

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ, ИНФОРМИРОВАННОСТЬ, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ

О.В. Лерман, Ю.В. Лукина, Н.П. Кутишенко,
С.Ю. Марцевич от имени рабочей группы регистра «ПРОФИЛЬ»*

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;
Россия, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

Контакты: Юлия Владимировна Лукина yuvlu@mail.ru

Цель исследования — оценить врачебные назначения, а также информированность, приверженность и отношение пациентов к медикаментозному лечению ожирения по результатам анкетирования больных проспективного амбулаторного регистра.

Материалы и методы. В ходе исследования 305 пациентов с ожирением амбулаторного регистра «ПРОФИЛЬ» были опрошены по анкете, включавшей вопросы самооценки в отношении собственной массы тела, назначения лечения ожирения врачами, приверженности пациентов выполнению данных рекомендаций, склонности к самолечению, а также информацию о личных финансовых затратах на лечение указанного заболевания; 42 (12 %) пациента от участия в анкетировании отказались. У 213 (69,8 %) человек, ответивших на вопросы анкеты, было диагностировано ожирение I степени, у 63 (20,7 %) — ожирение II степени; ожирение III степени было выявлено у 29 (9,5 %) пациентов. Окружность талии у женщин в среднем составила $104,7 \pm 12,9$ см, у мужчин — $116,7 \pm 9,6$ см — все больные имели абдоминальное ожирение. У 263 (86,2 %) человек была артериальная гипертензия, у 117 (38,4 %) — ишемическая болезнь сердца; сахарный диабет 2-го типа диагностирован у каждого 4-го пациента — 85 (27,2 %); фибрилляция предсердий — у 55 (18 %) больных; 48 (15,7 %) пациентов имели в анамнезе инфаркт миокарда, 23 (7,5 %) — мозговой инсульт.

Результаты. Согласно результатам анкетирования только каждый 4-й пациент — 77 (25,2 %) — из 305 участвовавших в опросе больных знал о возможности медикаментозного лечения ожирения. Преимущественно пациенты получали рекомендации по немедикаментозному лечению: 242 (79,3 %) пациентам было рекомендовано снижение калорийности рациона, 194 (63,6 %) — увеличение физической активности. Лекарственные средства для коррекции массы тела были рекомендованы лечащими врачами только 37 (12,1 %) больным. Пациентам со II и III степенью ожирения по сравнению с больными с ожирением I степени значимо чаще назначалась соответствующая лекарственная терапия ($p < 0,0001$), и принимали они ее значимо чаще ($p < 0,0001$). На момент опроса ни один из пациентов не принимал лекарственные препараты для лечения ожирения. Предыдущий опыт медикаментозного снижения массы тела имели 42 (13,8 %) участника анкетирования. Большинство больных (>70 %) не готовы тратить денежные средства на борьбу с избыточной массой тела, а лекарственные препараты считают излишней статьей расходов практически 90 % больных с ожирением. Имеется значимая связь ($p = 0,008$) между степенью тяжести болезни и тратами пациентов на лечение ожирения в диапазоне 1–5 тыс. руб. в месяц: чем выше степень ожирения, тем больше пациентов согласно тратить указанную сумму на лечение данного заболевания.

Заключение. По результатам проведенного анкетирования медикаментозное лечение ожирения назначается врачами очень редко. По-видимому, этим также обусловлены крайне низкая информированность пациентов о возможностях медикаментозной терапии в лечении избыточной массы тела и ожирения, популярность биологически активных добавок, самостоятельно принимаемых больными для снижения массы тела.

Ключевые слова: ожирение, абдоминальное ожирение, индекс массы тела, лекарственная терапия, врачебная рекомендация, анкетирование больных, амбулаторный регистр, медикаментозное лечение ожирения, орлистат, сибутрамин, лираглутид

Для цитирования: Лерман О.В., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Медикаментозное лечение ожирения: особенности врачебных назначений, информированность, приверженность и отношение больных к лекарственной терапии ожирения. Клиницист 2019;13(1–2):27–33.

