

Клинические рекомендации

Лечение ожирения у взрослых

Коды по МКБ 10: МКБ 10: E66.0 / E66.2 / E66.8 / E66.9

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): **2019 (не реже 1 раза в 3 года)**

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- Российская ассоциация эндокринологов

Термины и определения

Ожирение – хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме.

Индекс массы тела – используется для диагностики избыточной массы тела и ожирения, а также для оценки его степени (масса тела в килограммах, деленная на квадрат роста в метрах, $\text{кг}/\text{м}^2$).

Морбидное ожирение – ожирение с $\text{ИМТ} \geq 35$ при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением; ожирение с $\text{ИМТ} \geq 40 \text{ кг}/\text{м}^2$ вне зависимости от осложнений.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Ожирение - это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме, требующее долгосрочного, практически пожизненного, лечения, целью которого является снижение риска/предотвращение развития коморбидных состояний, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных.

1.2 Этиология и патогенез

Ожирение является мультифакторным заболеванием, в формировании которого, помимо дисбаланса между потреблением и расходом энергии, участвуют различные нейрогуморальные механизмы и факторы внешней среды [1, 2]. Высококалорийное питание и малоподвижный образ жизни занимают важнейшее место среди причин развития ожирения [3]. Доказано, что ИМТ зависит от наследственных факторов на 40-70 %, идентифицировано множество генов, кодирующих работу тех или иных звеньев регуляции массы тела и обмена веществ. [8,9] В то же время высокие темпы распространения ожирения за последние 30 лет в основном связаны с культурными и экологическими изменениями. Высококалорийная диета, увеличение размера порций, нарушенный суточный ритм приема пищи, малоподвижный образ жизни, хронический стресс, а также все более часто диагностируемые расстройства пищевого поведения являются основными факторами, способствующими развитию ожирения [10], то есть наследственная предрасположенность к развитию ожирения реализуется под воздействием вышеуказанных факторов.

Доказано, что в патогенезе ожирения важную роль играют как гормональные и нейротрансмиттерные нарушения в работе оси «кишечник-головной мозг», так и кишечная микробиота, количественные и качественные изменения состава которой могут приводить к развитию бактериальной эндотоксемии. [15] Вышеперечисленные факторы способствуют структурным изменениям жировой ткани (гипертрофия и гиперплазия адипоцитов, развитие хронического воспаления) и изменению ее секреторной функции (например, в продукции адипокинов). [16] В свою очередь хроническое воспаление жировой ткани лежит в основе патогенеза инсулинорезистентности. [15] Роль термогенеза бурой жировой ткани и ее вклад в расходование энергии исследуются главным образом с позиции разработки стратегий по стимуляции роста и активации бурых адипоцитов в качестве профилактической и лечебной меры для контроля веса при ожирении. [17,18]

Ожирение может быть самостоятельным заболеванием либо синдромом, развивающимся при других заболеваниях. Ожирение и ассоциированные с ним метаболические нарушения являются актуальной проблемой современной медицины, поскольку приводят к развитию целого ряда тяжелых заболеваний [12-18]. Наиболее значимыми из них являются сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), остеоартрозы и др.

ССЗ занимают лидирующее место среди причин смертности в развитых и многих развивающихся странах. Показано, что ключевую роль в развитии факторов риска ССЗ (дислипидемии, артериальной гипертензии (АГ), нарушений углеводного обмена) играет абдоминальное ожирение, которое является самостоятельным фактором риска развития СД 2 типа и ССЗ.

Данные клинические рекомендации посвящены первичному ожирению. Патогенез, эпидемиология, особенности клинической картины и лечения вторичного ожирения, когда оно является симптомом какого-либо другого заболевания, рассматриваются в соответствующих клинических рекомендациях и источниках литературы.

