

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ЖАЛОБ И НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, А ТАКЖЕ ИХ АССОЦИАЦИИ С ИЗМЕНЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА

Е.С. Лунегова, студент

А.В. Малькова, студент

Н.Ю. Лобанова, канд. мед. наук

Кировский государственный медицинский университет
(Россия, г. Киров)

DOI:10.24412/2500-1000-2026-5-2-21-30

Аннотация. Настоящая работа посвящена изучению распространенности гастроинтестинальных жалоб у лиц с разными типами нарушений пищевого поведения. Актуальность исследования обусловлена ростом числа расстройств пищевого поведения (РПП) в мире, а также тесной связью между психической и соматической сферами, реализуемой через ось «кишечник-мозг». Распространенность нарушений пищевого поведения составила 83,0%. Абдоминальное ожирение статистически чаще выявлялось у женщин по сравнению с мужчинами ($\chi^2 = 8,827$, $p < 0,001$). Наиболее распространенными симптомами были диспепсия – 60 человек (54,5%) и абдоминальная боль – 58 человек (52,7%). Среди 110 молодых респондентов (70 женщин, 40 мужчин) повышенные показатели хотя бы по одной из шкал DEBQ выявлены у 91 (82,3%) человека, а наиболее частым типом расстройств пищевого поведения (РПП) оказался экстернальный – 70 человек (63,6%). Ожирение на основании индекса массы тела чаще встречалось в группе с ограничительным типом РПП (10,7%, 3 из 28), но различия между группами не были значительными. Экстернальный и эмоциогенный типы РПП ассоциировались с наибольшей частотой желудочно-кишечных симптомов, ограничительный тип показал наименьшую связь с гастроинтестинальными симптомами, за исключением диспепсии (64,3%, 18 из 28) и абдоминальной боли (60,7%, 17 из 28). Молодые взрослые с экстернальным и эмоциогенным типами пищевого поведения составляют группу повышенного риска развития функциональных гастроинтестинальных расстройств. Полученные данные обосновывают необходимость раннего скрининга расстройств пищевого поведения у пациентов с хроническими жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта и разработки междисциплинарных профилактических программ.

Ключевые слова: гастроинтестинальные жалобы; расстройство пищевого поведения; функциональные гастроинтестинальные расстройства; ось «кишечник-мозг»; DEBQ; GSRS; ожирение; абдоминальное ожирение.

Расстройства пищевого поведения (РПП) представляют собой группу психических нарушений, характеризующихся стойкими аномалиями в приеме пищи, искаженным восприятием собственного тела и навязчивым контролем массы тела [1]. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о неуклонном росте распространенности РПП во всем мире. По оценкам глобального исследования бремени болезней (GBD 2021), возрастной показатель DALYs для РПП увеличился с 37,33 до 43,36 на 100 000 населения, а стандартизованный по возрасту показатель заболеваемости вырос со 106,78 до 124,4 на 100 000 [1]. При этом распространенность

РПП в общей популяции оценивается в диапазоне 2-5% [2].

Особую тревогу вызывает эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации. По данным Центра изучения РПП, до 4,5% российских подростков страдают от расстройств, связанных с приемом пищи. Согласно результатам масштабного исследования, проведенного при поддержке ЮНЕСКО, 79,8% молодых россиян находятся в группе риска развития РПП, при этом лишь 12% опрошенных удовлетворены своим телом [3].

Ключевым аспектом, определяющим актуальность настоящего исследования, является тесная взаимосвязь между РПП и патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Соглас-

но современным представлениям, эта связь реализуется через ось «кишечник-мозг» – систему двунаправленной регуляции между центральной и энтеральной нервной системой. Нарушения пищевого поведения могут как провоцировать развитие функциональных гастроинтестинальных расстройств, так и усугублять уже имеющиеся симптомы [4].

Расстройства взаимодействия по оси «кишечник-мозг» (disorders of gut–brain interaction, DGBI), также известные как функциональные гастроинтестинальные расстройства, широко распространены среди пациентов с РПП и могут как предшествовать, так и поддерживать патологические пищевые паттерны. Как отмечают Staller и соавт. (2023), ЖКТ-симптомы являются хорошо известным следствием нарушенного пищевого поведения, однако менее признанной остается роль хронических гастроинтестинальных симптомов в качестве потенциального триггера или фактора, усугубляющего РПП. Перекрестные исследования показывают, что пациенты с РПП часто представлены среди лиц, обращающихся за помощью по поводу гастроинтестинальных симптомов [5].

Особого внимания заслуживает тот факт, что распространенность нарушенного пищевого поведения среди пациентов с гастроинтестинальными заболеваниями составляет от 13 до 55%, причем этот показатель выше у лиц с DGBI по сравнению с пациентами, имеющими органические заболевания ЖКТ [6]. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и терапии данной категории пациентов.

Наиболее распространенными DGBI-симптомами у пациентов с РПП являются эзофагеальные симптомы (функциональная дисфагия), гастродуоденальные симптомы (функциональная диспепсия, тошнота) и кишечные симптомы (абдоминальная боль, вздутие, запор) [5].

