

## **АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул*

**Аношкина А. А., Федоров Т. В., Пырикова Н. В., Осипова И. В.**

---

*Цель исследования – изучить психоэмоциональные факторы риска у пациентов с морбидным ожирением в сравнении с лицами, не страдающими избыточным весом или ожирением. Материал и методы. В исследование были включены пациенты хирургического отделения ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул», 30 пациентов (23 женщины в возрасте 19–75 лет и 7 мужчин в возрасте 23–60 лет) с морбидным ожирением (ИМТ >40 кг/м<sup>2</sup>) и 30 пациентов (18 женщин в возрасте 20–77 лет и 12 мужчин в возрасте 21–65 лет) с ИМТ менее 25 кг/м<sup>2</sup>. В ходе анализа использовались опросники согласно методическим рекомендациям «Психоэмоциональные факторы риска в амбулаторной практике врача» 2022 года [1]. Для выявления избыточной массы тела и ожирения использовали критерий индекса массы тела (ИМТ). Результаты. Пациенты с морбидным ожирением, по сравнению с лицами с нормальным весом, чаще имеют психоэмоциональные факторы риска: выраженную тревогу на 33,3% ( $p=0,004$ ), депрессию на 20% ( $p=0,010$ ), сильное психоэмоциональное напряжение на 26,6% ( $p=0,025$ ), выраженные признаки перенапряжения и переутомления на 56,7% ( $p<0,001$ ). Заключение. Пациентам с морбидным ожирением в период госпитализации для бариатрического лечения целесообразна оценка и коррекция психоэмоциональных факторов риска для повышения эффективности лечения.*

**Ключевые слова:** *морбидное ожирение, бариатрическая операция, психоэмоциональные факторы риска, стресс, тревога, депрессия.*

---

## **Введение**

На сегодняшний день ожирение приобрело масштабы эпидемии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год более 4 миллионов человек умирают от последствий избыточного веса или ожирения, поэтому изучение проблем, касающихся ожирения, остается актуальным [2].

Психоэмоциональные факторы риска оцениваются как независимые факторы риска развития ССЗ и других хронических неинфекционных заболеваний (СД 2 типа, ожирение и др.), ассоциированы с примерно 1,5-кратным превышением риска возникновения неблагоприятных исходов ССЗ, включая инвалидизацию и смерть. Эти факторы существенно снижают мотивацию пациентов к лечению и сводят к минимуму приверженность к здоровому образу жизни. Лица, испытывающие хронический стресс, имеющие низкий социально-экономический статус, недостаточную социальную поддержку и жизненное истощение, чаще проявляют привычки пагубного для здоровья поведения – недостаточное или обильное питание, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, курение, что непосредственно сказывается на состоянии их здоровья и качестве жизни в целом [3,4]. Во многих исследованиях вопросы, касающиеся психологического состояния пациентов, страдающих морбидным ожирением, сравнивались до и после проведения бариатрической операции [5,6].

**Цель данного исследования** – изучить психоэмоциональные факторы риска у пациентов с морбидным ожирением в сравнении с лицами, не страдающими избыточным весом или ожирением.

## **Материалы и методы**

В исследование были включены пациенты хирургического отделения ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» г. Барнаул», 30 пациентов (23 женщины в возрасте 19–75 лет и 7 мужчин в возрасте 23–60 лет) с морбидным ожирением (ИМТ >40 кг/м<sup>2</sup>) и 30 пациентов (18 женщин в возрасте 20–77 лет и 12 мужчин в возрасте 21–65 лет) с ИМТ менее 25 кг/м<sup>2</sup>. Пациенты с

морбидным ожирением поступили в хирургическое отделение ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» г. Барнаул» для планового проведения бариатрической операции в объеме минигастрошунтирования и слив-гастрэктомии. Пациенты, не страдающие избыточным весом или ожирением, поступили в хирургическое отделение для планового проведения холецистэктомии или герниопластики.

