

DOI: 10.31793/1680-1466.2021.26-2.119

Харчова поведінка та ожиріння: гендерно-вікові особливості

Л.С. Кіро,
М.Ю. Зак,
О.В. Чернишов,
М.В. Сverdлова

Медичний інститут Чорноморського національного університету ім. Петра Могили

Резюме. Надмірна вага та ожиріння — одна з найскладніших медичних і соціальних проблем сучасності. Для сучасного суспільства характерні фактори, які обумовлюють ожиріння: малорухливий спосіб життя, нерациональне харчування з великою часткою рафінованих продуктів, переїдання, психологічні стреси тощо. Проте роль порушень харчової поведінки (ХП) у формуванні надлишкової ваги та ожиріння вивчені недостатньо. **Метою** роботи є визначення особливостей різних типів ХП при надмірній масі тіла та ожирінні в залежності від гендерно-вікових чинників. **Матеріал і методи.** Проведено опитування 210 пацієнтів (105 жінок і 105 чоловіків). Вік жінок коливався від 19 до 60 років (середній вік становив $41,5 \pm 11,2$ року), вік чоловіків — від 22 до 60 років (середній вік — $42,3 \pm 12,3$ року). Всіх пацієнтів було розподілено на дві клінічні групи: 1-а група — 70 осіб (35 жінок і 35 чоловіків) з надлишковою вагою (індекс маси тіла (ІМТ) від 25,8 до 29,3 кг/м²; середній показник $27,5 \pm 1,31$ кг/м²); 2-а група — 72 особи (36 жінок і 36 чоловіків) з ожирінням 1 ступеня (ІМТ від 30,0 до 33,9 кг/м²; середній показник $31,74 \pm 1,03$ кг/м²). Контрольну групу склали 70 осіб (35 жінок і 35 чоловіків) з нормальною вагою (ІМТ від 19,5 кг/м² до 23,9 кг/м²; середній показник $22,41 \pm 1,43$ кг/м²). Оцінку розладів ХП проводили за допомогою адаптованого Нідерландського опитувальника ХП (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire, DEBQ). **Результати.** У пацієнтів 1-ої та 2-ої груп здоровий тип ХП зафіксовано рідше, ніж у контрольній групі, у 5,38 раза ($D=13,561$, $p<0,01$) та в 10,45 раза ($D=21,043$, $p<0,05$) відповідно. У 1-й групі обмежувальний тип ХП серед жінок був зафіксований в 1,7 раза частіше, ніж у чоловіків ($D=0,852$, $p<0,01$). У 2-й групі обмежувальний тип ХП серед чоловіків зафіксований в 1,3 раза рідше, ніж серед жінок ($D=0,382$, $p<0,01$). **Висновки.** Обмежувальні розлади ХП є одним із провідних факторів розвитку надмірної ваги та ожиріння. Корекція розладів харчування в людей, що страждають ожирінням, повинна проводитися з урахуванням гендерних і вікових особливостей пацієнта, щоб отримати позитивні результати при коротшому курсі лікування. **Ключові слова:** надмірна вага, ожиріння, харчова поведінка, індекс маси тіла.

Надмірна вага та ожиріння — одна з найактуальніших медичних та соціальних проблем сучасності. У багатьох країнах світу за останні 10 років захворюваність на ожиріння збільшилася в середньому вдвічі. Розрахунки

експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization, WHO) засвідчують, що до 2025 р. число пацієнтів з ожирінням у світі становитиме 300 млн осіб. Серед працездатного населення України ожиріння виявляють майже в 30% випадків, а

Оригінальні дослідження

надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець. У зв'язку з тим, що для сучасного суспільства характерні малорухомий спосіб життя, нераціональне харчування з великою часткою рафінованих продуктів, переїдання, приймання їжі в значній кількості на ніч, постійні психологічні стреси, зростає частота ожиріння серед населення, особливо серед молоді. Важливість цієї проблеми пов'язана з інвалідизацією осіб молодого віку та зменшенням загальної тривалості життя внаслідок розвитку тяжких супутніх захворювань [1-6].

Порушення ХП є одним із провідних чинників зростання маси тіла та розвитку ожиріння. Під харчовою поведінкою розуміється сукупність звичок, пов'язаних із харчуванням, як у буденних умовах, так і в ситуації стресу, а також ставлення до приймання їжі. Тобто, ХП охоплює установки, звички й емоції, що стосуються їжі та є індивідуальними для кожної людини [7-9].

Здорова ХП людини характеризується чотирма основними параметрами [10-11]:

1. Безумовний дозвіл собі їсти. Людина зі здоровою ХП їсть що і коли хоче, вона не відмовляє собі в їжі, коли відчуває голод. Така поведінка не передбачає обмежень на будь-які продукти й не контролюється певними часовими рамками.
2. Приймання їжі через фізичні, а не емоційні причини. При здоровій ХП їжа не відіграє роль регулятора емоційних переживань. Єдина її функція — задовольняти фізіологічні потреби в енергії і поживних речовинах. А для налагодження емоційного комфорту використовуються навички емоційної регуляції.
3. Довіра внутрішнім сигналам організму. При розладах ХП практично завжди порушується контакт із внутрішніми сигналами організму, зокрема й з тими, що регулюють процес харчування. Сигнали голоду людина може ігнорувати, а вловлює їх тільки коли сильно бурчить у животі. Відчуття ситості теж не вловлюється — людина регулює кількість з'їденого, керуючись лише зовнішніми правилами, а не потребами тіла та відчуттями в ньому.
4. Вибір їжі відповідно до потреб тіла. Уважне ставлення до власних харчових побажань є частиною здорової ХП. Воно проявляється

в спробах зрозуміти перед прийманням їжі, чого ж зараз хочеться найбільше і включити це в раціон. Розуміння, чого хочеться, знову ж таки, має базуватись на відчуттях у тілі, а не на міркуваннях, що і коли «правильно» їсти.

