

# Ожирение и избыточная масса тела: болезнь и преболезнь?

М.Ю. ДРОБИЖЕВ

ММА им. И.М. Сеченова

*Данные многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют об одновременном росте распространенности лиц с избыточной массой тела и ожирением (2, 5, 6, 20, 32). Сообщается об их связи с повышенным риском одних и тех же соматических заболеваний (сердечно-сосудистые, эндокринные, патология суставов и т.д.) (15, 18).*

**И**збыточная масса тела (ИзМТ) рассматривается не в качестве клинически самостоятельного состояния, а исключительно как преболезнь («предожирение»), этап формирования ожирения (10, 11, 22). Между тем множатся публикации, в которых указывается на существенные расхождения между рассматриваемыми состояниями не только по особенностям влияния на показатели заболеваемости различной патологией (17), смертности (16, 28), обращаемости за медицинской помощью (13, 31), но и по месту жительства подверженных лиц (19), их полу (14, 30), уровню образования (26) и доходов (14).

Соответственно, представляется актуальным провести исследование, направленное на сравнительное изучение лиц с ИзМТ и ожирением. Реальную основу для такого исследования представляет база данных крупной отечественной эпидемиологической программы «КОМПАС» (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля), проведенной в 2002 году в России (3, 7). В рамках этой про-

граммы были изучены больные в 29 городах Российской Федерации от Санкт-Петербурга до Владивостока, обратившиеся за помощью более чем к 800 неврологам, кардиологам и терапевтам, работающим в медицинских учреждениях различного типа (поликлиники, клинические больницы и госпитали, городские, областные и республиканские диспансеры, клинические отделения научно-исследовательских центров). База данных этого исследования содержит сведения о массе тела и росте больных, диагнозы заболеваний, количество посещений медицинских учреждений за год, демографические и целый ряд иных данных, включая сведения о психическом состоянии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе настоящего исследования вычислялся индекс массы тела (ИМТ). В дальнейшем все больные были разделены на две группы. Первую из них составили пациенты ( $n$ ) с ИзМТ ( $25,0 \leq \text{ИМТ} < 30,0 \text{ кг/м}^2$ ). Вторую – больные ( $n_1$ ), страдающие ожирением ( $\text{ИМТ} \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$ ). Группы сопоставлялись по месту наблюдения (город); демографическим характеристикам (пол, возраст, семейное положение, уровень образования, род занятий, наличие инвалидности); особенностям медицинского маршрута (специалистом какого профиля наблюдался на момент включения в исследование, амбулаторно или в стационаре, как часто в течение предшествующего обследованию года обращался за помощью в

амбулаторно-поликлинические учреждения или госпитализировался); соматическому (диагнозы соматических заболеваний, тяжесть состояния, оцениваемая самим пациентом и его врачом по визуальной аналоговой шкале VAS (шкала представляет собой линию длиной 100 мм, на которой точкой отмечается представление о состоянии здоровья, при этом отметка 100 мм соответствует наилучшей оценке, 0 мм – наилучшей), и психическому состоянию (психическая патология, известная лечащему врачу, психотравмирующие ситуации, сумма баллов по шкале депрессий Центра эпидемиологических исследований США – CES-D (2), лечение психотропными препаратами).

Сравнение качественных показателей осуществлялось с помощью критерия хи-квадрат, количественных – двухвыборочного теста Колмогорова–Смирнова. При этом из анализа исключались случаи с пропущенными данными. Поэтому каждый раз при сравнении больных указывали число пациентов, вошедших в группу ( $n$  и  $n_1$ ). Вычисления проводили с помощью программы Statistica for Windows (StatSoft Inc. 1995-1999).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В программу включен 10541 пациент. Их характеристика описывалась ранее в ряде публикаций (3, 7). У 9941 больного имеются данные о росте и массе тела. Из этого числа наблюдений у 3763 (38%) пациентов отмечена ИзМТ (средний ИМТ =  $27,1 \pm 1,4 \text{ кг/м}^2$ , ме-

диана 27,0 кг/м<sup>2</sup>), а у 2026 (20%) – ожирение (средний ИМТ = 33,7 ± 4,1 кг/м<sup>2</sup>, медиана ИМТ = 32,5). Таким образом, соотношение между наблюдениями с ИзМТ и ожирением составляет 1,9 : 1. Причем это соотношение воспроизводится в подавляющем большинстве городов. Так, наблюдения, отобранные в 23 городских центрах, вносят одинаковый вклад в состав двух изученных групп (с ИзМТ и ожирением) (таблица 1).

