

«...доктор должен быть примером для пациента»



Недогода Сергей Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе и заведующий кафедрой терапии и эндокринологии факультета усовершенствования врачей ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России. Главный внештатный специалист эндокринолог Минздрава России по Южному федеральному округу.

Президент общероссийской общественной организации «Антигипертензивная лига», член правления Президиума Российского общества кардиологов.

Автор более 600 научных работ, в том числе 7 монографий, 7 учебников и учебных пособий. В качестве эксперта участвует в разработке национальных рекомендаций по лечению артериальной гипертензии, ожирения, метаболического синдрома.

Заслуженный врач Российской Федерации.

— **Уважаемый Сергей Владимирович, Вы участвовали в подготовке отечественных клинических рекомендаций по лечению ожирения. Как проходила эта работа? Что нового специалистам дает этот документ?**

— Нам удалось собрать уникальную команду из лучших специалистов Российской Федерации, каждый член которой готовил свой раздел по коморбидным состояниям. Мы не копировали ни европейские, ни североамериканские документы, а создали свои. Почему? Потому что они должны быть связаны с нашими научными знаниями и находиться в правовом поле Российской Федерации.

Эти задачи выполнены: нашими рекомендациями могут пользоваться сотрудники учреждений медико-социальной экспертизы, врачебных комиссий при военкоматах и так далее. Наиболее удачные подходы из зарубежных рекомендаций мы использовали в отечественных, в частности определение здорового и нездорового метаболического фенотипа. Важно, что теперь для больных с ожирением будет обязательным измерение уровня высокочувствительного С-реактивного белка — ключевого показателя в оценке сердечно-сосудистого риска. Наряду с такими широко используемыми в кардиологии шкалами, как Systematic Coronary Risk Evaluation, мы применяем специальные шкалы по прогнозу развития сахарного диабета, поскольку понимаем, что ожирение — одна из классических моделей формирования кардиометаболического синдрома.

Созданные нами рекомендации дают врачам широкого профиля, в том числе первичного звена здравоохранения,

представление о том, какие особенности существуют у больных с ожирением, имеющих коморбидную патологию, о ключевых аспектах ведения таких пациентов. Наш документ не противоречит существующим клиническим рекомендациям, например по лечению морбидного ожирения у взрослых, выпущенным Российской ассоциацией эндокринологов.

Ожирение — не только эндокринологическая проблема. Все специалисты, сталкивающиеся с ним (врач первичного звена и стационара, кардиолог, нефролог, невролог), должны знать, как вести себя в ситуации, когда их «классические» заболевания имеются у пациента с ожирением. И наши рекомендации дают нужную информацию.

Уже после публикации проекта наших рекомендаций вышли рекомендации Американской коллегии кардиологов, в которых предложено выделять хроническое заболевание, связанное с ожирением (adiposity-based chronic disease). Это свидетельствует о том, что мы движемся в правильном направлении. Ожирение — важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. У таких больных практически всегда наблюдаются хроническое низкоинтенсивное воспаление неинфекционного характера, сдвиг секреции адипокинов и нарушение метаболизма жировой ткани.

— **Можно ли говорить об эпидемии ожирения в России?**

— Безусловно. Практически каждый четвертый россиянин, по данным Всемирной организации здравоохранения, имеет ожирение или избыточную массу тела, и тенденция «от плохого

к худшему», к сожалению, сохраняется. Людей с худым, астеническим типом телосложения будет оставаться все меньше. Кроме того, ожирение «молодеет». Зайдите в любую школу и посмотрите на школьников — очень у многих проблема с весом.

Ожирение — самое прогрессирующее заболевание. Если его не лечить, не вмешиваться активно медикаментозными и немедикаментозными методами, будет прогрессировать не только само ожирение, но и сопутствующие заболевания, проходя все стадии Edmonton Obesity Staging System.

— **Как распознать ожирение у пациента с нормальным индексом массы тела? Что такое метаболически здоровое ожирение?**

— Для больных с нормальным индексом массы тела, у которых есть жировые висцеральные отложения, наши западные коллеги используют специальный термин — «худой толстяк».

Врача должны насторожить: увеличенная печень, что может свидетельствовать о неалкогольной жировой болезни этого органа; выявленный в анамнезе храп, то, что мы называем красивым термином «ночное апноэ» (оно очень часто сопутствует ожирению); такие лабораторные показатели, как высокие уровни триглицеридов и мочевой кислоты; и, конечно, нарушения углеводного обмена. Все перечисленное служит поводом для более углубленного обследования пациента.

Считаю, что термин «метаболически здоровое ожирение» допустимо использовать только на определенном этапе развития основного заболевания — ожирения. Он появился относительно

недавно. Это состояние, при котором еще не зафиксированы нарушения со стороны липидного, углеводного обмена, но уже есть избыточная масса тела. Наблюдение за такими пациентами велось на протяжении 4–5 лет в проспективных исследованиях и показало, что метаболически здоровое ожирение достаточно быстро переходит в обычное, с метаболическими нарушениями.

— Ожирение приводит к хроническому воспалению жировой ткани?

— Это взаимосвязанные процессы. При ожирении мы практически всегда наблюдаем низко интенсивное неинфекционное воспаление. Накапливающиеся цитокины продуцируют воспаление (гистамин и гепарин) и разрушают иммунную систему. Все, что вырабатывают адипоциты, за исключением адипонектина, провоцирует нарушения со стороны сосудов.

