



ISSN: 2181-3426
Journal DOI: 10.26739/2181-3426



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 4
ISSUE 2

2024

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, ISSUE 2

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2024

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2024-2>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Сиддиқов А.А.
РСНПМЦ Эндокринологии

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов

Заведующий Отделением гнойных осложнений
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов

ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева

Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова

Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова

Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева

Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Л. Аббосхужаева - старший научный
сотрудник, к.м.н. РСНПМЦЭ Председатель
Эндокринологической и Диабетической
Ассоциации Узбекистана

Ю. Урманова

Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова

С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова

Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова

Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева

Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова

Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов

Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “ААА”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Барт и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

Б. Шагазатова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Панькив - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгадзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболизма, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

Ш. Зуфарова - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

1. Холикова Адлия Омонуллаевна, Рахимова Азиза Рахмон кизи СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕФИЦИТА ГОРМОНА РОСТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ, ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА.....	6
2. Shagazatova Barno Xabibullayevna, Vafoyev Shaxzod Farhod o'g'li QANDLI DIABET 2 TURI VA SEMIZLIKDA ICHAK MIKROBIOTASINING HOLATI.....	11
3. Муратова Шахло Тахиржановна, Чекманов Владимир Николаевич, Ли Виктория Афанасьевна, Бердикулова Дильфуза Муратовна УЗЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС.....	18
4. Аббосхужаева Лола Сайдиганижоджаевна, Акрамова Гулзода Гайратуллаевна, Шакирова Мунаввара Мухитдиновна, Исамухамедова Истиора Санджаровна, Алиханова Нодира Миршовкатовна, Тахирова Феруза Аббаровна ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ЛАКТАЦИЯ БИЛАН БОҒЛИҚ ОСТЕОПОРОЗНИ БОШҚАРИШДА СУЯК БЕЛГИЛАРИ.....	24
5. Хайдарова Феруза Алимовна, Каюмова Дурдона Туйгуновна, Латипова Мафтунахон Аббос кизи «ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ГОЛЛАНДСКОГО ОПРОСНИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (DEBQ) У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ».....	33
6. Муратова Шахло Тахиржановна, Сатторова Мадина Мустафо кизи ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ВИДАМИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ.....	39
7. Алиханова Нодира Миршовкатовна, Тахирова Феруза Аббаровна, Акрамова Гулзода Гайратуллаевна, Аббосхужаева Лола Сайдиганижоджаевна, Шакирова Мунаввара Мухитдиновна, Исамухамедова Истиора Санджаровна ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ДПП-4 В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	45
8. Хайдарова Феруза Алимовна, Бегматова Хафиза Аширметовна, Душамова Мехрибон Шавкатовна, Ойхужаева Камилла Фаруховна КОСТНО-МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ БЕЛОК-7 – РАННИЙ МАРКЕР ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	56
9. Абдуллаева Азиза Ўктам кизи, Халимова Замира Юсуфовна, Холова Дилором Шарифовна, Ўралова Дилафрўз Улугбек кизи КАТТАЛАРДА ЎСИШ ГОРМОНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ: ЭТИОЛОГИЯСИ, СУЯК ТУЗИЛИШИ ВА МЕТАБОЛИЗМИГА ТАЪСИРИ.....	64
10. Бабоев Абдувахоб Сахибназарович, Мирахмедова Мухаббат Пулатовна ҚАНДЛИ ДАБЕТ УМУРТҚА ТУБЕРКУЛЁЗИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ САЛБИЙ ОҒИРЛАШТИРУВЧИ ОМИЛ СИФАТИДА.....	70
11. Khalimova ZamiraYusufovna, Issaeva Saodat Saydullaevna, Fayziboeva Aziza Azizjonovna DYNAMICS OF NEUROIMAGING INDICATORS DURING RADIATION THERAPY FOR ACROMEGALY.....	76



Хайдарова Феруза Алимовна,
 доктор медицинских наук, профессор,
Каюмова Дурдона Туйгуновна,
 кандидат медицинских наук,
Латипова Мафтунахон Аббос кизи
 Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
 эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова

«ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ГОЛЛАНДСКОГО ОПРОСНИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (DEBQ) У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ»

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13926490>

АННОТАЦИЯ

Связь негативных эмоций с депрессией и плохими навыками регулирования эмоций предполагает, что лечение людей с ожирением и высоким уровнем негативных эмоций должно быть сосредоточено не на диетах с ограничением калорий, а на навыках регулирования эмоций.

