

УДК 616-056.7/2.612.015.36

DOI:10.54503/0514-7484-2022-62.4-123

Роль здорового образа жизни и правильного питания в лечении ожирения

А.Г. Петросян, З.Т. Джндоян

*ЕГМУ им. М. Гераци, кафедра внутренних болезней и пропедевтики
0025, Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: ожирение, жировая ткань, осложнения ожирения, профилактика, лечение, низкокалорийные диеты, физическая активность

Ожирение – это избыточное накопление жировой ткани в организме. За несколько прошедших десятилетий в большинстве стран мира распространенность ожирения стремительно растет [1].

Избыточный вес влияет на состояние всех органов и систем, многие последствия ожирения представляют угрозу жизни человека. Ожирение приводит к развитию таких патологий, как:

- заболевания сердечно-сосудистой системы – артериальная гипертония (АГ), атеросклероз, которые, в свою очередь, приводят к инфарктам миокарда, инсультам, ретинопатиям, нефропатиям;
- эндокринные нарушения – сахарный диабет 2-го типа (СД), стероидный диабет, синдром Иценко-Кушинга;
- синдром ночного апноэ (СНА);
- заболевания костно-суставной системы – остеоартрозы, остеоартриты, грыжи межпозвоночных дисков;
- онкологические заболевания – рак толстой кишки, печени, желчного пузыря, гормонозависимые виды опухолей.

Последствия банального ожирения приводят к существенным ограничениям качества жизни, инвалидизации и даже смерти. Их гораздо легче предотвратить, чем вылечить [13].

В связи с этим во всех развитых странах мира ведется активный поиск новых высокоэффективных способов профилактики и лечения ожирения, в большинстве случаев самым безопасным и эффективным методом считается здоровый образ жизни.

Диагностика ожирения

Для диагностики ожирения используется показатель – индекс массы тела (ИМТ), или индекс Кетле: текущий вес (кг)/рост (м²). Нормальное значение ИМТ от 18 до 25.

Степень ожирения оценивается так:

- ИМТ 25-30 – пограничное значение, наличие лишнего веса;
- ИМТ 30-35 – ожирение I степени;
- ИМТ 35-40 – ожирение II степени;
- ИМТ 40 и больше – ожирение III степени.

Кроме массы тела также учитывают толщину кожной складки под лопаткой, которую можно взять щипком (в норме до 2 см), величину обхвата живота (в талии и по наиболее выступающему месту).

Основными признаками ожирения являются:

- увеличение массы и объема тела;
- одышка при незначительных физических нагрузках, у людей с III степенью дыхание затруднено даже в покое;
- повышенное артериальное давление (АД), головные боли, «мушки» перед глазами при смене положения тела, боли за грудиной;
- боли в суставах и спине, затрудненные движения из-за высокой нагрузки на костно-мышечную систему;
- расстройства пищеварения;
- снижение либидо;
- нарушения менструального цикла, чаще нерегулярные менструации или полное отсутствие;
- быстрая утомляемость, слабость, эмоциональная нестабильность [2].

Такие проявления чаще всего игнорируются, люди не считают их серьезным поводом обратиться к врачу, это еще одна проблема ожирения. Часто меры по приведению массы тела в норму начинают приниматься, когда уже есть проблемы со здоровьем, угрожающие его нормальной жизнедеятельности.

Основными факторами, приводящими к накоплению излишков жира, являются переедание и недостаток физической активности. Именно с этим связаны около 90% случаев ожирения. Условия, которые ведут к развитию ожирения: большое количество высококалорийной пищи, богатой простыми углеводами и животными жирами (сладости и газированные напитки, хлебобулочные изделия, фастфуд, колбасы, копченые и жареные блюда). Такие продукты в большом количестве присутствуют в рационе среднестатистического человека. Работа при этом становится все менее энергозатратной и сидячей, малоактивный труд приводит к тому, что потребление калорий превышает расход. Незатраченные калории «откладываются» под кожей, во внутренних органах и между ними.

