

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

ВАРИКАШ Д.В.¹, ДОРОХ Н.Н.¹, БОГДАН В.Г.²

¹4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко, г. Минск, Республика Беларусь

²Военно-медицинский институт УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2021. – Том 20, №5. – С. 49-57.

EATING DISORDERS IN MORBID OBESITY PATIENTS

VARIKASH D.V.¹, DOROKH N.N.¹, BOGDAN V.G.²

¹The 4th City Clinical Hospital named after N.E. Savchenko, Minsk, Republic of Belarus

²Military Medical Institute at Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2021;20(5):49-57.

Резюме.

Цель – определить распространённость и типологию, а также установить факторы, влияющие на изменение пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением.

Материал и методы. Методом сплошной выборки проведен анализ встречаемости типов нарушения пищевого поведения у 154 пациентов с морбидным ожирением, проходивших плановое хирургическое лечение по поводу ожирения на базе Центра герниологии и бариатрической хирургии УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко» за период 2016-2017 гг. Дополнительно было проведено анкетирование типа нарушения пищевого поведения у 81 пациента с морбидным ожирением в до- и послеоперационном периоде после выполнения бариатрического лечения.

Результаты. Проведено изучение распространённости, типологии расстройств ПП, ассоциированных с морбидным ожирением, оценка наличия корреляционной зависимости между индексом массы тела (ИМТ) и пороговым значением нарушения пищевого поведения, оценка изменения пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением в послеоперационном периоде.

Заключение. Девиантные формы пищевого поведения являются специфическим критерием морбидного ожирения с доминирующим эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения при индексе массы тела более 60 кг/м². Выполнение у пациентов с ограничительным типом нарушения пищевого поведения рестриктивной либо комбинированной бариатрической операции полностью нивелирует имеющееся нарушение пищевого поведения спустя 12 месяцев после операции с сохранением положительного результата в отдаленном периоде.

Ключевые слова: морбидное ожирение, бариатрическая операция, нарушение пищевого поведения, выбор бариатрической операции, метаболический синдром, опросник пищевого поведения.

Abstract.

Objectives. To determine the prevalence and typology, as well as to establish the factors influencing the change of eating behavior in patients with morbid obesity.

Material and methods. The method of continuous sampling was used to analyze the incidence of eating disorders types in 154 patients with morbid obesity who underwent planned surgical treatment for obesity at the Center for Herniology and Bariatric Surgery of the 4th City Clinical Hospital named after N.E. Savchenko during the period from 2016 to 2017. Additionally, a survey on the type of eating disorders was carried out in 81 patients with morbid obesity in the pre- and postoperative period after providing bariatric treatment.

Results. The prevalence, typology of eating disorders associated with morbid obesity were studied, the assessment of the presence of correlation between body mass index (BMI) and the threshold value of eating disorders, as well as the assessment of changes of eating behavior in patients with morbid obesity in the postoperative period were made.

Conclusions. Deviant forms of eating behavior are a specific criterion for morbid obesity with a dominant emociogenic

type of eating disorder with a body mass index of more than 60 kg / m². Performing restrictive or combined bariatric surgery in patients with a restrictive type of eating disorder completely eliminates the existing eating disorder in 12 months after the operation, while maintaining a positive result in the long-term period.

Key words: morbid obesity, bariatric surgery, eating disorder, choice of bariatric surgery, metabolic syndrome, eating behavior questionnaire.

На сегодняшний день бариатрическая хирургия является достоверно лучшим методом лечения ожирения с точки зрения потери веса и контроля этой потери. Хотя бариатрические вмешательства эффективны, 20-30% пациентов в течение 24 месяцев после операции начинают набирать вес. «Эмоциональное» переедание – модель поведения, которая обуславливает прогноз неблагоприятного исхода [1].

В целом, современные исследования по-прежнему противоречивы, но результаты показывают, что предоперационные когнитивные функции, личностные особенности, психическое здоровье, комплекс психологических переменных и переедание могут предсказать послеоперационную потерю веса, поскольку эти факторы влияют на послеоперационное пищевое поведение (ПП) [2].

Существуют различные классификации расстройств ПП. S.C. Grunert (1989) предлагает выделять внешне обусловленное ПП – употребление пищи под действием внешних факторов (вид пищи, запах и т.д.) при игнорировании внутренних сигналов; ограничительное – ограничение в пище независимо от чувства насыщения; эмоциональное – увеличение аппетита под действием эмоциональных факторов [3].

