

Ожирение среди больных, обратившихся за медицинской помощью (данные крупного отечественного эпидемиологического исследования)

М.Ю. Дробижев

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова (Москва)

Резюме. Цель исследования – изучение ожирения у 10541 больных в 29 городах Российской Федерации от Санкт-Петербурга до Владивостока, обратившиеся за помощью к терапевтам, неврологам и кардиологам (программа КОМПАС). Все наблюдения разделены на две группы: с ожирением (средний ИМТ=33,7±4,1 кг/м²), и без этого заболевания (средний ИМТ=24,4±3,0 кг/м²). Группы сопоставлялись по демографическим характеристикам; особенностям медицинского маршрута; соматическому и психическому состоянию. Доля больных с ожирением достигает 20% от всех пациентов, обратившихся за помощью в различных городах России. Среди лиц, страдающих ожирением, чаще встречаются женщины (средний возраст 54,0±12,0 года). Для этих больных характерны неблагоприятные социально-экономические показатели (низкий уровень образования, отсутствие занятости, одиночество и т.д.). Пациенты с ожирением чаще обращаются к кардиологам, страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом 2 типа. Представлена гипотеза о формировании ожирения в рамках психических расстройств (депрессия, пищевая аддикция – зависимости от пищи). Обсуждается возможность лечения больных с помощью сибутрамина. *Ключевые слова:* ожирение, эпидемиология, пищевая аддикция, сибутрамин.

Research objective: to study obesity among 10541 patients in therapeutic, neurologic and cardiological practices in 29 cities of the Russian Federation from St.-Petersburg to Vladivostok (COMPASS program). All patients are divided on two groups: with obesity (average BMI=33,7±4,1 kg/m²), and without this disease (average BMI=24,4±3,0 kg/m²). Groups were compared under demographic characteristics; features of a medical route; somatic and mental state. 20% from all patients in mentioned practices in various cities of Russia have obesity. Patients with obesity are predominantly women (middle age 54,0±12,0 year). For these patients low social and economic status (with low educational level, absence of employment, loneliness etc.) are characteristic. Patients with obesity are more often observe in cardiological practice. They suffer from cardiovascular diseases and type 2 diabetes. The hypothesis about obesity formation within mental disorders (depression, food addiction – dependence on food) is presented. Possibility of treatment of patients with the help of sibutramine is discussed. *Key words:* obesity, epidemiology, food addiction, sibutramine.

Известно, что ожирение традиционно рассматривается в качестве многофакторного заболевания, в формировании которого взаимодействуют различные генетические [37, 42], физиологические [18], социальные [30], культурные [33, 40], психологические [22], психопатологические [25] факторы. В свою очередь ожирение способствует возникновению и/или прогрессированию широкого круга заболеваний [1, 8, 12, 13, 25]. Установлено, что как факторы риска ожирения (в большей мере), так и характер влияния этого заболевания на соматическое состояние пациентов (в меньшей мере) могут существенным образом варьировать в зависимости от изучаемой популяции [33, 41]. Соответственно научный анализ проблемы ожирения в любой стране мира невозможен без проведения национальных эпидемиологических исследований, направленных на изучение обстоятельств возникновения этого заболевания, и его воздействия на здоровье населения. Ведь именно такие работы позволяют сконцентрировать усилия ученых и организаторов здравоохранения на наиболее значимых для данной популяции аспектах рассматриваемой тематики.

Проведение эпидемиологических исследований всегда связано со значительными затратами сил и средств. Возможно, из-за этого такие исследования концентрируются на изучении лиц, проживающих в одном регионе (городе, области) и/или ограничиваются изучением какой-либо одной возрастной категории [3, 4, 10, 11]. Между тем затраты на проведение исследования можно минимизировать, если использовать базы данных уже проведенных работ. Дело в том, что многие эпидемиологические исследования, посвященные самым разным проблемам, как правило, предусматривают регистрацию сведений о росте и весе пациентов, что позволяет рассчитать индекс массы тела (ИМТ). Кроме того, в таких работах всегда содержится информация о демографических и клинических особенностях пациентов. В результате эпидемиологические исследования позволяют получить представление о значительном контингенте больных ожирением.

