

И. В. Самородская

ОЖИРЕНИЕ: ОЦЕНКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ



Санкт-Петербург
СпецЛит
2016

УДК 616-056.52

C17

Автор:

Самородская Ирина Владимировна — профессор, доктор медицинских наук, специалист в области заболеваний сердечно-сосудистой системы. Сотрудник ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России». Автор 200 научных статей, 5 методических рекомендаций, 2 монографий.

Самородская И. В.

C17 Ожирение: оценка и тактика ведения / И. В. Самородская. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 103 с.

ISBN 978-5-299-0078-1

Книга отражает современные воззрения на ожирение, его взаимосвязь с развитием хронических заболеваний и влияние на продолжительность жизни, критерии и методы оценки ожирения. Тактика ведения заболевания описана на основании анализа и обобщения семнадцати англоязычных рекомендаций профессиональных сообществ стран Европы, США, Австралии.

Книга рассчитана на врачей разных специальностей, аспирантов и ординаторов, студенческую аудиторию. Может использоваться в качестве основного или дополнительного пособия в рамках курсов по терапии, эндокринологии, кардиологии, хирургии, общественному здоровью и здравоохранению.

УДК 616-0.56.52

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	5
Предисловие	7
Взаимосвязь ожирения с риском развития хронических заболеваний	8
«Парадокс ожирения»	11
Метаморфоза «парадокса ожирения»	15
Классификация ожирения	17
Оценка состояния здоровья с учетом индекса массы тела	21
Причины и факторы риска развития ожирения	30
Общие вопросы ведения пациентов с ожирением	33
Подходы к выбору тактики ведения пациента в зависимости от степени ожирения	34
Обсуждение с пациентом вопроса о начале лечения ожирения	37
Целевые критерии снижения веса	40
Мониторинг состояния пациента, участвующего в программе по снижению веса	41
Питание	44
Общие принципы питания для снижения веса	44
Специфические коммерческие диеты	48
Физическая активность для снижения веса	50
Психотерапия	53
Медикаментозная терапия	54
Общие показания и характеристика лекарственных препаратов	54
Орлистат	60
Фентермин/топирамат	62
Лоркасерин	63
Препараты, используемые в лечении других заболеваний или состояний, но обладающие свойством снижения веса	64
Сравнительная эффективность медикаментозной терапии (метаанализы)	65
Препараты, способствующие увеличению веса и возможная альтернатива	65
Биодобавки	68

Хирургическое лечение	71
Методы бариатрической хирургии	71
Показания к бариатрической хирургии	75
Противопоказания к бариатрической хирургии	77
Выбор метода бариатрической хирургии и его обсуждение с пациентом	77
Дооперационная подготовка	79
Операционные и послеоперационные риски	80
Подходы к ведению пациентов с ожирением после бариатрической хирургии	82
Наблюдение за пациентами после отдельных видов бариатрической хирургии	83
После бандажирования желудка	83
После шунтирования желудка	84
После билиопанкреатического шунтирования	84
Исходы и критерии оценки в долгосрочный период после бариатрической хирургии	85
Значимость ресурсов системы здравоохранения в выборе методов лечения	86
Долговременный эффект среди лиц, участвующих в программах по снижению веса	87
Заключение	95
Литература	97

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АЛТ – аланинаминотрансфераза
ГГТ – гамма-глутамилтранспептидаза
ДИ – доверительный интервал
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМ – инфаркт миокарда
ИМТ – индекс массы тела
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
МЕТ – метаболический эквивалент
МКБ – Международная классификация болезней
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОР – относительный риск
ППЖ – потерянные годы жизни в результате преждевременной смерти
РКИ – рандомизированное контролируемое испытание
СД – сахарный диабет
СН – сердечная недостаточность
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ЧСС – частота сердечных сокращений
HbA1C – гликированный гемоглобин

Профессиональные сообщества врачей:

- AACE – American Association of Clinical Endocrinologists
ACC – American College of Cardiology
ACE – American College of Endocrinology
AHA – American Heart Association
AND – Academy of Nutrition and Dietetics
ASBP – American Society of Bariatric Physicians
ASMBS – American Society for Metabolic & Bariatric Surgery
ASN – American Society for Nutrition
EES – European Society of Endocrinology
EGMBSO – European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery Obesity

