



9-12 мая в г. Лионе (Франция) прошел XIX Европейский конгресс по ожирению, организованный Европейской ассоциацией по изучению ожирения (EASO). Предлагаем читателям «Медичної газети «Здоров'я України» ознакомиться с наиболее интересными докладами, прозвучавшими на этом мероприятии.

У детей избыточный вес повышает риск развития рака печени

Параллельно с эпидемией детского ожирения в мире увеличивается распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которая в настоящее время стала самым распространенным заболеванием печени у детей. НАЖБП является первым этапом патологических изменений в печени, приводящих к развитию гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

Ученые из Дании изучали влияние избыточного веса у детей в возрасте от 7 до 13 лет на риск развития рака печени, в том числе ГЦК. Используя национальную базу данных школьников и национальный онкорегистр, авторы сопоставили медицинские данные 326 423 мальчиков и девочек, рожденных в стране в 1930-1989 гг., с заболеваемостью онкопатологией за этот же период. Наличие у детей избыточного веса и ожирения оценивали по z-показателю.

С каждым увеличением индекса массы тела (ИМТ) на 1 кг/м² риск развития рака печени повышался на 14% у детей 7 лет и на 25% у детей 13 лет. Повышение риска не зависело от пола, подобная тенденция имела место и в отношении ГЦК. Исключение из анализа 29 тыс. пациентов с гепатитом В или С, билиарным циррозом и алкогольными состояниями — известными факторами риска рака печени — на полученные результаты влияния не оказало.

Следует отметить, что у взрослых связь между ожирением и развитием рака печени давно установлена. Считается, что этот неблагоприятный эффект ожирения обусловлен локальным воздействием адипокинов на клетки печени, а также повышением уровня системного воспаления, являющегося универсальным фактором онкогенеза.

Качество и продолжительность сна влияют на способность терять в весе

В исследовании, опубликованном в этом году, канадские ученые Charut и соавт. установили, что у пациентов, привыкших спать <6 ч в сутки, увеличение продолжительности сна до считающихся нормой 7-8 ч на протяжении 6-летнего периода не сопровождалось повышением массы тела по сравнению с соответствующим показателем у участников контрольной группы, которые в течение всего периода исследования спали по 7-8 ч. В то же время у пациентов, продолжавших следовать своей привычке спать <6 ч в сутки, ИМТ увеличился в среднем на 1,1 кг/м², а масса жировой ткани — на 2,4 кг по сравнению с таковыми в контроле.

Новости XIX Европейского конгресса по ожирению

Чтобы лучше изучить взаимосвязь между сном и весом, Charut и соавт. провели новое исследование, в котором наблюдали мужчин и женщин (n=123) в возрасте от 25 до 50 лет с избыточной массой тела и ожирением. На протяжении 15-24 нед пациенты под наблюдением диетолога следовали низкокалорийной диете для поддержания дефицита энергии 600-700 ккал/сут (средняя калорийность рациона — 1253±485 ккал/сут).

Средний возраст участников составил 41 год, ИМТ — 33,2±3,6 кг/м², жировая масса — 38,1±7,1%, длительность сна — 7,1±1,0 ч, оценка по Питтсбургскому индексу качества сна (PSQI) — 4,8±2,9 балла. Статистический анализ проводили с поправкой на пол, возраст, исходный ИМТ, продолжительность следования диете и изменение поступления энергии.

Приверженность пациентов к назначенной диете превысила 90%, что сопровождалось снижением веса на 4,5±3,9 кг, 76% из которых пришлось на жировые отложения. Продолжительность сна проявляла положительную корреляцию со снижением массы тела в целом и с уменьшением доли жировой ткани. Лучшее качество сна, оцениваемое по PSQI, также способствовало нормализации веса.

Авторы предложили несколько механизмов, посредством которых сон может влиять на массу тела. Короткий сон повышает чувство голода как непосредственно (так называемое гомеостатическое поведение), так и опосредованно через увеличение уровня гормонов, вызывающих голод, что ухудшает приверженность к гипокалорийной диете. Высокие уровни грелина, сопровождающие короткий сон, способствуют накоплению жира. Короткий сон вызывает адаптивное снижение термогенеза и окисления жирных кислот. Кроме того, при уменьшении продолжительности ночного сна человеку банально остается больше времени на еду и он дольше находится в способствующей ожирению обстановке (например, на диване перед телевизором). Наконец, после короткого ночного сна человек обычно чувствует себя более уставшим и вследствие этого тратит меньше энергии на протяжении дня. В целом все вышеуказанные эффекты способствуют позитивному энергетическому балансу и потенциальному набору веса.