Набор веса может происходить при нарушении в работе следующих органов:

- гипоталамус-гипофиз – дефицит тропных гормонов (соматотропина, тиреотропина, адренокортикотропина), эти вещества оказы-

вают стимулирующее действие на щитовидную железу, надпочечники, ускоряют энергетический обмен;

- щитовидная железа – гормоны щитовидной железы – тироксин и трийодтиронин, напрямую регулируют обмен основных нутриентов, стимулируют расщепление жировой ткани и синтез белков. Дефицит этих гормонов приводит к увеличению массы тела;
- поджелудочная железа – избыток инсулина способствует ожирению;
- надпочечники – гиперкортицизм, синдром Иценко-Кушинга, избыток кортикостероидов (гормонов надпочечников) в крови стимулирует расщепление жиров в печени, но в то же время стимулирует их отложение в области живота, плеч и лица;
- половые органы – дефицит тестостерона у мужчин и эстрогенов у женщин способствует ожирению.

В конце прошлого века был открыт еще один влияющий на набор веса гормон – лептин. Это вещество синтезируется в пищеварительном тракте и жировой ткани. Лептин с током крови проникает в гипоталамус, где стимулирует центр насыщения (угнетает аппетит). Повышенное количество этого гормона снижает аппетит, пониженное – повышает аппетит.

Существуют генетические нарушения выработки лептина и снижение чувствительности тканей к нему. Это приводит к систематическому перееданию, которое трудно контролировать. Кроме лептина в регуляции центров голода и насыщения участвуют другие вещества, преимущественно синтезируемые клетками желудка и тонкой кишки.

Возможен ятрогенный тип ожирения, вызванный нерациональным приемом гормональных препаратов по причине неправильного назначения или самолечения.

Ожирение на фоне нарушений синтеза гормонов встречается реже, чем пищевое (переедание), но процесс похудения при гормональном сбое происходит гораздо сложнее.

Профилактика ожирения

Несмотря на широкие научные изыскания в этой области, медицина пока не может предложить убедительного метода избавления от лишнего веса медикаментозным путем. В большинстве случаев действенным методом профилактики и лечения ожирения остается здоровый образ жизни.

Для профилактики ожирения по причине эндокринных заболеваний показаны консультации эндокринолога и обследования для определения уровня гормонов раз в год.

Рекомендации по питанию

- оптимальная калорийность с учетом индивидуальных параметров и физической активности;

- достаточное количество чистой воды (30 мл на кг в сутки);
- отдавать предпочтение нежирным видам мяса;
- хотя бы раз в неделю включать в рацион рыбу и морепродукты;
- каждый день употреблять свежие сезонные овощи и фрукты;
- ограничить потребление соли до 4 г в день;
- ограничить алкоголь.

Не стоит экспериментировать с диетами и голоданием при ожирении, они малоэффективны и даже опасны [7]. Нужно обращаться к грамотному врачу с целью расчета нормы калорийности и составления рациона.

Минимальная физическая активность должна присутствовать в жизни ежедневно – ходьба пешком, подъем по лестнице, утренняя зарядка, разминка при долгой сидячей работе и т.п. [3]; 2-3 раза в неделю стоит выделить час для занятий физкультурой. При появлении тревожных симптомов: беспричинный набор веса, нарушения менструального цикла, нужно обратиться за консультацией к эндокринологу.

Современные подходы к лечению ожирения

Общепринятая стратегия лечения ожирения заключается в применении в отношении всех больных программы немедикаментозной терапии, которая при необходимости может быть дополнена методами медикаментозного и (или) хирургического лечения ожирения [20].

