

Клинические рекомендации

Избыточная масса тела

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем,
связанных со здоровьем:

E67.8, E68, R63.5

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское кардиологическое общество
- Российская ассоциация эндокринологов
- Российское научное медицинское общество терапевтов
- Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний
- Российская ассоциация геронтологов и гериатров
- Национальное медицинское общество профилактической кардиологии
- Евразийская Ассоциация Терапевтов

2	Оглавление	
3	Список сокращений.....	4
4	Термины и определения.....	6
5	1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний, состояний) .	9
6	1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний, состояний)	9
7	1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний, состояний) .	9
8	1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний, состояний).....	9
9	1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или	
10	состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем,	
11	связанных со здоровьем	10
12	1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний, состояний).....	10
13	1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний, состояний) .	10
14	2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний),	
15	медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	11
16	2.1. Жалобы и анамнез	12
17	2.2. Физикальное обследование	13
18	2.3 Лабораторная диагностика	13
19	2.4. Инструментальная диагностика.....	15
20	2.5. Оценка кардиометаболического риска.....	15
21	2.6. Иные диагностические исследования.....	17
22	3. Лечение избыточной массы тела, включая медикаментозную и немедикаментозную	
23	терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к	
24	применению методов лечения.....	19
25	3.1 Немедикаментозное лечение	20
26	3.2 Медикаментозная терапия	24
27	3.3. Лечение избыточной массы тела в отдельных клинических ситуациях.....	27
28	3.3.1. Избыточная масса тела и нарушения углеводного обмена	28
29	3.3.2. Избыточная масса тела и артериальная гипертензия.....	29
30	3.3.3. Избыточная масса тела и нарушения липидного обмена	31
31	3.3.4. Избыточная масса тела и синдром обструктивного апноэ сна	33
32	3.3.5. Избыточная масса тела и НАЖБП.....	35
33	4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению	
34	методов реабилитации	36
35	5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания	
36	к применению методов профилактики	39
37	6. Организация оказания медицинской помощи	39
38	7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или	
39	состояния).....	40
40	Критерии оценки качества медицинской помощи	40
41	Список литературы.....	42

42	Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических	
43	рекомендаций.....	58
44	Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	58
45	Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и	
46	противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по	
47	применению лекарственного препарата.....	62
48	Приложение Б. Алгоритмы действий врача	63
49	Приложение В. Информация для пациентов	65
50	Приложение Г1. Правила измерения антропометрических показателей и основная	
51	информация, которая должна быть получена при сборе анамнеза	71
52	Приложение Г2. Принципы диагностики и оценки сердечно-сосудистого риска.....	76
53	Приложение Г3. Принципы терапии и диспансерное наблюдение больных с избыточной	
54	массой тела.....	86
55		

56 Список сокращений

- 57
58 CKD-EPI — Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
59 CMDS — Шкала оценки кардиометаболического риска (Cardiometabolic Disease Staging)
60 SCORE-2 — Systemic coronary risk evaluation -2
61 SCORE-2-OP — Systemic coronary risk evaluation -2 -Older Persons
62 АГ — артериальная гипертензия
63 АГП — антигипертензивные препараты^{[1][2]}
64 АГТ — антигипертензивная лекарственная терапия
65 АД — артериальное давление
66 АК — антагонисты кальция (блокаторы кальциевых каналов)
67 АКС — ассоциированное клиническое состояние
68 АЛТ — аланинаминотрансфераза^{[1][2]}
69 АМКР — антагонисты минералокортикоидных рецепторов
70 АПФ — ангиотензинпревращающий фермент^{[1][2]}
71 арГПП-1 — аналоги глюкагоноподобных пептидов-1
72 АСТ — аспаратаминотрансфераза
73 БА — бронхиальная астма^{[1][2]}
74 ББ — бета-адреноблокаторы
75 БРА — антагонисты ангиотензина II
76 БСК — болезни системы кровообращения^{[1][2]}
77 ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
78 ВОО – величина основного обмена
79 ГБ — гипертоническая болезнь^{[1][2]}
80 ГГТ — гамма-глутамилтрансфераза
81 ГКС — глюкокортикоиды
82 ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка^{[1][2]}
83 ГПП-1 — глюкагоноподобный пептид-1
84 ДАД — диастолическое артериальное давление
85 ДМАД — домашнее мониторирование артериального давления
86 ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
87 ИАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
88 ИБС — ишемическая болезнь сердца
89 ИМТ — индекс массы тела
90 иНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера типа 2
91 КТ — компьютерная томография^{[1][2]}
92 ЛГ — лютеинизирующий гормон
93 ЛЖ — левый желудочек
94 ЛВП — липопротеиды высокой плотности
95 ЛПИ — лодыжечно-плечевой индекс^{[1][2]}
96 ЛНП — липопротеиды низкой плотности
97 МКЦ — микрокристаллическая целлюлоза
98 МО — морбидное ожирение
99 МРТ — магнитно-резонансная томография^{[1][2]}
100 МС — метаболический синдром^{[1][2]}
101 НАЖБП – неалкогольная жировая болезнь печени
102 НТГ — нарушенная толерантность к глюкозе^{[1][2]}
103 неЛВП — липопротеиды невысокой плотности
104 ОБ — окружность бедер
105 ОГТТ — оральная глюкозотолерантная проба
106 ОК — оральные контрацептивы^{[1][2]}

- 107 ОКС — острый коронарный синдром
108 ОТ — окружность талии
109 ОХС — общий холестерин
110 ОЦК — объем циркулирующей крови
111 ПД — пульсовое давление^{[1][2]}_{SEP}
112 ПОМ — поражение органов-мишеней
113 ПТГ — паратгормон
114 РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система^{[1][2]}_{SEP}
115 РКИ — рандомизированные клинические исследования^{[1][2]}_{SEP}
116 РФ — Российская Федерация^{[1][2]}_{SEP}
117 САД — систолическое артериальное давление^{[1][2]}_{SEP}
118 САС — симпато-адреналовая система
119 СГХС — семейная гиперхолестеринемия
120 СД — сахарный диабет^{[1][2]}_{SEP}
121 СД 2 — сахарный диабет 2 типа
122 СКФ — скорость клубочковой фильтрации
123 СМАД — суточное мониторирование артериального давления
124 СНС — симпатическая нервная система^{[1][2]}_{SEP}
125 СОАС — синдром обструктивного апноэ сна
126 СПВ — скорость пульсовой волны
127 СС — сердечно-сосудистый
128 ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
129 ССО — сердечно-сосудистые осложнения^{[1][2]}_{SEP}
130 ТГ — триглицериды
131 ТИА — транзиторная ишемическая атака^{[1][2]}_{SEP}
132 ТТГ — тиреотропный гормон
133 УДД — уровень достоверности доказательств
134 УЗИ — ультразвуковое исследование
135 УУР — уровень убедительности рекомендаций
136 ФВ — фракция выброса
137 ФК — функциональный класс^{[1][2]}_{SEP}
138 ФП — фибрилляция предсердий
139 ФР — фактор риска^{[1][2]}_{SEP}
140 ФСГ — фолликулостимулирующий гормон
141 ХБП — хроническая болезнь почек
142 ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких^{[1][2]}_{SEP}
143 ХС - холестерин
144 ХСН — хроническая сердечная недостаточность
145 ЦНС- центральная нервная система
146 ЧСС — частота сердечных сокращений
147 ЭД — эректильная дисфункция
148 ЭКГ — электрокардиография
149 ЭКЖ —эпикардальная жировая ткань
150 ЭхоКГ — эхокардиография

151

152 **Термины и определения**

153 **Артериальная гипертензия (АГ)** — синдром повышения клинического артериального
154 давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых
155 значений, определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных
156 контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечно-
157 сосудистого риска и целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД
158 ниже этих уровней АД.

159 **Высокое нормальное АД** — давление в диапазоне систолического АД (САД) от 130 до 139
160 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) от 85 до 89 мм рт. ст.

161 **Доказательная медицина** — надлежащее, последовательное и осмысленное использование
162 современных наилучших доказательств (результатов клинических исследований) в
163 сочетании с индивидуальным клиническим опытом и с учетом ценностей и предпочтений
164 пациента в процессе принятия решений о состоянии здоровья и лечении пациента [1].

165 **Заболевание** — состояние, возникающее в связи с воздействием патогенных факторов,
166 нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к
167 изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении
168 защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма
169 [2].

170 **Здоровое питание** – питание, ежедневный рацион которого основывается на принципах
171 здорового питания, отвечает требованиям безопасности и создает условия для физического
172 и интеллектуального развития, жизнедеятельности человека и будущих поколений [3].

173 **Исход** — любой возможный результат, возникающий от воздействия причинного фактора,
174 профилактического или терапевтического вмешательства, все установленные изменения
175 состояния здоровья, возникающие как следствие вмешательства [4].

176 **Клиническое исследование** — любое исследование, проводимое с участием человека в
177 качестве субъекта для выявления или подтверждения клинических и/или фармакологических
178 эффектов исследуемых продуктов и/или выявления нежелательных реакций на исследуемые
179 продукты, и/или изучения их всасывания, распределения, метаболизма и выведения с целью
180 оценить их безопасность и/или эффективность [5].

181 **Конфликт интересов** — ситуация, при которой у медицинского или фармацевтического
182 работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная
183 заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной
184 выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее
185 исполнение ими профессиональных обязанностей вследствие противоречия между личной

186 заинтересованностью медицинского работника или фармацевтического работника и
187 интересами пациента [2].

188 **Лекарственные препараты** — лекарственные средства в виде лекарственных форм,
189 применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для
190 сохранения, предотвращения или прерывания беременности [6].

191 **Маскированная (скрытая) АГ** — форма гипертонии, особенностью которой являются
192 нормальные показатели клинического АД (<140/90 мм рт. ст.) и повышенные — по данным
193 СМАД и/или ДМАД.

194 **Медицинское вмешательство** — выполняемое медицинским работником и иным
195 работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению
196 к пациенту, затрагивающее физическое или психическое состояние человека и имеющее
197 профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или
198 исследовательскую направленность, представляющую собой вид медицинских
199 обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание
200 беременности [2].

201 **Избыточная масса тела** — это избыточное накопление жировой ткани в организме
202 человека, которое может негативно повлиять на здоровье, и определяется у взрослых как
203 ИМТ 25,0 - 29,9 кг/м² (адаптировано ВОЗ, 2021).

204 **Изменение образа жизни** — мероприятия, в том числе направленные на нормализацию
205 массы тела и характера питания, двигательной активности, целью которых является
206 снижение сердечно-сосудистого риска.

207 **Индекс массы тела** — *условный показатель*, который используется для диагностики
208 избыточной массы тела и ожирения, а также для оценки его степени (масса тела в
209 килограммах, деленная на квадрат роста в метрах, кг/м²) (Примечание: не используется для
210 определения ожирения и избыточной МТ у спортсменов и беременных женщин, у детей,
211 ограниченно применяется у лиц старше 65 лет).

212 **Оптимальное АД** — САД менее 120 мм рт. ст. и/или ДАД менее 80 мм рт. ст..

213 **Очень пожилые пациенты** — пациенты в возрасте ≥ 80 лет.

214 **Пациент** — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое
215 обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и
216 от его состояния [2].

217 **Нормальное АД** — давление в диапазоне САД 120–129 мм рт. ст. и/или ДАД 80–84 мм рт.
218 ст.

219 **Пожилые пациенты** — пациенты, которым от 65 лет до 79 лет.

220 **Рабочая группа по разработке/актуализации клинических рекомендаций** — коллектив
221 специалистов, работающих совместно и согласованно в целях разработки/актуализации
222 клинических рекомендаций и несущих общую ответственность за результаты данной работы.
223 **Синдром** — устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом [7].
224 **Состояние** — изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и
225 (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [2].
226 **Уровень достоверности доказательств** — степень уверенности в том, что полученный
227 эффект от применения медицинского вмешательства является истинным [8].
228 **Уровень убедительности рекомендаций** — степень уверенности в достоверности эффекта
229 вмешательства и в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда
230 в конкретной ситуации [8].
231 **Фиксированная комбинация лекарственных препаратов** — сочетание двух и более
232 разных классов препаратов в одной таблетке.
233 **Хроническая болезнь почек** — персистирующее нарушение структуры и/или функции
234 почек, длящееся не менее 3 месяцев [9].
235

236 **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе**
237 **заболеваний, состояний)**

238 **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний, состояний)**

239 **Избыточная масса тела** — это избыточное накопление жировой ткани в организме
240 человека, в результате превышения энергетической ценности (калорийности) рациона
241 питания над физиологическими потребностями человека в энергии, которое может
242 оказывать негативное влияние на здоровье. Определяется у взрослых как ИМТ 25,0 - 29,9
243 кг/м²

244 **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний,**
245 **состояний)**

246 **Предрасполагающие факторы**

247 Избыточная масса тела является мультифакторным состоянием, основу которого
248 составляет дисбаланс между потреблением и расходом энергии. В первую очередь
249 увеличению массы тела способствует повышенное потребление высококалорийной пищи,
250 богатой жирами и легко усваиваемыми углеводами, и гиподинамия. Кроме того, в
251 формировании избыточной массы тела могут играть роль гормональные, этнические и
252 генетические факторы, факторы окружающей среды, хронический стресс, прием некоторых
253 лекарственных препаратов и т.д.

254 Повышенный ИМТ является одним из основных факторов риска развития сердечно-
255 сосудистых заболеваний и сахарного диабета, онкологических заболеваний, нарушений
256 опорно-двигательного аппарата, при этом риск развития этих неинфекционных заболеваний
257 увеличивается пропорционально росту ИМТ [10]. Повышенный ИМТ также ассоциирован с
258 повышением общей смертности [11], в первую очередь за счет повышения риска
259 неинфекционных заболеваний, являющихся ведущими причинами смертности. Согласно
260 данным мета-анализа, ИМТ от 25 до 27,5 кг/м² увеличивает риск смерти на 7 %, а ИМТ от
261 27,5 до 30 кг/м² - на 18 % [12].

262 **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний,**
263 **состояний)**

264 Распространенность избыточной массы тела и ожирения во всем мире высока и
265 продолжает расти. По данным ВОЗ в 2016 году избыточную массу тела имели более 1,9
266 миллиарда взрослых, то есть 39% населения мира. Распространенность избыточной массы

267 тела среди мужчин составляла 39%, среди женщин – 40% [13]. По данным зарубежных
268 исследований распространенность избыточной массы тела в США - 67,4%, в
269 Великобритании - 63,6% [14]. Согласно российским данным, распространенность
270 избыточной массы тела в РФ выросла с 40,7% среди мужчин и 46,9% среди женщин в 2010
271 году до 44,6% и 51% соответственно в 2014 году [15]. По прогнозам к 2030 году 2,2 миллиарда
272 населения мира могут иметь избыточную массу тела [16].

273 **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы**
274 **заболеваний или состояний) по Международной статистической**
275 **классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

276 E67.8 - Другие уточненные формы избыточности питания
277 E68 - Последствия избыточности питания
278 R63.5 - Анормальная прибавка массы тела
279 R73.0 - Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе
280 R73.9 - Гипергликемия неуточненная

281 **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний,**
282 **состояний)**

283 Классификация по ИМТ (кг/м²):
Избыточная масса тела 25-29,9 кг/м²
284 Классификация риска ССЗ по ОТ (см):

Уровень риска	повышенный	высокий
мужчины	Больше 94 см	Больше 102 см
женщины	Больше 80 см	Больше 88 см

285 **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний,**
286 **состояний)**

287 *Клиническая картина избыточной массы тела определяется собственно увеличенной*
288 *массой тела (в частности, наличием абдоминального ожирения с увеличением ОТ) и*
289 *наличием коморбидных заболеваний, течение которых напрямую зависит от массы тела.*
290 *Такие симптомы и жалобы, как повышение АД, тахикардия, повышенное потоотделение,*
291 *одышка при физической нагрузке и в покое, храп, боли в суставах, нарушение*
292 *менструального цикла у женщин, снижение потенции у мужчин и т.д. обусловлены*
293 *ассоциированными с избыточной массой тела заболеваниями.*

294 **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или**
295 **состояний), медицинские показания и противопоказания к применению**
296 **методов диагностики.**

297 **Критерии установления диагноза:** на основании данных физикального обследования –
298 значение ИМТ 25,0 - 29,9 кг/м²

299 • Всем пациентам рекомендовано измерение массы тела, роста и определение ИМТ по
300 формуле $ИМТ = m/h^2$, где: m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах для
301 диагностики избыточной массы тела [11].

302 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

303 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано измерение окружности
304 талии (ОТ) с целью диагностики абдоминального ожирения и оценки уровня
305 кардиоваскулярного риска [17, 18, 19, 20].

306 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

307 **Комментарии.** *Техника измерения антропометрических показателей представлена в*
308 *Приложении П2/Г1.*

309 • У лиц с ИМТ $\geq 25,0$ кг/м² и у лиц монголоидной расы с ИМТ $\geq 23,0$ кг/м²
310 рекомендовано измерение окружности талии в качестве простого и информативного метода
311 диагностики абдоминального ожирения. Значения ОТ ≥ 80 см у женщин и ОТ ≥ 94 см (>90 см
312 для монголоидов) у мужчин соответствуют абдоминальному ожирению и повышенному
313 риску сердечно-сосудистых событий [21, 22, 23, 24, 25].

314 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

315 **Комментарии.** *Повышенные показатели ОТ у лиц с избыточной массой тела ассоциированы*
316 *с риском развития СД 2 типа, дислипидемии, АГ и ССЗ [21, 22, 23, 24]. ОТ — уникальный*
317 *индикатор распределения жировой ткани, который коррелирует с количеством*
318 *абдоминального жира, является простым и недорогим методом диагностики*
319 *абдоминального ожирения. Определение ОТ позволяет в рутинной клинической практике*
320 *выявлять пациентов с высоким кардиометаболическим риском, причем ОТ является более*
321 *значимым индикатором риска, чем ИМТ.*

322 • Всем пациентам с избыточной массой тела, подтвержденной результатами
323 антропометрических измерений, рекомендовано проводить диагностику осложнений,
324 ассоциированных с избыточным содержанием жировой ткани в организме для
325 профилактики развития осложнений.

326 **ЕОК/ЕОАГ IB (УУР В, УДД 2)**

327 • Всем пациентам с избыточной массой тела в рутинной клинической практике
328 рекомендовано определение клинических и биохимических параметров с целью выявления
329 СД2, ССЗ и факторов риска их развития (Разделы 2.2 и 2.3).

330 **ЕОК/ЕОАГ ІВ (УУР В, УДД 2)**

331 **Комментарии.** К факторам риска ССЗ относятся: АД $\geq 130/85$ мм рт.ст., курение,
332 несоблюдение принципов здорового питания, низкий уровень физической активности,
333 повышение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) ($>3,0$ ммоль/л),
334 повышение уровня триглицеридов (ТГ) ($\geq 1,7$ ммоль/л), снижение уровня холестерина
335 липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) ($<1,0$ ммоль/л у мужчин; $<1,2$ ммоль/л у
336 женщин), СД 2 типа, гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак $\geq 6,1 < 7,0$
337 ммоль/л), нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 ч после
338 нагрузки глюкозой в пределах $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л), возраст (мужчины старше 40 лет,
339 женщины старше 55 лет), ранняя и преждевременная менопауза, ЧСС >80 уд/мин. в покое,
340 гиперурикемия, высокочувствительный СРБ $\geq 2,0$ мг/л (в отсутствие острых или
341 воспалительных заболеваний), липопротеид(а) ≥ 30 мг/дл, психосоциальные факторы.

342 • Всем пациентам с избыточной массой тела для постановки диагноза рекомендовано
343 провести дифференциальную диагностику с целью исключения или подтверждения
344 симптоматического набора массы тела, вызванного эндокринной или синдромальной
345 патологией [26].

346 **ЕОК/ЕОАГ ІаС (УУР С, УДД 5)**

347 **Комментарии.** Возможные причины вторичной/симптоматической избыточной массы
348 тела представлены в Приложении III/G2.

349 **2.1. Жалобы и анамнез**

350 Многие пациенты с избыточной массой тела могут не предъявлять жалоб.

351 • При сборе анамнеза рекомендовано уточнить длительность и динамику набора массы
352 тела, максимальную массу тела, особенности питания и физической активности, возможные
353 причины набора массы тела, предпринимал ли пациент ранее попытки снижения массы тела
354 и их эффективность, изучить семейный анамнез ожирения и кардиометаболических
355 заболеваний (Приложение III/G1) [26].

356 **ЕОК/ЕОАГ ІаС (УУР С, УДД 5)**

357 • С целью выявления ассоциированных с избыточной массой тела состояний, у всех
358 пациентов с избыточной массой тела рекомендовано:

359 ○ выяснить, отмечалось ли ранее повышение АД, принимает ли пациент
360 гипотензивные и гиполипидемические препараты; были ли в анамнезе инфаркт
361 миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения [27, 26].

362 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

363 ○ выяснить, отмечалось ли ранее повышение уровня глюкозы в венозной крови,
364 принимает ли пациент сахароснижающие препараты, наличие СД 2 типа у
365 родственников первой линии родства и других факторов риска развития нарушений
366 углеводного обмена [27, 26].

367 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

368 ○ уточнить наличие клинических проявлений СОАС: храп и остановки дыхания во сне,
369 утренние головные боли, частые ночные пробуждения, сухость во рту после
370 пробуждения, дневная сонливость [28]

371 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

372 **Комментарии.** *Всем пациентам с избыточной массой тела целесообразно проводить*
373 *скрининг СОАС с использованием вопросника STOP BANG (Приложение П9/Г2) и выявлять*
374 *нарушения сна с использованием Шкалы сонливости Эворта (Приложение П10/Г2).*

375 **2.2. Физикальное обследование**

376 • Всем пациентам с избыточной массой тела для проведения дифференциальной
377 диагностики рекомендовано при осмотре кожных покровов рекомендуется обратить
378 внимание на наличие стрий, участков гиперпигментации кожи, характер оволосения [26].

379 **ЕОК/ЕОАГ IIaC (УУР С, УДД 5)**

380 • Измерение АД рекомендовано всем пациентам с избыточной массой тела в качестве
381 скрининга на наличие АГ [29].

382 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

383 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано проведение пальпации
384 печени с целью исключения гепатомегалии [30].

385 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

386 **2.3 Лабораторная диагностика**

387 *Рутинное лабораторное обследование пациентов с избыточной массой тела направлено на*
388 *выявление ассоциированных клинических состояний (Приложение П2/Г2).*

389 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано обследование для
390 выявления нарушений углеводного обмена в соответствии с текущими рекомендациями по
391 их диагностике [31].

392 **ЕОК/ЕОАГ ПА (УУР В, УДД 2)**

393 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано исследование уровня
394 общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛВП),
395 холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) (прямое измерение или расчётное)
396 и триглицеридов (ТГ) в крови для выявления нарушений липидного обмена [32].

397 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

398 **Комментарии.** У пациентов с гипертриглицеридемией, СД, ожирением, метаболическим
399 синдромом рекомендовано проводить лабораторную оценку ХС-неЛВП – для более точной
400 оценки сердечно-сосудистого риска [33].

401 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано исследование уровня
402 мочевой кислоты в крови для выявления гиперурикемии [34, 35, 36].

403 **ЕОК/ЕОАГ ПА (УУР В, УДД 2)**

404 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано исследование уровня АЛТ,
405 АСТ, ГГТ с целью исключения патологии печени [30].

406 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

407 • Для оценки функции почек всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано
408 определение уровня креатинина и расчет скорости клубочковой фильтрации для выявления
409 хронической болезни почек (ХБП) [37, 38].

410 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

411 **Комментарии.** Целесообразно рассчитывать скорость клубочковой фильтрации по
412 формуле *CKD-EpidemiologyCollaboration 2009* (Приложение П8/Г2).

413 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано измерение уровня ТТГ для
414 исключения гипотиреоза [39, 40].

415 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

416 • У пациентов с избыточной массой тела и соответствующей клинической
417 симптоматикой рекомендовано исключить гиперкортицизм и гиперпролактинемию в
418 соответствии с текущими рекомендациями по их диагностике [41, 42].

419 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

420 • Всем пациенткам с избыточной массой тела и нарушениями менструального цикла,
421 бесплодием или симптомами гиперандрогении (акне, гирсутизм или андрогенная алопеция)
422 рекомендовано обследование для исключения синдрома поликистозных яичников (СПКЯ)
423 (консультация гинеколога, эндокринолога, ультразвуковое исследование органов малого

424 таза, определение общего тестостерона, секс-стероидсвязывающего глобулина с расчетом
425 индекса свободных андрогенов) [43].

426 **ЕОК/ЕОАГ ПаВ (УУР В, УДД 2)**

427 **Комментарии.** Вторичные причины избыточной массы тела и алгоритм их диагностики
428 представлен в Приложении П1/Г2 и Приложении П2/Г2.

429 • У мужчин с избыточной массой тела при наличии характерных жалоб и клинических
430 проявлений гипогонадизма рекомендовано определение общего тестостерона, секс-
431 стероидсвязывающего глобулина, расчет свободного тестостерона, исследование
432 лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормонов [44].

433 **ЕОК/ЕОАГ ПаВ (УУР В, УДД 2)**

434 **2.4. Инструментальная диагностика**

435 • При изменении показателей печеночных ферментов пациентам с избыточной массой
436 телой рекомендовано проведение УЗИ органов брюшной полости с целью диагностики
437 неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) [30].

438 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

439 • При наличии клинических проявлений СОАС пациентам с избыточной массой тела
440 рекомендовано проведение ночной пульсоксиметрии, по показаниям – полисомнографии
441 [28].

442 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

443 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано проводить регистрацию
444 ЭКГ и/или эхокардиографию при наличии показаний для выявления АГ, ИБС, ХСН [26].

445 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

446 **2.5. Оценка кардиометаболического риска**

447 *Избыточная масса тела является значимым фактором риска развития ССЗ и СД 2*
448 *типа. Скорректированный по возрасту относительный риск (ОР) развития АГ тесно связан*
449 *с избыточной массой тела (мужчины: ОР 1,46; женщины: ОР 1,75) [45].*
450 *Скорректированный по возрасту ОР развития ССЗ у лиц с избыточной массой тела значимо*
451 *превышал таковой у лиц с нормальной массой тела (мужчины: 1,21; доверительный*
452 *интервал [ДИ]) [1,05–1,40]; женщины: 1,20 [1,03–1,41]) [45]. С избыточной массой тела*
453 *связаны высокие популяционные атрибутивные риски: АГ (26% мужчины, 28% женщины),*
454 *стенокардии (26% мужчины, 22% женщины) и ишемической болезни сердца (23% мужчины;*
455 *15% женщины) [45]. Имеются убедительные доказательства связи избыточной массы*

456 тела с развитием атеросклероза, дислипидемии (с более высокими уровнями ТГ и ХС ЛНП и
457 более низкими уровнями ХС ЛВП) [46].

458 *Избыточная масса тела и особенно абдоминальное ожирение тесно связаны с*
459 *уровнем глюкозы в крови, резистентностью к инсулину и развитием СД 2 типа. Это было*
460 *подтверждено целым рядом проспективных и перекрестных исследований [46].*
461 *Большинство исследований подтверждают, что абдоминальное ожирение является*
462 *доминирующим фактором риска развития СД 2 типа.*

463 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано оценивать суммарный
464 сердечно-сосудистый риск согласно алгоритмам (Приложение П3/Г2) по Глобальной шкале
465 10-летнего СС риска при наличии установленных ССЗ, ХБП и СД (Приложение П5/Г2) или
466 по шкале SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет,
467 не имеющих установленных ССЗ, ХБП и СД [47, 48] (Приложение П4/Г2), а также
468 кардиометаболический риск по шкале CMDS [49, 50] (Приложение П7/Г2).

469 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

470 **Комментарии.** ИМТ является важнейшим, но не единственным фактором, определяющим
471 тяжесть состояния, прогноз пациента и тактику лечения у лиц с избыточной массой тела.
472 Большое значение имеет оценка общего кардиометаболического риска, степень которого
473 зависит от ИМТ, АД, наличия или отсутствия сопутствующих ФР, субклинического
474 поражения органов-мишеней и наличия АКС и СД. Комплексный подход к оценке
475 кардиометаболического риска приведен в Приложении П7/Г2.

476 Оценка сердечно-сосудистого риска в рамках оценки общего кардиометаболического риска
477 проводится по шкале SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и SCORE-2-OP для лиц в
478 возрасте ≥ 70 лет (Приложение П4/Г2) у пациентов, не имеющих установленных ССЗ, ХБП
479 и СД. Пациенты с избыточной массой тела, имеющие: документированное ССЗ
480 атеросклеротического генеза (под атеросклеротическим ССЗ подразумевают
481 ишемическую болезнь сердца, ишемический инсульт или транзиторное нарушение мозгового
482 кровообращения, клинически значимый периферический атеросклероз); бессимптомный
483 атеросклероз по данным визуализации; СД 1-го (старше 40 лет) или 2-го типа; очень
484 высокие значения отдельных факторов риска (в том числе АГ 3-й степени) или ХБП 3–5-й
485 стадий, – по умолчанию относятся к категории высокого или очень высокого риска по
486 глобальной шкале 10-летнего риска сердечно-сосудистых осложнений (Приложение П5/Г2).
487 Внутри категории очень высокого риска введена категория экстремального риска. К
488 экстремальному риску следует относить: наличие ≥ 2 ССО в течение 2 лет, несмотря на

489 оптимальную гиполипидемическую терапию и/или достигнутый уровень ХС ЛНП <1,4
490 ммоль/л.