Загально визнаної класифікації порушень ХП сьогодні не існує. Деякі дослідники пропонують визначати три умовних типи розладу ХП: обмежувальний, емоціогенний та екстернальний [10-13].

Обмежувальний тип ХП — це надлишкові харчові самообмеження і безсистемні дієти. Періоди обмежувального типу ХП змінюються періодами переїдання з новим інтенсивним набором ваги. Зазначені періоди призводять до емоційної нестабільності — дієтичної депресії [14-16].

Емоціогенний тип ХП — гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання. При такій поведінці стимулом прийманню їжі стає не голод, а емоційний дискомфорт; їжа у відповідь на стрес, депресію; синдром нічної їжі; ранкова анорексія; вечірня і нічна їжа; інсомнія; компульсивний тип ХП; повторювані епізоди різкого переїдання; чіткий стан дистресу через наявність таких епізодів [17].

Екстернальний тип ХП проявляється підвищеною реакцією людини не на внутрішні, гомеостатичні стимули до приймання їжі, а на зовнішні. При цьому типі ХП кардинальне, визначальне значення має доступність продуктів; гіперактивність до харчових стимулів: зовнішній вигляд їжі, запах, смак; їжа за компанію; часті перекуси. Не відрегульована сувора дієта призводить до дієтичної депресії, загострення емоційної нестабільності, зневіри у свої сили, відмови від подальшого дотримання раціонального типу харчування, втрати клітинної маси замість жирової, зниження рівня основного обміну і подальшого набору ваги [18].

На тип ХП людей із надмірною вагою та ожирінням, крім екзогенних факторів величезний вплив мають гендерні та вікові особливості. Відмінність в інтенсивності перебігу метаболізму, ендокринного та нервово-психічного фонів, особливостях конституції, серед людей з ожирінням різної вікової та статевої категорії, зумовлює необхідність обов'язково враховувати вищезазначені фактори на етапі

коригувальної терапії, для отримання стійких позитивних результатів за коротший період лікування. Серед усіх опитувальників, щодо виявлення розладів ХП, простішим, зручнішим та швидшим у застосуванні є опитувальник DEBQ.

Таким чином, порушення ХП може розглядатися як провідний фактор розвитку надмірної ваги та ожиріння, а коригувальна терапія повинна обов'язково враховувати гендерні та вікові особливості пацієнтів.

Метою роботи є визначення особливостей типів ХП при надмірній масі тіла та ожирінні, у залежності від гендерно-вікових чинників.

Матеріал і методи

На базі Університетської клініки Чорноморського національного університету ім. Петра Могили та поліклініки Державної установи «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Миколаївській області» було проведено опитування 210 осіб (105 жінок і 105 чоловіків). Вік жінок коливався від 19 до 60 років (середній вік становив $41,5 \pm 11,2$ року), вік чоловіків — від 22 до 60 років (середній вік — $42,3 \pm 12,3$ року).

Усіх пацієнтів було розподілено на дві клінічні групи: 1-а група — 70 осіб (35 жінок і 35 чоловіків) із надлишковою вагою (індекс маси тіла (ІМТ) від 25,8 до 29,3 кг/м²; середній показник $27,5 \pm 1,31$ кг/м²); 2-а група — 72 особи (36 жінок і 36 чоловіків) з ожирінням 1 ступеня (ІМТ від 30,0 до 33,9 кг/м²; середній показник $31,74 \pm 1,03$ кг/м²). Контрольну групу склали 70 осіб (35 жінок і 35 чоловіків) з нормальною вагою (ІМТ від 19,5 кг/м² до 23,9 кг/м²; середній показник $22,41 \pm 1,43$ кг/м²). У кожній із груп вивчали особливості ХП окремо в жінок і чоловіків віком до 45 років та після 45 років.

Усім пацієнтам були визначені антропометричні (зріст, вага, окружність живота, окружність стегна), і фізіологічні (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень і частота дихання) параметри, розраховані ІМТ та індекс талії/стегон.

Антропометричні та фізіологічні показники для кожної з груп пацієнтів залежно від статі наведені в **табл. 1**.

Оцінку порушень ХП здійснювали за допомогою адаптованого до мети дослідження

опитувальника DEBQ, який містив 33 питання. Кожна відповідь оцінювалась у 5 балів: ніколи — 1 бал, рідко — 2 бали, іноді — 3 бали, часто — 4 бали й дуже часто — 5 балів. Виключення складало лише запитання №31, де бали були розподілені у зворотному порядку: ніколи — 5 балів, рідко — 4 бали, іноді — 3 бали, часто — 2 бали й дуже часто — 1 бал. Опитувальник був доповнений питаннями про наявність спадковості в родинах опитуваних людей, частоти приймання їжі та вживання гормональних препаратів. У першому блоці опитувальника було зроблено акцент на стать, вік, професійну діяльність і етнічну приналежність пацієнта.

