

«РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ГОЛЛАНДСКОГО ОПРОСНИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (DEBQ) И ШКАЛЫ ТРЕВОГИ ЗАНГА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ»

Хайдарова Ф.А.

Главный врач РСНПМЦЭ МЗ РУз
им. Ё.Х. Туракулова,
Доктор медицинских наук, профессор
alimovna@mail.ru

Латипова М.А.

Врач-ординатор отделения клинической эндокринологии
РСНПМЦЭ МЗ РУз им. Ё.Х. Туракулова
maful92@mail.ru

АННОТАЦИЯ

В исследование были включены 200 пациентов с ожирением 1-3 степени. Из них были отобраны 60 пациентов (22 женщины, 38 мужчин, средний возраст $26,8 \pm 1,7$ лет) согласно протокола исследования. Группу контроля составили 20 здоровых лиц.

Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от ИМТ: I группа, $n=20$, ИМТ ≥ 30 И < 35 кг/м², II группа, $n=20$, ИМТ ≥ 35 И < 40 кг/м², III группа, $n=20$, ИМТ > 40 кг/м².

Были проведены анализы крови для оценки биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин, липидный спектр и др.)

В исследовании были применены также инструментальные методы обследования-УЗИ внутренних органов, показатели уровня качества жизни больных (Голландский опросник пищевого поведения, Шкала Занга для самооценки тревоги и разработанная нами анкета-опросник), а также статистические методики.

***Ключевые слова:** ожирение, расстройства пищевого поведения, опросники*

ABSTRACT

The study included 200 patients with grade 1-3 obesity. Of these, 60 patients were selected (22 women, 38 men, mean age 26.8 ± 1.7 years) according to the study protocol. The control group consisted of 20 healthy individuals.

Patients were divided into 3 groups depending on BMI: group I, $n=20$, $BMI \geq 30$ and < 35 kg/m², group II, $n=20$, $BMI \geq 35$ and < 40 kg/m², group III, $n=20$, $BMI > 40$ kg/m².

Blood tests were performed to assess blood biochemical parameters (ALT, AST, bilirubin, lipid spectrum, etc.)

The study also used instrumental examination methods - ultrasound of internal organs, indicators of the quality of life of patients (Dutch Eating Behavior Questionnaire, Zang Scale for self-assessment of anxiety and a questionnaire developed by us), as well as statistical methods.

Key words: *obesity, eating disorders, Eating Behavior Questionnaire*

ВВЕДЕНИЕ.

Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) является наиболее чувствительным и информативным для определения качества жизни и наличия тревожных расстройств у пациентов с ожирением. 2. Оценка показателей качества жизни, нарушений пищевого поведения и тревожных расстройств с использованием шкалы тревоги Занга, Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ), а также оценка качества жизни по разработанной нами анкете могут выступать как критерии клинико-функциональной тяжести состояния и эффективности проводимой терапии у пациентов с ожирением.

Актуальность темы. Расстройства пищевого поведения — это тяжелые психические заболевания, которые трудно поддаются лечению и которые часто имеют хроническое течение. Они связаны с огромными нарушениями на психологическом, физическом, межличностном и социальном уровне, а также со значительными прямыми и косвенными издержками. Поэтому профилактика и раннее вмешательство имеют первостепенное значение.

В «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам», 5-е издание, расстройства питания и пищевого поведения (РПП) определены как стойкие нарушения приема пищи или связанного с едой поведения, которые приводят к изменению потребления или всасывания пищи и существенно влияют на физическое или психосоциальное функционирование.

Расстройства пищевого поведения (РПП), такие как нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание, являются тяжелыми психическими заболеваниями, связанными со значительным бременем

болезней и значительными затратами на здравоохранение [1 , 2]. Смертность увеличивается во всех отделениях неотложной помощи и является самой высокой среди всех психических расстройств при нервной анорексии. РПП в основном развиваются в подростковом и молодом возрасте [3 , 4] и поражают как мужчин, так и женщин. Распространенность полной и подпороговой РПП оценивается в 15% у молодых женщин и 3% у молодых мужчин [5]. Кроме того, многие молодые люди сообщают об отношении и поведении, связанных с РПП, не отвечая полным диагностическим критериям. РПП связаны с тяжелыми психологическими и физическими нарушениями, а также могут влиять на многие другие сферы жизни молодых людей, например, приводя к социальной изоляции, снижению академической и профессиональной успеваемости и общей потере качества жизни [2] .

