

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ ТА НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

**В.Ю. Приходько**

*Національна медична академія післядипломної освіти  
ім. П.Л.Шупика*

Як зазначено у Доповіді ВООЗ про стан охорони здоров'я в світі, розповсюдженість Ож в теперішній час набуло характер "неінфекційної епідемії" [10, 13, 16, 17]. Згідно епідеміологічних досліджень останніх років, близько 1,7 млрд. осіб у світі мають надмірну вагу тіла або Ож [1, 4, 17]. Якщо ще декілька десятиріч тому світовою проблемою був дефіцит ваги, то сьогодні навіть в країнах Африки розповсюдженість Ож неухильно росте, при цьому тільки за останні 10 років частота зустрічальності Ож підвищилася на 75,0% [4, 13].

Значимість проблеми Ож визначається загрозою інвалідації пацієнтів молодого віку і зменшенням загальної тривалості життя в зв'язку з частим розвитком тяжких супутніх захворювань - таких, як артеріальна гіпертонія, цукровий діабет 2-го типу, атеросклероз і пов'язані з ним захворювання, синдром нічного апное, подагра, репродуктивна дисфункція, жовчнокам'яна хвороба, остеоартрити, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, деякі онкологічні захворювання тощо [1, 13]. Вищезазначене диктує пошук ефективних способів лікування хворих з надлишковою масою тіла та Ож [3, 5, 8, 18].

В цілому лікування Ож має бути підібраним у кожному конкретному випадку і враховувати: стать, вік, ступінь Ож, індивідуальний ризик для здоров'я, психологічний статус індивідуума, результати попередніх методів боротьби з Ож [12, 13, 15].

Метою дієтотерапії є поступове зменшення МТ із досягненням фізіологічних показників на протязі 5-річного періоду [7, 12]. Основа дієти - раціональне, збалансоване харчування, яке забезпечує достатнє поступлення енергії, вітамінів і мікроелементів: гіпокало-

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

рійне в період зниження і еукалорійне на етапі підтримання маси тіла [7, 13]. Розглянемо деякі різновиди дієтотерапії. Дієта з дефіцитом балансу ґрунтується на вживанні звичайних продуктів, але збалансована за калорійністю (> 1500 ккал/день). Людям із надлишковою масою тіла, а також з Ож I ступеня рекомендується знизити споживання калорій на 500 ккал/день. Такий дефіцит енергії забезпечує зниження маси тіла майже на 450 г на тиждень [4]. Особи з Ож II і III ступеня повинні зменшити кількість споживаних калорій за день на 500-1000 ккал/день [4].

Важливою складовою програми зі зменшення маси тіла є підвищення фізичної активності [5, 6, 14]. Дієта повинна обов'язково поєднуватись із поступовим (з 10 до 30-40 хвилин на добу, 4-5 разів на тиждень) розширенням аеробної фізичної активності (теренкур, біг, плавання, велосипед, аеробіка, лижний спорт, стрибки на скакалці). Малорухомиї стиль життя (<1000 ккал/тиждень) супроводжується ризиком смертності, який в три рази перевищує аналогічні показники при активному способі життя [5, 8]. Дозоване фізичне навантаження збільшує чутливість до інсуліну, зменшує гіперінсулінемію і сприяє тенденції до нормалізації ліпідного обміну, що поєднується із зменшенням маси тіла [9].

Для досягнення позитивного ефекту лікування Ож пацієнт насамперед повинен усвідомити особливості свого захворювання і навчитися самостійно контролювати масу тіла. Відомо, що понад 60% хворих на Ож мають очевидні порушення харчової поведінки: підвищений апетит, знижену насичуваність, рідкісні і рясні прийоми їжі переважно у вечірній час, підвищену тягу до солодкого, борошняного, особливо в стані емоційної напруги [9, 11, 15]. Інші хворі можуть заперечувати переїдання, не помічають його, хоча в їхньому раціоні, як правило, переважають жирні висококалорійні продукти, котрих вони можуть з'їдати не так багато, але отримувати за ними надмірну кількість калорій. Когнітивна поведінкова терапія для зниження маси тіла та її підтримання передбачає: самомоніторинг (реєстрацію дієти та приклади вправ у щоденнику); ідентифікацію ситуацій високого ризику (висококалорійна домашня їжа, вживання їжі в компанії, ресторанах швидкого харчування тощо); контроль за процесом вживання їжі (місце вжи-

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

вання, тривалість, частота, не пропускання сніданку тощо); заохочення специфічних дій (тривале виконання вправ або вживання меншої кількості їжі певного типу тощо); зміну нереальних мотивацій та помилкових переконань про зниження маси тіла на реалістичні та позитивні; організацію соціальної підтримки (сім'я, друзі, колеги), об'єднання груп підтримки, що заохочують схуднення в позитивній та мотиваційній формі; релаксаційний метод [5, 14, 15].

