



Ожирение – неинфекционная эпидемия XXI века

Широкое распространение ожирения вызывает сегодня озабоченность медиков практически во всех странах мира. С этим состоянием связано множество сопутствующих заболеваний, значительно снижающих качество жизни и сокращающих ее продолжительность. При этом добиться стойкого снижения массы тела зачастую довольно трудно. Методы медикаментозной борьбы с ожирением обсудили специалисты из разных городов страны на сателлитном симпозиуме компании «Промо-Мед», проходившем в рамках VI Всероссийского конгресса эндокринологов с международным участием «Современные технологии в эндокринологии». Докладчиками были озвучены первые результаты Всероссийской неинтервенционной наблюдательной программы ВЕСНА.



Профессор
Т.И. Романова

По мнению д. м. н., профессора кафедры эндокринологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва) Т.И. РОМАНЦОВОЙ, сегодня есть все основания говорить о настоящей эпидемии ожирения. Так, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), если вплоть до 1980 г. во всем мире избыточную массу тела и ожирение имело не более 10% населения, то в наши дни в мире насчитывается 1,6 млрд человек с избыточной мас-

Эпидемия ожирения. Предполагаемые причины

сой тела и более 500 млн – с ожирением различной степени. В Индии, например, избыточной массой тела и ожирением страдают до 20% населения, в Китае – до 30%, в Южной Корее – до 40%, в Новой Зеландии и в некоторых скандинавских странах – до 50%, в Великобритании – порядка 65%, а в США – около 80%. В России распространенность избыточной массы тела / ожирения составляет 46,5% среди мужчин и 51,7% среди женщин.

В настоящее время обсуждается множество причин возникновения ожирения: особенности питания, снижение физической активности, генетическая предрасположенность, эпигенетические нарушения, эндокринные дисрапторы, влияние социальных связей, медикаменты, микробиота желудочно-кишечного тракта, поздний возраст материнства, нарушение циркадианных ритмов, внутриутробное программирование, изменение климата. Первосте-

пенную роль в развитии эпидемии ожирения специалисты отводят изменению характера питания (употребление высококалорийных продуктов, увеличение порций пищи, учащение «перекусов», употребление большого количества сладких напитков, еда вне дома) в сочетании с малоподвижным образом жизни. Журнал Forbs, ссылаясь на статистические данные ВОЗ, отмечает, что самой «полной» страной мира является Республика Науру – маленькое островное государство с населением чуть более 10 тыс. человек. До середины прошлого века основным продуктом питания жителей Науру была рыба. В 1950–1960-х гг. началась разработка фосфатных месторождений, как следствие – резко возрос доход на душу населения, но при этом в результате разрушения почвы земледелие стало невозможным. Продукты стали завозить из Новой Зеландии и Австралии, причем мясо – только в консер-



Симпозиум компании «Промо-Мед»
«Ожирение – неинфекционная эпидемия XXI века»

вированном виде. Сегодня в этой стране распространенность избыточной массы тела и ожирения составляет 95%, а диабета – 30%, это самые высокие показатели в мире. Далее профессор Т.И. Романцова рассказала об эволюции научных взглядов на механизмы развития ожирения. Первый этап датируется 1940–1950-ми гг. и связан с началом использования методов стереотаксической хирургии, то есть вживления электродов в мозг. С помощью этого метода в гипоталамусе были обнаружены так называемые центры голода и насыщения, а также была открыта церебральная «система награды»: при стимуляции определенных участков головного мозга у подопытных животных изменялось пищевое поведение, они испытывали «удовольствие». Новый этап ознаменовался применением трейсерного и иммуногистохимического методов (1980). Было показано, что прием пищи контролируется разветвленной сетью нейронов, и говорить о каком-либо дискретном центре, регулирующем массу тела, неправомерно. От использования терминов «центр голода», «центр насыщения» отказались. Сделать следующий шаг позволили достижения в области молекулярной генетики: был открыт лептин – гормон, регулирующий энергетический обмен и массу тела. Наконец, четвертый этап связан с внедрением методов функциональной нейровизуализации – позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ), которые позволяют исследовать функциональную активность мозга в самых различных состояниях: когда человек голоден, когда он ест, когда думает о еде при демонстрации соответствующих изображений и т.п. На современном этапе науки, по словам профессора Т.И. Романцовой, главную роль в гомеостатическом контроле энергообмена отводят гипоталамусу. Дугообразные ядра гипоталамуса прилегают к полупроницаемым капиллярам