- NICE – National Institute for Health and Care Excellence
OS – Obesity Society
USPSTF – U. S. Preventive Services Task Force
WGO – World Gastroenterology Organization

Рекомендации профессиональных сообществ по ведению пациентов с ожирением и риском ожирения:

- AACE/ACE – The American Association of Clinical Endocrinologists and the American College of Endocrinology (2014)
- AACE/OS/ASMBS – American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (США, 2013)
- ACC/AHA/TOS – American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society (США, 2014)
- AND – Academy of Nutrition and Dietetics (США, 2014)
- ASN – American Society for Nutrition (США, 2014)
- EES – European Society of Endocrinology (2015)
- ICSI – Institute for Clinical Systems Improvement (США, 2013)
- IEGMBSO – Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery Obes. (2013)
- NHMRC – National Health and Medical Research Council (Австралия, 2013)
- U. S. Preventive Services Task Force (США, 2012)
- University of Michigan Health System (США, 2013)
- VA / DoD – Department of Veterans Affairs, Department of Defense (США, 2014)
- WGO – World Gastroenterology Organization (2011)
- American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Updates to the 2014–2015 Version
- Рекомендации Европейского общества кардиологов (2013)
- NICE (Великобритания, 2014)

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 1950 г. ожирение было включено в Международную классификацию болезней, и в настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, свыше 1,6 млрд взрослого населения планеты имеют избыточный вес, в том числе более 500 млн человек страдают ожирением.

Учитывая распространенность ожирения в XXI в., в литературе появился термин *globesity*, подчеркивающий общемировую значимость проблемы. Согласно общепринятой на сегодня точке зрения, ожирение способствует ухудшению качества жизни, возникновению социальных, психологических и экономических проблем, развитию ряда хронических заболеваний, увеличивает расходы на медицинскую помощь.

Все это способствует негативному отношению врачей к избытку веса у пациентов, сопровождающемуся автоматической реакцией в виде рекомендации: «похудеть, и немедленно». Кажется, все правильно. Но одновременно с результатами исследований, свидетельствующих о риске развития ряда хронических заболеваний на фоне избыточного веса и ожирения, появился ряд других исследований, которые говорят о нарушающей логику закономерности «ожирение — риск хронических болезней — риск преждевременной смерти от тяжелых осложнений хронических заболеваний». Больные с увеличенным индексом массы тела (ИМТ) имели большую продолжительность жизни, чем пациенты с нормальным или сниженным ИМТ, в связи с чем появился еще один новый термин — «парадокс ожирения». В последующем стало понятно, что «парадокс ожирения» вовсе даже не парадокс, а погрешность критерия и недостаточно совершенная методика оценки заболевания. Кроме того, ученые сошлись во мнении, что ожирение является сложной проблемой, не может достаточно надежно оцениваться с помощью такого критерия, как ИМТ, и не может решаться с помощью простых решений.

Единого определения понятия ожирения на сегодня не существует.

Согласно Большой медицинской энциклопедии, «ожирение — это заболевание, характеризующееся избыточным развитием жировой ткани в подкожной клетчатке, сальнике, средостении и т. д., увеличением веса тела по сравнению с нормальным».

На 23-м ежегодном научном конгрессе Американской ассоциации эндокринологов (2014) было предложено рассматривать ожире-

ние как хроническое заболевание, обусловленное избыточным накоплением жировой ткани (*adiposity-based chronic disease*).

Американское общество специалистов в области метаболической и бариатрической хирургии (American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Updates to the 2014–2015) определяет ожирение как хроническое, рецидивирующее, многофакторное нейроповеденческое заболевание, при котором увеличение жира в организме способствует дисфункции жировой ткани и биомеханическому воздействию жировой ткани на окружающие ткани с развитием метаболических и психосоциальных последствий для здоровья.