Фентермин снова будет использоваться для снижения веса

В прошлом симпатомиметик фентермин уже применялся для снижения веса, однако в более высоких дозах и в комбинации с фенфлурамином. Высокая частота развития легочной гипертензии и клапанной болезни сердца стали причиной отзыва фентермина с рынка. В новой комбинации фентермин используется с антиконвульсантом топираматом и в значительно более низких дозах.

Ранее в исследовании CONQUER у пациентов с избыточной массой тела или ожирением и ≥2 сопутствующими заболеваниями, обусловленными повышенным весом, применение фентермина/топирамата ассоциировалось со статистически значимым снижением веса. Ученые из Швеции на конгрессе ECO-2012 представили результаты post hoc анализа CONQUER, в котором уменьшение массы тела оценивалось по Эдмонтской системе стадирования ожирения (EOSS).

ИМТ указывает только на присутствие избыточного веса и его степень. В то же время классификационная система EOSS учитывает наличие и тяжесть связанных с повышенной массой тела сопутствующих заболеваний, а также функциональный статус пациента. Стадия 0 означает отсутствие явных факторов риска; стадия 1 — наличие субклинических факторов риска, ассоциированных с массой тела; стадия 2 — диагностированные хронические заболевания, обусловленные ожирением; стадия 3 определяется при верифицированном повреждении органов-мишеней.

В 56-недельном двойном слепом исследовании III фазы CONQUER 2487 взрослых пациентов с избыточной массой тела или ожирением и наличием ≥2 сопутствующих патологических состояний, обусловленных повышенным весом, рандомизировали на 3 группы для получения фентермина 7,5 мг и топирамата продленного высвобождения (ER) 46 мг (n=498); фентермина 15 мг и топирамата ER 92 мг (n=995) или плацебо (n=994). Дополнительно во всех 3 группах с целью нормализации веса использовалась программа по модификации образа жизни. На момент включения средний возраст участников составил 51 год, средние показатели массы тела и ИМТ — 103 кг и 36,5 кг/м² соответственно. Около 90% пациентов в каждой группе имели 2 стадию избыточного веса по EOSS.

После 56 нед терапии вес пациентов, получавших комбинированную терапию, снижался значительно больше, чем в группе плацебо, и этот эффект был дозозависимым. В группе высоких доз фентермина/топирамата среднее снижение массы тела для стадий EOSS 1, 2 и 3 составило 10,0; 10,5 и 9,5% соответственно (p<0,001 по сравнению с плацебо).

Переносимость новой комбинации в целом была хорошей. Наиболее распространенными побочными эффектами, встречавшимися с большей частотой, чем в группе плацебо, были сухость во рту, запор и парестезии. Как и эффективность в отношении снижения веса, частота этих явлений была дозозависимой.

Сидячая работа повышает риск кардиоваскулярной смерти и общую смертность

В последние годы проводится большое количество исследований, направленных на изучение малоподвижного поведения с низкими энергетическими тратами, включая сидение и лежание, как значимого поведенческого фактора риска развития ожирения и хронических заболеваний. Человек сидит во время поездки, при просмотре телевизионных передач, работе за компьютером, чтении и т. д., однако не меньшее количество времени на сидение может тратиться и на работе. Подсчитано, что с физическими усилиями связаны менее 20% профессий, и многие работники, прежде всего сотрудники офисов, сидят на работе по 6 ч в день и более. Таким образом, малоподвижный образ жизни, включающий длительное времяпровождение в сидячем положении, является глобальной проблемой современного мира.

Целью исследования, представленного на ECO-2012 учеными из Австралии, было изучить связь между сидением на работе, ИМТ и смертностью в общей популяции. Авторы использовали данные проспективного норвежского исследования Nord-Trondelag Health Survey. Физическую активность на работе разделили на четыре категории: сидение большую часть времени; работа, требующая ходьбы; работа, подразумевающая ходьбу и поднятие тяжестей; тяжелый физический труд.

Из 45 259 участников, завершивших исследование, 40% имели нормальный вес, еще 40% — избыточную массу тела, 15% — ожирение. На протяжении периода наблюдения от 12 до 14 лет умер 4421 пациент. Для категорий пациентов с нормальным, избыточным весом и ожирением общая летальность прогрессивно увеличивалась (5,0; 6,8 и 9,4 летальных исходов на 1000 пациентов в год соответственно), так же как и кардиоваскулярная смертность (1,8; 2,8 и 4,4 на 1000 пациентов в год соответственно).

