

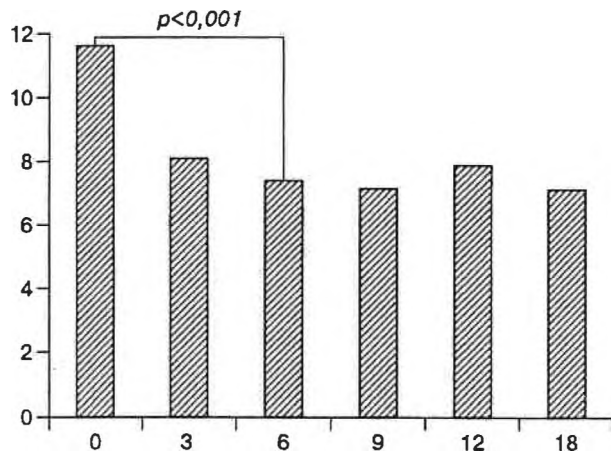


Рис. 8. Динамика уровня гликемии натощак у детей и подростков с СД 1-го типа при применении Лантуса в реальной клинической практике.

тус в клинической практике. В отличие от предыдущего исследования, предполагавшего строгий мониторинг пациентов в рамках клинического протокола, данное исследование было ретроспективным и отражало влияние терапии инсулином Лантус на углеводный обмен в реальных клинических условиях. В исследование вошло 160 больных в возрасте от 5 до 18 лет, переведенных на Лантус в условиях ЭНЦ РАМН. Показатели гликемии натощак и содержание HbA_{1c} оценивали при повторном обращении пациентов, чаще по поводу ухудшения показателей углеводного обмена. Отмечено достоверное снижение уровня гликемии натощак, близкое к целевому, на протяжении всего периода наблюдения (рис. 8) и существенное снижение уровня HbA_{1c}, ставшее достоверным к 6-му месяцу наблюдения, с

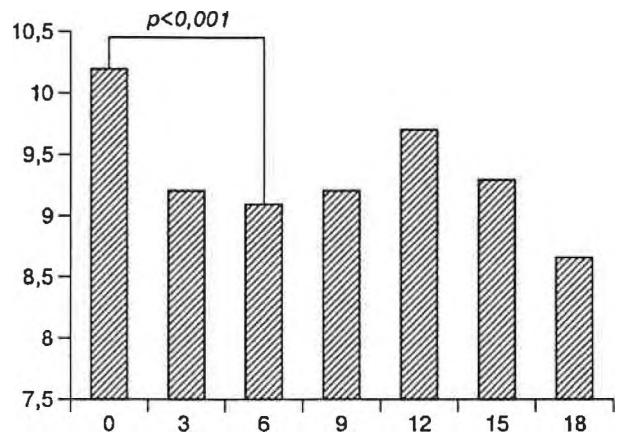


Рис. 9. Динамика уровня HbA_{1c} у детей и подростков с СД 1-го типа при применении Лантуса в реальной клинической практике.

последующим небольшим нарастанием его к 12-му месяцу. Проведенная в этот период коррекция дозы инсулина, в основном за счет пищевого инсулина, привела к еще более существенному снижению уровня гликированного гемоглобина через 1,5 года (рис. 9).

Таким образом, во втором исследовании была доказана высокая эффективность применения инсулина Лантус у детей и подростков в реальной клинической практике.

Заключение

Благодаря применению инсулиновых аналогов у детей и подростков с СД появилась реальная возможность достигать целевых уровней углеводного обмена с одновременным повышением качества жизни пациентов.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006

УДК 616.379-008.64:312.6(474.5)

Ю. Бутнориене, А. Норкус, Р. Шульцайте

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА И ДРУГИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ ЛИТОВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Институт эндокринологии (дир. — проф. А. Норкус) Каунасского медицинского университета Литовской Республики

