

“Портрет” больного ожирением по результатам амбулаторного регистра пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями “ПРОФИЛЬ”

Захарова А. В., Лукина Ю. В., Воронина В. П., Толпыгина С. Н., Кутишенко Н. П., Киселева Н. В., Марцевич С. Ю. от имени рабочей группы регистра “ПРОФИЛЬ”[#]
ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Изучить возможности использования метода регистра для сравнительной оценки клинико-anamnestических характеристик у кардиологических пациентов с наличием и при отсутствии ожирения; составить “портрет” больного с ожирением, характерного для изучаемой когорты.

Материал и методы. Проанализированы данные амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ за период с января 2011г по 31 августа 2015г: в регистр был включен 1531 первичный пациент, из них индекс массы тела (ИМТ) определен у 1371 больного. У 565 человек было диагностировано ожирение различной степени, у 806 пациентов ИМТ не превышал 30 кг/м². Выполнен анализ ретроспективных данных регистра.

Результаты. По данным регистра ПРОФИЛЬ ожирение было выявлено у 41,2% больных, пациенты с ожирением были моложе больных без ожирения ($p=0,003$), среди них приблизительно равное количество мужчин и женщин — 50,8% и 49,2%, соответственно. Для больных с ожирением были характерны низкий уровень физической нагрузки, наличие отеков, одышки ($p=0,0001$). Пациенты с ожирением в 1,5-3 раза чаще имели артериальную гипертонию, сахарный диабет 2 типа, хроническую сердечную недостаточность ($p=0,0001$), нарушение толерантности к глюкозе ($p=0,001$), дислипидемию ($p=0,012$). Несмотря на то, что больные с ожирением, чаще регулярно принимали лекарственные препараты ($p=0,006$),

они реже достигали целевого уровня артериального давления (АД), чем у пациентов без ожирения ($p<0,05$). Практически никому из пациентов с ожирением не назначалась лекарственная терапия, направленная на снижение веса, за исключением 73 больных, принимавших участие в 2 клинических исследованиях.

Заключение. Данные амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ подтвердили основные сведения об ожирении у кардиологических пациентов: составлен “портрет” больного ожирением, определены факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний, коморбидные состояния. Полученные результаты демонстрируют более сложное достижение целевого уровня АД у пациентов с ожирением при регулярной медикаментозной терапии, а также выявляют недостаточное внимание врачей к диагностике и, особенно, лечению ожирения, и недооценку проблемы избыточного веса пациентами.

Ключевые слова: ожирение, амбулаторный регистр, индекс массы тела.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2016; 15(4): 44–49
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-4-44-49>

Поступила 22/07-2016

Принята к публикации 02/08-2016

An obese patient “portrait” by the results of outpatient cardiovascular registry “PROFILE”

Zakharova A. V., Lukina Yu. V., Voronina V. P., Tolpygina S. N., Kutishenko N. P., Kiseleva N. V., Martsevich S. Yu. on behalf of “PROFILE” registry workgroup[#]
National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health, Moscow, Russia

Aim. To assess the opportunities for registry methodology for comparative evaluation of clinical and anamnestic characteristics of cardiological patients with and without obesity; to draw a “portrait” of the obese patients, common for the cohort studied.

Material and methods. The data analyzed from outpatient PROFILE registry during January 2011 to 31 august 2015: totally 1531 primary patient included, of those body mass index (BMI) collected in 1371. In 565 there was obesity of various grade, in 806 BMI was not higher than 30 kg/m². The analysis done of retrospective data.

Results. According to PROFILE results, obesity was found in 41,2% of patients, and those with obesity were younger ($p=0,003$). Among them men and women number was equal — 50,8% and 49,2%, resp. For the obese there were characteristic presence of dyspnea, oedema and low level of physical activity ($p=0,0001$). The obese had 1,5-3 times more common arterial hypertension, 2 type diabetes, chronic heart failure ($p=0,0001$), glucose tolerance disorder ($p=0,001$), dyslipidemia

($p=0,012$). Regardless that the obese took medications more commonly ($p=0,006$), they more rarely reached target level of blood pressure (BP), than those non obese ($p<0,05$). Almost nobody of those with obesity had prescribed therapy against overweight, except 73 patients that participated in 2 clinical trials.

