



ЕВРАЗИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ТЕРАПЕВТОВ

ПАРТНЁРЫ:



GEDEON RICHTER

«КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР: ПАЦИЕНТ С ОЖИРЕНИЕМ И СИНДЕМИКАМИ»

Материалы к вебинару №3 курса

«Синдремия метаболических заболеваний: от теории к практике»

СПИКЕРЫ КУРСА:



Недогода С.В.

д.м.н., проф.



Лопатин Ю.М.

д.м.н., проф.



Арутюнов Г.П.

д.м.н., проф.



Бесплатное участие



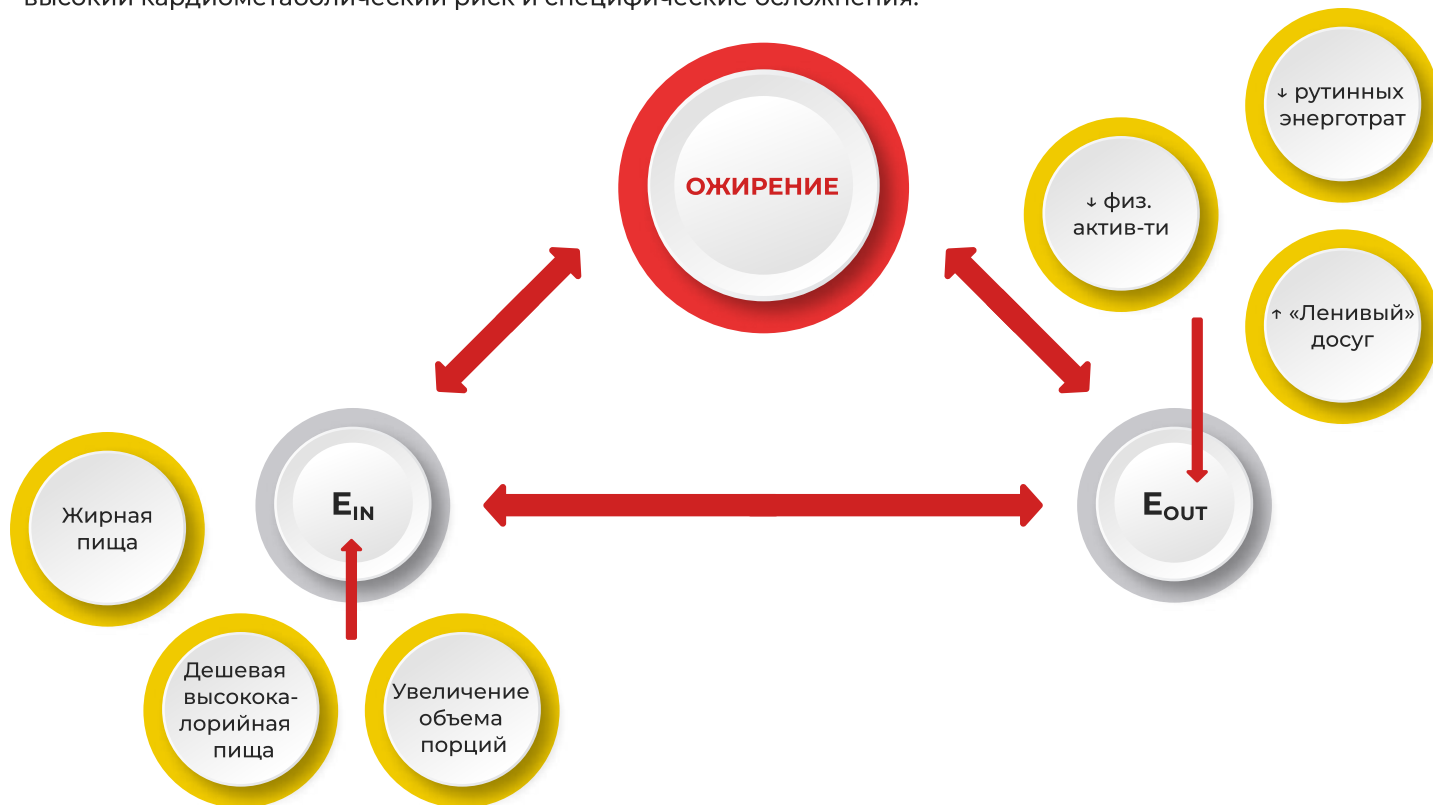
Сертификат в конце обучения



12 лекций в течение года

[SYNDEMIC.EUAT.RU](https://syndemic.euat.ru)

