

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

**МАЙ
2013**

*эндокринология
спецвыпуск*

34 719 ПАЦИЕНТОВ
ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ
1 520 ВРАЧЕЙ

«Весна»: результаты и выводы

Отчет национального координатора

*Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии
и диабетологии ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ А.С. АМЕТОВ*

«Весна» в разных регионах РФ

Барнаул • Краснодар • Новосибирск • Пермь •
Ростов-на-Дону • Тверь • Челябинск

Мнение независимого эксперта

*Профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики
внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,
главный специалист клинический фармаколог Департамента
здравоохранения г. Москвы М.В. ЖУРАВЛЕВА*

**Всероссийская наблюдательная неинтервенционная программа мониторинга
безопасности применения препарата РЕДУКСИН® (сIBUTРАМИН + МКЦ) – «ВЕСНА»**

«ВЕСНА» — РЕВОЛЮЦИЯ В БОРЬБЕ С ОЖИРЕНИЕМ

МЫ УЖЕ ЗАБРАЛИ 400 ТОНН ЛИШНЕГО ВЕСА



**6 месяцев -
и ничего лишнего!**

Предисловие



Ашот Мусаелович МКРТУМЯН,
докт. мед. наук, профессор, заведующий
кафедрой эндокринологии и диабетологии
Московского государственного
медико-стоматологического университета
им. А.И. Евдокимова

Всероссийская наблюдательная неинтервенционная программа мониторинга безопасности применения препарата Редуксин® (сIBUTРАМИН + МКЦ) «Весна», проведенная при поддержке компании «Промо-Мед» в 2011–2012 гг., на настоящий момент является самым крупномасштабным в мире наблюдательным исследованием у пациентов с ожирением и избыточным весом.

Все крупные исследования эффективности и безопасности сIBUTРАМИНА до недавнего времени проводились за рубежом, причем общее количество включенных пациентов не превышало 27 000 человек (13 440 пациентов в когортных ретроспективных исследованиях в Германии и Великобритании, период наблюдения – с 1999 по 2008 г., и около 13 000 пациентов в международном исследовании SCOUT, период наблюдения – с 2003 по 2008 г.).

«Весна» проводилась на всей территории Российской Федерации, общее количество пациентов, включенных в программу, составило 34 719, в программе приняли участие 1520 врачей различных специальностей: эндокринологи, терапевты, гастроэнтерологи, гинекологи, неврологи и кардиологи.

Неинтервенционность означает невмешательство в процесс терапии, поэтому «Весна» предполагала сбор подробной документации, описывающей лечение пациента с ожирением в повседневной клинической практике.

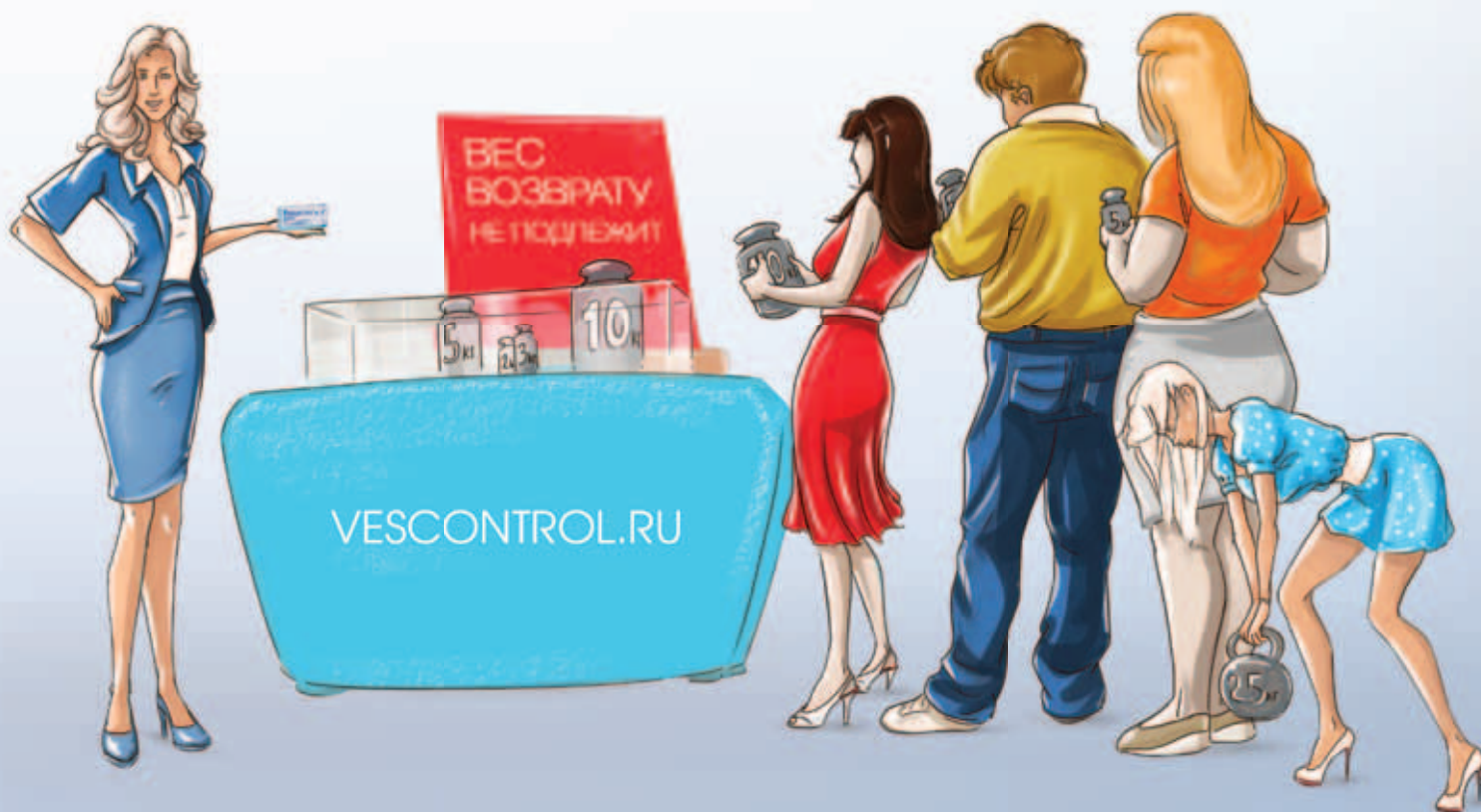
Препарат Редуксин® назначался только в соответствии с инструкцией. В наблюдательную программу были включены мужчины и женщины от 18 до 60 лет.

В рамках программы проводился мониторинг (контроль) безопасности шестимесячного применения Редуксина, а также оценивалось влияние шестимесячной терапии Редуксином на состояние здоровья и качество жизни пациентов.

Программа стала первым серьезным шагом к управлению и профилактике рисков применения лекарственных препаратов для лечения ожирения и избыточной массы тела. Компания «Промо-Мед» является инициатором и лидером в области наблюдательных исследований и контроля рисков применения сIBUTРАМИН-содержащих препаратов в России, поскольку в соответствии с мировыми стандартами обучение и постоянный контакт со специалистами здравоохранения, активный мониторинг безопасности, пострегистрационные исследования являются неотъемлемыми требованиями успешного присутствия на рынке рецептурных лекарственных средств.

*Профессор А.М. МКРТУМЯН,
научный редактор журнала
«Эффективная фармакотерапия. Эндокринология»*

ВЕСНА — самое крупномасштабное наблюдательное исследование пациентов с ожирением в мире



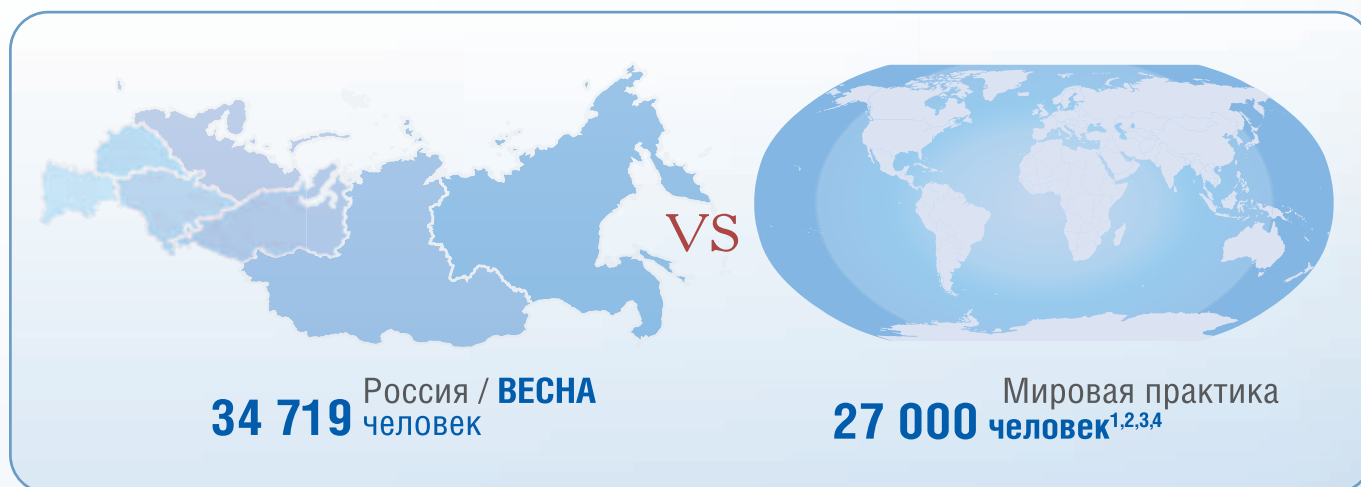
Этап 1: **ВЕСНА** ВСЕРОССИЙСКАЯ ПРОГРАММА БЕЗОПАСНОГО СНИЖЕНИЯ ВЕСА

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАБЛЮДАТЕЛЬНАЯ НЕИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ПРОГРАММА
МОНИТОРИНГА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕДУКСИН
(СИБУТРАМИН + МКЦ) ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА И СОХРАНЕНИЯ
ДОСТИГНУТОГО УМЕНЬШЕННОГО ВЕСА ПРИ 6-МЕСЯЧНОМ КУРСЕ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Весна

PROMOMED

ВЕСНА — самая крупномасштабная наблюдательная программа по ожирению в мире



ВЕСНА — междисциплинарная программа, обобщающая опыт 1520 врачей различных специальностей из 592 лечебно-профилактических учреждений по всей территории РФ



Фундаментальный и практический вклад **ВЕСНЫ** в решение проблемы ожирения в РФ

- ✓ Сбор эпидемиологических данных по эффективности и безопасности Редуксина
- ✓ Данные о приверженности практикующих специалистов рекомендациям инструкции по медицинскому применению ЛС
- ✓ Мониторинг безопасности 6-ти месячного применения Редуксина® в клинической практике
- ✓ Оценка достигнутых в ходе 6-ти месячной терапии Редуксином® результатов
- ✓ Оценка состояния здоровья и качества жизни пациентов, как принимавших ранее сибутрамин, так и ранее не проходивших терапию сибутрамином

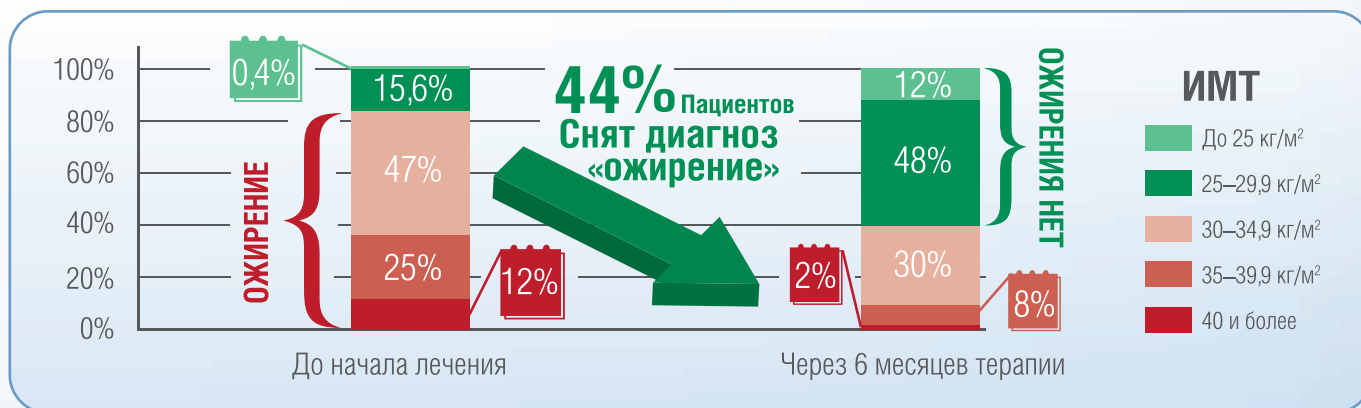
Социальная эффективность Программы **ВЕСНА**

- ✓ Улучшение качества жизни больных
- ✓ Сохранение трудового потенциала
- ✓ Формирование основ здорового образа жизни
- ✓ Социальная и психологическая адаптация в обществе за счет повышения самооценки**
- ✓ Снижение фармакоэкономических затрат государства и больного на лечение хронических заболеваний

1) PT James et al. N. Engl. J. Med.; 2010; 363; 905-17. 2) Caterson ID. Diabetes Obes Metab.; 2012; 14(6); 523-30. 3) Harrison-Woolrych M, et. al; Drug Saf.; 2010; 33; 605-13. 4) Tyczynski J.E., Oleske D.M., Klingman D, Ferrufino C.; Drug Saf.; 2012; 35, 8, 629-644. ** По данным анализа опросника SF-36

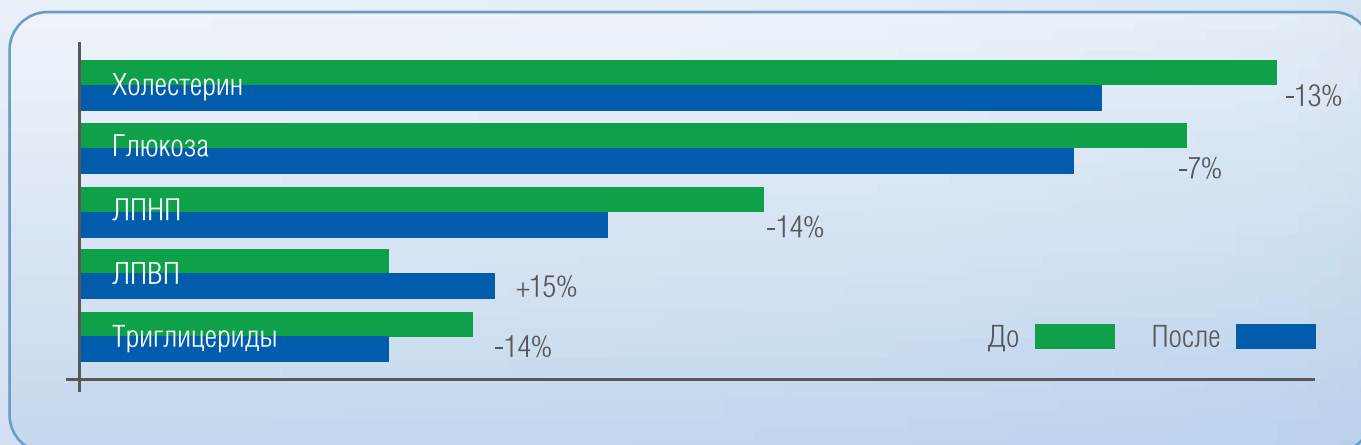
ВЕСНА — позволила снять диагноз «ожирение» у 15 276 больных (44% наблюдаемых пациентов), 2 784 больным (11,6% наблюдаемых пациентов) — достичь своего идеального веса, 16 659 больным (44% наблюдаемых пациентов) – добиться целевого снижения веса на 10–14%

Динамика Индекса Массы Тела

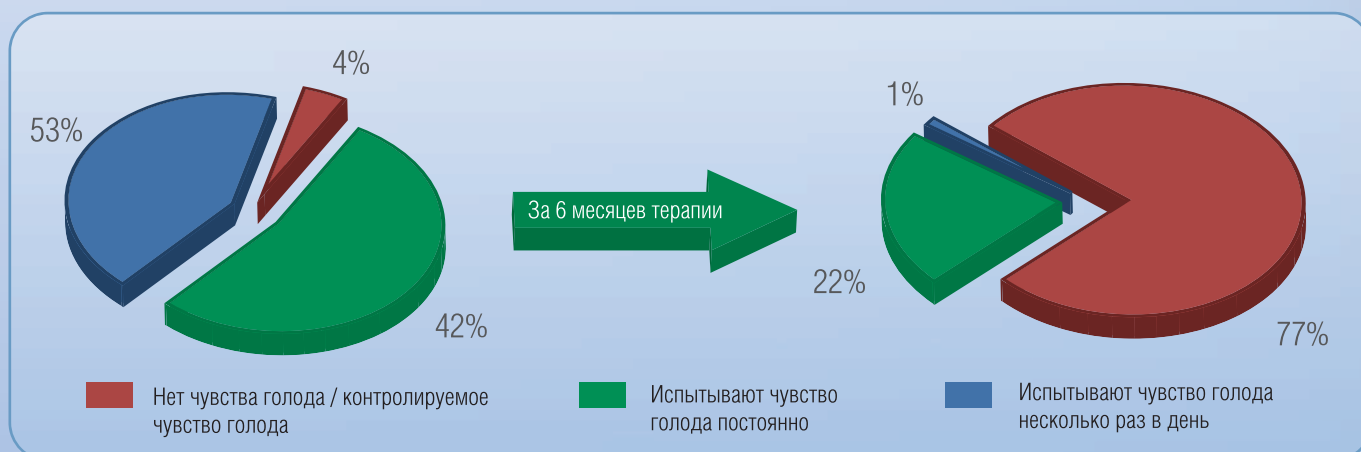


ВЕСНА — доказала, что снижение веса с помощью Редуксина приводит к значительному улучшению показателей жирового и углеводного обмена (7–15%), а следовательно, способствует профилактике осложнений ССЗ и СД 2 типа у больных с ожирением

Улучшение показателей углеводного и липидного обмена N=24 125

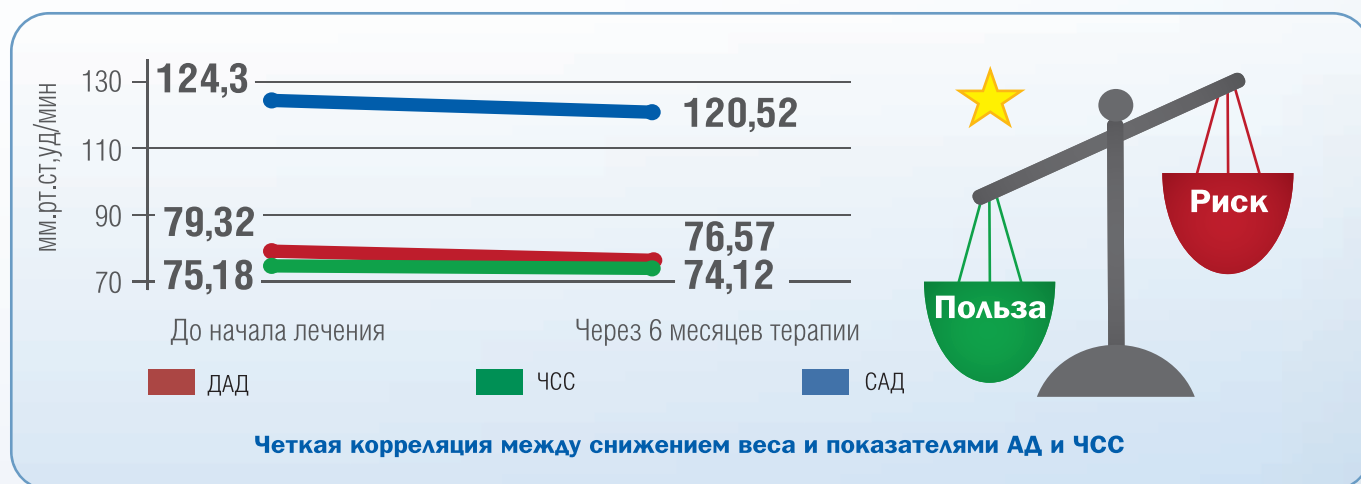


ВЕСНА — научила пациентов контролировать пищевое поведение, что служит гарантией закрепления полученных результатов и обеспечения длительного невозврата веса



