

В.Н. ШИШКОВА

к.м.н., эндокринолог,
Государственный Научно-
исследовательский центр
профилактической
медицины Федерального
агентства по
высокотехнологичной
медицинской помощи,
Москва

Алгоритм терапии ожирения в практике терапевта и кардиолога

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 1,7 млрд человек на планете имеют избыточную массу тела или ожирение. К 2025 году, по прогнозам экспертов, количество лиц с ожирением увеличится практически в два раза (1). В связи с этим ожирение было признано ВОЗ новой неинфекционной эпидемией.

Ожирение, являясь наиболее важной междисциплинарной медицинской проблемой, служит одной из основных причин развития сахарного диабета 2 типа, повышения артериального давления и гиперлипидемии. Каждое из этих состояний и тем более их сочетание значительно повышают риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Причем наиболее часто эти нарушения встречаются при избыточном отложении жира в абдоминальной области (2).

Было показано, что больные с абдоминальным типом ожирения часто имеют сочетание нескольких факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС), а основной причиной инвалидности и смертности таких больных являются заболевания сердечно-сосудистой системы – инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность. Абдоминальный тип ожирения был признан независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа (3). Поэтому даже небольшое уменьшение количества висцерального жира благопри-

ятно сказывается на общем сердечно-сосудистом риске, в том числе способствует профилактике сердечной недостаточности, а также снижает инсулинорезистентность и вероятность развития новых случаев диабета.

Безусловно, всем пациентам с избыточным весом показаны мероприятия по нормализации массы тела – уменьшение калорийности рациона, увеличение физической активности, т.е. активное изменение образа жизни. Нормальным весом в настоящее время принято считать такой, при котором индекс массы тела (ИМТ) не превышает 24,9 кг/м².

Наиболее сложной задачей остается сама модификация образа жизни, особенно пациентов с повышенным кардиоваскулярным риском. Для ее успешного выполнения необходимо действовать следующим образом.

В самом начале терапии пациента нужно настроить на ведение дневника питания и физической активности. В дневнике обычно отражается количество приемов пищи, их состав и причина, побудившая пациента есть, а также вся физическая активность за день. Это поможет, в первую очередь, врачу определиться с теми нарушениями в питании, которые допускает пациент, во-вторых, мобилизует самого пациента, поскольку он будет «видеть», что и когда он ест.

На первом же визите необходимо рассчитать калорийность рациона питания, используя формулы таблицы. Полученный показатель умножают на коэффициент физической активности: физическая активность

низкая – 1,1; умеренная – 1,3. Для большинства пациентов снижение потребления калорий на 500 в день приводит к снижению веса на 250–500 г в неделю, что вполне приемлемо и не связано с другими рисками. Полученную в итоге калорийность необходимо распределить на несколько приемов пищи, лучше, если это будет 3 или 4 раза в день. Если возможно, сразу оговорить включение в рацион пациента большого количества таких низкокалорийных продуктов, как свежая зелень, овощи и фрукты, которые могут обеспечить организм необходимыми пищевыми волокнами и витаминами.

Оптимальное соотношение питательных веществ, необходимых во время снижения веса, остается самым часто обсуждаемым вопросом. Показатели снижения веса сопоставимы для самых распространенных в настоящее время диет – это в среднем 2,1–3,3 кг за год, но факт дисбаланса макро- и микронутриентов в таком питании может привести к неблагоприятным последствиям, например, высокобелковые и безуглеводные диеты приводят к развитию хронической почечной недостаточности и остеопорозу. Поэтому оптимальным соотношением остается такое распределение по калорийности в течение дня: 55–60% составляют углеводы, 15–20% белки и 20–25% жиры. Конечно, необходимо учитывать и вкусовые приоритеты самого пациента.

Затем всем пациентам следует рекомендовать ежедневные физические упражнения, желательно продолжительностью не менее 30 минут. Известен факт, что интенсивная ежедневная физическая активность, даже при погрешно-

Лечение висцерального ожирения является профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний.

стях в диете, приводит к более выраженному результату, чем просто ограничение калорийности без физической нагрузки. При сочетании физической активности с ограничением калорийности пищи снижение веса идет более эффективно.

