

# Динамика психоэмоционального состояния у молодых мужчин с ожирением на фоне программы по снижению массы тела

Н.А. Петунина, М.Э. Тельнова<sup>✉</sup>, Е.В. Гончарова, О.А. Мыринова

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

## Аннотация

Ожирение представляет одну из глобальных проблем современного общества, поскольку является хроническим состоянием с серьезными последствиями для здоровья. Ряд исследований демонстрирует, что существует взаимосвязь между ожирением и эмоционально-личностными нарушениями.

**Цель.** Оценка у молодых мужчин взаимосвязи психоэмоциональных изменений с ожирением в зависимости от возраста манифестации заболевания и на фоне программы снижения массы тела.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 48 пациентов с ожирением в возрасте от 17 до 24 лет. Исследуемые были разделены на 2 группы. Группу А составили 26 мужчин с манифестацией ожирения с детства, группу Б – 22 пациента с началом заболевания с пубертата. В дальнейшем исследуемые пациенты были распределены в зависимости от вида лечения ожирения (комплексное и немедикаментозное). На скрининге и после лечения оценивали психологический статус и антропометрические показатели.

**Результаты.** Депрессивные расстройства исходно наблюдались у 40,9% пациентов группы Б и у 19,2% исследуемых группы А. У молодых мужчин, которым проводилось комплексное лечение ожирения, независимо от времени манифестации заболевания выявлено клинически значимое снижение симптомов депрессии. У исследуемых выявлены все типы нарушений пищевого поведения (ПП). Данные проявления встречаются чаще у пациентов с манифестацией заболевания с детства. В группе А ограничительный тип ПП – у 50% молодых мужчин, экстернальный тип – у 42,3%, а эмоциогенный тип – у 30,7%. В группе Б эмоциогенный тип ПП – у 9% пациентов, экстернальный тип – у 40,9%, а ограничительный – у 31,8% молодых мужчин с ожирением.

**Заключение.** В группе пациентов с манифестацией ожирения с пубертата частота проявления депрессивных расстройств была выше, чем в группе молодых мужчин с началом ожирения с детства.

**Ключевые слова:** ожирение, мужчины, депрессивные расстройства, пищевое поведение, орлистат

**Для цитирования:** Петунина Н.А., Тельнова М.Э., Гончарова Е.В., Мыринова О.А. Динамика психоэмоционального состояния у молодых мужчин с ожирением на фоне программы по снижению массы тела. Терапевтический архив. 2022;94(1):18–23. DOI: 10.26442/00403660.2022.01.201319

ORIGINAL ARTICLE

## The influence of weight loss interventions on psycho-emotional state of young men with obesity

Nina A. Petunina, Milena E. Telnova<sup>✉</sup>, Ekaterina V. Goncharova, Olga A. Myrinova

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

## Abstract

**Aim.** To assess the relationship of psychoemotional changes with obesity in young men, depending on the age of manifestation of the disease and against the background of the program of weight loss.

**Materials and methods.** The study included 48 young men with obesity, aged 17 to 24 years. The subjects were divided into two groups. Group A consisted of 26 men with manifestation of obesity since childhood, group B – 22 patients with onset of the disease from puberty. Subsequently, the study patients were subdivided depending on the type of obesity treatment (complex and non-pharmacological). The psychological status and anthropometric parameters were assessed on screening and after 12 weeks of treatment.

**Results.** Depressive disorders were initially observed in 40.9% of patients in group B and in 19.2% of patients in group A. In young men who underwent complex treatment of obesity, regardless of the time of manifestation of the disease, a clinically significant decrease in symptoms of depression was revealed. All types of eating behavior were revealed in the subjects, and these manifestations are more common in patients with manifestation of the disease since childhood. In group A, the restrained eating was in 50% of young men, external eating in 42.3%, and emotional eating in 30.7%. In group B, emotional eating in 9% of patients, external eating in 40.9%, and restrained eating in 31.8% of young obese men.

**Conclusion.** In the group of patients with manifestation of obesity since puberty, the frequency of depressive disorders was higher than in the group of young men with onset of obesity since childhood.

