

Ведение пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации

В методических рекомендациях изложены современные подходы к диагностике и ведению пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в Центрах здоровья, включая скрипты для разговоров с пациентами, алгоритмы разработки индивидуальных программ питания, а также физикальные и инструментальные методы, необходимые для оценки состояния пациентов. Ключевое внимание уделено динамическому наблюдению, представлены основные критерии мониторинга эффективности лечения с целью снижения риска развития осложнений и улучшения качества и продолжительности жизни пациентов в целом. Алгоритмизация и структурирование современных клинических рекомендаций и стандартов в аспекте динамического наблюдения делают пособие актуальным, практикоориентированным и полезным для специалистов здравоохранения, а включение научных данных обеспечивает высокую эффективность предлагаемых подходов и их применение в повседневной врачебной практике.

Методические рекомендации могут быть использованы врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, первичная медико-санитарная помощь, методические рекомендации.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Тарасова Л. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова", руководитель Республиканского гастроэнтерологического центра на базе БУ "Республиканская клиническая больница" Минздрава Чувашской Республики, главный внештатный специалист по терапии Минздрава Чувашской Республики (Саранск, Россия);

Куняева Т. А. — к.м.н., доцент, зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ "Мордовская республиканская центральная клиническая больница", главный внештатный специалист по терапии Министерства здравоохранения Республики Мордовия и Приволжского федерального округа (Саранск, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 6 от 17 июня 2025 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Мокрышева Н. Г., Елиашевич С. О., Грицаева Е. А., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Васюкова О. В., Горбачева А. М., Демко В. В., Ершова Е. В., Казакова М. П., Куликова М. С., Трошина Е. А., Шепель Р. Н. Ведение пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(3):115-134. doi: 10.15829/3034-4123-2025-77. EDN: BNQMFG

Драпкина О. М.,
Мокрышева Н. Г.,
Елиашевич С. О.,
Грицаева Е. А.,
Дроздова Л. Ю.,
Калинина А. М.,
Васюкова О. В.,
Горбачева А. М.,
Демко В. В.,
Ершова Е. В.,
Казакова М. П.,
Куликова М. С.,
Трошина Е. А.,
Шепель Р. Н.*

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
ГНЦ РФ ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
r.n.shepel@mail.ru

Поступила: 28.08.2025
Принята: 03.09.2025



Management of overweight and obese patients without noncommunicable diseases in primary care facilities. Guidelines

These guidelines outline modern approaches to the diagnosis and management of overweight and obese patients without noncommunicable diseases in health centers, including scripts for patient interviews, algorithms of individualized nutrition programs, and methods necessary for assessing patients' condition. Key attention is paid to dynamic follow-up, and the key criteria for monitoring treatment effectiveness are presented to reduce the risk of complications and improve the overall quality and life expectancy of patients. The algorithmization and structuring of modern clinical guidelines and standards in relation to dynamic follow-up make the guide relevant, practice-oriented, and useful for healthcare professionals. The inclusion of scientific data ensures the high effectiveness of the proposed approaches and their application in everyday health practice.

The guidelines can be used by health professionals, heads of primary care facilities, and their departments.

Keywords: overweight, obesity, primary health care, guidelines.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Mokrysheva N. G., Eliashevich S. O., Gritsaeva E. A., Drozdova L. Yu., Kalinina A. M., Vasyukova O. V., Gorbacheva A. M., Demko V. V., Ershova E. V., Kazakova M. P., Kulikova M. S., Troshina E. A., Shepel R. N. Management of overweight and obese patients without noncommunicable diseases in primary care facilities. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(3):115-134. doi: 10.15829/3034-4123-2025-77. EDN: BNQMFG

ДинН — динамическое наблюдение, ИзбМТ — избыточная масса тела, ИМТ — индекс массы тела, РФ — Российская Федерация, ПФР — поведенческие факторы риска, УПК — углубленное профилактическое консультирование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЦЗ — центры здоровья.

Drapkina O. M.,
Mokrysheva N. G.,
Eliashevich S. O.,
Gritsaeva E. A.,
Drozdova L. Yu.,
Kalinina A. M.,
Vasyukova O. V.,
Gorbacheva A. M.,
Demko V. V.,
Ershova E. V.,
Kazakova M. P.,
Kulikova M. S.,
Troshina E. A.,
Shepel R. N.*

National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

I. I. Dedov National Medical
Research Center of Endocrinology
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

Russian Society for the Prevention
of Noncommunicable Diseases,
Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 28.08.2025
Accepted: 03.09.2025



Введение

Повышенная масса тела представляет собой одну из наиболее серьезных проблем современного общества и медицины. Распространенность избыточной массы тела (ИзбМТ) и ожирения в Российской Федерации (РФ) составляет в среднем 59,2% и 24,1%, соответственно. По данным многоцентрового наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации) с участием 25 224 человек в возрасте 25-64 лет распространенность ожирения в популяции составила 29,7% [1, 2]. Каждый третий взрослый человек в РФ нуждается в систематическом наблюдении и лечении ожирения, а также в оценке риска развития ассоциированных кардиометаболических нарушений.

Ожирение представляет собой социально значимую, мультидисциплинарную проблему. В Европе 2/3 всех расходов на здравоохранение отводится на лечение заболеваний, связанных с ожирением у взрослых. Аналогичная ситуация характерна и для РФ [3]. Ожирение и ИзбМТ являются мощным фактором риска развития многих хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): сердечно-сосудистых, онкологических, сахарного диабета 2 типа и др. [4]. Согласно результатам анализа экономического ущерба факторов риска и расчета популяционного атрибутивного риска 22,9% смертей от сердечно-сосудистых причин, 21,1% смертей от колоректального рака, 24,1% смертей от рака молочной железы обусловлены ожирением [5]. Общий вклад ожирения в смертность находится на уровне 137,2 смерти на 100 000 человек.

Результаты крупных исследований показали: увеличение массы тела за счет жирового компонента является триггерным фактором развития ХНИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет), депрессии, снижения фертильности и т.д., которые можно предотвратить. Именно поэтому так важны ранняя диагностика и управление массой тела на этапе, так называемого, метаболически здорового ожирения — без ХНИЗ, когда компенсаторные возможности организма еще сохранены и нет нарушений углеводного, липидного и пуринового видов обмена. Установлено, что это стадия является переходной в естественном течении ожирения как болезни, и рано или поздно манифестируют ХНИЗ, ассоциированные с ожирением (**рисунок 1**).

Современный подход к управлению массой тела основан на признании того факта, что ожирение является хроническим заболеванием с эпизодами ремиссии и рецидивов, требующим длительного лечения и долгосрочного динамического

наблюдения (ДинН) [6]. Современная концепция лечения базируется на первоначальной необходимости коррекции питания, пищевого поведения и физической активности вне зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ). Такой подход прослеживается как в отечественных рекомендациях, так и в международных [7-9].

Главным принципом первичной и вторичной профилактики (лечения) ИзбМТ и ожирения у взрослых является изменение образа жизни и коррекция питания в сторону формирования здорового пищевого поведения [8]. Начинать лечение ожирения целесообразно амбулаторно с целью минимизации стресса, а также выработки правильных пищевых стереотипов в привычных домашних условиях [10].