При выборе тактики лечения ожирения обязательно учитываются такие осложнения этого заболевания и анамнестические данные, которые увеличивают риск смерти [11, 17, 21]. Их принято обозначать термином «факторы риска ожирения». К таким факторам относят синдром гипергликемии (СД 2-го типа, нарушение толерантности к глюкозе, высокая гликемия натощак), АГ, ИБС, атеросклероз любых сосудов, СНА, дислипидемию, раннюю менопаузу, курение, раннее возникновение инфаркта миокарда или фибрилляции желудочков у родителей, возраст старше 44 лет для мужчин и старше 54 лет для женщин.

Программа немедикаментозного лечения ожирения включает диетотерапию, дозированные физические нагрузки и поведенческую терапию [4]. Такое лечение проводится у всех больных с ожирением, а также у части пациентов с избыточной массой тела. Об избыточной массе тела свидетельствует увеличение ИМТ от 24 у женщин и 25 у мужчин до 29,9. Более высокие значения ИМТ указывают на наличие ожирения. При избыточной массе тела программа немедикаментозного лечения ожирения в полном объеме назначается пациентам, у которых имеются, как минимум, два фактора риска или высокий объем талии. Объем талии оценивается как высокий, если его величина у женщин превышает 88 см, а у мужчин – 102 см. Остальным пациентам с избыточной массой тела достаточно просто соблюдать здоровый образ жизни. Медикаментозное лечение ожирения выполняется в случае недостаточной эффективности

немедикаментозной терапии у всех больных с ожирением, а также у тех пациентов, у которых ИМТ составляет не менее 27 и при этом имеется не менее двух факторов риска или высокий объем талии.

Хирургическое лечение ожирения применяют у пациентов с ИМТ, равным или превышающим 40 (в случае неэффективности неинвазивного лечения), а также у больных с ИМТ не меньше 35, если у них имеется серьезная сопутствующая патология – АГ, ИБС, недостаточность кровообращения, тяжелая гиперлипидемия, СД 2-го типа, СНА. Хирургическое лечение разрешено только взрослым пациентам с давностью ожирения не менее 5 лет – при отсутствии у них алкоголизма и психических заболеваний [9,10,13,15].

При проведении немедикаментозного лечения в большинстве случаев применяют методику умеренного поэтапного снижения веса, в рамках которой выделяют три основных этапа. На первом этапе, который продолжается с 1 по 6 мес. лечения, добиваются снижения веса примерно на 10% от исходной величины. С 7 по 12 мес. (второй этап лечения) поддерживают массу на таком уровне, чтобы она была на 5–10% ниже исходной. На этом этапе не следует стремиться к дальнейшему снижению массы тела в связи со снижением основного обмена, которое происходит через 6 мес. с момента начала лечения ожирения. Попытка форсировать снижение веса на этом этапе вызывает столь значимое уменьшение основного обмена, что у пациентов развивается рецидив ожирения. Основной обмен стабилизируется на новом уровне только через 1 год с момента начала лечения. С этого времени начинается третий этап снижения веса, на котором добиваются дальнейшего уменьшения массы тела.

Методика умеренного поэтапного снижения веса предусматривает соблюдение низкокалорийной диеты (НКД), при которой суточный калораж пищи у женщин составляет 1200–1400 ккал, а у мужчин – 1400 – 1600 ккал. У пациентов, соблюдающих НКД, количество употребляемых с пищей жиров не должно превышать 29% от суточного калоража пищи. Потребляемые жиры на 30–50% должны состоять из полиненасыщенных жирных кислот. Количество насыщенных жирных кислот ограничивают – их энергетическая ценность не должна превышать 10% от суточного калоража. Источником животных жиров могут быть нежирная рыба, птица (без кожи), изредка допускается употребление постной говяжьей вырезки. Содержание холестерина в пище не должно превышать 300 мг в сутки. Энергетическая ценность белка при НКД составляет около 15% от суточного калоража пищи. Рекомендуются 1/3 от суточного количества белка употреблять в виде соевых продуктов. На долю углеводов приходится 50–60% от количества употребляемых ежедневно килокалорий. Углеводы должны быть представлены преимущественно клетчаткой (овощи, фрукты, несладкие ягоды) и растворимыми пищевыми волокнами (хлеб из муки грубого помола, отруби, цельный овес и ячмень, бобовые продукты).

