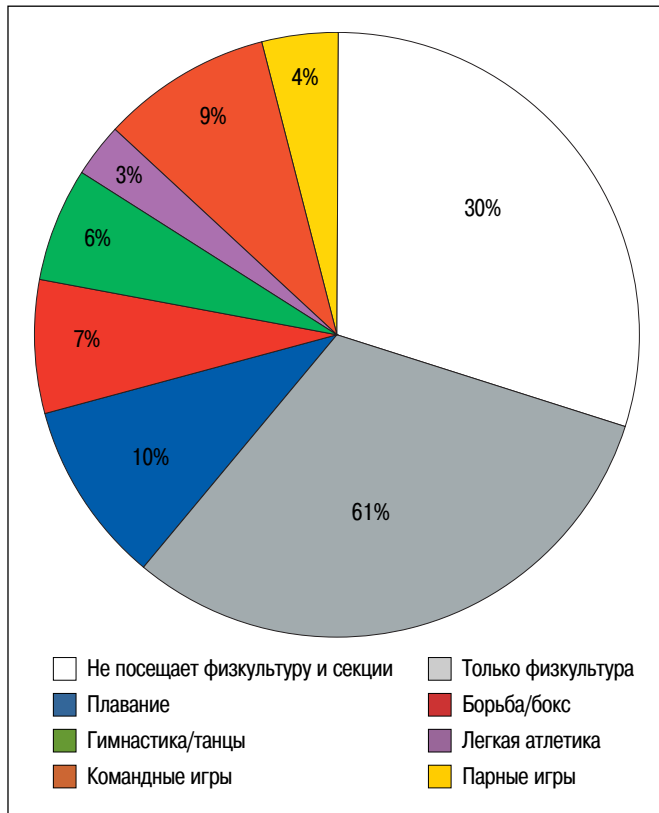


Рис. 4. Посещение уроков физкультуры и спортивных секций.

19% и 12% соответственно. По мнению родителей, 54% детей тратят более двух часов в день на компьютер и 40% – на телевизор. По мнению детей, эти показатели ниже – 33% и 26% соответственно (рис. 3). В комментариях к своим ответам пациенты нередко пишут, что проводят таким образом «все свободное время» или «на телефоне 24 часа в сутки».

При оценке физической активности пациентов с ожирением были рассчитаны суммарные показатели с учетом ответов и детей, и родителей (1 голос соответствовал 0,5%), что, по нашему мнению, позволяет нивелировать неискренние ответы. Не посещают уроки физкультуры 30% пациентов, ни в какие спортивные секции не ходят 61% (рис. 4). Процент несовпадений ответов на эти вопросы составил 12% (посещение физкультуры) и 7% (посещение спортивных секций) соответственно. Пациенты нередко комментируют свои

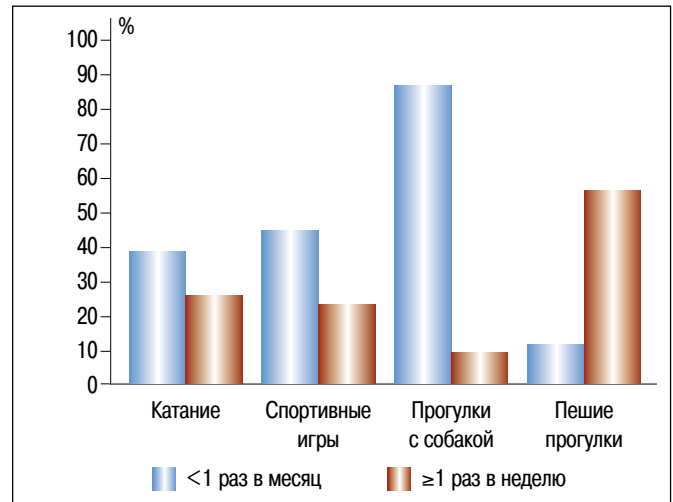


Рис. 5. Распределение ответов пациентов и их родителей (суммарно) по отдельным видам физической активности.

ответы: «хожу иногда», «обычно прогуливаю», «по желанию».

В перечень спортивных секций, которые посещают пациенты, попали плавание (10%), командные игровые виды спорта, такие как футбол, баскетбол и т.п. (9%), борьба и бокс (7%), гимнастика и танцы (6%), легкая атлетика (3%) и парные спортивные игры, например, теннис, бадминтон и т.п. (4%).

Для оценки ежедневной физической активности детей, кроме посещения спортивных секций, мы проанализировали наиболее популярные спортивные навыки детей. Ответили, что дети умеют кататься на велосипеде, 88,5% опрошенных, на самокате – 66,5%, на коньках – 55,5%, на роликах – 55,0%, на лыжах – 57,0%, на скейтборде – 19,0%, на сноуборде – 9,0%.