Шкляев и соавт. (2021) показали наличие прямой корреляционной зависимости между рефлюкс-синдромом, экстернальным типом пищевого поведения (прием пищи на внешние стимулы: вид, запах, еда «за компанию») и количеством висцерального жира [7]. Основываясь на результатах факторного анализа, авторы выделили фактор «риска гастроэнтерологической патологии», который объеди-

нил в себе общий балл по опроснику GSRS, эмоциональный и экстернальный типы пищевого поведения, окружность бедер и соотношение объема талии к объему бедер. Авторы делают вывод, что для минимизации симптомов функциональных гастроинтестинальных расстройств необходимо поддержание оптимального количества висцерального жира: его уменьшение усугубляет запоры, а увеличение – рефлюкс-синдром. Регулярные физические упражнения помогают сбалансировать пищевое поведение и оптимизировать количество жировой ткани в организме [7].

В статье Исаковой и соавт. (2023) распространенность РПП среди пациентов с ожирением и избыточной массой тела составила 24,73%, наиболее часто диагностировались нервная булимия и компульсивное переедание [8]. Женщины страдали РПП достоверно чаще мужчин ($p=0,006$). Нервная булимия ассоциирована с эмоциональным ($rbs=0,53$) и экстернальным ($rbs=0,34$) типами пищевого поведения по опроснику DEBQ, а компульсивное переедание – с ограничительным и эмоциональным типами ($rbs=0,33$). Авторы обосновывают необходимость междисциплинарного подхода для раннего скрининга и коррекции РПП у пациентов с метаболическими нарушениями [8].

Юрнев и соавт. (2021) установили, что ожирение является значимым фактором риска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и ее осложнений: отношение шансов для ГЭРБ – 1,94, для эрозивных форм – 1,87, для пищевода Барретта – 4,0, для аденокарциномы пищевода – 2,4 (мужчины) и 2,1 (женщины) [9]. У пациентов с коморбидностью ГЭРБ и ожирения наиболее характерны эмоциональный, экстернальный и ограничительный типы РПП, сочетание всех трех типов встречается у 47,5%. При длительности ГЭРБ менее 8 лет преобладают экстернальный и эмоциональный типы, при большей длительности – ограничительный тип, что авторы связывают с вынужденными диетическими самоограничениями. У коморбидных пациентов отмечается достоверно более высокий уровень тревожности по сравнению с группами контроля. Коррекция пищевого поведения и тревожно-депрессивных состояний может улучшить прогноз ГЭРБ у пациентов с ожирением [9].

Важно подчеркнуть, что РПП высоко ассоциированы с другими психическими расстройствами: депрессией (76,3% при булимии, 65,5% при компульсивном переедании, 49,5% при анорексии), тревожными расстройствами и повышенным риском суицидальных попыток [2]. Патологические механизмы, лежащие в основе этой коморбидности, многообразны. Длительное ограничение питания при анорексии приводит к замедлению моторики ЖКТ, развитию синдрома избыточного бактериального роста и нарушению всасывания нутриентов. При булимии частые эпизоды самоиндуцированной рвоты вызывают электролитные нарушения, эрозии пищевода и дисфункцию сфинктеров. В то же время хронические гастроинтестинальные симптомы (например, абдоминальная боль после еды или чувство раннего насыщения) могут сами по себе способствовать формированию избегающего пищевого поведения и поддерживать порочный круг расстройства [5].

Цель исследования: оценить распространенность гастроинтестинальных жалоб и нарушений пищевого поведения. Изучить их ассоциацию с изменением массы тела.

Материалы и методы:

В исследовании приняли участие 110 респондентов в возрасте от 15 до 45 лет.

Для более детального и структурированного анализа нами была разработана анкета из 54 вопросов, состоящая из 3 разделов:

1. Антропометрические параметры:

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле: масса тела (кг) / (рост, м²). Классификация массы тела проводилась согласно критериям ВОЗ (дефицит массы тела: <18,5; норма: 18,5-24,9; избыточная масса тела: 25,0-29,9; ожирение: ≥30,0). При этом просто ИМТ недостаточен: у пациентов с нормальным ИМТ, но высоким соотношением талия/бедра риск метаболических нарушений и функциональных ЖКТ-симптомов не ниже, чем при ожирении. Именно поэтому мы включили измерение обхвата талии и бедер с расчетом их соотношения.

Обхват талии (ОТ) респонденты измеряли на середине расстояния между нижним краем реберной дуги и гребнем подвздошной кости в конце спокойного выдоха.

Обхват бедер (ОБ) респонденты измеряли по максимальному периметру ягодиц.

Соотношение ОТ/ОБ рассчитывали как показатель характера распределения жировой ткани. Для мужчин – риск абдоминального ожирения констатируется при значении более 1,0; для женщин – опасным считается показатель более 0,85 [10].

2. Опросник гастроинтестинальных жалоб (GSRS)

Для оценки гастроинтестинальных симптомов использовали шкалу GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Опросник был разработан в 1988 году Svedlund, Sjödin и Dotevall для клинической оценки симптомов у пациентов с синдромом раздраженного кишечника и язвенной болезнью [11]. Инструмент включает 15 пунктов, сгруппированных в пять синдромов: синдром абдоминальной боли, рефлюкс-синдром, синдром диспепсии, диарейный синдром и синдром запоров.

Опросник валидирован во многих языковых версиях, включая русскую, и рекомендован для использования в клинических и эпидемиологических исследованиях [11].

3. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ)

Для идентификации типа нарушения пищевого поведения применялся голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ), разработанный в 1986 году Tatjana van Strien [12] состоящий из 33 пунктов, распределенных по трем шкалам:

Ограничительное пищевое поведение (restrained eating) – сознательное ограничение количества потребляемой пищи с целью контроля массы тела.

Эмоциогенное пищевое поведение (emotional eating) – переедание в ответ на негативные эмоциональные состояния (гнев, тревога, скука).

Экстернальное пищевое поведение (external eating) – повышенная восприимчивость к внешним пищевым стимулам (вид и запах пищи) [12].

Статистический анализ осуществлялся с помощью программы Microsoft Office Excel 2016. Соответствие количественных параметров нормальному распределению оценено при помощи критерия Колмогорова-Смирнова.

Для описания количественных переменных, соответствующих нормальному распределению, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение M (SD), при не нормальном распределении – медиану и интерквартильный размах Me ($Q1$; $Q3$). Качественные переменные описаны с помощью абсолютных (n) и относительных (%) частот, для

их сравнения использован критерий χ^2 Пирсона при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты. В исследовании приняли участие 110 респондентов в возрасте от 15 до 45 лет, медиана возраста составила 22 (21; 25) года, распределение участников в зависимости от пола представлено на рисунке 1.

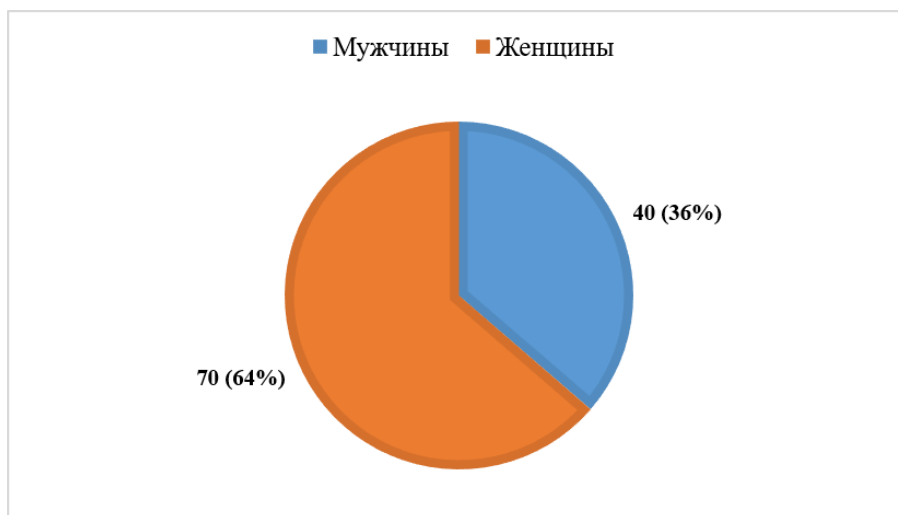


Рис. 1. Распределение респондентов по полу

Медианные значения возраста для женщин составили 22,0 (21,0; 24,0) года, для мужчин – 24,0 (20,5; 20,7) года.

Возрастная стратификация респондентов проведена в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [13]. На основе этой классификации выделены следующие возрастные группы: подростки (15-17 лет), молодежь с подразде-

лением на младшую (18-24 года), среднюю (25-34 года) и старшую (35-44 года) подгруппы, а также лица среднего возраста (45 лет).

Анализ возрастной структуры выборки (рисунок 2) показывает, что подавляющее большинство участников относятся к категории «молодежь» (лица до 44 лет), что позволяет охарактеризовать исследуемую популяцию как молодую взрослую категорию.

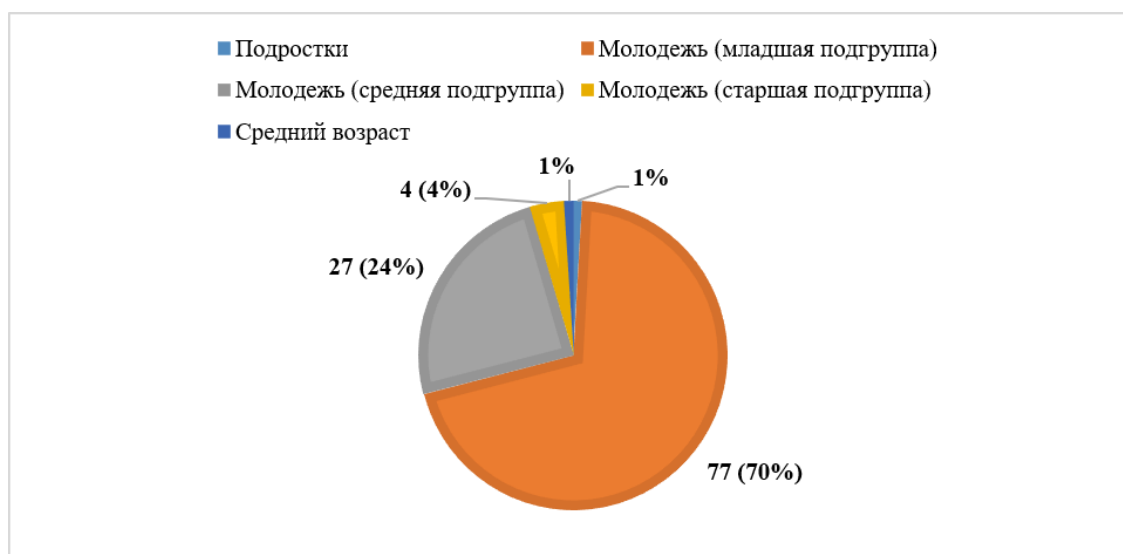


Рис. 2 Распределение респондентов по возрастным группам

Антропометрическое обследование показало, что большинство респондентов характеризуются нормальными показателями обхвата талии (медиана 75,0 (65,0;86,0) см), обхвата бедер (96,0 (90,0;100,0) см) и соотношения талия/бедра (0,79 (0,69;0,89), что соответству-

