

Ведение пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации

В методических рекомендациях рассматривается алгоритм ведения пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Представленный алгоритм включает последовательное проведение мероприятий, направленных на оценку состояния пациента, сопутствующих заболеваний, разработку индивидуализированных планов лечения и коррекции медикаментозного лечения, а также регулярный мониторинг эффективности проводимой терапии. 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: методические рекомендации, ожирение, хронические неинфекционные заболевания, первичная медико-санитарная помощь, мониторинг лечения, ведение пациентов.

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 (Чебоксары, 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 Приволжского федерального округа и Минздрава Республики Мордовия (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., Грицаева Е. А., Бернс С. А., Васюкова О. В., Горбачева А. М., Дроздова Л. Ю., Елиашевич С. О., Ершова Е. В., Зятенкова Е. В., Казакова М. П., Кононенко И. В., Мельниченко Г. А., Сухарева О. Ю., Трошина Е. А., Шестакова М. В., Шепель Р. Н. Ведение пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(4):138-164. doi: 10.15829/3034-4123-2025-93. EDN: DATCMN

Драпкина О. М.¹,
Мокрышева Н. Г.²,
Грицаева Е. А.^{1*},
Бернс С. А.¹,
Васюкова О. В.²,
Горбачева А. М.²,
Дроздова Л. Ю.¹,
Елиашевич С. О.¹,
Ершова Е. В.²,
Зятенкова Е. В.¹,
Казакова М. П.²,
Кононенко И. В.²,
Мельниченко Г. А.²,
Сухарева О. Ю.²,
Трошина Е. А.²,
Шестакова М. В.²,
Шепель Р. Н.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку): evg7259@gmail.com

Поступила: 25.11.2025
Принята: 30.11.2025



Management of patients with obesity and noncommunicable diseases by primary health care physicians. Guidelines

These guidelines present an algorithm for managing patients with obesity and noncommunicable diseases in primary health care facilities. The presented algorithm includes measures aimed at assessing the patient's condition and comorbidities, developing individualized treatment plans and adjusting therapy, and regularly monitoring the therapy effectiveness. Key criteria for monitoring treatment effectiveness are presented to reduce the risk of complications and improve the overall quality of life and life expectancy of patients. The systematization and structuring of modern clinical guidelines and standards in terms of monitoring make this manual relevant, practice-oriented, and useful for healthcare professionals. The inclusion of research data ensures the high effectiveness of the proposed approaches and their application in routine health practice.

These guidelines can be used by healthcare administrators, heads of primary care facilities and related departments.

Keywords: guidelines, obesity, noncommunicable diseases, primary health care, treatment monitoring, patient management.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Mokrisheva N. G., Gritsaeva E. A., Berns S. A., Vasyukova O. V., Gorbacheva A. M., Drozdova L. Yu., Eliashevich S. O., Ershova E. V., Zyatenkova E. V., Kazakova M. P., Kononenko I. V., Melnichenko G. A., Sukhareva O. U., Troshina E. A., Shestakova M. V., Shepel R. N. Management of patients with obesity and noncommunicable diseases by primary health care physicians. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(4):138-164. doi: 10.15829/3034-4123-2025-93. EDN: DATCMN

Drapkina O. M.¹,
Mokrisheva N. G.²,
Gritsaeva E. A.^{1*},
Berns S. A.¹,
Vasyukova O. V.²,
Gorbacheva A. M.²,
Drozdova L. Yu.¹,
Eliashevich S. O.¹,
Ershova E. V.²,
Zyatenkova E. V.¹,
Kazakova M. P.²,
Kononenko I. V.²,
Melnichenko G. A.²,
Sukhareva O. U.²,
Troshina E. A.²,
Shestakova M. V.²,
Shepel R. N.¹

¹National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine,
Moscow, Russian Federation

²Dedov National Medical Research
Center for Endocrinology,
Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
evg7259@gmail.com

Received: 25.11.2025

Accepted: 30.11.2025



АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, БА — бронхиальная астма, ГПП-1 — глюкагоноподобный пептид-1, ДинН — динамическое наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ИзбМТ — избыточная масса тела, ИЛ-6 — интерлейкин-6, ИМТ — индекс массы тела, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ОТ — окружность талии, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет, СОАС — синдром обструктивного апноэ сна, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, УДХК — урсодезоксихолевая кислота, ФП — фибрилляция предсердий, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Введение

Широкая распространенность избыточной массы тела (ИзбМТ) и ожирения, являющихся основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в последние десятилетия стала глобальной проблемой здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения почти треть мирового населения имеет избыточный вес, а 900 млн человек страдают ожирением (2024). За последние 40 лет число людей с ожирением утроилось, и, если тенденция сохранится, в ближайшее время его распространенность превысит 1 млрд [1].

В России более половины взрослого населения имеет избыточный вес, а ожирением страдает каждый третий. По данным Роспотребнадзора, за период с 2013 по 2018 гг. количество больных с ожирением почти удвоилось, при этом особенно быстро растет его распространенность среди детей [2]. Стереотипы, что лечением ожирения занимаются узкие специалисты (эндокринологи, диетологи) должны быть изменены. Врач любой специальности должен иметь настороженность в аспекте ИзбМТ и ожирения и мотивировать пациента на борьбу с лишним весом.

Выявление и лечение ожирения на ранних этапах может значительно снизить нагрузку на систему здравоохранения за счёт предупреждения развития многочисленных ассоциированных заболеваний. Своевременная диагностика нарушений обмена веществ, коррекция питания и образа жизни, а также медикаментозная поддержка позволяют снизить заболеваемость и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевую роль в данном процессе должны играть врачи-терапевты¹, работающие в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Именно они находятся на передовой и в борьбе с ожирением должны осуществлять не только профилактику, но и динамическое наблюдение (ДинН) в процессе лечения.

Зная, что ожирение ассоциировано с высокой социальной стигматизацией и нарушениями в психоэмоциональной сфере, важен фокус на коммуникацию и формирование доверительных отношений с пациентом. Благодаря регулярным медицинским осмотрам и раннему выявлению данной патологии, терапевты могут оперативно разработать и внедрить индивидуальные планы вмешательства, предотвращая развитие осложнений.

¹ Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном Приказом Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н.

Таким образом, интеграция эффективных мер по выявлению и раннему лечению ожирения в практику ПМСП позволит не только улучшить состояние здоровья населения, но и существенно сократить затраты на дальнейшее лечение осложнений и ассоциированных хронических заболеваний.

Основными источниками информации о клинических аспектах проведения лечения и ДинН пациентов с ожирением с ХНИЗ являются Клинические рекомендации "Ожирение", 2024 г.², Междисциплинарные клинические рекомендации "Лечение ожирения и коморбидных заболеваний" 2021 г. [3], "Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство" [4], методические рекомендации "Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования" 2021 г. [5], "Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022" [6], рекомендации Европейского общества по изучению ожирения [7].

ДинН за пациентами с ожирением I-II ст. с ХНИЗ осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает ПМСП:

1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач) — далее — врач-терапевт;

2) фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Минздрава России³.

Ключевым критерием постановки диагноза является значение индекса массы тела (ИМТ). Для диагностики абдоминального (висцерального) ожирения рекомендуется оценить окружность талии (ОТ)²:

Абдоминальное ожирение: ОТ ≥80 см для женщин и ≥94 см для мужчин;

² Клинические рекомендации Минздрава России "Ожирение" 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/28_3.

³ Приказ Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н "Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты" (вступает в силу 01.09.2025).

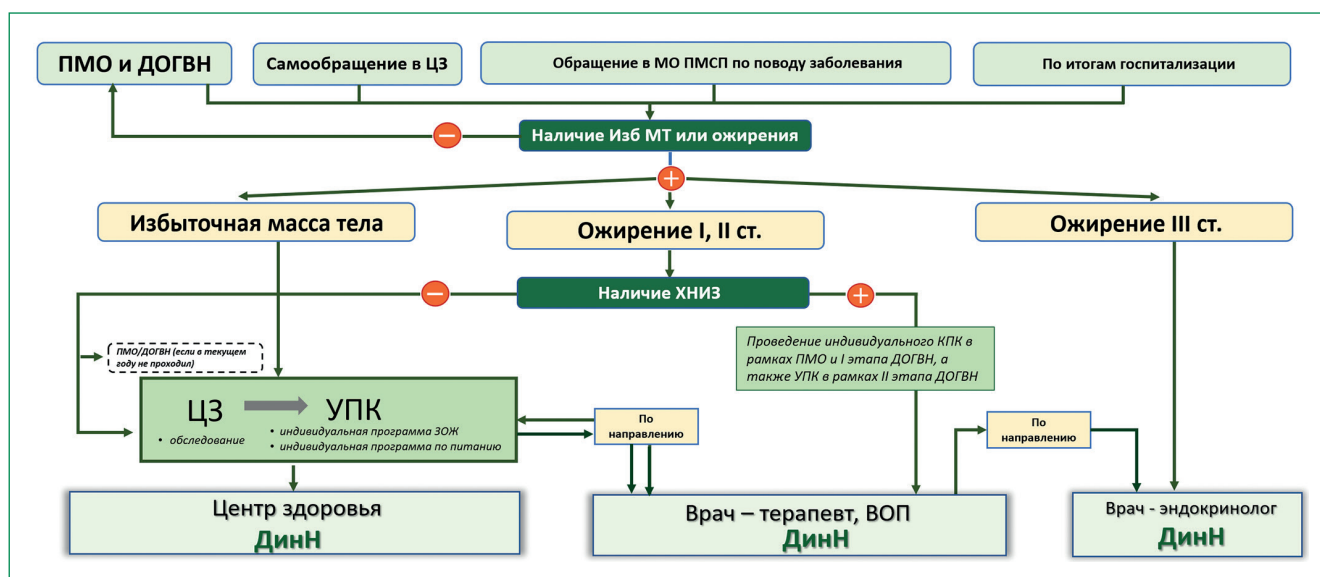


Рис. 1. Маршрутизация пациента с ИзбМТ или ожирением в условиях ПМСП.

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

- ИзбМТ: ИМТ 25-29,9 кг/м²;
- Ожирение I ст.: ИМТ 30-34,9 кг/м²;
- Ожирение II ст.: ИМТ 35-39,9 кг/м²;
- Ожирение III ст.: ИМТ ≥ 40 кг/м².

Рекомендуется проводить совместную оценку ИМТ и ОТ, так как комбинация этих показателей является более точным предиктором рисков для здоровья.

ИМТ не используется для диагностики ожирения у пожилых людей, спортсменов, у лиц с чрезмерно развитой мускулатурой, беременных женщин, лиц с ампутированными конечностями, с выраженными отеками, поскольку данный показатель не является достоверно отражающим содержание жировой ткани в организме².

