

Редакционная статья

© Е.З. Голухова, 2018

УДК 616.12

Е.З. Голухова

О ЧЕМ ЕЩЕ ГОВОРЯТ КАРДИОЛОГИ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) Минздрава России, Рублевское шоссе, 135, Москва, 121552, Российская Федерация

Голухова Елена Зеликовна, доктор мед. наук, профессор, академик РАН, заведующий отделением, заместитель главного редактора журнала, orcid.org/0000-0002-6252-0322

Ожирение – одно из наиболее частых состояний, ассоциированных с целым рядом хронических заболеваний и осложняющих их течение (например, с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, хронической обструктивной болезнью легких и другими), а также ухудшающих их исходы. Лечение ожирения – это многоплановая цель, требующая полного спектра современных подходов, в том числе коррекции поведения и диеты, изменения образа жизни, физической активности, лекарственной и хирургической поддержки (для некоторых пациентов, у которых низкокалорийные диеты и программы тренировок оказываются неэффективными). В статье обсуждаются современные возможности, используемые в мировой практике.

Ключевые слова: ожирение; снижение массы тела; диетотерапия; изменение образа жизни; планирование приемов пищи; препараты для снижения веса.

Для цитирования: Голухова Е.З. О чем еще говорят кардиологи. *Креативная кардиология*. 2018; 12 (3): 203–10. DOI: 10.24022/1997-3187-2018-12-3-203-210

Для корреспонденции: Голухова Елена Зеликовна, e-mail: egolukhova@yahoo.com

E.Z. Golukhova

WHAT ELSE CARDIOLOGISTS ARE TALKING ABOUT?

Bakoulev National Medical Research Center for Cardiovascular Surgery of Ministry of Health of the Russian Federation, Rublevskoe shosse, 135, Moscow, 121552, Russian Federation

Golukhova Elena Zelikovna, Dr Med. Sc., Professor, Academician of Russian Academy of Sciences, Head of Department, Deputy Chief Editor of the Journal, orcid.org/0000-0002-6252-0322

Obesity is one of the most common conditions associated with a wide spectrum of chronic diseases (coronary heart disease, arterial hypertension, congestive heart failure, obstructive pulmonary disease and others) and worsening their outcomes. Better obesity care is multimodal goal requiring the whole spectrum of modern approaches including behavioral and dietetic cancelling, life-style interventions, physical activity, medical and even surgical support (in some patients who failed with calorie-reduced diet and exercise regimens). Current options delivered in real-world settings are discussed.

Keywords: obesity; weight loss; diet modification; life-style interventions; meal plan; weight loss drugs.

For citation: Golukhova E.Z. What else cardiologists are talking about? *Creative Cardiology*. 2018; 12 (3): 203–10 (in Russ.). DOI: 10.24022/1997-3187-2018-12-3-203-210.

For correspondence: Elena Z. Golukhova, e-mail: egolukhova@yahoo.com

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Received August 02, 2018

Accepted August 09, 2018

Мало ли в кардиологии сложных проблем, с которыми пациенты обращаются к нам постоянно или по крайней мере с завидной регулярностью? Вопрос, равно как и в других разделах медицины, риторический. Успеть бы уследить за всеми разнообразными технологиями, используемыми сегодня в лекарственной терапии и нефармакологическом лечении ишемической болезни сердца (ИБС), пороков сердца, нарушений ритма...

И все же есть заболевания, меняющие естественное течение и результаты лечения целого ряда других патологических состояний. В этой заметке речь пойдет об ожирении — эпидемии настоящего (и, вероятно, будущего) времени, ассоциированного с прогрессирующим ухудшением течения ИБС, фибрилляции предсердий, сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, хронической обструктивной болезни легких и многих-многих других состояний, перечисление которых вышло бы далеко за пределы нашего журнала. А поводом для ее написания стала опубликованная в августе этого года статья в «The New England Journal of Medicine» под интригующим названием «Дорожная карта для здорового пищевого поведения» [1]. Не только я, вероятно, была впечатлена приведенными в ней фактами. В медицинском электронном вестнике «Medscape» практически одновременно появилась целая серия публикаций, в которых приводятся актуальные цифры о распространенности недуга, предпочтениях врачей разных специальностей, современных диетах и технологиях лечения. Этими данными я и хочу поделиться с нашими читателями. Сразу оговорюсь, что область эта крайне актуальная и, если это применимо к медицине, — модная; этой проблемой занимаются и наши любимые диетологи, и глубокоуважаемые коллеги эндокринологи, и много кто еще. Я же не являюсь специалистом и сталкиваюсь с ней как практикующий доктор, о чем заранее должна предупредить нашу читательскую аудиторию.