На наш взгляд, наиболее приемлемой в практике врача является классификация нарушений ПП, рекомендованная Т.Г. Вознесенской, в работе которой суммированы и дополнены критерии диагностики различных типов ПП [4]. Согласно этой классификации, выделяют три типа нарушений ПП: экстернальное, эмоциогенное и ограничительное. Выделение этих типов нарушения ПП поддержано и другими авторами [5-8].

Экстернальное ПП проявляется повышенной реакцией пациента не на внутренние стимулы (уровень глюкозы и жирных кислот в крови, наполненность желудка и его моторика), а на внешние (вид еды, реклама пищевых продуктов и т.д.). Люди с экстернальным ПП едят независимо от того, когда они последний раз принимали пищу [9-11]. Эти пациенты переедают «за компа-

нию», при приеме пищи в гостях, при перекусах на улице, покупают излишнее количество продуктов в супермаркетах [11].

Эмоциогенное ПП проявляется тем, что при эмоциональном напряжении, волнении, тревожности или сразу после окончания действия фактора, вызвавшего стресс, у человека резко усиливается аппетит и возникает желание есть. Основным проявлением эмоциогенного ПП является эмоциональное переедание на стресс. Герберт Шелтон образно называл этот вид переедания «пищевым пьянством» [12].

Третий тип нарушения ПП – ограничительное ПП. Под ним понимают избыточные пищевые самоограничения и бессистемные строгие диеты, к которым периодически прибегают больные ОЖ. Периоды ограничительного ПП зачастую сменяются периодами булимии с набором веса. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения диет, получила название диетической депрессии: повышенные раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение, удрученность и т.д. Диетическая депрессия приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты. После таких эпизодов у пациентов формируются чувство вины, снижение самооценки и неверие в возможность излечения [4]. Необходимо подчеркнуть, что ограничительный тип нарушений ПП, несмотря на свою безобидность, способствует ОЖ, так как за периодами строгих, но бессистемных пищевых ограничений следуют периоды переедания [13].

Значительное внимание исследователей привлекают как частота нарушений ПП при ожирении (ОЖ), так и структура этих нарушений. У лиц с избыточной массой тела (МТ) и ОЖ по сравнению с лицами, имеющими нормальную МТ, отмечается повышенная частота нарушений ПП. Явные нарушения ПП регистрируются у 60% пациентов с ОЖ [5, 14], у остальных могут выявляться нарушения питания, протекающие скрыто [14]. По данным Л.В. Савельевой (2011), Т.Г. Вознесенской (2004),

нарушения ПП выявляются у подавляющего большинства больных ОЖ [4, 15]. Чем больше период существования ОЖ, тем чаще диагностируются эмоциогенный, экстернальный типы ПП и уменьшается частота встречаемости ограничительного типа ПП. По данным Т.Г. Вознесенской, практически у всех пациентов с ОЖ в той или иной степени выражено экстернальное ПП [4].

Для оптимизации процесса диагностики нарушений ПП, выявления целевых симптомов и особенностей поведения пациента созданы различные опросники, которые могут использоваться в клинической практике как в качестве скринингового метода для первичной идентификации особенностей ПП, так и дополнительно при проведении диагностического интервью, а также в исследовательских целях. К основным опросникам можно отнести [16]:

1. Шкала оценки пищевого поведения (Eating Disorder Inventory, EDI) предназначена для оценки ПП и психологических особенностей, связанных с питанием, служит для выявления расстройств приема пищи, в первую очередь нервной анорексии и нервной булимии. «Исследование нарушений пищевого поведения» (Eating Disorder Examination, EDE) – структурированный опросник, состоящий из 4 шкал: направленное пищевое поведение (ограничение питания), психологическая озабоченность едой, озабоченность массой тела и озабоченность по поводу фигуры.

2. Для экспресс-оценки ПП можно использовать короткий и простой опросник SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food), включающий 5 вопросов, касающихся основных особенностей поведения при нервной анорексии и нервной булимии.

3. Голландский опросник пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) был создан для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального ПП. Данный опросник наиболее широко применяется при проведении клинических научных исследований.

4. Часто в клинической практике используют 3-фазный опросник (Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ), или опросник Стункарда, созданный для оценки когнитивных и поведенческих аспектов питания: ограничение (склонность ограничивать потребление пищи для контроля массы и размеров тела), растормаживание (эпизоды потери контроля над ПП) и восприимчивость к голоду (внутреннее ощущение силы чувства голода и тяги к еде).

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению роли нарушения пищевого поведения в патогенезе ожирения, вопросы, касающиеся особенностей патологической пищевой аддикции у пациентов с морбидным ожирением, остаются мало исследованными и в настоящее время.