1.3 Эпидемиология

эпидемиология представляется на момент разработки, при наличии, и в РФ

Ожирение является одной из ведущих причин инвалидности и смертности во всем мире и затрагивает не только взрослых, но и детей и подростков. В 2014 году более 1,9 миллиарда взрослых (возрастом от 18 лет и старше) имели избыточный вес. Из них более 600 миллионов страдали ожирением. Распространенность ожирения среди мужчин составляла 11 %, среди женщин – 15 %. [19] По прогнозам ВОЗ к 2030 году 60 % населения мира, то есть 3,3 миллиарда человек могут иметь избыточный вес (2,2 миллиарда) и ожирение (1,1 миллиарда), если тенденции заболеваемости ожирением сохранятся. [20] В Российской Федерации на 2016 год доля лиц с избыточной массой тела составила 62,0%, с ожирением – 26,2%. [21] Наличие ожирения имеет важные последствия для заболеваемости, качества жизни, инвалидизации и смертности и влечет за собой более высокий риск развития сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний, некоторых форм рака, остеоартрита и других патологий. [22,23]

1.4 Кодирование по МКБ 10

E66.0 Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов

E66.1 Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств

E66.2 Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией

E66.8 Другие формы ожирения

E66.9 Ожирение неуточненное

1.5 Классификация

Согласно этиологическому принципу ожирение классифицируется на:

- **первичное** (экзогенно-конституциональное, алиментарное) ожирение

- **вторичное** (симптоматическое) ожирение, в структуре которого выделяют:

- ожирение с установленным генетическим дефектом (в том числе в составе известных генетических синдромов с полиорганным поражением)
- церебральное ожирение (адипозогенное ожирение, синдром Пехкранца-Бабинского-Фрелиха) вследствие опухолей головного мозга, диссеминации системных поражений и инфекционных заболеваний, психических заболеваний
- ожирение вследствие эндокринопатий: заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников, гипотиреоидное, гипоовариальное
- ятрогенное ожирение на фоне приема лекарственных препаратов, способствующих увеличению массы тела [4]

Таблица 1 Классификация ожирения по ИМТ, ВОЗ, 1997 г.

Масса тела	ИМТ, кг/м ²	Риск сопутствующих заболеваний
Дефицит массы тела	<18,5	Низкий (повышен риск других заболеваний)
Нормальная масса тела	18,5- 4,9	Обычный
Избыточная масса тела	25-29,9	Повышенный
Ожирение I степени	30-34,9	Высокий
Ожирение II степени	35-39,9	Очень высокий
Ожирение III степени	≥40	Чрезвычайно высокий

Таблица 2 Классификация ожирения Американской ассоциации клинических эндокринологов (ААСЕ 2014 г)

Диагноз	Антропометрические данные	Клинические данные
Избыточная масса тела	$\text{ИМТ} \geq 25\text{-}29.9 \text{ кг/м}^2$	Нет осложнений, связанных с ожирением
Ожирение	$\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$	Нет осложнений, связанных с ожирением
Ожирение 1 стадии	$\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$	Имеется одно или несколько осложнений средней тяжести, связанных с ожирением
Ожирение 2 стадии	$\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$	Имеется одно или несколько тяжелых осложнений, связанных с ожирением

1.6 Клиническая картина

Клиническая картина при ожирении определяется собственно увеличенной массой тела и наличием коморбидных заболеваний, течение которых напрямую зависит от массы тела.

2. Диагностика

Критерии установления диагноза:

- Для диагностики избыточной массы тела, диагностики ожирения и оценки его степени **рекомендуется** определение индекса массы тела (ИМТ).
- Для диагностики абдоминального (висцерального) ожирения **рекомендуется** измерение окружности талии: окружность талии ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у женщин является диагностическим критерием абдоминального ожирения.

Комментарии: При наличии сопутствующих заболеваний, течение которых напрямую ассоциировано с наличием ожирения, в диагнозе дополнительно можно указывать стадию ожирения согласно рекомендациям ААСЕ (2014 г)

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** при сборе анамнеза уточнить длительность заболевания, особенности питания и образа жизни пациента, выяснить, предпринимал ли пациент ранее попытки снижения массы тела, принимал ли пациент лекарственные средства для лечения ожирения
- **Рекомендуется** выяснить отмечалось ли ранее повышение АД, принимает ли пациент гипотензивные препараты; были ли в анамнезе инфаркт миокарда, ОНМК.
- **Рекомендуется** уточнить наличие клинических проявлений синдрома обструктивного апноэ сна: храп и остановки дыхания во сне, утренние головные боли, частые пробуждения от сна, сухость во рту после пробуждения, дневная сонливость.
- При сборе анамнеза **рекомендуется** обратить внимание на наличие желчнокаменной болезни, панкреатита, перенесённого вирусного гепатита.
- При сборе анамнеза **рекомендуется** уточнить регулярность менструального цикла у женщин и наличие эректильной дисфункции у мужчин.

