

DOI: 10.26693/jmbs06.01.084

УДК 613.25:613.21

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

НАДЛИШКОВА ВАГА ТА ОЖИРІННЯ: ЧИ Є ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ХАРЧОВОЮ ПОВЕДІНКОЮ?

Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, Україна

nawal08th@gmail.com

Ожиріння – неінфекційна епідемія XXI століття. Соціальна значущість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідності пацієнтів молодого віку і зменшенням загальної тривалості життя у зв'язку з частим розвитком важких супутніх захворювань. Розлади харчової поведінки – а саме таку назву мають порушення у харчуванні, є ведучими чинниками розвитку надмірної ваги та ожиріння.

Мета роботи – визначити наявність взаємозв'язку між надмірною вагою та ожирінням з харчовою поведінкою, враховуючи гендерно-вікові особливості пацієнтів.

Проведено анкетування 272 осіб (чоловіків – 136, жінок – 136). Обстежені пацієнти були розподілені на дві клінічні групи: I група – 90 осіб (жінок – 45, чоловіків – 45) з надлишковою вагою ($IMT_{cp} = 27,7 \pm 1,31$ кг/м²); II група – 92 особи (жінок – 46, чоловіків – 46) з ожирінням 1 ступеня ($IMT_{cp} = 31,74 \pm 1,03$ кг/м²). Оцінку порушень харчової поведінки здійснювали за допомогою адаптованої до мети дослідження анкети DEBQ (Нідерланди).

У пацієнтів I та II груп здоровий тип харчової поведінки був зафіксований рідше, ніж у осіб контрольної групи у 4,86 рази ($D=13,56$, $p=2,35e-14 < 0,05$) та у 7,14 рази ($D=21,04$, $p=2,2e-16 < 0,05$), відповідно. Розлад за обмежувальним типом харчової поведінки серед пацієнтів I та II груп був зафіксований частіше, ніж у осіб контрольної групи у 4 рази ($D=0,16$, $p\text{-value}=4,637e-06 < 0,05$) та у 4,24 рази ($D=0,15$, $p\text{-value}=6,148e-07 < 0,05$), відповідно. Зв'язок між типом харчової поведінки та гендерно-віковими особливостями пацієнтів, був знайдений в усіх клінічних групах.

Розлад здорової харчової поведінки є одним із провідних чинників розвитку надмірної ваги та ожиріння. У пацієнтів жіночої статі з надмірною вагою та ожирінням, переважають порушення за обмежувальним типом харчової поведінки, а у пацієнтів чоловічої статі провідні є розлади за екстернальним типом харчової поведінки.

Ключові слова: ожиріння, надмірна вага, харчова поведінка, індекс маси тіла

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Наукова робота є фрагментом

НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування систем первинної та вторинної профілактики найбільш соціально значущих хронічних неінфекційних захворювань внутрішніх органів», № державної реєстрації 0120U101641.

Вступ. Ожиріння – неінфекційна епідемія XXI століття, яка зустрічається у будь-якому віці, на нього страждає близько 30 % ендокринологічних хворих. Розлади харчової поведінки (РХП) – а саме таку назву мають порушення у харчуванні, є важливими чинниками розвитку надмірної ваги та ожиріння. Згідно з даними наукових літературних джерел, у світі щонайменше 30 млн. осіб будь-якого віку та статі страждають на РХП [1].

Під харчовою поведінкою розуміється сукупність звичок, пов'язаних з харчуванням, як в буденних умовах, так і в ситуації стресу, а також ставлення до прийому їжі. Тобто, харчова поведінка включає в себе установки, звички, емоції, що стосуються їжі і є індивідуальними для кожної людини [2-6].

Загальною признаною класифікацією порушень ХП сьогодні не існує. Деякі дослідники пропонують визначати три умовних типи розладу харчової поведінки: обмежувальний тип харчової поведінки (ХП), емоціогенний тип ХП та екстернальний тип ХП [7-10].

Обмежувальний тип харчової поведінки – це надлишкові харчові самообмеження і безсистемні дієти. Періоди обмежувального типу харчової поведінки змінюються періодами переїдання з новим інтенсивним набором ваги. Зазначені періоди призводять до емоційної нестабільності - дієтичної депресії [11-14].

Емоціогенний тип харчової поведінки – гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання. При такій поведінці стимулом прийому 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 харчової поведінки; повторювані епізоди різкого переїдання; чіткий стан дистресу через наявність таких епізодів [15-17].

