

Гастроэнтерологические и психологические характеристики пациентов, ищущих бариатрическую хирургическую помощь

Д. И. Василевский, д.м.н. доцент кафедры факультетской хирургии¹
С. Г. Баландов, к.м.н., зав. хирургическим отделением № 2¹
К. А. Анисимова, врач-хирург хирургического отделения № 2¹
С. В. Тихонов, к.м.н., доцент кафедры²
В. Д. Декканова, ст. лаборант кафедры²
Н. В. Бакулина, д.м.н., проф., зав. кафедрой²

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

²Кафедра внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Gastroenterological and psychological characteristics of patients seeking bariatric surgery

D. I. Vasilevsky, S. G. Balandov, K. A. Anisimova, S. V. Tikhonov, V. D. Dekkanova, N. V. Bakulina

First Saint Petersburg State Medical University n.a. I. P. Pavlov, North-Western State Medical University n.a. I. I. Mechnikov; Saint Petersburg, Russia

Резюме

В оригинальной статье рассмотрены основные соматические заболевания и психологические проблемы пациентов с морбидным ожирением, обращающихся за бариатрической хирургической помощью. Исследование проводилось на базе СПбГМУ им. И. П. Павлова и включало подробное клиническое, лабораторно-инструментальное и психологическое обследование, на основании которого был составлен своеобразный портрет российского пациента с морбидным ожирением. Доминирующими у пациентов с морбидным ожирением были гастроэнтерологические симптомы, причем самой частой жалобой являлась изжога. Неэрозивная рефлюксная болезнь диагностировалась у 35,0% пациентов, эрозивный эзофагит – у 20,5%, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД) I степени – у 41,2%, СГПОД II степени – у 32,3% пациентов.

Ключевые слова: бариатрическая (метаболическая) хирургия, ожирение, морбидное ожирение, девиации пищевого поведения, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эрозивный эзофагит.

Summary

This original article discusses the main concomitant diseases and psychological problems of patients with morbid obesity seeking help from bariatric (metabolic) surgeons. The study was conducted on the basis of St. Petersburg State Medical University n.a. I. P. Pavlov, it was the most voluminous laboratory-instrumental and psychological examination, on the basis of which a peculiar portrait of a Russian patient with morbid obesity was compiled. Gastroenterological symptoms were predominant in patients with morbid obesity. Heartburn was the most common complaint. Non-erosive reflux disease was diagnosed in 35.0% of patients, erosive esophagitis in 20.5%, hiatal hernia of the 1st degree in 41.2%, of the 2nd degree in 32.3% of patients.

Key words: bariatric (metabolic) surgery, obesity, metabolic obesity, deviations in eating behavior, gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia, erosive esophagitis.

Введение

Ожирение – ключевая проблема XXI века, от которой страдают не только взрослые, но и дети, и подростки. Ожирение – хроническое заболевание обмена веществ, развивающееся в результате дисбаланса потребления и расхода энергии и проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений, повышающее риск развития различных заболеваний, с высокой вероятностью рецидива после окончания лечения. Морбидное ожирение – избыточное отложение жировой ткани при индексе массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м² вне зависимости

от осложнений или с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением [1].

Согласно эпидемиологическим данным, частота встречаемости ожирения в мире с 1975 года увеличивается неуклонными темпами. Сегодня от осложнений, связанных с ожирением, погибает больше людей, чем от аномально низкой массы тела. В 2014 году более 1,9 миллиарда взрослых (от 18 лет и старше) имели избыточный вес, из них более 600 миллионов страдали ожирением. Распространенность ожирения среди лиц мужского пола достигает 11%, среди женщин – 15% [2, 3]. По прогнозу ВОЗ, при сохранении тенденции

распространения заболевания, через 10 лет 60% населения мира, то есть 3,3 миллиарда человек, будут иметь избыточный вес, а 1,1 миллиарда – страдать ожирением. В Российской Федерации в 2016 году ожирение являлось у 26,2%, избыточная масса тела – у 62,0% населения [2].