Опрос всех пациентов проводился до оперативного вмешательства. Пациенты самостоятельно заполняли опросники по оценке психоэмоциональных факторов риска согласно методическим рекомендациям «Психоэмоциональные факторы риска в амбулаторной практике врача» 2022 года [1]. В исследовании использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, тест Ридера в адаптации О. Копиной, краткая версия Маастрихтского опросника жизненного истощения.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS содержит 14 вопросов с 4 вариантами ответов, каждому варианту ответа причислялся балл, соответствующий выраженности признака по тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Интерпретация результатов имела 3 исхода: от 0 до 7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), от 8 до 10 – «субклинически выраженная тревога/депрессия»,  $\geq 11$  – клинически выраженная тревога/депрессия.

Тест Ридера в адаптации О. Копиной включал 7 вопросов, на каждый вопрос было предложено 4 варианта ответа («согласен, скорее согласен, скорее не согласен, не согласен»), каждому из этих вариантов был присвоен балл от 1 до 4 соответственно. При интерпретации результата необходимо сумму баллов разделить на 7. Полученный результат показывает уровень стресса в зависимости от пола. Для женщин низкий уровень стресса соответствует результату 2,83-4,00, средний – 1,83-2,82, высокий – 1,00-1,82. У мужчин низкий уровень стресса – 3,01-4,00, средний – 2,01-3,00, высокий – 1,00-2,00.

Краткая версия Маастрихтского опросника жизненного истощения состоит из 14 вопросов, на каждый из которых три варианта ответа («да, не знаю, нет»), каждому ответу приравнивается балл от 0 до 1, балл коррелирует в зависимости от вопроса. Интерпретация результатов имеет три области набранных баллов: от 0 до 4 – признаков истощения жизненных сил практически нет, от 5 до 9 – имеются признаки переутомления, от 10 до 14 – выраженные признаки перенапряжения и переутомления, вызванные длительными и интенсивными нагрузками.

Статистические методы обработки результатов исследования. Использовали возможности программы Microsoft Excel 2016, где была создана база данных, и программу Statistica 10.0 для Windows. Проводился расчёт среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD), поскольку распределение признаков было нормальным. Для проверки гипотезы нормальности распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Для анализа различий частот использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. За критический уровень статистической значимости принимали значение  $p < 0,05$ .

### **Результаты и обсуждение**

Всего проанализировано 60 анкет пациентов хирургического отделения ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул», из них 30 пациентов (23 женщины и 7 мужчин) с морбидным ожирением ( $\text{ИМТ} > 40 \text{ кг/м}^2$ ) и 30 пациентов (18 женщин и 12 мужчин) с ИМТ менее  $25 \text{ кг/м}^2$ .

В исследовании были изучены психоэмоциональные факторы риска у пациентов хирургического отделения в зависимости от индекса массы тела, в ходе которого были выявлены следующие особенности (табл. 1, 2, 3, 4).

Анализ шкалы HADS показал, что у пациентов с морбидным ожирением клинически выраженная тревога на 33,3% ( $p=0,004$ ) встречается чаще, чем у пациентов с нормальным весом, а выраженная депрессия на 20% чаще ( $p=0,010$ ). Субклиническая депрессия выявлена у 33,3% пациентов с морбидным ожирением в сравнении с 10% у пациентов с нормальным весом ( $p=0,029$ ) (рис. 1).

По результатам анализа психоэмоционального напряжения по тесту Ридера в адаптации О. Копиной, выявлено, что высокий уровень психоэмоционального напряжения испытывают 43,3% пациентов с морбидным ожирением в сравнении с 16,7% ( $p=0,025$ ) пациентами, имеющими нормальный вес (рис. 1).

По итогам Маастрихтского опросника жизненного истощения было выявлено, что пациенты с морбидным ожирением, в отличие от пациентов, не страдающих избыточным весом, на 56,7% ( $p<0,001$ ) чаще имеют выраженные признаки перенапряжения и переутомления (рис. 1).

