

С.Я. Волгина¹, М.Х. Валиуллина²¹ Казанский государственный медицинский университет² Городская детская поликлиника № 7, Казань

Состояние здоровья девушек-подростков с конституционально-экзогенной формой ожирения

ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ 120 ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ И 116 ДЕВУШЕК ТОГО ЖЕ ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА. ДАНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЧЕСКОЙ, ПСИХИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ. ОЦЕНЕНО ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕВУШЕК. УСТАНОВЛЕНО, ЧТО СРЕДИ ВСЕХ ОБСЛЕДУЕМЫХ С ГИПЕРФАГИЕЙ, 6,7% СТРАДАЮТ НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ. ПОДЧЁРКНУТА ВАЖНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ, ЧТО ОТРАЗИТСЯ НА ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: КОСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННАЯ ФОРМА ОЖИРЕНИЯ, ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКИ, СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ.

Контактная информация:

Волгина Светлана Яковлевна,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры поликлинической
педиатрии Казанского государственного
медицинского университета
Адрес: 672418, Казань,
ул. Адарацкого д. 6,
тел. (843) 521-02-36
Статья поступила 14.05.2006 г.,
принята к печати 18.09.2006 г.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения рассматривают ожирение как эпидемию, охватившую миллионы людей. Так, в 1998 г. зарегистрировано 250 млн людей с избыточной массой тела, что составляло около 7% всего взрослого населения планеты. По оценкам экспертов, к 2025 г. к ним прибавится ещё 50 млн человек [1].

В России, от 25 до 54% населения имеет избыточную массу тела, в том числе от 12 до 19,7% детей, причём их количество прогрессирующе увеличивается [2–5]. Наиболее распространённой является конституционально-экзогенная форма ожирения, удельный вес которой составляет 75–97% от общего числа больных. Среди детей школьного возраста и подростков становится отчётливым преобладание ожирения у девочек [6].

В многочисленных исследованиях показано, что при ожирении увеличивается риск развития патологии сердечно-сосудистой и эндокринной систем, органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата, а также психических расстройств. Подростки с ожирением имеют ряд психологических особенностей. Для них характерны неадекватная самооценка и высокий уровень тревожности [7–10].

Целью настоящего исследования явилось изучение соматопсихических особенностей девушек-подростков с конституционально-экзогенной формой ожирения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 120 девушек в возрасте от 12 до 17 лет с конституционально-экзогенной формой ожирения (ожирение I степени имели 62 человека, II — 58). Контрольную группу составили 116 девушек того же

S.Ya. Volgina¹, M.K. Valiullina²¹ Kazan State Medical University² City Child Health Center № 7, Kazan

Health status of female teenagers, suffering from constitutive and exogenous obesity

THE ARTICLE DEALS WITH THE RESEARCH FINDINGS OF THE HEALTH STATUS OF 120 FEMALE TEENAGERS, SUFFERING FROM CONSTITUTIVE AND EXOGENOUS OBESITY AND 116 GIRLS OF THE SAME AGE AND STANDARD WEIGHT. THE AUTHORS GAVE COMPLETE CHARACTERISTICS FOR THE SOMATIC, PSYCHIC AND PSYCHOLOGICAL ELEMENTS OF THE TEENAGER'S HEALTH. THEY HAVE ASSESSED THE CONSUMATORY BEHAVIOUR OF THE GIRLS. IT HAS BEEN REVEALED THAT AMONG ALL THE EXAMINED PATIENTS WITH HYPERPHAGIA 6,7% ARE SUFFERING FROM NERVOUS BULIMIA. THE RESEARCHERS STRESS THE IMPORTANCE OF THE COMPREHENSIVE EXAMINATION OF THE FEMALE TEENAGERS, SUFFERING FROM OBESITY, THAT EFFECTS THE QUALITY IMPROVEMENT OF THE MEDICAL TREATMENT THEY RECEIVE.

KEY WORDS: CONSTITUTIVE AND EXOGENOUS OBESITY, FEMALE TEENAGERS, HEALTH STATUS.

возраста с нормальной массой тела. Конституционально-экзогенная форма ожирения устанавливалась на основании анамнеза (раннее возникновение ожирения, систематическое перекармливание, преимущественное употребление пищи, богатой углеводами и жирами, ведение малоподвижного образа жизни, наследственная предрасположенность к тучности) и данных объективного обследования. К группе с ожирением I степени относили детей с превышением массы тела на 10–29% по сравнению с идеальной (50-я перцентиль), с индексом Кетле (23,9–27,2 кг/м²), с суммой показателей толщины жировых складок (над трицепсом, бицепсом, под лопаткой, над подвздошной костью) 65–78 мм, к группе с ожирением II степени — соответственно на 30–49%, 27,4–31,1 кг/м², 80–98 мм.