Екстернальний тип харчової поведінки проявляється підвищеною реакцією людини не на внутрішні, гомеостатичні стимули до прийому їжі, а на зовнішні. При даному типі харчової поведінки

кардинальне, визначальне значення має доступність продуктів; гіперактивність до харчових стимулів: зовнішній вигляд їжі, запах, смак; їжа за компанію; часті перекуси. Не відрегульована суворота дієта призводить до дієтичної депресії, загострення емоційної нестабільності, зневіри у свої сили, відмови від продовження у дотриманні раціонального типу харчування, втрати клітинної маси замість жирової, зниження рівня основного обміну і подальшого набору ваги [18].

Таким чином, порушення харчової поведінки може розглядатися як провідний фактор розвитку надмірної ваги та ожиріння.

Мета роботи – визначити наявність взаємозв'язку між надмірною вагою та ожирінням з харчової поведінкою, враховуючи гендерно-вікові особливості пацієнтів.

Матеріал та методи дослідження. Проведено анкетування 272 осіб (чоловіків – 136, жінок – 136) на базі Університетської клініки ЧНУ імені Петра Могили та поліклініки ТМО УМВС у Миколаївській області. Вік жінок був від 18 до 60 років, середній вік – $42,5 \pm 12,2$ років. Вік чоловіків був від 20 до 60 років, середній вік – $43,3 \pm 12,4$ років. Усім пацієнтам були визначені антропометричні данні (зріст, вага, окружність живота, окружність стегон), розрахований індекс маси тіла (ІМТ), фізіологічні показники (артеріальний тиск, підрахунок ЧСС, ЧД).

Обстежених пацієнтів було розподілено на дві клінічні групи: I група – 90 осіб (жінок – 45, чоловіків – 45) з надлишковою вагою. ІМТ осіб I групи від $25,7 \text{ кг/м}^2$ до $29,4 \text{ кг/м}^2$ ($\text{ІМТ}_{\text{ср.}} = 27,7 \pm 1,31 \text{ кг/м}^2$); II група – 92 особи з ожирінням I ступеня (жінок – 46, чоловіків – 46). Індекс маси тіла осіб II групи від $30,0 \text{ кг/м}^2$ до $33,9 \text{ кг/м}^2$ ($\text{ІМТ}_{\text{ср.}} = 31,74 \pm 1,03 \text{ кг/м}^2$). Контрольну групу склали 90 осіб (жінок – 45, чоловіків – 45) з нормальною вагою. Індекс маси тіла від $19,5 \text{ кг/м}^2$ до $23,9 \text{ кг/м}^2$ ($\text{ІМТ}_{\text{ср.}} = 22,4 \pm 1,43 \text{ кг/м}^2$).

Оцінку порушень харчової поведінки здійснювали за допомогою адаптованої до мети дослідження анкети DEBQ (Нідерланди). Анкетування включало 33 питання, які були розподілені на три рівних блоки для характеристики основних типів розладів харчової поведінки: обмежувальний, емоційногенний та екстернальний.

Дослідження проведено відповідно до основних біоетичних норм Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення науково-медичних досліджень із поправками (2000, з поправками 2008), Універсальної декларації з біоетики та прав людини (1997), Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (1997). Всі учасники були інформовані щодо цілей, організації, методів дослідження та підписали інформовану згоду щодо участі у ньому,

і вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів.

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 13.0 for Windows. Для статистичного аналізу даних використовували описативну статистику; порівняння середніх значень змінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента) за нормального розподілу даних ознак, що виражені в інтервальної шкалі. Для порівняння розподілу часток двох або більше змінних використовували точний критерій Фішера. Різниця вважалася достовірною, якщо досягнутий рівень значущості (p-value) був нижчим за 0,05. Для встановлення зв'язку між якісною та кількісною змінними використовували критерій Крускала-Уолліса. Наявність зв'язку вважалася достовірною, якщо досягнутий рівень значущості (p-value) був більшим за 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення.