Симптомы РПП в значительной степени коморбидны со многими другими проблемами психического здоровья, такими как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство и тревога. Ранее исследования показали рост распространенности РПП независимо от возраста, пола и культуры . Было обнаружено, что с РПП связаны социально-демографические факторы. Наиболее устойчивыми факторами, связанными с более высокой распространенностью и заболеваемостью РПП, были следующие: женский пол, более молодой возраст, сексуальное и физическое насилие, участие в эстетических видах спорта или видах спорта, ориентированных на вес, а также наследственность. Коэффициент смертности является самым высоким у людей с РПП по сравнению с другими психическими расстройствами , при этом он выше среди пациентов с нервной анорексией. Суицидальные попытки и суицидальные мысли также высоки у пациентов с РПП.

Несмотря на значительный прогресс в исследованиях по профилактике и лечению за последние десятилетия, современное здравоохранение не может существенно облегчить бремя, связанное с РПП, на популяционном уровне из-за ограниченной эффективности, доступности и охвата научно обоснованных вмешательств [6 , 7] . Несмотря на то, что существуют эффективные методы лечения различных форм РПП, только меньшинство пациентов действительно получают пользу и выздоравливают. Основная проблема в лечении РПП заключается в том, что менее 25% людей, страдающих РПП, действительно обращаются и получают профессиональную помощь. Во многих случаях существует значительная задержка между появлением симптомов и обращением за медицинской помощью, что приводит к повышенному риску хронизации [8]. Недавний систематический обзор показал, что обращению за

помощью при РПП препятствуют такие барьеры, как стигма и стыд, отрицание и неспособность осознать тяжесть заболевания, негативное отношение к обращению за помощью, отсутствие поощрения со стороны других к обращению за помощью и ограниченность знаний о лечебных ресурсах [9]. Существует консенсус в отношении того, что очень важно разрабатывать и распространять основанные на фактических данных, экономически эффективные и широко доступные инструменты профилактики и раннего вмешательства для пациентов с неотложной помощью, особенно учитывая их высокое бремя болезней, сложное лечение и связанные с ними затраты как на индивидуальном и общественном уровнях.

Стигма веса – это пренебрежительная ассоциация большего веса с отрицательными личностными характеристиками. «Весовая стигма» в этом руководстве используется для обозначения возникновения дискриминации или стереотипов в отношении человека на основе его веса, размера или телосложения [9]. Другими используемыми терминами являются «размеризм», «угнетение веса/размера», «весовой подход», «предвзятость веса/размера», «дискриминация по весу» и «толстофобия».

Важным аспектом решения проблемы стигмы, связанной с весом, является использование языка, позволяющего избежать стигматизирующих терминов для тех, кто испытывает стигматизацию, связанную с весом. По этой причине в данном руководстве используются фразы «люди с большим весом» и «живущие в большем теле». Несмотря на такой подход, важно подчеркнуть, что не существует одного универсально предпочтительного термина для людей, живущих в более крупных группах, и медицинские работники должны обсуждать предпочтительный язык с каждым человеком.

Проблемы, с которыми сталкиваются люди с расстройствами пищевого поведения и имеющие более высокий вес, сложны и важны. Эти проблемы включают запоздалую идентификацию, неправильный диагноз при оценке, последующее несоответствующее и неадекватное лечение, широко распространенную стигму и появление новых расстройств (например, нервную анорексию без низкого веса).

Расстройства пищевого поведения широко распространены, и их распространенность увеличивается. По оценкам, распространенность в течение жизни составляет 8,4% для женщин и 2,2% для мужчин [10]. В Австралии 3-месячная точечная распространенность составляет около 0,5% для нервной анорексии с низким весом, 1% для нервной булимии и 1,5% для лечения компульсивного переедания (ЛКП, широко определяемой с помощью

критериев МКБ) и 3,2% для СРППП [включая нервную анорексию (без низкого веса).) распространенность 2,5%. Кроме того, около 10% людей страдают от повторного переедания.

