

«Диагностика и лечение ожирения у взрослых»

Проект рекомендаций экспертного комитета

Российской ассоциации эндокринологов

Публикуется для широкого обсуждения

I. Цель рекомендаций

Суммировать мнения экспертов Российской Ассоциации эндокринологов по основным аспектам диагностики и лечения ожирения в клинической практике.

II. Ограничения рекомендаций

Представленные рекомендации не претендуют на систематическое изложение всех аспектов диагностики и лечения ожирения и не призваны заменить руководство по различным медицинским дисциплинам. В реальной клинической практике могут возникать ситуации, выходящие за рамки представленных рекомендаций, в связи с чем окончательное решение в отношении конкретного пациента и ответственность за него возлагается на лечащего врача.

III. Диагностика

Ожирение — хроническое гетерогенное, прогрессирующее при естественном течении заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме: у мужчин — более 10–15%, у женщин — более 20–25% от массы тела.

Диагностика ожирения проводится по показателю индекса массы тела (ИМТ) (табл. 1). ИМТ рассчитывается путем деления показателя массы тела (кг) на показатель роста, возведенный в квадрат (м²). ИМТ не используется для диагностики ожирения в следующих ситуациях:

- у детей с не закончившимся периодом роста,
- у лиц старше 65 лет,
- у спортсменов и лиц с очень развитой мускулатурой,
- у беременных женщин.

Рекомендуется определять ИМТ у всех взрослых людей (класс А, уровень 3). ИМТ в пределах 18,5 — 24,9 соответствует нормальному диапазону массы тела. При таких показателях ИМТ наблюдается наименьшая частота ассоциированных с ожирением заболеваний. ИМТ в пределах 25,0 — 29,9 свидетельствует об избыточной массе тела или предожирении и повышенном риске развития сопутствующих заболеваний. Данный риск увеличивается с возрастанием степени ожирения (табл. 1).

Поскольку избыточное отложение жира в абдоминальной области является определяющим фактором риска развития ассоциированных с ожирением кардиометаболических нарушений и / или заболеваний, у всех взрослых лиц с ИМТ в диапазоне от 25,0 до 35,0 обязательно проводится измерение окружности талии (ОТ) (класс А, уровень 3).

ОТ измеряется на середине расстояния от нижнего края грудной клетки до гребня подвздошной кости

Таблица 1

Классификация ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1997)*

Степень ожирения	ИМТ	Риск сопутствующих заболеваний
Ожирение I степени	30 – 34,9	высокий
Ожирение II степени	35 – 39,9	очень высокий
Ожирение III степени	≥40	чрезвычайно высокий

* Международная группа по ожирению ВОЗ (IOTF WHO), 1997.

по среднеподмышечной линии (не по максимальному размеру и не на уровне пупка).

Окружность талии у мужчин ≥94 см и у женщин ≥80 см свидетельствует об избыточном развитии жировой ткани в абдоминально-висцеральной области и является диагностическим критерием абдоминального ожирения (IDF, 2005 г.).

По этиопатогенетическому принципу выделяются следующие типы ожирения:

- экзогенно-конституциональное (первичное) ожирение;
- симптоматическое (вторичное) ожирение:
 - с установленным генетическим дефектом,
 - церебральное,
 - эндокринное,
 - ятрогенное.

IV. Обследование пациентов

Клиническое обследование лиц с избыточной массой тела и ожирением должно включать сбор анамнеза и общее физикальное обследование для исключения вторичных (эндокринных или синдромальных) причин ожирения и ассоциированных заболеваний (класс А, уровень 3). Больных с избыточной массой тела или ожирением, особенно при висцеральном его типе, необходимо обследовать для выявления возможных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета (СД).

При **сборе анамнеза** обращают внимание на возраст начала прибавки массы тела, длительность ожирения, максимальную / минимальную массу тела, динамику ее нарастания, предшествующее лечение и его эффективность, наследственность (ожирение, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), СД2), наличие ассоциированных с ожирением заболеваний (артериальной гипертензии, синдрома обструктивных апноэ во сне, ИБС, СД2 и т.д.), пищевые привычки, режим питания, особенности пищевого поведения, физическую активность, курение, употребление алкоголя.