DEBQ (голландский опросник по пищевому поведению) позволяет проводить такое комплексное лечение ожирения. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) является надежным инструментом оценки расстройств пищевого поведения (РПП). Медицинские работники могут зависеть от взглядов общества на более высокую массу тела и предлагать лечение, адаптированное к весу человека, а не к его расстройству пищевого поведения (например, рекомендуя лекарство из-за его эффекта подавления аппетита, а не из-за уменьшения переизбытка). Медицинские работники должны осознавать риски и преимущества обсуждения веса тела, особенно с людьми, уязвимыми к расстройствам пищевого поведения или испытывавшими их.

Ключевые слова: ожирение, молодые лица, расстройства пищевого поведения

Khaidarova Feruza Alimovna,
 Doctor of Medical Science, professor,
Kayumova Durdona Tuygunovna,
 Candidate of Medical Science,
Latipova Maftunakhon Abbos qizi
 Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center
 of Endocrinology named after Y.Kh. Turakulov

"THE VALUE OF ASSESSING EATING DISORDERS WITH THE DUTCH EATING BEHAVIOR QUESTIONNAIRE (DEBQ) IN OBESE YOUNG ADULTS"

ANNOTATION

The association of negative emotions with depression and poor emotion regulation skills suggests that treatment for people with obesity and high levels of negative emotions should focus not on calorie-restricted diets but on emotion regulation skills. The DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) allows for such comprehensive treatment of obesity. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) is a reliable assessment tool for eating disorders (EDs). Health care providers may be influenced by society's views on higher body weight and offer treatment tailored to the person's weight rather than their eating disorder (for example, recommending a medication for its appetite suppressant effect rather than for reducing binge eating). 3. Health care providers should be aware of the risks and benefits of discussing body weight, especially with people who are vulnerable to or have experienced eating disorders.

Keywords: obesity, young people, eating disorders

Xaydarova Feruza Alimovna,
tibbiyot fanlari doktori, professor,
Kayumova Durdona Tuygunovna,
tibbiyot fanlari nomzodi,
Latipova Maftunakhon Abbos qizi

Akad. Y.H. To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan
ilmiy-amaliy endokrinologiya tibbiyot markazi

**"SEMIZ YOSHLARDA OVQATLANISH XULQ-ATVORI BUZILISHLARINI GOLLAND
OVQATLANISH XULQ-ATVORI SO'ROVNOMASI (DEBQ) YORDAMIDA
BAHOLASHNING AHAMIYATI"**

ANNOTATSIIYA

Ruhiy tushkunlik va yomon his-tuyg'ularni boshqara olmaslik, semizlik bilan bog'liqligi hamda bunday bemorlarni davolashda kaloriyasi cheklangan diyetalarga emas, balki his-tuyg'ularni boshqarish qobiliyatlariga e'tibor qaratish kerakligini isbotlangan. DEBQ (Gollandiyalik Eating Behavior Questionnaire) so'rovnomasi semirishni davolashda shunday keng qamrovli davolashni imkonini beradi. Golland ovqatlanish xulq-atvori buzilishi so'rovnomasi (DEBQ) ovqatlanish xulqining buzilishlarini (EDs) ishonchli baholash vositasidir. Shifokorlar bunday bemorlarni yuqori tana vazniga e'tibor berib bemorning ovqatlanish xulqining buzilishiga emas, balki uning vazniga moslashtirilgan davoni taklif qilishi mumkin. (masalan, ortiqcha ovqatlanishni kamaytirish uchun emas, balki uning ishtahani kamaytirishga ta'siri qiluvchi dori tavsiya qilish). Tana vaznining salbiy ta'sirlari va afzalliklaridan xabardor bo'lish bilan birgalikda, ovqatlanish xulqining buzilishiga moyil bo'lgan yoki boshdan shu holatda bo'lgan bemorlarning psixosotsial holatini ham inobatga olish kerak.