Допускается ограниченное употребление макаронных изделий, приготовленных из пшеницы твердых сортов. Для обогащения пищи кальцием в рацион питания вводят молоко или кефир 0,5–1% жирности и полностью обезжиренный творог. Поваренную соль ограничивают до 4,5 г в сутки. Количество потребляемой ежедневно жидкости составляет 1,5–2 л. Рекомендуется использовать зеленый чай, содержащий значительное количество катехинов, повышающих уровень основного обмена и стимулирующих постпрандиальный термогенез. Употребление трех порций зеленого чая в день перед основными приемами пищи позволяет увеличить энерготраты на 80 ккал в сутки. Следует, по возможности, ограничить употребление алкоголя. Желательно ежедневно принимать поливитамины. Соблюдать НКД следует пожизненно.

Существует также методика быстрого снижения массы тела, при которой за 3 мес. лечения добиваются уменьшения массы тела на 15–20%. Быстрое снижение веса проводят только по строгим показаниям – у пациентов с ИМТ не ниже 40, если у них одновременно имеет место рефрактерное к лечению течение таких заболеваний, как АГ, ИБС, недостаточность кровообращения, СД 2-го типа, СНА или тяжелая гиперлипидемия, которые не удается компенсировать без быстрого уменьшения массы тела. В рамках этой методики применяют очень низкокалорийную диету (ОНКД) [6]. Следует иметь в виду, что ОНКД противопоказана при болезнях почек, печени, холецистите, желчнокаменной болезни, бронхиальной астме, раковых заболеваниях, СД 1-го типа, нарушениях ритма сердца, в восстановительном периоде инсульта или инфаркта миокарда, при инфекционных заболеваниях, алкоголизме, лекарственной зависимости. Ее нельзя назначать детям и пациентам старше 65 лет. Продолжительность соблюдения ОНКД не должна превышать 16 нед. Суточный калораж пищи при ОНКД не превышает 800 ккал. Пропорция общего количества жиров, белков и углеводов у больных, соблюдающих ОНКД и НКД, бывает одинаковой. Однако при ОНКД энергетическая ценность насыщенных жирных кислот не должна превышать 7% от суточного калоража, а потребление холестерина ограничивают до 200 мг в сутки. В связи с этим в качестве продуктов животного происхождения допускается использование только филе холодноводной морской рыбы, белого мяса птицы без кожи, яичного белка, 0,5% молока или кефира, творога с нулевой жирностью. Для предотвращения кахексии полноценного белка при ОНКД следует употреблять не менее 1 г на 1 кг массы тела в сутки. Углеводов же должно быть не меньше 100 г в сутки – во избежание развития кетоацидоза. Пищевой рацион при ОНКД обогащают не только кальцием, но также калием и магнием. Обязательным является ежедневное употребление качественных поливитаминов. Применение ОНКД приводит к быстрому и выраженному снижению основного обмена, что может способствовать рецидиву ожирения. Для предотвращения рецидива прибавки

веса пациентам, прекратившим соблюдать ОНКД, в течение 2–3 мес. рекомендуют принимать *сибутрамин*. В ряде случаев на фоне ОНКД появляются депрессивные расстройства, называемые «диетической» депрессией. Таким пациентам вместо сибутрамина может быть назначен *флуоксетин*.

Как НКД, так и ОНКД продемонстрировали свою эффективность в лечении ожирения при проведении многоцентровых клинических исследований.

Существуют также другие рекомендации по диетотерапии при ожирении: диета Эткинса, белковая диета (Zone), вегетарианская диета Орниша и даже диета, предусматривающая питание пациента в зависимости от его группы крови. Недостатком всех этих видов диетотерапии является то, что они не были опробованы в многоцентровых клинических исследованиях, а при их соблюдении наблюдались существенные побочные эффекты.

