

БЕЗПЕЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ У ПОЄДНАННІ З КОГНІТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Л. В. Наумова, С. О. Груба, У. О. Наумова

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Частими супутніми захворюваннями ожиріння є такі метаболічні порушення, як цукровий діабет і дисліпідемія, які виконують роль провідних чинників ризику серцево-судинних захворювань. При ожирінні зростає вірогідність розвитку інших захворювань і метаболічних порушень. Проведено обстеження та лікування 20 хворих з ожирінням II ступеня з супутніми когнітивними розладами. Для лікування призначено модифікацію способу життя, корекцію харчування та метформін у початковій дозі 500 мг 3 рази на добу з поступовим збільшенням до оптимальної. Відзначено поступове зниження маси тіла на 2,5–3,5 кг на місяць, середнє зменшення маси тіла становило 25–30 кг на рік.

SAFE APPROACHES TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OBESITY IN COMBINATION WITH COGNITIVE DISORDERS

L. V. Naumova, S. O. Gruba, U. O. Naumova

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Diabetes mellitus and dyslipidemia, leading risk factors of cardiovascular disorders, are frequently observed together with obesity. The possibility of development of other diseases and metabolic disorders increases on the background of obesity. Examination and treatment of 20 patients with grade II obesity with concomitant cognitive disorders were performed. The patients were prescribed lifestyle modification, dietary correction and metformin in an initial dose of 500 mg 3 times a day with a gradual increase to optimal. It was observed a gradual loss of body weight of 2.5–3.5 kg / month, the average decrease in body weight was 25–30 kg per year.

Вступ. У XXI столітті ожиріння стало одним з найпоширеніших і неблагоприємних явищ. Темпи зростання поширеності осіб із надмірною масою тіла набувають загрозливих розмірів. Ожиріння є одним із провідних факторів ризику ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії, цереброваскулярної патології. Разом із цим, при ожирінні зростає вірогідність розвитку інших захворювань і метаболічних порушень. Ожиріння – це не тільки медична, але й досить велика економічна проблема сучасного суспільства, оскільки в розвинених країнах світу витрати на лікування ожиріння і супутніх захворювань складають 8–10 % всіх витрат на охорону здоров'я. Ожиріння є однією з найважливіших проблем суспільного здоров'я. За даними NTFT (National Task Force on Treatment of obesity), на сьогодні близько 2,8 млн дорослих мають надмірну масу тіла, серед них у 912 млн виявлено ожиріння [1]. Тому цілком

правомірне твердження про те, що ожиріння, як і цукровий діабет, це неінфекційна епідемія [2]. ВООЗ занепокоєна стрімким прогресуванням поширення ожиріння і його несприятливими наслідками, через це не можна нехтувати цією соціальною проблемою, яка впливає на здоров'я [3].

Частими супутніми захворюваннями ожиріння є такі метаболічні порушення, як цукровий діабет і дисліпідемія, які виконують роль провідних чинників ризику серцево-судинних захворювань. За принципом синергізму ці стани підвищують смертність, скорочують тривалість життя, тому цілком виправданим варто вважати появу терміна «кардіометаболічний синдром» [4].

Основна частина. Лікування надмірної маси тіла і ожиріння – поступовий та багатоступеневий процес, який включає зміну стилю життя, медикаментозне та хірургічне лікування. Перш за все потрібно запобігти подальшому збільшенню і поступовому зниженню

маси тіла на 10–15 %. Надалі – підтримувати досягнуті результати значень маси тіла впродовж тривалого часу і зниження ризиків, пов'язаних з ожирінням, поліпшенням якості життя, збільшенням її тривалості.

Відповідно до алгоритму лікування ожиріння, представленого в рекомендаціях American College of Physicians (2014), першим кроком має бути зниження маси тіла за допомогою дієти (негативний енергетичний баланс), фізичні тренування та модифікація способу життя. При неможливості досягти суттєвого зниження маси тіла наступним етапом повинно бути застосування медикаментозної терапії.

Основними механізмами дії препаратів для лікування ожиріння є вплив на центральну нервову систему – центри голоду і насичення, зміна метаболізму живильних речовин, підвищення витрати енергії.

Існує така класифікація препаратів для лікування ожиріння:

- аноректики, що знижують апетит шляхом впливу на центри голоду і насичення: фенфлурамін (мінімаж), декфенфлюрамін (ізоліпан), сибутрамін (меридіа), фенілпронаполамін (тримекс) та інші;
- препарати, що зменшують всмоктування харчового жиру в результаті пригнічення харчової ліпази: орлістат (ксенікал);
- препарати, що зменшують всмоктування в кишечнику (акарбоза);
- препарати, що зменшують апетит через побічні дії з боку шлунково-кишкового тракту (аналогі ГПП-1, бігуаніди).