491 Акцент на значимость выявления поражения факторов риска и органов-мишеней для
492 корректной оценки сердечно-сосудистого риска — одна из ключевых особенностей
493 современных рекомендаций.

494 При малоподвижном образе жизни у пациентов с абдоминальным ожирением
495 уровень СС риска может быть выше, чем он определен по стандартной системе
496 стратификации (увеличение относительного риска, ассоциированного с ИМТ, более
497 выражено у молодых, чем у пожилых пациентов). У пациентов с избыточной массой тела
498 необходимо учитывать факторы, повышающие СС риск (Приложение П6/Г2). Такие
499 модифицирующие факторы приобретают особое значение у пациентов, относящихся к
500 категории умеренного риска. Наличие модифицирующих факторов может привести к
501 изменению категории риска на более высокую и, соответственно, повлиять на решение о
502 старте и выборе терапии.

503 Для оценки кардиометаболического риска рекомендуется использовать шкалу CMDS
504 (Cardiometabolic Disease Staging) [49, 50] с использованием клинических параметров
505 (Приложение П7/Г2). Под кардиометаболическим риском понимают повышенную
506 склонность к развитию сердечно-сосудистых осложнений в любом сосудистом бассейне, а
507 также метаболических нарушений, таких как СД 2 типа [51].

508 **2.6. Иные диагностические исследования**

509 Другие антропометрические индексы ожирения (например, коэффициент
510 отношения ОТ к росту, индекс «продукта накопления липидов», индекс висцерального
511 ожирения и прочие) не рекомендуются к применению в рутинной клинической практике в
512 связи с отсутствием достоверных данных о связи с абдоминальным ожирением и
513 кардиоваскулярными событиями, а также из-за отсутствия крупномасштабных
514 исследований по их оценке среди взрослых в российской популяции [51].

515 • Пациентам с избыточной массой тела в особых ситуациях (при наличии чрезмерно развитой
516 мускулатуры, отеков, больших образований, низкорослости, ампутаций конечностей, саркопении,
517 пожилого возраста, беременности) может быть рекомендовано проведение оценки количества
518 жировой ткани в организме другими методами, такими как калиперометрия, биоимпедансометрия,
519 плетизмография, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, магнитно-резонансная
520 томография и компьютерная томография [51].

521 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

522 **Комментарии.** Композиционная оценка состава тела методом биоимпедансометрии
523 широко применяется в клинической практике, в том числе в отделениях медицинской
524 профилактики и центрах здоровья. Это недорогой, доступный и эффективный метод
525 определения жировой массы в организме. Может применяться многократно при оценке
526 динамики состояния пациентов и использоваться как мотивационный инструмент при
527 проведении лечения избыточной массы тела и ожирения. Клиническая значимость таких
528 методов определения содержания жировой ткани в организме, как плетизмография и
529 двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия лимитированы их ограниченной
530 доступностью, стоимостью и отсутствием исходных данных для валидированных точек
531 [51]. Золотым стандартом оценки количества подкожного и висцерального жира является
532 магнитно-резонансная или компьютерная томография [52, 53]. Однако данные методы
533 диагностики не подходят для рутинной клинической практики, так как они достаточно
534 трудоемкие, дорогостоящие, кроме того, компьютерная томография не безопасна для
535 здоровья при частом использовании. В настоящее время не получено убедительных данных
536 о преимуществах более сложных методов диагностики избыточной массы тела и
537 абдоминального ожирения [51].

538 • Пациентам с избыточной массой тела для первичного скрининга НАЖБП
539 рекомендуется при выявлении по данным УЗИ признаков стеатоза печени проведение
540 фибротестов (FIB-4, NFS) [54, 55].

541 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

542 **Комментарии.** В связи с отсутствием в настоящее время достоверных данных по
543 сопоставлению фибротестов с клиничко-морфологическими изменениями в печени,
544 выявляемыми при пункционной биопсии, фибротесты не рекомендуются в качестве
545 основного метода диагностики НАЖБП, но могут являться дополнительными методами
546 исследования для определения наличия и стадии фиброза [54, 55]. Фибротесты (FIB-4, NFS)
547 позволяют оценить степень выраженности повреждения печени на основе определения в
548 крови биомаркеров воспаления и фиброза (таких, например, как альфа 2-макроглобулин,
549 аполипротеин А1, гаптоглобин, ГГТП, билирубин, гиалуроновая кислота, общий амино-
550 терминальный пропептид проколлагена III типа, тканевой ингибитор матричной
551 металлопротеиназы-1 и др.). Чувствительность и специфичность фибротестов
552 составляют 70–90%, информативность возрастает с увеличением степени стеатоза,
553 неалкогольного стеатогепатита и фиброза. Данные тесты предназначены для первичного
554 скрининга, целью которого является выявление лиц с возможным наличием выраженного
555 фиброза печени и их последующего дообследования у специалиста-гепатолога.

556 **3. Лечение избыточной массы тела, включая медикаментозную и**
557 **немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские**
558 **показания и противопоказания к применению методов лечения**

559 Основными целями лечения избыточной массы тела являются предотвращение
560 дальнейшего увеличения массы тела и развития осложнений путем поддержания
561 метаболического здоровья пациента, и лечение сопутствующих заболеваний, если они уже
562 имеются [10]. Снижение массы висцерального жира лежит в основе эффективной
563 терапии. Показано, что для уменьшения площади висцерального жира на 1 см² необходимо
564 снизить массу тела на 4,7-6 кг [56]. Наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний,
565 течение которых напрямую ассоциировано с избыточной массой тела (СД 2 типа, НАЖБП,
566 СОАС и т.д.), и их тяжесть определяют выбор терапии. При избыточной массе тела
567 акцент ставится на модификацию образа жизни (соблюдение принципов здорового питания
568 с ограничением калорийности суточного рациона и расширение физической активности).

569 Перед началом терапии необходимо оценить психологическую готовность пациента
570 (Приложение П1/Г3).

571 Ведение пациента с избыточной массой тела должно быть направлено на:

572 1. **Оценку факторов риска ССЗ, суммарного ССР и его снижение за счет**
573 **модификации всех имеющихся факторов риска.** Важно сохранение низкого риска у лиц с
574 малой вероятностью развития заболевания.

575 2. **Раннюю диагностику ССЗ.** Заболевания, обусловленные атеросклерозом,
576 начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Больные часто
577 умирают внезапно, вследствие несвоевременной диагностики, не получив медицинской
578 помощи.

579 3. **Использование эффективных (доказанных) методов лечения,** в том числе в
580 рамках диспансерного наблюдения и применения высокотехнологичных методов, для
581 снижения риска осложнений, улучшения прогноза и качества жизни больных.

582 4. **Пропаганду здорового образа жизни среди населения.** Медицинские работники
583 должны играть важную роль в продвижении здорового образа жизни в содружестве со
584 средствами массовой информации и другими задействованными структурами.

585 5. **Создание условий для ведения населением здорового образа жизни за счет**
586 **согласованных действий на всех уровнях (национальном, региональном и местном) и в целом**
587 **ряде секторов, таких как здравоохранение, образование, сельское хозяйство, спорт,**
588 **транспорт, градостроительство, экология, труд, промышленность и торговля, финансы и**
589 **экономическое развитие.**

590

3.1. Немедикаментозное лечение

591 • Рекомендовано терапевтическое обучение всех пациентов с избыточной массой тела,
592 направленное на изменение образа жизни, квалифицированным медицинским специалистом
593 по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке для улучшения
594 прогноза [57, 58].

ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 3)

596 • Пациентам с избыточной массой тела можно рекомендовать вести дневник,
597 отражающий потребление пищевых продуктов и физическую активность для достижения
598 наилучших результатов лечения.

ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)

600 **Комментарии.** Самоконтроль питания подразумевает запись потребляемых продуктов и
601 блюд (и, соответственно, учет калорийности питания), а также других аспектов пищевого
602 поведения (времени и места приема пищи, побудительных факторов, эмоционального
603 аспекта и т. д.). Формат и длительность ведения дневника определяются врачом
604 совместно с пациентом. На настоящий момент существует множество опций ведения
605 дневника питания и физической активности – ведение дневника в письменном виде,
606 заполнение готовых дневников-шаблонов, использование специализированных программ и
607 веб-сервисов подсчета калорийности и т.д. Для решения поведенческих и эмоциональных
608 проблем часто используются когнитивные интервенционные стратегии, нацеленные на
609 коррекцию неадекватных мыслей пациента о еде и поведения в отношении еды.

610 • Всем пациентам с избыточной массой тела, не имеющих факторов риска ССЗ или
611 сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением, рекомендовано
612 поддерживать стабильную массу тела и не допускать дальнейшего увеличения массы тела
613 [59, 60, 61].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

615 • Пациентам с избыточной массой тела моложе 65 лет и наличием одного и более
616 факторов риска ССЗ или сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с
617 ожирением, рекомендовано снижение массы тела для снижения риска развития
618 сопутствующих заболеваний и смертности [62, 63, 32, 64].

ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)

620 **Комментарии.** Целевое снижение массы тела у пациентов, имеющих сопутствующие
621 заболевания, течение которых ассоциировано с избыточной массой тела, представлено в
622 **Приложении П2/Г3** [26].

623 • Пациентам с избыточной массой тела старше 65 лет и наличием одного и более
624 факторов риска ССЗ или сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с
625 ожирением, рекомендовано поддержание стабильной массы тела для снижения риска
626 развития сопутствующих заболеваний и смертности [65].

627 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

628 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано дать информацию по
629 питанию с учетом индивидуальных потребностей в энергии и пищевых веществах, пола,
630 возраста, уровня физической активности или интенсивности труда, пищевых предпочтений,
631 наличия факторов риска и сопутствующих заболеваний, в зависимости от стадии, степени
632 тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем [66, 67].

633 **ЕОК/ЕОАГ ПаВ (УУР В, УДД 4)**

634 **Комментарии:** Рекомендации по питанию должны быть безопасными, эффективными,
635 сбалансированными, учитывать культурные особенности и традиции, подходить для
636 длительного применения [адаптировано из [66]].

637 • С целью снижения или поддержания массы тела и снижения кардиоваскулярного
638 риска всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано изменение образа жизни
639 посредством коррекции питания и увеличения физической активности [68, 69, 70].

640 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР А, УДД 1)**

641 **Комментарии:** Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендуется оценка уровня
642 основного обмена и расчет суточной энергетической ценности (калорийности) рациона
643 (Приложение ПЗ/ГЗ). Режимы питания, рекомендованные пациентам с избыточной массой
644 тела, рекомендуемая суточная калорийность и ежедневный расчет квоты пищевых
645 веществ (макронутриентов) при заданной энергетической ценности представлены в
646 Приложениях П4/ГЗ, П5/ГЗ, П6/ГЗ.

647 Всем пациентам рекомендовано придерживаться принципов здорового питания. Здоровое
648 питание – ежедневный рацион, полностью обеспечивающий физиологические потребности
649 индивида в энергии, пищевых и биологически активных веществах, состоящий из пищевой
650 продукции, отвечающей принципам безопасности и характеризующейся оптимальными
651 показателями качества, создающий условия для нормального роста, физического и
652 интеллектуального развития и жизнедеятельности, способствующий укреплению здоровья
653 и профилактике заболеваний [71].

654 Принципы здорового питания включают в себя [72]:

655 – соответствие энергетической ценности ежедневного рациона энергозатратам;

656 – соответствие химического состава ежедневного рациона физиологическим
657 потребностям человека в макронутриентах (белки и аминокислоты, жиры и жирные

658 кислоты, углеводы) и микронутриентах (витамины, минеральные вещества и
659 микроэлементы, биологически активные вещества);
660 – ограничение потребления критически значимых для здоровья нутриентов (пищевой соли,
661 добавленных сахаров, трансизомерных жирных кислот) и насыщенных жиров
662 – обеспечение максимально разнообразного здорового питания и оптимального его режима;
663 – применение технологической и кулинарной обработок пищевых продуктов,
664 обеспечивающих сохранность их исходной пищевой ценности, отказ от жареной пищи;
665 – обеспечение соблюдения санитарно-эпидемиологических требований на всех этапах
666 обращения пищевых продуктов;
667 – исключение использования фальсифицированных пищевых продуктов, материалов и
668 изделий.

669 *Примечание: Добавленные сахара – все моно- и дисахариды, внесенные в пищевые продукты*
670 *и напитки при производстве, приготовлении и непосредственном употреблении, в том числе*
671 *столовый сахар, и сахара из меда, сиропов, фруктовых и овощных соков и их концентратов.*

672 • *Наиболее эффективным является изменение модели питания и соблюдение принципов*
673 *здорового питания на постоянной основе в течение длительного времени.*

674 • *Различные диеты с пониженной калорийностью независимо от их макронутриентного*
675 *состава могут способствовать снижению массы тела в краткосрочной перспективе.*
676 *Однако по данным ряда исследований снижение массы тела, как правило, достигает*
677 *плато в течение первых 3-6 месяцев, после чего на фоне низкой приверженности*
678 *диетотерапии масса тела может повышаться и часто возвращается к исходному уровню*
679 *в течение 1-2 лет [73].*

680 • *Наблюдается высокая индивидуальная вариабельность снижения массы тела в ответ на*
681 *различные диетологические вмешательства.*

682 • *Поддержание потери массы тела в долгосрочной перспективе в значительной степени*
683 *зависит от степени приверженности принципам здорового питания и способности*
684 *соблюдать рекомендации по питанию, даже при наличии краткосрочных периодов*
685 *переедания.*

686 • *Необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента при персонализации*
687 *диетотерапии – наиболее эффективного подхода к длительной коррекции массы тела.*

688 • *Когнитивно-поведенческая терапия может значительно улучшить результаты*
689 *диетотерапии.*

690 • *Всем пациентам с избыточной массой тела для профилактики сахарного диабета 2*
691 *типа рекомендовано:*

692 – снижение массы тела на 5 и более % за счет интенсивного изменения образа жизни,
693 включая ограничение калорийности рациона и повышения физической активности
694 [74].

695 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

696 – энергетическая ценность рациона и физическая активность, соответствующие
697 индивидуальным потребностям, для длительного поддержания нормальной массы
698 тела [75, 58]

699 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

700 – комплексный подход – изменение образа жизни, включающее комбинацию
701 поведенческих факторов: соблюдение принципов здорового питания
702 (приверженность «здоровым» моделям питания); регулярная физическая активность;
703 профилактика набора избыточной массы тела или ожирения; и отказ от курения для
704 улучшения прогноза [58]

705 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

706 • Пациентам с избыточной массой тела и сопутствующими заболеваниями (например,
707 сахарный диабет 2 типа, нарушение толерантности к глюкозе и другие болезни обмена
708 веществ, сердечно-сосудистые заболевания) рекомендовано проведение консультации
709 врача-диетолога [66].

710 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

711 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендована аэробная физическая
712 активность умеренной интенсивности (150 минут в неделю) или высокой интенсивности (75
713 минут в неделю) с целью улучшения результатов реабилитации, снижения массы тела, риска
714 прогрессирования заболевания и сердечно-сосудистых осложнений [57, 76, 77].

715 **ЕОК/ЕОАГ ПаВ (УУР В, УДД 3)**

716 **Комментарии.** В объединенных анализах увеличение физической активности было связано
717 с умеренным снижением массы висцерального жира (РС, 0,54; 95% ДИ, $\pm 0,63$ – $\pm 0,46$),
718 среднее абсолютное снижение площади висцерального жира составило $15,3 \pm 40,4$ см² за 6-
719 12 месяцев [56]. Аэробные нагрузки оказались наиболее эффективны, абсолютное снижение
720 площади висцерального жира составило $16,4 \pm 37,8$ см², за ними следовали комбинированные
721 режимы аэробных/силовых нагрузок ($14,0 \pm 23,6$ см²) и режимы только силовой нагрузки
722 ($12,2 \pm 46,5$ см²). Снижение массы висцерального жира в ответ на диету и физические
723 упражнения коррелирует с исходной массой тела (более вероятно, что потеря массы
724 висцерального жира будет больше при более высоком базовом значении показателя), но не
725 зависит от пола пациента [56]. Рекомендации по коррекции уровня физической активности
726 представлены в **Приложении П7/Г3**. Физические тренировки могут выполняться в

727 индивидуальном формате и/или в организованных группах в лечебном учреждении /или в
728 домашних условиях после обучения и освоения программы (Приложение П8/Г3).
729 Персонализированная программа физических тренировок пациентов с избыточной массой
730 тела (при отсутствии противопоказаний) включает регулярные физические аэробные
731 (динамические) нагрузки от низкой до умеренной интенсивности, которые сочетаются с
732 комплексами лечебной гимнастики и дыхательными упражнениями.

733 У части пациентов с избыточной массой тела и коморбидных ССЗ рекомендуется
734 учитывать безопасность программы физической реабилитации. С этой целью
735 осуществляется мониторинг состояния пациента во время физической нагрузки: жалобы,
736 клинические симптомы, уровень АД, ЧСС и ЭКГ (по показаниям), уровень восприятия
737 физической нагрузки по шкале Борга (Borg Rating of Perceived Exertion, Borg RPE)
738 (Приложение П9/Г3).

739 Взрослые, которые не могут заниматься физической активностью умеренной
740 интенсивности 150 минут в неделю, должны оставаться настолько активными, насколько
741 позволяют их возможности и состояние здоровья.

742 Для увеличения физической активности следует рассмотреть такие изменения образа
743 жизни, как групповое или индивидуальное обучение, поведенческие вмешательства,
744 консультации по телефону и использование трекеров для измерения активности [78].

745 **3.2. Медикаментозная терапия**

746 • Пациентам с избыточной массой тела при ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска
747 и/или коморбидных заболеваний, не достигшим целевого снижения массы тела на фоне
748 немедикаментозных методов лечения, может быть рекомендовано назначение
749 медикаментозной терапии [79].

750 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

751 **Комментарии:** Назначение лекарственных средств для лечения избыточной массы тела
752 рекомендовано при ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов СС риска и/или коморбидных
753 заболеваний. Снижение массы тела менее 3% у пациентов с СД и менее 5% у пациентов без
754 СД от исходного или отсутствие уменьшения ОТ через 3 месяца медикаментозного лечения
755 считается критерием неэффективности терапии. В качестве медикаментозной терапии
756 избыточной массы тела в Российской Федерации могут использоваться следующие
757 лекарственные препараты: орлистат, сибутрамин, лираглутид 3,0 мг.

758 Орлистат — препарат для лечения ожирения периферического действия,
759 рекомендуется пациентам с ИМТ ≥ 28 кг/м² при наличии коморбидных заболеваний в дозе 120
760 мг 3 раза в сутки во время еды или не позже 1 ч после приема пищи для снижения массы

761 тела. Разрешенная максимальная длительность непрерывного лечения составляет 4 года
762 [80, 81, 82]. Орлистат, будучи специфическим, длительно действующим ингибитором
763 желудочно-кишечной липазы, оказывает терапевтический эффект в пределах ЖКТ и не
764 обладает системными эффектами: препятствует расщеплению и последующему
765 всасыванию жиров, поступающих с пищей (около 30%), создавая тем самым дефицит
766 энергии, что приводит к снижению массы тела. Орлистат способствует также
767 небольшому снижению общего холестерина, ЛНП, триглицеридов и ЛВП [83], причем
768 независимо от степени снижения массы тела. Если прием пищи не состоялся или пища не
769 содержит жира, то прием препарата можно пропустить. Применение орлистата у
770 больных с избыточной массой тела позволяет существенно улучшить профиль факторов
771 риска СД 2 типа, ССЗ и других заболеваний, ассоциированных с избыточной массой тела,
772 что может благоприятно влиять на прогноз жизни у этой категории больных. Данных,
773 позволяющих судить о влиянии орлистата на общую смертность или смертность от ССЗ,
774 в настоящее время нет. Важным преимуществом препарата является его периферическое
775 действие только в пределах ЖКТ и отсутствие системных эффектов. Орлистат
776 противопоказан при острых панкреатитах и заболеваниях, сопровождающихся диареей,
777 синдромом хронической мальабсорбции, холестазом. Орлистат повышает вероятность
778 образования камней в желчном пузыре, однако рациональное потребление жиров не
779 приводит к снижению моторики желчного пузыря. С учетом механизма действия, к числу
780 побочных эффектов препарата относятся жирный стул, маслянистые выделения из
781 прямой кишки, императивные позывы на дефекацию, учащение дефекации и недержание
782 кала, боли в животе, повышенный метеоризм с некоторым количеством отделяемого.
783 Выраженность и продолжительность побочных эффектов напрямую зависят от
784 приверженности пациентов лечению и соблюдения рекомендаций по ограничению жиров в
785 пище. Если рекомендованы поливитамины, их следует принимать не ранее чем через 2 ч
786 после приема орлистата или перед сном.

787 Сибутрамин, сибутрамин+ микрокристаллическая целлюлоза (МКЦ) — препарат для
788 лечения ожирения центрального действия, рекомендуется пациентам с ИМТ ≥ 27 кг/м² при
789 наличии коморбидных заболеваний; в качестве начальной дозы сибутрамина, в т.ч.
790 сибутрамина + МКЦ, рекомендуется 10 мг утром ежедневно, независимо от приема пищи.
791 Если масса тела за первый месяц лечения снизилась менее чем на 2 кг, рекомендуется
792 увеличить дозу до 15 мг сибутрамина при условии хорошей его переносимости. Если за 3 мес
793 приема масса тела уменьшилась менее чем на 5% исходной, лечение считается
794 неэффективным. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 1 год [80,
795 84, 85]. При необходимости возможно возобновление терапии через несколько месяцев.

796 Сибутрамин, будучи ингибитором обратного захвата серотонина, норадреналина и, в
797 меньшей степени, допамина, в синапсах ЦНС, в том числе в комбинации с МКЦ, имеет
798 двойной механизм действия: с одной стороны, он ускоряет чувство насыщения, снижая
799 количество потребляемой пищи, с другой — увеличивает энергозатраты организма, что в
800 совокупности приводит к отрицательному балансу энергии. Сибутрамин обеспечивает
801 эффективное снижение массы тела вне зависимости от пола, возраста и наличия
802 сопутствующих заболеваний. Чем выше исходный ИМТ, тем более интенсивного снижения
803 массы тела можно ожидать. Сибутрамин обеспечивает эффективную и устойчивую
804 потерю массы тела, улучшает метаболические показатели: достоверно снижает уровень
805 ТГ, ОХС, ЛНП, увеличивает количество антиатерогенных ЛВП, уменьшает содержание
806 мочевой кислоты в плазме крови, снижает уровень гликированного гемоглобина. МКЦ
807 является энтеросорбентом, обладает сорбционными свойствами и неспецифическим
808 дезинтоксикационным действием. Связывает и выводит продукты жизнедеятельности
809 микроорганизмов, токсины экзогенной и эндогенной природы, аллергены, ксенобиотики, а
810 также избыток некоторых продуктов обмена веществ и метаболитов, ответственных за
811 развитие эндогенного токсикоза. Лечение сибутрамином требует обязательного
812 врачебного наблюдения. Контроль АД и пульса необходим у всех больных до начала лечения,
813 далее с 1-го по 3-й месяц лечения — каждые 2 нед, с 4-го по 6-й месяц — ежемесячно, с 6-го
814 по 12-й месяц — каждые 3 мес. Препарат отменяют при выявлении увеличения ЧСС в покое
815 ≥ 10 ударов в минуту и/или повышении АД более чем на 10 мм рт.ст. во время двух визитов
816 подряд, а также в случае, если оно при двух повторных измерениях превышает 140/90 мм
817 рт.ст. при ранее компенсированной АГ. Препарат не может быть назначен пациентам с
818 неконтролируемой АГ, ИБС, декомпенсацией хронической сердечной недостаточности,
819 нарушением ритма сердца, цереброваскулярными заболеваниями (инсультом,
820 транзиторными нарушениями мозгового кровообращения), окклюзионными заболеваниями
821 периферических артерий, в возрасте старше 65 лет, при тяжелых поражениях печени и
822 почек, которые могут встречаться при ожирении, в случае одновременного приема или
823 спустя менее 2 нед после отмены ингибиторов моноаминоксидазы или других препаратов,
824 действующих на ЦНС (в т.ч. антидепрессантов), при серьезных нарушениях питания и
825 психических заболеваниях, тиреотоксикозе, феохромоцитоме, закрытоугольной глаукоме,
826 доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Такие побочные действия, как
827 тошнота, потеря аппетита, запор, сухость во рту, изменение вкуса, бессонница, головная
828 боль, возбуждение, потливость, обычно слабо выражены, отмечаются лишь в начале
829 лечения, имеют преходящий характер и, как правило, не требуют отмены терапии.

830 *Лираглутид — аналог человеческого глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1),*
831 *рекомендуется пациентам с ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных*
832 *заболеваний; начальная доза составляет 0,6 мг подкожно 1 раз в сутки, с последующей*
833 *стандартной титрацией (доза увеличивается на 0,6 мг с интервалами не менее 1 нед для*
834 *улучшения желудочно-кишечной переносимости до достижения терапевтической — 3,0 мг*
835 *в сутки). При отсутствии снижения массы тела на 5% и более от исходной за 3 мес*
836 *применения лираглутида в суточной дозе 3,0 мг лечение прекращают [86, 87, 88].*
837 *Лираглутид регулирует аппетит с помощью усиления чувства наполнения желудка и*
838 *насыщения, одновременно ослабляя чувство голода и уменьшая предполагаемое потребление*
839 *пищи. Лираглутид не увеличивает 24-часовой расход энергии. Лираглутид 3,0 мг*
840 *обеспечивает эффективную и устойчивую потерю массы тела, положительно влияет на*
841 *динамику кардиометаболических факторов риска на фоне снижения массы тела.*
842 *Лираглутид 3,0 мг может рассматриваться как предпочтительный вариант для*
843 *пациентов с избыточной массой тела и наличием сопутствующих ССЗ в связи с доказанным*
844 *снижением сердечно-сосудистого риска, устойчивым снижением массы тела в течение*
845 *трех лет терапии, снижением тяжести ночного апноэ, значительным снижением риска*
846 *развития СД 2 типа и благоприятным профилем безопасности и переносимости. Препарат*
847 *противопоказан при медуллярном раке щитовидной железы в анамнезе, в т.ч. семейном,*
848 *множественной эндокринной неоплазии II типа, тяжелой депрессии, суицидальных мыслях*
849 *или поведении, в т.ч. в анамнезе, почечной и печеночной недостаточности тяжелой*
850 *степени, хронической сердечной недостаточности IV функционального класса (в*
851 *соответствии с классификацией NYHA), у пациентов в возрасте ≥ 75 лет. Применение*
852 *лираглутида у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и диабетическим*
853 *парезом желудка не рекомендуется, поскольку оно связано с транзиторными*
854 *нежелательными реакциями со стороны ЖКТ, включая тошноту, рвоту и диарею. С*
855 *осторожностью препарат применяют у пациентов с печеночной недостаточностью*
856 *легкой и средней степени тяжести, заболеваниями щитовидной железы и наличием острого*
857 *панкреатита в анамнезе.*

858 *Алгоритмы фармакотерапии избыточной массы тела и выбора препаратов*
859 *представлены в Приложении П2/Б и П3/Б.*

860 *Значимые лекарственные взаимодействия на фоне приема лекарственных*
861 *препаратов для лечения избыточной массы тела и коморбидных заболеваний представлены*
862 *в Приложении П10/Г3.*

863 **3.3. Лечение избыточной массы тела в отдельных клинических ситуациях**

864 **3.3.1. Избыточная масса тела и нарушения углеводного обмена**

865 *Скрининг и диагностика нарушений углеводного обмена должна осуществляться у всех*
866 *пациентов с избыточной массой тела. Ведение пациентов с избыточной массой тела и*
867 *нарушениями углеводного обмена осуществляется в соответствии с клиническими*
868 *рекомендациями [89].*

869 *Избыточная масса тела может ухудшить гликемический контроль у пациентов с*
870 *предиабетом и СД, способствует прогрессированию нарушений углеводного обмена и*
871 *сокращает временной интервал до манифестации СД у пациентов с предиабетом [90, 91,*
872 *92, 93, 75].*

873 • Пациентам с избыточной массой тела и нарушениями углеводного обмена (НГН, НТГ)
874 рекомендовано немедикаментозное лечение (гипокалорийная диета и увеличение объема
875 физических нагрузок) в качестве терапии первой линии с целью профилактики развития СД
876 2 типа [94].

877 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

878 • У пациентов с избыточной массой тела и предиабетом рекомендовано снижение
879 массы тела не менее 10% от исходной с целью профилактики развития СД 2 типа [92, 93, 75].

880 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

881 • У пациентов с избыточной массой тела и СД 2 типа рекомендовано снижение массы
882 тела не менее 5 – 15 % от исходной, с целью скорейшего достижения целевого HbA1c и/или
883 снижения доз гипогликемических препаратов [92, 93, 75, 95].