ет метаболически благоприятному (гиноидному) типу жировоголожения. Средний индекс массы тела составил 23,6 (4,23) кг/м².

Распределение пациентов в зависимости от массы тела представлено на рисунке 3.

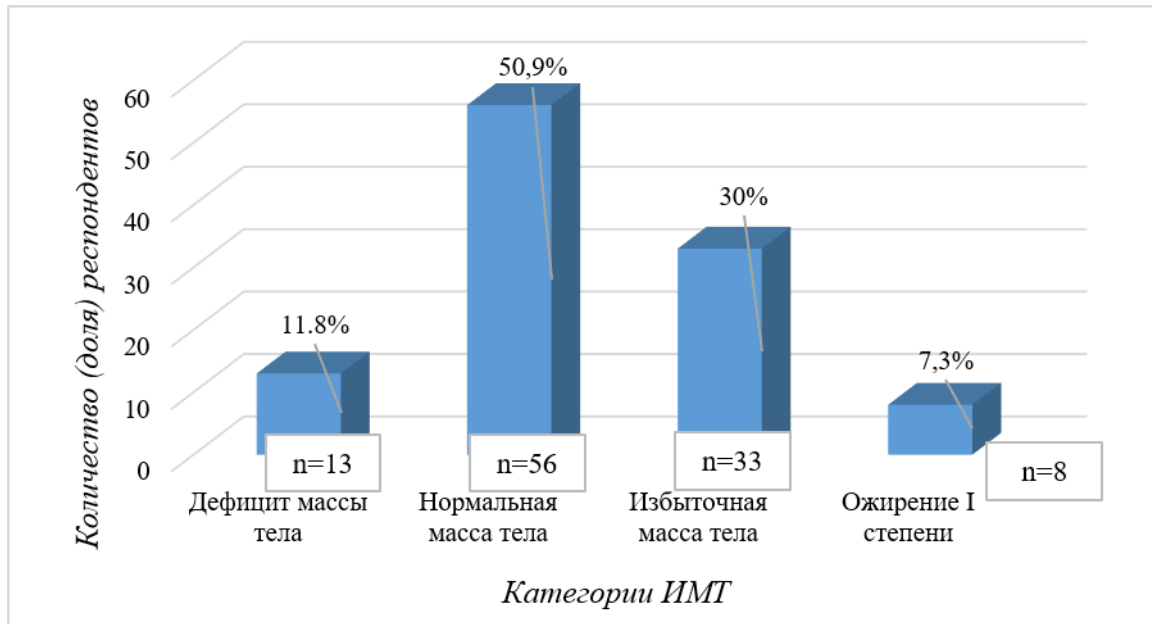


Рис. 3. Распределение респондентов по ИМТ

Почти половина выборки (54 (49,1%) респондента) имела отклонения индекса массы тела от нормы. Обращает на себя внимание высокая распространенность как избыточной массы тела – ожирения – у 41 (37,3%), так и дефицита массы тела – у 13 (11,8%).

Также проанализирована распространенность абдоминального ожирения с учетом соотношения талия/бедра (рис. 4), с использованием пороговых значений ВОЗ ($\geq 0,85$ для женщин, $\geq 1,0$ для мужчин).

