

УДК: 616.32-108.234

Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение

И.Л. Кляритская

*Крымский Государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,
Симферополь*

Ключевые слова: ожирение, лечение, сибутрамин, орлистат

Актуальность проблемы

Среди взрослых американцев 61% имеют избыточную массу тела (по данным CDC США, 1999). Более чем у трети (35%) взрослых американцев масса тела избыточная (ИМТ 25 – 29,9); более четверти (26%) страдают ожирением (ИМТ \geq 30). В период 1960 – 62 г.г. в США – избыточная масса тела выявлена только у 43%.

У женщин некоторых национальностей распространенность избыточной массы тела и ожирения еще выше (данные за 1988 – 94 г.г.): у негритянок – 66,5%; у латиноамериканок – 67,6%; у белых женщин – 45,5%.

Среди детей 6-17 лет распространенность ожирения возросла с 4% в 1963 г. до > 10% в 1994 г.

В России ожирением страдают 54% населения, в Великобритании – 51%, в Германии – 50%, в Китае – 15% взрослого населения.

ния.

Ожирение можно считать следствием современного образа жизни.

ВОЗ сделала вывод, что основной причиной ожирения в мире стал недостаток спонтанной и трудовой физической активности населения в сочетании с чрезмерным потреблением жирной высококалорийной пищи. И только на 25-40% масса тела определяется генетическими факторами.

Ожирение опасно тем, что значительно ухудшает здоровье населения. Наряду с неправильным питанием и низкой физической активностью в США ожирение служит причиной примерно 300000 случаев смерти в год. Ожирение может быть причиной 57% случаев сахарного диабета (СД) II типа, 17% случаев АГ и ИБС, 14% случаев остеопороза, 14% случаев ЖКБ, 11% случаев рака молочной железы, матки и толстой кишки (табл. 1).

В организме человека ожире-

ние нарушает деятельность по крайней мере девяти систем (табл.2).

Многие специалисты считают, что индекс массы тела (ИМТ) является пятым основным показателем жизнедеятельности наряду с артериальным давлением (АД), частотой сердечных сокращений (ЧСС), частотой дыхания (ЧД), температурой тела.

Способов оценки содержания жира в организме много, но для общей врачебной практики для определения степени тяжести ожирения наиболее приемлемы два:

Табл. 1

Распространенность ожирения при некоторых заболеваниях

Сахарный диабет II	57%
АГ	17%
ИБС	17%
ЖКБ	30%
Остеоартрит	14%
Рак молочной железы	11%
Рак матки	11%
Рак толстой кишки	11%

Заболевания и отдельные симптомы, сопутствующие ожирению

<p>Сердечно-сосудистые</p> <ul style="list-style-type: none"> - АГ - ЗСН - Легочное сердце - Варикозное расширение вен н.к. - ТЛА - ИБС <p>Неврологические</p> <ul style="list-style-type: none"> - Мозговой инсульт - Идиопатическая внутричерепная гипертензия - Невралгия латерального кожного нерва бедра <p>Опорно-двигательного аппарата</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ограничение подвижности - Дегенеративные артриты - Боль в поясничном отделе позвоночника <p>Изменения кожных покровов</p> <ul style="list-style-type: none"> - Венозный стаз в ногах - Целлюлит - Несоблюдение гигиены тела - Опрелость, карбункулы <p>Психические расстройства</p> <ul style="list-style-type: none"> - Депрессия/снижение самооценки - Булемия 	<p>Система дыхания</p> <ul style="list-style-type: none"> - Одышка, утомляемость - Обструктивное апноэ во сне - Синдром гиповентиляции - Пиквикский синдром <p>Эндокринные</p> <ul style="list-style-type: none"> - Инсулинорезистентность (метаболический синдром X) - Сахарный диабет II типа - Дислипидемии - Поликистоз яичников (гиперандрогенизм) - Аменорея/бесплодие <p>Желудочно-кишечные</p> <ul style="list-style-type: none"> - Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - Жировая дистрофия печени - НАСГ - ЖКБ - Грыжи - Рак толстой кишки <p>Мочеполовые</p> <ul style="list-style-type: none"> - Недержание мочи при стрессовых ситуациях - Гипогонадизм (у мужчин) - Рак молочных желез и матки
---	--

1. ИМТ = масса тела (кг) / рост (м)².