Однако 38,5% опрошенных сообщили, что дети катаются реже 1 раза в месяц либо не делают этого никогда, 87,0% не гуляют с домашними животными (нет собаки), а 44,5% почти никогда не играют в спортивные игры. Лишь 26,0% катаются, 8,5% гуляют с собакой, а 23,0% играют в спортивные игры не реже раза в неделю. Наиболее популярный вид физической активности – пешая ходьба, про ежедневные пешие прогулки рассказали 41,5% опрошенных, и еще 15,0% пациентов гуляют несколько раз в неделю (рис. 5).

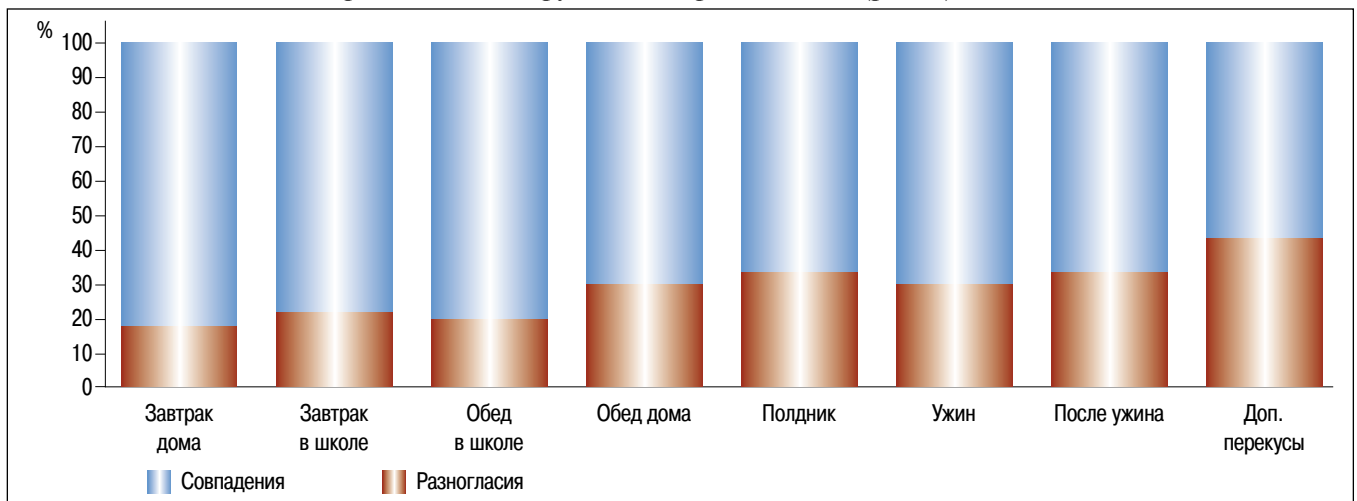


Рис. 6. Частота совпадений и расхождений ответов пациентов и их родителей по режиму питания в зависимости от приема пищи.