Помимо рекомендации по физической активности и принципам здорового питания, эффективное ведение пациентов с ожирением предполагает поведенческую терапию. Можно дать несколько полезных рекомендаций, не перегружая пациента лишней научной информацией, и это будет весьма эффективно. Для того чтобы определить, какие именно рекомендации могут подойти данному пациенту, нужно заглянуть в его дневник питания. Чаще всего там выявляются эпизоды переедания. В этом случае пациенту настоятельно рекомендуется есть медленно, нарезать пищу на маленькие кусочки и тщательно пережевывать, не есть на ходу, стоя, торопясь и т.д. Желательно постепенно выработать новую последовательность приема пищи, которая удовлетворяла бы эстетическим запросам пациента и препятствовала незаметному, машинальному перееданию.

В первые месяцы терапии, когда ограничения даются с трудом и еще не вошли в привычку, следует избегать ситуаций, которые способствуют перееданию. Пациентам важно помочь преодолеть возможные препятствия и сформировать долговременную приверженность к новому образу жизни, учитывая сопутствующую патологию.

Такая терапия требует достаточно много времени и сил как со стороны врача, так и со стороны пациента. Поэтому длительная терапия ожирения чаще всего предполагает назначение препаратов для снижения и поддержания достигнутого веса (4).

Потенциал для применения препаратов в терапии ожирения остается очень большим, поскольку изменения веса тела в результате терапевтического вмешательства в образ жизни весьма умеренны, высока вероятность рецидивов и развития компенсаторного замедления метаболизма. Однако по-прежнему врачи не часто назначают медикаментозное лечение, даже при наличии явных показаний. Существует мнение в медицинском сообществе, что ожирение –

Сибутрамин (Меридиа®) – единственный препарат, устраняющий основную причину ожирения.

это заболевание, которое может и должен лечить только эндокринолог, несмотря на то что ожирение является серьезным фактором риска в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний и выявляется первично чаще всего в неэндокринологической практике. Ключевыми моментами в изменении сложившейся ситуации должны стать данные доказательной медицины и современные стандарты в терапии ожирения.

Современный взгляд на терапию ожирения таков: при отсутствии эффекта от немедикаментозных мероприятий, т.е. отсутствие снижения массы тела на 5% в течение 3 месяцев, всем пациентам показана фармакотерапия. Назначение лекарственных средств в качестве дополнительной терапии к немедикаментозным методам необходимо рассматривать сразу у пациентов с ИМТ ≥ 30 или если ИМТ в пределах 27-29,9 при наличии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний или метаболического синдрома.

В настоящее время одобрены для длительного применения при лечении ожирения только орлистат – ингибитор липаз и сибутрамин (Меридиа®, «ЭББОТТ», США) – ингибитор обратного захвата моноаминов центрального действия. В многочисленных исследованиях было показано, что Меридиа® эффективнее снижает вес в сравнении с орлистатом (5).

Проблема выбора терапии ожирения нередко возникает перед врачом, даже если выбирать придется всего из двух препаратов.

На практике можно ориентироваться на следующие простые практические рекомендации: сибутрамин (Меридиа®, «ЭББОТТ», США) ингибирует обратный захват серотонина, что приводит к регуляции пищевого поведения. Препарат уменьшает потребность в пище за счет усиления чувства насыщения, поэтому используется у пациентов, которым

трудно ограничивать себя в еде, или у тех, которые не могут удержаться при виде вкусной еды или переедают вечером и на ночь. К этой же категории пациентов относятся лица, которые «заедают» свои неприятности и огорчения, т.е. любые стрессовые ситуации вызывают у них желание «перекусить» или «что-нибудь пожевать». Это те больные, которые предпринимали неоднократные попытки похудеть и изменить образ жизни, но не смогли удержать полученные результаты. Это пациенты, чье ожирение, к сожалению, является следствием сопутствующей длительной терапии или проявлением других хронических заболеваний. Помимо усиления чувства насыщения, сибутрамин увеличивает термогенез и способствует повышению энергозатрат, стимуляции липолиза в тканях и сохранению оптимальной скорости основного обмена. Расходы энергии при этом возрастают в среднем на 0,15 кДж/мин. в течение 5,5 ч. Данный эффект сибутрамина очень важен для сохранения достигнутого эффекта в отдаленном периоде (6).

Орлистат применяется у тех, кто предпочитает есть жирную пищу (но пока не знает об этом), т.е. является своего рода «тестирующей» таблеткой, но при переедании углеводов или смешанной пищи и вообще при переедании он неэффективен.

