



© СС 0 Коллектив авторов, 2022
УДК 613.25-089-059
DOI: 10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24

Е. Д. Четверкина*, И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева, Д. И. Василевский, С. Г. Баландов,
К. А. Анисимова, З. М. Хамид, Е. Л. Смурова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К СОБЛЮДЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Поступила в редакцию 21.06.2022 г.; принята к печати 06.02.2023 г.

Резюме

Введение. В настоящее время ожирение рассматривается как хроническое заболевание обмена веществ, возникающее в любом возрасте. Актуальность исследования обуславливается высокой распространенностью людей с избыточной массой тела (МТ).

Цель – психологическая оценка уровня комплаентности, эмоционального состояния, характеристик пищевого поведения и удовлетворенности качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции.

Методы и материалы. В исследование включены 30 пациентов с морбидным ожирением, перенесших бариатрические вмешательства в возрасте от 26 до 53 лет. Использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление уровня комплаентности, эмоционального статуса и особенностей пищевого поведения.

Результаты. Исследование показало, что у пациентов с морбидным ожирением после проведенной бариатрической операции меняется тип пищевого поведения в сторону более жесткого соблюдения режима питания, улучшается их эмоциональное состояние, но при этом удовлетворенность качеством жизни падает. Через 6 месяцев после проведенной бариатрической операции у пациентов снижается приверженность к соблюдению рекомендаций врача. Пациенты начинают нарушать предписанный режим, недооценивают возможные последствия и осложнения, начинают пренебрегать некоторыми аспектами лечения и соблюдения диеты.

Заключение. Важно уделять внимание созданию профилактических программ, направленных на информирование пациентов о составе продуктов и их калорийности, на осознание привычных поведенческих реакций на пищевые стимулы и факторов риска повторных срывов.

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, приверженность лечению, соблюдение рекомендаций, тревога, депрессия, мотивация, пищевое поведение

Для цитирования: Четверкина Е. Д., Гуреева И. Л., Исаева Е. Р., Василевский Д. И., Баландов С. Г., Анисимова К. А., Хамид З. М., Смурова Е. Л. Приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрических операций. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2022;29(4):16–24. DOI: 10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24.

* Автор для связи: Екатерина Дмитриевна Четверкина, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: ekaterina_chetve@mail.ru.

Ekaterina D. Chetverkina*, Irina L. Gureeva, Elena R. Isaeva, Dmitriy I. Vasilevsky,
Stanislav G. Balandov, Kristina A. Anisimova, Zarina M. Hamid, Elizaveta L. Smurova

Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

COMPLIANCE TO MEDICAL RECOMMENDATIONS IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY BEFORE AND AFTER BARIATRIC SURGERY

Received 21.06.2022; accepted 18.07.2022

Summary

Introduction. Nowadays, obesity is considered as a chronic metabolic disease that occurs at any age. The relevance of the study is defined by the high prevalence of obese people

The **objective** was a psychological assessment of the level of compliance, emotional state, characteristics of eating behavior and satisfaction with the quality of life in patients with morbid obesity before and after bariatric surgery.

Methods and materials. The study included 30 patients with morbid obesity who underwent bariatric surgery aged 26 to 53 years. Psychodiagnostic techniques and clinical scales were used to determine the level of compliance, emotional state and features of eating behavior.

Results. The study showed that in patients with morbid obesity after bariatric surgery, the type of eating behavior changed towards stronger compliance to the diet, their emotional state improved but at the same time, satisfaction with the quality of life decreased. 6 months after the bariatric surgery, compliance to medical recommendations in patients decreased. Patients began to violate the prescribed regimen, depreciated the possible consequences and complications, and began to neglect some aspects of treatment and dietary compliance.

Conclusion. It is important to pay attention to the creation of preventive programs aimed at informing patients about food composition and caloric value, awareness of habitual behavioral reactions to food stimuli and risk factors for repeated breakdowns.

Keywords: bariatric surgery, compliance to treatment, compliance to recommendations, anxiety, depression, motivation, eating behavior

For citation: Chetverkina E. D., Gureeva I. L., Isaeva E. R., Vasilevsky D. I., Balandov S. G., Anisimova K. A., Hamid Z. M., Smurova E. L. Compliance to medical recommendations in patients with morbid obesity before and after bariatric surgery. *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2022;29(4):16–24. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24.