Під час дослідження було встановлено, що типи харчової поведінки пацієнтів мали певну залежність від індексу маси тіла. Так, серед осіб контрольної групи (n=90) з $\text{ІМТ}_{\text{ср.}} = 22,4 \pm 1,43 \text{ кг/м}^2$, мав місце наступний розподіл типів порушень харчової поведінки: здоровий тип ХП – спостерігався у 63 (70,0 %) осіб, обмежувальний тип ХП – у 9 (10,0 %) осіб; емоційногенний тип ХП – у 5 (5,6%) осіб; екстернальний тип ХП – у 13 (14,4%) осіб (**табл. 1**). У пацієнтів I групи (n=90) з $\text{ІМТ}_{\text{ср.}} = 27,7 \pm 1,31 \text{ кг/м}^2$, відповідно: здоровий тип ХП спостерігався у 13 (14,4 %) осіб, обмежувальний тип ХП – у 36 (40,0%) осіб; емоційногенний тип ХП – у 9 (10,0%) осіб; екстернальний тип ХП – у 32 (35,6%) осіб (**табл. 1**). Розподіл типів ХП у II групі (n=92) з $\text{ІМТ}_{\text{ср.}} = 31,74 \pm 1,03 \text{ кг/м}^2$: здоровий тип харчової поведінки (ХП) спостерігався у 9 (9,8 %) осіб, обмежувальний тип ХП – у 39 (42,4%) осіб; емоційногенний тип ХП – у 10 (10,9%) осіб; екстернальний тип ХП – у 34 (37,0%) осіб (**табл. 1**). Отримані дані дозволяють зробити висновок, що у всіх клінічних групах провідним був розлад ХП за обмежувальним типом.

Серед пацієнтів I групи: розлад за обмежувальним типом ХП був зафіксований у 4 рази частіше, ніж у осіб контрольної групи ($D=0,16$, $p\text{-value}=4,637e-06 < 0,05$), розлад за екстернальним типом ХП був зафіксований у 2,47 рази частіше, ніж у осіб контрольної групи ($D=0,30$, $p\text{-value}=0,001 < 0,05$), а здоровий тип ХП у осіб з надмірною вагою, був зафіксований у 4,86 рази рідше, ніж у осіб з нормальною вагою ($D=13,56$, $p=2,35e-14 < 0,05$) (**табл. 1**). Отримані дані дозволяють зробити висновок, що із зростанням ваги пацієнтів, відсоток розладів харчової поведінки

Таблиця 1 – Типи харчової поведінки серед пацієнтів різних клінічних груп залежно від ІМТ (кг/м²)

Типи харчової поведінки (ХП)	Контрольна група, ІМТ _{сер.} = 22,4±1,43 кг/м ² (n=90)		I група, ІМТ _{сер.} = 27,7±1,31 кг/м ² (n=90)		Відмінність між контрольною та I групами		II група, ІМТ _{сер.} = 31,74±1,03 кг/м ² (n=92)		Відмінність між контрольною та II групами		Відмінність між I та II групами	
	n	%	n	%	D	P-value	n	%	D	P-value	D	P-value
Здоровий тип ХП	63	70,0%	13	14,4%	13.56	2.35e-14	9	9,8%	21.04	2.2e-16	1.50	0.37
Обмежувальний тип ХП	9	10,0%	36	40,0%	0.16	4.637e-06	39	42,4%	0.15	6.148e-07	0.90	0.76
Емоціогенний тип ХП	5	5,6%	9	10,0%	0.53	0.40	10	10,9%	0.48	0.28	0.91	1.00
Екстернальний тип ХП	13	14,4%	32	35,6%	0.31	0.001	34	37,0%	0.28	0.0006	0.94	0.87

збільшується, переважно за рахунок домінування обмежувального типу ХП.

Серед пацієнтів II групи розлад за обмежувальним типом ХП, також був провідний та був зафіксований у 4,24 рази частіше, ніж у осіб контрольної групи (D=0,15, p-value=6,148e-07<0,05), розлад за екстернальним типом ХП у осіб з ожирінням спостерігався у 2,6 рази частіше, ніж у осіб контрольної групи (D=0,28, p-value=0,0006<0,05), а здоровий тип ХП у осіб з ожирінням, був зафіксований у 7,14 рази рідше, ніж у осіб з нормальною вагою (D=21,04, p=2,2e-16<0,05) (табл. 1). Тобто, у пацієнтів з ожирінням зберігалась аналогічна тенденція, як і у пацієнтів з надмірною вагою: із зростанням індексу маси тіла - збільшення відсотка порушень харчової поведінки, особливо за рахунок обмежувальних розладів ХП.

Аналіз гендерних особливостей розладів ХП у людей з надмірною вагою та ожирінням встановив наявність залежності між типом розладу ХП та статтю досліджуваних.

