

жизни и поведения, более тяжелое течение туберкулеза, негативное отношение больных к лечению и сотрудничеству с медперсоналом значительно снижает эффективность лечебных и оздоровительных мероприятий среди этих лиц и требует изменения тактики ведения и наблюдения таких пациентов.

Выводы

1. Рецидив туберкулеза органов дыхания наиболее часто проявляется в инфильтративной и диссеминированной формах, характеризуется появлением остропрогрессирующих и хронических форм туберкулеза.

2. Факторами, способствующими возникновению рецидивирующего течения туберкулеза, являются сопутствующие заболевания (54,4%), плохие материально-бытовые условия жизни (41,8%), злоупотребление алкоголем и хронический алкоголизм (32,1%).

3. Лечение больных с рецидивами туберкулеза легких более продолжительно, чем пациентов с впервые выявленной болезнью. Излечение рецидивов происходит с развитием массивных остаточных изменений.

4. Дифференцированная система противотуберкулезных мероприятий среди групп риска повторного заболевания туберкулезом позволит своевременно диагностировать активность процесса, улучшить клиническую структуру заболевания и его прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильина Т.Я., Жингарев А.А., Сидоренко О.А. и др. Распространенность рецидивов туберкулеза органов дыхания при напряженной эпидемиологической ситуации // Проблемы туберкулеза. — 2005. — № 7. — С. 15–17.

2. Мишин В.Ю., Жестковских С.Н. Рецидивы туберкулеза органов дыхания // Проблемы туберкулеза. — 2004. — № 4. — С. 11–13.

3. Риекстиня В., Торп Л., Леймане В. Факторы риска ранних рецидивов туберкулеза в Латвии // Проблемы туберкулеза. — 2005. — № 1. — С. 43–47.

4. Стандарты (модели протоколов) лечения больных туберкулезом. — М., 1998. — С. 10–21.

5. Brennan P.V. Tuberculosis in the context of emerging and reemerging diseases. FEMS Immunol // Med. Microbiol. — 1997. — P. 263–269.

Поступила 05.05.2006

УДК 61 – 056. 52 – 036. 22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОЖИРЕНИЯ

В.А. Дробышевская

Гомельский государственный медицинский университет

Ожирение и избыточная масса тела являются одной из важных проблем медицины на протяжении многих лет. В последнее время интерес к ней значительно возрос, что обусловлено широкой распространенностью ожирения среди всех возрастных групп населения, низкой эффективностью лечебных мероприятий, направленных на снижение веса, открытием новых препаратов для лечения данной патологии, новыми достижениями в понимании патогенеза ожирения, открытием гормона жировой ткани — лептина, группы бетта-3-адренорецепторов. Ожирение представляет собой серьезную проблему из-за наличия таких последствий, как артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет, метаболический синдром, дисциркуляторная энцефалопатия. Поэтому знание эпидемиологии ожирения указывает на необходимость дальнейшей работы в данном направлении.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, эпидемиология, метаболический синдром, индекс массы тела.

EPIDEMIOLOGY OF OBESITY

V.A. Drobyshevskaya

Gomel State Medical University

Obesity and excessive body have weight been leading among the medicine problems for many years. Last time the interest to this problem increased considerably being stipulated by obesity prevalence among all age population groups and low efficiency of remedial measures

aimed at weight reduction, by discovering new preparations against this pathology, new achievements in the obesity pathogenesis concept, discovery of adipose tissue hormone — leptyne, betha-3-adrenoreceptors group. Obesity considered as a serious problem owing to such consequences as arterial hyperthensy, atherosclerosis, diabetes, metabolic syndrome, discirculatory encephalopathy. Therefore knowledge of obesity epidemiology indicates the necessity of further thorough work in this direction.

Key words: obesity, excessive body weight, epidemiology, arterial hyperthensy, metabolic syndrome, body weight index.

Введение

Ожирение — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме [3, 4].

