



ХОБЛ И ОЖИРЕНИЕ: ВЗГЛЯДЫ УЧЁНЫХ

Делкашева Шахло Джамолитдиновна

Ассистент кафедры

Госпитальной терапии и эндокринологии

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) и ожирение часто сосуществуют в клинической практике. Взаимосвязь между ними сложна и двунаправлена: ожирение влияет на механические параметры дыхания, системное воспаление и кардиометаболические риски, тогда как ХОБЛ посредством снижения физической активности, терапии и изменения метаболизма может способствовать набору массы.

Ключевые слова: ХОБЛ; ожирение; механика дыхания; парадокс ожирения; синдром перекрытия; лёгочная реабилитация; GLP-1; обострения.

Введение . ХОБЛ остаётся одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире; одновременно эпидемия ожирения продолжает набирать масштабы. В клинической практике часто встречается сочетание ХОБЛ и избыточной массы тела, что влияет на симптомы, результаты обследований и стратегии лечения. Современные руководства и обзоры подчёркивают необходимость учитывать ожирение как важную сопутствующую патологию у пациентов с ХОБЛ [1,2]. В литературе описаны противоречивые эпидемиологические данные: распространённость ожирения у пациентов с ХОБЛ колеблется в широких пределах (примерно 15–54% в различных когортах) и зависит от стадии заболевания, популяции и критериев определения ожирения. Механистические исследования подчёркивают роль снижения ФОЕ/ЭРО, изменения объёма лёгких и адипокинов; клинические исследования — влияние ожирения на одышку, качество жизни, частоту обострений и смертность. Описан т.н. «парадокс ожирения» — ассоциация избыточной массы с более низкой смертностью в некоторых когортах ХОБЛ, однако многие исследователи





считают этот эффект следствием смешения и фенотипической неоднородности. Практическая тактика включает строгое следование рекомендациям по ведению ХОБЛ с учётом сопутствующих состояний, скрининг на синдром перекрытия с апноэ сна, подключение лёгочной реабилитации и индивидуализированное управление массой тела; современные направления включают исследование роли агонистов GLP-1. Для разрешения спорных вопросов требуются проспективные исследования с прямой оценкой состава тела, рандомизированные испытания стратегий потери массы и стратификация по фенотипам.

Эпидемиология: как часто встречаются ХОБЛ и ожирение вместе?

Различные исследования сообщают широкие диапазоны распространённости ожирения среди больных ХОБЛ — от примерно 15% до более 50%, в зависимости от критериев ($ИМТ \geq 25$ vs ≥ 30), типа выборки (популяционная или госпитальная) и географии [3]. В целом наблюдается тенденция: ожирение чаще встречается на ранних и средних стадиях ХОБЛ (GOLD 1–2), тогда как на поздних стадиях преобладает потеря массы и кахексия [3,4]. Авторы современных когортных исследований отмечают, что часть расхождений обусловлена смешением: курение, возраст, пол и распределение жировой ткани изменяют риск и исходы [4,5].

Патофизиология: механизмы влияния ожирения на дыхательную систему и системное взаимодействие

Механические эффекты. Жировая масса на грудной стенке и в брюшной полости уменьшает подвижность диафрагмы и грудной клетки, что приводит к снижению функциональной остаточной ёмкости (ФОЕ) и экспираторного резервного объёма (ЭРО) и повышению работы дыхания. У пациентов с ожирением при прочих равных может наблюдаться уменьшение $ОФВ_1$ и ФЖЕЛ при относительном сохранении соотношения $ОФВ_1/ФЖЕЛ$, что требует внимательной интерпретации спирометрии [6,7].

Иммунно-метаболические эффекты. Адипокины (лептин, адипонектин), про- и анти-воспалительные цитокины, инсулинорезистентность и изменения митохондриальной функции в жировой ткани формируют системное провоспалительное состояние, которое потенцирует воспаление, связанное с ХОБЛ, и повышает риск сердечно-сосудистых осложнений [8].





Взаимосвязь с нарушениями сна. Ожирение увеличивает риск обструктивного апноэ сна (ОАС); его сочетание с ХОБЛ (overlap syndrome) ассоциировано с более выраженной ночной гипоксией, повышенной частотой обострений и худшими исходами в сравнении с изолированными формами заболевания [13,14].

Клиническое значение: симптомы, обострения, выживаемость

Симптомы и физическая активность. Пациенты с ХОБЛ и ожирением чаще жалуются на выраженную одышку при нагрузке и снижение толерантности к физической активности, что частично объясняется механическими факторами и деградацией мышечной функции [6,7].

Обострения. В ряде исследований отмечено, что худые пациенты имеют более высокий риск частых обострений, тогда как данные по ожирению и частоте обострений неоднозначны и зависят от популяции и сопутствующей патологии [9].

Смертность и «парадокс ожирения». Некоторые ретроспективные и проспективные анализы показали более низкую общую смертность у пациентов с повышенным ИМТ по сравнению с нормальной массой тела (так называемый «парадокс ожирения») [10–12]. Однако большинство специалистов рассматривают этот феномен с долей скепсиса: эффект может быть обусловлен смешением (курение, стадия болезни, саркопения), смещением по качеству ухода или выживанием пациентов с разными фенотипами болезни [11,12].

