

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРЛИСТАТА В ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕЙ С ДЕБЮТОМ ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.

Тельнова М.Э., Петунина Н.А.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М.Сеченова, кафедра эндокринологии ФШОВ г.Москва.

Цель: провести сравнительную оценку гормонально – метаболического и психического статуса юношей с дебютом ожирения в детском и подростковом возрасте для уточнения этиопатогенетических механизмов развития и оптимизации подходов к лечению в этих возрастных группах.

Материалы и методы исследования: в исследование включали юношей с ожирением (ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup>) в возрасте от 16 до 25 лет. Все включенные пациенты были разделены на 2 группы: первой группе пациентов проводилось лечение орлистатом, второй – немедикаментозные методы коррекции массы тела. В каждой группе были выделены 2 подгруппы: А и Б. В подгруппу А включали пациентов имеющих трофические изменениями кожи в виде наличия бардовых стрий, в подгруппу Б - пациенты без выраженных изменений трофики кожи.

Пациенты наблюдались в условиях КДЦ ГКБ№67, на протяжении 12 недель и получали медикаментозное лечение орлистатом. Визиты осуществлялись через каждые 4 недели. В исследовании участвовали 25 юношей в возрасте от 17 до 24 лет. Все наблюдаемые пациенты были мотивированы на снижение массы тела и им были даны рекомендации по изменению образа жизни. Параллельно с диетотерапией пациентам рекомендовали проводить мероприятия направленные на повышение двигательной активности. Вторая группа (контрольная) пациентов в количестве 23 юношей в возрасте от 17 до 25 лет. Данная группа пациентов с аналогичными критериями включения и сроком наблюдения получала немедикаментозное лечение в виде диетотерапии и физической нагрузки.

Исследовали динамику показателей : веса, ИМТ, ОТ, ОБ, (ОТ/ОБ), АД, ЧСС. Оценивали показатели общего холестерина, скорость клубочковой фильтрации, глюкозу плазмы натощак и в ходе стандартного теста на толерантность к глюкозе. Также в обеих группах проводилось психологическое тестирование на скрининге и заключительном визитах.

Результаты: в ходе нашей работы мы проанализировали анамнез, объективные данные и разделили пациентов в первой и во второй группе на подгруппу А и Б.

Подгруппу А составляли пациенты у которых отмечаются трофические изменения кожи в виде широких бардовых стрий. В подгруппу Б включены пациенты, у которых отмечалось наличие широких белых и розовых стрий в небольшом количестве. Результаты представлены в соответствии с делением больных на группы. У пациентов 1-ой группы в подгруппе А (7 человек) отмечалось наличие широких бардовых стрий на передней брюшной стенке, в подмышечной области, на бедрах, средний возраст-18.24 ± 1.72. На скрининге и заключительном визитах проводили забор крови для биохимического анализа.

У пациентов первой группы в подгруппе Б: отмечалось наличие широких белых и розовых стрий в небольшом количестве на передней брюшной стенке, в подмышечной области. Данную группу составляло 18 человек, средний возраст-17.24 ± 3.66. Вторая группа (контрольная) пациентов в количестве 23 юношей также была разделена на А и Б подгруппы. Данная группа пациентов получала немедикаментозное лечение в виде диетотерапии и физической нагрузки в течение 12 недель. У пациентов 2-ой (контрольной) группы в подгруппе А, также отмечалось наличие широких бардовых стрий на передней брюшной стенке, в подмышечной области, на бедрах. Данную группу составляло 6 человек, средний возраст-18.55 ± 1.87.

Учитывая клинические данные в подгруппе А (в 1-й и во 2-й группах), для проведения дифференциального диагноза с болезнью Иценко – Кушинга, у пациентов определялся кортизол в сыворотке крови. Показатели кортизола в сыворотке крови были в пределах нормы.

1 группа подгруппа А: вес исходно 139.2 кг ± 12.54, заключительный визит 129.6 ± 12.35 (p = 0.000); ИМТ- кг/м<sup>2</sup> - 39.57 ± 4.845 (p=0.000), повторно 36.57 ± 3.768 (p = 0.000), ОТ 123.2 ± 12.53 см, заключительный визит- 106.8 ± 13.85 см (P=0.000), ОБ исходно 129 ± 8.921 см, повторно 122.4 ± 9.418 (p=0.000), ОТ/ОБ исходно-1.01 ± 0.15, заключительный визит - 0.92 ± 0.13 (p < 0.005).

Во 1-й группы подгруппе Б: вес исходно- 120.2 кг ± 10.55, заключительный визит-110.6 кг ± 10.33 (p = 0.000), ИМТ- 35.57 кг/м<sup>2</sup> ± 4.845 заключительный визит- 33.56 ± 3.681 \* (p=0.000), ОТ исходно- 118.2 ± 12.53, заключительный визит ОТ 105.8 ± 10.84 (p = 0.000); ОБ исходно- 125 ± 8.921 см, повторно-121.2 ± 8.428 (p = 0.000), ОТ/ОБ исходно- 0.95 ± 0.1 на заключительном визите-0.90 ± 0.14 (p < 0.005).