По данным некоторых авторов, ожирение — гетерогенная группа наследственных и приобретенных болезней и патологических состояний, общим и ведущим симптомом которых является генерализованное избыточное отложение жира в подкожной жировой клетчатке и других органах и тканях, что обусловлено нейрогуморальными или метаболическими нарушениями и сопровождается изменениями функционального состояния различных органов и систем. Превышение должествующей массы до 10% следует считать избыточной массой, а при повышении более чем на 10% — ставить диагноз «ожирение» [5].

Другие ученые определяют ожирение как полиэтиологическое заболевание, характеризующееся избыточным содержанием жировой ткани в организме, что составляет 25% и более от массы тела (МТ), а индекс массы тела (ИМТ) — более 25 кг/м^2 [7].

Цель работы

Изучение распространенности ожирения и избыточной МТ среди различных регионов и различных групп населения с целью разностороннего анализа данной патологии и проведения своевременных лечебно-профилактических мероприятий позволит более эффективно решать проблему профилактики выше указанных осложнений, а также лечение данной патологии на ранних этапах развития, что влечет за собой экономическую выгоду для государства.

Материалы и методы

Исследования эпидемиологии ожирения ведутся очень широко и их результаты практически повсеместно весьма неутешительны [6].

В последние годы ожирение является одним из самых распространенных заболеваний, которое стало серьезной медико-социальной проблемой экономически развитых стран: в 1998 году в мире зарегистрировано 250 млн. больных ожирением, а к 2025 г., по расчетам экспертов ВОЗ, их число превысит 300 млн. человек [7].

В Европе более половины взрослого населения в возрасте 35–65 лет имеют избыточную МТ (ИМТ выше 25 кг/м^2) или ожирение (ИМТ выше 30 кг/м^2). Избыточную МТ в индустриально развитых странах, кроме Японии и Китая, имеют около половины населения [5].

Во многих странах мира за последние десять лет заболеваемость ожирением увеличилась в среднем в два раза, однако распространенность его в разных странах мира неодинакова [1]. Так, лидером в этой области является США, где уже сейчас более 50% населения характеризуется избыточной МТ, а ожирение имеют более 34 млн. человек. Этим заболеванием страдают 35% женщин и 31% мужчин старше 20 лет, а также 25% детей и подростков. [34].

По мнению J.S. Stern и соавторов, проблема ожирения стоит Америке 70 млрд. долларов в год [28]. Если такие темпы будут сохраняться в дальнейшем, то к 2230 г. 100% населения США будет иметь ожирение.

В странах Европы цифры распространения ожирения хотя и меньше, чем в США, но тоже внушительные. Частота заболевания несколько больше на юге континента и меньше в странах Скандинавии. Так, в Великобритании 37% мужчин и 24% женщин имеют индекс МТ от 25 до 30 кг/м^2 , а у 8% мужчин и 12% женщин индекс превосходит 30 кг/м^2 . В Шотландии показатель ожирения еще выше. Там ожирение с ИМТ более 30 кг/м^2 наблюдается у 12% мужчин и 20–21% женщин. Проблема ожирения обходится Великобритании в 12 млрд.

фунтов стерлингов ежегодно, что составляет примерно 10% ее расходов на здравоохранение [8, 9, 10].

Практически во всех государствах отмечается рост частоты заболевания. Причем распространяющиеся в последние десятилетия программы обучения населения, ориентирующие жителей на более рациональное питание и более активный образ жизни, не остановили этих тенденций [19]. Увеличение частоты ожирения в странах Запада происходит на фоне наблюдаемого снижения средней калорийности и средней жирности питания. Это явление, впервые выявленное в эпидемиологических исследованиях, проводимых в Америке, получило название «Американский парадокс». Полагают, что он отчасти может быть связан с уменьшением расхода энергии, также наблюдаемом в современном обществе [11, 12, 13]. Кроме того, большинство экономически развитых европейских стран, таких как Франция, Италия, Германия, Великобритания и др. приближаются по этому показателю к США. В этих странах в среднем до 30% населения имеют ожирение. В частности, к 2006 г. в Германии ожидается увеличение распространенности избыточной МТ и ожирения до 71%, в Испании и Нидерландах — до 69%, в Швеции — до 60% и в Италии — до 59% [14, 15].