DOI: 10.17650/1818-8338-2019-13-1-2-27-33

*Рабочая группа регистра «ПРОФИЛЬ»: С.В. Благодатских, В.П. Воронина, Н.А. Дмитриева, А.В. Загребельный, Н.А. Комкова, Н.П. Кутишенко, О.В. Лерман, Ю.В. Лукина, С.Ю. Марцевич, С.Н. Толпыгина.

MEDICAL TREATMENT OF OBESITY: PECULIARITIES OF MEDICAL TREATMENTS, INFORMATION, RESPONSIBILITY AND RELATION TO MEDICAL TREATMENT OF OBESITY OF PATIENTS

O. V. Lerman, Yy. V. Lukina, N. P. Kutishenko, S. Yu. Martsevich on behalf of the "PROFILE" register working group*
National Medical Research for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia;
10, Petroverigskiy Pereulok, Moscow 101990, Russia

The aim to evaluate medical appointments, as well as awareness, adherence and attitude of patients to medical treatment of obesity based on the results of a survey of patients with a prospective outpatient registry.

Materials and methods. Total 305 patients with obesity in the outpatient "PROFILE" register were surveyed, including self-assessment questions regarding their own body weight, prescription of obesity treatment by doctors, patients' adherence to the implementation of these recommendations, propensity to self-medication and information about personal financial costs for the treatment of this disease. 42 (12 %) patients refused to participate in the survey. 213 people (69.8 %) who answered the questionnaire were diagnosed with obesity of the 1st degree, 63 (20.7 %) – obesity of the 2nd degree; obesity grade 3 was detected in 29 people (9.5 %). Waist circumference in women averaged 104.7 ± 12.9 cm, in men – 116.7 ± 9.6 cm – all patients had abdominal obesity. 263 (86.2 %) people had arterial hypertension, 117 (38.4 %) patients had coronary heart disease; type 2 diabetes mellitus was diagnosed in every fourth patient (85 (27.2 %) people); atrial fibrillation was diagnosed in 55 (18 %) patients; 48 (15.7 %) people had a history of myocardial infarction, 23 (7.5 %) patients had a stroke.

Results. According to the survey results, only one in four patients – 77 (25.2 %) – out of 305 patients who participated in the survey knew about the possibility of drug treatment of obesity. Mostly, patients received recommendations for non-drug treatment of obesity: 242 patients (79.3 %) were recommended to reduce caloric intake, 194 (63.6 %) – increased physical activity. Only 37 (12.1 %) patients with obesity were recommended for weight correction, significantly more often they were recommended and taken by patients with 2 and 3 degrees of obesity compared to patients with obesity of 1 degree ($p < 0.0001$). At the time of the survey, none of the patients were taking drugs to treat obesity. Previous experience of drug weight loss had 42 (13.8 %) participants of the survey. Most patients (more than 70 %), in principle, are not ready to spend money on the fight against overweight, and drugs are considered an extra item of expenditure almost 90 % of obese patients. There is a significant relationship ($p = 0.008$) between the severity of the disease and patients' spending on obesity treatment in the range of 1–5 thousand rubles per month: the higher the degree of obesity, the more patients agree to spend this amount on the treatment of the disease.

Conclusion. According to the results of the survey, medical treatment of obesity is prescribed by doctors rarely. Apparently, this is due to the extremely low awareness of patients about the possibilities of drug therapy in the treatment of overweight and obesity, the popularity of biologically active additives independently used by patients to reduce weight.

Key words: obesity, abdominal obesity, body mass index, drug therapy, medical recommendation, questioning of patients, outpatient registry, drug treatment of obesity, orlistat, sibutramine, liraglutide

For citation: Lerman O. V., Lukina Yy. V., Kutishenko N. P., Martsevich S. Yu. Medical treatment of obesity: peculiarities of medical treatments, information, responsibility and relation to medical treatment of obesity of patients. *Klinitsist = The Clinician* 2019;13(1–2):27–33.