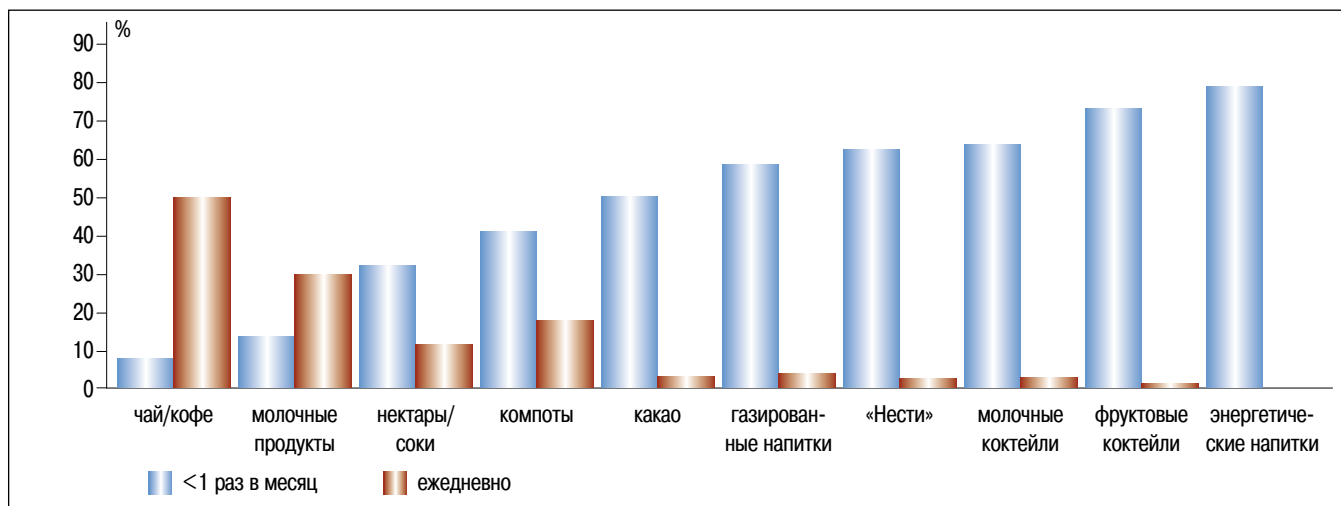


Рис. 7. Частота употребления отдельных напитков по ответам пациентов и их родителей (суммарно).

Следующий раздел вопросов анкеты был посвящен анализу режима питания детей. Предлагалось выбрать из перечня, какие продукты дети употребляют на завтрак, второй завтрак, обед, полдник, ужин, перед сном и на дополнительные перекусы. Согласно суммарной оценке результатов ответов детей и родителей (1 ответ соответствовал 0,5%), 20% детей отказываются от завтрака дома, а 11,0% не завтракают ни дома, ни в школе. Лишь 19% детей и подростков с ожирением ничего не едят после ужина. Для многих пациентов традиционен поздний ужин. Нередкими были комментарии: «Ужин поздно, когда взрослые придут», «Ужин в 21 час».

Выявлено, что процент разногласий детей и родителей по режиму питания и диете зависит от конкретного приема пищи. Родители лучше всего знают, что едят дети на завтрак дома, завтрак и обед в школе (разногласия в 17,0%, 22,0%, 20,5% ответах соответственно); менее осведомлены об обеде дома, полднике, ужине и приеме пищи после ужина (процент разногласий 30,0%, 33,5%, 30,0%, 33,5% соответственно). Наибольшие разногласия вызвали вопросы о составе перекусов (44,5%) (рис. 6).

Кроме режима питания, была проанализирована частота употребления отдельных напитков и продуктов. Этому был посвящен самый большой раздел анкеты, содержащий 31 вопрос (11 вопросов по напиткам и 20

по продуктам питания). Ответы детей и родителей анализировались суммарно (1 ответ – 0,5%). Большинство пациентов с ожирением ежедневно пьют чай/кофе (67,0%) и молочные продукты (молоко, кефир, ряженка и т.п.) (58,5%). Интересно отметить, что 31% пациентов пьют чай и кофе без сахара, а 60% добавляют не более 1–2 ложек. Реже 1 раза в месяц большинство употребляют энергетические и спортивные напитки (95,5%), фруктовые коктейли (81,0%), молочные коктейли (65,0%), сладкий холодный чай «Нести» (62,5%), газированные напитки (53,0%), какао и шоколад (52,5%) (рис. 7). В группе редко употребляемых напитков процент разногласий колеблется от 2,0% (энергетические и спортивные напитки) до 20,0% (газированные напитки, какао и шоколад). Для часто употребляемых напитков этот показатель выше: от 22,0% (чай/кофе, молочные продукты) до 27,0% (компоты и морсы).

Проанализирована частота употребления отдельных продуктов питания, которые рекомендуется ограничивать при ожирении (рис. 8). Наиболее часто пациенты едят бутерброды: 14,5% делают это ежедневно, а 45,0% – несколько раз в неделю. На втором месте – традиционные для россиян гарниры – картофель и макароны. Их употребляют ежедневно по 1,0% пациентов, а несколько раз в неделю – 34,0% и 33,0% соответственно. На третьем месте – пельмени – 9,0% употребляет их несколько раз в неделю. Можно го-

