

# ХАРАКТЕР ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ОКРЕМИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ (огляд літератури і власні дані)

*В.Г. Міщук, Г.В. Григоруk, Т.М. Мізюк, Г.В. Козінчук*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Резюме. Мета** дослідження — вивчити характер харчової поведінки у хворих з окремими захворюваннями внутрішніх органів.

**Матеріал і методи.** Обстежено 154 хворих на поєднану патологію, що включала СПКз, АГ та ожиріння. Оцінка ХП проводилась із використанням анкети DEBQ, а рівень греліну в сироватці крові визначали натще і через годину після прийому їжі імуноферментним методом із використанням наборів Ray Biotech Human Ghrelin EIA (США).

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що у хворих із поєднаною патологією найчастіше (54%) траплявся емоційний тип ХП і дещо рідше (16,7%) — екстернальний. В обстежених на СПКз найчастіше мав місце обмежувальний тип ХП, а в пацієнтів з АГ — у 61% порушень ХП не відмічено. Рівень греліну також залежав від ХП та був найбільш зниженим при коморбідній патології, дещо менше — при СПКз. Постпрандіальний рівень греліну у хворих із коморбідною патологією, навпаки, зростав у 2,1 раза.

**Висновок.** Таким чином, як видно з наведених досліджень, у хворих із патологією внутрішніх органів мають місце порушення ХП, які проявляються її різними типами.

**Ключові слова:** типи харчової поведінки, грелін.



## The nature of eating behavior in patients with certain diseases of the internal organs (Literature review and own data)

**V.G. Mishchuk, G.V. Hryhoruk, T.M. Mazyuk, G.V. Kozinchuk**  
*Ivano-Frankivsk National Medical University*

**Abstract. The aim** of the study was to study the nature of eating behavior in patients with certain diseases of the internal organs.

УДК: 616-056.25+616.34+616.12+616-056.52

DOI: 10.31793/2709-7404.2021.2-2.66

© В.Г. Міщук, Г.В. Григоруk,  
Т.М. Мізюк, Г.В. Козінчук

Надійшла до редакції 16.06.2021

Адреса для листування  
(Correspondence): Івано-Франківський  
національний медичний університет,  
вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ,  
76018, Україна. E-mail: zdovado@ukr.net

**Material and methods.** 154 patients with combined pathology, including IBS, hypertension and obesity, were examined. Eating behavior was assessed using the DEBQ questionnaire, and serum ghrelin levels were determined on an empty stomach and one hour after a meal by enzyme-linked immunosorbent assay using Ray Biotech Human Ghrelin EIA kits (USA).

**Results and their discussion.** It was found that patients with combined pathology most often (54%) had an emotional type of eating behavior and slightly less often (16.7%) external. Restrictive type of eating behavior was most often observed in those examined for IBS, and in 61% of patients with hypertension, no eating behavior violations were noted. Ghrelin levels also depended on eating behavior and were the lowest in comorbid pathology, slightly less in IBS. Postprandial ghrelin levels in patients with comorbid pathology, in contrast, increased 2.1 times.

**Conclusion.** Thus, as can be seen from the above studies in patients with pathology of the internal organs there are violations of eating behavior, which are manifested in different types.

**Keywords:** types of eating behavior, ghrelin.

Харчова поведінка — це індивідуальні для кожної людини стереотипи та форми, звички та емоції, що стосуються їжі [1]. З іншого боку, харчова поведінка розглядається як складна реакція на різні внутрішні та зовнішні фактори, метою якої є збереження усіх видів гомеостазу, і насамперед енергетичного, а також стабільності маси тіла та в результаті — здоров'я.

Харчова поведінка — складне поняття, яке включає її різні компоненти, що беруть участь у нормальному процесі їди. Вона охоплює ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотипи харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, поведінку, орієнтовану на образ власного тіла, і діяльність щодо його формування, наслідування стилю харчування суспільства та близького оточення.

Проблема порушення харчування та його поведінки посідає в сучасній медицині особливе місце, активно досліджується нещодавно, а багато її аспектів вивчені недостатньо [2].

В Україні щороку повільно, але неухильно зростає кількість людей із різноманітними варіантами патологічного характеру харчової поведінки і кількість тих, хто потребує медичної та психологічної допомоги. Особливо актуальною ця проблема є для людей із первинним (аліментарно-конституційним) ожирінням. Незважаючи на мультифакторність цієї форми ожиріння, головним її чинником залишається переїдання як одна з форм порушення харчової поведінки.