Люди с более высоким весом подвергаются повышенному риску расстройств пищевого поведения по сравнению с людьми с более низким весом, но по многим причинам, включая плохую медицинскую осведомленность и стигму, связанную с весом, у людей с более высоким весом. Раннее вмешательство обеспечивает наилучшие шансы на выздоровление, когда человек страдает расстройством пищевого поведения. Несмотря на это, отмечается, что подходы к скринингу имеют ограниченную доказательную базу, особенно у детей и подростков, и необходимы дополнительные исследования для установления рисков и преимуществ. Поэтому крайне важно выявлять симптомы расстройства пищевого поведения и предлагать вмешательство как можно скорее [11] всем людям, испытывающим симптомы расстройства пищевого поведения, независимо от веса.

Примечательно, что люди с более высоким весом испытывают когнитивные факторы, связанные с расстройством пищевого поведения, включая переоценку и озабоченность весом, формой, едой и контролем над ними, а также дистресс, связанный с этими когнитивными нарушениями.

Все службы, рекомендуемые или предоставляющие советы или программы по снижению веса (включая бариатрическую хирургию), должны проверять на наличие расстройств пищевого поведения, рискованного поведения, такого как использование нерегулируемых таблеток/добавок для похудения или слабительных средств, а также проблем с образом тела. Все положительные результаты скрининга следует обсуждать с пациентом и проводить более обширную оценку расстройств пищевого поведения. Медицинские работники в любых условиях должны контролировать любые попытки похудеть или нарастить мышечную массу. Инструменты краткого скрининга, такие как скрининг расстройств пищевого поведения для первичной медицинской помощи также могут быть полезны для этой цели. Эту роль могут играть международные опросники для оценки нарушений пищевого поведения. [11].

В 2022 г австралийскими учеными в рамках многоцентрового исследования было опубликовано руководство по клинической практике у лиц с нарушениями пищевого поведения при повышенном весе. [11].

Расстройства пищевого поведения имеют сложные биологические, социальные и психологические детерминанты [12]. К ним относятся сильная

наследственность и ряд факторов риска, которые являются общими для предрасположенности к большему размеру тела и перекрываются с ним, например, перенесенные травмы в анамнезе в годы становления жизни

К РПП относятся нервная анорексия, нервная булимия, ЛКП, избегающее расстройство ограничительного питания (ИРОП), СРППП и неуточненное расстройство питания или пищевого поведения (НРППП). Только один из них, нервная анорексия, определяется по весу (т.е. критерию недостаточного веса).

Из-за широко распространенной стигмы, связанной с весом, люди, живущие в больших группах, часто подвергаются стигматизации и дискриминации из-за своего веса. Недовольство своим телом может быть естественным следствием постоянной негативной оценки, а не иррационального страха или искажения. Люди с более высоким весом также часто сталкивались с травмами, связанными с весом, такими как издевательства в старшей школе или эмоциональное насилие, связанное с весом. Опыт стигмы и дискриминации может привести к тому, что люди неохотно говорят о своем весе или питании из-за страха подвергнуться еще большему стыду и/или недоверию, и к этим вопросам следует подходить уважительно, принимая во внимание предыдущий негативный опыт.

Нарушение пищевого поведения может выступать в качестве механизма преодоления перед лицом травмы, связанной с стойкой стигмой, связанной с весом. Жесткие ограничения в питании и нездоровое компенсаторное поведение могут быть положительно вознаграждены и подкреплены социальной сетью человека или медицинскими работниками. Поэтому человек может неохотно раскрывать компенсаторное поведение, переедание или вносить изменения в какие-либо стратегии снижения веса, даже если они стратегии могут быть вредными.

Некоторым людям с расстройствами пищевого поведения лечение для снижения веса может быть противопоказано или может усугубить расстройство пищевого поведения. По возможности, попытки снижения веса или планы бариатрической хирургии должны проводиться в условиях, позволяющих контролировать расстройство пищевого поведения. Поэтому крайне важно сообщать другим соответствующим лечащим специалистам о диагнозе, медицинских и психиатрических рисках, особенно если есть рецепты на лечение для снижения веса и/или планы бариатрической хирургии. Также рекомендуется обратиться в организации поддержки близких, семьи и родителей.

В связи с этим нами была сформулирована следующая цель исследовательской работы.

Цель исследования – - изучить значение международных опросников в оценке нарушений пищевого поведения у молодых лиц с ожирением.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 200 пациентов с ожирением 1-3 степени. Из них были отобраны 60 пациентов (22 женщины, 38 мужчин, средний возраст $26,8 \pm 1,7$ лет) согласно протокола исследования. Группу контроля составили 20 здоровых лиц.

Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от ИМТ: I группа, $n=20$, ИМТ ≥ 30 И < 35 кг/м², II группа, $n=20$, ИМТ ≥ 35 И < 40 кг/м², III группа, $n=20$, ИМТ > 40 кг/м².

Критерии включения: ожирение 1-3 степени, мужчины и женщины, возраст от 18 до 44 лет.

Критерии исключения: сахарный диабет 1 и 2 типа, острые и хронические заболевания почек, печени и сердца, заболевания соединительной ткани, васкулиты, онкологические заболевания, дети, подростки, лица старше 44 лет.

Как при исходном уровне, так и при последующей оценке вес (кг), рост и окружность талии (см), окружность бедер (см), окружность шеи (см) измерялись в тот же день и непосредственно перед психологической оценкой.

Были проведены анализы крови для оценки уровня общего холестерина (а также липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и липопротеинов низкой плотности), триглицеридов, аланинаминотрансферазы, глюкозы и гликированного гемоглобина. Кроме того, были исследованы уровни инсулина, С-пептида, ТТГ, свободного тироксина в крови. Забор крови проводился утром (8–9 часов утра), и все участники голодали в течение 8 часов перед тестом. Также оценивались жизненно важные показатели, такие как диастолическое артериальное давление и систолическое артериальное давление.

В исследовании были применены также инструментальные методы обследования-УЗИ внутренних органов, показатели уровня качества жизни больных (опросники: Голландский опросник пищевого поведения, Шкала Занга для самооценки тревоги и разработанная нами анкета-опросник), а также статистические методики.

Мы сравнили частоту РПП (нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание и другие специфические расстройства питания и пищевого поведения) и их симптомы у 60 пациентов с ожирением 1-3 степени.

Диагнозы РПП и депрессия/тревожность на протяжении всей жизни, а также клинически значимые нарушения пищевого поведения на протяжении

всей жизни (например, переедание, чрезмерные физические нагрузки) оценивались с использованием вышеуказанных опросников.

Лица были отнесены к категории больных депрессивное расстройство (ДР) или тревожным расстройством в течение всей жизни, если у них когда-либо наблюдался «определенный» (т. е. все критерии, удовлетворяющие полностью) или «вероятный» (например, все критерии, удовлетворяющие полностью за исключением одного, который присутствовал на подпороговом уровне) диагноз DSM-IV: ДР, ГТР, паническое расстройство, агорафобия, социальная фобия, специфическая фобия, ОКР или ПТСР. Аналогичным образом, участники были отнесены к категории пациентов с РПП, возникавших в течение всей жизни, если они когда-либо соответствовали критериям «определенного» или «вероятного» диагноза DSM-5: АН, БН, КП, расстройство очищения или СРППИ, характеризующееся клинически значимым завышением веса и формы. и регулярное компенсаторное поведение (например, чрезмерные физические нагрузки, голодание или строгая диета).

Мы также оценивали пять форм поведения при РПП: объективное переедание (ОП – т. е. употребление объективно большого количества пищи в течение короткого периода времени, сопровождающееся отсутствием контроля над приемом пищи), субъективное переедание (СП – т. е. употребление в пищу количество еды, которое не является объективно большим, но которое, по мнению участника, было слишком большим, что сопровождалось отсутствием контроля), потеря контроля над другими эпизодами приема пищи (ПКП – т. е. ощущение, что человек не может контролировать, что/сколько он ест) за пределами ОП/СП), очищающее поведение (т. е. рвота или использование слабительных или других препаратов для контроля веса) и неочищающее компенсаторное поведение (т. е. чрезмерные физические нагрузки, голодание или строгая диета).

Статистические расчеты проведены в программной среде Microsoft Windows с использованием пакетов программ Microsoft Excel-2007 и Statistica version 6.0, 2003. Полученные данные отражены в диссертации в виде $M \pm m$, где M — среднее значение вариационного ряда, m — стандартная ошибка среднего значения. Достоверность различий между независимыми выборками определялась по методу Манна-Уитни.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. В таблице 1 дано распределение осмотренных пациентов по полу и возрасту.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту (ВОЗ, 2021 г)

Возраст , лет	Число мужчин	Число женщин
18-44 (молодой возраст)	38(63,3%)	22(36,7%)
45-59 (средний возраст)	-	-
60-74 (пожилой возраст)	-	-
75 и старше (старческий возраст)	-	-
Всего: n = 60	38(63,3%)	22(36,7%)

В таблице 2 дана клинико-anamnestическая характеристика больных, включенных в исследование. Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от ИМТ.