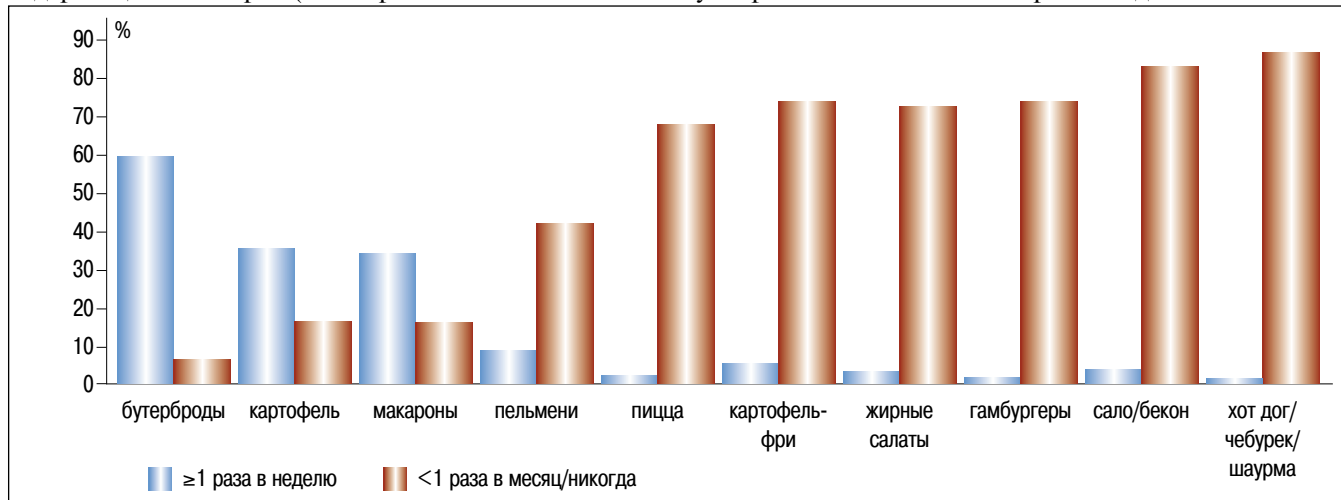


Рис. 8. Частота употребления отдельных продуктов по ответам пациентов и их родителей (суммарно).

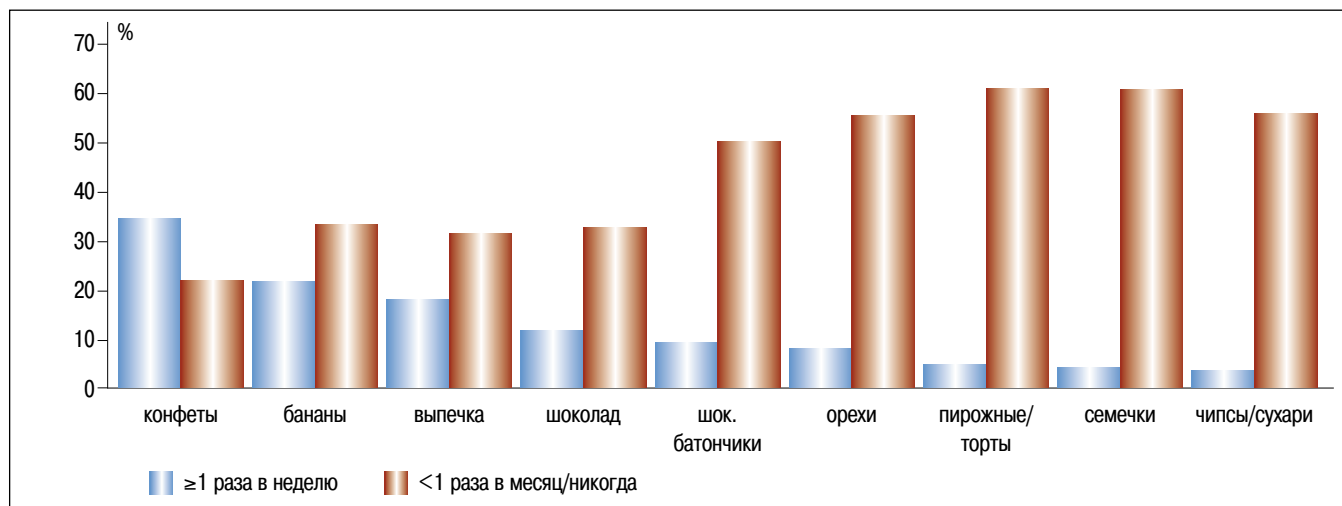


Рис. 9. Частота употребления отдельных высококалорийных снеков по ответам пациентов и их родителей (суммарно).

ворить об относительно низкой приверженности большинства опрошенных пациентов к хот-догам/ чебурекам/шаурме, салу/бекону, картофелю фри, гамбургерам, жирным салатам и пицце. Согласно результатам опроса, их употребляют в пищу реже 1 раза в месяц 85,5%, 81,5%, 73,0%, 72,5%, 71,0%, 66,5% соответственно.

Также была проанализирована частота употребления высококалорийных снеков, наиболее популярных при перекусах. Согласно результатам обработки анкет, на первом месте конфеты – их несколько раз в неделю едят 34,5% пациентов, на втором – бананы (21,5%), на третьем – выпечка (17,5%), на четвертом – плиточный шоколад (11,5%) (рис. 9).