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** измерение антропометрических параметров: массы тела, роста, окружности талии, оценка распределения жировой ткани. При осмотре кожных покровов следует обратить внимание на наличие стрий, участков гиперпигментации кожи, оволосение.
- Рекомендуется измерение АД с использованием манжеты, размер которой должен соответствовать окружности плеча пациента.

Комментарии: накопление интраабдоминального жира связано с более высоким риском метаболических и сердечно-сосудистых заболеваний. Косвенным маркером центрального ожирения (также известного как висцеральное, андроидное) является ОТ у европейской расы ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у небеременных женщин. ОТ измеряется по средне-подмышечной линии на середине расстояния между вершиной гребня подвздошной кости и нижним краем последнего ребра.

.....

2.3 Лабораторная диагностика

- С целью исключения эндокринных причин ожирения **рекомендуется**: всем пациентам проводить определение уровня ТТГ, исключить гиперкортицизм и гиперпролактинемию в соответствии с общепринятыми рекомендациями по их диагностике.
- С целью диагностики нарушений углеводного обмена всем пациентам **должно быть проведено** обследование для выявления нарушенной гликемии натощак, нарушения толерантности к глюкозе и СД2 - в соответствии с общепринятыми рекомендациями по их диагностике, включая, при необходимости, ОГТТ.

Комментарии: *Определение уровня базального и стимулированного уровня ИРИ не рекомендуется в связи с высокой вариабельностью и низкой информативностью*

- Всем пациентам **рекомендуется** проведение биохимического анализа крови с определением уровней ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинина, мочевой кислоты, АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубина
- При наличии жалоб и клинических симптомов гипогонадизма **рекомендуется** определение уровней тестостерона ЛГ, ФСГ.
- Пациентам с ИМТ выше 40 кг/м² **рекомендуется** определение уровня ПТГ и 25(ОН)D

2.4 Инструментальная диагностика

- Всем пациентам **рекомендуется** проведение УЗИ органов брюшной полости с целью диагностики желчнокаменной болезни и НАЖБП.
- При наличии клинических проявлений СОАС **рекомендуется** проведение ночной пульсоксиметрии, по показаниям – полисомнографии.
- Обследование пациентов с АГ, ИБС, ХСН **рекомендуется** проводить по индивидуальному плану в соответствии с общепринятыми рекомендациями

3. Лечение

Стратификация риска и цели лечения

- Снижение массы тела **рекомендовано**:
 1. Всем пациентам, имеющим ожирение
 2. Пациентам с избыточной массой тела и наличием одного и более факторов риска ССЗ или с наличием сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением
- Пациентам с избыточной массой тела, у которых нет сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением, или факторов риска ССЗ, **рекомендуется** не допускать дальнейшего увеличения массы тела

Целями лечения ожирения являются

- снижение массы тела до такого уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и улучшение течения заболеваний, ассоциированных с ожирением;
- поддержание достигнутого результата;
- улучшение качества жизни больных.
- **Рекомендуется** снижение массы тела на 5–10% за 3–6 месяцев терапии и удержание результата в течение года, что позволяет уменьшить риски для здоровья, а также улучшить течение заболеваний, ассоциированных с ожирением. Большую (15-20% или более) потерю массы тела можно рекомендовать для пациентов с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии коморбидных заболеваний.

Комментарии: с учетом того, что ожирение является хроническим заболеванием, контроль над ним необходимо осуществлять на протяжении всей жизни под постоянным наблюдением для предотвращения восстановления потерянной массы тела, а также для мониторинга рисков коморбидных заболеваний и лечения (например, СД 2 типа, ССЗ).