Таблица 2. Клинико-anamnestическая характеристика больных, включенных в исследование

Признак/показатель	I группа n=20, M±SD 1 grade obesity	II группа n=20, M±SD 2 grade obesity	III группа n=20, M±SD 3 grade obesity	P
woman/man	9/11	8/12	5/15	>0,05 >0,05 >0,05
Основное заболевание: Ожирение	9/11	8/12	5/15	>0,05 >0,05 >0,05
Co-morbidity — АГ, n	1/1	2/3	4/8	<0,05 <0,05 <0,05
, n	-/-	1/3	3/7	<0,05 <0,05 <0,05
Курение, n	- /6	-/7	-/7	>0,05 >0,05 >0,05
Давность ожирения, лет	8,2±1,7	12,8±2,4	16,5±3,5	<0,05 <0,05 <0,05
САД, мм рт ст	117,5±8,7	133,8±7,9	139,5±8,3	<0,05 <0,05 <0,05
ДАД, мм рт ст	72,1±3,8	83,4±6,7	90,4±4,9	<0,05

				<0,05
				<0,05
ЧСС, уд/мин	70,6±1,3	73,6±4,6	74,3±3,5	>0,05
				>0,05
				>0,05
ИМТ, кг/м2	29,7 ±4,7	31,9 ±3,8	36,4 ±3,5	<0,05
				<0,05
				<0,05

Примечание: АГ — артериальная гипертония, ДАД — диастолическое артериальное давление, САД – систолическое артериальное давление, – р – критерий достоверности между группами пациентов.

Как видно из таблицы 2, установлена достоверность различий по сравнению с контролем относительно САД, ДАД, ИМТ у исследованных пациентов ($p < 0,05$). При этом, в 3 группе чаще встречались наследственная отягощенность по ожирению, АГ, вредные привычки (курение), превалировала давность ожирения в сравнении с другими группами.

Далее нами была изучена биохимическая характеристика пациентов (таблица 3).

Таблица 3. Средние биохимические показатели крови пациентов в исследуемых группах

Показатель	I группа n=20, M±SD Ожирение 1 степени	II группа n=20, M±SD Ожирение 2 степени	III группа n=20, M±SD Ожирение 3 степени	контроль n=20	p
Глюкоза натощак, ммоль/л	4,4±0,6	4,2±0,7	4,3±0,5	4,2±0,7	>0,05 >0,05 >0,05
Билирубин общий, мкмоль/л	18.5±1.4	19.7±1,3	17.6±1,2	18.4±1.6	>0,05 >0,05 >0,05
Мочевина, мкмоль/л	4,8±1,3	3,6±3,1	5,2±1,3	4,4±1,2	>0,05 >0,05 >0,05
Креатинин, мкмоль/л	77±6,9	80,6±9,6	75,6±8,2	75±6,2	>0,05 >0,05 >0,05
Общий	4,6±1,3	4,3±1,1	6,7±1,5	4,4±1,2	>0,05

холестерин, ммоль/л					>0,05 <0,05
ЛПНП, ммоль/л	3,8±0,9	3,7±0,2	5,9±0,2	3,6±0,9	>0,05 >0,05 <0,05
ЛПВП, ммоль/л	1,2±0,6	1,6±0,4	1,9±0,3	1,5±0,1	>0,05 >0,05 <0,05
ТГ, ммоль/л	1,4±0,8	1,5±0,4	3,3±0,6	1,1±0,8	>0,05 >0,05 <0,05

Примечание: ЛПНП — липопротеины низкой плотности, ТГ — триглицериды, , р – критерий достоверности при сравнении с данными контроля

Как видно из таблицы 3, показатели гликемии натощак, общий билирубин, мочевина, креатинин во всех группах были в норме, в то время как показатели липидного спектра (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, были достоверно выше в 3 группе пациентов в сравнении с контролем.