884 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

885 **Комментарий:** *Для индукции и поддержания снижения массы тела у пациентов с СД 2 типа*
886 *врачи-диетологи могут использовать широкий спектр диетологических подходов,*
887 *коррекцию макронутриентного состава пищи с учетом индивидуальных особенностей*
888 *пациента, сопутствующей патологии и других диетологических рекомендаций [74]. У*
889 *пациентов с избыточной массой тела и ожирением снижение массы тела может привести*
890 *к достижению ремиссии сахарного диабета, проявляющейся удержанием HbA1c ≤ 6,5% не*
891 *менее, чем 3 месяца после отмены сахароснижающей терапии.*

892 • Пациентам с избыточной массой тела и СД 2 типа, нарушением толерантности к
893 глюкозе, рекомендовано проведение консультации врача-диетолога [66]

894 **ЕОК/ЕОАГ IIaC (УУР С, УДД 5)**

895 • Медикаментозная терапия с использованием лираглутида или сибутрамина
896 рекомендована у пациентов с ИМТ ≥ 27 кг/м² и нарушениями углеводного обмена, с
897 использованием орлистата у пациентов с ИМТ ≥ 28 кг/м² и нарушениями углеводного обмена

898 при неэффективности немедикаментозной коррекции или в дополнение к ней для снижения
899 риска развития СД 2 типа и улучшения прогноза [96, 97, 98, 99].

900 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

901 • Пациентам с избыточной массой тела и предиабетом при неэффективности
902 немедикаментозной терапии с целью снижения инсулинорезистентности и профилактики
903 развития СД 2 типа может быть рекомендована терапия метформином** (в качестве
904 монотерапии или в дополнение к препаратам для снижения массы тела) [100, 101].

905 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

906 • Пациентам с избыточной массой тела и СД 2 типа при выборе сахароснижающей
907 терапии рекомендовано отдавать приоритет препаратам, снижающим или не влияющим на
908 массу тела (метформин**, арГПП-1, иНГЛТ-2, иДПП4) [100, 101].

909 **ЕОК/ЕОАГ IB (УУР В, УДД 2)**

910

911 **3.3.2. Избыточная масса тела и артериальная гипертензия**

912 *Скрининг и диагностика АГ должна осуществляться у всех пациентов с избыточной*
913 *массой тела. Ведение пациентов с избыточной массой тела и АГ осуществляется в*
914 *соответствии с клиническими рекомендациями [102].*

915 *При избыточной массе тела частота АГ прямо коррелирует с увеличением ИМТ. АГ,*
916 *высокое нормальное АД и «гипертония белого халата» с высокой частотой встречаются*
917 *при избыточной массе тела и часто ассоциированы с увеличением окружности талии и*
918 *инсулинорезистентностью [103, 104]. По данным Фремингемского исследования прибавка*
919 *массы тела на 1 кг способствует повышению АД на 1 мм рт.ст. [105].*

920 *Особенностями АГ при избыточной массе тела являются активация ренин-*
921 *ангиотензин – альдостероновой (РААС) и симпато-адреналовой (САС) систем, наличие*
922 *воспаления, обусловленного продукцией адипоцитами провоспалительных адипокинов,*
923 *склонность к задержке натрия на фоне увеличения его потребления, связанная с*
924 *гиперсимпатикотонией и лептинорезистентностью, раннее и выраженное поражение*
925 *органов-мишеней (сердце, почки сосуды) [103, 104]. В связи с тем, что активация РААС и*
926 *воспаление тесно связаны с количеством и размером адипоцитов, предпочтение отдается*
927 *антигипертензивным препаратам с высокой липофильностью, которые могут уменьшить*
928 *продукцию атерогенных факторов. При выборе антигипертензивных препаратов у*
929 *пациентов с избыточной массой тела необходимо учитывать их влияние на массу тела при*
930 *длительном лечении. С этих позиций блокаторы РААС являются наиболее*
931 *предпочтительными. Бета-блокаторы (за исключением небиволола) обладают*

932 антилипазным эффектом и уменьшают термогенез, что приводит к увеличению массы
933 тела [106].

934 Сочетание АГ с метаболическими нарушениями увеличивает общий риск, поэтому
935 рекомендовано назначать антигипертензивные препараты всем пациентам с АД >140/90
936 мм рт. ст. Так как при избыточной массе тела существенно повышен риск предиабета,
937 предпочтительными являются блокаторы РААС и антагонисты кальция, поскольку они не
938 ухудшают и даже могут улучшать чувствительность к инсулину [107, 108, 109]. Бета-
939 блокаторы (кроме небиволола и карведилола) и гидрохлортиазид (ГХТЗ) следует считать
940 лишь дополнительными препаратами и назначать их преимущественно в малых дозах, в том
941 числе в составе фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов [107] При
942 использовании диуретиков необходимо исключить появление гипокалиемии, поскольку она
943 ухудшает толерантность к глюкозе. Для уменьшения инсулинорезистентности, снижения
944 массы тела и лучшего контроля АД в составе комбинированной терапии может
945 использоваться моксонидин [110].

946 • Взрослым пациентам с избыточной массой тела и повышенным АД рекомендовано
947 снижение массы тела для снижения АД и улучшения сердечно-сосудистого прогноза [111].

948 **ЕОК/ЕОАГ ПВ (УУР С, УДД 5)**

949 • Взрослым пациентам с избыточной массой тела и повышенным АД в рацион питания
950 рекомендовано включать овощи, фрукты, бобовые, орехи, семена, растительные масла, рыбу
951 и птицу, ограничить употребление жирного мяса, жирных молочных продуктов, сахара,
952 сладких напитков, кондитерских изделий, добавленных сахаров. Рекомендовано
953 поддерживать здоровый рацион питания, включающий больше растительной пищи и меньше
954 пищи животного происхождения [112].

955 **ЕОК/ЕОАГ ПВ (УУР С, УДД 5)**

956 • Всем пациентам с избыточной массой тела и повышенным АД рекомендовано
957 ограничить потребление пищевой соли (NaCl) до <5 г (~2 г натрия) в день для снижения АД
958 [111].

959 **ЕОК/ЕОАГ ПВ (УУР С, УДД 5)**

960 • Всем пациентам с избыточной массой тела и повышенным АД рекомендовано
961 повысить потребление калия путем модификации рациона питания (предпочтительно),
962 исключение составляют пациенты с тяжелой ХБП [111].

963 **ЕОК/ЕОАГ ПВ (УУР С, УДД 5)**

964 • Всем пациентам с избыточной массой тела и повышенным АД, потребляющим
965 избыточное количество натрия (пищевой соли), может быть рекомендовано использование

966 заменителей пищевой соли, в которых часть NaCl заменена на KCl, чтобы снизить АД и риск
967 сердечно-сосудистых заболеваний [111].

968 **ЕОК/ЕОАГ ПВ (УУР С, УДД 5)**

969 • Пациентам с избыточной массой тела и АГ рекомендовано снижение массы тела от 5
970 до 15% для лучшего достижения целевого АД путем изменения образа жизни и назначения
971 фармакотерапии при его неэффективности [113].

972 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

973 **Комментарии.** Орлистат и лираглутид являются препаратами выбора для снижения
974 массы тела у пациентов с ИМТ ≥ 27 кг/м² в сочетании с АГ [114, 115, 116, 117]. Следует
975 тщательно контролировать ЧСС у пациентов, получающих лираглутид [87, 88, 118].
976 Сибутрамин следует назначать с осторожностью пациентам с неконтролируемой АГ, а в
977 случае дважды зарегистрированного на фоне терапии подъема АД $>145/90$ мм рт.ст.
978 лечение препаратом следует прекратить [119]. Не рекомендуется назначение сибутрамина
979 пациентам с высоким сердечно-сосудистым риском в связи с результатами исследования
980 SCOUT, которое показало, что длительная терапия сибутрамином у пациентов с уже
981 существующими ССЗ привела к повышению на 16% риска развития несмертельного
982 инфаркта миокарда и несмертельного инсульта [84].

983 • В качестве терапии первой линии для контроля АД у пациентов с избыточной массой
984 тела должны быть использованы блокаторы РААС (БРА или иАПФ) или их комбинация с
985 блокаторами кальциевых каналов для снижения риска сердечно-сосудистых осложнений
986 [107, 108, 109]

987 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

988 • Бета-адреноблокаторы и тиазидные диуретики у пациентов с избыточной массой тела
989 и АГ также могут быть рекомендованы в качестве дополнительной антигипертензивной
990 терапии, но могут оказывать неблагоприятное воздействие на метаболизм и способствовать
991 увеличению массы тела [120, 121, 109].

992 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

993 • При недостаточной эффективности классических комбинаций для лечения АГ у
994 пациентов с избыточной массой тела может быть рекомендован моксонидин** [122, 123].

995 **ЕОК/ЕОАГ ПВ (УУР В, УДД 3)**

996

997 **3.3.3. Избыточная масса тела и нарушения липидного обмена**

998 *Скрининг и диагностика дислипидемии должна осуществляться у всех пациентов с*
999 *избыточной массой тела. Ведение пациентов с избыточной массой тела и нарушениями*

1000 *липидного обмена, в том числе немедикаментозное лечение дислипидемии, осуществляется*
1001 *в соответствии с клиническими рекомендациями [33].*

1002 • Всем пациентам с избыточной массой тела и дислипидемией рекомендовано
1003 снижение массы тела на 5 - 10% для коррекции нарушений липидного обмена и снижения
1004 кардиоваскулярного риска [32]

1005 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1006 **Комментарии:** *При наличии избыточной массы тела, даже умеренное снижение массы*
1007 *тела (5-10% от исходной) улучшает показатели липидного спектра и оказывает*
1008 *благоприятное влияние на другие факторы риска. Показано, что потеря массы тела от 5*
1009 *до 10% приводит к снижению триглицеридов на 20%, снижению ХС ЛНП на 15% и*
1010 *увеличению ХС ЛВП на 8-10% [124].*

1011 *У пациентов с избыточной массой тела и дислипидемией предпочтение должно*
1012 *отдаваться диете с ограничением насыщенных жиров [125] и заменой их на поли- и*
1013 *мононенасыщенные жирные кислоты, а также с ограничением легкоусвояемых углеводов и*
1014 *дефицитом энергетической ценности рациона в 300-500 ккал/сут.*

1015 • Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендовано определение ХС не-ЛВП
1016 для определения доли липопротеинов, обогащенных триглицеридами, стратификации
1017 сердечно-сосудистого риска и постановки более точных целей в липид-снижающей терапии
1018 [126].

1019 **ЕОК/ЕОАГ IВ (УУР А, УДД 1)**

1020 • Пациентам с избыточной массой тела и дислипидемией при наличии показаний к
1021 медикаментозной терапии с целью снижения СС риска в качестве терапии первой линии
1022 рекомендованы ингибиторы гидроксиметилглутарил-кофермента А (ГМГ-КоА) редуктазы
1023 [127, 128, 129, 130].

1024 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1025 **Комментарии:** *при недостижении целевых уровней ТГ к ингибиторам ГМГ-КоА редуктазы*
1026 *могут быть добавлены фибраты или ω -3-ПНЖК.*

1027 • У пациентов с избыточной массой тела очень высокого риска рекомендовано
1028 достижение целевого уровня ХС ЛНП <1,4 ммоль/л и снижение по меньшей мере на 50% от
1029 исходного через 8±4 недель терапии как для первичной, так и вторичной профилактики ССО
1030 [131, 33, 132, 133, 134].

1031 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1032 **Комментарии:** *Ведение пациентов с избыточной массой тела и нарушениями липидного*
1033 *обмена осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями [33]. Пациентам,*

1034 не достигшим целевого уровня ХС ЛНП на фоне максимально переносимых доз статинов,
1035 следует рассмотреть возможность комбинированной терапии, в том числе статин с
1036 эзетимибом, предпочтительно в одной таблетке или капсуле, а у пациентов с очень
1037 высоким риском и недостижением целевого уровня ХС ЛНП на фоне максимально
1038 переносимых доз статина в комбинации с эзетимибом рекомендовано добавить
1039 алирокумаб**, эволокумаб** или инклисиран**.

1040 • У пациентов с избыточной массой тела с подтвержденным АССЗ, перенесших
1041 повторное сосудистое событие в течение 2 лет (в любом сосудистом бассейне), несмотря на
1042 прием максимально переносимой дозы ингибитора гидроксиметилглутарил-кофермента А
1043 (ГМГ-КоА) редуктазы, рекомендован целевой уровень ХС ЛНП <1,0 ммоль/л для снижения
1044 кардиоваскулярного риска [131, 33, 132, 133, 134].

1045 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

1046 • У пациентов с избыточной массой тела высокого риска рекомендован целевой
1047 уровень ХС ЛНП <1,8 ммоль/л и его снижение по меньшей мере на 50% от исходного для
1048 снижения кардиоваскулярного риска [131, 33, 130].

1049 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

1050 • У пациентов с избыточной массой тела умеренного риска рекомендован целевой
1051 уровень ХС ЛНП <2,6 ммоль/л для первичной профилактики ССЗ [131, 33, 130].

1052 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

1053 • У пациентов с избыточной массой тела низкого риска рекомендован целевой уровень
1054 ХС ЛНП <3,0 ммоль/л для снижения кардиоваскулярного риска [131, 33, 130].

1055 **ЕОК/ЕОАГ IB (УУР В, УДД 2)**

1056

1057 **3.3.4. Избыточная масса тела и синдром обструктивного апноэ сна**

1058 • У пациентов с избыточной массой тела при наличии клинических симптомов,
1059 указывающих на высокий риск наличия СОАС (высокая претестовая вероятность)
1060 рекомендовано проведение полисомнографии или амбулаторного исследования апноэ во сне
1061 (кардиореспираторного или респираторного мониторинга сна) для диагностики
1062 синдрома обструктивного апноэ сна [135].

1063 **ЕОК/ЕОАГ IIaC (УУР С, УДД 5)**

1064 **Комментарии.** Диагностика синдрома обструктивного апноэ сна у пациентов с
1065 избыточной массой тела должна осуществляться только при наличии клинических
1066 симптомов, указывающих на высокий риск наличия СОАС (высокая претестовая
1067 вероятность). Диагноз основывается только на данных полисомнографии или
1068 амбулаторного исследования апноэ во сне (кардиореспираторного или респираторного

1069 *мониторирования сна). Клинические данные, опросники и алгоритмы прогнозирования*
1070 *нарушений дыхания во сне не являются основанием для постановки диагноза, а могут*
1071 *расцениваться как скринирующие методы [135]. Скрининг синдрома обструктивного апноэ*
1072 *сна (СОАС) может осуществляться у всех пациентов с избыточной массой тела. Для*
1073 *скрининга СОАС могут применяться опросные шкалы (шкала STOP-BANG (Приложение*
1074 *П9/Г2), Берлинский опросник, опросник Страдлинга), ночная оксиметрия, а для оценки*
1075 *сонливости в дневные часы – Шкала сонливости Эворта (Приложение П10/Г2). Для*
1076 *верификации диагноза СОАС необходимо обследование. Золотым стандартом диагностики*
1077 *СОАС является полисомнография в условиях лаборатории сна, однако для пациентов с*
1078 *высокой предтестовой вероятностью неосложненного СОАС (другими состояниями*
1079 *потенциально способными повлиять на дыхание во время сна) средней и тяжелой степени*
1080 *возможно проведение исследований в домашних условиях (кардиореспираторное*
1081 *мониторирование, респираторное мониторирование, компьютерная сомнография) [58].*

1082 • Пациентам с избыточной массой тела и СОАС рекомендовано назначение терапии для
1083 снижения массы тела, включая немедикаментозную (модификация образа жизни) и
1084 медикаментозную коррекцию с целью снижения массы тела на 7 - 11% для уменьшения
1085 проявлений СОАС [136, 137, 138]

1086 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

1087 **Комментарии.** *Избыточная масса тела чаще ассоциирована с легкой степенью тяжести*
1088 *СОАС [28]. Снижение веса ассоциировано со снижением степени тяжести СОАС*
1089 *(определяется по значению индекса апноэ-гипопноэ (ИАГ) – количество дыхательных*
1090 *событий за час сна), [138]. ИМТ является важным независимым показателем степени*
1091 *десатурации кислорода при СОАС [139, 140]. При наличии храпа и СОАС уменьшение массы*
1092 *тела на 10% от исходной может улучшить параметры дыхания на 50%, что*
1093 *сопровождается переходом в более легкую степень тяжести заболевания. В ряде случаев*
1094 *при неосложненном храпе достаточно уменьшить массу тела на 5-7% для того, чтобы*
1095 *полностью устранить храп без каких-либо прочих вмешательств.*

1096 • Пациентам с избыточной массой тела и СОАС следует рекомендовать другие формы
1097 терапии, направленные на снижение степени тяжести СОАС: позиционную терапию апноэ,
1098 ортодонтические устройства с целью улучшения качества жизни и лечения СОАС [141, 142].

1099 **ЕОК/ЕОАГ IB (УУР В, УДД 2)**

1100 **Комментарии.** *Методы лечения храпа и СОАС разнообразны и зависят не только от*
1101 *причин, но и от степени тяжести заболевания. Ортодонтические устройства направлены*
1102 *на коррекцию СОАС преимущественно легких и средних форм тяжести [141, 142].*

1103 *Позиционная терапия апноэ у пациентов с избыточной массой тела применима при*
1104 *подтвержденной зависимости СОАС от положения тела на спине [143]. Модификация*
1105 *других факторов риска СОАС у пациентов с избыточной массой тела (отказ от курения и*
1106 *употребления алкоголя, рекомендованное время сна) не имеют достаточной доказательной*
1107 *базы для влияния на СОАС.*

1108 • Пациентам с избыточной массой тела и СОАС рекомендовано назначение и подбор
1109 неинвазивной вентиляционной поддержки во сне – положительного давления воздуха в
1110 верхних дыхательных путях, РАР (ПАП)-терапии пациентам с избыточной дневной
1111 сонливостью для достижения стойкой ремиссии СОАС [144] и улучшения чувствительности
1112 к инсулину у пациентов с СОАС без диабета [116]

1113 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1114 **Комментарии.** *РАР (ПАП)-терапия (неинвазивная вентиляция легких с созданием*
1115 *положительного давления в дыхательных путях (Positive Airway Pressure)) показана при*
1116 *любой форме СОАС при наличии симптомов дневной сонливости, а также выявленных при*
1117 *обследовании коморбидных заболеваний (артериальной гипертонии, ишемической болезни*
1118 *сердца или нарушения мозгового кровообращения в анамнезе) [144]. Существуют данные о*
1119 *положительном влиянии данного метода терапии на уровень инсулинорезистентности при*
1120 *избыточной массе тела в сочетании с СОАС, а также о возможном влиянии на риск*
1121 *кардиоваскулярных событий [145, 146]*

1122 *В случае непереносимости или отказа от РАР(ПАП) – терапии необходимо рассмотреть*
1123 *вопрос о назначении ортодонтического лечения апноэ сна для взрослых пациентов с*
1124 *избыточной массой тела и СОАС [141, 142].*

1125

1126 **3.3.5. Избыточная масса тела и НАЖБП**

1127 *Скрининг и диагностика НАЖБП должна осуществляться у всех пациентов с избыточной*
1128 *массой тела. Ведение пациентов с избыточной массой тела и НАЖБП осуществляется в*
1129 *соответствии с клиническими рекомендациями [147].*

1130 • Пациентам с избыточной массой тела и НАЖБП в первую очередь рекомендована
1131 модификация образа жизни (снижение энергетической ценности рациона и умеренную или
1132 высокую физическую активность) для снижения массы тела на 4-10% (диапазон, в котором
1133 наблюдается дозозависимый положительный эффект при стеатозе печени) [148, 149].

1134 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1135 **Комментарии:** *диетотерапия с постепенным снижением массы тела и увеличение*
1136 *физической нагрузки являются ведущими факторами в лечении НАЖБП. Потеря массы*

1137 тела при использовании гипокалорийной диеты или ее сочетание с повышенной физической
1138 активностью способствуют уменьшению проявлений стеатоза, причем даже
1139 незначительная потеря массы тела у пациентов с НАЖБП связана с улучшением
1140 функциональных проб печени [148, 150]. Не существует унифицированного алгоритма
1141 немедикаментозной терапии НАЖБП, целесообразным является индивидуальный подход,
1142 исходя из потребностей и общего состояния пациента, поскольку рекомендации по
1143 модификации образа жизни (соблюдение принципов здорового питания и повышение
1144 физической активности) необходимо соблюдать длительно с целью сохранения
1145 достигнутых результатов. Показано, что диеты с ограничением простых углеводов
1146 (например, Средиземноморская диета), по сравнению с диетой с ограничением жиров, лучше
1147 способствуют разрешению стеатоза [151, 152]. Установлено, что для уменьшения
1148 выраженности стеатоза при НАЖБП требуется снижение массы тела не менее чем на 3–
1149 5%, а для устранения некротических и воспалительных изменений в печени при
1150 стеатогепатите необходимо снижение массы тела не менее чем на 10% [153]. Для этого
1151 может быть использована медикаментозная терапия избыточной массы тела.
1152 Медикаментозная терапия НАЖБП при избыточной массе тела осуществляется в
1153 соответствии с клиническими рекомендациями [147].

1154 • У пациентов с избыточной массой тела, НАЖБП и сопутствующими нарушениями
1155 углеводного обмена для коррекции инсулинорезистентности и снижения риска развития СД
1156 2 типа рекомендовано назначение метформина** [154, 155, 156].

1157 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1158 **Комментарии:** В клинических исследованиях по изучению эффективности метформина
1159 показано снижение резистентности к инсулину, уменьшение активности трансаминаз и
1160 выраженное снижение массы тела (более 10 кг) у 19% пациентов с НАЖБП. Однако
1161 улучшение гистологической картины печени было незначительным: уменьшения
1162 выраженности стеатоза удается достигнуть только у 30% пациентов [157].

1163 **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и** 1164 **противопоказания к применению методов реабилитации**

1165 Медицинская реабилитация пациентов с избыточной массой тела и высоким/очень высоким
1166 риском (согласно стратификации риска; Приложения ПЗ-П5/Г2) основывается на пациент-
1167 ориентированном подходе и проводится в плановом порядке после установления диагноза
1168 при первом контакте с пациентом или независимо от сроков заболевания при условии

1169 *стабильности клинического состояния пациента, наличия медицинских показаний к*
1170 *применению отдельных реабилитационных методов.*

1171 • Рекомендовано всех пациентов с избыточной массой тела высокого и очень высокого
1172 риска вовлекать в комплексную медицинскую реабилитацию, включающую в себя обучение
1173 пациентов, программу по коррекции образа жизни и контролю кардиоваскулярных факторов
1174 риска (массы тела, АД, липидов и глюкозы крови, рациона питания, отказа от курения в
1175 любом виде), программу физической реабилитации и психологическую поддержку с целью
1176 снижения массы тела, профилактики прогрессирования заболевания, повышения
1177 функциональных возможностей, улучшения качества жизни, психологического и
1178 социального функционирования [158, 159, 160].

1179 **ЕОК/ЕОАГ IA (УУР А, УДД 1)**

1180 **Комментарии.** *Практические аспекты медицинской реабилитации пациентов с*
1181 *избыточной массой тела представлены в Приложении П8/ГЗ.*

1182 • Рекомендовано для проведения медицинской реабилитации пациентов с избыточной
1183 массой тела высокого и очень высокого риска формировать мультидисциплинарную
1184 реабилитационную команду с целью определения индивидуальной программы реабилитации
1185 и проведения комплекса реабилитационных мероприятий [158, 161].

1186 **ЕОК/ЕОАГ IIaC (УУР С, УДД 5)**

1187 • Рекомендовано у всех пациентов с избыточной массой тела в рамках программы
1188 реабилитации проводить оценку клинико-функционального состояния с целью описания
1189 актуальных проблем здоровья пациента, определения функционирования органов и систем,
1190 выявления показаний и противопоказаний к реабилитационным мероприятиям, определения
1191 результатов реабилитации [158, 161].

1192 **ЕОК/ЕОАГ IIaC (УУР С, УДД 5)**

1193 • Рекомендовано у пациентов с избыточной массой тела проводить скрининг
1194 психологических факторов риска для определения необходимости их коррекции с целью
1195 улучшения качества жизни пациентов и повышения их приверженности лечению,
1196 реабилитации и здоровому образу жизни [158, 161, 162].

1197 **ЕОК/ЕОАГ IIaB (УУР В, УДД 3)**

1198 **Комментарии.** *К психосоциальным факторам риска, обладающим доказанным*
1199 *негативным влиянием на приверженность лечению и изменению образа жизни,*
1200 *вовлекаемость в программу реабилитации, продуктивность взаимодействия с врачом,*
1201 *качество жизни и прогноз, относятся депрессия, тревога, хронический стресс, социальная*
1202 *изоляция и низкая социальная поддержка. При выявлении клинических нарушений*

1203 *психологического статуса рекомендуется проведение психологического консультирования*
1204 *[158, 159, 160].*

1205 • Рекомендована всем пациентам с избыточной массой тела аэробная физическая
1206 активность умеренной интенсивности (150 минут в неделю) или высокой интенсивности (75
1207 минут в неделю) с целью улучшения результатов реабилитации, снижения массы тела, риска
1208 прогрессирования заболевания и сердечно-сосудистых осложнений [57, 76, 77].

1209 **ЕОК/ЕОАГ ПаВ (УУР В, УДД 3)**

1210 **Комментарии.** *Если пациент не способен быть физически активным 150 минут (2 часа 30*
1211 *минут) в неделю, то он должен оставаться таковым согласно своим возможностям и*
1212 *клиническому состоянию.*

1213 • Рекомендуется пациентам с избыточной массой тела при отсутствии
1214 противопоказаний проводить нагрузочное тестирование посредством теста с физической
1215 нагрузкой - велоэргометрии или тредмил-теста; при их недоступности с помощью теста 6-
1216 минутной ходьбы для оценки функционального состояния, выбора оптимального режима
1217 физических тренировок и контроля их эффективности.

1218 **ЕОК/ЕОАГ ПаС (УУР С, УДД 5)**

1219 **Комментарии.** *Противопоказаниями к проведению нагрузочного тестирования являются:*
1220 *ранние сроки ОКС (менее 2 дней); прогрессирующее ухудшение переносимости физических*
1221 *нагрузок или одышка в покое в течение последних 3-5 дней; признаки ишемии миокарда при*
1222 *небольших физических нагрузках (менее 2 МЕТ, менее 50 Ватт); жизнеугрожающие*
1223 *нарушения ритма сердца; острая сердечная недостаточность (период гемодинамической*
1224 *нестабильности); неконтролируемая артериальная гипертония; высокая степень*
1225 *атриовентрикулярной блокады; острый эндокардит, миокардит или перикардит; тяжелое*
1226 *поражение клапанного аппарата сердца; выраженная обструктивная гипертрофическая*
1227 *кардиомиопатия; острое системное заболевание; внутрисердечный тромбоз;*
1228 *неконтролируемый сахарный диабет; острый тромбофлебит; недавние эмболии; впервые*
1229 *выявленный пароксизм фибрилляции/трепетания предсердий [163].*

1230 • Рекомендуется пациентам с избыточной массой тела при отсутствии
1231 противопоказаний включать в программу аэробных физических тренировок с целью
1232 коррекции массы тела и кардиоваскулярных факторов риска, улучшения функционального
1233 статуса и качества жизни, повышения физической работоспособности [57, 76, 77].

1234 **ЕОК/ЕОАГ ПаВ (УУР В, УДД 3)**

1235 **Комментарии.** *Физические тренировки могут выполняться в индивидуальном формате*
1236 *и/или в организованных группах в лечебном учреждении /или в домашних условиях после*
1237 *обучения и освоения программы (Приложение П8/Г3). Персонализированная программа*

1238 *физических тренировок пациентов с избыточной массой тела (при отсутствии*
1239 *противопоказаний) включает регулярные физические аэробные (динамические) нагрузки от*
1240 *низкой до умеренной интенсивности, которые сочетаются с комплексами лечебной*
1241 *гимнастики и дыхательными упражнениями.*

1242 *Для оценки безопасности программы физической реабилитации рекомендуется*
1243 *осуществлять мониторинг состояния пациента: жалобы, клинические симптомы, уровень*
1244 *АД, ЧСС и ЭКГ (по показаниям), уровень восприятия физической нагрузки по шкале Борга*
1245 *(Приложение П9/Г3).*

1246 • Рекомендуется всех пациентов с избыточной массой тела информировать по
1247 вопросам, связанным с заболеванием, его лечением и профилактикой; обучать здоровому
1248 образу жизни, методам самоконтроля и самопомощи с целью повышения приверженности
1249 лечебным и реабилитационным вмешательствам, улучшения течения заболевания и качества
1250 жизни [158, 161].

1251 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1252 **Комментарии.** *Информирование и обучение пациента рекомендуется проводить в любом*
1253 *доступном формате (индивидуально, в рамках реабилитационного консультирования и/или*
1254 *в «Школе для пациентов с избыточной массой тела») в очном или онлайн режиме.*

1255 **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и** 1256 **противопоказания к применению методов профилактики**

1257 *Частота и цели диспансерного наблюдения пациентов с избыточной массой тела*
1258 *индивидуальны и зависят от сопутствующей патологии. При выявлении у пациентов с*
1259 *избыточной массой тела высокого риска ССЗ, СД – пациент должен быть направлен на*
1260 *проведение профилактического консультирования (групповое или индивидуальное) [164].*

1261 • Пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела ($\geq 5\%$ от
1262 исходной) рекомендуется удержание массы тела в течение 1-2 лет для улучшения прогноза
1263 и снижения риска развития осложнений [165, 166, 167].