Пациенты с морбидным ожирением имеют множественные ассоциированные заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, а также психологические и поведенческие проблемы, сопровождающиеся различными вариантами нарушения пищевого поведения.

В соответствии с современными клиническими рекомендациями эффективность стандартного подхода к лечению (изменение образа жизни, фармакотерапия) у пациентов с морбидным ожирением является минимальной. Стандартные консервативные мероприятия позволяют снизить вес лишь незначительно, причем рикошетный набор веса может происходить у 80% пациентов после эффективного лечения [4]. Проведенные метаанализы демонстрируют, что соблюдение диеты и изменение образа жизни позволяет уменьшить вес лишь на 3–8%, дополнительная лекарственная терапия – на 10–12%, бандажирование желудка – на 16%, гастрощунтирование – на 32% [5, 6]. Сегодня основная роль в лечении морбидного ожирения отводится бариатрической (метаболической) хирургии.

Изначально хирургическое лечение проводилось пациентам с ИМТ выше 40 кг/м², при нем увеличивается риск инвалидизации, продолжительность жизни сокращается на 12–15 лет, вероятность смерти возрастает в 12 раз, а консервативные методы лечения являются, как правило, неэффективными [1]. С течением времени показания к бариатрическому лечению значительно расширились. В соответствии с европейскими рекомендациями по лечению ожирения 2014 года хирургическое лечение может быть актуально для пациентов 18–60 лет с ИМТ более 40 кг/м², с ИМТ 35–40 кг/м² и ассоциированными заболеваниями (сахарный диабет [СД] второго типа и другие метаболические расстройства, различные заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата). Кроме того, оперативное вмешательство в некоторых случаях является вариантом лечения пациентов с СД второго типа с ИМТ выше 30 кг/м², поскольку может приводить к значительному улучшению течения, снижению потребности в терапии гипогликемическими препаратами и даже к ремиссии данного заболевания [7].

В настоящее время в РФ проводится недостаточное количество операций по сравнению с большинством развитых стран, что может быть

связано не только с экономическими причинами, но и недостаточной информированностью населения и медицинской общественности о современных подходах к терапии ожирения.

Терапевты, врачи общей практики, кардиологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, а также другие специалисты, сталкивающиеся с пациентами с морбидным ожирением, должны иметь четкое представление о показаниях, противопоказаниях, вариантах бариатрического хирургического лечения, побочных эффектах, а также о подходах к периоперационной курации.

На базе ПСПБПГМУ имени И. П. Павлова в течение нескольких лет функционирует центр бариатрической хирургии, что позволило сформировать своеобразный портрет отечественного пациента, обращающегося за оказанием бариатрической хирургической помощи. Особое внимание в работе уделяется заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта у пациентов с морбидным ожирением.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 34 пациента – 12 (35,2%) мужчин и 22 (64,7%) женщины среднего возраста (46,6 ± 10,8 года), которым впоследствии было проведено бариатрическое хирургическое вмешательство (продольная резекция желудка – 26 [76,5%], гастрощунтирование – 8 [23,5%] пациентов).

Всем пациентам проводились подробные клиническое, лабораторное, инструментальное и психометрическое обследования с целью выявления состояний, которые могут потребовать коррекции перед бариатрическим хирургическим вмешательством или являться противопоказаниями к проведению последнего.

Клиническое обследование включало сбор подробного анамнеза и жалоб по всем системам организма. Лабораторное обследование проводилось максимально подробно для исключения патологических состояний, являющихся причинами развития ожирения. Лабораторное обследование было представлено клиническим анализом крови, развернутым биохимическим анализом крови с исследованием углеводного обмена (глюкоза крови, гликирован-

ный гемоглобин, С-пептид, инсулин) и липидного профиля, исследованием крови на гормоны щитовидной и паращитовидной желез (ТТГ, Т3, Т4, паратгормон) и глюкокортикостероидные гормоны для исключения гиперкортицизма, исследованием концентрации пролактина для исключения гиперпролактинемии. При наличии жалоб и клинических симптомов гипогонадизма дополнительно определялись уровни тестостерона, лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФЛГ) гормонов. Также всем пациентам было выполнено исследование крови на витамины и микроэлементы, включая определение уровней витаминов D, В₁₂, фолиевой кислоты, сывороточного железа. У пациентов исследовались коагулограмма, общий анализ мочи и копрограмма.