Результати відповідей на питання 1-10 опитувальника, що відповідають обмежувальному типу ХП, додавали та ділили на 10, а отриманий результат порівнювали з нормативним показником для обмежувального типу ХП (2,4). Результати відповідей на питання 11-23 опитувальника, що відповідають емоціогенному типу ХП, додавали та ділили на 13, а отриманий результат порівнювали з нормативним показником для емоціогенного типу ХП (1,8). Результати відповідей на питання 24-33 опитувальника, що відповідають екстернальному типу ХП, додавали та ділили на 10, а отриманий результат порівнювали з нормативним показником для екстернального типу ХП (2,7).

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася методами варіаційної статистики з використанням стандартного пакета прикладних програм SPSS 13.0 for MS Windows. Для статистичного аналізу даних використовували дескриптивну статистику; порівняння середніх значень змінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента) за нормального розподілу даних ознак, що виражені в інтервальному шкалі. Для порівняння розподілу часток двох або більше змінних використовували точний критерій Фішера. Різниця вважалася вірогідною, якщо досягнутий рівень значущості (p-value) був нижчим за 0,05.

Дослідження проведено відповідно до основних біоетичних норм Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта дослідження» (1964 р.) із поправками, Загальної декларації з біоетики

Оригінальні дослідження

Таблиця 1. Антропометричні та фізіологічні показники пацієнтів різних клінічних груп
Table 1. Anthropometric and physiological parameters among patients of different clinical groups

Показники Parameters	Контрольна група Control group		1-а група Group 1		2-а група Group 2	
	жінки women	чоловіки men	жінки women	чоловіки men	жінки women	чоловіки men
Антропометричні: Anthropometric:						
зріст (см) height, cm	155-170 (162,51±3,03)	168-180 (174,01±6,03)	157-171 (163,51±2,03)	167-179 (173,01±5,03)	155-172 (164,51±3,03)	168-180 (174,51±6,03)
вага (кг) weight, kg	55-70 (67,50±5,21)	65-80 (72,50±4,21)	70-83 (76,52±5,21)	75-89 (82,50±4,21)	80-93 (86,50±6,21)	80-110 (95,30±5,21)
окружність талії (см) waist circumference, cm	60-75 (67,5±2,2)	76-88 (82,2±3,2)	70-85 (77,5±2,3)	80-88 (84,01±4,01)	84-92 (88,5±2,1)	80-88 (89,5±1,1)
окружність стегон (см) hip circumference, cm	86-90 (88,0±2,2)	94-96 (95±1)	90-96 (93,0±2,2)	98-101 (99,5±1,0)	94-100 (97,0±2,2)	99-105 (100,5±1,1)
індекс, талії/стегон index, waist/hips	0,75-0,80 (0,76±0,04)	0,82-0,84 (0,83±0,01)	0,85-0,90 (0,87±0,04)	0,90-0,95 (0,92±0,01)	0,89-0,95 (0,92±0,03)	0,99-1,02 (1,01±0,01)
Фізіологічні: Physiological:						
артеріальний тиск (мм рт. ст.) blood pressure, mm Hg	110/65-130/75 (120/70±10/10)	120/65-130/75 (125/75±10/10)	120/75-140/90 (130/82±10/10)	135/75-140/80 (135/82±10/10)	135/75-170/90 (155/92±15/15)	135/75-160/90 (148/85±13/12)
частота серцевих скорочень (кількість ударів за хв) heart rate, number of beats per minute	64-74 (69±4)	65-75 (70±2)	70-79 (74,5±5,1)	69-82 (75,0±5,2)	72-79 (75,5±5,2)	70-82 (76,3±6,2)
частота дихання (кількість дихальних рухів за хв) respiratory rate, number of respiratory movements per minute	16-18 (17±1)	16-18 (17±1)	18-20 (19±1)	17-19 (18,0±1,2)	18-20 (19±1)	17-19 (18,01±1,02)

Примітка: представлені мінімальне та максимальне значення (середнє значення і стандартна помилка середнього) відповідних показників
Note: the minimum and maximum values (average value and standard error of the average) of the corresponding indicators are presented

Таблиця 2. Типи ХП серед пацієнтів різних клінічних груп
Table 2. Types of eating behaviour (EB) among patients of different clinical groups

Типи ХП Types of EB	Контрольна група Control group (n=70)		1-а група Group 1 (n=70)		2-а група Group 2 (n=72)		Відмінність між контрольною і 1-ою групами The difference between the control and the 1 st groups		Відмінність між контрольною і 2-ою групами The difference between the control and the 2 nd groups		Відмінність між 1-ою і 2-ою групами The difference between the 1 st and the 2 nd groups	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Здоровий Healthy	43	61,4	8	11,4	4	5,5	13,567	0,002	21,043	0,022	0,501	0,037
Обмежувальний Restrictive	9	12,8	31	44,3	34	48,5	0,161	0,046	0,153	0,061	0,902	0,051
Емоціогенний Emotional	5	7,1	4	5,7	5	7,1	0,532	0,400	0,480	0,280	1,910	1,000
Екстернальний External	13	18,7	27	38,6	29	38,9	0,310	0,001	0,281	0,001	0,942	0,041

та прав людини Організації об'єднаних націй (2005 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.). Всі учасники були інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали інформовану згоду щодо участі в ньому. Також були вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів.