* **Corresponding author:** Ekaterina D. Chetverkina, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: ekaterina_chetve@mail.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловливается высокой распространенностью людей с избыточной массой тела (МТ). В настоящее время ожирение рассматривается как хроническое заболевание обмена веществ, возникающее в любом возрасте. Оно проявляется в избыточном увеличении массы тела преимущественно за счет чрезмерного накопления жировой ткани, сопровождающееся увеличением случаев общей заболеваемости и смертности населения [1, 2]. Ожирение — это глобальная эпидемия, которая охватывает миллионы людей на планете. К сопутствующей ожирению патологии относятся хронические болезни эндокринной и сердечно-сосудистой системы [3]. Избыточная масса тела и ожирение по значимости являются 5-м в мире фактором риска смерти [4, 5]. 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 [2]. Ожирение несет с собой и негативные психологические последствия: несостоятельность в личной и профессиональной жизни, низкая самооценка и эмоциональные расстройства в результате психологической и социальной стигматизации [4, 6, 7], что, безусловно, отражается на качестве жизни.

По данным ВОЗ, в 2016 г. более 1,9 млрд взрослых (возрастом от 18 лет и старше) имели избыточный вес. Из них более 650 млн страдали ожирением [5]. Распространенность ожирения среди мужчин составляла 11 %, среди женщин — 15 %. По прогнозам к 2030 г. 60 % населения мира (то есть 3,3 млрд человек) могут иметь избыточный вес (2,2 млрд) или ожирение (1,1 млрд), или тенденции заболеваемости ожирением сохранятся [3].

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, долгосроч-

ных результатов в снижении массы тела [1, 3, 4, 8]. Бариатрический метод лечения ожирения 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 [8, 9]. 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. д. [4, 9].

Необходимо отметить, что бариатрическое вмешательство — это только начало пути в лечении пациентов, страдающих ожирением, и оно требует мультидисциплинарного подхода, включающего согласованную работу диетолога, эндокринолога, специалиста по лечебной физкультуре, медицинского психолога и других специалистов. При лечении ожирения одним из ключевых аспектов лечебной программы, помимо фармакотерапии, является изменение привычного образа жизни, включающее коррекцию питания и увеличение объема физических нагрузок. В то же время нельзя не отметить, что после бариатрических вмешательств, даже после таких эффективных, как гастрешунтирование и билиопанкреатическое шунтирование (ГШ и БПШ), пациент сталкивается с целым рядом проблем, таких как постоянный прием витаминов и минералов, контроль питания, изменения мышления по отношению к образу жизни. Это требует пожизненного контроля и терапии [1]. Однако до 60 % пациентов не в состоянии удерживать массу тела (МТ) в течение 5 лет после ее снижения, что подтверждают данные Национального института здоровья США [10]. Таким образом, изменение привычного образа жизни и физической активности, выполнение рекомендаций врачей, как медикаментозной терапии, так и диетотерапии, является необходимым условием успешного лечения морбидного ожирения.

Согласно данным многих исследований, в патогенезе и клинической картине ожирения важную роль играют как биологические, так

Таблица 1

Характеристики эмоционального состояния пациентов до и после бариатрической операции (по шкале HADS)

Table 1

Characteristics of the emotional state of patients before and after bariatric surgery (according to the HADS scale)

Параметр	До операции (M±SD)	После операции (M±SD)
Уровень тревоги (HADS)	5,8±2,3	3,2±1,5
Уровень депрессии (HADS)	4,03±2,5	2,3±2,7

и психологические факторы [11–13]. Поэтому одним из важных критериев успешности лечения после бариатрической операции является оказание пациентам психологической помощи, направленной на адаптацию к изменениям в физиологической, поведенческой и психологической сферах. Психологическое сопровождение должно осуществляться на протяжении всего лечения, включая послеоперационный период [14, 15].

В России существуют лишь единичные, фрагментарно изложенные исследования психологических особенностей пациентов с ожирением после бариатрической операции [11, 12, 14–17], что обосновывает необходимость системного изучения и последующей разработки алгоритмов эффективного психологического сопровождения больных с морбидным ожирением на всем пути лечения. В связи с этим представляется актуальным изучение поведенческих и пищевых привычек, а также эмоционального состояния и уровня комплаентности пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрической операции.

Цель исследования — психологическая оценка уровня комплаентности, эмоционального состояния, характеристик пищевого поведения и удовлетворенности качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции.

Задачи исследования:

- 1) провести сравнительный анализ эмоционального состояния, пищевого поведения и удовлетворенности качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции;
- 2) сравнить уровень комплаентности у пациентов с морбидным ожирением до и после проведения бариатрической операции;
- 3) изучить взаимосвязь эмоциональных, психологических характеристик пациентов с морбидным ожирением с уровнем их комплаентности.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

В исследование включены 30 пациентов (19 женщин и 11 мужчин) с морбидным ожирением (ИМТ≥40 кг/м²) в возрасте от 26 до 53 лет, перенесших бариатрические вмешательства: продольная (рукавная) резекция желудка (ПРЖ), гастропластика (ГШ). Пациенты наблюдались

