

# Содержание

---

<b>Предисловие</b> .....	7
<b>Введение</b> .....	11
<b>Список сокращений</b> .....	14
Глава 1	
<b>Показатели динамики распространенности ожирения</b> .....	16
Глава 2	
<b>Особенности обмена веществ в различные возрастные периоды жизни детей</b> .....	30
2.1. Значение белкового обмена веществ .....	32
2.2. Роль в обмене веществ углеводов .....	35
2.3. Энергетическое значение в организме жиров .....	36
2.4. Роль витаминов в обмене веществ .....	38
2.5. Вода и минеральные соли .....	39
2.6. Взаимосвязь обмена белков, жиров и углеводов .....	40
2.7. Система регуляции обмена веществ .....	41
2.8. Особенности в отдельные возрастные периоды жизни .....	43
Глава 3	
<b>Весоростовые пропорции и их нормативы</b> .....	47

## Глава 4

**Влияние наследственности на тип обмена веществ . . . . . 49**

4.1. Обмен жиров и наследственность . . . . . 50

4.2. Взаимодействие наследственных и внешних факторов . . . . . 50

## Глава 5

**Вопросы диагностики наличия, формы и степени ожирения . . . . . 53**

## Глава 6

**Причины ожирения у детей . . . . . 63**

## Глава 7

**Наследственность, конституциональные и экзогенные (внешние) факторы в генезе ожирения . . . . . 82**

7.1. Конституция и внешние (экзогенные) факторы . . . . . 89

## Глава 8

**Типы ожирения и их отличия . . . . . 94**

8.1. Первичная форма ожирения . . . . . 99

8.2. Вторичная форма ожирения . . . . . 101

## Глава 9

**Клиническая эволюция при КЭО у детей и подростков и ее возрастнo-половые особенности . . . . . 104**

9.1. Частота в популяции и на врачебном приеме, экзогенные факторы . . . . . 104

9.2. Характер синдромологического прогрессирования КЭО в зависимости от наследуемого морфотипа . . . . . 112

9.3. Клинико-синдромологические фазы при эволюции процесса . . . . . 116

## Глава 10

**Фазность гормонально-метаболических сдвигом у детей с КЭО в зависимости от его степени . . . . . 122**

10.1. Кинетика показателей углеводной толерантности . . . . . 124

10.2. Динамика функционального состояния инсулярного аппарата . . . . . 132

10.3. Особенности липидного обмена . . . . . 139

10.4. Пируватцидемия и лактатцидемия .....	144
10.5. Функциональное состояние симпатико-адреналовой системы .....	148
10.6. Глюкокортикоидная активность .....	150
10.7. Аминоацидурия .....	153
10.8. Минералокортикоидная активность .....	154
10.9. Нарушения баланса натрия и калия .....	155
10.10. Водный гомеостаз .....	162
Глава 11	
<b>Иммунитет и «болезни-спутники» ожирения .....</b>	<b>173</b>
Глава 12	
<b>Патогенетические механизмы, лежащие в основе фазности клинической эволюции КЭО и его «болезней-спутников».....</b>	<b>187</b>
Глава 13	
<b>Модель «adiposus-генотипа» и этапы его фенотипирования.....</b>	<b>193</b>
Глава 14	
<b>«Метаболический синдром» и критический взгляд на его ведущие позиции .....</b>	<b>198</b>
Глава 15	
<b>Клинико-биохимические критерии диагностики предрасположенности детей к КЭО.....</b>	<b>216</b>
Глава 16	
<b>Научные основы, принципы и технологии диетотерапии детей, больных ожирением, и в группе риска. ....</b>	<b>226</b>
16.1. Главные принципы и правила здорового питания ребенка.....	226
16.2. Общие положения диетотерапии при КЭО .....	229
16.3. Качественная характеристика диетического питания при ожирении .....	235
16.4. Методические аспекты этапности перевода ребенка на субкалорийные диеты .....	239

Глава 17	
<b>Лечебная гимнастика, физкультура, массаж, спорт</b> .....	251
Глава 18	
<b>Нормализация психологического климата в семье и окружении больного ребенка</b> .....	256
<b>Заключение</b> .....	259
<b>Приложение</b> .....	263
Примерные меню-раскладки субкалорийных диет (СК1-2) для детей различного возраста, больных разными степенями ожирения .....	263
<b>Список литературы</b> .....	270

# Предисловие

*«Хотя нельзя «починить» набор генов (gene complement), с которым индивидуум начинает свою жизнь, тем не менее, прогресс в медицинской науке позволяет все чаще бороться с проявлениями неблагоприятных генов».*

*Из отчета Комитета экспертов ВОЗ по генетике человека*

Известный биолог XIX века, изучавший зависимость развития человека от факторов питания, Отто Уле еще в свое время писал: «Из всех факторов, которые оказывают влияние на человека и от которых зависит его благополучие, режим питания является, несомненно, одним из самых важных» («Питание и развитие человека», 1870). Это заключение весьма авторитетного ученого особенно значимо для детского возраста, в котором происходят рост, развитие, формирование и становление многих процессов и функций жизнедеятельности организма. Вряд ли есть смысл доказывать и повторять общеизвестную истину, что правильное и полноценное питание ребенка — залог его здоровья. С пищей поступают в организм все необходимые вещества, несущие энергию и строительный материал для органов и тканей. Однако это никоим образом не означает, что «чем больше, тем лучше». К сожалению, этот факт забывают или не учитывают многие родители. Стремясь видеть своего ребенка «полненьким» и не задумываясь о том, что это опасно по многим причинам, они с самого раннего возраста дают большее, чем необходимо, количество пищи. Чтобы понять и полностью оценить опасность перекармливания, необходимо достаточно хорошо знать особенности обмена веществ детского организма, иметь представление и о некоторых наследственных и внешних факторах, воздействующих на организм ребенка и влияющих на характер его обменных процессов, и многое другое, о чем мы хотим рассказать в этой книге. Во многих случаях ожирение у ребенка не вызывает беспокойства родителей потому, что оно не сопровождается очевидными изменениями функционального состояния его организма и значительным повышением заболеваемости. Вместе с тем прогноз ожирения требует изыскания путей его

радикального лечения. В настоящее время происходит расширение задач педиатрической науки и практики по вопросам ожирения ребенка. Если в недалеком прошлом они сводились почти исключительно к его профилактике и лечению в структуре детских заболеваний, то в настоящее время перед педиатрами встают новые и обширные проблемы. И в частности, углубленный поиск предикторов заболевания, включая наследственные факторы, и разработка организационно-методических мероприятий в отношении детей групп риска по манифестации ожирения.