Среди жителей причернобыльской зоны Беларуси избыточная МТ выявлена у 39,4%, а ожирение — у 28,6% человек, что оказалось близким к показателям среди населения Украины (48 и 28,5%), Московской (50 и 26%), Рязанской (40 и 31%) областей России и в среднем (38 и 26%) в республиках СНГ [16, 17, 18].

По поводу ожирения во всем мире проводится более 8,5 млн. консультаций в год, дается 4,5 млн. рекомендаций, из них около 4 млн. по медикаментозному лечению.

Таким образом, в экономически развитых странах, включая Россию, в среднем каждый третий житель имеет МТ, превосходящую максимально допустимую [19].

Что касается зависимости частоты ожирения от пола, то практически повсеместно женщины болеют или чаще мужчин, или, во всяком случае, не реже. Исключением из этого правила может служить лишь Финляндия, где особенно в последние годы заболеваемость у мужчин стала не-

сколько выше, чем у женщин. Кстати, у женщин частота и степень выраженности ожирения отчетливо коррелирует с количеством имеющихся у них детей [20, 21].

В 80-е годы люди с избыточной МТ и ожирением составляли около 50% населения России, а в начале 90-х гг. удельный вес женщин в возрасте 55–65 лет, относимых к этой категории, равнялся уже 63%. Настораживает и тот факт, что около 15% молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет также имеют избыточную МТ [6]. В России, по данным эпидемиологических служб, от 10 до 20% мужчин и от 30 до 40% женщин трудоспособного возраста имеют эту патологию, что занимает 10–11 место среди главных причин обращаемости к врачам общего профиля [22, 23, 24].

Повсеместно наблюдается рост ожирения у детей и подростков [26]: в экономически развитых странах избыточная МТ у детей составляет 12–14%. Среди детского населения Франции распространенность ожирения составляет около 7%, в Англии — 9%, США — 15% [25], в Италии ожирение регистрируется у 3,6% детей в возрасте 4 лет и у 11–12% старше 8 лет. Последнее еще важно и потому, что ожирение в этой возрастной группе является весьма значительным предиктором ожирения у взрослых.

Если говорить об эпидемиологии различных типов (форм) ожирения, то самой распространенной является экзогенно-конституциональная (или простая) форма ожирения, удельный вес которой составляет 75–97% случаев на 100 тыс. населения. Среди взрослых простая форма ожирения встречается в 51% случаев и свое начало берет в детском и подростковом возрасте.

Общеизвестна зависимость частоты ожирения от возраста. Она минимальна у детей и подростков. Далее, как у мужчин, так и женщин наблюдается рост заболеваемости ожирением, достигающей пика к 45–55 годам. В пожилом и старческом возрасте частота ожирения снижается. Данное явление, по мнению большинства ученых, является мнимым и связано отнюдь не с обратным развитием жировых накоплений, а либо с изменением состава тела — с уменьшением мышечной массы при сохраняемой жировой, либо с более ранней гибелью полных людей от сопутствующих заболеваний [26, 27]. Уместно подчерк-

нать, что в определении диагноза ожирения, как правило, ориентируются на МТ, а не на состав тела и соотношение жировой и безжировой массы, что более точно отражало бы ситуацию. В этой связи актуальна разработка поправочных коэффициентов для определения степени выраженности ожирения в зависимости от возраста.

Ожирение чаще встречается у жителей крупных городов, чем в сельской местности. Полагают, что данная зависимость обусловлена условиями трудовой деятельности. Действительно, труд в сельской местности обычно требует больших расходов энергии, чем в городах. Есть и прямые исследования, показывающие, что у лиц занимающихся физическим трудом, ожирение встречается реже, чем у работников умственного труда [28].

