

# Ожирение у детей: актуальные вопросы терапии

**Д**етское ожирение в настоящее время все больше приобретает статус социальной проблемы. С учетом подобных тенденций во многих странах ученые бьют тревогу и говорят о необходимости принятия программ для борьбы с этим недугом на общенациональном уровне.



Н.В. Нагорная

На состоявшемся 19-20 сентября в г. Харькове ежегодном мероприятии – XV Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» (Сидельниковские чтения) заведующая кафедрой педиатрии УНИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Наталья Владимировна Нагорная рассказала о проблеме ожирения у детей и принципах безопасной и эффективной терапии.

– Ожирение у детей – это хроническое полиэтиологическое заболевание, которое характеризуется избыточным содержанием жировой ткани в организме и показателем индекса массы тела (ИМТ) более 97-го перцентиля (ВОЗ, 2004).

Ожирение – тревожная тенденция, создающая угрозу здоровью следующих поколений, и глобальная проблема мирового масштаба: по приблизительным оценкам, это нарушение отмечается у 44 млн детей (ВОЗ, 2013). По данным Центра национальной статистики США (2012), за последние 30 лет количество детей с ожирением увеличилось в 2 раза. К 2020 г. во всем мире избыточную массу тела или ожирение будут иметь 9% детей дошкольного возраста (около 60 млн человек). В Европе ежегодные темпы роста показателей распространенности ожирения среди детей в настоящее время в 10 раз превышают уровень 1970 г.

Ожирение неслучайно называют хроническим полиэтиологическим заболеванием: оно сопровождается не только избыточным образованием жировой ткани, но и другими изменениями, такими как нарушения метаболизма и функции печени, артериальная гипертензия, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, вегетативный и психоэмоциональный дисбаланс, проблемы эстетического характера. С возрастом увеличивается риск развития артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета, стеатоза печени, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и желчного пузыря, остеоартрита, метаболического синдрома. Таким образом, ожирение можно назвать одним из ведущих факторов риска инвалидизации и смерти в молодом возрасте, поэтому ученые из разных стран мира выражают свою обеспокоенность в связи со сложившейся ситуацией. При пролонгации ожирения во взрослом периоде часто происходит присоединение коморбидных патологических состояний, которые, в свою очередь, характеризуются более тяжелым течением в сравнении с таковым ожирения, дебютировавшего в зрелом возрасте (табл.).

Основными наследственными факторами, обуславливающими развитие ожирения в детском возрасте, являются мутации в локусах хромосом; полиморфизм в генах, ответственных за аппетит и метаболизм; нарушение баланса и развития β-клеток поджелудочной

железы, ведущее к формированию «голодного» фенотипа.

К факторам, предрасполагающим к развитию ожирения, в первую очередь следует отнести особенности и стереотипы питания, принятые в семье. Высокий уровень потребления высококалорийных продуктов с низким содержанием микронутриентов также способствует возникновению ожирения у детей. Значимый вклад в распространение ожирения вносят употребление в больших количествах сладких безалкогольных напитков и фруктовых соков, а также активная маркетинговая стратегия, направленная на популяризацию высококалорийных продуктов питания. В то же время в борьбе с ожирением эффективными методами являются создание соответствующей обстановки дома и в учебных заведениях, поддерживающей выбор здорового питания для детей; употребление в пищу продуктов, содержащих большое количество пищевых волокон; регулярная физическая активность и предпочтение грудного вскармливания новорожденных. Таким образом, снижение физической активности и гиподинамия тесно связаны с психологическими проблемами и увеличением объема потребляемой пищи, в результате чего формируется порочный круг со многими звеньями, разорвать который подчас довольно сложно.

Говоря о патогенетических аспектах ожирения, следует отметить значительную биологическую активность жировой ткани, которая характеризуется высокой степенью васкуляризации и иннервации, выраженной метаболической и секреторной (продуцирует более 50 биологически активных веществ, в том числе фактор некроза опухоли, инетрлейкин-6, ангиотензин, лептин) активностью, высокой плотностью β-адренорецепторов, кортикоидных и андрогенных рецепторов и относительно низкой – α<sub>2</sub>-адрено- и инсулиновых рецепторов.

В настоящее время во многих странах, в том числе и в Украине, уделяется большое внимание медикаментозной терапии ожирения. В 2012 г. ВОЗ представила глобальную стратегию по диете, физической активности и здоровью детей с избыточным весом и ожирением. Еще в 2006 г. Министерством здравоохранения Украины были приняты протоколы предоставления медицинской помощи детям, страдающим ожирением.

Согласно современным принципам лечение ожирения должно быть комплексным и учитывать множество факторов его появления. В первую очередь большое внимание уделяется мотивации (семейной и индивидуальной) детей и их родителей к снижению массы тела и поддержанию достигнутого эффекта в дальнейшем. В разговоре с родителями следует акцентировать внимание, что только правильное питание позволяет устранить влияние нескольких факторов риска (гиперхолестеринемии, артериальной гипертензии, избыточной массы тела). Уменьшение массы тела всего на 10-15% способствует значительному повышению чувствительности тканей к инсулину, улучшению показателей углеводного и липидного обмена, снижению системной гиперинсулинемии и уровня артериального давления. Диетическая коррекция осуществляется за счет снижения калорийности пищи и уменьшения ее объема. При выборе продуктов предпочтение отдается фруктам и овощам, содержащим сложные углеводы (не менее 40-50 г в день), богатым клетчаткой, которые должны составлять 50-60% суточного калоража. Особое внимание должно уделяться правильно спланированной программе увеличения физической активности.