Побудили нас написать это руководство многие обстоятельства. Главным из них является чрезвычайно тревожное нарастание заболеваемости ожирением у детей, неуклонно наблюдаемое в последние годы. И следующим, не менее важным обстоятельством является тот факт, что в большинстве случаев родители обращаются к врачу с запущенными формами ожирения у детей, когда лечить чрезвычайно трудно; тогда как всегда озвучивался и звучит основной врачебный тезис: «Предупредить заболевание всегда легче, чем вылечить». При этом вполне очевидно, что этого невозможно добиться не только без реального, а не формального, согласия больных, но и, конечно же, без активного участия его родных; ибо именно на их долю выпадет основная «нагрузка» в осуществлении мероприятий профилактики и терапии. А для этого и специалисты (педиатры, эндокринологи и др.), и родители должны достаточно хорошо знать проблему.

Вместе с тем результаты анализа данных, полученных нами за почти полувековое изучение этого вопроса (первая докторская диссертация «Конституционально-экзогенное ожирение у детей» защищена в 1974 г. проф. А.В. Картелишевым), позволили выявить ряд строгих клинико-патохимических закономерностей, с учетом которых уже давно появилась возможность диагностировать ожирение у ребенка на самом начальном его этапе, еще до полного развертывания синдрома комплекса болезни. Это и удивительная схожесть у тучных родителей и еще не имевших клинических проявлений ожирения их детей характера нагрузочных (глюкозой) кривых свободных жирных кислот (по данным показателей в крови) – главного субстрата синтеза и депонирования жиров, а также гликемических кривых (жиры в организме образуются на 85% из углеводов, причем при ожирении и более данного показателя). Например, с помощью тщательного изучения родословных (используя для этой цели и семейные альбомы) около 10 тыс. человек (не считая пробандов) удалось выяснить, что в целом по группе ожирением страдают более 40% всех родственников тучного пробанда. Подобная концентрация больных членов семьи в изучаемых родословных свидетельствует об устойчивости, а не о случайности патологического признака тучности (избытка жировой массы тела, превышающего 15%) в генеалогическом древе больных ожирением детей. Об этом свидетель-

ствуется также и значительная пенетрантность его распространения, как по вертикальным, так и по горизонтальным ветвям родословных. Статистический анализ характера распределения родственников, страдающих ожирением, в генеалогическом древе наблюдаемых пробандов позволил получить достаточно точные прогностические данные о вероятности появления ожирения в потомстве с учетом 4 известных вариантов брачных связей (семейных ситуаций) и пола ребенка. Причем наблюдается удивительная схожесть типов и характера распределения избытка жировой массы тела у пробанда и родителя, чей тип телосложения он наследует. При этом не играет существенной роли половая принадлежность больного ребенка, т.е. мальчик или девочка могут наследовать мужской, женский или смешанный типы телосложения, один из которых имеется у больного ожирением родителя.

Протоколом Международного консенсуса по детскому ожирению рекомендовано раннее вмешательство, включающее диетотерапию и коррекцию пищевого поведения, с целью предупреждения развития осложнений ожирения. Однако, к сожалению, и до настоящего времени отсутствует целенаправленное выявление ожирения, оно поздно диагностируется специалистами. На врачебный прием поступают лишь 5,5% детей с ожирением I степени, тогда как среди всех тучных детей они составляют не менее 65%. Отсутствуют научно обоснованные отечественные программы ранней диагностики и лечения метаболических осложнений ожирения у детей, поэтому мы и решили в представленном руководстве, наряду с рассмотрением важных научных позиций, раскрывающих генезис, фазы болезни и ее следствия, дать как можно больше практических рекомендаций и советов по вопросам диеты здорового и больного ожирением ребенка, важных не только лечащим врачам, но и родителям. И кроме того, хотели бы акцентировать внимание на необходимости раннего обращения к врачу, особо подчеркнуть при этом опасность многих, очень часто наблюдаемых в последние годы осложнений и «болезней-спутников» ожирения у детей. В частности, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета (II типа) и др., объединяемых сейчас термином «метаболический синдром», критический взгляд на который нами дан в специальном разделе. С той же целью в книге приведены подробные повозрастные и соответствующие степени ожирения схемы питания больных детей, а в приложении помещены соответствующие им примерные меню диет применительно к разным возрастным группам и степеням избытка жировой массы тела. Ими можно с успехом руководствоваться при составлении пищевого рациона ребенка, больного ожирением, ибо действенность данных диет прошла суровую проверку временем. Понимая, что при предупреждении развития ожирения у детей и его лечении без активной и глубоко осознанной помощи врачу со стороны родителей

обойтись просто невозможно, а также призывая их к должному участию в данных мероприятиях, мы хотим тем не менее однозначно подчеркнуть, что стратегия лечения ожирения является компетенцией только врача-специалиста; так же как и постоянное динамическое наблюдение за эффективностью лечебных мероприятий различных форм ожирения у детей, особенно когда лечение «продвигается» чрезвычайно трудно. Используемая литература включает, в том числе и относительно «старые», отечественные и зарубежные источники, к сожалению, забытые современными специалистами, но содержащие ценнейшую информацию для понимания многих важных вопросов патогенеза, клиники и лечения ожирения у детей и подростков. Надеемся, что книга послужит значительному снижению распространенности заболевания, что и является главной задачей.

*Профессор А.В. Картелишев*



# Введение

Специалистам хорошо известно, что во всем мире статистика распространённости ожирения имеет весьма негативную динамику. Рост данного показателя у взрослого и детского населения многих стран за последние 10 лет составил в среднем 75% и приобрел характер «неинфекционной эпидемии» [ВОЗ, 2001, 2009]. Результаты выборочных исследований, проведенных в России, позволяют считать, что почти 40% трудоспособного населения страны имеют избыточную массу тела. Количество детей с ожирением удваивается каждые три десятилетия. В Российской Федерации имеют ожирение 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% — в городской [Дедов И.И., Петеркова В.А., 2006; Загоруйко М.В. и др., 2010]. Почти у 60% взрослых ожирение, начавшись в детском и подростковом возрасте, продолжает прогрессировать и ведет к развитию сосудистых осложнений. Ученые свидетельствуют, что избытком жировой массы тела (читай, ожирением) страдают поистине огромное количество людей во всем мире. Подавляющее большинство развитых стран на государственном уровне предпринимает «героические» усилия по борьбе с этим недугом, учитывая, что от 20–30 до 40–60% населения имеют ожирение различной степени. Заметим при этом, что, как правило, ожирение все же побеждает. А значит, все эти усилия направлены «не туда». Многие исследователи, кроме того, заявляют как об установленном факте, что с возрастом данное заболевание встречается все чаще, и после 45–50 лет оно имеется уже более чем у 40–60% людей. Но забывают при этом указать (а может, не знают, что наиболее вероятно) на то, что не менее 85–90% всех случаев ожирения истоки имеют уже в раннем детстве (вспомним наше умиление «перевязанными» ручками, пухлыми и «пылающими» щечками).