Conclusion. The data from outpatient registry PROFILE has confirmed the main information on obesity in cardiological patients: a “portrait” is drawn of the obese, cardiovascular risk factors (CRF) formulated, and comorbidities. The data demonstrates more difficult achievement of target BP in the obese with regular medication treatment, and highlights insufficient attention of physicians to diagnostics and especially treatment of obesity, as underestimation of the overweight problem by patients themselves.

Key words: obesity, outpatient registry, body mass index.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2016; 15(4): 44–49
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-4-44-49>

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: yuvlu@mail.ru

[Захарова А. В. — к.м.н., с.н.с. лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии, Лукина Ю. В. — к.м.н., с.н.с. лаборатории фармакоэпидемиологических исследований того же отдела, Воронина В. П. — к.м.н., с.н.с. отдела, Толпыгина С. Н. — к.м.н., в.н.с. отдела, Кутишенко Н. П. — д.м.н., руководитель лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела, Киселева Н. В. — к.м.н., в.н.с. отдела эпидемиологии ХНИЗ, Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии].

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, НТГ — нарушение толерантности к глюкозе, ОХС — общий холестерин, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФН — физическая нагрузка, ФР — факторы риска, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХСН — хроническая сердечная недостаточность. Регистр "ПРОФИЛЬ" — это регистр специализированного кардиологического подразделения, в который включаются все больные, обратившиеся по поводу сердечно-сосудистых заболеваний с целью консультации или оценки возможного участия в клинических исследованиях.

Введение

Проблема ожирения и ее решение являются одними из наиболее актуальных задач современного общества в связи с тем, что за последние 35 лет ожирение приобрело масштабы пандемии: по сведениям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на конец 2014г ~2 млрд человек на планете имели избыточный вес — индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м², а 600 млн из них страдали ожирением той или иной степени — ИМТ > 30 кг/м² [1]. Кроме того, повышенный ИМТ является доказанным фактором риска (ФР) для целого ряда заболеваний: сердечно-сосудистых (ССЗ) — ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), их осложнений, сахарного диабета (СД) 2 типа, патологии костно-мышечной системы (остеоартрита) и некоторых онкологических болезней — рака толстого кишечника, постменопаузального рака молочной железы, рака эндометрия, яичников и др., чем обусловлено повышение общей смертности на 29%, сердечно-сосудистой смертности на 41% и смертности от осложнений СД 2 типа на 210% с ростом ИМТ на каждые 5 кг/м² [1-3]. Данные систематического обзора с мета-анализом подтвердили, что повышение ИМТ и ожирение 2 и 3 степеней увеличивают общую смертность, хотя для ожирения 1 степени такой зависимости не выявлено [4].

Сведения по проблеме ожирения, как правило, были получены в рандомизированных, клинических и в крупных, эпидемиологических исследованиях [2-6], однако в решении многих вопросов при изучении проблемы ожирения неоспорима значительная роль относительно небольших наблюдательных исследований, в т.ч. регистров. Крупные исследования, как правило, не позволяют определить особенности течения болезни в том или ином регионе. Для решения этой задачи все большее значение приобретают локальные наблюдательные исследования, организованные в виде регистров. Поэтому представляется актуальным изучение возможностей таких наблюдательных исследований, в частности амбулаторного ретроспективно-проспективного регистра — в оценке ожирения и в сравнительном изучении клинико-anamnestических характеристик у кардиологических пациентов с наличием и без ожирения.

Цель — изучить возможности использования метода регистра для сравнительной оценки клинико-anamnestических характеристик у кардиологических пациентов с наличием и отсутствием ожирения, иными словами составить "портрет" больного с ожирением, характерного для изучаемой когорты, определить основные ФР ССЗ и коморбидные состояния.

Материал и методы

Для решения поставленной задачи были проанализированы данные регистра ПРОФИЛЬ — амбулаторного ретроспективно-проспективного регистра специализированного кардиологического подразделения научно-исследовательского центра [7, 8]. Тип субисследования, результаты которого представлены в настоящей статье, — одномоментное, с анализом ретроспективных данных и с перспективой дальнейшего наблюдения больных в рамках проспективной части регистра.