2. Определение окружности талии (объем висцерального жира)

Применять ИМТ следует с определенными ограничениями. У молодых пациентов с развитой мышечной системой и у пожилых

лиц с отеками ИМТ повышен, что может быть ложно истолковано как избыточное содержание жира в организме. При снижении массы безжировых тканей, особенно у пожилых людей, ИМТ может оказаться низким даже при ожирении. В таком случае можно использовать оценку объема висце-

рального жира по окружности талии (табл.3).

Об избытке висцерального жира свидетельствует окружность талии >102 см для мужчин и >85 см для женщин. Этот показатель особенно информативен при ИМТ на уровне 25-35 кг/м². Например, если у мужчины 27 лет ИМТ - 28

Табл. 3

Классификация ожирения и степени риска развития сопутствующих заболеваний в соответствии с ИМТ и окружностью талии

	ИМТ (кг/м ²)	Стадия ожирения	Окружность талии	
			Мужчины	Женщины
			<=102 см	>102 см
			<=88 см	>88 см
			Риск развития сопутствующих заболеваний*	
Недостаточная масса тела	<18,5		-	-
Норма	18,5-24,9		-	Повышен**
Избыточная масса тела	25,0-29,9		Повышен***	Высокий
Ожирение	30,0-34,9	I	Высокий	Очень высокий
	35,0-39,9	II	Очень высокий	Очень высокий
Тяжелое ожирение	>=40	III	Крайне высокий	Крайне высокий

* - СД II типа, АГ, ИБС

** - Слишком большая окружность талии свидетельствует о повышенном риске развития сопутствующих заболеваний даже при нормальной массе тела.

*** - Повышение ИМТ за счет мышц не увеличивает риск развития сопутствующих заболеваний.

(“Prevention and Managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the World Health Organization Consultation of Obesity”. WHO, Geneva, 1997).

Табл. 4.

Выбор метода лечения ожирения

Метод лечения	Диапазон ИМТ				
	25 – 26,9	27-29,9	30-34,9	35-39,9	>=40
Диета, повышенная физическая активность, изменение образа жизни	При наличии сопутствующих заболеваний	При наличии сопутствующих заболеваний	+	+	+
Лекарственная терапия		При наличии сопутствующих заболеваний	+	+	+
Хирургические методы				При наличии сопутствующих заболеваний	

Примечание:

1. Профилактика увеличения массы тела изменением образа жизни показана при ИМТ ≥ 25 кг/м² даже в отсутствии сопутствующих заболеваний;

2. При ИМТ 25-29,9 кг/м² или большой окружности талии снижение массы тела показано только при наличии ≥ 2 сопутствующих заболеваний;

3. Для снижения массы тела и поддержания ее на сниженном уровне наиболее эффективно сочетание низкокалорийной диеты, повышения физической активности, изменения образа жизни;

4. Лекарственная терапия показана только при неэффективности сочетания диеты, повышения физической активности, изменения образа жизни (снижение массы тела на < 450 г/нед в течение 6 мес).

+ - Лечение проводят независимо от наличия сопутствующих заболеваний.

кг/м² (избыточная масса тела) и мышечная система развита хорошо, окружность талии < 100 см свидетельствует, что повышение ИМТ в данном случае не патологическое. Напротив, женщине с ИМТ 29 кг/м² (избыточная масса тела) и окружностью талии 97,5 см показано лечение, поскольку риск развития сопутствующих заболеваний высокий. При значениях ИМТ ≥ 35 прогностическая ценность оценки окружности талии резко снижается.

При сопутствующих заболеваниях ожирение нужно лечить более активно. Основное внимание необходимо уделять выявлению осложнений ожирения: сахарному диабету (СД), гиперлипидемии, артериальной гипертензии (АГ) и некоторым другим.

Оценка риска развития сопутствующих заболеваний (АГ, СД, ИБС, гиперлипидемии):

1. Выявление сопутствующих заболеваний, которые могли вызвать ожирение.