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Немедикаментозная терапия

- Немедикаментозная терапия (изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок) является основой лечения

ожирения и **рекомендуется** как первый, обязательный и постоянный этап лечения ожирения.

- Для снижения массы тела **рекомендуется** гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола) сбалансированная по пищевым ингредиентам, на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета
Комментарии: *Снижение калорийности питания на 500-1000 ккал в сутки от расчетного приводит к уменьшению массы тела на 0,5-1,0 кг в неделю. Такие темпы снижения массы тела сохраняются в течение 3-6 месяцев. В дальнейшем умеренное снижение массы тела приводит к уменьшению энергозатрат на 16 ккал/кг в сутки у мужчин и на 12 ккал/кг в сутки у женщин за счет уменьшения тощей массы, в результате чего потеря массы тела приостанавливается. Большинство различных типов диет являются равноэффективными при соблюдении принципа ограничения общей калорийности рациона. Основной предиктор успеха диеты - систематическое следование данной диете.*
- **Рекомендуется** терапевтическое обучение пациентов, направленное на изменение образа жизни, квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке
- Физическая активность **рекомендуется** как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела. Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением показаны регулярные аэробные физические упражнения продолжительностью не менее 30 минут в день

Комментарии: *Комбинированное изменение образа жизни (изменение питания в дополнение к физическим упражнениям) приводит к более значимому снижению массы тела по сравнению с «монотерапией» (диетой или физическими нагрузками) Увеличение уровня физической активности (преимущественно аэробной) в течение ≥ 150 мин в неделю (что эквивалентно ≥ 30 мин в большинство из дней); более интенсивные физические нагрузки от 200 до 300 мин в неделю могут быть рекомендованы для удержания веса в долгосрочной перспективе.*

3.1.2. Медикаментозное лечение

- Назначение препаратов, зарегистрированных в качестве лекарственных средств для лечения ожирения, **рекомендовано** пациентам, которые не могут достичь клинически значимого снижения массы тела на фоне немедикаментозных методов лечения и/или на этапе удержания достигнутого результата.
- Назначение лекарственных средств для терапии ожирения **рекомендовано** при ИМТ ≥ 30 кг/м² или при ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний.
- Оценку эффективности лекарственной терапии ожирения **рекомендуется** проводить спустя 3 месяца после начала лечения. Неэффективным может считаться снижение массы тела менее чем на 5% от исходной в течение 3 месяцев.
- Оценка безопасности терапии **должна осуществляться** спустя 1-3 месяца от момента назначения препарата и не реже, чем раз в 3 месяца в дальнейшем.
- Лечение заболеваний, ассоциированных с ожирением, проводится в рамках соответствующих стандартов в соответствии с клиническими рекомендациями. При этом **рекомендуется** назначение лекарственных препаратов, не влияющих на массу тела или лекарственных препаратов, способствующих снижению массы тела.
- При наличии у пациента с ожирением нарушений углеводного обмена (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе) с целью снижения риска развития СД2 или увеличения периода до манифестации СД2 **рекомендуется** назначение метформина, лираглутида или комбинации метформина и сибутрамина.
- **Не рекомендуется** назначение пищевых добавок или биологически активных добавок в связи с отсутствием данных об их эффективности и безопасности в лечении ожирения [17, 32, 33]

***Комментарии:** В настоящее время на территории Российской Федерации зарегистрированы следующие препараты для лечения ожирения:*

***Орлистат** (ингибитор желудочно-кишечной липазы) – препарат периферического действия, оказывающий терапевтический эффект в пределах ЖКТ и не обладающий системными эффектами. Являясь специфическим, длительно действующим ингибитором желудочно-кишечных липаз, орлистат препятствует расщеплению и последующему всасыванию жиров, поступающих с пищей (около 30%), создавая тем самым дефицит энергии, что приводит к снижению массы тела. Орлистат уменьшает количество*

свободных жирных кислот и моноглицеридов в просвете кишечника, таким образом снижая растворимость и последующее всасывание холестерина, способствуя снижению гиперхолестеринемии, причем независимо от степени снижения массы тела.