Всего в регистр ПРОФИЛЬ за период с начала 2011г по 31 августа 2015г был включен 1531 пациент: 830 (54,2%) мужчин и 701 (45,8%) женщина. Средний возраст больных составил $61,5 \pm 13,0$ лет, медиана возраста 63 года: 63 (54; 71).

Наличие и степень ожирения определяли согласно классификации ВОЗ по ИМТ: пациенты с нормальным весом имели ИМТ < 25 кг/м², у больных с избыточной массой тела ИМТ был ≥ 25 кг/м² но не превышал 30 кг/м². Первая степень ожирения диагностировалась при ИМТ ≥ 30 кг/м², но не выше 35 кг/м², вторая степень — от 35 до 40 кг/м² и третья степень — при ИМТ ≥ 40 кг/м², соответственно [1]. ИМТ был определен у 1371 больного, данные которых были включены в регистр ПРОФИЛЬ: у 565 (41,2%) пациентов было диагностировано ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), 806 человек имели ИМТ < 30 кг/м². Среди пациентов без ожирения у 527 (66,2%) больных ИМТ составил 25-30 кг/м², что согласно классификации, ВОЗ соответствует наличию избыточной массы тела.

Уровень физической нагрузки (ФН), наличие симптомов одышки и отеков определяли при опросе больного во время референсного визита.

Целевые уровни артериального давления (АД) и показателей липидного спектра — общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), а также их достижение у каждого конкретного пациента оценивались лечащим врачом на визите согласно Национальным клиническим рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике [9].

Диагноз ИБС выставлял лечащий врач на референсном визите, основываясь на клинико-anamnestических данных. Верификация диагноза ИБС проводилась по результатам коронароангиографии, стресс-тестов, данным медицинской документации, подтверждающей перенесенный острый инфаркт миокарда

Диагноз хронической сердечной недостаточности (ХСН), ее стадия по классификации Василенко-Стражеско и функциональный класс (ФК) по Нью-Йоркской классификации (NYHA) определялись лечащим врачом пациента; при наличии результатов эхокардиографии диагностировали диастолическую дисфункцию и/или нарушение систолической функции сердца [10].

Для статистической обработки данных регистра применялся пакет статистических программ SPSS Statistics 20.0 IBM® (США). Использовали стандартные методы описательной статистики — вычисление средних и стандартных отклонений для количественных переменных с нормальным распределением, медианы и 25% и 75%

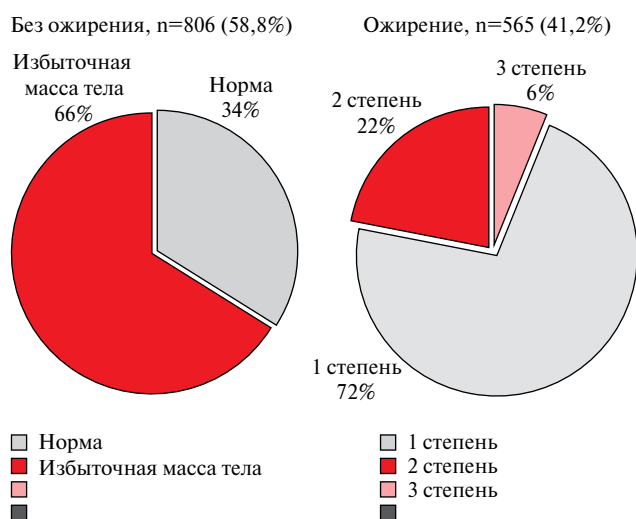


Рис. 1 Наличие и степени ожирения у пациентов регистра ПРОФИЛЬ.

квартилей для количественных данных с распределением, отличным от нормального; вычисление долей для качественных переменных. Для выявления различий между исследуемыми группами (с ожирением и без ожирения) применялись параметрические и непараметрические критерии для количественных переменных — *t*-критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни, дисперсионный анализ, и для качественных переменных — χ^2 , *z*-критерий для сравнения пропорций, а также метод построения многофакторной модели бинарной логистической регрессии для определения значимых факторов риска. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Распределение больных по группам в зависимости от наличия и степени ожирения представлено на рисунке 1.