1264 **ЕОК/ЕОАГ IА (УУР А, УДД 1)**

1265 • На этапе удержания массы тела рекомендуется ежемесячное консультирование со
1266 специалистом (очное или дистанционное), регулярный контроль массы тела (взвешивание не
1267 реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок,
1268 соблюдение принципов здорового питания, сбалансированное питание для улучшения
1269 прогноза и снижения риска развития осложнений [51, 168, 26, 72].

1270 **ЕОК/ЕОАГ IIаС (УУР С, УДД 5)**

1271

6. Организация оказания медицинской помощи

1272 Госпитализация плановая. Помощь стационарная/дневной стационар.

1273 Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию (дневной стационар,
1274 стационарно):

1275 1) Прогрессирование ассоциированных с избыточной массой тела заболеваний и
1276 декомпенсация метаболических нарушений, ассоциированных с избыточной массой тела
1277 (СД 2 типа, ССЗ, СОАС и др.);

1278

1279 Показания к выписке пациента из медицинской организации

1280 1) компенсация коморбидных заболеваний и/или метаболических нарушений,
1281 ассоциированных с избыточной массой тела.

1282

1283 **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на**
1284 **исход заболевания или состояния)**

1285 **Критерии оценки качества медицинской помощи**

1286

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнен сбор анамнеза и жалоб	3	B
2	Выполнено визуальное исследование	3	B
3	Выполнено измерение антропометрических показателей: масса тела, рост, окружность талии, расчет индекса массы тела (ИМТ)	3	B
4	Выполнен расчет суточной энергетической ценности рациона с учетом пола, возраста, массы тела, роста и коэффициента физической активности	3	B
5	Проведено измерение АД, ЧСС	2	A
6	Выполнено исследование биохимических показателей: глюкоза, холестерин общий,	2	A

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
	ХС ЛВП, ХС ЛНП, триглицериды, АЛТ, АСТ, ГГТ, мочевая кислота		
7	Проведена диагностика нарушений углеводного обмена (ОГТТ с оценкой глюкозы сыворотки крови, глюкозы сыворотки крови, через 2 часа после нагрузки и/или исследование уровня гликированного гемоглобина крови)	2	A
8	Проведено обследование для исключения эндокринного генеза избыточной массы тела: гормональный анализ крови на ТТГ, пролактин, один из тестов (суточная экскреция свободного кортизола с мочой и/или ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона и/или оценка уровня кортизола в слюне)	5	C
9	Проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	2	B
10	Проведено кардиологическое обследование: ЭКГ и/или ЭХО-кардиография	5	C
11	Проведена оценка сердечно-сосудистого и кардиометаболического риска	1	A
12	Проведено терапевтическое обучение пациента, направленное на изменение образа жизни квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке	3	C
13	Выполнено назначение лекарственных средств для снижения массы тела при наличии показаний	2	B

1287

1288

- [1] Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996, January; 312 (7023): 71–72..
- [2] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»..
- [3] «Федеральный закон от 01.03.2020 № 47-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О качестве и безопасности пищевых продуктов" и статью 37 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации"»..
- [4] Эпидемиологический словарь, 4-е издание. Под ред. Джона М. Ласта для Международной эпидемиологической ассоциации. М., 2009. 316 с..
- [5] Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии. Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТР 52379-2005. Надлежащая клиническая практика. Москва, 2005.
- [6] Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об обращении лекарственных средств»..
- [7] Малая медицинская энциклопедия. М.: Медицинская энциклопедия, 1991—96 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа:http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/28878/Синдром.
- [8] Андреева Н. С., Реброва О. Ю., Зорин Н. А. и др. Системы оценки достоверности научных доказательств и убедительности рекомендаций: сравнительная характеристика и перспективы унификации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2012. №. 4. С. 10–24..
- [9] «KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024;105(4S)»..
- [10] Guh, Daphne P., et al. "The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis." *BMC public health* 9.1 (2009): 1-20..
- [11] Flegal, Katherine M., et al. "Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis." *Jama* 309.1 (2013): 71-82..
- [12] Di Angelantonio E. et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents // *The Lancet*. – 2016. – Т. 388. – №. 10046. – С. 776-786..
- [13] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

- [14] NgM, FlemingT, RobinsonM, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study Lancet. 2014;384(9945):766-81..
- [15] Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>.
- [16] Kelly T, Yang W, Chen CS, et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)*. 2008 Sep;32(9):1431-7..
- [17] Ashwell, Margaret, Pippa Gunn, and Sigrid Gibson. "Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis." *Obesity reviews* 13.3 (2012): 275-286..
- [18] Czernichow, Sébastien, et al. "Body mass index, waist circumference and waist-hip ratio: which is the better discriminator of cardiovascular disease mortality risk? Evidence from an individual-participant meta-analysis of 82 864 participants from, nine cohort studies." *Obesity reviews* 12.9 (2011): 680-687..
- [19] de Hollander, Ellen L., et al. "The association between waist circumference and risk of mortality considering body mass index in 65-to 74-year-olds: a meta-analysis of 29 cohorts involving more than 58 000 elderly persons." *International journal of, epidemiology* 41.3 (2012): 805-817..
- [20] Seo, Dong-Chul, Siyoung Choe, and Mohammad R. Torabi. "Is waist circumference $\geq 102/88$ cm better than body mass index ≥ 30 to predict hypertension and diabetes development regardless of gender, age group, and race/ethnicity? Meta-analysis.", *Preventive medicine* 97 (2017): 100-108..
- [21] Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1995. doi: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(1996\)8:6<786::aid-ajhb11>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(1996)8:6<786::aid-ajhb11>3.0.co;2-i).
- [22] Wormser D, et al. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet*. 2011;377(9771):1085–1095..
- [23] Pouliot M-C, Després J-P, Lemieux S, et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: Best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related.
- [24] Fox CS, Massaro JM, Hoffmann U, et al. Abdominal Visceral and Subcutaneous Adipose Tissue Compartments. *Circulation*. 2007;116(1):39-48.
- [25] Кононенко И.В., Шестакова М.В., Елфимова А.Р., Хомякова И.А., Бужилова А.П., Мокрышева Н.Г. Этнические различия факторов риска и распространенности

сахарного диабета 2 типа у взрослого населения Российской Федерации. Сахарный диабет. 2022;25(5):418-438., <https://doi.org/10.14341/DM12935>.

- [26] Semlitsch, Thomas, et al. "Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of international evidence-based guidelines." *Obesity Reviews* 20.9 (2019): 1218-1230..
- [27] Wormser D, et al. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet*. 2011; 377(9771):1085–95..
- [28] Dong, Zhiyong, et al. "Association of overweight and obesity with obstructive sleep apnoea: a systematic review and meta-analysis." *Obesity Medicine* 17 (2020): 100185..
- [29] Jayedi, A., et al. "Body mass index, abdominal adiposity, weight gain and risk of developing hypertension: a systematic review and dose–response meta-analysis of more than 2.3 million participants." *Obesity reviews* 19.5 (2018): 654-667..
- [30] Younossi, Zobair M., et al. "Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease—meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes." *Hepatology* 64.1 (2016): 73-84..
- [31] Abdullah, Asnawi, et al. "The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies." *Diabetes research and clinical practice* 89.3 (2010): 309-319..
- [32] Hasan, Bashar, et al. "Weight loss and serum lipids in overweight and obese adults: a systematic review and meta-analysis." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 105.12 (2020): 3695-3703..
- [33] Клинические рекомендации Нарушения липидного обмена 2023г. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/752_1.
- [34] Raja, Sooraj, et al. "Frequency of hyperuricemia and its risk factors in the adult population." *Cureus* 11.3 (2019)..
- [35] Aune, Dagfinn, Teresa Norat, and Lars J. Vatten. "Body mass index and the risk of gout: a systematic review and dose–response meta-analysis of prospective studies." *European journal of nutrition* 53.8 (2014): 1591-1601..
- [36] Kuwabara, Masanari, et al. "Different risk for hypertension, diabetes, dyslipidemia, and hyperuricemia according to level of body mass index in Japanese and American subjects." *Nutrients* 10.8 (2018): 1011..
- [37] Alizadeh, Shahab, et al. "Metabolic phenotypes of obese, overweight, and normal weight individuals and risk of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis." *Archives of endocrinology and metabolism* 63 (2019): 427-437..

- [38] Thomas, George, et al. "Metabolic syndrome and kidney disease: a systematic review and meta-analysis." *Clinical journal of the American Society of Nephrology* 6.10 (2011): 2364-2373..
- [39] Sanyal D., Raychaudhuri M. Hypothyroidism and obesity: An intriguing link //Indian journal of endocrinology and metabolism. – 2016. – T. 20. – №. 4. – C. 554..
- [40] Biondi B. Thyroid and obesity: an intriguing relationship //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2010. – T. 95. – №. 8. – C. 3614-3617.
- [41] Min L. Functional hypercortisolism, visceral obesity, and metabolic syndrome //Endocrine Practice. – 2016. – T. 22. – №. 4. – C. 506-508..
- [42] «Pereira-Lima, J. F., Leães, C. G., Neto, F. F., Barbosa, M. V., Silva, A. D., & Oliveira, M. D. (2013). Hyperprolactinemia and body weight: prevalence of obesity and overweight in patients with hyperprolactinemia. *Res J Endocrinol Metab*, 1(1), 2.»
- [43] «Lim, S. S., Davies, M. J., Norman, R. J., & Moran, L. J. (2012). Overweight, obesity and central obesity in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, 18(6), 618-637.»
- [44] «Salas-Huetos, A., Maghsoumi-Norouzabad, L., James, E. R., Carrell, D. T., Aston, K. I., Jenkins, T. G., ... & Salas-Salvadó, J. (2021). Male adiposity, sperm parameters and reproductive hormones: An updated systematic review and collaborative,» *meta-analysis. Obesity Reviews*, 22(1), e13082..
- [45] Wilson, Peter WF, et al. "Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience." *Archives of internal medicine* 162.16 (2002): 1867-1872..
- [46] The relationship between overweight, obesity and cardiovascular disease: a literature review prepared for the National Heart Foundation Australia, <https://www.aihw.gov.au/reports/heart-stroke-vascular-diseases/relationship-overweight-obesity-cardiovascular/summary>.
- [47] SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration, SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions, *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 25, 1 July, 2021, Pages 2455–2467, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312>..
- [48] SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration, SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe, *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 25, 1 July 2021, Pages 2439–2454,, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312>..

- [49] Guo F., Garvey W. T. Development of a Weighted Cardiometabolic Disease Staging (CMDS) System for the Prediction of Future Diabetes //The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2015. – Т. 100. – №. 10. – С. 3871-3877..
- [50] Guo F., Moellering D. R., Garvey W. T. The progression of cardiometabolic disease: validation of a new cardiometabolic disease staging system applicable to obesity //Obesity. – 2014. – Т. 22. – №. 1. – С. 110-118..
- [51] Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А., и соавт. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» // Ожирение и метаболизм. — 2021. — Т. 18. — №1. — С. 5-99. doi: <https://doi.org/10.14341/omet12714>.
- [52] Rolland-Cachera MF et al. Body mass index variations — centiles from birth to 87 years. European Journal of Clinical Nutrition. 1991;45:13-21.
- [53] Ross R, Shaw KD, Rissanen J, et al. Sex differences in lean and adipose tissue distribution by magnetic resonance imaging: anthropometric relationships. Am J Clin Nutr. 1994;59(6):1277-1285..
- [54] European Association for the Study of The Liver, and European Association for the Study of Diabetes (EASL. "EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease." Obesity facts 9.2 (2016): 65-90..
- [55] Chasalani, N., Z. Younossi, and J. E. Lanvine. "The diagnostic and management of NAFLD: practice guidance from AASLD." Hepatology 67 (2018): 328-357..
- [56] Rao S, Pandey A, Garg S, et al. Effect of Exercise and Pharmacological Interventions on Visceral Adiposity: A Systematic Review and Meta-analysis of Long-term Randomized Controlled Trials. Mayo Clin Proc. 2019 Feb;94(2):211-224., DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.09.019.
- [57] Lang A, Froelicher ES. Management of Overweight and Obesity in Adults: Behavioral Intervention for Long-Term Weight Loss and Maintenance. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006;5(2):102-114..
- [58] «КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА 2022. РОССИЙСКИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ https://scardio.ru/content/Guidelines/Kardiovascular_profilaktika_2022.pdf».
- [59] Galani, Carmen, and Heinz Schneider. "Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis." International journal of public health 52.6 (2007): 348-359..
- [60] Zhang, Yan, et al. "The association between weight fluctuation and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis." Medicine 98.42 (2019)..

- [61] Zou, Huajie, et al. "Body-weight fluctuation was associated with increased risk for cardiovascular disease, all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis." *Frontiers in endocrinology* 10 (2019): 728..
- [62] Harrington, Mary, Sigrid Gibson, and Richard C. Cottrell. "A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk." *Nutrition research reviews* 22.1 (2009): 93-108..
- [63] Best, Damian, Alison Avenell, and Siladitya Bhattacharya. "How effective are weight-loss interventions for improving fertility in women and men who are overweight or obese? A systematic review and meta-analysis of the evidence." *Human reproduction update*, 23.6 (2017): 681-705..
- [64] Franz, Marion J., et al. "Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up." *Journal of the American Dietetic association* 107.10 (2007): 1755-1767..
- [65] Alharbi, Tagrid A., et al. "The association of weight change and all-cause mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis." *Age and Ageing* 50.3 (2021): 697-704..
- [66] «Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 2020;192(31):E875-E891. doi:10.1503/cmaj.191707».
- [67] «МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИКАЗ от 5 августа 2003 года N 330 О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями на 26 апреля 2006 года)».
- [68] Schwingshackl, Lukas, Sofia Dias, and Georg Hoffmann. "Impact of long-term lifestyle programmes on weight loss and cardiovascular risk factors in overweight/obese participants: a systematic review and network meta-analysis." *Systematic reviews* 3.1 (2014):, 1-13..
- [69] Stoner, Lee, et al. "Efficacy of exercise intervention for weight loss in overweight and obese adolescents: meta-analysis and implications." *Sports Medicine* 46.11 (2016): 1737-1751..
- [70] Loef, Martin, and Harald Walach. "The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis." *Preventive medicine* 55.3 (2012): 163-170..
- [71] « Приказ Роспотребнадзора от 07.07.2020 N 379 "Об утверждении обучающих (просветительских) программ по вопросам здорового питания",» <https://legalacts.ru/doc/prikaz-rosпотреbnadzora-ot-07072020-n-379-ob-utverzhdanii-obuchaiushchikh/>.
- [72] «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: Методические рекомендации МР

2.3.1.0253-21 / В. А. Тутельян, Д. Б. Никитюк, И. В. Аксенов [и др.],» – Москва : Роспотребнадзор, 2021. – 72 с. – ISBN 978-5-7508-1862-4. .

- [73] «Bray GA, Heisel WE, Afshin A, et al. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev.* 2018 Apr 1;39(2):79-132. doi: 10.1210/er.2017-00253».
- [74] «The Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG) of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Evidence-based European recommendations for the dietary management of diabetes. *Diabetologia* 66, 965–985 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00125-023>».
- [75] Haase, Christiane Lundegaard, et al. "Weight loss and risk reduction of obesity-related outcomes in 0.5 million people: evidence from a UK primary care database." *International Journal of Obesity* 45.6 (2021): 1249-1258..
- [76] Kraus W.E., Powell K.E., Haskell W.L., et al. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity, All-Cause and Cardiovascular Mortality, and Cardiovascular Disease. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51:1270-1228..
- [77] Pescatello L.S., Buchner D.M., Jakicic J.M., et al. for the 2018 Physical activity guidelines advisory committee. Physical Activity to Prevent and Treat Hypertension: A Systematic Review. *Med.Sci. Sports Exerc.* 2019; 51(6): 1314–1323..
- [78] «Brickwood KJ, Watson G, O’Brien J, Williams AD. Consumer-Based Wearable Activity Trackers Increase Physical Activity Participation: Systematic Review and Meta-Analysis. // *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7:e11819».
- [79] Rucker, Diana, et al. "Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis." *Bmj* 335.7631 (2007): 1194-1199..
- [80] Rucker D, Padwal R, Li SK, et al. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *BMJ.* 2007;335(7631):1194-1199..
- [81] Williamson DF, Pamuk E, Thun M, et al. Prospective Study of Intentional Weight Loss and Mortality in Overweight White Men Aged 40-64 Years. *Am J Epidemiol.* 1999;149(6):491-03..
- [82] Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. XENical in the Prevention of Diabetes in Obese Subjects (XENDOS) Study: A randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients., *Diabetes Care.* 2004;27(1):155-161. .
- [83] «Sahebkar A, Simental-Mendía LE, Reiner Ž, Kovanen PT, Simental-Mendía M, Bianconi V, Pirro M. Effect of orlistat on plasma lipids and body weight: A systematic review and

meta-analysis of 33 randomized controlled trials. *Pharmacol Res.* 2017 Aug;122:53-65.,»
doi: 10.1016/j.phrs.2017.05.022. .

- [84] James, W. Philip T. "The SCOUT study: risk-benefit profile of sibutramine in overweight high-risk cardiovascular patients." *European heart journal supplements* 7.suppl_L (2005): L44-L48..
- [85] Dedov II, Melnichenko GA, Troshina EA, et al. Body Weight Reduction Associated with the Sibutramine Treatment: Overall Results of the PRIMAVERA Primary Health Care Trial. *Obes Facts.* 2018;11(4):335-343.
- [86] Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med.* 2015;373(1):11-22. *doi: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1411892.*
- [87] Astrup A, Carraro R, Finer N, et al. Safety, tolerability and sustained weight loss over 2 years with the once-daily human GLP-1 analog, liraglutide. *Int J Obes.* 2012;36(6):843-854.
- [88] Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, et al. NN8022-1922 Study Group. Efficacy of liraglutide for weight loss among patients with type 2 diabetes: the SCALE diabetes randomized clinical trial. *JAMA.* 2015;314(7):687-699.
- [89] «Клинические рекомендации. Сахарный диабет 2 типа у взрослых. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/290_2».
- [90] Pani L. N., Nathan D. M., Grant R. W. Clinical predictors of disease progression and medication initiation in untreated patients with type 2 diabetes and A1C less than 7% // *Diabetes care.* – 2008. – Т. 31. – №. 3. – С. 386-390.
- [91] Yki-Järvinen H. et al. Effect of obesity on the response to insulin therapy in noninsulin-dependent diabetes mellitus // *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* – 1997. – Т. 82. – №. 12. – С. 4037-4043..
- [92] Ryan, Donna H, and Sarah Ryan Yockey. "Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over." *Current obesity reports* vol. 6,2 (2017): 187-194. *doi:10.1007/s13679-017-0262-y.*
- [93] Zomer, E., et al. "Interventions that cause weight loss and the impact on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis." *Obesity reviews* 17.10 (2016): 1001-1011..
- [94] Hamman, Richard F., et al. "Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes." *Diabetes care* 29.9 (2006): 2102-2107..
- [95] «"Evidence-based European recommendations for the dietary management of diabetes." *Diabetologia* 66, no. 6 (2023): 965-985.».

- [96] LeBlanc, Erin S., et al. "Behavioral and pharmacotherapy weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force." *Jama* 320.11 (2018):.
- [97] Kane, Jesse A., et al. "Cardiovascular risk reduction associated with pharmacological weight loss: a meta-analysis." *International journal of clinical research & trials* 4.1 (2019):.
- [98] Vettor, Roberto, et al. "Effect of sibutramine on weight management and metabolic control in type 2 diabetes: a meta-analysis of clinical studies." *Diabetes Care* 28.4 (2005): 942-949..
- [99] McIntosh, Brendan, et al. "Second-line therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin monotherapy: a systematic review and mixed-treatment comparison meta-analysis." *Open medicine* 5.1 (2011): e35..
- [100] Zomer, E., et al. "Interventions that cause weight loss and the impact on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis." *Obesity reviews* 17.10 (2016): 1001-1011..
- [101] Salpeter, Shelley R., et al. "Meta-analysis: metformin treatment in persons at risk for diabetes mellitus." *The American journal of medicine* 121.2 (2008): 149-157..
- [102] «Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/62_2».
- [103] Kelly, Rebecca K., et al. "Development of hypertension in overweight adolescents: a review." *Adolescent health, medicine and therapeutics* 6 (2015): 171..
- [104] Lytsy, Per, et al. "Interplay of overweight and insulin resistance on hypertension development." *Journal of hypertension* 32.4 (2014): 834-839..
- [105] Hubert H. B. et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study // *Circulation*. – 1983. – Т. 67. – №. 5. – С. 968-977..
- [106] Sharma AM, Pischon T, Hardt S, Kunz I, Luft FC. Hypothesis: beta-adrenergic receptor blockers and weight gain: a systematic analysis. *Hypertension*. 2001; 37: 250–254..
- [107] Owen, Jonathan G., and Efrain Reisin. "Anti-hypertensive drug treatment of patients with and the metabolic syndrome and obesity: a review of evidence, meta-analysis, post hoc and guidelines publications." *Current hypertension reports* 17.6 (2015): 46..
- [108] Abuissa, Hussam, et al. "Angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers for prevention of type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized clinical trials." *Journal of the American College of Cardiology* 46.5 (2005): 821-826..
- [109] Rubenovna, Agababyan Irina, et al. "Features of Anti-Hipertension Therapy in Overweight Patiens." *Annals of the Romanian Society for Cell Biology* (2021): 278-283..

- [110] Waters J. et al. Use of moxonidine as initial therapy and in combination in the treatment of essential hypertension-results of the TOPIC (Trial Of Physiotens In Combination) Study //Journal of Clinical and Basic Cardiology. – 1999. – Т. 2. – №. 2. – С. 21.
- [111] «2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension:» *Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). Journal of Hypertension 41(12):p 1874-2071, December 2023. | DOI: 10.1097/HJH.0000000000003480.*
- [112] «Стародубова, А. В., Ливанцова, Е. Н., Дербенева, С. А., Косюра, С. Д., Поленова, Н. В., & Вараева, Ю. Р. (2020). Кардионутрициология: лечебное питание в профилактике и лечении ведущей патологии современности. Вопросы питания, 89(4), 146-160.»
- [113] Aucott, Lorna, et al. "Effects of weight loss in overweight/obese individuals and long-term hypertension outcomes: a systematic review." *Hypertension* 45.6 (2005): 1035-1041..
- [114] Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes, Care.* 2004;27(1): 155-161..
- [115] Rössner S, Sjöström L, Noack R, Meinders AE, Nosedá G. Weight loss, weight maintenance, and improved cardiovascular risk factors after 2 years treatment with orlistat for obesity. *European Orlistat Obesity Study Group. Obes Res.* 2000;8(1):49-61.
- [116] Lindgärde F. The effect of orlistat on body weight and coronary heart disease risk profile in obese patients: the Swedish Multimorbidity Study. *J Intern Med.* 2000;248 (3):245-254..
- [117] Zavoral JH. Treatment with orlistat reduces cardiovascular risk in obese patients. *J Hypertens.* 1998; 16(12 Pt 2):2013-2017. SAXENDA® (liraglutide [rDNA origin] injection), solution for subcutaneous use, [package insert]. Plainsboro, NJ: Novo Nordisk; 201.
- [118] Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med.* 2015;373(1):11-22..
- [119] Kim S. H. et al. Effect of sibutramine on weight loss and blood pressure: a meta-analysis of controlled trials //Obesity research. – 2003. – Т. 11. – №. 9. – С. 1116-1123..
- [120] Sharma AM, Pischon T, Hardt S, Kunz I, Luft FC. Hypothesis: Beta-adrenergic receptor blockers and weight gain: A systematic analysis. *Hypertension.* 2001 Feb;37(2):250-4. doi: 10.1161/01.hyp.37.2.250. PMID: 11230280..

- [121] Bangalore, Sripal, et al. "A meta-analysis of 94,492 patients with hypertension treated with beta blockers to determine the risk of new-onset diabetes mellitus." *The American journal of cardiology* 100.8 (2007): 1254-1262..
- [122] Чазова И. Е., Мычка В. Б. Новые возможности в лечении больных с метаболическим синдромом (результаты исследования ALMAZ) //Системные гипертензии. – 2006. – №. 2. – С. 14-17..
- [123] «Полякова Е.А., Конради А.О., Баранова Е.И., и соавт. Артериальная гипертензия у женщин в пери- и постменопаузальный период: особенности патогенеза, лечения, наблюдения. Российский кардиологический журнал. 2024;29(1):5729. <https://doi.org/10.15829/1560-407>».
- [124] Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, et al. Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2006;166(3):285-293..
- [125] «Поленова Н. В., Косюра С. Д., Вараева Ю. Р., Ливанцова Е. Н., Стародубова А. В. Немедикаментозное лечение дислипидемий: обзор современных методов диетотерапии и нутрицевтики. Кардиология. 2019;59(7S):4–14».
- [126] Sniderman, Allan D., et al. "A meta-analysis of low-density lipoprotein cholesterol, non-high-density lipoprotein cholesterol, and apolipoprotein B as markers of cardiovascular risk." *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 4.3 (2011): 337-345..
- [127] de Keyser, Catherine E., et al. "Statin therapy is associated with a reduced risk of non-alcoholic fatty liver in overweight individuals." *Digestive and Liver Disease* 46.8 (2014): 720-725..
- [128] Hong, Jiang, and Hassah Batool Iftikhar. "Primary Prevention of Cardiovascular Disease with Collaborative Diabetes Study in the Efficacy of Statins: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Cardiology and Cardiovascular Medicine* 2.4 (2018): 123-134.
- [129] Ridker, P. M., et al. "Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein." *50 Landmark Papers Every Vascular and Endovascular Surgeon Should Know* (2020): 34..
- [130] Trialists CT et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials // *The Lancet.* 2012. Vol. 380. №. 9841. P. 581–590..
- [131] Trialists CT et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174 000 participants in 27 randomised trials // *The Lancet.* 2015. Vol. 385. №. 9976. P. 1397–1405..

- [132] Sabatine MS et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease // *New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 376. №. 18. P. 1713–1722..
- [133] Jukema JW et al. ODYSSEY OUTCOMES Committees and Investigators. Alirocumab in patients with polyvascular disease and recent acute coronary syndrome: ODYSSEY OUTCOMES trial // *J Am Coll Cardiol*. 2019. Vol. 74. №. 9. P. 1167–1176..
- [134] Guedeney, Paul, et al. "Efficacy and safety of alirocumab and evolocumab: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *European heart journal* 43.7 (2022): e17-e25..
- [135] «Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, Harrod CG. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;» ;13(3):479–504..
- [136] Verhoef S. P. M. et al. Concomitant changes in sleep duration and body weight and body composition during weight loss and 3-mo weight maintenance // *The American journal of clinical nutrition*. – 2013. – T. 98. – №. 1. – C. 25-31..
- [137] Tuomilehto H., Seppä J., Uusitupa M. Obesity and obstructive sleep apnea—clinical significance of weight loss // *Sleep medicine reviews*. – 2013. – T. 17. – №. 5. – C. 321-329..
- [138] Araghi, Marzieh Hosseini, et al. "Effectiveness of lifestyle interventions on obstructive sleep apnea (OSA): systematic review and meta-analysis." *Sleep* 36.10 (2013): 1553-1562..
- [139] Peppard P. E., Ward N. R., Morrell M. J. The impact of obesity on oxygen desaturation during sleep-disordered breathing // *American journal of respiratory and critical care medicine*. – 2009. – T. 180. – №. 8. – C. 788-793..
- [140] Quintas R. D. et al. Obstructive sleep apnea in normal weight patients: characteristics and comparison with overweight and obese patients // *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*. – 2013. – T. 49. – №. 12. – C. 513-517..
- [141] «Ramar K, Dort LC, Katz SG, Lettieri CJ, Harrod CG, Thomas SM, Chervin RD. Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea and snoring with oral appliance therapy: an update for 2015. *J Clin Sleep Med* 2015;11(7):773–827.».
- [142] «Morgenthaler TI; Kapen S; Lee-Chiong T et al. Practice parameters for the medical therapy of obstructive sleep apnea. *SLEEP* 2006;29(8):1031-1035».
- [143] «Yingjuan M, Siang WH, Leong Alvin TK, Poh HP. Positional Therapy for Positional Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Med Clin*. 2020 Jun;15(2):261-275. doi: 10.1016/j.jsmc.2020.02.012.».

