

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

Психологические особенности пациентов с морбидным ожирением

до и после бариатрической операции

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Факультета клинической психологии
Смурова Елизавета Леонидовна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
к.пс.н., Гуреева Ирина Лазаревна
_____ (подпись)

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	7
1.1. Ожирение: современное состояние проблемы	7
1.2. Типология нарушения пищевого поведения	9
1.3. Бариатрическая хирургия: задачи, эффективность. Показания к проведению бариатрических операций.....	12
1.4. Стандарты в бариатрической и метаболической хирургии. Виды бариатрических операций	16
1.5. Психологическое состояние пациентов до и после выполнения бариатрических операций	21
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	29
2.1. Объект исследования.....	29
2.2. Методы и процедура исследования	29
2.3. Методы обработки результатов	34
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
3.1.Результаты сравнительного анализа пищевого поведения до и после операции	35
3.2.Результаты сравнительного анализа уровня комплаентности до и после операции	37
3.3.Результат оценки удовлетворенности качеством жизни после бариатрической операции и сравнительного анализа пищевого поведения до операции	39

3.4.Результаты корреляционного анализа	41
3.5.Обсуждение результатов	42
ВЫВОДЫ	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	47
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	49
ПРИЛОЖЕНИЕ	55

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность:

Актуальность исследования обусловливается высокой распространенностью людей с избыточной массой тела (МТ), что отчасти связано с современной тенденцией к ведению нездорового образа жизни. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за 40 лет в мире число людей, страдающих ожирением, выросло более чем втрое. На данный момент ожирение – это глобальная эпидемия, которая охватывает миллионы людей. Избыточная масса тела и ожирение по значимости являются 5-м в мире фактором риска смерти.

Ожирение может являться причиной многих тяжелых заболеваний и неудовлетворенности качеством жизни. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ожирение рассматривается с точки зрения биопсихосоциальной модели. У большинства пациентов в наборе веса, наряду с генетической причиной, важную роль играют психосоциальные факторы. В связи с вышесказанным, актуальным является выявить психологические факторы, способствующие набору веса, сформировать программу, направленную на улучшение качества жизни и изменение пищевого поведения с целью снижения МТ.

Гипотеза: у пациентов с морбидным ожирением после операции меняется превалирующие компоненты пищевого поведения и уровень комплаентности; пациенты с нарушениями пищевого поведения до операции не удовлетворены качеством жизни после операции.

Цель: исследовать особенности пищевого поведения и уровня комплаентности до и после проведения бариатрической операции у пациентов с морбидным ожирением.

Задачи исследования:

1. Сравнить особенности пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период.
2. Сравнить уровень комплаентности у пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период.
3. Сравнить особенности пищевого поведения у пациентов удовлетворенных и неудовлетворенных качеством жизни после операции.
4. Выявить взаимосвязи между компонентами пищевого поведения, которые могут являться мишенями для предотвращения повторного набора веса после операции.

Объект исследования: пациенты с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции.

Предмет исследования: пищевое поведение, уровень комплаентности, качество жизни у пациентов с морбидным ожирением.

Методы и методики исследования:

В исследовании использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление удовлетворенности качеством жизни, особенностей пищевого поведения и уровня комплаентности:

- Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B., 1986).
- Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями (Кадыров Р.В., 2014);
- BQL оценка качества жизни бариатрических пациентов (Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I., & Weiner, R. A., 2005);

- Трехфакторный опросник питания FEQ (Stunkard, A. J., & Messick, S., 1985).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6,0.

1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

1.1. Ожирение: современное состояние проблемы

На данный момент в медицине проблема ожирения является одной из ведущих. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2016 год, избыточная масса тела (ИМТ) наблюдается у около 2 миллиардов людей старше 18 лет. Из них 650 миллионов страдает ожирением. Согласно этим данным, ожирение затрагивает 13% взрослого населения всей планеты.

Детское ожирение также является глобальной проблемой. В 2016 году около 41 миллион детей в возрасте до 5 лет имели ИМТ. Сейчас ожирение становится характерно не только для стран, имеющих высокий уровень дохода, но и для жителей развивающихся стран. Так с 2000 года в Африке число детей в возрасте до 5 лет, имеющих ИМТ, увеличилось почти вдвое. В 2016 году в Азии проживала половина детей с ИМТ в возрасте до 5 лет. По данным на 2016 г., 340 миллионов детей в возрасте от 5 до 19 лет страдали избыточным весом или ожирением. За минувшие 40 лет количество детей в возрасте от 5 до 19 лет, имеющих ИМТ, увеличилось с 4% до 18%.

От последствий избыточного веса и ожирения в мире умирает больше людей, чем от последствий аномально низкой массы тела. В целом в мире (за исключением некоторых районов Африки и Азии) число людей с ИМТ превышает число людей с пониженной массой тела (ВОЗ // Ожирение и избыточный вес).

Рост заболеваемости сахарным диабетом 2 типа (СД2), который напрямую связан с ожирением, также приобретает характер пандемии (Hill

J., Wyatt H., Reed G., 2003). Люди, страдающие СД2 в 90% случаях имеют ИМТ тела или ожирение. В то же время ожирение является одним из ведущих факторов риска развития СД2. По данным ВОЗ, на данный момент число больных сахарным диабетом составляет 285 млн. В 2010 году в России зафиксировано свыше 3 млн, страдающих сахарным диабетом, большинство из них имеют СД2 (Дедов И.И., 2010).

По прогнозом ВОЗ, число людей, страдающих сахарным диабетом к 2025 г. может составлять 6,3% населения планеты (около 380 млн человек). Ожирение и СД2 являются глобальной медицинской проблемой, которая носит характер пандемии. Ожирения и развитие сопутствующей ему вторичной патологии увеличивают риск летального исхода (Zimmer P., Alberti K., Shaw G., 2001). При лечении ожирения и СД2 наиболее важным является изменение привычного образа жизни, включающим коррекцию питания и увеличение объема физических нагрузок, а также фармакотерапия. Однако до 60% пациентов не в состоянии удержать сниженную массу тела (МТ) в течение 5 лет после ее снижения, что подтверждают данные Национального института здоровья США. При морбидном ожирении (МО) эффективность консервативной терапии составляет всего 5–10% (Appolinario J., Bacaltchuk J., Sichieri R., 2003).

Избыточная масса тела и ожирение по значимости являются 5-м в мире фактором риска смерти. Даже незначительный избыток массы тела ведет к снижению продолжительности жизни в среднем на 3–5 лет, при выраженном ожирении продолжительность жизни сокращается до 15 лет. По причине излишней массы тела и ожирения ежегодно в мире умирает 2,8 млн взрослых людей (Сидоров А.В., 2012).

Необходимо разрабатывать программы, направленные на снижение и сохранение МТ, используя мультидисциплинарный подход к лечению.

1.2. Типология нарушения пищевого поведения

В этиологии и патогенезе ожирения важную роль играют как биологические факторы: генетическая предрасположенность, медиаторы энергетического обмена (инсулин, лептин, гормон роста) и т.д, так и психологические факторы регуляции аппетита: мотивационная сфера, наличие острого или хронического эмоционального стресса и умения с ним совладать. Существует классификация типов пищевого поведения (ПП), описывающая взаимосвязь между особенностями пищевого поведения и медиаторами энергетического обмена.

Расстройства пищевого поведения являются очень серьезными, но относительно распространенными расстройствами психического здоровья, особенно в западном обществе, где большое внимание уделяется худобе и внешнему виду. Фактически, к 20-летию у 13% подростков будет диагностировано, по крайней мере, одно расстройство пищевого поведения (Stice, Marti, & Rohde, 2013). Кроме того, большое количество подростков будут вовлечены в значительное расстройство пищевого поведения чуть ниже клинического порога (Culbert, Burt, McGue, Iacono & Klump, 2009).

Хотя точных причин расстройств пищевого поведения нет, комбинация биологических, психологических и социокультурных факторов была определена как основная причина возникновения и поддержания расстройств пищевого поведения. Эта глава представляет собой введение в три наиболее распространенных расстройства пищевого поведения, их этиологию и лечение.

Нарушения ПП разделяются по эмоциогенному, экстернальному и ограничительному типу.

При эмоциогенном ПП потребление пищи происходит не в результате ответа на внутренние сигналы, чувства голода и сытости, а в ответ на свои

эмоции. В случае эмоционального возбуждения или стресса люди, которым характерно эмоциогенное ПП, реагируют чрезмерным потреблением пищи, в то время как обычно эмоциональное возбуждение и стресс приводят к потере аппетита. Согласно результатам отечественных исследователей, эмоциогенное ПП встречается у 60 % пациентов с ИМТ (Дедов И. И., Мельниченко Г. А., 2004).

При *эмоциогенном ПП* прием пищи провоцируется не физиологическим голодом, а сильными эмоциональными переживаниями. В структуре эмоциогенного ПП могут присутствовать следующие подтипы: компульсивное ПП, перманентное эмоциогенное ПП, синдром ночной еды и нарушение ПП, связанное с сезонно-аффективным расстройством (САР).

При компульсивном ПП ощущается отсутствие контроля приема пищи, возникают эпизоды переедания, которые длятся не более 2 часов. При компульсивном переедании количество съеденного больше обычного и превышает количество, удовлетворяющее голод. При этом частота эпизодов не менее 2 раз в неделю на протяжении полугода. Синдром ночной еды проявляется в виде утренней анорексии, вечерней и ночной булимии. При сезонно-аффективных расстройствах клинические симптомы проявляются в темное время года (в нашей географической зоне – это конца октября – начало марта) и самопроизвольно исчезают в светлое время года. В период проявления симптомов САР у пациентов с нарушенным ПП наблюдается набор или потеря веса, связанная с ухудшением эмоционального состояния.

Людьми более чувствительны к внешним признакам пищи свойственно *экстернальное ПП*. При экстернальном ПП потребление пищи происходит в ответ на внешние раздражители, независимо от внутреннего состояния голода и сытости.