Распространенность сахарного диабета (СД) 2-го типа в мире с каждым годом растет. Цель нашего исследования — определить распространение СД 2-го типа и других нарушений углеводного обмена среди лиц в возрасте 45 лет и старше, в 2003—2004 гг. проживающих в одном из районов Литовской Республики, в зависимости от возраста и пола, а также оценить частоту факторов риска СД. Сформирована случайная выборка из 1116 взрослых лиц (561 мужчина и 555 женщин). Проведен анкетный опрос, определены антропометрические показатели. Углеводный обмен оценивали согласно принятым в 1999 г. рекомендациям Всемирной организации здравоохранения. Распространенность СД 2-го типа составила 5,0%, нарушений толерантности к глюкозе — 22,3%, нарушенной гликемии натощак — 10,8%. Распространенность нарушений углеводного обмена с возрастом имела тенденцию к росту. У лиц с СД частота факторов риска СД значительно выше, чем у лиц с нормальным углеводным обменом.

Ключевые слова: распространение, сахарный диабет 2-го типа, нарушение углеводного обмена, факторы риска

The prevalence of type 2 diabetes mellitus (DM2) is on the increase in the world from year to year. The aim of this study was to estimate the prevalence of DM and other carbohydrate metabolic disturbances in the adult population (aged 45 years or more) living in an area of the Republic of Lithuania in 2003 to 2004, depending on age and gender, and the rate of DM risk factors. A random adult sample comprised 1116 adults (561 males and 555 females). A questionnaire survey was conducted; anthropometric indices were defined. Carbohydrate metabolism was evaluated by the 1999 World Health Organization's recommendations. The prevalence of

DM2 was 5.0%; that of glucose intolerance and impaired fasting glycemia was 22.3 and 10.8%, respectively. The prevalence of carbohydrate metabolic disturbances tended to increase with age. In patients with DM, the rate of its risk factors is much higher than that in individuals with normal carbohydrate metabolism.

Key words: *prevalence, type 2 diabetes mellitus, carbohydrate metabolic disturbances, risk factors.*

Сахарный диабет (СД) 2-го типа — это хроническое неинфекционное заболевание, распространенность которого в мире интенсивно растет с каждым годом. Ученые прогнозируют, что в ближайшие 2 десятилетия число болеющих диабетом повысится в 2 раза и в 2025 г. достигнет 300 млн [19]. Эта проблема актуальна как в развитых, так и в развивающихся странах [9]. С развитием экономики и постепенным повышением уровня жизни меняются стиль жизни и особенности питания людей.

Развитие СД 2-го типа объясняется двумя главными механизмами: прогрессирующим истощением β -клеток поджелудочной железы и хронической резистентностью к инсулину [8]. Эти изменения в организме происходят длительное время — годами и чаще всего не отражаются на самочувствии человека, т. е. прогрессируют асимптомно [2]. В связи с этим, как правило, СД 2-го типа обнаруживают поздно, с уже развившимися осложнениями. По данным проспективных исследований, уровень глюкозы в крови натощак выше 4,9 ммоль/л уже отражает возможное повреждение функции β -клеток [5, 6, 14, 18]. Для ранней диагностики СД используются следующие параметры: высокий уровень проинсулина или высокий уровень проинсулина/инсулина, низкий ответ инсулина плазмы и низкий уровень адипонектина в плазме крови [1, 17]. Однако на сегодняшний день эти тесты еще не имеют широкого применения в повседневной клинической практике, так как они достаточно сложны и дороги. Поскольку большая часть людей на ранних стадиях болезни чаще всего не ощущают никаких специфических симптомов СД, важно активно искать и своевременно выявлять нарушения углеводного обмена разной степени тяжести, чтобы реально оценить размах их распространения и своевременно предотвратить прогрессирование изменений или начать адекватное лечение.

Целью настоящей работы явилось определение распространенности СД 2-го типа и других нарушений углеводного обмена среди взрослых лиц среднего и старшего возраста, проживающих в одном из районов Литовской Республики, в зависимости от возраста и пола, а также частоты факторов риска развития СД.