Одним их примеров такого исследования является крупная отечественная программа «КОМПАС» (Клинико-эпидемиологическая программа изучения

депрессии в практике врачей общей соматической профессии), проведенная в 2002 году в России [4, 6]. В рамках этой программы были изучены более 10000 больных в 29 городах Российской Федерации от Санкт-Петербурга до Владивостока, обратившихся за помощью в медицинские учреждения различного типа (поликлиники, клинические больницы и госпитали, городские, областные и республиканские диспансеры, клинические отделения научно-исследовательских центров). Для отбора пациентов одному из 800 неврологов, кардиологов, терапевтов, участвующих в исследовании предлагалось в течение одного дня последовательно (а не выборочно) включить в исследование 15 больных старше 18 лет, пришедших на амбулаторный прием или находившихся под наблюдением в стационаре. При этом заполнялась карта обследования, в которой отражались основные сведения о пациенте. В частности регистрировали массу тела и рост больных, диагнозы заболеваний, количество посещений медицинских учреждений за год, демографические и целый ряд иных данных, включая сведения о психическом состоянии. Соответственно, для анализа проблемы ожирения в нашей стране представлялось актуальным обратиться к базе программы «КОМПАС».

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования вычислялся ИМТ¹. В дальнейшем все больные разделены на две группы. Первую из них – основную (n) – составили пациенты с ожирением (средний ИМТ=33,7±4,1). Вторую – сравнения (n₁) – больные без ожирения (средний ИМТ=24,4±3,0). Группы сопоставлялись:

- по месту наблюдения (город);
- демографическим характеристикам (пол, возраст, семейное положение, уровень образования, род занятий, наличие инвалидности);
- особенностям медицинского маршрута (специалистом какого профиля наблюдался на момент включения в исследование, амбулаторно или в стационаре, как часто в течение предшествующего обследованию года обращался за помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения или госпитализировался);
- диагнозам соматических заболеваний;
- психическому состоянию (психическая патология, известная лечащему врачу, психотравмирующие ситуации, сумма баллов по шкале депрессий Центра эпидемиологических исследований США – CES-D [2], лечение психотропными препаратами);

Сравнение качественных показателей осуществлялось с помощью критерия χ^2 , количественных – двухвыборочного теста Колмогорова – Смирнова. При этом из анализа исключались случаи с пропущенными данными. Поэтому каждый раз при сравнении больных указывали число пациентов, вошедших в группу (n и n₁). Вычисления проводили с помощью программы Statistica for Windows (StatSoft Inc. 1995-1999).

¹ ИМТ = вес (кг) / рост (м)²

² У больных легкими депрессиями сумма баллов по CES-D находится в пределах от 19 до 25 баллов [2]

Таблица 1

Пациенты из:	Распределение групп пациентов, обследованных в различных городах РФ		p
	n=2026 с ожирением абс. кол-во (доля в %)	n ₁ =7915 без ожирения абс. кол-во (доля в %)	
Москвы	406 (20)	1608 (20)	0,78
Санкт-Петербурга	230 (11)	999 (13)	0,12
Екатеринбурга	31 (2)	168 (2)	0,14
Челябинска	42 (2)	168 (2)	0,14
Перми	19 (1)	111 (1)	0,10
Уфы	41 (2)	160 (2)	0,99
Ижевска	40 (2)	154 (2)	0,93
Нижегорода	102 (5)	265 (3)	<0,001
Казани	26 (1)	168 (2)	0,02
Пензы	37 (2)	150 (2)	0,84
Самары	69 (3)	300 (4)	0,41
Волгограда	32 (11)	160 (10)	0,14
Тольятти	50 (3)	147 (2)	0,09
Саратова	49 (2)	146 (2)	0,10
Ростова на Дону	126 (6)	439 (6)	0,24
Краснодара	103 (5)	281 (4)	0,001
Красноярска	67 (3)	272 (3)	0,77
Иркутска	24 (1)	100 (1)	0,78
Новосибирска	77 (4)	297 (4)	0,92
Кемерово	65 (3)	148 (2)	0,01
Барнаула	33 (2)	153 (2)	0,37
Томска	58 (3)	140 (2)	0,002
Омска	77 (4)	284 (4)	0,65
Тюмени	15 (1)	179 (2)	<0,001
Воронежа	64 (3)	311 (4)	0,10
Рязани	41 (2)	136 (2)	0,35
Липецка	55 (3)	141 (2)	0,007
Ярославля	32 (2)	166 (2)	0,14
Владивостока	24 (1)	164 (2)	0,009

Результаты исследования

В программу включен 10541 пациент. Характеристика пациентов описывалась ранее в ряде публикаций [6, 14]. У 9941 больного определялись антропометрические показатели (рост и масса тела). После вычисления ИМТ в первую группу (n) вошли 2026 больных, вторую (n₁) – 7915. Таким образом, распространенность ожирения среди всех пациентов, охваченных программой КОМПАС, составила 20,4%.