Значительно больше различий обнаруживается при сопоставлении изученных групп по остальным показателям. Так, среди пациентов с ИзМТ чаще встречаются мужчины, лица, состоящие в браке, с незаконченным высшим и высшим образованием, служащие, занимающиеся творческим трудом, рабочие, учащиеся (таблица 2).

Среди больных ожирением преобладают женщины, вдовы и вдовцы, лица с неполным средним, средним и средним специальным образованием, пенсионеры, неработающие инвалиды. Кроме того, пациенты с этим заболеванием чаще имеют вторую группу инвалидности. Группы достоверно отличаются и по возрасту обследованных. Однако пациенты с ИзМТ моложе в среднем всего на 2 года.

Больные с ИзМТ встречаются чаще в неврологической и терапевтической практике (таблица 3).

Они же чаще наблюдаются амбулаторно. Пациенты с ожирением встречаются в кардиологической практике и чаще находятся в стационаре.

Больные с ИзМТ и ожирением отличались и по особенностям медицинского маршрута в течение года, предшествующего обследованию (таблица 4).

Первые из них (с ИзМТ) реже, а вторые чаще обращались за помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения и госпитализировались.

Существенные отличия распространяются и на соматическое состояние обследованных (таблица 5).

Так, у пациентов с ИзМТ чаще отмечались такие сравнительно легкие диагнозы, как «острое

**Таблица 1. Распределение пациентов по изученным группам в различных городах**

Города, в которых были отобраны пациенты для исследования	ИзМТ, абс. кол-во (доля в %); n = 3763	Ожирение, абс. кол-во (доля в %); n <sub>1</sub> = 2026	p
Москва	797 (21)	406 (20)	0,31
Санкт-Петербург	435 (12)	230 (11)	0,81
Екатеринбург	79 (2)	31 (2)	0,13
Челябинск	76 (2)	42 (2)	0,89
Пермь	43 (1)	19 (1)	0,47
Уфа	75 (2)	41 (2)	0,94
Ижевск	68 (2)	40 (2)	0,65
Нижний Новгород	134 (4)	102 (5)	0,01
Казань	76 (2)	26 (1)	0,04
Пенза	70 (2)	37 (2)	0,93
Самара	136 (4)	69 (3)	0,68
Волгоград	72 (2)	32 (2)	0,36
Тольятти	71 (2)	50 (3)	0,14
Саратов	70 (2)	49 (2)	0,15
Ростов-на-Дону	212 (6)	126 (6)	0,37
Краснодар	139 (4)	103 (5)	0,01
Красноярск	116 (3)	67 (3)	0,64
Иркутск	49 (1)	24 (1)	0,70
Новосибирск	151 (4)	77 (4)	0,69
Кемерово	72 (2)	65 (3)	0,04
Барнаул	82 (2)	33 (2)	0,15
Томск	75 (2)	58 (3)	0,04
Омск	144 (4)	77 (4)	0,96
Тюмень	72 (2)	15 (1)	< 0,001
Воронеж	151 (4)	64 (3)	0,10
Рязань	68 (2)	41 (2)	0,56
Липецк	85 (2)	55 (3)	0,28
Ярославль	80 (2)	32 (2)	0,15
Владивосток	65 (2)	24 (1)	0,11

**Таблица 2. Сопоставление пациентов изученных групп по демографическим показателям**

Демографические показатели	ИзМТ, абс. кол-во (доля в %); сред. ± станд. откл.	Ожирение, абс. кол-во (доля в %); сред. ± станд. откл.	p
Средний возраст, годы (n = 3095, n <sub>1</sub> = 1640)	51,7 ± 13,4	54,0 ± 12,0	< 0,001
Пол, жен./муж. (n = 3706, n <sub>1</sub> = 2001)	2129 (57) / 1577 (43)	1501 (75) / 500 (25)	< 0,001
Семейное положение (n = 3730, n <sub>1</sub> = 2004)			
состоят в браке	2479 (67)	1266 (63)	0,01
в разводе	457 (12)	226 (11)	0,28
вдовы и вдовцы	470 (13)	366 (18)	< 0,001
не состоят в браке	324 (9)	146 (7)	0,07
Образование (n = 3749, n <sub>1</sub> = 2024)			
неполное среднее	239 (6)	166 (8)	0,01
среднее и среднее специальное	1686 (45)	1034 (51)	< 0,001
незаконченное высшее	190 (5)	78 (4)	0,04
высшее	1634 (44)	746 (37)	< 0,001
Занятость (n = 3728, n <sub>1</sub> = 2005)			
служащие	1333 (36)	649 (32)	0,01
бизнесмены	111 (3)	44 (2)	0,08
творческий труд	114 (3)	40 (2)	0,02
руководители	323 (9)	149 (6)	0,11
пенсионеры	908 (24)	616 (31)	< 0,001
рабочие	588 (16)	275 (14)	0,04
учащиеся	27 (1)	4 (0,2)	0,01
безработные	86 (2)	57 (3)	0,22
неработающие инвалиды	238 (6)	171 (9)	0,003
Инвалидность (n = 3555, n <sub>1</sub> = 1906)			
3 группы	187 (5)	118 (6)	0,15
2 группы	624 (18)	441 (38)	< 0,001
1 группы	19 (1)	12 (1)	0,66