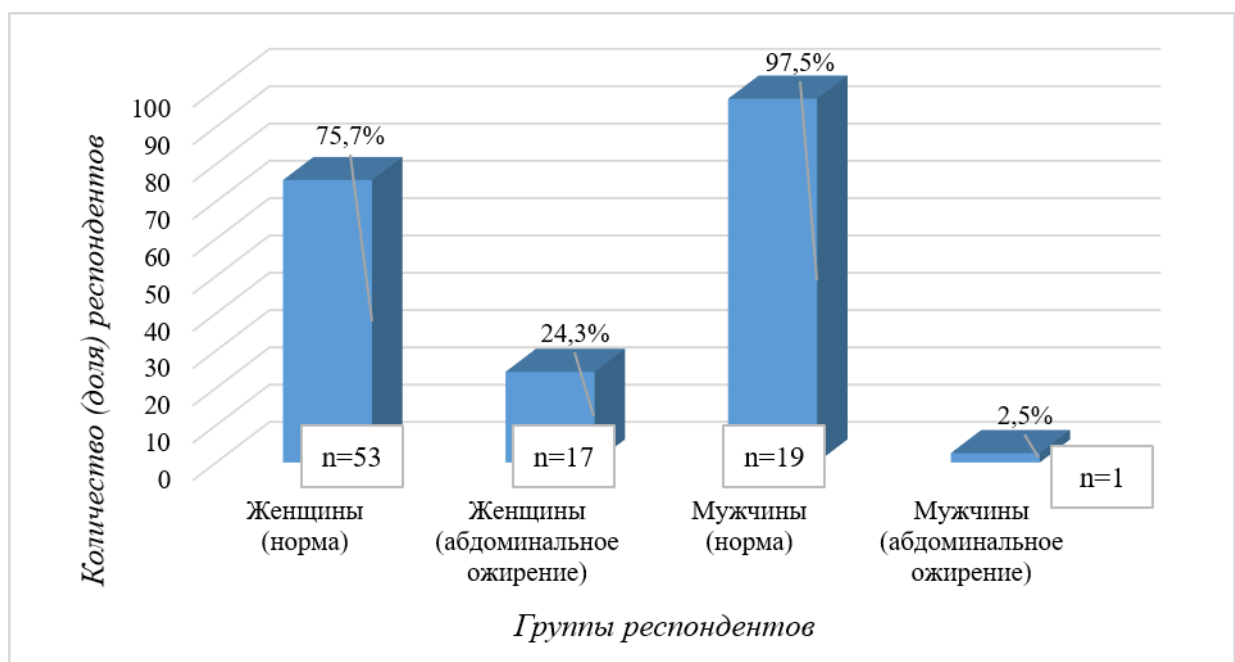


Рис. 4. Распределение респондентов по соотношению талия/бедра

Распространенность абдоминального ожирения среди женщин была в 9,7 раза выше, чем среди мужчин, что является статистически значимым различием ($\chi^2=8,827$, $p < 0,001$). Диспептические жалобы и абдоминальная

боль выявлены у 60 (54,5%) и 58 (52,7%) респондентов соответственно, тогда как изолированные нарушения стула (диарея – у 21 (19,1%) и запоры – у 24 (21,8%) встречаются значительно реже (рис. 5).

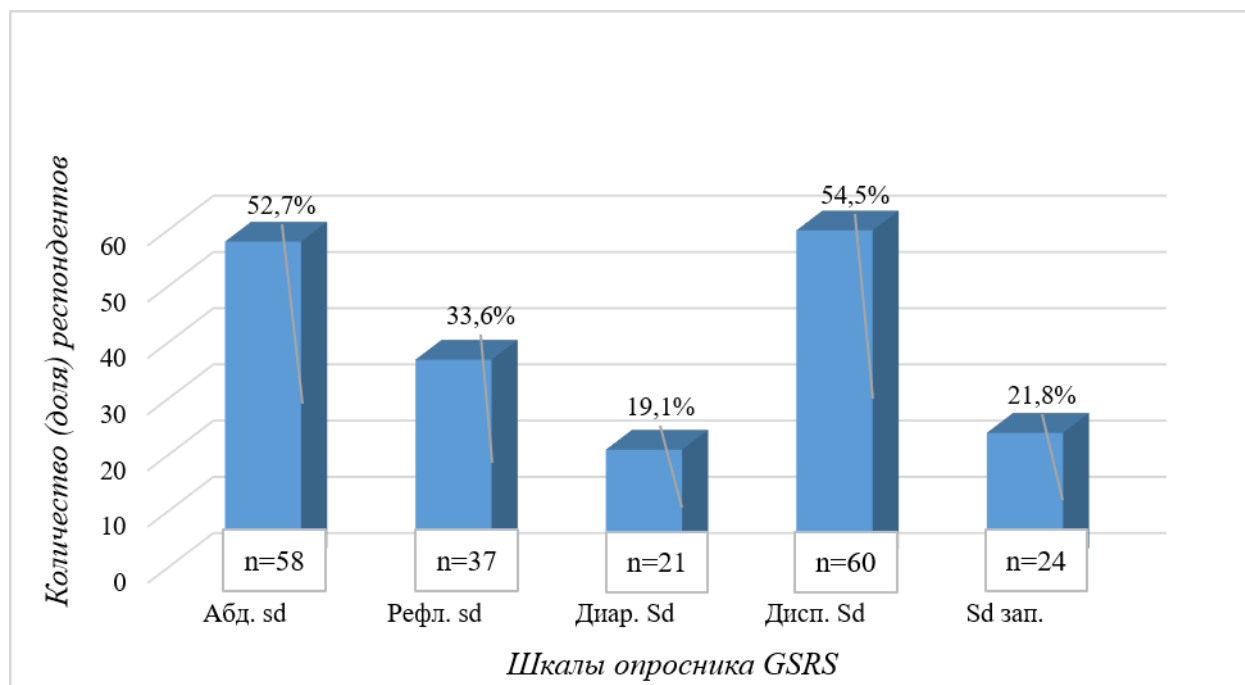


Рис. 5. Распределение респондентов по гастроинтестинальным жалобам (% от общего числа)

Почти каждый третий в нашей выборке предъявлял жалобы, ассоциированные с рефлюкс-синдромом, что, учитывая возраст исследуемой популяции, может быть связано с переизбытком, употреблением кофеина и острой пищи, а также с повышенным внутрибрюшным давлением при абдоминальном ожирении, которое выявлено у каждой четвертой женщины.

Медианные значения суммарного балла по шкале GRSR в нашем исследовании составили 25,0 (20,0;29,0). В структуре гастроинтестинальных жалоб, оцененных по шкале GRSR, наибольшее значение балла установлено для диспептического (табл. 1), а минимальное количество баллов для диарейного синдрома.