Стандартные лабораторные и инструментальные исследования включают следующий комплекс определений:

- липидный спектр крови (общий холестерин (ОХ), ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицериды, соотношение ОХ и ХС ЛПВП) (класс А, уровень 3),
- глюкоза крови натощак (класс А, уровень 3),
- АЛТ, АСТ, ГГТ (класс В, уровень 3),
- мочевая кислота, креатинин,
- измерение АД,
- ЭКГ,
- УЗИ органов брюшной полости,
- общий анализ мочи (класс В, уровень 3).

Целесообразен скрининг на расстройства приема пищи, депрессию и психические расстройства (класс В, уровень 3).

По показаниям, обследование дополняется другими необходимыми методами. В частности, с целью диагностики эндокринного ожирения или сопутствующей ожирению эндокринной патологии могут быть определены: уровень ТТГ, кортизола, малая дексаметазоновая проба и прочие тесты.

V. Общие принципы лечения ожирения

Основные цели лечения ожирения включают снижение массы тела, предупреждение ее увеличения, коррекцию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и СД2.

Лечение должно быть комплексным и включать гипокалорийное питание, повышение физической активности и поведенческую терапию (класс А, уровень 2).

Временными противопоказаниями к лечению являются: беременность, лактация, остеопороз, некомпенсированные психические и / или соматические заболевания.

Относительным противопоказанием является желчекаменная болезнь. В этих случаях пациенты должны получить рекомендации, направленные на стабилизацию массы тела. Вопрос о снижении массы тела решается в индивидуальном порядке по мере изменения клинической ситуации.

Оценка готовности пациента к лечению

Учитывая долгосрочный характер лечения ожирения, необходимо мотивировать больных на длительную, пожизненную терапию. Для этого важно, чтобы больные:

- имели исходную мотивацию на снижение массы тела и были готовы к изменению своих пищевых привычек и образа жизни навсегда;
- осознавали, что ожирение — это болезнь и были информированы о том, фактором риска каких конкретно заболеваний (с учетом наследственности) для них является ожирение;
- согласились с тактикой поэтапного снижения массы тела;
- реально оценивали индивидуальные перспективы снижения массы тела;
- не имели физических и эмоциональных препятствий к проведению лечения.

Перед тем, как пациент начнет осваивать новый образ жизни, медицинскому персоналу целесообразно оценить степень готовности пациента к изменениям и индивидуальные препятствия на этом пути (класс С, уровень 3).

Курение

Всем пациентам должен быть дан совет об избавлении от этой вредной привычки (класс А). Прекращение курения ассоциировано с прибавкой массы тела, что является распространенным психологическим препятствием для отказа от этой привычки, однако риски для здоровья и жизни при продолжении курения намного перевешивают последствия возможной прибавки массы тела.

Приоритетным в данном случае является прекращение курения. Если пациент не в силах самостоятельно отказаться от курения, то в таких случаях необходимо предоставить ему возможность консультирования по лечению никотиновой зависимости.

При определении *индивидуальной стратегии и тактики* лечения пациента учитываются:

- длительность избыточной массы тела или ожирения;
- степень и тип ожирения;
- наличие сопутствующих нарушений и / или заболеваний;
- предшествующий опыт лечения ожирения;
- динамика массы тела в течение последних двух-трех лет;
- пищевые привычки, особенности нарушений пищевого поведения, образ жизни в целом;
- возраст.

Контроль эффективности мероприятий по лечению ожирения осуществляют по показателю массы тела (класс С, уровень 3) и окружности талии. Снижение массы тела оказывает благоприятное воздействие на липидный спектр у лиц с ожирением и дислипидемией (класс А, уровень 1) и АД у лиц с ожирением и артериальной гипертензией (класс А, уровень 1), а также на гликемию у тучных лиц с СД2 (класс А, уровень 1).