В ряде исследований установлено, что ожирение тем вероятнее, чем ниже уровень образования [29]. По данным P. Pietinen и соавторов [26], если частота ожирения у взрослых жителей Финляндии составляет в среднем 19% у мужчин и 18% — у женщин, то в группе лиц с низким образованием она варьирует от 26 до 27%. Зависимость частоты ожирения от уровня образования на первый взгляд представляется парадоксальной, особенно если учесть, что лица с низким уровнем образования чаще занимаются физическим трудом, а жители с высшим образованием — умственным. Вероятнее всего, причина связи высокого образования с более низкой частотой ожирения заключается в том, что образованные люди все-таки больше понимают его вред для здоровья, лучше разбираются в жировенных свойствах тех или иных продуктов питания и, соответственно, соблюдают пассивные самоограничения, препятствующие нарастанию избыточного веса. Поэтому сведения о рациональном питании на уровне общества с учетом жировенности продуктов способны уменьшить частоту и выраженность ожирения, как и создание эффективной программы профилактики ожирения, разъясняющей населению вред этого заболевания для здоровья и обучающей их общим принципам рационального нежировенного питания.

Таким образом, с воспитанием можно передать и закрепить знания и навыки, способствующие ограничению ожирения и

препятствующие его развитию. И здесь мы видим возможность профилактики ожирения, которую могли бы эффективно проводить семейные врачи.

Ожирение может являться проявлением некоторых патологических состояний, связанных единым происхождением. G. Reaven выдвинул гипотезу о так называемом «метаболическом синдроме» или синдроме «Х», подчеркнув, что все признаки обусловлены первичной (вероятно, генетически детерминированной) тканевой инсулинорезистентностью [21]. Риск развития сопутствующих заболеваний определяют так же особенности отложения жировой ткани. Наиболее неблагоприятным для здоровья является абдоминальный тип ожирения, сочетающийся, как правило, с комплексом гормональных и метаболических нарушений.

Сегодня кардиологи всего мира говорят об эпидемии «метаболического варианта артериальной гипертензии (АГ)», который называют «синдромом современного образа жизни» [17]. Фремингемское исследование показало, что более 70% пациентов с АГ имеют избыточную МТ и более 45% лиц из них страдают АГ, причем в 70% случаев АГ у мужчин и в 60% у женщин определено связана с ожирением. На каждый дополнительный килограмм МТ риск АГ повышается на 5% [30]. Ожирение является независимым фактором риска АГ и сердечно-сосудистой смертности, и их сочетание значимо влияет на продолжительность и качество жизни больных [1, 2].

Достаточно информативны следующие данные: в возрастной группе старше 50 лет у 50% больных ожирением повышено артериальное давление, у 50% — имеется клиника атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС), а у 30% — признаки сахарного диабета II типа [14]. Нередки случаи, когда у одного пациента имеется сразу два или три из вышеперечисленных заболеваний.

По данным ряда авторов, мужчины среднего возраста с массой жира, превышающей 20% от массы тела (норма — 12–15%), имеют риск развития инфаркта миокарда, в 20 раз превосходящий таковой у мужчин с нормальным весом [30].

Полагают, что с ожирением связано и повышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [30]. Последние ут-

верждения некоторыми авторами оспариваются. Так, М. Stern пишет, что хотя частота ожирения в США и выросла за последние 20 лет, смертность от ИБС за тот же период не только не увеличилась, но даже уменьшилась [28]. Действительно, заболеваемость сердца, несомненно, связана с ожирением и это подтверждается большим количеством эпидемиологических исследований [28], но смертность от него зависит не только от этой патологии, но и от успехов медицины по лечению данного заболевания.

Можно утверждать, что при наличии ожирения достоверно увеличивается частота развития злокачественных опухолей некоторых локализаций. Показано, что у больных ожирением значительно чаще, чем у худых развивается раковое поражение почки, толстой кишки, молочных желез и опухоли женской половой сферы [28, 30]. Механизм связи ожирения и рака остается невыясненным, как, кстати, и сами механизмы опухолевого роста. Полагают, что развитию рака толстой кишки при ожирении способствует жирная еда и гиподинамия, а частота опухоли яичников или молочной железы увеличивается вследствие нарушения обмена половых гормонов, которое может наблюдаться при ожирении. Нарушенный липидный обмен существенно влияет на среднюю продолжительность жизни: больные ожирением 3–4 степени живут в среднем на 15 лет меньше [29].

