

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

¹*Варикаш Д.В.,* ²*Богдан В.Г.,* ³*Дорох Н.Н.,* ¹*Калинин С.С.,* ¹*Шитикова У.А.*

¹*УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,*

²*«Национальная академия наук Беларуси»,*

³*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

г. Минск, Республика Беларусь

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

Материал и методы исследования. 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 $41,72 \pm 7,62$ лет) с ИМТ от 40 кг/м² до 76 кг/м² (средний ИМТ $50,63 \pm 6,20$ 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. 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.

Результаты и их 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%). 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 были получены следующие результаты: 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.

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. 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.

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 толерантности 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 ($p > 0,05$). 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.

Также проведен корреляционный анализ между величиной балльной оценки ТНПП по Голландскому опроснику пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ) и ИМТ. В ходе исследования установлено отсутствие корреляционной зависимости между индексом массы тела и суммой баллов, набранных по опросникам всех ТНПП ($p > 0,05$). Установлено, что выполнение рестриктивной либо комбинированной бариатрической операции 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 течении всего времени наблюдения

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