на базе хирургического отделения № 2 ПСПбГМУ им. И. П. Павлова в течение 10 дней до операции и через 6 месяцев после нее. В исследовании использовались психодиагностические методики и клинические шкалы, направленные на выявление уровня комплаентности, эмоционального статуса и особенностей пищевого поведения: опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями [10]; голландский опросник пищевого поведения DEBQ [18]; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала оценки качества жизни в послеоперационный период BQL [19]. Также в исследовании использовались данные анкетирования пациентов по вопросам привычек пищевого поведения и образа жизни.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6,0. Математическое обеспечение работы включало расчет среднего арифметического значения (M) и стандартного отклонения (SD). Проведен сравнительный анализ для сопоставления уровня комплаентности и пищевого поведения (ПП) у пациентов до и после бариатрической операции. Для сравнительного анализа использовался непараметрический статистический критерий Уилкоксона, также применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты опроса указывают на то, что после проведенного бариатрического лечения пациенты существенно изменили привычный образ жизни, скорректировали питание и увеличили объем ежедневных физических нагрузок, что является основным фактором в успешном лечении морбидного ожирения.

У большинства бариатрических пациентов уровень тревоги и депрессии в предоперационном периоде не достигал клинического уровня выраженности (n = 0–7). После операции уровень тревоги и депрессии снижался, при этом средние показатели находились в рамках нормативных значений (табл. 1, рис. 1).

Был проведен сравнительный анализ пищевого поведения (ПП) у бариатрических пациентов до и после операции. Пищевое поведение включает в себя 3 основных типа пищевого поведения [12, 18].

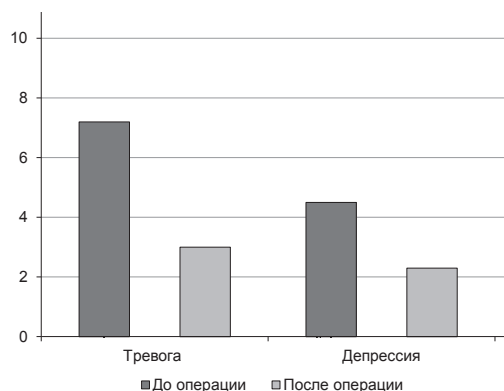


Рис. 1. Оценка эмоционального состояния в пред- и послеоперационный период у бариатрических пациентов
Fig. 1. Assessment of the emotional state in the pre- and postoperative period in bariatric patients

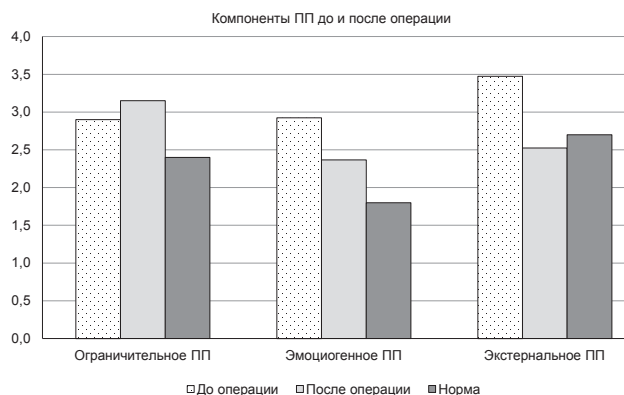


Рис. 2. Оценка пищевого поведения в пред- и послеоперационный период у бариатрических пациентов
Fig. 2. Assessment of eating behavior in pre- and postoperative period in bariatric patients

Таблица 2

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

Table 2

Results of comparative analysis of eating behavior before and after surgery (Dutch Eating Behavior Questionnaire)

Переменная	Норма до	Показатели до операции (M±σ)	Показатели после операции (M±σ)	T _{эмп}	T _{крит}	Уровень значимости различий, P
Ограничительное ПП	2,4	2,9±0,5	3,2±0,4	3	0	0,05
Эмоциогенное ПП	1,8	2,9±0,7	2,4±0,7	0*	0	0,05
Экстернальное ПП	2,7	3,5±0,7	2,5±0,5	1	0	0,05

Экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией больного не на внутренние, физиологические, стимулы к приему пищи (истинное чувство голода, связанное с уровнем глюкозы и свободных жирных кислот в крови, наполненностью желудка и его моторикой и т. д.), а на внешние, такие как вид еды или жующего человека, реклама пищевых продуктов и т. д. При экстернальном типе пищевого поведения определяющее значение имеет доступность продуктов. Практически у всех пациентов с морбидным ожирением в той или иной степени выражено экстернальное пищевое поведение. *Эмоциогенное пищевое поведение* встречается у 60 % больных ожирением. Стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому, что он неспокоен, тревожен или раздражен, у него плохое настроение. *Ограничительное пищевое поведение* представляет собой хаотичные, нерегулярные эпизоды самоограничений в приеме пищи, которые не выдерживаются больным длительное время и приводят к пищевым срывам, что вызывает дезадаптацию в психической и вегетативной сферах [1, 20].