Эпидемиологические исследования отчетливо выявляют семейный характер заболеваемости ожирением. Степень выраженности ожирения у детей довольно часто коррелирует с данной патологией у родителей. Причем, как отмечают авторы, эта связь выражена сильнее, чем связь ожирения у детей с потреблением ими энергии или двигательным режимом. По данным К. Greenlund, ожирение у детей более тесно связано с ожирением у матери (80%), чем у отца, где вероятность развития этого заболевания у ребенка составляет 50%.

Как полагают, столь высокая вероятность развития ожирения у детей в семьях полных родителей связана с наследственными механизмами, а также с закреплением семейных особенностей питания и образа жизни, способствующих нарастанию избыточной МТ. Эти две группы причин (наслед-

ственная и приобретенная в процессе воспитания) разделить достоверно трудно [23].

Приведенные выше данные позволяют взглянуть на данную патологию как на болезнь эволюции человека или на болезнь современного образа жизни. Можно говорить о пандемии ожирения, выделяя в качестве пандемических факторов малоподвижность и питание с большим количеством жирных продуктов [24].

Заключение

Таким образом, ожирением страдает почти каждый третий житель планеты. Количество их продолжает увеличиваться с каждым годом. Тщательное изучение эпидемиологии ожирения указывает на целесообразность проведения дальнейших исследований, что позволит предупредить риск развития сердечно-сосудистых и других заболеваний, снизить степень тяжести течения болезни, повысить качество жизни пациентов, страдающих избыточной МТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Целиковская А.Л. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания // Тер. архив. — 2001. — № 8. — С. 66–69.
2. Бритов А.Н. Артериальная гипертензия у больных с ожирением: роль лептина // Кардиология. — 2002. — № 9. — С. 69–71.
3. Бутрова С.А. Ожирение. Современная тактика ведения больных // Лечащий врач. — 2000. — № 5. — С. 30–33.
4. Гончарик И.И. Распространенность ожирения среди взрослого населения, проживающего в районах, загрязненных радионуклидами // Здрав. Беларуси. — 1993. — № 8. — С. 4–6.
5. Ефимов А.С., Карабун П.М., Эпштейн Е.В. Ожирение и сахарный диабет. Киев.: Здоровья, 1987. — 141 с.
6. Кадырова Р.Х., Салханов Б.А. Питание при ожирении. — Алма-Ата, 1990. — 125 с.
7. Кобалова Ж.Д. Артериальная гипертония и ожирение: случайная ассоциация или причинно-следственная связь // Клиническая фармакология. — 2000. — № 3. — С. 35–39.
8. Крюков Н.Н., Крачковский М.А. Тонизирующие антигипертензионные препараты: преимущество и недостатки // Кардиология. — 1999. — № 2. — С. 92–96.
9. Миняйлова Н.Н. Социально-генетические аспекты ожирения // Педиатрия. — 2001. — № 2. — С. 83–86.
10. Мостовая Л.А., Петраш С.П. Ожирение у детей и подростков. — Киев.: Здоровья, 1982. — 160 с.