**Таблица 3. Сопоставление пациентов по специальности врача, включившего их в исследование, и характеру учреждения (амбулаторное / стационарное)**

Включены в исследование	ИзМТ, абс. кол-во (доля в %)	Ожирение, абс. кол-во (доля в %)	P
врачом (n = 3440, n <sub>1</sub> = 1845)			
неврологом	852 (25)	409 (22)	0,03
кардиологом	1097 (32)	689 (37)	< 0,001
терапевтом	1491 (43)	747 (41)	0,05
в учреждении (n = 3540, n <sub>1</sub> = 1903)			
амбулаторном / стационарном	2632 (74) / 908 (26)	1253 (66) / 650 (34)	< 0,001

**Таблица 4. Сопоставление пациентов по особенностям медицинского маршрута в течение года, предшествующего исследованию**

Особенности медицинского маршрута	ИзМТ, абс. кол-во (доля в %), сред. ± станд. откл.	Ожирение, абс. кол-во (доля в %), сред. ± станд. откл.	P
Обращались в поликлиники (n = 3318, n <sub>1</sub> = 1774)	2685 (81)	1476 (83)	0,05
Число посещений (n = 3736, n <sub>1</sub> = 2026)	3,3 ± 4,5	3,8 ± 5,5	0,001
Стационарировались (n = 3281, n <sub>1</sub> = 1794)	1123 (34)	709 (40)	< 0,001
Число госпитализаций (n = 3763, n <sub>1</sub> = 2026)	0,4 ± 0,7	0,5 ± 0,8	< 0,001

заболевание верхних дыхательных путей» и «синдром вегетативной дистонии». Напротив, у больных ожирением чаще встречается более тяжелая патология: артериальная гипертензия, стабильная стенокардия напряжения, атеросклеротический кардиосклероз,

хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости сердца, сахарный диабет 2 типа (больные, не получающие инсулин), дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз позвоночника, онкологические заболевания. С этими различия-

ми полностью совпадают данные оценки соматического состояния по VAS. Так, пациенты с ИзМТ и их врачи оценивали это состояние как более легкое, а больные ожирением и их доктора – как более тяжелое.

Достаточно многочисленны и отличия в психическом состоянии больных (таблица 6).

Прежде всего, это касается средней суммы баллов CES-D. Этот показатель не только ниже у пациентов с ИзМТ, но и свидетельствует об отсутствии у многих из них депрессии (< 19 баллов). Кроме того, в анамнезе у этих больных реже отмечаются психотравмирующие ситуации, имевшие место более года назад. Пациенты с ИзМТ реже лечились психотропными препаратами, включая барбитураты, средства растительного происхождения и транквилизаторы. Эти больные чаще и в больших количествах употребляют алкоголь, продолжают курить, выкуривая больше сигарет в течение дня.

