

Особенности пищевого поведения у детей и подростков с ожирением

О.В. Пересецкая¹ ✉, Л.В. Козлова²

¹ ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Смоленск

² ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница»; Россия, г. Смоленск

РЕЗЮМЕ

Цель обзора. Представить современные взгляды на различные типы пищевого поведения (ПП) у детей и подростков и их роль в развитии ожирения.

Основные положения. В формировании ожирения играют роль факторы как наследственной предрасположенности, так и внешней среды, значительное место среди которых занимает ПП. Для исследования нарушений ПП используются различные опросники и шкалы, одним из валидизированных опросников является голландский опросник ПП (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ), который позволяет одновременно оценить три основных типа ПП, что важно в диагностике ранних нарушений ПП, способствует коррекции выявленных расстройств и позволяет повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий. С учетом ограниченного количества лекарственных препаратов, разрешенных для лечения ожирения в детском и подростковом возрасте, важно знание особенностей ПП у пациентов с целью оптимизации траектории лечения.

Заключение. Во всех случаях лечение нарушений ПП должно включать полноценный глубокий детальный анализ ПП для понимания лежащих в основе этих нарушений факторов и стресса. Вмешательство следует подбирать индивидуально, при этом его целью должно быть восстановление нормального питания и ПП, а также улучшение качества жизни пациента.

Ключевые слова: ожирение, дети, подростки, пищевое поведение, голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ).

Для цитирования: Пересецкая О.В., Козлова Л.В. Особенности пищевого поведения у детей и подростков с ожирением. Доктор.Ру. 2023;22(7):31–36. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-7-31-36

Features of Eating Behavior in Obese Children and Adolescents

O.V. Peresetskaya¹ ✉, L.V. Kozlova²

¹ Smolensk State Medical University; 28 Krupskaya Str., Smolensk, Russian Federation 214019

² Smolensk Regional Children's Clinical Hospital; 30B Konev Str., Smolensk, Russian Federation 214019

ABSTRACT

Aim. To present modern views on various types of eating behavior in children and adolescents and their role in the development of obesity.

Key points. Both hereditary predisposition factors and environmental factors play a role in the formation of obesity, among which eating behavior (PP) plays a significant role. Various questionnaires and scales are used to study PP disorders, one of the validated questionnaires is the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), which plays an important role in clinical practice, it allows you to simultaneously evaluate three main types of PP, which is important in the diagnosis of early PP disorders and contributes to the correction of identified disorders, as well as it allows to increase the effectiveness of therapeutic and preventive measures.

It is also an urgent issue, especially given the limited number of medications allowed for the treatment of obesity in childhood and adolescence, is the search for approaches that can effectively treat obesity, especially in the long term, and therefore it is necessary to rely, inter alia, on knowledge of the peculiarities of eating behavior in patients in order to optimize the trajectory of treatment.

Conclusion. In all cases, treatment of PP disorders should include a full, in-depth, detailed analysis of PP to understand the underlying factors and stress. Interventions should be tailored to each case, with the goal of restoring normal nutrition and nutritional intake and improving the patient's quality of life.

Keywords: obesity, children, adolescents, eating behavior, Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ).

For citation: Peresetskaya O.V., Kozlova L.V. Features of eating behavior in obese children and adolescents. Doctor.Ru. 2023;22(7):31–36. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-7-31-36

ВВЕДЕНИЕ

Одной из глобальных медико-социальных проблем является ожирение, признанное неинфекционной эпидемией. Ожирение — это гетерогенная группа наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в организме [1]. В 1998 г. Всемирная организация здравоохранения признала ожирение хроническим заболеванием, которое требует пожизненного лечения и неуклонно прогрессирует при его отсутствии. Распространенность ожирения неуклонно растет как среди взрослых, так и среди детей.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения у детей в различных регионах России была изучена в мультицентровом исследовании, включавшем более 5 тыс. детей в возрасте 5, 10 и 15 лет, проживающих в Астрахани, Екатеринбурге, Красноярске, Санкт-Петербурге и Самаре. По его результатам, частота избыточной массы тела и ожирения у обследованных детей в среднем составила 19,9 и 5,6% соответственно и не зависела от региона проживания. При этом максимальная распространенность избыточной массы тела и ожирения у мальчиков выявлена в 10 лет, а у девочек — в 5 и 10 лет соответственно. Минимальная

✉ Пересецкая Ольга Владимировна / Peresetskaya, O.V. — E-mail: olga_perec@inbox.ru



распространенность избыточной массы тела и ожирения у мальчиков и девочек зарегистрирована в 15 лет [2].

Подобные результаты получили и Л.С. Намазова-Баранова и соавт. при оценке физического развития 2540 учащихся образовательных учреждений в возрасте 11 и 15 лет в разных регионах РФ. Авторы отметили, что в группе мальчиков 11 лет ожирение встречается в 2 раза чаще, чем среди 15-летних, а среди 11-летних девочек ожирение регистрировалось в 3 раза чаще, чем в 15 лет. Были выявлены и региональные особенности: наибольшее число детей с ожирением в России зафиксировано среди мальчиков 11 лет в Дальневосточном федеральном округе (21,43%), а среди девочек этой возрастной группы — в Республике Крым (13,04%) [3].