Для эффективной маршрутизации необходимо различать фенотипы повышенной массы тела, какие группы пациентов подлежат ДинН в центрах здоровья, какие наблюдаются у врачей-терапевтов, а кого следует направить сразу к эндокринологу (рисунки 1).

В Центрах здоровья наблюдаются пациенты с изолированным абдоминальным ожирением, ИзбМТ и ожирением I-II ст. без ХНИЗ; у врача-терапевта — пациенты с ожирением I-II ст. с ХНИЗ; у врача эндокринолога — пациенты с ожирением III степени.

Алгоритм приема в рамках ДинН пациента с ожирением I-II ст. с ХНИЗ врачом терапевтом представлен в таблице 1 [8].

План ДинН предусматривает общение с пациентом 1 раз в 3 мес. в первые полгода, далее не реже

1 раза в 6-12 мес. В случае назначения медикаментозной терапии ожирения, учитывая особенности титрации доз ряда препаратов, — не реже 1 раза в месяц в первые 3 мес., далее 1 раз в 3 мес.

Целью ДинН является снижение массы тела до такого уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и улучшение течения заболеваний, ассоциированных с ожирением; поддержание достигнутого результата и улучшение качества жизни пациентов.

При лечении ожирения I-II ст. с ХНИЗ тактика лечения выбирается путем оценки терапевтического потенциала каждого метода в каждом конкретном случае, оценивается общее состояние пациента и наличие у него ассоциированных с ожирением заболеваний/состояний, обсуждаются целевые показатели снижения массы тела, исходя из полученных данных. При этом терапия сопутствующих ХНИЗ осуществляется согласно актуальным клиническим рекомендациям ведения пациентов с соответствующими нозологиями, а при подозрении на вторичное (симптоматическое) ожирение, при неэффективности лечения или предполагаемых показаниях к хирургическому лечению пациент должен быть направлен к эндокринологу, который совместно с другими узкими специалистами (хирург, врач-кардиолог, врач-гастроэнтеролог, психотерапевт и др.) выберет дальнейшую оптимальную стратегию лечения.

В целом, для всех пациентов с ожирением эффективным снижением считается снижение массы тела на 5-10% от исходной за 3-6 мес. терапии

Таблица 1

**Алгоритм приема (осмотра, консультации) пациентов с ожирением и ХНИЗ
врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих ПМСП**

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁴	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
Ожирение I-II ст. (ИМТ 30-39,9) в сочетании с ХНИЗ Е66	<p>Первое посещение: при взятии на ДинН.</p> <p>Далее — 1 раз в 3 мес. в первые полгода, далее не реже 1 раза в 6-12 мес. в случае назначения медикаментозной терапии не реже 1 раза в мес. в первые 3 мес., далее 1 раз в 3 мес.</p> <p>Длительность наблюдения — до достижения нормальной/ избыточной массы тела и ее успешного удержания минимум в течение года</p>	<p>Сбор жалоб и оценка их динамики У лиц с ожирением I-II ст. степени какие-либо специфические жалобы могут отсутствовать;</p> <p>Возможны жалобы на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • увеличение массы тела; • жалобы, характерные для ССЗ (повышение АД, боли в левой половине грудной клетки различного характера, сердцебиение, одышка при физической нагрузке, и др.); • жалобы, характерные для СОАС (храп, остановки дыхания во сне, нарушение сна, частые ночные пробуждения, дневная сонливость, снижение внимания, снижение когнитивных функций, утренняя головная боль, никтурия); • жалобы, характерные для патологии ЖКТ, НАЖБП (боли в правом подреберье, слабость, нарушение стула); • жалобы, характерные для нарушения углеводного обмена (сухость во рту, частое мочеиспускание, жажда, слабость, быстрая утомляемость, снижение памяти, кожный зуд, фурункулез, грибковые инфекции, плохое заживление ран, рецидивирующие мочеполовые инфекции); • жалобы, характерные для заболеваний органов дыхания (кашель с мокротой или без, одышка, частые ОРВИ); • жалобы, характерные для нарушения репродуктивного здоровья (нарушение менструального цикла, эректильная дисфункция). • Жалобы, характерные для заболеваний, где прибавка массы тела является симптомом (сухость кожи, выпадение волос, сонливость, стремительный немотивированный набор массы тела за короткий период времени, мышечная слабость, отеки, пигментация, стрии и др.). <p>Сбор анамнеза Анамнез настоящего заболевания (<i>anamnesis morbi</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • обсудить стаж повышенной массы тела, в частности уточнить максимальную массу тела в течение жизни и комфортную массу тела (возраст); • обсудить изменения массы тела, взаимосвязь с питанием, уровнем физической активности и длительностью сна. • изучить индивидуальный опыт борьбы с повышенной массой тела (диеты, фитнес, пищевые добавки, лекарства и др.) • выполнить расчет физиологической суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок (Приложение 1). <p>История жизни (<i>anamnesis vitae</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие сопутствующих заболеваний (отмечалось ли ранее повышение артериального давления, принимает ли пациент антигипертензивные средства; были ли в анамнезе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, желчнокаменная болезнь, панкреатит, вирусный гепатит; важно исключить заболевания, которые могли бы привести к развитию симптоматического (вторичного) ожирения) • лекарственный анамнез (информация (наименование, дозы и длительность приема) о всех принимаемых лекарственных препаратах, как рецептурных, так и безрецептурных, в том числе — витаминах, биологически активных добавках и растительных препаратах, провести учет их совместимости и влияние на всасывание, метаболизм и выведение друг друга); • биографические данные (как рос и развивался, какие особенности и условия были в детстве) • оценка репродуктивной функции (регулярность/наличие менструального цикла у женщин, количество беременностей, родов) • трудовой анамнез (с какого возраста, где и кем работает, наличие профессиональных вредностей; режим труда: продолжительность работы, ее темп, напряженность, перерывы в работе, умственная или физическая, дневная или ночная работа) • бытовой анамнез (жилищные и санитарно-бытовые условия проживания; финансово-экономические условия)

⁴ Международная классификация болезней 10-го пересмотра, <https://mkb-10.com/index.php?pid=8073>.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>семейный анамнез и наследственность</i> (наличие у родственников распространённых заболеваний, имеющих наследственный генез или характеризующихся наследственной предрасположенностью — гиперлипидемия, СД, артериальная гипертензия (АГ), внезапная сердечная смерть; при наличии детей — уточнить наличие у них ИзбМТ и ожирения) • <i>оценка факторов риска развития заболеваний</i>: поведенческие (курение, прием алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность и физиологические (гипергликемия, гиперлипидемия, повышенный уровень АД) • <i>перенесенные заболевания</i> (заболевания, перенесенные в детском возрасте, операции, травмы, ранения, контузии) • <i>аллергологический анамнез</i> (непереносимость запахов, продуктов, лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, наличие аллергических реакций, их причинность и сезонность); • <i>приверженность к лечению</i> (определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения (Приложение 9)); • <i>страховой анамнез</i> (наличие больничного листа с даты предыдущего приема (осмотра, консультации), его причина, продолжительность и повод; наличие инвалидности — с какого возраста, причина и группа). <p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • осмотр кожных покровов (стрии, характер оволосения, наличие участков гиперпигментации, которые чаще всего локализуются в подмышечных впадинах, на задней поверхности шеи, в кожных складках, в паховой области, пупке). При подозрении на вторичное (симптоматическое) ожирение пациент должен быть направлен к эндокринологу. • объективное исследование органов и систем ✓ измерение АД (с использованием манжеты, размер которой должен соответствовать окружности плеча пациента); ✓ измерение ОТ; ✓ измерение массы тела; ✓ рассчитать ИМТ по формуле: отношение массы тела (в килограммах) к квадрату роста (в метрах); ✓ рассчитать соотношение ОТ/росту; ✓ аускультация сердца и легких (внимание к таким проявлениям как акцент 2 тона над аортой, ослабление дыхания в нижних отделах лёгких, наличие хрипов); ✓ осмотр, пальпация и перкуссия живота (увеличение размеров печени); <p>Лабораторные исследования</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови; биохимический анализ крови (общий холестерин, ХС ЛНП, ХС ЛВП, триглицериды, мочевины, мочевая кислота, определение активности АЛТ, АСТ, гамма-ГТ, общий билирубин, креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации) — 1 раз в год. • С целью диагностики нарушений углеводного обмена всем пациентам рекомендуется обследование в соответствии с общепринятыми рекомендациями по их диагностике, включая исследование уровней глюкозы в крови и исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, а также, при необходимости, проведение перорального глюкозотолерантного теста. При нормальных значениях рекомендовано проведение скрининга 1 раз в 3 года. Лицам с предиабетом в рамках диспансерного наблюдения — 1 раз в год. • Всем пациентам, обратившимся впервые — определение уровня тиреотропного гормона. При подозрении на эндокринные причины ожирения (нарушение менструального цикла, галакторея, неконтролируемая АГ и др.) — рекомендовано направить на исследование уровня пролактина в крови, на проведение тестов первой линии для исключения эндогенного гиперкортицизма (исследование уровня свободного кортизола в моче и/или ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона и/или исследование уровня свободного кортизола в слюне) с дальнейшей консультацией эндокринолога. • Учитывая наличие ХНИЗ — дополнительные методы обследования, согласно клиническим рекомендациям (индивидуально, в зависимости от того, по какому из ХНИЗ реализуется диспансерное наблюдение)

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
		<p>Инструментальные исследования</p> <ul style="list-style-type: none">• Всем пациентам рекомендуется проведение УЗИ органов брюшной полости (комплексное) при наличии изменений в показателях АЛТ, АСТ, гамма-ГТ, общий билирубин, для своевременной диагностики осложнений со стороны ЖКТ. Если данные заболевания уже установлены — осуществление диспансерного наблюдения в соответствии с клиническими рекомендациями.• УЗИ БЦА (при наличии изменений в показателях ЛНП, триглицериды для своевременной диагностики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы)• Возможно проведение биоимпедансометрии (при наличии оборудования) для оценки композитного состава тела и определение фенотипа повышенной массы тела (Приложение 8).• При наличии клинических проявлений СОАС рекомендуется проведение кардиореспираторного мониторинга в ночные часы• Учитывая наличие ХНИЗ — дополнительные методы обследования, согласно клиническим рекомендациям (индивидуально, в зависимости от того, по какому из ХНИЗ реализуется диспансерное наблюдение) <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья</p> <ul style="list-style-type: none">• снижение массы тела на 5-10% за 3-6 мес. терапии; бо́льшую (15-20% и более) потерю массы тела можно рекомендовать для пациентов с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии коморбидных заболеваний;• пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела, рекомендуется удержание веса не менее 1 года под наблюдением; на этапе удержания массы тела целесообразно регулярное консультирование с врачом терапевтом или специалистом по медицинской профилактике (очное или дистанционное), контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, эукалорийное сбалансированное питание;• заболеваний и компенсация метаболических нарушений, ассоциированных с ожирением. <p>Оценка риска неблагоприятных событий (при постановке на учет и далее ежегодно)</p> <ul style="list-style-type: none">• Расчет 10-летнего риска развития фатальных сердечно-сосудистых событий у пациентов с неустановленным диагнозом того или иного ССЗ (шкала SCORE), использование электронного калькулятора, разработанного коллективом экспертов ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, который позволяет оценить риск смерти от всех причин, смерти от сердечно-сосудистых причин и госпитализации по поводу ССЗ⁵• оценка риска развития СД 2 типа по шкале FINDRISC (Приложение 7) <p>Установление или уточнение показаний к направлению на консультации к врачам-специалистам. Оценка результатов консультаций врачей-специалистов, в том числе с использованием телемедицинских технологий (по показаниям) и оценка результатов консультаций (Приложение 5)</p> <ul style="list-style-type: none">• врач-эндокринолог;• врач-диетолог;• врач-физической и реабилитационной медицины;• врач-гинеколог;• врач-уролог;• врач-кардиолог;• врач-гастроэнтеролог;• врач-сомнолог;• врач-психиатр или врач-психотерапевт.