Материалы и методы

Эпидемиологическое одномоментное аналитическое наблюдательное исследование проведено после получения разрешения регионального комитета по этике биомедицинских исследований. Из числа жителей района в возрасте 45 лет и старше в 2003—2004 гг. была сформирована случайная выборка [13]. Приглашения для участия в исследовании высылались по почте. Пациентов включали в исследование только после предоставления письменного согласия. В ходе анкетного опроса выяв-

ляли демографические данные, информацию о факторах риска СД, имеющиеся специфичные для СД жалобы. Во время осмотра оценивали антропометрические показатели — рост, массу тела, ИМТ (ожирение фиксировали при ИМТ 27 кг/м² и более), по стандартной методике измеряли АД (артериальную гипертензию диагностировали при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. или в случае употребления пациентом антигипертензивных препаратов). Уровень глюкозы в венозной плазме определяли в биохимической лаборатории, используя стационарный аппарат Precision GTM компании "MediSense". Нарушения углеводного обмена выявляли с помощью перорального теста на толерантность к глюкозе и оценивали согласно принятым в 1999 г. рекомендациям ВОЗ [4, 15]. СД диагностировали при уровне гликемии натощак 7,0 ммоль/л и более, а спустя 2 ч после нагрузки 75 г глюкозы — 11,1 ммоль/л и более; нарушениями толерантности к глюкозе (НТГ) — соответственно менее 7,0 и 7,8 ммоль/л и более; нарушенной гликемии натощак (НГН) — 6,1 ммоль/л и более.

Для статистической обработки данных использовали программы Statistica 5.0 и EPI INFO 2002. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M — выборочное среднее, SD — стандартное отклонение. Представлены возможные доверительные интервалы (ДИ₉₅) для показателя средней и процентных частот в популяции. Достоверность различий определяли с помощью t -критерия Стьюдента. При проверке статистических гипотез $p = 0,05$ принимали как критический уровень значимости.

Результаты и их обсуждение

Обследовано 1116 человек в возрасте от 45 до 96 лет. Из них 561 мужчина (средний возраст — $61,7 \pm 9,7$ года; ДИ₉₅ — 60,9—62,5) и 555 женщин (средний возраст — $62,2 \pm 9,5$ года; ДИ₉₅ — 61,4—63,0) ($p = 0,35$). Распределение обследуемых мужчин и женщин по возрастным группам было сопоставимым (табл. 1).

Таблица 1
Распределение обследуемых по возрастным группам

Возрастные группы, годы	Всего обследуемых, л	Мужчины	Женщины
45—54	306	165 (29,4)	141 (25,4)
55—64	341	161 (28,7)	180 (32,4)
65—74	370	184 (32,8)	186 (33,5)
75—84	93	47 (8,4)	46 (8,3)
85—94	4	3 (0,5)	1 (0,2)
95 и более	2	1 (0,2)	1 (0,2)
Всего...	1116	561 (50,3)	555 (49,7)

Примечание. Здесь и в табл. 2—4: в скобках — процент.

Таблица 2

Распространение СД 2-го типа и других нарушений углеводного обмена среди лиц в возрасте 45 лет и старше

Нарушения углеводного обмена	Мужчины	Женщины
СД 2-го типа	19 (3,4) (ДИ ₉₅ 1,7–6,5)	37 (6,7) (ДИ ₉₅ 4,4–10,3)
НТГ	122 (21,7) (ДИ ₉₅ 18,4–25,4)	127 (22,9) (ДИ ₉₅ 19,5–26,7)
НГН	62 (11,1) (ДИ ₉₅ 8,7–14,1)	59 (10,6) (ДИ ₉₅ 8,2–13,6)

СД 2-го типа выявлен у 56 (5,0%; ДИ₉₅ 3,5–7,2) обследуемых, нарушение толерантности к глюкозе — у 249 (22,3%; ДИ₉₅ 19,9–24,8), нарушенная гликемия натощак — у 121 (10,8%; ДИ₉₅ 9,0–12,8) обследуемого.