Харчова поведінка розглядається і як ставлення до прийому їжі. Фізіологічні реакції, пов'язані з харчовою поведінкою, регулюються

також харчовим центром, що знаходиться в корі головного мозку. У ньому відбувається інтеграція усіх видів впливу (генетично зумовлених імпульсів рецепторів, дія нейромедіаторів і гормонів, нервово-вегетативних впливів) на органи, що беруть участь у прийомі, травленні та засвоєнні їжі. Одні ядра харчового центру підтримують бажання їсти (центр апетиту), а подразнення інших створює відчуття ситості та виключає подальший прийом їжі (центр ситості). Функціональний стан харчового центру визначається такими чинниками, як якість спожитої їжі, ступінь задоволення і незадоволення організму, реакцією генетичної системи. Харчовий центр по нервових та кровоносних шляхах за допомогою медіаторів отримує інформацію про ступінь задоволення органів і тканин харчовими речовинами, про стан обмінних процесів і про відносну сталість основних фізіологічних функцій організму. На харчовий центр можуть впливати такі негативні емоції, як страх, гнів, відраза, біль, розмови, читання книг, перегляд телевізора.

Серед методів оцінки харчової поведінки досить часто використовується відомий голландський опитувальник DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire), створений Van Strien et al. у 1986 році та валідизований на 1170 пацієнтах, розділених за статтю та наявністю/відсутністю ожиріння. Методика дозволяє оцінити харчову поведінку за трьома типами, які можуть сприяти збільшенню маси тіла: емоційним, екстернальним та обмежувальним. Цей опитувальник використовується в усьому світі при дослідженні харчової поведінки. Також

використовується його скорочена [3] і дитяча версія [4]. З метою оцінки характеру змін харчової поведінки в дорослих також застосовується шкала регуляції харчової поведінки REBS (Regulation of Eating Behaviour Scale) [5], шкала усвідомленої харчової поведінки — NEBS (The Mindtal Eating Behavior Scale).

У різних країнах світу з метою оцінки харчової поведінки можуть бути використані опитувальники про харчування, пов'язані з вагою, — WREQ (Weight Related Eating Questionnaire) [6], трьохфакторний опитувальник харчування TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire).

Для виявлення анорексії, булімії та компульсивного переїдання може бути застосований короткий опитувальник EDD (The Eating Disorder Diagnostic) [7]. Аналіз публікацій за темою вивчення змін харчової поведінки показав, що більшість із перерахованих методик, за винятком, DEBQ, в Україні майже не застосовується.

Також із метою оцінки дотримання дієти, попередження булімії та харчової закономірності може бути використаний тест ставлення до прийому їжі EAT-26 (Eating Attitudes Test) з 26 тестами, які структурують результати відповідно до перерахованих завдань.

У 2011 році білоруські дослідники на чолі з А.І. Ільчик [8] адаптували шкалу EDI (Eating Disorder Inventory), вважаючи її найбільш об'ємною для оцінки харчової поведінки у зв'язку з її конструктивною, критеріальною, конвергентною та дискримінативною валідністю.

Враховуючи той факт, що порушення харчової поведінки пов'язані з різними соматичними, психологічними й психічними розладами та є однією з основних причин розвитку групи метаболічних розладів, і насамперед ожиріння, важливим залишається вивчення її зв'язку з нейрогуморальними показниками та їх ролі у формуванні коморбідної патології, побудови програм психологічного супроводу таких пацієнтів.

Характер порушення харчової поведінки поряд із генетичною схильністю підвищує ризик розвитку та прогресування метаболічних порушень [9]. При цьому максимальний ступінь порушення ХП, за даними авторів, виявлено в гомозиготі Pro/Pro із генотипом Ttr/Arg. Також оцінка ХП є однією з детермінант хронічних захворювань і ожиріння, а її типи значно впливають на вибір окремих продуктів харчування та змінюють загальний стан організму [10]. Важливу роль у регуляції ХП відіграє грелін, а J. Bus, P.J. Havey, E. Epel et al. [11] висунули гіпотезу щодо асоціації між ХП,

стресом і рівнем цього гормону, концентрація якого в жінок позитивно співвідносилась із споживанням калорій, жагою до дуже смачної їжі, зниженням добової секреції кортизолу, резистентністю до інсуліну, високим показником систолічного артеріального тиску, частотою серцевих скорочень.