Обсуждение

Детство и юношество – время, когда у человека формируются пищевые и поведенческие привычки, от которых в зрелом возрасте может зависеть риск развития целого ряда заболеваний. В последние десятилетия во всем мире отмечен рост числа детей и подростков с ожирением. В некоторых странах, например в США, эта тенденция приняла уже характер эпидемии: в 1970-е гг. лишний вес выявлялся у 6% детей и подростков школьного возраста, в конце 1980-х – у 11%, а в начале 2000-х – у 16% [4]. В связи с этим все большую популярность приобретают работы, посвященные изучению образа жизни детей и подростков с ожирением.

Однако исследователи сталкиваются с методологическими сложностями, в частности, отсутствием общепринятых опросников для данной возрастной категории. Например, в ряде крупных исследований анализируется питание за предшествующие опросу трое суток [5, 6], что, к сожалению, неприменимо для пациентов в стационаре. В качестве альтернативного метода неоднократно предпринимались попытки разработать пищевые опросники частоты употребления отдельных продуктов для детей и подростков. При создании таких анкет необходимо учитывать особенности этой категории пациентов – вариабельность умственных способностей в зависимости от возраста, ограниченные знания о пище и способах ее приготовления, а также особенности питания за пределами дома. Кроме этого,

на ответы влияют мотивация и уровень грамотности участников, численность и образ жизни изучаемой популяции, уровень финансирования исследования, необходимость изучения отдельных нутриентов и т.п. Не вызывает сомнений, что идеальный опросник должен быть достаточно коротким, легким в использовании, дешевым, точным и применимым в различных подгруппах детей и подростков [6, 7, 8].

Одним из наиболее известных универсальных опросников, изучающих частоту приема конкретных продуктов, является Youth/Adolescent Food Frequency Questionnaire, разработанный в США в 1990-е гг. [9]. Анкета содержит подробный перечень из 126 продуктов на 8 страницах, причем продукты и объемы порций представлены в соответствии с предпочтениями детей и подростков 9–16 лет по результатам Национального исследования США по потреблению продуктов [10]. Эта анкета по питанию являлась частью опросника по образу жизни. Однако после ее 3-летнего использования разработчики поняли, что длина анкеты не способствует ее точному заполнению. В результате был разработан короткий вариант опросника, содержащий перечень всего лишь из 26 продуктов. Для каждого продукта было предложено указать частоту употребления (от «никогда» до «несколько раз в день»). Сравнение нового короткого опросника с длинной версией, а также с 3-дневными дневниками питания дало хорошие результаты [11].

Однако даже у такого известного опросника существуют ограничения и недостатки. С его помощью, по мнению разработчиков, можно качественно охарактеризовать питание детей и подростков в больших эпидемиологических исследованиях, оценить ассоциацию между питанием и ожирением, особенностями поведения, например просмотром телевизора, и заболеваниями, которые развиваются в более позднем возрасте. Но его не следует использовать для оценки адекватности питания отдельных пациентов и популяций. В коротком опроснике также совсем не уделяется внимание употреблению снеков, что может существенно исказить результаты анкетирования [11].

При подготовке настоящего исследования первоначально мы попытались воспользоваться готовым опросником, описанным выше [11]. Однако при проб-

ном заполнении анкеты мы столкнулись с проблемой несоответствия вопросов нашей действительности. Во-первых, некоторые продукты (например, различные виды гамбургеров, буррито, лазанья, белковые батончики, смузи и т.п.) в России не распространены. Во-вторых, некоторые блюда, типичные для нашей кухни (например, пельмени, бутерброды, пирожки, чебуреки, шаурма, компот и т.п.), наоборот, не включены в вопросы. И, в-третьих, при использовании только этой анкеты невозможно судить о режиме питания, физической активности и мнении пациентов о причинах ожирения. Учитывая все вышеперечисленное, в соответствии с рекомендациями по организации подобных исследований [6, 7], был разработан собственный опросник. Мы адаптировали вопросы анкеты под российские продукты и получили 31 вопрос про употребление отдельных напитков и продуктов. Мы добавили к ним 2 вопроса про возраст дебюта ожирения и его причины, а также 11 вопросов про физические нагрузки и 16 про режим питания. На каждый вопрос предлагалось выбрать один из предложенных ответов либо написать собственный.

Особого внимания заслуживает возраст опрашиваемых пациентов. Анкета, которой мы первоначально воспользовались, по мнению авторов, может применяться у детей с 9 лет [11], в нашем исследовании в качестве нижней границы мы определили возраст 10 лет. Согласно литературным данным, именно к 10 годам дети уже могут ответить на вопросы о питании и имеют достаточные представления о продуктах, которые употребляют в пищу [12].