Сибутрамин (Меридиа®) в терапии ожирения применяют уже второе десятилетие на территории более чем 90 стран мира. Накоплен колоссальный клинический опыт его успешного применения. Анализ публикаций последних лет показывает, что сибутрамин (Меридиа®) все чаще рассматривается как один из препаратов, играющих важную роль в замедлении прогрессирования сердечно-сосудистого континуума, особенно на ранних этапах его развития. Во время исследования J. Scholze у 84% пациентов наряду с уменьшением массы



Таблица. Расчет исходной калорийности суточного рациона

Возраст	Для женщин	Для мужчин
18-30 лет	$(0,0621 \times \text{вес (кг)} + 2,0357) \times 240 \text{ (ккал)}$	$(0,0630 \times \text{вес (кг)} + 2,8957) \times 240 \text{ (ккал)}$
31-60 лет	$(0,0342 \times \text{вес (кг)} + 3,5377) \times 240 \text{ (ккал)}$	$(0,0484 \times \text{вес (кг)} + 3,6534) \times 240 \text{ (ккал)}$
Старше 60 лет	$(0,0377 \times \text{вес (кг)} + 2,7545) \times 240 \text{ (ккал)}$	$(0,0491 \times \text{вес (кг)} + 2,4587) \times 240 \text{ (ккал)}$

Преимущества сибутрамина (Меридиа®) – эффективное снижение веса, положительное влияние на метаболизм, однократный прием, отсутствие неприятных побочных эффектов.

тела на 5% и более наблюдал значительное снижение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), причем динамика АД была отчетливее у больных с более высоким исходным значением (7). Применение сибутрамина (Меридиа®) у больных с ожирением и сахарным диабетом 2 типа способствует значительному улучшению контроля сахарного диабета (8, 9).

Впервые в России С.В. Недогода и соавт. изучили возможности монотерапии ожирения, сочетанного с артериальной гипертензией, препаратом Меридиа® (10). Анализ полученных данных свидетельствует о том, что сибутрамин (Меридиа®) статистически значимо улучшает антропометрические показатели и снижает систолическое и диастолическое АД, уменьшает массу миокарда левого желудочка при отсутствии значимого увеличения ЧСС. На фоне терапии Меридиа® значимо снижалась каротидно-радиальная и каротидно-фemorальная скорость пульсовой волны соответственно на 4,9% и 7,1%, одновременно на 21,1% улучшался показатель поток-зависимой вазодилатации.

Эти данные во многом согласуются с результатами проспективного многоцентрового плацебо-контролируемого двойного слепого исследования HOS (The Hypertension Obesity-Sibutramine Study). В нем также были показаны положительные эффекты Меридиа® в отношении углеводного и липидного обменов, особенно при комбинации данного препарата с ингибиторами АПФ и антагонистами кальция (11).

Дополнительные эффекты сибутра-

мина связаны с тем, что уменьшение массы тела на 5% способствует снижению уровня ангиотензиногена на 27%, активности ангиотензин-превращающего фермента – на 12%, ренина – на 43%, альдостерона – на 31% и экспрессии ангиотензиногена в жировой ткани – на 20%, а это приводит к улучшению функции эндотелия, уменьшению гиперактивации симпатической нервной системы и восстановлению нормальной барорефлекторной регуляции кровообращения. Необходимо отметить и тот факт, что снижение массы тела не только способствует уменьшению протеинурии, но и восстанавливает нормальную морфологическую структуру почек.

Однако, действуя в интересах пациента, необходимо помнить о наличии противопоказаний. Так, основным противопоказанием к назначению сибутрамина являются уже имеющиеся заболевания сердечно-сосудистой системы, а именно ИБС, декомпенсированная сердечная недостаточность, врожденные пороки сердца, окклюзионные заболевания периферических артерий, тахикардия, аритмия, цереброваскулярные заболевания (инсульт, транзиторные нарушения мозгового кровообращения), неконтролируемая артериальная гипертензия (АД > 145/90 мм рт. ст.). При назначении препарата согласно действующей инструкции высокая безопасность применения доказана.

Преимущества сибутрамина (Меридиа®) являются эффективное снижение веса, положительное влияние на метаболизм, однократный прием и отсутствие неприятных побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, кото-

рые могут снижать качество жизни и приверженность лечению.

Оптимальная длительность непрерывной терапии сибутрамином (Меридиа®) в сочетании с немедикаментозными мероприятиями составляет 6-8 месяцев. За это время в большинстве случаев пациенту удастся снизить вес более чем на 10% от исходного и сформировать и закрепить новые принципы питания и физической активности. Следует отметить, что положительное влияние сибутрамина (Меридиа®) на вес пациента и показатели липидного обмена сохраняются и после окончания терапии, особенно если ее длительность была достаточной для формирования правильного образа жизни.