Рис. Роль гормонов желудочно-кишечного тракта и жировых депо в регуляции аппетита

срединного возвышения. Благодаря этому «соседству» создаются благоприятные условия для преодоления гематоэнцефалического барьера со стороны огромного числа периферических гормональных сигналов. В дугообразных ядрах содержатся два дискретных пула нейронов. Один пул клеток продуцирует нейропептид Y (НПУ) и агути-подобный белок (АПБ), эти нейроны оказывают анаболическое воздействие, то есть стимулируют прием пищи. Другой пул клеток продуцирует проопиомеланокортин (ПОМК) и кокаин-амфетамин-регулируемый транскрипт (КАРТ), эти клетки обладают кatabолическим эффектом, то есть подавляют процессы потребления пищи. Поскольку эти группы клеток в первую очередь получают и преобразовывают поступающую с периферии информацию о состоянии энергетического баланса, их относят к нейронам первого порядка. Обе группы нейронов первого порядка связаны с паравентрикулярными ядрами, вентромедиальными ядрами, дорсомедиальной, латеральной и перифорникальной областью гипоталамуса, где содержатся нейроны второго порядка, также участвующие

в регуляции питания и расхода энергии. В дугообразных ядрах гипоталамуса инсулин и лептин ингибируют активность НПУ/АПБ-содержащих нейронов и стимулируют ПОМК-/КАРТ-нейроны, что приводит к подавлению аппетита и снижению массы тела. Важнейшей структурой, регулирующей энергообмен, является меланокортиновая система. Данная система включает: 1) меланокортиновые пептиды, альфа-, бета-, гамма-меланоцитостимулирующие гормоны и адренотропный гормон (АКТГ); 2) семейство из пяти связанных с G-белком рецепторов МК1р–МК5р, имеющих 7 трансмембранных фрагментов; 3) белок агути и агути-подобный белок. Альфа-меланоцитостимулирующий гормон является важнейшим гормоном насыщения, под его влиянием снижение массы тела происходит не только вследствие подавления аппетита, но и благодаря увеличению энергозатрат путем воздействия на щитовидную железу, симпатическую нервную систему и бурую жировую ткань. К настоящему времени клонировано 5 типов рецепторов к меланокортинам (МК1р–МК5р), из которых главенствующую роль

эндокринология



На сегодняшний день в Российской Федерации единственным зарегистрированным препаратом центрального действия, используемым в течение длительного времени для лечения ожирения, остается сибутрамин (Редуксин®).

играют рецепторы 3-го и 4-го типа. МКЗр локализуется во многих отделах центральной нервной системы и ряде периферических тканей, включая желудочно-кишечный тракт и плаценту. Рецепторы МКЗр принимают важнейшее участие в регуляции энергобаланса. МК4р экспрессируется преимущественно в центральной нервной системе. Как и МКЗр, рецепторы МК4р предопределяют особенности энергобаланса; путем активации МК4р альфа-меланоцитостимулирующий гормон осуществляет свой анорексигенный эффект. Мутациями МК4р обусловлены 6–10% случаев морбидного ожирения.

Таким образом, клетки гипоталамуса регулируют сложные гормональные реакции, осуществляющие краткосрочный и долгосрочный контроль аппетита, в которых участвуют соответственно гормоны желудочно-кишечного тракта и жировых депо (рис.).

Помимо гомеостатических регуляторов, огромную роль в контроле аппетита играет гедонистический механизм. Даже в отсутствие истинного энергодефицита стремление к получению положительных эмоций (гедонистическое поведение) мотивирует к приему пищи. Работает так называемая система награды: эмоциональное положительное подкрепление под действием вкусной (богатой жирами и углеводами) пищи.