Огромное значение имеет врач, к которому пациент с повышенной массой тела обратился впервые, который аккуратно обратит внимание на проблему и даст четкий план действий, направленных на нормализацию массы тела и снижение сопутствующих рисков для здоровья [7]. Важной задачей врача является исключение стигматизации (предвзятости к пациенту), мотивирование человека к изменениям, последующее обучение основным принципам здорового образа жизни, своевременная интенсификация терапии, направление по показаниям к врачу-диетологу, психологу, эндокринологу и другим узким специалистам.

Следует четко различать фенотипы повышенной массы тела, подлежащие ДинН в центрах здоровья (ЦЗ) (**Приложение 3**). Согласно критериям диагностики, это лица с ИзбМТ и ожирением I-II ст. без сопутствующих ХНИЗ:

- Абдоминальное ожирение: окружность талии >80 см для женщин и >94 см для мужчин;
- ИзбМТ: ИМТ 25-29,9 кг/м²;
- Ожирение 1 ст.: ИМТ 30-34,9 кг/м²;
- Ожирение 2 ст.: ИМТ 35-39,9 кг/м².

Известно, что питание вносит существенный вклад в композиционный состав тела. В связи с этим первым шагом на пути к управлению ИзбМТ и ожирением I-II ст. является модификация образа жизни. Безусловно, для выполнения данной задачи требуются вовлечение как специалиста, так и пациента, а также значимые временные ресурсы. Поэтому для её реализации разработаны индивидуальные программы по ведению здорового образа жизни и индивидуальные программы здорового питания, которые формируются на этапе углубленного профилактического консультирования (УПК) (**рисунок 2**) [11].

Оптимальная продолжительность УПК составляет около 30 мин, краткого консультирования — 5-7 мин [12, 13]. Задачей эффективного профилактического консультирования является бесконфликтное побуждение пациента к осознанию необходи-

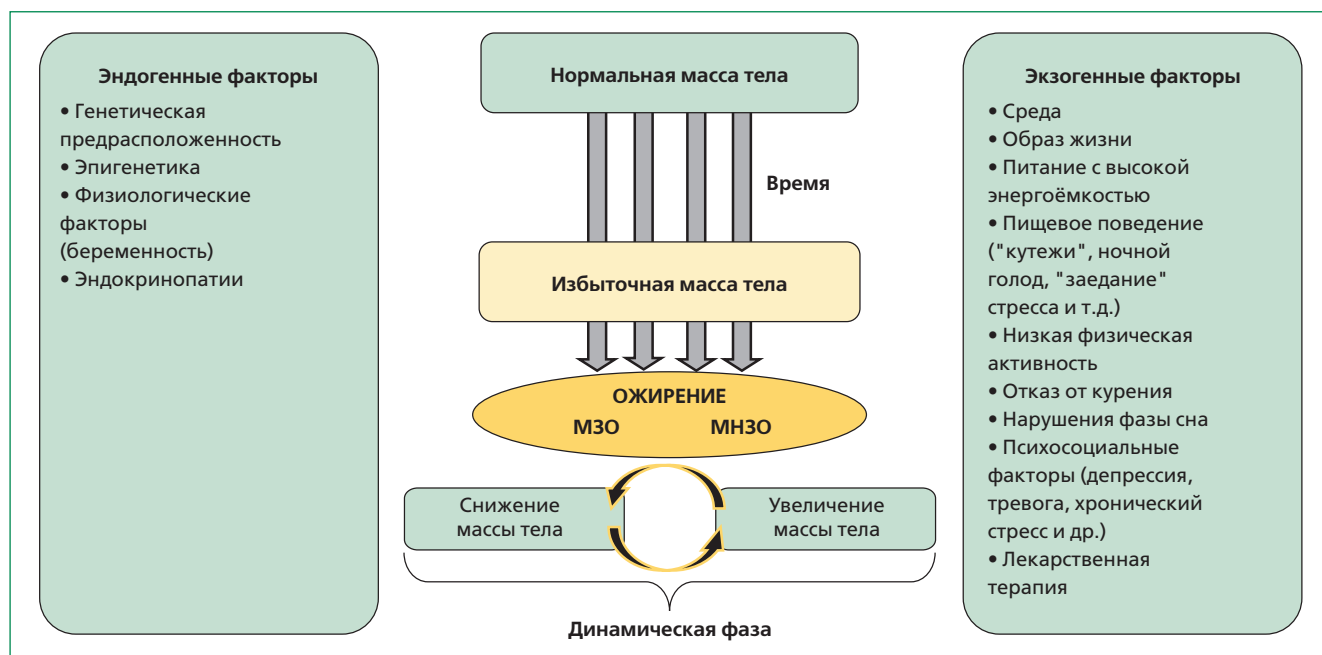


Рис. 1. Ожирение как заболевание: причинные факторы и естественное течение.

Сокращения: МЗО — метаболически здоровое ожирение, МНЗО — метаболически нездоровое ожирение, при котором есть такие нарушения.

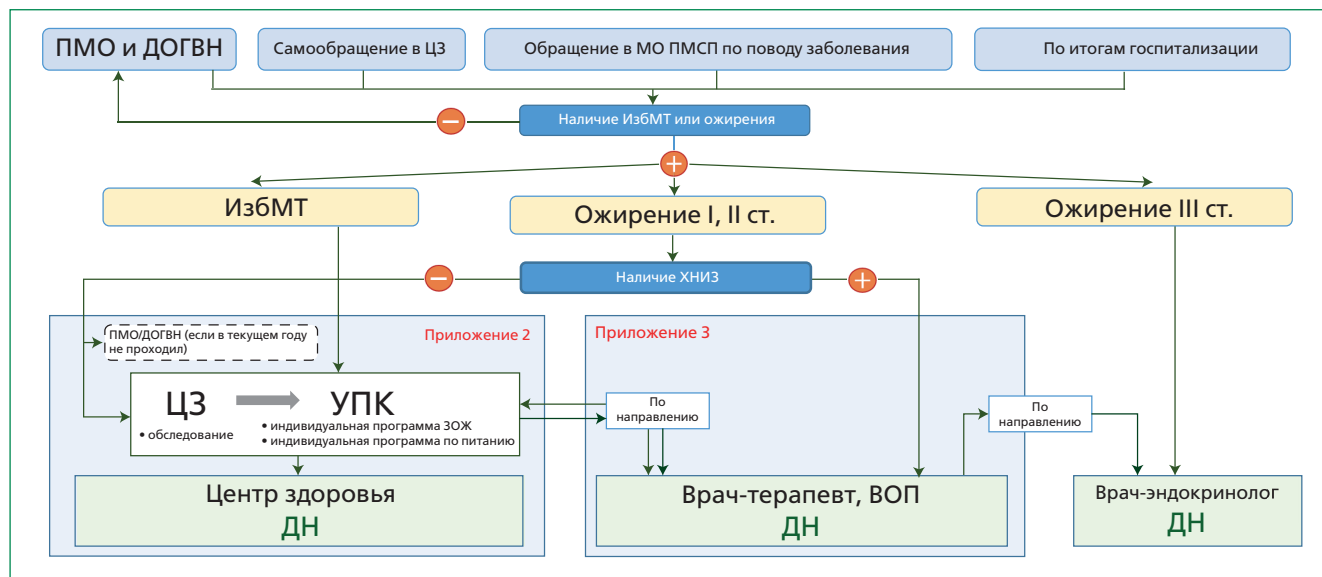


Рис. 2. Маршрутизация пациента с ИзБМТ или ожирением в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Сокращения: ВОП — врач общей практики (семейной медицины), Динн — динамическое наблюдение, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ЗОЖ — здоровый образ жизни, МО ПМСП — медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, ПМО — профилактический медицинский осмотр, УПК — углубленное профилактическое консультирование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЦЗ — центр здоровья.

