

*Шевелева О.Е.,*

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры*

*«Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии и клинической фармакологии»*

*Тюменский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Тюмень,*

*Абукеримова А.К.,*

*студент*

*6 курс, факультет «лечебный»*

*Тюменский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Тюмень,*

*Вальц И.А.,*

*студент*

*6 курс, факультет «лечебный»*

*Тюменский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Тюмень,*

## **НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН**

***Аннотация:** Ожирение – это заболевание, связанное с избыточным накоплением жировой ткани. К настоящему времени накоплено достаточно клинических и экспериментальных данных, свидетельствующих, что на выраженность метаболических изменений оказывает влияние не только масса жировой ткани, но и характер ее распределения.*

***Ключевые слова:** ожирение, пищевое поведение, беременность, сахарный диабет, образ жизни.*

***Annotation:** Obesity is a disease associated with excessive accumulation of adipose tissue. To date, enough clinical and experimental data have been accumulated,*

*indicating that the severity of metabolic changes is influenced not only by the mass of adipose tissue, but also by the nature of its distribution.*

**Key words:** *obesity, eating behavior, pregnancy, diabetes, lifestyle.*

Преобразование пищевого поведения (ПП) является ключом к построению мотивационного звена терапии, направленной на нормализацию массы тела, устранение причины ожирения, осознание пациентом своего состояния, формирование приверженности к назначенному лечению и модификации образа жизни. Так, например, анализ фактического питания беременных показал существенные нарушения в структуре питания и пищевого статуса [1, с. 22].

Выявленные нарушения питания касаются снижения общей калорийности рационов, снижения потребления белка, особенно животного происхождения, недостаточного потребления пищевых волокон. Следствием снижения общей калорийности рационов, а также недостаточного потребления продуктов животного происхождения являются низкое поступление с пищей витаминов, минеральных веществ и микроэлементов. Для коррекции нарушений питания во время беременности рекомендуется применение витаминно-минеральных комплексов и оптимизация пищевых рационов [6, с. 62-64]. Проведение дальнейших исследований в этой области должно способствовать более детальному изучению взаимосвязи особенностей накопления и распределения жировой ткани с риском развития гестационных осложнений, включающие преждевременные роды, преэклампсию, макросомию, послеродовые кровотечения, гестационную гипертензию и гестационный диабет [2, с. 129-136].

Согласно современным представлениям, беременность может рассматриваться в качестве пускового механизма метаболического синдрома (МС) в будущем. Проведение исследований в этой области является актуальным на сегодняшний день и должно способствовать расширению представлений о патогенезе метаболических нарушений при беременности, ассоциированных с особенностями накопления и распределения жировой ткани, в том числе и у женщин с нормальной массой тела [4, с. 15-23].

Однако, висцеральный характер жиросложения является значимым фактором, определяющим риск формирования гестационного сахарного диабета у беременных с нормальной и избыточной массой тела [3, с. 44-45].

При проведении анализа результатов применения комбинированного лечения редуксином (сIBUTРАМИН + микрокристаллическая целлюлоза) с метформинОм у женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела и ожирением в качестве предгравидарной подготовки и при патологическом наборе массы тела после родов на базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень. Показано, что снижение массы тела повышает уровень фертильности за счет появления овуляторных менструальных циклов и должно назначаться женщинам с ожирением в качестве предгравидарной подготовки, а также для предотвращения развития гестационного сахарного диабета [7, с. 229-232]. Многие исследователи видят необходимость измерения ИМТ, биоимедансометрии, УЗИ внутреннего жира в I триместре беременности, так как средние значения состава тела остаются неизменными в этот период, но это позволяет оценить риск развития осложнений гестации. Будущие исследования должны быть направлены на улучшение оценки состава тела, на модификацию измерений, конечным итогом которых стало бы качественная диагностика избыточной массы тела и ожирения у беременных [5, с. 176-180].

В данном исследовании участвовали 54 женщины трудоспособного возраста (24% от 21 до 35 лет, 76% от 35 до 55 лет). Нами проводилось тестирование по стандартным медицинским опросникам. При оценке курения использовался опросник BRFSS, физической активности – IPAQ, количества употребления алкоголя – AUDIT, пищевого поведения – DEBQ. Также нами был разработан комплексный тест по выявлению особенностей образа жизни, рассчитывали ИМТ и оценивали объем талии (менее и более 80 см согласно IDE, 2005). Анкеты предлагали к прохождению в онлайн-режиме и посредством раздаточных материалов.

Согласно опросникам, все испытуемые были разделены на две группы – 46% с нормальной (ИМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>) и 54% с избыточной массой тела (ИМТ

от 25 кг/ м<sup>2</sup> и выше).

У женщин первой группы нарушения ПП наблюдались в 69% случаев. У исследуемых от 21 до 35 лет превалировал ограничительный тип (Ог.) (22%) и его сочетание с экстернальным типом (Эк.) (22%). В возрастной группе от 36 до 55 лет доминировало сочетание двух (34%) типов пищевого поведения.