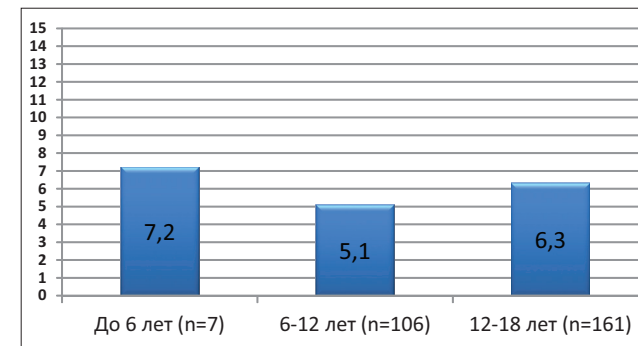
В то же время было установлено (N.F. Krebs, 2007; C.Y. Ji, 2009; N. Gupta, 2012), что применение стандартной лечебной программы, включающей диету и физические упражнения, оказывает эффект только у 50% детей. При этом не более 5% детей могут достичь существенного и долгосрочного снижения массы тела без медикаментозной поддержки. Следовательно, врач должен не только контролировать динамику снижения

веса, но и в случае неэффективности модификации образа жизни и питания использовать лекарственные средства.

В медикаментозной терапии сегодня ведущую роль отдают препаратам, влияющим на пищевой центр, который был открыт И.П. Павловым (за это открытие ученому в 1904 г. была присуждена Нобелевская премия).

В настоящее время в арсенале врача имеется гомеопатическое средство Цефаматар, мишенью которого служит пищевой центр промежуточного мозга, влияющий на чувство голода и насыщения, то есть при более низком калораже пищи у ребенка быстрее появляется чувство насыщения. Активными составляющими препарата являются кора и корень *Calotropis gigantea* (мадара), компоненты которых действуют на промежуточный мозг. Цефаматар демонстрирует хороший профиль безопасности, не приводит к обезвоживанию, не влияет на состояние щитовидной железы, не способствует сжиганию жира и не оказывает слабительного действия. Это единственный зарегистрированный на территории Украины препарат для лечения ожирения, разрешенный к использованию у детей начиная с 3-летнего возраста. Препарат оказывает также психотерапевтическое действие – помогает ребенку поверить в лечение и адаптироваться к гипокалорийной диете. Данное лекарственное средство можно использовать длительно (до 3-4 мес).

В открытом многоцентровом мониторинговом исследовании эффективности и переносимости с участием 274 детей (109 мальчиков, 165 девочек) в возрасте 4-18 лет со средним ИМТ 28,6 кг/м<sup>2</sup> и длительностью лечения не менее 9 нед с использованием Цефаматара оценивалась выраженность снижения массы тела.



**Рис. Снижение массы тела в сравнении с исходной у детей различных возрастных групп (в процентном соотношении)**

Результаты испытания представлены на рисунке.

У 93,4% участников отмечалось снижение веса, которое в среднем составило 3,8 кг. В группе детей от 12 до 18 лет снижение веса составило 4,5 кг. 72% детей отметили, что на фоне лечения и после него качество жизни улучшилось. Переносимость препарата как очень хорошую и хорошую оценили 76% врачей и 96% пациентов и врачей совместно.

Таким образом, полученные результаты исследования продемонстрировали, что терапия Цефаматаром в сочетании с диетой, ограничивающей калорийность суточного рациона, значительно эффективнее, чем применение исключительно диеты. Наблюдения показали, что Цефаматар не вызывал признаков интоксикации и был безопасен в применении. Не отмечалось также явлений непереносимости и побочных эффектов.

Учитывая сложность и многофакторность проблемы детского ожирения, основы рационального питания и здорового образа жизни должны формироваться уже в детском возрасте, возводиться в ранг семейных традиций, в особенности при наличии предрасположенности к ожирению. Цефаматар может быть препаратом выбора для лучшей адаптации к гипокалорийной диете.

Подготовил Владимир Савченко

**Таблица. Текущие и ожидаемые с возрастом нарушения здоровья у детей с ожирением**

Нарушения в детском возрасте	Нарушения в молодом возрасте
Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы	
Повышение артериального давления (каждое увеличение массы тела на 4,5 кг ассоциируется с повышением систолического артериального давления на 4,5 мм рт. ст.)	Артериальная гипертензия Инсульт Инфаркт миокарда
Обменные нарушения	
Гиперлипидемия Нарушение толерантности к глюкозе Дисфункция печени	Атеросклероз Метаболический синдром Сахарный диабет Стеатоз печени Калькулез Остеоартрит
Нарушения со стороны нервной системы	
Вегетативный дисбаланс Хронический стресс Эстетические проблемы	Снижение работоспособности и повышенная утомляемость Депрессия и психические отклонения