

СТРУКТУРА РАЗЛИЧИЙ В МАССЕ ТЕЛА ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ¹

Мисюра Е. В., Ильина И. М., Романова И. П., Казаков А. В., Зубко М. И., Сороколат Ю. В.¹,
Голубова М. А.¹, Головина Е. А.¹, Кравчун Н. А.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков;

¹ Департамент охраны здоровья Харьковского городского совета
org@iper.com.ua

В последние годы количество научных публикаций, посвященных проблеме ожирения (ОЖ), заметно увеличилось. С одной стороны, это связано с открытием новых механизмов патологического нарастания жировой ткани и изменения ее метаболизма, отражающиеся на состоянии всего организма, а с другой стороны, с тем, что ОЖ за последнее десятилетие превратилось в серьезную проблему всего человечества [1]. От связанных с ОЖ заболеваний только в Европейском регионе, к которому относится и Украина, ежегодно умирает, по разным сообщениям, от 320 тысяч до 1 млн человек [2–7].

Проблема ОЖ имеет, кроме медицинского, и важный экономический аспект: в развитых странах только прямые расходы, связанные с его лечением, составляют до 10 % бюджетов, выделяемых на здравоохранение. Затраты же, связанные с лечением сопутствующих ОЖ патологий, гораздо больше, но учесть все их составляющие крайне сложно [8].

На современном этапе развития медицины доказано, что снизить экономические потери, связанные с лечением того или иного заболевания, возможно только при проведении адекватных профилактических программ, для разработки которых необходима точная информация о распространенности патологии в конкретном регионе и группах населения [9]. Получение информации такого характера возможно при проведении исключительно эпидемиологических исследований.

За последние 20 лет в мире проведен на национальных уровнях ряд мониторингов распространенности избыточной массы тела (избМТ) и ОЖ среди взрослого населения [10]. Субнациональные программы подобного характера выполнялись в Албании [11], Грузии [12], Соединенном Королевстве [13]. Данные о росте и весе, сообщенные самими респондентами, легли в основу мониторинга избыточной массы тела и ожирения в Австрии, Бельгии, Германии, Греции, Дании, Израиле, Испании, Италии, Кипре, Латвии, Лит-

¹Работа выполнена в соответствии с плановой НИР лаборатории эпидемиологии эндокринных заболеваний и организации специализированной помощи ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины» «Изучение медико-социальных аспектов развития ожирения у взрослого населения как основы оптимизации его профилактики и лечения» (№ госрегистрации 0114 U 001203).

Учреждением, финансирующим исследование, является НАМН Украины.

Авторы гарантируют коллективную ответственность за все, что опубликовано в статье.

Авторы гарантируют отсутствие конфликта интересов и собственной финансовой заинтересованности.

ве, Нидерландах, Словении, Финляндии, Франции, Швеции, Эстонии и др. [10]. Результаты всех вышеупомянутых исследований были проанализированы на Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ОЖ (Стамбул, 2006 г.). Согласно резолюции этого мероприятия [10], сегодня между странами даже Европейского региона и между социально-экономическими группами внутри этих стран существуют серьезные различия по показателям распространенности избМТ и ОЖ. Возможно, это связано с влиянием окружающей среды и социально-культурных детерминантов на особенности питания и физической активности населения [1, 6]. Это обуславливает необходимость проведения не только национальных, но и субнациональных программ по изучению частоты встречаемости данных состояний в различных возрастных, половых и социальных группах населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках научной темы, выполнявшейся сотрудниками ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины» в 2011–2013 гг., проводился скрининг избМТ и ОЖ различной степени выраженности среди жителей Орджоникидзевского, Дзержинского и Киевского районов города Харькова. Среди 1119 обследованных было 225 мужчин и 894 женщины в возрасте старше 45 лет.