Оптимальной дозой препарата является 120 мг 3 раза в сутки во время еды или не позже часа после нее. Если прием пищи пропускают или пища не содержит жира, то прием препарата также можно пропустить. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 4 года.

Применение орлистата у больных ожирением позволяет существенно улучшить профиль факторов риска СД2, ССЗ и других заболеваний, ассоциированных с ожирением, что может благоприятно повлиять на прогноз жизни у этой категории больных. Мета-анализ рандомизированных, плацебо контролируемых исследований продолжительностью от 1 года до 4 лет показал, что терапия орлистатом за вычетом эффекта плацебо позволяет добиться дополнительного уменьшения массы тела менее чем на 5 кг. Результаты обсервационных исследований не подтверждают, что целенаправленное снижение массы тела, в том числе у лиц, страдающих ожирением, сопровождается снижением смертности от ССЗ и общей смертности [38]. Данных, позволяющих судить о влиянии орлистата на общую смертность или смертность от ССЗ, в настоящее время нет.

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

Сибутрамин (ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина и, в меньшей степени, допамина, в синапсах центральной нервной системы) – препарат для лечения ожирения с двойным механизмом действия: с одной стороны, он ускоряет чувство

насыщения, снижая количество потребляемой пищи, с другой стороны – увеличивает энергозатраты организма, что в совокупности приводит к отрицательному балансу энергии.

В качестве начальной дозы сибутрамин назначают по 10 мг утром, ежедневно, независимо от приема пищи. Если масса тела за первый месяц лечения снизилась менее чем на 2 кг, рекомендуется увеличить дозу до 15 мг при условии его хорошей переносимости. Если по прошествии следующего месяца лечения масса тела уменьшилась менее чем на 2 кг, или за 3 месяца приема менее чем на 5% от исходной, лечение считается неэффективным.

Предиктором успешного снижения и долговременного удержания массы тела является потеря более 2 кг за первый месяц лечения или более 5% от исходной массы за 3 месяца.

Женщины, по сравнению с мужчинами, чаще худеют успешнее, особенно в молодом возрасте. Чем выше исходный ИМТ, тем более интенсивного снижения веса можно ожидать. Наличие же сопутствующих ожирению заболеваний предопределяет медленную потерю веса [39, 40].

Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 1 год.

При назначении сибутрамина целевой аудитории больных с учетом имеющихся показаний и противопоказаний препарат обладает хорошей эффективностью при допустимом профиле безопасности. Сибутрамин улучшает метаболические показатели: достоверно снижает уровень ТГ, ОХС, ЛПНП, увеличивает количество антиатерогенных ЛПВП, уменьшает содержание мочевой кислоты в плазме крови, снижает уровень гликозилированного гемоглобина.

Лечение ожирения сибутрамином требует обязательного врачебного наблюдения. Контроль АД и пульса необходим у всех больных до начала лечения, далее с 1-го по 3-й месяц лечения – каждые 2 недели, с 4-го по 6-й месяц – ежемесячно, с 6-го по 12-й месяц – каждые 3 месяца. Препарат отменяют при учащении пульса более чем на 10 уд. в минуту, повышении АД более чем на 10 мм рт.ст., а также в случае, если оно превышает 140/90 мм рт.ст. при ранее компенсированной АГ, если прогрессирует одышка, боли в груди или отеки суставов.

Препарат не может быть назначен пациентам с неконтролируемой АГ (АД выше 145/90 мм рт.ст.), ИБС, декомпенсацией хронической сердечной недостаточностью, нарушением ритма сердца, цереброваскулярными заболеваниями (инсультом, транзиторными нарушениями мозгового кровообращения), окклюзионными заболеваниями периферических артерий, и возраст старше 65 лет при тяжелых поражениях печени и почек, которые могут встречаться при ожирении, в случае одновременного приема или

спустя менее 2 недель после отмены ингибиторов моноаминоксидазы или других препаратов, действующих на ЦНС (в т.ч. антидепрессантов), при серьезных нарушениях питания и психических заболеваниях, тиреотоксикозе, феохромоцитоме, закрытоугольной глаукоме, доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Такие побочные действия, как тошнота, потеря аппетита, запор, сухость во рту, изменение вкуса, бессонница, головная боль, возбуждение, потливость обычно слабо выражены, отмечаются лишь в начале лечения, имеют преходящий характер и, как правило, не требуют отмены терапии.