ВЕСНА доказала, что систематический контроль состояния пациентов с сердечно-сосудистой патологией позволяет избежать возникновения осложнений и добиться положительной динамики показателей (снижение АД и ЧСС)

N = 29 487, среднее снижение веса 13,2% от исходного



Редуксин обладает самой широкой собственной доказательной базой по безопасности среди всех сибутраминсодержащих препаратов

Нежелательное явление	Сибутрамин*** (N=13 450) ^{1,2}	ВЕСНА Редуксин (N=34 719)
Сухость во рту	17,2%	2,8%
Тахикардия	2,6%	0,2%
Депрессия	4,3%	0,5%
Бессонница	10,7%	0,8%
Повышение АД	2,1%	0,1%
Головная боль	30,3%	1,8%

- Итого пациентов с НЯ — 921 пациент — 2,8%
- Из 34 719 пациентов ни у одного не потребовалась отмена препарата из-за возникновения НЯ
- Серьезных НЯ — не зарегистрировано
- Постоянный врачебный контроль ответа на терапию снижает риски НЯ

*** Данные ретроспективного когортного исследования Германия, Великобритания (N=13 450)^{1,2}

Выводы:

- Программа ВЕСНА позволила снять диагноз «ожирение» у 44% пациентов
- Программа ВЕСНА доказала, что 6-месячный контроль за потреблением пищи при приеме Редуксина позволяет пациентам сформировать правильное пищевое поведение
- Программа ВЕСНА обеспечила положительное влияние на основные параметры липидного обмена и гликемического контроля у пациентов с сахарным диабетом 2 типа
- Программа ВЕСНА неопровержимо доказала, что среди всех сибутраминсодержащих препаратов Редуксин обладает самой высокой безопасностью (Частота возникновения НЯ 2,8%)
- Программа ВЕСНА определила и внедрила в рутинную врачебную практику алгоритмы рациональной фармакотерапии Редуксином, обеспечивающие строгий контроль за сердечно-сосудистыми рисками
- Программа ВЕСНА доказала, что решение проблемы снижения веса под контролем врача позволяет добиться высоких результатов и улучшить качество жизни пациентов
- Программа ВЕСНА стала первым серьезным шагом к управлению и профилактике рисков применения лекарственных препаратов для лечения ожирения и избыточной массы тела

1) Caterson ID. Diabetes Obes Metab.; 2012; 14(6); 523-30. 2) <http://www.drugs.com/sfx/sibutramine-side-effects.html>

Этап 2: ПримаВера

Содержание

Всероссийская наблюдательная программа «Весна»: результаты и выводы

- А.С. АМЕТОВ
Эффективное лечение ожирения – путь борьбы с эпидемией
Diabetes mellipidus 7

Мнение независимого эксперта

- М.В. ЖУРАВЛЕВА
Наблюдательные программы в отечественной клинической практике –
объективный метод надежного обеспечения безопасности терапии ожирения 12

«Весна» в разных регионах Российской Федерации

- И.А. БОНДАРЬ, Т.М. ПИЛЮГИНА
Преимущества наблюдательной программы «Весна» для грамотного
ведения пациентов с проблемой ожирения (г. Новосибирск) 16

- А.А. ШВЕЦ
Наблюдательная программа «Весна» как комплексный метод коррекции
расстройств пищевого поведения при ожирении (г. Краснодар) 18

- Е.Н. СМИРНОВА, Н.В. АНИКИНА
Итоги наблюдательной программы «Весна». Динамика уровня
серотонина при снижении массы тела у женщин с метаболическим
синдромом на фоне приема препарата Редуксин (г. Пермь) 20

- Г.В. ЯНКОВСКАЯ, С.Д. МЕГЕРЯН
Наблюдательная программа «Весна» – комплексный подход
к лечению ожирения (г. Ростов-на-Дону) 22

- Е.В. КАРАЕВА
Итоги Всероссийской наблюдательной программы «Весна» (г. Тверь) 24

- М.А. ЧЕРЕДНИКОВА, Н.Н. РЕВИНА, Н.А. БАБАШКИНА, Н.А. ВАТУТИНА
Опыт применения препарата Редуксин® у больных с алиментарным
ожирением (г. Челябинск) 26

- С.А. БЕЛОЗЕРОВА
Польза наблюдательной программы «Весна» для грамотного
ведения пациентов с проблемой ожирения (г. Барнаул) 28

Приложение

- Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна» 30

Эффективная фармакотерапия. Май 2013.
Эндокринология. Спецвыпуск
«Всероссийская наблюдательная
неинтервенционная программа
мониторинга безопасности применения
препарата Редуксин®
(сибутрамин + МКЦ) – «Весна»

Научный редактор журнала
А.М. МКРТУМЯН (Москва)

Редакционный совет:

М.Б. АНЦИФЕРОВ (Москва)
И.А. БОНДАРЬ (Новосибирск)
Г.Р. ГАЛСТЯН (Москва)
С.В. ДОГАДИН (Красноярск)
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО (Москва)
О.М. ЛЕСНЯК (Екатеринбург)
Е.Л. НАСОНОВ (Москва)
А.А. НЕЛАЕВА (Тюмень)
В.А. ПЕТЕРКОВА (Москва)
Н.А. ПЕТУНИНА (Москва)
О.М. СМИРНОВА (Москва)
В.П. СМЕТНИК (Москва)
В.А. ТЕРЕЩЕНКО (Москва)
М.В. ШЕСТАКОВА (Москва)
Ю.Ш. ХАЛИМОВ (Санкт-Петербург)

© Издательский дом

Группы компаний «Медфорум»
ISSN 2307-3586

127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Генеральный директор
издательского дома
Группы компаний «Медфорум»
А. СЕНИЧКИН
(sinmed1@mail.ru)

Руководитель проекта
Г. МАНУКЯН
(pharmprojekt@yandex.ru)

Редакция журнала:

Шеф-редактор О. ПАРПАРА
Корректор Е. САМОЙЛОВА
Дизайнер Н. НИКАШИН

Отпечатано в типографии
ООО «Издательство Юлис»
Тираж: 17 500 тыс. экз.

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Редакция не несет ответственности за содержание
рекламных материалов. Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов возможно только
с письменного разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.



Эффективное лечение ожирения – путь борьбы с эпидемией *Diabetus mellipidus*

ГБОУ ДПО
«Российская
медицинская
академия
последипломного
образования»
Минздрава России,
заведующий кафедрой
эндокринологии
и диабетологии

Александр Сергеевич АМЕТОВ, докт. мед. наук, профессор

Введение

В мае 2013 г. были подведены итоги самой крупномасштабной в мировой практике Всероссийской наблюдательной неинтервенционной программы мониторинга безопасности применения препарата Редуксин® (сIBUTРАМИН + МКЦ) для снижения массы тела и сохранения достигнутого уменьшения веса при 6-месячном курсе медикаментозной терапии больных с алиментарным ожирением в рутинной клинической практике («Весна»), которая проводилась под эгидой ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России при поддержке компании «Промо-Мед». Чтобы оценить вклад данной программы в развитие эндокринологической науки, рассмотрим актуальность изучаемой проблемы.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения неуклонно растет – в настоящее время с этой проблемой сталкиваются не только в высокоразвитых странах, но и в странах со средним и даже низким уровнем дохода на

душу населения [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2008 г. более 1,7 млрд взрослого населения в возрасте двадцати лет и старше страдали от избыточного веса, из них свыше 500 млн имели ожирение [3]. В 2010 г. более 40 млн детей в возрасте до 5 лет страдали от избыточного веса. К 2025 г., по прогнозам экспертов ВОЗ, количество лиц с ожирением увеличится практически в два раза [3]. Высокие темпы роста и широкая распространенность данного заболевания позволили назвать ожирение новой «неинфекционной эпидемией». В России уже сейчас распространенность избыточной массы тела / ожирения составляет 46,5% среди мужчин и 51,7% среди женщин [4]. Эта цифра неуклонно растет, и сегодня по распространенности ожирения мы приближаемся к лидерам печального рейтинга, в частности к США.

Стремительное распространение ожирения способствует нарастанию заболеваемости сахарным диабетом 2 типа. По данным экспертов Международной диабетической федерации (International Diabetes

Federation, IDF), в 2011 г. сахарным диабетом 2 типа страдали 366 млн человек, 4,6 млн умерли от связанных с ним заболеваний, 465 млрд долларов затрачено на здравоохранение в этой сфере [5]. По различным данным, 80–85% больных сахарным диабетом имеют ожирение [6]. В нескольких исследованиях было показано, что взаимосвязь между ожирением и инсулиннезависимым сахарным диабетом более выражена у людей с абдоминальным и висцеральным ожирением, чем у людей с периферическим ожирением [4].

Нарушения углеводного и жирового обмена изучаются в течение многих десятилетий, однако только в последние годы ученые приблизились к пониманию взаимосвязи между ожирением и сахарным диабетом. Патогенетической основой может являться механизм липотоксичности [4]. Впервые этот термин предложил R. Unger в 2002 г. для описания токсичных эффектов свободных жирных кислот (СЖК) в тканях, участвующих в метаболизме глюкозы [7]. В исследованиях *in vitro* хроническое повышение СЖК (преимущественно пальмитино-



Отчет национального координатора Всероссийской наблюдательной программы «Весна»

вой, линоленовой и стеариновой кислот) приводило к ингибированию глюкозостимулированной секреции инсулина, потере чувствительности бета-клеток и последующему их апоптозу, а также развитию инсулинорезистентности в печени и мышцах.

В настоящее время предполагается, что избыточное накопление СЖК в нежировых тканях является основной причиной развития метаболического синдрома. В условиях повышенного поступления в организм пищи, насыщенной жирами и углеводами, стимулируется секреция инсулина, который, в свою очередь, активирует липогенез и отложение СЖК в жировой ткани. Однако у способности накапливать липиды существует генетически детерминированный предел, и когда объем жировой ткани достигает максимума, избыток СЖК начинает поступать в печень и мышцы, запуская различные патогенетические механизмы. Инсулинорезистентность, обычно рассматриваемая в качестве этиологического фактора нарушений углеводного обмена, может являться вторичным компенсаторным изменением в органах и тканях, необходимым для ограничения поступления энергетического субстрата в клетку, насыщенную СЖК. В данной модели развития событий липотоксичность выступает центральным механизмом, запускающим нарушение углеводного и жирового обмена.

Под воздействием СЖК в жировой ткани образуются более крупные адипоциты, резистентные к действию инсулина, инициируется процесс местного воспаления, увеличивается секреция провоспалительных цитокинов, что способствует развитию нечувствительных жировых клеток. У лиц с ожирением адипоциты секреторируют относительно большое количество фактора некроза опухоли альфа. Показано, что фактор некроза опухоли альфа нарушает передачу сигнала инсулина в мышечной и жировой ткани и тем самым

может способствовать развитию инсулинорезистентности.

При изучении влияния СЖК на бета-клетку поджелудочной железы было выявлено несколько патологических механизмов. Так, воздействие высокого уровня СЖК на культуру бета-клеток и изолированные островки приводит к потере первой фазы глюкозостимулированной секреции инсулина, ингибированию экспрессии гена инсулина, ускорению апоптоза в бета-клетках, повышению синтеза церамидов и активации окислительного стресса. Таким образом, влияние СЖК на поджелудочную железу, вероятно, является одним из основных факторов нарастающего снижения массы бета-клеток и прогрессии сахарного диабета 2 типа.

Свободные жирные кислоты блокируют ингибирующий эффект инсулина на глюконеогенез в печени, что сопровождается увеличением продукции глюкозы и развитием гипергликемии. Кроме того, повышение уровня СЖК замедляет метаболизм инсулина в печени, что способствует развитию гиперинсулинемии. Повышение в плазме СЖК вызывает инсулинорезистентность в печени путем ингибирования трансдукции сигнала инсулина. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа увеличение концентрации в плазме СЖК сопровождается повышением плазменного уровня глюкагона и чувствительности печени к активации гликогенолиза. Дополнительным негативным эффектом СЖК в печени является активация апоптоза гепатоцитов, что способствует развитию стеатогепатоза. Гибель гепатоцитов и насыщение печени липидами лежат в основе развития инсулинорезистентности, а нарушение механизма глюконеогенеза и гликогенолиза способствует развитию гипергликемии.

Предположительно, кроме воздействия на печень СЖК ингибируют сигналы инсулина в мышечной ткани. Повышенные

концентрации СЖК могут вызывать резистентность к инсулину в мышцах с помощью нескольких механизмов, связанных с изменениями в различных внутриклеточных сигнальных молекулах, которые оказывают ингибирующее действие на систему сигнализации инсулина, транспорт глюкозы, фосфорилирование глюкозы и гликогенсинтазы.

Свободные жирные кислоты оказывают токсичное влияние на основные органы и ткани, вовлеченные в нарушение углеводного обмена, вызывая развитие и прогрессирование инсулинорезистентности и дисфункции бета-клеток. У большинства пациентов с ожирением механизм липотоксичности включается уже с ранних этапов развития заболевания и играет важную роль в патогенезе нарушения углеводного обмена.

Подчеркивая ключевую роль висцерального ожирения и липотоксичности в развитии сахарного диабета 2 типа, представляется целесообразным использовать термин *Diabetes mellipidus*. Для предотвращения распространения этой неинфекционной эпидемии требуются разработка и внедрение общенациональных программ по снижению и контролю массы тела. Этим целям как нельзя более полно отвечает формат Всероссийской наблюдательной программы «Весна».

Многоцентровая фармакоэпидемиологическая программа «Весна» проходила в условиях повседневной отечественной медицинской практики лечения ожирения, то есть применялись только рутинные методы обследования пациентов. Препарат Редуксин® назначался только в соответствии с инструкцией.

Материалы и методы

В программе приняли участие 1520 врачей различных специальностей: эндокринологи, терапевты, гастроэнтерологи, гинекологи, неврологи и кардиологи из 52 го-

эндокринология



Отчет национального координатора Всероссийской наблюдательной программы «Весна»

родов России – от южных регионов до Сибири.

В программе «Весна» были поставлены следующие цели: мониторинг безопасности шестимесячного применения препарата Редуксин® в рутинной клинической практике, а также оценка влияния шестимесячной терапии Редуксином на состояние здоровья и качество жизни пациентов, получавших препарат в ходе первичных и повторных курсов медикаментозной терапии алиментарного ожирения.

В наблюдательную программу были включены мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет с диагнозом «алиментарное ожирение», как принимавшие, так и не принимавшие ранее сибутрамин. Некоторые из них ранее получали другие виды терапии по поводу ожирения или принимали процедуры, направленные на снижение веса. Требовалось получение письменного информированного согласия пациента на предоставление персональных данных.

В программу не включались пациенты, имевшие противопоказания и ограничения к применению Редуксина согласно инструкции по медицинскому применению препарата; пациенты, принимавшие участие в других клинических исследованиях лекарственных препаратов за 30 дней до включения в программу «Весна»; пациенты, не способные выполнять рутинные визиты к врачу в течение 6 месяцев; пациенты, принимавшие препараты, содержащие сибутрамин, более 6 месяцев перед включением в программу; пациенты с плохой переносимостью сибутрамина в суточной дозе 10 мг или принимавшие более 15 мг сибутрамина в сутки в анамнезе.

Эффективность препарата Редуксин® оценивалась по динамике индекса массы тела (ИМТ), антропометрических показателей (масса тела; окружность талии) и пищевого поведения.

Препарат применялся согласно инструкции по медицинскому применению в суточной дозе 10–15 мг.

Для контроля безопасности препарата Редуксин® и влияния на сердечно-сосудистую систему регулярно измерялись артериальное давление и частота сердечных сокращений. Проводилась оценка лабораторных показателей в динамике (липидограмма плазмы крови; уровень глюкозы в плазме крови; общий билирубин, общий белок, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ)), регистрировались частота возникновения и тип нежелательных явлений, а также проводилась оценка качества жизни и субъективного самочувствия пациентов. В программу «Весна» планировалось включение более 10 000 пациентов, набор пациентов проводился в течение года. Планируемая длительность лечения Редуксином – 6 месяцев у каждого пациента.

При статистической обработке полученных данных использовались следующие методы: для показателей эффективности и безопасности статистическая значимость изменений тестировалась с помощью непараметрического подхода – критерия знаковых рангов Уилкоксона. Для оценки относительных изменений лабораторных показателей применялся параметрический подход – одновыборочный критерий Стьюдента. Вероятность ошибки первого рода (двусторонний уровень значимости) устанавливался на уровне 5% для всех сравнений. Все данные представлены как среднее арифметическое ± стандартное отклонение.

Результаты и их обсуждение

Итоговое количество и исходные характеристики пациентов. За год в программу «Весна» было включено 34 719 пациентов из 52 городов России. Наибольшее количество пациентов – 43% –

проживают в Москве и Московской области.

Статистической обработке подлежало 32 828 анкет пациентов. Исследуемая популяция включала 56,9% (18 679) женщин и 43,1% (14 149) мужчин. Средний возраст пациентов составил 40,17 ± 11,4 года.

Исходные характеристики популяции наблюдения: ИМТ 34,60 ± 4,76 кг/м² (25,00–64,81 кг/м²), масса тела 95,79 ± 14,88 кг (60,00–210,00 кг), окружность талии 103,83 ± 14,43 см (60,00–190,00 см). 28,6% пациентов, принимавших участие в программе, имели сопутствующие заболевания: контролируруемую артериальную гипертензию – 8,6%, другие сердечно-сосудистые заболевания – 1,1%, сахарный диабет – 11,4%, у 6,1% пациентов были выявлены сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта. У 71,4% пациентов не было зарегистрировано сопутствующих заболеваний. Приверженность наблюдению и лечению по программе «Весна» составила 90,7% из числа всех пациентов. Общая длительность приема препарата Редуксин® для одного пациента составляла около 6 месяцев.

Динамика ИМТ, окружности талии, массы тела, пищевого поведения
До начала лечения преобладала группа с ИМТ 30–34,9 кг/м² (47,0%), после шести месяцев терапии препаратом Редуксин® наиболее многочисленной стала группа с ИМТ 25–29,9 кг/м² (48%). Таким образом, «Весна» позволила снять диагноз «ожирение» у 15 276 больных (44% наблюдаемых пациентов), 2 784 больным (11,6% наблюдаемых пациентов) позволила достичь своего идеального веса, 16 659 больным (44% наблюдаемых пациентов) – добиться целевого снижения веса на 10–14% (рис. 1). После шестимесячной терапии уменьшение окружности талии составило 10,4%, уменьшение массы тела – 14,3%, что в абсолютных цифрах составило 10,87 см и 13,7 кг соответственно. Эти данные можно

эндокринология



Отчет национального координатора Всероссийской наблюдательной программы «Весна»

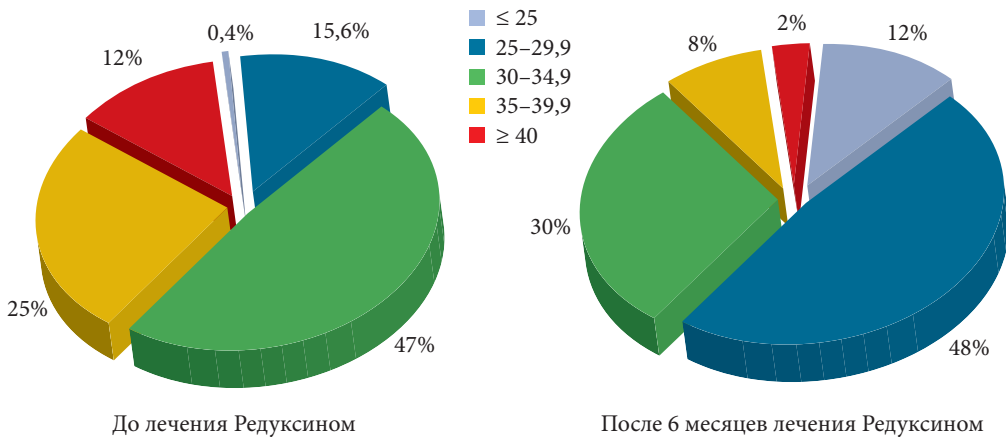


Рис. 1. Распределение пациентов по параметру индекса массы тела (кг/м²) до лечения и после 6 месяцев терапии Редуксином

Таблица. Группы пациентов по пищевому поведению до и после участия в программе «Весна»

Группы по пищевому поведению	До начала участия в наблюдательной программе	После шестимесячной терапии препаратом Редуксин®
Нет чувства голода (параметр расценивать как «испытывают контролируемое чувство голода»)	5%	77%
Испытывают чувство голода несколько раз в день	53%	22%
Испытывают чувство голода постоянно	42%	1%

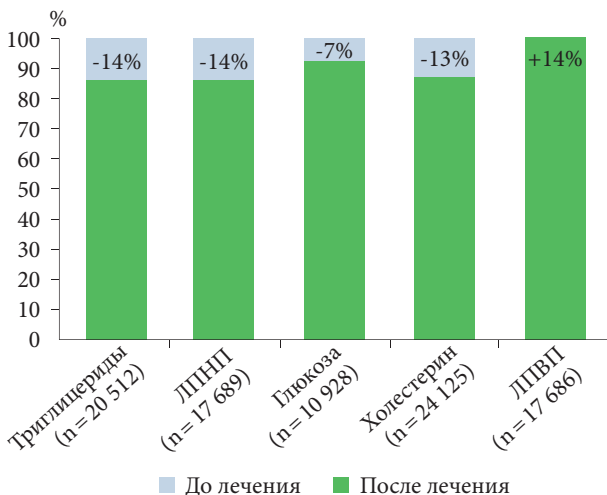


Рис. 2. Изменение показателей липидограммы до и после лечения препаратом Редуксин®

интерпретировать как свидетельство снижения количества висцерального жира, а следовательно, выраженности инсулинорезистентности и гиперинсулинемии.