Для *ограничительного ПП* характерно переедание в результате строго ограничения в потреблении пищи при диетах. Люди, которые сидят на диете, подавляют чувство голода познавательным и едят меньше. Однако после ограничения часто наступает растормаживание – эпизод переедания (Snoek, H. M., Van Strien, T., Janssens, J. M. A. M., & Engels, R. C. M. E., 2007). Ограничительное ПП свойственно людям с ожирением, стремящимся снизить МТ, но не обладающими достаточной информацией о парильном снижении МТ. (Дедов И. И., Мельниченко Г. А., 2004), (Вознесенская Т.Г., 2004).

Распространенность компульсивных схем питания, известных как расстройство пищевого поведения, довольно распространена среди пациентов, имеющих показания к бариатрической хирургии. Обычно эта распространенность значительно уменьшается, как только проблемы с весом и формой уменьшаются после операции. Тем не менее, исследования показали, что эти проблемы могут сохраняться после бариатрической операции (Saunders R, 2004). Кроме того, некоторые исследования показали, что у подгруппы пациентов может развиваться «потеря контроля» при приеме пищи после операции, и даже сообщалось о самоиндуцированной рвоте из-за веса и формы. Постоперационное расстройство пищевого поведения в основном связано с меньшей потерей веса и повышенной субъективной фобией восстановления веса. Очевидно, что расстройство пищевого поведения перед операцией также увеличивает вероятность таких исходов. Кроме того, у некоторых пациентов может наблюдаться компенсаторное поведение, известное как постхирургическое расстройство избегания приема пищи (Segal A, Kinoshita K, Kusunoki D, Larino MA, 2004), когда потеря веса замедляется или прекращается.

Взяты вместе, все вышеперечисленные расстройства пищевого поведения имеют две общие черты: все они демонстрируют, что эти пациенты не адаптировались к своим новым требованиям в отношении

своего пищевого поведения после операции или, что они научились справляться со стрессом или другими проблемами в новом пути.

Таким образом, крайне важно, чтобы были разработаны программы лечения, которые учитывают особые потребности этой группы пациентов, уделяя особое внимание как психосоциальным факторам, так и режимам питания, а также потере веса для успешной поддержки (Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R. L., Farpour-Lambert, N., Fried, M., ... Yumuk, V, 2017).

Хотя ожирение имеет сильный генетический компонент, высокий рост ожирения за последние два десятилетия показывает, что независимо от генетической ответственности, воздействия окружающей среды играют ключевую роль в развитии ожирения. Среда с ограниченными возможностями для физической активности, высокой доступностью и активным продвижением (например, реклама и маркетинг) продуктов с высоким содержанием жира, сахара и энергетической плотности часто обвиняется в значительном росте ожирения. Культурные изменения в структуре питания, такие как переход от приема пищи к перекусу и более высокое потребление пищи на открытом воздухе также могут способствовать увеличению веса.

1.3. Бариатрическая хирургия: задачи, эффективность.

Показания к проведению бариатрических операций

Бариатрическая хирургия (или бариатрия) – это раздел хирургической медицины, занимающийся оперативным лечением ожирения. (Курганов И.А., Матвеев Н.Л., 2014). Бариатрические и метаболические операции – это желудочно-кишечные операции для улучшения, предотвращения и / или лечения ожирения и его сопутствующих заболеваний, которые могут быть опасными для жизни. Это спасательная операция, а не косметическая операция (Busetto, L.,

Dicker, D., Azran, C., Batterham, R. L., Farpour-Lambert, N., Fried, M., ... Yumuk, V., 2017).

Бариатрическая хирургия объединяет процедуры, целью которых является уменьшение массы тела, коррекция метаболических нарушений, лечение и профилактика сопряженных с ожирением заболеваний, важно понимать, что похудение не является главной целью бариатрической операции.

Главные задачи бариатрической хирургии:

1. Минимизация риска преждевременной смерти от ассоциированных с ожирением заболеваний.
2. Профилактика хронической патологии сердца и эндокринной системы, связанной с ожирением и нарушением метаболизма.
3. Лечение имеющихся заболеваний, достижение стойкой ремиссии хронической эндокринной или кардиологической патологии.
4. Улучшение качества жизни и увеличение ее продолжительности.

Бариатрическая хирургия играет огромную роль в лечении сопутствующих ожирению заболеваний. После процедуры многие пациенты с диабетом прекращают принимать сахароснижающие препараты или уменьшают дозировки. Нормализация липидного обмена сопровождается уменьшением уровня холестерина, триглицеридов и ЛПНП в крови.

Эффект достигается на фоне снижения дозировок лекарств, назначаемых для коррекции нарушений жирового обмена. Ремиссия эндокринной и кардиологической патологии часто достигается только за

счет сбалансированного питания и формирования правильных пищевых привычек (Кривцова, Е.В., 2007).

Первым показанием к проведению бариатрических операций является тяжелая форма ожирения, людям с небольшим избытком масса тела такие процедуры не проводятся, но нельзя ограничивать перечень показаний только этим критерием. При оценке актуальности хирургической коррекции и выборе метода лечения учитывается и масса других факторов, среди которых сопутствующие заболевания, предрасположенность к их развитию, семейный анамнез.

К сопутствующей ожирению патологии относятся хронические болезни эндокринной и сердечно-сосудистой системы. У пациентов с лишним весом часто развивается сахарный диабет 2 типа, атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца. Если у человека уже есть одно из перечисленных заболеваний, ему необходимо задуматься о хирургическом лечении ожирения даже при небольшом превышении индекса массы тела.

Если хронических заболеваний еще нет, то людям с ожирением нужно сохранять настороженность, контролировать и анализировать показатели, указывающие на скрытые проблемы. Часто предвестником эндокринной патологии становится метаболический синдром.

При метаболическом синдроме нарушается обмен веществ, снижается чувствительность клеточных рецепторов к инсулину, повышается сахар крови натощак и после приема пищи. В этом случае еще рано говорить о развитии полноценного сахарного диабета, но уже высок риск развития эндокринной патологии, что является показанием к хирургическому вмешательству.

Наследственная расположенность к эндокринным и сердечно-сосудистым заболеваниям также играет большую роль при оценке показаний к бариатрической операции. Если у ближайших родственников (родители, братья или сестры) имеется диабет, ИБС и другие хронические болезни, пациент находится в группе риска. В такой ситуации целесообразно действовать на опережение и проводить процедуру до развития необратимых заболеваний.

Патологические изменения в других органах и системах также учитываются при оценке показаний к операциям бариатрической хирургии. Примером может быть жировая дистрофия печени, варикозное расширение вен, остеохондроз позвоночника или артроз суставов нижних конечностей (эти, никак не связанные на первый взгляд заболевания, являются следствием ожирения). Своевременное проведение бариатрического вмешательства останавливает дегенеративные процессы, способствует достижению ремиссии и препятствует развитию необратимых изменений (цирроз печени, деформация суставов и т.п.).

Учитывая все вышесказанное, показанием к проведению бариатрических операций является:

- 1) ИМТ > 37,5 без наличия каких-либо сопутствующих ожирению или ИМТ > 32,5 с наличием диабета 2 типа / любых сопутствующих ожирению заболеваний;
- 2) Пациенты мотивированы, чтобы похудеть и приверженность долгосрочному наблюдению;
- 3) Пациент должен был попробовать консервативные методы потери веса и потерпел неудачу;
- 4) Бариатрическая хирургия должна рассматриваться только в возрасте от 18 до 65 лет;

- 5) Бариатрическая хирургия может рассматриваться у пациентов старше 65 лет при наличии сопутствующих заболеваний / инвалидности, связанных с тяжелым ожирением.

Несмотря на рост числа процедур бариатрической хирургии, существует всего несколько доступные мета-анализов, которые оценивают эффективность всех 3 обычно выполняемых бариатрических хирургических процедур. Обновленная сравнительная эффективность хирургические вмешательства были необходимы, поскольку за последние годы значительно возросло количество процедур СГ по сравнению с RYGB и LAGB, а также улучшились хирургические методы. (ChangSH, StollCR, SongJ, etal, 2014).

Результаты рассмотрения эффективности и безопасности трех наиболее часто выполняемых бариатрических хирургических процедур (RYGB, SG и LAGB) показали значительную разницу в снижении ИМТ между RYGB и LAGB, но не ясны между RYGB и SG. Не было значительной разницы в эффекте снижения веса между RYGB и SG, хотя они оба превосходили LAGB. Хотя LAGB менее эффективен с точки зрения потери веса, он привел к меньшему количеству осложнений по сравнению с другими 2 хирургическими методами.

1.4. Стандарты в бариатрической и метаболической хирургии.

Виды бариатрических операций

В настоящее время принятые бариатрические и метаболические операции основаны на принципах ограничительных, мальабсорбционных и комбинированных процедур.

На сегодняшний день бариатрическая хирургия является наиболее эффективной долговременной терапией для ведения пациентов с тяжелым

ожирением, и ее использование рекомендуется в соответствующих руководствах по лечению ожирения у взрослых.

Бариатрическая хирургия в целом безопасна и эффективна, но она может вызвать новые клинические проблемы и связана с конкретными диагностическими, профилактическими и терапевтическими потребностями. Для клиницистов приобретение специальных знаний и навыков необходимо для оказания надлежащей и эффективной помощи постбариатрическому пациенту. В настоящих рекомендациях обобщены основные понятия, необходимые для оказания адекватной медицинской помощи первого уровня постбариатрическим пациентам. Основная информация о питании, ведении сопутствующих заболеваний, беременности, психологических проблемах, а также профилактике и контроле за прибавкой в весе получена из текущих данных и существующих руководств. Краткий список клинических практических рекомендаций включен для каждого пункта. По-прежнему ясно, что направление в бариатрический многопрофильный центр, предпочтительно в центр, выполняющий оригинальную процедуру, следует рассматривать в случае более сложных клинических ситуаций.

Операция по лечению диабета 2 типа и метаболического синдрома у пациентов с ожирением или без него рассматривается как метаболическая операция, поскольку эти желудочно-кишечные хирургические процедуры оказывают антидиабетические и метаболические эффекты независимо от потери веса.