Сегодня модель формирования и сохранения ожирения рассматривают как модели хронических заболеваний — алкоголизма или наркомании. Нерешенность многих вопросов, отсутствие ответов на часть из них приводит к созданию огромного числа авторских методик лечения ожирения, которые в большинстве своем основаны только на авторских концепциях. Одновременно в последние годы было создано значительное число рекомендаций профессиональных сообществ, основанных как на обобщении результатов клинических, популяционных исследований, метаанализов, так и на экспертных мнениях специалистов, используемых в тех случаях, когда имеющихся доказательств недостаточно. Учитывая вышесказанное, при описании тактики ведения пациентов с ожирением использованы материалы семнадцати англоязычных рекомендаций профессиональных сообществ стран Европы, США, Австралии, опубликованных за последние четыре года.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Результаты значительного числа эпидемиологических исследований свидетельствуют о взаимосвязи ожирения с развитием ряда хронических заболеваний (рис. 1).

Заболевания, ассоциированные с ожирением:

- *сердечно-сосудистая система*: артериальная гипертензия (АГ), застойная сердечная недостаточность (СН), легочное сердце, варикозная болезнь вен, тромбозмембранные события (тромбозмембранные ветвей легочной артерии, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК));

- *дыхательная система*: диспноэ, обструктивное апноэ, гиповентиляция, синдром Пиквика, астма;

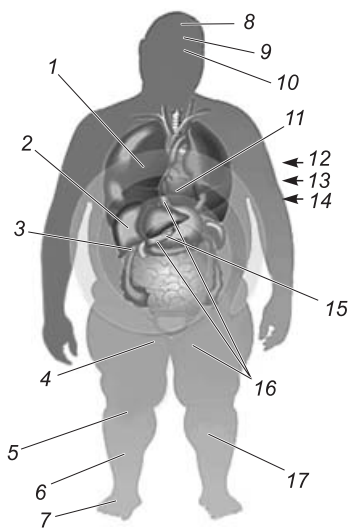


Рис. 1. Заболевания, ассоциированные с ожирением

1 — легочные болезни (аномальные функции, обструктивное апноэ сна, гиповентиляционный синдром); 2 — безалкогольная жировая болезнь печени (стеатоз, стеатогепатоз, цирроз); 3 — заболевания желчного пузыря; 4 — гинекологические аномалии (аномальные менструации, бесплодие, синдром поликистозных яичников); 5 — остеоартрит; 6 — кожа; 7 — подагра; 8 — внутричерепная гипертензия; 9 — паралич; 10 — катаракта; 11 — ишемическая болезнь сердца; 12 — диабет; 13 — дислипидемия; 14 — гипертензия; 15 — тяжелый панкреатит; 16 — рак (молочной железы, матки, шейки матки, толстой кишки, пищевода, поджелудочной железы, почки, простаты); 17 — флебит (венозный застой)

- *нервная система*: внутричерепная гипертензия, поражения периферических нервов;

- *скелетно-мышечная система*: нарушение подвижности, остеоартрит, боли в нижней части спины, миалгии, нарушение равновесия;

- *желудочно-кишечный тракт*: грыжи, гастроинтестинальный рефлюкс, гепатостеатоз, желчнокаменная болезнь;

- *почки*: мочекаменная болезнь, гломерулопатия;

- *половая система*: поликистоз яичников, бесплодие и т. д.;

- *кожа*: стрии, пигментация, трофические язвы, целлюлит, интертриго (бактериальные, грибковые инфекции кожи в области складок), карбункулы;

- *эндокринная система*: сахарный диабет (СД) 2-го типа;

- *нарушения метаболизма*: дислипидемия, гиперинсулинемия, гиперурикемия;

- *риск развития рака*: колоректальный рак, рак молочной железы и эндометрия в постменопаузе, аденокарцинома пищевода, почечно-клеточная карцинома, гепатоцеллюлярная карцинома, рак поджелудочной железы, яичников, предстательной железы, печени;

- *психосоциальные нарушения*: депрессия, низкая самооценка, нарушение сексуальных отношений. Снижение производительности труда, прогулы, нарушение семейных отношений, социальных контактов, отрицательное самовосприятие и/или внешнее восприятие.