Клинически значимым является снижение массы тела на 10% от исходной за шесть месяцев лечения (по 0,5–1,0 кг в неделю) с последующим поддержанием на достигнутом уровне.

После стабилизации массы тела в течение шести месяцев рассматривается вопрос о необходимости дальнейшего снижения массы тела. Управление сопутствующими факторами риска подразумевает отказ от курения (класс А, уровень 2), избыточного потребления алкоголя, контроль за показателями артериального давления и уровнем липидов.

Основой лечения ожирения являются вмешательства, направленные на всестороннее изменение образа жизни, включая методики коррекции поведения, двигательной активизации и консультирование по питанию (класс А, уровень 1). Терапией выбора для всех лиц с избыточной массой тела и ожирением является гипокалорийное питание и регулярная физическая активность (класс А, уровень 2), в том числе при наличии факторов риска СД2 (класс А, уровень 1) и ишемической болезни сердца (класс А, уровень 2). Пациенту необходимо придерживаться этих мероприятий в течение всей жизни.

Эффективность участия больного в лечении зависит от его мотивации, целеустремленности, воли, от уровня знаний, навыков самоконтроля. Поэтому важной составляющей лечения является мотивацион-

ное обучение пациентов. Лицам, желающим участвовать в программах контроля массы тела, целесообразно предоставлять возможность соответствующего обучения методике поведенческой терапии (класс В, уровень 2).

Успешному снижению массы тела и поддержанию ее на новом уровне способствуют более частые контакты пациента с медицинским персоналом (класс В, уровень 3).

Целесообразно участие врачей общей практики (семейных врачей) в сотрудничестве со специалистами в разработке и внедрении программ контроля веса для лиц с избыточной массой тела и ожирением (класс С, уровень 3).

Особые группы больных

В отдельных категориях пациентов стандартные подходы к снижению массы тела могут иметь разную эффективность (класс В, уровень 2).

При принятии решения о снижении массы тела у лиц пожилого возраста необходимо тщательно сопоставить потенциальные преимущества от снижения массы тела для прогноза и качества жизни с возможностью неблагоприятного воздействия на состояние костной ткани и другие аспекты состояния здоровья (класс С, уровень 3). Особую осторожность следует соблюдать пожилым людям с сердечной недостаточностью (класс В, уровень 2).

VI. Немедикаментозное лечение

План питания и консультирование по питанию, направленное на коррекцию массы тела, должны составляться квалифицированным медицинским специалистом (предпочтительно диетологом) совместно с пациентом (класс В, уровень 2).

Рекомендуется использовать сбалансированную по пищевым ингредиентам гипокалорийную диету (класс А, уровень 1) для снижения массы тела и эукалорийную — для поддержания достигнутой массы тела в сочетании с другими поддерживающими мероприятиями (класс С, уровень 4).

В рамках программы контроля массы тела не исключается назначение на 6 — 12 месяцев высокобелковой (класс В, уровень 2) или низкожировой диеты (класс А, уровень 2).

Уменьшения потребления жиров без снижения общей калорийности недостаточно для снижения массы тела; гипокалорийного питания можно добиться при одновременном уменьшении потребления жиров и углеводов (класс А, уровень 3).

Коррекция питания проводится на основании анализа дневника питания пациента и индивидуального подсчета калорийности суточного рациона с учетом массы тела, пола, возраста и физической активности. Для снижения массы тела калорийность суточного рациона уменьшается на 500—1000 ккал от физиологической потребности организма, что ведет к снижению массы тела, — в среднем на 0,5 — 1,0 кг в неделю (класс А, уровень 2). При исходно высокой суточной калорийности рациона она уменьшается постепенно (на 500 ккал каждые две-три недели) до рекомендуемого показателя.

Минимальная суточная калорийность рациона для мужчин должна быть не менее 1500 ккал, для женщин — 1200 ккал.