Бариатрические операции, помогающие избавиться от лишнего веса, можно разделить на три группы:

- рестриктивные операции, которые создают сужение в области верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и тем самым снижающие

количество съедаемой пищи (внутрижелудочный баллон, бандажирование желудка);

- мальабсорбтивные операции, снижающие всасывание питательных веществ в желудочно-кишечном тракте (например, билиопанкреатическое шунтирование);

- комбинированные операции, сочетающие оба принципа (например, желудочное шунтирование).

Следует обратить особое внимание, что такие операции, как липосакция и абдоминопластика, не являются бариатрическими операциями и для целей снижения веса не применяются.

Наиболее часто встречающиеся разновидности бариатрических операций, способствующих снижению веса — бандажирование желудка, гастропластика и желудочное шунтирование.

В настоящее время в мире применяется несколько стандартных бариатрических операций:

- бандажирование желудка;
- рукавная гастропластика;
- желудочное шунтирование;
- билиопанкреатическое шунтирование.

При бандажировании на верхнюю часть желудка накладывается кольцо (как правило, силиконовое). Бандажирование желудка — самое технически простое вмешательство среди всех бариатрических операций. Вместе с тем оно же является самым сложным и трудным в плане организации послеоперационного периода. Бандажирование позволяет добиться снижения веса на 50-60 % от избыточной массы тела. К сожалению, эта операция дает только временный эффект и почти всегда

приводит к развитию дилатационной эзофагопатии (то есть расширению и плохой работе) пищевода. Такие особенности этого метода привели к тому, что этот он почти перестал применяться в медицинской практике.

При рукавной гастропластике большая часть желудка удаляется, а из оставшейся части формируется тонкая трубка (рукав) диаметром 1 см. Такой желудок вмещает совсем мало пищи, и кроме этого, тонкий рукав служит препятствием для свободного прохождения пищи. Операция является анатомически необратимой в отношении желудка, так как при этом удаляется 90% его тела, вместе с тем при ней возможен обратный набор веса.

При желудочном шунтировании желудок прошивается микроскопическими титановыми скрепками, тем самым он разделяется на два отдела: маленький, объёмом 50 мл, и большой (остальной желудок). К маленькому желудку подшивается тонкая кишка коротким путём. Таким образом, человек после этой операции может съесть совсем мало, более того, значительная часть съеденной пищи проходит по короткому пути, тем самым снижается всасывание питательных веществ. Эта операция даёт 80% снижение избыточной массы тела. Большим преимуществом операции желудочного шунтирования является её обратимость, поскольку при ней не производится удаление органов и тканей, а только изменяется путь прохождения пищи.

При билиопанкреатическом шунтировании желудок также прошивается скрепками и к полученному малому желудку подшивается тонкая кишка. Отличия от желудочного шунтирования заключаются в том, что объём малого желудка составляет не 50, а 200 мл, но самое главное, что тонкая кишка подшивается по совсем короткому пути — так, что для всасывания жиров остаётся всего около 50 см тонкой кишки. Поэтому ведущим механизмом снижения веса при этой операции является очень

существенное снижение всасывания питательных веществ. Операция дает 90 % снижение избыточной массы тела.

Бариатрическая хирургия приводит к длительной потере веса и снижает сопутствующую патологию и смертность у пациентов с тяжелым ожирением (Jöström L, 2013). Общее количество бариатрических процедур, выполняемых во всем мире, в последние годы неуклонно увеличивается (Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N, 2015).

С другой стороны, бариатрические пациенты могут сталкиваться с новыми специфическими клиническими проблемами после операции. Пищевые привычки должны адаптироваться к новой желудочно-кишечной физиологии, а дефицит питательных веществ может возникнуть в зависимости от типа бариатрической процедуры. Управление заболеванием, связанным с ожирением, должно быть модулировано в соответствии с потерей веса с учетом возможности изменения фармакокинетики препарата. Особые проблемы могут возникнуть у женщин во время беременности, и пациенты могут испытывать некоторые психологические трудности при адаптации к глубоким изменениям пищевого поведения и образа тела. Наконец, восстановление веса может произойти и должно быть предотвращено и управляться (Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R. L., Farpour-Lambert, N., Fried, M., ... Yumuk, V., 2017).

Многопрофильное долгосрочное наблюдение рекомендуется после бариатрической операции, и обеспечение адекватной программы последующего наблюдения является обязательным для бариатрических центров (Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H, 2015). Однако, учитывая количество бариатрических пациентов, последующее наблюдение должно быть, по крайней мере, частично

перенесено на первичную помощь с течением времени. Бариатрические процедуры вызывают значительные и длительные изменения в привычках питания и пищевого поведения. Анатомические и функциональные модификации желудочно-кишечного тракта, производимые бариатрической хирургией, всегда требуют адаптации пищевого поведения пациентов к новой желудочно-кишечной физиологии, а также могут возникать специфические для процедуры проблемы и симптомы питания. Управление питанием постбариатрических пациентов требует специальных навыков в питании и вмешательства опытных диетологов и диетологов. Подробные руководства по послеоперационному бариатрическому питанию были опубликованы (AillsL, BlankenshipJ, BuffingtonC, FurtadoM, ParrottJ, 2008) и недавно обновлены (MechanickJI, YoudimA, JonesDB, GarveyWT, HurleyDL, McMahonMM, HeinbergLJ, KushnerR, AdamsTD, ShikoraS, DixonJB, BrethauerS, 2013). В этот раздел включена информация первого уровня о раннем, позднем и пожизненном управлении питанием, потреблении белка и добавках, а также конкретных проблемах питания. Краткий перечень дифференцированных клинических практических рекомендаций по управлению питанием представлен в таблице.

Большинство бариатрических процедур включают уменьшение объема желудка и / или создание небольшого желудочного мешочка.

1.5. Психологическое состояние пациентов до и после выполнения бариатрических операций

Чрезмерно избыточная масса тела оказывает влияние на уровень качества жизни человека, его трудоспособность и физическое состояние. Эта проблема давно перешла из эстетического рассмотрения в фактор, определяющий здоровье человека (Гурова О.Ю., Бобров А.Е., Романцова Т.И., Роик О.В., 2007).

Доказано, что для пациентов, имеющих избыточную массу тела (ИМТ > 40) и особенно, страдающих морбидным ожирением, общепринятые методы лечения, основанные на низкокалорийном питании, фармакотерапии, назначении определенных физических нагрузок и изменении жизненного распорядка, не приносят значительных, а главное, долгосрочных результатов в снижении массы тела. При морбидном ожирении наиболее эффективным является бариатрическая хирургия, которая получила скачок в своем развитии в 1990-х годах. Бариатрический метод лечение ожирения и в наши дни не только признается наиболее эффективным методом в борьбе с ожирением, но и используется повсеместно как альтернатива более консервативным методам лечения, повышая долговременность результатов и значительно улучшая метаболические отклонения (DetersHayes К.А., 2011). Бариатрические операции не только влияют на массу тела, но и оказывают положительный эффект на сопутствующие ожирению заболевания: артериальную гипертензию, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию и т.п.

В 2009 году был проведен метаанализ, охватывающий более 200 тыс. пациентов и по выведенной из него статистике видно, что в зависимости от вида бариатрического вмешательства, после проведения бариатрических операций 56-98 % составляет ремиссия диабета, 56-99 % – артериальной гипертензии, 43-83 % регресс дислипидемии.

Необходимо отметить, что бариатрическое вмешательство – это только начало пути в лечении пациентов, страдающих ожирением, и требует мультидисциплинарного подхода, включающего согласованную работу диетолога, эндокринолога, специалиста по лечебной физкультуре и специалистов из других дисциплин. Нужно понимать, что одним из наиболее важных критериев успешности лечения является оказание пациентам психологической помощи, включающей коррекцию нарушений психологического состояния в личностных и эмоциональных аспектах.

Психологическое сопровождение, направленное на реабилитацию и адаптацию к изменениям в физиологическое и психологической сферах, должно осуществляться на протяжении всего лечения, включая послеоперационный период. Анализ литературных данных показал, что наиболее важными параметрами в генезисе ожирения являются психологические факторы (Сидоров А.В., 2012), (DetersHayes К.А., 2011).

Для достижения наилучшего результата необходимо фокусироваться на всех трех компонентах, составляющих контроль массы тела: гормональный, когнитивно-поведенческий и эмоциональный. Часто методы лечения избыточной массы тела учитывают лишь один из факторов, что приводит к значительному снижению эффективности результатов (Kreier F., 2010).

В проведенных проспективных исследованиях эпидемиологии ожирения была выявлена временная корреляция между депрессией и ИМТ. Депрессивное состояние значительно увеличивает возможность возникновения ожирения в будущем. При этом стигматизация лиц, страдающих ожирением, приводит к повышению депрессивного состояния, тревожности и формированию низкой самооценки, а также отношение к своему «я», как к образу, приобретает негативную оценку. Психопатологический дистресс ухудшает качество жизни пациентов с ожирением значительно в большем объеме, чем соматические заболевания, сопутствующие ожирению (Старостина Е.Г., 2005). Анализ пациентов с морбидным ожирением, а также психическая оценка их состояния определили наличие у пациентов данной группы тревожные и депрессивные расстройства, а в более чем половине случаев были выявлены акцентуации характера и расстройства личности. При том к состоянию своего здоровья пациенты относились с усиленным вниманием, прослеживалось снижение контроля побуждений и отрицание тревоги (Гурова О.Ю., Бобров А.Е., Романцова Т.И., Роик О.В., 2007).