У I групі обмежувальний тип ХП серед жінок мав місце у 1,7 рази частіше, ніж у чоловіків (D=1,85, p=0,13>0,05). Емоціогенний тип ХП у жінок був у 1,27 рази більшим, ніж серед чоловіків (D=1,26, p=1,00>0,05). Екстернальний тип ХП у був у 1,3 рази більшим у чоловіків, ніж у жінок (D=0,73, p=0,55>0,05). Здоровий тип ХП у чоловіків з надмірною вагою був зафіксований у 2,27 рази частіше, ніж серед жінок (D=0,42, p=0,24>0,05) (табл. 2). Отримані дані дозволяють зробити висновок, що серед чоловіків з надмірною вагою, зафіксовано переважання порушень ХП за екстернальним типом, а у жінок – частіше зустрічався обмежувальний тип ХП. Але зазначені особливості мали формат тенденцій (p>0,05) (табл. 2).

У II групі обмежувальний тип ХП серед жінок спостерігався у 1,3 рази частіше, ніж у чоловіків (D=1,38, p=0,47>0,05). Гендерних відмінностей у частоті виявлення емоціогенного типу ХП не встановлено (D=1,00, p=1,00>0,05). Екстернальний тип ХП у II групі був у 1,13 рази більшим у чоловіків, ніж у жінок (D=0,86, p=0,81>0,05). Здоровий

Таблиця 2 – Гендерні особливості харчової поведінки у осіб з надмірною вагою та ожирінням

Типи харчової поведінки (ХП)	I група, жінки, вік сер. = 42,5±12,2 років (n=45)		I група, чоловіки, вік сер. = 43,3±12,4 років (n=45)		Відмінність типів ХП у пацієнтів I групи, залежно від статі		II група, жінки, вік сер. = 41,5±12,2 років (n=46)		II група, чоловіки, вік сер. = 43,0±12 років (n=46)		Відмінність типів ХП у пацієнтів II групи, залежно від статі	
	n	%	n	%	D	P-value	n	%	n	%	D	p-value
Здоровий тип ХП	4	4,4%	9	10,0%	0.42	0.24	3	3,3%	6	6,5%	0.48	0.49
Обмежувальний тип ХП	23	25,0%	14	15,0%	1.85	0.13	22	23,9%	17	18,5%	1.38	0.47
Емоціогенний тип ХП	5	5,6%	4	4,4%	1.26	1.00	5	5,7%	5	5,7%	1.00	1.00
Екстернальний тип ХП	14	15,6%	18	20,0%	0.73	0.55	16	17,4%	18	19,6%	0.86	0.84

тип ХП у чоловіків з ожирінням, був зафіксований у 1,97 рази частіше, ніж серед жінок ($D=0,48$, $p=0,49>0,05$) (табл. 2). Серед пацієнтів з ожирінням, як і серед пацієнтів з надмірною вагою також, зафіксовано переважання порушень ХП за екстернальним типом у осіб чоловічої статі, та домінування обмежувального типу ХП у пацієнтів жіночої статі. Але зазначені особливості мали формат тенденції ($p>0,05$) (табл. 2).

Зв'язок між типом харчової поведінки та статтю був знайдений серед пацієнтів усіх клінічних груп (серед осіб контрольної групи ($X^2=1,88$, $p\text{-value} = 0,59 >0,05$), серед пацієнтів першої групи ($X^2=4,97$, $p\text{-value} = 0,17 >0,05$) та серед пацієнтів другої групи ($X^2=1,73$, $p\text{-value} = 0,62 >0,05$) (табл. 3). Тобто, гендерні особливості пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням, повинні бути враховані під час проведення коригувальної терапії.

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.

У чоловіків I групи після 45 років здоровий тип ХП зустрічався у 8,09 разів частіше, ніж у чоловіків віком до 45 років ($D=0,11$, $p\text{-value} = 0,03 < 0,05$). Зазначена особливість дає підстави припустити, що з віком чоловіки більш вимогливі при виборі продуктів харчування та більш лабільні щодо модифікації своєї харчової поведінки та стилю життя. У жінок I групи здоровий тип ХП спостерігався у 8,09 разів рідше, ніж у чоловіків I групи тієї ж вікової категорії ($D=0,11$, $p\text{-value} = 0,03 < 0,05$). Даний факт, вірогідно, зумовлений психологічними особливостями осіб жіночої статі, а саме: більшою схильністю до жорстких дієт, більшим відсотком невдоволеністю власними формами, навіть за умови нормального індексу маси тіла, все це спонукає осіб жіночої статі до здатності більш тривалий час обмежувати себе у їжі, і як наслідок формування стресу, зриву з дієт та набір ваги ще більшої, ніж до дієти. Інших вірогідних відмінностей у жінок та у чоловіків I та II груп, залежно від віку не встановлено (всі $p\text{-value} >0,05$) (табл. 4).