мости изменения поведенческих привычек и формированию мотивации к конкретным шагам на пути к более здоровому образу жизни [14]. В литературе описан рекомендуемый алгоритм действий

при проведении индивидуального УПК [11, 12, 15]. Профилактическое консультирование направлено на повышение приверженности пациента рекомендациям врача посредством мотивирующих

и образовательных техник, ориентированных на личные потребности пациента.

Необходимо учитывать, что мотивация к изменениям поведения у пациента формируется только при условии осознания им необходимости изменений собственных убеждений и уверенности в достижении этих изменений. В этой связи, содержание индивидуального УПК направлено не только на информирование и обучение, но и на формирование осознанной мотивации пациента к активным практическим действиям по улучшению своего здоровья.

Успешное УПК характеризуется достижением пациентом понимания значимости предложенных рекомендаций и осознанием их приоритетности для себя лично. Формирование подобной мотивации представляет собой сложную задачу, требующую от консультанта специальных навыков и предварительного обучения.

В настоящее время единые стандарты и регламенты проведения УПК, включая структурированную оценку поведенческих факторов риска (ПФР) и формирование на её основе индивидуальных рекомендаций, в клинической практике отсутствуют. Для восполнения этого недостатка была разработана цифровая платформа "Доктор ПМ" — первая российская цифровая профилактическая технология (метод профилактики), основанная на информационной системе с алгоритмами поддержки принятия врачебных и управленческих решений при проведении УПК пациентов с ПФР и их дистанционного сопровождения в процессе снижения ПФР. Метод профилактики адаптирован к практике первичного звена здравоохранения; в отделениях медицинской профилактики, ЦЗ, фельдшерско-акушерских пунктах, для применения в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения. Эффективность метода продемонстрирована в рандомизированном проспективном исследовании с участием 583 пациентов в 5 субъектах РФ [16-19]. Исследователи отмечают снижение у 82% пациентов повышенной массы тела, у 42% достигнут индивидуальный целевой уровень снижения массы тела на фоне оздоровления привычек питания и повышения уровня физической активности. Продemonстрирована высокая приверженность пациентов дистанционному контролю с помощью мобильного приложения "Доктор ПМ" (93% пациентов завершили полный период наблюдения), что свидетельствует об эффективности пошагового алгоритма УПК на платформе "Доктор ПМ"¹.

Основными источниками информации о клинических аспектах проведения лечения и ДинН пациентов с ИзБМТ и ожирением без ХНИЗ являются методические рекомендации "Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых" [11], междисциплинарные клинические рекомендации "Лечение ожирения и коморбидных заболеваний" 2021 г. [6], Евразийское руководство "Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта" [7], клинические рекомендации "Ожирение", 2024 г.², методические рекомендации "Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования" [8], рекомендации Европейского общества по изучению ожирения [9], Приказ Минздрава России от 25 мая 2022 г. № 352н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при ожирении (диагностика и лечение)"³, Национальное руководство "Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации" [12]. За пациентами с ИзБМТ и ожирением I-II ст. без ХНИЗ должно осуществляться ДинН в ЦЗ. Наблюдение осуществляет специалист медицинской профилактики. Целью ДинН за пациентами с ожирением I-II ст. без ХНИЗ является снижение рисков развития осложнений, прежде всего, сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена; осуществляется до ИМТ — 30 кг/м². Для достижения цели необходимо снижение массы тела со скоростью 5-10% за 3-6 мес. и последующее удержание достигнутой массы тела в течение 6-12 мес., с дальнейшим решением вопроса о необходимости продолжения снижения массы тела с учетом рисков развития осложнений ожирения. ДинН пациентов с ожирением. Для пациентов с ИзБМТ целью наблюдения является профилактика увеличения массы тела и снижение рисков развития осложнений.

Алгоритмы приема пациента с ИзБМТ и ожирением без ХНИЗ врачом ЦЗ представлены в **таблице 1**.

План ДинН предусматривает общение с пациентом 3 раза в год помимо УПК: через 3 мес. после УПК (первый прием с использованием телемедицинских технологий), через 6 мес. после УПК (второй прием), через 12 мес. (третий прием). Задачи ДинН включают: поддержание мотивации в процессе снижения массы тела, своевременную оценку динамики антропометрических параметров

¹ Свидетельство о государственной регистрации ПЭВМ (№ 2024663692 от 2024-06-13 "Информационная система поддержки принятия решений при углубленном профилактическом консультировании пациентов с поведенческими факторами риска". Калинина А.М., Куликова М.С., Демко В.В., Бунова А.С., Шепель Р.Н., Концевая А.В., Драпкина О.М.

² Ожирение. Клинические рекомендации. 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/28_3.

³ Приказ Минздрава России от 25 мая 2022 г. № 352н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при ожирении (диагностика и лечение).

и контроль приверженности индивидуальной программе по ведению здорового образа жизни и индивидуальной программе здорового питания.

Важно, что пациенты, страдающие ожирением и не достигшие в течение 3 мес. клинически зна-

чимого (на 5% и более от исходной) снижения массы тела на фоне немедикаментозных методов лечения, должны быть направлены к врачу терапевту для интенсификации лечения и подбора фармакотерапии [6].

Таблица 1

Алгоритмы приема (осмотра, консультации) пациентов с ИзбМТ и ожирением без ХНИЗ в рамках ДинН в медицинских организациях, оказывающих ПМСП

