

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ОЖИРЕНИЯ

Шагазатова Б.Х., Шадманова Ш.А.

СЕМИЗЛИКНИНГ ТУРЛИ ХИЛЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ФАРМОКОЛОГИК ВА ДОРИ-ДАРМОНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Шагазатова Б.Х., Шадманова Ш.А.

EVALUATION OF NON-DRUG AND DRUG TREATMENTS FOR PATIENTS WITH VARIOUS TYPES OF OBESITY

Shagazatova B.H., Shadmanova Sh.A.

Ташкентская медицинская академия

Семизлик сурункали касалликларнинг энг кўп тарқалган тури бўлиб, организмда ёғ тўқимасининг ортиқча тўпланиши билан характерланади. Семизлик муаммосининг долзарблиги касалликнинг юқори тарқалганлиги билан боғлиқ Ғарбий Европа давлатларининг кўпчилигида катта ёшли аҳолининг 9-20% ида семизлик, 25%дан ортиқда ортиқча тана вазни мавжуд. Семизлик муддатдан ўлим хавфини оширувчи омил бўлишига қарамай, шунингдек, ўлим сонини оширувчи бир қатор касалликларга ҳам олиб келади. Бу биринчи навбатда артериал гипертензия, семизлик билан касалланганларда унинг ривожланиш хавфи 2,9 баробар; қандли диабет тип 2, семизлик билан касалланганларда унинг ривожланиш хавфи 2,9 баробар; дислипидемия (2,1 баробар кўпроқ), ва баъзи хавфли ўсма турлари ривожланиш хавфи ортади.

Калит сўзлар: семизлик, артериал гипертензия, инсулинорезистентлик, ҳаёт тарзи.

Obesity is one of the most common chronic diseases and is characterized by excessive accumulation of body fat. The urgency of the problem of obesity is associated with a high prevalence of the disease. In most Western European countries from 9 to 20% of adults are obese and more than 25% are overweight. Obesity, being itself a factor that increases the risk of premature death, while at the same time increases the probability of the whole group of diseases, each of which is many times it increases mortality. These are, first of all, hypertension, the risk of which patients with obesity is 2.9 times higher; type 2 diabetes mellitus (T2DM), occurs in people with obesity 2.9 times more often; dyslipidemia (2.1 times greater), and certain types of cancer.

Key words: obesity, arterial hypertension, insulin resistance, lifestyle.

Ожирение – одно из самых распространенных хронических заболеваний современности, которое представляет серьезную медико-социальную проблему. Высокая распространенность этой патологии обусловлена урбанизацией, снижением физической активности и доступностью калорийной пищи [2,15]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире насчитывается 300 млн больных ожирением, приблизительно 1,7 млрд людей имеют избыточную массу тела. Лидируют в этом отношении США, Германия и Канада. Например, в США избыточную массу тела имеют 34% взрослого населения, 27% страдают ожирением [6,14,21]. Это позволило ВОЗ определить ожирение как неинфекционную эпидемию XX-XXI веков [19,33,34].

Ожирение – одна из важнейших проблем здравоохранения во всех странах, что связано с огромным числом заболеваний, ассоциированных с повышенной массой тела [41]. На рубеже XX-XXI веков ожирение становится не только косметологической, но и в значительной степени медицинской и социальной проблемой, требующей решения по ряду причин, часть из которых приводится ниже.

А. Высокая распространенность заболевания: в большинстве стран Западной Европы от 9 до 20% взрослого населения имеют ожирение и более 25% – избыточную массу тела.

Б. Высокие темпы роста заболевания: в последние 10-15 лет они таковы, что, например, в Англии за это время число людей с ожирением возросло втрое. Этот рост составляет ≈10% за каждые 10 лет от общего числа больных. А.М. Nodge и соавт. подсчитали, что если данная тенденция сохранится, то к середине нынешнего

столетия все население экономически развитых стран будет болеть ожирением различной степени тяжести.

В. Ожирение – заболевание, требующее огромных прямых и косвенных финансовых затрат. В развитых странах они составляют до 10% всех расходов на здравоохранение.