2. Возраст (риск развития заболеваний, связанных с ожирением, в течение ближайших 5 лет у здорового человека при ИМТ=30 в возрасте 25 лет ниже, чем в 40 лет).

3. Уровень физической активности.

Если при ожирении масса безжировых тканей повышена, таблицы идеальной массы тела окажутся неточными, и для вычисления оптимальной массы можно использовать анализ композиции тела. Для анализа композиции тела применяют различные методы.

Методы для анализа композиции тела:

1. антропометрический (измерение толщины кожной складки с помощью калипера)
2. коротковолновая инфракрасная фотометрия
3. гидростатический метод
4. метод вытеснения воздуха
5. рентгеновская абсорбциометрия
6. измерение биоэлектрического импеданса

Для врачей важно понимать

значение анализа композиции тела и важность индивидуального подбора диеты с учетом массы мышечной ткани пациента и его потребности в белке. Больные нередко необъективно оценивают возможности снижения массы тела, и анализ композиции тела может иметь большое значение для определения оптимальной массы тела.

Лечение

Ожирение можно лечить несколькими методами:

1. Диеты
2. Увеличение физической активности
3. Медикаментозное лечение
4. Хирургическое лечение

1. Изменение образа жизни

Основная задача врача – помочь больному изменить образ жизни: ограничить потребление пищи и увеличить физическую активность.

2. Диеты

Средняя калорийность диеты жителя США увеличилась с 1854

Часто встречающиеся варианты неправильного пищевого поведения и возможные пути их устранения

Типичные варианты неправильного пищевого поведения	Возможные пути их устранения
Прием пищи поздно вечером	Не пропускайте приемы пищи в течение дня.
Переедание	Не пропускайте приемы пищи в течение дня. Булимия – психическое заболевание, его нужно лечить отдельно
Употребление блюд, стимулирующих аппетит	
Слишком большие порции	
Прием пищи под воздействием эмоций и настроения (стресс, скука)	
Слишком многочисленные перекусы	«Перекусывайте» несколько раз в течение дня, используя низкокалорийный «перекус»
Пропуск приемов пищи	Важно строго установить распорядок дня. Пропуск очередного приема пищи способствует перееданию. Если поесть некогда, постарайтесь выпить немного жидкости
Прием избытка калорий с жидкой пищей	Старайтесь употреблять низкокалорийные напитки, не содержащие ни кофеин, ни поваренной соли
Отвлекающие занятия во время еды	Постарайтесь не есть, пока вы смотрите телевизор, читаете, ведете машину
Прием пищи вне дома	

ккал в 1978 г. до 2002 ккал в 1996 г. За последние 30 лет увеличилось, в частности потребление сыра, жиров (в виде заправки к салатам и масла для приготовления пищи), мучных изделий из очищенной муки (вермишели, чипсов, каш быстрого приготовления из злаков), сахара (примерно на 53 чайные ложки на 1 человека в год). Выросли затраты на питание в семьях: с 25% в 1970 г. до 40% в конце 1999 г.

Учитывая это, ряд ведущих медицинских организаций США разработали диетические рекомендации, названные «унифицированной диетой».

«Унифицированная диета»

Потребляемая пища должна содержать 55-60% углеводов, 15-20% белков, < 30% жиров (< 10% насыщенных, до 15% мононенасыщенных и до 10% полиненасыщенных).

Практические рекомендации для правильного, рационального питания

1. Помните: задача питания служит не только снижению массы тела, но общее поддержание здоровья!

1. Употребляйте фрукты и

овощи $\geq 5 - 7$ р/сут;

2. Принимайте пищевые волокна по 25-30 г/сут (во фруктах и овощах, хлебе из муки грубого помола, блюдах из злаков и бобовых, вермишели, крекерах);

3. Старайтесь есть сорта хлеба из муки грубого помола, а не рафинированные углеводы;

4. Выпивайте за день не менее 1800 мл воды;

5. Не реже 2 р/сут употребляйте обезжиренные молочные продукты;

6. Выбирайте белковую пищу с пониженным содержанием жира;

7. Ешьте рыбу не менее 2 р/нед;

8. Ограничьте потребление поваренной соли до 2,4 г/сут.