Больные ожирением достаточно равномерно распределены в изученных городских центрах (таблица 1).

Выявлен ряд центров, в которых больные с рассматриваемым заболеванием вносят значимо больший (Нижегород, Краснодар, Кемерово, Томск, Липецк) или меньший вклад (Тюмень, Владивосток) в общее число наблюдений своей группы. При сопоставлении исследованных групп пациентов обнаружилось, что пациенты с ожирением значимо старше (таблица 2). Среди них чаще встречаются женщины, овдовевшие лица, с неполным средним, средним и средним специальным уровнем образования, пенсионеры, неработающие по инвалидности, больные, находящиеся на 3 и 2 группах инвалидности. Напротив,

Таблица 2

Сопоставление пациентов изученных групп по демографическим показателям			
Демографические показатели	Пациентов		p
	с ожирением абс. кол-во (доля в %) сред. ± станд. откл.	без ожирения абс. кол-во (доля в %) сред. ± станд. откл.	
Средний возраст – годы (n=1640, n ₁ =6443)	54,0±12,0	46,8±15,3	<0,001
Пол жен./муж. (n=2001, n ₁ =7804)	1501 (75) / 500 (25)	4728 (61) / 3076 (39)	<0,001
Семейное положение (n=2004, n ₁ =7850)			
состоят в браке	1266 (63)	4821 (61)	0,15
в разводе	226 (11)	1042 (13)	0,02
вдовы и вдовцы	366 (18)	788 (10)	<0,001
не состоят в браке	146 (7)	1199 (15)	<0,001
Образование (n=2024, n ₁ =7889)			
неполное среднее	166 (8)	432 (6)	<0,001
среднее и среднее специальное	1034 (51)	3426 (44)	<0,001
незаконченное высшее	78 (4)	561 (7)	<0,001
высшее	746 (37)	3464 (44)	<0,001
Занятость (n=2005, n ₁ =7838)			
служащие	649 (32)	3063 (39)	<0,001
бизнесмены	44 (2)	246 (3)	0,03
творческий труд	40 (2)	302 (4)	<0,001
руководители	149 (6)	548 (7)	0,50
пенсионеры	616 (31)	1417 (18)	<0,001
рабочие	275 (14)	1233 (16)	0,03
учащиеся	4 (0,2)	329 (4)	<0,001
безработные	57 (3)	267 (3)	0,20
неработающие по инвалидности	171 (9)	433 (6)	<0,001
Инвалидность (n=1906, n ₁ =7525)			
3 группы	118 (6)	348 (5)	0,005
2 группы	441 (38)	1026 (14)	<0,001
1 группы	12 (1)	53 (1)	0,72

среди пациентов, не страдающих ожирением, чаще встречаются мужчины, лица, разведенные и не состоящие в браке, с незаконченным высшим и высшим уровнем образования, служащие, бизнесмены, занимающиеся творческим трудом, рабочие.

Данные проведенного исследования свидетельствуют о накоплении больных ожирением в кардиологической практике (таблица 3).

Пациенты с ожирением также чаще встречаются в стационаре (650 наблюдений – 34%, против 1725 – 23%, p<0,001), а лица без ожирения чаще наблюдаются у неврологов и терапевтов, в учреждениях амбулаторного типа (5705 наблюдений – 77%, против 1253 – 66%, p<0,001).

В течение предшествующего обследованию года больные ожирением чаще обращались в амбулаторно-поликлинические учреждения (1476 наблюдений – 83%, против 5330 – 77%, p<0,001), а также госпитализировались в различные стационары (709 наблюдений – 40%, против 2072 – 30%, p<0,001). У пациентов с рассматриваемым заболеванием среднее число посещений поликлиники и госпитализаций достигает 3,8±5,5 и 0,5±0,8 раз, соответственно. Аналогичные показатели для больных, не страдаю-

Таблица 3

Сопоставление пациентов с ожирением (n=1845) и без этого заболевания (n ₁ =7228) по специальности врача, включившего их в исследование			
Включены в исследование	Пациенты		p
	с ожирением абс. кол-во (доля в %)	без ожирения абс. кол-во (доля в %)	
неврологом	409 (22)	1948 (27)	<0,001
кардиологом	689 (37)	2022 (28)	<0,001
терапевтом	747 (41)	3258 (45)	<0,001

щих ожирением значимо (p<0,001) ниже: 2,9±4,2 и 0,3±0,7, соответственно.