Таблиця 3 – Зв'язок між типом харчової поведінки та статтю пацієнтів різних клінічних груп

Типи харчової поведінки (ХП)	Контрольна група, $IMT_{\text{сеп.}} = 22,4 \pm 1,43 \text{ кг/м}^2$ (n=90)				I група, $IMT_{\text{сеп.}} = 27,7 \pm 1,31 \text{ кг/м}^2$ (n=90)				II група, $IMT_{\text{сеп.}} = 31,74 \pm 1,03 \text{ кг/м}^2$ (n=92)			
	n	%	χ^2	p-value	n	%	χ^2	p-value	n	%	χ^2	p-value
Здоровий тип ХП	63	70,0%	1,88	0,59	13	14,4%	4,97	0,17	9	9,8%	1,73	0,62
Обмежувальний тип ХП	9	10,0%			36	40,0%			39	42,4%		
Емоціогенний тип ХП	5	5,6%			9	10,0%			10	10,9%		
Екстернальний тип ХП	13	14,4%			32	35,6%			34	37,0%		

Таблиця 4 – Вікові особливості харчової поведінки у осіб з надмірною вагою

Типи харчової поведінки (ХП)	1 група, жінки до 45 років, (n=23)		1 група, жінки понад 45 років, (n=22)		Відмінність типів ХП у жінок 1 групи, залежно від віку		1 група, чоловіки до 45 років, (n=22)		1 група, чоловіки понад 45 років, (n=23)		Відмінність типів ХП у чоловіків 1 групи, залежно від віку		Відмінність типів ХП у жінок та чоловіків 1 групи віком до 45 років		Відмінність типів ХП у жінок та чоловіків 1 групи віком після 45 років	
	n	%	n	%	D	P-value	n	%	n	%	D	P-value	D	P-value	D	P-value
Здоровий тип ХП	3	3,3%	1	1,1%	3.05	0.62	1	1,1%	8	8,9%	0.11	0.03	3.05	0.62	0.11	0.03
Обмежувальний тип ХП	14	15,6%	9	10,0%	1.65	0.37	9	10,0%	5	5,6%	1.88	0.40	1.65	0.37	1.88	0.40
Емоціогенний тип ХП	2	2,2%	3	3,3%	0.66	1.00	3	3,3%	1	1,1%	3.05	0.62	0.66	1.00	3.05	0.62
Екстернальний тип ХП	4	4,4%	9	10,0%	0.42	0.24	9	10,0%	9	10,0%	1.00	1.00	0.42	0.24	1.00	1.00

Зв'язок між віком та типом харчової поведінки був знайдений, також у всіх клінічних групах (серед пацієнтів контрольної групи ($X^2=5,27$, $p\text{-value} = 0,15 > 0,05$), серед пацієнтів першої групи ($X^2=4,39$, $p\text{-value} = 0,22 > 0,05$) та серед пацієнтів другої групи ($X^2=4,18$, $p\text{-value} = 0,24 > 0,05$)) (табл. 5). Таким чином, вікові особливості пацієнтів з ожирінням, впливають на ХП, тому повинні бути взяті до уваги під час лікування даної категорії осіб.

Дані аналізу світової літератури демонструють велику зацікавленість науковців всього світу, проблемою зростання та корекції зайвої ваги серед людей з ожирінням [9, 12]. У той же час, переважна більшість авторів зосереджуються передусім на

модифікації харчової поведінки, як ключового фактору розвитку надмірної ваги та ожиріння [10]. Безумовно, відмова від вживання рафінованих продуктів харчування, перекусу за компанію, нічного споживання їжі значно покращує роботу шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної систем людей з ожирінням та надмірною вагою [5]. У той же час, на наш погляд, і на погляд окремих дослідників [1, 8], корекція розладів харчової поведінки у людей з ожирінням обов'язково повинна проводитись з урахуванням статі та віку пацієнтів, для отримання позитивних результатів за більш короткий курс лікування і на більш тривалий період реабілітації.