После поправки на ИМТ и другие переменные (пол, уровень образования, занятие спортом, общее состояние здоровья, статус курения и кардиометаболические заболевания) сидячая работа по сравнению с работой, подразумевающей ходьбу, ходьбу и подъем тяжестей и тяжелый физический труд, ассоциировалась с достоверно более высокими показателями общей смертности и смертности от кардиоваскулярных/метаболических заболеваний (для всех трех случаев p<0,01).

Общая смертность повышалась параллельно с ИМТ для всех четырех категорий физической активности на работе. Однако наиболее важно то, что для участников с нормальным ИМТ кривые смертности во времени были одинаковыми для всех категорий физической активности, а для пациентов с повышенным ИМТ они расходились в соответствии с физической активностью; при этом самая высокая смертность наблюдалась у работников сидячего труда с ожирением. Аналогичная зависимость отмечена и для кривых кардиоваскулярной смертности.

Таким образом, у людей с нормальным ИМТ сидячая работа не увеличивает риск смерти, в то время как у пациентов с избыточной массой тела и ожирением она является значимым предиктором общей и кардиоваскулярной смертности; и чем более выражено ожирение, тем больше пользы пациент получает от физической активности на работе.

Авторы исследования отмечают, что неблагоприятное влияние сидячей работы на здоровье связано не только с уменьшенными энергетическими тратами, но и с вредными эффектами сидения как такового.

Обращаясь к людям с избыточным весом, проводящим на работе значительную часть времени в положении сидя, авторы рекомендуют почаще вставать из-за стола и делать ту же работу стоя. Мышечный тонус в стоячем положении повышается, что увеличивает расход энергии и в конечном счете положительным образом сказывается на здоровье.

есса по ожирению (ЕСО-2012)

Бариатрические вмешательства ассоциируются с повышенным риском злоупотребления алкоголем

Ученые из Швеции представили данные, согласно которым у пациентов, перенесших бариатрические вмешательства, значительно повышается вероятность диагностирования проблем, связанных с приемом алкоголя.

В ходе нерандомизированного проспективного исследования Swedish Obese Subjects (SOS) 2010 пациентов, перенесших бариатрическую операцию в одной из 25 хирургических клиник Швеции в период с 1987 по 2001 год, сравнили с 2037 контрольными пациентами, наблюдавшимися в то же время. Пациентов, имевших проблемы с алкоголем в начале исследования, а также употреблявших более 34 г этанола в сутки (эквивалентно 3 бутылкам вина в неделю), из участия исключали.

Тип операции определял лечащий хирург; 19% пациентов было выполнено бандажирование желудка, 68% – вертикальная гастропластика с бандажированием, 13% – шунтирование желудка. Средний возраст пациентов 3 хирургических групп и участников контрольной группы составил 48 лет (от 37 до 60 лет), средний ИМТ – 42 кг/м².

Ранее в исследовании SOS было установлено, что наибольшее долгосрочное снижение веса обеспечивает шунтирование желудка; бандажирование желудка и вертикальная гастропластика ассоциировались с одинаковым уменьшением массы тела. Было также продемонстрировано, что в первые 6 мес после шунтирования желудка употребление алкоголя уменьшалось, а затем увеличивалось.

Целью нового анализа исследования SOS было изучить отдаленные изменения в употреблении алкоголя после бариатрических вмешательств. Наблюдение за пациентами продолжалось в среднем 10 лет.

Все виды бариатрических вмешательств ассоциировались с повышенной частотой проблем, связанных с употреблением алкоголя, как сообщаемых самими пациентами, так и диагностированных по критериям МКБ-9 и МКБ-10. В то же время распространенность употребления алкоголя в количестве, ассоциированном со средним риском зависимости по критериям ВОЗ (40 г/сут для мужчин и 20 г/сут для женщин), была самой высокой у пациентов, перенесших шунтирование желудка (около 14% по сравнению с 5% в контрольной группе).

Вероятные механизмы, способствующие злоупотреблению алкоголем после бариатрических вмешательств, включают ускорение транспорта алкоголя в тонкий кишечник и уменьшение его первичного метаболизма де-гидрогеназой желудка, что приводит к повышению пиковых уровней алкоголя в крови. Кроме того, по наблюдениям исследователей, у многих пациентов алкогольная зависимость заменяет зависимость от еды.

Социальные сети помогают детям с ожирением отказываться от проблемной пищи

Многочисленные исследования показали, что дети с ожирением употребляют значительно больше пищи, когда их окружают другие тучные дети. Когда ребенок становится тучным, риск того, что тучными станут его друзья, увеличивается более чем на 50%.