Люди с ИМТ подвержены расстройствам поведения (алкогольная зависимость, тревожные и обсессивно-компульсивные расстройства), часто это сопровождается снижением самооценки, неуверенностью в себе и слабыми способностями к адаптации в обществе и жизни в целом. Неудачные попытки снизить вес создают замкнутый круг, усугубляя депрессию, тревожность и самоощущение несостоятельности, еще больше занижая самооценку. При ожирении и при депрессивно-тревожных расстройствах наблюдаются схожие особенности поведения, мышления и восприятия: ригидность, склонность к эмоциональному «застреванию», непереносимость ситуации неопределенности, ожидание наихудших последствий (катастрофизация), деление мир на черное и белое, склонность к апатии, необоснованность выводов (Старостина Е.Г., 2004). Негативно воздействуют на результаты проводимого лечения такие поведенческие и психологические факторы, как преобладающий эмоциогенный тип поведения, снижение уровни самоэффективности на фоне большого количества предпринятых попыток сбросить вес, неудовлетворенность состоянием своего тела, неприятия состояния болезни (Moroshko I, Brennan L, O'Brien P., 2011).

Принимая решение об оперативном вмешательстве, направленном на снижение МТ, людям приходится делать один из самых серьезных в их жизни выбор. Многие пациенты прибегают к бариатрической хирургии как к магии, способной поменять не только их внешний вид, но и всю их жизнь. Однако для долгосрочного результата пациентам необходимо проявить ответственность и большую мотивацию при соблюдении всех послеоперационных рекомендаций, изменить свой образ жизни и поведенческие привычки. Отсутствие психологической подготовки, недовольство визуальным результатом (идеальное тело) и строгая необходимость соблюдать рекомендации способствуют повышенному

распространению депрессивных расстройств у пациентов, прошедших хирургическое лечение (Ростовцева Е., 2013).

Однако зарубежные исследования выявили некоторую неоднозначность психологических изменений в послеоперационном периоде у бариатрических пациентов. А именно, произошли положительные изменения в эмоциональной сфере: люди стали меньше ощущать себя беспомощными, стали проявлять большую открытость. Однако с обратной стороны, существуют исследования, обнаруживающие тенденцию к послеоперационным изменениям личности в отрицательную сторону в случае, когда мотивом проведения операции вместо медицинских показаний на первое место выступали психосоциальные соображения. По данным этих исследований, половина пациентов спустя 30 месяцев сохранили те же психологические проблемы, какие были у них до операции. По сравнительному анализу пациентов и их психологического состояния до и спустя 2 года после проведения хирургического вмешательства можно наблюдать некоторые противоречия. Например, у пациентов значительно повысилось качество жизни, но при этом как и до, так и после операции у них возникали тревожность и чувствительность в межличностных отношениях, основанные на неуверенности в себе (Гришкян Д.Р., 2010).

Ученые из Швеции провели проспективное исследование, охватив 4047 пациентов с избыточным весом и зафиксировав улучшение их психического здоровья после проведения операции. Через год после операции появилось множество аспектов изменения личности пациентов в положительную сторону: уровень тревоги и депрессии пошли на спад, пациенты ощущали себя уверенными в себе и привлекательными, что способствовало повышению их самооценки и улучшению качества жизни. Часть пациентов понимала, что не все их проблемы решаются операцией, и после ее проведения они уже не смогут использовать лишний вес как

причину для нестабильности своего эмоционального состояния. Но при этом предоперационные ожидания другой части пациентов оказывали разрушительное влияние на их психологическое здоровье, даже при условии значительного снижения массы тела, так как они были основаны на ожидании кардинальной трансформации жизни после бариатрического вмешательства (Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S., 2013).

Дооперационный период, по мнению хирургов российского бариатрического общества, неотъемлемо включает в себя поведенческие, пищевые и семейные факторы пациента, а также их психологическую оценку. Психологическая оценка позволяет разработать план ведения пациента после операции, основанный на его индивидуальных психологических и физиологических особенностях. Цель дооперационной психологической оценки – настроить и мотивировать пациента на длительное и успешное лечение, разобрать его ожидания от хирургического вмешательства, пищевые привычки и образ жизни в целом, исключить возможные ограничения к бариатрическим операциям, выявить и предупредить психологические проблемы послеоперационного периода (Российское общество бариатрических хирургов, 2014).

В России не проводились исследования психологического состояния и особенностей пациентов с избыточной массой тела, а именно с морбидным ожирением на протяжении всего пути лечения, за исключением крайне редких, единичных случаев фрагментарно проведенных исследований пациентов до и после операционного вмешательства, что крайне не способствует оказанию эффективной психологической поддержки пациентов с ожирением. Однако исследование психологических защит пациентов с морбидным ожирением, мотивом которого было оказание психологической поддержки и психотерапевтической помощи в послеоперационный период, выявило, что пациенты с наиболее развитым навыком придерживаться определенной

стратегии поведения, легче перестраиваются на новый режим питания (Фирсова Л.Д., Аскерханов Р.Г., 2015).

Для пациентов, применяющих хирургическое лечение ожирения, оперативное вмешательство является первым шагом к перемене образа жизни. Однако для снижения МТ и сохранения результата требуется приложение значительных усилий, направленных на изменение привычного образа жизни. Именно поэтому необходимо убедиться в готовности пациента к этим переменам перед проведением операции. Специалистам следует оценить психологическое состояние пациента с целью выявления психологических противопоказаний к проведению операции. После приведения бариатрической операции у 49% пациентов отмечались приступы потери контроля над пощевым поведением, что соответствует компульсивному ПП. При этом у пациентов отмечалось повышение уровня тревожности, возникновение депрессивной симптоматики, а также в некоторых случаях появлялось злоупотребление наркотическими веществами (KubikJF, GillRS, LaffinM, KarmaliS., 2013). психические расстройства могут оставаться или рецидивировать после операции, что приводит к повышенному риску самоубийства среди пациентов, перенесших бариатрические операции. Бариатрическая хирургия не только увеличивает риск суицидальных мыслей и / или поведения, но также повышает риск алкогольного заболевания.

В связи с этим неотъемлемой частью бариатрической хирургии должно являться психологическое сопровождение пациентов с морбидным ожирением в до- и послеоперационный период, а также помощь в процессе снижения МТ и, особенно, при поддержании достигнутых результатов. Лечащие врачи, которые сопровождают лечение пациентов с морбидным ожирением, должны учитывать важность многокомпонентной программы лечения, включающий психологический компонент, и использовать комплексный подход в работе (Старостина Е.Г., 2005).

В настоящее время бариатрические операции являются наиболее эффективным способом лечения морбидного ожирения не только по степени снижения веса, но и по улучшению метаболических показателей. Однако после бариатрических операций, особенно после ГШ и БПШ (наиболее эффективные), пациент сталкивается с множеством проблем, которые требуют пожизненного контроля и терапии.

Согласно данным проведенных исследований, в патогенезе и клинической картине ожирения важную роль играют как биологические, так и психологические факторы (Неймарк А.Е, Еганян Ш.А., Гринева Е.Н., 2016). Депрессия, тревога и ожирение негативно влияют друг на друга. Необходимо уделить внимание исследованию взаимосвязи эффективного лечения ожирения и психологических особенностей пациента, так как в настоящее время эта область является малоизученной.

Таким образом, при лечении морбидного ожирения необходим мультидисциплинарный подход, что позволяет воздействовать на проблему как с биологической, так и с психологической точки зрения, и охватывает все компоненты этиологии и патогенеза. В России, в отличие от развитых стран мира, такой подход еще является неразработанным и не используется при лечении ожирения. Отечественным специалистам до сих пор не удалось разработать алгоритм, определяющий показания и противопоказания к проведению хирургического лечения, регламентировать стандарты терапевтической и психологической помощи пациентам, организовать систему активного пожизненного наблюдения после оперативного вмешательства. Именно эта задача видится нам основной в улучшении методов лечения морбидного ожирения.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Объект исследования

В исследование включено 57 пациентов (35 женщин и 22 мужчины) с морбидным ожирением ($\text{ИМТ} \geq 40 \text{ кг/м}^2$), переносивших бариатрические вмешательства: продольная (рукавная) резекция желудка (ПРЖ), гастрощунтирование (ГШ), в возрасте от 27 до 60 лет. Пациенты наблюдались на базе хирургического отделения №2 ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова в течение в течение трёх лет после операции.

2.2. Методы и процедура исследования

В исследовании использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление особенностей пищевого поведения, удовлетворенности качеством жизни и уровня комплаентности: Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (VanStrien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B., 1986); опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями (Кадыров Р.В., 2014); BQL оценка качества жизни бариатрических пациентов (Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I., & Weiner, R. A., 2005); Трехфакторный опросник питания FEQ (Stunkard, A. J., & Messick, S., 1985).

1. Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (VanStrien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B., 1986)

Опросник DEBQ включает 33 вопроса, направленных на выявление трех компонентов пищевого поведения. Результатами опроса являются показатели по трем шкалам пищевого поведения: эмоциогенного, экстернального и ограничительного пищевого поведения. Нормальные значения по шкалам пищевого поведения для людей с нормальным весом

составляют: 2.4 балла по шкале «ограничительное ПП», 1.8 балла по шкале «эмоциогенное ПП» и 2.7 балла по шкале «экстернальное ПП».

Ограничительное пищевое поведение – это избыточные пищевые самоограничения и бессистемные диеты. Периоды ограниченного пищевого поведения сменяются периодами переизбытка с новым интенсивным набором веса. Периоды ограничительного ПП приводят к эмоциональной нестабильности – диетической депрессии.

Эмоциогенное пищевое поведение – гиперфагическая реакция на стресс, эмоциональное переизбытка. При таком ПП прием пищи вызван не голодом, а эмоциональным дискомфортом. При данном ПП еда является ответной реакцией на стресс, направленной на снижение сильных эмоциональных переживаний.

Экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (физиологический голод), а на внешние: доступность продуктов; гиперактивность к пищевым стимулам: внешнему виду пищи, запаху, вкусу; еда за компанию; частые перекусы.

В голландском опроснике пищевого поведения (DEBQ) было показано, что эмоциональное пищевое поведение включает в себя два измерения: одно связано с едой в ответ на недифференцированные эмоции, а другое – с едой в ответ на четко обозначенные эмоции. Три шкалы в опроснике имеют высокую внутреннюю согласованность, а также высокую факториальную достоверность. Сходство модели скорректированных коэффициентов корреляции между предметами и структуры фактора во всех подвыборках также указывает на высокую размерную стабильность шкал пищевого поведения.