Таблиця 5 – Зв'язок між типом харчової поведінки та віком пацієнтів різних клінічних груп

Типи харчової поведінки (ХП)	Контрольна група, ІМТ _{ср.} = 22,4±1,43 кг/м ² (n=90)				I група, ІМТ _{ср.} = 27,7±1,31 кг/м ² (n=90)				II група, ІМТ _{ср.} = 31,74±1,03 кг/м ² (n=92)			
	n	%	χ^2	p-value	n	%	χ^2	p-value	n	%	χ^2	p-value
Здоровий тип ХП	63	70,0%	5,27	0,15	13	14,4%	4,39	0,22	9	9,8%	4,18	0,24
Обмежувальний тип ХП	9	10,0%			36	40,0%			39	42,4%		
Емоціогенний тип ХП	5	5,6%			9	10,0%			10	10,9%		
Екстернальний тип ХП	13	14,4%			32	35,6%			34	37,0%		

Висновки. Узагальнення отриманих у дослідженні результатів дозволило сформулювати наступні висновки:

Розлад харчової поведінки є одним із провідних чинників розвитку надмірної ваги та ожиріння: у пацієнтів з надмірною вагою здоровий тип харчової поведінки був зафіксований у 4,86 рази рідше, ніж у осіб з нормальною вагою ($D=13,56$, $p=2,35e-14 < 0,05$), а у пацієнтів з ожирінням – у 7,14 рази рідше, ніж у осіб з нормальною вагою ($D=21,04$, $p=2,2e-16 < 0,05$).

Надмірна вага та ожиріння, найчастіше асоціюються з обмежувальним типом харчової поведінки: у осіб з надмірною вагою у 4 рази частіше ($D=0,16$, $p\text{-value}=4,637e-06 < 0,05$), а у пацієнтів з ожирінням – у 4,24 рази частіше спостерігаються розлади за обмежувальним типом ХП, порівняно з групою контролю ($D=0,15$, $p\text{-value}=6,148e-07 < 0,05$).

На тип харчової поведінки у всіх клінічних групах, крім індексу маси тіла, впливали стать та вік обстежених. Так, у чоловіків з надмірною вагою після 45 років здоровий тип харчової поведінки зустрі-

чався у 8,09 разів частіше, ніж у чоловіків віком до 45 років ($D=0,11$, $p\text{-value} = 0,03 < 0,05$) та у жінок з надлишковою вагою ($D=0,11$, $p\text{-value} = 0,03 < 0,05$).

Зв'язок між типом харчової поведінки та гендерно-віковими особливостями пацієнтів був знайдений та підтверджений кореляційним аналізом в усіх клінічних групах.

Перспективи подальших досліджень. Корекція розладів харчової поведінки у людей з ожирінням обов'язково повинна проводитись з урахуванням гендерно-вікових особливостей пацієнта, для отримання позитивних результатів за більш короткий курс лікування. Медичні рекомендації для жінок та людей молодого віку, враховуючі переважання порушень ХП за обмежувальним типом, повинні бути направлені на боротьбу з жорсткими дієтами та періодами тривалого голодування, а для чоловіків та людей після 45 років – на дотримання раціонального та збалансованого харчування. Тривалість курсу коригувального лікування у жінок з ожирінням повинна бути збільшена за рахунок психотерапії.

References

1. Absalyamova LM. *Kharchova povedinka zhinok: rozlady ta psikhokorektsiya* [Eating behavior of women: disorders and psychocorrection]. Kharkiv: Vyd-vo «Stylina typografiya»; 2019. 393 s. [Ukrainian]
2. Absalyamova LM. *Psikhologiya kharchovoyi povedinky lyudyiny* [Psychology of human eating behavior]. Kharkiv: Vydavnytstvo «Smugasta typografiya»; 2017. 181 s. [Ukrainian]
3. Ponomareva LG. *Sovremennye predstavleniya o rasstroystvakh pyshchevogo povedeniya* [Current views on eating disorders]. *Molodoy uchenyy*. 2016; 10: 274–276. [Russian]
4. Okorochkova YA, Babyu AT, Fedortsova LP. *K voprosu o dyagnostyke, lechenyy u obuchenyy bolnykh alymentarnym ozhyrenyem s narushenyem pyshchevogo povedeniya* [On the issue of diagnosis, treatment