Г. Ожирение, являясь само по себе фактором, увеличивающим риск преждевременной смерти, повышает вероятность развития целой группы заболеваний, каждое из которых во много раз увеличивает смертность. Это, прежде всего, артериальная гипертензия, риск развития которой у лиц с ожирением выше в 2,9 раза; сахарный диабет типа 2 (СД2), возникающий у лиц с ожирением в 2,9 раза чаще; дислипидемия (в 2,1 раза чаще), некоторые виды рака.

Д. Ни при каком другом заболевании самолечение не распространено с таким размахом как при ожирении. Это обусловлено тем, что практически все средства массовой информации приводят десятки рецептов похудения, подкрепленных, как правило, псевдомедицинской аргументацией либо мнением народных целителей и шарлатанов. Страницы глянцевого издания пестрят агрессивной рекламой «чудесных» средств, обещающих снижение массы тела без диет и прочих неудобств, связанных с необходимостью изменения образа жизни.

Ожирение ассоциировано с повышенной заболеваемостью, инвалидизацией и преждевременной смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета, рака и заболеваний опорно-двигательного аппарата. В зависимости от тяжести ожирения продолжительность жизни пациентов с избыточной массой тела и ожирением сокращается на срок от 4 до 10 лет [11,13], повышение смертности среди пациентов обусловлено в основном частым развитием ССЗ.

Классификация ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1997)*

Тип массы тела	ИМТ, кг/м ²	Риск сопутствующих заболеваний
Дефицит массы тела	<18,5	Низкий (повышен риск других заболеваний)
Нормальная масса тела	18,5-24,9	Обычный
Избыточная масса тела (предожирение)	25,0-29,9	Повышенный
Ожирение I степени	30,0-34,9	Высокий
Ожирение II степени	35,0-39,9	Очень высокий
Ожирение III степени	≥40	Чрезвычайно высокий

Примечание. * *Международная группа по ожирению ВОЗ (IOTF WHO), 1997.*

Для определения характера распределения жира в организме используется показатель соотношения окружности талии и окружности бедер (ОТ/ОБ). Ожирение считается абдоминальным, если у женщин величина ОТ/ОБ > 0,85, у мужчин > 1,0. Абдоминальное ожирение является самостоятельным фактором риска развития СД 2-го типа, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии. В настоящее время абдоминальное ожирение рассматривается как один из основных компонентов метаболического синдрома (МС).

Исследования последних лет показали, что надежным признаком избыточного накопления жировой ткани в абдоминальной области является величина окружности талии при ИМТ < 35. Поэтому окружность талии, являясь простым, доступным и достоверным показателем, помогает выявлять пациентов с высоким риском развития СД 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний.

Окружность талии и риск развития осложненных ожирения (ВОЗ, 1997)*

	Риск СД 2-го типа, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний	
	Повышенный	Высокий
Мужчины	>94 см	>102 см
Женщины	>80 см	>88 см

Примечание. * *Увеличение окружности талии – признак повышенного риска развития осложненных даже при нормальных значениях ИМТ.*

Общепринятой классификации ожирения нет. М.Н. Егоров, Л.М. Левитский выделяют следующие формы ожирения.

Формы общего ожирения:

1. Алиментарные формы: а) привычно гипералиментарные; б) дезрегуляционные; в) конституционально-наследственные; г) смешанные.

2. Эндокринные формы: а) гипотиреоидные; б) гипогенитальные; в) надпочечниковые (корково-надпочечниковые); г) гипофизарные; д) смешанные (полиэндокринные).

3. Церебральные (нервные) формы: А. По типу локальных нарушений: а) корковые (психосоматические); б) гипоталамические (диффузные); в) гипоталамо-гипофизарные (синдром Пехкранца – Бабинского – Фрелиха). Б. По этиологическим моментам: а) посттравматические; б) постинфекционные [42].

Эпидемиология. Избыточная масса тела и ожирение занимают пятую ступень в списке факторов риска смерти в мире. Также они являются причиной ряда заболеваний. Ранее излишняя масса тела и ожирение считались болезнями в странах с высоким уровнем доходов, но сейчас наблюдается тенденция к все большему их распространению

в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в городах. В развивающихся странах детей с избыточной массой тела насчитывается более 30 млн, а в развитых – 10 млн.