- [144] «Patil SP, Ayappa IA, Caples SM, Kimoff RJ, Patel SR, Harrod CG. Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2019;15(2):335–343.».
- [145] Iftikhar, Imran H., et al. "Meta-analyses of the association of sleep apnea with insulin resistance, and the effects of CPAP on HOMA-IR, adiponectin, and visceral adipose fat." *Journal of Clinical Sleep Medicine* 11.4 (2015): 475-485..
- [146] Guo, Jun, et al. "Effect of CPAP therapy on cardiovascular events and mortality in patients with obstructive sleep apnea: a meta-analysis." *Sleep and Breathing* 20.3 (2016): 965-974..
- [147] «Клинические рекомендации. Неалкогольная жировая болезнь печени у взрослых. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/748_1».
- [148] Hickman IJ, Jonsson JR, Prins JB, et al. Modest weight loss and physical activity in overweight patients with chronic liver disease results in sustained improvements in alanine aminotransferase, fasting insulin, and quality of life. *Gut*. 2004;53(3):413-41.
- [149] Wong VW, Chan RS, Wong GL, et al. Community-based lifestyle modification programme for non-alcoholic fatty liver disease: a randomized controlled trial. *J Hepatol*. 2013;59(3):536-542..
- [150] Lazo M, Solga SF, Horska A, et al. Fatty Liver Subgroup of the Look AHEAD Research Group. Effect of a 12-month intensive lifestyle intervention on hepatic steatosis in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(10):2156-2163.
- [151] «Gepner Y. et al. The beneficial effects of Mediterranean diet over low-fat diet may be mediated by decreasing hepatic fat content. // *J Hepatol*. 2019 Aug;71(2):379-388. doi: 10.1016/j.jhep.2019.04.013.».
- [152] «Suarez M., Boque N., Del Bas J. M., Mayneris-Perxachs J., Arola L., Caimari A. Mediterranean diet and multi-ingredient-based interventions for the management of non-alcoholic fatty liver disease // *Nutrients*. 2017; 9 (10), pii: E1052.».
- [153] «Romero-Gomez M, Zelber-Sagi S, Trenell M. Treatment of NAFLD with diet, physical activity and exercise. *J Hepatol*. 2017;67(4):829-46.».
- [154] Li Y. et al. Metformin in non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta analysis // *Biomedical reports*. – 2013. – Т. 1. – №. 1. – С. 57-64..
- [155] Blazina I., Selph S. Diabetes drugs for nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review // *Systematic reviews*. – 2019. – Т. 8. – №. 1. – С. 1-13..
- [156] Kazemi R. et al. Metformin in nonalcoholic steatohepatitis: a randomized controlled trial // *Middle East journal of digestive diseases*. – 2012. – Т. 4. – №. 1. – С. 16..

- [157] «Pinyopornpanish K, Leerapun A, Pinyopornpanish K, Chattipakorn N. Effects of Metformin on Hepatic Steatosis in Adults with Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Diabetes: Insights from the Cellular to Patient Levels. *Gut Liver*. 2021 Nov 15;15(6):827-840.» *doi: 10.5009/gnl20367*. .
- [158] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 778н "О Порядке организации медицинской реабилитации взрослых" Зарегистрировано в Минюсте РФ 25 сентября 2020 г. Регистрационный № 60039 <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>.
- [159] Global Burden of Disease Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1345–1422..
- [160] Погосова Н.В. Значимость кардиореабилитации в эпоху современного лечения сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиология* 2022; 4: 4 – 10.
- [161] Ambrosetti M., Abreu A., Corrà U., et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation, Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2020; 28:460-495. .
- [162] Barber S., Thornicroft G. Reducing the Mortality Gap in People With Severe Mental Disorders: The Role of Lifestyle Psychosocial Interventions. *Front Psychiatry*. 2018;9:463..
- [163] Piepoli MF, Conraads V, Corrà U, et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation., *Eur J Heart Fail*. 2011;13(4):347-357. *doi:10.1093/eurjhf/hfr017*.
- [164] «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, и соавт. Издание 2-е. —» М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с. ISBN 978-5-6043991-1-8.
- [165] Schwarz PE, Lindström J, Kissimova-Scarbeck K, et al. The European perspective of type 2 diabetes prevention: diabetes in Europe – prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 2008; 116: 167–172..
- [166] Zomer, E., et al. "Interventions that cause weight loss and the impact on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis." *Obesity reviews* 17.10 (2016): 1001-1011..

- [167] Franz, Marion J., et al. "Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up." *Journal of the American Dietetic association* 107.10 (2007): 1755-1767..
- [168] Jensen, Michael D., et al. "2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society.", *Journal of the American college of cardiology* 63.25 Part B (2014): 2985-3023..
- [169] «Справочно-информационный материал для реализации обучающей (просветительской) программы вопросам здорового питания для взрослого населения разного возраста. УТВЕРЖДЕН приказом Роспотребнадзора №379 от 07.07.2020.».
- [170] Методические рекомендации по повышению физической активности / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, О.В. Лиценко. – Воронеж: ООО «Канцтовары», 2019. – 54 с..
- [171] Mohammadreza B et al. Prognostic significance of the complex “Visceral Adiposity Index” vs. simple anthropometric measures: Tehran lipid and glucose study // *Cardiovasc Diabetol.* 2012. Vol. 11. P. 20..
- [172] «Cleeman JJ, Grundy SM, Becker D, et al. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III),» *JAMA.* 2001;285:2486–2497..
- [173] Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A ‘stages of change’ approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician* 2000;61(5):1409-16..
- [174] «Garvey W. T. et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity // *Endocrine Practice.* – 2016. – Т. 22. – С. 1-203.».
- [175] «Методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации"».
- [176] «WHO&FAO. Human energy requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation Rome, 17–24 October 2001. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations University Publ., 2004.».
- [177] «Mifflin MD, St Jeor ST, Hill LA, et al. A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 1990; 51(2):241–247».

[178] Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc.* 1982;14:377-381. Borg G. Psychophysical scaling with applications in physical work and the perception of exertion. *Scand J Work Environ Health.* 1990;16(Suppl 1):55–58..

[179] «Bray, George A. "Classification and evaluation of the overweight patient." In *Handbook of obesity*, pp. 13-40. CRC Press, 2008.».

1291

1292

1293

1294

1295 **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру**
1296 **клинических рекомендаций**

1297

1298 Члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта
1299 интересов. В случае сообщения о наличии конфликта интересов член(ы) рабочей группы
1300 был(и) исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

1301

1302

1303 **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

1304

1305 В Рекомендациях, основанных на результатах крупнейших эпидемиологических,
1306 рандомизированных клинических исследований и метаанализов, обобщены и изложены
1307 основные принципы лечения пациентов с избыточной массой тела в целом и в особых
1308 клинических ситуациях. Основная цель Рекомендаций — облегчить принятие решения при
1309 выборе оптимальной стратегии лечения конкретного пациента с избыточной массой тела.
1310 Тем не менее окончательное решение о лечении должно быть принято с учетом
1311 индивидуальных особенностей механизмов развития и течения заболевания.

1312 **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

- 1313 1. Врач-кардиолог
1314 2. Врач-терапевт
1315 3. Врач общей практики
1316 4. Врач-эндокринолог
1317 5. Врач-гастроэнтеролог
1318 5. Врач-диетолог
1319 6. Врач-невролог

1320

1321 **Таблица 1/А2 — Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для**
1322 **методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных,**
1323 **реабилитационных вмешательств)**

1324

Уровни достоверности доказательств (УДД) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрирован 08.05.2019 № 54588)	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

1325

1326

1327

1328 **Таблица 2/А2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов**
 1329 **диагностики (диагностических вмешательств)**
 1330

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

1331 **Таблица 3/А2. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций(УУР) для методов**
 1332 **профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических,**
 1333 **диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**
 1334
 1335

Уровень убедительности рекомендации (УУР), Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрирован 08.05.2019 № 54588)	
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными).

1336
 1337
 1338
 1339
 1340

1341 **Порядок обновления клинических рекомендаций**

1342 Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их
1343 систематическую актуализацию — не реже чем один раз в три года или при появлении новой
1344 информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении
1345 принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими
1346 некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения
1347 должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов,
1348 медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

1349

- 1350 **Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие**
1351 **показаний к применению и противопоказаний, способов применения и**
1352 **доз лекарственных препаратов инструкции по применению**
1353 **лекарственного препарата**
- 1354 1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. № 520н
1355 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
- 1356 2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 103н «Об
1357 утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра,
1358 типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной
1359 обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» (Зарегистрирован
1360 08.05.2019 № 54588)
- 1361

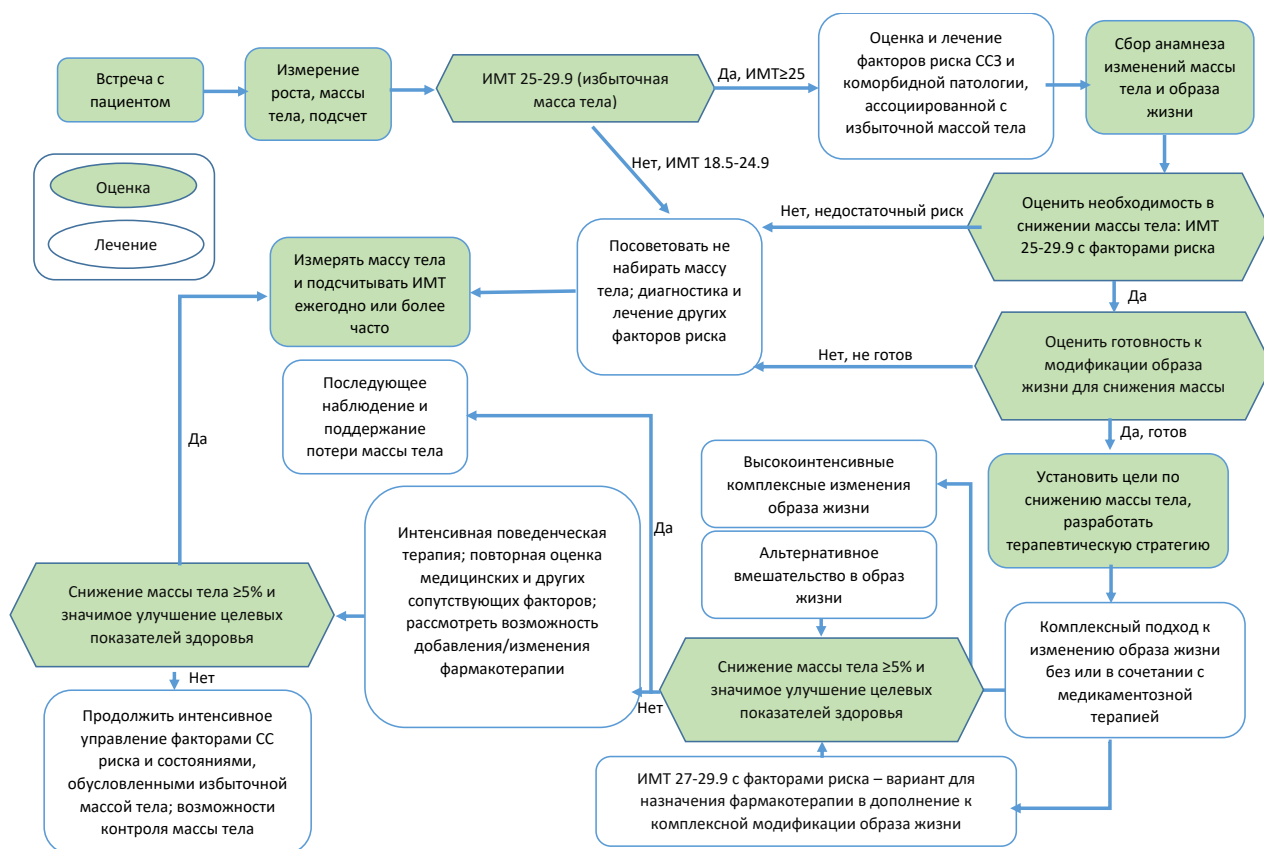
1362

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

1363

1364 Таблица П1/Б. Алгоритм ведения пациентов с избыточной массой тела

1365



1366

1367

ANA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults [168]

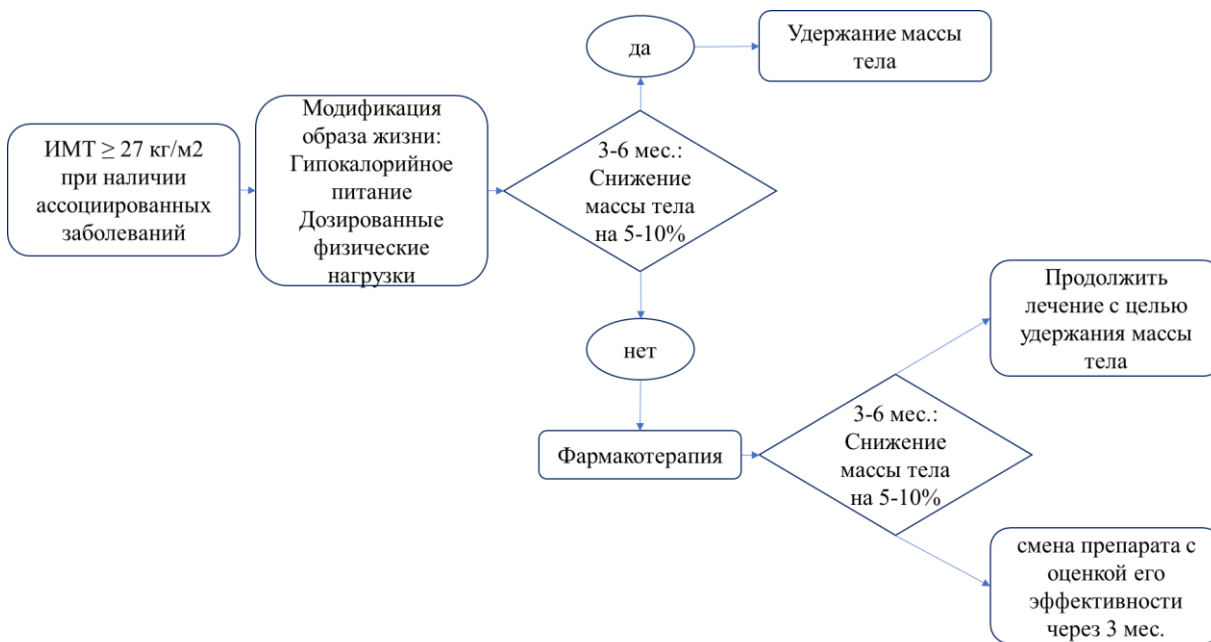
1368

1369

1370

1371

Таблица П2/Б. Алгоритм медикаментозной терапии избыточной массы тела [51].



1372

1373

1374 **Таблица ПЗ/Б. Алгоритм выбора препаратов для фармакотерапии избыточной**
 1375 **массы тела [51].**
 1376

	Орлистат	Сибутрамин, Сибутрамин + МКЦ, Сибутрамин + метформин	Лираглутид 3 мг
Артериальная гипертензия	+	+/-	+
ИБС, цереброваскулярная болезнь	+	-	+
ХСН	+	-	+
Панкреатиты	+	+	+/-
Медуллярный рак ЦЖ	+	+	-
Желчнокаменная болезнь	+/-	+	+/-
Холестаз	-	+	+
Заболевания ЖКТ, сопровождающиеся диареей	-	+	+/-
Предиабет	+	+	+

1377

1378

1379

1381 Избыточная масса тела — заболевание, основным симптомом которого является избыток
1382 жировой ткани (жировых отложений), который может откладываться в разных зонах, в том
1383 числе и вокруг/внутри внутренних органов. В основе диагностики лежит такое понятие, как
1384 индекс массы тела – ИМТ. ИМТ – это отношение массы тела (в килограммах) к квадрату
1385 роста (в метрах). Коэффициент ИМТ в диапазоне 25-29,9 кг/м² соответствует избыточной
1386 массе тела. Критерий ИМТ является простым и легко применимым даже в домашних
1387 условиях показателем. Можно оценить и другие параметры излишнего накопления жировой
1388 массы: окружность талии, отношение окружности талии к окружности бедер и другие
1389 критерии. Кроме этого, существуют инструментальные методы оценки состава тела с
1390 расчетом, в том числе, содержания жировой ткани в организме (например,
1391 биоимпедансометрия).

1392 Важно помнить, что избыточная масса тела – это как возможная эстетическая проблема, так и
1393 серьезный фактор риска развития атеросклероза и сахарного диабета 2 типа. Среди наиболее
1394 распространенных последствий избыточной массы тела:

- 1395 • Заболевания сердца и сосудов – увеличивается нагрузка на сердце, риск инфарктов
1396 миокарда, инсультов, появления артериальной гипертонии, атеросклероза и других
1397 патологий.
- 1398 • Ухудшение работы дыхательной и нервной систем, что приводит к возникновению
1399 нарушения дыхания и остановке дыхания во время сна, недостаточному снабжению
1400 тканей кислородом, появлению храпа, быстрой утомляемости и частым простудным
1401 заболеваниям.
- 1402 • Эндокринные нарушения – нарушение чувствительности к инсулину, вплоть до
1403 развития сахарного диабета 2 типа, нарушение синтеза половых гормонов, что может
1404 проявляться в виде нарушений менструального цикла у женщин, снижению
1405 детородной функции, также возможны изменения внешности у мужчин и женщин.
- 1406 • Заболевания органов пищеварительной системы – могут появиться изменения в
1407 печени (по типу жирового гепатоза), воспаление желчного пузыря и формирование
1408 камней в нем (желчнокаменная болезнь), а также заброс содержимого желудка в
1409 пищевод, сопровождающийся отрыжкой и изжогой.
- 1410 • Онкологические заболевания. Распространенность некоторых онкологических
1411 заболеваний, включая рак молочной железы и простаты выше при избыточной массе
1412 тела.
- 1413 • Заболевания опорно-двигательного аппарата появляются из-за повышения нагрузки
1414 на позвоночник и суставы. К тому же снижение уровня физической активности ведет
1415 к ослаблению мышц, нарушениям кровообращения в них, а это ухудшает питание
1416 костной и хрящевой ткани. Развиваются дегенеративно-дистрофические заболевания
1417 – остеопороз, артриты, артрозы и другие.

1418 Основная причина развития избыточной массы тела – нарушение баланса: избыточное
1419 потребление энергии с пищей и напитками, и снижение энерготрат (низкая физическая
1420 активность и сидячий образ жизни). Также на набор массы тела влияют социальные и
1421 экономические факторы, такие как уровень образования, уровень дохода, национальные и
1422 региональные особенности. Кроме того, значение имеют стрессовые ситуации,
1423 психологические проблемы и сопутствующие психиатрические заболевания, расстройства
1424 пищевого поведения и т.д..
1425

- 1426 Главным фактором снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, СД 2 типа
 1427 и других осложнений является контроль и предотвращение набора массы тела. Желательно
 1428 поддерживать индекс массы тела на уровне $<25 \text{ кг/м}^2$.
- 1429 Пациент должен знать об имеющихся у него и членов его семьи факторах риска сердечно-
 1430 сосудистых заболеваний— это курение, повышенный уровень холестерина, избыточная
 1431 масса тела, психоэмоциональный стресс и малоподвижный образ жизни. Влияние указанных
 1432 модифицируемых факторов риска может быть снижено. Особенно важна их коррекция при
 1433 наличии у пациента и членов его семьи некорректируемых факторов риска, к которым
 1434 относятся: наличие в семейном анамнезе ранних мозговых инсультов, инфарктов миокарда,
 1435 сахарного диабета; а также мужской пол; пожилой возраст; физиологическая или
 1436 хирургическая менопауза у женщин.
- 1437 Коррекцию факторов риска требуется проводить не только у пациента, но и у членов его
 1438 семьи. Она осуществляется путем формирования приверженности к здоровому образу жизни
 1439 с детского возраста на примере родителей и реализации программ семейной первичной
 1440 профилактики и, рекомендованных врачом.
- 1441
- 1442 Нормальные показатели:
- 1443 • индекс массы тела (Кетле) = масса тела в килограммах/рост² (в м²)
 - 1444 – 15–19,9 кг/м² — недостаточная масса тела;
 - 1445 – 20–24,9 кг/м² — нормальная масса тела (целевой уровень);
 - 1446 – 25–29,9 кг/м²- избыточная масса тела;
 - 1447 – 30–39,9 кг/м² — ожирение;
 - 1448 – 40 кг/м² — выраженное ожирение.
- 1449• индекс талия/бедра (ИТБ): ИТБ = ОТ/ОБ, где ОТ (окружность талии) —окружность,
 1450 измеренная на середине расстояние между нижним краем реберной дуги и верхним краем
 1451 тазовой кости; ОБ (окружность бедер) — наибольшая окружность, измеренная на уровне
 1452 ягодиц.
- 1453 – 0,8–0,9 — промежуточный тип распределения жировой ткани,
 - 1454 – $<0,8$ — гиноидный (бедренно-ягодичный),
 - 1455 – $>0,9$ — андронидный (абдоминальный);
- 1456 • интерпретация уровней холестерина плазмы:
 - 1457 • целевой уровень ХС ЛНП для пациентов с очень высоким риском $< 1,4$ ммоль/л
 1458 или его снижение не менее чем на 50% от исходного уровня, если он находился в
 1459 диапазоне 1,8–3,5 ммоль/л (70–135 мг/дл)
 - 1460 • целевой уровень ХС ЛНП для пациентов с высоким риском $< 1,8$ ммоль/л или его
 1461 снижение не менее чем на 50% от исходного уровня, если он находился в
 1462 диапазоне 2,6–5,2 ммоль/л (100–200 мг/дл)
 - 1463 • целевой уровень ХС ЛНП для пациентов с умеренным риском по шкале SCORE-2
 1464 для лиц в возрасте 40–69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет $<2,6$
 1465 ммоль/л
 - 1466 • целевой уровень ХС ЛНП для пациентов с низким риском по шкале SCORE-2 для
 1467 лиц в возрасте 40–69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет <3 ммоль/л
 - 1468 • ХС ЛВП $>1,2$ ммоль/л (у женщин), $>1,0$ ммоль/л (у мужчин),
 - 1469 • триглицеридов $< 1,7$ ммоль/л
- 1470 • уровни глюкозы в плазме натощак не выше 6,1 ммоль/л;
 - 1471 • уровни мочевой кислоты сыворотки крови <420 мкмоль/л (у мужчин), < 360 мкмоль/л (у
 1472 женщин).
- 1473 Если пациент получает препараты для снижения массы тела, он должен быть осведомлен об
 1474 ожидаемом эффекте, изменениях самочувствия и качестве жизни в ходе терапии, возможных
 1475 побочных эффектах и способах их устранения.

1476 В основе лечения избыточной массы тела лежит изменение образа жизни: здоровое
1477 питание и физические нагрузки.

1478 **Здоровое питание** – ежедневный рацион, полностью обеспечивающий Ваши
1479 потребности, отвечающий принципам безопасности и характеризующийся оптимальными
1480 показателями качества, создающий условия для нормального роста, физического и
1481 интеллектуального развития и жизнедеятельности, способствующий укреплению здоровья и
1482 профилактике заболеваний.

1483 Когда речь идет о здоровом, оптимальном питании, следует помнить о двух основных
1484 законах.

1485 **Закон первый: соответствие энергетической ценности (калорийности) рациона**
1486 **энерготратам человека.**

1487 Важнейшая роль пищи заключается в обеспечении организма энергией и пищевыми
1488 веществами.

1489 **Энергетический баланс** – равновесное состояние между поступающей с пищей
1490 энергией и ее затратами на все виды физической активности, поддержание основного обмена,
1491 роста, развития и дополнительными затратами у женщин при беременности и грудном
1492 вскармливании.

1493 Все физиологические процессы и реакции в живом организме осуществляются
1494 путем расходования энергии. Для обеспечения энергетического равновесия потребление
1495 энергии с пищей должно соответствовать энергетическим тратам.

1496 **Энерготраты суточные** – сумма всех затрат энергии организма в течение суток,
1497 включающая основной обмен, физическую активность, специфическое динамическое
1498 действие пищи (пищевой термогенез), холодовой термогенез (поддержание температуры
1499 тела), рост и формирование тканей у детей, а также плода у беременных и выработку молока
1500 у кормящих грудью женщин.

1501 **Суточные энерготраты** складываются из расхода энергии на:

1502 1) **основной обмен** – энерготраты, необходимые для поддержания сердечной деятельности,
1503 дыхания, температуры тела и т.п. в состоянии относительного покоя. Он зависит от возраста,
1504 пола, массы тела. Считают, что его уровень у здорового человека среднего возраста
1505 приблизительно соответствует расходу 1 килокалории в час на каждый килограмм массы
1506 тела. В среднем для женщин он составляет 1400 ккал, а для мужчин – 1800 ккал. Более точно
1507 величину основного обмена можно рассчитать по формулам или даже измерить у врача
1508 диетолога при помощи специального обследования.

1509 2) **пищевой термогенез** – энергия, которая расходуется на переваривание, всасывания и
1510 усвоение пищевых веществ (примерно 5-10% от общих энерготрат).

1511 3) **физическую активность** (которая составляет 1000-1300 ккал в день и более).

1512 Суточную потребность в калориях с учетом физической активности можно узнать,
1513 умножив величину основного обмена на коэффициент физической активности. Для расчета
1514 **суточного расхода энергии** с учетом физической активности используется следующая
1515 формула:

1516

Величина основного обмена	X	1,4 (при малоподвижном образе жизни) 2,0 (при умеренно активном образе жизни) 2,5 (при высокой физической активности)
--------------------------------------	---	---

1517

1518 Всю потребность в энергии наш организм получает из пищи. Основу рациона
1519 составляют три класса основных пищевых веществ или макронутриентов – белки, жиры и
1520 углеводы. Подсчитано, что при окислении 1 г белка и углеводов выделяется около 4 ккал,
1521 жиров – 9 ккал, а спирта – 7 ккал. В сбалансированном (здоровом) рационе белки должны
1522 составлять 10-15% по калорийности, жиры – не более 30%, углеводы – 50-55%. Что
1523 соответствует в среднем 60-114 г белков (около 0,80-0,90 г на кг массы тела) в сутки, 57-127
1524 г жиров и 238-551 г углеводов в сутки.

1525 Любое несоответствие количества потребляемой энергии прямо отражается на массе

1526 тела человека. Если в течение какого-то времени масса тела не изменяется, то можно
1527 говорить о том, что между потреблением энергии с пищей и расходом ее в организме
1528 установился баланс. Избыток потребления энергии (переедание) или недостаток
1529 (недоедание, голод) нарушают этот баланс. Избыток потребления энергии приводит к
1530 отложению жира в теле и увеличению массы тела. Недостаток потребления энергии
1531 сопровождается снижением массы тела.

1532 Таким образом, человек легко может оценить адекватность потребления энергии с
1533 пищей. При сохранении массы тела постоянной можно говорить о балансе потребляемой и
1534 расходуемой энергии.

1535 Добиться снижения массы тела можно только уменьшив потребление энергии с
1536 пищей (т.е. сократив энергетическую плотность), либо увеличив физическую нагрузку, а
1537 лучше и эффективнее всего – одновременно осуществлять и то и другое.

1538 **Закон второй: Соответствие химического состава рациона человека его**
1539 **физиологическим потребностям в пищевых веществах.**

1540 Часто его еще называют законом разнообразия! Чем разнообразнее Ваш рацион, тем
1541 ниже риск дефицита незаменимых пищевых веществ, микронутриентов, витаминов и
1542 минеральных веществ!

1543 Потребление необходимого количества пищевых веществ и в нужных соотношениях
1544 составляет один из основных научных принципов оптимального, здорового питания.

1545 Потребности каждого человека в энергии и пищевых веществах (белке, жирах,
1546 углеводах, витаминах, макро- и микроэлементах) **индивидуальны** и закреплены
1547 генетически, и зависят от пола, возраста, физической активности и ряда факторов
1548 окружающей среды.

1549 Одной из сторон этого закона является и понятие критически значимых нутриентов.
1550 Это те пищевые вещества, потребление которых нужно ограничить. На сегодняшний день
1551 сюда мы относим соль – ограничение потребления до 5 г с утки; добавочные сахара (простые
1552 углеводы, сахар, которые добавляются при приготовлении пищи) – 5-10% от суточного
1553 энергопотребления, что в среднем составляет 50 г в сутки; и трансизомеры жирных кислот
1554 (эти жиры содержатся в незначительных количествах в продуктах природного
1555 происхождения, однако в основном поступают к нам в пищевых продуктах при
1556 промышленной обработке жидких растительных жиров, например при производстве
1557 маргарина, кондитерских изделий, или при длительном нагревании масла при приготовлении
1558 во фритюре) – не более 1% от энергетической ценности рациона.

1559 Также важно адекватное потребление питьевой воды! Вода – важнейший компонент
1560 здорового питания. Именно чистая питьевая вода должна использоваться для утоления
1561 жажды. Считается, что на каждую ккал рациона должно приходиться 1-1,5 мл воды, что
1562 составляет 1,4-2,2 литра в сутки. При этом в отдельные периоды жизни (беременность,
1563 лактация, потеря жидкости со рвотой или жидким стулом и др.), при высоких физических
1564 нагрузках, а также при высокой температуре окружающей среды и активном потоотделении
1565 потребности в воде повышаются и могут достигать 4 литров в сутки.
1566

1567 **ПРАВИЛА ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ [169]**

1568 Предлагаем 11 основных правил здорового питания. Соблюдение этих правил обеспечит
1569 здоровье и будет способствовать профилактике алиментарно-зависимых заболеваний.

- 1570 1. Потребляйте разнообразную пищу, в основе которой лежат продукты, как животного,
1571 так и растительного происхождения.
- 1572 2. Потребляйте несколько раз в день хлеб и хлебобулочные изделия, зерновые продукты,
1573 рис, картофель, макаронные изделия, бобовые.
- 1574 3. Несколько раз в день ешьте разнообразные овощи и фрукты, предпочтительно в
1575 свежем виде (не менее 400 г в день).