2. *Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями (Кадыров Р.В., 2014)*

Опросник «Уровень комплаентности» ориентирован на выявление уровня комплаентности, которая в свою очередь представлена тремя составляющими:

– социальная комплаентность – стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение;

– эмоциональная комплаентность – склонность к соблюдению врачебных рекомендаций обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью;

– поведенческая комплаентность – стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие.

Опросник состоит из 66 вопросов, на которые испытуемый отвечает «всегда», «иногда» или «никогда». После того, как испытуемый оценит себя, подсчитываются баллы по 3-м вариантам проявления своего комплаентного поведения. За каждый положительный ответ, соответствующий ключу, начисляется – 2 балла. За каждый отрицательный ответ – 0 баллов. За неопределенный ответ – 1 балл. Общее количество баллов, набранное как по исследовательской, так и по диагностической версии опросника «Уровень комплаентности», характеризует общий уровень комплаентности, а также составляющие общего уровня: социальную комплаентность; эмоциональную комплаентность; поведенческую комплаентность.

Чем выше эти показатели, тем сильнее, устойчивее и глубже комплаентность личности. Суммарный показатель по каждому из параметров:

- от 0 до 15 – не выраженный показатель комплаентного поведения;
- 40 от 16 до 29 баллов – средне-выраженный показатель комплаентного поведения;
- от 30 до 40 балла – значительно выраженный показатель комплаентного поведения.

Общая комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и выражается, следующим образом:

- от 0 до 40 – низкий уровень комплаентности;
- от 41 до 80 – средний уровень комплаентности;
- от 81 до 120 – высокий уровень комплаентности.

Высокие баллы, полученные в ходе диагностики с помощью опросника (общая комплаентность), указывают на высокий уровень комплаентности и специфическое отношение человека к предлагаемому врачом лечению. Низкие баллы по результатам исследования (общая комплаентность) указывают на низкий уровень комплаентности.

3. Оценка качества жизни бариатрических пациентов BQL (Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I., & Weiner, R. A., 2005)

Опросник BQL направлен на оценку качества жизни вместе с сопутствующими заболеваниями и проблемами желудочно-кишечного тракта. Опросник проверен на надежность. BQL может помочь врачам в отборе пациентов для бариатрической хирургии, но его основная цель заключается в оценке результатов послеоперационных пациентов.

Наиболее очевидные преимущества BQL были обнаружены при рассмотрении чувствительности шкал. Использование BQL позволяет находить значительные результаты при меньших размерах выборки.

Опросник содержит 36 вопросов, направленных на диагностику качества жизни. Из них 12 вопросов отражают социально-психологические аспекты личности в отношении своего веса, 14 направлены на выявления соматических проявлений. Баллы BQL могут варьироваться от 0 до 77 баллов, низкие оценки означают худшие результаты.

4. *Трехфакторный опросник питания (FEQ) (Stunkard, A. J., & Messick, S., 1985).*

FEQ состоит из 51 вопроса для оценки трех когнитивных и поведенческих аспектов питания:

- Ограничение (склонность ограничивать потребление пищи для контроля МТ);
- Растормаживание (эпизоды потери контроля над пищевым поведением) – эмоциональная еда;
- Восприимчивость к голоду (внутреннее ощущение чувства голода и тяги к еде).

Минимальное количество баллов для трех факторов 0-0-0, максимальное – 20-16-15.

Исследование, в рамках которого был разработан опросник, установило, что колебания веса не были связаны с ограничением в питании, а были связаны с растормаживанием: чем выше был показатель растормаживания, тем сильнее человек набирал в весе.

Валидность опросника была подтверждена в последующих исследованиях. Так, исследование Marcus и Wing, проведенное в 1983

году, подтвердило корреляцию между обильным перееданием и фактором растормаживания, а также с фактором восприимчивости к голоду, но не с фактором ограничения. В работе Shrager и других было продемонстрировано, что с помощью опросника можно предсказывать реакцию индивидов на экспериментальные манипуляции и события в жизни.

2.3. Методы обработки результатов

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6,0. Математическое обеспечение работы включало расчёт среднего арифметического значения (M) и стандартного отклонения (SD). Проведен сравнительный анализ пищевого поведения до и после операции по методике Голландский опросник пищевого поведения DEBQ (использовался непараметрический статистический критерий Вилкоксона); сравнительный анализ уровня комплаентности до и после операции по методике Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями (использовался непараметрический статистический критерий Вилкоксона); сравнительный анализ результатов, полученных до операции по методике DEBQ по двум группам пациентов: удовлетворенные и неудовлетворенные качеством жизни после операции (использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок); применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена для выявления взаимосвязей в рамках трехфакторного опросника ПП (FEQ).

3.1. ОПИСАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

3.1. Результаты сравнительного анализа пищевого поведения до и после операции

Был проведен сравнительный анализ пищевого поведения (ПП) у пациентов, перенесших бариатрическое вмешательство, до и после операции (табл. 1). До операции у пациентов наблюдаются стойкие нарушения пищевого поведения: по всем трем шкалам Голландского опросника пищевого поведения DEBQ средние значения пациентов превышают нормативные значения. По результатам исследования у 96% пациентов выявлены нарушения ПП, при этом у 75% наблюдаются смешанные формы нарушения ПП, у 21% нарушения проявляются в выраженности единичного компонента (рис. 1). Среди пациентов, у которых выявлены нарушения ПП, у 28% преобладает ограничительный компонент ПП, у 35% экстернальный компонент ПП, у 37% эмоциональный компонент ПП. После операции у пациентов происходит изменение всех трех компонентов ПП: на первый план выходит ограничительный компонент ПП, свидетельствующий о том, что пациенты вынуждены ограничивать себя в питании, следуя послеоперационным рекомендациям. После бариатрической операции также наблюдается статистически значимое снижение показателей по экстернальному компоненту ПП. Это говорит о том, что большинство пациентов после операции стараются соблюдать рекомендации врачей, внешние стимулы становятся менее значимы в побуждении к приему пищи (рис. 2). После операции средний показатель по шкале экстернальный компонент ПП находится в пределах нормативных значений, тогда как по двум другим компонентам нарушения сохраняются. Повышение по эмоциогенному компоненту ПП после операции может привести к возврату пациента к привычному способу снятия эмоционального напряжения посредством еды.

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа пищевого поведения до и после операции (Голландский опросник пищевого поведения DEBQ)

Переменная	Показатели до операции (M±σ)	Показатели после операции (M±σ)	Уровень значимости различий, P
Ограничительное ПП	2,8±0,5	3,3±0,4	0,0496*
Эмоциогенное ПП	2,9±0,7	2,4±0,7	0,0956
Экстернальное ПП	3,5±0,7	2,5±0,5	0,0198*

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у пациентов с морбидным ожирением наблюдаются стойкие нарушения пищевых и поведенческих привычек как до, так и после операции. Однако после операции наблюдается изменение во всех трех компонентах ПП (табл. 1, рис. 2). После операции возрастают значения ограничительного пищевого поведения и значимо уменьшаются показатели экстернального ПП. Такая динамика в пищевом поведении свидетельствует о стремлении пациентов ориентироваться при приеме пищи на рекомендации врача, а не на внешние стимулы. Вместе с тем, нельзя исключать того, что усиление ограничений в пищевом поведении может вызвать рост внутреннего эмоционального напряжения и спровоцировать в последующем импульсивное эмоциогенное переедание (пищевые срывы), особенно, учитывая, что после операции у пациентов наблюдается нарушение пищевого поведения по эмоциогенному типу.

По результатам трехфакторного опросника пищевого поведения (FEQ), проведенного после операции было выявлено, что у пациентов в структуре пищевого поведения преобладает ограничительный компонент (табл. 2), что подтверждает данные, полученные по Голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ.

Таблица 2.

Результаты оценки ПП (по методике FEQ)

Шкала	М±σ
Ограничение ПП	12,11±5,29
Растормаживание	7,83±3,36
Восприимчивость к голоду	5,43±3,42

Относительные величины средних показателей по ограничительному пищевому поведению (ПП) выше, чем по двум другим компонентам пищевого поведения. У 60% пациентов значение этого показателя выше 14,00.

3.2. Результаты сравнительного анализа уровня комплаентности до и после операции

До операции у бариатрических пациентов с морбидным ожирением был средне-выраженный показатель общего уровня комплаентности. У 66% пациентов был выявлен высокий уровень комплаентности с преобладанием эмоциональной и поведенческой составляющей комплаентности, что отражается в склонности к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленной повышенной впечатлительностью и чувствительностью, а также в стремлении к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленном на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие. После проведения операции по всем трем компонентам комплаентности наблюдалось снижение, что отражалось и в снижении общего уровня приверженности лечению (табл. 3, рис. 3).

Таблица 3.

Оценка уровня комплаентности в до- и послеоперационный период у бариатрических пациентов

Переменная	Показатели до операции (M±σ)	Показатели после операции (M±σ)	Уровень значимости различий, P
Социальная комплаентность	29,5±3,7	25,5±5,4	0,0287*
Эмоциональная комплаентность	30,7±4,5	28,5±6,6	0,0913
Поведенческая комплаентность	27,5±5,8	25±6,2	0,0436*
Общий уровень комплаентности	87,7±13,3	79±18	0,0654

Статистически значимым является снижение социальной (СК) и поведенческой комплаентности (ПК), что характеризуется ослаблением стремления соответствовать предписаниям врача, пациент может потворствовать своим желаниям и не делать усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций.

В целом, показатели шкал комплаентности находятся в диапазоне средне-выраженного показателя комплаентного поведения как до, так и после операции. Через 6 месяцев после операции у пациентов снижается стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленных на прием препаратов, соблюдение диеты, изменение образа жизни, посещение клиники (в течение года после операции необходимо посещать лечащего врача раз в 3 месяца).