Хроническое мультифакторное гетерогенное заболевание, проявляющееся избыточным образованием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее высокий кардиометаболический риск и специфические осложнения.



НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛЕЕ ЧЕМ У 60% ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ



01

Экстернальное (реакция на внешние стимулы – накрытый стол, яркие упаковки продуктов и т. д.)

02

Эмоциогенное:

✓

«Пищевое пьянство»

✓

Бесконечные «перекусы»

✓

Синдром ночной еды (9-10%)

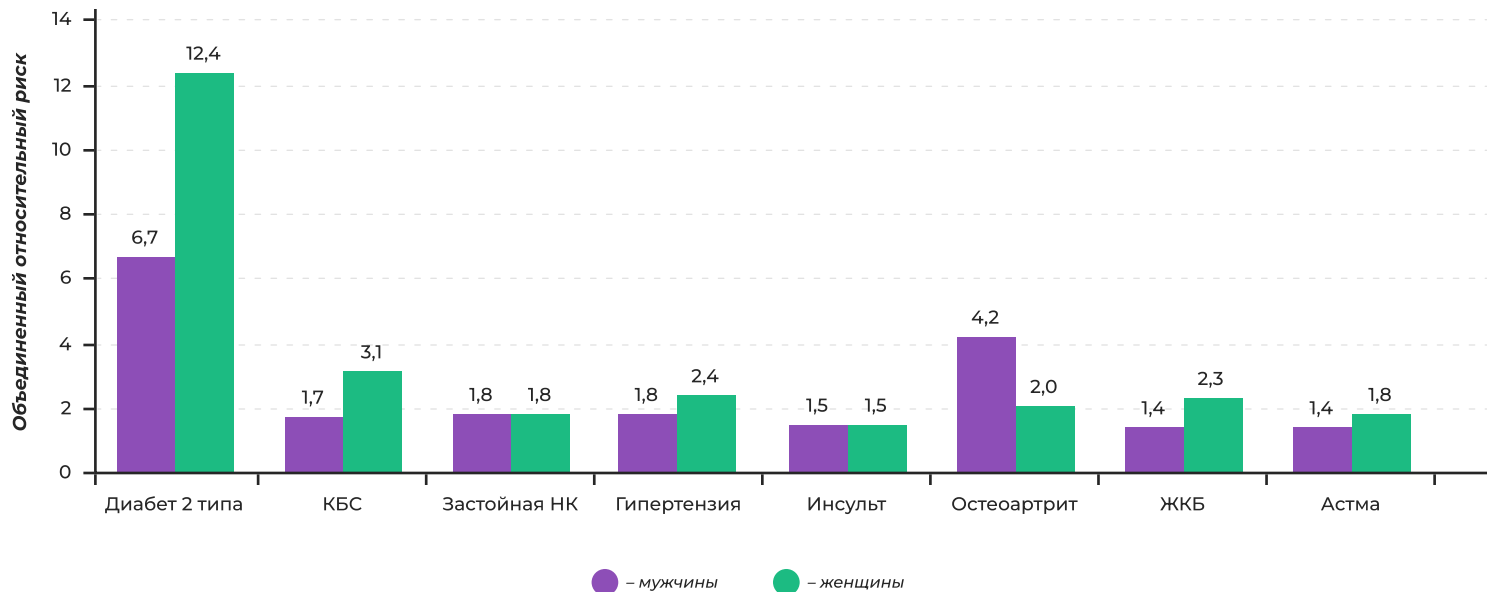
✓

Еда «за компанию»

