



# 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)

эндокринология



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%).

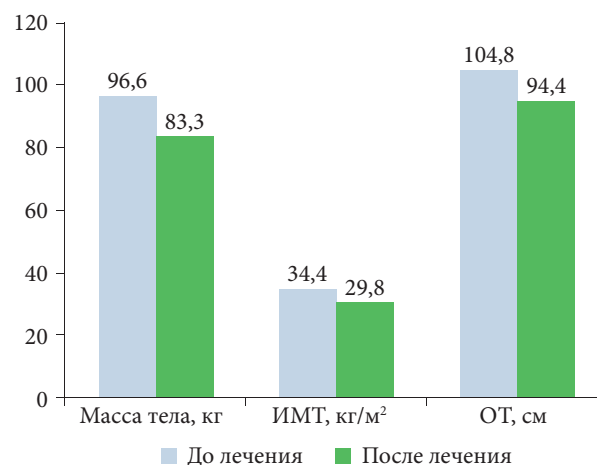
Терапия Редуксином также помогает нормализовать показатели артериального давления. Так, систолическое АД снизилось со 127 до 121 мм рт. ст. (-4,1%), диастолическое АД – с 82 до 77 мм рт. ст. (-4,2%) ( $p < 0,02$ ). В целом за период наблюдения у пациентов наблюдалась тенденция к снижению АД, что явилось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

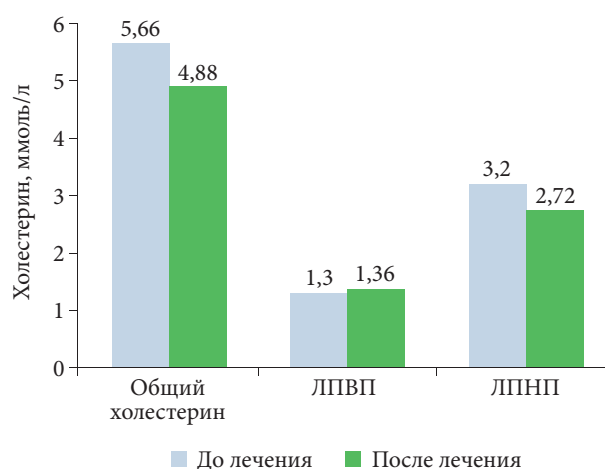
В целом переносимость препарата Редуксин® была хорошей, нежелательные явления в виде головокружений, головных болей, запоров и сухости во рту были выявлены у 15 пациентов (4%). Эти явления нивелировались спустя 10–14 дней и не послужили поводом к отмене препарата.

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.