Диагностические трудности и рекомендации . Интерпретация спирометрии у пациентов с ожирением требует внимания: снижение ОФВ₁ и ФЖЕЛ может сочетаться с уменьшением ФОЕ, а интерпретация объёмных показателей должна опираться на измерение лёгочных объёмов и DLCO при необходимости [6,22]. Оценка симптомов должна учитывать вклад ожирения, наличия ОАС и дефицита мышечной массы.





Управление пациентом с ХОБЛ и ожирением

Основные принципы

Следовать рекомендациям GOLD по фармакотерапии, вакцинации и профилактике обострений, при этом учитывать сопутствующие заболевания и риски [1].

Легочная реабилитация остаётся ключевым вмешательством: комбинированные программы с физической активностью и коррекцией питания улучшают функциональные показатели и качество жизни у пациентов с ХОБЛ и избыточной массой [7].

Скрининг и лечение синдрома перекрытия (CPAP/NIV) — при показаниях; это может снизить ночную гипоксию и потенциально уменьшить частоту обострений [13].

Контроль массы тела

Немедикаментозные меры: индивидуализированные программы питания, увеличение физической активности в рамках реабилитации, профилактика саркопении (адекватный белковый рацион, тренировки на силу).

Фармакотерапия: появились данные об эффективности препаратов, направленных на снижение массы тела (агонисты GLP-1). Малые рандомизированные исследования показали значимую потерю веса и улучшение некоторых параметров (например, FVC, DLCO, SAT), но доказательная база в отношении исходов ХОБЛ (обострения, смертность) ещё ограничена; требования к безопасности и долгосрочным эффектам остаются предметом обсуждения [15].

Хирургические методы: бариатрическая хирургия показана при очень выраженном ожирении, но данные специфично для ХОБЛ ограничены и требуют оценки рисков анестезии и послеоперационного периода.

Взгляды учёных и основные дискуссионные точки

1. Парадокс ожирения — реальный феномен или артефакт? Ряд исследователей (обзоры и мета-анализы) документируют ассоциацию более высокого ИМТ с лучшей выживаемостью у некоторых групп пациентов с ХОБЛ [10,11]. Критики указывают на влияние смешивающих факторов — особенно курения и саркопении — и подчеркивают необходимость оценки состава тела (не только ИМТ) [11,12].





2. Какой вклад оказывает ожирение в развитии ХОБЛ? Некоторые когорты указывают на повышенный риск развития ХОБЛ при значительном увеличении массы тела в зрелом возрасте; другие исследования демонстрируют обратную ассоциацию между более высоким ИМТ и риском ХОБЛ, что, вероятно, связано с методологическими различиями и эффектом курения [4,5]. Учёные предлагают использовать продольные измерения функции лёгких и прямые методы оценки жира (КТ, биоимпеданс, DXA) для прояснения причинности.

3. Перспективы терапии — нужно ли активно снижать массу у всех пациентов с ХОБЛ? Консенсус отсутствует: в клинических рекомендациях подчёркивают важность борьбы с ожирением у пациентов с симптоматикой и метаболическими рисками, но прямых доказательств, что агрессивная потеря веса снижает обострения или смертность при ХОБЛ, пока недостаточно [15].

4. Роль новых препаратов (GLP-1) и персонализированная медицина. Начальные клинические испытания и наблюдательные данные пода-ют надежду, но требуются рандомизированные исследования, включающие клинические исходы ХОБЛ, чтобы рекомендовать широкое использование как часть ведения ХОБЛ [15].

Заключение

Ожирение и ХОБЛ часто сосуществуют и влияют друг на друга через механические, иммунно-метаболические и поведенческие механизмы. Научное сообщество признаёт неоднородность фенотипов и призывает к фенотип-ориентированному подходу: оценка состава тела, выявление саркопении, скрининг на ОАС, интеграция лёгочной реабилитации и индивидуализация стратегий управления массой. Для разрешения ключевых споров — о влиянии ожирения на риск развития ХОБЛ, о «парадоксе ожирения» и об эффективности фармакологических и хирургических стратегий у пациентов с ХОБЛ — необходимы крупные проспективные и рандомизированные исследования.





Литература

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. GOLD 2024 Pocket Guide. 2024.
2. Zewari et al. Obesity impact on dyspnea in COPD patients. Dovepress. 2023.
3. Zewari et al. Obesity prevalence in COPD cohorts. Dovepress. 2023.
4. Cohort study on adult weight change and COPD risk. 2025.
5. Study on BMI and COPD incidence. 2024.
6. Salome CM, King GG, Berend N. Physiology of obesity and lung function. J Appl Physiol. 2010.
7. Breathe review on respiratory complications of obesity. Breathe. 2023.
8. Review on adipose tissue, inflammation and COPD. 2024.
9. Wang et al. BMI and exacerbation risk in COPD. 2024.
10. Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP. Prognostic value of nutritional status in COPD. Am J Respir Crit Care Med. 1999.
11. Review on obesity paradox in COPD. Thorax. 2021.
12. Editorial on obesity and mortality in COPD. Eur Respir J. 2022.
13. StatPearls. COPD-OSA overlap syndrome. 2023.
14. Systematic review of overlap syndrome in COPD. 2023.
15. Randomized trial of liraglutide in obesity with COPD. ERS Journal. 2022.