В зависимости от возраста в ходе работы все обследованные были распределены на шесть групп:

1 — 162 человека в возрасте 45–49 лет (32 мужчины и 130 женщин);

2 — 163 человека в возрасте 50–54 лет (24 мужчины и 139 женщин);

3 — 170 человек в возрасте 55–59 лет (30 мужчин и 140 женщин);

4 — 172 человека в возрасте 60–64 лет (37 мужчин и 135 женщин);

5 — 127 человек в возрасте 65–69 лет (23 мужчины и 104 женщины);

6 — 325 человек в возрасте 70 лет и старше (79 мужчин и 246 женщин).

Что касается нашей страны, то в доступной нам литературе не найдено сообщений о проведении в Украине за последние 20 лет крупномасштабных эпидемиологических (как на национальном, так и на субнациональном уровнях) исследований, направленных на уточнение данных о распространенности избМТ и ОЖ различной степени среди взрослого населения с учетом различных, в том числе половых и возрастных, особенностей. Это указывает на актуальность работы в данном направлении.

Целью субнационального исследования, результаты которого представлены в данной статье, стал анализ распространенности избыточной массы тела и ожирения различной степени с учетом половых и возрастных особенностей среди населения крупного промышленного города востока Украины.

У всех участников скрининга измерялся рост (м), масса тела (кг), а также вычислялся индекс массы тела (ИМТ), по которому у всех 1119 обследованных диагностировались: а) нормальная масса тела (нМТ) (при ИМТ < 25 кг/м²); б) избМТ (при ИМТ 25–29,9 кг/м²); в) ОЖ I ст. (при ИМТ 30–34,9 кг/м²); г) ОЖ II ст. (при ИМТ 35–39,9 кг/м²); д) ОЖ III ст. (при ИМТ > 40 кг/м²) (классификация ВОЗ, 1997 [14]).

При анализе данных, полученных в ходе проведения скрининга, оценивали удельный вес лиц с нормальной, избМТ и ОЖ различной степени с учетом половых и возрастных особенностей.

Сравнение частоты выявления изменений в массе тела проведено с помощью φ -преобразования. Статистическую значимость различия по возрасту и полу оценивали с помощью критерия Фишера F. Проверку статистических гипотез проводили на уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе работы на основе определения ИМТ выяснено, что из всего количества участвовавших в скрининге жителей г. Харькова в возрасте старше 45 лет нормальную массу тела имели 264 человека (23,6%), избыточную — 444 человека (39,7%), ОЖ разной степени выраженности — 411 обследованных (36,7%). Таким образом, в общей группе населения возрастом старше 45 лет частота избыточного ИМТ и ОЖ была примерно одинакова. Суммарно эти группы составили около 3/4 обследованного населения.

При анализе ИМТ мужской части обследованных получены следующие данные. Из 225 мужчин нМТ имели только 60 (26,7%), избыточный ИМТ — 98 (43,6%), ОЖ — 67 (29,8%) (рис. 1). То есть, удельный вес лиц с наличием избыточной массы тела был достоверно выше, чем пациентов с ожирением, и с нормальной массой тела ($p < 0,05$ и $p < 0,05$, соответственно). Причем ожирение и нормальная масса тела встречались практически с одинаковой частотой ($p > 0,05$).

Женщины, привлеченные к данному исследованию, имели качественные различия в спектре массы тела (рис. 2). Из 894 жительниц г. Харькова нормальную массу тела имели только 204 из них (22,8%), избыточную массу — 346 (38,7%), а ожирение — 344 (38,5%). То есть, удельный вес лиц с наличием избыточной массы тела и ожирения среди женщин был практически одинаков (в отличие от мужчин, среди которых, как описывалось выше, количество лиц с избыточной массой тела достоверно превалировало над двумя остальными группами).

Общим же для обеих групп (мужчин и женщин) было то, что удельный вес лиц с нормальной массой тела среди них достоверно не отличались (26,7% и 22,8%, соответственно), также как и суммарный удельный вес лиц с избыточной массой тела и ожирением (73,4% среди мужчин против 77,2% среди женщин).