Из результатов табл. 2 следует, что СД более распространен среди женщин, однако из-за небольшого числа случаев данное предположение статистически незначимо. Распространение НТГ и НГН среди мужчин и женщин заметно не различалось. У всех обследуемых чаще выявляли НТГ.

По данным исследований, проведенных в одном из городов Литвы в 2000 г., распространенность СД среди мужчин составляла 3,8%, а среди женщин — 4,6% [11].

В 2000 г. в Австралии распространенность СД 2-го типа составляла 7,4%, среди мужчин и женщин — соответственно 8,0 и 6,8% [3]. По данным этого исследования, распространенность НТГ и НГН была 16,4%, среди мужчин — 17,4%, среди женщин — 15,4%.

Результаты нашей работы показали, что распространенность НТГ и НГН в исследуемом районе Литвы достаточно высока: 22,3 и 10,8%, соответственно, среди мужчин 21,7 и 11,1%, среди женщин 22,9 и 10,6%.

По данным Национального департамента статистики Америки, распространенность СД в США в 2002 г. составила 6,3% (18,2 млн). Ученые подсчитали, что почти у 5,7 млн (2,1%) лиц СД не был диагностирован [10]. С увеличением возраста распространенность СД растет: более 20 лет — 8,7%, а более 60 лет — 18,3% больных.

Согласно результатам нашего исследования, распространенность нарушений углеводного обмена

Таблица 3

Распространение СД 2-го типа и других нарушений углеводного обмена среди мужчин в разных возрастных группах

Возрастные группы, годы	СД 2-го типа	НТГ	НГН
45–54	3 (15,8)	19 (15,6)	16 (25,8)
55–64	4 (21,0)	37 (30,3)	18 (29,0)
65–74	9 (47,4)	53 (43,4)*	21 (33,9)
75–84	3 (15,8)	12 (9,8)	7 (11,3)
85–94	0	1 (0,9)	0
Всего...	19 (3,4)	122 (21,7)	62 (11,1)

Примечание. Здесь и в табл. 4: * — $p = 0,03$ по сравнению с возрастной группой 45–54 года.

Таблица 4

Распространение СД 2-го типа и других нарушений углеводного обмена среди женщин в разных возрастных группах

Возрастные группы, годы	СД 2-го типа	НТГ	НГН
45–54	6 (16,7)	23 (18,1)	16 (27,6)
55–64	12 (33,3)	35 (27,6)	20 (34,5)
65–74	13 (36,1)	54 (42,5)*	17 (29,3)
75–84	5 (13,9)	13 (10,2)	5 (8,6)
85–94	0	1 (0,8)	0
95 и более	0	1 (0,8)	0
Всего...	37 (6,7)	127 (22,9)	59 (10,6)

на (особенно НТГ) с возрастом имеет тенденцию роста как у мужчин, так и у женщин (табл. 3 и 4).

По данным Международной федерации диабета (МФД), в 2003 г. в 172 странах — членах МФД (90% населения мира) СД болело 194 млн (5,1%) взрослых людей в возрасте от 20 до 79 лет [7]. Самая большая распространенность СД установлена в регионах Северной Америки и Европы — соответственно 7,9 и 7,8%.

В нашей работе мы придерживались следующих общепринятых факторов риска СД 2-го типа [11]: СД у ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, детей); ожирение (ИМТ ≥ 27 кг/м²); для женщин рождение ребенка массой тела более 4 кг; артериальная гипертензия (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.); нарушение обмена жиров в анамнезе; нарушение углеводного обмена в анамнезе; сердечно-сосудистые болезни (инфаркт миокарда, инсульт, облитерирующий эндартериит) в анамнезе; жалобы, специфичные для СД (полиурия, полидипсия, снижение массы тела).

По данным нашего исследования (табл. 5), частота факторов риска СД значимо выше у больных СД, чем у лиц с нормальным углеводным обменом. Однако данные о нарушениях липидного обмена и сердечно-сосудистых заболеваниях в анамнезе не имели достоверной разницы среди обследуемых.