Введение

Статистические отчеты Всемирной организации здравоохранения убедительно демонстрируют, что проблема ожирения приобретает катастрофические масштабы во всем мире [1]. Согласно этим данным за 4 десятилетия (с 1975 по 2016 г.) число взрослых людей с ожирением утроилось, а число детей и подростков возросло десятикратно. По результатам наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации) в 11 российских регионах распространенность ожирения у взрослого населения в возрасте от 25 до 64 лет составляет 29,7 % [2]. До 95 % всех случаев представляет первичное или алиментарно-конституциональное (экзогенно-конституциональное) ожирение, и лишь 5 % пациентов страдают вторичным ожирением, причины

которого заключаются в наличии генетических нарушений, церебральной или эндокринной патологии, в ятрогении. Детализация ключевых фактов, связанных с первичным ожирением, представлена на сайте Всемирной организации здравоохранения [3]. Основной причиной алиментарно-конституционального ожирения, как следует из названия, является энергетический дисбаланс с преобладанием калорийности рациона над энергетическими затратами организма (потребление высокоэнергетической пищи, богатой жирами, простыми углеводами, при малых энергозатратах, обусловленных низкой физической активностью).

Большинство врачей в своей практике сталкиваются с пациентами с первичным ожирением, которые нуждаются в рекомендациях по лечению данного заболевания. Всемирной организацией здравоохранения был разработан «Глобальный план действий по профилактике

*Working group of the register "PROFILE": S. V. Blagodatskikh, V. P. Voronina, N. A. Dmitrieva, A. V. Zagrebelny, N. A. Komkova, N. P. Kutishenko, O. V. Lerman, Yu. V. Lukina, S. Yu. Martsevich, S. N. Tolpygina.

неинфекционных заболеваний и борьбе с ними» на 2013–2020 гг., в который входят и мероприятия по остановке роста ожирения к 2025 г. по сравнению с данными на 2010 г. [4].

Методы лечения ожирения подразделяются на немедикаментозные (рациональное питание, повышение физической активности, психотерапия и т. д.), лекарственные и хирургические. Немедикаментозные методы – основа терапии первичного ожирения любой степени тяжести. Применение лекарственных средств показано при неудачных попытках или неэффективности диетотерапии и других немедикаментозных методов лечения, при осложненных формах ожирения, т. е. наличии ассоциированных с ним заболеваний (сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета (СД) 2-го типа, выраженных факторов сердечно-сосудистого риска, болезней опорно-двигательного аппарата, дыхательной недостаточности и др.). В последнем случае (наличие заболеваний, связанных с ожирением) медикаментозная терапия может быть рекомендована уже при индексе массы тела (ИМТ) ≥ 27 кг/м² [5]. Медикаментозная терапия ожирения позволяет добиться хорошего результата у многих пациентов, резистентных к немедикаментозному лечению. На сегодняшний день существует большое количество лекарственных препаратов, способствующих снижению массы тела. В России для лечения ожирения зарегистрированы и рекомендованы блокаторы всасывания жиров – орлистат; аноректики – сибутрамин; аналог глюкагоноподобного пептида-1 человека для подкожного введения – лираглутид, который применяется для лечения СД 2-го типа и ожирения [5].

Цель исследования – оценка врачебных назначений, а также информированности, приверженности и отношения пациентов к медикаментозному лечению ожирения по результатам анкетирования больных проспективного амбулаторного регистра «ПРОФИЛЬ».

Материалы и методы

Исследование было выполнено в рамках амбулаторного регистра «ПРОФИЛЬ» специализированного кардиологического подразделения научно-исследовательского центра [6, 7]. Протокол «ПРОФИЛЬ» и все материалы, выдаваемые пациентам, включенным в регистр, были одобрены Независимым этическим комитетом Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины. Все пациенты при включении в регистр давали письменное информированное согласие на сбор и обработку персональных данных.

Анкетирование проводилось у пациентов с ожирением во время визитов и телефонных контактов (в рамках проспективного наблюдения пациентов регистра «ПРОФИЛЬ»), состоявшихся в период с 19.04.2017 г. по 30.01.2018 г.