Оптимальным видом физической нагрузки, применяемой для лечения ожирения, является динамическая аэробная нагрузка. Пациентам с ИМТ до 40 рекомендуют начинать физические тренировки с ходьбы в среднем темпе – 100 шагов в минуту. Продолжительность таких тренировок составляет 30 мин, а их периодичность 3–4 раза в неделю. Постепенно интенсивность нагрузки увеличивают: темп ходьбы доводят до высокого (160 шагов в минуту), продолжительность до 45–60 мин, периодичность до 1 раза в день. Такой объем физической активности позволяет увеличить энерготраты на 200–300 ккал в сутки.

У пациентов с ИМТ 40 и более физические тренировки начинают с ходьбы в медленном темпе (65 шагов в минуту) в течение 10 мин 3 раза в неделю. Постепенно интенсивность нагрузки увеличивают до среднего уровня – 100 шагов в минуту в течение 30–45 мин 4–7 раз в неделю.

Немедикаментозное лечение ожирения не может быть успешным без адекватной поведенческой терапии. Последняя предусматривает создание у пациента мотивации на снижение веса, ориентацию больного на пожизненное выполнение программы борьбы с ожирением, самоконтроль с ведением дневника веса, питания и режима физической активности, ограничение приема препаратов, способствующих повышению веса, лечение половой дисфункции и депрессивных нарушений, борьбу со стрессом, «седиментарным» образом жизни, соблюдение правил приема пищи и другие мероприятия.

Медикаментозная терапия ожирения позволяет добиться хорошего результата почти у всех больных, резистентных к немедикаментозному лечению (за исключением пациентов с морбидным ожирением) [5,14]. Существует большое количество медикаментов, способных уменьшать массу тела, однако на сегодняшний день лишь три препарата официально рекомендованы для лечения ожирения – сибутрамин, орлистат и фентер-

мин [16,18]. Сибутрамин и орлистат являются препаратами первого ряда, а фентермин – препаратом второго ряда. Преимущества сибутрамина и орлистата заключаются в том, что они более эффективно снижают вес, уменьшают выраженность некоторых осложнений ожирения, могут назначаться в течение длительного времени (до 2 лет) и при этом не вызывают серьезных нежелательных явлений. Только в отношении этих двух препаратов в многоцентровых клинических исследованиях доказано, что они не приводят к развитию таких тяжелых побочных эффектов, как легочная гипертензия и клапанные пороки сердца [12,19].

Сибутрамин (меридиа) относится к препаратам центрального действия. Он подавляет аппетит за счет усиления действия нейромедиаторов (норадреналина, дофамина и серотонина) на центры насыщения в вентромедиальной области гипоталамуса. Этот препарат также повышает основной обмен в среднем на 100 ккал в сутки и стимулирует термогенез, что увеличивает способность сибутрамина снижать вес. Эффективность и безопасность сибутрамина подтверждены в большом количестве многоцентровых исследований, в которых в общей сложности принимали участие более 3 млн пациентов (в том числе, пациенты с СД 2-го типа). Наиболее длительным из них является исследование STORM, в рамках которого непрерывный прием сибутрамина продолжался в течение 2 лет. Сибутрамин снизил массу тела более чем на 10% у 70% пациентов. Он снизил вес и уменьшил объем талии, соответственно в 3 и 1,9 раза эффективней, чем плацебо. Препарат достоверно снижал вес даже у пациентов, нарушавших диету. Под влиянием меридии количество висцерального жира уменьшилось на 22%, что было доказано при проведении магнитно-резонансной томографии. Сибутрамин позволяет эффективно лечить ожирение у пациентов с депрессивными нарушениями, протекающими с компульсивным типом пищевого поведения, для которого характерны эпизоды выраженной булимии. Лечение сибутрамином начинают с 10 мг в сутки, всю дозу препарата принимают перед завтраком. Через 4 нед. оценивают эффект препарата: если снижение веса составило менее 2 кг, дозу меридии увеличивают до 15 мг.