Алиментарно-зависимые заболевания — ожирение, ИБС, сахарный диабет 2-го типа относятся к числу наиболее распространенных, дорогостоящих и потенциально предотвратимых. По данным S. Bleich 2018 г., примерно 59% американцев имеют хотя бы одно хроническое заболевание, по большей части связанное с нарушениями питания, при этом попытки «прививки» здорового питания и физических нагрузок, как правило, заканчиваются достаточно слабыми результатами [1]. Более 80% больных с ожирением, снизивших свой вес, вновь набирают его; отражением этих «циклов» является многомиллиардная (в долларовом выражении) индустрия диетотерапии в США, с одной стороны, и множество разочаровавшихся пациентов — с другой. Прежде всего, система здравоохранения не способна в одиночку справиться с созданием системы здорового питания — она отвечает лишь за 10–20% модифицируемых факторов здоровья, а остальные 80–90% связаны с социально детерминированными факторами — условиями, в которых наши пациенты рождаются, развиваются, живут, работают, стареют. Одним из важнейших компонентов медицинской стратегии является осознанный акцент на популяционно-обоснованном подходе по выработке здоровых привычек в питании, который, по мнению наших коллег, работает более успешно, нежели попытки изменить пищевое поведение наших пациентов агрессивным путем. Так, примером может стать организация школьного питания в соответствии с новейшими достижениями нутрициологии или взимание дополнительных налогов с продажи прохладительных сахаросодержащих напитков. Поскольку потребление последних выше в сообществах с низкими доходами, введение налогов в одном из регионов Калифорнии позволило снизить их потребление на 21%. Другим полезным примером может стать обязательная, регулируемая на федеральном уровне публикация информации о пищевой ценности

продукта в меню ресторанов и соответствующих заведений; ожидается, что сами заведения уберут из своего меню продукты с высокой калорийностью. Это крайне важно, учитывая, что около 1/3 взрослых и детей ежедневно потребляют фаст-фуд. Закрывая свою «дорожную карту», авторы публикации пишут о необходимости гармонизированных усилий, «пронизывающих» все составляющие проблемы — от детских садов, школ и клиник до конкретных пациентов, социальных работников и общества в целом.

Согласно опросам врачей различных медицинских специальностей, наиболее часто в лечении больных с ожирением участвуют эндокринологи (73% пациентов с избыточным весом и 99% — с ожирением); реже (около 74%) — врачи общей практики. Эндокринологи также чаще наблюдают больных с ожирением, имеющих различные метаболические нарушения [2].

Каковы наиболее частые подходы в лечении больных с избыточным весом/ожирением? Примерно 80% больным даются рекомендации по изменению питания, с той же частотой — по использованию физической активности; около 38–44% больных получают рекомендации по изменению образа жизни и поведения. Это соответствует данным ряда исследований о том, что изменения образа жизни и привычек наиболее эффективно работают при соблюдении диеты с ограниченной калорийностью и физических упражнений — такой комплексный подход увеличивает приверженность к здоровому питанию и физической активности [2].

Диетические рекомендации по питанию пациентов, по мнению Isabel Maples, ведущего специалиста Академии нутрициологии и диетологии (Academy of Nutrition and Dietetics), должны быть сосредоточены на том, чтобы пациенты добавляли в рацион недостающие компоненты: наиболее часто это рыба, морепродукты, фрукты, овощи, зерновые и молочные продукты — это более важно, чем запретительные меры;

при этом пациенты чувствуют себя более комфортно [3]. Далее, автор рекомендует разделить с нашими пациентами 5 здоровых советов.