Баланс основных макронутриентов распределяется следующим образом: потребление жиров — до 25—30% от нормы суточной калорийности (насыщенные жиры составляют менее 10%), холестерина — <250—300 мг/сут; белков — до 15%; углеводов — до 60%.

Следует рекомендовать дробный прием пищи (не менее четырех раз в день, ужин не позднее, чем за три-четыре часа до сна); употребление свежих овощей (не менее 400 г) и фруктов; продуктов, содержащих большое количество балластных веществ (клетчатки); ограничение продуктов, содержащих быстроусвояемые углеводы, явные и скрытые жиры.

Следует помнить, что новые навыки правильного питания должны вводиться не одномоментно, а постепенно (поэтапно), чтобы избежать декомпенсации в психической сфере.

Совет о полном отказе от употребления алкоголя оправдан для больных с алкогольной зависимостью или злоупотреблением алкоголем в анамнезе, для беременных и кормящих женщин, а также для пациентов с медицинскими показаниями к воздержанию от алкоголя. В случае, если больной употребляет алкоголь, его калорийность должна учитываться, а пациент должен быть проинформирован о допустимом количестве алкоголя (не более 15 г этанола в сутки — для женщин и 30 г — для мужчин).

VII. Физическая активность

Физические нагрузки благоприятно влияют на многие метаболические процессы в организме, предупреждают потерю тощей массы и улучшают эмоциональное состояние пациентов.

Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением целесообразна долгосрочная регулярная физическая активность, направленная на снижение массы тела или ее поддержание (класс В, уровень 2).

Физические нагрузки также способствуют снижению массы атерогенного висцерального жира (класс В, уровень 3), повышают тренированность сердечно-сосудистой системы (класс А, уровень 2); помогают удерживать достигнутую массу тела (класс С, уровень 3).

Физическая активность должна хорошо переноситься пациентом, и выбирается индивидуально, ее длительность следует увеличивать постепенно, до достижения максимально возможного положительного эффекта в плане снижения массы тела (класс А, уровень 2).

Всем больным следует рекомендовать ежедневные аэробные физические упражнения не менее 30 минут в день, в некоторых случаях — до 60 минут, предпочтительно ежедневно, (класс В, уровень 2). На этапе стабилизации массы тела рекомендуется увеличить продолжительность физических нагрузок до 60—90 минут.

Все лица, планирующие программу интенсивных физических нагрузок, должны проконсультироваться с врачом (класс С, уровень 4).

Длительные физические тренировки (на выносливость) могут снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний у здоровых постменопаузальных женщин; такие нагрузки способствуя также сохранению «тощей» массы тела, полезны для взрослых с избыточной массой тела и ожирением (класс В, уровень 2).

VIII. Медикаментозное лечение ожирения

Назначение медикаментозных препаратов целесообразно тем пациентам с ожирением (ИМТ > 30), которые не могут достичь или удержать клинически значимую степень снижения массы тела при использовании только диеты и физических нагрузок (класс В, уровень 2), включая пациентов с факторами риска СД2, для улучшения контроля гликемии и снижения риска развития СД2 (класс В, уровень 2).

Также медикаментозная терапия показана пациентам с ИМТ ≥ 27 с висцеральным типом ожирения при наличии факторов риска или заболеваний, связанных с ожирением.

Среди препаратов, зарегистрированных в Российской Федерации в качестве **лекарственных средств**, для лечения ожирения в указанных группах больных могут быть рекомендованы орлистат и сибутрамин.

Данные об эффективности и безопасности использования в лечении ожирения **растительных препаратов, пищевых и биологически активных добавок** отсутствуют, поэтому их применение не рекомендуется (класс С, уровень 4).

Орлистат

Механизм действия — периферический, основан на подавлении активности желудочно-кишечных липаз, что приводит к уменьшению всасывания жира в кишечнике. В сочетании с гипокалорийной диетой орлистат вызывает значимое снижение массы тела. Препарат эффективнее, чем плацебо, предотвращает повторное увеличение массы тела. Орлистат принимают три раза в день по 120 мг во время еды или в течение часа после еды. Прием препарата следует пропустить, если пища не содержит жира. Наиболее распространенным побочным эффектом является частый жидкий маслянистый стул, что обусловлено основным механизмом действия препарата.