Таблица 1. Выраженность гастроинтестинальных синдромов по шкале GRSR

Параметры	M (SD)	Me (Q1; Q3)
Суммарный балл по шкале GRSR	26,0 (7,9)	25,0 (20,0;29,0)
Абдоминальный синдром	2,0 (0,9)	2,0 (4,5;1,0)
Рефлюкс-синдром	1,7 (0,7)	1,7 (1,0;2,0)
Диарейный синдром	1,4 (0,7)	1,0 (1,0;1,7)
Диспептический синдром	2,1 (0,8)	2,0 (1,5;2,5)
Синдром запоров	1,5 (0,8)	1,0 (1,0;1,7)

Таким образом, основной вклад в гастроинтестинальную симптоматику в исследуемой молодой выборке вносят функциональные расстройства верхних отделов ЖКТ и болевой синдром.

При оценке распространенности нарушений пищевого поведения по опроснику DEBQ установлено, что наиболее часто встречается экстернальный тип (у 70 (63,6%) респондентов). Это означает, что почти две трети опрошенных подвержены переизбытку и риску

увеличения массы тела. Эмоциогенный тип выявлен – у 47 (42,7%), что отражает склонность к приему пищи в ответ на эмоциональные состояния. Ограничительный тип встречался реже всего – у 28 (25,5%), что свидетельствует о том, что сознательное ограничение себя в еде с целью контроля массы тела

не является доминирующей стратегией в данной молодой взрослой выборке. Следует отметить, что типы нарушений пищевого поведения могут сочетаться у одного респондента, поэтому сумма процентов превышает 100% (рис. 6).

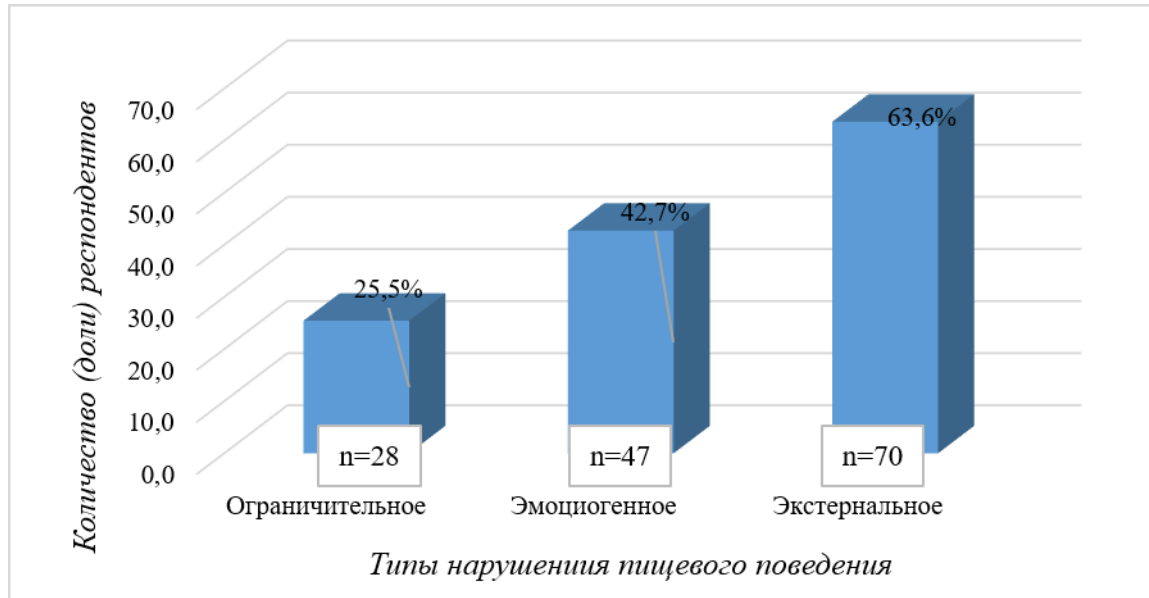


Рис. 6. Распределение респондентов по типам нарушений пищевого поведения

При оценке типов пищевого поведения по опроснику DEBQ установлено, что наиболее выраженным в выборке является экстернальный тип (медианные значения нормализованного балла 2,9 (2,5; 3,4), а наименее выраженным – эмоциогенный тип (1,7 (1,4; 2,3), ограничительный тип (2,0 (1,5; 2,5) занял промежуточное положение.

Наиболее высокая доля ожирения по ИМТ отмечена в группе с ограничительным типом пищевого поведения (10,7%), тогда как в группах с эмоциогенным и экстернальным типами этот показатель был практически одинаковым (8,5% и 8,6%) (табл. 2).

При оценке ожирения с учетом индекса ОТ/ОБ выявлена иная закономерность: наиболее высокий показатель отмечен в группе с ограничительным типом (14,3%), затем в группе с экстернальным типом (12,8%). Самая низкая доля абдоминального ожирения зафиксирована в группе с эмоциогенным типом (2,1%). Обращает на себя внимание, что во всех группах абдоминальное ожирение встре-

Таблица 2. Доля лиц с ожирением (по ИМТ) и абдоминальным ожирением (по соотношению ОТ/ОБ) в зависимости от типа нарушений пищевого поведения

Тип РПП	Ожирение по ИМТ (ИМТ \geq 30), %	Абдоминальное ожирение (ОТ/ОБ выше нормы), %	Всего, n
Ограничительный	10,7	14,3	28
Эмоциогенный	8,5	2,1	47
Экстернальный	8,6	12,8	70

чается чаще, чем ожирение по ИМТ (за исключением эмоциогенной группы), что может указывать на более высокую информативность показателя ОТ/ОБ для оценки кардиометаболического риска у молодых взрослых с нарушениями пищевого поведения.