Kalit so'zlar: semizlik, yoshlar, ovqatlanish buzilishi.

Введение. Прием пищи в ответ на негативные эмоции (НЭ) может быть фактором, объясняющим набор веса у многих людей, сидящих на диете. В этом описательном обзоре представлены данные о возможных причинах НЭ и связи НЭ с депрессией и ожирением, а также обсуждаются последствия этих результатов для лечения ожирения.

Возможными причинами НЭ являются большие ограничения в питании, плохое осознание собственных потребностей, затруднения в самовыражении, нарушение регуляции эмоций и нарушения в регуляции оси стресса гипоталамус-гипофиз-надпочечники (ГГН). НЭ может быть также и результатом неадекватного воспитания или депрессивных чувств в сочетании с генетической предрасположенностью. Существуют также убедительные доказательства того, что НЭ является посредником между депрессией и ожирением.

Кроме того, известно, что диеты с ограничением калорий, как известно, неэффективны для пациентов с избыточным весом в краткосрочной перспективе. В долгосрочной

перспективе большая часть потерянной массы тела восстанавливается, а некоторые пациенты даже начинают весить больше, чем до диеты [1, 2]. В выборках среди населения неоднократно было показано, что хроническое соблюдение диеты, тенденция к ограничению потребления пищи для поддержания или снижения веса тела, даже предсказывает будущее увеличение веса [3].

Имеется ряд исследований, показавших понятие об эмоциональном питании (еда в ответ на негативные эмоции или стресс [4, 5] как на возможном объясняющем факторе набора веса у многих людей, сидящих на диете.

Вышеуказанное послужило основой для настоящего исследования.

Распространенность расстройств пищевого поведения. Распространенность РПП высока у людей с более высоким весом. Однако, несмотря на это, РПП, с которыми сталкиваются люди с более высоким весом, постоянно недооцениваются и недостаточно лечатся, и мало что дает клиницистам рекомендации по лечению РПП в этой группе населения. Несмотря на то, что стигма, связанная с весом, признается уже почти полвека [33], она продолжает оставаться основным фактором недостаточного выявления и лечения расстройств пищевого поведения, особенно расстройств пищевого поведения, с которыми сталкиваются люди с более высоким весом.

В последние годы эпидемиология расстройств пищевого поведения (РПП) продвинулась вперед и теперь охватывает оба «основных» четко определенных расстройства пищевого поведения, а именно нервную анорексию (НА; код МКБ-11: 6B80), нервную булимию (НБ; код МКБ-11: 6B81) и компульсивное переедание (КЕ; код МКБ-11: 6B82), а также спектр других уточненных (код МКБ-11: 6B8Y) и неуточненных (код МКБ-11: 6B8Z) расстройств питания и пищевого поведения (OSFED и UFED) и Избегающее расстройство, ограничивающее потребление пищи, или ARFID (код МКБ-11: 6B83) [1]. Тем не менее, НА, НБ и КЕ по-прежнему имеют наибольшую доказательную базу и в исследованиях распространенности обычно сообщаются вместе. КЕ и ARFID были представлены как отдельные расстройства только в пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 2013 года [1, 2]. До DSM-5 КЕ (код МКБ-11: 6B82) описывался как подтип расстройства пищевого поведения, не уточненного иначе (EDNOS) [1, 3]. Другие уточненные расстройства питания и пищевого поведения (OSFED; код МКБ-11: 6B8Y), определенные в DSM-5, включают атипичную АН (А-АН); Подпороговый НБ(С-НБ); Подпороговое КЕ (п-КЕ); Синдром ночного питания (СНП) и расстройство дефекации (РД) [1].

В совокупности эпидемиологические данные, полученные из о ОР, позволяют предположить, что заболеваемость РПП увеличивается, а возраст начала заболевания снижается.