Проблемные продукты питания, способствующие ожирению, отличаются высоким уровнем доставляемого удовольствия и комфорта, вследствие чего людьми с ожирением овладевает постоянное стремление к их употреблению. Проблемное питание ассоциируется с изменениями в головном мозге, которые можно увидеть с помощью нейровизуализации. Эти изменения могут усиливать поведение, направленное на поиск пищи, что формирует порочный круг.

В развитых странах мира работают социальные сети, помогающие людям бороться с переизбытком. Примером такой сети является американский Интернет-ресурс Weigh2Rock.com, который ежемесячно посещают от 50 до 100 тыс. детей, подростков и их родителей. Сайт содержит раздел вопросов и ответов, калькулятор веса, результаты взвешивания членов сети, информацию по продуктам питания, медицинские статьи, результаты голосования и, что очень важно, реальные истории, рассказывающие об успехах в снижении веса, а также социальную сеть, использующую чат-румы и форумы. Каждый член сети имеет пару – «товарища по снижению веса» для социальной поддержки, устранения социальной изоляции (последняя способствует комфортному потреблению проблемных продуктов), повышению мотивации и ответственности,

совместного решения проблем, сопротивления тяге к пище и «пищевому неистовству».

Пользователи веб-сайта Weigh2Rock.com вводят свои имена, рост и вес; в последующем система идентифицирует их по IP-адресам. Различная информация хранится на отдельных серверах, что обеспечивает конфиденциальность.

С июня 2000 по сентябрь 2010 года ресурс Weigh2Rock.com посетили 28 406 уникальных пользователей в возрасте от 8 до 21 года (в среднем 14 лет), оставившие в форумах 41 535 сообщений и 93 787 ответов. Большинство пользователей (94%) были женского пола. Средний ИМТ (указываемый самостоятельно) составил 33,7±7,4 кг/м².

Данные, представленные на ЕСО-2012, свидетельствуют о том, что сайт Weigh2Rock.com оказывает не только социальный, но и терапевтический эффект: посещающие его дети и подростки теряют в весе в среднем 3,4 кг.

Одним из многочисленных инструментов сайта является программа, позволяющая детям накладывать фотографию своего лица, снятую веб-камерой или камерой смартфона, на тело, которое они могут делать толще или тоньше; в обоих случаях мотивация к изменению веса повышается. Еще один инструмент представляет собой серию картинок объектов, внушающих отвращение к еде (тараканы на продуктах, мертвые животные, грязные туалеты и т. д.). Как утверждают сами дети, просмотр таких картинок очень помогает подавлять тягу к еде.

Эндюлюминальный барьер помогает терять в весе без хирургических вмешательств

Нидерландские ученые представили на ЕСО-2012 новый подход к лечению ожирения, альтернативный бариатрическим операциям, который продемонстрировал в исследовании безопасность и эффективность в отношении снижения веса и улучшения контроля сахарного диабета 2 типа.

Система EndoBarrier представляет собой гибкую телескопическую трубку длиной 60 см с большим проксимальным отверстием, которая устанавливается через рот с использованием одноразового устройства. Процедура имплантации занимает не более 30 мин. Трубка закрепляется с помощью шипов, проникающих в стенку двенадцатиперстной кишки. После 1 года использования трубка извлекается тем же путем, что и устанавливалась, не оставляя рубцов.

Показания для установки трубки соответствуют таковым бариатрических операций, однако EndoBarrier может использоваться также у пациентов с низким ИМТ, не являющихся кандидатами для хирургического лечения.

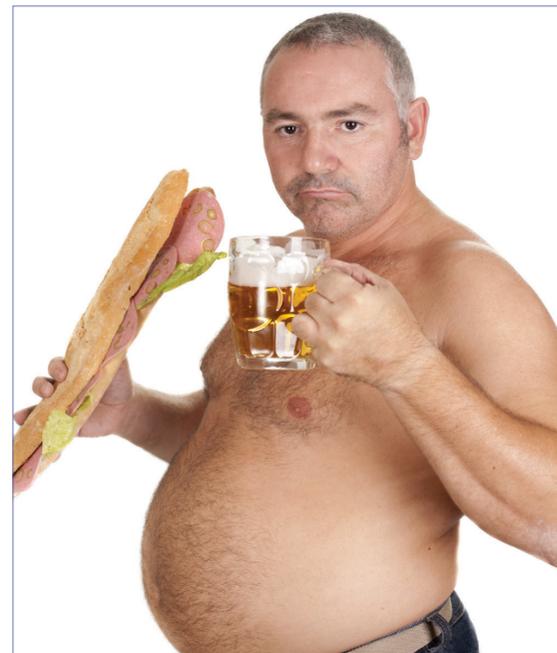
В одном из исследований EndoBarrier, включавшем 61 пациента, трубка устанавливалась в среднем за 24 мин и извлекалась за 14 мин. Флюороскопия продолжалась в среднем 7,7 мин при установке и 1,6 мин при извлечении.