Общеизвестно, что в формировании ожирения играют роль факторы как наследственной предрасположенности, так и внешней среды. Среди генетических факторов, интенсивно изучаемых в последнее десятилетие, основное значение имеют гены, продукты экспрессии которых задействованы в ключевых механизмах обмена веществ, а также гены-регуляторы аппетита и вкусовых предпочтений, гены-регуляторы инсулинорезистентности и секреции лептина [4, 5]. Факторы внешней среды очень разнообразны: социальные, пищевые, психологические, поведенческие. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в вопросах изучения проблемы ожирения в детском и подростковом возрасте, ряд аспектов, таких как социальные детерминанты, психосоциальные влияния, изменения пищевого поведения (ПП), остаются до конца не выясненными.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ПП состоит из сложного комплекса реакций, включающих эмоциональное отношение к пище, пищевые привычки и стереотипы, восприятие собственного тела и его реакций. Нарушение ПП влияет на физическое и ментальное состояние человека и приводит к стойким изменениям физиологических механизмов регулирования базовых потребностей [6, 7].

Употребление пищи является не только базовой потребностью, но и важным социокультурным компонентом: это способ получения удовольствия и снижения стресса, средство коммуникации, проявление отношения к собственной внешности; на питание влияют окружение, религия, культурные, этнические, экономические особенности, маркетинг и реклама [7].

Преимущественно описывают три основные причины возникновения клинических форм нарушений ПП:

- биологические — нарушение в системе физиологического контроля голода и насыщения, генетическая предрасположенность;
- психологические — влияние семьи и внутренние конфликты;
- социальные — влияние окружающей среды: ожидания, подражания, в частности диеты [8, 9].

Пищевая потребность, будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека используется не только для физиологических целей, но и для удовлетворения ряда социальных и психологических потребностей. Адекватной формой ПП считается прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда является средством поддержания энергетического и пластического гомеостаза организма [10]. Прием пищи может быть также средством разрядки эмоционального напряжения, компенсации неудовлетворенных потребностей, получения наслаждения, самоутверждения, средством общения и поддержания определенных культурных традиций. ПП включает как нормальные пище-

вые паттерны (гармоничное ПП), так и эпизодические пищевые расстройства и, наконец, патологическое ПП [11].

Имеется несколько подходов к классификации нарушений ПП. В МКБ-10 расстройства приема пищи рассматриваются в разделе «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». Данная классификация используется в психиатрической практике. Наиболее распространены расстройства, связанные со страхом прибавки массы тела и желанием похудеть — нервная анорексия и нервная булимия. Но в практике психологов, эндокринологов чаще используется другая классификация нарушений ПП, а по сути стиля питания, согласно которой основными типами нарушения ПП являются экстернальное, эмоциогенное и ограниченное. Некоторые авторы выделяют также следующие синдромы: патологический голод, нерегулярный прием пищи и частые перекусы, углеводная жажда, предменструальная дисфагия, а также индивидуальные вкусовые пристрастия [12].

Проблема нарушений ПП была выявлена во второй половине XX в. [13] и изучалась вначале преимущественно у взрослых. Совершенно справедливо Я.В. Гириш и соавт. подчеркивают, что «только в прошлом веке ожирение и компульсивное переедание начали причислять к патологическим состояниям и ассоциировать с целым рядом болезней» [14].

Убедительные данные, полученные при изучении ПП у взрослых, позволили использовать их в стратегиях лечения ожирения. Изучение особенностей ПП в детской популяции началось сравнительно недавно, что, возможно, связано с отсутствием валидации применяемых опросников типов ПП [14, 15]. Заслуживает внимания трехэтапный подход к диагностике нарушений ПП, предложенный Европейской группой по изучению детского ожирения и Национальным институтом здравоохранения и клинического мастерства Великобритании, который включает скрининг, углубленное обследование с использованием стандартизованных опросников и оценочных шкал, обследование специально подготовленным психологом [16].

Скрининговое обследование проводится педиатром для получения точного представления о проблемах ребенка и его семьи. Часть детей с ожирением не имеет выраженных психологических проблем и нарушений ПП, имеют хорошее качество жизни, в связи с чем не нуждаются в дополнительной психологической помощи. Эту группу пациентов можно выделить уже на этапе скрининга при использовании многоуровневого подхода к диагностике нарушений ПП.

С целью ранней диагностики нарушений ПП используют 5 вопросов, помогающих выявить известные психологические модели, лежащие в основе беспорядочной еды у детей. Если на один из вопросов получен положительный ответ, необходимо перейти к углубленному обследованию с использованием стандартизованных опросников с оценочными шкалами. Оценочные шкалы рассматриваются в качестве «золотого стандарта» для мониторинга пациентов с потенциальными проблемами психического здоровья путем опроса родителей и детей старше 8 лет. Обследование получается достаточно объемным по времени, поэтому предложено применять по одному опроснику для родителей и детей. Это могут быть голландский опросник ПП (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ), в том числе его версия для детей, опросник сильных и слабых особенностей ребенка (SDQ), родительский опросник Ахенбаха (CBCL), считающийся наиболее эффективным, т.к. позволяет проверить несколько моделей сразу [16, 17].