Распространенность любого РПП в мире в течение жизни колебалась от 0,74 до 2,2% у мужчин и 2,58–8,4% у женщин. По оценкам, распространенность расстройств пищевого поведения в течение жизни варьировала от 2,58 до 8,4% среди женщин и девочек. Результаты показали, что расстройства пищевого поведения более распространены среди молодых людей и подростков, особенно среди молодых женщин, в то время как у людей с разной сексуальной ориентацией (ЛГБТКИ+) вероятность возникновения расстройств пищевого поведения в шесть раз выше, чем у мужского населения в целом. [15-17].

Виды расстройств пищевого поведения. РПП — это расстройства психического здоровья, сочетающиеся с соматическими и психосоциальными заболеваниями; только около 50% больных достигают пожизненной ремиссии [24]. В DSM-5 выделено восемь «расстройств питания и пищевого поведения» [25], однако авторы непропорционально исследуют нервную анорексию (НА) и в меньшей степени нервную булимию (НБ) и компульсивное переедание (КП).

Этиология и патогенез РПП. Этиология РПП сложна, но включает в себя генетическую основу, и действительно, НА и НБ демонстрируют генетический диатез [26]. Недавно полногеномное исследование ассоциации выявило восемь значимых локусов для НА

[27], и эпигенетика также была вовлечена в этиологию РПП [28]. Другие биологические, социальные, культурные и психологические факторы способствуют этиологии РПП [29], а кишечные микробы модулируют множество биологических процессов, которые влияют на клинические проявления РПП, подробности которых были обсуждены в ряде исследований.

Нейропептид Y (NPY) — еще один белок, участвующий в регуляции приема пищи и сытости, а также гипоталамо-гипофизарной оси. Наряду с этим, NPY увеличивает реакцию гонадотропных клеток гипофиза на ГнРГ [19], как за счет стимуляции связывания ГнРГ с рецепторами ГнРГ гипофиза, так и за счет его действия вверх по течению на срединном возвышении для потенцирования секреции ГнРГ из окончаний аксонов ГнРГ[20]. Исследования на моделях приматов показывают, что NPY может сдерживать наступление полового созревания между младенчеством и серединой детства [21]. NPY синтезируется в подкожной брюшной жировой ткани (ПБЖ) и локализуется совместно с норадреналином (НОР) в периваскулярных симпатических нервных волокнах ПБЖ. NPY также локализуется совместно с НОР и гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК) в головном мозге. NPY усиливает высвобождение гормона роста (ГР) и стимулирует аппетит и липогенез[30].

Микробиом кишечника взаимодействует с гормонами голода. Ось гипоталамо-гипофиз-надпочечники (ГГН) регулирует метаболизм, эмоции и стресс и участвует в развитии РПП. Клинические проявления РПП связаны с функционированием желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), на которое, как известно, влияет микробный состав кишечника. Сильное ограничение еды приводит к задержке опорожнения желудка и замедлению времени транзита, что приводит к более раннему насыщению и вздутию живота, усиливая ограничительное поведение физиологическими и психологическими путями [23]. Эти процессы контролируют определенную среду желудочно-кишечного тракта, способствуя созданию особого микробного профиля. Кроме того, более медленное время прохождения способствует запорам, что, в свою очередь, коррелирует с увеличением содержания короткоцепочечных жирных кислот в кишечном микробиоме.