Напротив, суммы баллов CES-D у больных ожирением корреспон-

**Таблица 5. Сопоставление пациентов по особенностям соматического состояния**

Соматическое состояние	ИзМТ, абс. кол-во (доля в %), сред. ± станд. откл.	Ожирение, абс. кол-во (доля в %), сред. ± станд. откл.	P
Диагнозы (n = 1941, n <sub>1</sub> = 3600)			
артериальная гипертензия	1943 (54)	1399 (72)	< 0,001
острый инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия	155 (4)	82 (4)	0,89
стабильная стенокардия напряжения	640 (18)	439 (23)	< 0,001
постинфарктный кардиосклероз	388 (11)	213 (11)	0,82
атеросклеротический кардиосклероз	579 (16)	389 (20)	< 0,001
хроническая сердечная недостаточность	405 (11)	311 (16)	< 0,001
нарушения ритма и проводимости сердца	461 (13)	342 (18)	< 0,001
сахарный диабет 1 типа	26 (1)	15 (1)	0,83
сахарный диабет 2 типа на инсулинотерапии	56 (2)	35 (2)	0,49
сахарный диабет 2 типа (больные не получают инсулин)	199 (6)	177 (9)	< 0,001
язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	319 (9)	143 (7)	0,06
хроническая обструктивная болезнь легких	382 (11)	218 (11)	0,48
острое заболевание верхних дыхательных путей	454 (13)	170 (9)	< 0,001
дисциркуляторная энцефалопатия	841 (23)	581 (30)	< 0,001
острое нарушение мозгового кровообращения и его последствия	160 (4)	99 (5)	0,27
синдром вегетативной дистонии	669 (19)	239 (12)	< 0,001
остеохондроз позвоночника	1767 (49)	1049 (54)	< 0,001
синдром паркинсонизма	27 (1)	18 (1)	0,48
травматическое поражение головного мозга и его последствия	166 (5)	72 (4)	0,11
онкологическое заболевание	51 (1)	41 (2)	0,05
Тяжесть (мм VAS)			
оценка врача (n = 1895, n <sub>1</sub> = 3516)	46,7 ± 19,0	50,7 ± 17,8	< 0,001
оценка пациента (n = 1941, n <sub>1</sub> = 3642)	50,5 ± 19,6	53,7 ± 19,1	< 0,001



Когда  
стройность  
означает  
здоровье!

Меридиа® 

Клинически доказано:

-  Эффективное снижение и длительное удержание веса<sup>1</sup>
-  Нормализация липидного обмена и повышение чувствительности к инсулину<sup>2</sup>
-  Улучшение репродуктивного здоровья<sup>3</sup>
-  Высокая безопасность применения, подтвержденная в более чем 100 исследованиях

10 лет клинической практики  
19 миллионов пациентов  
80 стран мира

Есть средство  
есть меньше!

**МЕРИДИЯ® Сибутрамин. Регистрационный номер: П N 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 моноамина (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 адrenoцепторы, также воздействует на бурую жировую ткань. **Показания к применению:** алиментарное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) 30 кг/м<sup>2</sup> и более; алиментарное ожирение с ИМТ 27 кг/м<sup>2</sup> 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 более 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 нарушении 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, 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: зрительная, 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 (суматрипан, дигидроэрготамин), сильнодействующих анальгетиков (пентазон, петицин, фентанил) или противораковых препаратов (доксиортофосфан). **Токсическое 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 единичных 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 Эбботт.

Информация для медицинских сотрудников (не для пациентов).

1. B Hansen DL, Toubro 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. Сметыч 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

Таблица 6. Сопоставление пациентов по показателям психического состояния

Показатели психического состояния	ИЗМТ, абс. кол-во (доля в %), сред. ± станд. откл.	Ожирение, м абс. кол-во (доля в %), сред. ± станд. откл.	p
Психические заболевания в анамнезе (n = 2824, n <sub>1</sub> = 1573)	54 (2)	34 (2)	0,78
Сумма баллов CES-D (n = 3694, n <sub>1</sub> = 1982)	18,8 ± 9,5	20,3 ± 10,2	< 0,001
Психотравмирующие ситуации (n = 3763, n <sub>1</sub> = 2026) в том числе:	3388 (90)	1855 (92)	0,06
более года назад	2074 (55)	1184 (58)	0,02
менее года назад	2272 (60)	1172 (58)	0,06
Терапия психотропными препаратами (n = 3512, n <sub>1</sub> = 1900) в том числе:	1909 (54)	1135 (60)	< 0,001
барбитуратами и средствами растительного происхождения	1454 (41)	855 (45)	0,01
транквилизаторами	817 (23)	228 (33)	0,001
антидепрессантами	179 (5)	107 (6)	0,40
антипсихотиками	50 (1)	23 (1)	0,52
Употребление алкоголя в неделю (n = 3723, n <sub>1</sub> = 2105):			
отрицается	2192 (59)	1408 (70)	< 0,001
менее 0,5 бутылки водки или 1 бутылки вина, или 7 бутылок пива	1209 (32)	492 (25)	< 0,001
менее 1 бутылки водки или 2 бутылок вина, или 15 бутылок пива	221 (6)	62 (3)	< 0,001
менее 2 бутылок водки или 4 бутылок вина, или 20 бутылок пива	75 (2)	28 (1)	0,06
более 2 бутылок водки или 4 бутылок вина, или 20 бутылок пива	26 (1)	15 (1)	0,95
Курение (n = 3741, n <sub>1</sub> = 2015)			
отрицается	2496 (67)	1577 (78)	< 0,001
прекращено	444 (12)	166 (8)	< 0,001
продолжается	801 (21)	282 (14)	< 0,001
среднее количество сигарет на одного больного в день (n = 3720, n <sub>1</sub> = 2010)	3,0 ± 7,0	1,7 ± 5,2	< 0,001