В ходе исследования STORM удалось доказать, что эффект сибутрамина сохраняется даже после его отмены. Это же исследование показало, что данный препарат улучшает метаболические показатели: достоверно снизился уровень триглицеридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, увеличилось количество антиатерогенных липопротеидов высокой плотности, уменьшилось содержание мочевой кислоты в плазме крови, снизился гликированный гемоглобин. Сибутрамин, как и остальные аноректические препараты центрального действия, может вызывать бессонницу, сухость во рту, запоры, учащение пульса на 4–5 ударов в минуту, незначительное повышение АД – систолическое в среднем повысилось на 1,6 мм рт. ст., диастолическое – на 1,8 мм рт. ст.

Препарат противопоказан при рефрактерной АГ, тяжелой ИБС, клинически значимых аритмиях, застойной недостаточности кровообращения, хронической почечной недостаточности, тяжелой печеночной недостаточности, эпилепсии.

Механизм действия *орлистата* (ксеникал) основан на его способности ингибировать желудочную и панкреатическую липазы, что нарушает гидролиз пищевых жиров и уменьшает их всасывание на одну треть. У 60% пациентов с ожирением орлистат снижал вес более чем на 10%, достоверно уменьшал объем талии. Достоверное уменьшение массы тела было достигнуто как у пациентов с нормальным состоянием углеводного обмена, так и у больных с СД 2-го типа. Орлистат подтвердил свою высокую эффективность и безопасность в большом количестве рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, самым продолжительным из которых было исследование XENDOS (4 года непрерывного лечения ксеникалом). Препарат назначают по 120 мг 3 раза в день во время еды или в течение 1 ч после приема пищи. При проведении 3-й фазы клинических испытаний орлистата установлено, что он снижает уровень триглицеридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, гликированного гемоглобина, снижает АД. Описаны такие побочные эффекты данного препарата, как боль в животе, обильная дефекация, жирный кал, оксалатурия, у некоторых пациентов отмечалось недержание кала. Орлистат противопоказан при синдроме мальабсорбции и при мочекаменной болезни с оксалатными камнями.

Фентермин (ионамин, адипекс, фастин) у 60% больных снижал вес более чем на 5%, что было подтверждено в рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях. При лечении этим препаратом не получено достоверных данных о возможности его благоприятного влияния на выраженность дислипидемии, гипергликемии и других осложнений ожирения. Короткодействующие формы фентермина назначают 3 раза в день за 30 мин до еды. Ретардные формы фентермина принимают 1 раз в день перед завтраком. Фентермин является препаратом центрального действия. По этой причине его назначение может сопровождаться такими же нежелательными явлениями, как и прием сибутрамина. Помимо этого, длительный прием фентермина может приводить к развитию лекарственной зависимости, повышению давления в системе легочной артерии, усиливать симпатoadреналовые проявления при «панических атаках» у пациентов с тревожными расстройствами. Фентермин, в отличие от сибутрамина и орлистата, относится к группе сильнодействующих препаратов, отпускается только по рецепту врача, а длительность его назначения не должна превышать 3 мес.

Не рекомендуется применять при ожирении сборы лекарственных растений и пищевые добавки [8]. Многие лекарственные сборы, используемые для снижения веса, содержат нефротоксичные растения (стефа-

нию, магнолию), гепатотоксичную траву германдер, а также эфедру, которая оказывает токсическое действие на почки, печень и перевозбуждает сердечно-сосудистую и нервную системы. При использовании сборов, содержащих эфедру, зарегистрированы случаи возникновения острого инфаркта миокарда, инсульта, острой печеночной и почечной недостаточности. В составе лекарственных сборов и в виде пищевых добавок для снижения веса используют такие компоненты, как кофеин, пиколинат хрома, хитозан, волокна клетчатки, растворимые пищевые волокна. Их способность влиять на выраженность ожирения оценивалась в различных исследованиях. Оказалось, что из всех перечисленных выше средств только растворимые волокна (гуар-гумми) достоверно снижали массу тела, но это снижение составило лишь 5%. При использовании гуар-гумми у части пациентов развивались кишечная непроходимость и обструкция пищевода.