Таблица 1

**Анализ уровня тревоги по шкале HADS у пациентов  
хирургического отделения**

Показатель	ИМТ>40 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		ИМТ<25 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		p
	абс.	%	абс.	%	
Норма	7	23,3	22	73,3	<0,001
Субклинически выраженная тревога	10	33,3	5	16,7	0,137
Клинически выраженная тревога	13	43,3	3	10	0,004

Таблица 2

**Анализ уровня депрессии по шкале HADS у пациентов  
хирургического отделения**

Показатель	ИМТ>40 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		ИМТ<25 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		p
	абс.	%	абс.	%	
Норма	14	46,7	27	90	<0,001
Субклинически выраженная депрессия	10	33,3	3	10	0,029
Клинически выраженная депрессия	6	20	0	0	0,010

Таблица 3

**Анализ уровня психоэмоционального напряжения  
по тесту Ридера в адаптации О. Копиной у пациентов  
хирургического отделения**

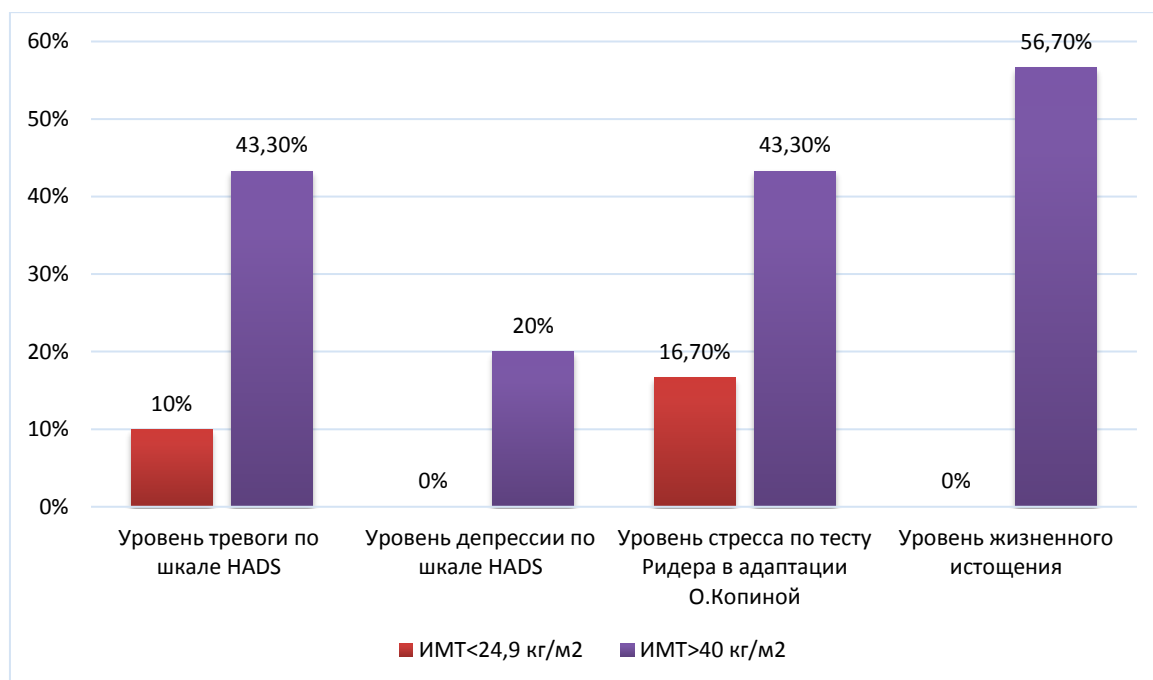
Уровень стресса	ИМТ>40 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		ИМТ<25 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		p
	абс.	%	абс.	%	
Низкий	3	10	16	53,3	<0,001
Средний	14	46,7	9	30	0,185
Высокий	13	43,3	5	16,7	0,025

Таблица 4

**Анализ уровня жизненного истощения по Маастрихтскому  
опроснику жизненного истощения у пациентов хирургического  
отделения**