II. Уменьшение калорийности пищи.

Чтобы масса тела снижалась на 450-900 г/нед., калорийность пищи должна быть на 500-1000 ккал/сут ниже, чем энергозатраты организма.

Калорийность пищи можно уменьшить, изменив набор употребляемых продуктов или величину порций.

Некоторые популярные диеты:

1. Диета Эткинса

Концепция:

углеводы активизируют секрецию инсулина, и это стимули-

рует чувство аппетита. Полностью исключить углеводы, в результате добиться развития доброкачественного кетоза.

Суть диеты:

ограничение углеводов до 10 г/сут – 40 г/сут; других ограничений нет. Быстрое снижение массы тела обусловлено мобилизацией гликогена из депо и более быстрым развитием чувства насыщения.

2. Диета с высоким содержанием белка (Zone)

Концепция:

идеальное соотношение 30% белков, 30% жиров, 40% углеводов.

Суть диеты:

основное значение отводится потреблению белковой пищи с низким содержанием жиров.

3. Диета «Питайтесь в соответствии с вашей группой крови»

4. Диета с употреблением большого количества низкокалорийной пищи

5. Диета с использованием гликемического индекса

6. Диета Орниша.

Сравнительная характеристика препаратов, применяемых для лечения ожирения

Механизм действия	Генерическое название	Фирменное название	Механизм действия	Дозы	Класс по DEA
Адренергические средства центрального действия	Бензфетамин	Didrex	Стимулирует высвобождение норадреналина	25-50 мг 1-3 р/сут	III
	Фендиметразин	Prelu-2 Bontril Plegine	Стимулирует высвобождение норадреналина	Форма с замедленным выделением препарата (прием 105 мг 1р/сут)	III
	Диэтилпропион	Tenuate	Стимулирует высвобождение норадреналина	25 мг 3 р/сут или форма с замедленным выделением препарата (прием 75 мг 1р/сут)	IV
	Мазиндол	Mazoner Sanorex	Блокирует обратный захват норадреналина	1 мг 3 р/сут 1 мг 1 р/сут	IV
	Фентермин	Adipex-P Fastin Ionamin	Стимулирует высвобождение норадреналина	37,5 мг 1 р/сут 30 мг 1 р/сут 15 мг или 30 мг 1 р/сут	IV
	Фенилпропаноламин	Acutrim Dexatrim Prolamine	Агонист б1-рецепторов	Форма с замедленным выделением препарата (прием 75 мг 1р/сут; 25 мг 3 р/сут или 75 мг; 37,5 мг 1 р/сут)	Отпускается без рецепта
Серотонинергические средства центрального действия	Фенфлюрамин	Pondimin	Стимулирует высвобождение серотонина	20 мг 3 р/сут	Не применяется с 09.1997 г.
	Дексфенфлюрамин	Redux	Стимулирует высвобождение серотонина	15 мг 2 р /сут	Не применяется с 09.1997 г.
Адренергические и серотонинергические средства центрального действия	Сибутрамин	Meridia	Ингибирует обратный захват серотонина и норадреналина (СИОЗСН)	5, 10, 15 мг 1 р/сут	IV
Ингибитор липазы	Орлистат	Xenical	Ингибирует желудочную и панкреатическую липазу	120 мг 3 р/сут	Вне схемы

Суть диеты:
вегетарианская диета с крайне низким (10%) содержанием жира.

7. Диета «Сахар – под запрет!»

Концепция:

Простые сахара и рафинированные углеводы быстро всасываются и резко повышают уровень глюкозы и инсулина в крови, что приводит к накоплению жира в жировой ткани.