3.3. Результат оценки удовлетворенности качеством жизни после бариатрической операции и сравнительного анализа пищевого поведения до операции

Было проведено изучение удовлетворенности качеством жизни после операции. Результаты, полученные с помощью опросника BQL, указывают на неудовлетворительное восприятие качества жизни у большинства бариатрических пациентов после операции (табл. 4).

Таблица 4.

Результаты самооценки удовлетворенности качеством жизни у бариатрических пациентов после операции (шкала BQL)

Шкала	М±σ
Восприятие	44,46±5,87
Болезнь-специфические вопросы	4,08±1,08
Сумма баллов	47,54±6,40

Так как опросник BQL направлен больше на психологический компонент качества жизни и его субъективное восприятие, можно говорить о тенденции пациентов испытывать неудовлетворенность собственной жизнью. Как показано на рис. 4, 62% пациентов не удовлетворены качеством жизни после операции ($M\pm\sigma=43,72\pm4,76$), лишь 38% удовлетворены ($M\pm\sigma=53,65\pm2,92$); показатели второй группы ниже, чем средние показатели условно здоровых людей.

Нами были выделены 2 группы пациентов: удовлетворенные качеством жизни после операции и удовлетворенные. Был проведен сравнительный анализ результатов, полученных до операции по методикам Голландский опросник ПП (DEBQ) по этим группам пациентов. Группы были сформированы по результатам послеоперационного опроса по

методике BQL, направленной на оценку качества жизни у пациентов, перенесших бариатрическую операцию.

Сравнение данных, полученных по результатам методики DEBQ до операции, указывает на разницу по шкалам эмоциогенный и ограничительный компонент пищевого поведения у пациентов разных групп (табл. 5, рис. 5).

Таблица 5.

Результаты сравнительного анализа оценки ПП по методике DEBQ

Переменная	Группа 1 Удовл.ниже M±σ	Группа 2 Удовл.выше M±σ	t-критерий Стьюдента	Уровень значимости
Ограничительный компонент ПП	2,4±0,4	3,3±0,9	-2,214*	p<0,05
Эмоциогенный компонент ПП	3,1±1,2	2,1±1,1	2,455*	p<0,05
Экстернальный компонент ПП	3,7±0,7	3,1±0,6	1,317	p<0,05

Выявлена статистически значимая разница по эмоциогенному компоненту ПП до операции между группами пациентов удовлетворенными и неудовлетворенными качеством жизни после операции: пациенты, у которых преобладал эмоциогенный компонент ПП, удовлетворенность качеством жизни после операции ниже. При этом данное нарушение ПП не проходит после операции, эмоциогенное пищевое поведение и стремление снять напряжение с помощью приема пищи свойственно пациентом и после операции, как показано в таблице 1. При этом выявлена статистически значимая разница по шкале ограничительный компонент ПП. Пациенты, которые до операции ограничивали себя в потреблении пищи (у которых преобладал

ограничительный компонент ПП), после операции удовлетворены качеством жизни. Их образ жизни после операции не претерпел серьезных изменений, в отличие от пациентов другой группы. У пациентов, удовлетворенных качеством жизни после операции, были сформированы поведенческие привычки и способы совладения со стрессом, не связанные с приемом пищи, поэтому вынужденное ограничение в питании не сказалось на их качестве жизни после операции. Таким образом, пациенты, у которых до операции преобладал эмоциогенный компонент ПП, удовлетворенность качеством жизни после операции ниже, чем у пациентов, у которых до операции в ПП преобладало ограничение.

3.4. Результаты корреляционного анализа

По результатам корреляционного анализа выявлены взаимосвязи по шкалам трехфакторного опросника пищевого поведения (FEQ) и Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ) в послеоперационный период. Выявлена положительная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» (FEQ) и «эмоциогенное ПП» (DEBQ) ($r=0,43$, $p<0,05$). Шкала «восприимчивость к голоду» отражает внутреннее ощущение силы чувства голода и тяги к еде, а шкала «эмоциогенное ПП» характеризует эмоциональное переедание (прием пищи вызван не голодом, а эмоциональным дискомфортом). Выявленная корреляция может свидетельствовать о тесной связи физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. Также выявлена отрицательная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» (FEQ) и «ограничительное ПП» (DEBQ) ($r=-0,45$, $p<0,05$), что указывает на отсутствие стремления ограничить себя в потреблении пищи даже для контроля веса и размеров тела у пациентов, которые дифференцируют голод как физиологический (рис. 6).

3.5. Обсуждение результатов

До операции у пациентов в структуре нарушений пищевого поведения преобладают комбинированные формы, при этом преобладает эмоциогенный и экстернальный компонент пищевого поведения. При эмоциогенном или эмоциональном пищевом поведении стимулом к приему пищи является не голод, а желание снизить эмоциональное напряжение: уменьшить тревогу, раздражительность, грусть с помощью еды. При экстернальном пищевом поведении стимулом к приему пищи является также не физиологический голод, а внешние стимулы – принимающий пищу человек рядом, реклама пищевых продуктов (Вознесенская Т.Г., 2004). Стойкие нарушения пищевого поведения по экстернальному и/или эмоциогенному типу ведут к увеличению массы тела и морбидному ожирению.

У пациентов с морбидным ожирением после проведенной бариатрической операции меняется тип пищевого поведения в сторону более жесткого ограничения в приеме пищи, возрастает уровень ограничительного компонента ПП, для которого характерны хаотичные, непоследовательные эпизоды ограничения приема пищи, которые постоянно нарушаются, что ведет к декомпенсации в психической и вегетативной сфере – срывам (Волкова Е.Г., Романцева Т.И., Вознесенская Т.Г., Роик О.В., 2007). Наравне с возрастанием ограничительного компонента ПП снижается экстернальный компонент ПП, что является следствием соблюдения рекомендаций врачей после операции. Однако нарушение пищевого поведения по эмоциогенному типу не проходит после операции. Ограничение в питании у пациентов, которые не научились снимать эмоциональное напряжение способами, не включающими прием пищи, может привести к возврату пациента к привычному способу снятия эмоционального напряжения посредством еды, что опасно нарушением рекомендаций врачей и может привести к

послеоперационным нарушениям и повторному набору веса после операции.

По результатам сравнения групп пациентов по параметру удовлетворенности качеством жизни после операции было выявлено, что у пациентов, у которых до операции преобладал эмоциогенный компонент ПП, удовлетворенность качеством жизни ниже, чем у пациентов, имеющих другие нарушения ПП. Низкий уровень качества жизни может быть обусловлен тем, что после операции требуется изменение привычного образа жизни и питания. При эмоциогенном ПП это изменение может быть наиболее ощутимым, так как пациент не может справляться со стрессом привычным способом, необходимо выработать новые способы снятия эмоционального напряжения. При нарушениях пищевого поведения от пациента требуется больше волевого контроля и работа с психологической составляющей переживания, чем у пациентов, чье ожирение было вызвано состоянием истинного, физиологического голода, который исчезает после операции в связи с отсутствием фундального отдела желудка, продуцирующего гормон грелин (гормон голода). Без поиска новых способов реагирования и формирования новых устойчивых поведенческих привычек психологический компонент качества жизни у пациентов с нарушением пищевого поведения до операции будет низким, несмотря на улучшение физического компонента здоровья.

Также по данным, полученным после проведения бариатрической операции, наблюдается положительная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «эмоциогенное ПП», что указывает на связь физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением. Данные пациенты не способны различать эмоциональную составляющую пищевого поведения. Также отрицательная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «ограничительное ПП» указывает на отсутствие стремления ограничить себя в потреблении пищи у

пациентов, дифференцирующих голод как физиологический. Таким образом, пациенты расценивают внутреннее напряжение и эмоциональные переживания как физиологический голод, который они стремятся удовлетворить. Данный механизм неверной дифференциации причин голода может являться фактором повторного набора веса после операции.

После проведенной бариатрической операции у пациентов приверженность соблюдению рекомендаций врача снижается. Пациенты начинают нарушать предписанный режим, недооценивают возможные последствия и осложнения, начинают пренебрегать некоторыми аспектами лечения и соблюдения диеты. Высокий уровень комплаентности с преобладанием эмоциональной (ЭК) и поведенческой (ПК) составляющая комплаентности до операции указывает на тенденцию к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленную повышенной впечатлительностью и чувствительностью, а также в стремлении к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленном на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие. После проведения операции статистически значимым является снижение социальной (СК) и поведенческой комплаентности (ПК), что характеризуется ослаблением стремления соответствовать предписаниям, врача, обусловленного ориентацией на социальное одобрение, а также стремлением к точному соблюдению врачебных рекомендаций, направленном на преодоление болезни. После бариатрической операции пациенты склонны недооценивать возможные последствия и осложнения заболевания, пренебрегать некоторыми аспектами лечения. Пациенты в течении 6 месяцев резко теряют массу тела, что может расцениваться ими как выздоровление, однако на этом этапе лечение не заканчивается, несоблюдение рекомендаций врача, нарушение диеты может пагубно сказаться на работе ЖКТ и здоровье пациента.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты с морбидным ожирением имеют стойкие нарушения пищевого поведения как до, так и после операции. До операции преобладает эмоциогенный и экстернальный компонент ПП, что является фактором набора веса и необходимости оперативного лечения ожирения. После операции ведущим компонентом пищевого поведения становится ограничение, что может быть обусловлено стремлением соблюдать рекомендации врача, однако при сохраняющейся склонности к эмоциогенному перееданию, ограничение может провоцировать рост эмоционального напряжения и пищевые срывы.

2. У пациентов с морбидным ожирением до операции выявлен высокий показатель общего уровня комплаентности. После бариатрической операции отмечается снижение уровня комплаентности и ослабление стремления к точному соблюдению врачебных рекомендаций из-за недооценки возможных последствий и осложнений заболевания, а также из-за непривычной необходимости повышения волевого контроля. Данную особенность важно учитывать, так как это может привести к нивелированию эффекта операции и возврату к прежним привычкам питания.