Гормоны голода и насыщения, включая лептин, грелин, пептид YY (PYY) и нейропептид Y (NPY), участвуют в поведении ЭД, и на них могут влиять кишечные микробы. В нормальных физиологических условиях лептин подавляет голод посредством механизма отрицательной обратной связи, а грелин действует в противовес стимулированию голода. Как и лептин, PYY обладает анорексигенными свойствами и секретируется пропорционально потреблению калорий, и, как и грелин, NPY стимулирует потребление пищи. Значительная потеря веса, характерная для АН, приводит к снижению уровня лептина и повышению уровня грелина. Эти наблюдения могут дать ключ к пониманию потенциальной роли кишечных микробов в поведении ЭД. Кроме того, иммунная система, вероятно, участвует во взаимоотношениях между кишечными микробами и гормонами. Сыворотка человека содержит аутоантитела IgG и IgA против пептидов, регулирующих аппетит, включая лептин, грелин, PYY и NPY [22]. Эти аутоантитела преодолевают гематоэнцефалический барьер и взаимодействуют с центрами голода, включая дугообразное ядро. Гомология последовательностей наблюдается между пептидными гормонами и кишечными микробами, включая виды *Lactobacillus*, виды *Bacteroides*, *Helicobacter pylori*, *E. coli* и виды *Candida*, что позволяет предположить, что кишечные микробы посредством молекулярной мимикрии могут влиять на пищевое поведение.

Было установлено, что стимулирующий аппетит гормон грелин (повышенный при АН) был связан с более высокими уровнями *Bacteroides* и *Prevotella* и сниженными уровнями *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*. В то же время гормон лептин, подавляющий аппетит (снижение при АН), показал обратную связь со снижением уровней *Bacteroides* и *Prevotella* и более высокими уровнями *Bifidobacterium* и *Lactobacillus* у крыс [30].

Кроме того, стигма, связанная с весом, оказывает серьезное неблагоприятное воздействие на жизнь, здоровье и обращение за лечением людей с более высоким весом. Стигма из-за веса может привести непосредственно к РПП посредством сложных нейробиологических механизмов или с целью уменьшения вызываемого ею эмоционального

стресса Ведутся активные исследования нейробиологических механизмов стигматизации веса и связи с РПП [31,32]. Понимание и решение проблемы стигмы, связанной с весом, имеет решающее значение для ухода за людьми с более высоким весом. Переживания стигматизации веса, стыда за свое тело или других негативных эмоций, таких как чувство вины, являются травмирующими и могут способствовать возникновению РПП и усиливать РПП у людей с РПП [33, 34].

Опросник DEBQ-C. Три вида расстройств пищевого поведения можно измерить с помощью голландского опросника по пищевому поведению (DEBQ [4]). Хотя стили питания также можно измерить с помощью других инструментов (ссылки у Баррады и др. [5]), DEBQ был первым инструментом, который охватил три стиля питания с помощью одномерных шкал. Инструмент широко цитируется (> 2300 цитирований в Google Scholar) и переведен более чем на 15 языков (например, немецкий [6], китайский [7], испанский [8]). Три шкалы имеют хорошую надежность, размерную валидность и прогностическую достоверность, соответственно, для потребления пищи, вызванного стрессом [9,10], приема пищи в ответ на пищевые сигналы [11] и употребления меньшего количества пищи, чем хотелось бы [12] и DEBQ. получил оценку «на должном уровне» или «хорошо» Голландским комитетом по тестам и тестированию (COTAN) по всем критериям EFPA (Европейской федерации ассоциаций психологов) (например, нормы, надежность (внутренняя согласованность, повторение тестов) тест) и валидность (размерная валидность, конструктивная валидность и критериальная валидность) (COTAN, [13]).

Опросник DEBQ-C состоит из трех субшкал, которые исследуют важные аспекты проблемного питания, а именно: эмоциональное питание (пища потребляется из-за негативных эмоциональных состояний), внешнее (экстернальное) питание (пища потребляется из-за внешних обстоятельств независимо от внутренних голод) и ограничительное питание (ограничение потребления калорий для похудения). Теория сдерживания предполагает, что хроническое ограничение калорий как метод похудения является неустойчивым для многих людей и может в конечном итоге привести к расторможенному питанию, вызванному внешними или внутренними раздражителями.

DEBQ-C был валидирован на Тайване, Испании, Корее и Японии.