Пациенты с ожирением были моложе больных, у которых ИМТ не превышал 30 кг/м²: медиана возраста первых составила 62 (54; 68) года vs 64 (54; 72) лет, соответственно, ($p=0,003$).

В группе с ожирением было поровну мужчин и женщин (50,8% и 49,2%), в группе без ожирения мужчин оказалось больше (56,9%), чем женщин (43,1%) ($p=0,024$). В группе с ожирением было больше лиц со средним (8,0%) и средне-специальным (17,5%) образованием и меньше пациентов с высшим образованием (69,2%) по сравнению с группой без ожирения, где эти показатели составили 5,1%, 13,4% и 77,5%, соответственно, ($p=0,005$); 5,4% пациентов с ожирением и 6,6% больных без ожирения имели ученую степень кандидата или доктора наук (различия статистически незначимы).

Половина пациентов с ожирением и без ожирения наблюдалась у терапевта или кардиолога в поликлинике по месту жительства, 17,8% пациентов обеих исследуемых групп постоянно наблюдались в научном центре, ~10% больных регулярно посещали врачей коммерческих медицинских центров.

11% пациентов обеих групп нигде постоянно не наблюдались (статистически значимых различий между группами нет). Отмечено, что больные ожирением в 2,5 раза чаще наблюдались в ведомственных поликлиниках, чем пациенты без ожирения: 4,2% случаев vs 1,7% соответственно ($p < 0,05$).

Пациенты с ожирением, включенные в регистр ПРОФИЛЬ, в основном, наблюдались у врачей-кардиологов (46,5%), что, вероятно, объясняется спецификой нозологического спектра регистра ПРОФИЛЬ, который является регистром специализированного кардиологического научного подразделения, и тем, что больные посещали специалиста в связи с кардиологическими заболеваниями, а не по поводу ожирения. Каждый четвертый пациент с ожирением наблюдался у терапевта, и лишь 6 (1%) человек, постоянно наблюдались у эндокринолога.

У половины пациентов с ожирением присутствовала одышка и у каждого четвертого больного с ИМТ > 30 кг/м² были отмечены отеки. По сравнению с больными без ожирения пациенты с ИМТ ≥ 30 кг/м² одышка и отеки беспокоили достоверно чаще ($p=0,0001$).

В среднем АД и пульс у больных во время референсного визита не отличались в обеих группах, и составили: АД — 130/80 мм рт.ст. и частота сердечных сокращений (ЧСС) — 70 уд./мин.

Частота регистрации вредных привычек — курения сигарет и злоупотребления алкоголем — в исследуемых группах не различалась.

Среди ФРСЗ, выявленных у пациентов с ожирением, выделялись низкая физическая активность, АГ, гиперхолестеринемия и гипергликемия.

Уровень ФН был существенно ниже в группе больных с ожирением: для пациентов с ожирением характерны, преимущественно, низкий (47,4%) и средний (48,2%) уровни ФН, в то время как у больных с ИМТ, не превышающим 30 кг/м², существенно преобладает средний уровень физической активности, а лиц с высоким уровнем ФН в 2,5 раза больше, чем в группе с ожирением ($p=0,0001$).

У больных с ожирением чаще, чем у больных без него имелись патологические изменения липидного профиля: у 87% vs 82%, соответственно, ($p=0,012$). Около 5% больных в группе с ожирением не знали о своем уровне ОХС и ~8% имели нормальные показатели липидного профиля; в группе без ожирения эти цифры составили 7,7% и 11,1%, соответственно, ($p=0,012$).

Основные сведения о наличии ССЗ и их осложнений у пациентов обеих исследуемых групп представлены в таблице 1. Различия между исследуемыми группами (с ожирением и без него) определены с помощью критерия χ^2 , различия между подгруппами — с помощью *z*-критерия (статистическая значимость различий *p* указана в последнем столбце для групп и подгрупп сравнения).