Далее нами был выполнен анализ расстройств пищевого поведения у исследуемых пациентов (таблица 4)

Таблица 4. Анализ расстройств пищевого поведения у исследуемых пациентов

РПП	I группа n=20, M±SD Ожирение 1 степени	II группа n=20, M±SD Ожирение 2 степени	III группа n=20, M±SD Ожирение 3 степени	Всего
Нервная анорексия	-	-	-	-
Булимия	1 (5%)	3 (15%)	6 (30%)	10 (16.7%)
Компульсивное переедание	2 (10%)	7 (35%)	10 (50%)	19 (31.7%)
Очистительное расстройство	5 (25%)	8 (40%)	4 (20%)	17 (28.3%)
СРПП без очистки	12 (60%)	2 (10%)	-	14 (23.3%)

Как видно из таблицы 4, АН в нашем наблюдении не встречалось. БН преобладала у пациентов 3 группы (30% случаев в группе) как и КП (50%).

Очистительное расстройство чаще встречалось во 2 группе (40%), а СРППП в 1 группе (60%).

Люди без нарушений пищевого поведения могут также испытывать когнитивные и поведенческие симптомы РПП (например, неудовлетворенность своим телом, озабоченность едой/весом), связанные с психологическим дистрессом и повышенным риском развития в дальнейшем патологии пищевого поведения. Чтобы определить, усиливаются ли эти симптомы у людей с БДР/АНХ, мы изучили результаты оценки РПП по данным 2 опросников у наших пациентов (таблицы 5-6).

Таблица 5. Результаты исследования Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ)(M ± m)

Группы	ОГРАНИЧИТЕЛЬНО Е ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ (в норме 2,4 балла)	ЭМОЦИОНАЛЬНО Е ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ (в норме 1,8 балла)	ЭКСТЕРНАЛЬНО Е ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ (в норме 2,7 балла)
I группа n=20, M±SD Ожирение 1 степени	3,6±0,8 * (12 пациентов, 60%)	1,7±0,6 (5 пациентов, 25%)	2,6±0,8 (3 пациента, 15%)
II группа n=20, M±SD Ожирение 2 степени	1,8±0,5 (4 пациента, 20%)	2,6±0,8* (4 пациента, 20%)	1,6±0,4 (12 пациента, 60%)
III группа n=20, M±SD Ожирение 3 степени	0,6±0,03* (8 пациентов, 40%)	3,2±0,5* (4 пациента, 20%)	1,6±0,4 (4 пациента, 20%)
Всего	24 (40%)	13 (21.7%)	19 (31.7%)

Примечание: * - это p – критерий достоверности при сравнении со значениями нормы

Из таблицы 5 следует, что у пациентов 1 группы в 60% случаев баллы опросника DEBQ (приложение 1) по ограничительному пищевому поведению были достоверно выше значений нормы ($p < 0.05$). Эти пациенты боятся есть,

чтобы не набрать вес или руководствуются соображениями “полезности”. Во 2 группе эти значения были ниже нормы, что указывает на то, что эти пациенты едят бесконтрольно, без ограничений, плохо осознавая, что и как они едят (20% наблюдений). И наиболее низкими были эти баллы в 3 группе пациентов, что означает нарушение пищевого поведения (40%). Всего из 60 больных РПП выявлено у 56 (93.3%).

Пищевой стиль - “эмоциональный едок”: на это указывает повышение баллов по характеристике вопросов эмоционального пищевого поведения, что наблюдалось в 20% пациентов 2-3 групп и в 25% больных 1 группы. В 1 группе эти значения были в норме.

Если показатели по экстернальному пищевому поведению выше нормы – пациент, скорее всего, “безотказный” едок, которому сложно остановиться, начав есть, сложно удержаться при виде вкусной или просто лежащей на виду еды. Такой характер РПП преобладал во 2 группе -60%.

Следующим шагом наших исследований явилась оценка результатов Шкалы Занга для самооценки в исследуемых группах (таблица 6).