дируют о наличии у многих из них депрессивного состояния ( $\geq 19$  баллов). Обращает на себя внимание, что у них чаще отмечаются психотравмирующие ситуации, имевшие место более года назад. Однако они реже лечились психотропными препаратами, включая барбитураты, средства растительного происхождения и транквилизаторы. Эти больные реже и в меньших количествах употребляют алкоголь, никогда не курили или оставили эту привычку, выкуривают меньше сигарет в течение дня.

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Некоторые результаты исследования соответствуют представлениям об ИЗМТ как об этапе формирования ожирения. Действительно, в указанную концепцию укладывается меньший возраст пациентов с ИЗМТ, сравнительная легкость соматической патологии, более редкие обращения за медицинской помощью (включая госпитализацию), продолжение участия в трудовой деятельности. В то же время, исходя из концепции преожирения, очень трудно объяснить другие особенности наблюдений пациентов с ИЗМТ.

Напомним, что указанные группы пациентов отделяет друг от друга в среднем всего лишь 2 года жизни. При этом среди пациентов с ИЗМТ чаще встречаются мужчины, лица, состоящие в браке. Эти больные более образованы, заняты трудовой деятельностью, сопряженной с высоким уровнем оплаты. Кроме того, пациенты с ИЗМТ наблюдаются иными специалистами (неврологами и терапевтами), нежели лица, страдающие ожирением. Нельзя не обратить внимания на то, что больные с ИЗМТ менее подвержены депрессии, длительному стрессу, реже принимают психотропные препараты, зато употребляют больше алкоголя и чаще курят. Важно, что на некоторые из указанных особенностей уже обращали внимание авторы ряда публикаций. Так, упоминается о преобладании среди пациентов с ИЗМТ лиц мужского пола (14, 30) с высоким уровнем образования (26) и доходов (14).

Таким образом, закономерно предположить, что ИЗМТ не всегда является переходящим этапом развития ожирения. Достаточно часто в практике врачей наиболее распространенных специальностей (неврологов, кардиологов,

терапевтов) встречается ситуация, когда ИЗМТ является стабильным клинически самостоятельным состоянием. Возможно, именно поэтому появляются уже упомянутые выше данные о существенных расхождениях между ожирением и ИЗМТ не только по особенностям влияния на показатели заболеваемости различной патологией (17), смертности (16, 28), обращаемости за медицинской помощью (13, 31), но и по месту жительства подверженных лиц (19), их полу (14, 30), уровню образования (26) и доходов (14).

Клиническая самостоятельность ИЗМТ требует, однако, дальнейшего подтверждения. При этом особый интерес представляет вопрос о существовании особых, не свойственных ожирению, механизмов формирования этого состояния. В этом отношении большое значение приобретают сравнительно недавно появившиеся данные о взаимосвязи между ИЗМТ, ожирением и психической патологией. Так, предполагается, что ожирение формируется у больных депрессиями, протекающими с явлениями ангедонии (24). При этом пациен-

ты «используют» гедонистические свойства пищи и в силу длительности и стойкости депрессивного состояния попадают в зависимость от еды (аддикция к пище). В то же время ИзМТ обнаруживает связь с тревожными расстройствами, протекающими в виде периодически повторяющихся острых приступов паники (паническое расстройство) (27). При этом, по всей видимости, пища играет роль своеобразного успокаивающего средства.

Интересно, что представленные в настоящем исследовании данные не только укладываются, но и дополняют указанные предположения. Действительно, у значительной части больных ожирением обнаруживается неблагоприятный социально-экономический фон за счет низкого уровня образования, отсутствия занятости, вынужденного одиночества. Эти обстоятельства, безусловно, являются мощными психотравмирующими факторами. Неслучайно, в большинстве наблюдений отмечается депрессия. Причем о субъективной тяжести состояния свидетельствует не только оценка по VAS, но и частое использование доступных вне психиатрической сети психотропных препаратов растительного происхождения, а также барбитуратов и транквилизаторов.