Таблица 1

ССЗ и их осложнения в исследуемых группах больных

ССЗ и их осложнения	Группа с ожирением		Группа без ожирения		Сравнение с группой без ожирения
АГ	498	88,1%	608	75,5%	p=0,0001
Нет АГ	67	11,9%	197	24,5%	p=0,0001
1 ст.	73	12,9%	137	17,0%	
2 ст.	249	44,1%	321	39,9%	нд.
3 ст.	176	31,1%	150	18,6%	p=0,0001
	ИБС				нд.
Да	208	36,8%	281	34,9%	
Нет	325	57,5%	502	62,4%	
Ds не верифицирован	32	5,7% p=0,012	22	2,7%	p=0,012
	Наличие стенокардии				нд.
Да	134	72,5%	174	76,5%	нд.
Нет	408	23,5%	616	21,6%	
Не известно	23 p=0,026	4,0%	15	1,9%	p=0,026
	Перенесенный ОИМ				нд.
Да	104	18,4%	147	18,3%	
Нет	461	81,6%	658	81,7%	
	Перенесенное ОНМК				нд.
Да	34	6,0%	42	5,2%	
Нет	531	94,0%	763	94,8%	
	Наличие ХСН				p=0,0001
Да	221	39,3%	220	27,3%	
Нет	341	60,7%	585	72,7%	
	Нарушения ритма сердца				нд.
Да	199 (87 — ФП 43,1%)	35,2%	282 (113 — ФП — 39,6%)	35,0%	
Нет	366	64,8%	523	65,0%	

Примечание: ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ФП — фибрилляция предсердий, нд. — недостаточно: p>0,05.

У больных с ожирением чаще регистрировалась АГ, причем тяжелая АГ 3 степени встречалась у пациентов с ожирением в 1,5 раза чаще, чем у больных с ИМТ <30 кг/м² (p=0,0001); также у них чаще присутствовали симптомы ХСН, преимущественно диастолической формы III ФК по NYHA (p=0,0001).

У больных с ожирением в 2 раза чаще, чем у пациентов без ожирения, диагностировали СД 2 типа и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) (p=0,0001).

Регулярную медикаментозную терапию по поводу ССЗ и коррекции ФР получали >73% пациентов с ожирением и 66,9% пациентов с нормальной или избыточной массой тела (ИМТ <30 кг/м²), 12,6% и 13,6% пациентов, соответственно, принимали лекарственные препараты нерегулярно; и 13,5% и 19,5% не получали никакой медикаментозной терапии (p=0,006). Достижение целевых значений АД отмечено у 51,8% пациентов в группе с ожирением и у 57,9% пациентов без ожирения, целевой уровень АД не был достигнут у 40,6% и 34,4% больных, соответственно, (p<0,05), что позволяет сделать вывод, что, несмотря на значимо более частую регулярную медикаментозную тера-

пию у больных с ожирением реже достигаются целевые цифры АД.

Целевые уровни ОХС и ХС ЛНП не были достигнуты в среднем у 55% пациентов обеих групп. Следует подчеркнуть, что рекомендуемый целевой уровень ХС ЛНП был достигнут всего в 12% и 14% случаев в группах с наличием и без ожирения, соответственно (p>0,05).

Стоит отметить, что практически никому из пациентов с ожирением не назначалась лекарственная терапия, направленная на снижение веса, за исключением больных, которые участвовали в 2 клинических исследованиях по коррекции ожирения. В 2012-2015гг 13 пациентов были включены в многоцентровое, плацебо-контролируемое, клиническое исследование с препаратом лираглутид, и в 2013г 60 пациентов приняли участие в исследовании по сравнительному изучению эффективности и безопасности оригинального препарата орлистата и его дженерика [7].

По результатам построения моделей логистической регрессии, в которых ожирение являлось независимым фактором, было выявлено, что ожирение в 2,7 раза увеличивает шанс наличия АГ, в 2,5 раза — СД 2 типа, в среднем в 2 раза повы-

Таблица 2

Результаты многофакторной логистической регрессии

Фактор при ожирении	ОШ (ДИ 95%)	Статистическая значимость
АГ	2,97 (2,06; 4,27)	<0,0001
СД 2 типа	1,96 (1,41; 2,73)	<0,0001
Низкий уровень ФН	1,58 (1,22; 2,05)	0,001
Высокий уровень ФН	0,52 (0,31; 0,86)	0,011
Одышка	1,54 (1,17; 2,03)	0,002
Отеки	1,73 (1,23; 2,43)	0,002
Возраст	0,96 (0,95; 0,97)	<0,0001

Примечание: ОШ — отношение шансов, ДИ 95% — 95% доверительный интервал.