Как показало наше исследование (табл. 2), до операции у бариатрических пациентов показатели экстернального типа пищевого поведения, а также эмоциогенного пищевого поведения значительно превышали нормативные значения ($p < 0,05$). После операции у большинства бариатрических пациентов

значительно снижается экстернальный тип ПП и на первый план выходит ограничительный компонент пищевого поведения, свидетельствующий о том, что пациенты вынуждены ограничивать себя в питании. После операции чувство насыщения меняется и наступает быстрее даже при употреблении небольшого количества пищи. Важно понимать, что после бариатрической операции для достижения долгосрочного успеха пациентам следует очень избирательно подходить к выбору еды, а также строго придерживаться здорового образа жизни, чтобы удержать и сохранить результаты операции. После бариатрической операции также наблюдается статистически значимое снижение показателей эмоциогенного типа ПП. Это говорит о том, что большинство пациентов после операции стараются контролировать приемы пищи в соответствии с рекомендациями врачей, ограничивают себя в привычном «заедании» своих эмоциональных переживаний (рис. 1). Вместе с тем, как показано в табл. 2, средние показатели по всем шкалам голландского опросника пищевого поведения DEBQ превышают нормативные значения как до, так и после проведенной операции.

Таким образом, можно сделать вывод, 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 3 компонентах ПП (табл. 2, рис. 2). После операции возрастают значения ограничительного пищево-

Таблица 3

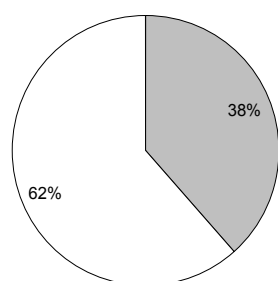
Результаты самооценки удовлетворенности качеством жизни у бариатрических пациентов после операции (шкала BQL)

Table 3

Results of self-assessment of satisfaction with the quality of life in bariatric patients after surgery (BQL scale)

Шкала	$M \pm \sigma$
Восприятие	$44,46 \pm 5,87$
Болезнь-специфические вопросы	$4,08 \pm 1,08$
Сумма баллов	$47,54 \pm 6,40$

Удовлетворенность КЖ после операции (BQL)



■ Удовлетворены КЖ $M \pm \sigma = 53,65 \pm 2,92$
 □ Не удовлетворены КЖ $M \pm \sigma = 43,72 \pm 4,76$

Рис. 3. Оценка удовлетворенности качеством жизни по методике BQL после операции

Fig. 3. Assessment of satisfaction with the quality of life by the BQL method after surgery

Уровень комплаентности до и после операции

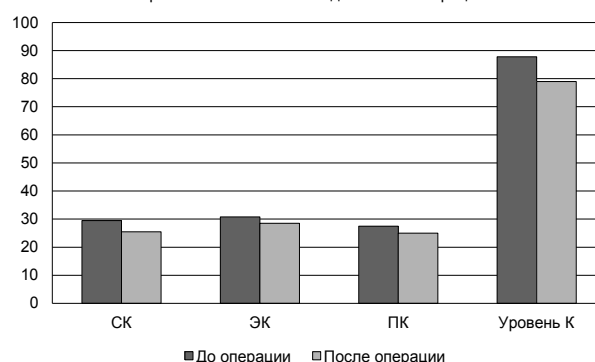


Рис. 4. Оценка уровня комплаентности в до- и послеоперационный период у бариатрических пациентов

Fig. 4. Assessment of the level of compliance in pre- and postoperative period in bariatric patients

го поведения и значимо уменьшаются показатели эмоциогенного ПП. Такая динамика в пищевом поведении свидетельствует о стремлении пациентов ориентироваться при приеме пищи на реальные физиологические потребности, а не на желание справиться с помощью еды с эмоциональными переживаниями. Вместе с тем нельзя исключать того, что усиление ограничений в пищевом поведении может вызвать рост внутреннего эмоционального напряжения и спровоцировать в последующем импульсивное эмоциогенное перекармливание (пищевые срывы).

В связи с этим 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. 3).

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. 3, 62 % пациентов не удовлетворены качеством жизни после операции ($M \pm \sigma = 43,72 \pm 4,76$), лишь 38 % удовлетворены ($M \pm \sigma = 53,65 \pm 2,92$); показатели второй группы ниже, чем средние показатели условно здоровых людей.