Саме остання група препаратів найперспективніша на сьогодні й перебуває під всестороннім вивченням. Проте ми в своєму дослідженні зупинилися на метформіні, враховуючи його таблетовану форму випуску, яку вважають більш безпечною для пацієнтів із різноманітними когнітивними розладами.

Цукрознижувальний ефект метформіну полягає в уповільненні та зменшенні всмоктування глюкози в кишечнику без збільшення базальної або стимульованої секреції інсуліну, зменшення інсулінорезистентності, яка є однією з патогенетичних ланок ожиріння. Крім того, препарат має анорексигенний ефект, завдяки чому забезпечується зниження маси тіла і підсилюється ефект препаратів, що зменшують всмоктування харчового жиру [5]. Метформін підвищує зв'язування інсуліну з рецепторами клітин, яке найбільш виражено в м'язовій тканині. Препарат не стимулює вироблення інсуліну підшлунковою залозою [6], тобто не посилює гіперінсулінемії, яка виникає при ожирінні. Крім того, позитивний вплив метфор-

міну на ліпідний спектр є його додатковою перевагою, але вона не здатна повністю пояснити його унікальні кардіопротекторні властивості, які вперше були виявлені в дослідженні UKPDS. Під час приймання препарату спостерігали зниження рівня тригліцеридів (на 10–20 %) після їди (при початковому підвищенні до 20 %) незалежно від рівня глікемії, що вказує на вплив метформіну на ліпідний обмін, не пов'язаний з вуглеводним [7]. Вважають, що під впливом метформіну знижується активність ключових ферментів синтезу холестерину – окси-метил-КоА і оксиметил-КоА-синтази. Крім того, на тлі приймання метформіну знижується всмоктування ліпідів у кишечнику і підвищується гліколіз. У деяких дослідженнях виявлено достовірне зниження загального холестерину і незначне підвищення ЛПНЩ [7, 8].

На базі Тернопільської обласної клінічної лікарні проведено обстеження та лікування 20 хворих. Усі обстежені були жінки віком 35–50 років з ожирінням II ступеня. Крім модифікації способу життя та корекції харчування, хворим призначали метформін (діаформін) в початковій дозі 500 мг 3 рази на добу з поступовим збільшенням до 3 г на добу в три прийоми. В окремих випадках при масі тіла хворих 100–110 кг дозу метформіну доводили до 3500 мг на добу (керуючись принципами дозування препарату на кілограм маси тіла). Для усунення побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту препарат призначали після споживання їжі. Контрольну групу склали 15 жінок, які не застосовували фармакологічних засобів для корекції маси тіла. За період спостереження, який становить 1 рік, відзначено поступову втрату маси тіла на 2,5–3,5 кг на місяць у першій групі. Середнє зменшення маси тіла становило 25–30 кг на рік. Необхідно зазначити, що метформін (діаформін) забезпечував хороший анорексигенний ефект вже через 3–7 днів від початку лікування. Побічних ефектів у вигляді гіпоглікемії виявлено не було. У групі порівняння відзначено зниження маси на 0,5–0,7 кг на місяць зі стабілізацією даного показника через 6 місяців без подальшого схуднення, що, можливо, пояснюється збереженням апетиту на тлі неможливості достатньої фізичної активності, яка б забезпечила негативний енергетичний баланс.

Висновки. На сьогодні метформін розглядають як один із найдоступніших препаратів для лікування пацієнтів з ожирінням, який безпечно і тривало не лише знижує масу тіла, а й позитивно впливає на ліпідний обмін.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Prevalence and trend in obesity among US adults 1999–2000 / K. M. Flegal, M. D. Carroll, C. L. Ogden [et al.] // JAMA. – 2012. – Vol. 288. – P. 1723–1727.
2. Heart disease and stroke statistics 2017 Update At a Glance. Our guide to current statistics and the supplement to Heart and Stroke Facts // American Heart Association. American stroke Association.
3. Бугрова С. А. Ожирение (этиология, патогенез, классификация). Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа / С. А. Бугрова; под ред. И. И. Дедова. – М. : Медицина, 2010. – С. 12–13.
4. James W. P. T. The obesity epidemic, metabolic syndrome and future prevention strategies / W. P. T. James, N. Rigby, R. Leach // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2014. – Vol. 11. – P. 3–8.
5. World Health Organization. Controlling the Global Obesity Epidemic / Geneva : World Health Organization, 2012. – P. 21–38.
6. Zimmet P. Global and societal implication of the diabetes epidemic / P. Zimmet, K. G. Albefti, J. Shaw // Nature. – 2011. – Vol. 414. – P. 782–787.
7. Effect of orlistat in overweight and obese patients with type 2 diabetes treated with metformin / J. M. Miles, L. Leiter, P. Hollander [et al.] // Diabetes Care. – 2002. – No. 25. – P. 1123–1128.
8. Ожиріння в практиці кардіолога та ендокринолога / О. М. Біловол, О. М. Ковальова, С. С. Попова, О. Б. Тверетінов. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2019. – 620 с.

Отримано 18.02.21