нуждалась в последующей коррекции, составило 6643 (22,3%) человека.

Оценка влияния на лабораторные показатели
Имелось благоприятное изменение показателей липидограммы, увеличение антиатерогенных липопротеидов (липопротеидов высокой плотности, ЛПВП) на 14%, снижение триглицеридов на 14% и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и общего холестерина на 13% (рис. 2).

Безопасность Редуксина

При оценке динамики показателей сердечно-сосудистой деятельности (артериальное давление и частота сердечных сокращений) было зарегистрировано снижение систолического артериального давления (САД) в среднем на 3,78 мм рт. ст., снижение диастолического артериального давления (ДАД) в среднем на 2,75 мм рт. ст., снижение частоты сердечных сокращений составило в среднем 3 удара в минуту.

Общее количество пациентов, имевших нежелательные явления, составило 921 человек (2,8%). Серьезных нежелательных явлений выявлено не было. 29% нежелательных явлений составили прочие единичные нежелательные явления, расцененные врачом как не связанные с приемом препарата Редуксин®. Среди более частых нежелательных явлений были жалобы на сухость во рту – у 10% пациентов, запоры – у 9%, головная боль – у 9%, нарушения сна – у 8% (рис. 3). Как правило, эти явления были выражены в слабой степени и уменьшались по мере продолжения приема препарата. У подавляющего большинства больных не потребовалось отмены препарата из-за нежелательных явлений.

Досрочно завершили участие в программе 281 пациент по различным причинам: из-за нежелательных явлений – 0,83%, недостаточной эффективности – 0,21%,

Все наблюдающиеся у врача в течение программы пациенты были условно разделены на группы по пищевому поведению. В ходе исследования зарегистрировано значительное изменение численности каждой группы (таблица).

Динамика изменения дозы препарата Редуксин®

Во время проведения наблюдательной программы для 89,7% наблюдавшихся пациентов начальной дозой стала доза 10 мг. Количество пациентов, нуждавшихся в повышении дозы с 10 до 15 мг, составило 71,4% (21 269). Начальная доза 15 мг была использована для применения у 2533 (7,7%) пациентов. Количество пациентов, у которых доза была понижена с 15 до 10 мг, составило 3% (920). Количество пациентов, у которых подобранная изначально доза не



Отчет национального координатора Всероссийской наблюдательной программы «Весна»

отказа от лечения по другим причинам, например из-за высокой стоимости препарата, – 0,02%, планируемой беременности – 0,08%.

Выводы

Программа «Весна» позволила 48% пациентов избавиться от диагноза «ожирение».

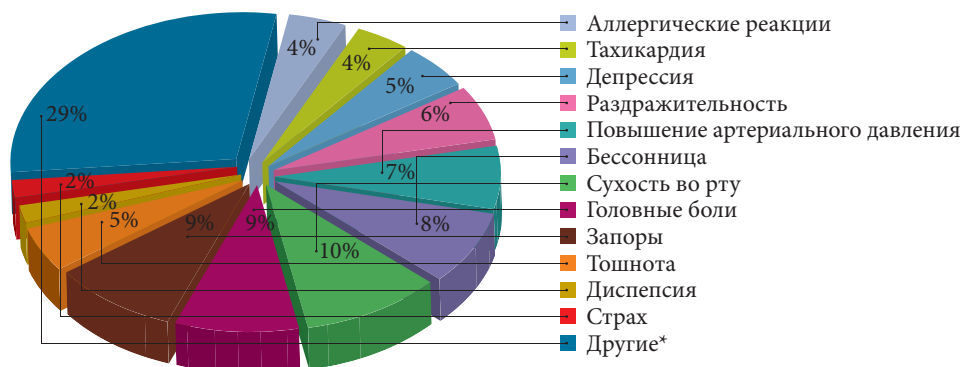
Программа «Весна» продемонстрировала положительное влияние шестимесячной терапии препаратом Редуксин® на основные параметры липидного обмена и гликемического контроля.

Шестимесячный контроль потребления пищи при приеме Редуксина позволил пациентам выработать правильные привычки питания и снизить калорийность суточного рациона.

Программа «Весна» подтвердила благоприятный профиль безопасности Редуксина – частота возникновения нежелательных явлений составила 2,8%.

Заключение

Наблюдательная программа «Весна» во многом содействовала внедрению практики рациональной терапии лекарственными препаратами, содержащими сибутрамин, в России. Контроль обоснованности назначения препарата врачами, необходимость систематической оценки состояния пациента в процессе лечения способствовали профилактике целого ряда осложнений фармакотерапии ожирения (злоупотребление препаратом, необоснованное назначение



* Единичные неповторяющиеся нежелательные явления.

Рис. 3. Виды нежелательных явлений у пациентов после применения препарата Редуксин®

и др.). Программа стала первым серьезным шагом по управлению и профилактике рисков применения лекарственных препаратов для лечения ожирения и избыточной массы тела. Обучение и постоянный контакт со специалистами здравоохранения, активный мониторинг безопасности, пострегистрационные исследования являются неотъемлемыми требованиями вывода на рынок новых лекарственных средств в США и Европе.

В текущем году компания «ПромоМед» продолжила практику наблюдательных программ и совместно с ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России начала широкомасштабную Всероссийскую наблюдательную неинтервенционную программу мониторинга безопасности применения препарата Редуксин® (сибутрамин + МКЦ) для снижения веса при терапии больных с алиментарным ожирением в клинической практике («ПримаВера»). Цель програм-

мы – мониторинг эффективности и безопасности терапии препаратом Редуксин®, а также содействие внедрению рациональных подходов к терапии ожирения. Таким образом, создается прекрасная практика преемственности, или эстафетности, в проведении программ по профилактике и управлению рисками терапии препаратами сибутрамина. Важным компонентом программы «ПримаВера» является образовательный модуль, нацеленный на формирование навыков обоснованного назначения лекарственных препаратов для лечения ожирения, а также эффективного контроля состояния пациентов, получающих данную терапию. Проведение подобных программ с последующим распространением практики лечения ожирения позволит не только улучшить качество жизни больных с избыточным весом, но и предотвратит надвигающуюся на Российскую Федерацию эпидемию Diabetes mellitus. ❁

Список литературы

1. Eckel R.H., York D.A., Rössner S. et al. Prevention Conference VII: Obesity, a worldwide epidemic related to heart disease and stroke: executive summary // *Circulation*. 2004. Vol. 110. № 18. P. 2968–2675.
2. Vanack H.R., Kaufman J.S. The “obesity paradox” explained // *Epidemiology*. 2013. Vol. 24. № 3. P. 461–462.
3. Obesity and overweight. Fact sheet № 311, 2013 // www.who.int
4. Аметов А.С. Избранные лекции по эндокринологии. М.: МИА, 2012. С. 14–39.
5. Hammond R.A., Levine R. The economic impact of obesity in the United States // *Diabetes Metab. Syndr. Obes.* 2010. Vol. 3. P. 285–295.
6. Аметов А.С. Факторы риска сахарного диабета. Роль ожирения // *Русский медицинский журнал*. 2003. Т. 11. № 27. С. 1477–1480.
7. Unger R.H. Lipotoxic diseases // *Ann. Rev. Med.* 2002. Vol. 53. P. 319–336.



ГОУ ВПО
«Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова»,
кафедра клинической
фармакологии
и пропедевтики
внутренних болезней

Наблюдательные программы в отечественной клинической практике – объективный метод надежного обеспечения безопасности терапии ожирения

Марина Владимировна ЖУРАВЛЕВА, докт. мед. наук, профессор,
главный специалист клинический фармаколог Департамента
здравоохранения г. Москвы

В последние десятилетия в основе регулирования обращения лекарственных средств лежит контроль соотношения пользы и риска при приеме лекарственного препарата. Директива ЕС 2001/83, законодательство США и российский Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» допускают использование лекарственного средства только в случае, если доказанная польза его применения превышает риск причинения вреда [1, 2]. Несмотря на кажущуюся простоту и очевидность этого принципа, потребовалось почти столетие, чтобы эта концепция баланса пользы и риска заняла центральное место в регулировании обращения лекарственных средств [3]. Так, в США требования к подтверждению безопасности новых лекарств были законодательно

установлены лишь в середине 1930-х гг. [4]. И только после Второй мировой войны, с развитием страхования, появлением теории рандомизированных клинических исследований регуляторные агентства мира стали уделять внимание доказательству эффективности и безопасности новых препаратов.

Первые стандартизированные методы оценки безопасности зарегистрированных лекарственных средств (анализ сообщений о побочных реакциях) появились только в начале 1960-х, как реакция на «талидомидовую» трагедию [3]. Однако проведение пост-регистрационных исследований с целью изучения «практической» эффективности и безопасности долгое время оставалось необязательным. Как следствие, еще 30 лет назад вывод о соотношении пользы и риска применения препарата в медицин-

ской практике делался по итогам анализа предрегистрационных испытаний, спонтанных сообщений о нежелательных реакциях в процессе применения препарата после его регистрации и, в редких случаях, по материалам ограниченных ретроспективных исследований.

Между тем известно, что популяция участников предрегистрационных исследований может значительно отличаться от «целевой аудитории» препарата в реальной клинической практике [5]. Предрегистрационные клинические исследования, как правило, не включают пожилых пациентов, больных с сопутствующими хроническими заболеваниями или получающих многокомпонентную фармакотерапию [6]. Показатели соблюдения режима лечения в условиях исследования и в повседневной жизни могут су-



щественно различаться [7]. Кроме того, продолжительность исследований может быть значительно меньше срока применения препарата на практике [8]. Безопасность препарата на рынке сложно оценивать, основываясь только на данных спонтанных сообщений. Метод не позволяет выявлять осложнения фармакотерапии, развивающиеся при многолетнем использовании лекарственного средства [9]. Спонтанные сообщения не дают представления о частоте развития побочных действий. Сверх того, повсеместно врачи сообщают производителю или регулярно агентству только от 1% до 10% выявленных реакций [10, 11]. Осознание этих ограничений участниками фармацевтического рынка привело к пересмотру подходов к контролю безопасности и эффективности зарегистрированных препаратов. Современные системы регулирования лекарственных средств экономически развитых стран стремятся обеспечить непрерывную оценку эффективности и безопасности лекарственных препаратов после их регистрации, разрабатывая различные программы управления рисками [12]. Так, в ЕС и США программы управления рисками обеспечивают ускоренную регистрацию препаратов для терапии ранее неизлечимых заболеваний [12, 13, 14], вывод на рынок орфанных препаратов [15], а также лекарственных средств, которые, несмотря на высокую эффективность, способны вызывать серьезные осложнения у определенных категорий пациентов [16]. Программы управления рисками сочетают в себе пострегистрационное изучение профиля безопасности и эффективности препарата (путем наблюдательных, ретроспективных исследований, ведения регистров, активного мониторинга), а также меры, направленные на предупреждение лекарственной терапии (инструменты минимизации рисков) [17]. В то же время,

если на основных фармацевтических рынках подходы к выбору методов оценки безопасности препаратов в пострегистрационном периоде гармонизированы [18], способы минимизации риска могут сильно различаться вследствие культурных особенностей и отличий в системах здравоохранения. Тем не менее можно выделить несколько групп методов снижения рисков, принятых в ЕС и США [17]. К ним относятся:

- предоставление пациентам печатных написанных в доступной форме материалов, затрагивающих основные аспекты обеспечения безопасности препарата (руководство по использованию препарата в США и листок для пациента в ЕС);
- выделение из общего текста инструкции или маркировки главных рекомендаций по безопасности препарата;
- образовательные программы для врачей, провизоров и пациентов;
- ведение регистров потребления препарата;
- контроль выполнения пациентами рекомендаций медицинских работников.

Кроме того, программы управления рисками в обязательном порядке включают в себя инструменты оценки эффективности предлагаемых мероприятий. Предпосылки к созданию программ управления рисками препаратов, содержащих сибутрамин, возникли в 2010 г. после публикации предварительных результатов клинического исследования SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcomes – Влияние сибутрамина на сердечно-сосудистую систему), показавших увеличение частоты нефатальных кардиологических осложнений при применении сибутрамина у пациентов с тяжелой сердечно-сосудистой патологией (состояние после инфаркта миокарда, аортокоронарного шунтирования, ангиопластики, атеросклероти-

ческого поражения коронарных артерий) [19]. Вместе с тем исследование не показало увеличения сердечно-сосудистой или общей летальности в группах пациентов, получавших сибутрамин [20], что можно объяснить, в том числе, и «парадоксом ожирения» – отрицательной корреляцией между величиной индекса массы тела и риском сердечно-сосудистой смерти [21]. Исследование позволило установить, что осложнения были опосредованы развитием неконтролируемой гипертензии или неконтролируемой тахикардии [19], являющихся известными причинами сосудистых катастроф у данных пациентов [22]. Вследствие этого необходимо тщательно избегать назначения препаратов у пациентов с тяжелой сосудистой патологией. Необходимо также подчеркнуть, что сердечно-сосудистые заболевания, как критерии включения пациентов в исследование SCOUT, являются противопоказаниями к назначению препаратов данной группы. Опубликованные в последние три года ретроспективные когортные исследования, охватывающие более 20 000 пациентов в Великобритании, Германии, Новой Зеландии, показали, что терапия сибутрамином не увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений у больных, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями [23, 24]. Известно, что пациенты с ожирением и избыточным весом имеют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактика данных осложнений может быть достигнута ранней коррекцией веса [25]. Наряду с этим около 30% пациентов без клинически выраженных форм нарушения пищевого поведения отказываются от соблюдения диеты на фоне эмоционального дискомфорта [26, 27]. Показатели несоблюдения диеты могут быть значительно выше у больных сахарным диабетом [28]. Более того, у больных ожирением с нарушениями пищевого поведения

андрейко



врачебные рекомендации и диета также не имеют высокой эффективности [29].

Именно поэтому в подобных ситуациях возможность медикаментозной коррекции ожирения необходимо рассматривать до развития клинических проявлений сосудистой патологии.

Одним из отечественных пионеров применения программ управления рисками лекарственных средств в России стала компания «Промо-Мед». Основываясь на данных исследования SCOUT, а также материалах ретроспективных исследований, компания разработала комплексную наблюдательную неинтервенционную программу мониторинга безопасности применения препарата Редуксин® (сIBUTРАМИН + МКЦ) для снижения массы тела и сохранения достигнутого уменьшенного веса при шестимесячном курсе терапии больных с алиментарным ожирением («Весна»), позволяющую обеспечить безопасное использование лекарственного препарата Редуксин®, а также впервые получить проспективные данные об эффективности и безопасности препарата в условиях рутинной врачебной практики [30].

Концепция обеспечения безопасности Редуксина в наблюдательной программе «Весна» основывалась на двух принципах:

- предотвращение назначения препарата Редуксин® больным с клиникой сердечно-сосудистых заболеваний путем стандартизированного скрининга

кандидатов при включении в наблюдательную программу;

- раннее выявление пациентов с субклинической сердечно-сосудистой патологией с целью своевременного прекращения использования препарата.

В ходе проведения программы врачам и пациентам предоставлялись информационные материалы, направленные на обеспечение соблюдения требований инструкции препарата [31]. Скрининг пациентов, а также мониторинг их состояния в ходе терапии проводился с использованием рутинных методов обследования и тщательного сбора анамнеза, электрокардиографии, измерения пульса, артериального давления. Наряду с этим программа позволяла оценивать влияние терапии на дислипидемию.

Немаловажно и то, что средний возраст целевой группы пациентов, принимающих препарат Редуксин® в программе «Весна» ($40,17 \pm 11,17$ лет), был на 15 лет ниже минимального возраста пациентов, включенных в исследование SCOUT (55 лет) [19].

Анализ результатов исследований показал высокую приверженность лечащих врачей требованиям инструкции по медицинскому применению препарата Редуксин®, что обеспечило отсутствие серьезных осложнений, связанных с применением препарата, в течение всего периода проведения программы (общее количество пациентов, имевших нежелательные явления, составило 2,8%). Предложенные методы

входного скрининга позволили также значительно снизить показатели прекращения лечения сибутрамином вследствие тахикардии и артериальной гипертензии. Программа «Весна» доказала, что, при соблюдении требований инструкции по медицинскому применению препарата, Редуксин® является безопасным средством коррекции избыточного веса у целевой категории пациентов.

Итоги наблюдательной программы «Весна» свидетельствуют о потенциале современного комплексного подхода к управлению рисками лекарственных средств, объединяющего изучение эффективности препарата и мероприятия по обеспечению рациональной фармакотерапии. На фоне коренного изменения ассортимента мирового фармацевтического рынка (появление орфанных препаратов, продуктов клеточной терапии) [32] значение программ управления рисками будет возрастать. Более того, применение значительной части инновационных препаратов в отсутствие подобных программ станет невозможным.

Таким образом, опыт компании «Промо-Мед» по обеспечению безопасного и эффективного применения препарата Редуксин® может служить методологической основой для оценки управления рисками, свидетельством применения инновационных подходов при проведении фармакотерапии ожирения в условиях реальной клинической практики. ✨

Список литературы

1. CFR – Code of Federal Regulations Title 21 // www.accessdata.fda.gov.
2. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета. 2010. № 5157.
3. Drug Benefits and Risks: International Textbook of Clinical Pharmacology / Ed. by C.J. van Boxtel, B. Santoso, I.R. Edwards. Revised 2nd edition. IOS Press and Uppsala Monitoring Centre, 2008.
4. Worthen D.B. Pharmaceutical Legislation: A Historical Per-

- spective // Int. J. Pharm. Compd. 2006. Vol. 10. № 1. P. 20–28.
5. Penston J. Fiction and Fantasy in Medical Research: The Large Scale Randomised Trial. London: The London Press, 2003.
6. Van Spal H.G.C., Toren A., Kiss A. et al. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high impact general medical journals – a systematic sampling review // JAMA. 2007. Vol. 297. № 11. P. 1233–1240.
7. Resnik D.B., Ness E.E. Participants' responsibilities in clinical research // J. Med. Ethics. 2012. Vol. 38. № 12. P. 746–750.
8. Rawlins M. De Testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions // Lancet. 2008.