Представленные выше данные становятся вполне понятными, если учесть, что у больных ожирением отмечается большая распространенность, прежде всего, сердечно-сосудистой патологии (таблица 4).

Таким образом, у больных ожирением чаще отмечаются артериальная гипертензия, стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости сердца, дисциркуляторная энцефалопатия, острые нарушения мозгового кровообращения и их последствия. В основной группе, чаще выявляется сахарный диабет 2 типа, а также остеохондроз позвоночника.

В то же время среди больных, не страдающих ожирением, чаще встречаются такие диагнозы как язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, острое заболевание верхних дыхательных путей, синдром вегетативной дистонии, травматическое поражение головного мозга и его последствия.

Достаточно неблагоприятно и психическое состояние пациентов (таблица 5).

Прежде всего, это касается средней суммы баллов CES-D. Этот показатель не только значимо выше у больных ожирением, но и свидетельствует о наличии у большинства из них, по крайней мере, легкой депрессии. Напротив, средняя сумма баллов CES-D у пациентов из группы сравнения свидетельствует об отсутствии у многих из них депрессивного состояния. Действительно, рассматриваемый показатель составляет у них всего 18,5±10,0 – т.е. не достигает величины в 19 баллов, необходимой для диагностики депрессии [2]. Кроме того, в анамнезе у больных ожирением несколько чаще отмечены психотравмирующие ситуации, имевшие место более года назад. Пациенты из основной группы чаще лечились психотропными препаратами, включая барбитураты, средства растительного происхождения и транквилизаторы. Обращает на себя внимание, что у больных, не страдающих ожирением, несколько чаще отмечаются психотравмирующие ситуации, имевшие место менее года назад. Кроме того, они употребляют больше алкоголя и чаще являются курильщиками.

Обсуждение результатов

Получены данные, свидетельствующие о высокой (20%) и практически одинаковой встречаемости ожирения среди больных, наблюдающихся врачами наиболее

Таблица 4

Соматические заболевания	У пациентов		p
	(n=1941) с ожирением абс.кол-во (доля в %) сред.± станд.откл.	(n ₁ =7560) без ожирения абс.кол-во (доля в %) сред.± станд.откл.	
артериальная гипертензия	1399 (72)	3080 (41)	<0,001
острый инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия	82 (4)	257 (3)	0,08
стабильная стенокардия напряжения	439 (23)	998 (14)	<0,001
постинфарктный кардиосклероз	213 (11)	628 (8)	<0,001
атеросклеротический кардиосклероз	389 (20)	887 (12)	<0,001
хроническая сердечная недостаточность	311 (16)	641 (9)	<0,001
нарушения ритма и проводимости сердца	342 (18)	810 (11)	<0,001
сахарный диабет 1 типа	15 (1)	62 (1)	0,83
сахарный диабет 2 типа на инсулинотерапии	35 (2)	85 (1)	0,02
сахарный диабет 2 типа (больные не получают инсулин)	177 (9)	283 (4)	<0,001
язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	143 (7)	709 (9)	0,006
хроническая обструктивная болезнь легких	218 (11)	763 (10)	0,14
острое заболевание верхних дыхательных путей	170 (9)	1175 (16)	<0,001
дисциркуляторная энцефалопатия	581 (30)	1384 (18)	<0,001
острое нарушение мозгового кровообращения и его последствия	99 (5)	264 (4)	0,001
синдром вегетативной дистонии	239 (12)	1922 (25)	<0,001
остеохондроз позвоночника	1049 (54)	3428 (45)	<0,001
синдром паркинсонизма	18 (1)	48 (1)	0,16
травматическое поражение головного мозга и его последствия	72 (4)	400 (5)	0,004
онкологические заболевания	41 (2)	114 (2)	0,06

распространенных специальностей, в 29 крупных городах России. Очевидно, что это возможно только в ситуации, когда рассматриваемое заболевание, по крайней мере, в городах возникает и развивается в силу сходных и достаточно часто встречающихся причин. Для их анализа представляется целесообразным обратиться к выявленным в настоящем исследовании особенностям изученной выборки больных ожирением, обратившихся за помощью к неврологам, кардиологам, терапевтам.

