

из-за избыточного переполнения желудка; иногда из-за прихода посторонних, так как больные, стесняясь таких приступов, тщательно скрывают их. Во время и после приступов у пациентов появляется ощущение отвращения к себе, депрессивное состояние или чувство вины из-за переедания. Диагностические критерии компульсивного пищевого поведения (Binge-eating disorder) были разработаны А. J. Stunkard [8] и вошли в классификацию DSM-IV.

Синдром ночной еды проявляется клинической триадой симптомов: утренняя анорексия, вечерняя и ночная булимия, нарушения сна.

Больные с синдромом ночной еды, как правило, не принимают пищу всю первую половину дня. С утра их аппетит очевидно снижен или вообще отсутствует, вид пищи может вызывать отвращение. К вечеру они испытывают выраженное чувство голода, которое приводит к значительному перееданию. Причем чем сильнее эмоциональный дискомфорт, тем более выражено вечернее переедание, когда едят избыточно много, быстро и жадно. Больные не могут заснуть, не съев избыточного количества пищи. Их сон поверхностен, тревожен, беспокойен, они могут просыпаться ночью и опять есть [3, 6, 8].

Перечисленные типы нарушений пищевого поведения всегда обостряются или появляются впервые во время назначения диетотерапии. Избежать этого возможно, лишь используя одновременно поведенческую модификацию нарушенного пищевого стереотипа и фармакотерапию. Остановимся на их основных положениях.

Лечение ожирения желательно начинать с усиления мотивированности пациента на уменьшение массы тела. Для этого необходимо проанализировать причины, по которым больной хочет похудеть, и выяснить, кто инициировал его желание снизить массу тела. Многие пациенты хотят сделать это исключительно по рекомендации врачей или по желанию близких людей. В подобном случае мы имеем дело с недостаточной осознанностью самим пациентом своих проблем. Некоторые больные озабочены исключительно своим внешним видом и не осведомлены о том, какой вред здоровью приносит излишняя масса тела. Усиление мотивации на уменьшение массы тела следует начинать с формирования желания похудеть у самого пациента с фиксированием внимания и конкретизацией абсолютно всех положительных сдвигов, которые следуют за ее снижением. Для каждого больного, естественно, надо построить индивидуальную перечень мотивов исходя из его проблем, нужд и запросов.

Следующая задача — сформировать у больного стремление не к иллюзорным, а к реалистичным целям. Завышенные, нереалистичные желания больных могут порождать ощутимые сложности во взаимопонимании с врачом и вызывать недовольство пациента медленными темпами снижения массы тела. Далее часто следует отказ от дальнейшей терапии. Желательно сместить цель больного со стремления сбросить максимум килограммов на более важную цель — обретение хорошего соматического и эмоционального благополучия.

Следующим этапом является постепенное формирование правильного стиля пищевого поведения, которое детально описано в отечественных монографиях [1—4]. Приведем лишь несколько очень важных рекомендаций.

1. Вместо назначения какой-либо строгой диеты на первом этапе лечения надо лишь исключить из рациона пациента 2—3 его самых излюбленных и самых высококалорийных продукта, что позволит избежать возникновения "диетической депрессии", которая обязательно возникает при резкой смене привычного стиля еды.

2. Прием пищи следует увеличить до 4—5 раз в день. Дробное питание как нельзя лучше соответствует одному из принципов терапии ожирения: "Если хочешь похудеть, никогда не доводи себя до сильного голода".

3. Настоятельно рекомендуется не есть на ходу, из рук, стоя и т. д. Следует выработать у пациента привычку есть в определенное время, в одном и том же месте, за хорошо сервированным столом, в комнате, а не на кухне. Желательно постепенно выработать определенный ритуал приема пищи, который бы развивал и удовлетворял эстетические запросы пациента и препятствовал незаметному, машинальному перееданию.