Таблица 6. Результаты Шкала Занга для самооценки тревоги (M ± m)

Группы	45-59 points Mild or moderate anxiety disorder	60-74 баллов Выраженное тревожное расстройство или тревожное расстройство тяжелой степени	75-80 баллов Тревожное расстройство крайне тяжелой степени тяжести
I группа n=20, M±SD Ожирение 1 степени	48,3±3,8 (10 пациентов, 50%)	63,4±7,6 (2 пациентов, 10%)	-
II группа n=20, M±SD Ожирение 2 степени	52,8±7,8 (5 пациентов, 15%)	69,4±6,9 (8 пациентов, 40%)	79,8±9,2 (7 пациентов, 35%)
III группа n=20, M±SD Ожирение 3 степени	57,3±8,3 (7 пациентов, 35%)	73,8±7,4 (5 пациента, 25%)	78,8±8,7 (8 пациентов, 40%)
Всего	22 (36.7%)	15 (25%)	15 (25%)

Примечание: * - это p – критерий достоверности при сравнении со значениями нормы

Исследование показало, что в целом было выявлено легкое тревожное расстройство у 22 (36.7%) выраженное тревожное расстройство у 15 (25%) и тревожное расстройство крайне тяжелой степени тяжести у 15 (25%). При этом, наиболее выраженные изменения этой сферы были обнаружены у пациентов 3 группы, где встречалось тревожное расстройство крайне тяжелой степени тяжести в 40% случаев. В целом тревожное расстройство той или иной степени было выявлено у 52 (86,6%) больных из 60.

И, наконец, нами был выполнен корреляционный анализ выполненных исследований (таблица 7).

**Таблица 7 . Корреляционная связь (R) показателей опросника
пищевого поведения DEBQ и шкалы тревоги Занга.**

Нарушения	ЭПП (1)	ОПП	ЭПП (2)
ЛТР	0,25	0,28	0,27
ВТР	0,37	0,42*	0,48*
ТТР	0,62*	0,65*	0,68*

Примечание: ОПП -ограничительное пищевое поведение, ЭПП (1) – эмоциональное пищевое поведение, ЭПП (2) – экстернальное пищевое поведение, ЛРТ – легкое тревожное расстройство, ВТР – выраженное тревожное расстройство, ТТР – тяжелое тревожное расстройство, * - это р – критерий достоверности , $p < 0,05$

Как видно из таблицы 7, выявлены значимые корреляционные связи между примененными опросниками, а именно между тяжелым тревожным расстройством и различными видами нарушений пищевого поведения. То есть, при тяжелом тревожном расстройстве встречались все виды нарушений пищевого поведения. Кроме того, имелась достоверная положительная корреляция между выраженным тревожным расстройством и нарушением пищевого поведения по типу ОПП и ЭПП (2).

Таким образом, выполненные исследования подтвердили данные литературы о том, что у пациентов с нарушениями пищевого поведения при обследовании выявляется тревожное расстройство скрытого характера, что значительно ухудшает качество жизни пациентов с ожирением.

ВЫВОДЫ

Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) является наиболее чувствительным и информативным для определения качества жизни и наличия тревожных расстройств у пациентов с ожирением. 2. Оценка показателей качества жизни, нарушений пищевого поведения и тревожных расстройств с использованием шкалы тревоги Занга, Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ), а также оценка качества жизни по разработанной нами анкете могут выступать как критерии клинико-функциональной тяжести состояния и эффективности проводимой терапии у пациентов с ожирением.

БИБЛИОГРАФИЯ.

1. Crow S. The economics of eating disorder treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;454. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0454-z>.
2. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disord.* 2009;42:97–103. <https://doi.org/10.1002/eat.20589>.
3. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25:903–18. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>.
4. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2009;118:587–97. <https://doi.org/10.1037/a0016481>.
5. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2013;122:720–32. <https://doi.org/10.1037/a0034004>.
6. Cooper Z, Bailey-Straebl S. Disseminating evidence-based psychological treatments for eating disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17:551. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0551-7>.
7. Moessner M, Bauer S. Maximizing the public health impact of eating disorder services: a simulation study. *Int J Eat Disord.* 2017;50:1378–84.
8. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking

among community cases. *Clin Psychol Rev.* 2011;31:727–35. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>.

9. Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, Bauer S, Griffiths KM. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord.* 2016;50:9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>.

10. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(5):1402–1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342

11. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(6):336–339. doi: 10.1097/YCO.0000000000000282

12. Ralph AF, Brennan L, Byrne S, Caldwell B, Farmer J, Hart LM, Heruc GA, Maguire S, Piya MK, Quin J, Trobe SK, Wallis A, Williams-Tchen AJ, Hay P. Management of eating