Следует также в общетерапевтической практике обращать внимание пациентов на состояния, предрасполагающие к развитию ожирения, т.е. проводить первичную профилактику увеличения веса. К таким состояниям можно отнести: женщин в период после родов; женщин в перименопаузе, спортсменов, прекративших тренировки или по каким-либо причинам сокративших объем физических нагрузок; больных, перенесших травмы и вынужденных длительное время проводить на постельном или ограниченном двигательном режиме, пациентов, отказавшихся от курения. Накопленный опыт позволяет повысить эффективность лечения ожирения и избыточной массы тела в таких случаях за счет присоединения к немедикаментозной терапии сибутрамина (Меридиа®).

Важно помнить, что, помогая пациенту решать проблему избыточного веса, врач любой специальности проводит первичную профилактику таких тяжелых соматических заболеваний, как сердечно-сосудистые, онкологические и сахарный диабет 2 типа. 

Литература

- Haslam D.W., Obesity //Lancet. 2005; 366: 1197-209.
- Вирт А. Ожирение и метаболический синдром // Обзоры клинической кардиологии. 2006; №5: 2-10.
- Шварц В. Воспаление жировой ткани и атеросклероз // Кардиология. 2009; №12: 80-6.
- Ожирение. Руководство для врачей / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М: Медицинское Информационное Агентство, 2006. 456 с.
- Padwal R., Rucker D., Li S.K., Curioni C., Lau D.C.W. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight. BMJ published online 15 Nov 2007 doi:10.1136/bmj.39385.413113.25
- James W.P., Astrup A., Finer N. et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial // Lancet. 2000; 356: 2119.
- Scholze J. Sibutramine in clinical practice – a PMS-study with positive effects on blood pressure and metabolic parameters. Dtsch Med Wochenschr. 2002; 127 (12): 606-610.
- Finer N., Bloom S.R., Frost G. et al. Sibutramine is effective for weight loss and diabetic control in obesity with type 2 diabetes: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Diabetes Obesity metab. 2000; 2: 105-112.
- Бутрова С.А. Применение сибутрамина (Меридиа) в терапии больных сахарным диабетом типа 2 // Клиническая фармакология. 2001; 10(2): 70-5.
- Недогода С.В., Барыкина И.Н., Брель У.А. и др. Возможности монотерапии сибутрамином при сочетании артериальной гипертензии и ожирения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009; 8 (4): 23-27.
- Scholze J., Grimm E., Herrmann D. et al. Optimal treatment of obesity related hypertension: the Hypertension Obesity Sibutramine (HOS) study. Circulation 2007; 115(15): 1991-8.



Меридиа

Клинически доказано:

-  **Эффективное снижение и длительное удержание веса¹**
-  **Нормализация липидного обмена и повышение чувствительности к инсулину²**
-  **Улучшение репродуктивного здоровья³**
-  **Высокая безопасность применения, подтвержденная в более чем 100 исследованиях**

**Когда
стройность
означает
здоровье!**

**10 лет клинической практики
19 миллионов пациентов
80 стран мира**

*Есть средство
есть меньше!*

МЕРИДИА® Сибутрамин. Регистрационный номер: П Н 012145/01 от 26.02.2006.