**Keywords:** obesity, men, depressive disorders, eating behavior, orlistat

**For citation:** Petunina NA, Telnova ME, Goncharova EV, Myrinova OA. The influence of weight loss interventions on psycho-emotional state of young men with obesity. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2022;94(1):18–23. DOI: 10.26442/00403660.2022.01.201319

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>Тельнова Милена Эдуардовна – канд. мед. наук, доц. каф. эндокринологии. Тел.: +7(916)169-30-40; e-mail: milena.telnova@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8007-9721

<sup>✉</sup>Milena E. Telnova. E-mail: milena.telnova@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8007-9721

Петунина Нина Александровна – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. эндокринологии. ORCID: 0000-0001-9390-1200

Nina A. Petunina. ORCID: 0000-0001-9390-1200

Гончарова Екатерина Валерьевна – канд. мед. наук, доц. каф. эндокринологии. ORCID: 0000-0001-7025-8427

Ekaterina V. Goncharova. ORCID: 0000-0001-7025-8427

Мыринова Ольга Александровна – ординатор каф. эндокринологии. ORCID: 0000-0002-7893-145X

Olga A. Myrinova. ORCID: 0000-0002-7893-145X

## Введение

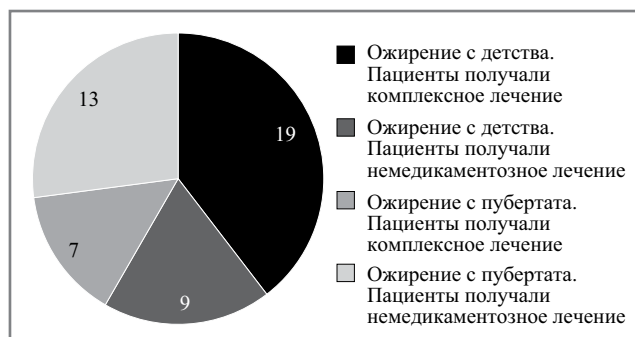
Ожирение представляет одну из глобальных проблем современного общества, так как является хроническим состоянием с серьезными последствиями для здоровья. По данным Всемирной организации здравоохранения, представленным в 2016 г., более 1,9 млрд взрослых старше 18 лет уже имели избыточную массу тела, а из их числа свыше 650 млн страдали ожирением [1, 2]. В Российской Федерации на 2016 г. избыточная масса тела диагностирована у 62,0%, а ожирение у – 26,2% населения [3]. По данным исследований в РФ выявлено, что у 6,8% лиц мужского и 5,3% женского пола в возрасте 5–17 лет имеется ожирение [2, 4]. Важно отметить, что ожирение с манифестацией в детском и подростковом возрасте (примерно в 50% случаев) в дальнейшем может прогрессировать и приводить к развитию осложнений [5].

Известно, что причиной для манифестации избыточной массы тела и ожирения могут служить особенности образа жизни, пищевого поведения пациентов, а также дисбаланс между повышенным потреблением высококалорийной пищи и снижением ежедневной физической активности [6]. Но в то же время существуют убедительные данные о роли генетической предрасположенности к ожирению [7]. В настоящее время установлено, что в развитии первичного ожирения играют роль изменение мотивации, а также острый и хронический стресс [8, 9]. Отмечено, что пациентам с ожирением свойственны некоторые личностные особенности: импульсивность, пассивность, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, зависимость, тревожно-фобические и психоастенические черты и др. Усугубить свойственную пациентам с ожирением низкую самооценку, ощущение собственной несостоятельности могут ситуации, когда попытки похудеть оборачиваются неудачей, и это может способствовать усилению депрессии и тревоги [10].

Следовательно, ожирение может послужить причиной развития психического дискомфорта, а также и депрессивных состояний. Однако диагностика депрессивных состояний сложна. По данным статистики, у пациентов с ожирением сочетание депрессии и тревоги наблюдается в 62% случаев [9].