Комплексна психотерапія кількох психотерапевтів дозволяє найбільш повно проробити гіпертрофований потяг до їжі, змінити гіперфагічні установки. Участь у процесі терапії пацієнтів, що схудли, позбавляє теперішнього пацієнта відчуття самотності і безпорадності, безсилля перед проблемою, залучає до групи людей, що вже подолали проблему і мають таку масу тіла, що їх влаштовує. Дружня участь колишніх пацієнтів посилює і підтримує віру, формує той необхідний фон, на якому у подальшому більш сприятливо діють психотерапевтичні та тілесно-орієнтовані методи [12].

Не менш важливим у лікуванні Ож є застосування лікарських рослин [8]. У фітотерапії Ож використовують рослини загальнозміцнюючого типу дії; рослини, які вміщують інсуліноподібні та інші гормоноподібні речовини; рослини, які містять вітаміни, органічні кислоти та інші, що сприяє посиленню захисних функцій організму; фітозасоби, які мають жовчогінну, сечогінну та проносну дію; пивні дріжджі; городні і круп'яні культури, як джерела вітамінів, легкозасвоюваних цукрів, органічних кислот [1]. З лікарських рослин для лікування Ож найчастіше використовують алое древовидне (*Aloe arborescens* Mill.), аніс звичайний (*Anisum vulgare* G.), березу бородавчасту (*Betula verrucosa* Ehrh.), деревій звичайний (*Achillea millefolium* L.), дрік красильний (*Genista tinctoria* L.), звіробій звичайний (*Hypericum perforatum* L.), кріп аптечний, фенхель (*Foeniculum vulgare* L.), любисток лікарський (*Levisticum officinale* Koch.), льоник звичайний (*Linaria vulgaris* Mill.), м'яту перцеву (*Mentha piperita* L.), ожину сизу (*Rubus caesius* L.), парило звичайне (*Agrimonia eupatoria* L.), петрушку городню (*Petroselinum sativum* L. Hoffm.), підбіл звичайний, мати-й-мачуха (*Tussilago farfara* L.), солодку голу (*Glycyrrhiza glabra* L.), спориш звичайний (*Polygonum aviculare* L.), кукурудзяні стовпчики (*Zea mays* L.) [8]. Для профілактики

і лікування Ож рекомендують моркву, салат, клюкву у зв'язку з високим вмістом в них йоду [8]. Добре споживати при порушенні обміну речовин і ожирінні ягоди агрусу [7, 8].

Не менш важливу роль у лікуванні Ож посідає рефлексотерапія [18]. Серед позитивних ефектів голкорексфлексотерапії при Ож слід відмітити пригнічення апетиту, покращення мікроциркуляції, судинного тону, серцевої діяльності, функції центральної і периферичної нервової системи, активацію імунної відповіді організму, вплив на ряд показників обміну речовин [18]. При цьому найчастіше застосовують голковколуювання у точки гунь-сун (PR4), цюй-чи (GI11), хе-гу (GI4), чжі-гоу (TR6), ян-лін-чуань (VB34), ін-лін-чуань (PR9), лян-шо (E34), фен-лун (E40), пі-шу (V20), хуа-жоу-мень (E24), шуй-дао (E28) [18].

Серед фізіотерапевтичних засобів лікування Ож найбільш ефективним вважають циркулярний душ, сольово-хвойні ванни, дарсонвалізацію [9, 12].

У сучасних умовах все більшу увагу дослідників та практичних лікарів привертає можливість використання фармакопрепаратів у терапії Ож, що обумовлено низькою ефективністю немедикаментозних способів лікування та значною кількістю протипоказань і високим розвитком ускладнень при хірургічному лікуванні [3, 5, 9].

За даними сучасної наукової літератури, одним з найефективніших препаратів для лікування Ож є орлістат (ксенікал) - напівсинтетичний дериват ліпстатину, що відноситься до фармакотерапевтичної групи інгібіторів гастроінтестинальних ліпаз. Ліпази, які продукуються в шлунку і підшлунковій залозі відіграють центральну роль в засвоєнні екзогенних ліпідів [4]. Орлістат в поєднанні з гіпокалорійною дієтою позитивно впливає на показники маси тіла у хворих з надлишковою вагою та Ож [8].