Между тем депрессия часто сопровождается усилением аппетита, повышающегося за счет нарушения обмена в ЦНС некоторых нейротрансмиттеров-моноаминов (в частности, серотонина, норадреналина и дофамина). Нельзя сбрасывать со счетов и упомянутое выше «сознательное» увеличение объема принимаемой жирной пищи из-за того, что последняя обладает гедонистическими свойствами, т. е. способностью улучшать настроение (23, 35), в том числе за счет активации опиоидной системы (21). В результате возможно формирование психологической зависимости от пищи – так называемой аддикции (4). При этом важно, что пища и доступные больным психоактивные вещества (такие, как алкоголь и никотин) эксплуатируют одну и ту же систему подкрепления (24). В результате,

как это наблюдается в настоящем исследовании, больные ожирением значимо реже употребляют алкоголь и курят.

Пациенты с ИзМТ обнаруживают, по крайней мере, в настоящем исследовании меньшую подверженность депрессиям и стрессу, что хорошо соотносится с их достаточно благополучным социальным статусом. В то же время у них выявляется высокая распространенность синдрома вегетативной дистонии. Между тем этот диагноз вплоть до настоящего времени используется вне психиатрической сети для обозначения панического расстройства (1). Если учесть, что это расстройство определяется дефицитом серотонина, то становится понятным, почему больные могут в качестве самопомощи прибегать к употреблению высококалорийных продуктов, содержащих наряду с большим количеством жира углеводы, которые усиливают выработку указанного моноамина (23, 35). При этом наряду с пищей в качестве доступных успокаивающих средств они используют еще и алкоголь, а также никотин.

Переходя теперь от предположений к практическим выводам, следует отметить, что представленные данные позволяют наметить ряд возможных рекомендаций относительно курации ИзМТ и ожирения у изученного контингента больных. Так, при лечении этих состояний целесообразно шире использовать возможности консультативной психиатрической помощи, включая назначение психофармакотерапии. В силу рассмотренных особенностей патогенеза ИзМТ и ожирения (нарушение центральных механизмов регуляции аппетита) больные будут обнаруживать низкую приверженность рекомендованной диете. В этой ситуации хотя бы на первом этапе терапии может быть показано назначение медикаментозных средств. Между тем изученным больным явно противопоказаны амфетамины, зачастую включаемые в биологически активные добавки. Последние, являясь наркотиками, могут провоцировать тревогу, включая панические атаки (12), что вряд

ли «подойдет» пациентам с ИзМТ. Кроме того, больные, страдающие аддикцией, способны менять одну зависимость на другую (33). Это делает амфетамины весьма опасными средствами при лечении ожирения.

С учетом возможного патогенеза ИзМТ и ожирения, орлистат в рассматриваемой ситуации является лишь симптоматическим средством. Действительно, терапевтическое действие препарата осуществляется в просвете желудка и тонкого кишечника и сводится к блокированию расщепления жиров пищи, а соответственно, к затруднению их всасывания (8). Соответственно, орлистат мало подходит для лечения центральных механизмов развития ожирения, связанных с хроническим перееданием, которое, в свою очередь, возникает из-за нарушения скорости реакции насыщения. Возможно, что именно с этим обстоятельством связана меньшая эффективность этого препарата в сравнении с другими медикаментозными средствами, зафиксированная в ходе недавно проведенного мета-анализа исследований, посвященных длительной терапии ожирения (29).

Механизм действия сибутрамина (оригинальный препарат – Меридиа®) связан с ингибированием обратного захват моноаминов (серотонина и норадреналина), а его активные метаболиты воздействуют аналогичным образом на обмен дофамина (9). Увеличение содержания этих моноаминов в ядрах гипоталамуса приводит к восстановлению нормальной скорости возникновения чувства насыщения. Пациент испытывает ощущение сытости раньше и за счет этого перестает переедать. Кроме того, механизм действия сибутрамина во многом аналогичен психофармакологическим свойствам антидепрессантов, ингибирующим обратный захват серотонина. Соответственно, с патогенетической точки зрения центральный механизм действия сибутрамина, потенциально возможные (хотя бы и умеренные) антидепрессивные и противотревожные



эффекты препарата делают его предпочтительным при лечении ИзМТ и ожирения у рассматриваемого контингента пациентов.