- and education of patients with alimentary obesity with eating disorders]. *Zdorovoe pytanje: vospytanye, obrazovanye, reklama. Vserossyyskaya konferentsyya, 6-ya.* M; 2013. p. 144-145. [Russian]
5. Sebastian RS, Wilkinson Enns C, Goldman JD, Moshfegh AJ. Dietary Flavonoid Intake Is Inversely Associated with Cardiovascular Disease Risk as Assessed by Body Mass Index and Waist Circumference among Adults in the United States. *Nutrients.* 2017; 9(12): 827-829. doi: 10.3390/nu9080827
 6. Batsis JA, Zagaria AB. Addressing Obesity in Aging Patients. *Medical Clinics of North America.* 2018; 102(1): 65-85. doi: 10.1016/j.mcna.2017.08.007
 7. Nadolsky KZ. Rationale for Utilization of Obesity Pharmacotherapy in the Active Duty Population. *Mil Med.* 2018 Mar 1; 183(3-4): 45-50. doi: 10.1093/milmed/usx074
 8. Kones R, Rumana U. Cultural primer for cardiometabolic health: health disparities, structural factors, community, pathways to improvement, and clinical applications. *Postgraduate Medicine.* 2018; 130(2): 1-22. doi: 10.1080/00325481.2018.1421395
 9. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews.* 2017; 18(7): 715-723. doi: 10.1111/obr.12551
 10. Heymsfield SB, Wadden TA. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med.* 2017; 376(3): 254-266. doi: 10.1056/NEJMra1514009
 11. Wurtman J, Wurtman R. Depression can beget obesity can beget depression. *J Clin Psychiatry.* 2015; 76(12): 1619–1621. doi: 10.4088/JCP.15com10380
 12. Silva I. Importance of emotional regulation in obesity and weight loss treatment. *Fractal Rev Psicol.* 2015; 27(3): 286–290. doi: 10.1590/1984-0292/1503
 13. Ursavas A, Ilcol YO, Nalci N, Karadag M, Ege E. Ghrelin, leptin, adiponectin, and resistin levels in sleep apnea syndrome: Role of obesity. *Ann Thorac Med.* 2010 Jul; 5(3): 161-5. doi: 10.4103/1817-1737.65050
 14. Vinales KL, Schlögl M, Piaggi P, Hohenadel M, Graham A, Bonfiglio S, et al. The Consistency in Macronutrient Oxidation and the Role for Epinephrine in the Response to Fasting and Overfeeding. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017 Jan 1; 102(1): 279-289. doi: 10.1210/jc.2016-3006
 15. Skrypnik D, Bogdański P, Mądry E, Karolkiewicz J, Ratajczak M, Kryściak J, et al. Effects of endurance and endurance strength training on body composition and physical capacity in women with abdominal obesity. *Obes Facts.* 2015; 8(3): 175-87. doi: 10.1159/000431002
 16. Dixon JB, Lambert EA, Grima M, Rice T, Lambert GW, Straznicky NE. Fat-free mass loss generated with weight loss in overweight and obese adults: what may we expect? *Diabetes, Obesity and Metabolism.* 2014; 17(1): 91–93. doi: 10.1111/dom.12389
 17. Zhang H, Tong TK, Qiu W, Zhang X, Zhou S, Liu Y, et al. Comparable effects of high-intensity interval training and prolonged continuous exercise training on abdominal visceral fat reduction in obese young women. *J Diabetes Res.* 2017; 2017: 5071740. doi: 10.1155/2017/5071740
 18. Ostchega Y, Hughes JP, Terry A, Fakhouri TH, Miller I. Abdominal obesity, body mass index, and hypertension in US adults: NHANES 2007-2010. *Am J Hypertens.* 2012 Dec; 25(12): 1271-8. doi: 10.1038/ajh.2012.120

УДК 613.25:613.21

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС И ОЖИРЕНИЕ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ?

Зак М. Ю., Киро Л. С., Чернышов О. В., Свердлов М. В.

Резюме. Ожирение – неинфекционная эпидемия XXI века. Социальное значение проблемы ожирение связано с угрозой инвалидности пациентов молодого возраста и сокращением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний. Расстройства пищевого поведения – именно так называются нарушения в питании, являются ведущими факторами развития избыточного веса и ожирения.

Цель работы – определить наличие взаимосвязи между избыточным весом и ожирением с пищевым поведением, учитывая гендерно-возрастные особенности пациентов.