Цель исследования – определить распространенность и типологию, а также установить факторы, влияющие на изменение пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением.

Материал и методы

Дизайн исследования: проспективное, однокцентровое, открытое.

Критерии включения в исследование: наличие у пациента морбидного ожирения с индексом массы тела (ИМТ) более 40 кг/м²; согласие пациента на заполнение опросника по определению типа нарушения пищевого поведения (ТНПП).

Критерии исключения: обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; беременность; онкологические заболевания; психические расстройства; злоупотребление психоактивными веществами; некоторые виды расстройств личности (психопатий), нервная булимия; необратимые изменения со стороны жизненно важных органов (ХСН III-IV функциональных классов, печеночная, почечная недостаточность и др.).

Методом сплошной выборки проведен анализ встречаемости типов нарушения пищевого поведения у 154 пациентов с морбидным ожирением, проходивших плановое хирургическое лечение по поводу ожирения на базе Центра герниологии и бариатрической хирургии УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко» за период 2016-2017 гг., среди них 51 мужчина (33,12%) и 103 женщины (66,88%) в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст 41,72±7,62 лет) с ИМТ от 40 кг/м² до 76 кг/м² (средний ИМТ 50,63±6,20 кг/м²).

В зависимости от ИМТ все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 133 пациента с ИМТ 40-60 кг/м², во вторую группу – 21 пациент с ИМТ более 60 кг/м².

В первую группу были включены 133 пациента: 42 мужчины (31,58%) и 91 женщина (68,42%), в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст составил 41,74±7,93 года), с ростом от 150 до 196 см (средний рост составил 171,83±7,38 см), с весом от 100 до 200 кг (средний вес со-

ставил $143,51 \pm 18,97$ кг), с ИМТ от 40 до 60 кг/м² (средний ИМТ составил $48,44 \pm 4,59$ кг/м²).

Во вторую группу вошел 21 пациент, 9 мужчин (42,86%) и 12 женщин (57,14%), в возрасте от 27 до 57 лет (средний возраст составил $41,60 \pm 5,66$ года), с ростом от 154 до 190 см (средний рост составил $169,0 \pm 7,81$ см), с весом от 145 до 270 кг (средний вес составил $184,81 \pm 17,91$ кг), с ИМТ от 61 до 76 кг/м² (средний ИМТ составил $64,48 \pm 3,36$ кг/м²).

С целью установления возможного влияния хирургического лечения на изменение характера пищевого поведения дополнительно было проведено анкетирование исходно и в сроки 3, 6, 12 и 24 месяца после выполнения различных вариантов бариатрических операций 81 пациента с морбидным ожирением, которые проходили плановое оперативное лечение в городском центре герниологии и бариатрической хирургии на базе УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска в период с 2014 по 2017 гг.

Тип нарушения пищевого поведения пациента с морбидным ожирением определяли на основании количественных результатов Голландского опросника пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ), который состоит из 33 вопросов [17].

На каждый вопрос пациент самостоятельно оценивал в отношении себя как: «Никогда» (1 балл), «Редко» (2 балла), «Иногда» (3 балла), «Часто» (4 балла) и «Очень часто» (5 баллов), 31-ый вопрос анализировался в противоположных значениях. Вопросы 1-10 составляют шкалу ограничительного пищевого поведения (10 вопросов), вопросы 11-23 – шкалу эмоциогенного (13 вопросов), вопросы 24-33 – шкалу экстернального (10 вопросов). Количественное значение по шкале равно среднему арифметическому значению баллов по этой шкале (сумма всех баллов по каждой шкале деленная на количество вопросов в шкале). За нормативные данные для экстернального типа

нарушения пищевого поведения принимали 2,68 балла, для эмоциогенного – 2,03 и для ограничительного – 2,43. Тип нарушения пищевого поведения устанавливали в случае если по какой-либо из шкал набрано количество баллов, превышающее пороговое значение. При наличии набранных баллов по двум и более шкалам преобладающий тип нарушения пищевого поведения выставляли по шкале с наибольшим значением баллов [17].

Статистическую обработку данных осуществляли с применением прикладного программного пакета «STATISTICA» (Version 10-Portable, StatSoft Inc.). При сравнении групп использовался критерий χ^2 Пирсона, точный критерий Фишера, Краскела-Уоллиса, медианный тест, корреляционный анализ Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ результатов опросников DEBQ позволил установить наличие нарушений пищевого поведения у всех 154 пациентов (100%) с морбидным ожирением.