5 Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ от 18.11.2024 № 2024687325 (ссылка по QR-коду).



Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
		<p>Установление или уточнение диагноза (-ов) заболевания (-ний) (состояния (-ний)). На основании жалоб, данных осмотра и лабораторно-инструментального обследования. При подозрении на наличие ХНИЗ, не выявленного ранее, декомпенсации текущего ХНИЗ — направление на консультацию к врачу-специалисту (при необходимости).</p> <p>Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проведение индивидуального краткого профилактического консультирования (включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике всех модифицируемых факторов, психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом (проводится на каждом приеме, а также в рамках ПМО и ДОГВН)); • направление на вакцинацию; • назначение (корректировка) медикаментозного лечения (Приложения 2, 3, 4); • определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение. <p>Информирование пациента о результатах проведенного приема (осмотра, консультации)</p> <ul style="list-style-type: none"> • выдача рекомендаций, информации о рациональном питании, физической активности, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты; • информирование о необходимости регулярных посещений (осмотров, консультации) в рамках ДинН; • информирование о рекомендуемой дате следующего приема (осмотра, консультации); <p>Оформление медицинской документации</p> <ul style="list-style-type: none"> • форма № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости); • внесение информации о результатах приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, гамма-ГТ — гамма-глутамилтранспептидаза, ДинН — динамическое наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ИзбМТ — избыточная масса тела, ИМТ — индекс массы тела, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция, ОТ — окружность талии, ПМО — профилактический медицинский осмотр, СД — сахарный диабет, СОАС — синдром обструктивного апноэ сна, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

и удержание результата в течение года, что позволяет уменьшить риски для здоровья, а также улучшить течение заболеваний, ассоциированных с ожирением. Большую (15-20% и более) потерю массы тела можно рекомендовать для пациентов с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии коморбидных заболеваний (Приложение 6) [3]. Если зафиксирована неэффективность терапевтических мер необходимо скорректировать схемы лечения, как в аспекте немедикаментозных методов, так и фармакотерапии.

В случае отсутствия эффективного снижения массы тела, при увеличении ИМТ до значения

40 кг/м² и выше, при неэффективности медикаментозной терапии пациенту показана консультация врача-эндокринолога не реже 1 раза в год.

Пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела ($\geq 5\%$ от исходной), рекомендуется удержание веса. Если целевые значения достигнуты, на этапе удержания массы тела рекомендуется самостоятельный регулярный контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, эукалорийное сбалансированное питание.

Приложение 1

Немедикаментозные методы лечения ожирения (адаптировано из Клинических рекомендаций "Ожирение (взрослые)", 2024²)

Фундаментом профилактики и лечения ожирения является модификация образа жизни. Немедикаментозная терапия является основой лечения ожирения и рекомендуется как первый, обязательный и постоянный этап лечения. Всем пациентам, страдающим ожирением, с целью снижения массы тела рекомендуется гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела — сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета. Голодание не рекомендуется в связи с отсутствием данных о его эффективности и безопасности в лечении ожирения в долгосрочном прогнозе.

Алгоритм расчета калорийности суточного рациона:

для женщин:

- 18-30 лет: $(0,0621 \times \text{вес в кг} + 2,0357) \times 240$
- 31-60 лет: $(0,0342 \times \text{вес в кг} + 3,5377) \times 240$
- старше 60 лет: $(0,0377 \times \text{вес в кг} + 2,7546) \times 240$

для мужчин:

- 18-30 лет: $(0,0630 \times \text{вес в кг} + 2,8957) \times 240$
- 31-60 лет: $(0,0484 \times \text{вес в кг} + 3,6534) \times 240$
- старше 60 лет: $(0,0491 \times \text{вес в кг} + 2,4587) \times 240$

Если Вы ведете малоподвижный образ жизни, полученную величину умножайте на 1,1, при умеренной физической активности — на 1,3, при физической работе или активных занятиях спортом — на 1,5.

Для расчета суточной калорийности рациона питания, необходимой для снижения веса из полученной величины калорийности суточного рациона необходимо отнять 20% (500-600 ккал). Если фактический рацион питания превышает 3000 ккал в сутки, снижать потребление пищи необходимо постепенно — на 300-500 ккал в неделю до достижения рассчитанной индивидуальной нормы калорий.

Распределение калорийности рациона на 3-5 приемов пищи рекомендовано по схеме:

- Завтрак — 25%
- Второй завтрак — 15%
- Обед — 35%
- Полдник — 10%
- Ужин — 15%

Большее потребление энергии днем предпочтительнее, чем в вечернее и ночное время.

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 [9-14].

При формировании рационального питания на долю углеводов следует выделять от 45 до 65% поступления энергии от суточной нормы (оптимальное потребление 50-55%), за счет ограничения легкоусвояемых и рафинированных углеводов. Рекомендовано резко ограничить сладости, выпечку и другие кондитерские изделия. Предпочтение следует отдавать цельнозерновым продуктам с высоким содержанием пищевых волокон; овощам и фруктам, которых в ежедневном рационе должно быть не менее 400-500 г. Употребление перечисленных продуктов обеспечивают организм микроэлементами, пищевыми волокнами и помогают контролировать энергоемкость рациона.

В процессе снижения массы тела важно следить за достаточным содержанием белка в рационе. Оптимальным считается не менее 20 г белка на каждый основной прием пищи. К рекомендуемым источникам белка следует отнести — белок яйца, нежирные сорта рыбы, птицы без кожи; говядина, кролик, молочные продукты, творог и бобовые.

Самым калорийным макронутриентом рациона являются жиры. Именно этот компонент необходимо ограничивать особенно, снижая квоту насыщенных и трансжиров в рационе. В структуре потребления жиров следует рекомендовать употреблять ненасыщенные жиры, входящие в состав рыбы, жидких не-

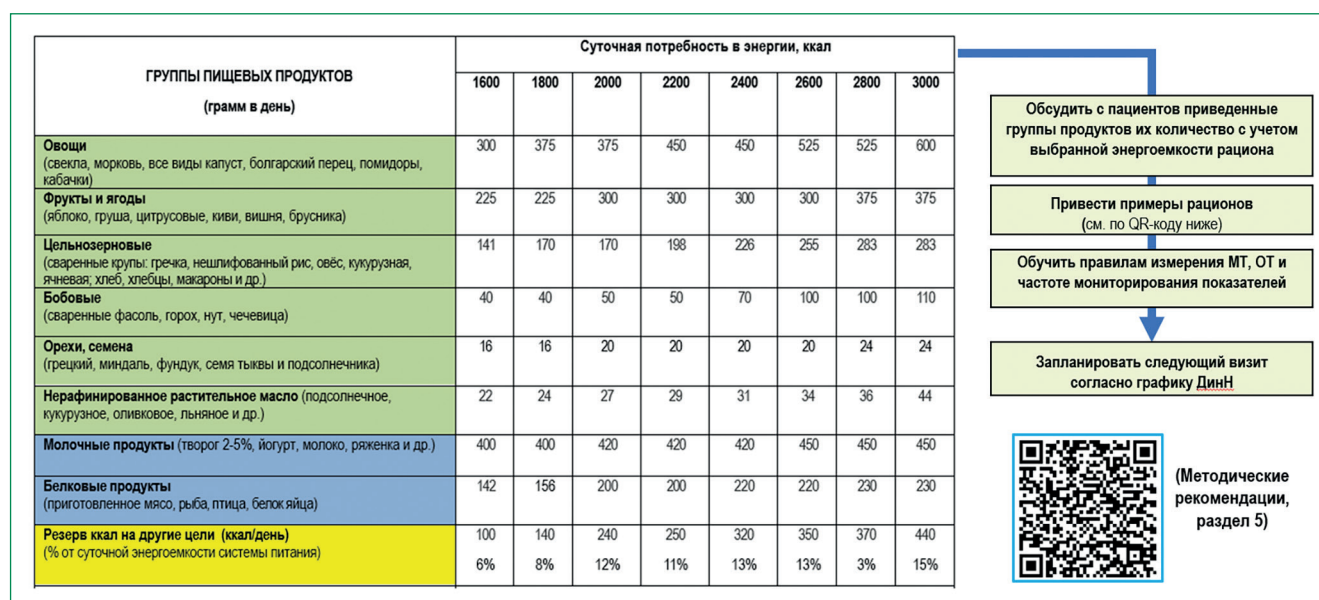


Рис. 2. Алгоритм выбора состава рациона питания в зависимости от рекомендуемой суточной энергоёмкости рациона, применяемым при ведении пациентов с ИзбМТ в Центрах здоровья

Сокращения: ДинН — динамическое наблюдение, МТ — масса тела, ОТ — окружность талии.

рафинированных растительных масел, семян, орехов. Однако следует помнить о высокой калорийности перечисленных продуктов.

При обсуждении с пациентом рекомендаций по питанию дополнительно можно использовать алгоритм выбора состава рациона питания в зависимости от рекомендуемой суточной энергоёмкости рациона, применяемый при ведении пациентов с ИзбМТ и ожирением в Центрах здоровья [15] (рисунок 2).

С целью визуализации и облегчения понимания реальных объемов можно использовать такие мерные единицы как ложки, чашки, правило тарелки здорового питания, а также использовать методическое пособие по количественной оценке потребляемой пищи "Атлас порций пищевых продуктов и блюд" [16]. Испытывая жажду, рекомендовано пить воду и несладкие напитки. При соблюдении питьевого режима рекомендовано избегать употребления большого количества кофе и чая, а также исключить сладкие газированные напитки и соки.