Неудовлетворенность качеством жизни после проведения бариатрической операции и снижения

массы тела (МТ) может быть обусловлена актуализацией проблем, не решенных из-за ограничений в пищевом поведении, например, отказа от «заедания» стресса. Мы предполагаем, что большинство пациентов (62 %) после операции испытывали неудовлетворенность качеством жизни, поскольку образ жизни и пищевые предпочтения до операции, несмотря на избыточную массу тела, выступали факторами, благодаря которым поддерживалось их психологическое и социальное функционирование (рис. 3). Возможно также несоответствие ожиданий от послеоперационного периода с реальностью.

В исследовании было установлено, что пациенты, у которых до операции преобладал экстернальный тип ПП, удовлетворенность качеством жизни была ниже, чем у пациентов, имеющих другие нарушения ПП. При экстернальном пищевом поведении изменение питания требует больших усилий и контроля, чем при состояниях истинного, физиологического голода, который исчезает после операции в связи с отсутствием фундального отдела желудка, продуцирующего гормон грелин (гормон голода).

Далее мы провели сравнительный анализ уровня комплаентности в до- и послеоперационные периоды у бариатрических пациентов. Термин «комплаенс» давно закрепился в медицинской литературе и имеет несколько значений. Самое распространенное определение комплаенса понимается как согласие на лечение, сотрудничество с врачом. Другое значение термина «комплаентность» означает

Таблица 4

Оценка уровня комплаентности в пред- и послеоперационном периоде у бариатрических пациентов

Table 4

Assessment of the level of compliance in pre- and postoperative period in bariatric patients

Переменная	Показатели до операции ($M \pm \sigma$)	Показатели после операции ($M \pm \sigma$)	$T_{\text{эмп}}$	$T_{\text{крит}}$	Уровень значимости различий, P
Социальная комплаентность	$29,5 \pm 3,7$	$25,5 \pm 5,4$	0*	0	0,05
Эмоциональная комплаентность	$30,7 \pm 4,5$	$28,5 \pm 6,6$	2,5	0	0,05
Поведенческая комплаентность	$27,5 \pm 5,8$	$25 \pm 6,2$	0*	0	0,05
Общий уровень комплаентности	$87,7 \pm 13,3$	79 ± 18	1	0	0,05

точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения и широко применяется практичными врачами как за рубежом, так и в России, в основном при обсуждении проблемы лекарственной терапии [21, 22]. В нашем исследовании комплаентность представлена тремя составляющими: социальной, эмоциональной и поведенческой [10]. *Социальная комплаентность* — стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение и поддержку. *Эмоциональная комплаентность* — склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной тревогой за свое здоровье, впечатлительностью и чувствительностью. *Поведенческая комплаентность* — стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие [21]. Как показало исследование, до операции у бариатрических пациентов с морбидным ожирением был средневыраженный показатель общего уровня комплаентности. Для пациентов со средневыраженным уровнем комплаентности характерно: доверительные отношения с врачом, склонность опираться на его мнение и соблюдать предписанные врачом рекомендации, но иногда пациент может сомневаться в необходимости такого лечения, поведение зависит от настроения пациента. Для такого пациента характерна подверженность влиянию чувств, случая или обстоятельств, что может отрицательно сказываться на эффективности лечения.

Как показали результаты исследования, после проведения операции по всем трем компонентам комплаентности наблюдалось снижение, что отражалось и в снижении общего уровня приверженности лечению. Статистически значимым является снижение социальной (СК) и поведенческой комплаентности (ПК) (рис. 4, табл. 4), 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 средневыраженного показателя комплаентного поведения как до, так и после операции. Через 6 месяцев после операции у пациен-

тов 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). Можно предположить, что после бариатрической операции пациенты склонны недооценивать возможные последствия и осложнения заболевания, пренебрегать некоторыми аспектами лечения (посещение контрольных осмотров, изменение режима дня, соблюдение диеты), рекомендованными врачом.

На заключительном этапе исследования мы провели корреляционный анализ с целью установления взаимосвязей уровня комплаентности с психологическими характеристиками пациентов (рис. 5).

По результатам корреляционного анализа установлено, что, чем выше был вес пациента до операции, тем ниже показатели ограничительного типа пищевого поведения после бариатрической операции. То есть у пациентов с большим весом чаще будут нарушения ограничений в питании после операции, сохраняется склонность к неконтрольному поеданию пищи. Ограничительное поведение в питании было взаимосвязано с общим уровнем комплаентности ($r = 0,43$; $p < 0,05$), а также с социальным ($r = 0,48$; $p < 0,05$) и эмоциональным компонентами комплаентности ($r = 0,45$; $p < 0,05$). Чем выше приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций, тем сильнее тенденция пациентов к ограничительному поведению в питании и наоборот. Снижение уровня комплаентности после операции может быть связано с субъективным ощущением выздоровления при незаконченном лечении и ослаблением контроля пищевых привычек.