Все дети консультированы эндокринологом. С целью дифференциальной диагностики с другими формами ожирения проводили рентгенографию черепа и электроэнцефалографию. Диагноз заболевания устанавливали на основании жалоб, данных анамнеза жизни и заболевания, родословной, общего клинического обследования (в т.ч. физического и полового развития), функциональных (проба по Шалкову), инструментальных (ФГДС, УЗИ внутренних органов, ЭхоКГ, ЭКГ) и лабораторных (клинического, биохимического анализов крови, анализов мочи и кала) методов исследования.

Уровень физического развития оценивали, используя соматометрические и соматоскопические показатели, а также данные биологического возраста [8, 11–16].

Согласно общепринятой методике изучения заболеваемости, все заболевания были зашифрованы, на основании чего вычисляли показатели распространённости заболеваний согласно международной статистической классификации болезней X пересмотра [17]. Комплексную оценку состояния здоровья девушек-подростков оценивали по С.М. Громбаху [18]. Отклонения в состоянии психического здоровья девушек-подростков регистрировались согласно критериям «Классификации психических и поведенческих расстройств» (X пересмотр) [19].

При оценке психологических особенностей личности подростков с ожирением использовали метод наблюдения, опроса и анкетирования. Определяли отношение к избыточному весу и собственной внешности. Для психологической оценки личности применяли тесты цветовых выборов М. Люшера и цветовых отношений, методику «Автопортрет», самоактуализационный тест [20–23].

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью программы «Microsoft Excel 2000», анализ связей между качественными или количественными показателями — с помощью автоматизированной программы «Анализ связей в социально-гигиенических исследованиях с использованием таблиц сопряжённости». При проведении типологической и вариационной группировки вычисляли статистические величины, их ошибки, критерии достоверности разности величин. Достоверность разности показателей оценивали по величине критерия Стьюдента (t), χ^2 (хи-квадрат), углового преобразования Фишера, точного метода Фишера. Результат оценивали как достоверный при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение физического развития выявило, что треть обследованных (30,8%) основной группы имели высокий рост (в контроле — 12,1%) с тенденцией преобладания его у пациентов со II степенью ожирения. У каждой третьей школьницы (27,5%) с одинаковой частотой диагностировались брахискелия (1,7% — в контрольной группе) и об-

щее опережение развития (27,5%). Последний морфотип чаще фиксировался у пациентов со II степенью ожирения, по сравнению с I (36,2 и 19,4% соответственно), брахискелия — реже (15,5 и 38,7%). Нормальный морфотип регистрировался у каждого тринадцатого ребёнка (7,5%) основной группы (51,7% в контрольной), преимущественно за счёт подростков с I степенью ожирения (14,5%) ($p < 0,05$). Для большинства девушек (65,9%) был характерен смешанный тип жировоголожения, с преобладанием его у обследованных с I степенью ожирения, по сравнению со II (79,1 и 51,7% соответственно, $p < 0,05$). У каждой четвертой школьницы основной группы наблюдалось андронное ожирение с преобладанием его у пациентов со II степенью ожирения в сравнении с I (36,2 и 16,1% соответственно). Опережение костного возраста по отношению к паспортному выявлялось у 61,5% подростков с ожирением.

Каждая пятая девушка основной группы и каждая десятая контрольной имели отклонения полового развития, преимущественно за счёт его опережения (соответственно 16,7 и 1,7%) ($p < 0,05$). Эти изменения не зависели от степени ожирения.

Подростки с ожирением (как II степени, так и I) предъявляли разнообразные жалобы: на одышку при физической нагрузке (40,8 и 3,4% соответственно), боли в области сердца (36,7 и 15,5%), гастродуоденальной зоне (29,2 и 10,3%), в правом подреберье (38,3 и 15,5%), на непереносимость душных помещений (26,7 и 10,3%), жажду (27,5 и 0,0%), периодически возникающую сухость во рту (4,2 и 0,0%) ($p < 0,05$). Показатели заболеваемости у девушек-подростков с ожирением, особенно среди пациентов со II степенью, оказались значительно выше, чем в контрольной группе (табл. 1). Среди расстройств системы кровообращения основное место (84,2 на 100 детей) занимали функциональные нарушения со стороны сердца (по сравнению с 32,8 на 100 детей в контрольной группе), которые преобладали у пациентов со II степенью ожирения, по сравнению с I (108,6 и 61,3 на 100 осмотренных, соответственно, $p < 0,001$). Наиболее часто встречались нарушения ритма (22,5% в основной группе и 6,0% — в контроле) и проводимости (36,7 и 17,2%), признаки ранней реполяризации желудочков (13,3 и 2,5%), гипертрофия левого желудочка сердца (13,3 и 1,7%). Следует подчеркнуть, что синдром вегетативной дистонии (58,6 и 37,9%) и артериальная гипертензия (6,9 и 0,0%) достоверно чаще наблюдались у подростков с II степенью ожирения, чем с I. Повышение систолического артериального давления определялось у каждой второй пациентки с ожирением (50,8%) и в 13,8% случаев у их сверстниц с нормальной массой тела, диастолического — у 40,0 и 8,6%, соответственно ($p < 0,001$). Частота пониженного систолического артериального давления и диастолического артериального давления статистически достоверно реже встречалась у подростков основной группы (0,8 и 13,8%) и (0,8 и 10,3% соответственно).