Из 520 пациентов, у которых за указанный период состоялись визиты, ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) было

диагностировано у 347 человек. Из них 305 (88 %) пациентов были опрошены (91 – лично и 214 – по телефону) по специально разработанной анкете, включившей вопросы самооценки в отношении собственной массы тела, назначения врачами немедикаментозного и лекарственного лечения ожирения, приверженности пациентов выполнению этих рекомендаций, склонности к самолечению, а также информацию о личных финансовых затратах на лечение данного заболевания; 42 (12 %) пациента от участия в анкетировании отказались.

Анкеты заполнили 305 человек: 167 женщин и 138 мужчин, средний возраст больных составил $63,9 \pm 11,3$ года.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS Statistics 20.0 (IBM, США). Данные представлены в виде средних значений и среднеквадратичных отклонений (количественные показатели), а также в виде процентных долей (качественные показатели). Сравнительный анализ данных независимых групп выполнен с помощью критериев Краскела–Уоллиса (для количественных данных) и χ^2 и Z-критерия для сравнения пропорций (для качественных данных). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Из 305 пациентов, ответивших на вопросы анкеты, у 213 (69,8 %) было диагностировано ожирение I степени, у 63 (20,7 %) – ожирение II степени; ожирение III степени было у 29 (9,5 %) человек. Окружность талии у женщин в среднем составила $104,7 \pm 12,9$ см, у мужчин – $116,7 \pm 9,6$ см – все больные имели абдоминальное ожирение. У 263 (86,2 %) пациентов была отмечена артериальная гипертензия, у 117 (38,4 %) – ишемическая болезнь сердца; СД 2-го типа был диагностирован у каждого 4-го пациента – 85 (27,2 %); фибрилляция предсердий – у 55 (18 %) больных; 48 (15,7 %) человек имели в анамнезе инфаркт миокарда, 23 (7,5 %) – мозговой инсульт. Только у 16 участников исследования (13 с ожирением I степени, 1 – II степени и 2 – III степени) не было ни одного из перечисленных коморбидных состояний.

Мужчины значимо чаще курили (23,9 % против 11,4 % у женщин) и употребляли алкоголь (47,1 % против 12,0 % соответственно), а также имели ишемическую болезнь сердца и перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда (для всех перечисленных позиций $p < 0,0001$); у женщин чаще наблюдалось нарушение толерантности к глюкозе и наличие мозгового инсульта в анамнезе ($p < 0,05$).

Необходимо отметить, что большинство пациентов, включенных в регистр «ПРОФИЛЬ» и прошедших данное анкетирование, имели высшее образование – 229 (75,1 %) из 305 больных, ответивших на вопросы оригинальной анкеты, 42 человека имели опыт участия в клинических исследованиях, в том числе по лечению ожирения.

АНКЕТА

(Для пациента с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²), регистр «ПРОФИЛЬ»)

ФИО (полностью) _____

ID _____ ИМТ _____ Дата заполнения _____

Ваш возраст _____ лет

*Далее, пожалуйста, отметьте наиболее подходящий ответ***1. Как Вы оцениваете свою массу тела?**

- Нормальная Избыточная Ожирение

2. Вы считаете, что избыточный вес ухудшает Ваше здоровье?

- Да Нет Затрудняюсь ответить

3. Считаете ли Вы, что Вам необходимо похудеть? Да Нет**4. Обращал ли врач Ваше внимание на необходимость похудеть?** Да Нет**5. Какие способы похудения Вам рекомендовал врач (возможно несколько вариантов ответа):**

- Диета Физические упражнения Прием лекарственных препаратов
 Хирургическое лечение Рекомендаций не было

6. У Вас были попытки похудеть? Да Нет**7. Какие способы похудения Вы уже использовали (используете) (возможно несколько вариантов ответа):**

- Диета
 Физические упражнения
 Самостоятельный прием БАД (напишите, что принимали) _____
 Прием лекарственных средств, назначенных врачом
 Хирургическое лечение
 Никакие
 Другое (поясните) _____

8. Готовы ли Вы продолжить борьбу с избыточным весом? Да Нет**9. Какой средний уровень дохода в семье на 1 человека в месяц?** Низкий Средний Высокий**10. Какую сумму Вы можете выделить в месяц на борьбу с избыточным весом?**

- Нет 5000 руб. 10000 руб. 20000 руб. Более 25000 руб.