Женщины в возрастной группе от 36 до 55 лет со смешанным типом ПП (Эк. и Ог.) во время еды занимались параллельной деятельностью чаще, чем при других нарушениях ПП 23%, чаще имели привычку быстро торопливо поглощать пищу (23%) и продолжать есть после насыщения (23%). Чаще других эти женщины приобретают продукты питания на скорую руку (15%). У всех женщин с нормальной массой тела пороговый уровень употребления алкоголя был в пределах безопасных значений, но встречались чаще при Эк. (23%) и смешанном (Эк. и Ог.) ПП (23%). Низкая физическая активность у женщин с нормальной массой тела преобладает в группе смешанного типа (Эк. и Ог.) ПП.

В группе женщин с избыточной массой тела преобладали женщины 36-55 лет (83%). Нарушение ПП в 93 % случаев, преобладал смешанный тип нарушения (47%), чуть реже 33% - всех трех типов ПП. Для женщин с избыточной массой тела в возрастной группе 36-55 лет и смешанного типа ПП (Эк. и Ог.) характерна более низкая физическая активность (20%), 7% женщин этой группы курят. Чаще, чем в других группах с нарушением ПП основной прием пищи приходится на 2 половину дня и ночь (30% и 17% соответственно). Женщины в возрасте 36-55 лет при смешанном типе ПП (Эк. и Ог.) меньше уделяют время сервировке (30%) в отличие от других групп с нарушением ПП. Продолжают есть после насыщения в 33% случаев. Абдоминальное ожирение было выявлено у 68%, а по ИМТ у 13% у женщин в возрастной группе 36-55 лет, преобладало в группах с сочетанием двух типов (Эк. и Ог.) (7%). Употребление алкоголя было безопасным у всех женщин, но чаще всего встречается при сочетании Эк. и Ог. ПП в 40%.

Нами были сделаны следующие выводы: 1. У женщин с нормальной массой тела в возрасте от 21 до 35 доминировал ограничительный тип ПП, а в

группе от 36 до 55 лет - смешанный тип (Эк. и Ог.), для которой характерна низкая физическая активность, а также употребление пищи во второй половине дня, чаще занимались параллельной деятельностью, имели привычку быстро торопливо поглощать пищу и продолжать есть после насыщения, в отличие от женщин с другими нарушениями ПП и от группы 21-35 лет. 2. В группе с избыточной массой тела преобладали женщины 36-55 лет с Эк. и Ог. типом ПП, для которых характерна более низкая физическая активность и курение. Чаще, чем в других группах с нарушением ПП основной прием пищи приходится на 2 половину дня и ночь, продолжают есть после насыщения, меньше уделяют время сервировке, чаще готовят на скорую руку, более быстрое торопливое поедание пищи в отличие от других групп с нарушением ПП. 3. С возрастом количество женщин с сочетанными нарушениями ПП и избыточной массой тела увеличивается, что может привести к увеличению риска развития артериальной гипертензии, сахарного диабета, ишемической болезни сердца и других патологий.

### **ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ**

1. Садыкова Г.К., Лазарькова Н.Л. Влияние пищевого поведения на течение беременности // В сборнике: Два сердца как одно Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера. - 2015. - с. 139-143.
2. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Полякова В.А., Шевлюкова Т.П. Оценка характера жировотложения в динамике гестационного процесса по данным ультразвукового исследования // Российский электронный журнал лучевой диагностики. - 2018. - Т. 8. - № 1. - с. 129-136.
3. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Шевлюкова Т.П. Значение висцерального ожирения в увеличении риска гестационного сахарного диабета у женщин в зависимости от индекса массы тела // Университетская медицина Урала. - 2018. - Т. 4. - № 4 (15). - С. 44-45.
4. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Полякова В.А., Матаев С.И., Шевлюкова Т.П. Динамика изменений жирового компонента состава тела у беременных в

зависимости от исходных антропометрических данных // Человек. Спорт. Медицина. - 2018. - Т. 18. - № 2. - С. 15-23.

5. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Шевлюкова Т.П., Хасанова В.В. Проблемы диагностики избыточной массы тела и ожирения во время беременности // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. - 2016. - Т. 18. - № 2. - С. 176-180.

6. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Шевлюкова Т.П., Василькова Г.А. Оценка фактического питания беременных женщин г. Тюмени // Университетская медицина Урала. - 2016. - Т. 2. - № 2 (5). - С. 62-64.

7. Якубова Е.Г., Кукарская И.И., Чабанова Н.Б., Шевлюкова Т.П., Хасанова В.В. Восстановление фертильности у женщин с избыточным весом и ожирением путем снижения массы тела // Международный журнал экспериментального образования. - 2016. - № 9-2. - С. 229-232.