Суть диеты:

запрещается употреблять простые сахара и другие рафинированные углеводы

3. Лекарственная терапия

Прием любых лекарственных препаратов для коррекции избыточной массы тела нужно рассматривать лишь как дополнение, а не подмену изменений образа жизни больного. Для любых препаратов, предназначенных для борьбы с ожирением, фармакологическое действие нужно преобразовать в изменение образа жизни пациента. Например, применение анорексигенных препаратов подавляет чувство голода и/или усиливает чувство насыщения; это требуется для того, чтобы пациент уменьшил порции пищи, пере-

шел на более благоприятную диету, сократил количество приемов пищи. Если пациент не замечает или игнорирует достигнутое с помощью лекарств подавление чувства голода, достаточного снижения массы тела достичь не удастся. Аналогично, прием препарата, блокирующего всасывание жиров в кишечнике, без сокращения доли жира в пище до $\leq 30\%$ может привести только к отказу от терапии из-за непереносимых побочных эффектов. С другой стороны, если тот же пациент увеличит потребление белков, углеводов, алкоголя (но не жира), повысив калорийность пищи, побочные эффекты не разовьются, но

Лекарственные препараты, снижающие массу тела, для длительного применения

Препарат	Доза	Действие	Побочные эффекты
Сибутрамин (Meridia)	5, 10, 15 мг (сначала по 10 мг 1 р/сут; затем дозу можно увеличить до 15 мг или уменьшить до 5 мг 1 р/сут)	Ингибирует обратный захват серотонина, допамина, норадреналина	Повышает частоту сердечных сокращений и АД
Орлистат (Xenical)	360 мг (120 мг внутрь 3 р/сут до еды)	Ингибирует панкреатическую липазу, препятствует процессу перевариванию жиров)	Уменьшает всасывание жирорастворимых витаминов; послабляет стул, вызывает недержание кала

масса тела не уменьшится или даже возрастет, несмотря на правильный прием препарата. Более того, без увеличения физической активности в рамках программы изменения образа жизни первоначально достигнутое снижение массы тела будет потеряно. Следовательно, лекарственная терапия и изменения образа жизни взаимодействуют двунаправлено и взаимно положительно.

Все препараты, применяющиеся для лечения ожирения, по механизму их действия (табл. 5) делятся на две группы:

1. Подавление аппетита воздействием на моноамины-нейротрансмиттеры в ЦНС.

2. Ограничение всасывания основных питательных веществ (например, жиров) в ЖКТ.

Если рассматривать ожирение как хроническое заболевание, подобно СД или АГ, для стойкого снижения массы тела необходимо принимать лекарства длительно. Weintrub обосновал еще один принцип, используемый для лечения других заболеваний – комбинирование препаратов. Назначение двух лекарственных препаратов с различными механизмами действия, причем в меньших дозах. При таком назначении можно добиться равной или даже более высокой эффективности при меньшем количестве побочных эффектов [1].

Сибутрамин (Меридиа)

разрешен к применению в США с 1997 г. В отличие от ранее предложенных анорексигенных препаратов, сибутрамин не относится к производным амфетамина и действует как ингибитор об-

ратного захвата серотонина и норадреналина. Свойство препарата подавлять аппетит было выявлено случайно во время его клинического испытания в качестве антидепрессанта. Сибутрамин дозозависимо снижает массу тела при приеме по 5-30 мг/сут. В двойном слепом исследовании, проведенном Вгау и сотрудниками, участники получали сибутрамин по 10 и 15 мг/сут. или плацебо в течение 24 нед. Снижение массы тела составило в среднем 6,1 и 7,4%, соответственно, по сравнению с 1,2% в контрольной группе [2]. Наиболее длительно применении сибутрамина изучали в клиническом испытании STORM (Sybutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance) [3]. В этом исследовании всем участникам назначали в течение 6 мес. Сибутрамин по 10 мг/сут. на фоне диеты с контролируемой калорийностью и лечебной физкультуры. Участникам, у которых удалось достичь снижение массы тела на 5%, затем рандомизированно назначали сибутрамин или плацебо в течение 18 мес. После первого этапа клинических испытаний у 94% участников снижение массы тела составило $\geq 5\%$, и они были включены во второй этап исследования. Спустя 24 мес. Снижение массы тела составило в среднем 10,2 и 4,7 кг, соответственно в группе пациентов, получавших сибутрамин, и в группе, получавших плацебо. Кроме того выявлена благоприятная динамика окружности талии и бедер, концентрации липидов, мочевой кислоты, глюкозы в крови. Эффективность сибутрамина доказана также при поэтапном методе лечения ожирения [3].

Вначале назначали очень низкокалорийную диету (ОНКД) на 4 нед. Участникам, масса тела которых снизилась на > 6 кг, затем рандомизированно назначали сибутрамин по 10 мг/сут или плацебо в течение 12 мес. В период ОНКД снижение массы тела составило в среднем 7%, в течение последующего года прием сибутрамина сопровождался дополнительным снижением массы тела на 5,4%; в контрольной группе масса тела увеличилась на 0,5%. Таким образом, сочетая два метода – ОНКД и лекарственную терапию сибутрамином – удалось достичь более существенного снижения массы тела. Комбинированное лечение может быть особенно эффективным при умеренном или тяжелом ожирении, неконтролируемом сахарном диабете, задержке жидкости, высокой гипертриглицеридемии.

Из побочных эффектов чаще всего выявляли головные боли, сухость во рту, бессонницу, запоры. При применении препарата необходимо контролировать АД и ЧСС. Однако, исследования показали, что прием сибутрамина по 10-15 мг/сут вызывает увеличение ЧСС в среднем лишь на 3-7 ударов/мин и диастолического АД на < 4 мм рт.ст. Обычно лечение сибутрамином начинают с 10 мг/сут; контрольное обследование проводят через 1 мес., оценивают эффективность препарата и выбирают дальнейшую тактику: продолжить назначение в указанной дозировке; увеличить дозу до 15 мг/сут., если препарат хорошо переносится, но ожидаемого эффекта нет; снизить дозу до 5 мг/сут, или отменить препарат при развитии

побочных эффектов. Допустимо назначение сибутрамина на фоне АГ, если она контролируется. Фармацевтическая компания в настоящее время проводит исследование для оценки безопасности и эффективности приема сибутрамина по 20 мг, а также реакции организма на увеличение дозы.

Орлистат (Xenical)

— первый препарат для лечения ожирения, действующий не системно, а только в ЖКТ, в США он разрешен к применению с 1999 г. Он относится к сложным эфирам пантотеновой кислоты и образует ковалентные связи с активными участками сериновых остатков желудочной и панкреатической липаз, подавляет их активность и предотвращает всасывание примерно 30% жиров, поступающих с пищей. Снижение массы тела обусловлено двумя факторами: уменьшением поступления в организм жиров и развитием побочного эффекта (неприятных и дискомфортных проявлений со стороны ЖКТ), заставляющего ограничить прием жирной пищи. При диете калорийностью 2000 ккал, содержащей 30% жира, орлистат блокирует переваривание 22 г жира, т.е. поступление в организм 200 ккал/сут. При этом в течение месяца общая калорийность пищи уменьшается на 6000 ккал, что может снизить массу тела почти на 900 г. Вторым лечебным фактором играет далеко не последнюю роль, вырабатывая настоящую мотивацию к изменению диеты. При правильном использовании препарат помогает добиться снижения массы тела, даже если первоначальное изменение образа жизни оказалось неэффективным.

Эффективность орлистата при лечении ожирения доказана в ряде рандомизированных плацебо-контролируемых клинических испытаний продолжительностью 1-2 года.

Рекомендуется пациентам, принимающим орлистат, ежед-

невно дополнительно принимать жирорастворимые витамины (А, D, E, К), в-каротин за ≥ 2 ч до или после приема орлистата, т.к. препарат нарушает их всасывание. Заслуживает упоминание еще одного предостережения, касающегося орлистата. Калорийность пищи определяют четыре основных группы веществ: жиры, углеводы, белки, алкоголь. Орлистат частично препятствует всасыванию только одной из них. Если пациент увеличивает потребление других питательных веществ вместо жиров, суммарная калорийность диеты увеличится, и масса тела может даже возрасти. Таким образом, чтобы лечение орлистатом было действенным, необходимо одновременно снижать калорийность диеты. Орлистат назначают по 120 мг (1 капсула) 3 р/сут во время приема пищи, содержащей жиры. Допускается прием препарата во время или в течение 1 ч после еды [4].