- Vol. 372. № 9656. P. 2152–2161.
9. *Herbst A.L., Robboy S.J., Scully R.E. et al.* Clear-cell adenocarcinoma of the vagina and cervix in girls: analysis of 170 registry cases // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1974. Vol. 119. № 5. P. 713–724.
 10. *Hazell L., Shakir S.A.* Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review // *Drug Saf.* 2006. Vol. 29. № 5. P. 385–396.
 11. *Landow L.* Monitoring adverse drug events: the Food and Drug Administration MedWatch reporting system // *Reg. Anesth. Pain Med.* 1998. Vol. 23. № 6. Suppl. 2. P. 190–193.
 12. *Boone H.* Conditional Marketing Authorisations in the European Union 2011 // FDA ODAC meeting. Silver Spring, 2011.
 13. *Katz R.* Issues in clinical trial design from the FDA perspective // *Epilepsia.* 2003. Vol. 44. Suppl. 7. P. 9–15.
 14. *Chi G.Y.* Some issues with composite endpoints in clinical trials // *Fundam. Clin. Pharmacol.* 2005. Vol. 19. № 6. P. 609–619.
 15. *Heemstra H.E., de Vruhe R.L., van Weely S. et al.* Orphan drug development across Europe: bottlenecks and opportunities // *Drug Discov. Today.* 2008. Vol. 13. № 15–16. P. 670–676.
 16. *Bwire R., Freeman J., Houn F.* Managing the teratogenic risk of thalidomide and lenalidomide: an industry perspective // *Expert Opin. Drug Saf.* 2011. Vol. 10. № 1. P. 3–8.
 17. *Lis Y., Roberts M.H., Kamble S. et al.* Comparisons of Food and Drug Administration and European Medicines Agency risk management implementation for recent pharmaceutical approvals: report of the International Society for Pharmacoeconomics and outcomes research risk benefit management working group // *Value Health.* 2012. Vol. 15. № 8. P. 1108–1118.
 18. International conference on harmonization of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human, 2004 // www.ich.org.
 19. *James W.P., Caterson I.D., Coutinho W. et al.* Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects // *N. Engl. J. Med.* 2010. Vol. 363. № 10. P. 905–917.
 20. *Scheen A.J.* Sibutramine on cardiovascular outcome // *Diabetes Care.* 2011. Vol. 34. Suppl. 2. P. 114–119.
 21. *Banack H.R., Kaufman J.S.* The “obesity paradox” explained // *Epidemiology.* 2013. Vol. 24. № 3. P. 461–462.
 22. *Fox K., Ford I., Steg P.G.* Heart rate as a prognostic risk factor in patients with coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a subgroup analysis of a randomised controlled trial // *Lancet.* 2008. Vol. 372. № 9641. P. 817–821.
 23. *Harrison-Woolrych M., Ashton J., Herbison P.* Fatal and non-fatal cardiovascular events in a general population prescribed sibutramine in New Zealand: a prospective cohort study // *Drug. Saf.* 2010. Vol. 33. № 7. P. 605–613.
 24. *Tyczynski J.E., Oleske D.M., Klingman D. et al.* Safety assessment of an anti-obesity drug (sibutramine): a retrospective cohort study // *Drug Saf.* 2012. Vol. 35. № 8. P. 629–644.
 25. *Avenell A., Broom J., Brown T.J. et al.* Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement // *Health Technol. Assess.* 2004. Vol. 8. № 21. P. 1–182.
 26. *Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И.* Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2001. № 12. С. 19–24.
 27. *Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М.* Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2000. № 12. С. 49–52.
 28. *Close E.J., Wiles P.G., Lockton J.A. et al.* Diabetic diets and nutritional recommendations: what happens in real life? // *Diabet. Med.* 1992. Vol. 9. № 2. P. 181–188.
 29. *Pharma 2020: The vision. Which path will you take?* // www.pwc.com.
 30. *Аметов А.С.* Избыточный вес – эпидемия XXI века // *Медицинская газета.* 2012. № 74. С. 13.
 31. «Редуксин»: инструкция по применению, противопоказания и состав // www.rlsnet.ru.
 32. *Reas D.L., Grilo C.M.* Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder // *Obesity (Silver Spring).* 2008. Vol. 16. № 9. P. 2024–2038.

эндокринология



¹ ГБОУ ВПО
«Новосибирский
государственный
медицинский
университет»,
заведующая кафедрой
эндокринологии,
главный эндокринолог
Новосибирской
области

² Новосибирская
городская областная
клиническая больница

Преимущества наблюдательной программы «Весна» для грамотного ведения пациентов с проблемой ожирения (г. Новосибирск)

Ирина Аркадьевна БОНДАРЬ¹, докт. мед. наук, профессор;
Татьяна Михайловна ПИЛЮГИНА², врач-эндокринолог

Нормальная масса тела является одним из показателей состояния здоровья. Лишние килограммы повышают риск развития сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, рака и других болезней. При ожирении отмечается повышенный риск смерти [1]. Согласно статистике, сегодня ожирением страдает каждый пятый житель Земли. Первые итоги дополнительной диспансеризации по Новосибирской области показали, что каждый пятый из обследованных пациентов страдает эндокринными нарушениями, причем большинство из них имеют диагноз «ожирение». Увеличение заболеваемости ожирением представляется специалистам настолько острой проблемой, что о ней стали говорить как об эпидемии. По данным эпидемиологических исследований НИИ терапии Сибирского отделения РАМН, в Но-

восибирске ожирением страдают 30% женщин и около 14% мужчин в возрасте от 25 до 69 лет.

По мнению специалистов, наиболее опасно в социально-психологическом аспекте, когда люди воспринимают ожирение как эстетический недостаток и считают, что могут умело его скрыть под одеждой. Тем не менее именно жалобы на внешний вид – основной повод пациента обратиться к врачу. Здесь, как говорят эндокринологи, возникает конфликт интересов: врач заинтересован в сохранении здоровья пациента и медленном похудении, пациент – в быстрой ликвидации лишних килограммов. Людям с ожирением практически никогда не удается сидеть на диете с помощью силы воли – с этим связано распространение методов искусственного снижения количества съеданной пищи. Но такие методы являются вспомогательными и решают проблему только временно.

По определению ВОЗ, избыточный вес и ожирение – это аномальные и излишние жировые отложения, которые могут нанести ущерб здоровью. Для измерения ожирения используется индекс массы тела (ИМТ) – вес человека (в килограммах), разделенный на его рост (в метрах) в квадрате. ИМТ, равный или превышающий 25–29,9 кг/м², – это избыточная масса тела, а ИМТ, равный или превышающий 30 кг/м², – это ожирение. Как показали исследования, при снижении веса на 5–8 кг риск развития сердечно-сосудистых заболеваний уменьшается на 9%, вероятность развития сахарного диабета 2 типа – на 44%, общая смертность – на 20%, смертность от онкологических заболеваний, ассоциированных с ожирением, – на 40% [2].

Ожирение – это заболевание, которое требует комплексного подхода и заинтересованнос-



ти самого пациента в достижении положительного результата. Именно поэтому наряду с диетой, физическими нагрузками, изменением образа жизни одним из элементов комплексного подхода к лечению ожирения является фармакотерапия. В настоящее время широко используются препараты, содержащие сибутрамин. Они характеризуются центральным действием и способствуют снижению аппетита [3]. При обоснованном и рациональном применении препарата изменяется пищевое поведение и, как следствие, происходит снижение избыточной массы тела без существенных нежелательных явлений [4]. Однако в последнее время обсуждается вопрос о безопасном применении сибутрамина у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В России безопасность препаратов, содержащих сибутрамин, оценивалась в наблюдательной программе «Весна», проводившейся компанией «Промо-Мед» совместно с ведущими эндокринологами России в 2011 г. Целью наблюдательной программы был мониторинг безопасности и эффективности шести месячного курса лечения лекарственным препаратом Редуксин®, а также оценка достигнутых в ходе шестимесячной терапии Редуксином результатов.

Докторами-участниками проводилась оценка состояния здоровья и качества жизни пациентов, как принимавших ранее сибутрамин, так и ранее не проходивших терапию сибутрамином, а также приверженность пациентов рекомендациям.

В программе «Весна» по Новосибирской области приняли участие

50 докторов, из них 30 врачей-эндокринологов, 10 врачей-гинекологов, 10 врачей-кардиологов и 10 врачей-терапевтов. В течение шести месяцев пациенты ежемесячно посещали врача, во время визита для оценки эффективности и безопасности препарата проводилось общеклиническое обследование пациента, которое включало измерение артериального давления, подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение антропометрических данных, оценивалась функция почек и печени, углеводного и жирового обмена по данным биохимического исследования крови. Под наблюдением специалистов находилось 446 пациентов с ожирением и избыточной массой тела. Средний возраст участников составлял $41,4 \pm 10,99$ лет. ИМТ у пациентов, участвующих в программе, составил $33,4 \pm 4,2$ кг/м², окружность талии – $100 \pm 14,7$ см. Средние показатели систолического и диастолического артериального давления равнялись $124 \pm 8,8$ и $80 \pm 5,8$ мм рт. ст. соответственно, ЧСС – 74 ± 4 уд/мин.

По результатам полугодичного наблюдения отмечалось значительное снижение ИМТ – от исходного уровня в среднем на 15%. В целом по группе ИМТ уменьшился с $33,4 \pm 4,2$ до 30 ± 4 кг/м². Объем талии уменьшился на $9 \pm 5,1\%$ (до 88 ± 12 см). Наибольшее снижение массы тела (более 5 кг) было достигнуто в группе больных с ожирением I степени и в группе с избыточной массой тела.

Динамика снижения уровня артериального давления за весь период наблюдения составила в среднем $4 \pm 7\%$, систолического и диастолического артериального давления – $3,1 \pm 9\%$, ЧСС – $6 \pm 8\%$.

Изменения лабораторных показателей не достигли уровня статистической значимости. За период исследования отмечено 5 случаев нежелательных явлений (головная боль, бессонница, повышение артериального давления), связанных с терапией, и 2 случая отсутствия терапевтического эффекта.

Сопутствующая патология была выявлена у 143 (32%) участников: артериальная гипертония – у 37 (26%), другие сердечно-сосудистые заболевания – у 8 (6%), сахарный диабет – у 8 (6%), заболевания желудочно-кишечного тракта – у 22 (15%), другие сопутствующие заболевания – у 59 (41%) пациентов. У 303 (68%) человек сопутствующая патология отсутствовала.

По результатам наблюдательной программы «Весна», проходившей в течение 6 месяцев, Редуксин® доказал свою безопасность и эффективность в отношении снижения веса у пациентов с алиментарным ожирением.

Использование наблюдательных программ в повседневной врачебной практике имеет ряд преимуществ. Наиболее ощутимым является повышение комплаентности пациентов. Это связано с тем, что наблюдательная программа подразумевает определенный график регулярных индивидуальных посещений пациентом врача. Врач формирует опыт наблюдения за каждым конкретным пациентом. Пациент сообщает о том, как протекает лечение, насколько выражен эффект от проводимой терапии, есть ли побочные явления. Именно при таком двустороннем взаимодействии в рамках наблюдательных программ можно обеспечить эффективное и безопасное применение препарата. ❁

эндокринология

Список литературы

1. National Institutes of Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. NIH Publication No. 98-4083, 2001.
2. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults – The

Evidence Report. National Institutes of Health // *Obes. Res.* 1998. Vol. 6. Suppl. 2. P. 51–209.

3. Бутрова С.А. Сибутрамин (Меридиа) в лечении ожирения: опыт применения в России // *Клиническая фармакология и терапия.* 2001. Т. 10. № 2. С. 55–58.
4. Аметов А.С. Избыточный вес – эпидемия XXI века // *Медицинская газета.* 2012. № 74. С. 13.



Наблюдательная программа «Весна» как комплексный метод коррекции расстройств пищевого поведения при ожирении (г. Краснодар)

Александра Александровна ШВЕЦ, канд. мед. наук, невролог, диетолог

В последние десятилетия во многих странах повысился уровень жизни, изменилась структура питания, увеличилось потребление высококалорийных продуктов с высоким содержанием жира и с низким содержанием клетчатки. Все это способствует потреблению избыточной энергии, а значит, и распространению такого заболевания, как ожирение, среди все большего количества людей.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в Краснодарском крае распространенность ожирения увеличивается за год от 13 до 44% в зависимости от возраста пациента [1].

Как видно из данных рисунка, наиболее высокие показатели заболеваемости ожирением, особенно с 2007 г., отмечаются в возрастной группе от 15 до 17 лет (включительно). Темп роста заболеваемости в этой группе также самый высокий. Ожирение угрожает здоровью как взрослого, так и детского населения. Главным в лечении ожирения является выработка и закрепление правильного пищевого поведения. Известно множество способов лечения ожирения. Для уменьшения поступления и усвоения пищи применяют и терапевтические, и хирургические методы. Однако после

мероприятий по уменьшению веса у 90% пациентов вес не просто возвращается обратно, но превышает первоначальные значения [2].

Нестойкие клинические результаты при лечении ожирения связаны с недостаточным учетом и коррекцией расстройств пищевого поведения у больных.

Существует три основных типа нарушений пищевого поведения: экстернальное, ограничительное и эмоциогенное, которое включает компульсивное пищевое поведение и синдром ночной еды [3, 4].

Эти типы нарушений пищевого поведения встречаются у каждого пациента с избыточным весом в различных сочетаниях и в разной степени клинических проявлений. Для достижения оптимальных результатов лечения необходимо учитывать типологию нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностных расстройств у пациентов.

В 2011–2013 гг. в ходе наблюдательной программы «Весна» нами было проведено исследование эффективности и безопасности метода снижения веса у 40 пациентов с ожирением с помощью препарата Редуксин® (сIBUTРАМИН + МКЦ). Задачей нашего исследования было изучение применения препарата Редуксин® и преимуществ соче-

тания медикаментозного лечения и длительного амбулаторного наблюдения пациентов с ожирением с целью долгосрочного устойчивого снижения веса.

Исследование нарушений пищевого поведения в наблюдательной программе «Весна» проводилось с помощью анкетирования по специальному опроснику и анализа дневника питания.

Под наблюдением находились 2 группы пациентов (72 человека) с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м²) в течение 12 месяцев.

Первую группу (группа сравнения) составили 32 человека, которые не входили в наблюдательную программу «Весна» и не получали препарат Редуксин®. Им рекомендовалась диетотерапия, расширение двигательной активности и посещение врача 1 раз в 3 месяца в течение 12 месяцев.

Пациенты второй группы (40 человек) участвовали в программе «Весна» на курсах мотивационного обучения с применением препарата Редуксин® в дозировке 10–15 мг. Мотивационное обучение проводилось в виде 5 занятий в течение 3 месяцев один раз в 2 недели. Затем динамическое наблюдение осуществлялось 1 раз в 2 месяца (всего 12 месяцев).

эндокринология



Поведенческая терапия с целью модификации образа жизни включала анализ типа нарушений пищевого поведения и составление индивидуального режима питания с учетом вкусовых предпочтений пациента. При составлении меню соблюдался принцип нежирогенного рациона. Пациент получал специально адаптированные таблицы калорийности и содержания жиров в продуктах, вел дневник питания, регистрировал двигательную активность с помощью электронного шагомера.

Весь период наблюдения был разделен на 2 этапа: первый – снижения массы тела (6 месяцев), второй – стабилизации массы тела (с 6-го по 12-й месяц).

При завершении каждого этапа исследования наблюдательной программы «Весна» проводилась оценка эффективности и безопасности лечения по контролю уровня артериального давления, антропометрическим, метаболическим и поведенческим критериям. Клинически значимых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и отклонений в биохимических показателях от нормы у пациентов, получавших препарат Редуксин®, выявлено не было.

В обеих группах было проведено сравнительное исследование динамики снижения массы тела и определение субъективной оценки психологического состояния пациентов.

В первой группе (без применения препарата Редуксин®) 20% (6 человек) пациентов достигли снижения массы тела на 10% (8–12 кг). В этой группе анкетирование, проведенное в конце первого этапа снижения веса, показало, что длительное использование изолированной диетотерапии у пациентов с ожирением в 80% случаев при-

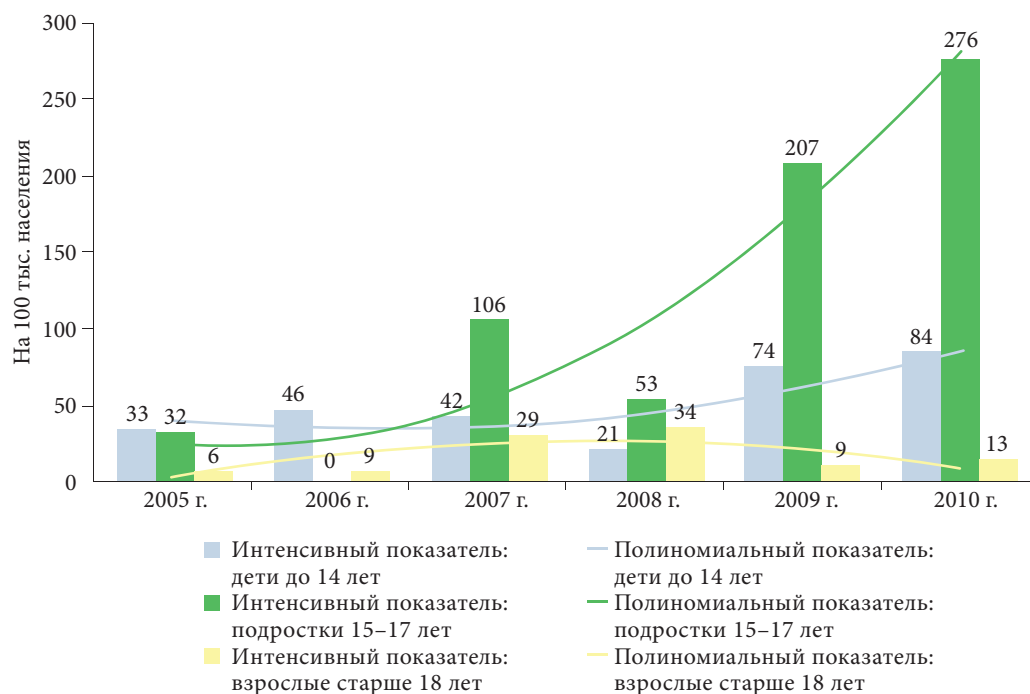


Рисунок. Динамика заболеваемости ожирением (диагноз установлен впервые) в период 2005–2010 гг., Краснодарский край

вело к появлению разной степени выраженности симптомов «диетической депрессии» из-за сложности соблюдения рекомендаций по питанию, быстрого наступления «весового плато» и снижения мотивации.

Во второй группе (наблюдательная программа «Весна» с применением препарата Редуксин®) за 6 месяцев 80% (32 человека) пациентов уменьшили массу тела на 10% (8–12 кг). Анкетирование пациентов показало улучшение психоэмоционального состояния, повышение самооценки, работоспособности, улучшение качества жизни и уверенности в достижении цели контроля веса.

К концу периода стабилизации массы тела (12 месяцев) в первой группе (группа сравнения) к первоначальному весу вернулись 3 че-

ловека из 6 похудевших на 10%, во второй группе (программа «Весна») из 24 человек, снизивших вес на 10% от первоначального, масса тела стабилизировалась и оставалась на достигнутом уровне у 20 человек, и только у 4 человек повысилась на 5%, при этом не достигнув первоначальных значений.

Таким образом, участие в наблюдательной программе «Весна» с применением препарата Редуксин® является эффективным и безопасным методом снижения веса и позволяет пациентам с ожирением достичь желаемых результатов без побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы, устранить корреляционные связи между эмоциональным дискомфортом и приемом пищи, а также предотвратить рецидив нарастания массы тела в дальнейшем. ❁

Список литературы

1. Анализ заболеваемости ожирением в Ейском районе // www.cgekuban.ru/publication/gigobuchenie/oiirenie.php
2. Аметов А.С. Избранные лекции по эндокринологии. М.: МИА, 2012. С. 14–39.
3. Савельева Л.В. Современная концепция лечения ожирения: клинические рекомендации для практикующих врачей // Фармагека. 2007. № 12. С. 33–38.
4. Pi-Sunyer F.X. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity // *Obes. Res.* 2002. Vol. 10. Suppl. 2. P. 97–104.



ГБОУ ВПО
«Пермская
государственная
медицинская
академия имени
академика
Е.А. Вагнера»

Итоги наблюдательной программы «Весна».