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁴	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДинН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДинН
1	2	3
Алгоритм приема (осмотра, консультации) пациентов с ожирением без ХНИЗ		
E66 R63.5	Первое посещение: <u>Проводится с использованием телемедицинских технологий (через 3 мес. после УПК)</u> Длительность наблюдения пациентов с ожирением — прекращение ДинН при достижении ИМТ <30 кг/м² и удержании результатов в течение года Длительность наблюдения пациентов с ИзбМТ тела — до нивелирования фактора риска	Расспрос пациента Сбор жалоб и оценка их динамики На первом приеме (возможно с использованием телемедицинских технологий) провести сбор жалоб пациента и оценить их динамику, появление новых, в том числе необходимо выяснить: • Динамику массы тела и размеров окружности талии; • Беспокоят ли запоры, одышка, потливость, жажда, сухость во рту и т.д.; • Бывают ли эпизоды переедания (частота в течение недели, месяца); • Нарушения сна; • Низкая толерантность к физической нагрузке. Сбор анамнеза Анамнез настоящего заболевания Выяснить, как давно повышена массы тела, в частности уточнить максимальную массу тела в течение жизни (возраст) и комфортную массу тела; изменения массы тела, взаимосвязь с питанием, уровнем физической активности и длительностью сна. Уточнить, какие методы применялись для снижения массы тела (диеты, фитнес, пищевые добавки, лекарства и др.), их эффективность и скорость развития рикошетного набора массы тела (при наличии). Опрос в отношении антропометрических замеров По завершении сбора анамнеза заболевания перейти к оценке текущей массы тела и ИМТ, рассчитав по формуле: отношение массы тела (в килограммах) к квадрату роста (в метрах). Оценка достижения целевых показателей здоровья Проанализировать динамику массы тела за прошедшие 3 мес. (с даты проведения УПК) с учетом нормальной скорости процесса (минус 0,5-1 кг в неделю) и целевых значений величины массы тела — минус 5% от исходной. Перейти к оценке приверженности индивидуальной программе здорового образа жизни и индивидуальной программе здорового питания, подобранной на этапе УПК согласно шаблонам (Приложение 1). Выяснить частоту употребления растительной пищи, белковой и молочной продукции, ультрапереработанной пищи и жидкости, соотнести с индивидуальной программой питания, проанализировать недельный профиль питания согласно дневнику питания за последние 7 дней (Приложение 2). Установление или уточнение диагноза (-ов) заболевания (-ний) (состояния (-ний)). С учетом полученных во время приема данных необходимо сделать заключение о результатах и эффективности лечения за предыдущие 3 мес. Уточнить фенотип пациента и сравнить с исходными данными (Приложение 3). Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий: В рамках мотивационного консультирования обсудить с пациентом траекторию изменения образа жизни на следующие 3 мес., при необходимости скорректировать цели. При трудностях с приверженностью индивидуальной программе питания следует направить пациента на консультацию к врачу-диетологу для своевременной коррекции модели питания. При появлении и/или учащении эпизодов переедания, потери контроля над приемом пищи следует направить пациента на консультацию к психологу. При отсутствии клинически значимого снижения массы тела на 5% от исходной у лиц, страдающих ожирением, на фоне немедикаментозных методов лечения, должен быть рассмотрен вопрос о назначении фармакотерапии. Консультации всех специалистов проводятся в Центре здоровья.

⁴ Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505290045>.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДинН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДинН
1	2	3
		Информирование пациента о результатах проведенного приема (осмотра, консультации) Скрипт проведения первого приема в рамках ДинН с использованием телемедицинских технологий представлен в Приложении 4. Оформление медицинской документации Полученные в ходе приема данные необходимо занести в соответствующие шаблоны, представленные в Приложении 1.
	Второе посещение: (через 6 мес. после УПК) и Третье посещение: (через 12 мес. после УПК)	Расспрос пациента Сбор жалоб и оценка их динамики На втором приеме (очно) в рамках ДинН необходимо провести сбор жалоб пациента и оценить их динамику, появление новых, в том числе необходимо выяснить: • Динамику массы тела и размеров окружности талии; • Беспокоят ли запоры, одышка, потливость, жажда, сухость во рту и т.д.; • Бывают ли эпизоды переедания (частота в течение недели, месяца); • Нарушения сна; • Низкая толерантность к физической нагрузке. Сбор анамнеза • Анамнез настоящего заболевания: обсудить динамику массы тела, взаимосвязь с питанием, уровнем физической активности и её длительностью и качеством сна. Выяснить — проводилась ли медикаментозная терапия на предыдущем этапе? • История жизни: повторить оценку факторов риска развития заболеваний для исключения дополнительных аспектов, потенциально влияющих на управление массой тела: • биографические данные; • семейно-половой анамнез; • трудовой анамнез; • бытовой анамнез; • семейный анамнез и наследственность; • эпидемиологический анамнез; • оценка факторов риска развития заболеваний; • перенесенные заболевания; • аллергологический анамнез. Физикальное обследование • Общий осмотр с оценкой состояния пациента; • Измерение окружности талии, окружности бедер; • Измерение массы тела. Расчет ИМТ по формуле: отношение массы тела (в килограммах) к квадрату роста (в метрах) • Расчет соотношения окружность талии/рост. Инструментальные исследования Современная коррекция массы тела проводится под контролем биоимпедансометрии с целью оценки композиционного состава тела в динамике и изучения вклада жировой массы, скелетно-мышечной массы и общего объема жидкости в снижение массы тела у конкретного пациента (Приложение 5). Для оценки мышечной силы и исключения признаков саркопении проведение динамометрии (при наличии) и анализ биологического возраста сосудов с помощью ангиоскана как дополнительный мотивирующий фактор к работе над собой (Приложение 6). Оценка достижения целевых показателей здоровья Проанализировать динамику массы тела за прошедшие месяцы (с даты проведения УПК) с учетом нормальной скорости процесса (минус 0,5-1 кг в неделю) и целевых значений величины массы тела — минус 5-10% от исходной. Перейти к оценке приверженности индивидуальной программе здорового образа жизни и индивидуальной программе здорового питания, подобранной на этапе УПК согласно шаблонам (Приложение 1). Выяснить частоту и способы употребления растительной пищи, белковой и молочной продукции, ультрапереработанной пищи и жидкости, соотнести с индивидуальной программой питания, проанализировать недельный профиль питания согласно дневнику питания за последние 7 дней (Приложение 2).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов в рамках ДинН	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время приема (осмотра, консультации) пациента в рамках ДинН
1	2	3
		Обсудить совокупность изменений антропометрических показателей и данных инструментальных исследований в соответствии с исходно установленными целями. Установление или уточнение диагноза (-ов) заболевания (-ний) (состояния (-ний)). С учетом полученных данных сделать финальное заключение о результатах за предыдущие месяцы. Уточнить фенотип пациента и сравнить с исходными данными (Приложение 3). Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий: При достижении целей сформировать стратегию, направленную на удержание полученных результатов. При недостижении целей рассмотреть дополнительные инструменты для успешного управления массой тела — направление к врачу-диетологу и/или психологу, использование специализированных продуктов лечебного и диетического профилактического питания при трудностях в соблюдении режима питания, направление к врачу-терапевту с целью инициации фармакотерапии (Приложение 7). Информирование пациента о результатах проведенного приема (осмотра, консультации) В рамках мотивационного консультирования обсудить с пациентом траекторию изменения образа жизни на следующие 6 мес., при необходимости скорректировать цели. Оформление медицинской документации Полученные в ходе приема данные необходимо занести в соответствующие шаблоны, представленные в Приложении 1. Таким образом, пациент с ИзбМТ или ожирением I-II ст. без ХНИЗ, пройдя УПК и получив индивидуальную программу по ведению здорового образа жизни и индивидуальную программу по питанию остается под наблюдением в Центре здоровья, где в процессе ДинН может проводится корректировка этих программ.

