

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

---

*Как избыточная масса тела и ожирение, так и нарушения пищевого поведения являются актуальной проблемой современной медицины. В статье изложен современный взгляд на проблему девиантного пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением.*

*Акцентируется внимание на данных международных исследований о распространенности различных форм нарушений пищевого поведения и ожирении, а также на имеющихся исследованиях, отражающих возможную корреляционную связь данных нозологий. Авторами проведен анализ частоты встречаемости расстройств пищевого поведения и избыточной массы тела в зависимости гендерно-возрастных характеристик группы, а также описана взаимосвязь данных нозологий с уровнем дохода населения страны.*

**Ключевые слова:** *нарушение пищевого поведения, избыточная масса тела, ожирение.*

## **PREVALENCE OF VIOLATIONS OF FOOD BEHAVIOUR AND EXCESS BODY WEIGHT**

*Both the excess body weight and obesity, and violations of food behavior are an actual problem of modern medicine. In article the modern view is stated of a problem of deviant food behavior at persons with the excess body weight and obesity.*

*The attention is focused on data of the international researches on prevalence of various forms of violations of food behavior and obesity, and also on the available researches reflecting possible correlation communication of these nozologiya. Authors carried out the analysis of frequency of occurrence of frustration of food behavior and excess body weight to dependences of gender and age characteristics of group, and also the interrelation of these nozologiya with the level of the income of the population of the country is described.*

**Key words:** eating disorders, overweight, obesity.

Эпоха научно-технического прогресса, быстрый рост индустрии и информационная революция поставили перед современным медицинским сообществом ряд новых задач. Так, рост потребления высококалорийных продуктов с большим содержанием жира, соли и сахаров и снижение физической активности и растущая урбанизация [10], с одной стороны, привели к пандемическому росту лиц с избыточной массой тела и ожирением. С другой стороны, естественное стремление людей соответствовать эталонам моды и красоты и обилие информации, предлагающей снизить массу тела за короткий период времени, способствовало возникновению проблем, связанных с нарушением пищевых привычек. Несмотря на некоторую полярность нозологий, в последнее время в литературе появляется все больше данных о возможной корреляции состояний, общности факторов риска [8]. Целью данной статьи стало описание имеющихся современных эпидемиологических данных и взаимозависимости данных патологий.

**Эпидемиологические данные.** В настоящее время избыточная масса тела и ожирение представляют собой одну из наиболее серьезных медико-социальных и экономических проблем, значимость которых определяется высокой инвалидизацией и снижением продолжительности жизни населения [7]. Согласно данным ВОЗ, около 35% (более 1,4 миллиарда) взрослых в возрасте 20-ти лет и старше имеют избыточный вес, 11% – ожирение (из них 200 миллионов мужчин и почти 300 миллионов женщин) [14].

Установлено, что помимо социальной дезадаптации и психологических проблем, вызывающих изменение качества жизни пациентов [2], морбидное ожирение ассоциировано с ростом заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа, сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями, определенными формами рака [1] и рядом

других проблем, являясь пятым по значимости фактором риска смерти в мире. По меньшей мере, 2,8 миллиона взрослых людей ежегодно умирают в результате лишнего веса и ожирения [10]. В некоторых экономически развитых странах ожирение рассматривают как одну из основных детерминант формирования популяционного здоровья и ведущую потенциально устранимую причину преждевременной смерти населения [11].

Проблема избыточной массы тела является актуальной и для населения Республики Беларусь. Данные республиканской акции, проведенной по инициативе Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2012 году (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.10.2012 № 1247) «Ожирение-фактор риска сахарного диабета») свидетельствуют о высокой распространенности ожирения и избыточной массы тела среди жителей РБ. Так, согласно результатам скрининга 32 248 респондентов, у 22 933 человек (71,1%) индекс массы тела (ИМТ) превышал пороговые значения, при этом избыточная масса тела была диагностирована в 33,9% случаев (10 951 человек); ожирение – в 37,3% (11 982 человек). Нормальные значения ИМТ были отмечены лишь в 28,8% случаев (9311 человек) [3].