Якщо сумарно калорійність їжі перевищувала 3000 кілокалорій на добу, то виникали сприятливі умови для підвищення АТ, а 53% чоловіків та 43,5% жінок із цим захворюванням відмічають дефіцит овочів і фруктів у раціоні [12]. Впливаючи на швидкість метаболізму за рахунок сприяння підвищеному засвоєнню вуглеводів замість ліпідів, грелін викликає збільшення маси тіла та ожиріння, стимулює мезолімбову допамінергічну систему через грелінові рецептори в допамінових нейронах та виділення допаміну і прийом їжі [13].

**Мета дослідження** — вивчення характеру харчової поведінки у хворих з окремими захворюваннями різних систем організму та їх поєднання.

## Матеріали та методи

Характер харчової поведінки вивчено у 18 хворих на артеріальну гіпертензію 2-го ступеня, 2-ї стадії і високого ризику, 52 пацієнтів із синдромом подразненої кишки із закрепамми та у 84 хворих із поєднанням АГ та СПКз на тлі ожиріння. Для виявлення й оцінки порушень ХП було використано опитувальник DEBQ. Дані опитувальника дозволили визначити вираженість трьох типів ХП. Для емоційного її типу характерним є потяг до прийому їжі у відповідь на появу від'ємних емоцій — тривоги, депресії, суму, нудьги тощо. Екстернальний тип ХП характеризується жагою до прийому їжі у відповідь на такі зовнішні стимули, як реклама харчових продуктів, їх зовнішній вигляд, запах, особливо готових страв, тощо. Обмежувальний тип ХП проявлявся свідомим контролем прийому їжі з метою знизити масу тіла. Шкали для оцінки типу ХП включають від одного до 13 запитань. Оцінювали різні варіанти відповідей за опитувальниками, де «ніколи» — 1 бал, «дуже рідко» — 2 бали, «рідко» — 3 бали, «часто» — 4 бали і «дуже часто» — 5 балів. Отримані бали додавали і ділили на кількість запитань. Встановлені дані обробляли математично. Рівень греліну в сироватці крові визначали натще і через годину після прийому їжі імуноферментним

методом із використанням наборів Ray Biotech Human Ghrelin EIA (США).

## Результати дослідження

Дані про частоту різних типів ХП в обстежених хворих подані на рисунку. Як видно з рисунка, у хворих із поєднанням ожиріння, АГ та СПКз емоційний тип ХП виявлено більше ніж у половини опитаних та визначався в 1,86 раза частіше, ніж в обстежених на СПКз, та в 9,7 раза частіше, ніж у хворих на АГ.

Екстернальний тип ХП діагностовано в 16,7% хворих із коморбідною патологією, 13,5% обстежених на СПКз за відсутності його в пацієнтів з АГ без супутньої патології. У хворих із поєднанням ожиріння, АГ та СПКз екстернальний тип ХП діагностовано в 3,2 раза рідше, ніж емоційний. У хворих на СПКз екстернальний тип ХП відмічено ще рідше та займає в її структурі найменшу питому вагу. Обмежувальний тип ХП найчастіше виявлено у хворих на СПКз та в 1,9 раза перевищував кількість обстежених із коморбідною патологією. У пацієнтів з АГ без супутньої патології обмежувальний тип ХП діагностовано у 21,43% випадків, а відсутність порушень ХП відмічено в 61,1% хворих на АГ без супутньої патології.