Имеются данные о более высокой частоте гиперхолестеринемии, нарушений реологии крови, тромбоэмболических осложнений,

гипертрофии миокарда левого желудочка среди лиц с ожирением (Дедов И. И., Мельниченко Г. А., 2004; Фомина И. Г., Георгадзе З. О., Покровская А. Е., Шепелева Е. В., 2008). Огромное число исследований было посвящено взаимосвязи ожирения с нарушениями метаболизма, что привело к описанию новых синдромов, которые можно расценивать как вариации на тему «ожирение и метаболические нарушения»: метаболический синдром, метаболический кардиоваскулярный синдром, синдром X, атеротромбогенный синдром, синдром пивного живота, смертельный квартет (ожирение, гиперинсулинемия, гипертония и дислипидемия), синдром Ривена (Blüher M., 2009). В эпидемиологических исследованиях выявлены доказательства взаимосвязи ожирения с риском развития колоректального рака, рака молочной железы и эндометрия в постменопаузе, аденокарциномы пищевода, почечно-клеточной карциномы, рака поджелудочной железы, яичников, предстательной железы, печени, гепатоцеллюлярной карциномы (Берштейн Л. М., 2012; Nimptsch K., Pischon T., 2015). По данным ВОЗ, ожирением обусловлено 44 % случаев развития СД, 23 % – ИБС и 7–41 % – определенных видов рака (www.who.int/mediacentre).

Несмотря на огромное число исследований, выполненных после введения в Международную классификацию болезней (МКБ) «нового» диагноза, исследования по оценке влияния ожирения на состояние здоровья и развитие заболеваний продолжают. Согласно результатам метаанализа 97 проспективных исследований, подготовленного рабочей группой по оценке влияния ожирения на развитие хронических неинфекционных заболеваний (Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration), риск развития ИБС при избыточном ИМТ (от 25 до 30 кг/м²) увеличивается на 50 % (95 % доверительный интервал (ДИ) 44–58 %), при ожирении (ИМТ более 30 кг/м²) – на 44 % (95 % ДИ 41–48 %); риск развития ОНМК выше на 98 % (95 % ДИ 69–155 %) для пациентов с избыточным ИМТ и на 69 % (95 % ДИ 64–77 %) при ожирении (с учетом таких факторов риска, как повышенные уровни АД, холестерина и глюкозы). Результаты многих исследований, основанных на длительном наблюдении за когортами пациентов, свидетельствовали о логичной взаимосвязи: так как ожирение способствует развитию ряда заболеваний, смертность среди лиц с ожирением выше, чем среди лиц с нормальным весом тела. Следует отметить, что в разных исследованиях наименьшие показатели смертности были выявлены при разных значениях ИМТ в разных целевых группах. Так, в 1999 г. E. Calle [et al.] опубликовали результаты исследования, в котором участвовало более 1 млн жителей США. Исследование показало, что во всех подгруппах (курильщики, некурящие, мужчи-

ны, женщины, наличие или отсутствие хронических заболеваний) показатели смертности минимальны при ИМТ 22–26 кг/м² с небольшой вариацией в подгруппах, смертность была выше во всех рассматриваемых подгруппах с ИМТ менее и более указанных значений. В другом исследовании наименьшие показатели смертности были зарегистрированы при ИМТ 27 кг/м² для афроамериканцев и 24–25 кг/м² для белых американцев (Durazo-Arvizu R., 1997). В азиатской популяции минимальные показатели смертности регистрировались при ИМТ 22,5–27,5 кг/м² (Zheng W., 2011). Таким образом, вероятно в разных популяциях существует разный «нормальный» вес тела.

В крупном когортном исследовании The Adventist Health Study, включающем 22 тысячи верующих афроамериканцев, не выявлено увеличения смертности при избыточном ИМТ, но риск преждевременной смерти был выше среди лиц с ожирением. При многофакторном анализе, включая возраст, особенности пищевых привычек и физических нагрузок, было выявлено сокращение ожидаемой продолжительности жизни при ИТМ более 30,8 среди женщин на 6,2 года (95 % ДИ 2,8–10,2) по сравнению с ИТМ 27–29,6; у мужчин на 5,9 года (95 % ДИ 2,1–9,5) по сравнению с ИТМ 25,8–27,8 (Singh P. N., 2014).

«ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ»

Результаты исследований, в том числе вышеприведенные данные, свидетельствуют о нарушающей логику закономерности «избыточный вес — ожирение — риск хронических болезней — риск преждевременной смерти», в связи с чем при публикации результатов таких исследований стал широко использоваться термин «парадокс ожирения» (Lavie C. J., 2009, Tseng C. H., 2013; Strandberg T. E., 2013).

Среди уже больных людей (впервые это было продемонстрировано в группе пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, и в группах пациентов с сердечной недостаточностью), а также среди лиц пожилого возраста выживаемость оказалась выше, если пациенты имели избыточный ИМТ или ИМТ, который согласно классификации ВОЗ должен расцениваться как ожирение. Так, несмотря на то что ожирение считается фактором риска сахарного диабета 2-го типа, а их совокупность связана с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)

и смертности, в 2012 г. Carnethon M. R. [et al.] публикуют результаты исследования, свидетельствующие о более высоком риске смертности среди больных СД с нормальным весом по сравнению с больными, имеющими избыточный вес или ожирение. Аналогичные данные получены в исследовании, выполненном корейскими учеными, включающем более 16 тыс. человек старше 20 лет: у больных с СД и ИМТ < 21 кг/м² относительный риск смерти от инфарктов и инсультов составлял 2,83 (95 % ДИ 1,57–5,09) и 3,27 (95 % ДИ 1,58–6,76) соответственно по сравнению с людьми без СД и нормальным ИМТ. Среди больных СД и ожирением (ИМТ ≥ 25 кг/м²) смертность не отличалась от общепопуляционных показателей (Tseng С. Н., 2013). В другом исследовании (89 056 больных СД 2 типа) выявлена обратно пропорциональная зависимость между величиной ИМТ и смертностью от всех причин (показателями смертности в целом для популяции) (Ma S. Н., 2012). В 2014 г. М. Kaouache [et al.] в журнале *The Lancet Diabetes & Endocrinology* опубликовали результаты исследования, оценивающего число потерянных лет жизни в результате преждевременной смерти (ППЖ), обусловленной СД и ССЗ на фоне избыточного веса. Результаты основаны на математической модели оценки годового риска развития диабета, ССЗ и смертности для людей с ИМТ от 25 до 30 кг/м² (избыточный вес), от 30 до 35 кг/м² (ожирение) или 35 кг/м² и выше (болезненное ожирение) по сравнению с идеальным ИМТ от 18,5 до 25 кг/м². Для создания математической модели использованы данные регистра National Nutrition and Examination Survey (3992 участника). Избыток массы тела был положительно связан с факторами риска ССЗ и СД 2-го типа. Согласно полученной модели избыточный ИМТ оказывал наибольшее влияние на число потерянных лет жизни среди молодых людей и уменьшался с увеличением возраста. Среди мужчин с ожирением величина ППЖ составила 0,8 года (95 % ДИ: 0,2–1,4) в возрасте 60–79 лет и 5,9 года (95 % ДИ: 4,4–7,4) в возрасте 20–39 лет. Число ППЖ при болезненном ожирении составило 0,9 (0–1,8) года в возрасте 60–79 лет и 8,4 (95 % ДИ 7,0–9,8) года в возрасте 20–39 лет. Для лиц с избыточным ИМТ дополнительного числа ППЖ по сравнению с нормальным ИМТ не выявлено. Аналогичные результаты были отмечены для женщин. Авторы считают, что ожирение посредством увеличения риска развития ССЗ и диабета увеличивает число потерянных лет жизни в результате преждевременной смерти. Данное исследование, как и ряд других исследований, выполненных в последние годы, не выявило доказательств увеличения риска смерти, обусловленного избыточным ИМТ. Болезненное ожирение, как и в других исследованиях, связано с более высоким риском развития ССЗ, СД и смерти, а следовательно,