При этом, в группе мужчин преобладающими показателями стали параметры индекса массы тела, соответствующие избыточной массе тела 35,4% (3831 мужчин) vs в 33,3% (7120 женщин), ожирение выявлено у 38,9% (8,344) женщин vs 33,6% (3638 мужчин) (рисунок 1).

Анализ возрастных особенностей распределения ИМТ свидетельствует о том, что значимый прирост массы тела начинается с возраста 30 лет, достигая пика к 55–60 годам, а затем наблюдается физиологическая стабилизация и даже регресс ИМТ пациентов, связанное со снижением

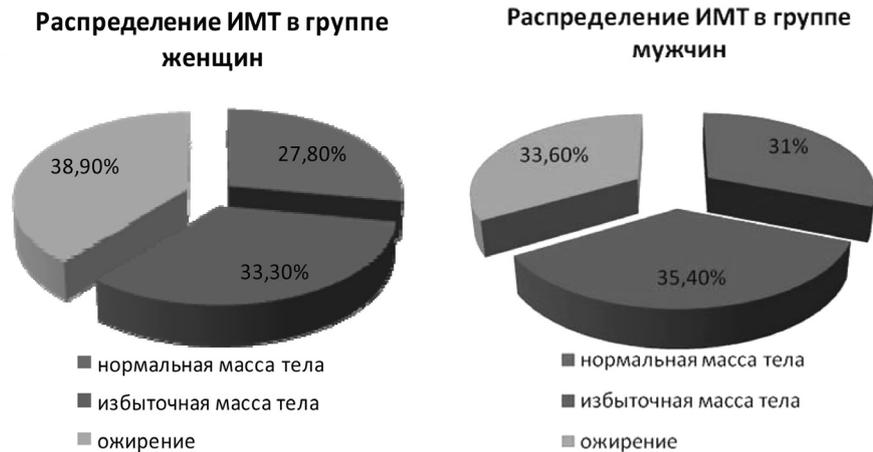


Рисунок 1. Распределение показателя ИМТ в группе женщин и мужчин

массы мышечной ткани и минеральной плотности костей [3].

Темпы роста распространенности ожирения вызывают беспокойство и обосновывают необходимость формирования комплексных национальных программ по профилактике избыточной массы тела и ожирения. Считавшиеся ранее характерными для стран с высоким уровнем доходов, эта глобальная проблема все шире охватывает страны с низким и средним уровнем дохода, особенно их городские районы. Исследование NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) проведенное в Соединенных штатах Америки и включающее 12-летний (1999–2010 гг.) период наблюдения 28 773 пациентов выявило линейную тенденцию индекса массы тела в группе мужчин и определенный рост индекса массы тела в группе женщин [16].

**Распространенность нарушений пищевого поведения (НПП).** Нарушения пищевого поведения представляют собой группу поведенческих расстройств, характеризующихся выраженной озабоченностью массой и формами собственного тела, сопровождающейся чрезмерными попытками их контроля [4].

Высокая распространенность расстройств пищевого поведения усугубляется тем, что 95% пациентов составляют молодые женщины [4]. По данным масштабного исследования, the National Comorbidity Survey Replication, проводимого в 2001–2003 гг. и включающего 9282 респондентов, частота встречаемости нервной анорексии, булимии и расстройств по типу обжорства в течение жизни составили 0,9%, 1,5% и 3,5% соответственно среди женщин, и 0,3%, 0,5% и 2,0% среди мужчин [16].

Экстраполяция мировых данных на белорусскую популяцию свидетельствует о том, что не менее 60 000 девушек и молодых женщин может страдать от последствий, связанных с дезадаптивным вмешательством в пищевое поведение

[6], и примерно каждая третья женщина в разные периоды своей жизни использует «экстремальные» методы контроля массы тела [4].