Как видно из рис. 1, кривая заболеваемости ожирением «неустанно ползет» вверх, а это значит, что каких либо действенных мер по лечению и, главное, профилактике данной патологии просто-напросто нет.



**Рис. 1.** График, иллюстрирующий неуклонность роста встречаемости ожирения по годам (усредненные данные целевых профосмотров и обращаемости за врачебной помощью)

При этом данные величины являются регистрацией общих показателей, практика показывает, что она далеко не полная, ибо фиксирует показатели распространенности заболевания только по обращаемости. Что же касается «истинных» (понятно, что условно) величин распространенности ожирения у детей и подростков, то следует подчеркнуть, во-первых, что около 80–90% всех тучных взрослых больны им с детских лет и нередко с раннего периода, а во-вторых, что около 40–50% всех современных школьников имеют избыточный вес. Называем эту поистине страшную цифру и отмечаем, что она складывается так, если учитывать I степень ожирения, которой, к сожалению, не только родители, но и практически все врачи не придают должного значения. А попросту – его не замечают и не уделяют серьезного внимания. Но ведь каждый случай ожирения начинается как раз с этой, I степени, когда с болезнью можно «справиться» относительно легко.

Именно поэтому первостепенная роль в изучении данной проблемы, конечно же, должна отводиться детскому возрасту,

В доказательство приведем результаты проведенных более 20 лет назад целенаправленных исследований, которые показали, что в России, как и в других развитых странах мира, отмечается неуклонное нарастание количества больных ожирением детей, с ежегодным приростом их популяции не менее чем на 1–3% в год (по разным регионам, этническим группам, слоям населения и т.п.).

И такая грозная тенденция объективно свидетельствует, во-первых, о преимущественно наследственном характере патологии, во-вторых, об отсутствии сколько-нибудь действенной системы профилактики заболеваемости, а также терапии больных.

Следует особо подчеркнуть, что, так же как и вопросы классификации, более 20 лет были назад разработаны основы, принципы этапной диетотерапии детей, больных ожирением, в соответствии с различными их степенями и успешно внедрены в ряд детских учреждений, в том числе лечебно-профилактического профиля, субкалорийные диеты, базирующиеся на строго индивидуальном подходе. Отсутствие их применения в амбулаториях, профильных стационарах и в широком пользовании заинтересованного населения и больных является еще одной из главных причин отсутствия универсальной системы оздоровления популяции детей, больных ожирением, с особым акцентом на группу риска.

Специалист заметит, что в книге имеются вроде бы некоторые повторы ряда положений. Но это обманчивое впечатление, ибо нами намеренно обращалось внимание на ряд неясных или «запутанных» (нередко по причине незнания их специалистами) позиций порою в нескольких разделах книги, чтобы аргументировать правильность подхода к той или иной из них с разных точек зрения. Например, это касается фазности клинико-метаболической эволюции конституционально-экзогенного ожирения у детей и подростков, ее зависимости от наследуемого морфотипа, пола, возраста, степени избытка жировой массы тела и др. В связи с этим начинаем книгу с разъяснения некоторых, казалось бы, простых вопросов, но именно с их недопонимания родителями, да и врачами начинается «путь» к ожирению практически каждого ребенка, предрасположенного к данному заболеванию.

# Список сокращений

А	– адреналин
АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
АпоА	– апопротеин, белок, формирующий фракцию липопротеидов высокой плотности
Апо (а)	– апопротеин (а), специфический белок, определяющий высокий риск ИМ, ИБС
АпоВ	– апопротеин, белок, формирующий фракцию липопротеидов низкой плотности
ВЕД	– вегетососудистая дистония
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГБ	– гипертоническая болезнь
ГИ	– гиперинсулинемия
Д	– дофа
ДА	– дофамин
ДАД	– диастолическое артериальное давление
ДОКС	– дезоксикортикостероиды
ИБМ	– ишемическая болезнь мозга
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИЖМТ	– избыток жировой массы тела
ИМ	– инфаркт миокарда
ИМТ	– избыток массы тела
И <sub>н</sub> МТ	– индекс массы тела
ИР	– инсулинорезистентность
КА	– катехоламины
КС	– кортикостероиды;
КЭО	– конституционально-экзогенное ожирение
ЛП(а)	– липопротеин (а)
ЛПВП или а-ЛП	– липопротеиды высокой плотности
ЛПНП или Р-ЛП	– липопротеиды низкой плотности
ОКС	– оксикортикостероиды

МС	– метаболический синдром
МТ	– масса тела
НА	– норадrenalин
НАД	– никотинамидадениндинуклетид
НАД•Н2	– кофермент никотинамидадениндинуклетид
НЭЖК	– неэстерифицированные жирные кислоты
ОБ	– объем бедер
ОТ	– объем талии
САД	– систолическое артериальное давление
СГТТ	– стандартный глюкозо-толерантный тест
СД1 и СД2	– сахарный диабет I и II типа
СЖК	– свободные жирные кислоты
ССС	– сердечнососудистая система
СТГ	– соматотропный гормон
ТГ	– триацилглицериды
ХС	– холестерол
ХСПВП	– холестерол липопротеидов высокой плотности
ХСЛПНП	– холестерол липопротеидов низкой плотности
ЭХС	– эфиры холестерола

## Показатели динамики распространённости ожирения

При освещении этого аспекта проблемы ожирения в целом и у детей в частности, важно отметить наличие резких, порою в разы, расхождений величин показателя распространённости, получаемых по учету обращаемости больных в поликлиники, по их госпитализации и по их количеству в общей популяции. Огромная разница в данных «инстанциях» наблюдается также и в степенях избытка массы тела (МТ) больных. В амбулатории – это II–III степени, а в стационаре – III–IV, тогда как в общей популяции преобладает I степень, составляющая в целом не менее 85% всех больных ожирением. И, следовательно, под врачебным наблюдением, причем не всегда пристальным и действенным, находится лишь около 15% пациентов, тогда как остальные 85% детей, имеющих явное, но не значительное по степени ожирение, практически не контролируются врачами и родителями [Картелишев А.В., 2010]. Они-то и являются основной «подпиткой» массы тех больных, которые в недалеком будущем войдут в «разряд тяжелых степеней» избытка массы тела с соответствующими им «болезнями-спутниками». Вполне естественно, что такое незнание истинной ситуации с распространённостью ожирения в стране и мире создает ложное впечатление о небольшой степени угрозы этой проблемы как для самого больного, так и всего социума. Именно поэтому мы и приводим реальные данные о распространённости этой, далеко не простой патологии.