В первой исследуемой группе (ИМТ 40-60 кг/м²) отмечено незначительное преобладание экстернального ТНПП (58 пациентов (43,61%)), у 43 пациентов выявлен эмоциогенный ТНПП (32,33%), ограничительный ТНПП присутствовал у 32 пациентов (24,06%) (табл. 1).

Доминирующим ТНПП для пациентов второй группы (ИМТ более 60 кг/м²) определен эмоциогенный ТНПП (11 пациентов (52,38%)), экстернальный и ограничительный ТНПП встречались в равной степени (у 5 пациентов (23,81%), соответственно).

Достоверных различий по частоте встречаемости основных ТНПП между группами установлено не было.

При анализе зависимости между полом и ТНПП в группе пациентов с ИМТ 40-60 кг/м²

Таблица 1 – Частота встречаемости основных типов нарушения пищевого поведения в исследуемых группах

Тип нарушения пищевого поведения	Группа 1 Индекс массы тела 40-60 кг/м ² (n=133)	Группа 2 Индекс массы тела более 60 кг/м ² (n=21)
Эмоциогенный	43 (32,33%)	11 (52,38%)
Экстернальный	58 (43,61%)	5 (23,81%)
Ограничительный	32 (24,06%)	5 (23,81%)

были получены следующие результаты (табл. 2).

По данным анализа в первой группе пациентов статистически значимой зависимости между полом и ТНПП не выявлено ($p>0,05$), в то же время все ТНПП преобладали у женщин.

В группе пациентов с ИМТ >60 кг/м² статистически значимой зависимости между полом и ТНПП не выявлено ($p>0,05$), однако установлена статистически значимая зависимость между эмоциогенным и ограничительным ТНПП по полу ($p<0,05$), при этом эмоциогенный ТНПП преобладал у женщин, другие ТНПП не преобладали ни у мужчин, ни у женщин (табл. 3).

По данным анализа в группе пациентов с 40-60 кг/м² статически значимой зависимости между возрастом и ТНПП не выявлено ($p>0,05$). Ограничительный и экстернальный ТНПП преобладали в возрастной группе 31-50 лет, эмоциогенный ТНПП доминировал в возрастной группе

31-40 лет (табл. 4).

Статически значимой зависимости во второй группе пациентов с ИМТ >60 кг/м² между возрастом и ТНПП не выявлено ($p>0,05$), однако имелись статистически значимые отличия между ограничительным и экстернальным ТНПП ($p<0,05$). Ограничительный ТНПП преобладал в возрастной группе 41-50 лет, другие ТНПП не преобладали ни в одной из возрастных групп (табл. 5).

По результатам проведенного анализа во всех группах пациентов статически значимой зависимости между весом и ТНПП выявлено не было. Вместе с тем в весовых группах 111-120 кг и 141-150 кг преобладал экстернальный ТНПП.

В первой исследуемой группе у 36 пациентов выявлена ишемическая болезнь сердца и(или) артериальная гипертензия (27,07%), у 15 пациентов сахарный диабет или нарушение толерантно-

Таблица 2 – Анализ зависимости между полом и типом нарушения пищевого поведения в группе пациентов с индексом массы тела 40-60 кг/м²

Тип нарушения пищевого поведения	Пол женский (%)	Пол мужской (%)
Ограничительный	22 (16,54%)	10 (7,52%)
Экстернальный	35 (26,32%)	23 (17,29%)
Эмоциогенный	27 (20,3%)	16 (12,03%)
Всего:	84 (63,16%)	49 (36,84%)
Pearson Chi-square=1,06043/P=0,588480		

Таблица 3 – Анализ зависимости между полом и типом нарушения пищевого поведения в группе пациентов с индексом массы тела более 60 кг/м²

Тип нарушения пищевого поведения	Пол женский (%)	Пол мужской (%)
Ограничительный*	1 (4,76%)	4 (19,05%)
Экстернальный	2 (9,52%)	3 (14,29%)
Эмоциогенный*	9 (42,86%)	2 (9,52%)
Всего:	12 (57,14%)	9 (42,86%)
Pearson Chi-square=6,151152/P=0,046159 * Pearson Chi-square=5,60485/P=0,017913		

Таблица 4 – Анализ зависимости между возрастом и типом нарушения пищевого поведения в группе пациентов с индексом массы тела 40-60 кг/м²