Измененная реакция на функциональную пробу по Н.А. Шалкову регистрировалась у 40,0% больных и у 12,1% — в контроле ($p < 0,001$), за счёт показателей у подростков со II степенью ожирения (51,7 и 29,0%, $p < 0,05$). Болезни пищеварительной системы преобладали у школьниц основной группы в сравнении с контрольной главным образом за счёт патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей (71,7 и 43,1%, соответственно, $p < 0,01$). Класс болезней мочеполовой системы основной группы формировался за счёт патологии со стороны половой сферы (60,0 и 29,3 на 100 осмотренных, $p < 0,001$). Показатель болезней костно-мышечной системы в сравнивае-

Таблица 1. Частота и структура заболеваемости по данным углублённого осмотра девушек-подростков

Классы болезней	Основная группа (ожирение)						Контрольная группа	
	I степень		II степень		Всего		число за-болева-ний на 100 детей	структура заболева-емости (в % к итогу)
	число за-болева-ний на 100 детей	структура заболева-емости (в % к итогу)	число за-болева-ний на 100 детей	структура заболева-емости (в % к итогу)	число за-болева-ний на 100 детей	структура заболева-емости (в % к итогу)		
	1		2		3		4	
Инфекционные и паразитарные болезни	14,5	2,6	17,2	2,4	15,8	2,5	12,1	3,0
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4,8	0,8	8,6	1,2	6,7	1,0	5,2	1,3
Болезни эндокринной системы и нарушение обмена веществ	43,5	7,7	55,2***	7,6	49,2****	7,6	29,3	7,2
Болезни нервной системы	3,2	0,6	6,9	0,9	5,0	0,8	3,4	0,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	37,1***	6,6	55,2***	7,6	45,8****	7,1	20,7	5,1
Болезни системы кровообращения	116,1***	20,6	177,6***	24,4	145,8****	22,7	79,3	19,5
Болезни органов дыхания	46,8*	8,3	84,5***	11,6	65,0****	10,1	41,4	10,2
Болезни органов пищеварения	117,7***	20,9	127,6***	17,5	122,5****	19,0	82,8	20,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	66,1	11,7	72,4***	9,9	69,2****	10,8	51,7	12,7
Болезни мочеполовой системы	100,0**	17,7	101,7***	14,0	100,8****	15,7	67,2	16,5
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	9,7	1,7	12,1	1,7	10,8	1,7	8,6	2,1
Прочие	4,8	0,8	8,6	1,2	6,7	1,0	4,3	1,1
Всего	564,5***	100,0	727,6***	100,0	643,3****	100,0	406,0	100,0

Примечание:

* — достоверность разницы показателей заболеваемости девушек-подростков между группами 1 и 2,

** — 1 и 4, *** — 2 и 4, **** — 3 и 4, $p < 0,05$.

мых группах также достигал статистически достоверных различий (соответственно 69,2 и 51,7 на 100 осмотренных). При этом чаще диагностировались плоскостопие (21,7 и 8,6%) и юношеский остеохондроз (9,2 и 0,0%) ($p < 0,05$). В классе болезней органов дыхания основная часть патологии принадлежала заболеваниям ЛОР-органов (58,3 и 34,5 на 100 осмотренных, $p < 0,01$), в частности, хроническому тонзиллиту (28,3 и 6,9%, $p < 0,05$). В классе болезней эндокринной системы преобладала патология щитовидной железы (45,0 и 25,9%). Увеличение щитовидной железы до II степени превалировало среди пациентов со II степенью ожирения, по сравнению с девушками с I степенью и контрольной группой (19,0, 6,5 и 6,9%, соответственно) ($p < 0,05$). Нарушения углеводного обмена определялись у трети обследованных больных основной группы. Среди болезней глаза нарушения рефракции регистрировались соответственно в 43,3 и 20,7% случаев ($p < 0,05$).