4. Все пищевые ограничения пациента рекомендуется обязательно распространять на всю его семью. Дома ни в коем случае не должны находиться продукты, которые запрещены больному. Эта рекомендация позволяет снизить экстернальное пищевое поведение, избежать ненужной напряженности в семье и сделать близких не пассивными наблюдателями, а единомышленниками и активными участниками процесса похудения пациента.

5. Надо попытаться прервать у больного привычный стереотип — успокаиваться, принимая пищу. Чтобы уменьшить проявления эмоционального пищевого поведения, следует научить пациента различать состояния голода и эмоционального дискомфорта; затем предложить отличные от приема пищи способы расслабления. Это могут быть физическая нагрузка, аутогенная тренировка, разговор по телефону, раскладывание пасьянсов, музыка, вязание, шитье, прогулка, душ, ванна, танцы и т. д. Пациенту надо помочь выбрать наиболее приемлемый для него способ психической релаксации.

Современные препараты, используемые в настоящее время для терапии ожирения и коррекции пищевого поведения, делятся на 2 класса: центрального и периферического действия.

Из препаратов центрального действия следует упомянуть флуоксетин, который относится одновременно и к антидепрессантам, и к анорексигенным средствам. Назначение флуоксетина при ожирении с нарушенным пищевым поведением патогенетически оправданно, так как при этом нормализуется нарушенный серотониновый обмен в ЦНС. Флуоксетин используется в дозе 20—40 мг в день в течение 3 мес. Он показан больным ожирением, у которых наблюдаются сниженная насыщаемость, эмоциональное пищевое поведение, тревожно-депрессивные расстройства, хронические болевые синдромы, панические атаки. Его рекомендуется назначать и тем больным, у которых декомпенсация в психической и психовегетативной сферах произошла на фоне предшествующей диетотерапии [5].

Другой препарат центрального действия — сибутрамин. Он воздействует не только на серотонинергические, но и на норадренергические системы мозга. Этот препарат снижает аппетит, повышает чувство насыщаемости, уменьшает количество потребляемой пищи, нормализует пищевое поведение, корригирует состояние психической и психовегетативной сферы. Снижению массы тела способствует и усиление основного обмена, происходящего в результате стимуляции норадренергических систем. Однако не следует назначать сибутрамин высокотрещивным пациентам, склонным к тахикардии и/или паническим атакам, а также при стойкой артериальной гипертензии.

Из препаратов периферического действия основным и лидирующим является ксеникал. Препарат действует исключительно в кишечнике, где частично блокирует липазу — фермент, расщепляющий жиры. Нерасщепленные жиры не могут пройти через стенку кишечника и выводятся из организма вместе с калом. Рекомендуются режим приема — трижды в день с основными приемами пищи. Препарат разрешен к длительному применению (до 4 лет) [9]. Ксеникал можно использовать не только как лечебное средство, но и как диагностическое. Пациенту объясняют механизм действия ксеникала и просят следить за изменениями стула. Если он становится жирным и маслянистым, следовательно, пациент переедает

жиры. Существенно, что пациент сам убеждается в переизбытке жиров, которое часто первоначально отрицает — не из-за сознательного желания ввести врача в заблуждение, а просто по незнанию. Как правило, пациенты учитывают лишь видимый животный жир и полностью игнорируют скрытые жиры. Кроме того, некоторые пациенты, перейдя на растительную пищу, начинают злоупотреблять растительными маслами, забывая об их очень высокой калорийности. Таким образом, появление жирного стула на фоне приема препарата служит своеобразным маркером излишнего потребления жиров и требует проведения коррекции пищевого рациона.

Ксеникал позволяет пациенту самостоятельно по мере изменения стула самому вносить коррективы в свой рацион, оценивать успехи перехода на правильное питание, самому ликвидировать последствия ситуационного переизбытка. В данном случае мы можем говорить об использовании в терапии своеобразного механизма биологической обратной связи. Следует обратить внимание на то, что ксеникал у пациентов с нарушениями пищевого поведения всегда применяется на фоне обязательной поведенческой модификации.