Отдельно хотелось бы отметить, что современный взгляд на проблему НПП позволяет считать их одними из самых трудных в диагностическом и лечебном плане расстройств. Длительное время скрываясь за социально приемлемыми масками диетических ограничений, клинически очерченные проявления расстройств в форме НА или НБ попадают в поле зрения специалистов достаточно поздно [4]. Поэтому частота так называемых субклинических форм нарушений пищевого поведения несомненно значимо выше. Так в мультицентровом исследовании Szabó P. и Túry F., включающем 689 австрийских и немецких граждан (571 женщина и 118 мужчин) среди женщин клинически очерченная булимия встречалась в 0,7% случаев ( $n = 4$ ), в то время как субклинические формы булимии и нервной анорексии составили 5,3% ( $n = 30$ ) and 0,7% ( $n = 4$ ) соответственно; среди мужчин – 1,7% ( $n = 2$ ) имели симптомы, соответствующие булимии, 2,5% ( $n = 3$ ) и 1,7% ( $n = 2$ ) субклинические формы нервной булимии и нервной анорексии [12].

Изучение пищевых особенностей поведения (пищевых паттернов) свидетельствует, что, как и избыточная масса тела, расстройства пищевого поведения чаще встречаются в индустриально развитых странах с высоким уровнем жизни (США, Канада, страны европейского региона) [13]. Согласно данным NAANAD (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders), в США около 24 млн людей всех возрастов имеют различные формы нарушений пищевого поведения [8]. В таблице 1 представлены данные о распространенности нарушений пищевого поведения в странах с высоким уровнем доходов.

Тем не менее, частота девиантного пищевого поведения в странах с низким уровнем доходов

## Клинический обзор

Таблица 1. Распространенность нарушений пищевого поведения в странах с высоким уровнем жизни (адаптировано из Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries) [13]

Страна (год)	Исследуемая выборка	Частота нервной анорексии	Частота нервной булимии	Автор (год публикации)
USA (1990)	1152 студентов			Pemberton и соавт. (1996)
	Мужчины			
	Женщины			
Германия (1990)	4285			Westenhofer (2001)
	мужчины			
	женщины			
Великобритания (1992)	519,900	0.02%		Rooney и соавт. (1995)
	Всего			
	Женщины			
Италия (1993)	517 женщины (11–20 лет)	1.3%		Rathner (1993)
Венгрия (1994)	538 студенты-медики			Tury и соавт. (1994)
	248 мужчин			
	290 женщин			
Франция (1995)	447 женщин		0.7%	Basdevant и соавт. (1995)
Норвегия (1995)	517 женщин (15–20 лет)	2.6%	0.87%	Gotestam (1995)
	19067 психиатрических пациентов			
	Мужчины	0.8%	0.7%	
	Женщины	5.7%	7.3%	
Канада (1995)	8116			Garfinkel и соавт. (1995)
	Мужчины			
	Женщины			
Австралия (1998)	4200 студентов			Hay и соавт. (1998)
	мужчины и женщины			
Австрия (1998)	1000 женщин		1.3%	Kinzl и соавт. (1999)

Таблица 2. Распространенность нарушений пищевого поведения в странах Азии (адаптировано из Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries) [13]

Страна (год)	Исследуемая выборка	Частота нервной анорексии	Частота нервной булимии	Автор (год издания)
Малазия (1981)	6000 психиатрических пациентов	0.05%		Buhrich (1989)
Гон Конг (1989)	500,000 человек	0.002%		Lee и соавт. (1993)
Египет (1994)	351 женщин		1.2%	Nassar (1994)
Япония (1997)	1526 женщин	0.0048%	0.01%	Nakamura и соавт. (2000)
Иран (2000)	3100 женщин (15–18 лет)	0.9%	3.2%	Nobakhtand Dezhkam (2000)

населения также постепенно увеличивается. Так, например, частота булимии среди женщин в азиатских странах достигла значений 0,46–3,2% против 0,3% to 7,3% – в странах европейского региона [13]. Суммарные данные о распространенности нарушений пищевого поведения в странах Азии представлены в таблице 2.