Сокращения: ДинН — динамическое наблюдение, ИзбМТ — избыточная масса тела, ИМТ — индекс массы тела, УПК — углубленное профилактическое консультирование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

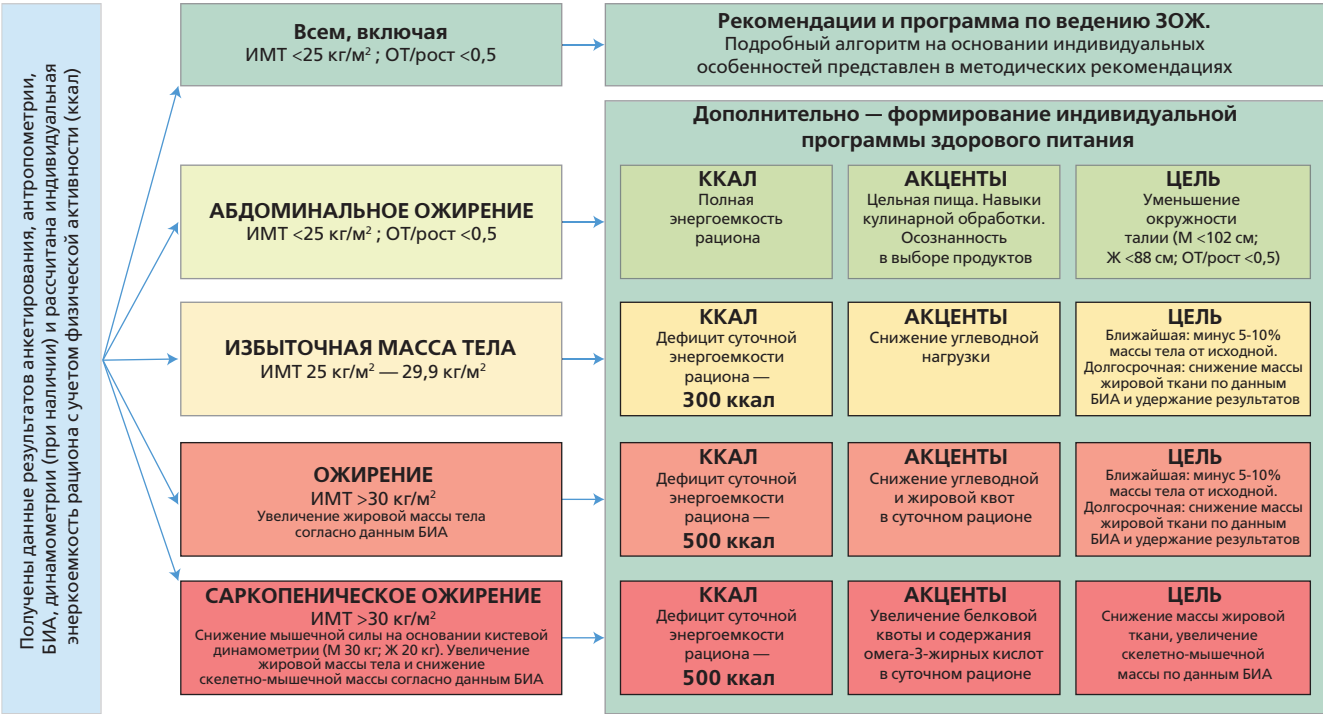
Приложение 1

**Шаблон для формирования индивидуальной программы
по ведению здорового образа жизни
(адаптировано из методических рекомендаций [11], раздел 4)**

ФИО пациента						
Возраст пациента (полных лет)						
Наличие фактора риска хронических неинфекционных заболеваний	Курение табака (+/-)	Риск пагубного потребления алкоголя (+/-)	Низкая физическая активность (+/-)	Нерациональное питание (+/-)	Избыточная масса тела (+/-)	Ожирение (+/-)
	Z72.0	Z72.1	Z72.3	Z72.4	R63.5	E66

Показатель	Результаты обследований						
	Первое обращение	Дата	Через 6 мес.	Дата	Через 12 мес.	Дата	Целевой показатель
Рост (см)			X		X		
Масса тела (кг)							
Индекс массы тела (кг/м ²)							
Окружность талии (см)							
Окружность бедер (см)							
Силовой индекс (%) или сила сжатия (динамометрия)							
ЖЕЛ (спирометрия)							
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ (индекс Тиффно) (спирометрия) (для курящих пациентов)							
Жировая масса тела (ЖМТ) (кг) (биоимпедансометрия)							
% ЖМТ (биоимпедансометрия)							
Скелетно-мышечная масса (СММ) (кг) (биоимпедансометрия)							
% СММ (биоимпедансометрия)							
Общая жидкость (кг) (биоимпедансометрия)							
Выданы рекомендации, в том числе:							
Универсальные рекомендации по здоровому питанию	+/-						
Индивидуальные рекомендации по здоровому питанию	Для пациентов в возрасте 18-49 лет (+/-)		Для пациентов в возрасте 50-64 года (+/-)		Для пациентов в возрасте 65 лет и старше (+/-)		При отказе от курения (+/-)
Индивидуальные рекомендации по физической активности	_____ (+/-)		_____ (+/-)		_____ (+/-)		_____ (+/-)

Алгоритм выбора индивидуальной программы питания пациентам с различными фенотипами повышенной массы тела в Центре здоровья (адаптировано из методических рекомендаций [11], раздел 5)



Сокращения: БИА — биоимпедансометрия, Ж — женщины, ЗОЖ — здоровый образ жизни, ИМТ — индекс массы тела, М — мужчины, ОТ — окружность талии.

Шаблон для формирования и мониторинга индивидуальной программы по здоровому питанию (адаптировано из методических рекомендаций [11], раздел 5)

ФИО пациента							
Возраст пациента (полных лет)							
Фенотип	Абдоминальное ожирение (+/-)		Избыточная масса тела (+/-)		Ожирение (+/-)		Саркопеническое ожирение (+/-)
Индивидуальные программы здорового питания							
Обращения	Первое обращение	Дата	Через 6 мес.	Дата	Через 12 мес.	Дата	Целевой показатель
Суточная энергоемкость пищевого рациона							

Приложение 2

Пример заполнения дневника индивидуальной программы здорового питания
(адаптировано из методических рекомендаций [11])

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	НЕДЕЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ПИТАНИЯ							
	1600 ккал/сут.	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
Овощи	300	+	+					
Фрукты и ягоды	225		+					
Цельнозерновые (сваренные каши, хлеб, хлебцы, макароны и др.)	141	+	+					
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	40		+					
Орехи, семена	16	+						
Нерафинированное растительное масло	22	+	+					
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	400	+	+					
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	142	+	+					
Резерв ккал на другие цели (ккал/день)	100		+					
(% от суточной энергоемкости системы питания)	6%							
Соблюдение питьевого режима								

- Зеленые блоки — цельная растительная пища
- Голубые блоки — пища животного происхождения (сырье)
- Желтый блок — ультрапереработанная пища (необязательно)
- Белый блок — жидкость



OPTIFAST®

НИЗКОКАЛОРИЙНАЯ ДИЕТА

ПОЛНОЦЕННОЕ СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ* ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

СРЕДНЕЕ СНИЖЕНИЕ
МАССЫ ТЕЛА НА 1-2,5 КГ
В НЕДЕЛЮ¹

ЧУВСТВО СЫТОСТИ
В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО
ВРЕМЕНИ²

ДОКАЗАННАЯ
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ:
>80 ИССЛЕДОВАНИЙ³