ПГПЖ. Таким образом, учитывая результаты не только этого, но и других исследований, сам факт избыточного ИМТ скорее всего, оказывает значительно меньшее влияние на риск смерти, чем условия жизни, доступность и качество медицинской помощи. В октябрьском номере журнала «Diabetes Care» за 2014 г. также опубликованы результаты исследования, подтверждающие наличие «парадокса ожирения» у пациентов с СД (Murphy R. A., 2014). Когортное исследование AGES-Reykjavik включало пациентов в возрасте 66–96 лет с СД 2-го типа, определяемого на основании исследования глюкозы крови натощак, данных опроса (в том числе информации о приеме сахаропонижающих препаратов). На основании ИМТ вес тела классифицировали как нормальный (18,5–24,9 кг/м²), избыточный вес (25,0–29,9 кг/м², референтная группа) или ожирение ($\geq 30,0$ кг/м²). В исследовании использован дополнительный признак – оценка объема и локализации жировой ткани в области бедра с помощью компьютерной томографии. Средний период наблюдения составил 6,66 года. В исследовании не выявлено повышенного риска смерти у пациентов с ожирением, в то время как среди пациентов с нормальным ИМТ зарегистрирован повышенный риск смерти по сравнению с референтной группой (относительный риск (ОР) = 1,72, 95 % ДИ 1,12–2,64). После коррекции рисков с помощью модели Кокса и включением в модель данных компьютерной томографии об объемах мышечной и жировой тканей бедра риск смерти при нормальном ИМТ был ниже, чем без коррекции, но сохранялся более высоким, чем в референтной группе (ОР = 1,36, 95 % ДИ 0,87–2,11). Авторы подтверждают наличие «парадокса ожирения» и считают, что частично его можно объяснить соотношением мышечной и жировой ткани.

Ожирение, как известно, ассоциируется с повышенным риском развития фибрилляции предсердий, но в исследовании AFFIRM (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management) выявлено, что общая смертность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний была ниже среди пациентов с избыточной массой тела и ожирением, чем среди пациентов с нормальной массой тела (Badkeha A., 2010). В исследовании Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease – APPROACH (Канада) после коррекции факторов риска и вида лечения (медикаментозное, стентирование или коронарное шунтирование) среди пациентов с ИБС выявлена *j*-образная связь между ИМТ и выживаемостью, минимальные показатели зарегистрированы при ИМТ 33 кг/м², и значительный рост начинался с ИМТ 40 кг/м² (Oreopoulos A., 2009). Близкие данные представлены van Kuijk (2011): среди пациентов с избыточным ИМТ и ожирением, госпитализированных

в отделения сосудистой хирургии Голландии, отмечалось более частое мультифокальное поражение сосудистой системы, эти пациенты требовали больших затрат на лечение, однако отдаленная выживаемость была лучше, чем среди пациентов с нормальным ИМТ, а сниженный ИМТ являлся независимым предиктором смерти. Т. М. Valentijn (2013), обобщив результаты многих исследований, оценивающих послеоперационную летальность, продемонстрировал, что среди пациентов с нормальным, избыточным ИМТ, а также ожирением 1–2-й степени частота осложнений и летальных исходов статистически значимо ниже, чем среди пациентов со сниженным ИМТ и болезненным ожирением. На основе анализа базы данных на 35 тысяч пациентов, госпитализированных с первым ишемическим инсультом в клиники Дании, выявлено, что смертность и вероятность повторного ОНМК через 2,8 года (в среднем) была ниже среди пациентов с избыточной массой тела и ожирением, но значительно выше среди пациентов с низким ИМТ по сравнению с пациентами с нормальным ИМТ (Andersen K. K., 2013). Кроме того, среди пациентов с избыточным ИМТ регистрировалась меньшая частота геморрагической трансформации ишемического инсульта по сравнению с пациентами с нормальным ИМТ (с учетом демографических и клинических факторов, особенностей терапии) (Kim S. K., 2013). В метаанализе 97 исследований (2,88 млн человек) выявлено, что отдаленная выживаемость среди пациентов с избыточным весом и ожирением 1-й степени (ИМТ от 30 до 35) незначительно лучше, чем среди пациентов с нормальным ИМТ, в то время как среди пациентов с ИМТ ≥ 35 риск преждевременной смерти возрастал почти на 30 % (Flegal K. M., 2013).