Ожирение можно рассматривать как нарушение баланса между гомеостатическим и гедонистическим контролем. По данным функциональной МРТ, у больных

ожирением наблюдается более высокая активность зон мозга, связанных с «системой награды», то есть с получением удовольствия от вкусной пищи, причем отмечается прямая корреляция между уровнем этой активности и индексом массы тела. У больных ожирением также наблюдается сниженное содержание D2-рецепторов дофамина в полосатом теле, чем обусловлено повышение мотивации к приему пищи.

Таким образом, профессор Т.И. Романцова отметила, что «в понимании сложных механизмов регуляции аппетита достигнуты значительные успехи». На сегодняшний день в Российской Федерации единственным зарегистрированным препаратом центрального действия, используемым в течение длительного времени для лечения ожирения, остается сибутрамин (Редуксин®). На 19-м Европейском конгрессе по ожирению (ЕСО 2012), состоявшемся в мае с.г. в Лионе (Франция), обсуждались результаты международного многоцентрового рандомизированного плацебоконтролируемого клинического исследования SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial), стартовавшего в 2003 г. В исследовании, проводившемся в 300 центрах 17 стран мира, оценивалось влияние снижения массы тела при применении сибутрамина на частоту приступов стенокардии, нарушений мозгового кровообращения и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у больных с ожирением и высоким риском сер-

дечно-сосудистых событий. В исследовании в общей сложности участвовали 10 744 пациента с избыточным весом или ожирением в возрасте старше 55 лет, страдающих сердечно-сосудистым заболеванием и/или сахарным диабетом 2 типа. В первые 6 недель (вводный период) все участники исследования получали сибутрамин на фоне диетотерапии и повышения физической активности. Затем пациенты были рандомизированы на 2 группы: в течение 12 месяцев 4906 человек продолжили прием сибутрамина, а 4898 человек получали плацебо. По окончании периода лечения последовал наблюдательный пятилетний период. У всех пациентов на фоне терапии сибутрамином по завершении вводного периода отмечалось снижение массы тела в среднем на 2,54 кг. Через 12 месяцев в группе сибутрамина масса тела в среднем снизилась на 4,18 кг, в группе плацебо – на 1,87 кг. Для оценки влияния снижения массы тела на риск сердечно-сосудистых нарушений все пациенты были распределены на 3 подгруппы, в зависимости от тяжести сердечно-сосудистой патологии – легкие, средние и тяжелые. Умеренное снижение массы тела – на 3–10 кг, – отмеченное во всех трех подгруппах после вводного периода и 12-месячного этапа терапии, сопровождалось снижением риска смерти от ССЗ в течение 4–5-летнего периода наблюдения¹.

В заключение докладчик подчеркнула, что фармакотерапию ожирения следует начинать только в тех случаях, когда немедикаментозные методы лечения неэффективны. При этом медикаментозная терапия ожирения должна сопровождаться мероприятиями по изменению образа жизни и пищевого поведения. Лечение Редуксином следует проводить исключительно под наблюдением врача и строго в соответствии с инструкцией по применению препарата.

¹ Caterson I.D., Finer N., Coutinho W. et al. Maintained intentional weight loss reduces cardiovascular outcomes: results from the Sibutramine Cardiovascular Outcomes (SCOUT) trial // Diabetes Obes. Metab. 2012. Vol. 14. № 6. P. 523–530.



Симпозиум компании «Промо-Мед» «Ожирение – неинфекционная эпидемия XXI века»

Всероссийская наблюдательная программа ВЕСНА – первые результаты

Заведующая кафедрой эндокринологии и клинической фармакологии Пермской государственной медицинской академии (г. Пермь), профессор Е.Н. СМИРНОВА отметила, что проблема ожирения требует не только дальнейшего изучения предпосылок развития данного заболевания, но и переоценки привычной последовательности практических действий, применяемой лечащим врачом. Все ли делается для того, чтобы обеспечить высокую эффективность терапии? Чаще всего пациенту с ожирением даже не ставится соответствующий диагноз, и врач не считает необходимым обсуждать с пациентом ожирение как таковое и риски, связанные с этим заболеванием. Низкая информированность пациентов и отсутствие правильной мотивации снижают эффективность лечения. «Результаты наших исследований показывают, что отношение к проблеме напрямую зависит от пола: для женщин основная и практически единственная мотивация – внешность, – комментирует Елена Николаевна. – Большинство женщин оказываются не готовы к длительным программам лечения, нацелены на совершенно нереальные результаты: например, за три недели снизить массу тела на 10 кг. Для мужчин все-таки большее значение среди мотивов борьбы с ожирением имеет состояние здоровья». В целом менее половины больных ожирением знают свой вес и готовы его отслеживать

хотя бы 1 раз в месяц, и лишь 10% готовы подсчитывать калорийность пищи.