В настоящее время наблюдается неуклонный и значительный рост заболеваемости ожирением среди взрослого и детского населения большинства стран нашей планеты. Это подтверждается целым рядом крупных статистических исследований. Небезынтересно проанализировать некоторые цифры. В 1966–1968 гг. при осмотре 6 тыс. детей Киевского района Москвы ожирение (причем не ниже II степени) было выявлено

у 2,2% школьников 5–8-х классов и у 5–6% дошкольников. Спустя более чем 40 лет этот показатель при целенаправленном осмотре детских контингентов вырос в 15–20 раз и более по разным возрастам, что должно повергать врачей в ужас. Уже говорилось, что ожирение относится к самым распространенным заболеваниям человечества. В многочисленных современных изданиях и публикациях в России и за рубежом, как нам кажется, достаточно аргументирована актуальность этой проблемы для большинства стран мира [Аверьянов А.П., 2009; Петеркова В.А., 2010]. Подробно рассмотрен этот вопрос и в руководстве для врачей «Ожирение» [ред. Н.А. Беляков, 2003], известном, наверное, каждому врачу, интересующемуся лечением и профилактикой ожирения. Поэтому, не утомляя читателей обилием цифр, мы приведем имеющуюся в нем статистику ожирения для тех стран, где это заболевание получило особо широкое распространение. Постараемся сделать акцент на тех государствах и регионах, включая бывшие республики СССР, где эта книга может найти особый спрос у русскоговорящего населения.

Избытком жировой массы тела (читай, ожирением) страдает поистине огромное количество людей во всем мире. Подавляющее большинство развитых стран предпринимают «героические» на государственном уровне усилия по борьбе с этим недугом, ибо от 20–30 до 40–60% населения имеют ожирение различной степени. Заметим при этом, что, как правило, ожирение все же побеждает. А значит, все эти усилия направлены «не туда». Многие исследователи, кроме того, заявляют как об установленном факте, что с возрастом данное заболевание встречается все чаще и после 45–50 лет оно имеется уже более чем у 40–60% людей. Но забывают при этом указать (а может, не знают, что наиболее вероятно) на то, что не менее 85–90% всех случаев ожирения истоки имеют уже в раннем детстве (вспомним наше умиление «перевязанными» ручками, пухлыми и «пылающими» щечками).

Пожалуй, наиболее неблагоприятное положение дел с ожирением имеет место в США. Целевые исследования середины прошлого столетия показали, что в различных штатах этой экономически развитой страны от 20 до 32% взрослого населения имели избыточную массу тела (индекс массы тела [ИМТ] = 25–30 кг/м<sup>2</sup>). И эта величина неуклонно растет: в среднем на 1–2% в год. К концу XX в. уже 55% взрослого населения США, т.е. 97,1 млн человек, имели избыток массы тела, из них 51,7% (50,2 млн) мужчин и 48,3% (46,9 млн) женщин. По последним статистическим данным, в настоящее время уже 64–65% взрослого населения в США — обладатели избыточной массы тела, из них 30–31% страдают ожирением (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>), а у 3% зарегистрировано ожирение тяжелой (III) степени (ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup>). Распространенность ожирения у лиц в возрасте от 20 до 74 лет

удвоилась с 15% в 1980 г. до 30% в 2000 г. Показательно, что в 1960–1962 гг. только у 43% американцев масса тела была избыточной (или было выявлено ожирение). К сожалению, весьма сомнительно, что намеченная правительством США цель — снизить распространенность ожирения среди взрослого населения к 2010 г. на 15% — была достигнута, несмотря на все принимаемые меры. Нарастает и распространенность избыточной массы тела у американских детей и подростков. Избыток веса в детстве predisposes к ожирению у взрослых. Так, около 50% детей, имевших избыточную массу тела в 6 лет, страдают ожирением, когда они становятся взрослыми, и практически 80% подростков сохраняют избыточную массу тела после окончания пубертата. С 1980 г. по настоящее время в США удвоилось число детей с избыточной массой тела. В 1999 г. избыточную массу тела имели 14% подростков и 13% детей (в 1970 г. их было втрое меньше). По данным Национального центра по предотвращению хронических болезней и сохранению здоровья США (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*), примерно 280 тысяч американцев ежегодно умирают из-за недугов, вызванных ожирением. Особенно опасно ожирение для молодых людей. Так, белые мужчины 20–30 лет с выраженным ожирением живут на 13 лет меньше, чем их сверстники с нормальным весом. Для женщин этот разрыв составляет 8 лет. Среди страдающих ожирением молодых афроамериканцев продолжительность жизни сокращается на 20 лет у мужчин и на 5 лет у женщин (даже при поправке на курение). Среди ведущих причин смертности, которую можно было бы предотвратить, смертность от ожирения следует за смертностью от курения. Согласно результатам масштабного клинического исследования Framingham Heart Study, наличие избыточной массы тела уменьшает продолжительность жизни 40-летнего некурящего человека примерно на 3 года, а наличие ожирения — на 6–7 лет. Данные национального обследования показывают, что продолжительность жизни белых американцев максимальна при ИМТ = 23–25 кг/м<sup>2</sup>, а чернокожих — 23–30 кг/м<sup>2</sup>. В 2000 г. общие (прямые + косвенные) затраты на лечение лиц с избыточным весом и ожирением в США составили 117 млрд долларов, что практически соответствует 10% от всех затрат государства на здравоохранение. А в 2010 г. правительством принято решение выделить финансы и «запустить» специальную Программу борьбы с детским ожирением.

В Австралии, несмотря на увлечение жителей континента спортом, более 50% из них имеют избыточный вес, причем за последние 15 лет число взрослых, страдающих от ожирения, возросло в 2 раза, а тучных детей — в 3 раза. В странах Западной Европы распространенность ожирения несколько ниже, чем в США, но тоже достаточно внушительная. В Великобритании 37% мужчин и 24% женщин имеют избыток массы тела, а 17%



мужчин и 19,5% женщин — ожирение. Установлено, что число больных ожирением в этой стране за последние десятилетия увеличилось более чем в 2 раза. Хотя мужчины страдают ожирением реже, чем женщины, среди представителей некоторых профессий тучность наблюдается чрезвычайно часто. Так, у 50–59% бизнесменов в возрасте 40–49 лет масса тела превышает нормальную на 10% и более. Особенно быстрая динамика повышения массы констатирована в целом ряде статистических исследований у представителей так называемого «среднего» класса, в первую очередь мужчин. У 56% лондонцев масса тела больше идеальной. С одинаковой частотой тучность встречается у жителей города и деревни во всех графствах страны. Проблема ожирения обходится этой стране в 12 млрд фунтов стерлингов ежегодно, что составляет примерно 10% ее расходов на здравоохранение.