11. Какие лекарственные средства для похудения Вы знаете?

- Меридия (Редуксин) Ксеникал Виктоза Саксенда Другие
 БАД (какие): _____

12. Какие лекарственные средства для похудения Вы принимали?

- Меридия (Редуксин) Ксеникал Виктоза Саксенда Другие

13. Какой был эффект?

- Эффекта не было Положительный кратковременный (менее 6 мес)
 Положительный Долговременный (более 6 мес)

14. Какую сумму Вы можете выделить в месяц на лекарства для похудения?

- 0 руб 5000 руб 10000 руб. До 20000 руб. Более 25000 руб.

Благодарим Вас за участие в опросе!

Признавал наличие ожирения у себя только каждый 4-й (26,6 %) пациент: 35 (16,4 %) с ожирением I степени, 29 (46,0 %) с ожирением II степени и 18 (62,0 %) – с ожирением III степени ($p < 0,0001$). Каждый 6-й пациент с ожирением I степени (33 человека) считает свою массу тела нормальной. Среди больных II и III степенью ожирения таких было по 1 человеку. Тем не менее большинство больных (>70 % с ожирением I степени и около 90 % с ожирением II и III степени) считают, что ожирение наносит вред здоровью человека. При этом пациенты с ожирением I степени значимо чаще больных с ожирением более выраженной степени недооценивают вред этого заболевания ($p = 0,013$). Вероятно, по перечисленным причинам (отрицание наличия ожирения, недооценка вреда ожирения для здоровья) больные с ожирением I степени значимо реже стремятся к похудению ($p = 0,025$).

Неожиданным результатом проведенного анкетирования явился факт достаточно низкого информирования врачами пациентов с ожирением I степени о наличии и необходимости лечения этого заболевания (значимо реже по сравнению с содержанием консультирования больных с ожирением II и III степени, $p < 0,0001$). Также врачи реже назначали таким пациентам лечение ($p = 0,001$), как немедикаментозное – диету ($p = 0,003$), увеличение физической активности ($p = 0,018$), так и лекарственное ($p < 0,0001$).

Только каждый 4-й пациент – 77 (25,2 %) из участвовавших в опросе – знал о возможности медикаментозного лечения ожирения и был знаком с наименованиями соответствующих лекарственных препаратов – женщины в 3 раза чаще, чем мужчины: 61 (36,5 %) против 16 (11,6 %) соответственно ($p < 0,0001$).

Среди ответов о знании лекарственных препаратов для лечения ожирения (был возможен выбор нескольких вариантов) препараты лираглутида упоминались 48 раз, препараты орлистата – 48 раз, сибутрамина – 27 раз. Опыт приема этих лекарственных препаратов был у 42 (13,8 %) участников анкетирования: у каждой 5-й женщины – 37 (22,2 %) – и лишь у 5 (3,6 %) мужчин. На момент анкетирования никто из пациентов лекарственные препараты для терапии ожирения не принимал. В прошлом препараты лираглутида принимали 15 пациентов (8 из них – в рамках клинических исследований), орлистата – 27 (15 из них – в исследовательских программах), сибутрамина – 5. Пять пациентов принимали в разное время 2 разных препарата. Положительный долговременный эффект лекарственного лечения ожирения отметили 4 человека, положительный кратковременный эффект – 31, отсутствие эффекта – 5 пациентов.

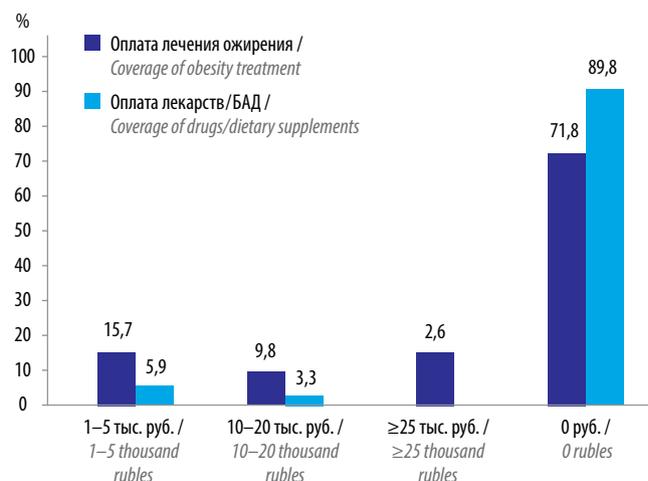
Обращает не себя внимание редкое назначение фармакотерапии больным с ожирением: лекарственные препараты были назначены только 13 (6 %) пациентам с ожирением I степени, лишь каждому 5-му