DEBQ играет важную роль в клинической практике, он помогает одновременно оценить три основных типа ПП,

что очень важно в диагностике ранних нарушений ПП и способствует коррекции выявленных расстройств, позволяет повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий. DEBQ включает 33 пункта, разделенных на три отдельные шкалы:

1) шкалу эмоционального ПП, содержащую 13 вопросов, например: «Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?»;

2) шкалу экстерналичного ПП, содержащую 10 вопросов, например: «Едите ли вы больше обычного, когда видите, как другие едят?»;

3) шкалу ограничительного (рестриктивного) ПП, содержащую 10 вопросов, например: «Едите ли вы намеренно меньше, чтобы ваш вес не увеличивался?».

В современной оригинальной версии за положительные ответы на все вопросы начисляются баллы, за исключением вопроса № 21, в котором за положительный ответ баллы не начисляются («Трудно ли вам сдерживать аппетит, когда вы видите вкусную пищу?»). В этой версии используется шкала, в которой ответы даются в формате от «1 балл — редко» до «5 баллов — очень часто». Данный опросник имеет высокий уровень валидности и воспроизводимости. Его применение у пациентов с ожирением или нарушениями ПП помогает определить преобладающий характер ПП и облегчить выбор терапевтического подхода. Правильная интерпретация результатов DEBQ в дополнение к клиническому интервью может позволить добиться более индивидуализированного терапевтического подхода у конкретного пациента [18]. Несмотря на это, в реальной клинической практике, особенно у детей, до настоящего времени опросник используется достаточно редко.

При выявлении психологических проблем или нарушений ПП необходимо обследование специально подготовленным психологом, желательно со стажировкой в данной области и владением методами семейной психотерапии (в связи с тем, что родители также часто имеют проблемы или требуют поддержки в вопросах воспитания).

Рассмотрим варианты нарушений ПП.

При **эмоциогенном ПП**, или гиперфагической реакции на стресс, эмоциональном переедании, которое встречается у 60% больных ожирением, стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт — человек ест не потому, что голоден, а потому что неспокоен, тревожен, у него плохое настроение, он удручен, раздражителен, обижен, он заедает свои горести и несчастья. Причиной переедания могут быть как отрицательные, так и положительные эмоции. Данный вид нарушения может соответствовать рубрике F50.4 в МКБ-10 — «психогенное переедание (гиперфагическая реакция на стресс)». Эмоциогенное ПП может быть представлено пароксизмальной формой (компульсивное ПП) либо перееданием с нарушением суточного ритма приема пищи (синдром ночной еды) [12].

Компульсивное ПП клинически проявляется четко очерченными во времени приступами переедания, часто без чувства голода, которые не длятся более 2 ч (встречается в популяции тучных людей в 25–30% случаев). Во время приступа компульсивного приема пищи больной ест очевидно больше обычного и быстрее обычного. Потеря самоконтроля за приемом пищи — важный диагностический признак компульсивной еды. Булимический эпизод прерывается самопроизвольно, как правило, из-за избыточного переполнения желудка; иногда из-за прихода посторонних, т.к. больные, стесняясь приступов, тщательно их скрывают.

Диагностические критерии компульсивного ПП вошли в классификацию DSM-IV, оно расценивается специалистами как одно из самых сложных заболеваний в плане диагностики и терапии. Данный вид ПП встречается у подростков, регистрируется редко.

Синдром ночной еды, по данным различных исследований, встречается реже [7, 14]. Среди больных ожирением его распространенность достигает 9–10%. Он проявляется клинической триадой симптомов: утренняя анорексия, вечерняя и ночная булимия, нарушения сна. Чаще всего этот синдром встречается у тучных женщин, склонных к депрессии. Пациенты с синдромом ночной еды, как правило, не принимают пищу всю первую половину дня, утром их аппетит снижен, даже вид пищи может вызывать отвращение, а попытка поесть насильно может вызвать тошноту. Во вторую половину дня аппетит значительно возрастает, к вечеру они чувствуют сильный голод, который приводит к значительному перееданию. Первые проявления синдрома ночной еды в виде повышения аппетита в вечерние часы можно выявить уже у детей, в том числе младших школьников, однако в рутинной клинической практике не всегда на это обращают внимание. По мнению Т.Г. Вознесенской, синдром ночной еды при ожирении можно отнести к варианту онтогенетической психофизиологической незрелости [7].

Необходимо отметить, что люди с нормальной массой тела также могут иметь эмоциогенный тип ПП [19], но при наличии предрасположенности к ожирению этот тип ПП может стать для них серьезной проблемой. Более половины (57,3%) взрослых, имеющих избыточную массу тела и/или страдающих ожирением, демонстрируют именно эмоциогенный тип ПП [20, 21]. По сравнению с людьми с нормальным типом ПП, лица, склонные к эмоциогенному перееданию, употребляют значительно большее количество сладкой и жирной высококалорийной пищи, чаще перекусывают между приемами пищи и более подвержены перееданиям под воздействием стрессовых факторов [22]. Тенденция переедать в ответ на стресс или негативные эмоции является атипичной. При типичной реакции на стресс у человека, напротив, снижается аппетит, поскольку физиологические эффекты, вызванные активацией симпатической нервной системы, имитируют состояние насыщения [23].