шает шансы иметь НТГ. При ожирении в 3 раза возрастают шансы иметь одышку и в 2,4 раза — отеки.

По результатам построения многофакторной модели бинарной логистической регрессии с зависимым фактором ожирения, помимо перечисленных факторов (АГ, СД, НТГ, одышка, отеки), было обнаружено значимое влияние уровня ФН: низкий уровень ФН в 1,6 раза увеличивает шансы иметь ожирение, в то время как высокий уровень ФН имеет обратный значимый эффект, также было обнаружено, что с возрастом вероятность ожирения незначительно, но статистически высоко достоверно, снижается (таблица 2).

Обсуждение

Целью выполненного исследования было изучение возможностей метода амбулаторного ретроспективно-проспективного регистра в оценке ожирения у больных ССЗ. По данным амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ был составлен “портрет” больного ожирением — “портрет”, характерный для когорты, вошедшей в регистр, определены основные ФР и коморбидные состояния у пациентов с ожирением и ССЗ. Результаты многофакторного логистического регрессионного анализа данных регистра ПРОФИЛЬ подтвердили, что наиболее частыми сопутствующими ожирению заболеваниями и симптомами служат АГ, СД 2 типа, ХСН, дислипидемия, отеки, одышка, а также продемонстрировали существенное повышение риска ожирения у больных с низким уровнем ФН. Помимо этого, было обнаружено, что АГ также является ФР для ожирения, в 3 раза повышая шансы увеличения ИМТ. Это согласуется с литературными данными, в которых АГ является как следствием ожирения, так и ФР и неотъемлемым критерием метаболического синдрома: считается, что нелеченая или плохо леченная АГ приводит к нарушениям периферического кровообращения, развитию инсулинорезистентности и ожирения [11]. Возможно, этот феномен также частично объясняет выявленное в настоящем исследовании более сложное достижение целевого уровня АД

у больных с ожирением при регулярной медикаментозной терапии.

Сведения, полученные в регистре ПРОФИЛЬ, подчеркивают, что проблемам ожирения — диагностике и, особенно, лечению этого заболевания — уделяется очень мало внимания как со стороны пациентов, так и со стороны врачей: по данным регистра практически никому из больных, за исключением участников клинических исследований, не назначалась терапия, направленная на коррекцию веса, что согласуется с данными других авторов [12, 13]. Здесь следует подчеркнуть, что несмотря на так называемый “парадокс ожирения”, заключающийся в лучшем прогнозе больных ожирением и АГ и/или ХСН по сравнению с пациентами с нормальной или избыточной массой тела (без ожирения), с теми же кардиологическими диагнозами, результаты клинических исследований подтвердили, что снижение избыточной массы тела (за счет жировой, но не мышечной ткани), высоко эффективно для профилактики и лечения ССЗ и снижения смертности [14].

По данным Фремингемского исследования, в котором в течение 26 лет наблюдались >5 тыс здоровых мужчин и женщин, было доказано, что ожирение является независимым ФР ССЗ — АГ, ИБС, и их осложнений — мозгового инсульта, инфаркта миокарда, гипертрофии левого желудочка, ХСН, а также то, что ожирение тесно взаимосвязано с дислипидемией и НТГ [5]. В крупном проспективном исследовании взаимосвязи ИМТ и смертности, проведенном в США, приняли участие >5 млн человек. Результаты этого исследования показали тесную взаимосвязь избыточного ИМТ, причем не только выраженного ожирения, но и умеренного увеличения ИМТ, с повышенным риском смертности: общей, сердечно-сосудистой, онкологической [6]. Результаты представленного исследования также подтвердили значимую взаимосвязь ожирения с АГ, СД 2 типа и НТГ. Это позволяет сделать вывод о том, что грамотно спланированные и выполненные с соблюдением всех правил ведения регистров наблюдательные исследования, даже при относительно небольшом числе участников (по

сравнению с численностью участников крупных, эпидемиологических исследований) позволяют получить достоверные и воспроизводимые результаты, дополняют другие виды исследований, хотя, безусловно, не заменяют их.

