

УДК 616-056.52-084

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ

Проф. А. Н. КОРЖ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Описаны основные методы оценки ожирения, способы первичной и вторичной профилактики данного заболевания. Показаны преимущества использования медикаментозной терапии и хирургического вмешательства при лечении ожирения.**

*Ключевые слова: ожирение, индекс массы тела, профилактика.*

Ожирение, представляющее патологическое увеличение массы тела за счет избыточного накопления жировой ткани, является самостоятельным хроническим заболеванием и вместе с тем — важнейшим фактором риска инсулинонезависимого сахарного диабета, артериальной гипертензии, атеросклероза, желчно-каменной болезни и некоторых злокачественных новообразований. Доказательства причинно-следственной связи ожирения с серьезными метаболическими нарушениями и сердечно-сосудистыми заболеваниями определяют важность этой проблемы для современного здравоохранения и позволяют говорить об ожирении как серьезной угрозе общественному здоровью [1–3].

Во всем мире отмечается неуклонный рост распространенности ожирения. При этом показано, что основную роль в этом играют факторы внешней среды, такие как избыточное потребление калорийной пищи, богатой жирами и легкоусвояемыми углеводами, хаотичный режим питания с преобладанием обильного питания в вечернее и ночное время, низкая физическая активность [4, 5]. Люди склонны к перееданию жирной высококалорийной пищи, поскольку такая пища вкуснее за счет повышенного содержания жирорастворимых ароматических молекул и не требует тщательно пережевывания. Немаловажную роль играет

и активное продвижение на рынке высококалорийных продуктов.

Существует большое количество инструментальных методов, позволяющих определять содержание жировой ткани (биоэлектрический импеданс, двухэнергетическая рентгенологическая абсорбциометрия, определение общего содержания воды в организме), но их использование в широкой клинической практике себя не оправдывает. Более практичным и простым методом скрининга на ожирение является расчет индекса массы тела (ИМТ), отражающий соотношение между весом и ростом (вес в килограммах делят на квадрат роста в метрах):

- менее 18,5 — дефицит массы тела;
- 18,5–24,9 — нормальная масса тела;
- 25–29,9 — избыточная масса тела;
- 30–34,9 — ожирение I степени;
- 35,0–39,9 — ожирение II степени;
- ≥ 40 — ожирение III степени.

Доказано, что даже умеренно повышенный ИМТ приводит к развитию гипергликемии, артериальной гипертензии и опасных осложнений. В то же время определение ИМТ представляет собой довольно простую манипуляцию, которая обеспечивает своевременность профилактики этих состояний. В общей врачебной практике рекомен-

довано определять ИМТ у всех пациентов с последующим проведением мероприятий по снижению или поддержанию его нормального уровня [6, 7].

Окружность талии (ОТ) также важна в оценке абдоминального ожирения. Многие исследователи считают, что этот показатель играет даже большую роль в прогнозе сердечно-сосудистых осложнений и особенно сахарного диабета. Для абдоминального ожирения характерно особое отложение жировой ткани в верхней части туловища в области живота.

Абдоминальное ожирение отмечают при ОТ > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин (согласно более жестким критериям – > 94 см для мужчин и > 80 см для женщин).

Предупреждение ожирения относят к мероприятиям первичной профилактики, которые проводят среди здоровых людей. Эти мероприятия наиболее эффективны, когда направлены на все население в целом. Основу их составляют принципы здорового питания [8, 9]. Медицинским работникам в этих мероприятиях принадлежит лидирующая и координирующая роль.

*Первичную профилактику ожирения* необходимо проводить при генетической и семейной предрасположенности, при предрасположенности к развитию заболеваний, сопутствующих ожирению (сахарного диабета 2-го типа, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца), при наличии факторов риска метаболического синдрома, при ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>, особенно у женщин.

*Вторичная профилактика* также требует активного участия семейных врачей. Привлечение ими диетологов, нутрициологов, эндокринологов должно способствовать раннему выявлению ожирения и предупреждению его последствий и осложнений.

При снижении массы тела у лиц с избыточной массой и ожирением уменьшается одышка при физической нагрузке, повышается физическая работоспособность, наблюдается гипотензивный эффект, улучшается настроение, трудоспособность, сон, что в целом повышает качество жизни больных. Одновременно уменьшается выраженность дислипидемии, а при наличии сахарного диабета снижается уровень сахара в крови. Таким образом, в результате снижения массы тела происходит улучшение прогноза жизни и снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [10, 11].

Основой метода снижения избыточной массы тела является сбалансированный по калорийности рацион питания. Необходимо объяснить пациенту правила сбалансированного питания как по калорийности, так и по составу. В зависимости от выраженности ожирения и с учетом состояния пациента и его профессиональной деятельности назначается гипокалорийная диета на 15–30% ниже физиологической потребности.

Пациентов надо научить различать низко-, умеренно- и высококалорийные продукты. Продукты, рекомендуемые к потреблению без ограничения, должны обеспечить чувство насыщения (нежир-

ные сорта мяса, рыбы), удовлетворить потребности в сладком (ягоды, чай с сахарозаменителем), создать ощущение наполнения желудка (овощи). Рацион питания следует обогащать продуктами с липолитическими свойствами (огурец, ананасы, лимон) и увеличивающими термогенез (зеленый чай, негазированная минеральная вода, морепродукты).

В программы по снижению массы тела необходимо включать не только диетическую коррекцию, но и обязательные аэробные физические тренировки, что позволит повысить или сохранить качество жизни пациентов. Наиболее эффективные вмешательства, направленные на коррекцию ожирения, включают сочетание активных консультаций по коррекции питания, диете и упражнениям с поведенческими стратегиями, направленными на то, чтобы помочь пациенту приобрести соответствующие навыки [12].

Длительность и интенсивность упражнений зависит от состояния сердечно-сосудистой системы. Обязательно обследование пациента, определение толерантности к физическим нагрузкам. Наиболее доступным и простым методом физической активности является дозированная ходьба или дозированный бег в умеренном темпе. При этом особо важна регулярность занятий, что требует волевых усилий и психологического настроя.

Показано, что физическая активность приводит к умеренному повышению энергозатрат и способствует изменению энергетического баланса. Но иногда физические нагрузки при несомненной пользе не дают значительного снижения массы тела, что объясняется перераспределением содержания жировой массы (она уменьшается) в сторону возрастания мышечной массы. Однако, несмотря на небольшое общее снижение массы тела при повышенной физической активности, уменьшается количество висцерального жира, что чрезвычайно важно для снижения риска развития сопутствующей патологии и улучшения прогноза жизни тучных больных.

В качестве первичной цели предлагается снижение массы тела на 10% в течение 6 мес, что приводит к уменьшению общей смертности на 10%. Практически в 95% случаев не удается на длительное время снизить массу тела, поскольку ожирение воспринимается многими пациентами и, к сожалению, врачами, по-прежнему, как косметическая, а не медицинская проблема. Вот почему большинство тучных пациентов проводят самолечение. По данным Международной группы по борьбе с ожирением (IOTF), каждый третий пациент, страдающий ожирением, пытается самостоятельно снизить массу тела, но без существенного эффекта [13].

И система питания, и физические нагрузки нуждаются в тщательном, хорошо продуманном и строго индивидуальном дозировании. Но часто, когда врач высказывает пожелание похудеть, он не вносит конкретных рекомендаций, оставляя пожелание похудеть не более чем пожеланием. Не до

конца осознается и то, что лечение ожирения, как, кстати, и лечение любого другого хронического заболевания, должно носить непрерывный характер. То есть комплекс мер, направленных на активное уменьшение избыточной массы тела, ни в коем случае не должен заканчиваться возвращением пациента к обычному для него и его семьи питанию и образу жизни. Он должен плавно переходить в комплекс мер, направленных на поддержание достигнутого результата [14].

#### ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ

1. Регулярная оценка массы тела всех пациентов, определение объема талии. Если эти показатели в пределах нормы или снижаются, следует проинформировать пациента и одобрить его поведение.

2. Оценка характера питания и пищевых привычек, прогностически значимых для развития ожирения, которую желательно проводить всем пациентам независимо от величины ИМТ.

3. Информирование пациентов о вреде избыточной массы тела, особенно о риске развития сердечно-сосудистых заболеваний.

4. Пациентам с ИМТ выше 30 необходимо рекомендовать снижение массы тела до 27 и ниже как долгосрочную цель. При этом снижение массы тела должно составлять не более 0,5–1 кг в неделю. Если изменения питания недостаточно эффективны, рекомендуется введение низкокалорийной диеты.

5. Постоянное наблюдение и поддержка пациента во время лечения ожирения. Желательно еженедельно или хотя бы раз в две недели повторно измерять ИМТ, проверять дневник питания, высказывать пациенту одобрение и поощрение, наблюдать за увеличением двигательной активности и физических нагрузок.

#### ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ В ЦЕЛЯХ УСПЕШНОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Ведение пищевого дневника.
2. Снижение массы тела — изменение стиля жизни на долгий срок.
3. Изменение пищевых привычек.
4. Роль физической активности в лечении ожирения и способы ее повышения.
5. Анализ ситуаций, провоцирующих переедание, и поиск путей их устранения.
6. Почему так важно планировать меню на день.
7. Как правильно читать этикетки на продуктах.
8. Влияние стресса и негативных эмоций на аппетит.
9. Еда как способ борьбы с негативными эмоциями, поиск альтернативных путей для борьбы с ними.
10. Умение владеть чувствами и эмоциями.

Для вторичной профилактики и лечения ожирения перспективна медикаментозная терапия. Лечение ожирения представляет собой не менее сложную задачу, чем лечение любого другого хронического заболевания. Успех при этом во многом определяется упорством в достижении цели не только самого больного, но и врача. Основная задача — это постепенное изменение неправильного образа жизни пациента, исправление нарушенного пищевого стереотипа, снижение доминирующей роли пищевой мотивации, ликвидация неправильных связей между эмоциональным дискомфортом и приемом пищи.

*Медикаментозные средства.* Медикаментозная терапия показана при ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>, если эффективность изменения образа жизни на протяжении 3 мес недостаточная, а также при ИМТ > 27 кг/м<sup>2</sup> в сочетании с факторами риска (сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия), если в течение 3 мес отсутствует положительное влияние изменения стиля жизни на массу тела пациентов. Фармакотерапия позволяет повысить приверженность к немедикаментозному лечению, достигая более эффективного снижения массы тела и удерживать сниженную массу тела в течение длительного периода. Похудение решает целый ряд проблем, имеющихся у тучного больного, в том числе уменьшает потребность в применении лекарственных средств, антигипертензивных, гиполипидемических и противодиабетических.

Основные требования к лекарственным препаратам, используемым для лечения ожирения следующие: препарат должен быть ранее изучен в эксперименте, иметь известный состав и механизм действия, быть эффективным при пероральном приеме и безопасным при длительном применении без эффекта привыкания. Необходимо знать как позитивные, так и негативные свойства препаратов, назначаемых для снижения массы тела, и источником такой информации должны быть не рекламные проспекты, а многоцентровые рандомизированные исследования.

Для снижения массы тела используют лекарственные препараты, влияющие на всасывание в кишечнике жиров (орлистат) и действующие через ЦНС. Однако после окончания приема этих препаратов масса тела возвращается к исходной, если не соблюдать низкокалорийную диету.

Орлистат может привести к умеренному снижению веса, которое может сохраняться в течение по меньшей мере 2 лет при продолжении приема препарата. Однако данные по эффективности и безопасности продолжительного (более 2 лет) применения препаратов отсутствуют, в связи с чем рекомендуется использовать фармакологическое лечение ожирения только как часть программы, включающей действия, направленные на изменение образа жизни.

*Хирургические вмешательства.* Доказана эффективность хирургических вмешательств, таких

как вертикальная гастропластика лентой, регулируемая пластика желудка лентой, что позволяет добиться значительного снижения веса (от 28 кг до 40 кг) у пациентов с ожирением III степени. Подобные вмешательства следует использовать только у пациентов с ожирением III степени, а также при ожирении II степени при наличии по меньшей мере одного заболевания, связанного с ожирением.

Трудности состоят не столько в снижении массы тела, сколько в поддержании достигнутого результата в течение длительного времени. Нередко, добившись успеха в снижении массы тела, через некоторое время пациенты вновь набирают вес, причем иногда это повторяется неоднократно.

Рекомендации ВОЗ по профилактике ожирения включают ведение дневника здорового образа жизни для людей с факторами риска. В дневнике рекомендуется фиксировать динамику изменения основных показателей (АД, ИМТ, ОТ, уровень глюкозы и холестерина крови), повседневную физическую активность, характер питания. Ведение дневника дисциплинирует и способствует модификации образа жизни с целью предупреждения ожирения.

Многие врачи судят об эффективности того или иного метода лечения только лишь по количеству сброшенных килограммов за некий отрезок времени и считают метод тем более эффективным, чем больше килограммов за неделю (две недели, месяц, три месяца и т. д.) он позволяет сбросить.

Однако об эффективности того или иного метода лечения ожирения имеет смысл говорить только в том случае, если он максимально сохраняет качество жизни и переносится большинством пациентов, если даже длительное его применение не сопровождается ухудшением здоровья, а его повседневное воспроизведение не вызывает больших неудобств и трудностей.