3. Удовлетворенность качеством жизни у пациентов, у которых до операции ведущим был эмоциогенный компонент пищевого поведения, ниже, чем у пациентов, имеющих другие пищевые привычки. Низкий уровень качества жизни после операции может быть обусловлен тем, что при эмоциогенном пищевом поведении изменение привычного образа жизни и питания требует большего усилия воли и контроля, привычные способы поведения и снятия эмоционального напряжения становятся невозможны из-за необходимости выполнения послеоперационных рекомендаций.

4. Пациенты с морбидным ожирением не дифференцируют причины ощущения голода и принимают эмоциональный голод за физиологический, поэтому не стремятся ограничить себя в потреблении пищи, что важно учитывать в процессе сопровождения пациентов, поскольку такое поведение может являться риском набора веса после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ожирение является глобальной эпидемией, охватывающей миллионы людей. В этиологии состояния бариатрических пациентов необходимо понимать, что одним из значимых факторов является психологическое состояние пациентов и психологический компонент пищевого поведения. При лечении морбидного ожирения необходимо учитывать его психологический компонент, опираясь на мультидисциплинарный подход к лечению. Дисбаланс в пищевом поведении пациентов как до, так и после операции, а также постепенное снижение приверженности пациентов к соблюдению рекомендаций врача обуславливают важность психологического сопровождения бариатрических пациентов на всех этапах лечения, включая длительное наблюдение после оперативного вмешательства. Пациенты, ожирение которых вызвано психологическими факторами, нуждаются в психологическом сопровождении не только для снижения массы тела, но и для длительного поддержания эффекта операции.

Используя психологические методики, представляется возможным разработать алгоритм, определяющего показания и противопоказания к проведению бариатрического лечения, а также организовать систему наблюдения пациентов на всем этапе их лечения, включая также пожизненное наблюдение после оперативного вмешательства.

По результатам нашего исследования, у пациентов наблюдается субъективная неудовлетворенность качеством жизни, что является причиной и следствием ожирением. Субъективная неудовлетворенность качеством своей жизни является одной из причин эмоционального переедания. Психологические программы, направленные на улучшение восприятия качества жизни, могут помочь в борьбе с ИМТ. Пациенты,

ожирение которых вызвана психологическими факторами, нуждаются в психологическом сопровождении на время снижения МТ и поддержания.

В результате полученных выводов, указывающих на роль ограничительного компонента ПП у людей с ИМТ и последующих срывов с набором веса, стоит уделить внимание созданию программ, направленным на информировании пациентов о составе продуктов и их калорийности, о традиционных поведенческих стратегиях при реакции на стимулы. Также необходимо обучать пациентов эмоционально-волевому контролю и различать физиологический и психологической голод для снижение потребления калорий при воздействии психологического компонента пищевого поведения.

По нашим данным, пациенты, с доминирующим экстернальным ПП, высокими показателями по шкалам социального и физического функционирования и психического здоровья, испытывают неудовлетворенность качеством жизни после операции. Таким образом, при дооперационном опросе становится возможным выделить пациентов, которые находятся в зоне риска быть неудовлетворенными операцией и своей жизнью после операции. Психологическая коррекция данных пациентов может повысить их уровень комплаентности на этапе лечения, качество жизни после операции и удовлетворенность лечением.

Таким образом, воздействуя на психологические компоненты ПП и учитывая особенности психологического состояния бариатрических пациентов, имеет смысл проводить психологическую коррекцию в до- и послеоперационный период.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондаренко И.З., Бутрова С.А., Гончаров Н.П. и др. Лечение морбидного ожирения. Национальные клинические рекомендации. Ожирение и метаболизм. 2018; 1: 53–70.
2. ВОЗ // Ожирение и избыточный вес – <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. 2004; 2: 2–6.
4. Волкова Е.Г., Романцева Т.И., Вознесенская Т.Г., Роик О.В. Пищевое поведение у пациентов с ожирением // Ожирение и метаболизм. 2007; 2: 19-20.
5. Гришкян Д.Р. Стратегия и тактика диагностики и хирургического лечения ожирения и его последствий. Автореф. ... дис. д-рамед. наук. М., 2010.
6. Гурова О.Ю., Бобров А.Е., Романцова Т.И., Роик О.В. Метаболические и психопатологические особенности у больных морбидным ожирением. Ожирение и метаболизм. 2007; 3: 28–32.
7. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 456 с.
8. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (пленарная лекция) // Сахарный диабет. – 2010. – № 3(48). – С. 6–13.
9. Дедов И.И., Яшков Ю.И., Ершова Е.В. Инкретины и их влияние на течение сахарного диабета 2 типа у пациентов с морбидным ожирением после бариатрических операций. Ожирение и метаболизм. 2012; 2: 3–10.
10. Ершова Е.В., Яшков Ю.И. Состояние углеводного и липидного обмена у пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа после

- билиопанкреатического шунтирования. Ожирение и метаболизм. 2013; 3: 28–36.
11. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
 12. Клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии. М.: Российское общество бариатрических хирургов, 2014.
 13. Кривцова, Е.В. Современные позиции бариатрической медицины / Е.В. Кривцова. – Лечащий врач. 2007. – № 6. – С. 76–81.
 14. Курганов И.А., Матвеев Н.Л. Лапароскопическая бариатрическая хирургия как метод лечения сахарного диабета 2-го типа у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом (рус.) // Эндоскопическая хирургия. — 2014. — Т. 20, № 3. — С. 53-61.
 15. Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гринева Е.Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // Consilium Medicum. 2016. №4.
 16. Постановление Международной федерации хирургии ожирения (IFSO) от 5 сентября 1999 года. Obesity Surgery 1999; 9: 291.
 17. Ростовцева Е. Психология подготовки к бариатрической операции и жизни после нее. Практическое руководство для пациентов. М., 2013. <http://bariatricresults.ru/other/book.shtml>.
 18. Сидоров А.В. Стили пищевого поведения и психологические характеристики клиентов программ снижения веса с алиментарным ожирением. Автореф. ... дис. канд. психол. наук. СПб, 2012.
 19. Старостина Е.Г. Особенности диагностики и лечения психосоматических расстройств в работе врача общей практики. В сб.: Альманах клинической медицины. Т. VII. Под. ред. В.И.Шумского. М., 2004; с. 239–49.

20. Старостина Е.Г. Расстройства приема пищи: клинико-эпидемиологические аспекты и связь с ожирением. *Врач*. 2005; 2: 28–30.
21. Фирсова Л.Д., Аскерханов Р.Г. Психотерапевтическая поддержка пациентов после бариатрических операций. Сборник тезисов 5–6 марта 2015 г. 41-я научная сессия ЦНИИГ «Расширяя границы».
22. Яшков Ю.И., Ершова Е.В. «Метаболическая» хирургия // Ожирение и метаболизм. 2011; 3: 65–8.
23. Abu Dayyeh BK, Lautz DB, Thompson CC: Gastrojejunal stoma diameter predicts weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:228-233.
24. Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtado M, Parrott J; Allied Health Sciences Section Ad Hoc Nutrition Committee: ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Surg Obes Related Dis* 2008;4(suppl):S73-S108.
25. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N: Bariatric surgery worldwide 2013. *Obes Surg* 2015;25:1822-1832.
26. Appolinario J., Bacaltchuk J., Sichieri R. et al. A randomized, doubleblind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder // *Archives of General Psychiatry*. – 2003. – № 60. – P. 1109–16.
27. Beck A.T. An Inventory for Measuring Depression // *Archives of general psychiatry*. – 1961. – Т. 4. – №. 6. – P. 561-571.
28. Buchwald H., Avidor Y., Braunwald E. et.al. Bariatric surgery: a systematic review and meta- analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724- 1737.
29. Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R. L., Farpour-Lambert, N., Fried, M., ... Yumuk, V. (2017). Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obesity Facts*, 10(6), 597–632.

30. Chang SH, Stoll CR, Song J, et al. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2013–2012. *JAMA Surg* 2014;149:275–87.
31. Culbert, K. M., Burt, S. A., McGue, M., Iacono, W. G., & Klump, K. L. (2009). Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 788–796.
32. Deters-Hayes K.A. Расстройства пищевого поведения: психодинамическая концептуализация заболевания. *Психоневрология и нейропсихиатрия*. 2011; 7 (34): 36–41.
33. Fried M, Yumuk V, Oppert J et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders – European Chapter (IFSO – EC) and European Association for the Study of Obesity (EASO). 2014; 24 (1): 42–55
34. Hill J., Wyatt H., Reed G. et al. Obesity and environment: where do we go from here? // *Science*. – 2003. – № 299. – P. 853–5.
35. Johns, M. W. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6), 540–545.
36. Jöström L: Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med* 2013;273:219-234.
37. Kreier F. To be, or not to be obese—that’s the challenge: a hypothesis on the cortical inhibition of the hypothalamus and its therapeutic consequences. *Medical Hypotheses* 2010; 75 (2): 214–7.
38. Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *J Obes* 2013; 5.
39. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon JB, Brethauer S: Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update:

- cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21(suppl 1):S1-S27.
40. Mitchell JE, Crosby R, de Zwaan M, Engel S, Roerig J, Steffen K, Gordon KH, Karr T, Lavender J, Wonderlich S: Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21:665-672.
41. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2011; 12: 912–34.
42. Nutrition recommendations and interventions for Diabetes. A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care* vol. 31, Supplement 1, January 2008, p 561-578
43. Rubino, F., Kaplan, L. M., Schauer, P. R., & Cummings, D. E. (2010). The Diabetes Surgery Summit Consensus Conference. *Annals of Surgery*, 251(3), 399–405.
44. Saunders R: Post-surgery group therapy for gastric bypass patients. *Obes Surg* 2004;14:1128-1131.
45. Segal A, Kinoshita K, Kusunoki D, Larino MA: Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obes Surg* 2004;14:353-360.
46. Snoek, H. M., Van Strien, T., Janssens, J. M. A. M., & Engels, R. C. M. E., (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 23–32.
47. Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457.

48. Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83.
49. Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295–315.
50. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1994
51. Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I., & Weiner, R. A. (2005). The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients. *Obesity Surgery*, 15(4), 538–545.
52. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H; Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity: European guidelines for obesity management in adults. *Obes Facts* 2015;8:402-424.
53. Zigmond A.C. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983. – Vol.67. – P.361 – 370.
54. Zimmer P., Alberti K., Shaw G. Global and societal implications of the diabetes epidemic // *Nature*. – 2001. – № 414. – P. 782–7.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Рисунок 1.

Результаты исследования пищевого поведения (по методике DEBQ) в дооперационный период



Рисунок 2.

Оценка пищевого поведения в до- и послеоперационный период у бариатрических пациентов (Голландский опросник пищевого поведения DEBQ)

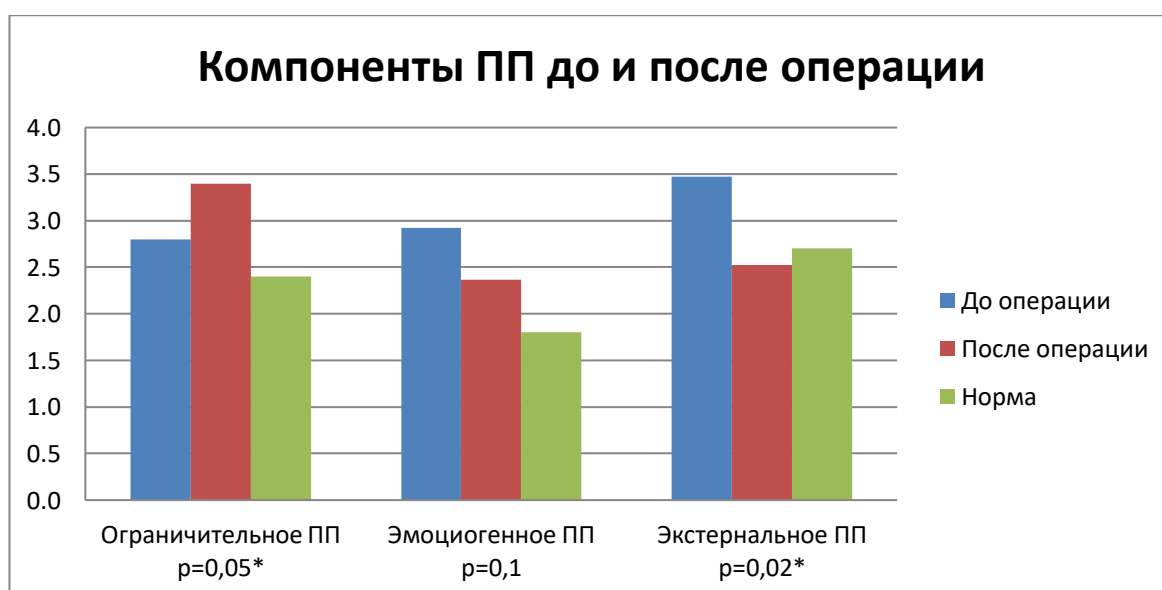


Рисунок 3.

Оценка уровня комплаентности в до- и послеоперационный период у бариатрических пациентов

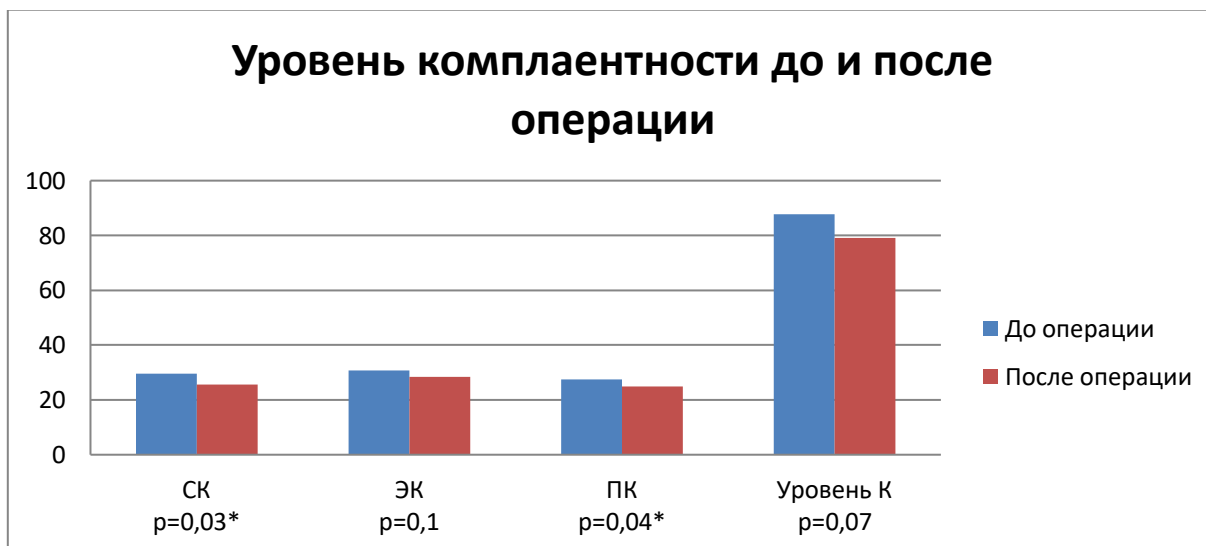


Рисунок 4.

Оценка удовлетворенности качеством жизни по методике BQL после операции

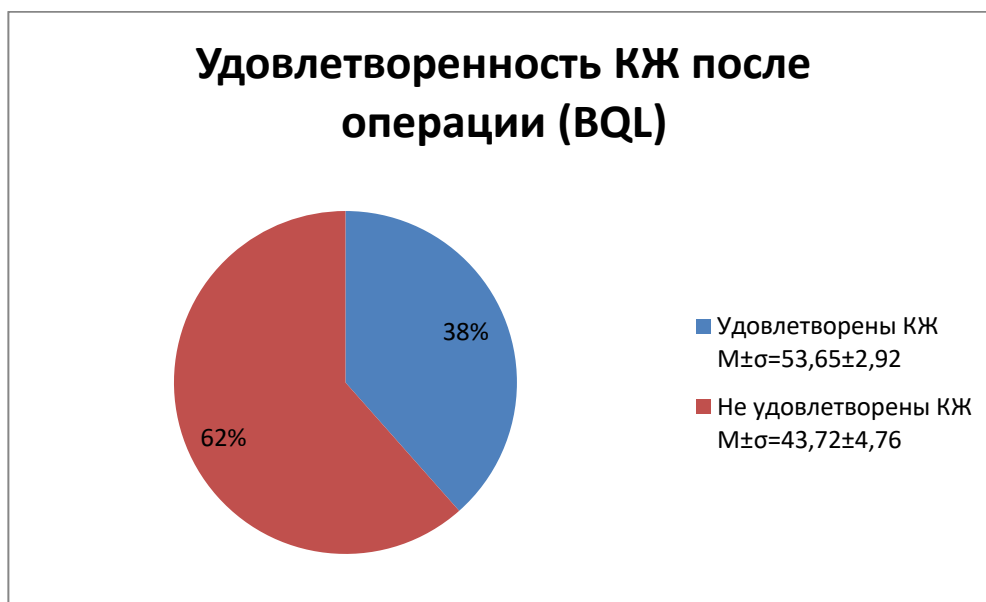


Рисунок 5.

Сравнение пищевого поведения до операции по методике DEBQ групп удовлетворенной и неудовлетворенной КЖ после операции

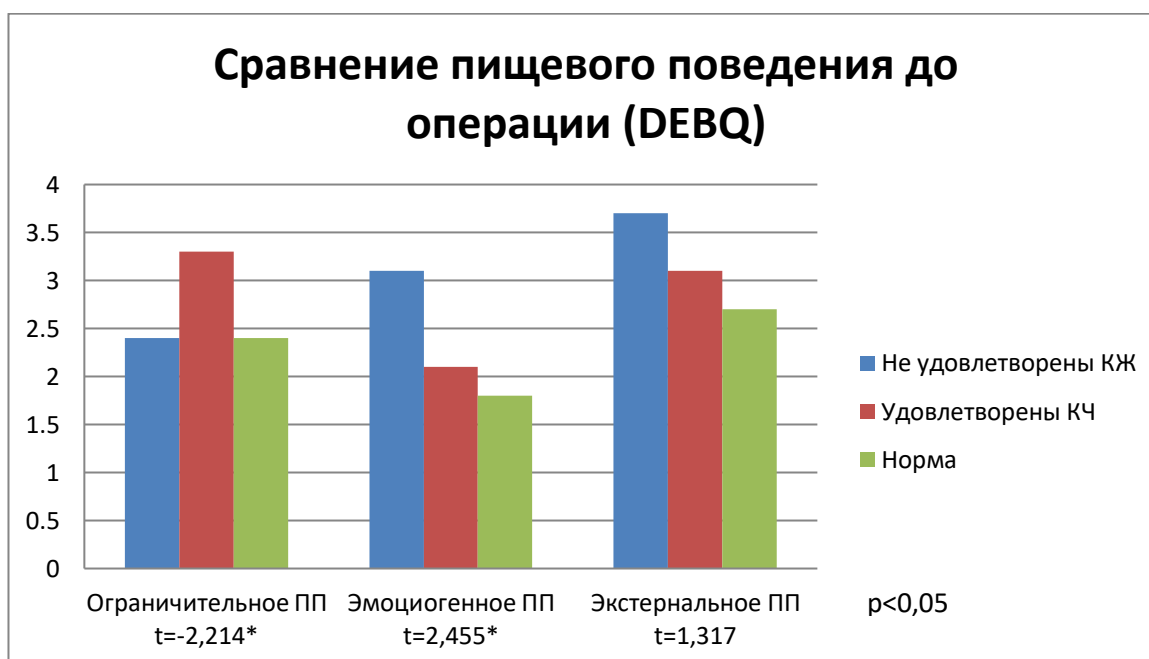


Рисунок 6.

Результаты корреляционного анализа по методикам DEBQ и