Следует отметить, что в данной работе были использованы результаты анализа ретроспективных данных регистра ПРОФИЛЬ, который является ретроспективно-проспективным. Таким образом, материал по проблеме ожирения при ведении данного регистра в дальнейшем будет накапливаться: количество пациентов с ожирением, включенных в регистр, — увеличиваться, а сроки их наблюдения возрастать, что позволит получить дополнительную информацию о прогностических факторах при ожирении и другие сведения по этой проблеме.

Литература

1. Obesity and overweight. WHO Newsletter Updated June 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373 (9669): 1083-96.
3. Apovian CM. Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *Am J Manag Care* 2016; 22(S7): S176-85. Available at <http://www.ajmc.com/journals/supplement/2016/Impact-Obesity-Interventions-Managed-Care/Obesity-Definition-Comorbidities-Causes-Burden/>
4. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013; 309(1): 71-82.
5. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PT, et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants of the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983; 67: 968-77.
6. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, et al. Body-mass index and mortality in prospective cohort of US adults. *N Engl J Med* 1999; 341: 1097-110.
7. Zakharova AV, Tolpygina SN, Voronina VP, et al. A comparative study of the efficacy and safety of the original and generic orlistat in obese patients in the PROFIL register. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2016; 12(1): 16-20. Russian (Захарова А. В., Толпыгина С. Н., Воронина В. П., Марцевич С. Ю. Сравнительное изучение эффективности и безопасности оригинального и воспроизведенного препаратов орлистата у пациентов с ожирением в рамках регистра ПРОФИЛЬ. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2016; 12(1): 16-20).
8. Lukina YV, Dmitrieva NA, Zakharova AV, et al. Adverse event of drug therapy (the first results of the study according to the PROFILE outpatient register). *Rational*

Заключение

Таким образом, относительно небольшое наблюдательное исследование, спланированное по правилам проведения регистров, позволяет получить четкую информацию о значимости ожирения и различных ФР при нем. Сведения, полученные в регистре ПРОФИЛЬ, подчеркивают, что диагностике и, особенно, лечению ожирения, выполнению мероприятий, направленных на снижение веса, уделяется очень мало внимания как со стороны пациентов, так и со стороны врачей.

#Рабочая группа регистра “ПРОФИЛЬ”: Воронина В. П., Дмитриева Н. А., Захарова А. В., Загребельный А. В., Кутишенко Н. П., Лерман О. В., Лукина Ю. В., Марцевич С. Ю., Толпыгина С. Н.

9. Pharmacotherapy in Cardiology 2016; 12(3): 306-13. Russian (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).
9. Cardiovascular prevention. National guidelines of RSSC. Annex 2 to the journal “Cardiovascular therapy and prevention” 2011; 10(6): 31-8. Russian (Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации ВНОК. Приложение 2 к журналу “Кардиоваскулярная терапия и профилактика” 2011; 10 (6): 31-8).
10. Mareev VV, Ageev FT, Arutyunov GP, et al. National guidelines, SSHF, RCO and RNMOT for the diagnostics and treatment of chronic heart failure (4th ed). *Journal of Heart Failure* 2013; 14(7): 379-472. Russian (Мареєв В. Ю., Агеев Ф. Т., Арутюнов Г. П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Журнал Сердечная Недостаточность 2013; 14(7): 379-472).
11. Gress TW, Nieto FJ, Shahar E, et al. Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2000; 342(13): 905-12.
12. Melnichenko GA. Obesity in endocrinologist's practice. *Russian Medical Journal* 2001; 1: 82-92. Russian (Мельниченко Г. А. Ожирение в практике эндокринолога. РМЖ 2001; 1: 82-92).
13. Starostina EG. Treatment problems of patients with morbid obesity. *Obesity and Metabolism* 2011; 1: 35-41. Russian (Старостина Е. Г. Проблемы лечения пациентов с морбидным ожирением. Ожирение и метаболизм 2011; 1: 35-41).
14. Lavie CJ, Milani RV, Ventura H. Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *JACC* 2009; 53(21): 1925-32.