Результати та обговорення

Під час дослідження було встановлено, що типи ХП пацієнтів мали певну залежність від ІМТ. У всіх клінічних групах провідним був розлад ХП за обмежувальним типом.

Розподіл типів ХП серед пацієнтів контрольної групи з середнім ІМТ $22,41 \pm 1,43$ кг/м² (n=70) був такий: здоровий тип ХП — у 43 осіб (61,4%), обмежувальний тип ХП — у 9 осіб (12,8%), емоційний тип ХП — у 5 осіб (7,1%) і екзогенний тип ХП — у 13 осіб (18,7%) (табл. 2).

Відповідний показник серед пацієнтів 1-ої групи з середнім ІМТ $27,51 \pm 1,31$ кг/м² (n=70) становив: здоровий тип ХП — у 8 осіб (11,4%), обмежувальний тип ХП — у 31 особи (44,3%), емоційний тип ХП — у 4 осіб (5,7%) і екзогенний тип ХП — у 27 осіб (38,6%) (табл. 2).

Розподіл типів ХП серед пацієнтів 2-ої групи з середнім ІМТ $31,74 \pm 1,03$ кг/м² (n=92) становив: здоровий тип — у 4 осіб (5,5%), обмежувальний тип ХП — у 34 осіб (48,5%), емоційний тип ХП — у 5 осіб (7,1%) і екзогенний тип ХП — у 29 осіб (38,9%) (табл. 2).

У всіх клінічних групах розлад за обмежувальним типом ХП був провідним. Порівняно з контрольною групою серед пацієнтів

1-ої групи розлад за обмежувальним типом ХП був зафіксований у 3,44 раза частіше ($D=0,161$, $p<0,05$), розлад за екстернальним типом ХП — у 7 разів частіше ($D=0,310$, $p<0,01$), а здоровий тип ХП — у 5,38 раза рідше ($D=13,561$, $p<0,01$) (табл. 2). Таким чином, порівняння розладів ХП у пацієнтів із надмірною вагою та нормальною вагою показало, що зі збільшенням ваги пацієнтів відсоток розладів ХП зростає, головним чином, внаслідок домінування обмежувального типу ХП.

Серед пацієнтів 2-ої групи обмежувальний тип ХП також був провідним і порівнюючи з контрольною групою був зафіксований у 3,78 раза частіше ($D=0,153$, $p<0,05$), розлад за екзогенним типом ХП — у 2,23 раза частіше ($D=0,281$, $p<0,01$), а здоровий тип ХП — у 10,75 раза рідше ($D=21,043$, $p<0,05$) (табл. 2). Тобто, пацієнти з надмірною вагою та ожирінням зберігають схожу тенденцію: зі збільшенням ІМТ збільшується відсоток розладів харчування, особливо завдяки обмежувальному типу.

Взаємозв'язок між ІМТ і типом ХП було виявлено серед пацієнтів контрольної ($\chi^2=15,592$, $p<0,01$), 1-ої ($\chi^2=41,179$, $p<0,01$) та 2-ої ($\chi^2=11,005$, $p<0,05$) груп (табл. 3).

Аналіз гендерних особливостей розладів ХП у людей із надмірною вагою та ожирінням виявив взаємозв'язок між типом розладу ХП та статтю пацієнтів.

У 1-й групі рестриктивний тип ХП спостерігався серед жінок із середнім віком $42,5 \pm 12,2$ року в 1,7 раза частіше, ніж серед чоловіків із середнім віком $43,3 \pm 12,1$ року ($D=0,852$, $p<0,01$) (табл. 4). Емоціональний

Таблиця 3. Зв'язок між типом ХП та статтю пацієнтів різних клінічних груп

Table 3. Relationship between the type of EB and the sex of patients among different clinical groups

Типи ХП Types of EB	Контрольна група Control group (n=70)				1-а група Group 1 (n=70)				2-а група Group 2 (n=72)			
	n	%	χ^2	p-value	n	%	χ^2	p-value	n	%	χ^2	p-value
Здоровий Healthy	43	61,4	15,592	0,001	8	11,5	41,179	0,001	4	5,5	11,005	0,011
Обмежувальний Restrictive	9	12,8			31	44,2			34	48,5		
Емоційний Emotional	5	7,1			4	5,8			5	7,1		
Екстернальний External	13	18,7			27	38,5			29	38,9		

Оригінальні дослідження

тип ХП у жінок і чоловіків був однаковий ($D=1,261$, $p>0,05$). Зовнішній тип ХП спостерігався серед чоловіків у 1,3 раза частіше, ніж у жінок ($D=0,731$, $p<0,01$). Здоровий тип ХП у людей із надмірною масою тіла був однаковий, як серед жінок, так і серед чоловіків ($D=10,421$, $p>0,05$). Таким чином, серед чоловіків із зайвою вагою було зафіксовано переважання порушень ХП за екстернальним типом ХП, а в жінок – за обмежувальним типом ХП.

У 2-й групі обмежувальний тип ХП спостерігався серед жінок із середнім віком $41,5\pm 12,2$ року в 1,3 раза частіше, ніж у чоловіків із середнім віком $43,0\pm 12,4$ року ($D=1,382$, $p<0,01$). Гендерних відмінностей у частоті

виявлення емоційного типу ХП не виявлено ($D=1,001$, $p<0,01$). Екстернальний тип ХП серед чоловіків був в 1,13 раза частіше, ніж у жінок ($D=0,861$, $p<0,01$). Гендерні відмінності за здоровим типом ХП не були виявлені ($D=10,481$, $p>0,05$) (табл. 4). Серед пацієнтів із надмірною вагою й ожирінням було зафіксовано перевищення розладів ХП за екзогенним типом у чоловіків та домінування обмежувального типу ХП у жінок.