Важно отметить, что пищевое поведение (ПП) человека координируется слаженной системой, которая охватывает центральные и гуморальные звенья регуляции [11, 12]. Следовательно, расстройства регуляции могут стать триггером в формировании различных типов нарушений ПП при ожирении. Среди нарушений ПП у пациентов с ожирением выделяют эмоциогенный, экстернальный и ограничительный типы [7–9]. Известно, что ведущим типом является эмоциогенное ПП [9]. В то же время экстернальное и ограничительное ПП в той или иной степени отмечено почти у всех пациентов с ожирением [9]. Так, эмоциогенное ПП можно охарактеризовать избыточным приемом пищи, который возникает на фоне эмоционального дискомфорта [8, 9]. При экстернальном типе переизбытка желание приема пищи может быть спровоцировано рядом внешних стимулов, таких как накрытый стол, запах пищи, реклама продуктов, вид людей, принимающих пищу. Ограничительное ПП проявляется беспорядочными, резкими самоограничениями приема пищи, и пациентам не всегда удается выдерживать их длительное время [8].

В литературе представлены данные, что существует целый ряд аспектов, которые могут привести к нарушению ПП, например генетические и социальные факторы, патология центральной нервной системы, эмоционально-личностные особенности пациента, а также дисбаланс гормо-



**Рис. 1.** Характеристика пациентов с манифестацией ожирения в различные возрастные периоды и получающих разные виды лечения.

**Fig. 1.** Characteristics of patients with manifestation of obesity in different age periods and receiving different types of treatment.

нов, участвующих в регуляции аппетита [11, 13]. Важно отметить, что эмоционально-личностные нарушения (например, тревожно-депрессивные и вегетативные расстройства) и расстройства ПП, которые встречаются у больных с ожирением, способствуют ухудшению качества жизни пациентов, а следовательно, нуждаются в обязательной и своевременной коррекции.

Представляем результаты исследования, где поднята проблема взаимосвязи ожирения, депрессии и различных типов нарушения ПП (эмоциогенного, экстернального и ограничительного типов переизбытка).

**Цель исследования** – оценка у молодых мужчин взаимосвязи психоэмоциональных изменений с ожирением в зависимости от возраста манифестации заболевания и на фоне программы снижения массы тела.

## Материалы и методы

В проспективном когортном исследовании приняли участие 48 молодых мужчин (в возрасте от 17 до 24 лет). Исходя из цели работы, пациенты были сформированы в группы в зависимости от возраста манифестации заболевания. Так, 1-ю группу составили 26 мужчин с манифестацией ожирения с детства (группа А), средний возраст – 18,4±2,6 года, индекс массы тела (ИМТ) 38,9±4,9 кг/м<sup>2</sup>. Во 2-ю группу были включены 22 пациента с началом заболевания с пубертата (группа Б), средний возраст – 19,8±2,9 года, ИМТ 36,8±2,4 кг/м<sup>2</sup>. В дальнейшем исследуемые пациенты были распределены в зависимости от вида лечения ожирения. Так, часть пациентов на протяжении 12 нед получали терапию орлистатом в комбинации с нефармакологическими методами коррекции массы тела. Другую группу составили пациенты, которым для снижения массы тела рекомендовалось нефармакологическое лечение в виде низкокалорийной диеты в сочетании с динамическими нагрузками умеренной интенсивности (рис. 1).

Антропометрические показатели [рост, масса тела, расчет ИМТ, объем талии – ОТ, объем бедер – ОБ, ОТ/ОБ, оценка выраженности депрессивной симптоматики (проводилась с помощью шкалы депрессии Бека)], ПП (определялось с помощью голландского опросника пищевого поведения DEBQ) оценивались у всех исследуемых исходно и через 12 нед.

Статистический анализ проводился с использованием программ: IBM SPSS Statistics 23 и программ статистического анализа Microsoft Excel 2010 с использованием t-критерия Стьюдента, непараметрических тестов

**Таблица 1. Показатели исследуемых антропометрических данных пациентов до лечения**  
**Table 1. Indicators of the studied anthropometric data of patients before treatment**

| Параметр               | Группа А<br>(n=26) | Группа Б<br>(n=22) | p     |
|------------------------|--------------------|--------------------|-------|
|                        | Визит<br>скрининга | Визит<br>скрининга |       |
| Масса тела, кг         | 126,5±17,8         | 119,6±10,23        | 0,118 |
| ИМТ, кг/м <sup>2</sup> | 38,9±4,9           | 36,8±2,4           | 0,077 |
| ОТ, см                 | 112,1±13,6         | 108,1±7,7          | 0,223 |
| ОБ, см                 | 125,0±10,0         | 121,6±6,6          | 0,179 |
| ОТ/ОБ                  | 0,89±0,06          | 0,89±0,06          | 0,903 |

Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни. Статистически достоверными считались различия при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты

При анализе первоначальных данных антропометрических показателей в исследуемых группах отмечено, что в группе А более высокие показатели антропометрии по сравнению с группой Б. Исключение составляют показатели соотношения ОТ/ОБ (табл. 1).