Инструментальное обследование включало обязательное проведение ультразвукового исследования брюшной полости, эзофагогастроуденоскопию, рентгенографию легких, рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием, мониторинг синдрома обструктивного апноэ во сне, биоимпедансометрию организма на аппарате «Диамант-АИСТ» КМ-АР-01.

Психометрическое тестирование осуществлялось с использованием опросников Бека, Спилбергера–Ханина, DEBQ, EDI и SF-36.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) разработана в 1961 году коллективом американских специалистов в области психиатрии. Данная методика адаптирована и валидизирована для использования на территории Российской Федерации. Методика из 21 вопроса создана на основе клинических наблюдений, позволяющих выявить ограниченный набор наиболее значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Шкала Бека используется для диагностики уровня депрессии, по результатам исследования пациенты ранжируются по степени депрессивного расстройства – от отсутствия симптомов до тяжелой степени депрессии [8].

Шкала тревоги Спилбергера–Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) разработана Ч. Д. Спилберге-

ром в 1972 году и адаптирована в Российской Федерации Ю. Л. Ханиным. Опросник состоит из 40 пунктов и направлен на выявление уровня реактивной и личностной тревожности респондента в момент анкетирования.

Реактивная (ситуативная) тревожность возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и характеризуется конкретными переживаемыми эмоциями – напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Личностная тревожность – устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и его способности рационально реагировать на угрожающие его самооценке и самоуважению триггеры и отвечать на них по определенному сценарию, способному спровоцировать девиантное социальное и (или) пищевое поведение.

Индивидуальная оценка пациентом своего состояния является основополагающим компонентом самоконтроля и самовосприятия [9]. Голландский опросник DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) составлен исследователями в 1986 году. Он включает 33 вопроса и позволяет выявлять тип девиантного пищевого поведения: экстернальный – склонность передать вследствие повышенной реакции на внешние стимулы (внешний вид и запах пищи, реклама пищевых продуктов и т.д.); эмоциогенный – гиперфагическая реакция в ответ на выраженные отрицательные или положительные эмоции; ограничительный – намеренное исключение определенных продуктов, использование различных диет, что повышает вероятность развития депрессии, эмоционального срыва и рикошетного набора веса [10].

Опросник SF-36 (Short Form-36) используется для оценки качества жизни и позволяет оценить физиологическое и психологическое здоровье обследуемого. Разработан в 80-х годах на основании крупного исследования Medical Outcomes Study, проведенного в США. Апробация в РФ и перевод на русский язык были осуществлены в Санкт-Петербурге Институтом клинико-фармакологических исследований. Опросник включает пунктов, разделенных на восемь шкал. Шкалы с 1-й по 4-ю отражают состояние физиче-

ского здоровья: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность болевого синдрома; общее состояние здоровья. Шкалы с 5-й по 8-ю – основные показатели психического здоровья: жизненную активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием [11].

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Statistica 6.0 с применением методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты

Из 34 участников исследования 30 (88%) самостоятельно нашли информацию о бариатрической хирургии в интернете или услышали о данном варианте лечения от знакомых, только 4 (12%) пациента были направлены в бариатрический центр ПСПбГМУ им. академика И. П. Павлова врачами различных специальностей. При этом большинство пациентов на регулярной основе обращались за медицинской помощью по поводу различных соматических жалоб, преимущественно гастроэнтерологического характера.

Жалобы

Доминирующими у пациентов с морбидным ожирением были гастроэнтерологические симптомы, причем самой частой жалобой являлась изжога. Структура гастроэнтерологических жалоб пациентов представлена в *таблице 1*.