Данные проведенного исследования позволяют рассчитывать примерное количество больных, наблюдающихся врачами наиболее распространенных специальностей (неврологи, кардиологи, терапевты) и имеющие показания для назначения сибутрамина (ожирение с ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup> и более; ИзМТ 27 кг/м<sup>2</sup> и более в сочетании с сахарным диабетом типа 2 или дислиппротеинемией) (9). К таким больным относятся 20% от

числа всех обследованных, страдающих ожирением. Медиана ИМТ пациентов с ИзМТ свидетельствует о том, что у половины из них (1881 наблюдений) этот показатель составляет 27 и более кг/м<sup>2</sup>. Если учесть, что у 60% из этих 1881 случая может наблюдаться дислиппротеинемия (25), то к больным ожирением следует добавить еще 1128 пациентов (или чуть более 10% от всех обследованных), имеющих показания для назначения сибутрамина. Наконец, к этому числу следует добавить около 100 (по приблизительной оценке) человек с ИМТ более 27 кг/м<sup>2</sup>,

страдающих сахарным диабетом. Таким образом, показания для назначения сибутрамина имеют до 30% от числа обследованных, обратившихся за помощью к врачам наиболее распространенных специальностей (неврологи, кардиологи, терапевты).

Завершая обсуждение результатов исследования, следует указать на потребность создания перспективной программы по мерам социальной поддержки пациентам с ожирением, что позволит сгладить воздействие существующего у них неблагоприятного социально-экономического фона. 