В результате 12-недельного лечения как в группе А, так и в группе Б выявлено статистически значимое снижение

всех антропометрических показателей ( $p < 0,05$ ) независимо от вида проведенного лечения (табл. 2, 3).

Необходимо отметить, что у тех пациентов, которые получали терапию орлистатом в комбинации с нефармакологическими методами коррекции массы тела (как в группе А, так и в группе Б), на заключительном визите отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение исследуемых показателей антропометрии.

Выявлено, что у молодых мужчин как в группе А, так и в группе Б, где лечение пациентов осуществлялось только с применением немедикаментозных методов терапии коррекции массы тела, на заключительном визите клинически значимых изменений в исследуемых показателях антропометрии не выявлено. Данные представлены в табл. 2, 3.

Тестирование с использованием психологических методик показало, что до лечения существенных отличий по степени выраженности депрессии у пациентов с манифестацией ожирения в различные возрастные периоды не выявлено. Однако отмечены определенные особенности в исследуемых типах ПП по результатам тест-опросника DEBQ.

По данным анкетирования (тест Бека), проведенного до лечения, у 80,8% ( $n=21$ ) пациентов в группе А и у 59,1% ( $n=13$ ) молодых мужчин в группе Б депрессии не выявлено. В то же время после прохождения теста Бека (норма 0–9 баллов) обнаружено, что у 15,3% ( $n=4$ ) исследуемых в группе А и у 36,4% ( $n=8$ ) в группе Б выявлена легкая степень выраженности депрессии. Важно отметить, что у 3,8% ( $n=1$ ) в группе А и 4,5% ( $n=1$ ) исследуемых в группе Б была

**Таблица 2. Динамика антропометрических данных в группе А на фоне проведенного лечения**

**Table 2. Dynamics of anthropometric data in group A against the background of the treatment**

| Параметры              | Комплексное лечение (n=19) |                   | Немедикаментозное лечение (n=9) |                   | p                                      |
|------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|--|
|                        | до лечения (1)             | после лечения (2) | до лечения (3)                  | после лечения (4) |  |
| Масса тела, кг         | 123,9±15,6                 | 115,3±17,1        | 133,3±22,7                      | 130,7±22,6        | $p_{1-2} < 0,001$<br>$p_{3-4} = 0,015$ |
| ИМТ, кг/м <sup>2</sup> | 38,1±4,4                   | 35,4±4,7          | 41,4±5,9                        | 40,7±5,8          | $p_{1-2} < 0,001$<br>$p_{3-4} = 0,017$ |
| ОТ, см                 | 111,1±14,0                 | 105,7±14,3        | 114,8±13,4                      | 114,0±13,4        | $p_{1-2} < 0,001$<br>$p_{3-4} = 0,014$ |
| ОБ, см                 | 124,2± 9,9                 | 119,4 ±9,7        | 127,1±10,7                      | 126,4±10,5        | $p_{1-2} < 0,001$<br>$p_{3-4} = 0,025$ |
| ОТ/ОБ                  | 0,88±0,07                  | 0,87±0,08         | 0,89±0,05                       | 0,89±0,05         | $p_{1-2} = 0,001$                      |