Аэробная **физическая активность** умеренной интенсивности (150 мин в неделю, что эквивалентно 30 мин в большинство из дней) показана всем пациентам с ИзбМТ и ожирением, если нет противопоказаний для ее выполнения.

Физические тренировки могут выполняться в индивидуальном формате и/или в организованных группах в лечебном учреждении /или в домашних условиях после обучения и освоения программы. Персонализированная программа физических тренировок должна включать регулярные физические аэробные (динамические) нагрузки от низкой до умеренной интенсивности, которые сочетаются с комплексами лечебной гимнастики и дыхательными упражнениями. При оптимизации двигательной активности необходимо учитывать индивидуальные возможности пациентов, в случае ограничений необходимо рекомендовать пациентам активизировать свой быт и расширить физическую активность на столько, на сколько это позволяет состояние здоровья. Увеличение уровня физической активности (преимущественно аэробной) рекомендовано на этапе снижения массы тела; более интенсивные физические нагрузки (от 200 до 300 мин в неделю) могут быть рекомендованы для удержания веса в долгосрочной перспективе.

Пациентам с ожирением рекомендуется индивидуальное или групповое терапевтическое обучение, направленное на изменение образа жизни, квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом (Школа здоровья) или индивидуальном порядке.

Ежедневный самоконтроль питания подразумевает запись потребляемых продуктов и блюд, а также других аспектов пищевого поведения (времени и места приема пищи, эмоционального аспекта и т.д.) в дневник. Самоконтроль может помочь пациентам определить дисфункциональные признаки пищевого поведения и выработать совместно со специалистом оптимальный подход к его модификации.

Приложение 2

Стратегия медикаментозного лечения в соответствии с Клиническими рекомендациями "Ожирение", 2024²

1. Назначение препаратов, зарегистрированных в качестве лекарственных средств для лечения ожирения (A08A: Препараты для лечения ожирения, кроме диетических продуктов), рекомендовано пациентам, которые не могут достичь клинически значимого снижения массы тела на фоне немедикаментозных методов лечения и/или на этапе удержания достигнутого результата. При этом при наличии хотя бы одного осложнения, ассоциированного с ожирением, назначение фармакотерапии показано сразу на фоне немедикаментозных методов лечения.
2. Назначение препаратов для лечения ожирения рекомендовано при ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний.
3. Оценку эффективности лекарственной терапии ожирения рекомендуется проводить спустя 3 мес. после начала лечения. Неэффективным может считаться снижение массы тела менее чем на 5% от исходной в течение 3 мес., что требует коррекции терапии.
4. Оценку безопасности терапии рекомендуется проводить спустя 1-3 мес. от момента назначения препарата и не реже, чем раз в 3 мес. в дальнейшем.
5. Не рекомендуется назначение пищевых добавок или биологически активных добавок в связи с отсутствием данных об их эффективности и безопасности в лечении ожирения.
6. В настоящее время на территории Российской Федерации зарегистрированы следующие препараты для лечения ожирения: орлистат, сибутрамин, лираглутид, сибутрамин + метформин, семаглутид, тирзепатид (не вошел в актуальные клинические рекомендации, т.к. зарегистрирован позже их последнего обновления, ожидается включение в обновленные клинические рекомендации "Ожирение (взрослые)" и "Сахарный диабет 2 типа у взрослых").
7. При назначении лекарственных средств для лечения ожирения (A08A: Препараты для лечения ожирения, кроме диетических продуктов) на этапе прегравидарной подготовки в рамках естественного цикла или в рамках подготовки к вспомогательным репродуктивным технологиям при рекомендуется информировать пациентку о необходимости контрацепции.

Приложение 3

"Азбука" медикаментозной терапии ожирения (выдержка из Клиническими рекомендациями "Ожирение", 2024 с дополнениями²⁾)

Орлистат

— препарат периферического действия для лечения ожирения, **рекомендуется** пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний в дозе 120 мг 3 раза в сутки во время еды или не позже часа после нее для снижения массы тела. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 4 года

Комментарии. Орлистат, будучи специфическим, длительно действующим ингибитором желудочно-кишечной липазы, оказывает терапевтический эффект в пределах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и не обладает системными эффектами: препятствует расщеплению и последующему всасыванию жиров, поступающих с пищей (около 30%), создавая тем самым дефицит энергии, что приводит к снижению массы тела.

Орлистат способствует также снижению гиперхолестеринемии, причем независимо от степени снижения массы тела. Если прием пищи пропускают или пища не содержит жира, то прием препарата можно пропустить. Применение орлистата у больных ожирением позволяет существенно улучшить профиль факторов риска сахарного диабета (СД) 2 типа, ССЗ и других заболеваний, ассоциированных с ожирением, что может благоприятно влиять на прогноз у этой категории больных. Данных, позволяющих судить о влиянии орлистата на общую смертность или смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в настоящее время нет. Важным преимуществом препарата является его периферическое действие только в пределах ЖКТ и отсутствие системных эффектов.

Орлистат противопоказан при острых панкреатитах и заболеваниях, сопровождающихся диареей, синдромом хронической мальабсорбции, холестазом. Орлистат повышает вероятность образования камней в желчном пузыре, однако рациональное потребление жиров не приводит к снижению моторики желчного пузыря. С учетом механизма действия, к числу побочных эффектов препарата относятся жирный стул, маслянистые выделения из прямой кишки, императивные позывы на дефекацию, учащение дефекации и недержание кала, боли в животе, выделение газов с некоторым количеством отделяемого. Выраженность и продолжительность побочных эффектов напрямую зависят от приверженности пациентов лечению и соблюдения рекомендаций по ограничению жиров в пище. Если рекомендованы поливитамины, их следует принимать не ранее, чем через 2 ч после приема орлистата или перед сном.

Сибутрамин

— препарат центрального действия для лечения ожирения, **рекомендуется** пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний; в качестве начальной дозы сибутрамина, в т.ч. сибутрамина + целлюлоза микрокристаллическая, **рекомендуется** 10 мг утром, ежедневно, независимо от приема пищи. Если масса тела за первый месяц лечения снизилась менее чем на 2 кг, **рекомендуется** увеличить дозу до 15 мг сибутрамина при условии хорошей его переносимости. Если за 3 месяца приема масса тела уменьшилась менее, чем на 5% от исходной, лечение считается неэффективным. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 1 год.

Комментарии. Сибутрамин, будучи ингибитором обратного захвата серотонина, норадреналина и, в меньшей степени, допамина, в синапсах центральной нервной системы, в том числе в комбинации с микрокристаллической целлюлозой, имеет двойной механизм действия: с одной стороны, он ускоряет чувство насыщения, снижая количество потребляемой пищи, с другой стороны — увеличивает энергозатраты организма, что в совокупности приводит к отрицательному балансу энергии.

Сибутрамин обеспечивает эффективное снижение массы тела вне зависимости от пола, возраста и наличия сопутствующих заболеваний. Чем выше исходный ИМТ, тем более интенсивного снижения массы тела можно ожидать. Сибутрамин обеспечивает эффективную и устойчивую потерю массы тела, улучшает метаболические показатели: достоверно снижает уровень триглицеридов, общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), уменьшает содержание мочевой кислоты в плазме крови, снижает уровень гликированного гемоглобина. Лечение ожирения сибутрамином требует обязательного постоянного врачебного наблюдения.

Контроль артериального давления (АД) и пульса необходим у всех больных до начала лечения, далее с 1-го по 3-й мес. лечения — каждые 2 нед., с 4-го по 6-й мес. — ежемесячно, с 6-го по 12-й мес. — каждые 3 мес. Препарат отменяют при двукратном зарегистрированном учащении пульса более чем на 10 уд./мин, повышении АД более чем на 10 мм рт.ст., а также в случае, если оно при двух повторных измерениях превышает 140/90 мм рт.ст. при ранее компенсированной артериальной гипертензии (АГ). Препарат не может быть назначен пациентам с неконтролируемой (АД >145/90 мм рт.ст.) АГ (контролируемая артериальная гипертензия не является противопоказанием к применению сибутрамина), ишемической болезнью сердца, декомпенсацией хронической сердечной недостаточностью (ХСН), нарушением ритма сердца, цереброваскулярными заболеваниями (инсультом, транзиторными нарушениями мозгового кровообращения), окклюзионными заболеваниями периферических артерий, возрасте старше 65 лет, при тяжелых поражениях печени и почек, которые могут встречаться при ожирении, в случае одновременного приема или спустя менее 2 недель после отмены ингибиторов моноаминоксидазы типа А, ингибиторов моноаминоксидазы типа В или других препаратов, действующих на центральную нервную систему (в т.ч. антидепрессантов), при серьезных нарушениях питания и психических заболеваниях, тиреотоксикозе, феохромоцитоме, закрытоугольной глаукоме, доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Такие побочные действия, как тошнота, потеря аппетита, запор, сухость во рту, изменение вкуса, бессонница, головная боль, возбуждение, потливость обычно слабо выражены, отмечаются лишь в начале лечения, имеют преходящий характер и, как правило, не требуют отмены терапии.

Лираглутид

— аналог глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1), **рекомендуется** пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний; начальная доза составляет 0,6 мг подкожно 1 раз в сутки, с последующей стандартной титрацией (доза увеличивается на 0,6 мг с интервалами не менее одной недели для улучшения желудочно-кишечной переносимости до достижения терапевтической — 3,0 мг в сутки). При отсутствии снижения массы тела на 5% и более от исходной за 3 месяца применения лираглутида в суточной дозе 3,0 мг лечение прекращают.

Комментарии. Лираглутид регулирует аппетит с помощью усиления чувства наполнения желудка и насыщения, одновременно ослабляя чувство голода и уменьшая предполагаемое потребление пищи. Лираглутид не увеличивает 24-ч расход энергии. Лираглутид 3,0 мг обеспечивает эффективную и устойчивую потерю массы тела, положительно влияет на динамику кардио-метаболических факторов риска на фоне снижения массы тела. Лираглутид 3,0 мг может рассматриваться как предпочтительный вариант для пациентов с ожирением и наличием сопутствующих ССЗ в связи с доказанным снижением сердечно-сосудистых рисков, устойчивым снижением массы тела в течение трех лет терапии, снижением тяжести ночного апноэ, значительным снижением риска развития СД 2 типа и благоприятным профилем безопасности и переносимости.

Препарат противопоказан при медуллярном раке щитовидной железы в анамнезе, в т.ч. семейном, множественной эндокринной неоплазии 2 типа, тяжелой депрессии, суицидальных мыслях или поведении, в т.ч. в анамнезе, почечной и печеночной недостаточности тяжелой степени, ХСН IV функционального класса (в соответствии с классификацией NYHA), у пациентов в возрасте ≥ 75 лет.