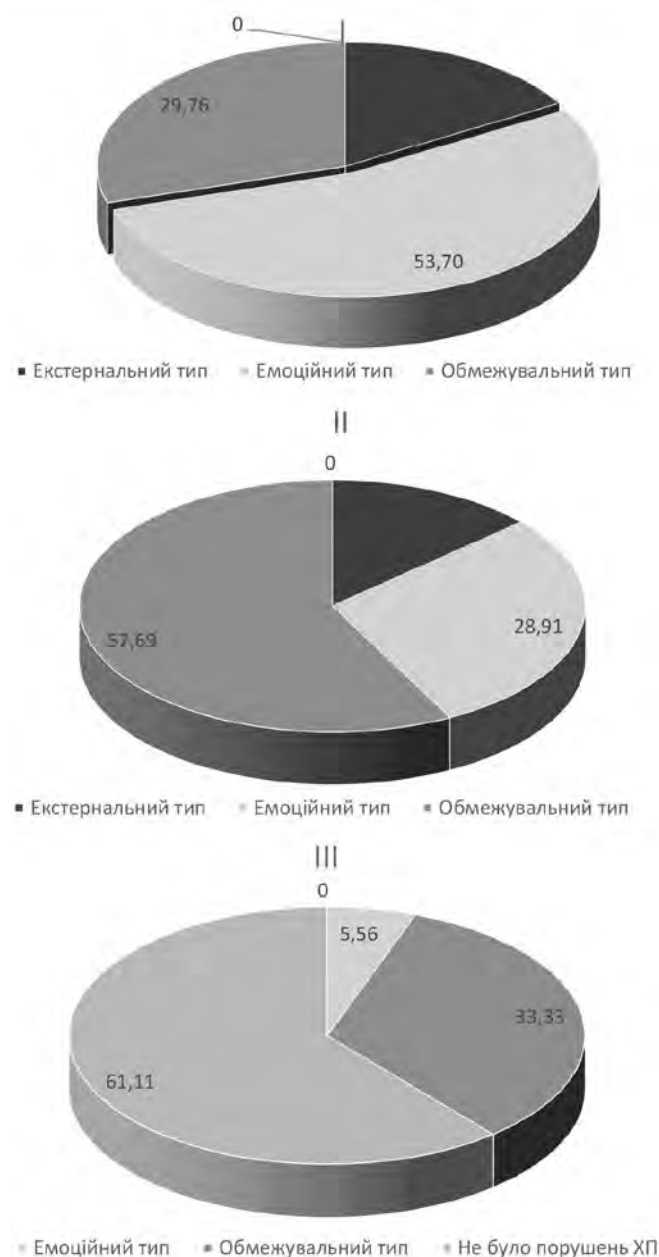
Бальну оцінку різних типів харчової поведінки наведено в таблиці.

Як видно з наведених у таблиці даних, у хворих із коморбідною патологією показники суми балів при емоційному та екстернальному типах порушень ХП були достовірно вищими ( $p_{1,2} \leq 0,01$ ), ніж у здорових осіб, та дещо вищими, ніж при СПКз.

Концентрація базального греліну у хворих із коморбідною патологією була  $13,50 \pm 1,5$  пг/мл ( $p \leq 0,01$ ), при АГ —  $30,50 \pm 1,3$  пг/мл ( $p \leq 0,05$ ), а при СПКз —  $21,69 \pm 1,92$  пг/мл ( $p \leq 0,05$ ), у здорових осіб —  $45,15 \pm 1,89$  пг/мл. Постпрандіальний рівень греліну у хворих на коморбідну патологію, на відміну від здорових, навпаки, зростав у 2,1 раза ( $p \leq 0,05$ ). Підвищення постпрандіального рівня греліну, стимулюючи скорочення шлунка і провокуючи відчуття голоду, підтримує метаболічні порушення і сприяє ожирінню. У хворих на АГ постпрандіальний рівень греліну знижувався в 1,5 раза порівняно з базальним, а в пацієнтів із СПКз — мав лише тенденцію до зниження. Постпрандіальне зростання концентрації греліну відмічено у хворих з емоційним та екстернальним типами ХП.

## Рисунок

Частота типів харчової поведінки у хворих із поєднанням ожиріння, АГ та СПКз (I), при самостійному СПКз (II) та АГ без супутньої патології (III)



## Таблиця

Бальна оцінка різних типів харчової поведінки у хворих із різною патологією

Тип харчової поведінки (бали)	Здорові	Хворі з коморбідною патологією	Хворі на СПКз	Хворі на АГ
Емоційний тип	1,53±0,10	3,36±0,26*	2,82±0,09*	2,38±0,06*
Екстернальний тип	2,22±0,12	3,77±0,14*	3,23±0,90	-
Обмежувальний тип	2,45±0,07	3,24±0,09*	3,62±0,09*	3,83±0,10*

Примітка: \* —  $p < 0,01$  порівняно з показником у здорових осіб.

## Обговорення результатів

Отримані дані про значну поширеність (більш ніж у половини хворих із коморбідною патологією) співзвучні з результатами досліджень E. Dutton, T.M. Dovey [4] про важливу роль емоційного типу ХП у розвитку надмірної маси тіла. Окрім того, емоційне харчування часто розглядається як своєрідне уникання стресової ситуації при нездатності особи вирішити проблеми, що стали перед нею, зокрема поведінкові та когнітивні розлади [14]. Екстернальний тип, що виявлявся нами найчастіше при коморбідній патології, на думку A. Gebolla et al. [15], також корелює з підвищеною масою тіла, хоча його частота знижується з віком. Вивчивши характер ХП за допомогою корейської версії DEBQ у 83 центрах покращення здоров'я, S. Lee et al. [16]

емоційний тип встановили у 27,0% опитаних. На думку А.В. Соловйової [17], ці два типи ХП також частіше траплялися в людей із надмірною масою тіла, а у 26,0%, переважно в жінок, траплялася комбінація двох типів.