Ответы пациентов и их родителей на вопрос о возрасте, когда они впервые обратили внимание на появление ожирения, выявили, что пик дебюта ожирения приходится на период начальной школы – 7–10 лет (см. рис. 1). В четверти анкет пациенты и их родители указали разный возраст появления ожирения, причем, согласно ответам, дети в ряде случаев заметили лишний вес раньше, чем их родители. Это, вероятно, обусловлено отсутствием настороженности родителей по отношению к ожирению в дошкольном возрасте. Многих родителей радует, если ребенок много и охотно ест. В то же время дети, набирая лишний вес, довольно быстро начинают испытывать психологические сложности при общении со сверстниками.

На основании обработки анкет можно утверждать, что довольно большой процент пациентов и их родителей не задумывается об истинных причинах ожирения. Пятая часть родителей и почти половина детей не смогли назвать факторы, приведшие к ожирению (см. рис. 2). Учитывая высокий процент несоответствий в ответах детей и родителей на этот вопрос, можно говорить, что половина пациентов не обсуждают причины ожирения с родителями. Среди причин ожирения пациенты и их родители наиболее часто называли неправильное питание, на втором месте – низкая физическая активность, на третьем – отягощенная наследственность. Интересно отметить, что некоторые дети и родители в качестве причины ожирения назвали прием лекарственных препаратов, хотя отсутствие терапии, стимулирующей увеличение массы

тела, было одним из критериев включения в исследование. Они связывали ожирение с глюкокортикоидными препаратами для лечения бронхиальной астмы, не обладающими системным эффектом, с проведением плановой вакцинации и приемом антибиотиков. Можно предположить, что родители пациентов с ожирением таким образом психологически оправдывают свое бездействие по отношению к ожирению ребенка, списывая его на последствия другой серьезной болезни и медицинских процедур.

Малоподвижный образ жизни – один из факторов риска ожирения. К сожалению, отечественные работы, посвященные изучению этой проблемы у детей и подростков, весьма малочисленны. Наиболее известны результаты анкетирования детей и подростков, проведенного в десяти регионах России в 2006 г. Тогда на большом статистическом материале была продемонстрирована связь детско-подросткового ожирения с малоподвижным образом жизни, в частности с отсутствием спортивных увлечений, непродолжительностью прогулок на свежем воздухе, длительностью пребывания за компьютером и просмотра телевизора [13].

Настоящее исследование позволило проанализировать время, которое пациенты проводят за компьютером и телевизором (см. рис. 3). Согласно Консенсусу по лечению ожирения у детей и подростков [1], детям рекомендуется уделять подобным развлечениям не более двух часов в день. Примерно половина наших пациентов (54% по ответам родителей, 33% по ответам пациентов) проводят за компьютером более двух часов в день, и чуть меньшее число пациентов (40% по ответам родителей, 26% по ответам пациентов) тратят более двух часов в день на просмотр телевизора. Таким образом, суммарное время «телевизор+компьютер» значительно превышает рекомендуемое. Обращает на себя внимание, что в своих ответах дети и подростки, по сравнению с родителями, склонны занижать время, посвященное столь малоподвижным развлечениям. Причем родители в большей степени акцентируют свое внимание на чрезмерной приверженности детей к компьютеру, чем к телевизору. Вероятно, это обусловлено тем, что родители не разделяют подобные увлечения детей.

Несмотря на необходимость увеличения физической активности для лечения ожирения, треть пациентов не посещают даже уроки физкультуры, ни в какие спортивные секции не ходят две трети пациентов (см. рис. 4). Судя по расхождениям в ответах, родители пациентов не всегда интересуются, занимаются ли дети физкультурой и спортом. Анализ списка спортивных секций, которые посещают пациенты, не выявил явных предпочтений пациентов.

Для оценки ежедневной физической активности детей мы выяснили, на чем дети умеют кататься, и получили достаточно оптимистичную картину. Больше половины пациентов могут кататься на велосипеде, самокате, лыжах, коньках и роликах. Однако катаются еженедельно менее трети пациентов. Лишь четверть пациентов играют в спортивные игры. Единственный популярный вид физической активности – пешая ходьба, так как большинство пациентов гуляют несколько раз

в неделю (см. рис. 5). Однако необходимо отметить, что мы не анализировали длительность прогулок.