Согласно данным статистики, первое место по заболеванию ожирением занимает островное государство Науру: там им страдают более 70% жителей. Причиной столь высокого показателя, на наш взгляд, является неправильное питание населения из-за распространения дешевого высококалорийного питания, малоподвижного образа жизни, а также психологические факторы, находящиеся в основе развития пренебрежительного отношения человечества к здоровому образу жизни. Следующее место занимает Кувейт, где этим заболеванием страдают почти половина населения. На третьей ступени находится Мексика, где избыточную массу тела имеют более двух третей ее жителей. В США заболеваемость ожирением ниже лишь на один пункт. В двенадцати штатах показатели ожирения превышают 30%.

Согласно данным статистики, в Европе ожирением страдают в среднем 21% населения, причем в Восточной Европе этот показатель на пару процентов выше. Наименее развита эта болезнь у жителей Швейцарии, Дании, Франции, Швеции [43].

Этиология. Ожирение относится к многофакторным заболеваниям. Генетическая предрасположенность, внешнесекреторные причины, изменения гормонального и неврологического состояния организма приводят к нарушению пищевого поведения, всех видов обмена веществ и энергетическому дисбалансу.

При проведении многочисленных исследований выявлена и подтверждена роль генетической предрасположенности к развитию ожирения. Вероятность развития избыточной массы тела при наличии ожирения у родителей составляет 70-80%, хотя в общей популяции этот показатель около 30%. Открыто множество генов-кандидатов: гены, кодирующие образование β3- и β2-адренорецепторов, ген липопротеинлипазы, гены рецептора 3,4 типа меланоцитстимулирующего гормона (MC3-R, MC4-R), agouti, PRARγ, FTO, UCP2, fat-ген и т.д. На сегодняшний день определено около 1000 генов, ассоциированных с ожирением. Все они указаны в международной базе данных Human Genome Epidemiology Network (HuGeNet). Есть формы ожирения, которые обусловлены дефектом единственного гена. Однако необходимо отметить, что на их долю приходится не более 5% от всех случаев ожирения. В большинстве случаев гены лишь предопределяют склонность к избыточному накоплению жировой ткани под действием различных внешних факторов окружающей среды. Причины избыточной массы тела кроются, прежде всего, в особенностях стиля жизни и пищевого поведения, а также в недостаточной ежедневной физической активности [10,17].

За последние десятилетия образ жизни людей претерпел значительные изменения. Экономический рост, технический прогресс и преобразования в социальной сфере привели к тому, что изменился характер питания, и ежедневная физическая активность стала недостаточной по отношению к потребляемой пище. Употребление высококалорийных продуктов, сладких газированных напитков, увеличение порции принимаемой пищи, учащение «перекусов» и еда вне дома – в ресторанах быстрого питания в сочетании с малоподвижным образом жизни привели к повсеместной прогрессии распространения ожирения. Пищевые пристрастия и рационы тучных людей обычно включают продукты с большим содержанием жиров. При этом, как известно, жиры являются наиболее энергоемким продуктом. Жиры меньше растягивают желудок и усиливают перистальтику, что при-

водит к медленному насыщению и, как следствие, к перееданию. Стоит отметить и неправильное воспитание в раннем детстве, которое формирует нарушения пищевого поведения. Когда пища играет доминирующую роль в жизни семьи и является главным источником удовольствия, тогда не происходит адекватного обучения другому поведению в периоды стресса. Поэтому в трудных жизненных ситуациях многие люди для успокоения используют прием пищи [3,5,7,9].

Выявлена взаимосвязь между массой тела матери и ее питанием во время беременности, антропометрическими показателями ребенка при рождении и его питанием в первые месяцы жизни. Низкая масса тела при рождении предопределяет развитие ожирения в более старшем возрасте. Причем больше склонны к ожирению те дети, которые догнали своих сверстников по антропометрическим показателям в наиболее короткие сроки. Результаты некоторых исследований показали обратную взаимосвязь между продолжительностью грудного вскармливания и риском развития ожирения в дальнейшем, при условии, что ребенка не перекармливают [1,8,12,16].

Одной из важных причин формирования избыточной массы тела и ожирения является действие эндокринных разрушителей. Это вещества естественного или синтетического происхождения, способные влиять на процессы синтеза, секреции, транспорта, метаболизма и элиминации гормонов, регулирующие гомеостаз, репродукцию и развитие организма даже при крайне низких концентрациях. Они входят в состав растворителей, пластиковых упаковок, строительных материалов, моющих средств. Действие этих веществ на плод может привести к возникновению ожирения во взрослом возрасте [10,20].