Тип нарушения пищевого поведения	Возраст, лет					
	18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Ограничительный	1 (0,75%)	1 (0,75%)	11 (8,27%)	12 (9,02%)	5 (3,76%)	2 (1,5%)
Экстернальный	1 (0,75%)	10 (7,52%)	21 (15,79%)	19 (14,29%)	6 (4,51%)	1 (0,75%)
Эмоциогенный	0	3 (2,26%)	19 (14,29%)	9 (6,77%)	11 (8,27%)	1 (0,75%)
Всего:	2 (1,5%)	14 (10,5%)	51 (38,35%)	40 (30,08%)	22 (16,5%)	4 (3,01%)
Kruskal-Wallis=1,311513/P=0,5190 Chi-square=3,354584/P=0,1869						

Таблица 5 – Анализ зависимости между возрастом и типом нарушения пищевого поведения в группе пациентов с индексом массы тела более 60 кг/м²

Тип нарушения пищевого поведения	Возраст, лет			
	21-30	31-40	41-50	51-60
Ограничительный*	0	0	5 (23,81%)	0
Экстернальный*	0	3 (14,29%)	1 (4,76%)	1 (4,76%)
Эмоциогенный	2 (9,52%)	3 (14,29%)	5 (23,81%)	1 (4,76%)
Всего:	2 (9,52%)	6 (28,57%)	11 (52,38%)	2 (9,52%)

Kruskal-Wallis=5,359031/P=0,0686 Chi-square=6,858843/P=0,0324
*Kruskal-Wallis=5,714286/P=0,0168, Chi-square=6,666667/P=0,0098

Таблица 6 – Анализ зависимости между наличием сопутствующей патологии и типом нарушения пищевого поведения в группе пациентов с индексом массы тела 40-60 кг/м²

Тип нарушения пищевого поведения	Нет сопутствующей патологии	Есть сопутствующая патология
Ограничительный	13 (9,77%)	19 (14,29%)
Экстернальный	27 (20,3%)	31 (23,31%)
Эмоциогенный	21 (15,79%)	22 (16,54%)
Всего:	61 (45,86%)	72 (54,14%)

Pearson Chi-square=0,517886/P=0,771868

Таблица 7 – Анализ зависимости между наличием сопутствующей патологии и типом нарушения пищевого поведения в группе пациентов с индексом массы тела более 60 кг/м²

Тип нарушения пищевого поведения	Нет сопутствующей патологии	Есть сопутствующая патология
Ограничительный	2 (9,52%)	3 (14,29%)
Экстернальный	0	5 (23,81%)
Эмоциогенный	4 (19,05%)	7 (33,33%)
Всего:	6 (28,57%)	15 (71,43%)

Pearson Chi-square=2,64727/P=0,266170

сти к глюкозе (11,28%), у 17 пациентов жировой гепатоз (12,78%), у 33 пациентов хроническая гастродуоденопатия (24,81%), у 17 пациентов варикозная болезнь нижних конечностей (12,78%), у 3 пациентов желчнокаменная болезнь (2,26%).

Статически значимой зависимости между наличием либо отсутствием сопутствующей патологии (СП) и ТНПП в группе пациентов с 40-60 кг/м² не выявлено ($p > 0,05$) (табл. 6).

По характеру сопутствующей патологии во второй группе у 9 пациентов выявлена ишемическая болезнь сердца и(или) артериальная гипертензия (42,86%), у 5 пациентов сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе (23,81%), у 1 пациента жировой гепатоз (4,76%), у 7 пациентов хроническая гастродуоденопатия (33,33%), у 2 пациентов варикозная болезнь нижних конечностей (9,52%), у 1 пациента желчнокаменная болезнь (4,76%).

В группе пациентов с ИМТ > 60 кг/м² статически значимой зависимости между наличием либо отсутствием сопутствующей патологии и ТНПП не выявлено ($p > 0,05$). Экстернальный ТНПП преобладал в группе с наличием СП, а другие ТНПП не преобладают ни в одной из групп (табл. 7).

Также проведен корреляционный анализ между величиной балльной оценки ТНПП по Голландскому опроснику пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) [17] и ИМТ (рис. 1).

В ходе исследования установлено отсутствие корреляционной зависимости между индексом массы тела и суммой баллов, набранных по опросникам всех ТНПП ($p > 0,05$).