В целом, в структуре заболеваемости подростков, страдающих ожирением, преобладали болезни органов кровообращения, пищеварения, мочеполовой системы. Распределение изучаемого контингента по группам здоровья, свидетельствовало о том, что у подростков основной группы выявлялись только III (в 75%) и IV (в 25%) груп-

пы здоровья, в контрольной группе соответственно в 44,8 и 5,2% ($p < 0,001$). Следует отметить, что III группа здоровья чаще выявлялась у больных с I степенью ожирения, IV — со II степенью.

Важно подчеркнуть, что в последнее десятилетие острой медицинской проблемой является состояние психического здоровья детей и, прежде всего, детей подросткового возраста. Общая распространённость психических и поведенческих расстройств у пациентов с ожирением оказалась в 2,7 раза выше, чем у их сверстниц с нормальной массой тела, особенно у больных со II степенью ожирения (табл. 2). У больных ожирением среди психических расстройств преобладали расстройства настроения (10,8 и 3,4 на 100 детей), среди невротических — расстройства адаптации (15,0 и 1,7 на 100 детей) и неврастения (9,2 и 1,7), среди поведенческих синдромов — нервная булимия (6,7 и 0,0) ($p < 0,05$).

Часто встречающимися значимыми психопатологическими симптомами у девушек-подростков с ожирением, в сравнении с контрольной группой, являлись: повышенная утомляемость (57,5 и 17,2% соответственно), головная боль (50,8 и 25,9%), различные фобии (48,3 и 20,7%), выраженные вегетативные нарушения (42,5 и 10,3%), диссомнические расстройства (39,2 и 5,2%), па-

Таблица 2. Частота и структура психических и поведенческих расстройств у девушек-подростков

Классы болезней	Основная группа (ожирение)						Контрольная группа	
	I степень		II степень		Всего		число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости (% к итогу)
	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости (% к итогу)	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости (% к итогу)	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости (% к итогу)		
	1		2		3		4	
F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства:	9,7*		31,0***		20,0****		6,9	
F06.3 Органическое расстройство настроения	4,8*	17,7	17,2***	27,2	10,8****	24,0	3,4	22,3
F06.6 Органическое эмоционально лабильное расстройство	4,8		12,1		8,3		3,4	
J40 Эпилепсия	0,0		1,7		0,8		0,0	
F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:	25,8***		43,1***		34,2****		10,3	
F43.2 Расстройства адаптации	12,9**	47,1	17,2***	37,9	15,0****	41,1	1,7	33,2
F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция	8,1		12,1		10,0		6,9	
F48.0 Неврастения	4,8		13,8***		9,2****		1,7	
F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:	3,2	5,8	10,3***	9,1	6,7****	8,0	0,0	0,0
F50.2 Нервная булимия	3,2		10,3***		6,7****		0,0	
F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства:	12,9		24,1		18,3		13,8	
F98.0 Неорганический энурез	0,0	23,5	3,4	21,2	1,7	22,0	3,4	44,5
F98.5 Заикание	0,0*		8,6		4,2		3,4	
F98.8 Кусание ногтей	12,9		12,1		12,5		6,9	
Прочие	3,2	5,8	5,2	4,6	4,2	5,0	0,0	0,0
Всего	54,8***	100,0	113,8***	100,0	83,3	100,0	31,0	100,0

Примечание:

* — достоверность разницы показателей заболеваемости девушек-подростков между группами 1 и 2,

** — 1 и 4, *** — 2 и 4, **** — 3 и 4, $p < 0,05$.

тологические привычные действия (29,2 и 8,6%), постоянное общее чувство напряжённости (26,7 и 1,7%), вспыльчивость, агрессивность и эмоциональная неустойчивость (25,0 и 10,3%), психогенные боли (20,0 и 5,2%), раздражительность (17,5 и 3,4%), снижение работоспособности и повышение аппетита (16,7 и 3,4%), подавленность (10,0 и 1,7%).

Распространёнными психопатологическими синдромами являлись: ипохондрический (20,8 и 6,9%), депрессивный (20,0 и 6,9%), диссоциативный (конверсионный) (23,3 и 5,2%), тревожный (13,3 и 3,4%). Следует отметить, что первые два синдрома фиксировались чаще у обследуемых со II степенью ожирения, в отличие от их сверстниц с I степенью (29,3 и 12,9%, 27,6 и 12,9%, соответственно) ($p < 0,05$).

В структуре психопатологических расстройств у подростков основной группы первое место занимали невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, в то время как в контрольной группе — поведенческие и эмоциональные расстройства.