Экстерналичный тип ПП также связан с перееданием, когда наблюдается повышенная реакция человека не на внутренние стимулы к приему пищи, а на внешние, такие как вид или запах еды. При данном типе ПП голод возникает не в результате ответа на сигналы организма — опорожнения желудка, изменение концентрации адипокинов, независимо от интервалов приема пищи, а каждый раз, когда человек видит привлекательную внешне и доступную еду [24].

Исследования показали, что экстерналичное питание, связанное с увеличением потребления калорий в диапазоне от нескольких дней до 1 мес, встречается достаточно часто (до 17%) у женщин с нормальной массой тела [25]. Развитие экстерналичного ПП положительно коррелирует с индексом массы тела, полом [26], повышенным потреблением сладкой пищи и развитием ожирения у детей [27] и взрослых [28].

Ограничительный тип ПП проявляется строгим ограничением калорийности и частоты приемов пищи, бессистемностью запретов, стремлением следовать диетам, при этом периоды ограничений могут чередоваться с компульсивным перееданием и повторным увеличением массы тела. Ограничения в питании вызывают негативные эмоции: раздражительность, утомляемость, агрессивность, тревожность [29].

Данный тип, по мнению F. Johnson и соавт., находится под когнитивным, а не под физиологическим контролем [30]. Хотя ограничительное ПП тесно связано с диетой, они не эквивалентны главным образом потому, что ограничительное ПП в большей мере относится к намерению соблюдать диету, а не к фактическому ее соблюдению. Тем не менее этот тип ПП часто ассоциируется с ограничением общего потребления энергии организмом, в том числе путем соблюдения диеты, а также с возможным растремением переживания в результате потери когнитивного самоконтроля [31]. У подростков с ограничительным типом ПП выявляется тенденция часто пропускать утренний прием пищи [32, 33].

Когнитивная саморегуляция считается ресурсом, который уменьшается в течение дня [34]. Кроме того, некоторые исследователи полагают, что прием пищи в конце дня обеспечивает меньшее чувство насыщения, чем утренний прием пищи [35]. Таким образом, можно сделать вывод, что лица с когнитивно-контролируемым ПП более подвержены переяданию вечером, чем днем.

Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название **диетической депрессии**. Диетическая депрессия приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты, новому интенсивному набору массы тела и рецидиву заболевания. После таких эпизодов у пациентов формируются чувство вины, снижение самооценки, неверие в возможность излечения. Больные ожирением с эмоциогенным ПП при применении изолированной диетотерапии в 100% случаев испытывают симптомы диетической депрессии той или иной степени выраженности. Важно знать, что у пациентов даже без выраженных расстройств ПП они впервые могут возникнуть на фоне диетотерапии, сопровождаться ощутимым эмоциональным дискомфортом и привести к отказу от терапии [12].

ОБСУЖДЕНИЕ

Необходимо отметить, что представленность различных типов ПП в детской популяции отличается от взрослой и ПП у детей не является константой, а изменяется с возрастом [36, 37]. Патологические кластеры сочетания различных аспектов ПП формировались в группах пациентов с избыточной массой тела и ожирением в отличие от детей с нормальной массой тела.

Так, среди детей допубертатного возраста исследователи отмечают преобладание экстернального типа нарушения ПП [10]. В отличие от здоровых детей, пациенты дошкольного возраста с избыточной массой тела, ожирением имеют более низкое чувство сытости, повышенный интерес к пище и повышенный аппетит на фоне эмоций [38].

У детей младшей возрастной группы зарегистрирован критический возраст начала изменений ПП — 5 лет. Именно в этом возрасте возникают значимые изменения ПП, ведущие к переяданию, дальнейшему набору веса и требующие своевременной коррекции. Для детей старшей возрастной группы (13–18 лет) с нормальной массой тела характерен внешний тип ПП, для группы с избыточной массой тела и ожирением — ограничительное ПП. Выявлено, что с возрастом детей укрепляется связь экстернального типа ПП с избыточной массой тела. В большей степени данное утверждение имеет значение в группе подростков. Роль эмоциогенного типа ПП в детской возрастной группе в настоящее время требует уточнения. Наиболее типичным для пациентов всех возрастных групп с ожирением (1/3) явилось комбинированное ПП. В средней возрастной группе (8–12 лет) преобладало сочетание экстернального и ограничительного ПП,

а подростковый возраст характеризовался комбинацией эмоциогенного и ограничительного типов ПП. Отмечена тенденция — частота комбинированных форм в возрастных подгруппах возрастала по мере увеличения массы тела [14].