1. Пищевые привычки вариативны, зависят от культурных и индивидуальных пристрастий. Для сохранения здоровья в долгосрочном аспекте необходимо потреблять разнообразную пищу. Согласно современным исследованиям около половины летальных исходов от кардиометаболических заболеваний в США (болезней сердца, инсультов, сахарного диабета 2-го типа) ассоциировано с субоптимальным потреблением овощей, фруктов, орехов, зерновых и омега-3 жирных кислот. В 2011 г. Департамент сельского хозяйства США заменил известную всем пищевую пирамиду потребления различных продуктов на тарелку потребления. Последняя наглядно демонстрирует концепцию сбалансированного потребления различных продуктов и размер порций. Она разделена на 4 равные части: фрукты, овощи, зерновые и белковая пища — это простое и наглядное напоминание о правилах здорового питания. То, что находится за пределами тарелки, — это пятая пищевая группа, молочные продукты, позиционируемые как напитки. Они могут быть представлены стаканом молока, сыром, йогуртом или заменены на соеодержащие продукты. Таким образом, здоровое питание должно включать не менее 1/2 тарелки различных фруктов и овощей; не менее 1/2 зерновых продуктов должны быть представлены цельнозерновыми; предпочтение отдается продуктам с низким содержанием жира или обезжиренным; белковая часть должна содержать разнообразные белки — рыбу, постное мясо, домашнюю птицу, яйца, орехи, бобовые. Овощи должны быть всевозможных цветов и консистенций (темно-зеленые, красные, оранжевые и т. д.). Молочные продукты необходимы не только из-за кальция, но и как источники витаминов D, магния, калия.

2. Готовьте дома (и желательно не из полуфабрикатов). Продаваемые в магази-

нах снеки и копчености, а также продукты, содержащие подсластители, должны быть использованы только иногда. В последних, как правило, содержится избыточное количество соли, что приводит к понятным сердечно-сосудистым последствиям. Смешивание продуктов из разных видов пищевых групп также приводит к повышению содержания натрия; в этом, а не в солонке, по мнению автора, лежит главный корень зла, а использование мяса, рыбы, приготовленных в домашних условиях вместо готовых животных продуктов, является лучшим способом его избежать.

3. Наиболее удачной диетой является та, которой пациент может придерживаться. При этом важно соблюдение уже перечисленных принципов: повышенного потребления фруктов, овощей, пищевых волокон, цельнозерновых продуктов, повышенное потребление воды и снижение потребления сахаров и напитков с подсластителями. Диета с низким содержанием углеводов, богатая белками, приводит к более значимому снижению веса по сравнению с аналогичной по уровню калорий, но с большим содержанием углеводов. Диета, богатая белками, связана с лучшими отдаленными результатами, такими как снижение объема талии, меньшее снижение мышечной массы, улучшение профиля сердечно-метаболического риска, снижение диаметра адипоцитов. Специальные диеты с доказанной эффективностью в снижении веса включают DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), средиземноморскую диету, WeightWatchers и целый ряд других, всеми ими блестяще владеют наши нутрициологи. В последнее время набирает популярность так называемое интермиттирующее голодание. Исследования показали, что 12 нед подобного режима с умеренным снижением общего калоража приводит к значимому снижению веса и артериального давления. Больным с ожирением в этом случае рекомендуют 8 ч полноценного питания, которые сменяют 16 ч «водного поста» (голодания на воде).

4. Внимательно подходите к выбору жиров. Жиры насыщают пищу ароматом, вкусом, обеспечивают соответствующую (мягкую или плотную) консистенцию, добавляют ряд полезных нутриентов, например витамины Е, А, Д, лецитин. С другой стороны, жировые калории более концентрированные, чем поступающие с белками и углеводами и быстро накапливаются. Взамен исключения жиров Академия нутрициологии и диетотерапии (Academy of Nutrition and Dietetics) рекомендует «относиться к потреблению калорий с жирами с мудростью». Это означает, что предпочтение следует отдавать «здоровым» жирам и снижать потребление насыщенных и трансжиров. При приготовлении пищи предпочтение отдается жидким, а не твердым жирам (маслу, маргарину и пр.). Жидкие масла могут быть полиненасыщенными (кукурузное, подсолнечное, соевое) или мононенасыщенными (оливковое, арахисовое, кунжутное, масло канолы и др.). К рекомендациям здорового питания относится также замена продуктов, содержащих цельное молоко на обезжиренные (или с низким содержанием жира), сыры и йогурты. Хотя последние исследования свидетельствуют о пользе ряда насыщенных жиров молочных продуктов, на сегодняшний день это не привело к изменению рекомендаций.