Ожирение, как правило, связано с различными метаболическими отклонениями, но даже после их коррекции такие пациенты отстают в скорости снижения массы тела от пациентов с неосложненным ожирением. Реакция на лечение зависит и от особенностей пищевого поведения. Эмоциогенное пищевое поведение обуславливает низкую эффективность диетического лечения; пациенты такого типа несколько отстраненно относятся к своему состоянию и зачастую не готовы сотрудничать, по любому поводу устраниваются от контакта с врачом, от проведения обследований и выполнения рекомендаций. Отмеченные особенности пациентов, страдающих ожирением, показывают, что при выборе тактики лечения этого заболевания необходимо учитывать множество факторов.

Далее профессор Е.Н. Смирнова рассказала о мероприятиях, проводимых в г. Пермь в рамках программы ВЕСНА – Всероссийской наблюдательной неинтервенционной программы 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. Программа ВЕСНА была с интересом встречена спе-



Профессор Е.Н. Смирнова

циалистами, знакомыми со спецификой и трудностями борьбы с ожирением. В Перми в программе приняли участие 59 врачей и 802 пациента. Завершили 6-месячный курс терапии Редуксином 423 пациента. При оценке эффективности лечения учитывались следующие показатели (исследовались перед началом и по завершении курса лечения Редуксином): изменение массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), уровня общего холестерина (ОХС), уровня триглицеридов (ТГ), уровня липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) в сыворотке крови. Безопасность лечения оценивалась по динамике показателей артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови.

«На данный момент обработана 51 анкета, предварительные результаты программы ВЕСНА в Перми мы докладываем на основании этой выборки», – уточнила профессор Е.Н. Смирнова. Итак, выборку составил 51 пациент с основным диагнозом «алиментарное ожирение», из них 42 женщины и 9 мужчин, среднего возраста $37,5 \pm 11,1$ лет (19–67 лет), ИМТ – $33,8 \pm 3,7$ кг/м² (29–48 кг/м²). «Большинство пациентов составили молодые женщины с первой

На фоне 6-месячной терапии Редуксином 82% пациентов снизили массу тела более чем на 5%, при этом большинству (83%) рекомендовано увеличение дозы препарата до 15 мг; переносимость препарата можно считать удовлетворительной.

эндокринология



степенью ожирения (ИМТ < 35 кг/м²)), – подчеркнула докладчик.

На старте терапии все пациенты принимали Редуксин в дозе 10 мг 1 раз в сутки, через 1 месяц после анализа динамики массы тела 83% пациентов (41 чел.) были переведены на 15 мг Редуксина 1 раз в сутки, 17% продолжили прием препарата в прежней дозировке. По завершении 6-месячного курса терапии снижение показателя ИМТ составило в среднем $3,84 \pm 0,31$ кг/м² ($p < 0,05$), причем у 43% пациентов отмечено снижение ИМТ свыше 10%, что можно считать хорошим показателем. Абсолютные значения уменьшения массы тела через 6 месяцев терапии Редуксином колебались от 2 до 16 кг. Статистически недостоверными оказались изменения показателя ОТ – раз-

брос значений составил от 2 до 28 см за 6 месяцев. «Анализ липидограммы показал: до лечения 40% пациентов имели показатели ОХС более 5,8 ммоль/л, через 6 месяцев терапии Редуксином таких пациентов стало 12%, а уровень ОХС у этих пациентов уменьшился на 6% относительно исходного, – отметила профессор Е.Н. Смирнова. – Не было выявлено увеличения АД, напротив, оно снижалось. По всей видимости, это объясняется относительно молодым возрастом пациенток. Ожидаемого увеличения ЧСС не было отмечено. Эти данные подтвердили безопасность препарата. При анализе результатов исследования по параметру пищевого поведения оказалось, что число приемов пищи наши пациенты практически не изменили,

но они отмечали, что у них практически исчезло чувство голода, которое ранее приходилось “заедать”. Переносимость препарата в целом была хорошей; отменить препарат пришлось только в одном случае, когда у пациентки через 3 недели приема возникла типичная аллергическая реакция».