Применение лираглутида у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и диабетическим парезом желудка не рекомендуется, поскольку оно связано с транзиторными нежелательными реакциями со стороны ЖКТ, включая тошноту, рвоту и диарею. С осторожностью прием препарата у пациентов с печеночной недостаточностью легкой и средней степени тяжести, заболеваниями щитовидной железы и наличием острого панкреатита в анамнезе.

Семаглутид

— это аналог ГПП-1, является физиологическим регулятором пищевого поведения и углеводного обмена, рекомендуется пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний, таких как предиабет, СД 2 типа, АГ, дислипидемия, синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) или ССЗ в качестве дополнения к низкокалорийной диете и физической активности. Начальная доза семаглутида составляет 0,25 мг подкожно 1 раз в неделю, с последующей стандартной титрацией (0,5 мг, 1 мг, 1,7 мг до достижения терапевтической дозы — 2,4 мг) с интервалами 4 нед. для улучшения желудочно-кишечной переносимости. Лечение семаглутидом прекращают при отсутствии снижения массы тела на 5% и более от исходной через 12 нед. приема препарата в дозе 2,4 мг или максимально переносимой дозе.

Комментарии. В клинических исследованиях было показано, что семаглутид 2,4 мг приводит к клинически значимому и устойчивому снижению массы тела у пациентов с ожирением или ИзбМТ. Это достигается за счет уменьшения потребления калорий, чувства голода, тяги к еде и снижения предпочтения к приёму пищи с высоким содержанием жиров. При приеме семаглутида в дозе 2,4 мг наблюдалось снижение уровня глюкозы крови и уменьшение секреции глюкагона, улучшение ряда кардиометаболических параметров, включая ОТ, гликированный гемоглобин, АД, липидный профиль, функции печени и общего физического состояния.

В исследованиях семаглутид продемонстрировал не только улучшение антропометрических показателей, но и снижение смертности от сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа. Эффективность продемонстрирована независимо от возраста, пола, расы, этнической принадлежности, исходной массы тела, ИМТ, наличия СД 2 типа и функции почек. Учитывая доказанную эффективность и благоприятный профиль безопасности, семаглутид 2,4 мг может рассматриваться как оптимальный вариант для долгосрочной терапии пациентов с ожирением или ИзбМТ и высокими сердечно-сосудистыми рисками.

Противопоказаниями для применения семаглутида в дозе 2,4 мг являются непереносимость семаглутида или любых других компонентов препарата, медуллярный рак щитовидной железы в анамнезе, в том числе в семейном, множественная эндокринная неоплазия 2 типа, СД 1 типа, диабетический кетоацидоз, печеночная недостаточность тяжелой степени, терминальная стадия почечной недостаточности (клиренс креатинина <15 мл/мин), ХСН IV функционального класса (в соответствии с классификацией NYHA).

Семаглутид 2,4 мг не рекомендован при использовании других препаратов для снижения массы тела, диабетической ретинопатии, вторичном ожирении на фоне эндокринологических заболеваний, расстройствах пищевого поведения, применении лекарственных препаратов, которые могут привести к повышению массы тела, при воспалительных заболеваниях кишечника, при задержке опорожнения желудка на фоне СД (диабетическом гастропарезе). С осторожностью прием препарата у пациентов с легкой и умеренной степенью печеночной недостаточности, заболеваниями щитовидной железы и наличием острого панкреатита в анамнезе. Имеется ограниченный опыт применения семаглутида в дозе 2,4 мг у пациентов в возрасте 75 лет и старше. Наиболее частые нежелательные реакции при применении семаглутида (головная боль, тошнота, рвота, диарея, запор, боль в животе), как правило, отмечаются в начале лечения, носят транзиторный характер и не требуют отмены терапии.

При применении агонистов рецепторов ГПП-1 необходимо уделять большое внимание вопросам диетотерапии для предупреждения побочных эффектов от снижения аппетита (дефицит белка в рационе, снижение мышечной массы, недостаточность микроэлементов и витаминов и др.), а также с целью формирования новых пищевых привычек, которые будут способствовать удержанию массы тела после курса лечения. С целью сохранения сбалансированности рациона на фоне его низкой калорийности можно использовать специализированные продукты лечебного питания, предназначенные для снижения веса, в качестве заменителей одного или нескольких приемов пищи в день [17, 18]. Добавление таких продуктов позволяет пациенту сохранить мышечную массу, привыкнуть к уменьшению порций, научиться управлять суточной энергетической ценностью рациона, дает чувство сытости, необходимое для высокой приверженности низкокалорийной диете.

Тирзепатид

— это двойной агонист ГПП-1 и рецепторов глюкозозависимого инсулиноотропного полипептида, является физиологическим регулятором пищевого поведения и углеводного обмена, рекомендуется пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний, таких как предиабет, СД 2 типа, АГ, дислипидемия, СОАС или ССЗ в качестве дополнения к низкокалорийной диете и физической активности. Начальная доза тирзепатида составляет 2,5 мг подкожно 1 раз в неделю, с последующей титрацией (на 2,5 мг не чаще одного раза в месяц, максимальная доза составляет 15 мг/нед.)⁶.

Комментарии. Препарат в настоящее время не входит в актуальные клинические рекомендации.

⁶ Государственный реестр лекарственных средств <https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx?RegNumber=&MnnR=%d0%a2%d0%b8%d1%80%d0%b7%d0%b5%d0%bf%d0%b0%d1%82%d0%b8%d0%b4&lf=&TradeNmR=&OwnerName=&MnfOrg=&MnfOrgCountry=&isfs=0®type=1%2c6&pageSize=10&token=cf1663bd-9407-4f12-8003-e58b57d23a26&order=Registered&orderType=desc&pageNum=1>.

Комбинированные препараты для лечения ожирения

Препарат **метформин+сIBUTРАМИН**, имеющий в своем составе **сIBUTРАМИН** (A08AA10), препарат центрального действия для лечения ожирения, и **метформин** (A10BA02), гипогликемический препарат, кроме инсулинов, рекомендуется для коррекции массы тела и улучшения липидного и углеводного обменов у пациентов: с ИМТ >30 кг/м² (алиментарное ожирение); с ИМТ=27 кг/м² и более в сочетании с СД 2 типа и дислипидемией; с ИМТ=30 кг/м² и более с предиабетом и дополнительными факторами риска развития СД 2 типа, у которых изменения образа жизни не позволили достичь адекватного гликемического контроля.

Рекомендуется принимать препарат в начальной дозе 10 мг сIBUTРАМИНА и 850 мг метформина в сутки. Препарат следует принимать утром, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости как натощак, так и в сочетании с приемом пищи. Увеличение дозы до 15 мг сIBUTРАМИНА + 850 мг метформина возможно, если в течение месяца не достигнуто снижение массы тела на 2 кг и более, но не ранее, чем через 4 нед. от начала лечения. Лечение не должно продолжаться более 3 мес. у пациентов, которым не удалось за этот период добиться снижения массы тела на 5% от исходного уровня при приеме препарата в максимальной дозе. Длительность непрерывного лечения не более 1 года.

Комментарии. Совместное применение сIBUTРАМИНА с метформином как в виде комбинированного приема, так и в виде комбинированного препарата повышает терапевтическую эффективность используемой комбинации у пациентов с ИзбМТ и нарушениями углеводного обмена. СIBUTРАМИН + метформин повышает эффективность терапии ожирения и способствует восстановлению метаболического здоровья даже у пациентов без дополнительных нарушений углеводного обмена. На фоне терапии снижение массы тела сопровождается клинически значимым уменьшением ОТ и улучшением липидного профиля, что доказывает эффективность препарата в отношении снижения риска развития осложнений и отвечает основным целям терапии ожирения. Рекомендуемая длительность приема сIBUTРАМИНА с метформином как в виде комбинированного приема, так и в виде комбинированного препарата составляет не менее 6 мес. для выработки правильных привычек питания и удержания достигнутого результата по снижению массы тела. Контролируемая артериальная гипертензия (АД $<145/90$ мм рт.ст.) не является противопоказанием к применению препарата. Препарат не следует принимать при наличии диабетического кетоацидоза, нарушении функции печени и почек (клиренс креатинина <45 мл/мин), а также при наличии противопоказаний к приему сIBUTРАМИНА. Во время приема препарата следует избегать прием алкоголя, а также лекарственных средств, содержащих этанол.

- При наличии у пациента с ожирением нарушений углеводного обмена, в том числе состояний, ассоциированных с инсулинорезистентностью (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе), с целью снижения риска развития СД 2 или увеличения периода до его манифестации рекомендуется назначение метформина, лираглутида или метформин + сIBUTРАМИН.

Приложение 4

Алгоритм выбора лекарственной терапии ожирения в зависимости от наличия ассоциированных заболеваний/состояний²

	Орлистат	Сибутрамин Сибутрамин+метформин	Агонисты рецепторов ГПП-1
Артериальная гипертензия	+	+/-	+
Ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь	+	–	+
Хроническая сердечная недостаточность	+	–	+
Панкреатит	+	+	+/-
Медулярный рак щитовидной железы	+	+	–
Желчнокаменная болезнь	+/-	+	+/-
Холестаз	–	+	+
Заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся диареей	–	+	+/-
Предиабет	+	+	+

Сокращение: ГПП-1 — глюкагоноподобный пептид-1.

Приложение 5

Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий²

Пациенту с ожирением по показаниям могут быть рекомендованы:

- углубленное профилактическое консультирование в Центре здоровья/ Школа здоровья для пациентов с ожирением, с целью получения информации по здоровому питанию и правильному планированию приема пищи;
- прием (осмотр, консультация) врача-диетолога (при наличии) при неэффективности немедикаментозных методов лечения в течение 3-6 мес. с целью коррекции рациона;
- прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога — при подозрении на вторичное (симптоматическое) ожирение; в случае отсутствия снижения массы тела в течение 12 мес. на 5-10%; при увеличении ИМТ до значения 40 кг/м² и выше; при неэффективности медикаментозной терапии не реже 1 раза в год;
- прием (осмотр, консультация) врача физической и реабилитационной медицины (при наличии) — пациентам, имеющим нарушения, препятствующие выполнению физических упражнений и адекватной двигательной активности;
- прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога — пациентам с ожирением, неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), с факторами риска развития неалкогольного стеатогепатита и цирроза печени, с целью решения вопроса о необходимости пункционной биопсии печени;
- прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога — пациентам с ожирением и АГ при недостижении целевого уровня АД, с целью назначения или коррекции антигипертензивной терапии;
- прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога — пациентам с ожирением и дислипидемией при недостижении целевых показателей липидного обмена, с целью назначения или коррекции гиполипидемической терапии;
- прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога — пациентам с ожирением и клиническими признаками ишемической болезни сердца, ХСН с целью определения показаний к проведению дополнительных обследований, назначения или коррекции терапии;
- прием (осмотр, консультация) врача гинеколога — пациенткам с ожирением и нарушениями менструального цикла, бесплодием или симптомами гиперандрогении (акне, гирсутизм или андрогенная алопеция) рекомендуется обследование для исключения синдрома поликистозных яичников;
- прием (осмотр, консультация) врача-уролога — мужчинам с ожирением при наличии жалоб и клинических симптомов гипогонадизма, с целью диагностики и лечения гипогонадизма;
- прием (осмотр, консультация) врача-сомнолога (при наличии) — пациентам с подозрением на наличие СОАС, с целью проведения кардиореспираторного мониторинга в ночные часы (при наличии) и выявлению нарушений.
- прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта (при наличии), специализирующегося в области соматических заболеваний и психосоматических расстройств, с целью оценки психоэмоциональных нарушений.