В целом система EndoBarrier изучалась в 13 исследованиях с участием более чем 500 пациентов. У подавляющего большинства пациентов с диабетом после установки трубки происходила ремиссия заболевания, сопровождающаяся стойким снижением веса.

В нерандомизированном исследовании, проводившемся в Чили, пациенты теряли в среднем 47% избыточного веса. Через 12 мес после имплантации ИМТ больных снижался с 45,3 до 36,1 кг/м² (p<0,001), артериальное давление – со 134/86 до 125/72 мм рт. ст. (p=0,003 для систолического и p<0,001 для диастолического). Кроме того, отмечалось статистически значимое снижение уровней общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности и триглицеридов; при этом уровень холестерина липопротеинов высокой плотности не изменялся.

В бразильском исследовании (n=22; период наблюдения – 1 год) показано положительное влияние EndoBarrier на уровень гликозилированного гемоглобина, который снижался с исходных 8,8 до 6,8% через 12 нед после имплантации с последующим снижением до 6,5% через 36 нед. Интересно отметить, что после извлечения трубки уровень HbA1c оставался стабильным на протяжении не менее чем 24 нед.

Исследователи отмечают, что система EndoBarrier отличается высокой безопасностью. Основными побочными эффектами являются тошнота, рвота и боль в животе. Частота таких побочных эффектов, как гастроинтестинальное кровотечение, дегидратация, запор,



диарея, гипогликемия и дефицит витаминов/минералов, составляла менее 1%.

У больных сахарным диабетом 2 типа установка трубки приводила к быстрому улучшению метаболических параметров, связанных с диабетом, параллельно с увеличением уровней глюкагоноподобного пептида (ГПП-1) и белка PYY, уменьшающего аппетит. ГПП-1 усиливает глюкозозависимую секрецию инсулина и подавляет постпрандиальную секрецию глюкагона в поджелудочной железе. У многих пациентов имплантация EndoBarrier позволяла значительно уменьшить объем противодиабетической терапии или полностью от нее отказаться.

Основной проблемой использования EndoBarrier является ограниченный срок службы трубки, тем не менее после короткого периода «отдыха» возможна повторная установка системы. Ранняя версия трубки оставалась стабильной на протяжении 3 мес, в последующем этот период удалось увеличить до 1 года.

Лираглутид обеспечивает потерю 36% избыточного веса

Лираглутид – длительнодействующий аналог ГПП-1, предназначенный для подкожного инъекционного введения. Препарат применяется для лечения сахарного диабета 2 типа в качестве дополнения к диете и физическим нагрузкам.

На конгрессе ЕСО-2012 ученые из Великобритании представили результаты исследования, продемонстрировавшего высокую эффективность лираглутида в снижении избыточного веса.

В ходе исследования пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с ИМТ 30-40 кг/м² и уровнями глюкозы плазмы натощак <7 ммоль/л (126 мг/дл) после 2-недельного приема плацебо рандомизировали в одну из 6 групп терапии для получения лираглутида 1,2; 1,8; 2,4 или 3,0 мг/сут; плацебо (также в виде подкожных инъекций) либо орлистата 120 мг 3 р/сут перорально. Фаза активной терапии продолжалась 50 нед. На протяжении всего исследования участники находились на гипокалорийной диете, обеспечивающей дефицит энергии 550 ккал/сут, и повышали уровень своей физической активности.

В группах лираглутида снижение веса продолжалось до завершения исследования и было дозозависимым. В группе орлистата масса тела пациентов снижалась примерно так же, как и в группе самой низкой дозы лираглутида.

Ответ на лечение (снижение веса не менее чем на 5% через 12 нед) зафиксирован у 75% пациентов группы лираглутида 3,0 мг/сут, у 38% больных группы орлистата и у 32% участников группы плацебо. В группе наибольшей дозы лираглутида снижение общей и избыточной массы тела составило в среднем 12 и 36% соответственно.

Лираглутид в данном исследовании имел очень выгодный показатель NNT (number needed to treat): чтобы достичь снижения общего веса на 10% у одного пациента, препарат следует назначить всего трем больным.

Авторы исследования подчеркивают, что лираглутид пока не одобрен для снижения веса, и в настоящее время не завершены исследования по долгосрочной безопасности, которые позволят инициировать клинические испытания III фазы.

Официальный сайт конгресса: www.eco2012.org

Подготовил **Алексей Терещенко**