Сразу же укажем, что каждая из таких особенностей, взятая в отдельности, неоднократно описывалась в предшествующих публикациях. Так, сообщалось о значимых положительных корреляциях между возрастом и долей пациентов, страдающих рассматриваемым заболеванием [19, 28]. Подчеркивалась связь между ожирением и женским полом [20, 33], а также менопаузой [7, 21]. Указывалось на высокую распространенность ожирения среди женщин с низким уровнем образования [28], включая среднее [27]. Подчеркивалась связь заболевания с низким социальным статусом [39], отсутствием работы [24], неполной семьей [20], а также связь ожирения, сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета [18, 23, 32, 39]. Подчеркивалось, что больные рассматриваемым заболеванием зачастую оценивают свое соматическое состояние как достаточно тяжелое [20]. Прослеживались патогенетические взаимосвязи между ожирением, депрессией [36] и стрессом [32]. Указывалось, что рассматриваемое заболевание встречается реже среди курящих [19].

Отличие результатов настоящего исследования состоит в том, что все указанные особенности могут быть рассмотрены в совокупности и во взаимосвязи друг с другом. При этом можно гипотетически предположить существование следующих зависимостей. У значитель-

ной части пациентов складывается неблагоприятный социально-экономический фон, за счет низкого уровня образования, отсутствия занятости, одиночества. Эти обстоятельства, безусловно, являются мощными психотравмирующими факторами. Неслучайно, у большинства больных ожирением возникает легкая депрессия. Между тем, это психическое расстройство часто сопровождается усилением аппетита, повышающегося за счет нарушения обмена в ЦНС нейротрансмиттеров (в частности, серотонина, норадреналина и дофамина).

Нельзя исключать возможность вполне «сознательное» увеличение объема принимаемой пищи пациентами из-за того, что она обладает известными гедонистическими свойствами — т.е. способностью «смягчать» стресс, улучшать настроение [26, 31, 41]. В результате рассмотренных процессов происходит формирование психологической зависимости от пищи — т.н. аддикции [9]. В конечном итоге у больных развивается ожирение. В свою очередь это заболевание приводит к возникновению сердечно-сосудистых, церебро-васкулярных, эндокринных болезней и патологией суставов. Между тем, ухудшение соматического состояния, необходимость обращения за медицинской помощью, нарастающая утрата трудоспособности также являются важными психотравмирующими факторами, которые могут способствовать усилению депрессии и пищевой аддикции [5].

Насколько вероятен именно такой сценарий развития рассматриваемого заболевания у изученного контингента больных? При ответе на этот вопрос следует учитывать, что данные проведенного исследования содержат несколько косвенных подтверждений представленных предположений. В частности, на важную роль центральных механизмов формирования ожирения (депрессия, аддикция) указывает более частое ис-

Таблица 5

Показатели психического состояния	Пациентов		p
	с ожирением	без ожирения	
	абс. кол-во (доля в %) сред. ± станд. откл.	абс. кол-во (доля в %) сред. ± станд. откл.	
психические заболевания в анамнезе (n=1573, n ₁ =5819)	34 (2)	128 (2)	0,84
сумма баллов CES-D (n=1982, n ₁ =5819)	20,3±10,2	18,5±10,0	<0,001
психотравмирующие ситуации (n=2026, n ₁ =7111) в т.ч.	1855 (92)	7915 (90)	<0,001
более года назад	1184 (58)	4260 (54)	0,001
менее года назад	1172 (58)	4911 (62)	<0,001
терапия психотропными препаратами (n=1900, n ₁ =7374) в т.ч.:	1135 (60)	3827 (52)	<0,001
барбитуратами и средствами растительного происхождения	855 (45)	2936 (40)	<0,001
транквилизаторами	516 (27)	1585 (22)	<0,001
антидепрессантами	107 (6)	368 (5)	0,26
антипсихотиками	23 (1)	101 (1)	0,59
употребление алкоголя в неделю (n=2105, n ₁ =7852)			
отрицается	1408 (70)	4506 (57)	<0,001
менее 0,5 бутылок водки или 1 бутылки вина или 7 бутылок пива	492 (25)	2708 (34)	<0,001
менее 1 бутылки водки или 2 бутылок вина или 15 бутылок пива	62 (3)	457 (6)	<0,001
менее 2 бутылок водки или 4 бутылок вина или 20 бутылок пива	28 (1)	130 (2)	0,29
более 2 бутылок водки или 4 бутылок вина или 20 бутылок пива	15 (1)	51 (1)	0,75
курение (n=2015, n ₁ =7877)			
отрицается	1577 (78)	4990 (64)	<0,001
прекращено	166 (8)	893 (11)	0,001
продолжается	282 (14)	1994 (25)	<0,001
среднее количество сигарет на одного больного в день (n=2010, n ₁ =7836)	1,7±5,2	3,3±7,0	<0,001