5. Потребление значительного количества пищевых волокон; их относят к числу лучших пребиотиков, селективно ферментируемых ингредиентов, регулирующих состав и активность флоры кишечника. Потребление пищевых волокон с овощами, фруктами, цельнозерновыми продуктами, орехами поддерживает моторику желудочно-кишечного тракта, связывает холестерин и выводит канцерогены; ассоциировано с улучшением состояния сердечно-сосудистой системы и снижением веса тела.

И еще очень важно: известный нутрициолог рекомендует нам, врачам, не быть в разделе формирования здорового пита-

ния перфекционистами, а постепенно следовать от одной цели к другой. «Ведь пища — это то, что вам придется есть всю оставшуюся жизнь».

Как часто врачи предлагают пациентам различные медикаментозные препараты для снижения веса? В США, по данным опроса, примерно в 26–29% случаев. Эндокринологи рекомендуют использовать соответствующие препараты только при «провале» попыток с изменением образа жизни и пищевых привычек; примерно 20% назначают препараты по просьбе пациентов и только 9% обосновывают назначение медицинских средств наличием сопутствующей коморбидной патологии [2, 4]. Наиболее часто эти назначения делаются также эндокринологами, существенно реже — врачами общей практики.

Эксперты, занимающиеся вопросами фармакологического пособия в лечении ожирения в США, в основном указывают на 5 препаратов, одобренных FDA, для снижения веса при данной патологии [4–6]. Наиболее часто назначаемый препарат фентермин (phentermine) — психостимулятор и симпатомиметик, аноретик центрального действия, одобрен FDA только для кратковременного курсового лечения (не более 3 мес) еще в 1959 г.; это так называемый «старый препарат для краткосрочного использования». Из-за развития серьезных побочных эффектов, а также физической и психической зависимости (по структуре препарат близок к стимулятору амфитамину, при отмене которого возможно развитие абстинентного синдрома) во многих странах мира, в том числе и в России, фентермин внесен в список препаратов, запрещенных к реализации. Позже к числу побочных действий были присовокуплены возможные поражения клапанного аппарата сердца. По распространенности далее в списке используемых препаратов следует (иногда с примечанием «off-label») бупропион (bupropion) — изначально используемый как антидепрессант, а вскоре доказавший

свою эффективность при лечении никотиновой зависимости. Препарат является ингибитором обратного захвата норадреналина и дофамина, сведения по его использованию в лечении ожирения были опубликованы в 2005 г., а также его комбинация с налтрексоном (naltrexone) — антагонистом наркотических анальгетиков (опиатных рецепторов), допущенного в ряде стран как средство профилактики опиоидной наркомании и алкогольных рецидивов. Наиболее значимым побочным действием бупропиона стало снижение порога судорожной активности мозга с развитием эпилептической активности, ставшее причиной отзыва препарата с рынка. Кроме того, Управление по контролю качества продуктов и лекарств (FDA) требует, чтобы на упаковке антидепрессантов, в том числе бупропиона, было помещено предупреждение («черная рамка») о том, что препарат может вызывать суицидальные наклонности у пациентов моложе 25 лет. В России препарат был исключен из государственного реестра лекарственных средств в 2016 г. FDA одобрен также topiramite — противоэпилептический препарат, являющийся производным фруктозы, используемый в профилактике мигрени и для снижения веса; в России, насколько мне известно, данное показание (лечение ожирения) для препарата не зарегистрировано. Препарат используется в сочетании с длительно высвобождающимся фентермином — в виде qsumia, дающим значительное (около 10%) снижение веса и препятствующим развитию сахарного диабета.

В 2012 г. в США впервые за многие годы (13 лет) с прямыми показаниями «для снижения массы тела» был одобрен препарат belviq (lorcaserin); его регистрация «прошла» со второй попытки — до этого в 2010 г. в регистрации было отказано в связи с развитием серьезных побочных эффектов (канцерогенез) у животных, зафиксированных в ходе клинических исследований. Однако позже компания-производитель сообщила об относительно небольшом ри-