(22,6 %) с ожирением II степени и каждому 3-му (35,7 %) с ожирением III степени. Пациентам с более выраженным ожирением (II–III степени) лекарственная терапия назначалась врачами значимо чаще, чем больным ожирением I степени ($p < 0,0001$).

По результатам опроса, пациенты с более выраженным ожирением (II–III степени) принимали лекарственные препараты значимо чаще ($p < 0,0001$), чем остальные больные.

Несмотря на то что ни один врач не рекомендовал биологически активные добавки (БАД) для лечения ожирения, 16 (5,2 %) пациентов назвали БАД (гербалайф, чаи для похудения, экстракт сенны) среди известных им средств для снижения массы тела (женщины упоминали БАД как средства лечения ожирения чаще, чем мужчины: 13 (7,8 %) против 3 (2,2 %) соответственно ($p = 0,03$). Принимали БАД с целью похудения 7 пациентов (гербалайф – 4 человека, чаи для похудения – 2, экстракт сенны – 1 пациент). Тем не менее 3 больных отмечали положительный долговременный эффект БАД, столько же оценили эффект этих средств как положительный кратковременный, 1 больной отметил отсутствие эффекта от приема БАД.

Готовность продолжать дальнейшую борьбу с ожирением высказали 234 (76,7 %) участника исследования. Допустимая величина расходов пациентов на лечение ожирения в целом и на оплату лекарственных препаратов/БАД в частности приведена на рисунке. Большинство больных (>70 %) не готовы тратить денежные средства на борьбу с избыточной массой тела, а лекарственные препараты считают лишней статьей расходов практически 90 % больных с ожирением. При этом 136 (44,6 %) пациентов имели низкий уровень дохода, половина (51,1 %) больных оценивали уровень среднемесячного дохода на 1 человека в семье как средний, и только 12 (3,9 %) участвовавших в опросе оценили свой семейный доход как высокий, 1 пациент отказался отвечать на данный вопрос.



Оплата лечения ожирения, лекарств/БАД
Coverage of obesity treatment, drugs/dietary supplements

По расходам на лечение отличий между пациентами с ожирением I, II и III степени выявлено не было. Имеется значимая связь ($p = 0,008$) между степенью тяжести болезни и тратами пациентов на лечение ожирения в диапазоне 1–5 тыс. руб. в месяц: чем выше степень ожирения, тем больше пациентов согласны тратить указанную сумму на лечение данного заболевания. В других диапазонах трат (до 1 тыс. руб. в месяц, 10–15 тыс. руб. в месяц и более 15 тыс.) такой зависимости выявлено не было.

Обсуждение

Лекарства для лечения ожирения могут иметь разные механизмы действия, но при этом преследуют целью снизить и контролировать массу тела, препятствовать развитию и прогрессированию сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, СД 2-го типа и др.), быть безопасными при длительном применении и иметь незначительные побочные эффекты. Для лечения ожирения в России зарегистрированы препарат центрального действия сибутрамин, ингибитор кишечной липазы орлистат и синтетический аналог глюкагоноподобного пептида-1 лираглутид [5]. Согласно Национальным клиническим рекомендациям по лечению морбидного ожирения у взрослых лекарственная терапия должна быть назначена всем пациентам с ожирением ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$), а при наличии коморбидных состояний – и больным с $ИМТ \geq 27 \text{ кг/м}^2$ [5]. Полученные в нашем исследовании результаты подчеркивают крайне редкое назначение лекарственного лечения пациентам с ожирением в амбулаторной практике.