Лираглутид – аналог человеческого глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1), устойчивый к дипептидилпептидазе-4, регулирует аппетит с помощью усиления чувства наполнения желудка и насыщения, одновременно ослабляя чувство голода и уменьшая предполагаемое потребление пищи. Лираглутид не увеличивает 24-часовой расход энергии.

До регистрации препарата лираглутид в дозе 3 мг для лечения ожирения лираглутид в дозах 1,2 и 1,8 мг в день использовался для лечения СД 2.

Препарат вводят подкожно 1 раз в сутки в дозе 3 мг. Начальная доза составляет 0,6 мг в сутки с последующей стандартной титрацией согласно инструкции: доза увеличивается на 0,6 мг с интервалами не менее одной недели для улучшения желудочно-кишечной переносимости до достижения терапевтической - 3,0 мг в сутки. При отсутствии снижения массы тела на 5% и более от исходной за 12 недель использования лираглутида в суточной дозе 3,0 мг лечение прекращают.

Лираглутид 3,0 мг обеспечивает эффективную и устойчивую потерю веса. Средняя потеря массы тела составляет около 5,8 кг за год лечения. В течение 56 недель терапии снижение массы тела составило 8,0%. В трехлетнем исследовании было продемонстрировано устойчивое достигнутое результата по снижению массы тела, который составил к трем годам терапии 7%. Лечение рекомендуется прекратить как неэффективное при потере массы тела < 5% от исходной за 3 месяца лечения. Эффективность и безопасность лираглутида 3 мг в лечении пациентов с ожирением оценивалась в исследованиях SCALE. препарат положительно влияет на динамику кардио-метаболических факторов риска на фоне снижения массы тела.

Подтверждена эффективность лираглутида 3,0 мг в сутки в комбинации с изменением образа жизни в длительном поддержании клинически значимого снижения массы тела

Лираглутид 3,0 мг может рассматриваться как предпочтительный вариант для пациентов с ожирением в связи с доказанным снижением сердечно-сосудистых рисков, устойчивым снижением массы тела в течение трех лет терапии, снижением тяжести

ночного апноэ значительным снижением риска развития СД2 и благоприятным профилем безопасности и переносимости

Очевидным преимуществом лираглутида 3,0 мг является его позитивное влияние на гликемический профиль – 69% пациентов с предиабетом вернулись к нормогликемии в течение 56 недель терапии, что достоверно отличалось от группы плацебо. Риск развития СД2 у пациентов с ожирением и предиабетом, получающих терапию лираглутидом 3,0 мг в течение 3-х лет, снизился на 80%.

В исследовании LEADER лираглутид 1,8 мг (зарегистрированном в Российской Федерации для терапии СД2) показал снижение риска больших сердечно-сосудистых событий на 13% и сердечно-сосудистой смерти у пациентов с СД2 на 22%.

С осторожностью препарат может быть назначен при остром панкреатите или остром калькулезном холецистите в анамнезе. Противопоказанием к назначению препарата является медулярный рак щитовидной железы в анамнезе, в том числе в семейном, множественная эндокринная неоплазия 2 типа, тяжёлая депрессия, суицидальные мысли или поведение, в том числе в анамнезе. Основными побочными эффектами препарата являются диспепсические явления: тошнота, рвота, диарея, снижение аппетита, они носят преходящий и нетяжёлый характер. Препарат обладает благоприятным профилем безопасности

3.2. Хирургические методы лечения

Хирургическое лечение **рекомендуется** пациентам с МО в возрасте 18-60 лет при неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий:

- ИМТ ≥ 40 кг/м² (независимо от наличия сопутствующих заболеваний);
- ИМТ ≥ 35 кг/м² и наличии тяжёлых заболеваний, на течение которых можно воздействовать путем снижения массы тела.

