

УДК 616-056.52

**ОПТИМАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ  
ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ**

Кудинов Михаил Николаевич  
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар,  
Россия*

Шипкова Ирина Николаевна, к.м.н.  
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар,  
Россия*

Кудлай Инна Степановна, к.м.н.  
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар,  
Россия*

В эндокринологическом центре СКАЛ на базе МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО» г. Краснодара с 2004 года функционирует школа по обучению и лечению пациентов с избыточной массой тела и ожирением. За указанный период обследовано, пролечено и обучено 1750 пациентов. У 65% больных отмечена положительная динамика снижения массы тела. Методы лечения: немедикаментозные (рациональное питание, лечебная физическая культура, физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапия), медикаментозное (сIBUTрамин ,орлистат, метформин).

**Ключевые слова:** ОЖИРЕНИЕ

UDC 616-056.52

**OPTIMAL DECISION OF  
OBESITY PROBLEM**

Kudinov Mikhail Nikolaevich  
*City Hospital № 2, Krasnodar,  
Russia*

Shipkova Irina Nikolaevna  
*City Hospital № 2, Krasnodar,  
Russia*

Kudlai Inna Stepanovna  
*City Hospital № 2, Krasnodar,  
Russia*

There is a school for study and treatment of obesity patients in the endocrine centre of City Hospital №2, Krasnodar from 2004. During this period 1750 patients were observed, treated and taught. 65% patients have demonstrated the positive dynamics of body weight decreasing. The methods of treatment were non-drug (rational nutrition, medical physical training, physiotherapy, needle-reflex-therapy) and medical (cibutramin, orlistat, metformin).

**Keywords:** :OBESITY

Избыточный вес является серьезной проблемой в современном мире [1-3]. Лишний вес - это не только косметическая проблема, но и причина развития многих заболеваний. Избыточная масса тела и ожирение являются преморбидными состояниями для таких социально значимых заболеваний, как сахарный диабет, гипертония, дислипидемия, апноэ во сне, заболевания периферических сосудов и скелетно-мышечная дистония, некоторые онкологические заболевания, гепатозы [4,5].

Этиологические факторы ожирения – нерациональное питание, наследственная предрасположенность, недостаточная подвижность, малая физическая активность, неадекватная реакция на стрессовые ситуации, применение гормональных препаратов [5].

Снижение массы тела на 10% от исходного сопровождается улучшением работы сердечно-сосудистой системы, снижением цифр артериального давления, уменьшением отеочного синдрома, улучшением углеводного и жирового обмена, уменьшением болей в позвоночнике и суставах.

Во всем мире ожирение признано ведущей проблемой, на решение которой в развитых странах мира направлены многочисленные национальные программы, включающие коррекцию образа жизни, медикаментозное лечение, а в случае морбидного ожирения - и хирургические методы воздействия.

**Материалы и методы.** С 2004 года в Эндокринологическом центре СКАЛ на базе Муниципального учреждения здравоохранения Городская больница №2 «Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение (КМЛДО)» функционирует школа по обучению и лечению избыточной массы тела и ожирения. Программа обследования включает консультации врача-эндокринолога, психолога, диетолога, кардиолога, полное клиническое, биохимическое и гормональное тестирование (общий анализ крови, общий анализ мочи, определение уровня общего холестерина

и триглицеридов, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), уровня общего белка, аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланиновой аминотрансферазы (АЛТ), глюкозы крови и гликозилированного гемоглобина; при необходимости определение гормонов: адренокортикотропного гормона (АКТГ), пролактина, кортизола, фолликулстимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), прогестерона, тестостерона), инструментальная диагностика (электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и надпочечников). В школе методом индивидуальных и групповых занятий проводится обучение принципам правильного питания с учетом индивидуального образа жизни, вкусов и привычек пациента; разработка индивидуальной программы по снижению избыточной массы тела с обучением основам самоконтроля за своим здоровьем и пищевым поведением и назначением медикаментозного лечения.

В течение 2004-2010 гг. в школе по обучению и лечению избыточной массы тела и ожирения прошли комплексное обследование и лечение 1750 пациентов.

В исследовательскую группу включены 1060 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст  $36 \pm 2,3$  г), мужчин 214, женщин – 1302, с индексом массы тела от 25,1 до 39,9. Исключены пациенты, имевшие морбидное ожирение (индекс массы тела более 40). Все больные были разделены на 4 группы по характеру применяемой терапии:

1. Пациенты, находившиеся на гипокалорийной диетотерапии в сочетании с физиотерапевтическими методами лечения (массаж, лечебная гимнастика и фитнес, изменение образа жизни) - 51 человек (контрольная группа);

2. Лица, которым были назначены препараты, регулирующие аппетит (сибутрамин) - 412 человек;

3. Больные, получавшие средства, уменьшающие всасываемость нутриентов из пищи (ксеникал, акарбоза) - 341 человек;

4. Пациенты, которые применяли препараты для коррекции инсулинорезистентности (метформин) - 156 человек.

Симптоматическое лечение включало антигипоксанты, витаминно-минеральные комплексы, гепатопротекторы.

**Результаты исследования.** В результате проведенной работы у 65% пациентов отмечена положительная динамика снижения массы тела. Использовалась тактика умеренного поэтапного снижения массы тела, которая позволяла уменьшить число нежелательных побочных эффектов от применения лекарственных препаратов и помогала контролировать процесс лечения. Наиболее оптимальным считалось снижение массы тела на 0,5-1,0 кг в неделю в течение первого месяца, затем 2-2,5 кг в месяц. В среднем при таком темпе происходила потеря 5-15% от исходной массы тела у 74% пациентов в течение полугода с наиболее интенсивным снижением веса в первые 3 месяца лечения. Контрольные обследования специалистами центра и коррекция лечения проводилась в конце первого шестимесячного периода и в дальнейшем через 1,5 года от начала лечения.