Данные, полученные в ходе описываемого скрининга, мы сравнили с результатами подобных исследований, проведенных в мире за последние 10 лет. В соответствии

с ними, удельный процент лиц с избыточным ИМТ и ОЖ в разных странах имеет существенные колебания (для мужчин — от 31,9 до 79,3%, для женщин — от 27,8 до 77,8%), как и частота встречаемости ОЖ (от 5,4 до 22,8% среди мужчин и от 7,1 до 35,6% среди женщин) [10].

Среди жителей г. Харькова частота избыточного ИМТ как среди мужчин, так и среди женщин соответствует среднемировым показателям. По данным литературы, значительно более высокие уровни распространенности избыточного ИМТ зарегистрированы только в Албании (Тирана), Боснии и Герцеговине, Соединённом Королевстве (Шотландия), существенно более низкие — в Туркменистане и Узбекистане [10].

Что же касается удельного веса лиц с ОЖ, то показатели, полученные по г. Харькову, как для мужчин, так и для женщин, превышают показатели, опубликованные зарубежными исследователями. Это можно объяснить тем, что ОЖ, по данным литературы [15], чаще встречается именно у жителей крупных городов, причем, как у мужчин, так и у женщин пик заболеваемости ОЖ приходится на возраст 45–59 лет [16], который входит в исследуемый нами возрастной диапазон. Для подтверждения последнего предположения мы сочли необходимой детализацию полученной информации с учетом возраста обследованных лиц.

При анализе возрастных различий массы тела жителей г. Харькова установлено, что среди мужчин нМТ практически в большинстве возрастных категорий (кроме возрастных периодов 50–54 года, 70 лет и старше) встречалась реже, по сравнению как с избыточным ИМТ, так и ОЖ (см. рис. 1). В возрастном промежутке 50–54 года доля мужчин, имевших нМТ, не отличалась от таковой с избыточным ИМТ, однако была в два раза меньше удельного веса лиц с ОЖ (25,0 и 50,0%, соответственно) ($Z = 3,19$, $p < 0,01$). Только в возрасте старше 70 лет удельный вес мужчин с нМТ превышал долю лиц с ОЖ, однако оставался более низким, чем удельный вес больных с избыточным ИМТ.

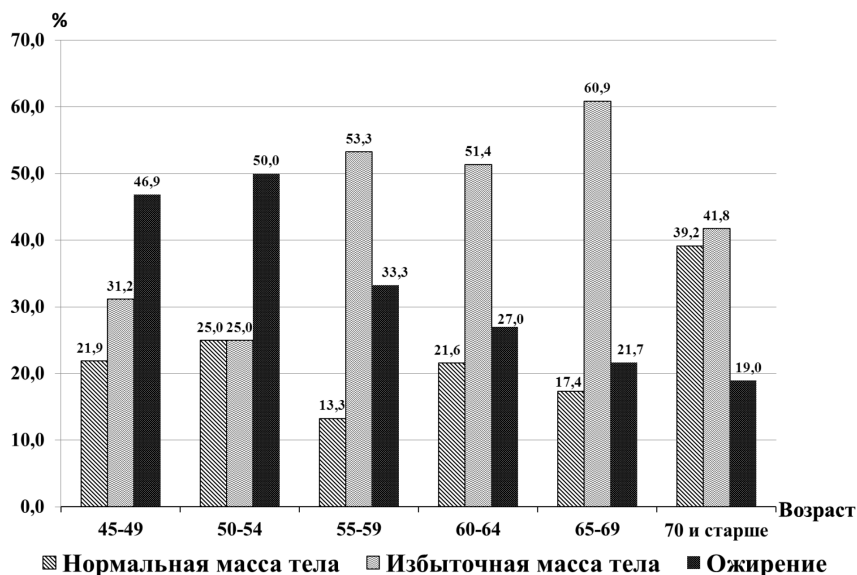


Рис. 1. Частота нормальной, избыточной массы тела и ожирения среди мужчин — участников скрининга.