Приложение 6

Целевые показатели снижения массы тела на фоне лечения ожирения в зависимости от наличия у пациента коморбидных заболеваний²

Цель лечения:

- постепенное снижение массы тела до такого уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и компенсация заболеваний, ассоциированных с ожирением;
- поддержание достигнутого результата;
- улучшение качества жизни больных.

Целевые показатели снижения массы тела на фоне лечения ожирения в зависимости от наличия у пациента коморбидных заболеваний.

Коморбидные заболевания	Рекомендуемое снижение массы тела	Ожидаемый результат
Метаболический синдром	10%	Профилактика развития СД 2 типа
СД 2 типа	5-15%	Снижение гликированного гемоглобина, сокращение приема ПССП, ремиссия СД 2 типа
Дислипидемия	5-15%	Снижение уровня ТГ, повышение уровня ХС ЛВП, снижение ХС ЛНП
АГ	5-15%	Снижение АД, сокращение приема антигипертензивных средств
НАЖБП	>10%	Снижение содержания липидов и уменьшения воспалительных изменений в печени
СПКЯ	5-15%	Овуляция, уменьшение гирсутизма, снижение уровня андрогенов, повышение чувствительности к инсулину
СОАС	7-11%	Снижение индекса апноэ/гипопноэ
Бронхиальная астма	7-8%	Улучшение объема форсированного выдоха за 1 сек. (FEV1)
ГЭРБ	>10%	Уменьшение симптомов

Сокращения: АГ — артериальная гипертония, АД — артериальное давление, ГЭРБ — гастроэзофагеальный рефлюкс, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ПССП — пероральные сахароснижающие препараты, СД — сахарный диабет, СОАС — синдром обструктивного апноэ сна, СПКЯ — синдром поликистозных яичников, ТГ — триглицериды, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

Пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела, рекомендуется удержание веса. На этапе удержания массы тела рекомендуется регулярное консультирование с врачом терапевтом или со специалистом по медицинской профилактике (очное или дистанционное), регулярный контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, сбалансированное питание.

Ожирение и коморбидные заболевания [4]

Ожирение патогенетически ассоциировано с развитием целого ряда заболеваний (кардиометаболических, онкологических, бронхо-легочных, патологии суставов и др.). Самые известные "портреты" коморбидности согласно эпидемиологическим данным практически всегда включают в себя ожирение. Диспансерное наблюдение при наличии данных заболеваний реализуется согласно соответствующим актуальным клиническим рекомендациям. Особенности течения наиболее часто ассоциированных с ожирением заболеваний представлены в данном приложении.

Сахарный диабет 2 типа

Установлено, что ожирение является одним из факторов риска развития резистентности к инсулину и СД 2 типа. Это связано с тем, что висцеральная жировая ткань высвобождает в кровоток большое количество свободных жирных кислот, адипокинов и сигнальных молекул, которые могут участвовать в развитии инсулинорезистентности. Кроме того, сама гипоксия жировой ткани в условиях гипертрофии адипоцитов, окислительный стресс и дисфункция эндоплазматического ретикулума на клеточном уровне способствуют нарушению рецепции к инсулину. Согласно статистическим данным ~80% пациентов с СД 2 типа страдают ожирением. У лиц с ожирением в 6 раз выше частота впервые возникшего СД 2 типа, чем с ИМТ < 30 кг/м². При наличии ожирения у пациента с нарушениями углеводного обмена значительно усложняется управление заболеванием. На стадии предиабета необходимо приложить макси-

мум усилий и мотивировать пациента на нормализацию массы тела, с целью предотвращения манифестации СД [19]. В последние десятилетия разработаны сахароснижающие препараты, которые не только контролируют уровень гликемии, но и благоприятно влияют на массу тела, способствуя ее снижению (агонисты рецепторов ГПП-1, двойные агонисты рецепторов ГПП-1 и глюкозозависимого инсулиотропного полипептида, глифлозины). При выборе стратегии лечения пациента с СД 2 типа и ожирением необходимо выбирать именно такие препараты. Несмотря на благоприятное воздействие глифлозинов на снижение массы тела, данная группа не является препаратами лечения ожирения. Диспансерное наблюдение пациентов с СД 2 типа осуществляется врачом-терапевтом участковым и эндокринологом [20].

В ряде случаев, при значимом снижении массы тела на фоне эффективного лечения, в том числе хирургического, у пациентов с СД 2 типа может наступить ремиссия СД.

Артериальная гипертензия

Как известно, ожирение связано с повышенным риском развития гипертонической болезни. При этом у пациентов с ожирением чаще регистрируется тяжелая АГ 3 степени, чем у больных с ИМТ <30 кг/м². Согласно моделям логистической регрессии, ожирение в 2,7 раза увеличивает шанс наличия АГ. По данным Framingham study, прибавка в весе на 1 кг способствует повышению АД на 1 мм рт.ст. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что при поправке на возраст, образование, статус курения, потребление алкоголя и повышенную частоту сердечных сокращений, вероятность наличия АГ увеличивается с ростом частоты ожирения среди мужчин — от 5,5 до 12 раз, среди женщин — от 4,5 до 18 раз. При этом АГ является наиболее частым фактором риска, встречающимся при ожирении, — отношение шансов ассоциации между ожирением и АГ среди лиц обоего пола — 2,71 и 2,52 у мужчин и женщин, соответственно. Гипертензия, ассоциированная с ожирением, возникает из-за сложного взаимодействия нескольких механизмов, включая неадекватную активацию симпатической нервной системы, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, дисфункцию адипоцитов и нарушение натрийуреза. Кроме этого, при ожирении наблюдается увеличение количества паранефральной жировой ткани, что вызывает компрессию почки, хроническое воспаление, снижение кровотока и увеличение реабсорбции натрия.

Сочетание ожирения и АГ существенно увеличивает риск развития микро- и макрососудистых осложнений и способствует увеличению сердечно-сосудистой смертности. В терапии АГ у пациентов с ожирением одним из базовых аспектов лечения является изменение образа жизни и нормализация массы тела. Уменьшение массы тела на 5-10% от исходной приводит к достоверному снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ и ожирением. Диспансерное наблюдение пациентов с АГ осуществляется врачом-терапевтом участковым и эндокринологом [21].

Метаболический синдром и гиперлипидемия

До 70% пациентов с ожирением имеют сопутствующую гиперлипидемию, которая клинически проявляется повышенным уровнем ХС ЛНП, сниженным уровнем ХС ЛВП и гипертриглицеридемией. Патофизиология данного процесса многофакторная, связана с нутритивным статусом, повышенной выработкой свободных жирных кислот и сниженной способностью к расщеплению и метаболизму триглицеридов. В исследованиях было показано, что 70% пациентов с ожирением имеют метаболический синдром — совокупность клинических признаков, которая включает абдоминальное ожирение, нарушения липидного обмена, АГ, повышение уровня глюкозы крови натощак и гиперурикемию. Влияние снижения массы тела на уровень показателей липидного профиля доказало свою эффективность во многочисленных исследованиях аспектов как немедикаментозного лечения, так и фармакотерапии ожирения. Поэтому, когда назначается гиполипидемическая терапия крайне важно делать акцент и на необходимости и мерах борьбы с ожирением.

Хроническая сердечная недостаточность

Данные последнего десятилетия свидетельствуют о том, что ожирение более чем на 50% увеличивает риск развития ХСН со сниженной фракцией выброса. Известно, что эта патология является результатом гипертрофии левого желудочка вследствие увеличения сердечного выброса при снижении функции миокарда из-за липотоксичности и системного воспаления. Кроме этого, установлено нарушение функции клеточных белков из-за повышенного гликозилирования связей коллагена, что приводит к диастолической дисфункции. Дополнительную нагрузку на сердечную мышцу оказывает увеличение толщины эпикардального жира. В последние десятилетия в арсенале кардиологов появились препараты из группы ингибиторов натрий глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов), назначение которых при ХСН не

только реализует рено- и кардиопротекцию, но и благоприятно влияют на массу тела. Снижение массы тела приводит к снижению нагрузки и к облегчению клинических проявлений ХСН.

Фибрилляция предсердий

Результаты ряда исследований последних десятилетий показали повышение риска развития фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с ожирением. Исследование Framingham выявило, что на каждую единицу увеличения ИМТ ($>30 \text{ кг/м}^2$) риск ФП растет на 5%. Среди множества механизмов развития ФП при ожирении следует отметить главный: ремоделирование миокарда через увеличение количества висцеральной эпикардиальной жировой ткани (а также внутри стенки левого предсердия), замещение кардиомиоцитов фиброзной тканью и атрофию кардиомиоцитов, развитие электрической диссоциации. Кроме этого, паракринное воздействие высвобождаемых жировой тканью адипокинов усугубляет электрическую гетерогенность миокарда.

Неалкогольная жировая болезнь печени

НАЖБП тесно ассоциирована с ожирением и метаболическим синдромом, что значительно повышает риск ССЗ и отражается на продолжительности жизни⁷. По данным Всемирной гастроэнтерологической организации, у пациентов с НАЖБП и ожирением смертность намного выше, чем в общей популяции. Увеличение смертности связано как с гепатологической составляющей заболевания (развитием фиброза, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы в результате прогрессирования НАЖБП), так и с кардиометаболической (НАЖБП — независимый фактор риска ССЗ и смертности)⁷ [22]. При морбидном ожирении частота НАЖБП возрастает до 95-100%. Причем, среди мужчин НАЖБП встречается чаще чем среди женщин (38,5% против 26,6%). В основе лечения НАЖБП лежит изменение образа жизни. Однако метаанализы последних лет свидетельствуют о неопределенности влияния вмешательств в образ жизни пациентов с НАЖБП на долгосрочный прогноз и исходы заболевания в связи с относительно короткими (не более 2 лет) сроками проведенных исследований и их неоднородностью. Пациентам с НАЖБП рекомендовано назначение урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), с целью уменьшения содержания липидов в гепатоцитах, уменьшения воспаления и профилактики прогрессирования фиброза⁷. Помимо этого, УДХК рекомендована к назначению пациентам НАЖБП и ассоциированными кардиометаболическими состояниями: с сахарным диабетом 2 типа, дислипидемией и АССЗ, ожирением. Пациентам с ожирением назначение УДХК рекомендовано на весь период снижения массы тела с целью профилактики образования конкрементов в желчном пузыре⁷ [23]. Также отмечено, что семаглутид при лечении пациентов с ожирением и НАЖБП снижает воспаление и может способствовать обратному развитию заболевания.