Показания к лекарственной терапии

Медикаментозное лечение назначается для лечения ожирения, т.е. ИМТ ≥ 30 , либо ≥ 27 при наличии других факторов риска; в том числе и для поддержания достигнутого снижения массы тела, при соблюдении низкокалорийной диеты. Кроме общих показаний лечение этими препаратами может быть рекомендовано при наличии факторов риска; неэффективности попыток снижения массы тела только за счет изменения образа жизни; желании пациента. Показания к применению этих препаратов сохраняются пожизненно. Иногда пациенты принимают препараты только в периоды, когда им затруднительно соблюдать режим питания и физической активности (например, во время праздников, в зимний период, при стрессе); эффективность этого подхода не изучена.

Соотношение риска и пользы

Прежде чем назначать ано-

рексигенные препараты, следует ответить на следующие вопросы:

1. Насколько данный препарат может снизить массу тела?

2. Насколько эффективно у данного больного такое снижение?

3. Насколько опасно у данного больного применение этого препарата?

Решая вопрос о назначении анорексигенных препаратов, врач должен принять во внимание несколько факторов. Во-первых, опасность ожирения увеличивается по мере возрастания ИМТ. Во-вторых, опасность ожирения увеличивается с возрастом. В-третьих, анорексигенные препараты эффективны только при длительном приеме. Эти факторы дают основания полагать, что показатель риск/польза при назначении анорексигенных препаратов ниже у пациентов моложе 30 лет с ИМТ менее 30. При старении, увеличении ИМТ и развитии (или наличии в семейном анамнезе) осложнений ожирения, соотношение риска и пользы лекарственной терапии ожирения становится более благоприятным. Перед назначением анорексигенных препаратов врач и больной совместно оценивают соотношение риска и пользы, и совместно несут ответственность за принятое решение.

Хирургическое лечение ожирения

Хирургическое лечение показано при тяжелом ожирении (ИМТ > 40) и при умеренном ожирении (ИМТ > 35), сопровождающемся тяжелыми осложнениями. В 1991 г. согласительная комиссия Национального института здоровья США одобрила два способа хирургического лечения ожирения: вертикальную гастропластику с наложением кольца и формированием желудка по типу «песочных часов»; наложение обходного гастроюноанастомоза по Ру. Оба эти метода уменьшают емкость желудка до 30-50 см³ и сужают желудочно-пищеводное от-

верстие до 10 мм, что резко ограничивает объем и частоту приемов пищи. Потребление калорий в большей степени ограничивается при наложении гастроэзоноанастомоза по Ру, поскольку после каждого приема углеводов развивается демпинг-синдром. В среднем после этих операций избыток массы тела уменьшается на 50%; в 60% случаев сниженную массу тела удается поддерживать в течение 5 лет.

Таким образом, успешное

снижение и длительное поддержание сниженной массы тела возможны. Однако, поддержание сниженной массы тела — трудная задача, требующая пожизненных усилий.

Литература

1. Бессесен Д.Г., Кушнир Р. Избыточный вес и ожирение. Под общей редакцией академика РАМН Н.А.Мульчина. -Бином. -М. -2004. -239 с.
2. Bray G.A., Blackburn G.I.,

Ferguson J.M., Greenway F.L., et al: *Sibutramine produces dose-related weight loss. Obesity Res. 1999, 7: 189-198.*

3. James W.P.T., Finer N., Hilsted J., Kopelman P., et al: *Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: A randomized trial. Lancet 2000, 356:2119-2125.*

4. Davidson M.H., Hauptman J., DiGirolamo M., Foreyt J.P., et al. *Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat. A randomized controlled trial. Jama. 1999, 281:235-242.*

Надмірна вага та ожиріння. Профілактика, діагностика, лікування

І.Л. Кляритьська

У статті розглядаються питання надмірної ваги та ожиріння, фактори, які впливають на ці стани, а також стратегії корекції та лікування ожиріння та надмірної ваги

Ключові слова: ожиріння, лікування, сібутрамін, орлістат

Excess weight and obesity. Prophylaxis, diagnosis and treatment

I.L. Klyarytskaya

The article regards the question of excess weight and obesity, factors influencing on its and management strategies of excess weight and obesity

Key words: obesity, treatment, sibutramine, orlistat