Динамика уровня серотонина при снижении массы тела у женщин с метаболическим синдромом на фоне приема препарата Редуксин (г. Пермь)

Елена Николаевна СМИРНОВА, докт. мед. наук, профессор;
Наталья Вадимовна АНИКИНА, врач-эндокринолог

В Пермском крае изучена заболеваемость ожирением среди детей и подростков: доля ожирения в структуре эндокринной патологии у детей в возрасте от рождения до 14 лет составляет 21,2%, а в возрасте 15–17 лет – 25,1%. В Пермском крае за последние четыре года отмечается тенденция к увеличению заболеваемости ожирением среди детей за счет подростковой категории пациентов [1]. Очевидно, что отмечается неуклонный рост ожирения и ассоциированных с ним состояний во всех возрастных группах. Однако точные данные о распространенности ожирения среди взрослого населения отсутствуют, что требует дальнейшего изучения этой проблемы. Эффективность терапии ожирения связана как со снижением

массы жировой ткани, так и со стабилизацией полученных результатов [2]. На практике большинство пациентов не в состоянии длительно поддерживать достигнутый ранее результат [1]. В связи с этим возникает необходимость изучения гормонально-метаболических параметров пациентов, их динамики при снижении массы тела для выявления оптимально реагирующих и нереагирующих больных, что позволит разработать дифференцированный подход к лечению ожирения [3]. Во время проведения наблюдательной программы «Весна» нами изучена динамика гормонов серотонина, соматотропина (СТГ), эндотелина-1 у женщин с метаболическим синдромом при снижении массы тела на фоне приема препарата Редуксин®.

Материалы и методы

В исследование были включены 57 женщин, больных ожирением, в возрасте от 26 до 61 года с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м² или с ИМТ более 27 кг/м² с двумя факторами риска. Диагноз метаболического синдрома (МС) ставили по критериям Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation, IDF, 2009). Проводилась оценка антропометрических показателей: вес, рост, ИМТ, окружность талии. Всем пациентам проведено клиническое, инструментальное и лабораторное исследование с определением уровня глюкозы крови, показателей липидного спектра, уровня серотонина, эндотелина-1, СТГ. Плановые визиты к врачу



проводились 1 раз в 3–4 недели, лабораторные и гормональные исследования повторялись 1 раз в 12 недель.

Результаты

Исходно 49% (28 женщин) имели метаболический синдром. Они были несколько старше ($48,0 \pm 8,5$ лет), чем пациентки в группе без МС ($37,3 \pm 7,21$ лет) ($p=0,00001$), с более выраженным абдоминальным ожирением ($100,9 \pm 13,4$ см против $96,4 \pm 10,4$ см соответственно; $p=0,00008$).

Перед включением в программу снижения веса пациентки с МС подверглись коррекции артериального давления (АД), гиперлипидемии. Все больные обучились в «Школе для снижения веса». Выполнение рекомендаций по рациональному питанию, физической нагрузке контролировалось врачом по дневникам питания при посещении 1 раз в 2–3 недели.

Через месяц от начала программы снижения веса, при недостаточной скорости его уменьшения, назначался Редуксин® 10 мг в сутки (с учетом наличия противопоказаний). В результате дополнительного лечения сибутрамином у всех пациентов через 6 месяцев удалось достичь уменьшения массы тела на 11%, которое сопровождалось снижением выраженности висцерального ожирения, о чем свидетельствует динамика окружности талии (-8%). У паци-

ентов с исходно повышенным уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), получавших сибутрамин, концентрация ЛПНП уменьшалась относительно исходного на 6%.

Уменьшению массы тела при лечении Редуксином сопутствовало снижение как систолического АД ($-3,83$ мм рт. ст.; $p=0,044$), так и диастолического АД ($-1,35$ мм рт. ст.; $p=0,07$). Увеличение частоты сердечных сокращений не достигло уровня статистической значимости ($+0,21$; $p=0,27$), не было отмечено случаев изменения трансаминаз печени. В группе пациенток без МС через 24 недели лечения ожирения в 45% случаев удалось добиться снижения веса на 10% и более, что свидетельствует о хорошем результате лечения. Среднее снижение веса по группе составило $6,4 \pm 3,0$ кг, уменьшение окружности талии – $5,6 \pm 3,3$ см. В группе пациенток с МС только 14,3% (4 женщины) снизили вес на 10% и более, со средней потерей веса $3,2 \pm 4,7$ кг и уменьшением окружности талии на $2,4 \pm 3,1$ см ($p=0,0002$ в сравнении с исходным).

Исходно уровень серотонина в группе пациенток без МС характеризовался легкой степенью снижения – $212,7 \pm 64,7$ нг/мл – и достоверно увеличился через 6 месяцев – до уровня $238 \pm 44,1$ нг/мл. Снизились уровни эндотелина-1 ($0,4 \pm 0,3$ фмоль/мл до $0,2 \pm 0,3$ фмоль/мл; $p=0,04$) и СТГ ($2,6 \pm 3,7$ нг/мл до $1,8 \pm 3,9$ нг/мл; $p=0,4$).

У женщин с МС с плохим ответом на лечение, напротив, исходно определялся высокий уровень серотонина – $353,1 \pm 117$ нг/мл – с некоторым снижением через 6 месяцев – до уровня $246,9 \pm 71,7$ нг/мл ($p=0,02$). Изменение веса в этой группе также сопровождалось снижением содержания эндотелина-1 ($1,3 \pm 0,9$ фмоль/мл и $0,3 \pm 0,3$ фмоль/мл; $p=0,01$), но уровень СТГ не изменился ($p=0,27$).

Переносимость препарата Редуксин® практически у всех пациентов была хорошей, а побочные действия препарата не явились причиной для его отмены (исключения пациента из исследования).

Выводы

Женщины с ожирением без метаболического синдрома имеют низкий уровень серотонина, при применении сибутрамина он повышается, что объясняет хорошую динамику снижения веса в этой группе. У больных с МС исходно имеется высокий уровень серотонина, с чем, возможно, связан недостаточный эффект Редуксина, что, предположительно, требует более длительного лечения сибутрамином. Любое снижение массы тела благоприятно отражается на восстановлении эндотелиальной дисфункции – по метаболическому эквиваленту (эндотелин-1). ❄

Список литературы

1. Красноперова О.И. Гендерные и возрастные особенности ожирения у детей и подростков Пермского края и факторы риска прогрессирования заболевания. Пермь, 2013.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения // Ожирение и метаболизм. 2004. № 1. С. 3–9.
3. Бубнова М.Г. Ожирение: причины и механизмы нарастания массы тела, подходы к коррекции // Consilium medicum. 2005. № 5. С. 23–46.

эндокринология



ФГБУЗ
«Южный окружной
медицинский центр
Федерального медико-
биологического
агентства»

Наблюдательная программа «Весна» – комплексный подход к лечению ожирения (г. Ростов-на-Дону)

Галина Васильевна ЯНКОВСКАЯ,
канд. мед. наук, врач-терапевт, клинический фармаколог;
Светлана Дмитриевна МЕГЕРЯН, аспирант

Проблема ожирения касается всех слоев населения независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста, места проживания и пола. Так, в странах Западной Европы избыточную массу тела имеют от 10 до 20% мужчин и от 20 до 25% женщин. В некоторых регионах Восточной Европы доля людей, страдающих ожирением, достигла 35%. В России в среднем 30% трудоспособного населения имеют ожирение и 25% – избыточную массу тела. В основе современного подхода к терапии ожирения лежит признание хронического характера заболевания, следовательно, необходимость долгосрочного лечения [1, 2].

Доказано, что решающая роль в патогенезе ожирения принадлежит переяданию (положительный энергетический баланс в организме), таким образом, патогенетическим средством для лечения

ожирения считаются препараты центрального действия [3, 4]. Одним из представителей препаратов для лечения ожирения центрального действия является Редуксин® (сIBUTРАМИН+МКЦ). Редуксин® (сIBUTРАМИН) удобен в применении, так как препарат нужно принимать только 1 раз в день. Начальная дозировка препарата – 10 мг, по достижении желаемого результата данная дозировка может быть сохранена для дальнейшего применения в течение 6–12 месяцев.

Целью наблюдательной программы «Весна» было изучение применения Редуксина для лечения ожирения в сочетании с изменением образа жизни, включая изменение пищевого поведения. В рамках программы проводилось длительное амбулаторное наблюдение с целью мониторинга снижения массы тела, контроля основных показателей состояния здоровья.

Наше участие в ходе наблюдательной программы было представлено исследованием эффективности и безопасности лечения ожирения с помощью препарата Редуксин® (сIBUTРАМИН).

Задачей исследования было изучение сочетания медикаментозного и немедикаментозного методов лечения ожирения для достижения значимого и долгосрочного снижения массы тела без риска для здоровья, при помощи длительного амбулаторного наблюдения, контроля антропометрических, биохимических и функциональных показателей сердечно-сосудистой системы.

Для участия в программе было отобрано 40 пациентов с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м²), наблюдение за пациентами велось 1 раз в 2 месяца в течение 12 месяцев.

Проводилась оценка безопасности по контролю уровня артери-



ального давления (АД) и пульса, основных биохимических показателей (липидограмма, креатинин, мочевины, АСТ, АЛТ, билирубин), методов функциональной диагностики – электрокардиографии (ЭКГ).

Эффективность проводимого лечения оценивалась при помощи антропометрического метода (измерение окружности талии, бедер, шеи, оценивалось соотношение окружности талии к окружности бедер), проводилось анкетирование по специальному опроснику.

Участие в программе «Весна» включало в себя 2 этапа: первый – снижение массы тела (3 месяца), второй – стабилизация массы тела (с 3-го до 6-го месяца). С больными проводились обучающие занятия, которые включали в себя анкетирование, заполнение пищевого дневника до начала приема Редуксина. Во время таких занятий больному разъяснялись ошибки, проводился подсчет рекомендуемой суточной калорийности пищи, были рекомендованы аэробные физические нагрузки. Только после этого больному назначалось медикаментозное лечение – сибутрамин в дозе 10 мг. При неэффективности дозировки 10 мг в сочетании с немедикаментозными методами лечения в течение 1 месяца больному назначались 15 мг Редуксина.

Пациенты получали специальные адаптированные таблицы

калорийности, вели пищевые дневники, дневники АД и пульса.

Результаты и обсуждение

В течение шести месяцев у 95% пациентов удалось достигнуть снижения массы тела на 10%. Окружность талии при этом уменьшилась в среднем на $7,49 \pm 0,21$ см, и только у 5% процентов больных снижение массы тела достигло 5%. Частота сердечных сокращений увеличилась на 1,5 удара в минуту у 20% пациентов, а АД в среднем снизилось на 10% у более половины больных.

Клинически значимых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, биохимических показателей у пациентов, получавших Редуксин®, за весь период наблюдения выявлено не было, исключений пациентов из программы из-за возникновения побочных эффектов тоже не было.

Было установлено, что у больных с более высоким ИМТ процентное снижение массы тела было более выраженным, чем у пациентов с относительно менее выраженной степенью ожирения.

В ходе наблюдательной программы нами отмечено, что у большинства пациентов (70%) более значимое снижение чувства голода в вечерние часы наступало при применении препарата за 1 час до еды в обед (по нашим рекомендациям около 12 часов

дня), что, предположительно, объясняется сохранением эффективной дозировки препарата в вечерние часы по сравнению с ранним утренним приемом.

Данное наблюдение ценно для большинства работающих пациентов, так как не всегда представляется возможным полноценный прием пищи в обеденное время.

Выводы

Опыт, накопленный нами за время проведения наблюдательной программы «Весна», позволяет повысить эффективность лечения ожирения, помогает максимально избежать побочных эффектов и осложнений в результате медикаментозного лечения ожирения.

Применение Редуксина в сочетании с немедикаментозной терапией ожирения (изменение образа жизни, включая пищевое поведение и физическую нагрузку) позволяет не только снизить, но и удержать достигнутую массу тела.

Лечение ожирения – длительная и кропотливая работа врача и пациента. Важен непрерывный мониторинг состояния здоровья и динамики снижения массы тела, индивидуальный подход, что способствует более высокой приверженности пациентов лечению (комплаентности) и приводит к достижению желаемых результатов. ❁

Список литературы

1. Эндокринология. Национальное руководство / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. 1072 с.

2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология: учебник: в 2-х томах. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2003.

3. Раков А.Л. Глобальная эпидемия ожирения // Новая аптека. Аптечный ассортимент. 2008. № 6. С. 11–13.

4. Доказательная эндокринология: Руководство для врачей. Изд. 2-е. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. 631 с.



Итоги Всероссийской наблюдательной программы «Весна» (г. Тверь)

Елена Васильевна КАРАЕВА,
канд. мед. наук, врач-кардиолог высшей категории, терапевт

В настоящее время ожирение вышло за рамки эстетической проблемы, численность пациентов, страдающих этим заболеванием, растет во всем мире [1, 2]. В частности, по данным отчета главного терапевта г. Твери за 2011 г., количество пациентов с избыточной массой тела в Тверской области составило 47–48,5% [3]. Дополнительная масса тела приводит к увеличению объема циркулирующей крови и неизбежному повышению артериального давления (АД) [4, 5]. На каждые лишние 4,5 кг массы тела систолическое АД увеличивается на 4,5 мм рт. ст. [6]. Важно, что при избыточном весе вероятность тромбоза в глубоких венах ног в 2,5 раза выше, чем у людей с нормальной массой тела, что может привести к гангрене конечностей и развитию смертельно опасных осложнений, таких как инфаркт миокарда и мозговой инсульт [7]. На начальных этапах – при наличии избыточной массы тела – люди нередко не обращают на это существенного внимания. Задумываются лишь, когда появляются признаки перечисленных выше заболеваний либо их осложнения. Пациенты, особенно

женщины, часто занимаются самолечением, используют различные виды короткой диеты, после завершения которой набирают еще больший вес, чем имели до диеты. Пациентки забывают, что главное – не просто похудеть, но удержать этот вес на протяжении длительного периода времени. Вот почему так важны длительные (не менее шести месяцев) наблюдательные программы по борьбе с ожирением, в ходе которых пациент под руководством врача учится постепенно менять пищевые привычки. В дальнейшем это позволяет контролировать не только массу тела, но и пищевое поведение (например, с помощью выданных таблиц калорийности подсчитывать количество калорий съеденной пищи). На основе рекомендаций пациент может сам составить рацион правильного питания. При беседе также большое внимание уделяется адекватной физической нагрузке. Пациенту тяжело менять свой привычный ритм жизни и пищевое поведение. Комплаенс людей с избыточной массой тела крайне низок, и изменение только ритма жизни и диеты, как правило, не дает результатов. Требуется применение

лекарственных препаратов центрального действия с содержанием сибутрамина, которые снижают аппетит и корректируют лептинорезистентность [8, 9]. А лептин, как известно, является «голосом» жировой ткани [10]. Таким препаратом в нашей стране является Редуксин® (компания «Промо-Мед»). В 2011–2013 гг. в России безопасность и эффективность препаратов, содержащих сибутрамин, оценивалась в ходе наблюдательной программы «Весна». В ней приняли участие более 1,5 тыс. российских врачей и более 30 тыс. пациентов. Строго учитывались все противопоказания к назначению сибутрамина – наличие ишемической болезни сердца, неконтролируемой артериальной гипертонии, декомпенсированной сердечной недостаточности. Оценивалась переносимость препарата, фиксировались нежелательные явления. В г. Твери в программе приняли участие 29 врачей и 367 пациентов. На фоне шестимесячной терапии Редуксином улучшились все оцениваемые антропометрические показатели (рис. 1). Отмечено уменьшение массы тела на 13,4%, индекса массы тела (ИМТ)



на 4,6% ($p < 0,001$), окружности талии (ОТ) на 10,3% по сравнению с исходными величинами. В целом у 42% пациентов диагноз ожирения был снят спустя полгода терапии.

Уменьшение массы тела одновременно сопровождалось улучшением показателей липидного спектра крови (рис. 2). Исходные медианы показателей липидов составляли: общий холестерин (ОХ) – 5,6 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 3,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – 1,3 ммоль/л. Через 24 недели лечения Редуксином отмечалось статистически значимое снижение концентрации ОХ до 4,8 ммоль/л, то есть на 12,2%, содержание ЛПВП практически не изменилось, но существенно снизился холестерин ЛПНП – на 14,8% ($p = 0,002$).

Улучшился и показатель медианы глюкозы крови натощак – с 5,9 ммоль/л до начала терапии сибутрамином до 4,6 ммоль/л после 24 недель лечения (снизился на 8,2%).

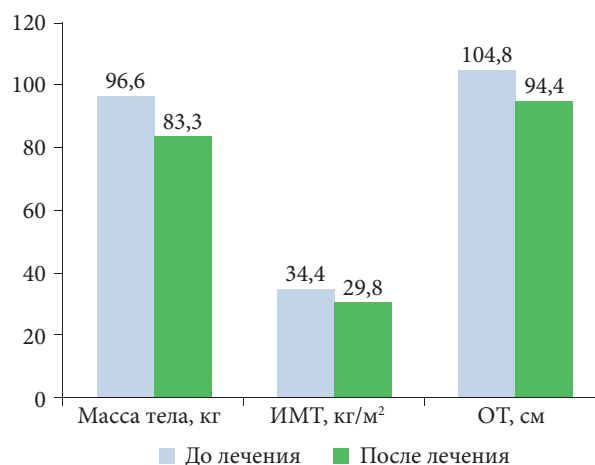
Терапия Редуксином также помогает нормализовать показатели артериального давления. Так, систолическое АД снизилось со 127 до 121 мм рт. ст. (-4,1%), диастолическое АД – с 82 до 77 мм рт. ст. (-4,2%) ($p < 0,02$). В целом за период наблюдения у пациентов наблюдалась тенденция к снижению АД, что явилось по-

ложительным прогностическим признаком. Показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) до и после лечения практически не изменились и составили 75 и 73 уд/мин соответственно.

Большинство пациентов отмечали снижение частоты приемов пищи, уменьшение чувства голода, отказ от позднего ужина, следуя рекомендациям врача, старались выработать у себя новые пищевые стереотипы, увеличить физические нагрузки.

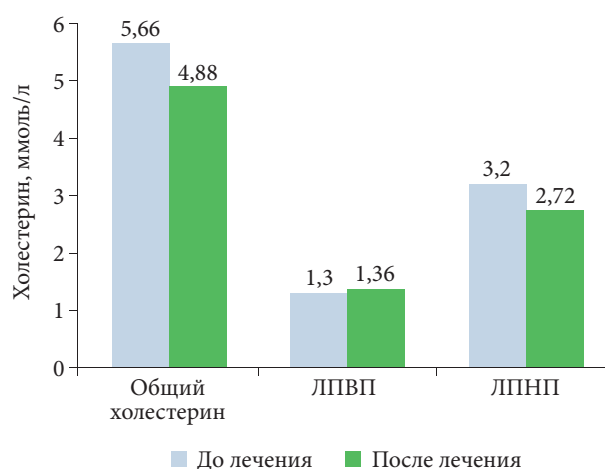
В целом переносимость препарата Редуксин® была хорошей, нежелательные явления в виде головокружений, головных болей, запоров и сухости во рту были выявлены у 15 пациентов (4%). Эти явления нивелировались спустя 10–14 дней и не послужили поводом к отмене препарата.

Таким образом, результаты проведенной наблюдательной программы в г. Твери показали высокую эффективность и безопасность отечественного препарата Редуксин® в комплексной терапии ожирения и избыточной массы тела на протяжении 24 недель лечения. Это позволило улучшить основные антропометрические показатели, нормализовать липидный профиль крови, улучшить показатели углеводного обмена, снизить уровень АД. Следовательно, сократится риск развития СД 2 типа и осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. ❁



$p < 0,001$ при сравнении показателей после лечения с исходными.

Рис. 1. Динамика антропометрических показателей на фоне терапии препаратом Редуксин®



$p < 0,005$ при сравнении показателей после лечения с исходными.