Также было установлено, что уровень комплаентности взаимосвязан с общим уровнем тревоги: тревожный пациент более привержен к соблюдению рекомендаций после бариатрической операции (рис. 5).

Таким образом, исследование показало, что у пациентов с морбидным ожирением после проведенной бариатрической операции меняется тип пищевого поведения в сторону более жесткого соблюдения режима питания, улучшается их эмоциональное состояние, но при этом удовлетворенность

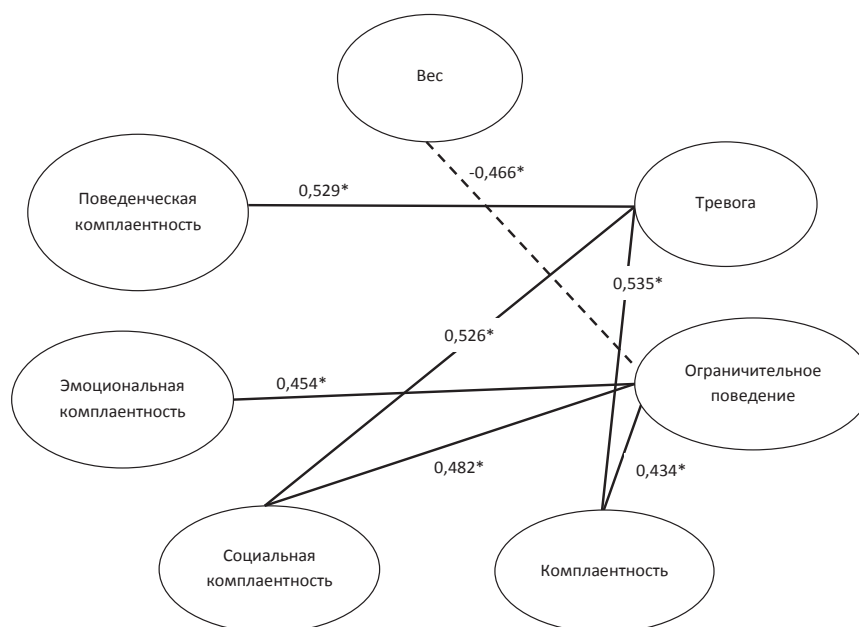


Рис. 5. Корреляционный анализ: взаимосвязь эмоциональных, психологических характеристик с уровнем комплаентности

Fig. 5. Correlation analysis of emotional, psychological, characteristics in relation to the level of compliance

качеством жизни падает. Следует признать, что послеоперационное питание напоминает продолжающуюся диету и требует постоянного внимания и сил. При этом, если пациент после бариатрической операции будет задумываться о своем питании, отличать истинный физический голод (сопровождающийся урчанием в желудке, нарушением концентрации внимания и раздражительностью) от желания поесть под влиянием эмоций или окружающей среды, если будет осознанно выбирать еду и придерживаться здорового образа жизни, то это повысит вероятность достижения желаемого результата. Но, как показало исследование, через 6 месяцев 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. Установлено также, что общий уровень комплаентности взаимосвязан с уровнем тревоги за здоровье и с высокими показателями ограничительного типа пищевого поведения.

ВЫВОДЫ

1. У большинства пациентов с морбидным ожирением в пред- и послеоперационном периодах не выявлено клинически выраженных эмоциональных нарушений: показатели тревоги и депрессии находились в пределах нормативных значений.
2. У пациентов с морбидным ожирением до операции преобладал экстернальный тип пищевого поведения. После бариатрической операции преобладали показатели ограничительного типа пищевого поведения.

3. Большинство пациентов с морбидным ожирением после операции не удовлетворены качеством своей жизни.

4. У пациентов с морбидным ожирением до операции наблюдался высокий показатель общего уровня комплаентности. После бариатрической операции отмечается снижение уровня комплаентности, ослабление стремления к точному соблюдению врачебных рекомендаций, что может привести к нивелированию эффекта операции и возврату к прежним привычкам питания и еще больше усугубить здоровье пациента.

5. Приверженность лечению и соблюдению врачебных рекомендаций у пациентов с морбидным ожирением после прохождения бариатрической операции взаимосвязана с повышенным уровнем тревоги и усилением ограничительного пищевого поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты, полученные в данном исследовании, указывают на необходимость создания алгоритма, определяющего психологические маркеры, которые следует учитывать при определении показаний и противопоказаний к проведению бариатрического лечения. 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 [3]. Пациенты, чье ожирение вызвано психологическими факторами, нуждаются в психологическом сопровожде-

нии не только для снижения массы тела, но и для длительного поддержания эффекта операции.