Независимыми группами исследователей показано, что наиболее распространенными формами нарушения ПП у подростков с ожирением являлись ограничительное и экстернальное ПП [39, 40]. При этом, по мнению Н.Н. Миняйловой и соавт., «складывается впечатление, что дети/подростки с избыточным весом переоценивают свое ПП в плане ограничения (возможно, невольно искажают данные опросников) и желаемое выдают за действительное, что подтверждает определение «неэффективного ограничительного ПП», отсутствие правильного пищевого стереотипа дополнительно характеризует своеобразный психоэмоциональный облик пациентов с избыточным жиромложением и дает вероятное объяснение низкой комплаентности в терапии ожирения у детей и подростков» [40].

При анализе молекулярных маркеров предрасположенности к ожирению по генам лептин-грелиновой системы обнаружена ассоциация варианта *rs1137100* гена *LEPR*, но не вариантов генов лептина, грелина и нейропептида Y с риском развития ожирения у подростков. Установлено, что локус *rs2167270* гена *LEP* ассоциирован с ПП подростков по шкале «Когнитивная сдержанность» опросника TFEQ, а варианты *rs696217* гена *GHRL* и *rs16147* гена *NPY* — с таким по шкале «Ограничительного ПП» опросника DEBQ [41].

Весьма интересными являются данные И.Л. Никитиной и соавт. [42] о встречаемости у детей 9–17 лет с избытком массы тела, первичным экзогенно-конституциональным ожирением и нормальной массой тела с сопоставимой частотой различных типов ПП. У детей с избытком массы тела и ожирением с несколько большей частотой встречался ограничительный тип нарушения ПП. Неожиданными оказались данные о значимо более высокой представленности экстернального ПП у детей с нормальной массой тела. Эмоциогенный тип ПП наиболее редко встречался в обеих группах. Данный факт исследователи связали с нетипичностью более тяжелого расстройства ПП для детского возраста.

С практической точки зрения интересны данные А.А. Звягина и соавт. о преобладании у детей при ожирении I и IV степени экстернального типа ПП, однако для других степеней ожирения такой закономерности не отмечалось. Этими же исследователями изучена зависимость типов ПП от осложнений ожирения (дислипидемия, жировой гепатоз), при этом выявлено значимое преобладание эмоциогенного и экстернального типов ПП, у 20% детей отмечалось сочетанные варианты нарушений ПП [43].

Влияет на тип ПП в детской популяции и место проживания ребенка. Так, Т.А. Юдицкой и соавт. установлено, что нарушения ПП с риском развития ожирения в большей степени характерны для детей, живущих в районах (селах), в сравнении с городскими детьми, несмотря на то, что у детей, проживающих в области, более низкая частота встречаемости избыточной массы тела и ожирения [44].

ПП является потенциально модифицируемой причиной, приводящей к развитию ожирения. Паттерны ПП закладываются в детстве и сохраняются в течение всей жизни. На формирование пищевых привычек влияет окружение ребенка: родители, сверстники, социально-экономические возможности семьи, а также средства массовой информации, которые создают образ социально приемлемого внешнего вида и образа жизни, который может меняться даже в течение нескольких десятилетий [45].

Стремление к социально одобряемому внешнему виду, несоответствие «идеалу» или «норме», буллинг среди сверстников вызывают стресс, который в дальнейшем ребенок или подросток может пытаться нивелировать известным способом — приятными ощущениями, связанными с употреблением пищи. Нерациональное ограничение в питании с целью снижения массы тела часто способствует компульсивному перееданию и увеличению массы тела, что в свою очередь вызывает чувство вины и формирует порочный круг патологического ПП, которое может сочетать в себе компоненты эмоционального, экстернального и ограничительного видов [46].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашему мнению, во всех случаях лечение нарушений ПП должно включать полноценный глубокий детальный анализ ПП для понимания лежащих в основе этих нарушений факторов и стресса. Вмешательство следует подбирать индивидуально в каждом случае, при этом его целью должно быть восстановление нормального питания и ПП [47], а также улучшение качества жизни пациента. Для этого также целесообразно проводить скрининг на предмет нали-

чия сопутствующих психических расстройств, таких как тревога и депрессия, которые нередко регистрируются у детей и подростков с ожирением, и при необходимости проводить их адекватную коррекцию.

Анализ представленных литературных источников позволяет считать разработку индивидуализированных программ немедикаментозной коррекции массы тела с использованием данных, полученных при изучении нарушений ПП у детей и подростков, одним из приоритетных направлений в терапии ожирения, особенно с учетом ограниченности арсенала лекарственных средств в этой возрастной когорте. Подобные программы должны учитывать пищевые пристрастия и особенности питания пациента, его психоэмоциональное состояние, т.к. без учета специфики ПП невозможно построить адекватную схему терапии и добиться длительного клинического эффекта. Особо следует подчеркнуть, что необходимо начинать терапию с постепенного исправления нарушенного ПП. Именно в этом случае можно достигнуть долговременного результата, который напрямую связан с тем, насколько привычным станет для пациента новый, правильный стиль питания и физической активности.

