

## Введение

В настоящее время ожирение считается наиболее часто встречающимся эндокринным заболеванием в мире, распространенность которого достигла эпидемических показателей как в развитых, так и в развивающихся странах. Ожирением страдают не только взрослые, но и дети и подростки. Всемирная организация здравоохранения объявила ожирение глобальной эпидемией, которая на сегодняшний день является одной из наиболее значимых проблем медицины. В Европейском регионе ожирение также является беспрецедентной и недооцененной проблемой здравоохранения, распространенность которой очень быстро растет. По прогнозам, к концу 2010 года ожирением будут страдать 150 млн взрослых и 15 млн детей.

Среди взрослых людей в Европе избыточная масса тела и ожирение примерно в 80 % случаев являются причинами диабета 2-го типа, в 35 % случаев — ишемической болезни сердца и в 55 % — артериальной гипертензии. Ежегодно упомянутые заболевания становятся причиной 1 млн смертей и еще 12 млн прожитых лет жизни, связанных с болезнью. Рассчитано, что каждый год одна из каждых 13 смертей в Великобритании связана с избыточной массой тела. Экономические последствия и затраты системы здравоохранения в связи с обсуждаемой проблемой весьма существенны.

Несмотря на постоянный прогресс в лечении ожирения, его распространенность продолжает расти, что диктует необходимость интенсификации профилактики этого заболевания и введения соответствующих мер не только на индивидуальном, но и на общественном и популяционном уровнях.

Эти европейские рекомендации по лечению ожирения у взрослых были разработаны для того, чтобы удовлетворить необходимость в основанной на доказательствах информации по лечению ожирения на индивидуальном уровне и создать основу для более однообразного подхода к лечению в связи с этой проблемой во всей Европе. Нашей целью является обеспечить врачей, лиц, связанных с разработкой медицинских стандартов, и потребителей медицинских услуг основными элементами GCP (от англ. *good clinical practice* — надлежащая клиническая практика) в отношении лечения ожирения. Задание выполняла рабочая группа EASO (Европейская ассоциация по изучению ожирения), которая состояла из экспертов, представляющих ключевые дисциплины, связанные с проблемой, и отражала географическое и этническое разнообразие. Группа включала представителя Международного общества бариатрических хирургов (IFSO-ЕС). Мы выполнили обзор опубликованных национальных рекомендаций нескольких стран касательно проблемы ожирения.

В то же время мы применили строгий, основанный на доказательствах подход к разработке практических рекомендаций, принимая во внимание все известные ограничения, существующие в современной литературе. Кроме того, каждая рекомендация имеет свой уровень (от 1 до 4) и/или класс (А, В, С или D) доказательности в соответствии с Шотландской сетью руководств по клинической практике (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN). Уровень доказательности дает читателю информацию о доказательной базе, которая обосновывает каждую рекомендацию, а класс отражает не только уровень доказательности, но и соображения (где это возможно) в отношении ущерба и затрат, связанных с вмешательством, его значимости для индивида или популяции (см. «Приложение»).

## Определение и классификация ожирения

Ожирение — это хроническое заболевание, характеризующееся повышением жировых запасов организма. В клинической практике тучность оценивают при помощи индекса массы тела (ИМТ). ИМТ высчитывают путем деления массы тела в килограммах на рост в метрах в квадрате. У взрослых (лиц старше 18 лет) показатель ИМТ выше  $30 \text{ кг/м}^2$  свидетельствует об ожирении, а  $25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$  — о повышенной массе тела (также обозначают как преожирение). Большая часть лиц с избыточной массой тела (ИМТ  $25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$ ) будут страдать ожирением в течение жизни (табл. 1) (уровень 1).

Центральное ожирение связывают с метаболическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями (уровень 1). Количество абдоминального жира можно оценить при помощи окружности талии (уровень 2) — показателя, который прямо коррелирует с количеством абдоминального жира. Его измеряют в горизонтальной плоскости, посреди линии, соединяющей верхнюю подвздошную ость и нижний край последнего ребра (уровень 4).

На последнем консенсусе Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation) определено центральное ожирение (также обозначаемое как висцеральное, по мужскому типу, по типу «яблока» или ожирение верхней половины тела) у европеоидов как состояние, при котором окружность талии превышает или равна 94 см у мужчин и 80 см — у небеременных женщин (уровень 3). Более низкие граничные показатели были определены для южных азиатов (90 см), китайцев (90 см) и японских мужчин (85 см), но не женщин (90 см). Чтобы формализовать соответствующие граничные показатели для других этнических групп, требуются

дальнейшие эпидемиологические исследования (уровень 4). Между тем некоторые граничные показатели для южных азиатов, европейцев можно применять по отношению к другим популяциям (уровень 4).

**Таблица 1. Категории ИМТ (ВОЗ, 1997)**

Категория	ИМТ, кг/м <sup>2</sup>
Недостаточная масса тела	< 18,5
Нормальная масса тела	18,5–24,9
Преожирение	25,0–29,9
Ожирение 1-й степени	30,0–34,9
Ожирение 2-й степени	35,0–39,9
Ожирение 3-й степени	> 40,0

## Патогенез ожирения

Причины ожирения сложны и мультифакториальны. В общем, ожирение развивается в результате хронического энергетического дисбаланса и поддерживается постоянным потреблением такого количества энергетических субстратов, которое является достаточным для поддержания приобретенных в состоянии ожирения повышенных энергетических потребностей. В регуляции энергетического баланса и отложения жира играют роль комплексные взаимодействия биологических (включая генетические и эпигенетические), поведенческих, социальных и средовых (в частности, хронический стресс) факторов [4, 31, 32]. Значительное повышение распространенности ожирения в последние 30 лет — это в основном результат культурных и средовых влияний. Считается, что важными факторами в развитии ожирения являются высококалорийная диета, увеличение размеров порций, низкая физическая активность, сидячий образ жизни и нарушения пищевого поведения [2, 4]. Эти поведенческие и средовые факторы приводят к нарушению секреции (адипокины) и структуры жировой ткани (гипертрофия и гиперплазия адипоцитов, воспаление) [33, 34].