Во Франции избыточную массу тела имеют не менее 25% жителей. Почти 50% французов в возрасте 40 лет и старше можно поставить диагноз ожирения: легкой (I) степени — 28%, средней (II) степени — 17%, тяжелой (III) степени — 5%. Динамика увеличения числа больных ожирением в этой стране — одна из самых впечатляющих в Западной Европе: по данным страховых компаний, ежегодный прирост составляет примерно 2,5%. Во Франции по сравнению с другими странами Европейского союза наиболее высока и смертность, связанная с ожирением. В Испании избыточная масса тела — беда более 50% населения, в Италии, Франции и Германии — более 25%. В Италии наблюдается настоящая эпидемия ожирения и избыточной массы тела у подрастающего поколения — до 36% детей страдают ожирением. Среди европейских стран на втором месте после Италии стоит Испания, где распространенность детского ожирения составляет 27%. Ожирение в детском возрасте является весьма значимым предиктором ожирения у взрослых. Эпидемиологические исследования отчетливо показывают семейный характер заболевания.

Интересны статистические данные о распространенности ожирения на территории нашего северного соседа — Финляндии, где зарегистрирована самая низкая частота встречаемости ожирения среди населения стран Европейского союза. В 90-х годах прошлого столетия в среднем по стране этот показатель равнялся 19% для мужчин и 18% для женщин. Вряд ли за последние 7–10 лет эти цифры существенно изменились. Однако важен тот факт, что среди лиц с низким уровнем образования соответствующие показатели составляют уже 27 и 26%. Такая зависимость на первый взгляд представляется парадоксальной, особенно если учесть, что менее образованные люди чаще занимаются физическим трудом, а люди с высоким уровнем образования — умственным. Вероятнее всего, причина выявленной корреляции заключается в том, что образованные люди, как показывают

наблюдения, имеют более высокий уровень медицинской культуры, воспитанию которой в Финляндии уделяется большое внимание. Благодаря этому они яснее понимают вред ожирения для здоровья, разбираются в основах и принципах рационального питания, соблюдают посильные самоограничения в выборе продуктов питания (важную роль играют и определенные национальные традиции семейного воспитания).

Неблагополучная ситуация относительно ожирения наблюдается также в Германии. Если в начале 70-х годов XX в. в ГДР ожирение было выявлено у 32,6% населения (20% мужчин и 40% женщин), то за последние десятилетия этот показатель вырос как минимум на четверть. Проблемой последней четверти прошлого столетия для ФРГ оказался прогрессирующий рост числа тучных людей среди молодежи. После объединения двух немецких государств специалисты отмечают сохранение данной тенденции, ставшей весьма актуальной для новой страны в целом. Изучение пищевых рационов и питания людей с нормальной массой тела и излишне полных в рамках единой комплексной программы выявило существенные отклонения от научных рекомендаций в потреблении пищевых продуктов, выборе блюд и частоте приемов пищи, особенно у тучных. Установленные отклонения, в том числе неумеренное потребление пива и других высококалорийных алкогольных напитков, ширящееся по стране, наряду со снижением физической активности населения в условиях высокой технизации (урбанизации) жизни объясняют, почему тучность все чаще встречается не только среди молодежи, но и у остальных жителей ФРГ.

Даже в Японии, где распространенность ожирения была традиционно низкой, в настоящее время около 16% жителей имеют ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>. Результаты статистических исследований продемонстрировали, что к настоящему времени соотношение тучных мужчин и женщин среди японцев составляет 1:2. При этом особую тревогу медицинских работников и общественности страны вызывает стремительная динамика роста избыточной массы тела у японок. Среди социальных факторов, способствующих развитию ожирения, особенно резко в последние годы обозначилось увеличение энергетической ценности питания населения при заметном снижении интенсивности физических нагрузок. По данным Национального института питания, в большей степени эта тенденция затрагивает женщин. Аппетит стимулируют красочная упаковка продуктов, специальные рекламные телепередачи, в том числе посвященные вопросам кулинарии, которые особенно привлекают внимание женщин среднего и старшего возраста, домохозяек. Последние десятилетия в Японии резко возросло потребление пива, мороженого, крепких спиртных напитков, мучных продуктов в системе так называемого «быстрого питания» (fast food). Японские исследователи считают, что серьезной причиной распространения тучности в их

стране является недостаточное внимание к вопросам питания как со стороны медицинских работников, так и со стороны населения в целом.

Аналогичные эпидемиологические исследования в Чехословакии, выполненные в 1960–1970-х годах, также выявили устойчивый рост числа людей с избыточной массой тела. Если в 1961 г. среди 20–60-летних жителей трех горнопромышленных районов Чехословакии ожирение отмечалось у 2,1–7,7% мужчин и 8,5–27,5% женщин, то в 1970 г. ожирением страдали уже 15,9–23% мужчин и 32,9–42,9% женщин. За последние 30 лет ситуация существенно ухудшилась: избыточная масса тела установлена почти у 39% взрослого населения данных регионов. Это произошло даже несмотря на то, что безработица в горнодобывающей промышленности Чехии много выше, чем в среднем по стране. Преимущественно углеводистое высококалорийное питание при малой обеспеченности пищевого рациона белковыми и витаминизированными продуктами, низкие энергозатраты людей, привыкших к постоянному тяжелому физическому труду, в значительной мере способствовали широкому распространению ожирения в горнопромышленных районах Чехии. Неутешительна статистика распространения ожирения и в столице страны, где тучность зарегистрирована почти у 49% мужчин и у 57% женщин. Определенные опасения внушает негативная динамика этого процесса, ибо за последние 25 лет число женщин, страдающих ожирением, увеличилось в Праге более чем на 17%, а мужчин — на 10%. Авторами в статистических исследованиях подчеркивается, что в последние годы нарастает также и число тяжелых форм заболевания, а ожирение диагностируется у все более молодых людей.

В Румынии также возрастает число случаев ожирения. По данным Румынской академии медицинских наук, не менее 20% населения страны имеют избыточную массу тела, а ожирением страдает каждый 10-й житель страны. Наметилась явная динамика увеличения случаев ожирения у молодых людей, подростков и детей.

Министерство здравоохранения Болгарии приводит данные, свидетельствующие о том, что в 1997 г. избыточная масса тела выявлена у 37,7% жителей страны (для сравнения: в 1972 г. — у 24,6%) и в 90% случаев она соответствует ожирению I и II степени. В ряде областей страны тучных людей еще больше: например, в Толбухинском районе ожирение встречается в среднем на 10–15% чаще. В результате проведения комплексных исследований установлено, что ожирение связано с увеличением энергетической ценности питания вследствие повышенного содержания жиров и углеводов при одновременном снижении физической активности. Особенно распространено ожирение среди работников пищевых предприятий, оно отмечено почти у 53% поваров и кондитеров. Частота и тяжесть ожирения прямо пропорциональны стажу работы в системе общественного питания.

Ожирение чаще встречается у жителей крупных городов, чем в сельской местности. Несомненно, эта зависимость обусловлена характером трудовой деятельности и особенностями питания человека. Действительно, труд сельских жителей обычно требует большего расхода энергии, чем у горожан. Традиционный пищевой рацион в деревнях и провинциальных поселках с большим содержанием растительных и белковых продуктов лучше отвечает требованиям рационального питания.

Статистическая информация о частоте встречаемости ожирения по регионам и возрастным категориям в нашей стране, к сожалению, весьма ограничена. Тем более это касается таких важных эпидемиологических вопросов, как распространение ожирения у мужчин и женщин, особенности его возникновения и течения в разных профессиональных группах населения, причинная обусловленность ожирения и многое другое. Стоит надеяться, что масштабные эпидемиологические исследования для получения исчерпывающей статистической информации об ожирении в России в недалеком будущем все-таки будут проведены. Как бы то ни было, но в нашем распоряжении есть немало статистических фактов, касающихся ожирения в нашей стране, с которыми хотелось бы познакомить читателя.

В настоящее время нет возможности аргументированно говорить о среднем показателе распространения избыточной массы тела и ожирения в целом по России. Такие сведения отсутствуют. Есть только весьма ориентировочные данные, полученные С.А. Бутровой в 2000 г.: в среднем 30% россиян трудоспособного возраста имеют ожирение ( $ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$ ) и 25% — избыточную массу тела ( $ИМТ = 25\text{--}30 \text{ кг/м}^2$ ). В СССР в 70-е годы только у 15–20% населения масса тела на 15% превышала норму.

Однако еще в 80-е годы серьезные эпидемиологические исследования распространенности ожирения в различных географических зонах, а также факторов, определяющих развитие и прогрессирование заболевания, были проведены в Москве и Московской области, Рязани и Рязанской области, а также в ряде республик бывшего СССР. Во всех этих регионах ожирение оказалось весьма распространенным явлением.

Так, ожирением разной степени страдали 26% жителей Москвы и Московской области, и если сравнить этот показатель со статистическими данными, приведенными выше, то окажется, что прирост количества тучных людей в столице России и ее ближайшем окружении составил 4% менее чем за 20 лет. Кроме лиц с диагностированным ожирением, очень много людей еще в 80-х годах имели избыточную массу тела, которая превышала идеальную на 5% и более у 50% обследованных. Наибольшая частота ожирения (28,2%) и избыточной массы тела (42,4%) была отмечена у так называемого неорганизованного населения Москвы (домохозяйки, пенсионеры, инвалиды и др.). Женщины страдали ожирением почти на 20% чаще

мужчин. III степень ожирения также много чаще встречалась у женщин (6,5%), чем у мужчин (3,1%). Неожиданностью оказалось, что работники предприятий пищевой промышленности и общественного питания хоть и нередко, но и не так часто, как в целом ряде зарубежных стран, имеют ожирение (25%) и избыточную массу тела (35%). Тучные женщины в обследованных трудовых коллективах встречались более чем в 4 раза чаще мужчин. Что же касается рабочих, профессиональная деятельность которых связана с физическим трудом, то по Москве и Московской области число страдающих ожирением среди них оказалось лишь 10%, а имеющих избыточную массу тела — чуть больше 20%. У работников умственного труда, в частности сотрудников научно-исследовательских институтов, педагогов вузов, учителей школ, медицинских работников и др., ожирение наблюдалось в 21,5% случаев, а избыточная масса тела — в 27,6%. Позднее эпидемиологические исследования в Московском регионе не проводились, но нет ни малейших оснований предполагать, что положение с распространенностью ожирения сколько-нибудь улучшилось.

Как оказалось, не лучше обстоят дела с ожирением в Рязани и Рязанской области. В Рязани отклонения от нормальной массы тела были выявлены у 31,5% мужчин и 56,5% женщин. III степень ожирения в городе и области встречалась преимущественно у женщин (почти 9% женского населения) и гораздо реже у мужчин (1,6% мужского населения). Ожирение зарегистрировано у 20,5% лиц моложе 20 лет, а в возрасте от 21 года до 30 лет доля тучных увеличивалась уже до 38,9%. Серьезную тревогу вызывает установленный факт, что в последнее время ожирение «молодеет» и охватывает все большее количество людей активного возраста. Среди сельских жителей Рязанской области показатель ожирения для мужчин был равен 15,6%, для женщин — 52%.

Печальными рекордсменами по частоте встречаемости ожирения на территории бывшего СССР являются жители Украины. Эпидемиологические исследования, проведенные Киевским институтом гигиены питания в 80-е годы, показали, что избыточную массу тела и ожирение имели 56% мужчин и 75% женщин. Тучных людей оказалось в городах в два раза больше, чем в сельской местности [Дедов И.И., Мельниченко Г.А., 2004]. Интересно, что, в отличие от других бывших республик СССР, где также проводились эпидемиологические исследования, в Украине обнаружена наименьшая распространенность тяжелого ожирения: среди женщин — всего лишь 1%, среди мужчин — 0,08%. Среди студентов Львова 28% имели массу тела, превышающую нормальную, однако ожирением страдали только 5%, что существенно меньше, чем в среднем по Украине и в других республиках бывшего СССР. По данным сотрудников Киевского медицинского института, среди обследованных лиц в возрасте 20–29 лет избыточную

массу тела имели 32% женщин и 20% мужчин. Отмечена одинаковая частота встречаемости ожирения у служащих (в частности, преподавателей) и рабочих различных предприятий, не связанных с приготовлением пищи, — текстильщиков, металлургов, химиков и др. На территории Западной Украины при обследовании предприятий пищевой промышленности — жиромолочных комбинатов, мясокомбинатов, кондитерских фабрик, птицефабрик, ликероводочных заводов — установлено, что от 25 до 52% сотрудников страдают ожирением. Среди рабочих немеханизированных производств тучных людей почти в 2 раза меньше (10,5%) по сравнению со средней распространенностью ожирения на промышленных предприятиях в целом (22,8%).

В Грузии ожирение было диагностировано в среднем у 15,5% мужчин и 35,7% женщин. При этом среди женского населения Западной Грузии ожирение встречается почти в 7 раз чаще, чем среди мужского (40,0% против 5,6%). В Восточной же Грузии оно регистрируется у женщин лишь на 8,5% чаще, чем у мужчин. Пик ожирения у грузин приходится на возраст 50–59 лет (21,7% лиц с ожирением и 34% с избыточной массой тела), но и в 20–29 лет избыток веса наблюдался у 18% людей.

Пациенты с ожирением чаще страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, патологией опорно-двигательного аппарата, нарушениями функций печени и желчевыводящей системы, в том числе — желчнокаменной болезнью, застоем желчи. Все это ведет к снижению трудоспособности, ухудшению социальной адаптации, возникновению взаимосвязанных психологических проблем, нарушению деятельности внутренних органов, увеличивает риск смертности, сокращает продолжительность жизни.

Доказанным к настоящему времени является тот факт, что распространенность различных заболеваний у людей, страдающих ожирением, зависит от массы тела: чем выше степень ожирения, тем значительнее риск возникновения сопутствующих заболеваний и тем тяжелее их течение. Практически у 40% больных с ожирением диагностируются 2 или более сопутствующих заболевания. По данным различных авторов, при ожирении гипертоническая болезнь и другие клинические формы повышения артериального давления, а также ишемическая болезнь сердца и атеросклероз встречаются в 2–4 раза чаще, чем у лиц без ожирения. Сахарный диабет (СД) II типа (инсулинонезависимый) имеет место более чем у 10% лиц с ожирением, а 90% больных сахарным диабетом II типа имеют ожирение. Последние статистические данные, полученные в США, показали, что 67% американцев, страдающих СД II типа, имели ИМТ > 27 кг/м<sup>2</sup>, а 46% — ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>. У мужчин с ожирением гипертония выявлялась в 38,4% случаев, а у женщин — в 32,2%.

В России, как и в других странах, зарегистрировано более раннее и частое поражение сердечно-сосудистой системы при ожирении. Среди заболеваний, сопутствующих ожирению, наиболее распространены гипертоническая болезнь и атеросклеротическое поражение сосудов. Частота кардиологических жалоб возрастает с увеличением возраста пациентов, длительности существования избыточной массы тела и степени тяжести ожирения. При проведении широкомасштабных медицинских обследований населения (так называемые популяционные исследования) различные формы повышения артериального давления с сопутствующей избыточной массой тела были выявлены у лиц 20–29 лет в 33,3% случаев, а без увеличения массы тела — в 3,8%. У 30–39-летних соответствующие показатели составили 42,2 и 12,6%, у 40–49-летних — 52,4 и 23,9%, а у 50–54-летних — 44,6 и 30,8%.

В исследованиях последнего времени доказано, что атеросклероз коронарных артерий сердца и мозговых сосудов, включая случаи инфаркта миокарда и инсульта, встречается у 6,5–23,7% лиц разного возраста с нормальной массой тела, а среди лиц с избыточной массой — в 16,7–36,5% случаев. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что у тучных пациентов при атеросклеротическом кардиосклерозе много чаще, чем у лиц с нормальной массой тела, возникают серьезные нарушения сердечного ритма, в том числе экстрасистолия и фибрилляция желудочков, вплоть до остановки сердца. Очень важно помнить, что во время снижения массы тела независимо от способа (соблюдения диеты или выполнения соответствующей операции) при сердечно-сосудистых заболеваниях вероятность внезапной остановки сердца возрастает и составляет 65 на 100 000, что в 40 раз превышает этот показатель для лиц с нормальной массой тела.

Желчнокаменная болезнь зарегистрирована лишь у 1,5–2,7% обследованных лиц с нормальной массой тела и у 9,8–18,4% больных ожирением. В работах сотрудников Института питания РАМН установлено, что высокий литогенный потенциал желчи — условие, предрасполагающее к образованию камней в желчном пузыре, — у больных ожирением обусловлен как нарушением двигательной функции желчевыделительной системы, так и изменением химического состава желчи (перенасыщенность холестерином, солями кальция). После холецистэктомии литогенный потенциал желчи продолжает оставаться высоким, т.е. сохраняется возможность образования камней в желчных протоках. Происходит это, по нашим данным, в среднем у 38% больных ожирением.

Как уже отмечалось, частым и грозным спутником ожирения является СД [Балаболкин М.И., 2001]. Так, в Москве и Московской области это заболевание выявлено в среднем у 6,8% обследованных лиц с нормальной массой тела и у 16,5–33,3% лиц с ожирением. В Институте питания РАМН

получены данные о том, что почти 80% больных ожирением имеют повышенную толерантность к глюкозе — скрытый признак нарушения углеводного обмена, т.е. раннюю стадию СД.

Эпидемиологические исследования в Рязани и Рязанской области показали, что по мере нарастания тучности увеличивается и число поражений опорно-двигательного аппарата (полиостеоартроз, спондилез и др.): с 7,8% при нормальной массе тела до 36% у больных ожирением. Избыточная масса тела отягощает течение этих заболеваний, ограничивая двигательную активность пациентов и снижая их трудоспособность. В последние годы у больных ожирением все чаще диагностируется подагра, именуемая также мочекислым диатезом, — тяжелое нарушение пуринового (белкового) обмена с поражением преимущественно крупных суставов и развитием мочекаменной болезни. При биохимическом исследовании крови нам удалось выявить повышение уровня мочевой кислоты (в среднем в 1,5–2 раза и более) — маркера ранних нарушений пуринового обмена — не менее чем у 25–30% больных ожирением [Петеркова В.А., Ремизов О.В., 2004].

Имеются убедительные свидетельства того, что у больных ожирением значительно чаще, чем у лиц с нормальной массой тела, развивается также патология органов дыхания, пищеварения, мочевыделения, нервной и эндокринной систем, нарушаются процессы кроветворения и свертывания крови, обнаруживаются глубокие расстройства обменных процессов. Об этом, дорогой читатель, вы сможете узнать в последующих главах нашей книги.