Результаты анкетирования пациентов с морбидным ожирением исходно, а также после выполнения различных видов бариатрических

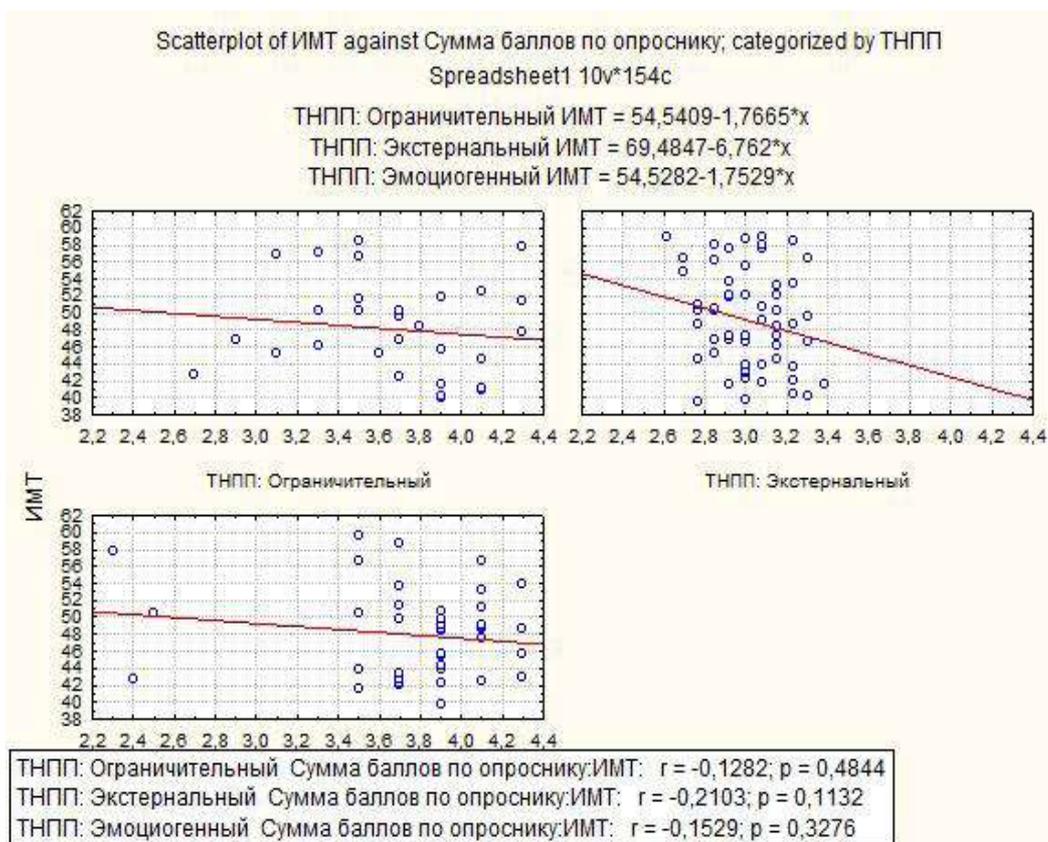


Рисунок 1 – Взаимосвязь между балльной оценкой типа нарушения пищевого поведения и индексом массы тела.

Таблица 8 – Оценка изменения типа нарушения пищевого поведения в до- и послеоперационном периоде после выполнения рестриктивных (Р), шунтирующих (Ш) и комбинированных (К) бариатрических операций

Сроки набл., мес.	Тип нарушения пищевого поведения								
	Экстернальный			Эмоциогенный			Ограничительный		
	Вид операции			Вид операции			Вид операции		
	Р	Ш	К	Р	Ш	К	Р	Ш	К
исходно	5 100%	5 100%	15 100%	6 100%	19 100%	6 100%	15 100%	5 100%	5 100%
3 мес.	5 100%	5 100%	15 100%	6 100%	19 100%	6 100%	15 100%	5 100%	5 100%
6 мес.	5 100%	5 100%	15 100%	6 100%	19 100%	6 100%	15 100%	5 100%	5 100%
12 мес.	5 100%	5 100%	15 100%	6 100%	19 100%	6 100%	0	5 100%	0
24 мес.	5 100%	5 100%	15 100%	6 100%	19 100%	6 100%	0	5 100%	0

оперативных вмешательств представлены в таблице 8.

Установлено, что выполнение рестриктивной либо комбинированной бариатрической опе-

рации у пациентов, исходно имеющих ограничительный ТНПП, позволяет в сроки 12 и 24 месяца после оперативного лечения в 100% случаях нормализовать стиль питания, тогда как у пациентов

с экстернальным и эмоциогенным типом независимо от вида проведенной операции пищевые нарушения сохранялись в течение всего времени наблюдения.

Заключение

1. Девиантные формы пищевого поведения являются специфическим критерием морбидного ожирения с доминирующим эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения при индексе массы тела более 60 кг/м².

2. В группе пациентов с ИМТ 40-60 кг/м² экстернальный тип нарушения пищевого поведения преобладает у женщин в возрастной группе 31-50 лет и весовой группе 111-120 см, 141-150, эмоциогенный характерен для женщин в возрастной группе 31-40 лет, ограничительный тип преобладает у женщин в возрастной группе 31-50 лет, с отсутствием статистически значимой зависимости между типом нарушения пищевого поведения по полу, возрасту, весу и наличием сопутствующей патологии.