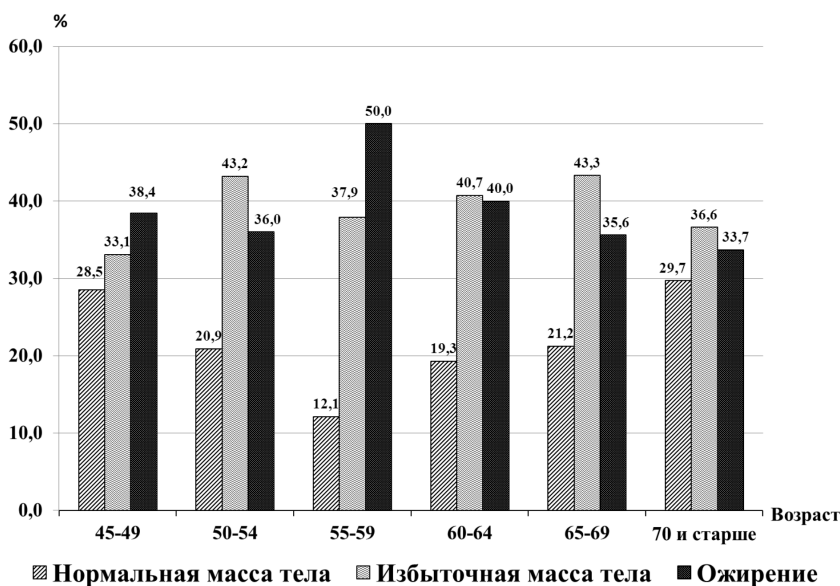


Рис. 2. Частота нормальной, избыточной массы тела и ожирения среди женщин — участниц скрининга.

Среди женщин нМТ, как и среди мужчин, в большинстве возрастных категорий встречалась значительно реже, чем избытМТ и ОЖ.

Наименьшая частота избытМТ среди мужчин регистрировалась в возрастных категориях 50–54 года, 45–49 лет (25,0 и 31,2%, соответственно), а также 70 лет и старше (41,8%); среди женщин — в возрастных категориях 45–49 лет, а также 70 лет и старше и 55–59 лет (33,1%, 36,6% и 37,9%, соответственно).

Чаще всего избытМТ регистрировалась среди мужчин 65–69 лет (60,9%), 55–59 лет

(53,3%) и 60–64 лет (51,4%); среди женщин — в возрасте 65–69 лет (43,3%, аналогично мужчинам), 50–54 лет (43,2%) и 60–64 года (40,7%). Причем, в возрастных диапазонах 50–54 года и 65–69 лет частота избытМТ регистрировалась в 1,4 раза чаще среди мужчин по сравнению с женщинами.

Последнее время в литературе все чаще появляются сообщения о том, что у пациентов с избытМТ, особенно когда речь идет о пожилых людях с несколькими хроническими заболеваниями, имеют место более низкие показатели смертности от сердечно-сосудистой патологии в сравнении с пациентами

с нМТ [17–19]. Этот феномен получил название «парадокса ожирения» [19]. Однако стоит помнить, что большинство исследований, объясняющих этот феномен, включало людей старше 62 лет с уже имеющейся тяжелой сердечно-сосудистой патологией, без учета возраста появления у таких больных изБМТ и кардиальной патологии. Не учитывалось также и наличие у более худых людей сопутствующих патологий, которые обуславливают утрату веса или невозможность его прибавки, анаболический дефицит или синдром недоедания-воспаления. Более того, в соответствии с результатами большинства исследований, проведенных в мире с изучением больших когорт, подтверждена ведущая роль ОЖ, которое очень часто становится следующим этапом после изБМТ, в контексте более высокой общей смертности [20]. Поэтому, по нашему мнению, имеется необходимость более пристального изучения в эпидемиологическом плане категории лиц с изБМТ с учетом времени и пускового фактора появления у них изБМТ, перехода ее в ожирение, спектра сопутствующих заболеваний и очередности их появления, а также социальных особенностей, длительности жизни, особенностей метаболизма, гормонального и иммунного статуса и т. д. Все это, возможно, будет способствовать уточнению медико-социальных особенностей лиц с изБМТ, по отношению к которым можно говорить о наличии у них «парадокса ожирения».