пользование больными с этим заболеванием седативных психотропных препаратов (барбитураты, транквилизаторы). Наконец, пациенты с ожирением обнаруживают меньшее пристрастие к алкоголю и никотину, вызывающим эйфорию и зависимость, возможно потому, что у них уже существует аддикция к пище.

Представленные данные позволяют наметить ряд этиологически и патогенетически обоснованных мероприятий, направленных на лечение ожирения. В частности, необходимо предусмотреть возможность разработки программы социальной поддержки больных, позволяющие сгладить воздействие неблагоприятного социально-экономического фона. Очевидна необходимость консультативной психиатрической помощи, включающей возможность назначения антидепрессантов.

В качестве отдельной проблемы следует рассмотреть вопрос о лечении ожирения у больных. Понятно, что пациенты в силу особенностей патогенеза рассматриваемого заболевания (нарушение центральных механизмов регуляции насыщения) будут испытывать большие трудности при соблюдении рекомендаций по диете. В этой ситуации немаловажное значение приобретает рациональное применение фармакотерапии ожирения, в частности, назначение препаратов центрального действия для коррекции пищевого поведения.

Очевидно, что изученным больным противопоказаны амфетамины, зачастую входящие в состав биологически активных добавок. Дело в том, что больные, страдающие аддикцией, способны менять одну зависимость на другую [38]. Между тем амфетамины сами по себе являются наркотическими веществами, вызывающими зависимость [17]. Орлистат для обследованных

пациентов является симптоматическим средством. Действительно, терапевтическое действие орлистата осуществляется в просвете желудка и тонкого кишечника и сводится к блокированию расщепления жиров пищи, а, соответственно, к затруднению их всасывания [15]. Соответственно, препарат не будет способствовать коррекции вышеописанных центральных механизмов развития ожирения, связанных с замедленным возникновением во время еды ощущения сытости.

Сибутрамин [Меридиа®] ингибирует обратный захват нейромедиаторов-моноаминов (серотонина и норадреналина), а его активные метаболиты еще и дофамина [16]. Увеличение содержания этих моноаминов в межсинаптической щели приводит к восстановлению нормальной скорости возникновения чувства насыщения. Пациент испытывает ощущение сытости раньше и, за счет этого, перестает переедать. Кроме того, механизм действия сибутрамина во многом аналогичен психофармакологическим свойствам антидепрессантов, ингибирующим обратный захват моноаминов. Соответственно, с патогенетической точки зрения центральный механизм действия сибутрамина и потенциально возможные (хотя бы умеренные) антидепрессивные эффекты препарата, делают его предпочтительным при лечении ожирения у рассматриваемого контингента пациентов.

Завершая обсуждение результатов исследования необходимо напомнить, что программа «КОМПАС» была выполнена в 2002 году. Между тем факторы, способствующие развитию ожирения, подвержены значительной динамике с течением времени [34]. Соответственно, представляется целесообразным при первой возможности вернуться к изучению эпидемиологии ожирения.