3. У пациентов с индексом массы тела более 60 кг/м² экстернальный тип нарушения пищевого поведения преобладает у пациентов с наличием сопутствующей патологии, эмоциогенный тип превалирует у женщин, ограничительный доминирует в возрастной группе 41-50 лет, а также имеется статистически значимая связь между эмоциогенным и ограничительным типом нарушения пищевого поведения по полу и между ограничительным и экстернальным типом нарушения пищевого поведения по возрасту.

4. Отсутствие взаимосвязи между индексом массы тела и суммой баллов, набранных по Голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ у пациентов с индексом массы тела более 40 кг/м² независимо от типа нарушения пищевого поведения, показывает возможность установления типов расстройств пищевого поведения при морбидном ожирении только на основании величины пороговых значений данного опросника. Голландский опросник пищевого поведения не может быть использован для оценки степени нарушения патологических форм пищевого поведения у пациентов с III степенью ожирения.

5. Выполнение у пациентов с ограничительным типом нарушения пищевого поведения рестриктивной либо комбинированной бариатрической операции полностью нивелирует имеющееся нарушение пищевого поведения спустя 12

месяцев после операции с сохранением положительного результата в отдаленном периоде. Установленная возможность влияния хирургического лечения на коррекцию нарушения пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением доказывает патогенетическую обоснованность применения дифференцированного подхода к выбору вида бариатрической операции в зависимости от типа нарушения пищевого поведения.

Литература

1. Hypoxemia and hypoventilation syndrome improvement after laparoscopic bariatric surgery in patients with obesity / F. Lumachi [et al.] // *In Vivo*. – 2010 May-Jun. – Vol. 24, N 3. – P. 329–331.
2. Effects of resident involvement on complication rates after laparoscopic gastric bypass / R. W. Krell [et al.] // *J. Am. Coll. Surg.* – 2014 Feb. – Vol. 218, N 2. – P. 253–260.
3. Grunert, S. C. Ein Inventar zur Erhebung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten / S. C. Grunert // *Diagnostica*. – 1989. – N 2. – P. 167–179.
4. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // *Ожирение и метаболизм*. – 2004. – № 2. – С. 1–4.
5. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты : рук. для врачей / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – Москва : МИА, 2004. – 456 с.
6. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders / K. N. Javaras [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2008 Feb. – Vol. 69, N 2. – P. 266–273.
7. Chua, J. L. Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study / J. L. Chua, S. Touyz, A. J. Hill // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disor.* – 2004 Apr. – Vol. 28, N 4. – P. 606–610.
8. Negative mood induction and unbalanced nutrition style as possible triggers in binge eating disorder / S. Munsch [et al.] // *Eat. Weight Disord.* – 2008 Mar. – Vol. 13, N 1. – P. 22–29.
9. *The Eating Disorders* / eds. A. J. Giannini, A. E. Slaby. – New York : Springer-Verlag, 1993. – 283 p.
10. Shachter, S. Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects / S. Shachter // *Science*. – 1968 Aug. – Vol. 161, N 3843. – P. 751–756.
11. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior / T. Van Strien [et al.] // *Int. J. Eat. Disord.* – 1986. – Vol. 5, N 2. – P. 295–315.
12. Шелтон, Г. Голодание и здоровье / Г. Шелтон. – Пер. с англ. – Москва : Грэгори-Пэйдж, 1998. – 131 с.
13. Вознесенская, Т. Г. Причины неэффективности лечения ожирения и способы ее преодоления / Т. Г. Вознесенская // *Проблемы эндокринологии*. – 2006. – Т. 52, № 6. – С. 51–54.
14. Старостина, Е. Г. Ожирение как психосоматическое заболевание / Е. Г. Старостина // *Врач*. – 2005. – № 9. – С. 9–13.
15. Савельева, Л. В. Современная концепция лечения ожи-

- рения / Л. В. Савельева // Ожирение и метаболизм. – 2011. – № 1. – С. 51–56.
16. Коррекция нарушений пищевого поведения у пациентов с ожирением / М. И. Фадеева [и др.] // Эндокринология: новости, мнения, обучение. – 2018. – Т. 7, № 2. – С. 54–56.
17. Алгоритм выбора варианта хирургической (бариатрической) операции у пациентов с морбидным ожирением : инструкция по применению № 107-0719 : утв. 06.09.2019 г. / В. Г. Богдан [и др.]. – Минск, 2019. – 6 с.