Результаты опросов детей и подростков России в 2006 г. выявили также связь ожирения с нерегулярным питанием [13]. Проведенное нами анкетирование позволило изучить основные тенденции в режиме питания пациентов с ожирением. Пятая часть детей отказывается от завтрака дома, а каждый десятый ничего не ест до обеда, питаясь исключительно во второй половине дня и перед сном. Кроме этого, большинство пациентов едят на ночь. Об этом свидетельствуют и положительные ответы о продуктах, употребляемых после ужина, у 81% опрошенных, и комментарии о позднем ужине перед сном.

Различия в ответах детей и родителей по режиму питания (см. рис. 6) продемонстрировали относительно низкую осведомленность родителей о том, что дети едят на обед, полдник, ужин и в перекусы.

При анализе наиболее популярных напитков (см. рис. 7) обращает на себя внимание, что большинство пациентов с ожирением предпочитают традиционные чай или кофе, а также молочные продукты. Причем лишь треть опрошенных пьют их несладкими, а более половины ежедневно добавляют 1–2 ложки сахара. Кроме этого, более половины опрошенных постоянно (не менее раза в месяц) употребляют такие сладкие напитки, как соки/нектары, компоты и какао/шоколад. И еще треть пациентов не исключают из рациона газированные напитки, сладкий холодный чай «Нести» и молочные коктейли. Энергетические и спортивные напитки, а также фруктовые коктейли пользуются значительно меньшей популярностью. Высокий процент разногласий в ответах детей и родителей на вопросы о популярных напитках (до 27,0%), вероятно, обусловлен тем, что родители не уделяют этому внимания, недооценивая вклад сладких напитков в формирование ожирения.

Согласно результатам анализа частоты употребления продуктов питания, не рекомендованных при ожирении, большинство детей и подростков предпочитают традиционную российскую кухню. Многие из них избыточно питаются бутербродами, слишком часто едят традиционные гарниры – картофель и макароны. Десятая часть пациентов несколько раз в неделю употребляют пельмени. В то же время, чрезмерные приверженцы хот-догов, чебурек, шаурмы, гамбургеров, пиццы, сала и жирных салатов среди наших пациентов почти не встречаются (рис. 8). Полученная информация еще раз демонстрирует ограничения для применения готовых пищевых опросников, разработанных в других странах без учета национальных особенностей.

Анализ частоты употребления высококалорийных снеков показал весьма скромные результаты. Если верить ответам, наши пациенты лишь иногда употребляют конфеты, бананы, выпечку, шоколад и практически не едят шоколадные батончики, семечки, орешки, чипсы, сухарики и т.п. (см. рис. 9). К сожалению, это категорически не соответствует тому, что мы видим при ежедневной работе с такими пациентами в стационаре. В соответствии

с правилами поведения в детском эндокринологическом отделении, все перечисленные в этом разделе продукты запрещены для передач, однако мы вынуждены ежедневно изымать практически у всех пациентов и возвращать родителям чипсы, сухарики, печенье, конфеты и т.п. Более того, ответы в этой части анкеты не согласуются с разделом, посвященным режиму питания, где пациентам предлагалось выбрать из предложенного перечня продукты, которые они предпочитают на перекусы. Мы предполагаем, что именно этот блок ответов подвержен наибольшему искажению. Пациенты понимают, что на ограничение именно этой группы продуктов нужно обращать внимание в первую очередь. Отвечая на вопросы, они склонны к приукрашиванию реальной картины, стремятся показать врачу свою дисциплинированность и готовность следовать рекомендациям. Они нередко комментируют: «раньше ел часто, я сейчас очень редко», однако не указывают, как давно (сколько часов или дней назад) он принял такое решение.

Это еще раз демонстрирует ограничение применения пищевых опросников у детей и подростков, особенно когда вопрос задается о том, как часто употребляется тот или иной продукт. По результатам нашего исследования более правдоподобные сведения о питании пациентов были получены, когда их просили отметить, что из предложенных групп продуктов они едят в конкретный прием пищи.

Заключение

Пик дебюта ожирения приходится на период начальной школы (7–10 лет). В качестве основных причин ожирения пациенты и родители выделяют неправильное питание, низкую физическую активность и наследственность. Половина детей не знают причины своего ожирения.

Большинство детей и подростков с ожирением ведут малоподвижный образ жизни, уделяя много времени телевизионным и компьютерным развлечениям. Наиболее популярный вид физических нагрузок для пациентов – пешие прогулки.

Для пятой части пациентов с ожирением характерен отказ от завтрака. Большинство пациентов не отрицают избыточного питания перед сном.

Многие дети и подростки с ожирением чаще рекомендуемого употребляют в пищу бутерброды, макаронные изделия и картофель. При анкетировании, особенно в разделе, касающемся «запрещенных» продуктов для перекусов, пациенты нередко пытаются приукрасить истинную картину, демонстрируя врачу мнимую приверженность к здоровому образу жизни.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Работа выполнена без привлечения дополнительного финансирования со стороны третьих лиц.