- Аметов А. С., Демидова Т. Ю., Целиковская А. Л. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания // *Терапевт. арх.* – 2001. - № 8. – С. 66–69.
- Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемединской практике // *Журн. Неврол. и Психиатр. им. С.С. Корсакова* 2003. – Т.103, N 5. – С. 11–18.
- Базина И. Б., Богачев Р. С., Ковалев О. И., Ивантеева Т. В., Лифке М. В., Рафеенкова В. С., Шутова Е. П. Эпидемиологические и социальные аспекты артериальной гипертонии у лиц молодого возраста (по результатам обследования организованного трудового коллектива Смоленска. // *Терапевтический архив.* – 2005. – Т. 76. N.1. – С. 31–33.
- Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Бутрова С. А., Савельева Л. В. Ожирение в подростковом возрасте. Результаты российского эпидемиологического исследования // *Терапевтический архив.* – 2007. – Т. 79. N.10. – С. 28–32.
- Дробижев М.Ю. Реактивные (нозогенные) депрессии у больных соматическими заболеваниями. Современная психиатрия им. П.Б. Ганнушкина 1998;2:28–32.
- Дробижев М.Ю., Шамшурина Н.Г., Макух Е.А., Айду Ф.А. Депрессивные состояния в общей медицине: вопросы клинко-экономического анализа. // *Экономист лечебного учреждения.* – 2006. – N 1. – С. 37–43.
- Измозерова Н. В., Андреев А. Н., Обоскалова Т. А., Попов А. А., Сергеева Л. Н., Акимова А. В., Стрюкова О. Ю., Тагилцева Н. В. Артериальная гипертония, нарушения углеводного и липидного обменов у женщин с ожирением в перименопаузе. // *Терапевтический архив.* – 2005. – Т. 77. N.3. – С. 67–69.
- Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Асеева О.А., Верещагина Г.Н., Галявич А.С., Дроздецкий С.И., Шлык С.В. Клинико-демографические характеристики различных вариантов артериальной гипертонии у пожилых пациентов (по результатам Российской научно-практической программы АРГУС). // *Терапевтический архив.* – 2002. – Т. 74. N.2. – С. 47–51.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия /Под ред. В.В. Макарова. (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии). – М.–Екатеринбург: Академический Проект; Деловая книга, 2000 – 463 с.
- Кылбанова Е. С., Малютина С. К., Насонова В. Н., Никитин Ю. П. 10-летние тренды показателей массы тела у мужчин и женщин Новосибирска (1985–1995 гг.). // *Терапевтический архив.* – 2005. – Т. 77. N.3. – С. 64–67.
- Медик В. А., Вебер В. Р., Рубанова М. П., Копина М. Н., Казымов М. С., Бачманов А. А., Шматько Д. П., Захарова Ю. В., Мишкина М. Ю. Распространенность артериальной гипертонии и ассоциированных с ней факторов риска у лиц разного пола и возраста. // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2007. – N. 5. – С. 3–5.
- Мельниченко, Г. А. Пышкина Е. Н. Ожирение и инсулинорезистентность – факторы риска и составная часть метаболического синдрома // *Терапевт. арх.* – 2001. – № 12. – С. 5–8.).
- Носкова А. С., Красивина И. Г., Долгова Л. Н., Лаврухина А. А. Абдоминальное ожирение – фактор, способствующий остеоартрозу коленных суставов. // *Терапевтический архив.* – 2007. – Т. 79. N.5. – С. 29–31.
- Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Шальнова С.А., Погосова Г.В. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемединской практике. Результаты программы КОМПАС // *Кардиология* – 2004. – N1. С. 48–54.
- Описание препарата Коеникал. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. 2008. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/xenical.htm.
- Описание препарата Меридиа. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. 2008. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/meridia.htm.
- Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайнман С.Е. (ред.) Наркология: Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: «Издательство Бином» – «Невский Диалект», 2000. – 320С.
- Brehm V, Gates D, Singler M, Poepelman A, Succop P, D'Alessio D. Prevalence of obesity and cardiovascular risk factors among manufacturing company employees in Kentucky. *AAOHN J.* 2007 Oct;55(10):397–406.
- Brown A, Siahpush M. Risk factors for overweight and obesity: results from the 2001 National Health Survey. *Public Health.* 2007 Aug;121(8):603–13.
- Carter AO, Hambleton IR, Broome HL, Fraser HS, Hennis AJ. Prevalence and risk factors associated with obesity in the elderly in Barbados. *J Aging Health.* 2006 Apr;18(2):240–58.