Каждая капсула содержит сибутрамина гидрохлорида моногидрата 10 или 15 мг. Фармакотерапевтическая группа: средство для лечения ожирения. Сибутрамин проявляет свое действие in vivo за счет своих метаболитов, являющихся вторичными и периферическими аминами. Ингибирует обратный захват моноаминов (прежде всего серотонина и норадреналина) и снижает потребность в пище (увеличивает чувство насыщения) за счет изменения (увеличения синергических взаимодействий) центральных норадренергических и 5-HT функций и увеличивает термогенез, опосредованно активируя бета-3-адренорецепторы, также воздействует на бурю жировую ткань. **Показания к применению:** алиментарное ожирение с индексом массы тела (ИМТ) 30 кг/м² и более; алиментарное ожирение с ИМТ 27 кг/м² и более в сочетании с сахарным диабетом типа 2 или дислипидемией. **Способ применения и дозы:** в качестве начальной дозы ежедневно следует принимать 1 капсулу Меридиа 10 мг. При снижении веса тела менее чем на 2 кг за 4 недели, суточная доза может быть увеличена до 15 мг. Капсулы следует принимать утром, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости (стакан воды). Препарат можно принимать как натощак, так и сочетать с приемом пищи. Длительность лечения Меридиа не должна превышать 2 года, поскольку в отношении более продолжительного периода приема препарата данные об эффективности и безопасности отсутствуют. **Противопоказания:** установленная повышенная чувствительность к сибутрамину или к другим компонентам препарата; наличие органических причин ожирения; нервная анорексия или нервная булимия; психические заболевания; синдром Жиль де ля Туретта; одновременный прием или период менее чем через 2 недели после отмены приема ингибиторов МАО, а также при применении других препаратов, действующих на центральную нервную систему; при психических расстройствах (например, антидепрессанты, нейролептики), при нарушениях сна (триптофан), при применении других препаратов для снижения массы тела; установленные ишемическая болезнь сердца, декомпенсированная сердечная недостаточность, врожденные пороки сердца, окклюзивные заболевания периферических артерий, тахикардия, аритмия, цереброваскулярные заболевания (инсульт, транзиторные нарушения мозгового кровообращения); наличие inadequately контролируемой артериальной гипертензии (АД-145/90 мм.рт.ст.), тиреотоксикоз; тяжелые нарушения функции печени или почек; доброкачественная гиперплазия простаты, феохромоцитома; глаукома; установленная фармакологическая, наркотическая и алкогольная зависимость; беременность и период кормления грудью. Не следует применять данный препарат пациентам в возрасте до 18 лет и старше 65 лет в связи с отсутствием достаточного клинического опыта. С осторожностью следует назначать препарат при следующих состояниях: депрессия в анамнезе, хроническая недостаточность кровообращения, заболевания коронарных артерий (в т.ч. в анамнезе), холелитиаз, артериальная гипертензия (контролируемая и в анамнезе), неврологические нарушения, включая задержку умственного развития и судороги (в т.ч. в анамнезе), нарушение функции печени и/или почек легкой и средней степени тяжести, моторные и вербальные тики в анамнезе. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** одновременное применение ингибиторов СYP3A4 - фермента (кетоназол, эритромицин, тропандомицин, циклоспорин) и сибутрамина приводит к повышению в плазме концентрации метаболитов сибутрамина. Рифампицин, макролиды, фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал и дексаметазон могут ускорять метаболизм сибутрамина. Меридиа не следует применять с препаратами, повышающими уровень серотонина в плазме. Так называемый серотониновый синдром может развиваться в редких случаях при одновременном применении препаратов для лечения депрессии (блокаторы обратного захвата серотонина), определенных препаратов для лечения мигрени (суматриптан, дигидроэрготамин), сильнодействующих анальгетиков (пентазолин, петидин, фентанил) или противорвотных препаратов (дометрипторфан). **Побочное действие:** чаще всего побочные эффекты возникают в начале лечения (в первые 4 недели). Их выраженность и частота с течением времени ослабевают. Ожесточенность во рту и бессонница, иногда головная боль, головокружение, беспокойство, парестезии, изменение вкуса, тахикардия, сердцебиение, повышение АД, вазодилатация, потеря аппетита и запор, иногда тошнота и обострение геморроя, потливость. В единичных случаях: дисменорея, отеки, гипотолеродный синдром, зуд кожи, боль в спине, боль в животе, пароксизмальное повышение аппетита, жажда, ринит, депрессия, сонливость, эмоциональная лабильность, тревожность, раздражительность, нервозность, острый интерстициальный нефрит, кровотечения, пурпура Шенлейн-Генوخа, судороги, тромбоцитопения, транзиторное повышение активности «печеночных» ферментов в крови, острый психоз. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Для получения полной информации о назначении обращайтесь, пожалуйста, в Московское представительство компании 360007.

Информация для медицинских сотрудников (не для пациентов).

1. Hansen DL, Tourao S, et al. The effect of Sibutramine on Energy Expenditure and Appetite During Chronic Treatment without Dietary Restriction. Int. J. Obes. 1999;23:1016-1029.

2. WPT James for the STORM Study Group, Lancet 2000; 356: 2119-25

3. Сметник В.П., Чернуха Г.Е. "Применение сибутрамина (Меридиа) у больных с ожирением и нарушением функции яичников". Проблемы репродукции, 2002. №1

ООО «Эбботт Лэбораториз»
115114, Россия, г. Москва, Дербеневская наб., 11А.
тел.: (495) 258-42-70, www.abbott.com

 **Abbott**
A Promise for Life