

диальной концентрации СЖК у пациентов, получавших лечение Ксеникалом, по сравнению с плацебо. Другое рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование у пациентов с избыточной массой тела/ожирением и СД2 показало, что терапия Ксеникалом приводила к улучшению параметров гликемии и снижению концентрации СЖК натощак. Через 6 месяцев лечения снижение массы тела в группах Ксеникала и плацебо было сравнимо, однако пациенты, получавшие Ксеникал, имели значимо более низкие концентрации СЖК натощак наряду с более значимым улучшением параметров углеводного обмена и чувствительности к инсулину.

Одной из характерных особенностей висцеральной жировой ткани является ее высокая липолитическая активность, что приводит к повышению поступления жирных кислот в печень у лиц с абдоминальным типом ожирения. Кроме того, захват жирных кислот из пищевых триглицеридов висцеральной жировой тканью примерно на 50% выше, чем подкожной. Следовательно, снижение всасывания пищевого жира под действием Ксеникала может способствовать потере висцерального жира в большей степени, чем других жировых депо. Преимущественное снижение массы висцеральной жировой ткани под действием Ксеникала подтверждено в целом ряде клинических исследований и может служить одним из механизмов, обуславливающих независимое положительное влияние Ксеникала на чувствительность к инсулину и обмен глюкозы.

Дополнительным фактором независимого влияния Ксеникала на контроль гликемии у пациентов с СД2 и ожирением может являться стимуляция секреции глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1) L-клетками дистальных отделов тонкой кишки. Ксеникал, благодаря ингибирующему действию на липазы желудочно-кишечного тракта, снижает скорость гидролиза пищевых триглицеридов, приводит к расширению области переваривания жира от проксимальной до нижней части тонкой кишки, и, наконец, оставляет примерно 30% пищевого жира непереваренным, и, следовательно, невсасываемым. Показано, что инфузия липидов в подвздошную кишку добровольцев вызывает дозозависимое повышение уровня ГПП-1 в плазме. Следовательно, можно предположить, что при лечении Ксеникалом повышение концентрации жирных кислот в просвете дистальной части тонкой кишки стимулирует секрецию ГПП-1. Действительно, было показано, что Ксеникал повышает постпрандиальную концентрацию ГПП-1 плазмы.

Таким образом, Ксеникал, в дополнение к положительному влиянию на массу тела у пациентов с СД2, способствует улучшению контроля гликемии в большей степени, чем можно предполагать только на основании снижения массы тела. Возможные механизмы независимого от изменения массы тела влияния Ксеникала на контроль гликемии включают снижение постпрандиальных СЖК плазмы, уменьшение массы висцеральной жировой ткани и/или повышение постпрандиального уровня ГПП-1. Для уточнения выдвинутых авторами гипотез необходимы дополнительные исследования.

Ранние детерминанты избыточной массы тела и ожирения: обзор систематических обзоров

Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews

L. Monasta, G.D. Batty, A. Cattaneo, V. Lutje, L. Ronfani, F.J. Van Lenthe, J. Brug

Obes Rev 2010; 11(10): 695–708

В настоящее время во всем мире отмечается неуклонный рост распространенности детского и подросткового ожирения, оказывающего серьезное негативное влияние на здоровье и психосоциальную адаптацию как в детском возрасте, так и в последующей жизни. Целью настоящего исследования являлось изучение ранних (от зачатия до 5-летнего возраста) детерминант развития ожирения. Проведен обзор 22 опубликованных систематических обзоров по заданной тематике.

Результаты проведенного исследования показали, что грудное вскармливание является защитным фактором от развития избыточной массы тела/ожирения в будущем, в то время как ожирение в младенчестве, быстрый набор массы тела младенца, сахарный диабет и курение матери, малая продолжительность сна, физическая активность

менее 30 минут в день, а также употребление сладких напитков могут рассматриваться как факторы риска. Кроме того, такие факторы, как ожирение родителей, ограниченный или чрезмерный внутриутробный рост плода, избыточная или низкая масса тела при рождении, просмотр телевидения, нерациональное питание и низкий социальный статус также могут быть включены в перечень факторов риска детского и подросткового ожирения, однако степень их воздействия в настоящее время оценить затруднительно. Наибольшее значение среди вышеуказанных факторов имеют грудное вскармливание, курение матери, масса и темп роста младенца, малая продолжительность сна и просмотр телевидения (в том числе, видео- и компьютерные игры).

Следует отметить, что указанные факторы находятся в сложном взаимодействии друг с дру-

гом. Так, например, грудное вскармливание или ожирение матери могут оказывать влияние посредством целого комплекса метаболических, генетических, диетологических, а также социально-экономических механизмов, что обуславливает сложность установления независимого влияния отдельных факторов на избыточное накопление жировой ткани у ребенка. Большое количество возможных детерминант может означать слабый характер их взаимосвязи с детским и подростковым ожирением. Тем не менее, даже

привносящий небольшой дополнительный риск фактор может иметь огромное значение в случае его высокой распространенности в популяции в целом, как, например, низкая частота полного грудного вскармливания в странах Европы. Кроме того, одни факторы могут иметь большее значение, по сравнению с другими, учитывая возможность их модификации (например, проще повысить частоту и длительность грудного вскармливания, чем повлиять на массу тела при рождении).

Переводы Берковской М.А.