**Таблица 3. Динамика антропометрических данных в группе Б на фоне проведенного лечения**

**Table 3. Dynamics of anthropometric data in group B against the background of the treatment**

| Параметры              | Комплексное лечение |                   | Немедикаментозное лечение |                   | p                                      |
|------------------------|---------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|--|
|                        | до лечения (1)      | после лечения (2) | до лечения (3)            | после лечения (4) |  |
| Масса тела, кг         | 125,7±11,2          | 119,1±11,9        | 115,4±7,5                 | 115,2±9,2         | $p_{1-2} = 0,008$<br>$p_{3-4} = 0,031$ |
| ИМТ, кг/м <sup>2</sup> | 36,9±2,5            | 34,9±2,6          | 36,8±2,5                  | 36,3±2,4          | $p_{1-2} = 0,008$<br>$p_{3-4} = 0,002$ |
| ОТ, см                 | 109,1±7,1           | 104,9±7,4         | 107,3±8,3                 | 106,4±8,3         | $p_{1-2} = 0,007$<br>$p_{3-4} = 0,004$ |
| ОБ, см                 | 124,9±5,5           | 119,9±5,6         | 119,3±6,4                 | 118,6±6,6         | $p_{1-2} = 0,007$<br>$p_{3-4} = 0,003$ |
| ОТ/ОБ                  | 0,87±0,06           | 0,86±0,07         | 0,90±0,05                 | 0,90±0,05         | $p_{1-2} = 0,011$<br>$p_{3-4} = 0,083$ |

**Таблица 4. Результаты тестирования до лечения по данным опросника Бека и выраженность типов ПП по данным опросника DEBQ****Table 4. The results of testing before treatment according to the Beck questionnaire and the severity of types of eating behavior (EB) according to the DEBQ questionnaire**

| Исследуемые параметры                   | Группа А (n=26) | Группа Б (n=22) | p     |
|---|-----------------|-----------------|-------|
|   | Визит скрининга | Визит скрининга |       |
| Шкала депрессии Бека, баллы             | 4,5 (1,7–9,2)   | 8,5 (3,5–11,2)  | 0,065 |
| Эмоциогенное ПП (норма до 1,8 балла)    | 1,2 (1,1–2,0)   | 1,2 (1,0–1,5)   | 0,332 |
| Экстернальное ПП (норма до 2,7 балла)   | 2,5 (2,0–3,0)   | 2,4 (2,3–3,2)   | 0,568 |
| Ограничительное ПП (норма до 2,4 балла) | 2,8 (2,1–3,2)   | 1,9 (1,6–2,9)   | 0,041 |

**Таблица 5. Динамика показателей уровня депрессии и ПП пациентов в группе А в ходе исследования (n=26)****Table 5. Dynamics of indicators of the level of depression and EB of patients in group A during the study (n=26)**

| Исследуемые параметры | Комплексное лечение (n=19) |                   | Немедикаментозное лечение (n=7) |                   | p                                  |
|-----------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|------------------------------------|
|                       | до лечения (1)             | после лечения (2) | до лечения (3)                  | после лечения (4) |                                    |
| Шкала депрессии Бека  | 4,0 (1,0–9,2)              | 4,0 (2,0–9,0)     | 7,0 (2,0–9,0)                   | 6,0 (1,0–8,0)     | $p_{1-2}=0,206$<br>$p_{3-4}=0,025$ |
| Эмоциогенное ПП       | 1,4 (1,1–2,0)              | 1,4 (1,1–1,9)     | 1,2 (1,1–2,0)                   | 1,4 (1,1–2,0)     | $p_{1-2}=0,029$<br>$p_{3-4}=0,465$ |
| Экстернальное ПП      | 2,5 (2,0–3,0)              | 2,1 (2,1–2,7)     | 2,5 (1,8–3,3)                   | 2,6 (1,6–3,2)     | $p_{1-2}=0,628$<br>$p_{3-4}=0,088$ |
| Ограничительное ПП    | 2,8 (2,1–3,2)              | 3,0 (2,5–3,8)     | 2,6 (1,8–3,2)                   | 2,6 (1,6–2,8)     | $p_{1-2}=0,029$<br>$p_{3-4}=0,465$ |

выявлена умеренная депрессия. На основании результатов заполнения опросника Бека до начала лечения средний уровень депрессии у пациентов в группе А (n=26) составил 4,5 (1,7–9,0) балла, а в группе Б (n=22) соответственно 8,5 (3,5–11,2) балла. Результаты тестирования не продемонстрировали между группами А и Б статистически значимых отличий по данным опросника Бека до лечения (табл. 4).