В конце выступления Е.Н. Смирнова перечислила основные результаты терапии Редуксином: 82% пациентов снизили массу тела более чем на 5%, при этом большинству (83%) рекомендовано увеличение дозы препарата до 15 мг; переносимость препарата можно считать удовлетворительной. Эти результаты позволяют надеяться, что реальные и устойчивые успехи в борьбе с ожирением вполне достижимы.



К. м. н.
А.П. Волынкина

Доцент кафедры эндокринологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, к. м. н. А.П. ВОЛЫНКИНА проанализировала распространенность эндокринной патологии на примере ситуации в г. Воронеже. По данным за 2007–2011 гг., ежегодный прирост эндокринных заболеваний в городе варьирует в диапазоне 1–3%. Только в прошлом году в Воронеже зарегистрировано более 50 тысяч таких больных. В структуре эндокринной пато-

Коррекция избыточной массы тела – региональный опыт

логии львиную долю – порядка 70% – составляет сахарный диабет, около 20% – болезни щитовидной железы, 7% – ожирение.

В Воронеже проведение программы ВЕСНА осуществлялось при поддержке Воронежского общества эндокринологов и диабетологов (основано в 2001 г., председатель общества – к. м. н. О.Г. Николаев). «Нам было интересно сравнить свой опыт с другими регионами, – комментирует А.П. Волынкина. – Цель программы заключалась в оценке эпидемиологических данных по эффективности и безопасности препарата Редуксин в условиях повседневной отечественной медицинской практики у разных групп пациентов. Одной из задач программы являлось изучение приверженности практикующих специалистов рекомендациям инструкции по медицинскому применению препарата. Включение пациентов в наблюдательную программу ВЕСНА было предпринято с целью обеспечения дополнительного качественного медицинского

контроля на протяжении курса лечения препаратом».

Были определены следующие критерии оценки эффективности препарата: антропометрические данные в динамике (вес, окружность талии, бедер, плеча, шеи), индекс массы тела (ИМТ), особенности пищевого поведения и субъективная оценка самочувствия и качества жизни пациентом (согласно опроснику). При мониторинге безопасности терапии препаратом Редуксин оценивались такие показатели, как динамика артериального давления, изменение частоты сердечных сокращений, биохимические показатели крови: общий холестерин (ОХС) и его фракции, триглицериды (ТГ), глюкоза плазмы крови, общий белок, общий билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ) и аспартатаминотрансфераза (АСТ). В рамках изучения профиля безопасности Редуксина исследовалась частота возникновения и тип нежелательных явлений. «Итак, – начала подведение предварительных итогов программы ВЕСНА в Воронеже А.П. Волы-



Симпозиум компании «Промо-Мед»
«Ожирение – неинфекционная эпидемия XXI века»

кина, – в программе приняли участие 63 врача (55 эндокринологов, 6 гинекологов, 2 терапевта). В программу было включено 1146 пациентов, завершили 6-месячный курс 520 пациентов. Набор пациентов для участия в программе осуществлялся с 15.09.2011 по 23.03.2012. Предварительный анализ результатов исследования проведен на выборке из 52 пациентов». Делая демографическое описание выборки пациентов, А.П. Волынкина подчеркнула, что, в отличие от пермской выборки, представленной профессором Е.Н. Смирновой, пациенты Воронежа были более тучными (ИМТ в среднем составил $38,7 \pm 4,6$ кг/м²) и несколько старше (средний возраст составил $42,1 \pm 11$ (24–59) лет). Из 52 пациентов с диагнозом «алиментарное ожирение», как и в Перми, большинство были женщины – 45, лишь 7 пациентов были мужского пола. Показатель массы тела перед началом терапии колебался в диапазоне 86–157 кг, составив в среднем $107,9 \pm 15,6$ кг. 55% пациентов выборки не имели сопутствующей эндокринной патологии, у 8% в качестве сопутствующего заболевания был сахарный диабет, у 10% – зоб, у 8% – гипотиреоз.