Литература | References

1. August GP, Caprio S, Fennoy I, et al. Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *JCEM*. 2008;93(12):4576-99. doi:10.1210/jc.2007-2458
2. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. / Под ред. И.И. Дедова, В.А. Петерковой. — М.: Практика; 2014. [Federal'nye klinicheskie rekomendatsii (protokoly) po vedeniyu detey s endokrinnyimi zabolevaniyami. / Ed. by Dedov II, Peterkova VA. Moscow: Praktika; 2014. (In Russ).]
3. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирению у детей и подростков. Российская ассоциация эндокринологов, Российское общество по профилактике неинфекционных заболеваний, Ассоциация детских кардиологов России. — М.: Практика, 2015. [Rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike ozhireniyu u detey i podrostkov. Rossiyskaya assotsiatsiya endokrinologov, Rossiyskoe obshchestvo po profilaktike neinfektsionnykh zabolevaniy, Assotsiatsiya detskikh kardiologov Rossii. Moscow: Praktika, 2015. (In Russ).]
4. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*. 2006;295(13):1549. doi:10.1001/jama.295.13.1549
5. Jago R, Nicklas T, Yang S-J, et al. Physical activity and health enhancing dietary behaviors in young adults: Bogalusa Heart Study. *Preventive Medicine*. 2005;41(1):194-202. doi:10.1016/j.ypmed.2004.09.045
6. Cade JE, Burley WJ, Warm DL, et al. Food-frequency questionnaires: a review of their design, validation and utilisation. *Nutrition Research Reviews*. 2009;17(01):5. doi:10.1079/nrr200370
7. Biró G, Hulshof KF, Ovesen L, et al. Selection of methodology to assess food intake. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56(s2):S25-S32. doi:10.1038/sj.ejcn.1601426
8. Rockett HR, Berkey CS, Colditz GA. Evaluation of dietary assessment instruments in adolescents. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2003;6(5):557-62. doi:10.1097/01.mco.0000087971.83880.08
9. Rockett HR, Wolf AM, Colditz GA. Development and reproducibility of a food frequency questionnaire to assess diets of older children and adolescents. *J Am Diet Assoc*. 1995;95(3):336-40. doi:10.1016/S0002-8223(95)00086-0
10. Smiciklas-Wright H, Mitchell DC, Mickle SJ, et al. Foods commonly eaten in the United States, 1989-1991 and 1994-1996: Are portion sizes changing? *J Am Diet Assoc*. 2003;103(1):41-7. doi:10.1053/jada.2003.50000
11. Rockett HR, Berkey CS, Colditz GA. Comparison of a short food frequency questionnaire with the Youth/Adolescent Questionnaire in the Growing Up Today Study. *Int J Pediatr Obes*. 2007;2(1):31-9. doi:10.1080/17477160601095417
12. Baranowski T, Domel SB. A cognitive model of children's reporting of food intake. *Am J Clin Nutr*. 1994;59(1 Suppl):212S-7S. PMID: 8279427
13. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Бутрова С.А., и др. Ожирение у подростков в России // Ожирение и метаболизм. — 2006. — Т. 3. — №4 — С. 30-34. [Dedov II, Mel'nichenko GA, Butrova SA, et al. Ozhirenie u podrostkov v Rossii. *Obesity and metabolism*. 2006;3(4):30-34. (In Russ).] doi: 10.14341/2071-8713-5141

Информация об авторах [Authors Info]

Витебская Алиса Витальевна, к.м.н. [Alisa V. Vitebskaya, PhD]. Адрес: 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2 [Address: 8-2, Trubetskaya street, Moscow, 119992 Russian Federation]. E-mail: dr.vitebskaya@mail.ru

Писарева Елена Александровна, к.м.н. [Elena A. Pisareva, PhD]. Попович Анастасия Владимировна [Anastasiya V. Popovich]

Цитировать:

Витебская А.В., Писарева Е.А., Попович А.В. Образ жизни детей и подростков с ожирением. Результаты анкетирования пациентов и их родителей // Ожирение и метаболизм. — 2016. — Т.13. — №2. — С. 33-40. doi: 10.14341/OMET2016233-40

To cite this article:

Vitebskaya AV, Pisareva EA, Popovich AV. Lifestyle of children and adolescents with obesity. Results of patients and their parents questioning. *Obesity and metabolism*. 2016;13(2): 33-40. doi: 10.14341/OMET2016233-40