Анализ анкетных данных, полученных при обследовании типов нарушения ПП, на визите скрининга показал, что у молодых мужчин с ожирением выявлены все типы нарушения ПП. Результаты согласуются с данными современной литературы [14]. Так, эмоциогенный тип нарушения ПП диагностирован у 30,7% (n=8) из исследуемой группы А и лишь у 9% (n=2) из группы Б. Экстернальный тип переживания определялся у 42,3% (n=11) молодых мужчин, которые были включены в группу А, и, соответственно, у 40,9% (n=9) исследуемых из группы Б. В то же время ограничительное ПП выявлено у 50% (n=1) из исследуемой группы А и у 31,8% (n=7) молодых мужчин, которые были включены в группу Б.

После 12-недельного курса комплексной терапии в группе А отмечена тенденция к снижению уровня экстернального ПП (с 2,5 до 2,1 балла) и статистически значимое ( $p<0,05$ ) увеличение показателей ограничительного ПП (с 2,8 до 3,0 балла). В течение всего периода лечения средние значения степени выраженности депрессии в данной группе находились в пределах референсных показателей, установленных для данного параметра. В то же время в группе А, но на фоне только немедикаментозной терапии, отмечено достоверное ( $p<0,05$ ) снижение показателей выраженности депрессивных расстройств, но клинической значимости данные значения не имели (табл. 5).

Анализ данных ПП пациентов в группе Б на фоне проведенного комплексного лечения продемонстрировал клинически значимое изменение показателей экстернального

ПП (с 2,9 до 2,6 балла), а также снижение уровня ограничительного ПП (с 2,3 до 1,9 балла). Статистически достоверных изменений в показателях уровня депрессии выявлено не было. У пациентов из группы Б, которые получали только немедикаментозное лечение, результаты тест-опросников не продемонстрировали значимых отличий по уровню нарушений ПП. Однако отмечено снижение показателей уровня тревожных расстройств с 7,0 до 6,0 баллов (табл. 6).

Важно отметить, что результаты 12-недельного лечения продемонстрировали уменьшение депрессивной симптоматики у пациентов на фоне снижения массы тела как в группе А, так и в группе Б, но клинически значимые отличия были выявлены в группах, где исследуемые получали комплексное лечение.

## Обсуждение

В настоящее время опубликовано много данных, в которых продемонстрировано наличие связи между депрессией и ожирением [15]. В нашем исследовании анализ данных психологического анкетирования и антропометрических показателей продемонстрировал, что по мере уменьшения показателей ИМТ и массы тела снижаются и проявления депрессивных расстройств.

Анализ данных продемонстрировал, что депрессивные расстройства (по шкале Бека) исходно наблюдались у 19,2% исследуемых из группы А и у 40,9% пациентов из группы Б. Следовательно, в группе пациентов с манифестацией ожирения с пубертата частота проявления депрессивных расстройств была выше, чем в группе молодых мужчин с началом ожирения с детства. В то же время у исследуемых пациентов не выявлено выраженной и тяжелой степени проявлений депрессии.

Анализ данных исследуемых нарушений типов ПП показал, что в группе А ограничительное ПП встречается у 50% молодых мужчин, экстернальный тип переживания

**Таблица 6.** Динамика показателей уровня депрессии и ПП пациентов в группе Б ( $n=22$ )**Table 6.** Dynamics of indicators of the level of depression and EB of patients in group B ( $n=22$ )

| Исследуемые параметры | Комплексное лечение ( $n=9$ ) |                   | Немедикаментозное лечение ( $n=13$ ) |                   | $p$                                |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
|                       | до лечения (1)                | после лечения (2) | до лечения (3)                       | после лечения (4) |                                    |
| Шкала депрессии Бека  | 7,0 (4,5–9,0)                 | 7,0 (4,5–8,5)     | 9,3 (2,0–12,5)                       | 9,1 (2,5–12,5)    | $p_{1-2}=0,089$<br>$p_{3-4}=0,414$ |
| Эмоциогенное ПП       | 1,4 (1,0–1,7)                 | 1,3 (1,0–1,8)     | 1,2 (1,0–1,4)                        | 1,1 (1,0–1,4)     | $p_{1-2}=0,341$<br>$p_{3-4}=0,271$ |
| Экстернальное ПП      | 2,9 (2,3–3,2)                 | 2,6 (2,3–2,9)     | 2,4 (2,1–3,2)                        | 2,4 (2,0–3,0)     | $p_{1-2}=0,362$<br>$p_{3-4}=1,000$ |
| Ограничительное ПП    | 2,3 (1,4–3,0)                 | 1,9 (1,7–2,7)     | 1,7 (1,6–2,7)                        | 1,8 (1,6–2,7)     | $p_{1-2}=0,398$<br>$p_{3-4}=0,891$ |