Вклад авторов / Contributions

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Пересецкая О.В. — разработка дизайна статьи, поиск и анализ литературных данных, написание текста статьи; Козлова Л.В. — утверждение дизайна статьи, проверка критически важного содержания, корректировка текста статьи, утверждение рукописи для публикации. All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Peresetskaya, O.V. — article design development, search and analysis of literary data, writing the text of the article; Kozlova, L.V. — approval of the design of the article, verification of critical content, correction of the text of the article, approval of the manuscript for publication.

Конфликт интересов / Disclosure

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование / Funding source

Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. This study was not supported by any external sources of funding.

Об авторах / About the authors

Пересецкая Ольга Владимировна / Peresetskaya, O.V. — к. м. н., доцент кафедры детских болезней ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. 214019, Россия, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28. eLIBRARY.RU SPIN: 4001-6486. <https://orcid.org/0000-0003-4820-9658>. E-mail: olga_perec@inbox.ru

Козлова Людмила Вячеславовна / Kozlova, L.V. — д. м. н., профессор, профессор-консультант ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница». 214019, Россия, г. Смоленск, ул. Маршала Конева, д. 30В г. eLIBRARY.RU SPIN: 2139-9395. <https://orcid.org/0000-0003-0625-2877>. E-mail: milkozlova@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Петеркова В.А., Безлепкина О.Б., Болотова Н.В. и др. Клинические рекомендации «Ожирение у детей». Проблемы эндокринологии. 2021;67(5):67–83. Peterkova V.A., Bezlepina O.B., Bolotova N.V. et al. Clinical guidelines «Obesity in children». Problems of Endocrinology. 2021;67(5):67–83. (in Russian). DOI: 10.14341/probl12802
2. Конь И.Я., Коростелева М.М., Тутельян В.А. и др. Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детского населения РФ: мультицентровое исследование. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2014;93(5):28–31. Кон И.Я., Korosteleva M.M., Tutelyan V.A. et al. Prevalence of overweight and obesity in child population of Russia: multicenter study. Pediatrics named after G.N. Speransky. 2014;93(5):28–31. (in Russian).
3. Намазова-Баранова Л.С., Елецкая К.А., Кайтукова Е.В., Макарова С.Г. Оценка физического развития детей среднего и старшего школьного возраста: анализ результатов одномоментного исследования. Педиатрическая фармакология. 2018;15(4):333–342. Namazova-Baranova L.S., Yeletskaia K.A., Kaytukova E.V., Makarova S.G. Evaluation of the physical development of children of secondary school age: an analysis of the results of a cross-sectional study. Pediatric pharmacology. 2018;15(4):333–342. (in Russian). DOI: 10.15690/pf.v15i4.1948
4. Ковтун О.П., Устюжанина М.А./ Молекулярно-генетические основы формирования ожирения и связанных с ним заболеваний у детей. Медицинская наука и образование Урала. 2018;(1):48–54. Kovtun O.P., Ustyuzhanina M.A. Molecular genetic foundations of the formation of obesity and related diseases in children. Medical science and education of the Urals. 2018;(1):48–54. (in Russian).
5. Valladares M., Obregón A.M., Weisstaub G. et al. Association between feeding behavior, and genetic polymorphism of leptin and its receptor in obese Chilean children. Nutr. Hosp. 2015;31(3):1044–1051. DOI: 10.3305/nh.2015.31.3.8049
6. Dos Santos Rocha A., de Cássia Ribeiro-Silva R., Nunes de Oliveira Costa G. et al. Food consumption as a modifier of the association between LEPR gene variants and excess body weight in children and adolescents: a study of the SCAALA cohort. Nutrients. 2018;10(8):1117. DOI: 10.3390/nu10081117
7. Вознесенская Т.Г. Расстройств пищевого поведения при ожирении и их коррекция. Ожирение и метаболизм. 2004;1(2):2–6. Voznesenskaya T.G. Eating disorders in obesity and their correction. Obesity and metabolism. 2004;1(2):2–6. (in Russian). DOI: 10.14341/2071-8713-4893
8. Hornberger L.L., Lane M.A., Committee on Adolescence. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents Pediatrics. 2021;147:e2020040279. DOI: 10.1542/peds.2020-040279
9. Гладышев О.А. Нервная анорексия: механизмы формирования и типология. Евразийский Союз Ученых. 2015;(1–2):29–30. Gladyshev O.A. Anorexia nervosa: mechanisms of formation and typology. Eurasian Union of Scientists. 2015;(1–2):29–30. (in Russian).
10. Rankin J., Matthews L., Cobley S. et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2016;7:125–146. DOI: 10.2147/AHMT.S101631