При аналізі вікових особливостей розладів ХП встановлено, що обмежувальний тип ХП переважав у людей молодого віку, а екстернальний тип був провідним серед пацієнтів після 45 років (табл. 5).

Таблиця 4. Гендерні особливості ХП в осіб із надмірною вагою
Table 4. Gender characteristics of EB in overweight people

Типи ХП Types of EB	1-а група Group 1				2-а група Group 2							
	жінки women (n=35)		чоловіки men (n=35)		відмінність залежно від статі difference depending on gender		жінки women (n=36)		чоловіки men (n=36)		відмінність залежно від статі difference depending on gender	
	n	%	n	%	D	P-value	n	%	n	%	D	P-value
Здоровий Healthy	4	5,8	4	5,7	1,421	0,003	2	2,7	2	2,8	1,481	0,064
Обмежувальний Restrictive	17	24,2	14	20,0	0,852	0,001	19	27,1	15	21,4	0,382	0,005
Емоціогенний Emotional	2	2,9	2	2,9	1,001	1,009	3	4,3	2	2,8	1,002	0,101
Екстернальний External	12	17,1	15	21,4	0,731	0,005	12	16,7	17	22,2	0,861	0,008

Таблиця 5. Вікові особливості ХП в осіб із надмірною вагою
Table 5. Age characteristics of EB among overweight people

Типи ХП Types of EB	Жінки Women		Чоловіки Men		Відмінність між жінками різного віку Difference between women of different ages		Відмінність між чоловіками різного віку Difference between men of different ages		Відмінність між жінками та чоловіками <45 років Difference between women and men <45 years		Відмінність між жінками та чоловіками >45 років Difference between women and men >45 years					
	<45 років <45 years (n=19)	>45 років >45 years (n=16)	<45 років <45 years (n=17)	>45 років >45 years (n=18)	D	P-value	D	P-value	D	P-value	D	P-value				
	n	%	n	%	n	%	n	%	D	P-value	D	P-value				
Здоровий Healthy	3	4,4	1	1,4	1	1,4	3	4,3	3,05	0,62	0,11	0,03	3,05	0,62	0,11	0,03
Обмежувальний Restrictive	11	15,7	6	8,5	9	12,9	5	7,1	1,65	0,37	1,88	0,40	1,65	0,37	1,88	0,40
Емоціогенний Emotional	1	1,4	1	1,5	1	1,4	1	1,5	0,66	1,00	3,05	0,62	0,66	1,00	3,05	0,62
Екстернальний External	4	5,7	8	11,4	6	8,5	9	12,9	0,42	0,24	1,00	1,00	0,42	0,24	1,00	1,00

У чоловіків 1-ої групи після 45 років здоровий тип ХП зустрічався у 8,09 разів частіше, ніж у чоловіків віком до 45 років ($D=0,11$, $p<0,05$) (табл. 5). Зазначена особливість дає підстави припустити, що з віком чоловіки більш вимогливі при виборі харчових продуктів і більш лабільні щодо модифікації своєї ХП та стилю життя.

У жінок 1-ої групи здоровий тип ХП спостерігався у 8,09 разів рідше, ніж у чоловіків тієї ж вікової категорії ($D=0,11$, $p<0,05$) (табл. 5). Цей факт, вірогідно, зумовлений психологічними особливостями осіб жіночої статі, а саме: більшою схильністю до жорстких дієт, більшим відсотком невдоволеністю власними формами, навіть за умови нормального ІМТ, що спонукає до більш тривалого за часом обмеження себе в їжі, і як наслідок формування стресу, зриву з дієт та набору ще більшої ваги, ніж до дієти.

Інших вірогідних відмінностей у жінок та у чоловіків 1-ої та 2-ої груп залежно від віку не встановлено (всі $p>0,05$) (табл. 5).

Дані літератури свідчать про великий інтерес науковців усього світу до проблеми зростання та корекції надмірної ваги серед людей, що страждають ожирінням [9, 12]. Водночас переважна більшість авторів зосереджується насамперед на модифікації ХП як ключового чинника розвитку надмірної ваги та ожиріння [10]. Звичайно, відмова від рафінованої їжі, закусок для компанії та нічного споживання суттєво покращує роботу шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи людей з ожирінням і надмірною вагою [5]. Водночас, на наш погляд і на думку деяких дослідників, щоб отримати позитивні результати за коротший курс лікування та досягти більш тривалого періоду реабілітації корекція розладів харчування в людей, що страждають ожирінням, повинна проводитися з урахуванням статі та віку пацієнтів [1, 8].

Висновки

1. Порушення харчування — один із провідних факторів розвитку надмірної ваги та ожиріння: у пацієнтів із зайвою вагою здоровий тип ХП зафіксовано в 5,38 разів рідше, ніж у осіб із нормальною вагою ($D=13,561$, $p<0,01$), а в пацієнтів з ожирінням — у 10,45 разів рідше, ніж в осіб із нормальною вагою ($D=21,043$, $p<0,05$).