Считают, что в развитии избыточной массы тела играет роль и кишечная микрофлора. Кишечная микрофлора несколько отличается по составу у тучных людей и лиц с нормальной массой тела. В кишечнике людей с ожирением преобладают бактерии семейства фирмикутов, тогда как у лиц с нормальной массой тела больше бактерий семейства бактериоидов. Микрофлора обеспечивает расщепление углеводов пищи до моносахаридов и их всасывание. Кроме того, она подавляет кишечный фактор (FIAF – Fasting-induced adipocyte factor), что ведет к активации фермента липопротеиновой липазы (ЛПЛ) в адипоцитах. Активация ЛПЛ сопровождается усилением липогенеза. Продемонстрировано, что жирная пища приводит к преобладанию грамотрицательных бактерий, мембраны которых содержат липополисахариды, выступающими в качестве эндотоксина. Хроническая эндотоксемия способствует активации провоспалительных факторов, что способствует формированию ожирения и инсулинорезистентности [29].

Предполагаемой причиной развития избыточной массы тела и ожирения рассматривается сокращение продолжительности сна. Давно известно, что ожирение может приводить к синдрому ночного апноэ. Возможно, и дефицит сна может повлиять на массу тела. За последние десятилетия сокращение продолжительности сна идет синхронно с ростом распространенности ожирения. Если полвека назад длительность сна в среднем составляла 8-9 часов, то в наше время более трети людей спят по 5-6 часов. Возможными причинами прибавки массы тела в этом случае могут быть хроническая усталость и последующее уменьшение физической активности, а также нарушение центральных механизмов регуляции энергообмена, циркадных ритмов гипоталамуса и адипоцитов [20,23,24].

Механизмы, регулирующие аппетит и насыщение, делятся на кратковременные и долговременные.

Кратковременные механизмы, регулирующие прием пищи, представлены сигналами насыщения, идущими из желудочно-кишечного тракта через афферентные волокна блуждающего нерва в ствол головного мозга. Долговременный механизм, обеспечивающий регуляцию пищевого поведения и контроль массы тела на длительный период, включает в себя гипоталамус с участием различных нейротрансмиттеров и нейропептидов [18,22].

Клиника. Ожирение представляет собой хроническое гетерогенное прогрессирующее заболевание, связанное с рядом генетических, поведенческих, внешнесредовых, гормональных и неврологических факторов, приводящих к нарушениям пищевого поведения, расстройствам всех видов метаболизма и энергетическому дисбалансу. Ожирение развивается при увеличении потребления пищи и снижении расхода энергии. Современный образ жизни как раз характеризуется малой подвижностью, низкой мышечной активностью, потреблением высококалорийной пищи. Ожирение становится основной причиной снижения подвижности и трудоспособности людей. Это обусловлено увеличением нагрузки на опорно-двигательный аппарат, поражением межпозвоночных суставов и суставов нижних конечностей, варикозным расширением вен. Ожирение приводит к нарушению функции дыхания, потому что тяжелая грудная стенка ограничивает амплитуду дыхательных движений, а накопившийся в брюшной полости жир ограничивает подвижность диафрагмы, что вызывает самую частую жалобу тучных людей – одышку при физической нагрузке. Нередко причиной смерти тучного пациента становится синдром обструктивного апноэ во сне. В многочисленных исследованиях последних лет ожирение идентифицировано как ключевая причина развития сердечно-сосудистых заболеваний, СД 2-го типа и МС, которые относятся к наиболее значимым проблемам здравоохранения в большинстве стран мира [6,15,19].

У больных ожирением вероятность развития артериальной гипертонии (АГ) на 50% выше, чем у лиц с нормальной массой тела [40]. Наличие МС повышает риск развития сахарного диабета (СД) 2-го типа в 3-6 раз. Ожирение I степени увеличивает риск развития СД 2-го типа в 3 раза, II степени – в 5 раз, III степени – в 10 раз [38]. Метаболический синдром ассоциируется с субклиническим поражением жизненно важных органов. Это выражается в снижении фильтрационной функции почек, микроальбуминурии, повышении жесткости артерий, гипертрофии миокарда левого желудочка, диастолической дисфункции, увеличении размеров полости левого желудочка, утолщении стенки сонной артерии, причем многие из этих нарушений проявляются независимо от наличия АГ [28].