11. Малкина-Пых И.Г. Исследование влияния индивидуально-психологических характеристик на результаты коррекции пищевого поведения и алиментарного ожирения. *Сибирский психологический журнал*. 2008;(30):90–94. Malkina-Pykh I. G. Investigation of the influence of individual psychological characteristics on the results of correction of eating behavior and alimentary obesity. *Siberian Psychological Journal*. 2008;(30):90–94.
12. Фадеева М.И., Савельева Л.В., Голубкина Ю.Ю. и др. Коррекция пищевого поведения у пациентов с ожирением. *Эндокринология: новости, мнения, обучение*. 2018;7(2):51–59. Fadeeva M.I., Savelyeva L.V., Golubkina Yu.Yu. et al. Correction of eating disorders in obese patients. *Endocrinology: News, Opinions, Training*. 2018;7(2):51–59. (in Russian). DOI: 10.24411/2304-9529-2018-12005
13. Stunkard A.J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J. Psychosom. Res.* 1985;29(1):71–83. DOI: 10.1016/0022-3999(85)90010-8
14. Гириш Я.В., Юдицкая Т.А. Сравнительный анализ пищевого поведения детей различных возрастных групп. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018;17(2):21–30. Girsh Ya.V., Yuditskaya T.A. Comparative analysis of the eating behavior of children of different age groups. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2018;17(2):21–30. (in Russian). DOI: 10.20538/1682-0363-2018-2-21-30
15. Захарченко В.М., Новикова В.П., Успенский Ю.П. и др. Пищевое поведение у детей школьного возраста и влияющие на него факторы. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11: Медицина*. 2009;(4):268–273. Zakharchenko V.M., Novikova V.P., Uspensky Yu.P. et al. Eating behavior in school-age children and factors influencing it. *Bulletin of St. Petersburg University. Series 11: Medicine*. 2009;(4):268–273. (in Russian).
16. Braet C., O'Malley G., Weghuber D. et al. The assessment of eating behaviour in children who are obese: a psychological approach. A position paper from the European childhood obesity group. *Obesity Facts*. 2014;7(3):153–164. DOI: 10.1159/000362391
17. Legler J., Hamers T., M. van Eck van der Sluijs-van de Bor M. et al. The OBELIX project: early life exposure to endocrine disruptors and obesity. *Am. J. Clin. Nutr.* 2011;94(6 Suppl):9335–19385. DOI: 10.3945/ajcn.110.001669
18. Brunault P., Rabemampianina I., Apfeldorfer G. et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire: further psychometric validation and clinical implications of the French version in normal weight and obese persons. *Presse Med.* 2015;44(12 Pt 1):363–372. DOI: 10.1016/j.lpm.2015.03.028
19. Konttinen H., Männistö S., Sarlio-Lähteenkorva S. et al. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*. 2010;54(3):473–479. DOI: 10.1016/j.appet.2010.01.014
20. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Curr. Diab. Rep.* 2018;18(6):35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x
21. Ozier A.D., Kendrick O.W., Leeper J.D. et al. Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *J. Am. Diet. Assoc.* 2008;108(1):49–56. DOI: 10.1016/j.jada.2007.10.011
22. Camilleri G.M., Méjean C., Kesse-Guyot E. et al. The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *J. Nutr.* 2014;144(8):1264–1273. DOI: 10.3945/jn.114.193177
23. Gold P.W., Chrousos G.P. Organisation of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression. High vs low CRH/NE states. *Mol. Psychiatry*. 2002;7(3):254–275. DOI: 10.1038/sj.mp.4001032
24. Vandeweghe L., Verbeke S., Vervoort L. et al. Reward sensitivity and body weight: the intervening role of food responsive behavior and external eating. *Appetite*. 2017;112:150–156. DOI: 10.1016/j.appet.2017.01.014
25. Anschutz D.J., Van Strien T., Van De Ven M.O., Engels R.C. Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*. 2009;53(1):119–122. DOI: 10.1016/j.appet.2009.03.016
26. Wardle J., Marsland L., Sheik Y. et al. Eating style and eating behaviour in adolescents. *Appetite*. 1992;18(3):167–183. DOI: 10.1016/0195-6663(92)90195-c
27. Braet C., Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behav. Res. Ther.* 1997;35(9):863–873. DOI: 10.1016/s0005-7967(97)00045-4
28. Bongers P., van de Giessen E., Roefs A. et al. Being impulsive and obese increases susceptibility to speeded detection of high-calorie foods. *Health Psychol.* 2015;34(6):677–685. DOI: 10.1037/hea0000167
29. Cena H., Stanford F.C., Ochner L. et al. Association of a history of childhood-onset obesity and dieting with eating disorders. *J. Eating Dis.* 2017;25:216–229. DOI: 10.1080/10640266.2017.1279905
30. Johnson F., Pratt M., Wardle J. Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *Int. J. Obes.* 2012;36(5):665–674. DOI: 10.1038/ijo.2011.156
31. Olea Lopez A.L., Johnson L. Associations between restrained eating and the size and frequency of overall intake, meal, snack and drink occasions in the UK Adult National Diet and Nutrition Survey. *PLoS One*. 2016;11(5):e0156320. DOI: 10.1371/journal.pone.0156320
32. Lattimore P.J., Halford J.C.G. Adolescence and the diet-dieting disparity: healthy food choice or risky health behaviour? *Br. J. Health Psychol.* 2003;8(Pt 4):451–463. DOI: 10.1348/135910703770238301