В последующем наблюдается период стабилизации массы тела (6-12 месяцев). На данном этапе в каждом отдельном случае решался вопрос о необходимости дальнейшего назначения корректирующего лечения для удержания достигнутого веса.

Анализ полученных результатов продемонстрировал, что наибольшая и устойчивая скорость снижения массы тела отмечалась в группе пациентов, применявших препараты центрального действия (3-4 кг в первый месяц лечения, затем 1-2 кг в месяц). Препарат назначался преимущественно лицам страдавшим, по их мнению, неумеренным аппетитом. После потери 10-12% исходной массы тела препарат отменялся, рекомендовалось сохранять заданный режим физической

активности и питания. Из побочных явлений наблюдались головные боли, сухость во рту, жажда, которые уменьшались через 2 недели после начала приема препарата. Отмена препарата потребовалась у 5 пациентов с исходной артериальной гипертензией, у которых на фоне приема сибутрамина повысились цифры артериального давления, сопровождавшиеся упорными головными болями, чувством нехватки воздуха, сердцебиением. Отсутствие эффекта (снижение массы тела на 2 кг в течение 3 месяцев лечения) отмечалось у 12 пациентов, что также потребовало перевода больных на другую схему лечения. После отмены сибутрамина достигнутая масса тела сохранялась устойчиво в течение 6-12 месяцев у 52% пациентов. Увеличение на 1-3 кг в течение года отмечено у 16% пролеченных. Только у 6% наблюдаемых удалось добиться дальнейшего снижения веса после отмены препарата. У остальных пациентов была отмечена постепенная прибавка в весе, что требовало повторного назначения препарата через 6 месяцев.

Препараты, нарушающие всасывание нутриентов, рекомендовались пациентам, имевшим определенные пищевые наклонности. При избытке в рационе легкоусвояемых углеводов назначалась акарбоза, при злоупотреблении жиров - ксеникал. Препараты рекомендовались к приему только после употребления в пищу соответствующих ингредиентов. Скорость снижения массы тела составляла в основном 1,5-2кг/мес. Среди побочных эффектов наиболее часто имели место вздутие живота, послабление стула, болезненные ощущения по ходу кишечника, которые устранялись дополнительным введением ферментативных препаратов, изменением рациона питания, временным снижением дозы препарата. Послабление стула требовало включения в рацион витаминно-минеральных комплексов, увеличения объема потребляемой жидкости. Препараты назначались длительно (6-18 месяцев). Исключение или резкое ограничение в рационе количества углеводов и жиров приводило не только

к пересмотру пищевых пристрастий, формированию нового паттерна пищевого поведения и позволяло сохранить достигнутое снижение веса на более длительный период времени (до 2,5-3,5 лет). Однако полная отмена препаратов сопровождалась умеренным (в среднем 1,4-3 кг) набором веса через 6-12 месяцев.

Препараты метформина назначались преимущественно пациентам с индексом массы тела от 25,1 до 29,9, имевшим гиперхолестеринемию, тенденцию к повышенным значениям артериального давления, а также нарушение менструальной функции у женщин. Суточная доза препарата составляла 1500-2000 мг, длительность приема 6-24 месяцев. Снижение веса происходило более медленно, чем в двух предшествующих группах (в среднем 0,5- 1,2 кг/мес.) и достигало целевых значений только спустя 10-12 месяцев. Однако в данной группе похудание сопровождалось более выраженной нормализацией общего состояния (снижение цифр артериального давления, нормализацией менструальной функции) и более длительным периодом стабилизации веса (до 18 месяцев).

Пациенты, составившие контрольную группу с ИМТ 25,1-29,9, были людьми в возрасте от 18 до 39 лет, не имевшие соматических расстройств, основной жалобой которых был косметический дефект, причиняемый избыточной массой. Этой группе лиц рекомендовались только низкокалорийная диета, изменение образа жизни, занятие фитнесом, витаминотерапия. Снижение веса шло преимущественно в первый месяц, составляя 3,5-4,8 кг, затем наступал период стабилизации веса (потеря массы тела не более 0,5 кг в месяц), длительностью до 3-5 месяцев. Как правило, подобные темпы снижения веса не устраивали пациентов, и они настаивали на присоединении медикаментозных средств.

**Заключение.** Таким образом, лечение ожирения является комплексным и должно включать как медикаментозные, так и немедикаментозные средства терапии. В каждом отдельном случае

тактика, схема и последовательность лечения определяются врачом и зависят от степени ожирения, его типа, наличия факторов риска или развившихся ассоциированных заболеваний, особенностей пищевого поведения, образа жизни пациента. Залогом успешного лечения ожирения является формирование правильного стиля питания и физической активности, в целом здорового образа жизни, который должен стать привычным для больного.

### Литература

- 1 *Бутрова С.А., Плохая А.А.* Лечение ожирения: современные аспекты. Medlinks.
- 2 *Haslam DW, James WP.* Obesity. *Lancet*. 2005;366:1197–1209
- 3 Statistics Canada. Canadian Health Measures Survey. 2010. Accessed on June 4, 2010.
- 4 Rapport du groupe d'experts en santé publique, médecine et chirurgie bariatrique avec la collaboration des agences de la santé de la capitale nationale, de la Mauricie-Centre-Du-Québec et Montréal. L'organisation de la médecine et chirurgie bariatriques au Québec. 2007;1:1.
- 5 Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894 (i–xii):1–253.