2. Надмірна вага та ожиріння найчастіше пов'язані з обмежувальним типом ХП. У пацієнтів із надмірною вагою обмежувальний тип ХП зафіксований у 3,4 рази частіше, ніж у людей із нормальною вагою ($D=0,161$, $p<0,05$), а в пацієнтів з ожирінням обмежувальний тип ХП зафіксований у 3,78 рази частіше, ніж в осіб контрольної групи ($D=0,153$, $p<0,05$).
3. У всіх групах на тип ХП впливають ІМТ, стать та вік пацієнтів. Так, у чоловіків із зайвою вагою після 45 років здоровий тип ХП спостерігався у 8,09 рази частіше, ніж у чоловіків у віці до 45 років ($D=0,11$, $p<0,05$) та в жінок із зайвою вагою ($D=0,11$, $p<0,05$).
4. У всіх групах було виявлено кореляційний взаємозв'язок між типом ХП та гендерно-віковими особливостями пацієнтів.

Практичне значення та перспективи подальших досліджень

Корекція розладів харчування в людей, що страждають ожирінням, повинна проводитися з урахуванням гендерних та вікових особливостей пацієнта, що дозволить отримати позитивні результати при коротшому курсі лікування. Медичні поради для жінок та молоді, враховуючи поширеність обмежувальних розладів ХП, повинні бути спрямовані на боротьбу з жорсткими дієтами та періодами тривалого голодування, а для чоловіків та людей старше 45 років — на дотримання збалансованого харчування. Тривалість коригувального лікування в жінок з ожирінням слід збільшити за допомогою психотерапії.

Список використаної літератури

1. Абсальямова ЛМ. Харчова поведінка жінок: розлади та психокорекція. Харків: «Стильна типографія»; 2019. 393 с. (Absalyamova LM. Food behavior of women: disorders and psychocorrection. Kharkiv: «Stylish Printing House»; 2019. 393 p. Ukrainian).
2. Абсальямова ЛМ. Психологія харчової поведінки людини. Харків: «Смуґаста типографія»; 2017. 181 с. (Absalyamova LM Psychology of human eating behavior. Kharkiv: Striped Printing House; 2017. 181 p. Ukrainian).
3. Пономарева ЛГ. Современные представления о расстройствах пищевого поведения. Молодой ученый. 2016;(10):274-6 (Ponomareva LG. Current views on eating disorders. Young Scientist. 2016;(10):274-6. Russian).
4. Окорочкова ИА, Бабий АТ, Федорцова Л. К вопросу о диагностике, лечении и обучении больных алиментарным ожирением с нарушением пищевого поведения. Здоровое питание: воспитание, образование, реклама. Всероссийская конференция, 6-я. Москва; 2013; 144-5 (Okorochkova IA, Babiy AT, Fedortsova LP. On the issue of diagnostics, treatment and education of patients with alimentary obesity with eating disorders. Healthy eating: upbringing, education,

Оригинальні дослідження

- advertising. All-Russian conference, 6th. Moskwa: 2013; 144-5. Russian).
- Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol.* 2019 May;15(5):288-98.
 - Albashir AAD. The potential impacts of obesity on COVID-19. *Clin Med (Lond).* 2020 Jul;20(4):e109-e113.
 - De Lorenzo A, Romano L, Di Renzo L, Di Lorenzo N, Cennamo G, Gualtieri P. Obesity: A preventable, treatable, but relapsing disease. *Nutrition.* 2020 Mar;71:110615.
 - McCafferty BJ, Hill JO, Gunn AJ. Obesity: Scope, lifestyle interventions, and medical management. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2020 Mar;23(1):100653.
 - Holt RI. Obesity — an epidemic of the twenty-first century: an update for psychiatrists. *J Psychopharmacol.* 2005 Nov;19(6 Suppl):6-15.
 - Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020 Mar 14;395(10227):899-911.
 - Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child.* 2016 Dec;101(12):1168-75.
 - Couturier J, Isserlin L, Spettigue W, Norris M. Psychotropic medication for children and adolescents with eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019 Oct;28(4):583-92.
 - Thiel A. Sind Psychopharmaka für die Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa notwendig? [Are psychotropic drugs necessary for the treatment of anorexia and bulimia nervosa?]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1997 Sep-Oct;47(9-10):332-45. German.
 - Mayer LE, Walsh BT. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in eating disorders. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 15:28-34.
 - Krüger S, Kennedy SH. Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. *J Psychiatry Neurosci.* 2000 Nov;25(5):497-508.
 - Gómez Puente JM, Martínez-Marcos M. Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults. *Enferm Clin.* 2018 Jan-Feb;28(1):65-74. English, Spanish.
 - LeBlanc EL, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and pharmacotherapy weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018 Sep 18;320(11):1172-91.
 - The Lancet. 2019: the year for nutrition. *Lancet.* 2019 Jan 19; 393(10168):200.

Пищевое поведение и ожирение: гендерно-возрастные особенности

Л.С. Киро, М.Ю. Зак, О.В. Чернышев, М.В. Сverdlova

Медицинский институт Черноморского национального университета им. Петра Могила

Резюме. Избыточный вес и ожирение — одна из самых сложных медицинских и социальных проблем современности. Для современного общества характерны факторы, которые обуславливают ожирение: малоподвижный образ жизни, нерациональное питание с большой долей рафинированных продуктов, переизбыток, психологические стрессы и тому подобное. Однако роль нарушений пищевого поведения (ПП) в формировании избыточного веса и ожирения изучены недостаточно. **Целью** работы является определение особенностей различных типов ПП при избыточной массе тела и ожирении в зависимости от гендерно-возрастных факторов.