Средний возраст начала девиантных форм пищевого поведения колеблется в пределах 18–21 лет (составляя  $18,9 \pm 0,8$  года для нервной анорексии,  $19,7 \pm 1,3$  лет для булимии,  $25,4 \pm 1,2$  лет для расстройств по типу обжорства; средняя продолжительность эпизода в среднем длится  $1,7 \pm 0,2$  года;  $8,3 \pm 1,6$  лет;  $8,1 \pm 1,1$  лет соответственно (рисунок 2) [16].

В последние годы появляются новые данные о частоте развития девиантных форм пищевого поведения в зависимости от возраста. В исследовании австрийских ученых Mangweth-Matzek B., Hoek H. W. и соавт., опубликованном в конце 2013 года, проведена оценка связи наличия менопаузы с отклонениями в пищевых привычках респонденток [15].

Согласно дизайну, пациентки были классифицированы на 3 группы: женщины с сохраняющейся менструальной реакцией ( $N=192$ ), женщины в период перименопаузы ( $N=110$ ), и пациентки, находящиеся в состоянии естественной менопаузы, не различающиеся по возрасту и индексу массы тела. В результате скрининга выявлена

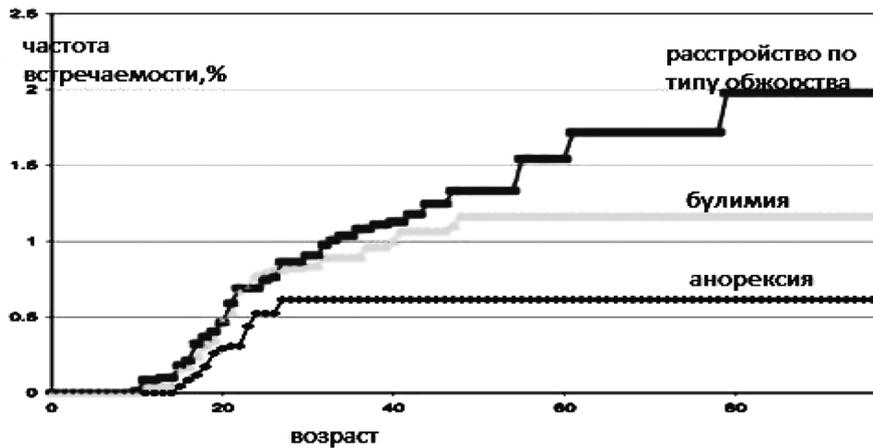


Рисунок 2. Частота встречаемости различных форм нарушений пищевого поведения в зависимости от возраста (адаптировано из NCSR) [16]

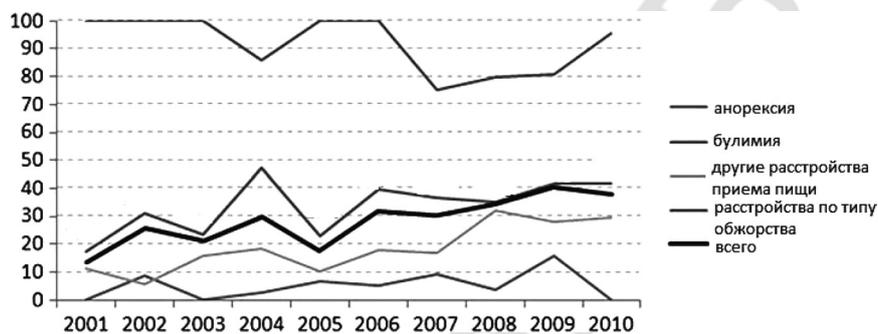


Рисунок 3. Распространенность различных видов нарушений пищевого поведения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением (адаптировано из Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates) [9]

значимо большая частота девиантных форм пищевого поведения у женщин в перименопаузе, по сравнению с пременопаузальной и постменопаузальной группами. Кроме того, в данной группе женщин наблюдалось более выраженная неудовлетворенность образом и параметрами собственного тела по шкале BSQ (Body Shape Questionnaire). Таким образом, авторы приходят к заключению, что менопауза, как и пубертат, может являться фактором риска нарушений пищевого поведения вследствие психосоциальных и гормональных изменений, происходящих в организме женщин [15].