В последнее время стало понятно, что воспалительные адипокины, в частности лептин, адипонектин, резистин, их дисбаланс крайне негативно влияют на функцию почек, в результате чего формируется связанная с ожирением гломерулопатия (obesity-related nephropathy). В большинстве случаев у таких больных есть проблемы с суставами, позвоночником, почками, печенью, сосудами, нарушения когнитивных функций. Поэтому подавление воспаления при ожирении — очень важная задача при ведении пациентов с ним.

В конечном счете даже от серьезного избытка веса никто не умирал, но если у человека уровень высокочувствительного С-реактивного белка выше 3,0 мг/л, он попадает в зону высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Современные схемы лечения гипотензивными, сахароснижающими препаратами нового поколения, статинами и метформином позволяют решить эту проблему.

— Какие современные технологии используют для диагностики ожирения?

— Появились новые технологии, позволяющие определить уровни адипокинов, процент жировой ткани и висцерального жира, используются компьютерная и магнитно-резонансная томография. Однако для диагностики ожирения достаточно простых и доступных любому врачу в любом лечебно-профилактическом учреждении методов исследования. Надо всего лишь измерить объем талии, бедер,

взвесить больного, рассчитать индекс массы тела.

Как часто первым диагнозом в истории болезни или в амбулаторной карте пациента стоит ожирение? Крайне редко. Врач будет писать, что у больного гипертония, сахарный диабет, а ожирение относить к сопутствующим заболеваниям. Но причины и того, и другого зачастую связаны именно с ожирением. Щадя психику пациента, врач сосредотачивает его на лечении симптомов заболеваний, ассоциированных с ожирением, а не самого ожирения. А наша задача — донести до больного, что если он справится с ожирением, справится и с сопутствующими болезнями или, по крайней мере, облегчит в значительной степени их течение.

— Тактика лечения больного с ожирением в ближайшем будущем терпит изменения?

— Думаю, что в скором будущем изменений ожидать не стоит. Лечение ожирения надо начинать с немедикаментозных мероприятий: диеты, комплекса физических упражнений. Я бы особо подчеркнул пользу скандинавской ходьбы, при которой задействованы все основные группы мышц. Такой вид физических упражнений благодаря использованию палок снижает нагрузку на суставы и позвоночник и позволяет в щадящем режиме постепенно усиливать физические нагрузки и сжигать большее число килокалорий, поскольку работают мышцы верхней части тела.

В лекарственной терапии в ближайшее время исследователи связывают определенные надежды с лираглутидом и ингибиторами SGLT-2, которые имеют сахароснижающий, метаболический эффект и способствуют уменьшению веса (от 2 до 6 кг). Если пациент весит 100 кг или более, о реальном уменьшении риска осложнений, вызванных ожирением, можно говорить только при снижении веса на 5–15% (на 5–15 кг). Понятно, что прием вышеперечисленных препаратов поможет лишь наполовину решить данную задачу.

В первой-второй фазе клинических исследований находятся препараты совершенно уникальные — панактиваторы PPAR-рецепторов (Peroxisome proliferator-activated receptor — рецепторы, активируемые пероксисомными пролифераторами). С их помощью будут лечить гипертонию, нарушение липидного обмена, ожирение. Определенные надежды возлагаются на разработку средств, стимулирующих выработку

адипонектина либо способных повышать его уровень, но эти исследования находятся на доклинической фазе, поэтому появление таких препаратов в ближайшие 5 лет маловероятно.

— Нужны ли, по Вашему мнению, перемены в подходах к образованию врачей, в частности в области лечения ожирения?

— Безусловно, мы должны на разных, особенно на междисциплинарных, мероприятиях для врачей рассказывать о современных подходах к лечению ожирения. Европейцы и североамериканцы в работах 15-летней давности уже писали о том, что для ведения больного с индексом массы тела выше 30 кг/м² необходимы усилия как минимум пяти специалистов разного профиля. Соответственно мы должны создать условия, при которых пациента с ожирением не будет лечить только терапевт или только эндокринолог. Такому больному требуется помощь других врачей, например кардиолога, гастроэнтеролога, невропатолога (при эректильной дисфункции), гинеколога-эндокринолога (при синдроме поликистозных яичников).

Необходимо разъяснять врачам, что ожирение — колоссальная проблема, которая приводит не только к сердечно-сосудистым заболеваниям, но и к онкологическим, диабетическим рискам. До них следует донести понимание необходимости назначения рекомендаций по ведению здорового образа жизни. Врач должен подобрать для пациента индивидуальную диету, рассчитать физические нагрузки. Ему следует знать о тех новых препаратах, которые, помимо основных задач (снижения уровня глюкозы в крови), могут решать другие проблемы у мультиморбидного больного с ожирением. Это так называемая многоцелевая моно- или олигофармакотерапия.

— Что бы Вы пожелали своим коллегам?

— Быть, прежде всего, здоровыми. Известное крылатое латинское выражение «Врач, исцели себя сам!» красноречиво говорит о том, что доктор должен быть примером для пациента. И, конечно, желаю вести здоровый образ жизни. Рассказы тучного доктора о вреде ожирения вызовут только иронию у больного.

Специально для *Доктор.Ру*
Шемчук И.В.