Частота факторов риска СД при разных степенях нарушений углеводного обмена и при нормальном углеводном обмене среди обследуемых мужчин и женщин приведена в табл. 6 и 7. У мужчин с

Таблица 5

Частота факторов риска СД (в %) у больных СД и лиц с нормальным углеводным обменом

Фактор риска СД	Больные СД	Лица с нормальным углеводным обменом	p
СД у ближайших родственников	26,8	7,8	0,04
Ожирение	80,4	51,2	0,0003
Артериальная гипертензия	76,8	40,1	0,00001
Нарушение обмена жиров в анамнезе	16,1	7,1	с. н.
Нарушение углеводного обмена в анамнезе	80,4	3,5	0,00001
Сердечно-сосудистые болезни в анамнезе	17,9	10,3	с. н.
Жалобы, специфичные для СД	80,4	22,6	0,00001

Примечание. с. н. — статистически незначимо.

Таблица 6

Частота факторов риска СД (в %) при разных степенях нарушений углеводного обмена и при нормальном углеводном обмене среди обследуемых мужчин

Фактор риска СД	СД 2-го типа	НТГ	НГН	Нормальный углеводный обмен
СД у ближайших родственников	15,8	9,8	1,6	76,7
Ожирение	63,2	54,1	50,0	42,3
Артериальная гипертония	63,2*	44,3	35,5	31,8
Нарушение обмена жиров в анамнезе	15,8	4,9	0	3,9
Нарушение углеводного обмена в анамнезе	63,2**	6,6	6,5	2,0
Сердечно-сосудистые болезни в анамнезе	10,6	18,0	16,2	11,5
Жалобы, специфичные для СД	73,7***	23,0	24,2	22,6

Примечание. * — $p = 0,02$, ** — $p = 0,01$, *** — $p = 0,0002$ по сравнению с показателями лиц с нормальным углеводным обменом.

СД значимо чаще отмечали артериальную гипертонию, нарушения углеводного обмена в анамнезе и жалобы, специфичные для СД, по сравнению с мужчинами с нормальным углеводным обменом.

Среди женщин с нарушенным углеводным обменом частота таких факторов риска, как СД у ближайших родственников, ожирение, артериальная гипертония, нарушение углеводного обмена в анамнезе, жалобы, специфичные для СД, была значимо выше, чем у женщин с нормальным углеводным обменом.

Статистически значимой разницы частоты других факторов риска СД как среди мужчин, так и среди женщин не установлено. У больных СД это могло быть обусловлено небольшим числом случаев, а у лиц с НТГ и НГН в действительности могут отсутствовать различия в частоте факторов риска

Таблица 7

Частота факторов риска к СД (в %) при разных степенях нарушений углеводного обмена и при нормальном углеводном обмене среди обследуемых женщин

Фактор риска СД	СД 2-го типа	НТГ	НГН	Нормальный углеводный обмен
СД у ближайших родственников	32,4*	17,3	10,2	9,1
Рождение ребенка массой тела более 4 кг	37,8	24,4	37,3	28,8
Ожирение	89,2**	71,7*	69,5	60,7
Артериальная гипертония	83,8**	70,1**	67,8***	49,2
Нарушение обмена жиров в анамнезе	16,2	7,1	8,5	10,5
Нарушение углеводного обмена в анамнезе	89,2**	8,7	10,2	5,1
Сердечно-сосудистые болезни в анамнезе	21,6	11,0	10,2	9,0
Жалобы, специфичные для СД	83,8**	29,1	33,9	22,5

Примечание. * — $p = 0,03$, ** — $p \leq 0,001$, *** — $p = 0,04$ по сравнению с показателями лиц с нормальным углеводным обменом.

по сравнению с лицами с нормальным углеводным обменом, так как эти нарушения легче, чем СД.