Во 2-й группе подгруппе А: вес исходно-123.2 кг ± 10.67, повторно-121.2 ± 10.22 (p = 0.000), ИМТ исходно 36.67 кг/м<sup>2</sup> ± 4.345, повторно 35.34 кг/м<sup>2</sup> ± 3.682

(p = 0.000), ОТ исходно 115.2 см ± 8.67, повторно 113.8 ± 7.89 (p = 0.000), ОБ исходно-122.0 ± 8.921 см, на заключительном визите 121.2 ± 2.41 см (p = 0.000); ОТ/ОБ исходно-0.92 ± 1.4, на заключительном визите-0.90 ± 1.3 (p = 0.062)

Во 2-й группе подгруппе Б: вес исходно-115.3 кг ± 10.12, повторно- 113.6 кг ± 8.34 (p = 0.000), ИМТ исходно- 34.58 ± 4.845 кг/м<sup>2</sup>, на фоне лечения 33.78 ± 3.881 (P = 0.000). ОТ исходно 117.2 ± 11.33 см, на заключительном визите 116.8 ± 10.84 см (p=0.000), ОБ на скрининге 124 ± 8.76 см, на фоне лечения 123.1 ± 3.428 (P=0.000), ОТ/ОБ исходно 0.89 ± 1.3, на заключительном визите- 0.87 ± 1.3 (p = 0.645).

Выводы: 1. У пациентов с ожирением, имеющих трофические изменения кожи в виде наличия широких бардовых стрий на передней брюшной стенке, в подмышечной области, на бедрах изначально наиболее выражены антропометрические показатели (вес, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ), как в I-й, так и во II-й группах, по сравнению с теми, у которых отмечается наличие широких белых и розовых стрий в небольшом количестве. 2. Наследственность по ожирению отягощена у 100% пациентов в обеих группах. По сахарному диабету типа 2 отягощена в 1- группе (подгруппа А) у 41%, 2- группа (подгруппа А) - у 57%, во 2-й группе (подгруппа А)- у 20% пациентов и 2-й группе (подгруппа Б)-у 50%. 3. У исследуемых с бардовыми стриями на кожных покровах, в подавляющем случае, дебют ожирения приходится на детский возраст, в первой группе это у 100 %, во второй группе – у 66,7% пациентов. Ожирение, возникшее в детском возрасте является предиктором выраженного риска развития ожирения с бардовыми стриями. 4. Полученные результаты убедительно доказывают высокую эффективность орлистата в терапии абдоминального ожирения. У 5 из 7 пациентов первой группы (подгруппа А) отмечено устойчивое уменьшение окружности талии более чем на 8 см и в (подгруппе Б) у 10 из 17 юношей более чем на 7 см. 5. Результаты показали возможность эффективного снижения степени тяжести сопутствующих заболеваний в результате применения орлистата. Пациенты с артериальной гипертензией достигли целевых значений АД ( до 130 и 80 мм рт ст) без изменения сопутствующей гипотензивной терапии только на фоне снижения массы тела. Отмечена тенденция к снижению показателей холестерина и глюкозы плазмы натощак. 6. Полученные данные продемонстрировали, что среднее снижение массы тела на фоне лечения орлистатом за 3 месяца лечения составило: в первой группе подгруппе А у 43% ( 3 чел) больных масса тела снизилась более чем на 5 %, у 28,5% (2 чел) - более чем на 10 % от исходной масса тела и только у 28.5 % (2 чел.) больных меньше, чем на 5 % от исходной. В первой группе подгруппе Б - среднее снижение массы тела за 3 месяца лечения составило также более 9 кг. У 55.5% (10 чел) больных масса тела снизилась более чем на 5 %, у 28,5% (5 чел) - более чем на 10 % от исходной масса тела и только у 16.5 % (3 чел.) больных меньше, чем на 5 % от исходной. 7. Во второй (контрольной) группе на фоне немедикаментозного лечения показатели эффективности лечения оказались менее значимыми по всем показателям, по сравнению с первой группой. 8. В ходе психологического тестирования у испытуемых в первой группе наблюдались значимые снижения показателей по следующим параметрам: депрессия, тревога (ситуативная и личностная), потребление жирной пищи, негативные и тревожно-депрессивные эмоции. Во второй группе испытуемых, все данные параметры были изначально повышены и сохранялись такими на заключительном визите. 9. Таким образом, фармакотерапия орлистатом позволяет больным наиболее эффективно достигать клинически значимого снижения массы тела, уменьшения ОТ, ОБ, ОТ/ОБ и артериального давления.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 1. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.