До сих пор нет убедительных данных, объясняющих причины «парадокса ожирения». Многие специалисты считают, что полученные в исследованиях и метаанализах данные о «парадоксе ожирения» обусловлены методологическими погрешностями исследований (случайные, систематические, публикационные ошибки). Другие исследователи, принимая «парадокс ожирения» как реальный факт, пытаются выяснить его причины, понимая, что само ожирение вряд ли является фактором лучшей выживаемости.

Сегодня накоплено достаточно данных, свидетельствующих об отсутствии доказательств того, что ИМТ можно использовать как критерий негативного воздействия на продолжительность жизни. Результаты исследований говорят о том, что ИМТ не является истинным показателем анатомической массы жировой ткани в организме и не позволяет дифференцировать соотношение жировой, мышечной и костной ткани.

МЕТАМОРФОЗА «ПАРАДОКСА ОЖИРЕНИЯ»

Учитывая противоречивость результатов исследований, становится понятно, что ИМТ является сомнительной характеристикой ожирения и уж очень противоречивым фактором риска преждевременной смерти от хронических неинфекционных заболеваний. Пытаясь понять причины «парадокса ожирения», ученые из разных стран мира предложили разные подходы к изучению роли ожирения в риске преждевременной смертности от различных заболеваний.

В ряде исследований было показано, что не любое, а именно абдоминальное ожирение (рис. 2), то есть окружность талии > 88 см у женщин и > 102 см у мужчин, отягощенное курением, повышает риск сердечно-сосудистых событий в 5,5 раза (Lakka H. M., 2002).

В 2011 г. T. Coutinho, K. Goel еще раз продемонстрировали, что ИМТ без учета объема талии не может быть критерием фактора риска сердечно-сосудистой смертности. Данные метаанализа, объединяющего результаты 6 исследований (более 15 тыс. пациентов), выполненных в разных странах мира, показали, что относительный риск смерти от ССЗ на каждые дополнительные 0,01 единицы к индексу «объем талии — бедер» увеличивается на 5 %. Однако в разных регионах мира среди населения этот индекс значительно различается, и результаты исследований в настоящее время не отражают этих особенностей.

Другой подход к оценке влияния ожирения на риск развития жизнеугрожающих состояний был предложен J. Arnlöv, E. Ingelsson, J. Sundström, L. Lind (2010), которые в исследовании Uppsala Longitudinal Study of Adult Men (ULSAM, Швеция) предложили такой критерий оценки, как избыточный ИМТ в сочетании с метаболическим синдромом. Наименьшие значения комбинированного показателя (число смертей от ССЗ + число госпитализаций в связи с инфарктом миокарда и/или ОНМК и/или сердечной недостаточностью) были выявлены в группе пациентов с нормальным ИМТ без метаболического синдрома. В других группах риск неблагоприятных исходов был выше: среди пациентов с нормальным ИМТ и метаболическом синдроме — на 63 % (95 % ДИ 1,11–2,37), с избыточным ИМТ без метаболического синдрома — на 52 % (95 % ДИ 1,28–1,80), с избыточным ИМТ и метаболическим синдромом — на 74 % (95 % ДИ 1,32–2,30), при ожирении без метаболического синдрома — на 95 % (95 % ДИ 1,14–3,34), при ожирении и метаболическим синдромом — на 155 % (95 % ДИ 1,81–3,58). В проспективном исследовании Copenhagen General Population Study, включающем 71 527 человек, частота инфаркта миокарда (ИМ) была наименьшей среди пациентов с нормальным ИМТ без

Самородская Ирина Владимировна

ОЖИРЕНИЕ: ОЦЕНКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Редакторы *Евграфова Ю. М.*

Корректор *Т. А. Дуз*

Компьютерная верстка *А. П. Тархановой*

Подписано в печать 22.02.2016. Формат 60 × 88¹/₁₆.

Печ. л. 3

Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“»

190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15

Тел./факс: 495-36-09, 495-36-12

<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-print»

192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н



9 785299 007381