11. *Оганова А.Г., Ермолин С.Н., Вуклова З.П., Суханова М.В.* Иглорефлексотерапия и разгрузочно-диетическая терапия при алиментарном и гипотиреоидном ожирении // Военно-медицинский журнал. — 1998. — № 10. — С. 81–82.
12. *Савельева Л.В.* Современные подходы к лечению ожирения // Врач. — 2003. — № 12. — С. 12–14.
13. *Старостина Е.Г., Древаль А.В.* Проблема ожирения глазами врача и потенциального пациента // Тер. архив. — 2001. — № 10. — С. 14–20.
14. *Татонь Я.* Ожирение. Патофизиология, диагностика, лечение. — Варшава — 1981. — 355 с.
15. *Терещенко И.В.* Патогенетическое обоснование лечения ожирения // Проблемы эндокрин. — 1993. — Т. 39, № 4. — С. 18–21.
16. *Терещенко И.В.* Современные проблемы лечение ожирения // Проблемы эндокринологии. — 1993 — Т. 39, № 3. — С. 57–60.
17. *Шурыгин Д.Я., Вязицкий П.О., Сидоров К.А.* Ожирение. — Ленинград.: Медицина, 1980. — 244 с.
18. *Amine E., Samy M.* Obesity among female university students in the United Arab Emirates // J R Soc Health. — 1996. — Vol. 116, № 2. — P. 91–96.
19. *Ardizzi A., Grugni G., Moro D., Guazzaioni G., Foselli E., Morabito F., Gutierrez-Fisac J., Redidor E., Rodziguez C.* Friends in obesity differents by educational level in Spain // J Clin Epidemiol. — 1996. — Vol. 49, № 3. — P. 351–354.
20. *Astrup A.* The American paradox: the role of energy – dens fat – reduced food in the increasing prevalence of obesity // Curr Opin Clin Nurt Metab Care. — 1998. — Vol. 1, № 6. — P. 573–577.
21. *Bray J., Popkin B.* Dietary fat intake does affect obesity // Am J Clin Nutr. — 1998. — Vol. 68, № 6. — P. 1157–1173.
22. *Calle E., Thin M., Pertelli Jr.* Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults // N Engl J Med. — 1999. — Vol. 341, № 15. — P. 1097–1105.
23. *Chow W. Mc Laughlin J., Mandel J., Wacholder S., Niwa S., Fraumeni J. Jr* Obesity and risk of renal cell cancer // Canser Epidemiol Biomarkers Prev. — 1996. — Vol. 5, № 1. — P. 17–21.
24. *Dick A., Suskin N.* Fitness, fatness and mortality in men // Clin J Sport Med. — 1999. — Vol. 9, № 3. — 187 p.
25. *Hernandez B., Peterson K., Sobol A., Rivera J., Sepulveda J., Zezana M.* Over-weight in 12–49 year-old women and children under 5 years of age in Mexico // Salud Republica Mex. — 1996. — Vol. 38, № 3. — P. 178–188.
26. *Pietinen P., Vartiainen E., Mannisto S.* Friends in body mass index and obesity among adultes in Finland from 1972 to 1992 // Int J Obes Relat Metab Disord. — 1996. — Vol. 20, № 2. — P. 114–120.
27. *Seidell J., Flegal K.* Assessing obesity: classification and epidemiology // Br Med Bull. — 1997. — Vol. 53. — P. 238–252.
28. *Stern M.* Epidemiology of obesity and its link to heart disiase // Metabolism. — 1995. — Vol. 44, № 9. — P. 1–3.
29. *Yanovski S.Z., Yanovski J.A.* Obesitu // N. Engl. Med. — 2002. — Vol. 346. — P. 603–608.
30. *Zelan M.E.* Clinical handbook of weight management // Martin Dunitz. — 1998. — P. 113.

Поступила 02.03.2006

УДК:616.5-001/002-053.2

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

А.А. Козловский, Г.Д. Строева

Гомельский государственный медицинский университет

Проблема атопического дерматита приобретает все большее значение в современной медицине. В структуре аллергических болезней у детей атопический дерматит занимает одно из ведущих мест по своей распространенности. Однако многие вопросы этой проблемы до настоящего времени остаются не решенными.

В статье представлен обзор литературы отечественных и зарубежных авторов, обобщающих современные представления о классификации, подходах к лечению и профилактике атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, диагностические критерии, местная и общая терапия.

ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

A.A. Kozlovsky, G.D. Stroeve

Gomel State Medical University

The problem of atopic dermatitis in children takes on special significance in contemporary medicine. Within structure of allergic diseases in children atopic dermatitis possesses one of the leading places by its prevalence. Yet, many issues of this problem remain still unsolved.