Проведено анкетирование 272 человек (мужчин – 136, женщин – 136). Обследованные пациенты были разделены на две клинические группы: I группа – 90 человек (женщин – 45, мужчин – 45) с избыточным весом (ИМТ_{ср.} = 27,7±1,31 кг / м²); II группа – 92 человека (женщин – 46, мужчин – 46) с ожирением 1 степени (ИМТ_{ср.} = 31,74±1,03 кг / м²). Оценку нарушений пищевого поведения осуществляли с помощью, адаптированной к цели исследования, анкеты DEBQ (Нидерланды).

У пациентов I и II групп здоровый тип пищевого поведения был зафиксирован реже, чем у лиц контрольной группы в 4,86 раза (D = 13,56, p = 2.35e-14 <0,05) и в 7,14 раза (D = 21,04, p = 2,2e-16 <0,05), соответственно. Расстройства по ограничительному типу пищевого поведения среди пациентов I и II

груп були зафіксовані частіше, ніж у осіб контрольної групи в 4 рази ($D = 0,16$, $p\text{-value} = 4,637e-06 < 0,05$) і в 4,24 рази ($D = 0,15$, $p\text{-value} = 6,148e-07 < 0,05$), відповідно. Св'язь між типом поведінки і гендерно-віковими особливостями пацієнтів була знайдена во всіх клінічних групах.

Розлад здорового поведінки їжі є одним з провідних факторів розвитку надмірного ваги і ожиріння. У пацієнтів жіночої статі з надмірною вагою і ожирінням, переважають порушення по обмежувальному типу поведінки їжі, а у пацієнтів чоловічої статі провідні є порушення по екстернальному типу поведінки їжі.

Ключові слова: ожиріння, надмірний вага, поведінка їжі, індекс маси тіла.

UDC 613.25:613.21

Overweight and Obesity: Is there a Relationship with Eating Behaviour?

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

Abstract. Obesity is a non-infectious epidemic of the XXI century. The social significance of the problem of obesity is determined by the threat of disability of young patients and the reduction of overall life expectancy due to the frequent development of severe diseases. Eating behaviour disorders are the leading factors in the development of overweight and obesity.

The purpose of the work was to determine the relationship between overweight and obesity with eating behaviour, taking into account the gender and age characteristics of patients.

Material and methods. A survey of 272 people (136 men and 136 women) was conducted. The examined patients were divided into two clinical groups: I group included 90 people (45 women and 45 men) with excess weight ($BMI = 27.7 \pm 1.31 \text{ kg / m}^2$); Group II had 92 people (46 women and 46 men) with obesity of 1 degree ($BMI = 31.74 \pm 1.03 \text{ kg / m}^2$). Evaluation of eating disorders was carried out using the DEBQ questionnaire (Netherlands) adapted to the purpose of the study.

Results and discussion. Eating behaviour disorders are one of the leading factors in the development of overweight and obesity: in overweight patients a healthy type of eating behaviour was recorded 4.86 times less often than in normal weight ($D = 13.56$, $p = 2.35 \text{ e-}14 < 0.05$), and in obese patients it was 7.14 times less often than in normal weight individuals ($D = 21.04$, $p = 2.2e-16 < 0.05$). Overweight and obesity are most often associated with a restrictive type of eating behaviour: in overweight people they were met 4 times more often ($D = 0.16$, $p\text{-value} = 4.637e-06 < 0.05$), and in obese patients disorders of the restrictive type of eating behaviour were 4.24 times more often compared to the control group ($D = 0.15$, $p\text{-value} = 6.148e-07 < 0.05$). The type of eating behaviour in all clinical groups, except for body mass index, was influenced by gender and age of the subjects. Thus, in overweight men after the age of 45 a healthy type of eating behaviour occurred 8.09 times more often than in men under the age of 45 ($D = 0.11$, $p\text{-value} = 0.03 < 0.05$) and in overweight women ($D = 0.11$, $p\text{-value} = 0.03 < 0.05$). The relationship between the type of eating behaviour and gender and age characteristics of patients was found and confirmed by correlation analysis in all clinical groups.

Conclusions. Healthy eating behaviour disorders are one of the leading factors in the development of overweight and obesity. Correction of eating disorders in obese people must be carried out taking into account the gender and age characteristics of the patient, to obtain positive results for a shorter course of treatment. Medical advice for women and young people, taking into account the prevalence of restrictive eating behaviour disorders, should be aimed at combating strict diets and periods of prolonged starvation; men and people over 45, taking into account the prevalence of external eating behaviour disorders, should follow a balanced diet. The duration of corrective treatment in obese women should be increased through psychotherapy.

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

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 17.12.2020 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування