

АНТИВОЗРАСТНОЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ

12 сентября 2008 г. в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии в рамках конгресса «От проблем гинекологической эндокринологии к гендерным различиям старения» состоялся научный симпозиум «Антивозрастной подход к проблеме избыточного веса и ожирения», организованный компанией «Эбботт Лэбораториз». В работе симпозиума приняли участие ведущие ученые России и более 400 врачей из многих регионов России.



ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ ИЗБЫТОЧНОГО

Обменные изменения, которые происходят при избыточном весе, очень напоминают те, что происходят в пожилом возрасте. Решение проблемы избыточного веса – это в определенной степени и профилактика возрастных изменений.

Для характеристики массы тела наибольшее распространение в настоящее время получил индекс массы тела (ИМТ) – отношение массы тела в кг к квадрату роста, выраженного в метрах. Различают избыточное отложение жира в области бедер и ягодиц, или гиноидное, характерное для женщин, а также избыточное накопление жира в области туловища и особенно живота – висцеральное (абдоминальное) ожирение. По результатам эпидемиологического исследования, проведенного Эндокринологическим научным центром, ожирение в Московском регионе достигает 23,3%, избыточная масса тела –

41,6%. Абдоминальное ожирение у мужчин выявлено в 55%, у женщины – у 76%. Еще в студенческие годы нам давали такую классификацию ожирения: I степень ожирения – когда завидуют, II – когда смеются, III – когда жалеют.

Ожирение оказывает влияние на здоровье женщин зрелого и пожилого возраста. С увеличением возраста повышается риск заболеваний, связанных с ожирением. К таким заболеваниям можно отнести: сахарный диабет типа 2, гипертонии, сердечно-сосудистые заболевания. Повышается риск развития практически всех типов рака, особенно матки, почек, молочных желез. Кроме того, необходимо отметить риск развития когнитивной дисфункции. Безусловно негативное влияние ожирения на ожидаемую продолжительность жизни. Полагают, что ожирение сокращает продолжительность жизни от 3-5

до 15 лет. Я помню, в 70-е годы, когда мне пришлось работать в США, то при страховании пациента обязательно учитывалась масса тела. И если масса тела была избыточной, то считалось, что в среднем продолжительность жизни сокращается на 7 лет, значит, взнос при страховании был значительно выше, чем у людей с нормальной массой тела. Успешная терапия ожирения может увеличить продолжительность жизни на 4 года. А снижение массы тела на 10% уменьшает риск общей смертности на 20-25%.

Немаловажную роль играют фенотипы распределения жира у женщин в зависимости от его локализации. Так же как и плотность костей, процент локализации жира можно определить с помощью денситометрии.

Так вот, у худых женщин процент центрального жира составляет 11%, а периферического – более

ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ

17%. Нужно отметить, что периферическое ожирение в плане сердечно-сосудистых заболеваний не опасно в отличие от центрального ожирения. При периферическом ожирении центральный жир – 11%, а периферический – 27%. При центральном ожирении процент центрального жира составляет около 22%, а периферический – 18%. При общем ожирении наблюдается высокий процент как центрального, так и периферического ожирения (22 и 28% соответственно).

Центральное ожирение наблюдается практически у каждой второй пациентки с синдромом поликистозных яичников. Поэтому есть еще такая фраза, что синдром поликистозных яичников – это вечный метаболический синдром.

Как потеря массы тела, так и значительная ее прибавка в равной степени могут вести к нарушению функции репродуктивной системы женщины. Клинически это может проявляться нарушением менстру-

нов из андрогенов. Следовательно, уровень половых гормонов в крови определяет характер распределения жировой ткани, поскольку и в ней происходит накопление, интенсивная ароматизация половых гормонов и их секреция.

Ароматаза – ключевой фермент, участвующий в гонадном и экстрагонадном синтезе эстрогенов и катализирует ароматизацию андрогенов в эстрогены. Это цитохром P450 – продукт экспрессии CYP19. Ген P450-аро находится на хромосоме 15q21.

Установлено, что в жировой ткани экспрессируются эстрогеновые β -рецепторы. Один из основных механизмов влияния половых гормонов на жировую ткань – прямая регуляция активности липопротеинлипазы – главного фермента регуляции накопления триглицеридов в адипоцитах. У женщин репродуктивного возраста она стимулируется эстрогенами в жировой ткани бедер и ягодиц, где актив-



В.П. Сметник,
д.м.н., профессор, научный руководитель отделения
эндокринологии НЦАГиП РАМН

ВЕСА В АНТИВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

ального цикла от редких менструаций до аменореи. При избыточной массе тела могут также наблюдаться ациклические маточные кровотечения, ановуляция и бесплодие. При ожирении и беременности могут наблюдаться невынашивание беременности, гестационный диабет, преэклампсия, родовые травмы, тромбофилии.

В репродуктивном возрасте локализация жира у женщины предпочтительно в бедренно-ягодичной области. Этот жир не опасен, он несет колоссальную стратегическую ценность для репродуктивной функции. Если в силу каких-то обстоятельств женщина потеряла в весе из-за беременности и лактации, то это жир обеспечивает и питание плода, и лактацию женщины. Установлено, что наряду с синтезом гормонов в яичниках жировая ткань является местом экстрагонадного синтеза половых гормо-

нов указанного фермента выше, чем в подкожном жире абдоминальной области. В результате идет накопление липидов для обеспечения адекватных запасов энергии в период беременности и лактации. После менопаузы активность липопротеинлипазы снижается, и адипоциты бедренно-ягодичной области уменьшаются в размерах, то есть происходит относительное перераспределение жира.

Прогестерон также участвует в регуляции жировой ткани. Он конкурирует с глюкокортикоидами за их рецепторы в адипоцитах, предотвращая, таким образом, воздействие глюкокортикоидов на жировую ткань в поздней лютеиновой фазе цикла. Установлено, что нейропептид Y может изменять секрецию ГнРГ, благодаря чему возможна взаимосвязь между аппетитом и репродуктивной функцией женщины. Дефицит прогестерона в пери-

постменопаузе отчасти объясняет замедление метаболизма после менопаузы. В постменопаузе снижаются уровни глобулина, связывающего половые гормоны (ГСФС), что приводит к росту концентрации свободного тестостерона, относительной гиперандрогении и вносит определенный вклад в формирование абдоминального ожирения. Зафиксирована связь уровней ИПФР-I, массы тела и соотношения количества различных тканей у женщин после менопаузы. Секреция гормона роста с возрастом снижается, чем, в частности, объясняют увеличение общей массы тела и жировой ткани у женщин в постменопаузе.

После менопаузы уровни β -эндорфина снижаются, а заместительная терапия эстрогенами повышает их. Предполагают, что в постменопаузе также происходит усиление глюкокортикоидной стимуляции,



что ведет к увеличению размеров адипоцитов и формированию абдоминального ожирения. Уровни норадреналина в крови в постменопаузе повышены, и более выражено стрессиндуцированное увеличение его концентраций по сравнению с показателями у пациенток репродуктивного возраста. После шестинедельного лечения эстрадиолом эти эффекты значительно ослабляются.

Существуют два основных вида терапии ожирения: немедикаментозный и медикаментозный.

Для эффективного лечения метаболического синдрома и ожирения необходимо:

- формирование и поддержание внутренней мотивации пациентки к снижению массы тела;
- постоянный контакт с пациенткой с постановкой и согласованием промежуточных целей лечения и контролем за их достижением. Пациентка должна усвоить следующее:
- избыточная масса тела и ожирение требуют пожизненного и многопланового внимания;
- масса тела регулируется сложными биологическими механизмами и влияниями внешней среды. Ее избыток не является следствием отсутствия воли;
- даже умеренное снижение массы тела приводит к улучшению общего состояния;

– ненаучный подход мешает лечебному процессу;

– важно постепенное и стойкое снижение массы тела (около 8-10% в год) и формирование условий, способствующих поддержанию достигнутого результата.

Существует также оперативное лечение.

При метаболическом синдроме эффективным средством является назначение препарата Меридиа®. Механизм действия этого препарата заключается в избирательном ингибировании обратного захвата нейромедиаторов серотонина и норадреналина в синапсах нейронов центральной нервной системы, результатом чего являются более быстрое возникновение и пролонгирование чувства насыщения и, как следствие, уменьшение объема потребляемой пищи. Помимо усиления чувства насыщения Меридиа® повышает расход энергии, стимулируя термогенез. Этот эффект обусловлен стимуляцией β_3 -адренорецепторов жировой ткани, ответственных за липолиз. Таким образом, Меридиа® способствует восстановлению баланса энергии, уменьшая потребление пищи и увеличивая расход энергии.

В ранних исследованиях препарата Меридиа®, обнаружили, что у пациентов, которые в меньшей степени ограничивали прием пищи и обладали более депрессивными и тре-

вожными типами личности, в большей степени снижался вес. Если у пациентов не наблюдалось склонности к депрессивным нарушениям, то вес снижался хуже. Связано это с тем, что Меридиа® создавался как антидепрессант, а уже потом увидели его свойство снижать вес. Потенциальное влияние на настроение через центральную нервную систему может помочь противостоять повышению аппетита, связанного с депрессивным состоянием.

Когда начали широко внедрять препарат Меридиа®, то было много страхов в отношении повышения артериального давления. Сегодня я расскажу об исследовании SCOUT, в которое включили пациентов с избыточной массой тела, с диабетом и с гипертензией. Было рандомизировано более 9000 пациентов. Участвовали 300 центров из 16 стран мира.

Критерии включения:

- сахарный диабет типа 2 с факторами сердечно-сосудистого риска;
- сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе;
- сахарный диабет типа 2 в сочетании с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе.


То есть были взяты те пациенты, которым мы боялись назначать этот препарат.

Шестинедельная терапия препаратом Меридиа® и мероприятия по снижению веса привели к клинически значимому уменьшению массы тела и уменьшению объема талии. Несмотря на исходно меньшую массу тела, женщины уменьшили ее на столько же, на сколько и мужчины.

В группе высочайшего риска (ССЗ + СД) у женщин и мужчин отмечено:

- небольшое снижение медиан САД и ДАД;
- небольшое уменьшение медианы пульса.

Общий профиль нежелательных эффектов препарата Меридиа® у этой пожилой популяции пациентов «с риском» был аналогичен профилю у молодых пациентов.

Итак, успешное лечение ожирения – это пожизненный марафон, это не короткая дистанция. Это состояние хроническое, и надо иметь терпение и пациенту, и доктору. 









Когда
стройность
означает
здоровье!

Меридиа 

Клинически доказано:

-  Эффективное снижение и длительное удержание веса¹
-  Нормализация липидного обмена и повышение чувствительности к инсулину²
-  Улучшение репродуктивного здоровья³
-  Безопасность применения, подтвержденная в более чем 100 исследованиях

10 лет клинической практики
19 миллионов пациентов
80 стран мира

Есть средство
есть меньше!

МЕРИДИА® Сибутрамин. Регистрационный номер: П № 012145/01 от 26.02.2006.

Каждая капсула содержит сибутрамина гидрохлорида моногидрата 10 или 15 мг. Фармакотерапевтическая группа: средство для лечения ожирения. Сибутрамин проявляет свое действие in vivo за счет своих метаболитов, являющихся вторичными и первичными аминами. Ингибирует обратный захват моноаминов (прежде всего серотонина и норадреналина) и снижает потребность в пище (увеличивает чувство насыщения) за счет изменения (увеличения синергических взаимодействий) центральных норадренергических и 5-HT функций и увеличивает термогенез, опосредованно активируя бета-3-адренорецепторы, также воздействует на бурую жировую ткань. **Показания к применению:** алиментарное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) 30 кг/м² и более; алиментарное ожирение с ИМТ 27 кг/м² и более в сочетании с сахарным диабетом типа 2 или дислипидотемией. **Способ применения и дозы:** в качестве начальной дозы ежедневно следует принимать 1 капсулу Меридиа 10 мг. При снижении веса тела менее чем на 2 кг за 4 недели, суточная доза может быть увеличена до 15 мг. Капсулы следует принимать утром, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости (стакан воды). Препарат можно принимать как натощак, так и сочетать с приемом пищи. Длительность лечения Меридиа не должна превышать 2 года, поскольку в отношении более продолжительного периода приема препарата данные об эффективности и безопасности отсутствуют. **Противопоказания:** установленная повышенная чувствительность к сибутрамину или к другим компонентам препарата; наличие органических причин ожирения; нервная анорексия или нервная булимия; психические заболевания; синдром Жиль де ля Туретта; одновременный прием или период менее чем через 2 недели после отмены приема ингибиторов МАО, а также при применении других препаратов, действующих на центральную нервную систему; при психических расстройствах (например, антидепрессанты, нейролептики), при нарушениях сна (триптофан), при применении других препаратов для снижения массы тела; установленные ишемическая болезнь сердца, декомпенсированная сердечная недостаточность, врожденные пороки сердца, окклюзивные заболевания периферических артерий, тахикардия, аритмия, цереброваскулярные заболевания (инсульт, транзиторные нарушения мозгового кровообращения), наличие inadequately контролируемой артериальной гипертензии (АД-145/90 мм.рт.ст.), тиреотоксикоз; тяжелые нарушения функции печени или почек; доброкачественная гиперплазия простаты, фибромиома матки; глаукома; установленная фармакологическая, наркотическая и алкогольная зависимость; беременность и период кормления грудью. Не следует применять данный препарат пациентам в возрасте до 18 лет и старше 65 лет в связи с отсутствием достаточного клинического опыта. С осторожностью следует назначать препарат при следующих состояниях: джития в анамнезе, хроническая недостаточность кровообращения, заболевания коронарных артерий (в т.ч. в анамнезе), холелитиаз, артериальная гипертензия (контролируемая и в анамнезе), неврологические нарушения, включая задержку умственного развития и судороги (в т.ч. в анамнезе), нарушение функции печени и/или почек легкой и средней степени тяжести, моторные и вербальные тики в анамнезе. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** одновременное применение ингибиторов СYP3A4 - фермента (кетоназол, зитримидин, тропандомицин, циклоспорин) и сибутрамина приводит к повышению в плазме концентрации метаболитов сибутрамина. Рифампицин, макролиды, фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал и дексаметазон могут ускорить метаболизм сибутрамина. Меридиа не следует применять с препаратами, повышающими уровень серотонина в плазме. Так называемый серотониновый синдром может развиваться в редких случаях при одновременном применении препаратов для лечения депрессии (блокаторы обратного захвата серотонина), определенных препаратов для лечения мигрени (суматриптан, дигидроэрготамин), сильнодействующих анальгетиков (пентазолин, петицин, фентанил) или противоопухолевых препаратов (доксиорометотрифан). **Токсичное действие:** чаще всего побочные эффекты возникают в начале лечения (в первые 4 недели). Их выраженность и частота с течением времени ослабевают. Слабость во рту и бессонница, иногда головная боль, головокружение, беспокойство, парестезии, изменение вкуса, тахикардия, сердцебиение, повышение АД, вазодилатация, потеря аппетита и запор, иногда тошнота и обострение геморроя, потливость. В отдельных случаях: дисменорея, отеки, гриппоподобный синдром, зуд кожи, боль в спине, боль в животе, пароксизмальное повышение аппетита, жажда, ринит, депрессия, сонливость, эмоциональная лабильность, тревожность, раздражительность, нервозность, острый интерстициальный нефрит, кровотечения, пурпура Шенлейн-Геноха, судороги, тромбоцитопения, транзиторное повышение активности «печеночных» ферментов в крови, острый психоз. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Для получения полной информации о назначении обращайтесь, пожалуйста, в Московское представительство компании 360007.

1. 6 Hansen DL, Tourbo S, et al. The effect of Sibutramine on Energy Expenditure and Appetite During Chronic Treatment without Dietary Restriction. Int. J. Obes. 1999;23:1016-1029.

2. WPT James for the STORM Study Group, Lancet 2000; 356: 2119-25

3. Сметник В.Л., Чернуха Г.Е. "Применение сибутрамина (Меридиа) у больных с ожирением и нарушением функции яичников". Проблемы репродукции. 2002. №1

ООО «Эбботт Лэбораториз»
115114, Россия, г. Москва, Дербеневская наб., 11А.
тел.: (495) 258-42-70, www.abbott.com

 **Abbott**
A Promise for Life

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА



М.Ю. Дробышев,
д.м.н., ММА им. И.М.Сеченова

Мой доклад – это результаты исследований, которые еще не опубликованы. Меня всегда интересовал вопрос: «Почему люди много едят?» Обычно это объясняют увлечением «Макдоналдсами», «Биг-Маками», увеличением порций. Одно время я всему этому верил. А потом подумал, что ведь можно не ходить в «Макдоналдс», а кушать при этом довольно много. Поэтому я решил разобраться, для чего люди едят?

В 2002 г. в России было проведено крупномасштабное эпидемиологическое исследование «КОМПАС». Исследование охватило 29 городов Российской Федерации – от Санкт-Петербурга до Владивостока. Исследование проводилось в медицинских учреждениях различного типа: поликлиниках, клинических больницах и госпиталях, городских, областных и республиканских диспансерах, клинических отделениях научно-исследовательских центров. В реализации программы приняли участие 800 врачей (терапевты, кардиологи, неврологи).

Программа состояла из двух фаз:

эпидемиологической и терапевтической. В рамках первой из них (эпидемиологической) каждому врачу предлагалось в течение одного дня последовательно (а не выборочно) включить в исследование 15 больных старше 18 лет, пришедших на амбулаторный прием или находившихся под наблюдением в стационаре. При этом заполнялась карта обследования, куда заносились: основные сведения о пациенте (в том числе количество посещений медицинских учреждений за год, наличие у пациента психотравмирующих ситуаций, прием психотропных препаратов), его заболевания, оценка состояния по визуальной аналоговой шкале VAS. Пациенту также предлагалось заполнить карту, содержащую социально-демографические и физические данные, основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, больные оценивали состояние своего здоровья по VAS и заполняли шкалу депрессий Центра эпидемиологических исследований США.

В этих 29 городах распространенность ожирения среди обратившихся была приблизительно 20%. Я обратил внимание, что распределение ожирения во всех городах было приблизительно одинаково. Есть города худые, где обратившихся за медицинской помощью больных было мало. И есть города тучные, где их было много. Уже тогда я начал задумываться, что, наверное, причины развития ожирения – общие для нашей страны, во всяком случае для крупных городов. В программе «КОМПАС» участвовали терапевты, кардиологи, неврологи. Пациенты с ожирением концентрировались в кардиологической практике. В неврологии и терапии их было меньше. И это понятно, потому что ожирение ведет к сердечно-сосудистым заболеваниям, и пациенты обращаются к кардиологу. Оказалось, что большинство из них – женщины (75%). Средний возраст больных был

выше, чем у больных без ожирения – около 46 лет. Была очень хорошая корреляция между возрастом и индексом массы тела – 0,38. Это говорит о том, что вот в этом возрасте больные быстро набирают вес. Около 46 лет они стартуют, и к 54 годам у этих женщин наблюдается ожирение. Возникает вопрос, почему женщины в этом возрасте начинают быстро набирать вес?

Давайте начнем с уровня образования больных с ожирением. Оказывается, что уровень образования у них ниже, чем у лиц, которые не страдают ожирением. Социальное положение у этих женщин хуже.

Если мы посмотрим месячные доходы на одного члена семьи, то у больных с ожирением вот этот уровень дохода ниже, чем у лиц, которые ожирением не страдают. Семейное положение этих женщин тоже отличается не в лучшую сторону – значительное количество вдов. У пациентов с ожирением наблюдается психотравмирующая ситуация, связанная с ситуацией в семье, болезнью близких и т.п. В результате у этих пациентов возникает депрессия. Депрессии у женщин, страдающих ожирением, встречаются гораздо чаще, чем у женщин, которые ожирением не страдают.

Депрессия с точки зрения современной функциональной психопатологии – это дефицит моноаминов: серотонина и норадреналина. Это и сниженное настроение, и пищевые эксцессы, и булимия, и моторная заторможенность, и утомляемость. Эти пациенты начинают больше есть. Жирная пища биологически привлекательна, дает эффект насыщения, часто в сочетании с углеводами, которые способствуют выработке серотонина в головном мозге, гормона счастья, вызывает улучшение настроения.

Но вот на что я обратил внимание, и это противоречило моей точке зрения, что ожирение вытекает у этих пациентов из депрессии, – они меньше курят, чем женщины, которые не страдают ожирением,

С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

они гораздо меньше потребляют алкоголя. А что такое курение и алкоголь? Это наркотические психоактивные вещества, от которых образуется зависимость. У женщин с ожирением такой зависимости нет, а у женщин без ожирения – есть.

Тогда я обратился к исследованию «Парус», которое было проведено сравнительно недавно, с февраля по май 2006 г., в 8 регионах РФ (Ростовская, Волгоградская, Челябинская, Томская, Иркутская области, Краснодарский и Пермский край, республика Коми). В исследование включались только больные, страдающие депрессией, которые набрали 19 и более баллов по шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований США (CES-D). Было набрано 2327 больных, преобладали больные женского пола. Большая часть больных отобрана неврологами, кардиологами, терапевтами. Больных я разделил на две группы: женщины, у которых нормальный вес, и женщины с ожирением. Оказалось, что 4/5 – это женщины, средний возраст которых 56 лет. Среди них много вдов, чаще всего это люди со средним и средне-специальным образованием. Более трети – неработающие инвалиды.

Для врача, который занимается эпидемиологией, это говорит о

том, что перед нами – одни и те же женщины. Потому что через четыре года совершенно другое исследование, которое выполнено в других регионах, дает совершенно одинаковый результат.

Оказалось, что у этих больных совершенно разные депрессии. У женщин без ожирения – проблемы в половой жизни, пониженный аппетит.

А у женщин, страдающих ожирением, наряду с повышенным аппетитом, боли различной локализации, головокружение, ухудшение памяти и внимания, упадок сил, сердцебиение, сухость во рту, бессонница, вздутие живота, запоры, поносы, учащенное мочеиспускание, покалывания.

Самый распространенный диагноз у этих женщин (80%) – артериальная гипертензия.

Поэтому я думаю, что депрессии, которые мы наблюдаем у этих пациенток с ожирением, носят так называемый нозогенный характер. Это реакция на соматическое состояние. Это не причина развития ожирения, это – следствие развития ожирения и следствие тех заболеваний, которые ожирению способствуют. Нозогенная депрессия – это психогенные расстройства, обусловленные комплексом:


психотравмирующей ситуацией, связанной с соматическим заболеванием.

Как же можно оценить, почему они едят? Я думаю, что на самом деле, стрессы – это зависимость от пищи, аддикция. Помните, женщины с ожирением меньше курят и меньше потребляют алкоголь, у них совершенно другая зависимость – зависимость от пищи. От этой зависимости женщины с тяжелой социальной, семейной ситуацией получают удовольствие. Могут ли эти женщины соблюдать диету? Давайте трансформируем эти рекомендации к алкоголю. Мы говорим алкоголику – максимальное ограничение водки, умеренное употребление пива и свободное употребление соков. Будет ли алкоголик соблюдать наши рекомендации? Нет.

Почему не работает диета? Единственный способ уберечься от алкоголя и от переедания – прекратить доступ пищи. Но надо каким-то образом пересматривать рекомендации по диете. Их надо формулировать иначе. Больному нужно помочь.

Препарат Меридиа® способен восполнять дефицит серотонина, убирать синдром дефицита норадреналина и его активные метаболиты, синдром дефицита дофамина. То есть этот препарат уменьшает тягу к приему пищи. Надо сказать, что многие антидепрессанты обладают таким же механизмом действия, как и Меридиа®. Они тоже блокируют и обратный захват серотонина, норадреналина и дофамина. Но, к сожалению, у этих антидепрессантов есть способность блокировать H1-гистаминовые рецепторы, и они могут только увеличивать аппетит.

Отличается Меридиа® и от амфетаминов, которые все чаще и чаще добавляют в БАДы, чтобы больные похудели. Амфетамины не только угнетают обратный захват, но и влияют на хранение моноамина.

Сегодня у нас есть только один препарат, который обладает способностью к патогенетическому влиянию на проблему ожирения – это Меридиа®. 



ОЖИРЕНИЕ: ПРОСТЫЕ ОТВЕТЫ НА СЛОЖНЫЕ



Л.В. Савельева,
к.м.н., Эндокринологический научный центр

ВОЗ в 1998 году признала ожирение как хроническое заболевание, которое характеризуется избыточным накоплением жировой ткани. Заболевание многофакторное, гетерогенное.

Почему развивается ожирение?

Развитие ожирения обусловлено взаимодействием генетических факторов и факторов внешней среды, включающих переизбыток энергии, малоподвижный образ жизни, хронические стрессы, недостаток сна. Ожирение – это хроническое заболевание, результат расстройства энергетического баланса, когда поступление энергии превышает ее расход.

Нужно ли лечить ожирение? Известно, что в мире от ожирения и заболеваний, связанных с ожирением, умирает 2,5 млн человек в год.

Ожирение – фактор риска многих заболеваний. Это и репродуктивная дисфункция, бесплодие, невынашивание беременности, патология во время беременности и родов, различные нарушения менструального цикла, развитие синдрома поликистозных яичников, т.е. широкий круг заболеваний, с кото-

рыми встречаются своей практике акушеры-гинекологи. Поставить диагноз ожирения просто – достаточно взвесить, измерить рост и рассчитать индекс массы тела.

Какова цель лечения ожирения?

Во-первых, это снижение массы тела на 10-15% за первые 6 месяцев терапии. И самое главное – это предупреждение рецидива прошлой массы тела. Похудеть может каждый, а вот удержать достигнутый результат – далеко не все. И, самое главное, это улучшение показателей метаболизма и изменение образа жизни. Мы не добиваемся идеальной массы тела, это практически невозможно. Мы добиваемся «здоровой» массы тела, то есть, когда у пациента отсутствуют те или иные метаболические или гормональные нарушения.

Каковы принципы и методы лечения ожирения?

Лечение ожирения – это не бег на спринтерской дистанции, а пожизненный марафон. Поэтому ожирение нужно лечить пожизненно. Конечно, должны быть поставлены реальные цели, лечение должно быть поэтапным, нельзя в течение первых шести месяцев добиться 20-25%-ного снижения массы тела, это приведет к развитию, обострению многих заболеваний и ухудшит самочувствие наших пациентов. Лечение должно быть комплексное, оно должно включать как немедикаментозные методы лечения, так и медикаментозную терапию.

Лечение должно быть индивидуальным. Сегодня не существует определенного алгоритма лечения больных, потому что ваш больной – это индивидуальность. Все больные, которые обращаются к нам за помощью, разного возраста, разного типа телосложения, разной степени ожирения. И каждой пациентке должна быть подобрана индивидуальная программа по снижению веса. Типичные пациенты, которые обращаются к нам за помощью: послеродовое ожирение, ожирение на фоне нарушения

менструальной функции, ожирение в пубертатном возрасте, ожирение менопаузального возраста. То есть пациентки – разные, и каждой женщине нужен индивидуальный подход. Поэтому, прежде чем лечить, нужно провести определенный алгоритм обследования. Во-первых, это антропометрические измерения, тщательный сбор анамнеза заболеваний, потому что от этого зависит, какую тактику лечения мы выберем. Анализ питания, потому что основа лечения ожирения – это правильное питание, и мы должны четко знать, как наш больной питается, какое у него пищевое поведение, какие у него привычки питания, это поможет нам дать правильные рекомендации по изменению питания. Кроме того, это клиническое обследование, направленное на исключение вторичного ожирения и появления ассоциированных с ожирением заболеваний. Биохимическое обследование, с определением липидного спектра крови и печеночных ферментов. Проведение стандартного глюкозотолерантного теста. Гормональное исследование для исключения гипотиреоза, гипогонадизма, гипокортицизма. Обязательными методами исследования являются ультразвуковое исследование печени для выявления жировой болезни печени. Обязательным условием правильного лечения ожирения является обучение больных.

В Эндокринологическом центре разработана программа терапевтического обучения больных. С 1998 г. мы работаем по этой программе, и основная наша задача – это формирование у больных новых психологических установок на изменение образа жизни и понимание их личной ответственности за собственное здоровье, т.е. это мотивационное обучение. Обучаем, как правильно худеть, обучаем правильному питанию, потому что без самоконтроля за своим здоровьем, за питанием невозможно активно и правильно снижать массу тела.

ВОПРОСЫ

Какова роль рациональной диетотерапии в лечении ожирения?

Сегодня существует огромное количество диет. Их эффективность минимальна, т.к. они приводят к резкому усилению депрессии. Я своим больным разрешаю есть все, но только в меру. Наша главная философия – это мера, гармония и ритм. Есть умеренно, есть регулярно, есть разнообразные продукты. Только тогда можно правильно и эффективно снижать массу тела. Физические нагрузки – это неотъемлемая составляющая часть программ по лечению ожирения. Мы рекомендуем банальные аэробные физические нагрузки, но они должны быть регулярные, не менее 4-5 раз в неделю и не менее 40 минут в день. Оптимально – ходьба. Ходьба ускоряет основные обменные процессы, она дает расход энергии, пусть и небольшой, час ходьбы выжигает 300-400 килокалорий, это те лишние 2-3 бутерброда, которые мы съели во время завтрака или обеда.

Необходима ли медикаментозная терапия ожирения? Конечно необходима, как и при любом хро-

ническом заболевании. К великому сожалению, если гипотензивных препаратов более ста, средств для лечения диабета еще больше, то препаратов по снижению веса мы имеем мало – их всего два.

Каковы особенности лечения ожирения в различных возрастных группах?

Мы провели эпидемиологическое исследование по распространенности ожирения среди подростков. В исследование было включено около 13 тыс. подростков из различных регионов России – от Дальнего Востока до Южного округа. Ожирение у подростков 12-14 лет достигает 6%. В данной возрастной группе не рекомендуются строгие диеты, т.е. должно быть сбалансированное питание по макронутриентам, белкам, жирам, углеводам, витаминам, микроэлементам – не менее 1600-1800 килокалорий в день с умеренным ограничением жиров в рационе. Большую роль отводим физическим нагрузкам. Медикаментозная подростковая терапия ожирения в России сегодня не решена.

Женщинам репродуктивного возраста рекомендуется профилактика ожирения во время беременности и лактации. Мы должны научить женщин не есть за двоих, не есть много

жирных продуктов, не пить сгущенное молоко. Количество пищи не влияет на уровень пролактина и не будет повышать лактацию. Конечно, это рациональная контрацепция во время репродуктивного возраста, необходимо подбирать контрацептивные препараты, которые бы не влияли на массу тела женщины.

Профилактика ожирения в период менопаузы включает своевременное назначение ЗГТ. Кроме того, это изменение питания, женщина после 40 лет не должна есть столько же, сколько женщина в 20-30 лет.

С возрастом происходит замедление обменных процессов организма, уменьшается физическая нагрузка, поэтому потребность в приеме пищи должна уменьшаться. Обязательное увеличение физических нагрузок – посещение фитнес-центров, тренажерных залов, бассейна, просто ходьба пешком – все это поможет активизировать обменный процесс и предотвратить развитие абдоминального ожирения и метаболического синдрома в этой возрастной группе, предотвратит риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Если ожирение уже есть, мы применяем все существующие методы лечения в данной возрастной группе, а первую очередь это назначение нашим пациенткам препарата Меридиа®.

Как долго можно применять препарат Меридиа®?

Приходилось слышать, что после 2-3 курсов приема Меридиа® перестает действовать. Это не так. Препарат действовать не перестает, он работает, как положено, но пациент не выполняет тех правил снижения веса, которые ему необходимы.

Принимая только Меридиа®, не соблюдая принципов правильного питания и повышенной физической активности, человек снижает минимальное количество килограммов. Все исследования по оценке эффективности препарата Меридиа® проводятся в комплексе с немедикаментозной терапией. Поэтому надо более четко объяснять пациенту важность выполнения немедикаментозных рекомендаций по снижению веса. 