Исследование пищевого поведения у подростков основной группы с приступами переедания свидетельствовало о том, что у подавляющего большинства больных (93,0%) они впервые появились в подростковом возрасте. Перед

приёмом пищи 27,3% девушек с II степенью ожирения и 4,8% — с I степенью часто испытывали негативные эмоции ($p < 0,05$). Гиперфагическая реакция на стресс преобладала у школьниц с I степенью ожирения (19,0 и 0,0%), напротив, при стрессе исчезал аппетит у подростков со II степенью — (63,6 и 33,3%) ($p < 0,05$). Систематически ограничивала себя в питании каждая пятая больная основной группы (18,6%).

Следует отметить, что у 30,2% девушек с ожирением особое значение для развития приступа переедания имели психотравмирующие переживания, содержательно касающиеся их внешности. Около половины школьниц (42,9%) с I степенью ожирения связывали возникновение приступа с переживаниями по поводу одиночества (в контроле — 9,1%), со II степенью — с недостатком внимания со стороны родителей (27,3 и 4,8% соответственно) ($p < 0,05$). Реже наблюдались приступы без внешней провокации (20,9%). Кроме того, приступы переедания провоцировались попытками ужесточения диеты (27,9%) и возникали после периода голодания или «разгрузочных дней» (46,5%). Во время приступа отмечалось ослабление или утрата «ситуационного» и «количественного» контроля приёма пищи. Около трети школьниц (34,9%) во время него потребляли высококалорийную, легко проглатываемую

пищу. У пациентов с I степенью ожирения приступ переедания чаще заканчивается сонливостью или сном (33,3% в сравнении с 9,1% в контроле), у больных со II степенью — вызыванием рвоты (45,6 и 9,5%) ($p < 0,05$). У девушек со II степенью ожирения, по сравнению с их сверстницами с I степенью, чаще фиксировались приступы переедания «постоянно» или «два раза в неделю» (22,7 и 0,0%, 36,4 и 9,5%, соответственно, $p < 0,05$).

Среди больных, страдающих ожирением и имеющих приступы переедания (35,8%), выделялись лица с нервной булимией (6,7%) ($p < 0,05$). Наблюдалась тенденция увеличения их числа в группе обследованных со II степенью ожирения, по отношению к I степени. Данный синдром характеризовался повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролирования массы тела. Больные за короткое время принимали большое количество пищи. Они пытались противодействовать прогрессированию ожирения с помощью следующих приёмов: искусственным вызыванием рвоты, злоупотреблением слабительными средствами, альтернативными периодами голодания. Психопатологическая картина включала болезненный страх ожирения.

Наряду с соматической и психической заболеваемостью важное значение приобретает изучение психологического статуса девушек-подростков с ожирением.

Наши исследования позволили выявить особенности отношения к избыточному весу и собственной внешности среди девушек-подростков с ожирением. Половина девушек с ожирением (55,8%) считали, что наличие избыточной массы тела являлось «недостатком внешности», причём это проявлялось чаще среди опрошенных с I степенью ожирения, чем со II (69,4 и 41,4% соответственно, $p < 0,05$). 13,8% подростков со II степенью ожирения рассматривали избыточный вес «как признак красоты и здоровья», т.е. у них чаще, чем у лиц с I степенью отмечалась высокая самооценка (58,6 и 30,7%, $p < 0,05$). Желание изменить свой вес отсутствовало у 16,6% (24,2 и 8,6% пациентов с I и II степенью ожирения) и 69,0% школьниц контрольной группы ($p < 0,05$). Каждая вторая больная основной группы (52,5% в сравнении с 31,0% в контроле) полагала, что «полные» люди олицетворяют добродушие, однако каждая третья (35,8 и 56,9%) — жалость и неприязнь ($p < 0,05$). Следует отметить, что треть девушек с ожирением выражали восхищение «худыми» людьми.

Большая часть респондентов в группах сравнения (90,8 и 96,6%, соответственно) считала, что идеальной для девушки является «стройная» фигура. Однако каждая пятнадцатая обследуемая основной группы была уверена, что такой является «полная» фигура. В контроле подобный выбор отсутствовал. Полагали, что в целом их фигура «полновата» 77,5 и 31,0% респондентов в исследуемых когортах ($p < 0,001$). При этом в 1,3 раза чаще больные со II степенью ожирения, чем с I (87,9 и 67,8% соответственно, $p < 0,05$). Думали, что в целом их фигура «нормальная» 21,7% школьниц основной группы и 69,0% — в группе сравнения ($p < 0,001$). Данный показатель оказался в 2,5 раза ниже у подростков со II степенью ожирения, чем с I (12,1 и 30,6%, $p < 0,05$). 23,3% подростков имели завышенную оценку собственной фигуры. Каждая третья обследуемая основной группы считала, что её внешность вызывает у окружающих неприязнь (24,2%) и жалость (6,70%), каждая тринадцатая полагала, что ею восхищаются окружающие. «Часто» стеснялись своей внешности 12,5% школьниц основной группы, «никогда» — 29,3%, против 3,4 и 50,0% соответственно в контрольной группе ($p < 0,05$).