ПОЛНОЦЕННАЯ ЗАМЕНА ОДНОГО ПРИЁМА ПИЩИ НА ~200 ККАЛ^{4,5}

ВОЗМОЖНА ЗАМЕНА ОТ 1 ДО 3 ПРИЁМОВ ПИЩИ В ДЕНЬ^{4,5,6}



Узнайте подробнее
на www.optifast.ru

*COMMISSION DELEGATED REGULATION (EU) 2016/128 of 25 September 2015//РЕГЛАМЕНТ КОМИССИИ (ЕС) 2016/128 от 25 сентября 2015 г. 1. При соблюдении очень низкокалорийной диеты. Mustajoki, P. and T. Pekkarinen, Very low energy diets in the treatment of obesity. Obes Rev, 2001, 2(1): p. 61-72. // Мустайоки П. и Т. Пеккаринен. Очень низкокалорийные диеты при лечении ожирения. Obes Rev, 2001, 2(1): с. 61-72. 2. 2. Ard JD, Lewis KH, Rothberg A, et al. Effectiveness of a total meal replacement program (OPTIFAST® Program) on weight loss: results from the OPTIFAST study. Obesity, 2018; doi: 10.1002/oby.22303//Ард Дж. Д., Льюис К. Х., Ротберг А. и др. Эффективность программы полной замены питания (программа OPTIFAST®) на результаты снижения веса в соответствии с исследованием ОПТИВИН. Ожирение. 2018; doi: 10.1002/oby.22303. 3. С участием 273 мужчин и женщин (135 участников применяли питание OPTIFAST®, 138 участников соблюдали стандартную диету). Результаты исследования через 26 недель: 84,4% участников, употреблявших питание OPTIFAST®, в среднем потеряли 12,4% от массы тела, при этом 60,9% участников на стандартной диете в среднем потеряли 6% от массы тела. 3. <https://optifast.ru/optifast-publications>. 4. МР 2.3.1. 0253-21 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации»/Москва, 2021 г. 5. СРП №АМ.01.48.01.004.Р.000358.12.22 от 22.12.2022 г., СРП №АМ.01.48.01.004.Р.000360.12.22 от 22.12.2022 г., СРП №АМ.01.48.01.004.Р.000050.03.24 от 01.03.2024 г. 6. Steven, S. et al. Very Low-Calorie Diet and 6 Months of Weight Stability in Type 2 Diabetes: Pathophysiological Changes in Responders and Nonresponders. Diabetes Care 39 (2016): 808–815. // Стивен С. и др. Очень низкокалорийная диета и 6 месяцев стабильности веса при диабете 2 типа: патофизиологические изменения у пациентов. Диабетическая Помощь 39 (2016): 808–815. ®Владелец товарных знаков: Société des Produits Nestlé S.A. (Швейцария).

Приложение 3

Принципы определения фенотипа повышенной массы тела
(адаптировано из методических рекомендаций [11])

Абдоминальное ожирение	Избыточная масса тела	Ожирение	Саркопеническое ожирение
1. ИМТ <25 кг/м ² 2. ОТ/рост >0,5 3. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела согласно данным биоимпедансометрии	1. ИМТ ≥25 кг/м ² и <30 кг/м ² 2. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела согласно данным биоимпедансометрии	1. ИМТ ≥30 кг/м ² 2. <u>ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА:</u> увеличение жировой массы тела согласно данным биоимпедансометрии	1. ИМТ ≥30 кг/м ² 2. <u>НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ:</u> Снижение мышечной силы на основании кистевой динамометрии (М <27 кг, Ж <16 кг) 3. <u>ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА:</u> увеличение жировой массы тела и уменьшение скелетно-мышечной массы согласно данным биоимпедансометрии

Сокращения: ИМТ — индекс массы тела, ОТ — окружность талии, М — мужчины, Ж — женщины.

Приложение 4

Скрипт для разговора с пациентом с ожирением/ИзбМТ, которому подобрана индивидуальная программа здорового питания (адаптировано из методических рекомендаций [11])

Задачи консультации:

1. Оценить изменения с момента последней консультации.
2. Проверить выполнение индивидуальной программы по здоровому питанию.
3. Ответить на вопросы пациента.
4. Поддержать пациента и при необходимости скорректировать план достижения цели.

Инструкция по подготовке к проведению телемедицинской консультации через 3 мес.

1. Ознакомиться с учетной картой пациента, заполненной на этапе УПК:
 - выделить все выявленные отклонения при проведенных методах обследования,
 - обратить внимание на выявленные факторы риска

Врачу для эффективной консультации перед собой необходимо иметь **Приложение 2** для поочередной оценки каждой группы пищевых продуктов и индивидуальную карту пациента для фиксирования данных.

2. Ознакомиться со всеми целями, поставленными в индивидуальной программе по здоровому питанию
3. Спланировать разговор с пациентом по структурированному алгоритму

Этап I. Приветствие (самопрезентация) и непосредственное приглашение к разговору

Добрый день, ... Меня зовут... Я являюсь врачом центра здоровья (Наименование медицинской организации). Вы посещали наш центр здоровья 3 мес. назад и получили индивидуальную программу по здоровому питанию? Вы готовы поговорить? (В случае согласия — переход к этапу II; в случае отказа — Вы готовы записаться на удобное для вас время?)

Этап II. Подтверждение у пациента информации относительно анамнеза и соответствия категории пациента

Вы относитесь к группе лиц приоритетного внимания в отношении коррекции питания с целью своевременной профилактики развития заболеваний. Уточните ваш нынешний вес сегодня? Измеряли окружность живота? Какие цифры?

Этап III. Проверка суточного рациона по ключевым блокам с помощью **Приложения 2.**

Напомните, пожалуйста, вашу суточную потребность в энергии (ккал в день)? Я задам несколько вопросов по продуктовому набору?

Зеленый блок: Вам удалось ввести достаточное количество (...) цельных продуктов (зеленый блок): овощей и фруктов? Надеюсь, не забываете про порцию цельнозерновых круп и бобовых? Получается ли системно ежедневно употреблять рекомендуемое количество орехов/семян? Какие нерафинированные масла у вас в ходу?

Голубой блок: Вы аккуратно считаете объем потребления молочной продукции? Какое мясо покупаете?

Желтый блок: Достаточно ли любимых угощений на резерв калорийности?

Белый блок: Какую жидкость пьете? Чай/кофе без сахара?

Какой режим питания?

Что не удалось выполнить? Почему?

Этап IV. Мотивационный элемент

Не забывайте производить замеры массы тела и окружности живота 1 раз в неделю. Помните, что нормальная скорость процесса в среднем минус 500 г в неделю. Питание и физическая активность — это те факторы, которыми вы можете управлять.

Обсудить план по дальнейшей коррекции питания. Обсудить варианты преодоления трудностей, с которыми столкнулся пациент, альтернативные пути решения.

Этап V. Запись на прием

Мы Вас ждем на очную встречу в центр здоровья через 3 мес. с новыми достижениями. Предлагаю определить удобную дату и время.

Приложение 5

Последовательность выполнения биоимпедансометрии (адаптировано из методических рекомендаций [11])

- 1) Определение антропометрических показателей (масса тела, рост, ОТ и окружность бедер);
- 2) Ввод данных и наложение электродов;
- 3) Сохранение первичного протокола исследования (параметров состава тела и интенсивности обмена веществ);
- 4) Определение диапазона нормальных значений;
- 5) Анализ полученных данных и заключение.

Противопоказания к проведению: только наличие кардиостимулятора или других электронных устройств.

Алгоритм оценки параметра "жировая масса тела"

Цель: подтвердить/исключить наличие прироста массы тела вне зависимости от критерия ИМТ

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы жировой массы (кг);
- Сопоставьте с исходными данными у пациента;
- При наличии избытка жировой массы тела.

1) Рассчитайте целевое снижение жировой массы тела до верхней границы нормы (это цель-максимум в долгосрочной перспективе).