Поступила 07.07.2021 г.

Принята в печать 11.10.2021 г.

References

- Lumachi F, Marzano B, Fanti G, Basso SMM, Mazza F, Chiara GB. Hypoxemia and hypoventilation syndrome improvement after laparoscopic bariatric surgery in patients with obesity. *In Vivo*. 2010 May-Jun;24(3):329-31.
- Krell RW, Birkmeyer NJO, Reames BN, Carlin AM, Birkmeyer JD, Finks JF, et al. Effects of resident involvement on complication rates after laparoscopic gastric bypass. *J Am Coll Surg*. 2014 Feb;218(2):253-60. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2013.10.014
- Grunert SC. Ein Inventar zur Erhebung von Selbstausagen zum Ernährungsverhalten. *Diagnostica*. 1989;(2):167-79.
- Voznesenskaya TG. Eating disorders in obesity and their correction. *Ozhirenie Metabolizm*. 2004;(2):1-4. (In Russ.)
- Dedov II, Melnichenko GA, red. Obesity: etiology, pathogenesis, clinical aspects: ruk dlia vrachei. Moscow, RF: MIA, 2004. 456 p. (In Russ.)
- Javaras KN, Pope HG, Lalonde JK, Roberts JL, Nillni YI, Laird NM, et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *J Clin Psychiatry*. 2008 Feb;69(2):266-73. doi: 10.4088/jcp.v69n0213
- Chua JL, Touyz S, Hill AJ. Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004 Apr;28(4):606-10. doi: 10.1038/sj.ijo.0802595
- Munsch S, Michael T, Biedert E, Meyer AH, Margraf J. Negative mood induction and unbalanced nutrition style as possible triggers in binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2008 Mar;13(1):22-9. doi: 10.1007/BF03327781
- The Eating Disorders / eds. A. J. Giannini, A. E. Slaby. – New York : Springer-Verlag, 1993. – 283 p.
- Shachter, S. Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects / S. Shachter // *Science*. – 1968 Aug. – Vol. 161, N 3843. – P. 751–756.
- The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior / T. Van Strien [et al.] // *Int. J. Eat. Disord*. – 1986. – Vol. 5, N 2. – P. 295–315.
- Shelton G. Starvation and Health. *Per s angl*. Moscow, RF: Gregori-Peidzh; 1998. 131 p. (In Russ.)
- Voznesenskaya TG. Reasons for ineffective treatment of obesity and ways to overcome it. *Problemy Endokrinologii*. 2006;52(6):51-4. (In Russ.)
- Starostina EG. Obesity as a psychosomatic disease. *Vrach*. 2005;(9):9-13. (In Russ.)
- Savelieva LV. The modern concept of obesity treatment. *Ozhirenie Metabolizm*. 2011;(1):51-6. (In Russ.)
- Fadееva MI, Savelyeva L V, Golubkina Yu, Morozova E V, Matkova SI. Correction of eating disorders in obese patients. *Endokrinologija Novosti Mneniia Obuchenie*. 2018;7(2):54-6. (In Russ.)
- Bogdan V G, Varikash DV, Doroh N, Stebunov S, Glinnik A. Algorithm of surgical (bariatric) surgery options in morbidly obese patients: instruktssiia po primeneniiu № 107-0719: utv 06.09.2019 g. Minsk, RB; 2019. 6 p. (In Russ.)

Submitted 07.07.2021

Accepted 11.10.2021

Сведения об авторах:

Варикаш Д.В. – врач-хирург хирургического отделения, 4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко; Дорох Н.Н. – к.м.н., доцент, заведующий хирургическим отделением, 4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко;

Богдан В.Г. – д.м.н., профессор, начальник Военно-медицинского института, Белорусский государственный медицинский университет.

Information about authors:

Varikash D.V. – surgeon of the surgical department, the 4th City Clinical Hospital named after N.E. Savchenko;

Dorokh N.N. – Candidate of Medical Sciences, associate professor, head of the surgical department, the 4th City Clinical Hospital named after N.E. Savchenko;

Bogdan V.G. – Doctor of Medical Sciences, professor, head of Military Medical Institute, Belarusian State Medical University.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 220089, г. Минск, ул. Р. Люксембург, 110, 4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко. E-mail: black_cavalier@mail.ru – Варикаш Дмитрий Викентьевич.

Correspondence address: Republic of Belarus, 220089, Minsk, 110 R. Luxemburg str., the 4th City Clinical Hospital named after N.E. Savchenko. E-mail: black_cavalier@mail.ru – Dmitry V. Varikash.