Порушення ж ритму виділення греліну корелює не тільки зі зростаючим прийомом їжі при емоційному типі ХП, але з її різноманітністю, виглядом, що властиво для екстернального типу, частота якого була вищою при КП [18], ніж встановлено нами.

## Висновок

Таким чином, вивчення характеру змін харчової поведінки допоможе практикуючим лікарям попереджувати розвиток захворювань, особливо коморбідної патології.

## Список використаної літератури

1. Laviano A, Di Lazzaro L, Koverech A. Nutrition support and clinical outcome in advanced cancer patients. *Proc. Nutr. Soc.* 2018 Nov;77(4):388-393. doi: 10.1017/S0029665118000459. Epub 2018 Jul 13. PMID: 30001763.O.B.
2. Филатова ОВ, Половинкин СС. Оценка психологических особенностей, состава тела и статуса фактического питания женщин с нарушениями пищевого поведения. *Ожирение и метаболизм.* 2018;5(3):28-32.
3. Bailly N, Maitre I, Amanda M, Hervé C, Alaphilippe D. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite.* 2012 Dec;59(3):853-8. doi: 10.1016/j.appet.2012.08.029. Epub 2012 Sep 7. PMID: 22963738.
4. Dutton E, Dovey TM. Validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) among Maltese women. *Appetite.* 2016 Dec;1:107:9-14.
5. Hamilton T, Hoffman J, Arsiwalla D et al. Gender comparisons of young adults' eating behavior regulation: Re-examination of the Regulation of Eating Behavior Scale (REBS). *Appetite.* 2018 Jul;126:80-89. DOI: 10.1016/j.appet.2018.03.014.
6. James BL, Loken E, Roe LS, Rolls BJ. The Weight-Related Eating Questionnaire offers a concise alternative to the Three-Factor Eating Questionnaire for measuring eating behaviors related to weight loss. *Appetite.* 2017 Sep;1:116:108-114. doi: 10.1016/j.appet.2017.04.023. Epub 2017 Apr
7. Krabbenborg MAM, Danner UN, Larsen JK, van der Veer N, van Elburg AA, de Ridder DTD, Evers C, Stice E and Engels RCME. The Eating Disorder Diagnostic Scale: Psychometric Features Within a Clinical Population and a Cut-off Point to Differentiate Clinical Patients from Healthy Controls *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2012;20:315-320. <https://doi.org/10.1002/erv.1144>
8. Ильчик И, Сивуха О. Адаптация методики «шкала оценки пищевого поведения». *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2011;1:39-50.
9. Фадеєнко ГД, Нікіфорова ЯВ. Нутрігенетичні особливості та харчова поведінка — вагомі складові сучасної персоналізованої медицини. *Український терапевтичний журнал.* 2017;2:26-31.
10. Parvin D, Asghari-Jafarabadi M, Shabnan S. Validity Reliability and Feasibility of the Eating Behavior Pattern Questionnaire (EBPQ) among Iranian Female Students. *Health Promotion Perspectives.* 2015;5(2):128-137.
11. Buss J, Havel PJ, Epel E, Lin J, Blackburn E, Daubenmier J. Associations of ghrelin with eating behaviors, stress, metabolic factors, and telomere length among overweight and obese women: preliminary evidence of attenuated ghrelin effects in obesity? *Appetite.* 2014;76:84-94.
12. Песковец РД, Штарик СЮ, Евсюков АА. Особенности пищевого поведения пациентов с артериальной гипертензией среди взрослого населения крупного промышленного центра восточной Сибири. *Успехи современной науки и образования.* 2017.
13. Braun T, Voland P, Kurz I, Prinz C, Jyratzi M et al. Enterochromaffin cells of the human gut: sensors for spices and odorants. *Gastroenterology.* 2007;132(5):1890-90.
14. Braet C, Malley GO, 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;7:153-164.
15. Gebolla A, Barrada JR, Van Strien T, Oliver E, Baños R. Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite.* 2014;73:58-64.
16. Lee CG, Lee JK, Kang YS, Shin S. Visceral abdominal obesity is associated with an increased risk of irritable bowel syndrome. *J Gastroentero.* 2015;110(2):310-9.
17. Соловьева АВ. Факторы риска формирования нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением. *Медицинский альманах.* 2013;6(30):178-180.
18. Seyssel K, Alliot X, Nazare J-A. Plasma acyl-ghrelin increases after meal initiation: a new insight. *European journal of clinical nutrition.* 2015;70(7):181.