Результаты исследования также свидетельствуют о необходимости тесного взаимодействия и междисциплинарной командной работы всех специалистов хирургического отделения как до бариатрической операции, так и после нее: контроль со стороны лечащего врача, медицинского психолога и других специалистов, информирование пациентов о важности соблюдения врачебных рекомендаций, а также систематическая мотивационная работа с пациентами, направленная на повышение приверженности лечению и профилактику пищевых срывов. В исследовании показана роль ограничительного компонента пищевого поведения у пациентов в возникновении пищевых срывов с последующим набором веса уже после бариатрической операции. В связи с этим важно уделять внимание созданию профилактических программ, направленных на информирование пациентов о составе продуктов и их калорийности, на осознание привычных поведенческих реакций на пищевые стимулы и факторов риска повторных срывов.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 2. – С. 2–6.
2. 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. – С. 28–32.
3. Дедов И. И., Шестакова М. В., Мельниченко Г. А. и др. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» // Ожирение и метаболизм. – 2021. – Т. 18, №1. – С. 5–99.
4. Клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых // Российская ассоциация эндокринологов. – М., 2014.
5. Collaboration NCDRF. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants // Lancet. – 2016. – Vol. 387, № 10026. – P. 1377–1396.

6. 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.

7. Puhl R. M., Heuer C. A. The Stigma of Obesity: A Review and Update // Obesity. – 2009. – № 17(5). – P. 941–964.

8. Баландов С. Г., Василевский Д. И., Анисимова К. А., Хамид З. М., Шкредов Д. В. Принципы выбора бариатрических вмешательств (обзор литературы) // Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2020. – Т. 27, № 4. – С. 38–45.

9. Мазурина Н. В., Свиридонова М. А. Эндокринные и метаболические аспекты ведения пациентов, перенесших бариатрические операции. По материалам клинических рекомендаций Общества эндокринологов // Ожирение и метаболизм. – 2012. – Т. 9, №1. – С. 51–57.

10. Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «Уровень комплаентности». – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

11. Неймарк А. Е., Еганян Ш. А., Гринева Е. Н. Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18, № 4. – С. 55–56.

12. Deters Hayes K. A. Расстройства пищевого поведения: психодинамическая концептуализация заболевания // Психоневрология и нейропсихиатрия. – 2011. – Т. 7, № 34. – С. 36–41.

13. Ростовцева Е. Психология подготовки к бариатрической операции и жизни после нее. Практическое руководство для пациентов. – М., 2013. URL: <https://bariatricresults.ru/other/book.shtml>.

14. 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». – М. – С. 62.

15. Старостина Е. Г. Особенности диагностики и лечения психосоматических расстройств в работе врача общей практики // Альманах клинической медицины. – 2004. – Т. VII – С. 239–249.

16. Старостина Е. Г. Расстройства приема пищи: клинико-эпидемиологические аспекты и связь с ожирением // Врач. – 2005. – № 2. – С. 28–30.

17. Van Strien T., Frijters J. E. R., Bergers G. P. A., Defares P. B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior // International Journal of Eating Disorders. – 1986. – Т. 5, № 2. – С. 295–315.

18. Weiner S., Sauerland S., Fein M., Blanco R., Pomhoff I., Weiner R. A. The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients // Obesity Surgery. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 538–545.

19. Волкова Е. Г., Романцева Т. И., Вознесенская Т. Г., Роик О. В. Пищевое поведение у пациентов с ожирением // Ожирение и метаболизм. – 2007. – № 2. – С. 19–20.

20. Банищikov Ф. П. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обзорные психиатрии и мед. психологии. – 2006. – № 4. – С. 9–11.

21. Коц Я. И., Митрофанова И. С. Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 4 – С. 4–7.

REFERENCES

1. Voznesenskaya T. G. Eating disorders in obesity and their correction // Obesity and metabolism. 2004;2:2–6. (In Russ.).
2. Gurova O. Yu., Bobrov A. E., Romantsova T. I., Roik O. V. Metabolic and psychopathological features in patients with morbid obesity // Obesity and metabolism. 2007;3:28–32. (In Russ.).