Рис. 2. Динамика показателей липидного спектра крови на фоне терапии препаратом Редуксин®

Список литературы

1. Аметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века // Терапевтический архив. 2002. № 10. С. 5–7.
2. Карюхин Э.В. Старение населения: демографические показатели // Клиническая геронтология. 2000. № 1. С. 56–61.
3. Доклад главного терапевта Тверской области о состоянии здоровья населения Тверской области в 2011 году // Материалы конференции «Итоги года». 2011. С. 3–9.
4. Кузин А.И., Чередникова М.А., Васильев А.А. и др. Артериальная гипертензия и сахарный диабет типа 2 у больных метаболическим синдромом: особенности влияния на липидный спектр // Артериальная гипертензия. 2003. Т. 9. № 2. С. 67–70.
5. Zakhariyeva S. Arterial hypertension and obesity – a dangerous combination // Vutr. Boles. 1999. Vol. 31. № 1. P. 28–32.
6. Vasan R.S., Larson M.G., Leip E.P. et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease // N. Engl. J. Med. 2001. Vol. 345. № 18. P. 1291–1297.
7. Stern M. Epidemiology of obesity and its link to heart disease // Metabolism. 1995. Vol. 44. № 9. Suppl. 3. P. 1–3.
8. Reaven G. Metabolic syndrome: pathophysiology and implications for management of cardiovascular disease // Circulation. 2002. Vol. 6. № 3. P. 286–288.
9. Szymczak E., Laskowska-Klita T. The role of leptin in human obesity // Med. Wieku Rozwoj. 2001. Vol. 5. № 1. P. 17–26.
10. Filer J. Leptin resistance and obesity // The 60th scientific sessions of the American diabetes association. 2000. San-Antonio, Texas.



МБУЗ
«Городская
клиническая
больница № 1»,
г. Челябинск

Опыт применения препарата Редуксин® у больных с алиментарным ожирением (г. Челябинск)

Марина Анатольевна ЧЕРЕДНИКОВА, канд. мед. наук, главный внештатный эндокринолог Управления здравоохранения г. Челябинска, зав. эндокринологическим отделением;
Наталья Николаевна РЕВИНА, врач-эндокринолог;
Надежда Анатольевна БАБАШКИНА, врач-эндокринолог;
Надежда Алексеевна ВАТУТИНА, врач-эндокринолог

В городе Челябинске на фоне увеличения общей заболеваемости ожирением за 5 лет (в 2008 г. – 7,4; в 2012 г. – 8,8 на 1000 населения) отмечено снижение первичной заболеваемости (в 2008 г. – 1,1; в 2012 г. – 0,3 на 1000 населения). Статистические данные не отражают реальную ситуацию, так как пациенты с ожирением I–II степени без сопутствующей патологии не полностью охвачены диспансерным наблюдением. За тот же пятилетний период в городе отмечен значительный рост общей (в 2008 г. – 22,6; в 2012 г. – 28,6 на 1000 населения) и первичной заболеваемости (в 2008 г. – 2,6; в 2012 г. – 2,9 на 1000 населения) сахарным диабетом 2 типа. В этой связи необходимо более активное выявление пациентов с ожирением, осуществление дальнейшего диспансерного наблюдения с целью предотвращения развития осложнений данного заболевания, прежде

всего сахарного диабета 2 типа [1, 2, 3].

Низкая эффективность модификации образа жизни обуславливает необходимость применения лекарственных средств, приводящих к снижению массы тела. Наряду с этим наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с ожирением предъявляет повышенные требования к безопасности подобных препаратов [4, 5, 6, 7]. В настоящее время в Российской Федерации препарат Редуксин® является единственным эффективным комбинированным препаратом, содержащим сибутрамин и доказавшим свою безопасность при тщательном учете противопоказаний.

Целью работы было изучение эффективности и безопасности препарата Редуксин® (компания «Промо-Мед») у пациентов с ожирением г. Челябинска в рамках Всероссийской неинтервенционной наблюдательной программы «Весна».

Материалы и методы

Исследование проводилось в рамках Всероссийской наблюдательной неинтервенционной программы изучения профиля эффективности и безопасности применения препарата Редуксин® (сибутрамин + МКЦ) для снижения массы тела и сохранения достигнутого уменьшенного веса при шестимесячном курсе терапии больных с алиментарным ожирением.

В исследование были включены 614 пациентов с избыточным весом и ожирением в возрасте от 18 до 60 лет, соответствовавших всем критериям включения/исключения. Клиническое и лабораторное обследование пациентов проводилось в соответствии с протоколом наблюдательной программы.

Клиническое обследование пациентов включало измерение массы



тела, окружности талии (ОТ), индекса массы тела (ИМТ), измерение артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) исходно и через 6 месяцев терапии. Лабораторное обследование включало определение показателей липидного профиля, уровня глюкозы крови; общего билирубина, АСТ, АЛТ, креатинина исходно и через 6 месяцев терапии. Проводилась оценка частоты возникновения и типа нежелательных явлений.

У 11,23% пациентов, включенных в исследование, была артериальная гипертензия, у 2,44% пациентов – другие заболевания сердечно-сосудистой системы; 3,25% пациентов имели сахарный диабет 2 типа. У 259 (42,2%) пациентов произошло изменение дозы Редуксина в процессе лечения.

Результаты

Исходно медиана массы тела по группе составила 93,8 кг, ИМТ – 34,3 кг/м², ОТ – 101,8 см. Через 24 недели применения Редуксина отмечена положительная динамика антропометрических показателей: медиана массы тела уменьшилась на 13,4% (-12,6 кг); показатель ИМТ снизился на 13,4% (-4,9 кг/м²); ОТ уменьшилась на 9,6% (-9,8 см).

Исходно пациенты с ИМТ менее 30 кг/м² составляли 15,7%, с ожирением I степени – 47,32%, с ожирением II степени – 26,5%, с ожирением III степени – 10,4%. Через 24 месяца терапии Редуксином 60% пациентов снизили массу

тела до избыточной, а количество пациентов с ИМТ выше 40 кг/м² уменьшилось втрое (3,09%).

Отмечена положительная динамика показателей систолического АД (САД) – снижение среднего САД на 4,9 мм рт. ст. Показатели диастолического АД (ДАД) существенно не менялись, но в целом по группе была отмечена тенденция к снижению уровня ДАД (-2,9 мм рт. ст.). Значимого изменения ЧСС в процессе лечения не выявлено.

Исходно у пациентов медианы показателей липидного спектра крови составили: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, триглицериды – 1,8 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 2,5 ммоль/л и холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – 1,28. За 24 недели лечения Редуксином отмечалось значимое снижение концентрации холестерина – до 4,8 ммоль/л, то есть на 14%. Также значимо уменьшилась медиана уровня триглицеридов – до 1,4 ммоль/л, или на 16,4%. Содержание холестерина ЛПВП после терапии Редуксином увеличилось в среднем на 9,5%, а ЛПНП уменьшилось в среднем на 14,3% (с 2,5 до 2,0 ммоль/л).

Перед началом программы пациенты испытывали чувство голода в среднем 3,4 раза в день, к концу программы чувство голода возникало реже – 1,9 раза в день. Количество приемов пищи сократилось в среднем с 4,0 до 3,7 раза в день. Переносимость препарата была хорошей, лишь трое пациентов

досрочно выбыли из исследования по следующим причинам: головная боль – у одного пациента (после 8 недель приема препарата), развитие депрессии, бессонницы (через 12 недель от начала приема) – у одного пациента. Одна пациентка отметила избыточный рост волос на лице и прекратила участие в программе через 12 недель от начала приема Редуксина. По данным биохимического анализа крови пациентов, в результате приема препарата не было зафиксировано повышение уровней АЛТ и АСТ. Патологических изменений на ЭКГ не отмечалось. Прием препарата в течение 6 месяцев не сопровождался повышением АД, ЧСС у пациентов с контролируемой артериальной гипертензией. Нежелательные эффекты препарата, выявленные в ходе исследования, были выявлены в трех случаях и привели к досрочному завершению исследования.

В заключение отметим, что использование наблюдательной программы в рутинной врачебной практике помогает подтвердить безопасность применения препарата в рамках зарегистрированных показаний.

Таким образом, применение препарата Редуксин® у пациентов с алиментарным ожирением является эффективным и безопасным методом лечения и приводит к значимому улучшению антропометрических показателей, улучшению показателей липидного обмена, снижению уровня АД. ❁

Список литературы

1. Романцова Т.И. Патогенетический подход к лечению ожирения и сахарного диабета 2 типа // Ожирение и метаболизм. 2008. № 4. С. 2–10.
2. Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: МАИ, 2004. С. 16–42.
3. Романцова Т.И., Полубояринова И.В., Роик О.В. Динамика состояния жировой ткани по данным МРТ-томографии у больных ожирением на фоне лечения

Редуксином // Ожирение и метаболизм. 2012. № 4. С. 39–43.

4. Дзгоева Ф.Х. Диетотерапия ожирения: от снижения массы тела до коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний // Ожирение и метаболизм. 2008. Т. 17. № 4. С. 25–29.
5. Далантаева Н.С., Пигарова Е.А., Дзеранова Л.К. Центральные механизмы, регулирующие энергетический обмен, и сибутрамин // Ожирение и метаболизм. 2012. № 3. С. 33–36.
6. Аметов А.С. Избыточный вес – эпидемия XXI века // Медицинская газета. 2012. № 74. С. 13.
7. Котешкова О.М. «Принцип лестницы», или как избавиться от лишнего веса // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. № 2. С. 106–108.



ООО «Клиника
репродуктивного
здоровья»
(г. Барнаул)

Польза наблюдательной программы «Весна» для грамотного ведения пациентов с проблемой ожирения (г. Барнаул)

Светлана Аркадьевна БЕЛОЗЕРОВА,
канд. мед. наук, врач-эндокринолог

Характерные для современного человека гиподинамия и избыток потребления легкодоступных углеводов в сочетании с высокой распространенностью эндокринных заболеваний приводят к нарушению равновесия между потребляемой и расходуемой энергией и, как следствие, к развитию ожирения. При этом ожирение является не только эстетической проблемой, но и приводит к развитию различных заболеваний, ранней потере трудоспособности и преждевременной смерти [1]. В связи с этим медикаментозная терапия ожирения нужна так же, как при любом другом хроническом заболевании [2]. Центры, регулирующие потребление пищи и энергетический баланс, расположены в гипоталамусе. Его латеральная область регулирует чувство голода, а область вентромедиального гипоталамуса – чувство насыщения.

Одни нейромедиаторы и гормоны увеличивают (грелин, лептин), другие (серотонин, норадреналин, кортиколиберин, холецистокинин и др.) снижают потребление пищи. Для развития ожирения и специфичности отложения жира имеет значение нарушение синтеза, метаболизма и секреции нейротрансмиттеров [3, 4].

На аптечном рынке Российской Федерации представлен анорексигенный препарат центрального действия Редуксин® (сIBUTРАМИН + МКЦ), фармакодинамика которого характеризуется угнетением обратного захвата моноаминов (в первую очередь серотонина и норадреналина) [5].

Актуальность проблемы ожирения в городе Барнауле высока: распространенность этого заболевания составляет до 30% среди женского населения и до 20% – среди мужского. В стандартах лечения чаще применяется

изменение образа жизни, устранение гиподинамии, изменение пищевого поведения, применение препаратов, блокирующих всасывание жира. В центрах по коррекции веса проводятся программы, в состав которых входит психотерапевтическое воздействие и значительное ограничение калорий. Но синдром отмены, наступающий после возвращения к обычному питанию и образу жизни, достаточно высок. В связи с этим врачи города с большим желанием включились в наблюдательную программу «Весна».

С 28 сентября 2011 г. российская компания «Промо-Мед» совместно с ведущими специалистами-эндокринологами проводит Всероссийскую наблюдательную неинтервенционную программу мониторинга безопасности применения препарата Редуксин® (сIBUTРАМИН + МКЦ) для снижения массы тела и сохранения до-

эндокринология



стигнутого сниженного веса при шестимесячном курсе терапии больных с алиментарным ожирением в рутинной клинической практике («Весна»). В этой программе участвовали врачи разных специальностей: эндокринологи, гастроэнтерологи, кардиологи, гинекологи и терапевты, работающие в лечебных учреждениях и занимающиеся медикаментозной терапией пациентов с алиментарным ожирением в реальной практике. Программа завершена в январе 2013 г. Целью программы было провести мониторинг безопасности шестимесячного применения препарата Редуксин® в клинической практике, оценить достигнутые результаты, а также оценить влияние терапии Редуксином на состояние здоровья и качество жизни пациентов.

В лечебных учреждениях города Барнаула в программе «Весна» участвовали 237 пациентов, из них под наблюдением эндокринологов находилось 110 человек, гинекологов – 107 женщин, и 20 участников наблюдались терапевтами. Большое количество пациенток, участвующих в программе под контролем врачей-гинекологов, можно объяснить возрастной инволюцией репродуктивной системы, сопровождающейся изменением композиционного состава тела с преимущественным отложением жира в абдоминально-висцеральной области и, как следствие, формированием постменопаузального метаболического синдрома [6]. В течение 6 меся-

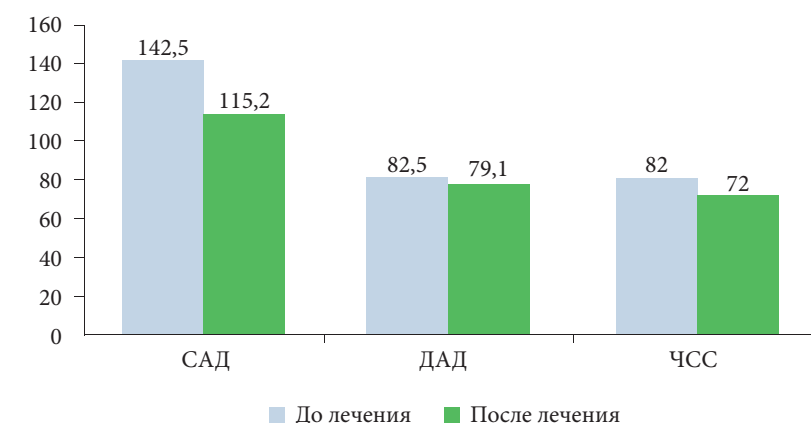


Рисунок. Динамика систолического артериального давления (САД, мм рт. ст.), диастолического артериального давления (ДАД, мм рт. ст.) и частоты сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) до и после лечения препаратом Редуксин®

цев за пациентами осуществлялся контроль согласно протоколу наблюдательной программы. Были соблюдены критерии включения и исключения, подписаны информированные согласия на участие в программе «Весна».

По итогам наблюдения выявлено, что частота приема пищи на фоне применения препарата Редуксин® в течение 6 месяцев у больных ожирением снизилась в 2 раза (от 1 до 15 раз в сутки в начале исследования и от 1 до 8 раз в сутки в конечной точке). Отмечена значимая положительная динамика в снижении индекса массы тела (ИМТ) (от 0,4 до 13,49 кг/м²), в уменьшении объема талии (от 1,02 до 33 см). Динамика показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений представлена на рисунке.

Таким образом, в результате проведения наблюдательной программы «Весна» было достигнуто значительное снижение массы тела, отмечено отсутствие отрицательного влияния терапии препаратом Редуксин® на показатели артериального давления, наблюдалось улучшение качества жизни пациентов и, как следствие, достигалось предупреждение манифестации заболеваний, связанных с ожирением. Для врачей, занимающихся практической деятельностью, участие в наблюдательных программах является наиболее эффективным и безопасным методом помощи больным алиментарным ожирением, поскольку это дает возможность постоянно контролировать снижение веса пациентов и использовать в лечении препарат Редуксин®. ❄

Список литературы

1. Савельева Л.В. Современная концепция лечения ожирения: клинические рекомендации для практикующих врачей // Фарматека. 2007. № 12. С. 33–38.
2. Бутрова С.А., Плохая А.А. Лечение ожирения: современные аспекты // Реферативный медицинский журнал. 2000. Т. 24. № 9. С. 1140.
3. Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика // Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под

- ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: МИА, 2004. С. 16–42.
4. Pi-Sunyer F.X. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity // *Obes. Res.* 2002. Vol. 10. Suppl. 2. P. 97–104.
5. Словари и энциклопедии на Академике. Словарь медицинских препаратов // www.dic.academic.ru.
6. Мельниченко Г.А., Бутрова С.А., Чигарькова О.В. и др. Влияние длительной терапии орлистатом (Ксеникалом) на композиционный состав тела, костный метаболизм и минеральную плотность костной ткани у женщин с ожирением в постменопаузе // *Ожирение и метаболизм.* 2006. Т. 3. № 8. С. 35–39.



Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна»

Абдурашидова Ирина Гаджимурадовна
Абраменкова Ксения Андреевна
Абрамова Елена Александровна
Авалиани Диана Алековна
Аванесова Маргарита Вячеславовна
Аветикян Зара Арамовна
Агабаева Ирина Азатовна
Агаджанян Анжелика Шагеновна
Агамова Гульнара Гамидовна
Агапова Марина Алексеевна
Адамов Владимир Иванович
Адамова Наталия Анатольевна
Адамян Маргарита Мамиконовна
Азаров Александр Вячеславович
Айдинян Гаяна Павловна
Айдинян Шушаник Карповна
Акулич Кира Николаевна
Александрова Марина Ивановна
Александрова Оксана Владимировна
Александрова Юлия Алексеевна
Алексашкина Валентина Андреевна
Алексеева Елена Александровна
Алексеева Людмила Александровна
Алексеевко Ольга Викторовна
Алексейчук Ирина Анатольевна
Алибаева Гульнара Фатиховна
Алиева Наида Александровна
Алилуева Ирина Павловна
Алимбекова Полина Рафинатовна
Алобаева Алла Валентиновна
Алобужева Елена Викторовна
Алпацкая Наталья Анатольевна
Алпеева Лариса Вячеславовна
Алпенидзе Диана Нодариевна
Алтунина Марина Александровна
Альмендеева Надежда Виссарионовна
Амирова Альбина Хайдаровна
Ананьина Галина Григорьевна
Андреев Виктор Анатольевич
Андреева Татьяна Алексеевна
Аникина Наталья Вадимовна
Анисимова Ольга Васильевна
Анкина Олеся Анатольевна
Антипина Татьяна Владимировна
Антипова Ольга Михайловна
Антонова Валентина Петровна
Антонова Елена Викторовна
Антонова Людмила Сергеевна
Ануфриенко Елена Владимировна
Аполихина Инна Анатольевна
Аракелова Мария Вячеславовна
Арефьева Ольга Николаевна
Артамонова Ирина Вадимовна
Артемьева Анастасия Александровна
Асеева Наталья Евгеньевна
Асиева Наталья Александровна
Афанасьева Ольга Петровна
Афониная Елена Станиславовна
Ахмадеева Гульназ Алимжановна
Ахмерова Елена Викторовна
Ахметшина Лайсан Анасовна
Ахтаев Гасан Гасанович
Бабакаева Алла Георгиевна
Бабенко Наталия Алексеевна
Бабич Елена Николаевна
Багдулина Елена Николаевна
Багян Ирина Владимировна
Бадмаева Виктория Викторовна
Базарова Анастасия Владимировна
Бакаева Эла Руслановна
Бакинцева Людмила Вячеславовна
Балабас Елена Ювниальевна
Балакина Ирина Николаевна
Балашкина Нелли Владимировна
Балкова Светлана Федоровна
Балхиярова Жанна Радиковна
Баранова Елена Николаевна
Баранова Людмила Юрьевна
Барбье Светлана Алексеевна
Барредо Алена Павловна
Барсегян Ануш Хачатуровна
Барсукова Татьяна Александровна
Баглаева Нина Константиновна
Бахаева Мадина Саидовна
Бахарев Игорь Викторович
Бахтияров Камиль Рафаэлович
Беденко Елена Сергеевна
Беденкова Надежда Павловна
Безгодова Екатерина Борисовна
Безденежных Наталья Александровна
Белова Зинаида Владимировна
Белозерова Светлана Аркадьевна
Белоусов Евгений Леонидович
Белоусова Евгения Владимировна
Белоцерковская Ольга Борисовна
Белошопкина Наталья Васильевна
Белошевская Ольга Анатольевна
Белых Любовь Владимировна
Белых Оксана Александровна
Бельских Ольга Александровна
Беляева Лариса Анатольевна
Белякова Татьяна Юрьевна
Бердникова Динара Джамалутдиновна
Бережонова Руисия Рамзановна
Береза Надежда Николаевна
Березина Наталья Викторовна
Березовская Елена Станиславовна
Берестовая Жанна Владимировна
Берестянская Ирина Борисовна
Бестаева Нино Павловна
Биттар Наталья Владимировна
Блягоз Фарида Вячеславовна
Боброва Ольга Вальтеровна
Бова Елена Викторовна
Богатырева Людмила Магомедовна
Богданова Елена Николаевна
Боголюбова Валерия Анатольевна
Бодина Светлана Алексеевна
Бодрова Ольга Александровна
Бодрова Юлия Юрьевна
Бойченко Тамара Александровна
Бокучава Наталья Владимировна
Болдырева Валерия Анатольевна
Бонарцева Татьяна Юрьевна
Бондаренко Елена Сергеевна
Бондаренко Ирина Павловна
Борейша Лидия Андреевна
Борисенко Юлия Владимировна
Борисова Лариса Ивановна
Борисова Татьяна Михайловна
Борышина Елена Юрьевна
Бочарникова Ирина Викторовна
Бочкарева Лейла Азимовна
Бронникова Елена Николаевна
Брыков Сергей Анатольевич
Бубнова Лариса Николаевна
Бубновская Анжелика Александровна
Бугаец Лариса Геннадьевна
Бугрова Людмила Николаевна
Бузовская Нинель Валерьевна
Буланова Марина Георгиевна
Булатова Елена Александровна
Булгакова Альфия Zufаровна
Бумашина Ольга Владимировна
Бунина Ирина Владимировна
Буниятян Ануш Овиковна
Буняева Елена Михайловна
Бурмистрова Наталья Леонидовна
Буторова Людмила Ивановна
Бутранова Ираида Александровна
Буянова Марина Николаевна
Быкова Вера Анатольевна
Быковская Анна Петровна
Бялик Зоя Михайловна
Ваганова Екатерина Владимировна
Важенина Наталья Николаевна
Важурова Наталья Геннадьевна
Вакула Евдокия Эдуардовна
Валл Татьяна Евгеньевна
Вариводина Ольга Николаевна
Вартанова Ирина Сергеевна
Варшавчик Мария Витальевна



Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна»

Васильева Евгения Степановна
 Васильева Елена Владимировна
 Васильева Наталия Михайловна
 Васильева Ольга Александровна
 Васюткова Ольга Алексеевна
 Вахидова Дилара Мухтаровна
 Вдович Кристина Юрьевна
 Веденеев Дмитрий Евгеньевич
 Ведерникова Юлия Викторовна
 Вельман Ольга Петровна
 Веревкина Оксана Владимировна
 Виллевалде Светлана Вадимовна
 Виноградова Людмила Николаевна
 Виноградова Наталья Александровна
 Виноградова Светлана Валентиновна
 Виноградская Ольга Игоревна
 Виталенко Александр Степанович
 Витюшова Ольга Алексеевна
 Вишневецкая Марина Алексеевна
 Вишневецкий Владимир Владимирович
 Владимирова Татьяна Валентиновна
 Власова Марина Борисовна
 Волкова Елена Валерьевна
 Волкова Татьяна Павловна
 Волобьева Елена Юрьевна
 Володарская Надежда Дмитриевна
 Володичкина Светлана Евгеньевна
 Волошина Марина Алексеевна
 Вольнкина Анна Петровна
 Воронина Татьяна Васильевна
 Восканян Валентина Михайловна
 Габибова Диана Сандахмедовна
 Гаврилова Ольга Игоревна
 Гаврюченков Дмитрий Валерьевич
 Гагиева Олеся Зауровна
 Галиакбаров Марат Фанисович
 Галустян Медея Владимировна
 Гамазина Елена Ивановна
 Ганиман Ирина Ивановна
 Гапаева София Петровна
 Гаргалык Юлия Васильевна
 Гасникова Оксана Александровна
 Гейбатовая Ирина Адилевна
 Герич Оксана Ивановна
 Гешелина Марина Владимировна
 Гимадеева Ольга Борисовна
 Гладкова Анна Ильинична
 Глостян Айкадуш Гегайровна
 Глушков Константин Сергеевич
 Гнутова Злата Вячеславовна
 Голикова Татьяна Владимировна
 Голинская Ольга Ивановна
 Голубева Лина Александровна
 Голякова Татьяна Сергеевна

Гончаренко Оксана Николаевна
 Гончарова Виктория Васильевна
 Гончарова Ирина Викторовна
 Гончарова Наталья Евгеньевна
 Гончарова Наталья Леонидовна
 Горбачевич Юнна Андреевна
 Горбунова Анжелика Сергеевна
 Горелова Юлия Константиновна
 Горохова Вера Валерьевна
 Готовчик Ольга Алексеевна
 Грачева Елена Николаевна
 Грачева Людмила Александровна
 Григорьян Владлена Владимировна
 Григорян Жасмен Арташесовна
 Григорян Лиана Тиграновна
 Гришина Оксана Викторовна
 Губина Елена Витальевна
 Губкина Валерия Алексеевна
 Губская Елена Валерьевна
 Гудкова Татьяна Константиновна
 Гужихина Елена Евстафьевна
 Гульдеева Светлана Владимировна
 Гуляева Наталья Ивановна
 Гуменская Наталья Валерьевна
 Гуняева Маргарита Анатольевна
 Гурждиева Светлана Георгиевна
 Гусева Оксана Алексеевна
 Гусова Залина Руслановна
 Гуфраева Ануза Фиргатовна
 Гучмазова Фатима Юрьевна
 Гущина Ирина Владимировна
 Давлятова Мадина Казымовна
 Дадашева Марина Николаевна
 Дадонина Наталья Михайловна
 Данилов Александр Леонидович
 Девяткова Ольга Сергеевна
 Дейкало Юлия Вячеславовна
 Демичева Татьяна Петровна
 Денисова Марина Николаевна
 Деняк Ирина Владимировна
 Дербенева Ольга Валентиновна
 Джабиева Нина Тазеевна
 Джалилова Людмила Мухмудовна
 Джашиашвили Мэгги Джемаловна
 Джуракулова Марина Шадмановна
 Дмитриева Людмила Борисовна
 Дмитрова Лидия Андреевна
 Добрынская Елена Валерьевна
 Довбня Екатерина Александровна
 Долбина Лариса Николаевна
 Долженкова Надежда Александровна
 Доржиева Соелма Дашиевна
 Дорофеева Лариса Анатольевна
 Доскина Елена Валерьевна

Дроздович Елена Александровна
 Дружникова Людмила Николаевна
 Дубоносова Людмила Васильевна
 Дубровина Ярослава Алексеевна
 Дубякина Юлия Владимировна
 Дубянская Наталья Владимировна
 Дудак Татьяна Александровна
 Дудиева Марина Георгиевна
 Дымченко Максим Михайлович
 Дыренкова Мария Сергеевна
 Дьяченева Евгения Георгиевна
 Дьячкова Ольга Сергеевна
 Евдокимова Надежда Викторовна
 Евлоева Марем Баматгереевна
 Егоренко Елена Анатольевна
 Егорова Нелли Анатольевна
 Егорова Ольга Николаевна
 Егорова Юлия Владимировна
 Егорычева Маргарита Павловна
 Ежова Галина Анатольевна
 Елецкая Анна Осиповна
 Елисеева Ирина Владимировна
 Елфимова Елена Константиновна
 Елькина Виктория Анатольевна
 Ермакова Надежда Юрьевна
 Ермакова Наталья Петровна
 Ерохина Екатерина Николаевна
 Ерохина Ирина Леонидовна
 Ефремова Алла Васильевна
 Жарикова Светлана Викторовна
 Жаркова Альбина Ивановна
 Желомская Людмила Геральдовна
 Жерлицина Елена Анатольевна
 Живицкая Эльвира Викторовна
 Жигалова Екатерина Сергеевна
 Жимайлова Наталья Геннадьевна
 Житниковская Анна Леонтьевна
 Жукова Галина Сергеевна
 Журавлев Алексей Владимирович
 Журавлев Федор Юрьевич
 Жучкова Елена Александровна
 Забровская Светлана Анатольевна
 Заваргицына Надежда Михайловна
 Завьялова Татьяна Петровна
 Заерова Лейсан Марисовна
 Зайнутдинова Елена Николаевна
 Зайцева Ирина Алексеевна
 Зайцева Мария Сергеевна
 Зайцева Ольга Ивановна
 Закирова Надира Козымовна
 Залем Ирина Анатольевна
 Залялетдинова Рулия Фарраховна
 Зарова Мария Владимировна
 Заславская Анастасия Валерьевна



Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна»

Захарова Наталья Владимировна
Захарова Наталья Сергеевна
Захарова Светлана Владимировна
Захарян Елена Хореновна
Захезина Людмила Владимировна
Звенигородская Лариса Арсентьевна
Звягина Елена Михайловна
Звягинцева Светлана Леонидовна
Зглавуца Ольга Георгиевна
Землянухина Анна Александровна
Зенкова Вера Григорьевна
Зеновьева Татьяна Александровна
Зиганшина Елена Петровна
Зиминова Наталья Яковлевна
Зимнякова Инна Вячеславовна
Зиновьева Людмила Александровна
Зитц Сергей Владимирович
Знак Мария Михайловна
Зубаткина Татьяна Николаевна
Зуева Татьяна Николаевна
Ибрагимова Элина Измаиловна
Ибятова Айгуль Фаннуровна
Иванкова Инна Гершевна
Иванова Елена Константиновна
Иванова Ирина Ивановна
Иванова Марина Анатольевна
Иванова Ольга Ивановна
Иванова Татьяна Валентиновна
Иванова Татьяна Геннадьевна
Иванова Татьяна Ильинична
Иванова Татьяна Леонидовна
Иванцова Галина Владимировна
Ивашина Елена Гивиевна
Игнарина Ольга Сергеевна
Игнатченко Наталья Николаевна
Ильева Татьяна Львовна
Ильченко Александр Степанович
Ильяшенко Елена Анатольевна
Иманалиева Патимат Гаджиевна
Исаева Ирина Валерьевна
Исаева Марина Александровна
Исаенко Александра Юльевна
Исакова Светлана Геннадьевна
Искра Татьяна Ивановна
Исмаилов Анвар Магомедович
Истомина Лариса Филипповна
Итисон Елена Михайловна
Ихсанова Ирина Николаевна
Ишкова Наталья Рауфовна
Кабанова Олеся Александровна
Кадахчян Карине Олеговна
Каде Сусанна Хазретовна
Казаева Наталья Сергеевна
Казанцева Елизавета Эдуардовна
Казаринова Наталья Юрьевна
Казаченко Светлана Анатольевна
Кайгородов Алексей Викторович
Калашникова Евгения Валерьевна
Калашникова Елена Александровна
Калашникова Ольга Алексеевна
Каливо Ольга Людвиговна
Калинникова Алена Александровна
Калистратова Татьяна Николаевна
Камеристова Елизавета Юрьевна
Камкина Татьяна Владимировна
Камышинова Людмила Александровна
Кандур Анастасия Орестовна
Кантанова Ольга Васильевна
Карабаева Светлана Ивановна
Караваева Татьяна Геннадьевна
Караева Елена Васильевна
Каралова Айшат Курбановна
Караченцева Ирина Владимировна
Карманова Светлана Александровна
Карпова Татьяна Павловна
Карташова Наталья Васильевна
Карцева Наталья Сергеевна
Каршакевич Ирина Васильевна
Касаткина Светлана Григорьевна
Каткова Ольга Николаевна
Кашина Ольга Викторовна
Каширина Елена Жоржевна
Кашкина Наталья Викторовна
Каюмова Гульбахор Абдунабиевна
Киселева Оксана Александровна
Кислицына Татьяна Юрьевна
Клачкова Елена Владимировна
Клебанова Елена Михайловна
Клюкина Екатерина Олеговна
Кобычева Елена Кузьминична
Ковалева Ирэна Георгиевна
Ковалева Лариса Николаевна
Ковалева Татьяна Витальевна
Коваль Мария Борисовна
Ковач Валентина Николаевна
Ковтунова Наталья Петровна
Козлова Алла Николаевна
Козлова Ирина Григорьевна
Козлова Марина Владимировна
Козловская Елена Александровна
Козловская Елена Леонидовна
Козырева Диана Николаевна
Колесникова Ирина Владимировна
Колесникова Татьяна Александровна
Колесниченко Юлия Анатольевна
Колехаева Оксана Руслановна
Комарова Надежда Александровна
Комиссарова Екатерина Михайловна
Комиссарова Нина Петровна
Кондрашов Владимир Иванович
Концевая Татьяна Борисовна
Конькова Ольга Викторовна
Копенкина Марина Владимировна
Коркина Татьяна Александровна
Корнеева Наталья Александровна
Королева Людмила Левоновна
Королева Юлия Борисовна
Короткова Ирина Ивановна
Корсакова Ирина Анатольевна
Корчагина Татьяна Михайловна
Косицина Марина Валерьевна
Костьо Елена Владимировна
Костюк Светлана Викторовна
Косякова Анна Анатольевна
Коцуруба Анна Витальевна
Кочеткова Наталья Михайловна
Кошелева Татьяна Викторовна
Кравцова Лариса Владимировна
Кравченко Анна Владимировна
Кравченко Генриетта Георгиевна
Крапивина Наталья Александровна
Красникова Ольга Александровна
Краснова Елена Станиславовна
Краснова Наталия Александровна
Кремер Ольга Аркадьевна
Кремешкова Наталья Александровна
Кривоносова Галина Алексеевна
Крикунова Ольга Владимировна
Круглова Елена Леонидовна
Крюкова Мария Константиновна
Крюченко Оксана Эдуардовна
Кудина Елена Алексеевна
Кудинова Анна Викторовна
Кудинова Светлана Валерьевна
Кудрявцева Александрина Владимировна
Кудрякова Светлана Владимировна
Кудряшова Наталья Олеговна
Кудырова София Саитовна
Кузина Алла Валерьевна
Кузнецов Денис Игоревич
Кузнецова Галина Васильевна
Кузнецова Елена Васильевна
Кузнецова Елена Ильинична
Кузнецова Ирина Всеволодовна
Кузнецова Людмила Владимировна
Кузнецова Наталья Семеновна
Кузнецова Светлана Владимировна
Кузьмин Михаил Валентинович
Кузьмина Анастасия Михайловна
Кузьмина Анна Георгиевна
Кузьмина Вера Алексеевна
Кузьмина Елена Алексеевна



Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна»

Кузьмина Ксения Алексеевна
 Кузьмина Лариса Васильевна
 Кузьмина Юлия Борисовна
 Кузьмина Светлана Васильевна
 Кузьмицкая Екатерина Владимировна
 Куксова Татьяна Васильевна
 Кукушкина Нелли Кемильевна
 Кулакова Наталья Ивановна
 Куликова Наталья Валерьевна
 Кульгина Елена Викторовна
 Куприянова Любовь Ильинична
 Курбанова Камиля Османовна
 Куринная Елена Алексеевна
 Курыкина Татьяна Геннадьевна
 Курышева Татьяна Александровна
 Куценко Людмила Николаевна
 Кучукова Роза Бакеевна
 Кушков Рустам Хасбиевич
 Лабусова Татьяна Степановна
 Лагутина Анжелика Анатольевна
 Лагутина Наталья Петровна
 Ладунова Евгения Витальевна
 Лазаренко Феликс Эдуардович
 Ламухина Оксана Анатольевна
 Лапаткина Наталия Юрьевна
 Лапина Галина Михайловна
 Лапина Ирина Михайловна
 Лапшина Екатерина Владимировна
 Ларионов Олег Викторович
 Ларионова Алла Евгеньевна
 Ласточкина Елена Григорьевна
 Латкина Наталья Владимировна
 Лебедев Сергей Николаевич
 Лебедева Алла Николаевна
 Лебедева Оксана Игоревна
 Лебедева Ольга Валерьевна
 Левонян Наира Леваевна
 Лейнова Елена Валерьевна
 Лелюхина Наталья Алексеевна
 Леонова Валентина Ивановна
 Летунова Ксения Валентиновна
 Лещенко Ольга Ярославовна
 Лещенок Татьяна Владимировна
 Лиладзе Зинаида Николаевна
 Лименько Евгений Анатольевич
 Липчина Ольга Ивановна
 Лисова Оксана Георгиевна
 Лисогор Галина Ивановна
 Лисютинна Ольга Анатольевна
 Литвинова Нина Петровна
 Лифанова Ирина Ефимовна
 Лиханова Ольга Александровна
 Лихневич Светлана Николаевна
 Лишута Элеонора Алексеевна

Лобанова Екатерина Александровна
 Лобджанидзе Тина Викторовна
 Лободина Ирина Эдуардовна
 Лобыкина Елена Николаевна
 Логинова Людмила Ивановна
 Локян Ирина Овсеповна
 Ломакина Светлана Васильевна
 Ломухина Оксана Анатольевна
 Лоскутова Юлия Петровна
 Лощинина Юлия Николаевна
 Луганская Екатерина Владимировна
 Лукина Екатерина Викторовна
 Лукина Марина Рудольфовна
 Лукина Мария Юрьевна
 Лукьянова Надежда Александровна
 Лысачева Инна Анатольевна
 Лысенко Юлия Петровна
 Лычагина Эльвира Рудольфовна
 Лычменко Елена Александровна
 Ляпина Галина Константиновна
 Магомедова Мариан Хановна
 Макарова Елена Викторовна
 Макарова Ирина Юрьевна
 Макарова Наталья Владимировна
 Макарова Наталья Николаевна
 Макаровская Алла Петровна
 Макеев Иван Евгеньевич
 Макиян Николай Хачатурович
 Максимова Ольга Гавриловна
 Макулова Антонина Витальевна
 Малашчева Ольга Александровна
 Малус Марина Витальевна
 Малышенко Юлия Александровна
 Мальцева Екатерина Ивановна
 Мальцева Ольга Викентьевна
 Малюченко Галина Николаевна
 Мангушева Татьяна Михайловна
 Манерова Наталья Владимировна
 Мановицкая Анжелика Владимировна
 Мануйлова Алла Александровна
 Манукян Лусине Андриковна
 Манцева Ольга Сергеевна
 Маркин Андрей Владимирович
 Маркина Ирина Михайловна
 Мартемьянова Елена Григорьевна
 Мартирасян Наира Таировна
 Мартынова Наталья Валентиновна
 Масалыгина Галина Ивановна
 Маслова Марина Александровна
 Матвеева Виолетта Николаевна
 Матвеева Наталья Алексеевна
 Маткова Валентина Витальевна
 Матушкина Наталья Александровна
 Махалина Татьяна Викторовна

Махова Татьяна Александровна
 Махрова Ольга Кимовна
 Мацик Наталья Викторовна
 Машкова Татьяна Владимировна
 Мдивнишвили Хатуна Бадриевна
 Мегерян Светлана Дмитриевна
 Медведева Марина Александровна
 Мейпариани Елена Владимировна
 Мельникова Наталия Сергеевна
 Мельчинская Светлана Ивановна
 Мелюхина Галина Николаевна
 Мензелинцева Виктория Александровна
 Мефодьева Татьяна Анатольевна
 Мещерякова Галина Ибрагимовна
 Мещерякова Елена Викторовна
 Минина Ираида Владимировна
 Минкин Сергей Рафилович
 Минченко Елена Юрьевна
 Мирзоян Жасмина Владимировна
 Мирманова Наталья Михайловна
 Мирчева Татьяна Федоровна
 Мисчанчук Светлана Александровна
 Митюкова Ольга Николаевна
 Михайлова Галина Николаевна
 Михайлова Наталья Петровна
 Михайлова Светлана Эдуардовна
 Михайлошина Елена Владимировна
 Михура Лариса Борисовна
 Мичурина Людмила Васильевна
 Мишустина Елена Николаевна
 Мовсеян Стелла Давидовна
 Моисеева Ирина Владимировна
 Моисеева Ольга Борисовна
 Моисеева Ольга Владимировна
 Монастырская Ксения Александровна
 Морозова Наталья Павловна
 Московская Надежда Владимировна
 Мошкова Галина Григорьевна
 Мудрикова Ирина Геннадьевна
 Муравьева Людмила Владимировна
 Муравьева Наталья Алексеевна
 Мурашова Ольга Юрьевна
 Мурзаканова Оксана Резуановна
 Мурзакова Ольга Артуровна
 Мусалитина Татьяна Борисовна
 Мухамеджанова Азиза Рустамовна
 Мухутдинова Марина Геннадьевна
 Мушинская Кира Владимировна
 Набиева Парвин Асимовна
 Набоких Наталья Борисовна
 Нагорная Людмила Анатольевна
 Нагорнова Марина Михайловна
 Надвикова Алевтина Витальевна
 Надршина Светлана Михайловна



Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна»

Назарова Ольга Николаевна
Насыртдинова Алия Данисовна
Наумова Наталья Викторовна
Наумова Наталья Георгиевна
Наумова Татьяна Григорьевна
Некторова Ирина Евгеньевна
Немчинова Елена Владимировна
Нестеровская Ирина Владимировна
Нехаева Татьяна Ивановна
Нечепоренко Лилиана Николаевна
Нигиян Гаяне Рубеновна
Никитина Альбина Николаевна
Никитина Лариса Васильевна
Никитина Людмила Геннадьевна
Никитина Оксана Евгеньевна
Никитина Светлана Анатольевна
Никифорова Олеся Эдуардовна
Николаева Елена Алексеевна
Николова Маргарита Сергеевна
Никулин Алексей Валерьевич
Новак Людмила Анатольевна
Новиков Роман Анатольевич
Новицкая Ирина Александровна
Новосельцева Ирина Аркадьевна
Ночевная Лидия Борисовна
Нужнова Юлия Казбековна
Нураев Наиль Алгенович
Нуриева Эльмира Ахнафовна
Обросова Татьяна Александровна
Обухова Ирина Михайловна
Овсянникова Галина Владимировна
Овчинникова Елена Александровна
Огай Валентина Сергеевна
Оганесян Лала Константиновна
Оджаева Светлана Сергеевна
Односум Алексей Леонидович
Ожерельева Марина Николаевна
Олейник Альфия Фанисовна
Олейчик Ольга Анатольевна
Олиферович Лидия Николаевна
Омарова Зарема Таймуразовна
Омарова Халида Шахбановна
Омельчук Наталья Николаевна
Опарина Марина Петровна
Оранская Алевтина Николаевна
Орлова Екатерина Сергеевна
Орлова Ирина Ивановна
Осадчева Лариса Владимировна
Осипова Ирина Евгеньевна
Осипова Лусина Львовна
Осипова Наталья Николаевна
Осокова Наталья Владимировна
Павельев Андрей Константинович
Павленина Наталья Николаевна
Павленко Ольга Алексеевна
Павлова Евгения Валерьевна
Пак Юлия Дюнировна
Паламарчук Галина Леонидовна
Палапа Светлана Викторовна
Пальченко Евгения Васильевна
Панащенко Алла Николаевна
Паникар Вера Игоревна
Панфилова Диана Сергеевна
Панькова Ольга Викторовна
Панюшкина Галина Матвеевна
Парамзина Полина Ушеровна
Парфененкова Анастасия Александровна
Пастухова Лилия Викторовна
Пастушенко Наталья Сергеевна
Пахомова Наталья Ивановна
Пацких Марина Игоревна
Пашнева Дарья Александровна
Пащук Инна Владимировна
Пекина Анна Викторовна
Пекониди Виктория Казбековна
Пельчер Ирина Петровна
Первова Лилия Александровна
Первушина Вера Юрьевна
Переведенцева Екатерина Валерьевна
Перевозчикова Татьяна Ивановна
Перевязка Александра Александровна
Перистая Елена Владимировна
Перов Владимир Михайлович
Персаева Марианна Феликсовна
Перцова Юлия Викторовна
Першина Раиса Константиновна
Петрашко Татьяна Николаевна
Петрова Ирина Сергеевна
Петрова Светлана Игоревна
Петрова Татьяна Петровна
Петровская Екатерина Юрьевна
Петрухина Елена Дмитриевна
Петрушевская Светлана Васильевна
Петрушина Елена Владимировна
Пилюгина Людмила Петровна
Пирогова Валерия Владимировна
Плавник Татьяна Эдуардовна
Плаkitина Наталия Владимировна
Платонова Надежда Дмитриевна
Плехова Елена Васильевна
Плещева Анастасия Владимировна
Плотникова Юлия Алексеевна
Побединцева Марина Вячеславовна
Поварова Ольга Юрьевна
Подольская Татьяна Викторовна
Подхомутникова Виктория Викторовна
Поклонова Наталья Владимировна
Полукаров Максим Львович
Поляева Ольга Николаевна
Полякова Валентина Васильевна
Полякова Елена Константиновна
Полякова Елена Юрьевна
Полякова Ирина Михайловна
Помыткина Татьяна Евгеньевна
Понамарева Оксана Игоревна
Понежева Бэлла Владиславовна
Пономарёва Елена Николаевна
Попов Юрий Васильевич
Попова Диана Александровна
Попова Елена Михайловна
Попова Ирина Викторовна
Попова Наталья Петровна
Попова Наталья Сергеевна
Попова Ольга Александровна
Поповиченко Татьяна Вигельмовна
Походун Татьяна Юрьевна
Почуева Ирина Евгеньевна
Праслова Ульяна Владимировна
Прокофьева Ольга Игоревна
Пронская Юлия Сергеевна
Просветова Ольга Владимировна
Прохоренко-Коломойцева Ирина Ивановна
Прохорова Ольга Васильевна
Прудникова Марина Александровна
Прянишникова Светлана Владимировна
Пряхина Юлия Михайловна
Пузырькова Инесса Альбертовна
Пуршаева Эйми Шамхаловна
Пушкарева Регина Вячеславовна
Пчелинцева Ольга Владимировна
Пятакова Елена Федоровна
Рабазанова Бубу Султановна
Разова Любовь Викторовна
Разова Ольга Викторовна
Рамазанов Ганила Рамазанович
Рассказова Мария Сергеевна
Ратникова Ольга Семеновна
Рахмихудоева Нигина Гуложатовна
Ревина Наталья Николаевна
Редкозубова Ирина Анатольевна
Ремизова Елена Владимировна
Репникова Юлия Андреевна
Решетова Маргарита Владимировна
Римская Роза Львовна
Рогунова Любовь Ивановна
Родина Татьяна Львовна
Рожкова Людмила Юрьевна
Розина Тэя Павловна
Розовик Оксана Николаевна
Ромайкина Елена Александровна
Романова Елена Александровна



Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна»

Романова Марина Михайловна	Семенчев Дмитрий Геннадьевич	Ступенко Евгений Владимирович
Романова Олеся Викторовна	Сергеева Алла Петровна	Суворина Марина Викторовна
Романова Светлана Владимировна	Сердюк Ирина Юрьевна	Суворкова Галина Николаевна
Романова Эльвира Рамиловна	Серебрякова Зинаида Вячеславовна	Сулейманова Дилара Нуритдиновна
Романовская Галина Анатольевна	Сереваткина Тамара Владимировна	Сунагатулина Гульнара Рамазановна
Россолько Людмила Ивановна	Середа Мария Дмитриевна	Сурова Анна Львовна
Рубанова Марина Александровна	Серкова Елена Юрьевна	Суханкина Ирина Евгеньевна
Рубенкова Алла Анатольевна	Серпионова Лидия Анатольевна	Сухова Ольга Викторовна
Рубина Татьяна Борисовна	Серпуховитин Сергей Юрьевич	Сухочева Елена Михайловна
Руденко Ольга Анатольевна	Сивоконева Елена Николаевна	Сычева Елена Анатольевна
Рудина Лариса Ивановна	Симакова Ольга Ивановна	Сьянова Ольга Евгеньевна
Ружин Алексей Юрьевич	Симонова Галина Николаевна	Тагинцева Наталья Владимировна
Русенко Татьяна Геннадьевна	Синотова Татьяна Николаевна	Тапова Фарида Анибаловна
Русс Ирина Сергеевна	Синявская Татьяна Николаевна	Тарабак Татьяна Алексеевна
Рыбина Юлия Владимировна	Ситникова Елена Ивановна	Тарасова Анна Алексеевна
Рывкина Мария Викторовна	Скляр Александр Петрович	Тарасова Валентина Михайловна
Рыженкова Наталья Валерьевна	Скрипилова Елена Владимировна	Тарасова Елена Валентиновна
Рыжикова Марина Павловна	Сливченко Наталья Ивановна	Тарасянц Оксана Михайловна
Рылова Наталья Анатольевна	Смагулова Сауле Копжасаровна	Таратунина Татьяна Юрьевна
Рябов Вадим Анатольевич	Смирнов Виктор Дмитриевич	Тен Оксана Леонидовна
Саакян Инесса Саркисовна	Смирнова Ирина Витальевна	Теняева Елена Анатольевна
Саблина Ольга Николаевна	Соболева Людмила Ивановна	Тер-Григорьянц Луиза Александровна
Сабуренко Марина Борисовна	Согомонян Каринэ Вагаршаковна	Терлянская Александра Леонидовна
Савельева Елена Петровна	Соколова Елена Николаевна	Терновая Галина Тимофеевна
Савельева Татьяна Сергеевна	Соколовская Иоланта Эдуардовна	Тер-Погосова Елена Гагиковна
Савичева Наталья Васильевна	Соловьева Инна Владимировна	Тигай Жанна Геннадиевна
Савушкина Ирина Юрьевна	Соловьян Ирина Константиновна	Тиммерман Вероника Федоровна
Савченко Лилия Анатольевна	Солодина Наталья Ильинична	Тимофеева Галина Дмитриевна
Сагитова Венера Владиславовна	Солодовник Валентина Алексеевна	Тимохина Екатерина Сергеевна
Садыхов Рустам Назимович	Соломонова Ольга Анатольевна	Тимченко Ольга Николаевна
Садыхова Динара Камильевна	Солошенко Инна Николаевна	Тиунова Нина Дмитриевна
Сакаева Наима Алеевна	Солтанова Ольга Николаевна	Тихонравова Людмила Алексеевна
Сакович Елена Иваровна	Солужанова Татьяна Николаевна	Ткач Лариса Леонидовна
Салатова Диана Исмаиловна	Сопроненко Петр Михайлович	Ткачева Галина Григорьевна
Салитова Вероника Владимировна	Сорокина Валентина Константиновна	Ткаченко Елена Николаевна
Салманова Альбина Гайдаровна	Сотникова Лариса Степановна	Ткачук Юлия Анатольевна
Саломатина Елена Юрьевна	Союстова Елена Леонидовна	Толмачева Мария Романовна
Салфетникова Жанна Федоровна	Стабровская Надежда Владимировна	Томилина Ирина Анатольевна
Сальцева Изабелла Семеновна	Старикова Ольга Владимировна	Томилова Елена Николаевна
Самойленко Светлана Борисовна	Старков Олег Петрович	Тошматова Дилбар Ахмадовна
Самойлова Юлия Геннадьевна	Старостина Лидия Александровна	Третьякова Светлана Андреевна
Самоховец Вера Алексеевна	Старыгина Ирина Евгеньевна	Трошина Елена Рудольфовна
Сапрыкина Людмила Витальевна	Степанова Евгения Михайловна	Трубина Ольга Николаевна
Сапрыкина Ольга Алексеевна	Степанова Татьяна Владимировна	Трушина Людмила Николаевна
Сарванова Алла Владимировна	Степанова Юлия Александровна	Тумасова Виктория Николаевна
Сардинов Руслан Талькатович	Степкина Екатерина Станиславовна	Турова Татьяна Анатольевна
Сас Евгений Иванович	Степченкова Оксана Валерьевна	Турусина Тамара Александровна
Сафонова Оксана Анатольевна	Столярова Валентина Александровна	Тюкова Ирина Сергеевна
Сафронова Татьяна Ильдаровна	Сторожева Оксана Александровна	Тюленева Ирина Михайловна
Свалюк Галина Георгиевна	Стрелкова Светлана Николаевна	Угрюмова Людмила Юрьевна
Свиридова Мария Ивановна	Стрелюхина Ирина Дмитриевна	Ульянова Ольга Александровна
Селиванова Екатерина Владимировна	Строганова Елена Геннадьевна	Усманова Мавзуна Инамджоновна
Семенова Елена Геннадьевна	Струихина Ирина Владимировна	Устинова Евгения Александровна
Семенова Татьяна Болеславовна	Струтиевская Наталья Александровна	Устинова Любовь Эдуардовна



Список врачей, принявших участие в наблюдательной программе «Весна»

Устинова Наталья Юрьевна
Устинова Татьяна Васильевна
Уткина Ирина Марковна
Уткина Наталья Ивановна
Уфимцева Ирина Владимировна
Ухина Адель Юрьевна
Ушакова Инна Вячеславовна
Фаворская Ольга Анатольевна
Фадеева Наталья Ивановна
Феданова Наталья Николаевна
Федачук Ирина Олеговна
Федорова Людмила Григорьевна
Федорова Эльвира Рагибовна
Федорова Юлия Владленовна
Федотова Ирина Владимировна
Федотова Светлана Юрьевна
Фенёва Татьяна Николаевна
Филатова Ирина Ивановна
Филатова Оксана Юрьевна
Филатова Ольга Митрофановна
Филиппова Марина Ивановна
Филиппович Ольга Николаевна
Флоринская Оксана Валерьевна
Фокина Юлия Алексеевна
Фоменко Светлана Васильевна
Фомина Светлана Викторовна
Фомичёва Вера Ивановна
Фошина Ольга Николаевна
Францева Светлана Евгеньевна
Фраткина Татьяна Рафаиловна
Фурлет Яна Владимировна
Фурсова Наталья Алексеевна
Футоран Нина Анатольевна
Хаджичкова Радмира Дохатовна
Хайбулина Эльмира Талгатовна
Халитова Ирина Рашитовна
Хамидова Диана Магомедоековна
Харахулах Марина Ивановна
Харитонов Заира Магомедовна
Харитоновна Наталия Евгеньевна
Хасия Элисо Михайловна
Хачатрян Анаит Даниеловна
Хачатурян Диана Ригаевна
Хачикян Эрмине Сережаевна
Хеммелис Ксения Витальевна
Хитрин Лев Эдуардович
Хмара Наталья Валентиновна
Ходакова Юлия Вячеславовна
Ходькова Елена Владимировна
Хомутова Елена Валерьевна
Хохлова Ольга Алексеевна
Хромова Екатерина Николаевна
Хужахметова Диляра Харисовна
Хусаинова Венера Хайдаровна
Царенок Марина Владимировна
Цветкова Елена Владиславовна
Цветкова Роза Романовна
Целуйко Светлана Валерьевна
Цулая Лолита Карловна
Цыбаков Сергей Викторович
Цымбалюк Ирина Анатольевна
Цырова Раиля Акрамоновна
Чайникова Элеонора Ивановна
Чакукова Эльвира Фяритовна
Чаплыгина Марина Васильевна
Чарчян Изабелла Рафаэловна
Чегис Анна Игоревна
Чейшивили Майя Гамлетовна
Чекота Нина Викторовна
Чергинская Зарина Ильдаровна
Черенкова Наталья Викторовна
Черкашина Нина Григорьевна
Черненко Оксана Александровна
Чернобров Наталья Николаевна
Чернова Елена Викторовна
Чернова Татьяна Викторовна
Чехута Наталья Анатольевна
Чмарова Ирина Викторовна
Чуева Елена Николаевна
Чукбар Ирина Евгеньевна
Чумак Лариса Владимировна
Чумакова Ирина Павловна
Чурносова Юлия Юрьевна
Чутчикова Татьяна Алексеевна
Шабанова Лала Юрьевна
Шаганова Ольга Александровна
Шагинова Эмма Макаровна
Шагунова Марина Олеговна
Шакирова Зильфира Абдулхаковна
Шакурова Наилия Дусиловна
Шангичева Татьяна Петровна
Шанина Лариса Евгеньевна
Шантурова Евгения Ибрагимовна
Шапочник Ирина Анатольевна
Шарапова Юлия Анатольевна
Шарофетдинов Андрей Сергеевич
Шаткарь Елена Валерьевна
Шафигуллина Зульфия Ривгатовна
Шафиева Ирина Алексеевна
Шахбанова Нурия Валихановна
Шварц Наталия Михайловна
Швец Александра Александровна
Швец Алла Евгеньевна
Швец Валентина Ивановна
Швецова Нина Петровна
Шевелева Ольга Алексеевна
Шевченко Валентина Евгеньевна
Шевченко Людмила Сергеевна
Шевчук Вячеслав Владимирович
Шелгунов Дмитрий Вячеславович
Шелест Татьяна Алексеевна
Шелякова Оксана Александровна
Шенгелия Екатерина Георгиевна
Шенец Ольга Александровна
Шерстюкова Наталья Васильевна
Шестакова Екатерина Сергеевна
Шестова Елена Владимировна
Шестопалова Татьяна Геннадьевна
Шиганова Гульнара Маратовна
Шилова Наталья Борисовна
Шимякина Алла Ивановна
Шириев Аман Гулмурадovich
Ширяева Ирина Васильевна
Ширян Людмила Ивановна
Шитко Елена Михайловна
Шиц Светлана Алексеевна
Шишкова Светлана Юрьевна
Шмакова Наталья Владимировна
Шнякина Ольга Ивановна
Шубина Елена Федоровна
Шуваева Фатима Капаевна
Шукакидзе Мака Бондоевна
Шуманова Татьяна Владимировна
Шушпанова Жанна Александровна
Щеглова Татьяна Владимировна
Щерба Марина Александровна
Щербакова Лариса Валентиновна
Щербакова Лариса Михайловна
Щербакова Людмила Николаевна
Щербакова Юлия Валерьевна
Щербина Лидия Александровна
Эйхенбаум Ирина Юрьевна
Эксюзян Людмила Алексеевна
Эльгудина Марина Анатольевна
Югрин Наталья Васильевна
Юлдашева Эльмира Эркиновна
Юнева Галина Леонидовна
Юркутова Оксана Константиновна
Язвенко Елена Геральдовна
Якимова Екатерина Игоревна
Якова Диана Рустамовна
Яковлев Валерий Николаевич
Яковлева Елена Александровна
Яковлева Людмила Ивановна
Яковлева Ольга Михайловна
Янкина Татьяна Николаевна
Янковская Галина Васильевна
Ярмухаметова Диана Ильдаровна
Ярославцева Оксана Геннадьевна
Ярыгин Андрей Александрович
Яшкина Екатерина Викторовна

Алгоритм применения РЕДУКСИНА и мониторинга эффективности и безопасности терапии

Взрослый с ожирением/излишним весом: исходный ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ или ИМТ $\geq 27 \text{ кг/м}^2$ при наличии диабета II типа в сочетании с дислипидемией и отсутствие результата от диеты и физических упражнений.

Неснижение веса при диете и физической нагрузке

НЕТ

Не применять

ДА

Рассмотреть возможность лечения

Имеется установленное сердечно-сосудистое заболевание или неконтролируемая артериальная гипертензия $> 145/90 \text{ мм рт. ст.}$

ДА

Не применять

НЕТ

Рассмотреть возможность лечения

На 2-х последовательных визитах пульс и/или артериальное давление превышает пределы увеличения на 10 уд. в минуту или 10 мм рт.ст. или 145/90 мм рт.ст.; пациент не снизил вес на 2 кг при приёме дозы 15 мг Редуксина в течение 4 недель

ДА

Прекратить лечение

НЕТ

Продолжить лечение

На 2-х последовательных визитах пульс и/или артериальное давление превышает пределы увеличения на 10 уд. в минуту или 10 мм рт.ст. или 145/90 мм рт.ст.; после 3 месяцев лечения снижение веса составляет $< 5\%$ от исходной массы тела; начиная с 4 месяца лечения обратный набор веса составляет $> 3 \text{ кг}$ от ранее достигнутого снижения

ДА

Прекратить лечение

НЕТ

Рассмотреть возможность продолжения лечения до 12 месяцев





ПримаВера
МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ РЕДУКСИНА

ВСЕРОССИЙСКАЯ ПРОГРАММА
БЕЗОПАСНОГО СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Подробности на сайте:

VESCONTROL.RU

И по телефону горячей линии

БЕСПЛАТНАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ
8-800-100-102-1