Что касается распространенности ОЖ среди населения г. Харькова, то практически у половины мужчин в возрасте от 45–54 лет, и у половины женщин в возрасте 55–59 лет диагностирован уровень ИМТ, соответствующий этому состоянию. Пик заболеваемости среди мужчин, приходится на возраст 50–54 года, среди женщин — на 55–59 лет. Возможно, причиной этого, с одной стороны, являются возрастные гормональные изменения, с другой стороны — изменения режима работы и двигательной активности, особенно среди женщин (пик заболеваемости ОЖ совпадает с началом пенсионного возраста).

Для подтверждения этих предположений необходимо проведение дальнейших

эпидемиологических исследований в этом направлении. Однако уже на данном этапе понятно: сегодня существует необходимость повышения активности и результативности как первичных профилактических мероприятий, направленных на нормализацию массы тела у среди мужчин в возрасте до 45 лет и женщин от 45 до 55 лет, так и работы по раннему выявлению связанных с ОЖ патологий в эти возрастные периоды. Возможно, именно по причине повышенной смертности от сопряженных с ОЖ заболеваний среди жителей г. Харькова с увеличением возраста доля таких больных постоянно снижается. Если среди мужчин в возрасте 50–54 года их было 50 % от всех обследованных, то среди лиц в возрасте 55–59 лет — уже 33,3 % ($p < 0,01$); 60–64 года — 27,0 %, 65–69 лет — 21,7 %, среди мужчин старше 70 лет — 19,0 %. Аналогичная зависимость имела место и среди женщин, но только на 5 лет позже: снижение удельного веса лиц с ОЖ среди женщин начиналось только в возрастном диапазоне от 59 до 64 лет (с 50,0 до 40,0 %), а на протяжении последующих пяти лет и в дальнейшем — дополнительно на 4–6 %. Кроме вышеизложенного, существует еще одно объяснение этой тенденции. Данное явление, по мнению некоторых ученых, связано также и с уменьшением с возрастом мышечной массы при сохраненной жировой [21, 22]. Ведь при определении диагноза ОЖ ориентация идет, в основном, на ИМТ, а не на соотношение жировой и безжировой массы, что более точно отражало бы ситуацию. В этой связи актуальна разработка поправочных коэффициентов для определения степени выраженности ОЖ в зависимости от возраста [22].

Сегодня в литературе все чаще появляются сообщения, касающиеся оценки так называемого относительного риска смертности при различных состояниях и оперативных вмешательствах в зависимости от ИМТ пациентов. В соответствии с ними, степень риска сердечно-сосудистой смертности максимальна у лиц с ИМТ > 35 кг/м² [17–19]. В связи с этим одним из направлений нашего анализа стало изучение удельного веса лиц с ОЖ I, II и III степени среди всех участников скрининга с ОЖ, в разных воз-