S. Wild и соавт. показали, что в 2000 г. распространенность СД в мире составляла 2,8%, а к 2030 г. достигнет 4,4% [16]. Прогнозируется, что общее число болеющих СД людей в мире увеличится со 171 млн в 2000 г. до 366 млн в 2030 г. Главным изменением в структуре СД в ближайшие десятилетия будет увеличение доли лиц старше 65 лет. Оценивая распространенность СД в мире глобально, важно заметить, что болеющих диабетом женщин больше. Это связано с доминирующим в большинстве популяций общим числом женщин старшего возраста и с тенденцией увеличения распространения СД с возрастом. Главными причинами увеличения распространенности СД являются неправильное питание, ожирение, малоактивный образ жизни.

Прогрессирующая урбанизация, развитие экономики, все более укрепляющийся западный стиль жизни явно сказываются на росте числа случаев СД среди населения развивающихся стран. В связи с этим очень важно активно и своевременно выявлять нарушения углеводного обмена.

Выводы

1. Распространенность СД 2-го типа среди взрослых лиц среднего и старшего возраста, проживающих в одном из районов Литовской Республики, в 2003—2004 гг. составила 5,0%, нарушенной толерантности к глюкозе — 22,3%, нарушенной гликемии натощак — 10,8%.

2. Распространенность СД среди мужчин — 3,4%, нарушений толерантности к глюкозе — 21,7%, нарушенной гликемии натощак — 11,1%; среди женщин — соответственно 6,7, 22,9 и 10,6%.

3. Распространенность нарушений углеводного обмена с возрастом имела тенденцию к росту как у мужчин, так и у женщин, особенно у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bacha F., Saad R., Gungor N., Arslanian S. A. // *Diabetes Care*. — 2004. — Vol. 27. — P. 1520—1521.
2. Dunstan D., Zimmet P., Welborn T. et al. *Diabetes and Associated Disorders in Australia, 2000: The Accelerating Epidemic*. — Melbourne, 2001.
3. Dunstan D., Zimmet P., Welborn T. et al. // *Diabetes Care*. — 2002. — Vol. 25. — P. 829—834.
4. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up Report on the Diagnosis of Diabetes Mellitus // *Diabetes Care*. — 2003. — Vol. 26. — P. 3160—3167.
5. Gastaldelli A., Ferrannini E., Miyazaki Y. et al. // *Diabetologia*. — 2004. — Vol. 47. — P. 31—39.
6. Godsland I. F., Jeffs A., Johnston D. G. // *Diabetologia*. — 2004. — Vol. 47. — P. 1157—1166.
7. International Diabetes Federation *Diabetes Atlas 2003*. — Brussels, 2003.
8. Kahn R. C. // *Atlas of Diabetes*. — 2000. — P. 71—81.
9. Mohan V., Shanthirani S., Deepa R. et al. // *Diabet. Med.* — 2001. — Vol. 18. — P. 280—287.
10. National Diabetes Statistics Fact Sheet. — NIDDK, 2003.
11. Norkus A., Sulcaitė R. // *Antro Tipo Cukrinio Diabeto Diagnostika ir Gydymas*. — 2000. — P. 4—7.

12. Norkus A., Domarkiene S., Šulcaite R. et al. // Lietuvos Endokrinol. — 2002. — Vol. 1, 2. — P. 60–66.
13. Sapagovas J., Vilkauskas L., Rašymas A., Šaferis V. // Informatikos ir Matematines Statistikos Pradmenys. — 2000. — P. 96.
14. Sato Y., Komatsu M., Katakura M. et al. // Diabet. Med. — 2002. — Vol. 19. — P. 566–571.
15. WHO/NCD/NCS/99.2: Definition, Diagnosis and Classification at Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification at Diabetes Mellitus. — Geneva, 1999. — P. 59.
16. Wild Sarah, Roglic Gajka, Green Anders et al. // Diabetes Care. — 2004. — Vol. 27. — P. 1047–1053.
17. Winzer C., Wagner O., Festa A. et al. // Diabetes Care. — 2004. — Vol. 27. — P. 1721–1727.
18. Zethelius B., Hales C. N., Lithell H. O., Berne C. // Diabetes Care. — 2004. — Vol. 27. — P. 1433–1438.
19. Zimmet P., Alberti K., Shaw J. // Nature. — 2001. — Vol. 414. — P. 782–787.