Анализ распространенности гастроинтестинальных жалоб в зависимости от типа РПП представлен в таблице 3.

Таблица 3. Частота гастроинтестинальных жалоб у лиц с различными типами нарушений пищевого поведения (% от числа лиц в каждой группе)

Тип РПП	AP	RS	IS	DS	CS
Ограничительный	60,7	46,4	28,6	64,3	21,4
Эмоциогенный	59,6	44,7	19,1	66,0	36,0
Экстернальный	55,7	41,4	20,0	62,9	25,7

При экстернальном типе РПП установлены наиболее высокие показатели по всем гастроинтестинальным синдромам: диспептические жалобы отмечены у 62,9%, абдоминальная боль – у 55,7%, рефлюкс – у 41,4%, запоры – у 25,7%, а диарейный синдром – у 20,0% респондентов. При эмоциогенном типе РПП также выявлена высокая распространенность гастроинтестинальных жалоб, особенно диспепсии (66,0%) и абдоминальной боли (59,6%). Ограничительный тип ожидаемо показал наименьшую связь с большинством симптомов, за исключением диспепсии (64,3%) и абдоминальной боли (60,7%).

Таким образом, наиболее выраженные гастроинтестинальные жалобы ассоциированы с экстернальным и эмоциогенным типами пищевого поведения, тогда как ограничительный тип связан с меньшей частотой ЖКТ-симптомов.

Полученные в нашем исследовании результаты демонстрируют высокую распространенность нарушений пищевого поведения – 83% (91 из 110) среди молодых взрослых. Этот показатель практически идентичен данным общероссийского исследования, проведенного при поддержке ЮНЕСКО, согласно которому 79,8% молодых россиян находятся в группе риска развития РПП [3].

Доминирование экстернального типа (63,6%, 70 человек) согласуется с выводами Шкляева и соавт. (2021), которые также отметили прямую корреляцию между экстернальным типом и рефлюкс-синдромом [7]. В нашем исследовании экстернальный тип ассоциировался с наиболее высокой частотой диспепсии (62,9%, 44 из 70), абдоминальной боли (55,7%, 39 из 70) и рефлюкса (41,4%, 29 из 70), что подтверждает роль внешних пищевых стимулов в формировании функциональных гастроинтестинальных нарушений.

В отличие от данных Исаковой и соавт. (2023), где ожирение по ИМТ чаще встречалось при ограничительном типе (24,73% в

общей группе пациентов с ожирением) [8], мы не обнаружили значимых различий между группами: ожирение по ИМТ составило 10,7% (3 из 28) при ограничительном типе, 8,5% (4 из 47) – при эмоциогенном и 8,6% (6 из 70) – при экстернальном. Это расхождение может объясняться более молодым возрастом нашей выборки (средний возраст 22 года) и отсутствием выраженных метаболических нарушений. Однако абдоминальное ожирение, напротив, было наиболее выражено в группе с ограничительным типом (14,3%, 4 из 28), что может указывать на специфический профиль жировоголожения у лиц, сознательно ограничивающих питание, возможно, за счет увеличения висцерального жира при снижении общей массы тела.

Распространенность абдоминальной боли (52,7%, 58 из 110) и диспепсии (54,5%, 60 из 110) в нашей выборке оказалась выше, чем в эпидемиологических исследованиях взрослых популяций, где данные симптомы встречаются у 30-40% [2, 4]. Это, вероятно, связано с высокой частотой РПП в нашей выборке и известным влиянием стресса и нарушений пищевого поведения на моторику ЖКТ. Рефлюкс-синдром выявлен у 33,6% (37 из 110), что соответствует литературным данным о меньшей распространенности ГЭРБ у лиц до 45 лет при отсутствии выраженного ожирения [4]. При этом частота рефлюкса в группе с экстернальным типом (41,4%, 29 из 70) значительно выше, чем в целом по выборке, что подтверждает связь между переизбытком и рефлюксом.

Заключение. Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы: распространенность нарушений пищевого поведения в нашем исследовании составила 83,0%. Абдоминальное ожирение статистически чаще выявлялось у женщин по сравнению с мужчинами ($\chi^2=8,827$, $p<0,001$). Наиболее распространенными симптомами были диспепсия – 60 человек (54,5%) и абдоминальная боль – 58 человек (52,7%). Среди 110 моло-

дых респондентов (70 женщин, 40 мужчин) повышенные показатели хотя бы по одной из шкал DEBQ выявлены у 91 (82,3%) человека, а наиболее частым типом РПП оказался экстернальный – 70 человек (63,6%). Ожирение по ИМТ чаще встречалось в группе с ограничительным типом РПП (10,7%, 3 из 28), но различия между группами не были значительными. Абдоминальное ожирение было наиболее выражено также в группе с ограничительным типом РПП (14,3%, 4 из 28). Экстернальный и эмоциогенный типы РПП ассоциировались с наибольшей частотой желудочно-кишечных симптомов, ограничитель-

ный тип показал наименьшую связь с гастроинтестинальными симптомами, за исключением диспепсии (64,3%, 18 из 28) и абдоминальной боли (60,7%, 17 из 28). Высокая доля женщин с абдоминальным ожирением (каждая четвертая) в молодой взрослой выборке требует углубленного анализа факторов риска и разработки профилактических мероприятий. Полученные данные обосновывают необходимость раннего скрининга РПП у пациентов с хроническими жалобами со стороны ЖКТ и разработки междисциплинарных профилактических программ с участием гастроэнтерологов, диетологов и психиатров.