- Chang CJ, Wu CH, Yao WJ, Yang YC, Wu JS, Lu FH. Relationships of age, menopause and central obesity on cardiovascular disease risk factors in Chinese women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000 Dec;24(12):1699–704.
- Davis C, Curtis C, Tweed S, Patte K. Psychological factors associated with ratings of portion size: relevance to the risk profile for obesity. *Eat Behav.* 2007 Apr;8(2):170–6.
- Dennis B, Aziz K, She L, Faruqui AM, Davis CE, Manolio TA, Burke GL, Aziz S. High rates of obesity and cardiovascular disease risk factors in lower middle class community in Pakistan: the Metroville Health Study. *J Pak Med Assoc.* 2006 Jun;56(6):267–72.
- Ersoy C, Imamoglu S. Comparison of the obesity risk and related factors in employed and unemployed (housewife) premenopausal urban women. *Diabetes Res Clin Pract.* 2006 May;72(2):190–6.
- Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res.* 2006 Dec;21(6):770–82.
- Jarosz PA. The effect of kappa opioid receptor antagonism on energy expenditure in the obese Zucker rat. *Biol Res Nurs.* 2007 Apr;8(4):294–9.
- Jia H, Li JZ, Leserman J, Hu Y, Drossman DA. Relationship of abuse history and other risk factors with obesity among female gastrointestinal patients. *Dig Dis Sci.* 2004 May;49(5):872–7.
- Khalid ME. The prevalence of abdominal obesity and its associated risk factors in married, non-pregnant women born and living in high altitude, southwestern, Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2007 Dec;28(12):1875–80.
- Lawton C., Burley V., Wales J., Blundel J. / Dietary fat and appetite control in obese subjects: weak effects on satiation and satiety. // *Int Obesity* 1993: 409–418.
- Lopez RP Neighborhood risk factors for obesity. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Aug;15(8):2111–9.
- Martin-Du Pan RC, Wurtman RJ. [The role of nutrition in the synthesis of neurotransmitters and in cerebral functions: clinical implications] *Schweiz Med Wochenschr.* 1981 Sep 26;111(39):1422–34.
- Mohatt GV, Plaetke R, Klejka J, Luick B, Lardon C, Bersamin A, Hopkins S, Dondanville M, Herron J, Boyer B. The Center for Alaska Native Health Research Study: a community-based participatory research study of obesity and chronic disease-related protective and risk factors. *Int J Circumpolar Health.* 2007 Feb;66(1):8–18.
- Reynolds K, Gu D, Whelton PK, Wu X, Duan X, Mo J, He J. Prevalence and risk factors of overweight and obesity in China. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Jan;15(1):10–8.
- Rodríguez Artalejo F, López-García E, Gutiérrez-Fisac JL, Banegas Banegas JR, Lafuente Urdinguio PJ, Domínguez Rojas V. Changes in the prevalence of overweight and obesity and their risk factors in Spain, 1987-1997. *Prev Med.* 2002 Jan;34(1):72–81.
- Rolls B., Hammer V. Fat, carbohydrate and the regulation of energy intake. *Am J Clin Nutr* 1995; 62 (Suppl): 1086S–1095S.
- Stice E, Presnell K, Shaw H, Rohde P. Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2005 Apr;73(2):195–202.
- Terruzzi I, Senesi P, Fermo I, Lattuada G, Luzi L. Are genetic variants of the methyl group metabolism enzymes risk factors predisposing to obesity? *J Endocrinol Invest.* 2007 Oct;30(9):747–53.
- Thormodsen M, Hjortdahl P, Farbrod T, Jacobsen OV, Nenningsland JB, Nielsen BB, Nielsen BB. [From valium to the happy pill?] *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1999 Jun 10;119(15):2157–60.
- Wang Y, Liang H, Tussing L, Braunschweig C, Caballero B, Flay B. Obesity and related risk factors among low socio-economic status minority students in Chicago. *Public Health Nutr.* 2007 Sep;10(9):927–38.
- White MA, Kohlmaier JR, Varnado-Sullivan P, Williamson DA. Racial/ethnic differences in weight concerns: protective and risk factors for the development of eating disorders and obesity among adolescent females. *Eat Weight Disord.* 2003 Mar;8(1):20–5.
- Wurtman RJ. Effects of foods on the brain. Possible implications for understanding and treating Tourette syndrome. *Adv Neurol.* 1992;58:293–301.
- You T, Yang R, Lyles MF, Gong D, Nicklas BJ. Abdominal adipose tissue cytokine gene expression: relationship to obesity and metabolic risk factors. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2005 Apr;288(4):E741–7.