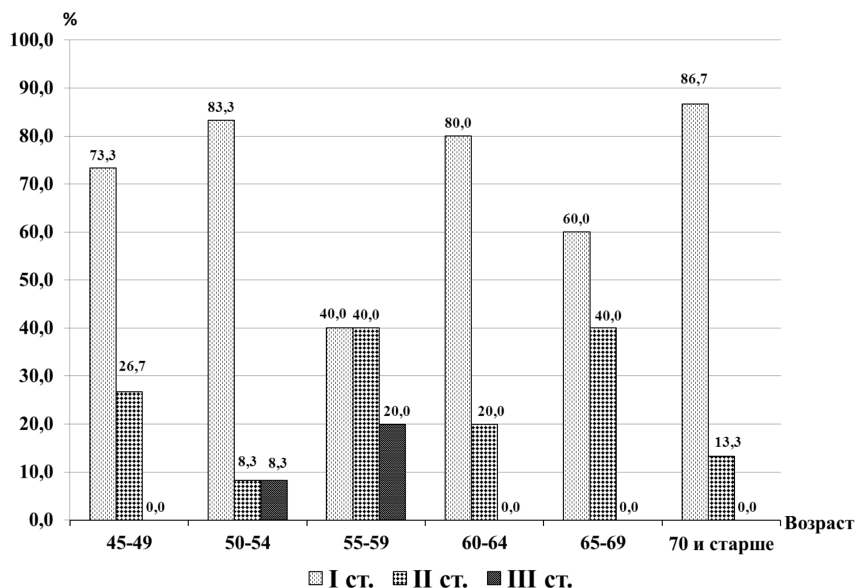


Рис. 3. Частота ожирения I–III степени среди мужчин — участников скрининга.

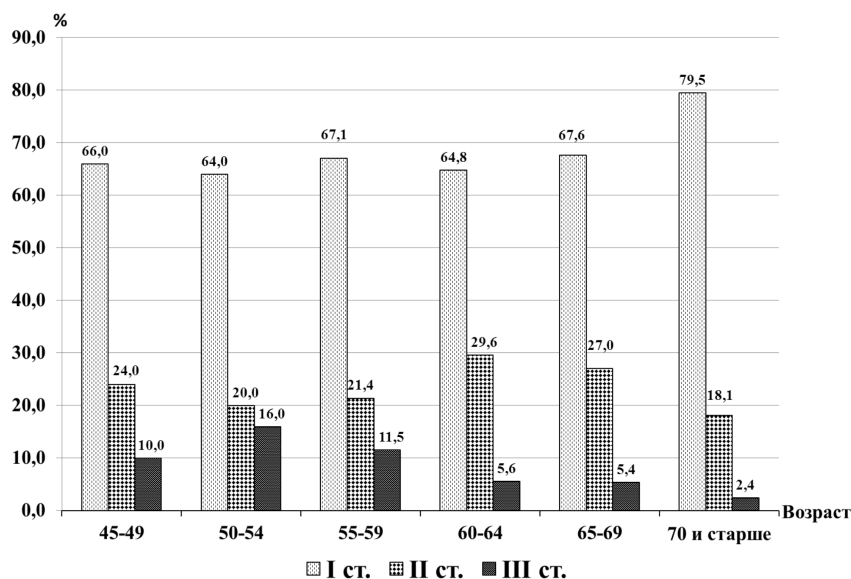


Рис. 4. Частота ожирения I–III степени среди женщин — участниц скрининга.

растных категориях, в том числе и с учетом половых особенностей (рис. 3, 4).

Установлено, что из всех 411 участников скрининга ОЖ I степени имели 287 человек (49 мужчин и 238 женщин), ОЖ II степени — 93 человека (15 мужчин и 78 женщин), ОЖ III степени — 31 человек (3 мужчины и 28 женщин), что составило, соответственно, 69,8; 22,6 и 7,5%. Среди мужчин данные доли составили 73,1; 22,4 и 4,5%, соответственно; среди женщин — 69,2; 22,7 и 8,1%, соответственно. То есть, значимые половые различия имелись только в удельном весе женщин и мужчин с наличием ОЖ

III степени: среди женщин ИМТ > 35 кг/м² регистрировался в 1,7 раза чаще ($p < 0,05$). Причем, если ни один из обследованных мужчин 45–49 лет, 60–70 лет и старше не имел ОЖ III степени, то среди женщин ОЖ III степени встречалось во всех возрастных категориях.