Орлистат используют и как маркер потребления избыточного количества жира. Прием орлистата помогает пациенту, оценивая изменения стула, самостоятельно корректировать свой пищевой рацион.

Сибутрамин

Механизм действия — центральный, основан на подавлении обратного захвата серотонина и норадреналина в синапсах центральной нервной системы, что приводит к повышению чувства насыщения, а также — на усилении термогенеза. В комбинации с диетотерапией клинически значимый эффект (снижение массы тела на 5–10%) на фоне применения препарата достигается существенно чаще, чем плацебо. Начальная доза составляет 10 мг в день (однократно утром), при отсутствии клинического эффекта дозу увеличивают до 15 мг. Неблагоприятные эффекты включают умеренное повышение АД и увеличение ча-

стоты сердечных сокращений. Сибутрамин не следует принимать больным с высоким и неконтролируемым АД, ИБС, застойной сердечной недостаточностью, аритмией, инсультом в анамнезе, глаукомой, а также в комбинации с психотропными препаратами со стимулирующим эффектом.

Поскольку ожирение — хроническое заболевание, краткосрочное использование медикаментозного лечения неэффективно. Медикаментозную терапию необходимо использовать как часть долговременной терапевтической стратегии.

В качестве постоянной терапии в настоящее время орлистат 120 мг можно применять в течение четырех лет, сибутрамин — в течение двух лет.

Необходимо постоянно мониторировать эффективность и безопасность лекарственной терапии ожирения и продолжать ее только в случае эффективности и отсутствия серьезных побочных эффектов; в противном случае медикаментозную терапию следует отменить (класс В, уровень 2).

IX. Хирургические методы лечения

Хирургическое лечение может проводиться при морбидном ожирении и неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий у тщательно отобранных пациентов, имеющих высокий риск осложнений и смертности, связанных с ожирением, и удовлетворяющих следующим критериям (класс В, уровень 2):

- ИМТ > 40 (независимо от наличия сопутствующих заболеваний);
- ИМТ > 35 и наличие тяжелых ассоциированных заболеваний, на течение которых можно воздействовать путем снижения массы тела.

Противопоказания к хирургическому лечению ожирения:

- обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- беременность и кормление грудью;
- онкологические заболевания;
- психические расстройства: тяжелые депрессии, психозы (в том числе хронические), злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, наркотическими и иными психотропными), некоторые виды расстройств личности (психопатий);
- тяжелые соматические заболевания, резко повышающие риск оперативного вмешательства (сердечная недостаточность III–IV ф.к., цирроз печени, печеночная и почечная недостаточности и др.).

Эффективность хирургического лечения определяется:

- степенью снижения массы тела или ИМТ;
- воздействием на течение связанных с ожирением заболеваний;
- изменением качества жизни.

Бариатрические операции (табл. 2 и 3) могут выполняться как из традиционного хирургического доступа, так и с применением лапароскопической техники. Окончательное решение о проведении операции и выборе ее вида принимает хирург. Пациент должен быть информирован об особенно-

стях предложенной ему операции и дать письменное согласие на ее выполнение.

После бариатрических операций необходимо пожизненное врачебное наблюдение. После гастрощунтирования и билиопанкреатического шунтирования необходим пожизненный прием витаминов группы В, включая В12, фолиевой кислоты, препаратов железа, кальция и др. для предотвращения последствий дефицита соответствующих микронутриентов (анемии, ос-

теопороза и др.) и контроль соответствующих биохимических, инструментальных и клинических показателей.

При недостаточном окончательном результате или возникновении поздних осложнений возможны повторные операции.

Абдоминопластика и липосакция не должны применяться для лечения морбидного ожирения, но могут проводиться на заключительном этапе хирургического лечения, по мере снижения и стабилизации массы тела.