Снижение массы тела на 1 кг приводит к снижению систолического АД (САД) на 1,1 мм рт. ст. (95% доверительный интервал (ДИ) 0,7-1,4) и диастолического АД (ДАД) на 0,9 мм рт. ст. (95% ДИ 0,6-1,3) [36]. Уменьшение массы тела на 5 кг способствует снижению уровня глюкозы у пациентов с СД на 1 ммоль/л, или на 18 мг%, что соответствует эффекту некоторых гипогликемических препаратов [39].

Лечение. Основа мероприятий по коррекции массы тела – изменение образа жизни, повышение физической активности и изменение диеты с целью достижения баланса между потреблением и расходом энергии. При недостаточной эффективности немедикаментозных методов лечения или наличии определенных показаний возникает необходимость медикаментозной или даже хирургической коррекции массы

тела, но эти мероприятия должны осуществляться только на фоне продолжающегося немедикаментозного лечения [4].

Обязательной составляющей программы по снижению массы тела является увеличение физической активности. Предусмотрено включение аэробных физических упражнений как для снижения массы тела, так и для ее поддержания. Именно аэробные нагрузки способствуют уменьшению жировых отложений в абдоминальной области и улучшению показателей липидного и углеводного обмена. Доказано, что наиболее оптимальным подходом к снижению массы тела является сочетание физических нагрузок с различными диетическими ограничениями. Однако при использовании только немедикаментозных методов лечения не всегда удается достичь желаемых результатов. По данным Национального института здоровья США, 30-60% пациентов, похудевших с помощью диеты и физической нагрузки, через год возвращаются к исходной массе тела, а через 5 лет практически все больные восстанавливают или даже превышают свои исходные параметры. Поэтому медикаментозная терапия ожирения нужна так же, как при любом другом хроническом заболевании. Цель фармакотерапии – существенно усилить эффективность немедикаментозных методов лечения, предотвратить рецидивы набора сброшенной массы тела, улучшить метаболические показатели и повысить приверженность больных к лечению. Фармакотерапия показана при неэффективности немедикаментозных методов терапии – снижении массы тела менее чем на 5% в течение 3-х месяцев лечения. Показаниями к назначению медикаментозного лечения являются индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² в сочетании с абдоминальным ожирением, наследственной предрасположенностью к СД 2-го типа и наличием факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (дислипидемия, АГ и СД 2-го типа).

Гипокалорийная диета и повышение физической активности являются основой программы по снижению массы тела, однако часто бывает трудно достичь желаемого результата, ограничиваясь только их применением. Еще труднее, снизив массу тела, поддерживать ее на достигнутом уровне. Поэтому в ряде случаев к немедикаментозным методам лечения ожирения необходимо добавлять прием лекарственных препаратов, снижающих массу тела [27,31].

Основными принципами рационального питания являются снижение калорийности суточного рациона на 20%, что составляет дефицит на 500-1000 ккал/сут (но не менее 1200 ккал/сут), уменьшение потребления жиров до 30% от суточного рациона и отказ от потребления алкоголя (при сгорании 1 г которого выделяется 7 ккал). Диета должна быть сбалансирована по основным пищевым ингредиентам: 55-60% суточного рациона должно приходиться на углеводы, 15-16% – на белки, на жиры – не более 30% от суточного калоража. Прием пищи – не менее 4-5 раз в сутки малыми порциями.

Эффективность фармакотерапии следует оценивать после 3 месяцев ее проведения. Если достигнуто удовлетворительное снижение массы тела (>5% у лиц, не страдающих СД, и >3% у больных СД), то лечение продолжают; в противном случае (отсутствие ответа на лечение) препараты отменяют [32,37].

Поддержка психолога. В процессе похудения человек ходит на консультации психолога – индивидуальные или групповые. Цель консультаций – научить бороться со стрессом, не прибегая к пище, найти мотивацию для похудения, преодолеть диетический срыв, если он вдруг случился. Нередко психолог «копает» глубже. Например, помогает выяснить, какие особенности вашей личности способствуют тому, что вы зае-

даете неприятности, разобраться в себе и своих комплексах. При групповых занятиях очень важна также поддержка единомышленников, людей, перед которыми стоит та же цель.