- 1576 4. Контролируйте потребление жиров (не более 30% суточной энергии) и заменяйте
1577 большую часть насыщенных жиров ненасыщенными растительными маслами или
1578 мягкими спредами.
1579 5. Заменяйте жирные мясо и мясные продукты фасолью, бобами, чечевицей, рыбой,
1580 птицей или нежирным мясом.
1581 6. Ежедневно потребляйте молоко, сыр, кисломолочные продукты (творог, кефир,
1582 простоквашу, ацидофилин, йогурт) с низким содержанием жира, сахара и соли.
1583 7. Выбирайте такие продукты, в которых мало сахара, ограничивая частоту
1584 употребления рафинированного сахара, сладких напитков и сладостей.
1585 8. Выбирайте пищу с низким содержанием соли. Суммарное потребление соли должно
1586 быть не более одной чайной ложки (5-6 г) в день, включая соль, находящуюся в хлебе
1587 и обработанных или консервированных продуктах.
1588 9. Соблюдайте правильный водный режим. Употребление алкоголя необходимо
1589 ограничить до 2 порциями (по 10 г спирта каждая) в день.
1590 10. Поддерживайте массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела от 20 до
1591 25) путем получения умеренных, предпочтительно ежедневных физических нагрузок
1592 и правильного питания.
1593 11. Соблюдайте правильный режим питания. Готовьте пищу безопасным и гигиеничным
1594 способом. Уменьшить количество добавляемых жиров помогает приготовление пищи
1595 на пару, выпечка, варка или обработка в микроволновой печи. Для здоровых людей
1596 рекомендуется 4-5 разовое питание с 3-4-часовыми промежутками. Завтрак должен
1597 составлять 25-30% дневного рациона, обед – 30-35%, ужин – 20-25%. В промежутке
1598 между основными приемами пищи можно устраивать перекусы (5-15% от общей
1599 калорийности): употреблять фрукты, сухофрукты, орехи, низкожирные молочные
1600 продукты без сахара.

1601

1602 **Советы пациенту и его семье:**

- 1603 • Достаточным считается сон не менее 7 часов в сутки.
1604 • Масса тела должна приближаться к идеальной (ИМТ более 18,5 и менее 25 кг/м²). Для
1605 этого суточная калорийность пищи в зависимости от массы тела и характера работы
1606 должна составлять от 1500 до 2000 ккал. Потребление белка — 0,8-0,9 г/кг массы тела в
1607 сутки. Пациенту настоятельно рекомендуется отдавать предпочтение овощам и фруктам
1608 (400 г овощей и фруктов в день), цельнозерновым и хлебу грубого помола, ограничить
1609 потребление пищевых продуктов и блюд с высоким содержанием жиров животного
1610 происхождения, пищевой соли и сахара, жаренных блюд.
1611 • Потребление пищевой соли необходимо ограничить до 5 г/сут (до 3 г при СД 2 типа, АГ).
1612 Рекомендовано не подсаливать пищу, заменять соль другими веществами, улучшающими
1613 вкус пищи (соусы домашнего приготовления без добавления соли, небольшие количества
1614 перца, и др.) В соли содержится натрий, который приводит к задержке воды в организме,
1615 и как следствие, отекам и повышению АД. Необходимо также учитывать источники
1616 скрытой соли (хлеб и хлебо-булочные изделия, сыры, переработанное мясо в виде
1617 колбасных изделий, овощные консервы и соленья).
1618 • Следует увеличить потребление калия (его много в свежих фруктах, овощах, кураге).
1619 Соотношение K^+/Na^+ сдвигается в сторону K^+ при использовании растительных рационов
1620 питания.
1621 • Необходимо прекратить или ограничить курение.
1622 • Потребление алкоголя следует ограничить до 30 мл/сут в пересчете на абсолютный
1623 этанол.
1624 • При гиподинамии (сидячая работа > 5 ч/сут, физическая активность < 10 ч/нед) —
1625 регулярные физические тренировки умеренной интенсивности суммарно не менее 150

1626 минут в неделю. Предпочтительны индивидуально приемлемые для пациента нагрузки:
1627 пешие прогулки, теннис, езда на велосипеде, ходьба на лыжах, работа в саду, плавание.
1628 • Психоэмоциональный стресс на производстве и в быту контролируется правильным
1629 образом жизни. Следует ограничить продолжительность рабочего дня и домашних
1630 нагрузок, избегать ночных смен, командировок. Рекомендуется консультация врача-
1631 психотерапевта.

1632

1633 **Практические советы для повышения уровня ежедневной ФА [170]:**

1634 • Думайте о ФА как о пользе, а не неудобстве. Любые телодвижения рассматривайте
1635 как возможность для укрепления здоровья, а не пустую трату времени.

1636 • Выберите вид ФА, который нравится и отвечает вашему образу жизни, и также
1637 оптимальное время для занятия ФА. Если получится, постарайтесь получать удовольствие от
1638 некоторых регулярных и интенсивных видов ФА, приносящих дополнительную пользу для
1639 здоровья и физического состояния. Выберите тот вид ФА, который доставляет вам радость.

1640 • Будьте активными ежедневно и в максимально возможном числе ситуаций. Начните
1641 с малого, т.е. с того, что вы можете выполнить. Сократите время работы сидя. Возьмите за
1642 правило ходить пешком или ездить на велосипеде вместо поездок на автомобиле или
1643 выполнять какие-либо домашние дела самостоятельно без использования бытовых приборов,
1644 экономящих силы.

1645 • Объедините в одно занятие как минимум 30 мин. ФА средней интенсивности
1646 несколько раз в неделю. Будьте активными с друзьями и семьей.

1647 •

1648 • Один из способов ввести ФА в вашу жизнь – ходить пешком. Сначала ходите пешком
1649 10 мин в день в течение первых 2 нед., далее постепенно увеличивайте время прогулок
1650 пешком и добавляйте новые дни. Ходите пешком на более дальние расстояния, например 15
1651 мин вместо 10 мин, и увеличьте число дней, когда вы ходите пешком. После того как вы
1652 выберите правильный (комфортный) темп, постарайтесь ходить немного быстрее;
1653 практикуйте ходьбу быстрым шагом пару месяцев. Для разнообразия вы можете пожелать
1654 добавить поездки на велосипеде в выходные дни.

1655 • Используйте соответствующие средства защиты для максимального обеспечения
1656 безопасности и минимизации риска травм во время занятий, например, носите удобную
1657 обувь для ходьбы пешком или шлем при поездках на велосипеде.

1658 • Помните! Никогда не поздно начинать увеличивать свою ФА. Возраст – не помеха.
1659 Сделайте ФА частью вашего повседневного образа жизни. Будьте активными по своему
1660 усмотрению каждый день – и всю жизнь!

1661

1662

1663

1664 **Приложение Г1. Правила измерения антропометрических показателей и**
 1665 **основная информация, которая должна быть получена при сборе анамнеза**

1666
 1667

Таблица П1/Г1. Сбор анамнеза у пациента с избыточной массой тела

Медицинский анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • Пол, возраст, национальная принадлежность • Сопутствующая патология • Расстройства пищевого поведения • Другие медицинские или хирургические состояния • Аллергии • Принимаемые препараты** • Курение • Употребление алкоголя • Наркомании (напр., марихуана, кокаин и пр.)
Семейный анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • Члены семьи с ожирением • Значимые заболевания членов семьи
Социальноэкономический и культурный анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • Экономический статус • Социальный статус • Культурная принадлежность • Профессия • Состав семьи • Отношения с родителями • Семейный статус • Жизненная ситуация • Вредные привычки, зависимости (физические, пищевые, сексуальные и т.д.) • Географическое проживание (урбанистическое переделение)
Окружающая среда	<ul style="list-style-type: none"> • Предыдущие попытки снижения массы тела и их результат • Какие барьеры к снижению массы тела возникли • Триггеры нарушения режима (голод, тревога, скука, переделение...) • Еда в ночное время суток • Переделение (эмоциональное, компульсивное, экстернальное переделение, ограничительного типа и т.д.) • Семейные/культурные влияния • Общественное влияние • Готовность к изменениям
Оценка фактического питания	<ul style="list-style-type: none"> • Время • Частота • Состав пищи • Приготовление пищи • Доступность пищи • Места приема пищи дома • Места приема пищи вне дома <ul style="list-style-type: none"> • исключение морбидных стереотипов пищевого поведения: переделение / большие порции, высокая калорийность, голодный завтрак, редкие приемы пищи и переделение вечером, много легко усваиваемых углеводов, много

	сатурированных жиров и холестерина, дефицит полиненасыщенных Омега-3 жиров, витаминов Е, D и пробиотиков
Записи	<ul style="list-style-type: none"> • При первичном обращении – дневник питания, возможно в электронном виде, не менее чем за 72 часа (3 дня, один из которых выходной), включающий количество, время и состав потребляемой пищи для оценки особенностей питания • контроль пациента посредством телефонных звонков 1 раз в 3 дня • контрольные дневники питания при необходимости

1668

1669

1670

****Лекарственные препараты и их потенциальное воздействие на массу тела**

Классы препаратов	Препараты, потенциально способствующие НАБОРУ массы тела	Препараты, нейтральные или потенциально способствующие СНИЖЕНИЮ массы тела
Антипсихотики	<ul style="list-style-type: none"> • Кветиапин • Клозапин • Оланзапин • Рисперидон • Тиоридазин 	<ul style="list-style-type: none"> • Арипипразол • Галоперидол • Зипрасидон
Антидепрессанты	<ul style="list-style-type: none"> • Миртазапин • Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, сертралин, циталопрам^b, эсциталопрам^b, флуоксетин^b) • Ингибиторы MAO (фенелзин) • Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, кломипрамин, доксепин, имипрамин, нортриптилин, протриптилин^b) 	<ul style="list-style-type: none"> • Бупропион • Венлафаксин • Десвенлафаксин • Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (циталопрам^b, эсциталопрам^b, флуоксетин^b)
Противоэпилептические препараты и нормотимики	<ul style="list-style-type: none"> • Габапентин • Прегабалин • Карбамазепин • Дивалпрокс • Литий • Вальпроевая кислота • Вигабатрин 	<ul style="list-style-type: none"> • Топирамат • Ламотриджин • Зомисомид
Гипогликемические препараты	<ul style="list-style-type: none"> • Инсулин • Препараты сульфонилмочевины (хлорпропамид, глипизид, глимепирид, глибурид) • Меглитиниды (натеглинид, репаглинид) • Тиазолидиндионы (пиоглитазон, розиглитазон) 	<ul style="list-style-type: none"> • Агонисты ГПП-1 (семаглутид, дулаглутид, лираглутид, эксенатид, ликсисенатид) • Ингибиторы НГЛТ-2 (дапаглифлозин, эмпаглифлозин, канаглифлозин, эртуглифлозин, ипраглифлозин) • Метформин • Ингибиторы альфа-глюкозидазы (акарбоза, миглитол)

		<ul style="list-style-type: none"> • Ингибиторы ДПП-4 (вилдаглиптин, ситаглиптин, алоглиптин, саксаглиптин, линаглиптин)
Бета-блокаторы	<ul style="list-style-type: none"> • Метопролол • Атенолол • Пропранолол 	<ul style="list-style-type: none"> • Карведилол • Небиволол <p>Другие классы гипотензивных препаратов могут быть альтернативой в зависимости от показаний (например, стенокардии, сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, мигрени). Рассмотрите блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, БРА и тиазидные или петлевые диуретики, по показаниям.</p>
Альфа-блокаторы	<ul style="list-style-type: none"> • Теразозин 	При доброкачественной гиперплазии предстательной железы (например, доксазозин, альфузозин, тамсулозин)
Глюкокортикоиды	<ul style="list-style-type: none"> • Преднизон • Гидрокортизон • Метилпреднизолон 	Альтернативы при ревматологических заболеваниях: <ul style="list-style-type: none"> • НПВС • Биопрепараты • Нетрадиционные методы лечения
Гормоны	<ul style="list-style-type: none"> • Прогестины (медроксипрогестерон, мегестрола ацетат) 	Для контрацепции рассмотрите альтернативные методы (например, внутриматочные спирали).
Антигистаминные препараты	<ul style="list-style-type: none"> • Цетиризин • Ципрогептадин 	В зависимости от симптомов рассмотрите возможность использования назального спрея ипратропия, деконгестантов, ингаляторов, немедикаментозных мер (например, промывание носа)

1671 а Информация, представленная в таблице, не должна считаться исчерпывающей и
1672 представляет собой компиляцию информации из медицинской литературы (систематические
1673 обзоры, метаанализы, анализ подгрупп клинических испытаний, когортные исследования,
1674 обзоры), некоторые из которых, возможно, включали разные препараты для сравнения с
1675 разными результатами в зависимости от продолжительности наблюдения, исходной массы
1676 тела, сопутствующих заболеваний пациентов и т. д.; медицинские и аптечные ресурсы; и
1677 выберите информацию о продукте (нежелательные явления, постмаркетинговые отчеты и
1678 отчеты о случаях)

1679 б Сообщалось как о прибавке массы тела, так и о потере ее

1680

1681

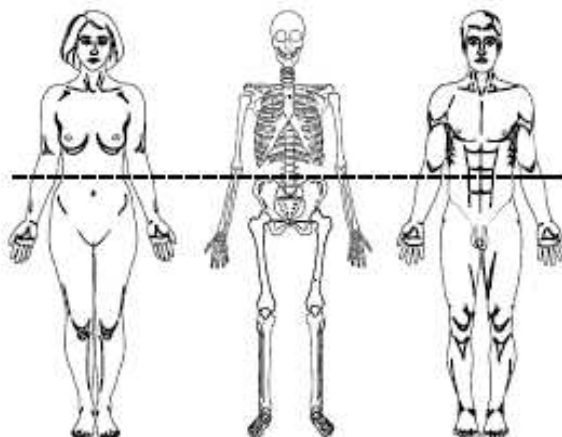
1682 **Таблица П2/Г1. Техника измерения антропометрических показателей**

1683 ***Измерение окружности талии***

1684

1685 В соответствии с протоколом Всемирной организации здравоохранения измерение
1686 окружности талии (ОТ) должно производиться стоя без обуви, при плавном выдохе, при упоре на обе
1687 стопы и с руками, свободно вытянутыми вдоль туловища в средней точке между нижним краем
1688 последнего прощупываемого ребра и верхней частью гребня подвздошной кости. Измерительная
1689 лента должна быть изготовлена из материала, не поддающегося легкому растяжению. Лента должна
1690 располагаться перпендикулярно длинной оси тела и параллельно полу и иметь достаточное

- 1691 натяжение для обеспечения точности измерения. Измерения, как правило, выполняют два раза и
 1692 регистрируются с точностью до 0,1 см [21].
- 1693 • Насупайте гребни подвздошных костей и определите их наиболее высокую часть.
 - 1694 • Проведите измерительную ленту горизонтально на уровне подвздошных костей вокруг живота.
 - 1695 • Убедитесь, что лента не сдавливает кожу.
 - 1696 • Измерьте окружность талии в конце выдоха.



- 1697 Расположение измерительной ленты при определении окружности талии у взрослых.
 1698 **Измерение окружности бедер**
 1699 Окружность бедер (ОБ) измеряют по самой выступающей части ягодиц, держа
 1700 сантиметровую ленту параллельно полу.
 1701

- 1702 **Измерение роста**
 1703 Для измерения роста используют ростомер. Он состоит из площадки, вертикальной
 1704 стойки с делениями и передвижной планшетки.
- 1705 1. Пациент встает спиной к стойке, касается ее пятками, ягодицами, лопатками и
 1706 затылком.
 - 1707 2. Положение головы должно быть таким, чтобы верхние края наружных слуховых
 1708 проходов и углы глаз были на одном горизонтальном уровне.
 - 1709 3. Опустите планшечку на голову пациента:
 1710 - зафиксируйте показания по правой стороне шкалы ростомера;
 1711 - запишите данные в учетный документ.

- 1712 Если рост пациента измеряют в положении сидя, к высоте сидящего пациента
 1713 прибавляют расстояние от скамейки до пола или снимают показания по левой стороне
 1714 шкалы.

1715 **Измерение массы тела и расчет ИМТ**

- 1716 Проводят на медицинских весах. Взвешивание проводят натощак в нательном белье после утреннего
 1717 посещения туалета.

- 1719 • Отрегулируйте весы, установите нулевой показатель.
- 1720 • Пациенту следует без обуви встать на платформу весов.
- 1721 • Спросите ориентировочную массу тела пациента.
- 1722 • Установите килограммовую гирию до указанной пациентом массы тела.
- 1723 • Откройте затвор арретира (механического приспособления для закрепления подвижной части
 1724 измерительного прибора).
- 1725 • Передвигайте граммовую гирию до уравнивания коромысла весов.
- 1726 • Закройте затвор арретира.
- 1727 • Попросите пациента сойти с платформы.
- 1728 • Зафиксируйте показание в учетной документации.

- 1729 Индекс массы тела рассчитывается по формуле:
 1730
 1731
 1732

1733
1734
1735
1736
1737

$$I = \frac{m}{h^2},$$

где:

• m — масса тела в килограммах

• h — рост в метрах,

и измеряется в кг/м².

		Вес, кг																								
		45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	102	105	108	111	114	117
Рост, см	150,0	20,0	21,3	22,7	24,0	25,3	26,7	28,0	29,3	30,7	32,0	33,3	34,7	36,0	37,3	38,7	40,0	41,3	42,7	44,0	45,3	46,7	48,0	49,3	50,7	52,0
	152,0	19,5	20,8	22,1	23,4	24,7	26,0	27,3	28,6	29,9	31,2	32,5	33,8	35,1	36,4	37,7	39,0	40,3	41,6	42,9	44,1	45,4	46,7	48,0	49,3	50,6
	154,0	19,0	20,2	21,5	22,8	24,0	25,3	26,6	27,8	29,1	30,4	31,6	32,9	34,2	35,4	36,7	37,9	39,2	40,5	41,7	43,0	44,3	45,5	46,8	48,1	49,3
	156,0	18,5	19,7	21,0	22,2	23,4	24,7	25,9	27,1	28,4	29,6	30,8	32,1	33,3	34,5	35,7	37,0	38,2	39,4	40,7	41,9	43,1	44,4	45,6	46,8	48,1
	158,0	18,0	19,2	20,4	21,6	22,8	24,0	25,2	26,4	27,6	28,8	30,0	31,2	32,4	33,6	34,9	36,1	37,3	38,5	39,7	40,9	42,1	43,3	44,5	45,7	46,9
	160,0	17,5	18,8	19,9	21,1	22,3	23,4	24,6	25,8	27,0	28,1	29,3	30,5	31,6	32,8	34,0	35,2	36,3	37,5	38,7	39,8	41,0	42,2	43,4	44,5	45,7
	162,0	17,1	18,3	19,4	20,6	21,7	22,9	24,0	25,1	26,3	27,4	28,6	29,7	30,9	32,0	33,2	34,3	35,4	36,6	37,7	38,9	40,0	41,1	42,3	43,4	44,6
	164,0	16,7	17,8	19,0	20,1	21,2	22,3	23,4	24,5	25,7	26,8	27,9	29,0	30,1	31,2	32,3	33,5	34,6	35,7	36,8	37,9	39,0	40,1	41,2	42,3	43,5
	166,0	16,3	17,4	18,5	19,6	20,7	21,8	22,9	24,0	25,0	26,1	27,2	28,3	29,4	30,5	31,6	32,7	33,7	34,8	35,9	37,0	38,1	39,2	40,3	41,4	42,5
	168,0	15,9	17,0	18,1	19,1	20,2	21,3	22,3	23,4	24,4	25,5	26,6	27,6	28,7	29,8	30,8	31,9	33,0	34,0	35,1	36,1	37,2	38,3	39,3	40,4	41,5
	170,0	15,6	16,6	17,6	18,7	19,7	20,8	21,8	22,8	23,9	24,9	26,0	27,0	28,0	29,1	30,1	31,1	32,2	33,2	34,3	35,3	36,3	37,4	38,4	39,4	40,5
	172,0	15,2	16,2	17,2	18,3	19,3	20,3	21,3	22,3	23,3	24,3	25,4	26,4	27,4	28,4	29,4	30,4	31,4	32,4	33,5	34,5	35,5	36,5	37,5	38,5	39,5
	174,0	14,9	15,9	16,8	17,8	18,8	19,8	20,8	21,8	22,8	23,8	24,8	25,8	26,8	27,7	28,7	29,7	30,7	31,7	32,7	33,7	34,7	35,7	36,7	37,7	38,6
	176,0	14,5	15,5	16,5	17,4	18,4	19,4	20,3	21,3	22,3	23,2	24,2	25,2	26,1	27,1	28,1	29,1	30,0	31,0	32,0	32,9	33,9	34,9	35,8	36,8	37,8
	178,0	14,2	15,1	16,1	17,0	18,0	18,9	19,9	20,8	21,8	22,7	23,7	24,6	25,6	26,5	27,5	28,4	29,4	30,3	31,2	32,2	33,1	34,1	35,0	36,0	36,9
	180,0	13,9	14,8	15,7	16,7	17,6	18,5	19,4	20,4	21,3	22,2	23,1	24,1	25,0	25,9	26,9	27,8	28,7	29,6	30,6	31,5	32,4	33,3	34,3	35,2	36,1
	182,0	13,6	14,5	15,4	16,3	17,2	18,1	19,0	19,9	20,8	21,7	22,6	23,5	24,5	25,4	26,3	27,2	28,1	29,0	29,9	30,8	31,7	32,6	33,5	34,4	35,3
	184,0	13,3	14,2	15,1	16,0	16,9	17,8	18,6	19,5	20,4	21,3	22,2	23,0	23,9	24,8	25,7	26,6	27,5	28,4	29,2	30,1	31,0	31,9	32,8	33,7	34,6
	186,0	13,0	13,9	14,7	15,6	16,5	17,3	18,2	19,1	19,9	20,8	21,7	22,5	23,4	24,3	25,1	26,0	26,9	27,7	28,6	29,5	30,4	31,2	32,1	33,0	33,8
	188,0	12,7	13,6	14,4	15,3	16,1	17,0	17,8	18,7	19,5	20,4	21,2	22,1	22,9	23,8	24,6	25,5	26,3	27,2	28,0	28,9	29,7	30,6	31,4	32,3	33,1
190,0	12,5	13,3	14,1	15,0	15,8	16,6	17,5	18,3	19,1	19,9	20,8	21,6	22,4	23,3	24,1	24,9	25,8	26,6	27,4	28,3	29,1	29,9	30,7	31,6	32,4	
192,0	12,2	13,0	13,8	14,6	15,5	16,3	17,1	17,9	18,7	19,5	20,3	21,2	22,0	22,8	23,6	24,4	25,2	26,0	26,9	27,7	28,5	29,3	30,1	30,9	31,7	
194,0	12,0	12,8	13,6	14,3	15,1	15,9	16,7	17,5	18,3	19,1	19,9	20,7	21,5	22,3	23,1	23,9	24,7	25,5	26,3	27,1	27,9	28,7	29,5	30,3	31,1	
196,0	11,7	12,5	13,3	14,1	14,8	15,6	16,4	17,2	18,0	18,7	19,5	20,3	21,1	21,9	22,6	23,4	24,2	25,0	25,8	26,6	27,3	28,1	28,9	29,7	30,5	
198,0	11,5	12,2	13,0	13,8	14,5	15,3	16,1	16,8	17,6	18,4	19,1	19,9	20,7	21,4	22,2	23,0	23,7	24,5	25,3	26,0	26,8	27,5	28,3	29,1	29,8	
200,0	11,3	12,0	12,8	13,5	14,3	15,0	15,8	16,5	17,3	18,0	18,8	19,5	20,3	21,0	21,8	22,5	23,3	24,0	24,8	25,5	26,3	27,0	27,8	28,5	29,3	

1738
1739
1740
1741
1742
1743
1744
1745
1746
1747
1748
1749
1750
1751
1752
1753
1754
1755
1756
1757
1758

Номограмма для определения ИМТ

Таблица ПЗ/Г1. Индекс висцерального ожирения [171]

ИВО (VAI) — показатель «функции висцеральной жировой ткани» и чувствительности к инсулину, его увеличение в значительной степени связано с повышением кардиоваскулярного риска.

Расчет ИВО:

Мужчины: ИВО(VAI) = (ОТ / 39,68 + (1,88 × ИМТ)) × (ТГ/1,03) × (1,31/ЛВП)

Женщины: ИВО(VAI) = (ОТ/36,58 + (1,89 × ИМТ)) × (ТГ/0,81) × (1,52/ЛВП)

VAI = 1 для здоровых пациентов с нормальным ИМТ, распределением жировой массы, уровнями ЛВП и ТГ.

Повозрастные показатели ИВО, при превышении которых сердечно-сосудистый риск резко возрастает:

<30 лет — 2,52

30–42 лет — 2,23

42–52 года — 1,92

52–66 лет — 1,93

> 66 лет — 2,00

1759 **Приложение Г2. Принципы диагностики и оценки сердечно-сосудистого**
 1760 **риска**

1761 **Таблица П1/Г2. Причины вторичной/симптоматической избыточной массы тела**

1762 **Вторичные причины избыточной массы тела:**

- 1763 • на фоне генетических заболеваний и моногенных формах ожирения (напр., синдромы
- 1764 Бабинского–Пехкранца–Фрелиха, Прадера–Вилли, Альстрома, Кохена, Фролиха,
- 1765 Борджеса–Форсмана–Лехмана, Барде–Бидля)
- 1766 • на фоне эндокринных нарушений (гипотиреоз, синдром гиперкортицизма,
- 1767 инсулинома, гипоталамические нарушения, СПКЯ, недостаточность гормона роста,
- 1768 гипогонадизм, псевдогипопаратиреоз)
- 1769 • нейрогенный набор массы тела (центральный и гипоталамический),
- 1770 • ятрогенная прибавка массы тела (прием гормональных контрацептивов,
- 1771 глюкокортикостероидов и т.д., см. **Таблицу П1/Г1.**)
- 1772 • расстройства приема пищи (F50)
- 1773 • синдром обструктивного апноэ сна
- 1774 • другие причины
- 1775

1776 **Таблица П2/Г2. Рутинное обследование пациентов с избыточной массой тела**

Гемоглобин и/или гематокрит
Глюкоза и гликированный гемоглобин, проведение ПГТТ 1 раз в 1-4 года
Липидный спектр: ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ
АЛТ, АСТ, ГГТ
Мочевая кислота
Креатинин и расчетная СКФ
ТТГ
ЭКГ в 12 отведениях
УЗИ органов брюшной полости
При наличии клинических проявлений СОАС – ночная пульсоксиметрия/ полисомнография

1777

1778 **Показания для проведения специальных диагностических методов**

Показания для проведения специальных диагностических методов	Возможные состояния	Тесты
Астения Депрессия Непереносимость холода Чрезмерная сонливость Сухость кожи и волос Запоры Мышечные судороги Снижение концентрации	Гипотиреоз, первичный	Свободный Т4: низкий ТТГ: повышен
Астения Депрессия Непереносимость холода Чрезмерная сонливость Сухость кожи и волос	Гипотиреоз, центральный	Свободный Т4: низкий ТТГ: низконормальный или нормальный

Запоры		
Снижение концентрации внимания		
Центральное ожирение Лунообразное лицо Растяжки Гирсутизм Липодистрофия Гипертония Диабет Депрессия	Болезнь/синдром Иценко–Кушинга	Свободный кортизол в моче: > 50 мкг / 24 часа Малый дексаметазоновый тест: утренний кортизол в крови > 50 нмоль / л (> 1,8 мкг / дл) Наличие ожирения может дать ложноположительный результат. При подозрении должен быть подтвержден при дальнейшем тестировании
Нарушение менструального цикла, аменорея, выделение из сосков у женщин, снижение потенции, либидо, бесплодие, гинекомастия, галакторея	Синдром гиперпролактинемии	Пролактин, КТ/МРТ гипофиза, УЗИ яичников, матки у женщин, предстательной железы у мужчин
Снижение потенции, либидо, бесплодие, увеличение грудных желез, снижение мышечной массы у мужчин Евнуховидный тип телосложения, снижение тургора кожи, дряблость мышц, гинекомастия, недоразвитие наружных половых органов	Синдром гипогонадизма (первичный/вторичный)	Тестостерон, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, СССГ, УЗИ молочных желез, рентгенография черепа (боковая проекция), консультация андролога
Нарушение менструального цикла, аменорея, избыточный рост волос на теле у женщин Андройдный тип телосложения, гирсутизм, вирилизация	Синдром гиперандрогении	ЛГ, ФСГ, СССГ, тестостерон, 17-ОН прогестерон, УЗИ малого таза, надпочечников, консультация гинеколога

1779

1780

Таблица ПЗ/Г2. Этапы оценки сердечно-сосудистого риска

Этапы обследования	Необходимые процедуры
Клиническая оценка	Выявление пациентов высокого и очень высокого риска на основании документированных ССЗ, СД, ХБП 3–5-й стадий, чрезмерного повышения отдельных факторов риска, семейной гиперхолестеринемии или высокого риска по SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет
Оценка 10-летнего риска по шкале SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и	Проводить оценку риска по SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет рекомендовано у бессимптомных лиц без анамнеза ССЗ, СД, ХБП, семейной гиперхолестеринемии или повышения ХС ЛНП $>4,9$ ммоль/л (>190 мг/дл)

SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет	
Оценка факторов, изменяющих риск	У отдельных пациентов низкого или умеренного риска целесообразно оценивать дополнительные факторы, которые могут повлиять на стратификацию по риску и выбор тактики лечения: повышение аполипопротеина В, липопротеина (а) или С-реактивного белка, семейный анамнез ранних атеросклеротических ССЗ, высокий коронарный кальциевый индекс, выявление атеросклеротической бляшки*
Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ	На основании уровня АД, наличия ФР, ПОМ, АКС, ХБП 3–5-й стадий, СД

1781 АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АКС — ассоциированное
1782 клиническое состояние, ПОМ — поражение органов-мишеней, СД — сахарный диабет, ССЗ
1783 — сердечно-сосудистое заболевание, ХБП — хроническая болезнь почек, ХС ЛНП —
1784 холестерин липопротеинов низкой плотности, ФР — факторы риска.
1785 Примечание: * - атеросклеротическая бляшка определяется как локальное утолщение стенки
1786 на $>50\%$ по сравнению с толщиной стенки сосуда в ближайших участках, или как локальный
1787 участок сосудистой стенки с КИМ $>1,5$ мм, выступающий в просвет

1788

1789 **Таблица П4/Г2. Шкала SCORE-2 и SCORE2-OP**

1790

1791 **Название на русском языке:** Шкала SCORE-2 (10-летний риск фатальных и нефатальных
1792 СС осложнений в популяции очень высокого риска у пациентов в возрасте 40-69 лет)

1793 **Оригинальное название (если есть):** SCORE-2 scale (Systematic COronary Risk Evaluation-2)

1794 **Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):**

1795 http://www.heartSCORE.org/ru_RU

1796 **Тип (подчеркнуть):**

1797 - шкала оценки

1798 — индекс

1799 — вопросник

1800 — другое (уточнить):

1801 **Назначение:** клинический инструмент для оценки риска смертельного сердечно-
1802 сосудистого заболевания в течение 10 лет. Настоящая шкала разработана для стран с очень
1803 высоким уровнем смертности от ССЗ (включая Россию) на основании следующих факторов:
1804 возраст, пол, курение, уровень систолического АД и ХСнеЛВП. Общая оценка риска с
1805 помощью SCORE-2 рекомендуется у бессимптомных взрослых старше 40 лет, без ССЗ, СД,
1806 ХБП или СГХС. Для практически здоровых людей в возрасте ≥ 70 лет для оценки риска 5-
1807 летних и 10-летних смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых событий (инфаркт
1808 миокарда, инсульт) используется алгоритм SCORE2-OP с поправкой на конкурирующие
1809 риски.