Средняя частота стула у участников исследования составила $8,9 \pm 5,5$ раза в неделю. Форма стула по бристольской шкале распределилась следующим образом: преобладание 1–2-го типа – 1 (2,9%); 2–3-го типа – 1 (2,9%); 3-го типа – 4 (11,7%); 3–4 типа – 19 (55,8%); 4-го типа – 4 (11,7%); 5–6 типа – 3

(8,8%); 6-го типа – 1 (2,9%), 7-го типа – 1 (2,9%) пациент. Регулярный стул отмечался у 27 (79,2%), констипационный синдром – у 2 (5,8%), диарейный синдром – у 4 (11,7%) участников исследования.

Большинство пациентов с морбидным ожирением, обратившихся за оказанием бариатрической помощи, имели хронические проблемы со сном. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) испытывала большая часть пациентов – 30 (85,7%) человек. Продолжительность ночного сна у пациентов в среднем составляла $6,9 \pm 0,8$ часа. Трудности, связанные с засыпанием, испытывали 10 (29,4%), раннее пробуждение беспокоило 9 (26,5%), постоянно храпели в ночное время 30 (85,7%) пациентов.

Хронические заболевания

Наиболее частыми соматическими заболеваниями у участников исследования являлись патология сна (синдром обструктивного апноэ сна, инсомния), функциональная диспепсия, гастроэзофагеальная болезнь, желчнокаменная болезнь, артериальная гипертензия, различные нарушения обмена веществ. Структура сопутствующих хронических заболеваний представлена в *таблице 2* в порядке убывания в зависимости от частоты встречаемости.

Особенности пищевого поведения

Пищевое поведение у участников исследования имело ряд характерных особенностей. У большинства пациентов выявлялось хроническое нарушение распределения калорий в течение суток. Максимальным по калорийности завтрак был всего лишь у 7 (20,5%) человек, у 4 (11,7%) пациентов завтрак занимал второе место, у 20 (58,8%) – третье место по калорийности, при этом 3 (8,8%) пациента постоянно не завтракали. Обед занимал первое

Таблица 1
Гастроэнтерологические симптомы у пациентов с морбидным ожирением

Симптом	Количество пациентов
Изжога	19 (55,8%)
Чувство тяжести и переполнения в эпигастрии	19 (55,8%)
Дискомфорт, боли в эпигастрии	11 (32,4%)
Урчание и бурление в животе	11 (32,4%)
Тяжесть в правом подреберье	11 (32,4%)
Привкус горечи в ротовой полости	7 (20,5%)

Таблица 2
Ассоциация основных хронических заболеваний у пациентов с морбидным ожирением

Хроническое заболевание	Количество пациентов
Синдром обструктивного апноэ сна	30 (85,7%)
Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	27 (73,5%)
Артериальная гипертензия	20 (57,2%)
Инсомния	19 (55,8%)
Функциональная диспепсия	19 (55,8%)
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	18 (50,5%)
Желчнокаменная болезнь	11 (31,4%)
Сахарный диабет второго типа	11 (31,4%)
Повышенное содержание общего холестерина	10 (28,5%)
Повышенное содержание ЛПНП	9 (25,7%)
Нарушение пуринового обмена	9 (25,7%)
Гипертриглицеридемия	7 (20,5%)
Нарушение азотистого обмена	7 (20,5%)
Эрозивный эзофагит	7 (20,5%)

Таблица 3
Результаты тестирования опросником СМОЛ

Шкала СМОЛ	1	2	3	4	6	7	8	9
Баллы	56,0	51,1	56,8	48,3	47,9	52,1	51,9	45,4
Отклонение	9,3	7,9	10,0	9,0	9,1	13,7	10,0	9,0

Таблица 4
Результаты тестирования опросником SF-36

Шкала SF-36	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Баллы	56,8	40,0	61,9	58,1	54,4	75,0	51,9	62,4
Отклонение	24,1	20,8	23,3	16,0	17,2	24,2	43,1	15,7

место по калорийности у 12 (35,3%), второе – у 19 (55,8%), третье – у 3 (8,9%) пациентов. Ужин был самым калорийным у 24 (70,5%) пациентов, второе место по калорийности ужин занимал у 8 (23,5%), третье – у 2 (5,8%).