ске развития нежелательных эффектов у людей. Принцип действия препарата заключается в селективной активации серотониновых рецепторов типа 2с гипоталамуса, центров аппетита головного мозга, что способствует более быстрому насыщению и снижению чувства голода. Пациент теряет в среднем около 5% массы тела за 12 нед, однако препарат является одним из конкурентоспособных, если учесть серьезные побочные эффекты вышеупомянутых средств с центральным механизмом действия. Однако и у этого лекарственного средства были отмечены серьезные побочные действия: депрессия, мигрень, провалы в памяти, относительно редко, как и при приеме других антидепрессантов, — серотониновый синдром с развитием психических, вегетативных и нервно-мышечных нарушений. Перед американцами стояла серьезная дилемма, однако чаша весов склонилась в пользу официальной регистрации препарата (это можно понять, поскольку в стране около 35% населения страдают ожирением, 116 млн удовлетворяют критериям фармакотерапии в связи с этим состоянием и так или иначе будут принимать какие-то лекарственные средства). Тем не менее еще в 2012–2013 гг. Управление по внедрению лекарственных средств (Drug Enforcement Administration) отмечало галлюциногенноподобные свойства препарата при превышении одобренных доз и возможное развитие зависимости, вот почему назначение препарата требует тщательного контроля и не допустимо «через третьих лиц». Нельзя исключить и возможность пролиферации сердечных фибробластов с развитием фиброза миокарда и поражением клапанного аппарата сердца, хотя эти данные и не были подтверждены позже — в 2014 г. после завершения 3-й фазы клинических испытаний. В августе 2018 г. были доложены на Европейском конгрессе кардиологов и опубликованы результаты рандомизированного исследования CAMELLIA-TIMI 61 по использованию препарата лорказерин у больных с по-

вышенным ИМТ (более 27) и ожирением [7]. В исследование было включено 12 000 пациентов (средний возраст 64 года), длительность наблюдения составила 3,3 года. Прежде всего исследователей волновали вопросы сердечно-сосудистой безопасности. Оказалось, что число больных с большими сердечно-сосудистыми осложнениями (летальные исходы, нефатальные инфаркты и инсульты) в группе приема препарата практически не отличалось от группы контроля и составило 2 и 2,1% соответственно. Ежегодная сердечно-сосудистая летальность составила 0,5% в группе приема препарата и 0,5% — в группе контроля. Дебют сахарного диабета наблюдали у 3,1% пациентов, принимающих лорказерин и 3,8% — в контрольной группе; различия оказались достоверно значимыми. При этом снижение веса, равное или более 5%, наблюдалось у 38,7% больных в группе лечения и у 17,4% контрольной группы, различия оказались достоверными. Таким образом, авторы сделали вывод об эффективности данного препарата в снижении веса при достаточной безопасности, то есть без увеличения числа сердечно-сосудистых осложнений.

Короткое перечисление препаратов с центральным механизмом действия дает понимание, почему же врачи избегают применения указанных средств и предпочитают обращать внимание пациентов на правильную диету, физическую активность, поведенческие особенности — все то, что составляет здоровый образ жизни. Лекарственные препараты выступают дополнением к перечисленному комплексу, не заменяя последний, особенно при наличии ожирения с зависимой коморбидной патологией. Как часто их назначают в реальной клинической практике? В целом 0,7% у всех больных с ожирением с максимумом 1,3% у больных с индексом массы тела более 40 кг/м² [5].

Особо остановимся на двух других препаратах, используемых в клинической практике. Первый из них — орлистат, заре-

гистрированный в России, является единственным агентом с периферическим действием, он ингибирует панкреатическую липазу и нарушает абсорбцию поступающих жиров и не обладает центральным действием, не влияет на аппетит. Одобрен с показаниями снижения веса FDA еще в 1999 г. и наиболее эффективен в комплексе с поведенческими рекомендациями, причем не только в снижении веса, но и в профилактике развития сахарного диабета. Ценой вопроса являются побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея, метеоризм, особенно если пациенты увлекаются жирной пищей. Поскольку орлистат связывается с жирорастворимыми витаминами, пациентам необходимо рекомендовать прием мультивитаминов отдельно от приема данного препарата (на ночь), а также соответствующие рекомендации по сбалансированному питанию – низкокалорийному и с низким содержанием жиров.

Еще один используемый в настоящее время препарат – лираглутид (саксенда), самый «новый» в списке, одобренном FDA в 2014 г. с показаниями по снижению веса в дозе 3,0 мг. Лираглутид относится к агонистам рецепторов глукгоноподобного пептида I типа, первоначально одобрен в 2010 г. для лечения сахарного диабета в максимальной дозе 1,8 мг. Вводится подкожно, дает около 9% снижения веса, эффект сохраняется в течение 3 лет наблюдения, значительно снижает частоту развития сахарного диабета по сравнению с плацебо. Побочные эффекты включают тошноту и жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, редко – гипогликемию (вероятность выше при сочетании с другими антидиабетическими средствами, особенно препаратами сульфанилмочевины).