3. Dedov I. I., Shestakova M. V., Melnichenko G. A. Interdisciplinary clinical guidelines «Treatment of obesity and comorbid diseases» // Obesity and metabolism. 2021;18(1): 5–99. (In Russ.).
4. Clinical guidelines for the treatment of morbid obesity in adults // Russian Association of Endocrinologists. Moscow, 2014. (In Russ.).
5. Collaboration NCDRF. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants // Lancet. 2016;387(10026):1377–1396.
6. Appolinario J., Bacaltchuk J., Sichieri R. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder // Archives of General Psychiatry. 2003;60:1109–16.
7. Puhl R. M., Heuer C. A. The Stigma of Obesity: A Review and Update // Obesity. 2009;17(5):941–964.
8. Balandov S. G., Vasilevsky D. I., Anisimova K. A., Khamid Z. M., Shkredov D. V. Principles for the selection of bariatric interventions (literature review) // Scientific notes of the St. Petersburg State Medical University named after academician I. P. Pavlov. 2020;27(4):38–45. (In Russ.).
9. Mazurina N. V., Sviridonova M. A. Endocrine and metabolic aspects of management of patients undergoing bariatric surgery. According to the materials of the clinical recommendations of the Society of Endocrinologists // Obesity and metabolism. 2012;9(1):51–57. (In Russ.).
10. Kadyrov R. V., Asriyan O. B., Kovalchuk S. A. Questionnaire «Compliance Level». Vladivostok: Mor. state un-t, 2014:74. (In Russ.).
11. Neimark A. E., Eganyan Sh. A., Grineva E. N. Psychological support of patients before and after bariatric surgery // Consilium Medicum. 2016;18(4):55–56. (In Russ.).
12. Deters Hayes K. A. Eating disorders: a psychodynamic conceptualization of the disease // Psychoneurology and neuropsychiatry. 2011;7(34):36–41.
13. Rostovtseva E. Psychology of preparation for bariatric surgery and life after it // A practical guide for patients. M., 2013. URL: <http://bariatricresults.ru/other/book.shtml>. (In Russ.).
14. Firsova L. D., Askerkhanov R. G. Psychotherapeutic support for patients after bariatric surgery / Collection of abstracts March 5–6, 2015 41st scientific session of TsNIIG «Expanding the boundaries». M.:62. (In Russ.).
15. Starostina E. G. Features of diagnostics and treatment of psychosomatic disorders in the work of a general practitioner // Almanac of Clinical Medicine. 2004;VII: 239–49. (In Russ.).
16. Starostina E. G. Eating disorders: clinical and epidemiological aspects and association with obesity // Doctor. 2005;2:28–30. (In Russ.).
17. Van Strien T., Frijters J. E. R., Bergers G. P. A., Defares P. B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior // International Journal of Eating Disorders. 1986;5(2):295–315.
18. Weiner S., Sauerland S., Fein M., Blanco R., Pomhoff I., Weiner R. A. The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients // Obesity Surgery. 2005;15(4):538–545.
19. Volkova E. G., Romantseva T. I., Voznesenskaya T. G., Roik O. V. Eating behavior in patients with obesity // Obesity and metabolism. 2007;2:19–20. (In Russ.).
20. Banshchikov F. R. Compliance in psychiatry: reality and prospects // Review of psychiatry and medical psychology. 2006;4:9–11. (In Russ.).
21. Kots Ya. I., Mitrofanova I. S. Compliance as a factor in improving the effectiveness of treatment of patients with chronic heart failure // Russian Medical Journal. 2007;4:4–7. (In Russ.).

Информация об авторах

Четверкина Екатерина Дмитриевна, кандидат психологических наук, ассистент кафедры общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-0430-0006; **Гуреева Ирина Лазаревна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-1134-2957; **Исаева Елена Рудольфовна**, доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-7731-7693; **Василевский Дмитрий Игоревич**, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета, врач-хирург, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-6042-322X; **Баландов Станислав Георгиевич**, врач-хирург, кандидат медицинских наук, зав. хирургическим отделением № 2 НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-5306-5332; **Анисимова Кристина Александровна**, врач-хирург хирургического отделения № 2 НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7283-079X; **Хамид Зарина Михайловна**, врач-хирург хирургического отделения № 2 НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-0050-3746; **Смурова Елизавета Леонидовна**, студентка V курса отделения клинической психологии лечебного факультета, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-9862-9303.

Information about authors

Chetverkina Ekaterina D., Cand. of Sci. (Psychological), Assistant of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-0430-0006; **Gureeva Irina L.**, Cand. of Sci. (Psychological), Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-1134-2957; **Isaeva Elena R.**, Dr. of Sci. (Psychological), Professor, Head of the Department of General and Clinical Psychology, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-7731-7693; **Vasilevsky Dmitriy I.**, Dr. of Sci. (Med), Professor, Head of the Department of Surgical Diseases of the Faculty of Dentistry, Surgeon, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-6042-322X; **Balandov Stanislav G.**, Surgeon, Cand. of Sci. (Med), Head of the Surgical Department № 2 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-5306-5332; **Anisimova Kristina A.**, Surgeon of the Surgical Department № 2 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7283-079X; **Hamid Zarina M.**, Surgeon of the Surgical Department № 2 of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-0050-3746; **Smurova Elizaveta L.**, 5-year Student of the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-9862-9303.