Поступила 03.08.05

© А. УИРТ, 2006

УДК 615.272.4.03:616-056.52].036.8

А. Уирт

СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА И УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КСЕНИКАЛ (ОРЛИСТАТ): XXL-ИССЛЕДОВАНИЕ В СЕТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ*

Городская клиника Бад-Ротенфельде, Германия

Постоянный рост числа больных с ожирением в последние годы представляет серьезную проблему для системы здравоохранения. В Германии всего 1 из 3 жителей имеет индекс массы тела (ИМТ) ниже рекомендуемого критерия 25 кг/м^2 [1]. За последние 20 лет число детей и подростков с избыточной массой тела или ожирением увеличилось в 2 раза [2]. В решении проблемы эффективного лечения этой постоянно увеличивающейся категории населения должны участвовать как врачи общей практики, которые лечат пациентов с избыточной массой тела и ожирением без сопутствующих патологий, так и врачи из специализированных медицинских центров, в задачу которых входит лечение больных с сопутствующими заболеваниями и психосоциальными проблемами.

Эффективность орлистата — ингибитора фермента желудочно-кишечной липазы, который примерно на 30% снижает всасывание жиров, показана в большом числе рандомизированных и плацебо-контролируемых исследований. Так, в отчете Европейской многоцентровой исследовательской группы сообщается о снижении массы тела на 10,2% от исходной и уменьшение всех факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний через 2 года терапии орлистатом в сочетании с изменением образа жизни [3]. Показана также эффективность орлистата в снижении массы тела и контроле гликемии у больных диабетом независимо от наличия или отсутствия показаний к применению инсулина [4, 5]. Результаты 4-летнего исследования использования ксеникала для профилактики диабета у больных с ожирением (XENDOS), в котором участвовали 3304 пациента, показали снижение относительного риска прогрессирования сахарного диабета 2-го типа при применении орлистата на 37% по сравнению с плацебо [6].

Как считают специалисты, снижение массы тела на 5% обеспечивает заметное улучшение состояния здоровья и повышение качества жизни. Для пациентов с ИМТ 35 кг/м^2 целью терапии является сни-

жение массы тела более чем на 10% [7]. В нашем исследовании лечение пациентов с ожирением осуществляли врачи общей практики, которые в Германии ведут амбулаторный прием. Проведена оценка эффективности терапии орлистатом в сочетании с изменением образа жизни в достижении указанных целевых уровней снижения массы тела в большом числе учреждений первичной медицинской помощи. Цель нашего исследования состояла не в оценке влияния орлистата на различные клинические показатели, а в оценке терапевтического результата лечения, проводимого в обычных условиях стандартной сети медицинской помощи.

Материалы и методы

Пациенты. Данное исследование проводили с марта 1999 г. по апрель 2000 г. в Германии в соответствии с требованиями Германской национальной службы здравоохранения, как определено законодательством этой страны. Врачам общей практики, которых посещали представители компании "Хоффманн-Ля Рош АГ", было предложено принять участие в этом исследовании. В соответствии с условиями проведения исследований врачи должны были лечить своих пациентов как обычно, без обязательного назначения какого-либо определенного препарата. Если врач назначал орлистат, то в этом случае требовалось следовать европейским инструкциям по применению, приведенным в аннотации на данный препарат. В исследование включали пациентов с показаниями к назначению орлистата (ИМТ $\geq 28 \text{ кг/м}^2$). Наличие противопоказаний к применению орлистата являлось критерием исключения из протокола.

Лечение. При назначении орлистата всем пациентам было рекомендовано принимать препарат по 120 мг 3 раза в сутки с едой в сочетании с низкокалорийной диетой и увеличением физической активности. Продолжительность курса терапии орлистатом устанавливал лечащий врач по своему усмотрению. По условиям исследования, максимальная длительность лечения составляла 9 мес. Пациенты проходили контрольные обследования в на-

*Diabetes. Obesity and Metabolism. — 2005. — N 7. — P. 21–27.