Тем не менее все разрешенные к применению в России препараты для лечения ожирения лечащие врачи назначали пациентам проведенного исследования. На частоту использования того или иного лекарственного средства, безусловно, оказал влияние факт участия больных в клинических исследованиях. Это можно объяснить и тем, что в рамках исследований участники обеспечиваются лекарственным препаратом бесплатно, а пациенты с ожирением часто не готовы тратить денежные средства на приобретение лекарств для лечения данной патологии.

Как показали результаты других исследований, приверженность пациентов во многом зависит от информирования их лечащим врачом о заболевании и способах его лечения, в том числе возможностях лекарственной терапии при ожирении [8, 9], однако в данном исследовании было обнаружено, что в отношении медикаментозной терапии ожирения существует немало проблем и со стороны врачей.

Согласно результатам систематического обзора S.Z. Yanovski и J.A. Yanovski применение лекарственных препаратов в дополнение к немедикаментозным методам лечения ожирения позволяет добиться стойкого дополнительного снижения массы тела в среднем

на 3–5 % [10]. Результаты проведенного анкетирования подтвердили еще один из парадоксов: несмотря на все увеличивающееся год от года число случаев данной патологии во всем мире, сохраняются выраженная клиническая инертность врачей в назначении лечения, особенно медикаментозного, крайне недостаточное оповещение больных о доказанном положительном влиянии лекарственных препаратов на достижение и удержание результата.

Аналогичные результаты в отношении инертности врачей были выявлены при опросах о применяемых ими методах лечения ожирения. В анонимном анкетировании в рамках Всероссийского образовательного проекта для врачей «Сахарный диабет 2-го типа и ожирение – пандемия XXI века» приняли участие 107 врачей-эндокринологов. Каждый 3-й эндокринолог редко назначает (а 5 % врачей никогда не рекомендуют) медикаментозную терапию больным с ожирением, при этом основными ограничивающими факторами являются боязнь побочных эффектов препаратов, высокая стоимость лекарств. Назначали сибутрамин 24,3 %, орлистат – 20,6 %, лираглутид – лишь 3,7 % врачей. Большинство специалистов начинают медикаментозное лечение ожирения только при $ИМТ > 40 \text{ кг/м}^2$, продлевая его не менее чем на полгода [11]. Результаты социологического опроса 404 врачей (терапевтов, эндокринологов, кардиологов, гастроэнтерологов, неврологов и других терапевтических специальностей) продемонстрировали, что препараты для лечения ожирения назначают преимущественно эндокринологи, а врачи других специальностей, как правило, для снижения массы тела рекомендуют своим пациентам различные БАД [12]. Среди лекарственных препаратов наиболее популярным назначением был метформин (24 %), 2-е место среди назначений занял орлистат [12].

Ограничения исследования

Исследование было одномоментным наблюдательным. Несмотря на преимущества регистра (последовательное включение пациентов), в опросе приняло участие не очень большое число больных с ожирением. Используемый оригинальный опросник не был валидирован, имея преимущественно описательный характер.

Заключение

По результатам проведенного анкетирования медикаментозное лечение ожирения назначается врачами неоправданно редко. По-видимому, этим обусловлены и крайне низкая информированность пациентов о возможностях медикаментозной терапии в лечении ожирения, опасение побочных эффектов лекарственных препаратов, популярность БАД, самостоятельно применяемых больными для снижения массы тела. Большинство же больных считают финансовые затраты на лекарственные препараты, способствующие лечению ожирения, излишними.