Материал и методы. Проведен опрос 210 пациентов (105 женщин и 105 мужчин). Возраст женщин колебался от 19 до 60 лет (средний возраст составил 41,5±11,2 года), возраст мужчин — от 22 до 60 лет (средний возраст — 42,3±12,3 года). Все пациенты были разделены на две клинические группы: 1-я группа — 70 человек (35 женщин и 35 мужчин) с избыточным весом (индекс массы тела (ИМТ) от

25,8 до 29,3 кг/м², средний показатель 27,5 ± 1,31 кг/м²); 2-я группа — 72 человека (36 женщин и 36 мужчин) с ожирением 1 степени (ИМТ от 30,0 до 33,9 кг/м², средний показатель 31,74±1,03 кг/м²). Контрольную группу составили 70 человек (35 женщин и 35 мужчин) с нормальным весом (ИМТ от 19,5 кг/м² до 23,9 кг/м², средний показатель 22,41±1,43 кг/м²). Оценку расстройств ПП проводили с помощью адаптированного Нидерландского опросника ПП (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire, DEBQ). **Результаты.** У пациентов 1-й и 2-й групп здоровый тип ПП зафиксирован реже, чем в контрольной группе, в 5,38 раза (D=13,561, p<0,01) и в 10,45 раза (D=21,043, p<0,05) соответственно. В 1-й группе ограничительный тип ХП среди женщин был зафиксирован в 1,7 раза чаще, чем у мужчин (D=0,852, p<0,01). Во 2-й группе ограничительный тип ХП среди мужчин зафиксирован в 1,3 раза реже, чем среди женщин (D=0,382, p<0,01). **Выводы.** Ограничительные расстройства ПП являются одним из ведущих факторов развития избыточного веса и ожирения. Коррекция расстройств питания у людей, страдающих ожирением, должна проводиться с учетом гендерных и возрастных особенностей пациента, чтобы получить положительные результаты за более короткий курс лечения.

Ключевые слова: избыточный вес, ожирение, пищевое поведение, индекс массы тела.

Eating behaviour and obesity: gender and age traits

L.S. Kiro, M.Yu. Zak, O.V. Chernyshov, M.V. Sverdlova

Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University

Abstract. Overweight and obesity are one of the most difficult medical and social problems of our time. Modern society is characterized by factors that cause obesity: sedentary lifestyle, irrational diet with a large proportion of refined foods, overeating, psychological stress, etc. However, the role of eating behavior (EB) disturbances in the formation of overweight and obesity has been insufficiently studied. **The aim** of the work is to determine the features of different types of EB in overweight and obesity depending on gender and age factors. **Material and methods.** There were surveyed 210 patients (105 women and 105 men). The age of women ranged from 19 to 60 years (mean age was 41.5±11.2 years), the age of men — from 22 to 60 years (mean age — 42.3±12.3 years). All patients were divided into two clinical groups: group 1 – 70 people (35 women and 35 men) with excess weight (body mass index (BMI) was from 25.8 to 29.3 kg/m², average 27.5±1.31 kg/m²); group 2 – 72 people (36 women and 36 men) with the 1st degree obesity (BMI from 30.0 to 33.9 kg/m²; average 31.74±1.03 kg/m²). The control group consisted of 70 people (35 women and 35 men) with normal weight (BMI from 19.5 kg/m² to 23.9 kg/m²; average 22.41±1.43 kg/m²). EB disorders were assessed using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). **Results.** In patients of the 1st and 2nd groups, a healthy type of CP was recorded less often than in the control group, 5.38 times (D=13.561, p<0.01) and 10.45 times (D=21.043, p<0.05), respectively. In the 1st group, the restrictive type

of EB among women was recorded 1.7 times more often than in men ($D=0.852$, $p<0.01$). In 2nd group, the restrictive type of EB among men was recorded 1.3 times less often than among women ($D=0.382$, $p<0.01$). **Conclusions.** Restrictive disorders of EB are one of the leading factors in the development of overweight and obesity. Correction of eating disorders in obese people should be made taking into account the gender and age characteristics of the patient to obtain positive results with a shorter course of treatment.

Keywords: overweight, obesity, eating behaviour, body mass index.

Для цитування: Кіро ЛС, Зак МЮ, Чернишов ОВ, Свердлова МВ. Харчова поведінка та ожиріння: гендерно-вікові особливості. Ендокринологія. 2021;26(2):119-127. DOI: 10.31793/1680-1466.2021.26-2.119.

Адреса для листування: Кіро Людмила Сергіївна, nawal08th@gmail.com; Медичний інститут Чорноморського національного університету ім. Петра Могили, вулиця 68 Десантників, 10, м. Миколаїв, 54003, Україна.

Відомості про авторів: Кіро Людмила Сергіївна, викладач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін, ORCID: 0000-0003-2146-283X; Зак Максим Юрійович, д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін, ORCID: 0000-0002-9931-4290; Чернишов Олег Володимирович, канд. мед. наук, доцент кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін, ORCID: 0000-0001-9427-486X; Свердлова Мзія Володимирівна, канд. мед. наук, старш. викладач кафедри терапевтичних та хірургічних дисциплін, ORCID: 0000-0001-7963-410X.