Современные препараты для лечения ожирения должны иметь известный механизм действия, доказанную клиническую эффективность и безопасность, переходящие побочные эффекты, обладать хорошей переносимостью, не вызывать зависимости, оказывать положительное воздействие на сопутствующие ожирению нарушения метаболизма. В качестве лекарственных средств для лечения ожирения в России зарегистрированы орлистат 120 мг и сибутрамин. Фармакологическое действие сибутрамина состоит в селективном торможении обратного захвата серотонина и норадреналина из синаптической щели в нейронах головного мозга. Вследствие такого двойного механизма действия препарат оказывает влияние на обе стороны энергетического баланса, т.е. усиливая и пролонгируя чувство насыщения, уменьшает поступление энергии за счет снижения количества потребляемой пищи и увеличивает ее расход вследствие усиления термогенеза. Сибутрамин отличается по механизму действия от других препаратов центрального действия тем, что не влияет на допаминергическую систему и поэтому не вызывает лекарственной зависимости [30].

Как показали многолетние исследования, безопасным и широко применяемым во всем мире препаратом для снижения массы тела является орлистат [35]. Орлистат оказывает ингибирующее действие на желудочно-кишечные липазы, которые участвуют в гидролизе триглицеридов и необходимы для всасывания жиров в желудочно-кишечном тракте. В результате приема этого препарата около 30% триглицеридов не всасывается в тонком кишечнике. При этом орлистат не оказывает негативного влияния на другие ферменты (амилазу, трипсин, химотрипсин и фосфолипазы). После отмены препарата его фармакологическое действие быстро прекращается, а активность липаз восстанавливается. Уменьшая всасывание жиров пищи, орлистат снижает поступление энергии, что, соответственно, приводит к потере массы тела. На сегодняшний день орлистат является препаратом выбора для лечения больных ожирением, осложненным артериальной гипертензией, дислипидемией, нарушением толерантности к глюкозе.

При морбидном ожирении и неэффективности консервативной терапии в последние годы все чаще используются хирургические методы лечения ожирения [25]. Механизмы действия бариатрических операций сводятся либо к значительному сокращению количества потребляемой пищи, либо к ограничению абсорбции нутриентов на уровне кишечного тракта. Вопрос о выборе оптимального метода оперативного вмешательства остается предметом дискуссии среди специалистов. К наиболее часто применяемым современным операциям при ожирении относятся гастропластика (ГШ), регулируемое бандажирование желудка (БЖ), вертикальная гастропластика (ВГП), билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) в модификации Scopinaro, БПШ в модификации Hess – Marceau (Duodenal Switch) [26], а также продольная резекция желудка (ПРЖ).

К настоящему времени ГШ остается доминирующей операцией в Северной и Южной Америке, регулируемое БЖ – в Европе и Австралии. В последние годы наблюдается повсеместное снижение частоты применения ВГП и, напротив, увеличение интереса к ПРЖ. При этом в Европе все большее распространение получают сложные типы операций (ГШ и БПШ), а в Америке, помимо ГШ, наблюдается тенденция к более частому применению регулируемого БЖ, с одной стороны, и БПШ, – с другой.

Важным, хотя и не единственным критерием, определяющим подходы к лечению ожирения, является исходный показатель индекса массы тела (ИМТ), рассчитываемый по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} : \text{рост}^2 (\text{м}^2)$.