Начальная терапия включала назначение Редуксина в дозе 10 мг 1 раз в сутки, через месяц по итогам анализа динамики снижения массы тела доза препарата корректировалась: 41 пациенту была назначена терапия Редуксином в дозе 15 мг 1 раз в сутки, 11 пациентов продолжили терапию в прежнем режиме.

Оценивая эффективность терапии по параметру пищевого поведения, А.П. Волынкина обратила внимание на то, что до вступления в программу постоянно испытывал чувство голода каждый четвертый участник (27%). После завершения курса навязчивое чувство голода у большинства пациентов исчезло (77%). До начала терапии 6% пациентов принимали пищу более 6 раз в сутки, 8% питались только 2 раза

Снижение ИМТ (-21%) на фоне терапии Редуксином происходило при любой степени ожирения, однако пациентам с 3-й степенью ожирения необходим более длительный, чем 6 месяцев, курс терапии.

в сутки. По завершении 6-месячного курса лечения у всех пациентов отмечена нормализация пищевого поведения: большинство пациентов стали придерживаться диетических рекомендаций, кратность приема пищи составила 3–4 раза в сутки.

На фоне терапии препаратом Редуксин произошло статистически достоверное снижение массы тела в среднем на 21% – со 107 до 85 кг ($p < 0,05$), на 21% снизился ИМТ – с $38,6$ до $30,7$ кг/м² ($p < 0,05$). При этом у пациентов с различной степенью ожирения снижение веса происходило примерно с одинаковой скоростью. Пациенты, исходно имевшие морбидное ожирение (ИМТ > 41 кг/м²), достигли ИМТ 33 кг/м², а пациенты с ожирением 1-й степени достигли показателя ИМТ около 25 кг/м². На фоне лечения среднее уменьшение показателя ОТ составило 22 см (-19%; $p < 0,05$), а ОБ – 17 см (-13%; $p < 0,05$), соотношение «ОТ/ОБ» изменилось с $0,97$ до $0,91$ (6%; $p < 0,05$).

По словам докладчика, для врачей чрезвычайно интересным было оценить плейотропный эффект препарата, в том числе в отношении липидного обмена. По результатам терапии отмечено достоверное улучшение параметров липидного обмена: на 6% снизился уровень ОХС, на 16% – ТГ, на 4% снизился уровень холестерина липопротеидов низкой плотности, на 6% повысился уровень липопротеидов высокой плотности.

«Уровень систолического артериального давления в среднем увеличился на $2,8$ мм рт. ст., диастолического – на $1,7$ мм рт. ст. Отмечено увеличение частоты сердечных сокращений (на 6 уд/мин)

и частоты дыхательных движений (на $0,4$ дд/мин). Повышение артериального давления на фоне терапии Редуксином было зафиксировано у каждого четвертого пациента (27%), а ЧСС – у 42% пациентов», – констатировала А.П. Волынкина. В качестве побочных эффектов терапии пациенты называли сухость во рту (в 8% случаев), субъективное ощущение сердцебиения (в 30% случаев) и снижение аппетита (в 45% случаев).

Завершая выступление, А.П. Волынкина обратила внимание специалистов на то, что снижение ИМТ на фоне терапии Редуксином происходило при любой степени ожирения, однако пациентам с 3-й степенью ожирения необходим более длительный, чем 6 месяцев, курс терапии. Переносимость Редуксина в целом была удовлетворительной; распространенность и выраженность побочных эффектов сибутрамина соответствовали указанным явлениям в инструкции по медицинскому применению препарата. А.П. Волынкина особо отметила, что коррекция веса должна проводиться под контролем специалистов, при строгом соблюдении инструкции по применению препарата. «Оценка показаний и противопоказаний к назначению любого препарата делает побочные эффекты предсказуемыми и управляемыми. В ходе дальнейшего статистического анализа результатов программы ВЕСНА в первую очередь следует уделить внимание критериям безопасности применения препарата Редуксин, а также комплексной оценке состояния здоровья включенных в программу пациентов», – сказала в заключение своего выступления А.П. Волынкина.