Переживания, касавшиеся отдельных частей тела, выявлялись у 97,5% девушек-подростков с ожирением и у 84,5% — с нормальной массой тела, причём достоверно чаще они касались живота, бёдер, талии, ягодиц, ног, несколько реже рук, шеи, спины, молочных желёз.

Больные ожирением использовали различные способы коррекции внешности (68,3%). Они чаще соблюдали диету (38,3% и 15,5% в контроле), использовали слабительные и мочегонные средства (14,2 и 1,7%), искусственно вызывали рвоту (11,7 и 1,7%) ($p < 0,05$). Физическую нагрузку подростки считали менее эффективным способом изменений пропорций тела и поддержания веса (29,2 и 48,3%, $p < 0,05$).

При оценке главных жизненных ценностей подростки с ожирением на первое место ставили семью (40,8% в сравнении с 41,4% в контроле), каждая третья школьница — здоровье, каждая седьмая — привлекательную внешность.

Итак, привлекательная внешность у девушек с ожирением являлась актуальной проблемой и занимала третье место в списке жизненных ценностей. Субъективное отношение к собственному избыточному весу и фигуре свидетельствовало о том, что среди опрошенных респондентов с ожирением и без него соответственно, 16,6 и 23,3% имели завышенные оценки, а 0,0 и 12,5% — заниженные.

Отношение к значимым понятиям, определённое с помощью цветового теста отношений, выявило существенные различия между группами обследованных. Зафиксировано эмоционально-негативное отношение больных к понятиям «мой вес» и «моя фигура», что являлось следствием диссимилируемых переживаний, определявшихся косметическим дефектом. С данными понятиями обследуемые ассоциировали цвета, занимавшие последние места в раскладке по предпочтению, в отличие от подростков контрольной группы. Особенно негативное отношение к понятию «мой вес» было выражено у школьниц со II степенью ожирения, по сравнению с I ($6,0 \pm 0,5$ и $4,5 \pm 0,3$, соответственно, $p < 0,05$).

Отношение 20,8% подростков с ожирением к понятию «мой вес» характеризовалось таким понятием, как «непривлекательность», что свидетельствовало о низкой самооценке и в 2 раза чаще наблюдалось у пациентов со II, чем с I степенью ожирения (32,8 и 16,1%, $p < 0,05$).

Каждая четвёртая девушка с I степенью ожирения (22,6%) и 8,6% со II относилась к понятию «моя фигура» с некоторой напряжённостью и раздражительностью. Более трети подростков со II (36,2%) и 11,3% с I степенью ожирения указывали на невозмутимость по отношению к понятию «моя фигура».

Итак, сопоставив данные субъективной (отношение к собственной внешности и избыточному весу) и объективной оценок (результаты «цветового теста отношений»), можно заключить, что последние свидетельствовали о более низкой самооценке девушек-подростков с ожирением (в сравнении с контрольной группой), по отношению к выделенным понятиям «мой вес» ($5,0 \pm 0,3$ и $3,7 \pm 0,2$ условных единиц) и «моя фигура» ($3,8 \pm 0,2$ и $3,0 \pm 0,2$).

Согласно тесту Люшера, состояние утомления преобладало у старшеклассниц основной группы по сравнению с контрольной в 1,6 раза (59,2 и 37,9%), тревожности в 1,8 раза (44,2 и 24,1%), эмоционального стресса более чем у половины обследуемых с ожирением и было в 1,5 раза чаще, чем в группе сравнения (51,7 и 34,5%) ($p < 0,05$). Напряжённость была более свойственна подросткам с I степенью ожирения (38,7%) в сравнении с контрольной (22,4%, $p < 0,05$).

С помощью теста «Автопортрет» выявлялись индивидуально-типологические особенности личности. Среди старшеклассниц основной группы чаще, встречались лица, отличающиеся большой педантичностью, склонностью к детализации, аналитическому когнитивному стилю (55,0%) и обладающие более высокой эмоциональностью, рефлексивностью собственное состояние (35,8%). Только среди девушек с I степенью ожирения наблюдались лица художественного склада, обладающие развитой фантазией воображения, творческими способностями и известной долей чувства юмора (8,1%).