Из «вредных» продуктов, способствующих развитию ожирения, 16 (40,0%) пациентов хронически злоупотребляли продуктами с избыточным содержанием животных жиров, 11 (32,5%) – продуктами, содержащими быстроусвояемые углеводы, 7 (20,5%) пациентов хронически употребляли в пищу избыточное количество и быстроусвояемых углеводов, и животных жиров. У 11 (32,4%) пациентов в ежедневном рационе отсутствовали овощи и фрукты.

Особенностью пациентов с морбидным ожирением было частое присутствие девиаций пищевого поведения. В ходе сбора анамнеза и психометрического тестирования склонность к булимии была выявлена у 15 (44,1%), склонность к эмоциональному перееданию – у 16 (47,0%), эпизоды ночного компульсивного переедания – у 5 (14,7%), экстернальный механизм переедания – у 19 (55,9%) пациентов.

Особенности психологического статуса

При проведении психометрического тестирования опросником Бека средний результат составил $9,8 \pm 5,5$ балла, что соответствует легкой депрессии; при заполнении опросника Спилберга–Ханина по шкале личностной тревожности пациенты в среднем набрали $41,9 \pm 7,1$ балла (умеренная личностная тревожность), по шкале реактивной тревожности – $40,2 \pm 8,2$ балла (умеренная реактивная тревожность).

Результаты тестирования опросниками СМОЛ и SF-36 представлены в *таблицах 3 и 4*.

Данные физикального, лабораторного и инструментального обследования

Средний вес пациентов составил $136,7 \pm 33,0$ кг, рост – $1,6 \pm 0,1$ м, ИМТ – $48,8 \pm 10,9$ кг/м²; окружность талии – $133,3 \pm 17,9$ см; окружность бедер – $133,1 \pm 19,6$ см; отношение окружности талии к окружности бедер – $1,0 \pm 0,1$. По результатам биоимпедансометрии, жировая масса составляла $63,8 \pm 11,2$ кг или $44,7 \pm 9,9\%$ веса, безжировая масса – $72,9 \pm 13,4$ кг или $55,3 \pm 8,2\%$ веса. При про-

ведении динамометрии мышечная сила правой руки равнялась $36,6 \pm 12,1$ кг, левой руки – $34,5 \pm 10,8$ кг.

Исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта (эзофагогастроуденоскопии [ЭГДС] и рентгеноскопия с барием) выявили у 7 (20,5%) пациентов эрозивный эзофагит, у 14 (41,2%) – скользкую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД) I степени, у 11 (32,3%) пациентов – СГПОД II степени.

В процессе статистической обработки массива данных было проведено сравнение подгрупп пациентов – мужчины и женщины, пациенты молодого и среднего возраста, а также были выявлены дополнительные корреляционные связи между переменными.

У пациентов мужского пола, по сравнению с пациентами женского пола, была достоверно больше окружность талии – $144,5 \pm 9,0$ против $126,6 \pm 13,7$ см ($p = 0,006$), отношение окружности талии к окружности бедер – $1,08 \pm 0,09$ против $0,95 \pm 0,08$ ($p = 0,001$). Кроме того, у пациентов мужского пола был достоверно выше уровень мочевой кислоты – $490,1 \pm 111,0$ против $381,4 \pm 8,7$ мкмоль/л ($p = 0,001$) и уровень С-реактивного белка – $20,7 \pm 8,6$ против $11,2 \pm 2,2$ мг/л ($p = 0,010$).