Установлена прямая корреляция между избыточной массой тела и показателями общей смертности. Зависимость между смертностью и ИМТ представляет собой J-образную кривую с резким увеличением риска смертности при ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>. Если за 100% принять смертность среди лиц с нормальной массой тела, то при ожирении I степени (ИМТ < 30 кг/м<sup>2</sup>) этот показатель достигает 178%, при ожирении II степени — 225%, а при ожирении высоких степеней, особенно при так называемом «морбидном» ожирении (ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup>), смертность в 4–6 раз больше, чем у лиц с нормальной массой тела. Увеличение массы тела на 10 кг и более, начиная с 18 лет, сопровождается увеличением смертности в среднем возрасте (45–60 лет). Величина ИМТ в юности является прогностическим фактором (благоприятным или неблагоприятным) как в отношении общей смертности, так и для смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в среднем возрасте, поскольку факторы риска, которые имелись у детей, могут реализоваться в виде хронических заболеваний. Увеличение распространенности ожирения может привести к опасным экономическим последствиям. Прямые и косвенные затраты на лечение этой патологии в США составляют примерно 10% государственного бюджета, направля-



емого на нужды здравоохранения. Недавние исследования показали, что уменьшение массы тела более чем на 9 кг у женщин приводит к снижению смертности на 25%. При этом наиболее существенно снижается смертность от рака (на 40–50%) и от СД (на 30–40%).

Уже в 1997 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала ожирение «глобальной эпидемией» и взяла данную проблему под контроль. Расчеты экспертов ВОЗ предполагали, что к 2025 г. число больных ожирением в мире составит 300 млн человек. В большинстве цивилизованных стран мира создаются специальные национальные программы борьбы с ожирением и всемерно обеспечивается их выполнение, хотя практически ни в одной стране это пока не снизило темпы распространения заболевания. В США, например, разработана государственная стратегия по профилактике ожирения, включающая образовательный, поведенческий, социальный и некоторые другие компоненты. Соответствующая программа охватывает как работающих людей, так и неорганизованное население, все социальные инфраструктуры, стимулирует производство пищи низкой энергетической ценности, пропагандирует здоровый образ жизни, включая рациональное питание, адекватную физическую активность, контроль за массой тела. В нашей стране, к сожалению, подобной научно обоснованной государственной программы в методически завершенном виде нет. Но в этом направлении ведется усиленная работа.

Эти цифры говорят о многом. Во-первых, о том, что удельный вес ожирения преобладает у дошкольников. Подтверждая тем самым ранее отмеченные особенности обмена веществ у детей этого возраста. Во-вторых, что рост заболеваемости ожирением у дошкольников через определенное количество лет увеличивает его процент у детей старшего возраста. Действительно, через 3 года плановое обследование детей Волгоградского района столицы, проведенное в 1971 г., показало возрастание ожирения до 10–12% как среди школьников младших, так и старших классов. Если на приеме у врача-эндокринолога Консультативной детской поликлиники № 1 Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома в 1966 г. дети, больные ожирением, составили 15–20% среди остальных эндокринологических больных, то в 1971 г. – уже 30%. Еще через год – 31–32% и так далее, с ежегодным нарастанием в 1–3% и более по разным возрастно-половым группам детей. Примерно такие же сведения о распространенности ожирения приводят педиатры Чехословакии (20–50% всех школьников), Польши (25–55%), Болгарии, Венгрии, Румынии (около 15–40%) и особенно велик показатель в США и Испании (50% и выше). Целевые исследования, проведенные в США, выявили превышение веса на 20% и более (т.е. не менее II степени) у 30% всего активного населения, а во Франции – у 20%. В этих странах, как и в большинстве других

развитых держав, нарастает также и распространенность избыточной массы тела у детей и подростков. Более того, по свидетельству экспертов ВОЗ, ожирение является самым распространенным обменным заболеванием, охватывая 74–76% населения земного шара, и наблюдается тенденция к дальнейшему увеличению заболеваемости ожирением [Livingstone B., 2000]. Учитывая это, выяснилось, что предсказанный ВОЗ показатель, благодаря «набираемым» ожирением темпам распространенности, уже превышен не менее чем в 4–6 раз [ВОЗ, 2001].

Установлено также, что чем выше степень ожирения, тем чаще у больных наблюдаются осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (примерно в 5–20 раз чаще, чем у лиц, не имеющих ожирения). А ведь известно, что 40–45% всех смертей обусловлено сердечно-сосудистыми заболеваниями, что, конечно же, отражается на длительности жизни и смертности больных. Так, например, в США «белые» мужчины 20–30 лет с выраженным ожирением живут на 13 лет меньше, чем их сверстники с нормальным весом. Для женщин этот разрыв составляет 8 лет. Среди страдающих ожирением молодых афроамериканцев продолжительность жизни сокращается на 20 лет у мужчин и на 5 лет у женщин (даже при расчете с поправкой на курение). Кроме того, ожирение почти всегда сопровождается заболеваниями желчных путей, желудочно-кишечного тракта, сопутствующими эндокринными (сахарный диабет) и обменными (подагра) заболеваниями, болезнями кожи и ее придатков и др., причем наблюдается устойчивая тенденция к тому, что ожирение и его «болезни-спутники» взаимно утяжеляют свое течение.

В ноябре 2006 г. Европейское региональное бюро ВОЗ организовало конференцию, посвященную проблеме эпидемии ожирения, результаты ее представлены в виде монографии, в которой приведена вся совокупность многочисленных технических документов, подготовленных для конференции и обновленных перед публикацией силами большой группы экспертов в области общественного здравоохранения, питания и клинической медицины. Используя широкий спектр фактических данных, полученных из стран Европейского региона ВОЗ и за его пределами, представлена динамика эпидемии и ее влияние на здоровье населения региона, особенно в странах его восточной части. Дается описание того, как реализуется воздействие факторов, повышающих риск ожирения, в различных условиях, например на уровне семьи, школы, в местном сообществе и на рабочем месте. Приведены как этические, так и экономические аргументы в пользу наращивания усилий, направленных на борьбу с ожирением, анализируются эффективные программы и стратегии в различных государственных отраслях – таких как образование, здравоохранение, сельское хозяйство, торговля, городское планирование, транспорт. В книге дается описание

того, как разрабатывать стратегии и программы профилактики ожирения и как осуществлять мониторинг прогресса. В ней также содержится призыв к конкретным действиям со стороны всех заинтересованных сторон: различных государственных учреждений; структур частного сектора, занимающихся производством, рекламой и торговлей пищевыми продуктами; профессиональных организаций; обществ потребителей; международных и межправительственных организаций, таких, например, как Европейский союз.

Главный вывод конференции – названные меры нельзя откладывать, ибо, согласно прогнозам, к 2010 г. число страдающих от ожирения в регионе может достичь 150 млн взрослых и 15 млн детей. На основе фактических данных изложены идеи и необходимые сведения, которые помогут заинтересованным сторонам по всему региону и особенно лицам, определяющим политику, принимать эффективные меры для того, чтобы остановить, а затем обратить вспять эпидемию ожирения в Европе [цит. по: Болотова Н.В. и др., 2009].