Таким образом, лечение ожирения должно быть обязательно комплексным и включать как фармакологические, так и нефармакологические средства терапии. Причем лекарственные препараты являются вспомогательным средством лечения. Основной задачей врача является выработка у больного новых долговременных навыков правильного пищевого поведения и физической активности, которые

должны с ним остаться на всю жизнь. Все применяемые средства (как фармакологические, так и немедикаментозные) нацелены на решение первостепенной задачи — формирование правильного образа жизни пациента с ожирением, так как только это может явиться залогом отсутствия рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л. и др. // Неврология в общесоматической практике / Под ред. А. М. Вейна. — М., 2001. — С. 283—301.
2. Вознесенская Т. Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование): Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1990.
3. Вознесенская Т. Г., Вахмистров А. В. // Журн. неврол. и психиатр. — 2001. — № 12. — С. 19—24.
4. Ожирение / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М., 2004.
5. Сафонова В. А. Лечение ожирения флуоксетином: Дис. ... канд. мед. наук. — 2000.
6. The Eating Disorders // Ed. A. James Giannini, Andrew E. Slaby. — New York, 1993.
7. Paul Rozin. Towards a Psychology of Food Choice. — 1998.
8. Stunkard A. J. // American Psychiatric Association Annual Review / Eds R. E. Hales, A. I. Fransis. — Washington, 1985. — Vol. 4. — P. 419—442.
9. Torgerson J. S., Hauptman J., Boldrin M. N., Sjostrom L. // Diabetes Care. — 2004. — Vol. 27, N 1. — P. 155—161. Erratum in: Diabetes Care. — 2004. — Vol. 27, N 3. — P. 856.

Поступила 02.05.06

◆ ЮБИЛЕЙ

АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ АМЕТОВ

(к 65-летию со дня рождения)



Исполнилось 65 лет известному эндокринологу Александру Сергеевичу Аметову, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой эндокринологии и диабетологии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ. После окончания Каунасского государственного медицинского института А. С. Аметов поступил в аспирантуру в ГИДУВ Минздрава СССР, которую успешно завершил, выполнив кандидатскую диссертацию "Гормон роста и тиреоидные гормоны при акромегалии".

В дальнейшем научные интересы А. С. Аметова были сосредоточены в области эндокринологии и радиологии. В 1980 г. А. С. Аметов защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук "Клиническое значение радиоизотопных методов в диагностике заболеваний системы гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников", в которой была разработана диагностика различных эндокринных заболеваний с помощью радиоизотопных методов. В 1983 г. А. С. Аметову присвоено звание профессора. С 1972 г. ведет научную, научно-педагогическую и общественную деятельность.

С 1991 г. — директор центра ВОЗ по обучению и информатике в области диабета.

Проф. А. С. Аметовым опубликовано более 500 печатных работ. Он имеет 14 авторских свидетельств и патентов на изобретения (в том числе 5 международных), 26 учебных лекций, 12 методических рекомендаций, 59 печатных работ, опубликованных в зарубежной печати.

Основные научные исследования А. С. Аметова посвящены изучению функциональных взаимоотношений между гормонами при болезни Иценко—Кушинга, акромегалии и диффузном токсическом зобе. На основании установленных физиологических закономерностей им разработаны комплексная программа и алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний системы гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников: первичного и вторичного гиперкортицизма, первичного и вторичного гиперальдостеронизма; диффузного токсического зоба, а также первичного и вторичного гиперпаратиреоза, что нашло отражение в печатных работах. Главные научные исследования последних лет посвящены изучению вопросов патогенеза и лечения сахарного диабета 2-го типа и артериальной гипертензии при сахарном диабете, обоснованию патогенетических методов терапии и профилактики.

Под руководством и при непосредственном участии А. С. Аметова разработаны и созданы 23 набора для медицинского микроанализа белковых, стероидных и тиреоидных гормонов.