Как среди мужчин, так и среди женщин ОЖ III степени чаще всего встречалось в возрастной категории 50–59 лет, с увеличением возраста количество таких больных даже среди женщин имело тенденцию к уменьшению. Возможно, это связано с высокой смертностью этой категории пациен-

тов, в том числе и от сердечно-сосудистой патологии, особенно у мужчин. Однако данное предположение требует подтверждения в ходе следующих этапов эпидемиологического исследования.

Таким образом, анализ результатов скрининга изБМТ и ОЖ различной степени в г. Харькове выявил необходимость проведения дальнейшего исследования по следующим направлениям: скрининг изБМТ и ОЖ различной степени среди городского населения всех возрастных категорий, в том числе и от 20 до 45 лет; изучение медико-социальных особенностей жителей города с различ-

ной массой тела; уточнение особенностей метаболизма, гормонального и иммунного статуса пациентов с различной степенью ОЖ, выделение прогностических критериев развития сопряженных с ОЖ патологий.

Результаты эпидемиологических исследований в указанных направлениях могут стать основой для разработки эффективных субнациональных профилактических программ по первичной и вторичной профилактике ОЖ, что позволит снизить экономические потери, связанные с лечением как этого заболевания, так и сопутствующих патологий.

ВЫВОДЫ

1. У 76 % населения г. Харькова старше 45 лет диагностировано наличие избытка массы тела различной степени, в том числе у 37 % — ожирение.
2. Наибольшая частота ожирения среди мужчин регистрируется в возрасте 45–54 года, среди женщин — в 55–59 лет.
3. Ожирение среди женщин регистрируется в 1,3 раза чаще по сравнению с мужчинами. Наибольшие половые различия зарегистрированы по отношению к ожирению III степени.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. James W, et al. Comparative quantification of health risks, 2010; 8:497-596, available at: <http://www.who.int/publications/cra/.chapters/Volume1/0497-0596.pdf>.
2. Klaus JR, Hurwitz BE, Liabre MM, et al. *J Cardio Metabolic Syndrome* 2009; 4(2):63-71.
3. Kahn R, Buse J, Ferranirini E, et al. *Diabetes Care* 2005; 38:2289-2304.
4. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic, *Geneva*, 2000: 253 p.
5. Health Organization, 2000; 894, available at: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf, accessed 19 March 2007.
6. Lobstein T, et al. *Obesity Rev* 2004; 5(1):4-104.
7. Grundy SM. *Am J Clin Nutr* 2006; 83:1248-1251.
8. Deshmukh-Taskar P, et al. *Europ J Clin Nutr* 2006; 60:48-57.
9. Lobykina EI. Organizacija profilaktiki i lechenija ozhirenija i izbytochnoj massy tela vzroslogo naselenija krupnogo promyshlennogo centra, *Novokuzneck*, 2009: 331 p.
10. Problema ozhirenija v Evropejskom regione VOZ i strategii ee reshenija, Kopenhagen, 2007, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf.
11. Shapo L, et al. Albania. *Public Health Nutrition* 2003; 6:471-477.
12. Tataradze R. Health monitoring survey in CINDI-Georgia demonstration area, *Tbilisi*, 2004.
13. Bromley C, et al. The Scottish health survey 2003, *Edinburgh*, 2005; 2.
14. WHO. Controlling the Global Obesity Epidemic, *Geneva*, 2002:2013-2017.
15. Hernandez B, Peterson K, Sobol A, et al. *Salud Publica Mex* 1996; 38(3):178-88.
16. Seidell JC. *Obes Res* 1995; 3(2):89s-93s.
17. Flegal KM, Graubard BL, Williamson DF, Gail MH. *JAMA* 2005; 293:1861-1867.
18. Gruberg L, Weissman NJ, Waksman R, et al. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39:578-584.
19. Hainer V, Aldhoon-Hainerova I. *Diabetes Care* 2013; 36(2):276-281.
20. Standl E, Erbach M, Schnell O. *Diabetes Care* 2013; 36(2):S282-6.
21. Bray GA. *Lancet* 1998; 352:160-1.
22. Ginzburg MM. Ozhirenje. Vlijanie na razvitie metabolicheskogo sindroma. Profilaktika i lechenie, *Moskva*, 2002: 182 p.