определялся у 42,3% исследуемых, а эмоциогенный тип нарушения ПП диагностирован у 30,7%. В исследуемой группе Б получены следующие результаты: нарушение ПП по эмоциогенному типу выявлено лишь у 9% пациентов, экстернальный тип переедания диагностирован у 40,9%, а ограничительное ПП выявлено у 31,8% молодых мужчин с ожирением.

Необходимо отметить, что, согласно литературным источникам, пациенты, у которых ограничительное ПП наблюдается длительное время, подвержены риску развития декомпенсации как в вегетативной, так и психической сфере [7]. Принимая во внимание литературные данные и выявленные нарушения ПП у наших пациентов, можно предположить, что периоды ограничительного ПП могут сменяться моментами переедания и способствовать вторичному набору массы тела. Отмечено, что хотя эмоциогенный тип нарушения ПП встречается примерно у 60% пациентов с ожирением [8], по результатам нашего исследования данный тип нарушения ПП диагностирован существенно реже.

Таким образом, исходно в группе А (манифестация ожирения с детского возраста) у молодых мужчин выявлены все типы нарушения ПП, и данные проявления встречаются чаще, чем в исследуемой группе Б (манифестация заболевания с подросткового возраста).

При сравнении средних показателей нарушений ПП через 12 нед после лечения у пациентов в исследуемых группах достоверных отличий не выявлено. В то же время результаты комплексного лечения ожирения продемонстрировали, что число пациентов с эмоциогенным и экстернальными типами ПП уменьшилось, однако увеличилось число молодых мужчин с ограничительным типом ПП. Повышение уровня ограничительного ПП можно объяснить как осознанное стремление, которое направлено не только на ограничение пищевого режима и калорийности пищи, но, возможно, на контроль побочных эффектов, которые могут возникнуть на фоне приема орлистата.

### Заключение

Таким образом, получены данные, в которых прослеживается наличие связи между депрессией и ожирением. Анализ результатов психологического анкетирования и антропометрических данных продемонстрировал уменьшение депрессивных расстройств на фоне снижения показателей антропометрии. Исходно у 19,2% молодых мужчин с манифестацией заболевания с детства и у 40,9% исследуемых с началом ожирения с пубертата была выявлена депрессия. В то же время в подавляющем большинстве случаев сте-

пень выраженности депрессивных расстройств была легкой. Выраженной и тяжелой степени проявления депрессии у наших пациентов не выявлено. Детальный анализ типов ПП у пациентов с манифестацией в различные возрастные периоды продемонстрировал, что у исследуемых с манифестацией ожирения с детства больше выражены нарушения всех трех типов ПП, чем у пациентов с началом заболевания с пубертата. Результаты работы продемонстрировали, что у пациентов в группе с манифестацией заболевания с пубертата средние показатели уровня депрессии оказались выше, чем в группе с началом заболевания с детства. Продemonстрировано, что у молодых мужчин, которым проводилось комплексное лечение ожирения, независимо от времени манифестации заболевания выявлено клинически значимое снижение симптомов депрессии.

Таким образом, результаты показывают, что именно комплексное лечение, которое включает применение фармакотерапии в сочетании с немедикаментозными методами лечения ожирения, не только позволяет достичь клинической эффективности снижения массы тела (более чем на 5% от исходных значений), но и способствует снижению проявлений депрессивных расстройств, а также благоприятно влияет на ПП пациентов.

**Раскрытие интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Disclosure of interest.** The authors declare that they have no competing interests.