Осознание того, что ожирение, пожалуй, как никакое другое заболевание, носит отчетливо выраженный семейный характер, открывает перед

медициной новые возможности по его профилактике и лечению, а также по профилактике и лечению заболеваний, причинно связанных с ожирением. Действительно, меры, направленные на лечение ожирения у одних членов семьи, одновременно будут являться мерами профилактики нарастания избыточной массы тела у других членов семьи. Обусловлено это тем, что методы лечения ожирения базируются на тех же принципах, что и меры его профилактики. В этой связи медицинскому персоналу в работе с больными ожирением и с членами их семей необходимо учитывать следующие моменты:

наличие ожирения у одних членов семьи значительно повышает вероятность его развития у других членов семьи;

лечение ожирения является необходимым компонентом лечения заболеваний, причинно с ним связанных (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет);

как для лечения ожирения, так и для его профилактики необходимо, чтобы питание было рациональным, а образ жизни посылно более активным;

мероприятия, направленные как на лечение ожирения, так и на его профилактику, в том или ином виде должны касаться всех членов семьи и носить непрерывный характер.

Ожирение нельзя вылечить без участия, активного сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом, поэтому для достижения хорошего эффекта просто необходимо, чтобы пациенты правильно понимали врача, логику и обоснованность тех или иных рекомендаций.

Таким образом, сегодня очевидно, что только умеренное и поэтапное снижение массы тела, устранение факторов риска и/или компенсация сопряженных с ожирением заболеваний, индивидуализация профилактики и терапии на фоне комплексного подхода, включающего нефармакологические и фармакологические методы, позволят добиться долговременных результатов и предотвратить рецидивы.

#### Литература

1. Cardiovascular risk profile and blood pressure control in Italian hypertensive patients under specialist care / G. Mancia, R. Volpe, S. Boros et al. // *J. Hypertens.*— 2004.— Vol. 22.— P. 51–57.
2. *Hobbs F. D. R., Erhardt L.* Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the reassessing European attitudes about cardiovascular treatment (REACT) survey // *Fam. Pract.*— 2002.— Vol. 19.— P. 596–604.
3. Cardiovascular risk profile and risk stratification of the hypertensive population attended by general practitioners and specialists in Spain. The CONROLRISK Study / V. Barrios, C. Escobar, A. Calderon et al. // *J. Hum. Hypertens.*— 2007.— Vol. 21.— P. 479–485.
4. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review / P. Brindle, A. Beswick, T. Fahey, S. Ebrahim // *Heart.*— 2006.— Vol. 92.— P. 752–759.
5. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk of vascular events / S. Yusuf, K. K. Teo, J. Pogue et al. // *N. Engl. J. Med.*— 2008.— Vol. 358.— P. 1547–1559.
6. *Erhardt L.* Managing cardiovascular risk: reality vs. perception // *Eur. Heart J.*— 2005.— Vol. 7 (suppl. L).— P. L11–L15.
7. Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type 2 diabetes / M. Tanasescu, M. F. Leitzmann, E. B. Rimm, F. B. Hu // *Circulation.*— 2003.— Vol. 107.— P. 2435–2439.

8. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) and of the European society of cardiology (ESC) / G. Mancia, G. De Backer, A. Dominiczak et al. // J. Hypertens.— 2007.— Vol. 25.— P. 1105–1187.
9. Lipid control in the management of type 2 diabetes mellitus / V. Snow, M. D. Aronson, E. R. Hornbake et al. // Ann. Intern. Med.— 2004.— Vol. 140.— P. 644–649.
10. Harmon G., Lefante J., Krousel-Wood M. Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications // Curr. Opin. Cardiol.— 2006.— Vol. 21.— P. 310–315.
11. Effect of torcetrapib on the progression of coronary atherosclerosis / S. E. Nissen, J. C. Tardif, S. J. Nicholls et al. // N. Engl. J. Med.— 2007.— Vol. 356.— P. 1304–1316.
12. Backlund L., Bring J., Strender L.-E. How accurately do general practitioners and students estimate coronary risk in hypercholesterolaemic patients? // Prim. Health Care Res. Dev.— 2004.— Vol. 5.— P. 145–152.
13. Tabor P. A., Lopez D. A. Comply with us: improving medication adherence // J. Pharm. Pract.— 2004.— Vol. 17.— P. 167–181.
14. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // N. Engl. J. Med.— 2005.— Vol. 353.— P. 487–497.

### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ОЖИРІННЯ

О. М. КОРЖ

**Описано основні методи оцінки ожиріння, способи первинної та вторинної профілактики цього захворювання. Показано переваги використання медикаментозної терапії і хірургічного втручання у лікуванні ожиріння.**

*Ключові слова: ожиріння, індекс маси тіла, профілактика.*

### CONTEMPORARY APPROACHES TO OBESITY PREVENTION

A. N. KORZH

**Main methods of obesity assessment, methods of primary and secondary prevention of this disease are featured. The advantages of drug therapy and surgery at obesity treatment are shown.**

*Key words: obesity, body mass index, prevention.*

Поступила 25.07.2012