В соответствии с градацией ВОЗ больные были разделены на две группы: пациенты молодого возраста от 25 до 44 лет – 15 (44%) и пациенты среднего возраста от 45 до 60 лет – 19 (56%). У пациентов среднего возраста достоверно чаще диагностировался весь спектр хронических соматических заболеваний – артериальная гипертензия, подагра, гиперхолестеринемия, атеросклероз, предиабет и сахарный диабет, однако частота наличия гастроэнтерологических жалоб и гастроэнтерологических заболеваний в группе пациентов молодого и среднего возраста была одинаковой. Пациентов среднего возраста достоверно чаще беспокоили боли в правом подреберье, у них был больше размер воротной вены, определяемый при ультразвуковом исследовании, – $1,20 \pm 0,10$ против $1,10 \pm 0,07$ см ($p = 0,002$), большее количество баллов по шкале I опросника СМОЛ – $58,9 \pm 8,7$ против $52,3 \pm 5,8$ ($p = 0,040$).

Возраст участников исследования имел положительную корреляционную связь с наличием болевого синдрома

в правом подреберье (коэффициент корреляции [КК]) = 0,52, с размером холедоха (КК = 0,43), с размером воротной вены (КК = 0,42), уровнем протеинурии (КК = 0,34), концентрацией эритроцитов в моче (КК = 0,46), уровнем гликированного гемоглобина (КК = 0,40), отрицательную корреляционную связь с уровнем витамина В₁₂ (КК = -0,43), уровнем сывороточного белка (КК = -0,85). Возраст пациента также имел положительную корреляционную связь с количеством баллов по шкалам опросника СМОЛ – шкала 1 (КК = 0,44), шкала 3 (КК = 0,4), шкала 8 (КК = 0,42).

Величина ИМТ пациентов положительно коррелировала с размером правой доли печени (КК = 0,45), уровнем эритроцитов (КК = 0,42), уровнем фибриногена (КК = 0,40), однако имела отрицательную корреляционную связь с уровнем сывороточного креатинина (КК = -0,41), калия (КК = -0,4), мочевины (КК = -0,46), количеством баллов опросника СМОЛ – шкала 1 (КК = -0,38), количеством баллов опросника SF-36 – шкала PF (физическое функционирование) (КК = -0,68).

Наиболее выраженные и достоверные корреляционные связи выявлялись у величины окружности талии с другими показателями. Так, величина окружности талии положительно коррелировала с формой стула по Бристольской шкале (КК = 0,42), процентом жировой массы (КК = 0,87), размером правой доли печени (КК = 0,44), наличием атеросклеротических бляшек в сонных артериях (КК = 0,4), уровнем мочевой кислоты (КК = 0,48), уровнем гликированного гемоглобина (КК = 0,43), уровнем фибриногена (КК = 0,47), количеством баллов по опроснику SF-36 – шкала PF (физическое функционирование) (КК = -0,56), шкала SF (социальное функционирование) (КК = 0,55), количеством баллов по шкале 9 опросника СМОЛ (КК = -0,46).

Обсуждение результатов

В настоящее время заболеваемость морбидным ожирением неуклонно растет не только в большинстве западных стран, но и в Российской Федерации [3]. В соответствии с современными согласительными

документами основным способом лечения таких пациентов являются бариатрические хирургические вмешательства [12]. Очевидной проблемой отечественной медицины является отсутствие практики направления пациентов с морбидным ожирением в специализированные бариатрические центры, при том что большинство пациентов имеют широкий спектр ассоциированных с ожирением заболеваний и на регулярной основе обращаются к терапевтам, врачам общей практики, гастроэнтерологам. Данный факт указывает на необходимость проведения образовательных программ, посвященных основам метаболической хирургии, для врачей различных специальностей, сталкивающихся с пациентами с морбидным ожирением. В фокусе особого внимания находится гастроэнтерологическая служба, поскольку доминирующими у пациентов с морбидным ожирением являются именно гастроэнтерологические жалобы. Данный подход является важным, учитывая, что большинство участников исследования являлись трудоспособными гражданами.