Очень тонкий вопрос – как часто наши больные с избыточным весом/ожирением, принимающие препараты, достигают поставленных целей в снижении веса? Около 21% больных вес не теряют, 49% пациентов снижают вес до 49% от поставленной цели,

23% респондентов снижают от 51 до 99% от поставленной цели и, наконец, 6% – превышают поставленные цели в снижении веса. В этом отношении существует предложение: если снижение веса составляет менее 5% за 3 мес приема полной дозы, целесообразно переключение на другой препарат. При этом само определение целевого уровня снижения веса может представляться врачу и пациенту по-разному – вот почему врач должен разъяснить поставленные задачи.

Существует еще одна опция в лечении морбидного ожирения: у больных с индексом массы тела более 40 кг/м² или при значениях последнего в пределах 35–39,9 м² в сочетании как минимум с одним зависимым патологическим состоянием, например сахарным диабетом или гипертензией. Несмотря на высокую частоту коморбидной патологии в этой тяжелой группе пациентов, к бариатрической хирургии обращаются только около 15–18% больных данной категории.

Сегодня контроль веса, лечение ожирения – это не спорадические усилия, а целая индустрия. Самолично в этом убедилась, несколько лет назад посещая своих пациентов в клинике Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, руководимой академиком В.А. Тутельяном. И диеты были подобраны с учетом индивидуальных предпочтений, и режим физических тренировок, и даже психологическая поддержка.

Понятие «индустрия» включает не только «промышленность, отрасль», но и построение целостной системы взаимодействия, которое сегодня невозможно без экономического базиса. В связи с этим приведу успешный, с моей точки зрения, опыт одной из зарубежных компаний, предлагающих различные продукты и услуги для снижения веса. Основанная в 1963 г., сегодня она управляет множеством «дочек» в 30 странах мира, сохраняя общий принцип «весонаблюдателей» – научный подход на основе формирования здоровых

привычек, в том числе в питании, физической активности с использованием современных технологий и средств связи. Ежегодный доход в 2013 г. составил 1724 млрд долл., а число работников – 25 000. Предусмотрены гибкие планы снижения веса, как с точки зрения организации коммуникативного процесса (по мобильному телефону онлайн, с помощью тренеров-инструкторов и т. д.), так и с точки зрения дистанционной организации пищевого рациона путем оригинальной и весьма остроумной системы подсчета очков и многих других «хитрых приемов».

Когда наши американские коллеги пишут о том, что препараты для лечения ожирения используются в 15 раз реже, чем антидиабетические средства потому, что они не покрываются страховкой [4], я полагаю, что они в значительной степени хитрят и ориентируются на коммерческие интересы соответствующих компаний, имея в виду обширный список побочных эффектов препаратов, особенно с центральным механизмом действия. Когда же предлагаются гибкие инструменты управления весом, дружелюбные по отношению к пользова-

телю и не отвлекающие средства от других медицинских задач, – это здорово, это то, к чему нужно и можно стремиться и что активно уже сегодня в нашей стране завоевывает рынок.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Bleich S. A road map for sustaining Healthy Eating Behavior. *N. Engl. J. Med.* 2018; 379 (6): 507–9.
2. Obesity report 2018. Medscape. 2018; August 8.
3. Separating the wheat from the Chaff: 5 evidence-based Dietary Tips to Share with your patients. Medscape. 2018; August. 9.
4. 15 Antidiabetic prescriptions for every antiobesity one. Medscape. 2016; September 9.
5. Zhang S., Manne S., Lin Y., Yang J. Characteristics of patients eligible for pharmacotherapy for weight loss in primary care practice in the United States. *Obes. Sci. Pract.* 2016; 2: 104–14.
6. Using anti-obesity drugs: which drug for which patient? Medscape; 2017.
7. Bohula E.A., Wiviott S.D., McGuire D.K. et al. Cardiovascular safety of lorcaserin in overweight or obese patients. *N. Engl. J. Med.* 2018; Epub ahead of print.

Поступила 02.08.2018
Принята к печати 09.08.2018