Таблица 2

Хирургические методы лечения ожирения

Тип операции	Основной механизм действия	Функциональная обратимость операции
Эндоскопическая установка внутрижелудочных баллонов	Рестриктивный	Имеется
Гастрощунтирование (в комбинации с вертикальной гастропластикой или без нее)	Комбинированный: <u>рестриктивный</u> (формирование малой части желудка в субкардиальном отделе) и <u>мальабсорбтивный</u> (гастроэнтероанастомоз).	В функциональном отношении – имеется
Регулируемое бандажирование желудка	<u>Рестриктивный</u> : разделение желудка на две части при помощи специальных манжет, с формированием малой верхней части желудка объемом 10–15 мл	Имеется
Вертикальная гастропластика	<u>Рестриктивный</u> : формирование верхней малой части желудка с сообщением с остальной частью желудка через узкое отверстие	Имеется
Билиопанкреатическое шунтирование (БПШ)	<u>Рестриктивный</u> + <u>мальабсорбтивный</u> : резекция желудка + гастроилюостомия (либо дуоденоилюостомия). Тонкая кишка разделяется на три сегмента (алиментарную, билиопанкреатическую и общую петли)	В отношении тонкой кишки – имеется, в отношении желудка – отсутствует

Таблица 3

Эффективность и безопасность бариатрических операций

Вид операции	Процент потери избыточной массы тела	Частота периоперационных осложнений*	Операционная летальность*	Основные осложнения
Бандажирование желудка	50%	5%	0,1%	Отдаленные – пролапс желудка, обструкция соустья, дилатация пищевода или малого желудка, эрозивно-язвенные изменения желудка, техногенные осложнения в месте, связанные с применением имплантата
Вертикальная гастропластика	50–60%	5%	0,1%	Обструкция соустья, рвота, реканализация скрепленного шва, рецидив ожирения в отдаленные сроки
Гастрощунтирование	70%	5%	1%	Острые – тромбоз легочной артерии, несостоятельность анастомоза, раневая инфекция, кровотечение; отдаленные – демпинг-синдром, стеноз желудка, язвы, внутренние грыжи
Билиопанкреатическое шунтирование	70–75%	10%	1,1%	Острые – как при гастрощунтировании, отдаленные – диарея, метеоризм, витаминная, минеральная и белковая недостаточность

* при выполнении операции опытным хирургом.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Уровни доказательности и классы рекомендаций

- Уровень доказательности обозначает силу доказательств в пользу (или против) конкретного вмешательства / мероприятия.

- Класс рекомендаций информирует пользователя, должно ли (или не должно) внедряться данное вмешательство, и отражает как уровень доказательности в поддержку данной рекомендации, так и учет (где применимо) риска и затрат на вмешательство, его важности и значения для индивидуума или популяции.

Уровни	Критерии
1	• Рандомизированные контролируемые исследования (или метаанализы) без существенных ограничений / недостатков
2	• Рандомизированные контролируемые исследования (или метаанализы) с существенными ограничениями / недостатками • Обсервационные исследования (нерандомизированные клинические исследования или когортные) с единообразными результатами
3	• Другие обсервационные исследования (проспективные когортные, «случай-контроль», серия случаев)
4	• Данные неадекватны или отсутствуют • Описания отдельных случаев или отдельного клинического опыта

Класс	Критерии
А	Сильные рекомендации (вмешательство может быть применено к большинству индивидуумов в большинстве ситуаций)
	• Польза четко превышает риск (или наоборот) • Уровень доказательности 1, 2 или 3
В	Промежуточные рекомендации (вмешательство может варьировать в зависимости от характеристик пациента или других обстоятельств)
	• Неясно, превышает ли польза риск • Уровень доказательности 1, 2 или 3
С	Слабые рекомендации (консенсус) (равно целесообразными могут быть иные вмешательства)
	• Неясно, превышает ли польза риск • Уровень доказательности 3 или 4

Ждем Ваши замечания, дополнения, комментарии на адрес редакции журнала «Ожирение и метаболизм».

Российская ассоциация эндокринологов