С возрастом частота встречаемости ассоциированных с ожирением заболеваний (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, предиабет и сахарный диабет) достоверно увеличивается, однако гастроэнтерологические жалобы и гастроэнтерологические заболевания встречаются одинаково часто у пациентов и молодого, и среднего возраста. Так, более половины участников исследования испытывали изжогу и жалобы диспепсического характера – тяжесть и дискомфорт в эпигастрии, возникающие после приема пищи. В процессе проведения инструментального обследования у 20,5% пациентов был выявлен эрозивный эзофагит, у 41,2% – СГПОД I степени, у 32,3% пациентов – СГПОД II степени. В связи с этим проведение образовательных программ, популяризирующих метаболическую хирургию, может быть более востребованными для гастроэнтерологов и врачей эндоскопистов.

В множестве исследований продемонстрировано, что с нарастанием индекса массы тела встречаемость

личностных расстройств, а также различных девиаций пищевого поведения увеличивается, достигая максимума у пациентов с морбидным ожирением [1].

В нашей работе у большинства пациентов с ожирением основной проблемой питания было негармоничное распределение калорийности принимаемой пищи в течение суток. Так, ужин по калорийности занимал первое место у 70,5% пациентов, завтрак по калорийности – третье место у 58,8% пациентов. Известно, что нарушение циркадного ритма приема пищи оказывает негативное влияние на расход и запасание энергии, в том числе и за счет эпигеномного влияния света [13].

Девиации пищевого поведения у пациентов с морбидным ожирением были представлены булимическими, эмоциогенными и экстернальными вариантами.

Основной психологической проблемой у пациентов, обратившихся за оказанием бариатрической хирургической помощи, было наличие умеренной личностной тревожности. В ходе заполнения опросника СМОЛ у больных не было выявлено выраженных личностных особенностей, что является нестандартным для пациентов с морбидным ожирением. Отсутствие выраженных личностных девиаций у участников исследования может быть связано с тем, что в исследование были включены пациенты, как правило, разыскавшие информацию о бариатрическом хирургическом лечении и обратившиеся за медицинской помощью самостоятельно, что может свидетельствовать о достаточной гармоничности их личностного профиля.

По результатам оценки качества жизни при помощи опросника SF-36 наиболее значимое снижение качества жизни отмечалось по шкалам ролевого ограничения, связанного с физическим состоянием здоровья, а также по шкале ролевого ограничения, связанного с эмоциональным состоянием здоровья, что указывает на значимое влияние морбидного ожирения на повседневную активность пациентов.

У участников исследования мужского пола были достоверно больше окружность талии и отношение окружности талии к окружности бедер, то есть чаще встречалось вис-

церальное ожирение, что было ассоциировано с повышенным уровнем С-реактивного белка, наличием более выраженного субклинического воспаления.

Сравнение пациентов молодого и среднего возраста, а также определение корреляционной связи между возрастом и другими показателями выявили ряд тенденций. С увеличением возраста у пациентов достоверно чаще встречались клинические и инструментальные данные, свидетельствующие о нарушении работы гепатобилиарной системы – боли в правом подреберье, увеличение размера воротной вены и холедоха, снижение уровня сывроточного белка, что может наблюдаться на фоне прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени. С возрастом у пациентов с морбидным ожирением отмечалось увеличение количества баллов по шкалам 1, 3 и 8 опросника СМОЛ, что может свидетельствовать о нарастании с возрастом астено-невротических, истерических и шизоидных черт личности.

Более выраженные корреляционные связи с различными показателями, свидетельствующими о наличии хронических заболеваний, субклинического воспаления, а также снижения качества жизни, отмечались для величины окружности талии, а не ИМТ, что свидетельствует о более неблагоприятном течении именно висцерального ожирения.

Наиболее востребованной группой лекарственных препаратов у пациентов с морбидным ожирением в периперационный период, по результатам нашего исследования и по литературным данным, являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Так, более половины пациентов, обратившихся за бариатрической хирургической помощью, получали ИПП по причине отсутствия симптоматики ГЭРБ и (или) функциональной диспепсии.