ИМТ	Характеристика	Подходы к лечению
18-25	Нормальная ИМТ	Не требует лечения
25-30	Избыточная ИМТ	Самоограничение в еде, увеличение физической активности
30-35	Начальное ожирение (по международной классификации ожирение класс I)	Консервативное, в том числе медикаментозное лечение, при неэффективности – установка внутрижелудочного баллона
35-40	Выраженное ожирение (ожирение класс II)	Консервативное лечение, установка баллона, при наличии сопутствующих заболеваний – хирургическое лечение. Как правило, основной акцент делается на малоинвазивные технологии
40-50	Морбидное ожирение (ожирение класс III)	При неэффективности консервативных мероприятий показано хирургическое лечение. Обсуждается весь спектр бариатрических операций
Свыше 50	Сверхожирение (ожирение класс IV)	Показано хирургическое лечение с акцентом на сложные технологии. Значительная часть пациентов нуждается в предоперационной подготовке (диетотерапия, установка внутрижелудочного баллона в качестве первого этапа)

Окончательное решение о проведении операции и выборе ее вида принимает хирург в зависимости от выраженности ожирения и сопутствующих заболеваний. Как правило, в течение первого года после хирургического вмешательства избыточная масса тела уменьшается на 50-70% от исходной, причем наиболее интенсивно в первые 6 месяцев.

После оперативного лечения пациенты нуждаются в проведении заместительной терапии препаратами железа, кальция, показан также прием поливитаминов. Важно отметить, что даже хирургическое вмешательство не освобождает пациента от соблюдения правил рационального питания, т. к. увеличение калорийности за счет превышения жиров более чем на 30% от суточной нормы замедляет процесс снижения массы тела.

Терапия ожирения, как и любого хронического заболевания – процесс пожизненный, и только совместными усилиями врача и пациента можно добиться положительного результата, причем основная ответственность за лечение возлагается на самого больного.

Литература

1. Витебская А.В. Влияние перинатальных факторов на развитие ожирения во взрослом возрасте // Ожирение и метаболизм. – 2010. – №1. – С.11-13.
2. Волкова Н.И. и др. Эпидемиология ожирения // Consilium Medicum. – 2002. – №1. – С. 12.
3. Ворохобина Н.В., Волкова Е.А. Ожирение // Эндокринология; Под ред. С.Б. Шустова. – СПб, 2013. – Т. 2, №4. – С. 392-432.
4. Грунди М.С. Лечение и профилактика ожирения // Обзоры клин. кардиол. – 2014. – №11. – С. 2.
5. Гурова О.Ю. Метаболические и психические особенности пациентов с ожирением: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2015. – 23 с.
6. Демидова Т.Ю., Круглова Е.Л. // Рус. мед. журн. – 2009. – Т. 17, №7. – С. 24.
7. Жигарева Н.В. Проблемы детского ожирения // Альманах сестринского дела. – 2013. – Т. 4, №1-2. – С. 33-34.
8. Загоруйко М.В., Бардымова Т.П., Рычкова Л.В. Ожирение у детей и подростков // Сибирский мед. журн. – 2010. – Т. 97, №6. – С. 16-19.
9. Коваренко М.А., Руюткина Л.А. Размышления на тему дебюта метаболического синдрома у детей, страдающих ожирением с

розовыми стриями // Бюл. Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2016. – №1. – С. 22-26.

10. Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика // Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты: Руководство для врачей; Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М., 2004. – №5. – С. 16-36.

11. Метаболический синдром. – М.: МЕДпресс-информ, 2007.

12. Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И. Влияние метформина на клинико-метаболические параметры у детей с различными формами ожирения и артериальной гипертензией // Бюл. Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2007. – №3. – С. 102-103.

13. Мкртумян А.М., Бирюкова Е.В. Основной подход к фармако-терапии метаболического синдрома // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, №5. – С. 54-57.

14. Мкртумян А.М. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика // Справочник поликлинического врача. – 2013. – №8. – С. 69.

15. Мкртумян А.М. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика // Рус. мед. журн. – 2015. – Т. 13, №7. – С. 3.

16. Попова Е.С., Ромашко Е.Ю., Ли Г.С. Фармакологическая профилактика состояния плода и новорожденного при ожирении матери // Бюл. Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2005. – №4. – С. 88-89.

17. Проект рекомендаций экспертного комитета Российской ассоциации эндокринологов. Диагностика и лечение ожирения у взрослых // Ожирение и метаболизм. – 2010. – №1. – С. 76-81.

18. Рапопорт С.И., Лобода А.Ю. Проблема ожирения в клинике внутренних болезней // Клин. мед. – 2013. – №11. – С. 15-23.

19. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр) // Ожирение и метаболизм. – 2009. – №3. – С. 3-12.

20. Романцова Т.И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины // Ожирение и метаболизм. – 2011. – №1. – С. 5-17.