✓

Компульсивное пищевое поведение (9-50%)

ОЖИРЕНИЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



Относительные риски (RRs) по логарифмической шкале сравнивают избыточный вес с нормальным и ожирение с нормальным с помощью обратных соответствующих дисперсий для получения объединенного RR с 95% доверительными интервалами (ДИ). Пунктирная линия указывает на относительный риск в общей популяции.

Примечание: **КБС** – коронарная болезнь сердца; **НК** – недостаточность кровообращения; **ЖКБ** – желчнокаменная болезнь.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА ВОЗ, 1997



	Классификация	ИМТ (кг/м ²)	Группа риска
	Норма*	18.5 – 24.9	Норма
	Повышение ИМТ или предожирение*	25.0 – 29.9	Невысокий
	Ожирение:	≥ 30.0	
	• Степень I *	30.0 – 34.9	Умеренный
	• Степень II *	35.0 – 39.9	Высокий
	• Степень III *	≥ 40.0	Очень высокий
	«СМЕРТЕЛЬНОЕ»	≥ 40.0 – 50.0	
	«СУПЕРОЖИРЕНИЕ»	≥ 50.0	

Различны «пороговые» значения ИТМ зависят от пола, расы, этнической группы и менопаузального статуса.
Например, ИМТ >23 кг/м² может быть более предпочтительным пороговым значением для скрининга СД 2 типа
среди азиатов, а при менопаузе может занижать степень жировых отложений.



ПРИЁМЫ ПИЩИ И ПЕРЕКУСЫ

- Выбор времени
- Частота (с помощью анкеты)
- Пищевая ценность
- Приготовление пищи
- Доступ к пищевым продуктам
- Место домашнего потребления пищи (т.е., уголок приёма пищи, телевизор, компьютер и т.д.)
- Расположение рядом с местами употребления продуктов питания (например, на рабочем месте – близость ресторанов, фаст-фуд и т.д.)



ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА

Предыдущие попытки сбросить вес / улучшить состав тела

- В случае неудачи или неустойчивого результата, каковы были краткосрочные и долгосрочные препятствия для достижения или поддержания результата
- Триггеры (голод, тяга, тревога, скука, награды и т.д.)
- Еда в ночное время
- Переедание
- Эмоциональное переедание
- Семья / культурные влияния
- Влияние сообщества
- Готовность к переменам



ЗАПИСИ

Дневник питания, включающий тип и количество потребленной пищи и напитков

- 72-часовой отзыв
- Ведение в течение недели и возврат для оценки
- Электронные приспособления для записи (напр. приложения для смартфонов)