## Эпидемиология ожирения в Европе

Распространенность ожирения в Европе достигает 10–25 % среди мужчин и 10–30 % — среди женщин (рис. 1) [2, 4]. За прошедшие 10 лет в боль-

шинстве европейских стран распространенность ожирения возросла на 10–40 %. В большинстве стран более 50 % людей имеют лишний вес или страдают ожирением. Во всех 36 странах распространенность ожирения выше среди мужчин [4].

## **Факторы риска и социэкономические последствия**

Ожирение является причиной повышенной заболеваемости, инвалидности, смертности и снижения качества жизни (уровень 1) [3, 35–40]. Ожирение связывают с повышенным риском смерти от кардиоваскулярных причин и некоторых видов карцином, особенно при сильно выраженном ожирении. При ИМТ 25–30 кг/м<sup>2</sup> (избыточная масса тела) влияние на смертность слабее и, возможно, в большей степени зависит от распределения жировой ткани. Сила связи ожирения и смертности снижается с возрастом, особенно после 75 лет.

### **Факторы риска и осложнения, связанные с ожирением**

1. **Метаболические нарушения:**
  - диабет, инсулинорезистентность;
  - дислипидемия;
  - метаболический синдром;
  - гиперурикемия, подагра;
  - вялотекущее воспаление.
2. **Кардиоваскулярная патология:**
  - гипертензия;
  - ишемическая болезнь сердца;
  - застойная сердечная недостаточность;
  - инсульт;
  - венозная тромбоэмболия.
3. **Респираторная патология:**
  - астма;
  - гипоксемия;
  - синдром апноэ во сне;
  - синдром гиповентиляции, связанный с ожирением (синдром Пиквика).
4. **Карциномы и опухоли:**

— пищевода, тонкой, ободочной и прямой кишки, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почки, лейкопения, множественная миелома и лимфома;

— у женщин: эндометриоз, шейки матки, яичников, молочной железы после менопаузы;

— у мужчин: простаты.

5. Остеоартрит (коленного сустава) и усиление боли в суставах, несущих большую весовую нагрузку.

6. Желудочно-кишечная патология:

— желчнокаменная болезнь;

— неалкогольная жировая болезнь печени или неалкогольный стеатогепатит;

— гастроэзофагеальный рефлюкс;

— грыжи;

— недержание мочи.

7. Нарушения репродуктивных функций:

— нерегулярные месячные, бесплодие, гирсутизм, поликистоз яичников;

— невынашивание беременности;

— гестационный диабет, гипертензия, преэклампсия;

— макросомия, фетальный дистресс, мальформации и дефекты развития (например, нервной трубки);

— дистоция и первичное кесарево сечение.

8. Прочее:

— идиопатическая внутричерепная гипертензия;

— протеинурия, нефротический синдром;

— инфекции кожи;

— лимфедема;

— осложнения анестезии;

— болезни пародонта.

9. Психологические и социальные последствия.

10. Низкая самооценка.

11. Тревожность и депрессия.

12. Стигматизация.

13. Дискриминация при приеме на работу, восприятие коллегами и т.п.

Степени рисков, связанных с ожирением, варьируют в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности и социальных условий.

Повышенные риски для здоровья экономически выражаются в повышении издержек в системе здравоохранения. В Европе прямые денежные затраты, связанные с ожирением, составляют примерно 7 % всех расходов

на здравоохранение, что сравнимо с таковыми для некоторых заболеваний, таких как рак (уровень 2) [4].

## Осмотр пациента с ожирением

Следует подробно собрать анамнез, уточнив вопросы, которые имеют отношение к ожирению, в частности данные о начале заболевания и о проведенном лечении (RBP<sup>1</sup>).

Также следует помнить о других важных моментах, а именно (RBP) [41–44]:

- этническая принадлежность;
- семейный анамнез;
- пищевые привычки и особенности питания, возможное наличие нарушений пищевого поведения (обжорство, прием пищи ночью, булимия);
- наличие депрессии и других эмоциональных расстройств;
- физическая активность;
- прочие определяющие факторы, такие как генетические особенности, медикаменты, эндокринные нарушения, психосоциальные факторы, хронический стресс, отказ от курения и др.;
- последствия влияния ожирения на здоровье;
- ожидания пациента и его мотивация меняться.

### Физикальный осмотр

1. Определить рост и массу тела (исходя из этих показателей рассчитывают ИМТ), окружность талии, артериальное давление (подобрав манжетку соответствующего размера) (класс 3).

2. Выявить и оценить влияние заболеваний, связанных с ожирением (диабет, гипертензия, дислипидемия, кардиоваскулярная, респираторная и суставная патология, неалкогольное жировое заболевание печени, расстройства сна и др.) (RBP).

3. Осмотреть на предмет наличия папиллярно-пигментной дистрофии кожи (acanthosis nigricans) как признака инсулинорезистентности (RBP).

### Лабораторные тесты

Минимальный набор анализов должен включать следующие (RBP):

- гликемия натощак;

---

<sup>1</sup>RBP — лучшие рекомендации, основанные на личном опыте экспертов, которые занимались их разработкой.