Інгібітори  $\alpha$ -глюкозидази - псевдотетрасахарид акарбоза (глюкобай) - конкурентно інгібує фермент  $\alpha$ -глюкозидазу, що сповільнює розщеплення і всмоктування вуглеводів в тонкому кишечнику, супроводжується ефективним зменшенням маси тіла у хворих із Ож, не володіє системною побічною дією, однак, цей препарат не бажано використовувати дітям до 18 років [2, 9]. Бігуаніди (авандамет, багомет, галвус), що застосо-

вують для лікування хворих на Ож, посилюють утилізацію глюкози м'язовою тканиною, пригнічують глюконеогенез, всмоктування глюкози у шлунково-кишковому тракті, гіперінсулінемію, завдяки чому відбувається ефективне зменшення ІМТ, рівня холестерину, тригліцеридів, АТ, оказують позитивний вплив на фібриноліз [1, 3, 7, 10]. Гуар гум (гуміарабик) - смола з рослини сімейства бобових *Cyathopsis tetragonolobus* [7] - сприяє пригніченню всмоктування вуглеводів і жирів за рахунок зменшення їх біологічної доступності [7]. Піоглітазон, що відноситься до фармакотерапевтичної групи тiazолідиндіонів, збільшує синтез інсуліну в острівцях, знижує концентрацію ТГ, ВЖК, ЛПНЩ, покращує стан інсулінзалежного транспорту глюкози, фібринолітичної активності плазми крові, зменшує концентрацію маркерів запального процесу, мікроальбумінурію, що робить доцільним його застосування у хворих на Ож [6, 14].

З фармакотерапевтичної групи препаратів, які посилюють термогенез і активність метаболічних процесів, в теперішній час вважають перспективним дослідження ефективності  $\beta$ -адренергічних засобів [9].

Найбільшій поширеності у лікуванні Ож на сьогодні набули засоби, що пригнічують апетит [9, 16]. До офіційного реєстру анорексигенних лікарських засобів, що використовують при лікуванні Ож у хворих в Європі внесений сібутрамін - інгібітор повторного поглинання серотоніну і норадреналіну [15]. Цей препарат викликає відчуття ситості та запобігає викликаному дієтою зниженню рівня метаболізму, впливає на масу тіла шляхом зменшення надходження в організм калорій і стимуляції активності метаболічних процесів [9, 14, 15]. До цієї ж групи засобів відносять і препарати із катехоламінергічною активністю, що включають структурні деривати амфетаміну (диетилпропіонат, фенілпропаноламін, мазиндол) [10, 12]. Слід зазначити, що ці препарати повинні призначатись лише короткочасно, оскільки володіють вираженими стимуляторними ефектами і схильністю до звикання [5, 7]. Фармакологічні агенти, дія яких опосередкована через серотонінергічні механізми (флуоксетин, ізоліпан та інші) ефективно зменшують масу тіла у хворих на Ож, але в той час необхідно зауважити, що ці препарати, крім того, ще володіють

низкою побічних ефектів, в тому числі на серцево-судинну систему, що значно обмежує покази до їх використання [1].

Пептиди (холецистокінін, глюкагон - подібні пептиди, нейротензин) володіють властивостями ефективно регулювати апетит. Ефективність цих пептидів, а також лептину і нейропептиду Y в лікуванні Ож інтенсивно досліджується [5].

В разі необхідності у хворих на Ож призначають дегідратаційну терапію (альдактон, верошпірон або тріампур) [14, 16]. Крім того встановлено, що призначення спіронолактонів хворим з даною патологією виявляє антиандрогенну дію [14]. Повідомляється про позитивний ефект застосування у хворих на Ож дифенілу, який нормалізує нейро-медіаторний обмін, синтез дофаміну і пригнічує продукцію кортиколіберину і, відповідно, соматотропіну, кортизолу і андрогенів [5].

З метою корекції порушень вегетативних функцій хворим на Ож призначають барбітурати, алкалоїди красавки (белоїд, белатамінал, бекарбон), настойки валеріани, пустирника, півонії), гомеопатичні засоби [14]. Доцільним вважають призначення хворим на Ож препаратів, які покращують мікроциркуляцію, трофіку та обмін речовин в головному мозку (нотропіл, кавінтон, аміналон, гліцин, глютамінова кислота, церебролізин) [16]. Бромокриптин (парлодел, абергін, каберголін, достинекс) призначають при гіперпролактинемії [10, 12].

Незважаючи на різноманіття медикаментозних засобів лікування хворих на Ож, на думку більшості науковців, існує нагальна потреба у високоефективних, безпечних при довготривалому використанні фармакологічних агентів [10, 12, 14, 16].