2) Рассчитайте ближайшую цель в достижении результата — минус 5-10% от исходной массы тела (к примеру, исходно масса тела 100 кг, следовательно, ближайшая цель — минус 5-10 кг).

Алгоритм оценки параметра "скелетно-мышечная масса"

Цель: исключить саркопеническое ожирение у лиц со сниженной функцией скелетных мышц согласно динамометрии.

- Определите рекомендуемую нижнюю границу нормы количества скелетно-мышечной массы (кг);
- Сопоставьте с исходными данными у пациента;
- При наличии дефицита скелетно-мышечной массы оцените количество жировой массы тела. При наличии избытка жировой массы тела и снижении скелетно-мышечной массы установите наличие саркопенического ожирения.

Алгоритм оценки параметров "общая жидкость" и "внеклеточная жидкость"

Цель: оценить прогноз скорости процесса снижения массы тела у лиц с повышенной массой тела

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы для данных параметров (кг);
- Сопоставьте с исходными данными у пациента;
- При наличии избытка жидкости.

Ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,5 до 1 кг в неделю.

- При нормальном диапазоне количества жидкости в организме.

Ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,3 до 0,5 кг в неделю.

Приложение 6

Кистевая динамометрия (при наличии)

Измерение силы кисти (кистевая динамометрия) производится с помощью кистевого динамометра. Обследуемый сжимает динамометр кистью правой/левой руки, которая отводится от туловища до получения угла в 90 градусов. Вторую руку опускает вниз вдоль туловища. Для каждой руки проводится по два измерения в положении стоя с чередованием правой и левой рук. Фиксируется лучший результат.

Результат силы сжатия <27 кг — показатель дефицита мышечной силы у мужчин, <16 кг — у женщин.

Для определения силового индекса рассчитывают показатель средней силы кисти: силу кисти левой и правой руки складывают, делят на два. Затем полученную величину делят на массу тела и умножают на 100.

$$\text{Силовой индекс (\%)} = \text{сила кисти (кг)} / \text{масса тела (кг)} \times 100\%$$

Трактовка силового индекса производится в соответствии со следующими критериями:

Величина силового индекса в зависимости от пола пациента

Трактовка силового индекса	Мужчины	Женщины
Ниже среднего	<65%	<48%
Средний	65-80%	48-50%
Выше среднего	>80%	>50%

Ангиоскан (адаптировано из методических рекомендаций [11])

С помощью оптического датчика (светодиода) измеряются показатели пульсовой волны на кончике пальца руки. По результатам тестирования прибор выдает оценки по следующим параметрам:

- частота сердечных сокращений;
- жесткость сосудов;
- тип пульсовой волны;
- биологический возраст сосудов;
- индекс (уровень) стресса.

Результаты тестирования отображаются на экране прибора, поясняются рисунками и наглядной цветовой шкалой.

При выводе результатов по каждому параметру прибор выдает оценку в виде стрелки, указывающий на участок трехцветной шкалы. В зависимости от цвета, на который указывает стрелка, возможны три варианта оценки:

зеленый цвет — нет нарушений

желтый цвет — возможны функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы

красный цвет — вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Приложение 7

Специализированные продукты лечебного и диетического профилактического питания

Для облегчения контроля за калорийностью и сбалансированностью рациона рекомендуется использование специализированных продуктов лечебного и диетического профилактического питания в виде гипокалорийных пищевых продуктов, сбалансированных по составу пищевых ингредиентов, обеспечивающих не менее 16 г белка при калорийности 200 ккал на прием пищи. Специализированные продукты питания могут использоваться в качестве заменителей одного или нескольких приемов пищи в день курсами по 12 нед. и более [21-26].

Литература/References

- Muromtseva GA, Kontsevaya AV, Konstantinov VV, et al. The prevalence of non-infectious diseases risk factors in Russian population in 2012-2013 years. The results of ECVD-RF. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014;13(6):4-11. (In Russ.) 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.
- Balanova YuA, Drapkina OM, Kutsenko VA, et al. Obesity in the Russian population during the COVID-19 pandemic and associated factors. Data from the ESSE-RF3 study. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(85):3793. (In Russ.) Баланова Ю.А., Драпкина О.М., Куценко В.А. и др. Ожирение в российской популяции в период пандемии COVID-19 и факторы, с ним ассоциированные. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(85):3793. doi:10.15829/1728-8800-2023-3793.
- Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. BMJ Glob Health. 2022;7(9):e009773. doi:10.1136/bmjgh-2022-009773.
- Bastien M, Poirier P, Lemieux I, Després J-P. Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease. Progress in Cardiovascular Diseases. 2014;56(4):369-81. doi:10.1016/j.pcad.2013.10.016.
- Kontsevaya AV, Mukaneeva DK, Myrzammatova AO, et al. Economic damage of risk factors associated with morbidity and mortality from major chronic non-communicable diseases in Russia in 2016. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(1):48-55. (In Russ.) Концевая А.В., Муканеева Д.К., Мырзамматова А.О. и др. Экономический ущерб факторов риска, обусловленный их вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2016 году. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(1):2396. doi:10.15829/1728-8800-2020-1-2396.
- Dedov II, Shestakova MV, Melnichenko GA, et al. Interdisciplinary clinical guidelines "Treatment of obesity and comorbid diseases". Obesity and metabolism. 2021;18(1):5-99. (In Russ.) Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А. и др. Междисциплинарные клинические рекомендации "Лечение ожирения и коморбидных заболеваний". Ожирение и метаболизм. 2021;18(1):5-99.
- Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Comorbidity of patients with noncommunicable diseases in general practice. Eurasian guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(3):3996. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(3):3696. doi:10.15829/1728-8800-2024-3996. EDN: AVZLPJ
- Drapkina OM, Karamnova NS, Kontsevaya AV, et al. Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases (ROPNIZ). Alimentary-dependent risk factors for chronic non-communicable diseases and eating habits: dietary correction within the framework of preventive counseling. Methodological Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2021;20(5):2952. (In Russ.) Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В. и др. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):2952. doi:10.15829/1728-8800-2021-2952.
- Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts. 2019;12(1):40-66. doi:10.1159/000496183
- Volkova LYu, Eliashevich SO, Shepel RN, et al. A structured approach to changing the nutritional model in adult obese patients in primary health care. Preventive medicine. 2023;26(2):94-9. (In Russ.) Волкова Л.Ю., Елиашевич С.О., Шепель Р.Н. и др. Структурированный подход к изменению модели питания у взрослых пациентов с ожирением при оказании первичной медико-санитарной помощи. Профилактическая медицина. 2023;26(2):94-9.
- Drapkina OM, Drozdova LYu, Kontsevaya AV, et al. Providing medical care to patients with risk factors for developing chronic noncommunicable diseases in adult health centers. Methodological recommendations. M.: ROPNIZ, LLC "SILICEA-POLYGRAPH" 2025. 164 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В. и др. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕА-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi:10.15829/ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.
- Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
- Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. Edition 2-E. M.: Federal State Budgetary Institution "NMITS TPM" of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2020. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. Издание 2-е. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России. 2020. ISBN: 978-5-6043991-1-8.
- Drapkina OM, Demko VV, Kalinina AM, Shepel RN. Preventive counseling of patients with risk factors for noncommunicable diseases in clinical practice. Analytical review. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(12):4154. (In Russ.) Драпкина О.М., Демко В.В., Калинина А.М., Шепель Р.Н. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике. Аналитический обзор. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(12):4154. doi:10.15829/1728-8800-2024-4154. EDN: RNDDQO.
- Dyachenkov EV, Vasilyeva EYu, et al. Communication with the patient: models, training, evaluation. Specialist in medical simulation training: a textbook. 2nd ed., ispr. and add. Moscow: ROSOMED, 2021. pp. 176-211. (In Russ.) Дьяченков Е.В., Васильева Е.Ю. и др. Общение с пациентом: модели, обучение, оценка. Специалист медицинского симуляционного обучения: учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. Москва: РОСОМЕД, 2021. с. 176-211. EDN: SCCDSD.
- Kulikova MS, Gorny BE, Kontsevaya AV, et al. The effectiveness of remote technologies in the control and self-monitoring of overweight and obesity in primary care patients. Preventive medicine. 2021;24(10):24-31. (In Russ.) Куликова М.С., Горный Б.Э., Концевая А.В. и др. Результативность дистанционных технологий при контроле и самоконтроле избыточной массы тела и ожирения у пациентов первичного звена здравоохранения. Профилактическая медицина. 2021;24(10):24-31. doi:10.17116/profmed20212410124.
- Kulikova MS, Kalinina AM, Kontseva AV, et al. Remote monitoring of the process of reducing excess body weight using the mobile application "Doctor PM": the opinion of patients and medical professionals. Preventive medicine. 2022;25(10):35-43. (In Russ.) Куликова М.С., Калинина А.М., Концевая А.В. и др. Дистанционный контроль процесса снижения избыточной массы тела с помощью мобильного приложения "Доктор ПМ": мнение пациентов и медицинских работников. Профилактическая медицина. 2022;25(10):35-43. doi:10.17116/profmed20222510135.
- Kulikova MS, Kalinina AM. Interaction between doctor and patient in the control of overweight in the era of digital healthcare (literature review). Preventive medicine. 2022;25(9):97-102. (In Russ.) Куликова М.С., Калинина А.М. Взаимодействие врача и пациента при контроле избыточной массы тела в эпоху цифрового здравоохранения (обзор литературы). Профилактическая медицина. 2022;25(9):97-102. doi:10.17116/profmed20222509197.