Особистий внесок: Кіро Л.С. — розробка концепції статті, написання фрагмента статті, аналіз літературних джерел, статистичний аналіз даних, відбір пацієнтів для дослідження, редагування статті; Зак М.Ю. — участь у розробці концепції статті, написання фрагмента статті, аналіз і обробка матеріалу, аналіз літературних джерел; Чернишов О.В. — вивчення літератури за темою, аналіз і обробка матеріалу; Свердлова М.В. — аналіз літературних джерел.

Фінансування: дослідження проводилося в рамках бюджетного фінансування за планом науково-дослідної роботи медичного інституту Чорноморського національного університету ім. Петра Могили «Клініко-патогенетичне обґрунтування систем первинної та вторинної профілактики найбільш соціально значущих хронічних неінфекційних захворювань внутрішніх органів» (№ державної реєстрації 0120U101641).

Декларація з етике: автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Стаття: надійшла до редакції 05.02.2021 р.; перероблена 29.04.2021 р.; прийнята до друку 02.07.2021 р.; надрукована 14.07.2021 р.

Для цитування: Кіро ЛС, Зак МЮ, Чернышев ОВ, Свердлова МВ. Пищевое поведение и ожирение: гендерно-возрастные особенности. Эндокринология. 2021;26 (2): 119-127. DOI: 10.31793/1680-1466.2021.26-2.119.

Адрес для переписки: Кіро Людмила Сергеевна, nawal08th@gmail.com; Медицинский институт Черноморского национального университета им. Петра Могили, улица 68 Десантников, 10, г. Николаев, 54003, Украина.

Сведения об авторах: Кіро Людмила Сергеевна, преподаватель кафедры терапевтических и хирургических дисциплин, ORCID: 0000-0003-2146-283X; Зак Максим Юрьевич, д-р мед. наук, проф.,

заведующий кафедрой терапевтических и хирургических дисциплин, ORCID: 0000-0002-9931-4290; Чернышев Олег Владимирович, канд. мед. наук, доцент кафедры терапевтических и хирургических дисциплин, ORCID: 0000-0001-9427-486X; Свердлова Мзія Владимировна, канд. мед. наук, старш. преподаватель кафедры терапевтических и хирургических дисциплин, ORCID: 0000-0001-7963-410X.

Личный вклад: Кіро Л.С. — разработка концепции статьи, написание фрагмента статьи, анализ литературных источников, статистический анализ данных, отбор пациентов для исследования, редактирование статьи; Зак М.Ю. — участие в разработке концепции статьи, написание фрагмента статьи, анализ и обработка материала, анализ литературных источников; Чернышев А.В. — изучение литературы по теме, анализ и обработка материала; Свердлова М.В. — анализ литературных источников.

Финансирование: исследование проводилось в рамках бюджетного финансирования по плану научно-исследовательской работы Медицинского института Черноморского национального университета им. Петра Могили «Клинико-патогенетическое обоснование систем первичной и вторичной профилактики наиболее социальных значимых хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов» (№ государственной регистрации 0120U101641).

Декларация по этике: авторы задекларировали отсутствие конфликта интересов и финансовых обязательств.

Статья: поступила в редакцию 05.02.2021 г.; переработана 29.04.2021 г.; принята к печати 02.07. 2021 г.; напечатана 14.07. 2021 г.

For citation: Kiro LS, Zak MYu, Chernyshov OV, Sverdlova MV. Eating behaviour and obesity: gender and age characteristics. Endokrynologia. 2021;26(2): 119-127. DOI: 10.31793/1680-1466.2021.26-2.119.

Correspondence address: Kiro Liudmyla Sergiivna, nawal08th@gmail.com; Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University, 68 Desantnykiv Street, 10, Mykolaiv, 54003, Ukraine.

Information about the authors: Kiro Liudmyla Sergiivna, Teacher at the Department of Therapeutic and Surgical Disciplines, ORCID: 0000-0003-2146-283X; Zak Maksim Yuriiovych, MD, Prof., Head of the Department of Therapeutic and Surgical Disciplines, ORCID: 0000-0002-9931-4290; Chernyshov Oleg Volodymyrovich, Cand. Sci. (Medicine), Docent of the Department of Therapeutic and Surgical Disciplines, ORCID: 0000-0001-9427-486X; Sverdlova Mziya Volodymyrivna, Cand. Sci. (Medicine), Senior Lecturer of the Department of Therapeutic and Surgical Disciplines, ORCID: 0000-0001-7963-410X.

Authors' contributions: Kiro L.S. — development of the article concept, writing a fragment an article fragment, analysis of literature sources, statistical analysis of data, selection of patients for research, editing the article; Zak M.Yu. — participation in the development of the article concept, writing an article fragment, analysis and processing of material, analysis of literary sources; Chernyshov O.V. — study of literature on the topic, analysis and processing of material; Sverdlova M.V. — analysis of literary sources.

Funding: the study carried out within the budget funding according to the plan of research work of the Medical Institute of the Petro Mohyla Black Sea National University «Clinical and pathogenetic substantiation of primary and secondary prevention of the most socially significant chronic non-communicable diseases of the internal organs», registration number of the study: 0120U101641.

Declaration of ethics: The authors declared the absence of a conflict of interest and financial obligation.

The article: received 05.02.2021; revised 29.04.2021; accepted 02 July 2021; published 14 July 2021.