DEBQ-C состоит из 20 пунктов и оценивает три типа пищевого поведения [14]. Первый — эмоциональное питание и состоит из семи пунктов, посвященных отрицательным эмоциям, например: «Если вы чувствуете депрессию, возникает ли у вас желание есть?» Второй тип — это внешнее питание (шесть пунктов), в котором спрашивается, вызвано ли потребление пищи внешними обстоятельствами, например: «Чувствуете ли вы, что хотите есть, когда видите или чувствуете вкус хорошей еды?» Наконец, сдержанное питание (семь пунктов) относится к сознательному ограничению приема пищи для поддержания или контроля веса, например: «Пытались ли вы когда-нибудь избегать еды после ужина, чтобы похудеть?» Элементы оценивались с использованием балльной шкалы (никогда, редко, иногда, часто, очень часто), в которой оценки варьировались от 0 до 16. Высокие общие баллы для каждого пищевого поведения указывают на большую поддержку данного поведения.

Таким образом, равновесие и взаимное действие стимулирующих аппетит (орексигенных) и подавляющих аппетит (анорексогенных) сигналов, синтезируемых в кишечнике, мозге, микробиоме и жировой ткани (ПБЖ), по-видимому, играют ключевую роль в регуляции потребления пищи и пищевого поведения, тревоги и депрессии. Нарушение регуляции механизмов, контролирующих энергетический баланс, может привести к РПП.

Итак, обзор литературы показал, что РПП — это сложные заболевания головного мозга, от которых страдают миллионы людей во всем мире. Этиология этих заболеваний до конца не изучена, но все большее количество литературы предполагает, что стресс и тревога могут играть решающую роль в их развитии. Поскольку наше понимание генетических факторов и факторов окружающей среды, которые способствуют развитию таких заболеваний в клинических популяциях, как нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание, продолжает расти, нейробиологи используют модели на животных, чтобы понять

нейробиологию стресса и питания. Исследователи предполагают, что клинические фенотипы РПП могут быть результатом вызванных стрессом дезадаптивных изменений в нервных цепях, которые регулируют питание, и что эти цепи можно нейрохимически изолировать с использованием животных моделей РПП.

Выводы. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) является надежным инструментом оценки расстройств пищевого поведения (РПП). 2. Медицинские работники могут зависеть от взглядов общества на более высокую массу тела и предлагать лечение, адаптированное к весу человека, а не к его расстройству пищевого поведения (например, рекомендуя лекарство из-за его эффекта подавления аппетита, а не из-за уменьшения переизбытка). 3. Медицинские работники должны осознавать риски и преимущества обсуждения веса тела, особенно с людьми, уязвимыми к расстройствам пищевого поведения или испытывавшими их.

Библиография.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-Washington, DC: //American Psychiatric Association; 2013
2. Brockmeyer T, Friederich H-C, Schmidt U. Advances in the treatment of anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions. //Psychol Med. 2018;48(8):1228–1256. doi: 10.1017/S0033291717002604.
3. Bruch H. The golden cage: the enigma of anorexia nervosa. //Cambridge: Harvard University Press; 2001.
4. Ciahpash M, Tibbits M, Shaikh RA, Singh GK, Sikora Kessler A, Huang TT. Dieting increases the likelihood of subsequent obesity and BMI gain: results from a prospective study of an Australian national sample. // Int J Behav Med. 2015;22(5):662–71. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9463-5>.
5. Langeveld M, DeVries H. The long-term effect of energy restricted diets for treating obesity. //Obesity. 2015;23:1529–38. <https://doi.org/10.1002/oby.21146>.
6. Mann T, Tomiyama J, Wesling E, Lew A, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments. Diets are not the answer. //Am Psychol. 2007;62:220–33.
7. National Institute of Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. London: //National Guideline Alliance (UK); 2017 23rd May 2017. Contract No.: NG69.
8. Van Strien T, Donker MH, Ouwens MA. Is desire to eat in response to positive emotions an 'obese' eating style: Is Kummer speck for some people amis nomer? //Appetite. 2016;100:22535. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.035>
9. Van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-Garcia M, Botella C, et al. Emotional eating and food intake after sadness and joy. //Appetite. 2013;66:20– <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>
10. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour. //Intern J Eat Disord. 1986;5:295–315.



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000