21. Савельева Л.В. Качество жизни. Медицина. Сахарный диабет // Бюл. Сибирской мед. – 2003. – №1. – С. 54.

22. Сидорова А.С., Меньшикова Л.В. Структура метаболического синдрома у больных подагрой молодого возраста // Сибирский мед. журн. – 2014. – Т. 74, №7. – С. 99-101.

23. Старостина Е.Г. Ожирение как психосоматическое заболевание // Ожирение и метаболизм. – 2005. – №3. – С. 18-25.

24. Хвостова О.И., Колтун В.З., Лобыкина Е.Н. Значение комплексного подхода (дието- и психотерапии) в лечении избыточного веса и ожирения // Сибирский мед. журн. – 2004. – Т. 47, №6. – С. 48-50.

25. Яшков Ю.И. Стандарты в бариатрической и метаболической хирургии (по материалам международных согласительных конференций) // Ожирение и метаболизм. – 2014. – №3 (16). – С. 17-21.

26. Яшков Ю.И. Хирургия ожирения: современное состояние и перспективы // Ожирение и метаболизм. – 2005. – №2. – С. 16.

27. Atkinson R.L. et al. // *Obes. Rev.* – 2015. – Vol. 3, Suppl. 4. – P. 497.

28. Cuspidi C. et al. // *J. Hypertens.* – 2015. – Vol. 23. – P. 1589.

29. DiBaise J.K., et al. Gut microbiota and its possible relationship with obesity // *Mayo Clin Proc.* – 2015. – Vol. 83, №4. – P. 28-32.

30. Florentin M., Liberopoulos E.N., Elisaf M.S. Sibutramine-associated adverse effects: a practical guide for its safe use // *Obes. Rev.* – 2015. – №9. – P. 378-387.

31. Grundy S.M. et al. // *Circulation.* – 2014. – Vol. 109. – P. 551.

32. Hainer V. et al. // *Diab. Care.* – 2014. – Vol. 31, Suppl. 2. – P. S269.

33. Isomaa B. et al. // *Diab. Care.* – 2014. – Vol. 24. – P. 683.

34. Lakka H.M. et al. // *J.A.M.A.* – 2013. – Vol. 288. – P. 2709.

35. Meara S.O., Riemsma R., Shirran L. A systematic review of the clinical effectiveness of orlistat used for the management of obesity // *Obes. Rev.* – 2014. – Vol. 35, №1. – P. 51-68.

36. Obesity: Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children: quick reference guide 1: for local authorities, schools and early years providers, workplaces and the public. – L., 2016. – 35 p.

37. Padwal R.S., Majumdar S.R. // *Lancet.* – 2013. – Vol. 369. – P. 71.

38. Resnick H.E. et al. // *Diab. Care.* – 2013. – Vol. 26. – P. 861.

39. Snow V. et al. // *Ann. Intern. Med.* – 2015. – Vol. 142, №7. – P. 525.

40. Vasan R.S. et al. // *J.A.M.A.* – 2013. – V. 287. – P. 1003.

41. Williams Textbook of Endocrinology. – 11th ed.; Ed. by H.M. Kronenberg et al. – Philadelphia, 2014. – P. 127.

42. <http://lekmed.ru/info/arhiv/endokrinologiya-61.html>

43. http://rss.novostimira.com/n_2324309.html

ОЦЕНКА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ОЖИРЕНИЯ

Шагазатова Б.Х., Шадманова Ш.А.

Ожирение, которое относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний, характеризуется избыточным накоплением жировой ткани в организме. Актуальность проблемы ожирения связана с его высокой распространенностью: так, в большинстве стран Западной Европы ожирением страдают от 9 до 20% взрослого

населения, более 25% имеют избыточную массу тела. Чвляясь фактором, увеличивающим риск преждевременной смерти, ожирение в то же время повышает вероятность развития целой группы заболеваний, каждое из которых во много раз увеличивает смертность. Это, прежде всего, артериальная гипертензия, риск развития которой у лиц с ожирением выше в 2,9 раза; сахарный диабет типа 2, возникающий у лиц с ожирением в 2,9 раза чаще; дислипидемия (встречается в 2,1 раза чаще), некоторые виды рака.

Ключевые слова: ожирение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность, образ жизни.