Жизненное истощение	ИМТ>40 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		ИМТ<25 кг/м <sup>2</sup> (n=30)		p
	абс.	%	абс.	%	
Признаков истощения жизненных сил практически нет	2	6,7	18	60	<0,001
Имеются признаки переутомления	11	36,7	12	40	0,791
Выраженные признаки перенапряжения и переутомления	17	56,7	0	0	<0,001

Если более детально рассмотреть ответы пациентов, то, к примеру, ответом на вопрос «Жизнь заводит в тупик?» пациенты с морбидным ожирением отвечали положительным ответом в 3,5 раза чаще, чем пациенты без ожирения. В ходе опроса было выявлено, что пациенты с морбидным ожирением гораздо чаще чувствуют физическое истощение.



**Рисунок 1. Распределение пациентов по проведенным опросникам**

Стоит также обратить внимание на тот факт, что пациенты с морбидным ожирением страдают нарушением сна, они испытывают трудности с засыпанием, частым выбором положительного ответа был вопрос о частом пробуждении, а на вопрос «Каждое утро просыпаюсь с чувством усталости и истощения» положительный ответ был получен в 3,5 раза чаще.

Ожирение оказывает и отрицательную роль на либидо, на вопрос о сексуальном удовлетворении пациенты с морбидным ожирением также отвечали положительным ответом.

Действительно, из исследования следует, что морбидное ожирение ассоциировано с развитием тревожно-депрессивных расстройств. Данная группа пациентов склонна к выраженному жизненному истощению, а неудовлетворенность качеством жизни, является одной из причин эмоционального переедания. Высокий уровень стресса у таких пациентов ассоциирован с прогрессированием ожирения, низкой приверженностью к лечению. Психологическое состояние пациентов играет огромную роль в снижении веса, выздоровлении и восприятии качества жизни, а значит,

такие пациенты должны находиться под активным наблюдением врача-психиатра для коррекции психоэмоциональных факторов риска [6, 7].

### **Выводы**

1. Пациенты с морбидным ожирением, по сравнению с лицами с нормальным весом, чаще имеют психоэмоциональные факторы риска: выраженную тревогу на 33,3% ( $p=0,004$ ), депрессию на 20% ( $p=0,010$ ), сильное психоэмоциональное напряжение на 26,6% ( $p=0,025$ ), выраженные признаки перенапряжения и переутомления на 56,7% ( $p<0,001$ ).

2. Пациентам с морбидным ожирением в период госпитализации для бариатрического лечения целесообразна оценка и коррекция психоэмоциональных факторов риска для повышения эффективности лечения.

### **Список литературы:**

1. Драпкина О.М., Шишкова В.Н., Котова М.Б. Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2022; 21(10): 3438. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3438>.

2. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 05.05.2023).

3. Гуреева И.Л., Волкова А.Р., Семикова Г.В., Смурова Е.Л., Исаева Е.Р. Особенности пищевого поведения и удовлетворенность качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением после бариатрической операции. Вестник психотерапии. 2021; 77 (82): 116–128.

4. Гуреева И. Л., Волкова А. Р., Семикова Г. В., Смурова Е. Л., Исаева Е. Р. Удовлетворенность качеством жизни и эмоциональное состояние у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрических операций. Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. 2021; 37–38: 21–30.

5. Мазурина Н.В., Лескова И.В., Трошина Е.А., Логвинова О.В., Адамская Л.В., Красниковский В.Я. Ожирение и стресс: эндокринные и социальные



аспекты проблемы в современном российском обществе. Ожирение и метаболизм. 2019; 16(4): 18-24.

6. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., и др. Ожирение в российской популяции — распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. Российский кардиологический журнал. 2018; 23(6): 123-130.

7. Дедов И. И. Российские клинические рекомендации. Эндокринология. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 592 с. ISBN 978-5-9704-4603-4.

Дата публикации: 04.10.2023

---

**Как цитировать:**

Аношкина А.А., Федоров Т.В., Пырикова Н.В., Осипова И.В. Анализ психоэмоциональных факторов риска у пациентов с морбидным ожирением. *Scientist*. 2023; 4 (26): 25–33.

---