Таким образом, хотя за несколько последних десятилетий ожирение приобрело характер пандемии, охватившей население большинства стран нашей планеты, тем не менее можно утверждать, что в арсенале современной медицины имеются эффективные способы профилактики и лечения этого заболевания, которые позволяют не только улучшить качество жизни пациентов, но и существенно снизить смертность от осложнений ожирения.

Статья написана не только с научной целью, но и с целью ознакомить население Армении с правильными, грамотными методами снижения веса, а также планируется внедрение здорового образа жизни в нашей стране.

Поступила 11.05.22

Առողջ ապրելակերպի և ճիշտ սննդակարգի դերը ճարպակալման բուժման հարցում

Ա.Հ.Պետրոսյան, Զ.Տ.Զնորյան

Վերջին տասնամյակներում ճարպակալումը համաճարակային բնույթ է ստացել և լուրջ առողջական խնդիր է, որը լուծում է պահանջում և հետևողական աշխատանք: Կիրառվում են ճարպակալմանն ուղղված արդյունավետ բուժման մեթոդներ, որոնք ոչ միայն լավացնում են կյանքի որակը, այլև կանխում են այս հիվանդության բազմաթիվ դրսևորումների և բարդությունների առաջացումը:

Չաճախ կանխարգելման նպատակով խորհուրդ է տրվում վարել առողջ ապրելակերպ, դրսևորել ամենօրյա ֆիզիկական ակտիվություն, զբոսանք, ինչպես նաև օգտվել քայլ առ քայլ, դանդաղ նիհարելուն ուղղված ցածր կամ շատ ցածր կալորիականությամբ սննդակարգերից, որոնց ընտրությունը կախ-

ված է հիվանդի մոտ առկա հարակից հիվանդություններից: Մեթոդի ընտրությունը պետք է կատարի բժիշկը:

Դեղորայքային բուժումը թույլ է տալիս հասնել լավ արդյունքի այն հիվանդների մոտ, որոնք ոչ դեղորայքային մեթոդների հանդեպ կայուն են: Մարմնի քաշը նվազեցնող մեծաթիվ դեղամիջոցներ կան, սակայն դրանցից թույլատրված է նշանակել միայն 3-ը: Դրանք են սիբուտրամինը, օրլիստատը և ֆենտերմինը: Վերջիններիս ընտրությունը և նշանակումը պետք է կատարվեն միայն բժշկի կողմից: Խորհուրդ չի տրվում կիրառել նիհարեցնող ազդեցություն ունեցող բուսական ծագման հավելումները՝ վերջիններիս գանազան կողմնակի ազդեցությունների պատճառով:

Այս հոդվածը գրվել է ոչ միայն գիտական նպատակով, այլ նաև այն նպատակ ունի իրազեկելու հայ հանրությանը քաշի նվազեցմանն ուղղված գրագետ, ճիշտ մեթոդներին, որոնք կարելի է կիրառել բժշկի հետ խորհրդակցելուց հետո միայն:

The Role of Healthy Lifestyle and Correct Diets in Treatment of Obesity

A. H. Petrosyan, Z. T. Jndoyan

During last decades obesity got a pandemic character, which is a big problem all over the world and it demands a solution and follow up of these patients. There are effective methods to treat obesity, which not only improve quality of life, but also prevent many manifestations and complications of this disease.

In most of the cases, for preventive purposes, it is recommended to lead a healthy lifestyle, practice daily physical activity, go for walks, as well as to use low-calorie or very-low-calorie diets for gradual and slow weight loss the choice of which depends on presence of comorbidities. The doctor should make the choice of the method.