Хірургічне лікування хворих на Ож забезпечує зниження та збереження стабільної маси тіла протягом тривалого часу, зниження частоти супутніх захворювань, значне поліпшення якості життя пацієнта, його психічного стану, працездатності, почуття соціальної повноцінності [16]. Першу хірургічну операцію з приводу зменшення маси тіла було здійснено Н. Kelly, який у 1899 році виконав аналог сьогоденної дерматоліпектомії передньої черевної стінки [16].

Існують два основні шляхи сучасної хірургії в лікуванні пацієнтів із Ож: перший - обмеження і зменшення об'єму їжі (обмежувальні

операції); другий - створення умов для неповного всмоктування компонентів їжі і неповної абсорбції (мальабсорбтивні операції) [12]. Існуючі методи хірургічного лікування хворих на Ож розподіляють на: операції, що передбачають зменшення всмоктувальної поверхні тонкої кишки (кишкове шунтування); операції, спрямовані на зменшення об'єму шлунка (бандажування і шунтування шлунка, гастропластика); комбіновані операції (дистальне шунтування шлунка, біліопанкреатичне шунтування операція Скопінаро, операція Фобі); пластичні операції (висічення надлишкових жирових відкладень) [14]. Найбільш поширеними у світі операцій, спрямованих на зниження маси тіла, є накладання регульованого кільця і шлункове шунтування. Цікаво, що у Європі й у США співвідношення таких операцій таке: регульоване кільце: Європа - 90 %, США - 5 %; шлункове шунтування: Європа - 10 %, США - 70 % [16]. Проте, всі існуючі методи хірургічного лікування хворих на Ож пов'язані з певним ризиком і не позбавлені недоліків.

Після операцій кишкового шунтування, коли з травлення виключається майже 80 - 90% тонкої кишки, виникають ускладнення, зумовлені явищами мальабсорбції. Це тяжкі порушення водно-електролітного, білкового та вітамінного балансу, які неможливо коригувати, вони вимагають виконання повторної операції у 20 - 40% хворих з метою відновлення функції тонкої кишки [16]. Операції на шлунку з приводу Ож також мають істотні недоліки: небезпека прорізування скобкових швів, виникнення синдрому "малого шлунка", дисфагії, виразок і ерозій слизової оболонки [16]. Пластичні операції, що передбачають видалення надлишкових жирових відкладень, забезпечують лише короточасний ефект [16].

На даному етапі розвитку бариатричних втручань не обгрунтовані чіткі показання до проведення оперативного лікування та критерії вибору методу операції. Не вивчені патологічні синдроми, що виникають після виконання операцій, відсутні методи їх діагностики, лікування та профілактики. Важливою проблемою є профілактика ранніх післяопераційних ускладнень, насамперед, тромбоемболічних, гнійно-септичних, дихальної та серцево-судинної недостатності [12, 14]. Перспективами бариатричної хірургії на сьогодні є імпланти-гастростимулятори, стимулятори п.vagus та електричні кишкові активатори [16].

## Висновки

Виходячи з вищевказаних даних літератури, можна зазначити, що в теперішній час Ож є вельми актуальною проблемою, що потребує розробки нових ефективних схем лікування.

## Література

1. Александров А.А. Миокардиальные проблемы ожирения / А.А.Александров // *Российский кардиологический журнал*. - 2006. - №2. - С. 11-17.
2. Балашов П.П. Влияние психотерапии избыточной массы тела на показатели депрессии и тревожности у пациентов с избыточной массой тела и ожирением / П.П. Балашов, Р.А. Тютев, А.Ю. Музыра // *Бюллетень сибирской медицины*. - 2010. - Т. 9, № 3. - С. 32-35.
3. Балкаров И. Ожирение: терапевтические аспекты проблемы / С.Моисеев, В.Фомин, И.Балкаров // *Врач*. - 2006. - №9. - С. 6-9.
4. Боротьба з ожирінням та надмірною вагою / С.В. Ruser // *Медицина світу*. - 2005. - Т. XVIII, №1. - С. 67-73.
5. Вознесенская Т.Г. Причины неэффективности лечения ожирения и способы ее преодоления / Т.Г. Вознесенская // *Проблемы эндокринологии*. - 2006. - Т. 52, № 6. - С. 51-54.
6. Динамика медиаторов энергетического обмена и пищевого поведения на фоне терапии ожирения / Г.Е. Волкова, Т.И. Романцова, Т.Г.Вознесенская, О.В.Роик // *Ожирение и метаболизм*. - 2009. - № 1. - С. 29-36.
7. Дуденко Н.В. Основы физиологии харчування. Розділ 19. Лікувально-профілактичне харчування / Н.В. Дуденко, Л.Ф. Павлоцька, І.С. Кратенко. - Харків: Торнадо, 2008. - С. 277-294.
8. Лисица Д.Н. Роль растительных препаратов в лечении избыточной массы тела / Д.Н. Лисица // *Справочник поликлинического врача*. - 2006. - № 3. - С. 64-67.
9. Ожиріння: сучасний погляд на проблему: (огляд літератури) / І.П. Козярін, О.П. Івахно, І.М. Хоменко, Т.І. Мельниченко // *Сімейна медицина*. - 2005. - № 2. - С. 80-82.
10. Ожирение - хроническая неинфекционная эпидемия / Н.Е. Вознюк, В.Б. Иванов, А.В. Лосев, С.А.Прилепа // *Вестник новых медицинских технологий*. - 2006. - Т. XIII, № 2. - С. 94-96.