**Вклад авторов.** Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

**Authors' contribution.** The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Funding source.** The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

## Список сокращений

ИМТ – индекс массы тела  
ОБ – окружность бедер

ОТ – окружность талии  
ППП – пищевое поведение

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ожирение и избыточный вес. Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Ссылка активна на 03.06.2021 [Obesity and overweight. Available at: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Accessed: 03.06.2021 (in Russian)].
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., и др. Лечение морбидного ожирения у взрослых. *Ожирение и метаболизм*. 2018;15(1):53-70 [Dedov II, Melnichenko GA, Shestakova MV, et al. Morbid obesity treatment in adults. *Obesity and Metabolism*. 2018;15(1):53-70 (in Russian)]. DOI:10.14341/OMET2018153-7
3. WHO Diabetes Country Profiles 2016. Available at: [http://www.who.int/diabetes/country-profiles/rus\\_ru.pdf](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/rus_ru.pdf). Accessed: 03.06.2021.
4. Соболева Н.П., Руднев С.Г., Николаев Д.В., и др. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения. *Российский медицинский журнал*. 2014;4:4-13 [Sobolev NP, Rudnev SG, Nikolaev DV, et al. Bioimpedance screening of the Russian population in health centers: prevalence of overweight and obesity. *Russian Medical Journal*. 2014;4:4-13 (in Russian)].
5. Бутрова С.А., Плохая А.А. Лечение ожирения: современные аспекты. *Реферативный медицинский журнал*. 2000;9(24):1140-6. [Butrova SA, Plokhaya AA. Treatment of obesity: modern aspects. *Abstract of Medical Journal*. 2000;9(24):1140-6 (in Russian)].
6. Madsbad S. Review of head-to-head comparisons of glucagon-like peptide-1 receptor agonists. *Diabetes Obes Metab*. 2016;18(4):317-32. DOI:10.1111/dom.12596
7. Барановский А.Ю., Ворохобина Е.П. Ожирение (клинические очерки). СПб.: Диалект, 2007 [Baranovskii AYu, Vorokhobina EP. *Ozhirenie: klinicheskie ocherki*. Saint Petersburg: Dialect, 2007 (in Russian)].
8. Волкова Г.Е., Романцова Т.И., Вознесенская Т.Г., Роик О.В. Динамика медиаторов энергетического обмена и пищевого поведения на фоне терапии ожирения. *Ожирение и метаболизм*. 2009;1(18):29-35 [Volkova GE, Romantsova TI, Voznesenskaia TG, Roik OV. Eating behavior and mediators of the energy metabolism in patients with obesity. *Obesity and Metabolism*. 2009;1(18):29-35 (in Russian)].
9. Вознесенская Т.Г. Нарушения пищевого поведения при ожирении. *Наркология*. 2006;8(56):62-64 [Voznesenskaia TG. Eating Disorders in Obesity. *Narcology*. 2006;8(56):62-64 (in Russian)].
10. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Национальные клинические рекомендации. СПб., 2017 [Diagnostika, lechenie, profilaktika ozhireniia i assotsirovannykh s nim zabozevaniy. Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii. Saint Petersburg, 2017 (in Russian)].
11. Cerolini S, Pazzaglia M, Lombardo C. Commentary: Gain in Body Fat Is Associated with Increased Striatal Response to Palatable Food Cues, whereas Body Fat Stability Is Associated with Decreased Striatal Response. *Front Hum Neurosci*. 2017;11:65. DOI:10.3389/fnhum.2017.00065
12. Kemps E, Herman CP, Hollitt S, et al. The role of expectations in the effect of food cue exposure on intake. *Appetite*. 2016;103:259-64. DOI:10.1016/j.appet.2016.04.026
13. Travagli RA, Anselmi L. Vagal neurocircuitry and its influence on gastric motility. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13(7):389-401. DOI:10.1038/nrgastro.2016.76
14. Исаченкова О.А. Пищевое поведение как важный фактор развития ожирения и коморбидных с ним заболеваний. *Ожирение и метаболизм*. 2015;12(4):14-7 [Isachenkova OA. Eating behavior as an important factor in the development of obesity and comorbid diseases. *Obesity and Metabolism*. 2015;12(4):14-7 (in Russian)]. DOI:10.14341/OMET2015414-17
15. Мазо Г.Э., Кибитов А.О. Механизмы формирования коморбидности депрессии и ожирения. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2018;1:65-78 [Mazo GE, Kibitov AO. Mechanisms of formation comorbidity depression and obesity. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2018;1:65-78 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 15.04.2021



OMNIDOCTOR.RU