Medicamentouse therapy of obesity helps to achieve good results among those patients who are resistant against non medicamentouse methods of weight loss. There are great many medicaments, which can decrease body weight, but only 3 medicaments are officially recommended to prescribe. These are sibutramine, orlistat and phentermine which can be chosen and prescribed only by a doctor. Weight loss supplements are not advised to use because of many side effects they can have.

This article is written for not only scientific purposes, but also aims to inform the Armenian public about competent, correct weight loss methods that can be applied only after consulting a doctor.

Литература

1. *Бутрова С. А.* Терапия ожирения. Ожирение. Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М., 2004, гл. 14, с. 378-406.

2. *Вознесенская Т. Г.* Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. Ожирение. Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М., 2004, гл. 9, с. 234-271.
3. *Джакисик Дж. М., Галлагер К. И.* Физические нагрузки для коррекции массы тела. Избыточный вес и ожирение. Под ред. Д. Г. Бессесен, Р. Кушнер. М., 2004, гл. 12, с. 98-114.
4. *Джексон Д., Балтес А., Кушнер Р.* Диеты. Избыточный вес и ожирение. Под ред. Д. Г. Бессесен, Р. Кушнер. М., 2004, гл. 7, с. 61-68.
5. *Кушнер Р.* Лекарственная терапия. Избыточный вес и ожирение. Под ред. Д. Г. Бессесен, Р. Кушнер. М., 2004, гл. 16, с. 145-156.
6. *Кушнер Р.* Очень низкокалорийные диеты. Избыточный вес и ожирение. Под ред. Д. Г. Бессесен, Р. Кушнер. М., 2004, гл. 11, с. 95-97.
7. *Старостина Е. Г.* Расстройства приема пищи: клинико-эпидемиологические аспекты и связь с ожирением. Врач. 2005, 2, с. 28-31.
8. *Хербер Д.* Безрецептурные препараты для снижения массы тела. Избыточный вес и ожирение. Под ред. Д. Г. Бессесен, Р. Кушнер. М., 2004, гл. 13, с. 115-124.
9. *Яшков Ю. И.* Хирургические методы лечения ожирения. Ожирение. Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М., 2004, гл. 15, с. 407-430.
10. *Angrisani L., Furbetta F., Doldi S. B. et al.* Results of Italian Multicenter Study on 239 super-obese patients treated by adjustable gastric banding. *Obes. Surg.*, 2002, 12: 846-850.
11. *Apollinario J. C., Bueno J. R., Coutinho W.* Psychotropic drugs in the treatment obesity. What promise? *CNS Drugs.*, 2004, 18(10): 629-651.
12. *Berube-Parent S., Prud'homme D., St-Pierre S. et al.* Obesity treatment with a progressive clinical tri-therapy combining sibutramin and supervised diet-exercise intervention. *Int. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 2001, 25: 1144-1153.
13. *Buchwald H., Buchwald J. N.* Evaluation of operative procedures for the management of morbid obesity. *Obes. Surg.*, 2002, 12: 705-717.
14. *Collins P., Williams G.* Drug treatment of obesity: from past failures to future successes? *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 2001, 51: 13-25.
15. *Fisher B. L., Schauer P.* Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *Am. J. Surg.*, 2002, 184: 9-16.
16. *Mc Elroy S. L., Shapira N. A.* Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity. *Am. J. Psychiatry*, 2003, 160: 255-261.
17. *Orzano A. J.* Diagnosis and treatment of adult obesity: evidence-based review. *J. Am. Board. Fam. Pract.*, 2004, 17(5): 359-369.
18. *Poston W. S. C., Foreyt J. P.* Sibutramin and the management of obesity. *Expert. Opin. Pharmacoter.*, 2004, 5: 633-642.
19. *Ryan D. H.* Clinical use of sibutramin. *Drugs Today*, 2004, 40(1): 41-54.
20. *Waine C.* Obesity and weight management in primary care. *Blackwell science LTD*, 2002, 434.
21. *Wing R. R., Hill J. O.* Successful weight loss maintenance. *Annu. Rev. Nutr.*, 2001, 21: 323-341.