11. Пасієшвілі Л.М. Ожиріння як соціальна проблема. Етапи формування в осіб із захворюваннями біліарного каналу / Л.М.Пасієшвілі, Н.М.Железнякова, Т.М.Пасієшвілі // Суч. гастроентерол. - 2008. - № 6 (44). - С. 6-9.

12. Савельева Л.В. Современная концепция лечения ожирения / Л.В. Савельева // Ожирение и метаболизм. - 2011. - № 1. С. 51-56.

13. Сайт ВООЗ: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

14. Современная стратегия реабилитации больных с избыточной массой тела и ожирением / С.Н. Пузин, С.Б. Маличенко, Л.Т. Идрисова, Ю.Г. Паяниди // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2010. - № 4. - С. 54-55.

15. Старостина Е. Ожирение как психосоматическое заболевание / Е. Старостина // Врач. - 2005. - № 9. - С. 9-13.

16. Bjorntorp P. Obesity / P. Bjorntorp // Lancet. - 2007. - № 350. - P. 423 - 426.

17. Ogden C. The epidemiology of obesity / C.Ogden, S.Yanovski, M.Carrol // Gastroenterol. - 2007. - Vol. 132. - P. 2087-2102.

18. Zhou S. Acupuncture and oral adiministration of da chai hu tang / S. Zhou // J. Tradit. Chin Med. - 2008. - Vol. 28 (3). - P. 173-174.

#### Резюме

**Приходько В.Ю.** Сучасні підходи до лікування ожиріння та надмірної маси тіла в практиці лікаря загальної практики.

У статті відображені немедикаментозні та медикаментозні підходи до лікування ожиріння в сучасних умовах.

**Ключові слова:** ожиріння, лікування.

#### Резюме

**Приходько В.Ю.** Современные подходы к лечению ожирения и избыточной массы тела в практике врача общей практики.

В статье отражены немедикаментозные и медикаментозные подходы к лечению ожирения в современных условиях.

**Ключевые слова:** ожирение, лечение.

#### Summary

**Prigodko V.Yu.** Modern approaches to treating obesity and excessive weight gain in the practice of general practitioners.

The article reflected non-medication and medication approaches to treating obesity in modern conditions.

**Key words:** obesity, treatment.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. Л.М.Іванова

## АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Л.А. Сухина, К.Э. Голубов, А.Ф. Смирнова,  
М.Б Зорина, И.В. Сухина, Г.В Котлубей

Донецкий национальный медицинский университет  
им.М.Горького

В условиях внедрения новой концепции развития высшей школы, ориентированной на мировые образцы подготовки квалифицированного специалиста, особое значение имеет активный поиск новых форм обучения, которые помогли бы максимально приблизить подготовку специалиста к практической деятельности [1-4].

На кафедре глазных болезней ФПО активные методы обучения применяются в учебном процессе на всех участках многоплановой деятельности врачей курсантов с акцентом на широкое приобретение практических навыков и умений.

Обучение методам обследования, диагностическим и лечебным манипуляциям, микрохирургической технике происходит вначале в учебной комнате на созданных на кафедре тренажерах. Продолжается обучение при совместной работе с преподавателями на консультативных приемах в городском консультативном центре, в стационаре при курации больных, в операционной, манипуляционной, перевязочной при лечении больных.

Самостоятельная работа врачей-курсантов в стационаре обязательными дежурствами в клинике в вечерние часы один раз в две недели. Во время дежурства курсанты делают перевязки, оказывают помощь больным в смежных отделениях, осваивают необходимые практические навыки. Контроль за качеством проделанной во время дежурства работы осуществляется ведущими утреннюю конференцию преподавателем в группе с разбором допущенных ошибок.

Таким образом, по восходящей линии осуществляется отработка вначале умений под руководством преподавателя, а