Ожирение и онкологические заболевания

В отчете Международного агентства по изучению рака за 2020 г. были представлены убедительные доказательства взаимосвязи ожирения с риском развития 13 различных видов рака. Постменопаузальный рак молочной железы, колоректальный рак, рак эндометрия, пищевода, поджелудочной железы, почек, печени, желудка, желчного пузыря, яичников, щитовидной железы, множественная миелома и менингиома входят в число онкологических заболеваний, которые чаще всего развиваются у людей с ожирением. Важно, что три наиболее сложных для лечения видов рака — рак поджелудочной железы, пищевода и желчного пузыря, а также два наиболее распространенных — рак молочной железы и колоректальный рак, ассоциированы с ожирением. Установлено, что при увеличении ИМТ на каждые 5 кг/м^2 риска развития рака прямой кишки увеличивается на 9%, рака желчевыводящих путей — на 5,6%. Риск постменопаузального рака молочной железы у женщин, которые никогда не получали заместительную гормональную терапию, составлял 11% на каждые 5 кг веса, прибавляемого во взрослом возрасте, в то время как риск рака эндометрия повышался на 21% на каждые 0,1 кг увеличения массы тела.

Ожирение и синдром обструктивного апноэ сна

Ожирение является основным модифицируемым фактором риска развития СОАС. Согласно данным исследований, снижение веса всего на 5% от исходного уже способствует снижению частоты нарушений дыхания во сне. И, напротив, на каждые 10% увеличения массы тела индекс апноэ/гипопноэ увеличивался на 32%. СОАС диагностируется более чем у 30% людей с ожирением и у 50-98% людей с морбидным ожирением. Оба состояния повышают риск развития тяжелых кардиометаболических осложнений. Ряд авторов подчеркивают, что отложение висцерального жира в мягких тканях глотки способствует суже-

⁷ Клинические рекомендации Минздрава России "Неалкогольная жировая болезнь печени" 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/748_2.

нию верхних дыхательных путей. Было установлено, что окружность шеи является более значимым предиктором развития нарушений дыхания во сне, чем ИМТ, и этот факт отражает ключевую роль наличия жировых отложений в области глотки для развития СОАС. В свою очередь, апноэ усугубляет тяжесть метаболических нарушений.

Хроническая обструктивная болезнь легких

У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) часто встречается мультиморбидность, усугубляющая риск неблагоприятных исходов [24]. Сочетание ХОБЛ с выраженным ожирением ухудшает прогноз течения заболевания. Системное воспаление, проявляющееся увеличением уровня фибриногена, С-реактивного белка, изменениями уровней других маркеров, а также оксидативный стресс, характерный для ХОБЛ, приводят к ремоделированию сосудов, активации прокоагулянтных и других факторов, увеличивающих риск ССЗ. Прогностическим биомаркером, связанным с риском обострения и смерти при ХОБЛ, является фибриноген. ИзбМТ и ожирение способствуют более раннему развитию АГ при ХОБЛ. Кроме того, у лиц с ожирением часто наблюдается снижение дыхательного объема легких и ухудшение вентиляции, что может усугублять симптомы ХОБЛ. Многие авторы пишут о том, что ожирение оказывает неоднозначное влияние на течение ХОБЛ, отмечая что пациенты с ХОБЛ и ИзбМТ или ожирением I степени имеют более благоприятный прогноз в отношении обострений ХОБЛ и выживаемости. Этот феномен известен как "парадокс ожирения". Дополнительными защитными свойствами обладает бурая жировая ткань, которая подавляет системное воспаление при ХОБЛ, что также может способствовать улучшению прогноза.

Бронхиальная астма

У пациентов с бронхиальной астмой (БА) чаще регистрируют ожирение, чем у пациентов без БА, и среди лиц с ожирением чаще встречаются пациенты с БА. Однако, респираторные симптомы, связанные с ожирением, могут имитировать симптомы БА. Ожирение может приводить как к гиподиагностике, так и гипердиагностике БА. Гипердиагностика БА у пациентов с ожирением может достигать 30%. Не исключена и гиподиагностика БА у больных ожирением. Необходимо у пациентов с ожирением при подозрении на БА доказать вариабельность обструкции дыхательных путей для верификации данного заболевания. Кроме того, при ожирении следует дифференцировать симптомы БА от симптомов, связанных с механической рестрикцией дыхательных путей и/или СОАС, а также с симптомами астмы физического усилия.

Наличие ожирения способствует более тяжелому течению БА, плохому контролю, риску обострений. Патогенетически БА и ожирение связывают системное воспаление, окислительный стресс, активация макрофагов. Отдельно выделяют фенотип "БА у пациентов с ожирением", характеризующийся другим типом воспалительной реакции (не эозинофильным), более тяжелым течением, резистентностью к обычной терапии, поздним началом и преимущественно развивающимся у лиц женского пола. В основе патофизиологических механизмов фенотипа БА с ожирением лежит системное воспаление, изменение уровней адипокинов и механический стресс. Клетки жировой ткани вырабатывают различные воспалительные цитокины, например, лептин, фактор некроза опухоли- α и интерлейкин-6 (ИЛ-6), которые в свою очередь запускают ряд патогенетических механизмов, лежащих в основе метаболических нарушений и ССЗ, а также участвуют в патогенезе бронхообструкции. ИЛ-6 повышен у пациентов с тяжелой неконтролируемой БА, страдающих ожирением: экспрессия ИЛ-6 в мокроте и его уровень в сыворотке крови не только связаны с обструкцией бронхов и тяжелой БА, но и способствуют развитию резистентности к инсулину, что, в свою очередь, активирует воспаление жировой ткани. Кроме того, ассоциированные с ожирением заболевания могут дополнительно ухудшать течение БА: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, СОАС и др. Пациентам с БА и ожирением рекомендованы мероприятия по снижению массы тела [25]. Отмечают улучшение функции внешнего дыхания и облегчение симптомов БА при снижении массы тела даже на 5-10% от исходной.

Изменения биомеханики дыхания, связанные с ожирением, ведут к изменению функции внешнего дыхания, что необходимо учитывать при проведении спирометрии. Установлено, что при ожирении снижаются функциональная остаточная емкость легких, резервный объем выдоха, жизненная емкость легких. Объем форсированного выдоха за 1 секунду и форсированная жизненная емкость легких обычно незначительно снижены, а их соотношение остается в пределах нормальных значений, исключение составляют пациенты с морбидным ожирением, у которых данные показатели также значительно изменены.

Приложение 7

ОПРОСНИК FINDRISC⁸:

Назначение: выявление риска предиабета и сахарного диабета 2 типа

Назначение: выявление риска предиабета и СД 2 типа.

Инструкция: ответьте на все 8 вопросов опросника. Для каждого вопроса выберите 1 правильный ответ и отметьте его в соответствующем квадратике. Сложите все баллы, соответствующие Вашим ответам на вопросы. Используйте Ваш суммарный балл для определения Вашего риска развития СД 2 типа или предиабета.

Передайте заполненный опросник Вашему врачу/медсестре и попросите их объяснить Вам результаты опросника.

1. Возраст

- До 45 лет **0 баллов**
- 45-54 года **2 балла**
- 55-64 года **3 балла**
- Старше 65 лет **4 балла**

2. Индекс массы тела

ИМТ позволяет выявить наличие у Вас избыточного веса или ожирения. Вы можете подсчитать свой ИМТ сами:

вес__ (кг): (рост__ (м))² = __ кг/м²

- Менее 25 кг/м² **0 баллов**
- 25-30 кг/м² **1 балл**
- Больше 30 кг/м² **3 балла**

3. Окружность талии

ОТ также указывает на наличие у Вас избыточного веса или ожирения.

Мужчины/Женщины

- <94 см/ <80 см **0 баллов**
- 94-102 см/ 80-88 см **3 балла**
- >102 см/ >88 см **4 балла**

4. Как часто Вы едите овощи, фрукты или ягоды?

- Каждый день **0 баллов**
- Не каждый день **1 балл**

5. Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями регулярно?

Делаете ли Вы физические упражнения по 30 мин каждый день или 3 ч в течение недели?

- Да **0 баллов**
- Нет **2 балла**

6. Принимали ли Вы когда-либо регулярно лекарства для снижения АД?

- Нет **0 баллов**
- Да **2 балла**

7. Обнаруживали ли у Вас когда-либо уровень глюкозы (сахара) крови выше нормы (во время диспансеризации, проф. осмотра, во время болезни или беременности)?

- Нет **0 баллов**
- Да **5 баллов**

8. Был ли у Ваших родственников СД 1 или 2 типа?

- Нет **0 баллов**
- Да: бабушка/дедушка, тетя/дядя, двоюродные братья/сестры **3 балла**
- Да: родители, брат/сестра или собственный ребенок **5 баллов**

РЕЗУЛЬТАТЫ: Сумма баллов ____

⁸ Клинические рекомендации Минздрава России "Сахарный диабет 2 типа у взрослых" 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2.

КЛЮЧ К ОПРОСНИКУ:

Общее количество баллов	Уровень риска СД 2	Вероятность развития СД 2
Менее 7	Низкий риск	1 из 100, или 1%
7-11	Слегка повышен	1 из 25 или 4%
11-14	Умеренный	1 из 6, или 17%
15-20	Высокий	1 из 3, или 33%
Более 20	Очень высокий	1 из 2, или 50%

Ваш риск развития СД в течение 10 лет составит:

Если Вы набрали <12 баллов: у Вас хорошее здоровье и Вы должны продолжать вести здоровый образ жизни.

Если Вы набрали 12-14 баллов: возможно, у Вас предиабет. Вы должны посоветоваться со своим врачом, как Вам следует изменить образ жизни.

Если Вы набрали 15-20 баллов: возможно, у Вас предиабет или СД 2 типа. Вам желательно проверить уровень глюкозы (сахара) в крови. Вы должны изменить свой образ жизни. Не исключено, что Вам понадобятся и лекарства для снижения уровня глюкозы (сахара) в крови.

Если Вы набрали >20 баллов: по всей вероятности, у Вас есть СД 2 типа. Вы должны проверить уровень глюкозы (сахара) в крови и постараться его нормализовать. Вы должны изменить свой образ жизни и Вам понадобятся и лекарства для контроля за уровнем глюкозы (сахара) в крови.