1810

1811 **Содержание (шаблон):**

1812

Женщины

Мужчины

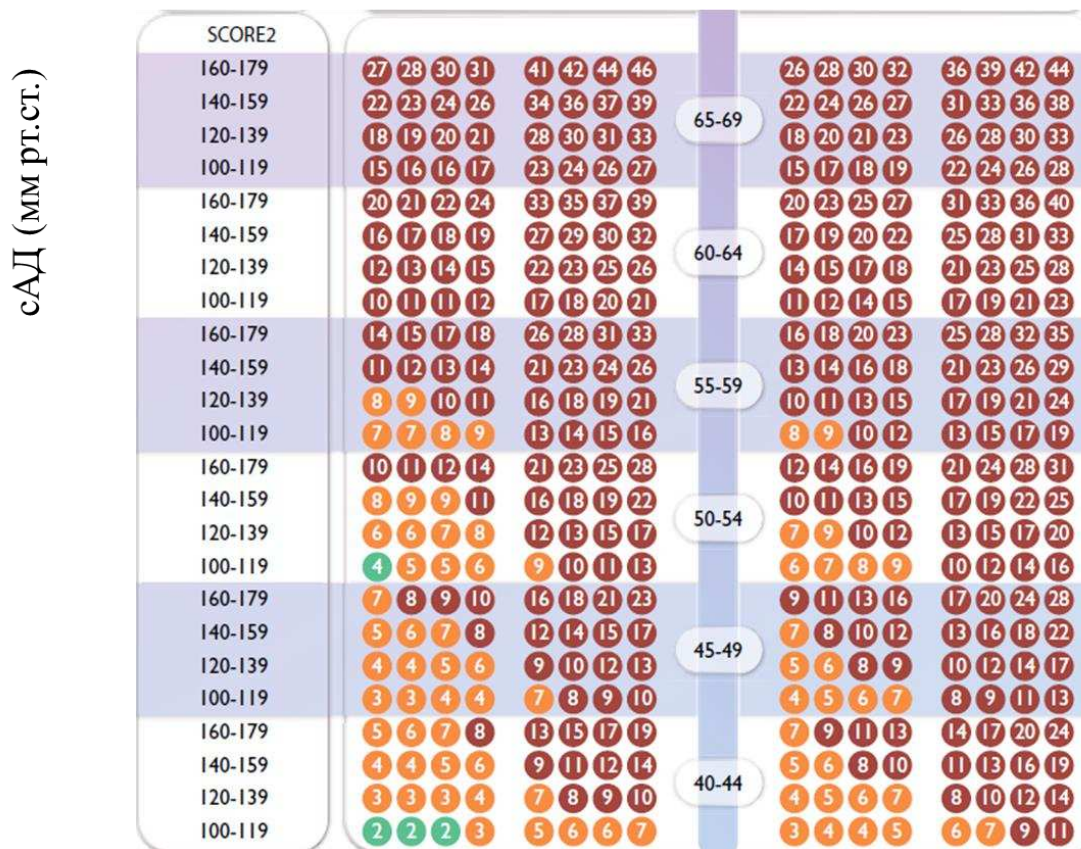
Не курит

Курит

Не курит

Курит

ХС неЛВП



1813
1814
1815
1816

Ключ (интерпретация):

Уровень суммарного СС риска по шкале SCORE-2:

<50 лет	50-69 лет	≥70 лет
● <2.5%	<5%	<7.5%
● 2.5 - <7.5%	5 - <10%	7.5 - <15%
● ≥7.5%	≥10%	≥15%

1817
1818
1819
1820

Пояснения: Продолжительность жизни здорового человека без сердечно-сосудистых осложнений. Показано как уменьшается риск при снижении ХС не-ЛВП на 1 ммоль/л

1821
1822
1823

Название на русском языке: Шкала SCORE-2- OP (10-летний риск фатальных и нефатальных СС осложнений в популяции очень высокого риска у пациентов в возрасте старше 70 лет)

1824
1825

Оригинальное название (если есть): SCORE-2-OP scale (Systematic COronary Risk Evaluation-2 older persons)

1826
1827

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):
http://www.heartSCORE.org/ru_RU

1828

Тип (подчеркнуть):

1829
1830

- шкала оценки
— индекс

1831 — вопросник
 1832 — другое (уточнить):

1833 **Назначение:** клинический инструмент для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет. Настоящая шкала разработана для стран с очень высоким уровнем смертности от ССЗ (включая Россию) на основании следующих факторов:
 1834 возраст, пол, курение, уровень систолического АД и ХС неЛВП. Общая оценка риска с
 1835 помощью SCORE-2 рекомендуется у бессимптомных взрослых старше 40 лет, без ССЗ, СД,
 1836 ХБП или СГХС. Для практически здоровых людей в возрасте ≥ 70 лет для оценки риска 5-
 1837 летних и 10-летних смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых событий (инфаркт
 1838 миокарда, инсульт) используется алгоритм SCORE2-OP с поправкой на конкурирующие
 1839 риски.
 1840
 1841
 1842

1843 **Содержание (шаблон):**
 1844
 1845

Пожилые сАД (мм рт.ст.)	Женщины								Мужчины																	
	Не курит				Курит				Не курит				Курит													
	ХС неЛВП				ХС неЛВП				ХС неЛВП				ХС неЛВП													
Систолическое АД, мм рт.ст.	30-39		40-49		50-59		60-69		30-39		40-49		50-59		60-69		ммоль/л	30-39		40-49		50-59		60-69		мг/дл
SCORE2-OP	150	200	250		150	200	250		150	200	250		150	200	250		150	200	250		150	200	250			
160-179	62	63	64	65	65	66	67	68	Age (y)	49	54	59	64	49	54	59	64									
140-159	60	61	62	63	63	64	65	66	85-89	48	53	58	63	48	53	58	63									
120-139	58	59	60	61	61	62	63	65		47	52	56	61	47	52	56	61									
100-119	56	57	58	60	59	60	61	63		46	50	55	60	46	50	55	60									
160-179	53	54	55	57	59	60	62	63	80-84	44	48	52	56	47	51	55	59									
140-159	50	51	52	54	56	57	59	60		42	46	49	53	45	49	52	56									
120-139	47	48	49	51	53	54	56	57		40	43	47	51	43	46	50	54									
100-119	44	45	47	48	50	51	53	54		38	41	45	48	40	44	48	51									
160-179	44	46	47	48	53	55	56	58	75-79	40	42	45	48	45	48	51	54									
140-159	41	42	43	45	49	51	52	53		37	39	42	44	42	44	47	50									
120-139	37	39	40	41	46	47	48	49		34	36	39	41	39	41	44	47									
100-119	34	35	36	37	42	43	44	46		31	33	36	38	36	38	41	43									
160-179	37	38	39	41	48	49	51	52	70-74	35	37	39	40	43	45	47	49									
140-159	33	34	35	36	43	44	46	47		32	33	35	36	39	41	42	44									
120-139	29	30	31	32	39	40	41	43		28	30	31	33	35	36	38	40									
100-119	26	27	28	29	34	36	37	38		25	26	28	29	31	33	34	36									

1846
 1847
 1848 **Ключ (интерпретация):**
 1849

Уровень суммарного СС риска по шкале SCORE-2-OP:

<50 лет	50-69 лет	≥ 70 лет
● <2.5%	<5%	<7.5%
● 2.5 - <7.5%	5 - <10%	7.5 - <15%
● $\geq 7.5%$	$\geq 10%$	$\geq 15%$

1850
 1851 **Пояснения:** Продолжительность жизни здорового человека без сердечно-сосудистых
 1852 осложнений. Показано как уменьшается риск при снижении ХС не-ЛВП на 1 ммоль/л
 1853

Экстремальный	<ul style="list-style-type: none"> - Сочетание клинически значимого сердечно-сосудистого заболевания¹, вызванного атеросклерозом, с СД 2 типа и/или СГХС или два сердечно-сосудистых события (осложнения) в течение 2-х лет² у пациента с сердечно-сосудистым заболеванием, вызванным атеросклерозом, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию³ и/или достигнутый уровень ХС ЛНП $\leq 1,4$ ммоль/л
Очень высокий	<ul style="list-style-type: none"> - Документированное атеросклеротическое ССЗ, клинически или по результатам обследования, включая перенесённый ОКС, стабильную стенокардию, ЧКВ, КШ или другие операции на артериях, инсульт/ТИА, клинически проявляющиеся поражения периферических артерий - Бесспорно документированное ССЗ по результатам визуализации: значимая бляшка (стеноз $\geq 50\%$) по данным ангиографии или ультразвукового исследования; не включает увеличение толщины комплекса интима-медиа² - СД + поражение органов-мишеней, ≥ 3 ФР, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью > 20 лет - Выраженная ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м³ - SCORE-2 для лиц в возрасте < 50 лет $\geq 7,5\%$, для лиц 50-69 лет $\geq 10\%$ и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет $\geq 15\%$ - СГХС в сочетании с атеросклеротическим ССЗ или с ФР
Высокий	<ul style="list-style-type: none"> - Значимо выраженный ФР – ХС > 8 ммоль/л и/или ХС ЛНП $> 4,9$ ммоль/л и/или АД $\geq 180/110$ мм рт.ст. - СГХС без ФР - СД без поражения органов мишеней длительностью ≥ 10 лет при любом типе диабета, независимо от длительности при СД2 у лиц старше 50 лет или сочетание СД с 1-2 факторами риска - Умеренная ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м⁴ - SCORE-2 для лиц в возрасте < 50 лет $\geq 2,5 - < 7,5\%$, для лиц в возрасте 50-69 лет $\geq 5 - < 10\%$ и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет $\geq 7,5\%$ и $< 15\%$
Умеренный	<ul style="list-style-type: none"> - Молодые пациенты (СД 1 типа моложе 35 лет, СД 2 типа моложе 50 лет) с длительностью СД < 10 лет без поражения органов-мишеней и ФР - SCORE-2 для лиц в возрасте < 50 лет $< 2,5\%$, для лиц в возрасте 50-69 лет $< 5\%$ и SCORE-2-OP для лиц в возрасте ≥ 70 лет $< 7,5\%$
Низкий	<ul style="list-style-type: none"> - SCORE-2 для лиц в возрасте 40-69 лет $< 2,5\%$

1856 ¹ ИБС: стенокардия напряжения 3-4 ФК, нестабильная стенокардия, перенесенный инфаркт
1857 миокарда, ишемический инсульт, ЧКВ, операция КШ, ангиопластика сонных артерий или
1858 артерий нижних конечностей, каротидная эндартерэктомия, подвздошно-бедренное,
1859 бедренно-подколенное шунтирование.

1860 ² Атеросклеротическая бляшка определяется как локальное утолщение стенки на >50% по
 1861 сравнению с толщиной стенки сосуда в ближайших участках, или как локальный участок
 1862 сосудистой стенки с КИМ >1,5 мм, выступающий в просвет
 1863 ³ Инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, перемежающаяся хромота, транзиторная
 1864 ишемическая атака/ишемический инсульт.
 1865 4 Назначение ингибиторов ГМК-КОА-редуктазы в максимально переносимых дозах в
 1866 сочетании с эзетимибом.
 1867 АГ — артериальная гипертензия, ХБП — хроническая болезнь почек, СКФ — скорость
 1868 клубочковой фильтрации, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ССЗ — сердечно-
 1869 сосудистые заболевания, АСБ – атеросклеротическая бляшка, СГХС – семейная
 1870 гиперхолестеринемия, ФР – фактор риска.

1871
 1872 **Таблица П6/Г2. Модифицирующие факторы, способствующие увеличению сердечно-**
 1873 **сосудистого риска**

Социальная депривация — причина многих ССЗ
Центральное, абдоминальное ожирение (диагностированное по окружности талии)
Отсутствие физической активности
Хронический психологический стресс, в том числе жизненное истощение
Семейный анамнез раннего развития ССЗ (возникших <55 лет у мужчин и до <60 лет у женщин)
Аутоиммунные и другие воспалительные заболевания
Психиатрические заболевания
Лечение инфекций при наличии ВИЧ
Фибрилляция предсердий
Гипертрофия левого желудочка
ХБП
Синдром обструктивного апноэ сна

1874

1875 **Таблица П7/Г2. Оценка кардио-метаболического риска по шкале CMDS**
 1876 **(Cardiometabolic Disease Staging System) [49, 50]**

1877 **Название на русском языке:** Шкала CMDS (шкала оценка кардиометаболического риска)
 1878 **Оригинальное название (если есть):** CMDS (Cardiometabolic Disease Staging System)
 1879 **Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):** Guo F.,
 1880 Moellering D. R., Garvey W. T. The progression of cardiometabolic disease: validation of a new
 1881 cardiometabolic disease staging system applicable to obesity //Obesity. – 2014. – Т. 22. – №. 1. –
 1882 С. 110-118.

1883 **Тип (подчеркнуть):**

1884 - шкала оценки

1885 — индекс

1886 — вопросник

1887 — другое (уточнить):

1888 **Назначение:** клинический инструмент для оценки кардиометаболического риска (риска
 1889 развития СД 2 типа в течение 10 лет и риска общей и сердечно-сосудистой летальности).

1890

1891 **Содержание (шаблон):**

Стадия	Описание	Критерии	10-летний риск	Общая/СС летальность на 1000
--------	----------	----------	----------------	------------------------------

			развития СД	пациенто/ лет
0	Метаболически здоровые	Нет факторов риска	2,2%	6,5/0,7
1	1 или 2 фактора риска	Один или 2 фактора риска из следующих: <ul style="list-style-type: none"> a) ОТ >102 см у мужчин и >88 см у женщин b) САД ≥130 мм рт.ст. или ДАД ≥85 мм рт.ст. или прием гипотензивных препаратов c) ЛВП <1,0 ммоль/л для мужчин, <1,3 ммоль/л для женщин или прием гиполипидемических препаратов d) ТГ ≥1,7 ммоль/л или прием гиполипидемических препаратов 	7,3%	10,1/2,8
2	Предиабет или метаболические нарушения	Наличие одного из нижеследующих состояний: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Наличие 3-х и более факторов риска – ОТ >102 см у мужчин и >88 см у женщин – САД ≥130 мм рт.ст. или ДАД ≥85 мм рт.ст. или прием гипотензивных препаратов – ЛВП <1,0 ммоль/л для мужчин, <1,3 ммоль/л для женщин или прием гиполипидемических препаратов – ТГ ≥1,7 ммоль/л или прием гиполипидемических препаратов ✓ НГН ✓ НТГ 	19%	11,9/4,6
3	Метаболические нарушения+предиабет	Наличие двух и более из нижеследующих состояний: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Наличие 3-х и более факторов риска – ОТ >102 см у мужчин и >88 см у женщин – САД ≥130 мм рт.ст. или ДАД ≥85 мм рт.ст. или прием гипотензивных препаратов – ЛВП <1,0 ммоль/л для мужчин, <1,3 ммоль/л для женщин или прием гиполипидемических препаратов – ТГ ≥1,7 ммоль/л или прием гиполипидемических препаратов ✓ НГН ✓ НТГ 	41%	17,7/4,9
4	СД2 типа и/или ССЗ	Наличие СД 2 типа и/или ССЗ (стенокардия, ИМ, стентирование в анамнезе, ЧКШ, ОНМК, ампутация вследствие заболевания периферических артерий)		29,2/14,3

1892 **Примечание:** в оригинальной публикации Guo F. и соавт. (2014) [50] указан параметр ОТ >112 см у
1893 мужчин и >88 см у женщин, однако, авторы указывают, что при разработке системы оценки риска
1894 CMDS ими использовались критерии метаболического синдрома Adult Treatment Panel III (ATP III)
1895 [172], в которых пороговое значение ОТ для диагностики метаболического синдрома составляет
1896 >102 см у мужчин и >88 см у женщин. Кроме того, в последующей публикации Guo F. и соавт. (2015)
1897 [49] по валидации шкалы CMDS указан параметр ОТ >102 см у мужчин и >88 см у женщин.
1898

1899 **Ключ (интерпретация):**

Стадия	10-летний риск развития СД	Общая/СС летальность на 1000 пациенто/лет
0	2,2%	6,5/0,7
1	7,3%	10,1/2,8
2	19%	11,9/4,6

3	41%	17,7/4,9
4		29,2/14,3

1900

1901

1902 **Таблица П8/Г2. Расчет СКФ по формуле CKD-EpidemiologyCollaboration 2009***

1903

СКФ = 141 * мин (Креатинин в сыворотке крови / каппа, 1)^{альфа} * макс (Креатинин в сыворотке крови/ каппа, 1)^{1.209} * 0.993^{Возраст} * Пол * Раса,
 для женщин используются следующие значения: пол = 1,018; альфа = — 0,329; каппа = 0,7;
 для мужчин используются следующие значения: пол = 1; альфа = — 0,411; каппа = 0,9;
 для представителей негроидной расы: коэффициент «раса» равен 1,159. [157, Levey AS, Stevens LA. Estimating GFR using the CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) creatinine equation: more accurate GFR estimates, lower CKD prevalence estimates, and better risk predictions. Am J Kidney Dis. 2010;55(4):622–627.].

1904

1905

- Калькулятор СКФ: <https://euat.ru/education/calculator-egfr>

1906

1907

Таблица П9/Г2. Вопросник STOP BANG

1908

Название на русском языке: Вопросник STOP BANG

1909

Оригинальное название (если есть): STOP-Bang Questionnaire

1910

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

1911

Chung F., Abdullah H.R., Liao P. STOP-Bang Questionnaire: A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea. Chest. 2016;149(3):631–38. Doi:

1912

10.1378/chest.15-0903.

1913

1914

Тип (подчеркнуть):

1915

— шкала оценки

1916

— индекс

1917

— вопросник

1918

— другое (уточнить):

1919

Назначение: серия вопросов, которые используют для оценки вероятности синдрома обструктивного апноэ сна

1920

1921

Содержание (шаблон):

1922

Клинические симптомы (жалобы)	Балл	Клинические маркеры (признаки)	Балл
Есть ли у Вас громкий храп (настолько громкий, что его слышно через закрытую дверь или храп раздражает окружающих)?	Да=1 Нет=0	Индекс массы тела (ИМТ) выше 28 кг/м ²	Да=1 Нет=0
Часто ли Вы испытываете усталость, слабость, сонливость в дневное время (например, при вождении автомобиля или чтении)?	Да=1 Нет=0	Возраст старше 50 лет	Да=1 Нет=0
Имеются ли у Вас во сне дыхательные паузы, перехватывание дыхания или удушье?	Да=1 Нет=0	Охват шеи (муж.>43 см; жен.>41 см)	Да=1 Нет=0
Повышается ли у Вас артериальное давление или Вы принимаете антигипертензивную терапию?	Да=1 Нет=0	Мужской пол	Да=1 Нет=0

1923

1924

Ключ (интерпретация):

1925

Низкая вероятность обнаружения ОАС соответствует уровню в 0–2 балла;

1926

средняя – уровню в 3–4 балла; высокая – уровню в 5–8 баллов.

1927

Пояснения: Чувствительность шкалы STOP BANG в верификации легкого течения ОАС

1928

(уровень ИАГ>5 соб./ч) составляет 65,6%, специфичность – 60%. Те же показатели для

1929

среднетяжелого течения ОАС (ИАГ>15 соб./ч) составляют соответственно 74 и 53%. Для

1930 тяжелого течения ОАС (ИАГ>30 соб./ч) шкала имеет чувствительность 80% и
1931 специфичность 49%

1932

1933 **Таблица П10/Г2. Шкала сонливости Эпворта (Epworth)**

1934 **Название на русском языке:** Шкала сонливости Эпворта

1935 **Оригинальное название (если есть):** Epworth Sleepiness Scale

1936 **Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):**

1937 <https://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>

1938 **Тип (подчеркнуть):**

1939 — шкала оценки

1940 — индекс

1941 — вопросник

1942 — другое (уточнить):

1943 **Назначение:** серия вопросов, которые используют для изучения воздействия
1944 сна на дневной образ жизни.

1945 **Содержание (шаблон):**

1946 Насколько вероятно то, что вы можете задремать или уснуть в ситуациях,
1947 описанных ниже, по сравнению с ощущением обычной усталости?

1948

1949 Речь идет об обычном вашем состоянии в последнее время. Даже если вы не были в
1950 подобных ситуациях в последнее время, то постарайтесь представить себе, как бы
1951 эти ситуации повлияли на вас. Используйте эту шкалу и выберите наиболее
1952 подходящее число для каждой ситуации.

1953

1954 0 - никогда бы не заснул/не задремал

1955 1 - очень небольшая вероятность заснуть или задремать

1956 2 - вероятно, засну или задремлю

1957 3 - большая вероятность заснуть или задремать

1958

Когда сижу и читаю	0	1	2	3
Когда смотрю телевизор	0	1	2	3
Когда сижу и не производю никаких активных действий в общественном месте (например, в театре, на собрании):	0	1	2	3
Когда еду в машине в качестве пассажира в течение часа без остановки	0	1	2	3
Когда лежу днем и отдыхаю, если позволяют обстоятельства:	0	1	2	3
Когда сижу и с кем-то разговариваю	0	1	2	3
Когда спокойно сижу после обеда (без алкоголя):	0	1	2	3
В машине, если она на несколько минут остановилась	0	1	2	3

1959

1960 **Ключ (интерпретация):**

1961 1 — 6 баллов: Нормальный сон

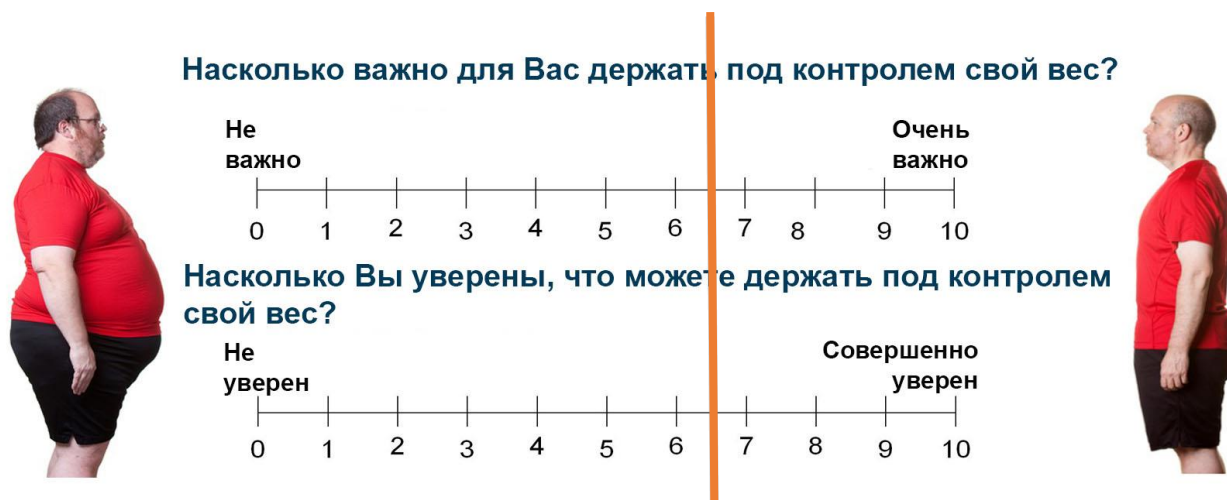
1962 7 — 8 баллов: Умеренная сонливость

1963 9 — 24 баллов: Аномальная (возможно, патологическая) сонливость

1964 **Пояснения:** нет

1965 **Приложение Г3. Принципы терапии и диспансерное наблюдение больных**
 1966 **с избыточной массой тела**

1967 **Таблица П1/Г3. Оценка готовности пациента к терапии**



1968

1969 В качестве метода оценки готовности пациента к терапии используется стандартная
 1970 визуально-аналоговая шкала. Пороговым значением, говорящим о достаточной готовности
 1971 пациента к модификации образа жизни и терапии ожирения, рассматривается 6,5 баллов
 1972 [173].

1973 **Таблица П2/Г3. Целевое снижение массы тела у пациентов, имеющих сопутствующие**
 1974 **заболевания, течение которых ассоциировано с избыточной массой тела [26, 174].**

Избыточная масса тела	ИМТ ≥ 25 (≥ 23 у некоторых национальностей)	Метаболический синдром	10%	Профилактика СД2т
		Предиабет	10%	Профилактика СД2т
		Сахарный диабет 2 типа	От 5% до $\geq 15\%$	<ul style="list-style-type: none"> Снижение HbA1c Снижение количества и/или дозы ПССП
		Дислипидемия	От 5% до $\geq 15\%$	<ul style="list-style-type: none"> Снижение ТГ Повышение ХС ЛВП Снижение не-ЛВП
		Артериальная гипертензия	От 5% до $\geq 15\%$	<ul style="list-style-type: none"> Снижение САД и ДАД Снижение количества и/или дозы гипотензивных препаратов

		НАЖБ П	Стеатоз	5% и более	Снижение внутрипеченочных липидов
			Стеатогепатит	10-40%	Уменьшение выраженности воспаления и фиброза
		СПКЯ		5-15% и более	<ul style="list-style-type: none"> • Овуляция • Восстановление регулярного МЦ • Уменьшение гирсутизма • Повышение чувствительности к инсулину • Снижение уровня андрогенов крови
		Женское бесплодие		10% и более	<ul style="list-style-type: none"> • Овуляция • Беременность
		Мужской гипогонадизм		5-15% и более	Повышение уровня тестостерона
		СОАС		7-11% и более	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение симптоматики • Снижение индекса апноэ-гипопноэ
		Бронхиальная астма/ реактивное заболевание дыхательных путей		7-8% и более	<ul style="list-style-type: none"> • Улучшение показателя ОФВ1 • Уменьшение симптоматики
		Остеоартрит		<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 10\%$ • 5-15% и более при сочетании с физическими упражнениями 	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение симптоматики • Повышение функциональной активности
		Стрессовое недержание мочи		5-10% и более	Снижение частоты и продолжительности эпизодов
		ГЭРБ		10% и более	Снижение частоты и тяжести возникновения симптомов

		Депрессия	Не определено	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение депрессивной симптоматики • Улучшение по шкалам депрессии
--	--	-----------	---------------	---

1975

1976

1977 **Таблица ПЗ/ГЗ. Оценка суточных энерготрат и величины основного обмена [64]**

1978 Суточные энерготраты определяют как сумму затрат энергии на конкретные виды
1979 деятельности [175], каждую из которых рассчитывают как произведение величины
1980 основного обмена (далее – ВОО) на соответствующий коэффициент физической активности
1981 и время, в течение которого эти виды деятельности выполняются [176]. У женщин ВОО на
1982 15 % ниже, чем у мужчин.