СТРУКТУРА ВІДМІННОСТЕЙ У МАСІ ТІЛА ДЕЯКИХ КАТЕГОРІЙ МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Місюра Є. В., Ільїна І. М., Романова І. П., Козаков О. В., Зубко М. І., Сороколат Ю. В.¹, Голубова М. А.¹, Головіна О. О.¹, Кравчун Н. О.

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», м. Харків;

¹ Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради
org@ipep.com.ua

За результатами вимірювання зросту, ваги та підрахунку індексу маси тіла у 1119 жителів великого промислового центру віком старше 45 років охарактеризована частота розповсюдженості нормальної, надлишкової маси тіла та ожиріння з урахуванням статевих та вікових особливостей. Виявлено, що 23,6% міського населення має нормальну масу тіла, 39,7% — надлишкову, 36,7% — ожиріння різного ступеня вираженості. Доведено необхідність підвищення активності та результативності первинних профілактичних заходів, спрямованих на нормалізацію маси тіла серед чоловіків віком до 45 років і жінок віком від 45 до 55 років, а також і роботи з раннього виявлення патологій, пов'язаних з ожирінням у чоловіків і жінок означених вікових груп.

Ключові слова: ожиріння, надлишкова маса тіла, статеві відмінності, міське населення, скринінг, епідеміологія.

СТРУКТУРА РАЗЛИЧИЙ В МАССЕ ТЕЛА ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Мисюра Е. В., Ильина И. М., Романова И. П., Казаков А. В., Зубко М. И., Сороколат Ю. В.¹, Голубова М. А.¹, Головина Е. А.¹, Кравчун Н. А.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков;

¹ Департамент охраны здоровья Харьковского городского совета
org@ipep.com.ua

По результатам измерения роста, веса и подсчета индекса массы тела 1119 жителей крупного промышленного центра возрастом старше 45 лет охарактеризована частота встречаемости нормальной, избыточной массы тела и ожирения с учетом половых и возрастных особенностей. Выявлено, что 23,6% городского населения имеет нормальную массу тела, 39,7% — избыточную, 36,7% — ожирение разной степени выраженности. Доказана необходимость повышения активности и результативности первичных профилактических мероприятий, направленных на нормализацию массы тела среди мужчин в возрасте до 45 лет и женщин от 45 до 55 лет, а также и работы по раннему выявлению связанных с ожирением патологий у мужчин и женщин этих возрастных групп.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, половые различия, городское население, скрининг, эпидемиология.

STRUCTURE OF THE DIFFERENCE IN BODY WEIGHT OF CERTAIN CATEGORIES OF URBAN POPULATION

E. V. Misyura, I. M. Ilyina, I. P. Romanova, A. V. Kazakov, M. I. Zubko, Yu. V. Sorokolat¹, M. A. Golubova¹, E. A. Golovina¹, N. A. Kravchun

SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine», Kharkiv;

¹ Department of Health Care of Kharkiv City Council
org@ipep.com.ua

From the results of measurements of height, weight and body mass index of 1119 inhabitants of a large industrial center older than 45 years was characterized the frequency of normal body weight, overweight and obesity taking into account of sex and age characteristics. It was revealed that 23.6% of the urban population has a normal body weight, 39.7% — overweight, 36.7% — obesity of varying severity. It was proved the necessity to increase the activity and effectiveness of primary prevention interventions aimed to normalization of body weight among men under the age of 45 years and women 45 to 55 years, as well as work on the early detection of pathologies associated with obesity in men and women in these age groups.

Key words: obesity, overweight, sex differences, urban population, screening, epidemiology.