

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

© *Смурова Елизавета Леонидовна*

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Гуреева И.Л.

Кафедра общей и клинической психологии

Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. ак. И.П. Павлова

Контактная информация: Смурова Елизавета Леонидовна — студентка 5 курса, отделение клинической психологии.

E-mail: liza.smurova@gmail.com

Ключевые слова: морбидное ожирение, бариатрическая операция, пищевое поведение.

Актуальность исследования: проблема ожирения занимает одну из ведущих позиций в современной медицине. Ожирения и развитие сопутствующей ему вторичной патологии увеличивают риск летального исхода и значительно сокращают продолжительность и качество жизни [1]. Бариатрические операции — это наиболее эффективный способ лечения морбидного ожирения, однако после вмешательств пациент сталкивается с целым рядом проблем, требующих контроля и терапии [2, 3].

Цель исследования: определение характерных особенностей нарушения пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции; выявление паттернов повторного набора веса в послеоперационный период.

Материалы и методы: в исследование включено 35 пациентов (22 женщины и 13 мужчин) с морбидным ожирением ($ИМТ \geq 40$ кг/м²) в возрасте от 27 до 70 лет, наблюдаемые до и в течение трех лет после бариатрического вмешательства. В дооперационный период использовалась методика «Голландский опросник пищевого поведения DEBQ», в послеоперационный период: «Трехфакторный опросник питания FEQ».

Результаты: В дооперационный период у пациентов наблюдались стойкие нарушения пищевого поведения. До операции у пациентов в структуре нарушений пищевого поведения преобладают комбинированные формы, при этом преобладает экстернальный компонент (зависимый от внешних факторов) (72,22% испытуемых). После операции пациентам свойственно ограничительное пищевое поведение. В рамках трехфакторного опросника питания, который был проведен после оперативного лечения, была выявлена положительная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «растормаживание» ($r=0,43$, $p<0,05$), что может свидетельствовать о тесной связи физиологического и эмоционального голода и сниженной дифференциацией этих состояний. Также выявлена отрицательная корреляция по шкалам «восприимчивость к голоду» и «ограничение» ($r=-0,45$, $p<0,05$), что указывает на отсутствие стремления ограничить себя в потреблении пищи у пациентов дифференцирующие голод как физиологический.

Выводы: У пациентов выявлено стойкое нарушение пищевого поведения, которые не проходит после проведения бариатрической операции и последующим снижением веса: до операции в структуре нарушений пищевого поведения преобладают комбинированные формы, при этом преобладает экстернальный компонент пищевого поведения, после операции наблюдается доминирование ограничительного пищевого поведения. Выявлено тесное взаимодействие физиологического и эмоционального голода у пациентов с морбидным ожирением, проявляющееся в сложности их дифференцирования, и отсутствие достаточной мотивации к сокращению потребления пищи в моменты эмоционального голода, что может являться фактором набора веса после операции.

Литература

1. Zimmer P., Alberti K., Shaw G. Global and societal implications of the diabetes epidemic // Nature. — 2001. — № 414.
2. Гуськова, Е. С. Половые различия типов пищевого поведения и качества жизни у пациентов с избыточным весом, перенесших продольную резекцию желудка / Е. С. Гуськова, А. В. Гуслистова // Forcipe. — 2020. — Т. 3. — № S1. — С. 709–710. — EDN GCYKHX.

3. Кацура, К. С. Изучение особенностей нарушения пищевого поведения у больных терапевтического профиля / К. С. Кацура, Е. С. Дробышева, А. В. Перцев // Forcipe. — 2020. — Т. 3. — № S1. — С. 354–355. — EDN KXKVBD.