33. Timlin M.T., Pereira M.A., Story M., Neumark-Sztainer D. Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*. 2008;121(3):638–645. DOI: 10.1542/peds.2007-1035
34. Boland W.A., Connell P.M., Vallen B. Time of day effects on the regulation of food consumption after activation of health goals. *Appetite*. 2013;70:47–52. DOI: 10.1016/j.appet.2013.06.085
35. de Castro J.M. The time of day of food intake influences overall intake in humans. *J. Nutr.* 2004;134(1):104–111. DOI: 10.1093/jn/134.1.104
36. Binkin N., Spinelli A., Baglio G. What is common becomes normal: the effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* 2013;23(5):410–416. DOI: 10.1016/j.numecd.2011.09.006
37. Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г. и др. Ожирение у детей дошкольного возраста: метаболические особенности. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2013;(6):91–97. Pavlovskaya E.V., Strokovaya T.V., Surkov A.G. et al. Obesity in preschool children: metabolic features. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2013;(6):91–97. (in Russian).
38. Юдицкая Т.А., Гириш Я.В. Пищевое поведение у детей дошкольного возраста с различной массой тела. *Вопросы диетологии*. 2016;6(1):33–39. Yuditskaya T.A., Girsh Ya.V. Eating behaviour in preschool children with various body weight. *Voprosy dietologii*. 2016;6(1):33–39. (in Russian).
39. Гириш Я.В., Герасимчик О.А., Юдицкая Т.А. Типы пищевого поведения у подростков с различной массой тела. Системная интеграция в здравоохранении. 2014;(1):22–28. Girsh Ya.V., Gerasimchik O.A., Yuditskaya T.A. Types of eating behavior in adolescents with different body weight. System integration in healthcare. 2014;(1):22–28. (in Russian).
40. Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Шижкова Ю.Н. и др. Особенности и формы нарушения пищевого поведения у подростков с избыточным жиротложением. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2017;69(2):8–13. Mnyaylova N.N., Rovda Yu.I., Shishkova Yu.N. et al. Features and forms of eating disorders in adolescents with excessive fat deposition. *Mother and child in Kuzbass*. 2017;69(2):8–13. (in Russian).
41. Кочетова О.В., Шангареева З.А., Викторова Т.В. и др. Ассоциация вариантов генов LEP rs2167270, LEPR rs1137100, GHRL rs696217, rs27647 и NPY rs16147 с ожирением и пищевым поведением подростков: исследование «случай–контроль». *Вопросы современной педиатрии*. 2022;21(3):242–252. Kochetova O.V., Shangareeva Z.A., Viktorova T.V. et al. Association of LEP rs2167270, LEPR rs1137100, GHRL rs696217, rs27647 and NPY rs16147 gene variants with obesity and adolescent eating behavior: a case-control study. *Issues of modern pediatrics*. 2022;21(3):242–252. (in Russian). DOI: 10.15690/vsp.v21i3.2428
42. Никитина И.Л., Ходулева Ю. Н. Роль регуляции пищевого поведения в предупреждении и коррекции ожирения у детей. *Бюллетень Федерального центра сердца, крови, эндокринологии им. В.А. Алмазова*. 2013;(3):47–54. Nikitina I.L., Khoduleva Yu. N. The role of regulation of eating behavior in the prevention and correction of obesity in children. *Bulletin of the Almazov Federal Center for Heart, Blood, and Endocrinology*. 2013;(3):47–54. (in Russian).
43. Звягин А.А., Фроландина Е.О. Оценка пищевого поведения по голландскому опроснику DEBQ у детей и подростков с ожирением и избыточной массой тела. *Медицина: теория и практика*. 2019;(1):249–254. Zvyagin A.A., Frolandina E.O. Assessment of eating behavior according to the Dutch DEBQ questionnaire in children and adolescents with obesity and overweight. *Medicine: theory and practice*. 2019;(1):249–254. (in Russian).
44. Гириш Я.В., Юдицкая Т.А., Теляков А.А., Храмова Е.Б. Особенности пищевого поведения детей младшей возрастной группы, проживающих в условиях урбанизированного города и районных центров. *Вестник СурГУ. Медицина*. 2018;(2):47–51. Girsh Ya.V., Yuditskaya T.A., Telyakov A.A., Khramova E.B. Features of the eating behavior of younger age group children living in urbanized cities and district centers. *Bulletin of SurGU. Medicine*. 2018;(2):47–51. (in Russian).
45. Carnell S., Wardle J. Appetitive traits and child obesity: measurement, origins and implications for intervention. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2008;67:343–355. DOI: 10.1017/S0029665108008641
46. Weinbach N., Sher H., Bohon C. Differences in emotion regulation difficulties across types of eating disorders during adolescence. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2018;46(6):1351–1358. DOI: 10.1007/s10802-017-0365-7
47. Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М., Выгодина В.А. Коррекция характера питания пациентов при редукции массы тела. *Профилактическая медицина*. 2018;21(2-2):40–41. Karamnova N.S., Izmaylova O.V., Kalimina A.M., Vygodina V.A. Correction of eating habits in weight reduction. *Preventive medicine*. 2018;21(2-2):40–41. (in Russian). 

Поступила / Received: 01.08.2023

Принята к публикации / Accepted: 27.09.2023