Библиографический список

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results. – Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2022.
2. van Eeden A.E., van Hoeken D., Hoek H.W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 34, № 6. – P. 515-524.
3. Психодемия, ЮНЕСКО «Двор». Исследование: риски развития РПП у молодых россиян. – Москва, 2024. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psychodemia.ru/specialproject/issledovanie-riski-razvitiya-rpp-u-molodykh-rossiyan>.
4. Guo W., Xiong W. From gut microbiota to brain: implications on binge eating disorders // *Gut Microbes*. – 2024. – Vol. 16, № 1. – DOI: 10.1080/19490976.2024.2357177.
5. Staller K., Abber S. R., Burton Murray H. The intersection between eating disorders and gastrointestinal disorders: a narrative review and practical guide // *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. – 2023. – Vol. 8, № 6. – P. 565-578.
6. Peters J.E., Basnayake C., Hebbard G.S., Salzberg M.R., Kamm M.A. Prevalence of disordered eating in adults with gastrointestinal disorders: a systematic review // *Neurogastroenterology & Motility*. – 2022. – Vol. 34, № 8. – P. e14278.
7. Шкляев А.Е., Григорьева О.А., Мерзлякова Ю.С., Максимов К.В., Казарин Д.Д. Влияние пищевого поведения, распределения жира и физической активности на симптомы функциональных гастроинтестинальных расстройств // *Вятский медицинский вестник*. – 2021. – № 2 (66). – С. 42-46.
8. Исакова Д.Н., Петров И.М., Евгеньева Е.А., Трошина И.А., Платицына Н.Г. Оценка расстройств пищевого поведения у пациентов с метаболическими нарушениями // *Вестник ЮУрГУ. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура*. – 2023. – Т. 23, № 2. – С. 137-148. – DOI: 10.14529/hsm230211.
9. Юрнев Г.Л., Миронова Е.М., Сирота Н.А., Юрнева-Тхоржевская Т.В. Особенности психоэмоционального статуса и расстройства пищевого поведения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением // *Consilium Medicum*. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 412-416.
10. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 899н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю эндокринология». – Зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2012 № 26368.
11. Svedlund J., Sjödin I., Dotevall G. GSRS – a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease // *Digestive Diseases and Sciences*. – 1988. – Vol. 33, № 2. – P. 129-134.
12. van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior // *International Journal of Eating Disorders*. – 1986. – Vol. 5, № 2. – P. 295-315.

13. World Health Organization. WHO defines 'Adolescents' as individuals in the 10-19 years age group and 'Youth' as the 15-24 year age group. – URL: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>.

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF GASTROINTESTINAL COMPLAINTS AND EATING BEHAVIOR DISORDERS, AS WELL AS THEIR ASSOCIATION WITH BODY WEIGHT CHANGES

E.S. Lunegova, *Student*

A.V. Mal'kova, *Student*

N.Yu. Lobanova, *Candidate of Medical Sciences*

Kirov State Medical University

(Russia, Kirov)

Abstract. *This work is dedicated to studying the prevalence of gastrointestinal complaints in individuals with different types of eating behavior disorders. The relevance of the research is due to the growing number of eating disorders (EDs) worldwide, as well as the close link between the mental and somatic spheres, realized through the «gut-brain» axis. The prevalence of eating behavior disorders was 83.0%. Abdominal obesity was statistically more common in women compared to men ($\chi^2=8.827$, $p<0.001$). The most common symptoms were dyspepsia – 60 people (54.5%) and abdominal pain – 58 people (52.7%). Among 110 young respondents (70 women, 40 men), elevated scores on at least one of the DEBQ scales were found in 91 (82.3%) individuals, and the most frequent type of eating disorder (ED) was external – 70 people (63.6%). Obesity based on body mass index was more common in the group with the restrictive type of ED (10.7%, 3 out of 28), but the differences between the groups were not significant. External and emotional types of ED were associated with the highest frequency of gastrointestinal symptoms; the restrictive type showed the least association with gastrointestinal symptoms, except for dyspepsia (64.3%, 18 out of 28) and abdominal pain (60.7%, 17 out of 28). Young adults with external and emotional types of eating behavior constitute a group at increased risk of developing functional gastrointestinal disorders. The obtained data justify the need for early screening of eating disorders in patients with chronic gastrointestinal complaints and the development of interdisciplinary preventive programs.*

Keywords: *gastrointestinal complaints; eating disorder; functional gastrointestinal disorders; gut-brain axis; DEBQ; GSRS; obesity; abdominal obesity.*