В соответствии с рекомендациями 2019 года о периперационной курации бариатрических пациентов ИПП должны быть обязательно назначены в следующих клинических ситуациях:

- в схемах эрадикационной терапии в случае выявления *H. pylori* (эрадикация *H. pylori* уменьшает риски возникновения язв анастомозов);
- профилактическая терапия ИПП назначается после гастрощунтирующих операций с целью профилактики язв анастомозов на 3–12 месяцев;
- в случае появления симптоматики ГЭРБ после проведения продольной резекции желудка пациентам показана длительная терапия ИПП.

При выборе ИПП у пациентов с морбидным ожирением основными требованиями к препарату являются его высокая эффективность и безопасность.

Выводы и рекомендации

1. На основании проведенного исследования могут быть сформулированы следующие выводы и рекомендации по курации пациентов с морбидным ожирением.
2. В РФ отсутствует практика направления пациентов в профильные хирургические центры с целью эффективного лечения морбидного ожирения.
3. Доминирующими у пациентов с морбидным ожирением молодого и среднего возраста являются гастроэнтерологические жалобы, а наиболее частым гастроэнтерологическим заболеванием – ГЭРБ.
4. Частое присутствие у пациентов с морбидным ожирением ГЭРБ и СГПОД требует дальнейшего изучения эффективности и безопасности основных бариатрических хирургических вмешательств, в частности продольной резекции желудка.
5. Препаратом выбора у пациентов с морбидным ожирением и ГЭРБ является ИПП.
6. У большинства пациентов с морбидным ожирением выявляются девиации пищевого поведения по типу булимического расстройства, эмоциогенного и импульсивного переедания, а также имеются нарушения суточного ритма приема пищи.

7. Пациенты с морбидным ожирением имеют личностные особенности, преимущественно наличие личностной и реактивной тревожности умеренного уровня, а также максимальное ограничение качества жизни, связанное с ролевым ограничением, обусловленным физическим и эмоциональным состоянием.
8. Наличие личностных особенностей, а также девиаций пищевого поведения потенциально может оказывать негативное влияние на отдаленные результаты бариатрических хирургических вмешательств, что делает необходимым более детальное изучение течения послеоперационного периода у таких пациентов.

Список литературы

1. Морбидное ожирение под редакцией академika РАН И.И. Дедова 2014г, ISBN: 978-5-9986-0171-2, 608 стр. МИА.
2. URL: www.who.int/global-guidelines/obesity обращение от 20.02.2020
3. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014. *The Lancet*. 2016. N2. P. 1377–1396.
4. Purcell K., Sumithran P., Prendergast L. A. et al. The effect of rate of weight loss on long-term weight management: a randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014. N2 (12). P. 954–62.
5. Courcoulas A. P., Christian N. J., Belle S. H. et al. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *BMJAMA*. 2013. N310 (22). P. 21–25.
6. Courcoulas A. P., Christian N. J., O'Rourke R. W. Pre-operative factors and 3-year weight change in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) consortium. *Surg Obes Relat Dis.* 2015. N1 (5). P. 11–18.
7. Volkan Y., Tsigos C., Fried M. *European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts.* 2015. N8. P. 402–424.
8. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника Бека на депрессию. URL: <https://painmed.ru/files/pdf>
9. Н. Ф. Гребень и соавт. Психологические тесты для профессионалов/ Гребень Н. Ф. Минск: Соврем. шк., 2007. 496 с.
10. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord.* 1986. N5. P. 295–315.
11. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. URL: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/sf36.pdf> [Instructions for processing data obtained with the SF-36 questionnaire. URL access mode: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/sf36.pdf>. (In Russ.)].
12. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Шестакова М. В. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых). *Ожирение и метаболизм.* 2018. № 15. P. 53–70.
13. Orozco-Soils R., Sassone-Corsi P. Epigenetic control and the circadian clock: linking metabolism to neuronal responses. *Neuroscience.* 2014. N264. P. 76–87.
14. Jeffrey I. M. et al. AACE/TOS/ASMBS/OMA/ASA 2019 Guidelines. *Endocrine practice.* 2019. N25 (12). P. 23–45.