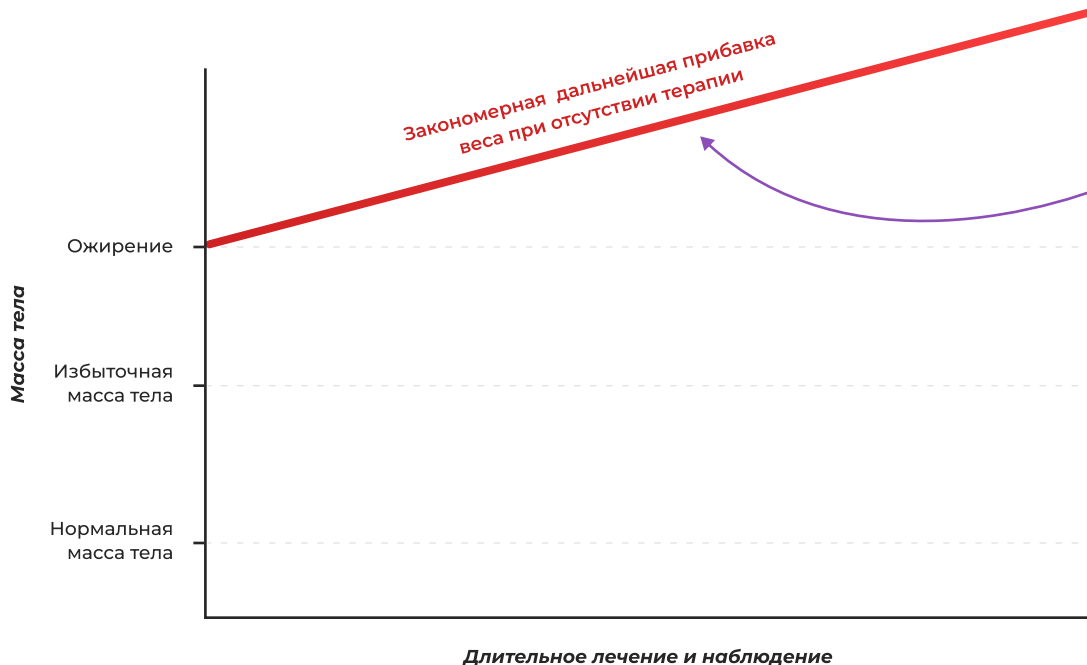


ТЕСТЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОЖИРЕНИЕМ

- ✓ Глюкоза натощак
- ✓ HА1с
- ✓ Липидный профиль
 - ✓ ТГ
 - ✓ ЛПВП
 - ✓ ЛПНП
 - ✓ Не-ЛПВП
- ✓ Ферменты печени и другие печеночные показатели
 - ✓ АСТ
 - ✓ АЛТ
 - ✓ ЩФ
 - ✓ Общий билирубин
- ✓ Электролиты (К, Na, Са, фосфор и т.д.)
- ✓ Почечные показатели (креатинин, мочеви́на)
- ✓ Мочевая кислота
- ✓ ТТГ
- ✓ Уровень витамина D

ОБЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ

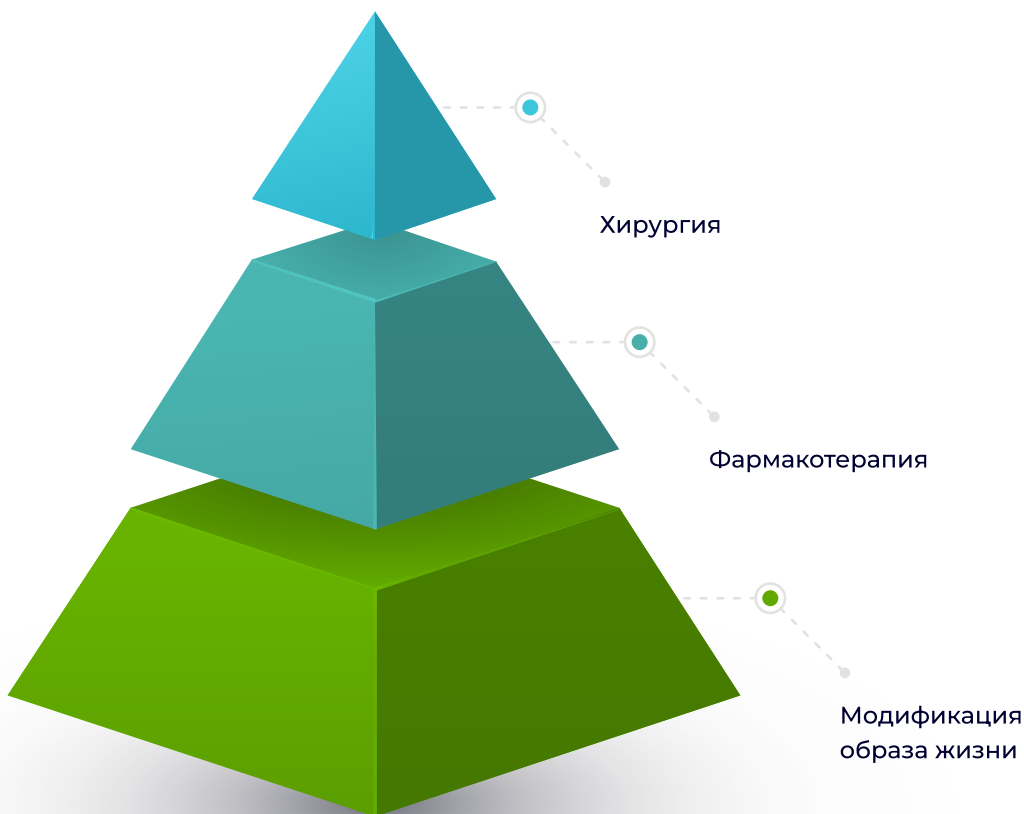
- ✓ ОАК
- ✓ ОАМ
- ✓ МАУ в моче



ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

1. Стабильный вес без нарастания МТ
2. Незначительное снижение МТ на фоне диеты с целью снизить риск развития осложнений
3. Умеренное снижение МТ с явным снижением факторов риска (например, снижение АД)
4. Нормализация массы тела (достигается редко)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ





Дополнительное потребление **10 калорий в день = +0.5 кг / год**



Дополнительное потребление **100 калорий в день = + 5 кг / год**

Для снижения массы тела **рекомендуется** гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета.

Голодание **не рекомендуется** в связи с отсутствием данных о его эффективности и безопасности в лечении ожирения в долгосрочном прогнозе.

Снижение калорийности питания на 500-1000 ккал в сутки от расчетного приводит к уменьшению массы тела на 0,5-1,0 кг в неделю. Такие темпы снижения массы тела сохраняются в течение 3-6 месяцев. В дальнейшем умеренное снижение массы тела приводит к уменьшению энергозатрат на 16 ккал/кг в сутки у мужчин и на 12 ккал/кг в сутки у женщин за счет уменьшения тощей массы, в результате чего потеря массы тела приостанавливается. Большинство различных типов диет являются равноэффективными при соблюдении принципа ограничения общей калорийности рациона.

Основной предиктор успеха диеты – систематическое следование данной диете.



Назначение препаратов, зарегистрированных в качестве лекарственных средств для лечения ожирения, рекомендовано пациентам, которые не могут достичь клинически значимого снижения массы тела на фоне немедикаментозных методов лечения и/или на этапе удержания достигнутого результата. При этом в случае средней или тяжелой стадии течения ожирения при наличии хотя бы одного осложнения, ассоциированного с ожирением, назначение фармакотерапии показано сразу на фоне немедикаментозных методов лечения.

Назначение лекарственных средств для терапии ожирения рекомендовано при ИМТ ≥ 30 кг/м² или при ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний.



Топирамат / фентермин,
лоркасерин

Агонисты GLP-1

**СИГНАЛ
ГОЛОДА**



**Подавление
аппетита**

Орлистат

Акарбоза

**ПОСТУПЛЕНИЕ
ПИЩИ В
ОРГАНИЗМ**



**Блокада всасывания
питательных веществ**

**СИГНАЛ
НАСЫЩЕНИЯ**



**Употребление меньшего
количества пищи**

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ



	Орлистат	Сибутрамин	Лираглутид
АГ	+	-	+
ИБС, цереброваскулярная болезнь	+	-	+
ХСН	+	-	+
Панкреатиты	+	+	-
Медуллярный рак щитовидной железы	+	+	-
Желчно-каменная болезнь	±	+	±
Холестаз	-	+	+
Заболевания ЖКТ, сопровождающиеся диареей	-	+	+
Предиабет	+	+	+

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