#### Корреляция между избыточной массой тела и нарушениями пищевого поведения.

Поскольку и нарушения пищевого поведения, и ожирение являются следствием нарушенных пищевых привычек пациентов, логичной представляется корреляция между частотой встречаемости ожирения и нарушенного пищевого поведения у одного субъекта одновременно. Итальянскими учеными в 2012 году Villarejo C. и Fernández-Aranda было проведено исследование, изучающее частоту встречаемости ожирения среди пациентов с различными формами нарушений пищевого поведения [9].

По результатам исследования средняя частота встречаемости ожирения среди пациентов с НПП составила 28,8% (колеблясь в пределах от 5% при невной анорексии и достигая 87% при расстройствах питания по типу обжорств). Теми же учеными зарегистрировано трехкратное увеличение частоты встречаемости ожирения за последние 10 лет среди пациентов с нарушением пищевого поведения ( $p < 0,001$ ), при этом основной прирост наблюдался за счет форм, характеризующихся эпизодами употребления большого количества пищи за определенный промежуток времени, сопровождающимся чувством утраты контроля над этим приемом (рисунок 3) [9].

Таким образом, как ожирение, так и нарушения пищевого поведения являются актуальной проблемой современной медицины. Учитывая неуклонный рост заболеваемости, высокую медико-социальную значимость, отсутствие четких алгоритмов раннего выявления и коррекции указанных нарушений целесообразно определение факторов риска, выявления особенностей манифестации и течения с целью разработки комплексного подхода к ранней диагностике, профилактике и лечению указанных нарушений пищевого поведения.

## □ Клинический обзор

### Литература

1. *Клинический* протокол диагностики, лечения и медицинской реабилитации взрослого населения Республики Беларусь с избыточной массой тела и ожирением / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2010. – С.36.
2. Лаврик, А. С. Лечение морбидного ожирения: без хирургического вмешательства не обойтись // Здоровье Украины. – 2008. – № 8(1). – С.55–56.
3. Оценка распространенности избыточной массы тела и ожирения: результаты республиканской акции «Ожирение – фактор риска сахарного диабета» / Шепелькевич А. П. [и соавт.] // Лечебное дело. – 2013. – № 3, 8. Kantor, В. The Obesity-Eating Disorder Paradox Harvard political review / В. Kantor // The Food Issue. – 2012.
4. Скугаревский, О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения / О. А. Скугаревский. – 2005.
5. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения / О. А. Скугаревский. – Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.
6. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения (клинико-биологический подход): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08 / О. В. Семенова; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск, 2008.
7. *Differences* in cardiovascular disease mortality associated with body mass between black and white persons / Abell J. E. [et al.] // Amer. J. Public Health. – 2008. – Vol. 98. – P. 63–66.
9. *Lifetime* obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates / Villarejo C. [et al.] // Eat Disord Rev. – 2012. – 20(3). – P. 250–254.
10. *Obesity*: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. – Geneva, 2000.
11. *Obesity* but not overweight is associated with increased mortality risk / Fach D. [et al.] // Eur. J. Epidemiol. – 2011. – Vol. 26, № 7. – P. 583–584.
12. *Prevalence* of clinical and subclinical forms of anorexia and bulimia nervosa among working females and males / Szabó P. [et al.] // Orv Hetil. – 1995. – Vol. 136(34).
13. *Prevalence* of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries / Makino M. [et al.] // MedGenMed. – 2004. – Vol. 6(3).
14. *The challenge* of obesity in the WHO European Region and the strategies for response / F. Branca [et al.] // Denmark. – 2009.
15. *The menopausal* transition – a possible window of vulnerability for eating pathology / Mangweth-Matzek B. [et al.] // Int J Eat Disord. – 2013. – Vol. 6. – P. 609–16.
16. *The prevalence* and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. / Hudson J. I. [et al.] // Biol. Psychiatry. – 2007. – Vol. 61(3). – P. 348–58.

Поступила 11.02.2015 г.