## Литература

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). М.: Институт медицинского маркетинга, 1997. 340 с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Бутрова С.А., Савельева Л.В. Ожирение в подростковом возрасте. Результаты российского эпидемиологического исследования // Терапевтический архив. 2007; Т. 79, №10: 28-32.
3. Дробижев М.Ю., Шамшурина Н.Г., Макух Е.А., Айду Ф.А. Депрессивные состояния в общей медицине: вопросы клинико-экономического анализа // Экономист лечебного учреждения. 2006; №1: 37-43.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия / Под ред. В.В. Макарова. (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии). М.-Екатеринбург: Академический Проект; Деловая книга, 2000. 463 с.
5. Кылбанова Е.С., Малютина С.К., Насонова В.Н., Никитин Ю.П. 10-летние тренды показателей массы тела у мужчин и женщин Новосибирска (1985-1995 гг.) // Терапевтический архив. 2005; Т. 77, № 3: 64-67.
6. Медик В.А., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Копина М.Н., Казымов М.С., Бачманов А.А., Шматко Д.П., Захарова Ю.В., Мишкина М.Ю. Распространенность артериальной гипертензии и ассоциированных с ней факторов риска у лиц разного пола и возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007; № 5: 3-5.
7. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Шальнова С.А., Погосова Г.В. Депрессии и расстройств депрессивного спектра в общепедиатрической практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. 2004; № 1: 48-54.
8. Описание препарата Ксеникал. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. 2008. [http://www.vidal.ru/poisk\\_preparatov/xenical.htm](http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/xenical.htm).
9. Описание препарата Меридиа. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. 2008. [http://www.vidal.ru/poisk\\_preparatov/meridia.htm](http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/meridia.htm).
10. Погожева А.В. Диетологические аспекты первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с избыточной массой тела // Сердце: журнал для практикующих врачей. 2004; 3(6): 295-298.
11. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. [http://medbook.medicina.ru/index.html?id\\_level=631](http://medbook.medicina.ru/index.html?id_level=631)
12. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайнман С.Е. (ред.) Наркология: Пер. сангл. 2-е изд., испр. М.; СПб.: Издательство «Бинном» – «Невский Диалект», 2000. 320 с.
13. Bowie J.V., Juon H.S., Cho J., Rodriguez E.M. Factors associated with overweight and obesity among Mexican Americans and Central Americans: results from the 2001 California Health Interview Survey. *Prev Chronic Dis.* 2007 Jan; 4(1): A10.
14. Brown A., Siahpush M. Risk factors for overweight and obesity: results from the 2001 National Health Survey. *Public Health.* 2007 Aug; 121(8): 603-13.
15. Cosin Aguilar J., Hernández Martínez A., Masramón Morell X., Aristegui Urrestarazu R., Aguilar Llopis A., Zamorano Gómez J.L., Armada Peláez B., Rodríguez Padial L. [Overweight and obesity in hypertensive Spanish patients. The CORONARIA study] *Med Clin (Barc).* 2007 Nov. 10; 129(17): 641-5.
16. Flegal K.M., Graubard B.I., Williamson D.F., Gail M.H. Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA.* 2007 Nov. 7; 298(17): 2028-37.
17. Gregg E.W., Cheng Y.J., Narayan K.M., Thompson T.J., Williamson D.F. The relative contributions of different levels of overweight and obesity to the increased prevalence of diabetes in the United States: 1976-2004. *Prev Med.* 2007 Nov; 45(5): 348-52.
18. Harding S., Maynard M.J., Cruickshank K., Teyhan A. Overweight, obesity and high blood pressure in an ethnically diverse sample of adolescents in Britain: the Medical Research Council DASH study. *Int J Obes (Lond).* 2008 Jan; 32(1): 82-90.
19. Heim I., Leontić K., Gostović M.J. [Obesity and overweight in Croatia] *Acta Med Croatica.* 2007 Jun; 61(3): 267-73.
20. Jafar T.H., Chaturvedi N., Pappas G. Prevalence of overweight and obesity and their association with hypertension and diabetes mellitus in an Indo-Asian population. *CMAJ.* 2006 Oct. 24; 175(9): 1071-7.
21. Jarosz P.A. The effect of kappa opioid receptor antagonism on energy expenditure in the obese Zucker rat. *Biol Res Nurs.* 2007 Apr; 8(4): 294-9.
22. Lahmam A., Baali A., Hilali M.K., Cherkaoui M., Chapuis-Lucciani N., Boetsch G. Obesity, overweight and body-weight perception in a High Atlas Moroccan population. *Obes Rev.* 2008 Mar; 9(2): 93-9.
23. Martin-Du Pan R.C., Wurtman R.J. [The role of nutrition in the synthesis of neurotransmitters and in cerebral functions: clinical implications] *Schweiz Med Wochenschr.* 1981 Sep; 26; 111(39): 1422-34.
24. McIntyre R.S., McElroy S.L., Konarski J.Z., Soczynska J.K., Bhatta A., Castel S., Wilkins K., Kennedy S.H. Substance use disorders and overweight / obesity in bipolar I disorder: preliminary evidence for competing addictions. *J Clin Psychiatry.* 2007 Sep; 68(9): 1352-7.
25. Must A., Spadano J., Coakley E. H., Field A. E., Colditz G., Dietz W.H. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA.* 1999; 282: 1523-1529.
26. Papadimitriou A., Fytanidis G., Papadimitriou D.T., Priftis K.N., Nicolaidou P., Fretzayas A. Prevalence of overweight and obesity in young Greek men. *Obes Rev.* 2008 Mar; 9(2): 100-3.
27. Pickering R.P., Grant B.F., Chou S.P., Compton W.M. Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry.* 2007 Jul; 68(7): 998-1009.
28. Ringbäck Weitoft G., Eliasson M., Rosén M. Underweight, overweight and obesity as risk factors for mortality and hospitalization. *Scand J Public Health.* 2008 Mar; 36(2): 169-76.
29. Rucker D., Padwal R., Li S.K., Curioni C., Lau D.C. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ.* 2007 Dec. 8; 335(7631): 1194-9.
30. Ruiz-Arregui L., Castillo-Martínez L., Orea-Tejeda A., Mejía-Arango S., Miguel-Jaimes A. Prevalence of self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and health factors among older Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2007; 49 Suppl 4: S482-7.
31. Ruser C.B., Sanders L., Brescia G.R., Talbot M., Hartman K., Vivieros K., Bravata D.M. Identification and management of overweight and obesity by internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2005 Dec; 20(12): 1139-41.
32. Sheffer R., Calderon-Margalit R. Trends in overweight, obesity and blood pressure among Israeli working adults-implications for public health. *Eur J Public Health.* 2008 Apr; 18(2): 121-511.
33. Thormodsen M., Hjortdahl P., Farbro T., Jacobsen O.V., Nenningsland J.B., Nielsen B.B., Nielsen B.B. [From valium to the happy pill?] *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1999 Jun. 10; 119(15): 2157-60.
34. Van Gaal L.F., Rissanen A.M., Sheen A.J., Ziegler O., Rossner S., for the RIO-Europe study group. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study // *Lancet* 2005; 365: 1389-97.
35. Wurtman R.J. Effects of foods on the brain. Possible implications for understanding and treating Tourette syndrome. *Adv Neurol.* 1992; 58: 293-301.