По данным «Самоактуализационного теста» у девушек-подростков основной группы отмечался более низкий уровень самоактуализации личности по шкалам Поддержки ($39,4 \pm 1,5$ в сравнении с $49,6 \pm 1,4$ сырых баллов в контроле), Гибкости поведения ($12,0 \pm 0,8$ и $14,8 \pm 0,7$), Самопринятия ($8,3 \pm 1,0$ и $11,7 \pm 0,7$), что свидетельствовало о высокой степени зависимости и несамостоятельности субъектов. Следует подчеркнуть, что они были не способны быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию, прямолинейны в своих действиях и поступках по отношению к окружающим людям. Подростки с ожирением имели низкую самооценку вне зависимости от своих достоинств и недостатков. По шкале Креативности, напротив, у них фиксировался более высокий, чем в контроле, показатель ($7,8 \pm 0,3$ и $5,5 \pm 0,6$, $p < 0,01$), что указывало на творческую направленность личности.

ВЫВОДЫ

◆ У девушек-подростков с конституционально-экзогенной формой ожирения показатели соматической и психической заболеваемости выше, чем в контрольной группе, преимущественно за счёт отклонений, выявленных у пациентов со II степенью ожирения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Seidell J.C. Obesity: a growing problem // *Acta Paediatr Suppl.* — 1999. — V. 88, № 428. — P. 46–50.
- Гичан А.А., Корзенко В.Н. Формирование ожирения у детей дошкольных учреждений // *Гигиена и санитария.* — 1991. — № 7. — С. 46–48.
- Аверьянов А.П., Болотова Н.В., Дронова Е.Г. Диагностика ожирения у школьников: значение определения массы жировой ткани // *Педиатрия.* — 2003. — № 5. — С. 66–69.
- Дэниел Г. Бессесен, Кушнер Роберт. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение — М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2004. — 240 с.
- Сидоров П.И., Ишекова Н.И., Соловьёв А.Г. Коррекция избыточной массы тела: Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 144 с.
- Миняйлова Н.Н. Социально-генетические аспекты ожирения // *Педиатрия.* — 2001. — № 2. — С. 83–87.
- Крылов В.И., Воронова Е.В. Психологические и психосоматические аспекты ожирения // *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* — 2003. — № 1. — С. 59–62.
- Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю. и др. Ожирение у подростков. — СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2003. — 216 с.
- Eckersley R.M. Losing the battle of the bulge: causes and consequences of increasing obesity // *Med. J. Aust.* — 2001. — V. 174, № 11. — P. 590–592.
- Зубцова Т.И., Князев Ю.А. Психологический портрет детей с ожирением и его значимость в процессе реабилитации // *Проблемы эндокринологии.* — 1992. — № 4. — 57 с.
- Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. — СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2001. — 928 с.
- Заяц Л.Д. Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. — М.: Медицина, 1973. — С. 39–41.

◆ Каждая третья девушка с ожирением имеет высокий рост, брахискелию или общее опережение развития; у 2/3 — регистрируется смешанный тип жиротложения, в 16,7% случаев отмечается опережение полового развития.

◆ Уровень заболеваемости различными формами патологии у девушек-подростков с ожирением в 1,6 раза выше, чем в контрольной группе (643,3 и 406,0 на 100 осмотренных). Среди девушек с ожирением преобладают болезни глаза, кровообращения, органов дыхания, эндокринной, пищеварительной, мочеполовой и костно-мышечной систем.

◆ Общая распространённость психических и поведенческих расстройств у пациентов с ожирением выше, чем у их сверстниц с нормальной массой тела (83,3 и 31,0 на 100 осмотренных детей). В структуре психических расстройств основными являются невротические и соматоформные расстройства (41,4%). Наиболее часто встречаются диссоциативный (конверсионный), ипохондрический, депрессивный и тревожный психопатологические синдромы. Среди подростков с ожирением, имеющих гиперфагию, 6,7% страдают нервной булимией.

◆ Для девушек-подростков с конституционально-экзогенной формой ожирения характерны выраженная эмоциональность и низкий уровень самоактуализации личности. У них чаще, чем в контрольной группе определяются состояния утомления (в 1,6 раза), тревожности (в 1,8 раза), эмоционального стресса (в 1,5 раза), регистрируется низкая самооценка к понятию «мой вес» и «моя фигура».

◆ Результаты исследования позволяют разработать индивидуальные рекомендации по организации и проведению диспансеризации девушек-подростков с конституционально-экзогенной формой ожирения с учетом их соматического здоровья, психических нарушений и психологических особенностей личности.