Приложение 8

Исследование компонентного состава тела методом биоимпедансометрии [26]

Метод, основанный на оценке разницы электрического сопротивления различных тканей, при наличии необходимого оборудования может использоваться с целью оценки динамики изменений в процессе снижения массы тела, а также в особых ситуациях, когда при выявлении ожирения нельзя использовать ИМТ (при наличии чрезмерно развитой мускулатуры, отеков, больших образований, после ампутаций конечностей, при саркопении у пожилых лиц и др.)

Последовательность выполнения биоимпедансометрии

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: наличие кардиостимулятора или других электронных устройств

Алгоритм оценки параметра "жировая масса тела"

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы количества 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 100кг, следовательно, ближайшая цель — минус 5-10кг)
- Цель: подтвердить/исключить наличие прироста массы тела вне зависимости от критерия ИМТ.

Алгоритм оценки параметра "скелетно-мышечная масса"

- 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 подтверждается наличие саркопенического ожирения.
- Цель: исключить саркопеническое ожирение у лиц со сниженной функцией скелетных мышц согласно динамометрии.

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

- 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 нед.;
 - При нормальном диапазоне количества жидкости в организме — ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,3 до 0,5 кг в неделю.
- Цель: оценить прогноз скорости процесса снижения массы тела у лиц с повышенной массой тела.

Приложение 9

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [27]

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии

Опросник для оценки приверженности лекарственной терапии «Общая фактическая приверженность» (модифицированный вариант)

Нарушаете ли Вы рекомендации Вашего лечащего врача в отношении приема лекарственных препаратов (регулярности приема, соблюдения дозировки препарата, кратности и времени приема лекарственного средства и т.д.)? (можно выбрать только один ответ)		
<input type="checkbox"/>	1) Да, я не стал принимать назначенные препараты	4 балла
<input type="checkbox"/>	2) Да, я прекратил начатый прием препаратов	3 балла
<input type="checkbox"/>	3) Да, я принимаю лекарство нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарства или меняю дозу, кратность, время приема препаратов	2 балла
<input type="checkbox"/>	4) Да, я иногда забываю принять препараты	1 балл
<input type="checkbox"/>	5) Нет, я принимаю лекарства строго согласно рекомендациям врача	0 баллов
Если Вы не стали принимать или прекратили прием назначенных лекарственных препаратов, назовите ведущую причину этого (можно выбрать только один ответ)		
<input type="checkbox"/>	1) Забываю принять препараты	
<input type="checkbox"/>	2) Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств	
<input type="checkbox"/>	3) Возникли побочные эффекты лекарственной терапии	
<input type="checkbox"/>	4) Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения	
<input type="checkbox"/>	5) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов	
<input type="checkbox"/>	6) У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, помногу таблеток)	
<input type="checkbox"/>	7) Высокая цена препаратов	
<input type="checkbox"/>	8) Сомневаюсь в необходимости назначенного мне лечения	
<input type="checkbox"/>	9) Не хочу принимать лекарства постоянно, длительно	
<input type="checkbox"/>	10) Другое (укажите) _____	

Ключ (интерпретация)

0 баллов – полная приверженность;

1 балл – частичная, неполная приверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций;

2 балла – частичная, неполная приверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций;

3 балла – частичная, вторичная неприверженность;

4 балла – полная, первичная неприверженность.

Литература/References

- Alferova VI, Mustafina SV. The prevalence of obesity in the adult population of the Russian Federation (literature review). *Obesity and metabolism*. 2022;19(1):96-105. (In Russ.) Алферова В.И., Мустафина С.В. Распространенность ожирения во взрослой популяции Российской Федерации (обзор литературы). *Ожирение и метаболизм*. 2022;19(1):96-105. doi:10.14341/omet12809.
- Bondareva EA, Troshina EA. Obesity. Reasons, features and prospects. *Obesity and metabolism*. 2024;21(2):174-87. (In Russ.) Бондарева Э.А., Трошина Е.А. Ожирение. Причины, типы и перспективы. *Ожирение и метаболизм*. 2024;21(2):174-87. doi:10.14341/omet13055.
- Dedov II, Shestakova MV, Melnichenko GA, et al. Interdisciplinary clinical practice guidelines "Management of obesity and its comorbidities". *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. doi:10.14341/omet12714.
- Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Comorbidity of patients with non-communicable 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):3996. doi:10.15829/1728-8800-2024-3996.
- 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.
- 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.
- 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.
- Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LY, et al. Algorithm of appointment (examination; consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р.Н., Ипатов П.В. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372.
- 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 OPTIVIN trial. *Obes Sci Pract*. 2020;1-10. doi:10.1002/osp4.444.
- Ard J, Lewis K, Rothberg A, et al. Effectiveness of a total meal replacement program on weight loss: Results from the OPTIVIN study. *Obesity*. 2018;27:22-9. doi:10.1002/oby.22303.
- 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. Erratum in: *Diabetes Care*. 2018;41(6):1321. doi:10.2337/dc18-er06.
- 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.
- 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. *Int J Obes (Lond)*. 2012;36(4):614-24. doi:10.1038/ijo.2011.107.
- 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.
- Drapkina OM, Mokrysheva NG, Eliashevich SO, et al. Management of overweight and obese patients without noncommunicable diseases in primary care facilities. *Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(3):115-134. (In Russ.) Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Елиашевич С.О. и др. 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):115-34. doi:10.15829/3034-4123-2025-77. EDN: BNQMF
- 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.
- Mozaffarian D, Agarwal M, Aggarwal M, et al. Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: A joint Advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society. *Obesity (Silver Spring)*. 2025;129. doi:10.1002/oby.24336.
- Lee CY. A Combination of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist and Dietary Intervention Could Be a Promising Approach for Obesity Treatment. *Front. Endocrinol*. 2021;7:248477. doi:10.3389/fendo.2021.748477.
- Drapkina OM, Mokrysheva NG, Shestakova MV, et al. Outpatient follow-up of patients with prediabetes by a general practitioner in primary health care. *Methodological recommendations (edition 2)*. Moscow: ROPNIZ, 2024. (In Russ.) Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с предиабетом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. *Методические рекомендации (издание 2)*. М.: РОПНИЗ, 2024. ISBN: 978-5-6052598-2-4. doi:10.15829/ROPNIZ-d100-2024.
- Drapkina OM, Svishcheva AA, Lavrenova EA, Shepel RN. Implementation of programs for early detection of type 2 diabetes mellitus and dispensary monitoring of patients with this disease in health care systems: international and national experience. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(2):34-44. (In Russ.) Драпкина О.М., Свищева А.А., Лавренова Е.А., Шепель Р.Н. Реализация программ раннего выявления сахарного диабета 2 типа и диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием в системах здравоохранения: международный и отечественный опыт. *Обзор литературы. Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(2):34-44. doi:10.15829/3034-4123-2025-56.
- Drapkina OM, Boytsov SA, Atyunina IV, et al. Outpatient follow-up of hypertensive patients by a primary care physician. *Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(2):206-236. (In Russ.) Драпкина О.М., Бойцов С.А., Атюнина И.В. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. *Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(2):135-64. doi:10.15829/3034-4123-2025-55. EDN: RRZSLK
- Mantovani A, Csermely A, Petracca G, et al. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of fatal and non-fatal cardiovascular events: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(11):903-13. doi:10.1016/S2468-1253(21)00308-3.
- Bischoff SC, Barazzoni R, Busetto L, et al. European guideline on obesity care in patients with gastrointestinal and liver diseases — Joint European Society for Clinical Nutrition and Metabolism / United European Gastroenterology guideline. *United European Gastroenterol J*. 2022;10(7):663-720. doi:10.1002/ueg2.12280.
- Drapkina OM, Avdeev SN, Smirnova MI, et al. Outpatient monitoring of patients with chronic obstructive pulmonary disease by a primary care physician. *Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(2):135-64. (In Russ.) Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Смирнова М.И. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в первичном звене здравоохранения. *Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(2):135-64. doi:10.15829/3034-4123-2025-42. EDN: YVNNQE.
- Drapkina OM, Avdeev SN, Smirnova MI, et al. Outpatient follow-up of patients with asthma by a primary care physician. *Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(2):165-205. (In Russ.) Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Смирнова М.И. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с бронхиальной астмой врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. *Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(2):165-205. doi:10.15829/3034-4123-2025-43. EDN: YQNQUO
- Drapkina OM, Drozdova LY, 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 "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi:10.15829/ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW
- Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.

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

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, 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, зав. кафедрой персонализированной и трансляционной медицины, ORCID: 0000-0003-2604-8347;

Грицаева Евгения Александровна (Evgenia A. Gritsaeva) — эндокринолог-диетолог, н.с. 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, ORCID: 0000-0003-1429-8154;

Бернс Светлана Александровна (Svetlana A. Berns) — д.м.н., профессор, руководитель отдела изучения патогенетических аспектов старения, зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии Института профессионального образования и аккредитации, ORCID: 0000-0003-1002-1895;

Васюкова Ольга Владимировна (Olga V. Vasyukova) — к.м.н., руководитель центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, 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, врач-эндокринолог отделения патологии околощитовидных желез и нарушений минерального обмена, ORCID: 0000-0003-2669-9457;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lubov Y. Drozdova) — к.м.н., руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

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, ORCID: 0000-0003-0143-0849;

Ершова Екатерина Владимировна (Ekaterina V. Ershova) — к.м.н., врач-эндокринолог, в.н.с. отделения терапии заболеваний щитовидной железы, надпочечников и ожирения, ORCID: 0000-0002-6220-4397;

Зятенкова Елена Витальевна (Elena V. Zyatenkova) — к.м.н., руководитель клиники предиктивной и интегративной медицины, врач-терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог, врач превентивной и интегративной медицины, ORCID: 0000-0002-7775-1393;

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

Конonenко Ирина Владимировна (Irina V. Kononenko) — руководитель отдела по вопросам исследований и разработок Координационного совета, врач-эндокринолог КДО, доцент кафедры диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0003-4929-1526;

Мельниченко Галина Афанасьевна (Galina A. Melnichenko) — д.м.н., профессор, академик РАН, зам. директора по научной работе, зав. кафедрой клинической эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-5634-7877;

Сухарева Ольга Юрьевна (Olga Y. Sukhareva) — к.м.н., в.н.с. отделения диабетической болезни почек и посттрансплантационной реабилитации Института диабета, доцент кафедры диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-3443-7206;

Трошина Екатерина Анатольевна (Ekaterina A. Troshina) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, зам. директора; директор института клинической эндокринологии, ORCID: 0000-0002-8520-8702;

Шестакова Марина Владимировна (Marina V. Shestakova) — д.м.н., профессор, академик РАН, зам. директора; директор Института диабета, зав. кафедрой диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0003-3893-9972;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, 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; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, ул. Дмитрия 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; Dedov National Medical Research Center for Endocrinology, Dmitry Ulyanov str., 11, Moscow, 117292, Russia.