19. Kulikova MS, Kalinina AM, Yeganyan RA, et al. The use of mobile healthcare tools in the control of overweight and eating habits: results of a Russian multicenter randomized trial. *Preventive medicine*. 2022;25(12):46-54. (In Russ.) Куликова М.С., Калинина А.М., Егян Р.А. и др. Использование инструментов мобильного здравоохранения в контроле избыточной массы тела и привычек питания: результаты российского многоцентрового рандомизированного исследования. *Профилактическая медицина*. 2022;25(12):46-54. doi:10.17116/profmed20222512146.
20. Karamnova NS, Izmailova OV, Kalinina AM, et al. Methodical manual on the quantitative assessment of food consumed "Atlas of portions of food and dishes". Polygraphy for Business LLC, 2018. p. 110. (In Russ.) Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М. и др. Методическое пособие, по количественной оценке, потребленной пищи "Атлас порций пищевых продуктов и блюд". ООО "Полиграфия для бизнеса", 2018. с. 110. ISBN: 978-5-600-02141-9.
21. Ard JD, Lewis KH, Cohen SS, et al. Differences in treatment response to a total diet replacement intervention versus a food-based intervention: A secondary analysis of the OPTIWIN trial. *Obes Sci Pract*. 2020;1-10. doi:10.1002/osp4.444.
22. Ard J, Lewis K, Rothberg A, et al. Effectiveness of a total meal replacement program on weight loss: Results from the OPTIWIN study. *Obesity*. 2018;27:22-9. doi:10.1002/oby.22303.
23. Steven S, Hollingsworth KG, Al-Mrabeh A, et al. Very Low-Calorie Diet and 6 Months of Weight Stability in Type 2 Diabetes: Pathophysiological Changes in Responders and Nonresponders. *Diabetes Care*. 2016;39(5):808-15. doi:10.2337/dc15-1942.
24. Colles SL, Dixon JB, Marks P, et al. Preoperative weight loss with a very-low-energy diet: quantitation of changes in liver and abdominal fat by serial imaging. *Am J Clin Nutr*. 2006;84(2):304-11. doi:10.1093/ajcn/84.1.304.
25. Bischoff SC, Damms-Machado A, Betz C, et al. Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life—a prospective study. *International Journal of Obesity*. 2012;36(4):614-24. doi:10.1038/ijo.2011.107.
26. Roesler A, Marshall S, Rahimi-Ardabili H, et al. Choosing and following a very low calorie diet program in Australia: A quasi-mixed methods study to understand experiences, barriers, and facilitators in a self-initiated environment. *Nutr Diet*. 2020;1-16. doi:10.1111/1747-0080.12645.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Мокрышева Наталья Георгиевна (Natalia G. Mokrysheva) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ГНЦ РФ ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, зав. кафедрой персонализированной и трансляционной медицины, ORCID: 0000-0003-2604-8347;

Елиашевич Софья Олеговна (Sofia O. Eliashevich) — к.м.н., врач-терапевт, диетолог, руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-0143-0849;

Грицаева Евгения Александровна (Evgenya A. Gritsaeva) — эндокринолог-диетолог, научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, врач-методист отдела мониторинга качества медицинской помощи центра организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи в регионах ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, ORCID: нет;

Дроздова Любовь Юрьевна (Liubov Yu. Drozdova) — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Васюкова Ольга Владимировна (Olga V. Vasyukova) — к.м.н., руководитель центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения ГНЦ РФ ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, врач — детский эндокринолог, ORCID: 0000-0002-9299-1053;

Горбачева Анна Максимовна (Anna M. Gorbacheva) — к.м.н., руководитель отдела моделирования и оценки эффективности медицинских технологий в эндокринологии Координационного Совета ГНЦ РФ ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, врач-эндокринолог, ORCID: 0000-0003-2669-9457;

Демко Владислав Валерьевич (Vladislav V. Demko) — научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, врач-методист отдела мониторинга качества медицинской помощи центра организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи в регионах ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-0282-1983;

Ершова Екатерина Владимировна (Ekaterina V. Ershova) — к.м.н., врач-эндокринолог и ведущий научный сотрудник отделения терапии заболеваний щитовидной железы, надпочечников и ожирения ГНЦ РФ ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, ORCID: нет;

Казакова Мария Петровна (Maria P. Kazakova) — руководитель группы по организационно-методической работе по борьбе с ожирением Координационного совета, врач-эндокринолог, ORCID: 0000-0002-9963-6783;

Куликова Марина Сергеевна (Marina S. Kulikova) — научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-7870-5217;

Трошина Екатерина Анатольевна (Ekaterina A. Troshina) — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, зам. директора ГНЦ РФ ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, директор института клинической эндокринологии, ORCID: 0000-0002-8520-8702;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов:

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия; ГНЦ РФ ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, ул. Дм. Ульянова, д. 11, Москва, 117292, Россия.

Addresses of the authors' institutions:

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; I. I. Dedov National Medical Research Center of Endocrinology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ulyanova street, 11, Moscow, 117292, Russia.