1983 Для определения физиологической потребности в энергии рассчитаны величины основного
1984 обмена для каждой возрастно-половой группы населения (табл. А) на основании
1985 антропометрических параметров стандартного взрослого человека по формуле Миффлина –
1986 Сан Жеора [177]:

1987 Мужчины ВОО (сутки) = 9,99 х МТ (кг) + 6,25 х рост (см) — 4,92 х возраст (г) + 5 (2)

1988 Женщины ВОО (сутки) = 9,99 х МТ (кг) + 6,25 х рост (см) — 4,92 х возраст (г) – 161 (3)

1989

1990 **Таблица П4/ГЗ. Средние величины основного обмена взрослого населения Российской**
1991 **Федерации (ккал/сут)**

Возраст, лет	ВОО, ккал/сут	
	Мужчины	Женщины
18—29	1692—1746	1337—1392
30—44	1615—1684	1269—1338
45—64	1490—1583	1166—1259
65—74	1405—1449	1091—1136
≥75	1362 и менее	1045 и менее

1992 Примечание: * ИМТ 20—25 кг/м²

1993 .

1994 Физиологические потребности в энергии для взрослых – от 2150 до 3800 ккал/сутки для
1995 мужчин и от 1700 до 3000 ккал/сутки для женщин.

1996 Во время беременности и грудного вскармливания потребности в энергии увеличиваются в
1997 среднем на 15 и 20 % соответственно.

1998 Расход энергии на адаптацию к холодному климату в районах Крайнего Севера
1999 увеличивается в среднем на 15 %.

2000 Группы населения, дифференцированные по уровню физической активности

2001 I группа (очень низкая физическая активность; мужчины и женщины) – работники
2002 преимущественно умственного труда, КФА – 1,4 (государственные служащие
2003 административных органов и учреждений, научные работники, преподаватели вузов,
2004 колледжей, учителя средних школ, студенты, специалисты-медики, психологи, диспетчеры,
2005 операторы, в т. ч. техники по обслуживанию ЭВМ и компьютерного обеспечения,
2006 программисты, работники финансово-экономической, юридической и административно-
2007 хозяйственной служб, работники конструкторских бюро и отделов, рекламно-
2008 информационных служб, архитекторы и инженеры по промышленному и гражданскому
2009 строительству, налоговые служащие, работники музеев, архивов, библиотекари,
2010 специалисты службы страхования, дилеры, брокеры, агенты по продаже и закупкам,
2011 служащие по социальному и пенсионному обеспечению, патентоведы, дизайнеры, работники
2012 бюро путешествий, справочных служб и других родственных видов деятельности).

2013 II группа (низкая физическая активность; мужчины и женщины) – работники, занятые легким
2014 трудом, КФА – 1,6 (водители городского транспорта, рабочие пищевой, текстильной,
2015 швейной, радиоэлектронной промышленности, операторы конвейеров, весовщицы,
2016 упаковщицы, машинисты железнодорожного транспорта, участковые врачи, хирурги,
2017 медсестры, продавцы, работники предприятий общественного питания, парикмахеры,
2018 работники жилищно-эксплуатационной службы, реставраторы художественных изделий,
2019 гиды, фотографы, техники и операторы радио- и телевидения, таможенные инспекторы,
2020 работники милиции и патрульной службы и других родственных видов деятельности).

2021 III группа (средняя физическая активность; мужчины и женщины) – работники средней
2022 тяжести труда, КФА – 1,9 (слесари, наладчики, станочники, буровики, водители
2023 электрокаров, экскаваторов, бульдозеров и другой тяжелой техники, работники тепличных
2024 хозяйств, растениеводы, садовники, работники рыбного хозяйства и других родственных
2025 видов деятельности).

2026 IV группа (высокая физическая активность; мужчины и женщины) – работники тяжелого
2027 физического труда, КФА – 2,2 (строительные рабочие, грузчики, рабочие по обслуживанию
2028 железнодорожных путей и ремонту автомобильных дорог, работники лесного, охотничьего
2029 и сельского хозяйства, деревообработчики, металлурги доменщики-литейщики и другие
2030 родственные виды деятельности).

2031

- 2032 **Таблица П5/Г3. Режимы питания, комментарии по расчету потребления**
2033 **макронутриентов [72, 169].**
- 2034 • Углеводы.
- 2035 Физиологическая потребность в усвояемых углеводах для взрослого человека составляет 56—58 %
2036 от энергетической суточной потребности: от 301 до 551 г/сутки для мужчин и от 238 до 435 г/сутки
2037 для женщин. Потребление добавленных сахаров для взрослых не должно превышать 10 % от
2038 калорийности суточного рациона. Для лиц с избыточной массой тела (ИМТ 25—29) и ожирением
2039 (ИМТ более 30) рекомендовано снижение потребления добавленных сахаров до уровня 5-10 % от
2040 калорийности суточного рациона. Эти рекомендации не относятся к потреблению природных
2041 (собственных) сахаров, естественным образом содержащихся в переработанных фруктах, овощах
2042 и молоке.
- 2043 • Белки.
- 2044 Физиологическая потребность в белке для взрослого населения составляет 12—14 % от
2045 энергетической суточной потребности: от 75 до 114 г/сутки для мужчин и от 60 до 90 г/сутки
2046 для женщин. Для взрослых рекомендуемая в суточном рационе доля белков животного
2047 происхождения (молоко и молочные продукты, мясо и мясопродукты, рыба и рыбопродукты,
2048 морепродукты, яйца) от общего их количества – 50 %.
- 2049 • Жиры.
- 2050 Потребление жиров для взрослых должно составлять не более 30 % от калорийности
2051 суточного рациона. Физиологическая потребность в жирах – от 72 до 127 г/сутки для мужчин
2052 и от 57 до 100 для женщин. Потребление насыщенных жирных кислот для взрослых и детей
2053 должно составлять не более 10 % от калорийности суточного рациона. Физиологическая
2054 потребность в мононенасыщенных жирных кислотах для взрослых составляет 10 % от
2055 калорийности суточного рациона. Физиологическая потребность в полиненасыщенных
2056 жирных кислотах для взрослых составляет 6—10 % от калорийности суточного рациона.
2057 Омега-6 (ω -6) и Омега-3 (ω -3) ПНЖК. Двумя основными группами полиненасыщенных
2058 жирных кислот являются кислоты семейств ω -6 и ω -3. Жирные кислоты ω -6 содержатся
2059 практически во всех растительных маслах и орехах; ω -3 жирные кислоты также содержатся
2060 в ряде масел (льняном, из семян крестоцветных, соевом). Основным пищевым источником
2061 ω -3 жирных кислот являются жирные сорта рыб и некоторые морепродукты. Из ПНЖК ω -6
2062 особое место занимает линолевая кислота, которая является предшественником наиболее
2063 физиологически активной кислоты этого семейства – арахидоновой. Физиологическая
2064 потребность для взрослых составляет 5—8 % от калорийности суточного рациона для ω -6 и
2065 1—2 % – для ω -3. Оптимальное соотношение в суточном рационе ω -6 : ω -3 жирных кислот
2066 должно составлять 5—10 : 1. Рекомендовано, чтобы эйкозапентаеновая кислота составляла
2067 1/3 от дневной нормы ω -3 жирных кислот, остальная часть приходилась на
2068 докозагексаеновую кислоту.
- 2069 • Пищевые волокна.
- 2070 Физиологическая потребность в пищевых волокнах для взрослого человека составляет 20—
2071 30 г/сутки или 10 г/1000 ккал.

2072 Характеристики основных режимов питания, которые могут быть предложены пациенту для
 2073 снижения массы тела:

2074

2075 Продукты рациона здорового питания представлены в таблице, где для каждой
 2076 группы указано минимальное и максимальное количество условных порций продуктов,
 2077 которые рекомендуется потреблять ежедневно. За условные объемные порции пищи для
 2078 простоты использования приняты объем стакана или чашки, или полупорционной глубокой
 2079 тарелки, соответствующие 250 мл продукта; за условные весовые порции – 80-120 г вареного
 2080 мяса или рыбы в размере карточной колоды или аудиокассеты.

2081

2082 **Таблица П6/Г3. Продукты рациона здорового питания**
 2083 [169]

Группы продуктов	Перечень продуктов	Размер порции, г	Размер порции, бытовые меры или штуки
Продукты, составляющие основу рациона здорового питания (потребляются несколько раз в день)			
Овощи (свежие, замороженные и консервированные)			
Ярко окрашенные (красные, оранжевые, темно-зеленые) овощи	помидоры, морковь томатный и морковный соки, красный, оранжевый и желтый перец, тыква, сладкий картофель, красный репчатый лук брокколи; зелень (петрушка, укроп, кинза, лук) шпинат; салат; листовая капуста;, репа и зелень горчицы, морские водоросли	125 (100-150)	3-4 средних соцветий брокколи, 3-4 ст.л. нарезанной смеси овощей. 1 средний помидор, ½ перца, 150 мл овощного сока, 2/3 стакана кубиков тыквы, 200-300 мл овощного супа
Крахмалистые овощи	картофель, кукуруза, зеленый горошек, зеленая фасоль, свекла, плантан (крупный овощной банан) и маниока	125 (100-150)	1 средний картофель, 2-3 ст.л. консервированной кукурузы, горошка 3 ст. ложки тушеных (отварных) овощей, 200-300 мл борща или картофельного супа
Другие овощи	салат айсберг, зеленая фасоль, зеленый перец, огурцы, капуста, сельдерей, кабачки, чеснок, лук	125 (100-150)	1 средний огурец, 3 ст.л. салата из капусты или смеси сырых овощей
Фрукты (свежие, замороженные, консервированные и сушеные) и фруктовые соки	апельсины и апельсиновый сок, мандарины, яблоки и яблочный сок с мякотью, груши, бананы, виноград, дыни, сухофрукты, ягоды	125 (100-150)	Средний апельсин, яблоко, персик или груша, 2 средних мандарина, крупные сливы, 2/3 стакана ягод, 150 мл сока
Зерновые			
Цельнозерновые продукты:	Цельнозерновые: хлеб, хлопья и крекеры, овсянка, гречиха, киноа, попкорн (без соли или сахара) и коричневый рис	50 хлеб 150-200 каши	2-3 кусочка батона нарезного, 1 средняя булочка, 3-4 ст.л. каши, стакан попкорна
Продукты из очищенного зерна (их выбор должен быть обоснован)	белый хлеб, крупы из очищенного зерна (рис, кукуруза, пшено, манка, перловка) и хлебобулочные изделия (макаронны, сухари и др.)	50 хлеб 150-200 каши	2-3 кусочка батона нарезного, средняя булочка, 3-4 ст.л. каши, стакан попкорна

Группы продуктов	Перечень продуктов	Размер порции, г	Размер порции, бытовые меры или штуки
Молочные продукты (предпочтение должно отдаваться обезжиренным продуктам или с низким содержанием жира без добавленного сахара)			
Жидкие молочные продукты	Молоко, кефир, простокваша, ряженка, йогурт и др. питьевые молокопродукты	180-200	1 стакан
Пастообразные и полутвердые	Творог	120	
Белковые продукты			
Мясо, птица, яйца	Мясо (говядина, баранина, свинина, конина, оленина и др. без видимого жира), птица (без кожи), яйца.	100 г (80-120)	кусок мяса размером в колоду карт, 2-3 куриных крыла, 1 куриный окорочок, 2 куриных яйца
Морепродукты	Рыба морская и речная, ракообразные (креветки, раки и др.), моллюски (улитки, мидии, гребешки, устрицы, кальмары и др.), иглокожие (трепанг), рыбные консервы в собственном соку	100 г (80-120)	3-4 крупные креветки
Бобовые (фасоль, горох) орехи и семена, грибы	Зрелый горох, бобы фасоли, нута, сои и др., продукты на основе концентратов и изолятов сои	100 (80-100)	2/3 стакана отварного гороха или фасоли
Растительные масла	Подсолнечное, кукурузное, соевое, льняное, оливковое	5 мл	1 чайная ложка
Продукты с высоким содержанием жира, соли или сахара, потребление которых должно быть ограничено			
Овощные консервы с высоким содержанием соли и/или жира	Соленые и маринованные огурцы, помидоры, квашеная капуста, овощные салаты и закуски, овощная икра из баклажан, кабачков и др., консервированные грибы	30-50	Небольшой огурец или помидор, 1-2 ст.л. как компонент гарнира или в составе салатов
Фрукты консервированные	Компоты с сахаром, фруктовые нектары, морсы	125 (100-150)	150 мл нектара
Изделия из муки и круп с высоким содержанием сахара или жира:	Сдобная выпечка, жареные пирожки, чебуреки, беляши, запеканки, пудинги, круассаны	75 50-100	1 калорийная булочка
Мучные кондитерские изделия.	Печенье, пряники, вафли, торты и пирожные	50 (30-70)	3-5 шт. печенья, 1-2 пряника, кусочка батона нарезного, 1 средняя булочка, 3-4 столовые ложки каши, стакан попкорна
Жидкие и полужидкие молочные продукты	Йогурты с фруктовыми наполнителями, молочные десерты	80-120	
Пастообразные, с жирностью более 3,5% и/или с сахаром.	Творожки, сырковая масса, сырки глазированные		2-3 ст.л.
Продукты из мяса, птицы	Колбасные изделия, паштеты, консервы, мясные деликатесы,	30	
Морепродукты	Соленая, копченая и вяленая рыба, рыбные консервы, рыбные деликатесы	20-30	
Жировые продукты	Масло сливочное, сметана, сливки	5	1 ч.л.
Кондитерские изделия	Конфеты	15	

2084

2085 **Таблица П7/Г3. Рекомендации по физической активности.**

2086



2087

2088 Основные рекомендации по минимальному уровню физической активности для здорового
2089 образа жизни следующие [170]:

2090 Взрослым людям необходимо заниматься аэробной умеренной ФА не менее 150 мин в
2091 неделю (30 мин в день, 5 дней в неделю) или интенсивной ФА не менее 75 мин в неделю (15
2092 мин в день, 5 дней в неделю) или их комбинацией.

2093 Для дополнительной пользы для здоровья рекомендуется постепенное увеличение аэробной
2094 умеренной ФА до 300 мин в неделю или интенсивной ФА до 150 мин в неделю или их
2095 комбинация.

2096 **Высокий уровень доказательности данных рекомендаций:**

Рекомендации	Класс реком ндаций	Уровень доказател ьности
Взрослые люди любого возраста должны заниматься не менее 150 минут в неделю ФА умеренной интенсивности или не менее 75 минут в неделю ФА высокой интенсивности или их комбинацией с эквивалентной нагрузкой	I	A
Для дополнительной пользы взрослым людям рекомендуется постепенное повышение аэробных физических нагрузок умеренной интенсивности до 300 минут в неделю или высокой интенсивности до 150 минут в неделю или их комбинацией с эквивалентной нагрузкой	I	A

Рекомендуется регулярно проводить оценку и консультирование пациентов в плане физических нагрузок, чтобы стимулировать ФА и в случае необходимости поддерживать увеличение ее объема с течением времени	I	B
Пациентам с низким риском не требуется медицинская оценка для занятий ФА	I	C
ФА/аэробная физическая тренировка должна выполняться многократно, длительность каждого периода ≥ 10 минут и равномерно распределяться в течение недели, т.е. на 4–5 дней в неделю (предпочтительно ежедневно)	Pa	B
Лицам с ФР ССЗ, в настоящее время ведущим сидячий образ жизни, но которые намерены заниматься ФА высокой интенсивности или спортом, должна быть проведена клиническая оценка, включая тест с физической нагрузкой	Pa	C

2097

2098

Регулярность и длительность занятий ФА

2099

- Рекомендуемая частота занятий ФА – 4-5 раз в неделю, лучше ежедневно.

2100

- Общая продолжительность занятия – 20-60 мин, но не менее 10 минут (пороговая доза, минимальная по времени и интенсивности, необходимая для здоровья).

2101

2102

- Для наиболее детренированных лиц, начальная длительность ФА может быть менее 10 мин, с постепенным увеличением времени нагрузки.

2103

2104

Виды физической активности

2105

- **Аэробные нагрузки (ФА)** – продолжительная ритмическая активность, вовлекающая большие группы мышц (ходьба, езда на велосипеде, работа по дому, танцы, плавание и др.) Это наиболее изученная и рекомендуемая форма ФА с доказанным положительным эффектом на прогноз ССЗ.

2106

2107

2108

2109

- **Силовые/анаэробные нагрузки (ФА)** – ориентированы на основные группы мышц (агонисты и антагонисты), включают сложные или составные движения через полный диапазон движения суставов. Стимулируют костеобразование и уменьшают потери костной ткани, увеличивают мышечную массу, силу и функциональные показатели, уменьшают уровень липидов и АД, повышают чувствительность к инсулину.

2110

2111

2112

2113

2114

- **Нейромоторная ФА** – рекомендована для лиц пожилого возраста и направлена на снижение риска падений, улучшение баланса и двигательных навыков (равновесие, ловкость, координация и походка). Различные виды активности – йога, пилатес, тай-чи и др., проводятся с использованием вспомогательного оборудования, спортивных снарядов и тренажеров.

2115

2116

2117

2118

2119

Следует рекомендовать пациенту тот вид физической активности, который приносит ему удовольствие и доступен для него. Это должна быть аэробная ФА - продолжительная ритмическая активность, вовлекающая большие группы мышц (ходьба, плавание и др.). Предложение нескольких видов физической активности может также увеличить шансы пациентов продолжить занятия и поддержать их усилия. Необходимо удерживать пациентов от начала занятий с непосильных для них видов физических упражнений (например, или слишком интенсивных или несвойственных их образу жизни).

2120

2121

2122

2123

2124

2125

2126

2127

Рекомендации для начинающих заниматься какими-либо видами физической активности. Врачи первичного здравоохранения должны знать основные принципы оказания консультаций пациентам, не имеющих противопоказаний для занятий. Они следующие:

2128

2129

- Начинать медленно и постепенно;

- 2130 • Наиболее подходящий уровень - умеренная физическая активность;
- 2131 • Постепенно наращивать длительность занятий, добавляя несколько минут в день, до
- 2132 тех пор, пока не будет достигнут рекомендуемый минимум физической активности.
- 2133 • Когда этот уровень достигнут и становится привычным, постепенно наращивать
- 2134 длительность занятий или их интенсивность, или то и другое.
- 2135 **Структура занятий ФА (принципы построения занятий).**
- 2136 • Разминка (разогрев) – 5-10 мин, разминка может состоять из легких потягиваний,
- 2137 легких гимнастических упражнений или физических упражнений низкой интенсивности
- 2138 (например, ходьбы или небыстрой езды на велосипеде). Это очень важная переходная фаза,
- 2139 позволяющая скелетно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной системе
- 2140 подготовиться к физической нагрузке.
- 2141 • Активный период (нагрузка) – 20-40 мин (аэробная или сердечно-сосудистая, на пике
- 2142 нагрузки рекомендуется увеличение ЧСС до 60-75% от МЧСС)
- 2143 • Период остывания (заминка, расслабление) – 5-10 мин, также как и при разминке в
- 2144 этой фазе могут использоваться упражнения низкой интенсивности, такие как ходьба, или
- 2145 потягивания, этот период важен для предотвращения снижения давления при резком
- 2146 прерывании физической нагрузки.
- 2147 Планирование занятий пациента должно происходить в форме обсуждения (но никак не
- 2148 диктата!) и основываться на следующих принципах: частота, продолжительность,
- 2149 интенсивность, типы физических упражнений.
- 2150 Для снижения массы тела полезно рекомендовать занятия низкой интенсивности, но более
- 2151 продолжительные по времени, по меньшей мере, 30 минут одно занятие. Пациентам,
- 2152 ведущим малоподвижный образ жизни, необходимо начинать медленно с 5-10-минутных
- 2153 занятий. Некоторые пациенты предпочитают или выдерживают 2 или 3 коротких занятия в
- 2154 день, но не одно длинное. Это также полезно для здоровья, при этом пациенты чувствуют
- 2155 себя более уверенными в себе, и их шансы на успех в достижении цели повышаются.
- 2156 **Общие рекомендации по повышению ежедневной физической активности:**
- 2157 1. Лица в возрасте 18–64 лет должны уделять занятиям аэробной ФН (ФА) средней
- 2158 интенсивности не менее 150 мин/нед (2 ч 30 мин), или занятия маэробной ФА высокой
- 2159 интенсивности не менее 75мин/нед (1 ч 15 мин), или аналогичному сочетанию ФА средней
- 2160 и высокой интенсивности (класс рекомендаций I, уровень доказанности A). Главное правило:
- 2161 2 мин ФА умеренной интенсивности равны 1 мин ФА высокой интенсивности, например, 30
- 2162 мин ФА умеренной интенсивности в неделю аналогично 15 мин ФА высокой интенсивности.
- 2163 2. Каждая ФТ в аэробном режиме должна продолжаться не менее 10 мин (класс
- 2164 рекомендаций IIa, уровень доказанности A).
- 2165 3. Занятия аэробной ФН желательно равномерно распределять в течение недели, т.е. на
- 2166 4– 5 дней в неделю (класс рекомендаций IIa, уровень доказанности A).
- 2167 4. Для получения дополнительных преимуществ для здоровья взрослым людям (до 65
- 2168 лет) следует увеличить нагрузки средней интенсивности до 300 мин/нед. (5 ч): практически
- 2169 здоровые люди для сокращения времени вместо среднеинтенсивных занятий могут
- 2170 заниматься высокоинтенсивными ФН в течение 150 мин/нед.
- 2171 5. Пациентам, перенесшим ИМ, операции на сердце или сосудах, имеющим стабильную
- 2172 стенокардию или ХСН, рекомендуются аэробные занятия средней интенсивности
- 2173 длительностью 30 мин 3 раза и более в неделю (класс рекомендаций I, уровень доказанности
- 2174 A).
- 2175
- 2176 6. Лица, ведущие сидячий образ жизни, должны начинать с легких программ физических
- 2177 упражнений после адекватной оценки возможного риска (класс рекомендаций I, уровень
- 2178 доказанности A).
- 2179 Одним из ведущих факторов формирования и укрепления здоровья человека является
- 2180 привычная суточная ФА, которая отличается у разных людей и зависит от пола, возраста,
- 2181 профессиональных занятий, наличия патологических состояний, а также степени органичных

2182 нарушений и клинического состояния пациента. Эти факторы следует учитывать при
 2183 профилактическом консультировании лиц по вопросам повышения ФА и разработке
 2184 реабилитационных программ больных ССЗ и другой патологией.
 2185

2186 **Таблица П8/Г3. Практические аспекты применения общих реабилитационных**
 2187 **мероприятий и методов у пациентов с избыточной массой тела.**

Метод реабилитации	Реабилитационные мероприятия
Физическая реабилитация	<ul style="list-style-type: none"> - Комплексы лечебной гимнастики с включением упражнений общеукрепляющих, на равновесие и координацию, на мелкие, средние и крупные групп мышц, на расслабление мышц верхних конечностей, плечевого пояса и грудной клетки, корригирующие их гипертонус; упражнения с поворотами головы и туловища следует выполнять с осторожностью. - Дозированная ходьба по разным поверхностям, степ-тренировка, ходьба по лестнице. - Физические динамические тренировки на велотренажере (или тредмиле): в зависимости от переносимости физической нагрузки умеренной интенсивности (60-70% от максимальной ЧСС, по шкале Борга 13-14/20 баллов); с интенсивностью 50-60% от максимальной ЧСС (по шкале Борга 12-13/20 баллов); с низкой интенсивностью (40-50% от максимальной ЧСС, по шкале Борга 11-12/20 баллов); при хорошей переносимости тренировки рассмотреть возможность увеличения ее интенсивности до умеренной; длительность тренировки не менее 30 минут и частота 3-5 раза в неделю.
Респираторная реабилитация	<ul style="list-style-type: none"> - Статические и динамические дыхательные упражнения. - Активные дыхательные техники (<i>по показаниям</i>). - Коррекция нарушения дыхания во время сна (<i>по показаниям</i>).
Программа коррекции факторов риска	<ul style="list-style-type: none"> - Пациентов с избыточной массой рекомендуется включать в программу по снижению массы тела. - Курящих пациентов с избыточной массой тела рекомендуется включать в программу по отказу от курения.
Образовательный аспект реабилитации	<p><i>Программа обучения пациента включает следующие аспекты:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы здорового питания; режим бытовых нагрузок и отдыха; методы повышения ежедневной физической активности; - методы самоконтроля состояния: ЧСС, массы тела, АД, глюкозы крови (с помощью глюкометра при сахарном диабете), приступов стенокардии (<i>при их наличии</i>). <p><i>Информирование пациента:</i> по вопросам, связанным с заболеванием, его лечением и профилактикой; приверженности сопутствующей терапии и тренировкам в домашних условиях (<i>желательно, чтобы устная информация дублировалась визуальной - текстом, схемой, рисунком</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Рекомендации по сексуальной активности. - Ведение дневника самоконтроля самочувствия и массы тела с указанием доз принимаемых препаратов, выполнения физических занятий дома с фиксацией результатов.
Питание	<ul style="list-style-type: none"> - Разнообразное и сбалансированное по составу питание (овощи и фрукты, цельнозерновые продукты, источники полноценного белка (мясо птицы, рыба, постные сорта мяса), молочные продукты с

	пониженной жирностью, ягоды, орехи и бобовые, растительные масла; сокращение потребления продуктов с высоким содержанием сахара, насыщенных жиров и транс-жиров). - Ограничение потребления пищевой соли <5 г в день, отказ от досаливания готовых блюд.
Психологическая поддержка	- Скрининг симптомов тревоги/депрессии (по показаниям). - Формирование позитивной мотивации на выздоровление. - Рациональная фармакотерапия (по показаниям). - Коррекция нарушений сна (при наличии) - Консультация клинического психолога/психотерапевта (по показаниям, при выявлении клинических нарушений психологического статуса).
Телемедицинские технологии	- Применение дистанционных реабилитационных технологий.

2188 **Таблица П9/Г3. Оригинальная шкала Борга (Borg RPE, Rating of Perceived Exertion)**

2189 [178]

2190 Название на русском языке: Оригинальная шкала Борга

2191 Оригинальное название (если есть): Borg Rating of Perceived Exertion

2192 Источник: Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc.

2193 1982;14:377-381. Borg G. Psychophysical scaling with applications in physical work and the

2194 perception of exertion. Scand J Work Environ Health. 1990;16(Suppl 1):55–58.

2195 Тип: шкала оценки

2196 Назначение: субъективная оценка переносимости физического напряжения/тренирующей

2197 нагрузки

2198 Оригинальная шкала Борга (Borg RPE, Rating of Perceived Exertion)

Баллы по Шкале Borg RPE	Интенсивность нагрузки
6	Очень, очень легкая
7	Исключительно легкая
8	
9	Очень легкая
10	
11	Легкая
12	
13	Умеренная
14	
15	Довольно тяжелая
16	Тяжелая
17	Очень тяжелая
18	
19	Очень, очень тяжелая
20	Максимальная нагрузка

2199

2200 **Таблица П10/Г3. Значимые лекарственные взаимодействия на фоне приема**

2201 **лекарственных препаратов для лечения избыточной массы тела и коморбидных**

2202 **заболеваний [51].**

Лекарственный препарат	Лекарственный препарат	Проявления
------------------------	------------------------	------------

Лираглутид	Гатифлоксацин	Совместное применение препаратов может привести к развитию гипогликемии, вплоть до развития комы
Орлистат	Циклоспорин	Лекарственный препарат МНН орлистат может приводить к снижению биодоступности циклоспорина при пероральном приеме. Снижение абсорбции жиров на фоне приема орлистата может приводить к снижению всасывания циклоспорина, так как последний обладает высокой липофильностью
	Лефлуноמיד	При совместном применении риск развития гепатотоксических реакций
	Терифлуноמיד	При совместном применении риск развития гепатотоксических реакций
Сибутрамин	Амитриптилин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Буспирон	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Циталопрам	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Кломипрамин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Декстрометорфан	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Дулоксетин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Элетриптан	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Эфедрин	Сибутрамин является мощным ингибитором обратного захвата норэпинефрина и серотонина и менее мощным ингибитором обратного захвата дофамина. Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Эрготамин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Эсциталопрам	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома	
	Фентанил	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Флуоксетин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома

Флувоксамин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Фуразолидон	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Гранисетрон	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Имипрамин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Йогексол	На фоне применения йодсодержащих контрастных веществ могут возникать судороги. Совместное применение препаратов может приводить к увеличению риска развития судорожного синдрома
Йопамидол	На фоне применения йодсодержащих контрастных веществ могут возникать судороги. Совместное применение препаратов может приводить к увеличению риска развития судорожного синдрома.
Линезолид	Линезолид является неселективным обратимым ингибитором моноаминоксидазы. Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Лития карбонат	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Метиленовый синий	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Метризамид	На фоне применения йодсодержащих контрастных веществ могут возникать судороги. Совместное применение препаратов может приводить к увеличению риска развития судорожного синдрома.
Милнаципран	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Миртазапин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Ондансетрон	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Палонсетрон	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Пароксетин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Прокарбазин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Разагилин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Селегилин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
Сертралин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома

	Натрия оксибутират	Совместное применение препаратов может приводить к усилению эффектов натрия оксибутирата, связанных с угнетением центральной нервной и дыхательной систем, приводя к повышению риска возникновения следующих побочных реакций: угнетение дыхания, гипотензия, глубокая седация, синкопе, кома и смерть
	Зверобоя продырявленного трава	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Суматриптан	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Тапентадол	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Трамадол	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Тразодон	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Триптофан	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Венлафаксин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Вортиоксетин	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома
	Золмитриптан	Совместное применение препаратов может привести к риску развития серотонинового синдрома

2203