- World Health Organization. Prevalence of obesity among adults, BMI ≥ 30 , age-standardized. Estimates by WHO region. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.REGION2480A?lang=en>.
- Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В., и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014;13(6):4–11. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-6-4-11. [Muromtseva G.A., Kontsevaya A.V., Konstantinov V.V. et al. The prevalence of non-infectious diseases risk factors in russian population in 2012–2013 years. The results of ECVD-RF. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention* 2014;13(6): 4–11. (In Russ.)].
- World Health Organization. 2018. Obesity and overweight. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ng M., Fleming T., Robinson M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384(9945):766–81. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
- Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В. и др. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. Пересмотр 3-й (Лечение морбидного ожирения у взрослых). Ожирение и метаболизм 2018;15(1):53–70. DOI: 10.14341/OMET2018153-70. [Dedov I.I., Mel'nichenko G.A., Shestakova M.V. et al. Russian national clinical recommendations for morbid obesity treatment in adults. 3rd revision (Morbid obesity treatment in adults). *Obesity and Metabolism* 2018;15(1):53–70. (In Russ.)].
- Лукина Ю.В., Дмитриева Н.А., Захарова А.В. и др. Нежелательные явления лекарственной терапии (первые результаты исследования по данным амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ). Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2016;12(3):306–13. Lukina Y.V., Dmitrieva N.A., Zakharova A.V. et al. Adverse event of drug therapy (the first results of the study according to the PROFILE outpatient register). *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2016;12(3):306–13. (In Russ.)]. DOI: 10.20996/1819-6446-2016-12-3-306-313.
- Лукина Ю.В., Дмитриева Н.А., Кутишенко Н.П. и др. Взаимосвязь и взаимовлияние аспектов безопасности лекарственного лечения и приверженности терапии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (по данным амбулаторного регистра «ПРОФИЛЬ»). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2018;17(5):72–8. DOI: 10.15829/1728-8800-2018-5-72-78. [Lukina Yu.V., Dmitrieva N.A., Kutishenko N.P. et al. The relationship and interinfluence of aspects of therapy safety and compliance in patients with cardiovascular diseases (by the data from outpatient registry "PROFILE"). *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular therapy and prevention* 2018;17(5):72–8. (In Russ.)].
- Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Оценка приверженности к лечению и факторов, влияющих на нее, у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца при назначении никорандила. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2017;13(6):776–86. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-776-786. [Martsevich S.Yu., Lukina Yu.V., Kutishenko N.P. et al. Assessment of adherence to treatment and factors affecting it in patients with stable ischemic heart disease during therapy with nicorandil. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2017;13(6):776–86. (In Russ.)].
- Zolnierz K.B., Dimatteo M.R. Physician communication and patient adherence to treatment a meta-analysis. *Med Care* 2009;47(8):826–34. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
- Yanovski S.Z., Yanovski J.A. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *JAMA* 2014;311(1):74–86. DOI: 10.1001/jama.2013.281361.
- Халимов Ю.Ш., Улупова Е.О. Тактика лечения ожирения (по данным опроса эндокринологов Санкт-Петербурга). В сб.: Сахарный диабет в XXI веке – время объединения усилий. Сборник тезисов VII Всероссийского диабетологического конгресса. М.: УП Принт, 2015. С. 260. [Khalimov Y. Sh., Ulupova E.O. Tactics of obesity treatment (according to the survey of endocrinologists of St. Petersburg). In: *Diabetes mellitus in the XXI century is a time of joint efforts. Abstracts of the VII Russian diabetes Congress*. Moscow: UP Print, 2015. P. 260. (In Russ.)].
- Лобькина Е.Н. Организация профилактики и лечения ожирения и избыточной массы тела взрослого населения крупного промышленного центра. Международный эндокринологический журнал 2011;(7):11–8. [Lobykina E.N. Organization of prevention and treatment of obesity and overweight of the adult population of a large industrial center. *Mezhdunarodnyy endokrinologicheskiy zhurnal = International Journal of Endocrinology* 2011;(7):11–8. (In Russ.)].

ORCID авторов/ORCID of authors:

О.В. Лерман/O.V. Lerman: <https://orcid.org/0000-0002-3299-1078>
 Ю.В. Лукина/Yu.V. Lukina: <https://orcid.org/0000-0001-8252-3099>
 Н.П. Кутишенко/N.P. Kutishenko: <https://orcid.org/0000-0001-6395-2584>
 С.Ю. Марцевич/S.Yu. Martsevich: <https://orcid.org/0000-0002-7717-4362>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Статья поступила: 29.04.2019. **Принята в печать:** 27.06.2019.
Article received: 29.04.2019. **Accepted for publication:** 27.06.2019.