эндокринология



Профессор А.С. Аметов

Многофакторный подход к управлению ожирением

века, длительное время имеющего абдоминальное ожирение, обязательно имеются такие признаки, как повышение уровня инсулина, уровня аполипопротеина В, уровня мелких частиц липопротеидов низкой плотности и, наконец, повышение уровня триглицеридов. Таким образом, даже в отсутствие диагноза «диабет» у человека с ожирением метаболический фон способствует поражению сосудов, нарушению свертывающей системы крови, эндотелиальной дисфункции. К моменту установления

тов. Процессы, происходящие в жировой ткани, мышцах и печени, приводят к гипергликемии, а в ответ на гипергликемию развивается компенсаторная гиперинсулинемия, что значительно повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Все это происходит как при сахарном диабете 2 типа, так и на фоне ожирения.

Специалистам все чаще приходится задаваться вопросом: почему так трудно лечить ожирение? По словам профессора А.С. Аметова, дело в том, что ожирение связано с разнообразными и очень сложными метаболическими нарушениями. Одновременно развивается несколько процессов, воздействующих друг на друга. Необходимо понимать ожирение как многофакторное явление. Такой подход диктует необходимость изменения традиционных взглядов на ожирение и принципы его лечения, а также на борьбу с сахарным диабетом. Становится понятно, почему усилия, направленные на достижение гликемического контроля у больных сахарным диабетом, зачастую неэффективны. Необходимо преодолевать консервативность ведения пациентов, применять медикаментозную терапию и, конечно, продолжать изучать патофизиологию ожирения.

«Одной из важных инициатив в борьбе с ожирением является проект ВЕСНА, в котором участвуют 41 тысяча пациентов в России. Сегодня мы услышали лишь два доклада о ходе реализации программы, однако отчеты о первых шагах программы уже позволяют убедиться в ее эффективности. Успешное применение Редуксина в борьбе с ожирением позволяет надеяться, что мы сможем научиться управлять состоянием жировой ткани, обладающей многочисленными и столь важными для организма функциями», – подвел итог симпозиума профессор А.С. Аметов. 🌐

Одной из важных инициатив в борьбе с ожирением является проект ВЕСНА, в котором участвуют 41 тысяча пациентов в России. Успешное применение Редуксина в борьбе с ожирением позволяет надеяться, что мы сможем научиться управлять состоянием жировой ткани, обладающей многочисленными и столь важными для организма функциями.

Ожирение существенно увеличивает риск многих заболеваний, напомнил в начале своего выступления заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии РМАПО, д. м. н., профессор А.С. АМЕТОВ. Среди этих заболеваний на первом месте – сахарный диабет 2 типа. За последние полвека своей многотысячелетней эволюции гомо сапиенс превратился в «гомо макдональдс»; резкое увеличение калорийности питания, малоподвижный образ жизни и другие причины привели к распространению фенотипа, который специалисты иногда называют «гипертриглицеридемическая талия», поскольку увеличение объема талии (абдоминальное ожирение) сопровождается повышением уровня триглицеридов. У чело-

диагноза более половины больных сахарным диабетом 2 типа уже имеют диабетические осложнения. На фоне ожирения медленно, но неотвратимо нарастает инсулинорезистентность, проявляющаяся на разных уровнях. В жировой ткани повышается уровень неэтерифицированных жирных кислот и резистина, снижается уровень адипонектина; в мышцах нарушаются процессы утилизации глюкозы, уменьшается количество гликогена; в печени, как правило, присутствуют хронические воспалительные процессы, и, как следствие, растет уровень ингибитора активатора плазминогена 1, фибриногена, С-реактивного белка, снижается количество липопротеидов высокой плотности и т.д.; поражается эндотелий сосудов, происходит агрегация тромбоци-

эндокринология