- Гребова Л.П., Дмитриева Н.В. Прогноз репродуктивной функции у девушек с разным морфотипом и конституционально-экзогенным ожирением // *Врач.* — 1998. — № 7. — С. 25–27.
- Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: Справочник / Под ред. проф. Н.П. Шабалова. — М.: МЕД-пресс-информ, 2003. — 544 с.
- Жуковский М.А. Детская эндокринология. — М.: Медицина, 1995. — 656 с.
- Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Эндокринология подростков / Под ред. А.Ш. Зайчика. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. — 384 с.
- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. — Женева: Медицина, 1995. — Т. 1 (часть 1). — 698 с., Т. 1 (часть 2). — 633 с., Т. 2. — 179 с.
- Комплексная оценка состояния здоровья детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно при профилактических осмотрах с использованием схемы определения групп здоровья. — М., 2004. — 31 с.
- Международная классификация болезней. Десятый пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств. — Санкт-Петербург: Оверлайд, 1994. — 300 с.
- Люшер М. Цветовой тест Люшера / Пер. с англ. А. Никоновой. — СПб., Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 192 с.
- Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. — СПб.: «Шанс», 1995. — 95 с.
- Романова Е.С., Потёмкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. — М.: Дидакт, 1992. — 256 с.
- Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализационный тест: Учебное пособие. — Российское педагогическое агентство. — 1995. — 24 с.



Нутрилак®

Индивидуальный подход к питанию

Хорошо известно, что любую болезнь легче предотвратить, чем лечить. К аллергии этот постулат имеет прямое отношение.

Маленькие дети очень чувствительны даже к небольшим переменам в пищевом рационе. Именно поэтому детские доктора все время призывают родителей внимательно относиться к самым незначительным, с точки зрения взрослых, факторам, которые могут оказать негативное влияние на здоровье малыша. Ведь порой мы не учитываем очень простые факты, обратив внимание на которые, можно избежать развития болезни. Например, знаете ли Вы, что регулярный перекорм – одна из причин, провоцирующих развитие пищевой аллергии – одной из наиболее распространенных проблем у детей первого года жизни.

Другая возможность «заработать» аллергию таится в семейной истории или анамнезе. Родители, страдающие любой формой аллергии (будь то бронхиальная астма, ринит или экзема), должны помнить, что шанс для развития аллергической реакции у крошки выше, чем в семьях, не имеющих аллергической настроенности. Такие дети относятся к группе повышенного риска и их мамам необходимо сделать все, чтобы максимально долго сохранить грудное вскармливание, поскольку доказано, что наиболее простой способ профилактики развития аллергических состояний – поддержание максимально продолжительного грудного вскармливания.

Когда грудное вскармливание сохранить не удастся и, особенно, **при раннем вынужденном переводе** на смешанное или искусственное вскармливание лучше кормить ребенка не обычными детскими смесями, а **специальными профилактическими продуктами** на основе частичного гидролизата молочного белка. В таких смесях («Нутрилак ГА») белок (благодаря

специальным, очень сложным технологическим процессам) подвергается расщеплению, поэтому возможностей «провоцировать» аллергию у таких продуктов значительно меньше, чем у тех, где белок специально «не обработан». Все остальные компоненты подобных детских смесей подобраны и сбалансированы по всем основным пищевым компонентам так, что бы обеспечить правильный рост и развитие ребенка.

При использовании в рационе ребенка смесей на основе гидролизатов белка, опорожнение кишечника происходит немного быстрее, чем при кормлении стандартными смесями, стул может быть более жидким, возможно изменение его цвета и запаха. Эти проявления не считаются патологией, они объясняются особенностями усвоения расщепленного белка. Но будьте внимательны, ведь возможны и другие причины для этих симптомов. Наблюдайте за малышом: отсутствие беспокойства, хорошая прибавка в массе тела, обычная активность – значит, для паники нет причин. Продолжайте диетотерапию, советуйтесь с наблюдающим малыша педиатром и растите ребенка здоровым.



При вскармливании специальными профилактическими смесями риск развития аллергии значительно меньше!

Мы индивидуально подходим к решению вопросов питания каждого ребенка и, в сотрудничестве с ведущими специалистами Института Питания и Научного Центра здоровья детей РАМН, разработали широкий ассортимент детских смесей Нутрилак для здоровых детей и малышей с особыми пищевыми потребностями.

Для лечебного питания детей можно использовать: ● Для профилактики и в комплексном лечении дисбактериоза – Нутрилак Кисломолочный и Нутрилак Бифи ● При срыгиваниях, кишечных коликах, запорах – Нутрилак АР ● Для профилактики аллергии – Нутрилак ГА ● При лактазной недостаточности – Нутрилак Низколактозный ● При непереносимости лактозы – Нутрилак Безлактозный ● При непереносимости белков коровьего молока – Нутрилак Соя ● Для вскармливания недоношенных детей – Нутрилак Пре ● При поливалентной (множественной) пищевой аллергии – Нутрилак Пептиды СЦТ.

Все смеси имеют оптимально сбалансированный состав, легко усваиваются и полностью соответствуют потребностям ребенка первого года жизни в основных пищевых веществах и энергии, отвечают всем международным требованиям, предъявляемым к детским продуктам.



Товар сертифицирован. На правах рекламы.