Комментарии: *Выбор типа бариатрической операции зависит от возраста пациента, степени ожирения, наличия тех или иных коморбидных и сопутствующих заболеваний, риска оперативного вмешательства и возможности постоянного регулярного наблюдения в послеоперационном периоде*

4. Реабилитация

- Пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела ($\geq 5\%$ от исходной) **рекомендуется** удержание веса в течение 1-2 лет.
- На этапе удержания массы тела **рекомендуется** ежемесячное консультирование со специалистом (очное или дистанционное), регулярный контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, эукалорийное сбалансированное питание.
- Пациентам, перенесшим бариатрические операции, **рекомендован** динамический лабораторный контроль и коррекция терапии в соответствии с клиническими и биохимическими показателями*

**Подробный алгоритм реабилитации после хирургического лечения ожирения представлен в Клинических рекомендация «Лечение морбидного ожирения у взрослых» (2018 г).*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- Рекомендуется /не рекомендуется ... (что?) ... (кому?) ... (зачем, в каких целях?) [...].
Уровень убедительности рекомендаций __ (уровень достоверности доказательств – __)
Комментарии:

7. Организация медицинской помощи

Раздел обязателен.

Показания для плановой госпитализации:

- 1) ...;
- 2) ...;
- ...;

Показания для экстренной госпитализации:

- 1) ...;
- 2) ...;
- ...;

Показания к выписке пациента из стационара:

- 1) ...;
- 2) ...;

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
	Событийные критерии оценки качества		
1.	проводилось ли измерение антропометрических показателей: масса тела, рост, расчет индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (да, нет)		
2.	проводился ли расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок (да, нет)		
3.	проводилось ли измерение АД, ЧСС (да, нет)		
4.	проводилось ли исследование биохимических показателей: глюкоза, холестерин общий, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АЛТ, АСТ, мочевая кислота (да, нет)		
5.	проводилось ли обследование для исключения нарушений углеводного обмена (ОГТТ и/или гликированный гемоглобин) (да, нет)		
6.	проводилось ли обследование для исключения вторичного генеза ожирения: 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) (да, нет)		
7.	проводилось ли ультразвуковое исследование органов брюшной полости (да, нет)		
8.	проводилось ли кардиологическое обследование: ЭКГ и/или ЭХО-кардиография (да, нет)		
9.	проводилось ли индивидуальное или групповое обучение пациента принципам рационального питания и режима физической активности (да, нет)		
10.	Временные критерии оценки качества		
11.	проводилось ли измерение массы тела в динамике через 7-10 дней от начала лечения (да, нет)		
12.	Результативные критерии оценки качества		
13.	снижение массы тела в среднем на 0,3-0,5 кг за 7-10 дней (да, нет)		
14.	определена ли дальнейшая тактика ведения (немедикаментозная терапия, фармакотерапия, хирургическое лечение) (да, нет)		

Приложение А1. Состав рабочей группы

РУКОВОДИТЕЛИ:

Дедов И.И., профессор, академик РАН, Москва

Мельниченко Г.А., профессор, академик РАН, Москва

Шестакова М.В., профессор, академик РАН, Москва

Трошина Е.А., профессор, член-корреспондент РАН, Москва

АВТОРЫ ТЕКСТА:

Мазурина Н.В., к.м.н., Москва

Ершова Е.В., к.м.н., Москва

Комшилова К.А., к.м.н., Москва

ЭКСПЕРТЫ, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ОБСУЖДЕНИИ И ОДОБРЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ:

Андреева Е.Н., д.м.н., профессор, Москва

Анциферов М.Б., д.м.н., профессор, Москва

Бирюкова Е.В., д.м.н., профессор, Москва

Вагапова Г.Р., д.м.н., профессор, Казань

Волкова А.Р., д.м.н., доцент, Санкт-Петербург

Волкова Н.И., д.м.н., профессор, Ростов-на-Дону

Волынкина А.П., к.м.н., доцент, Воронеж

Дзгоева Ф.Х., к.м.н., доцент, Москва

Драпкина О.М., д.м.н., профессор, Москва

Киселева Т.П., д.м.н., профессор, Екатеринбург

Романцова Т.И., д.м.н., профессор, Москва

Руюткина Л.А., д.м.н., профессор, Новосибирск

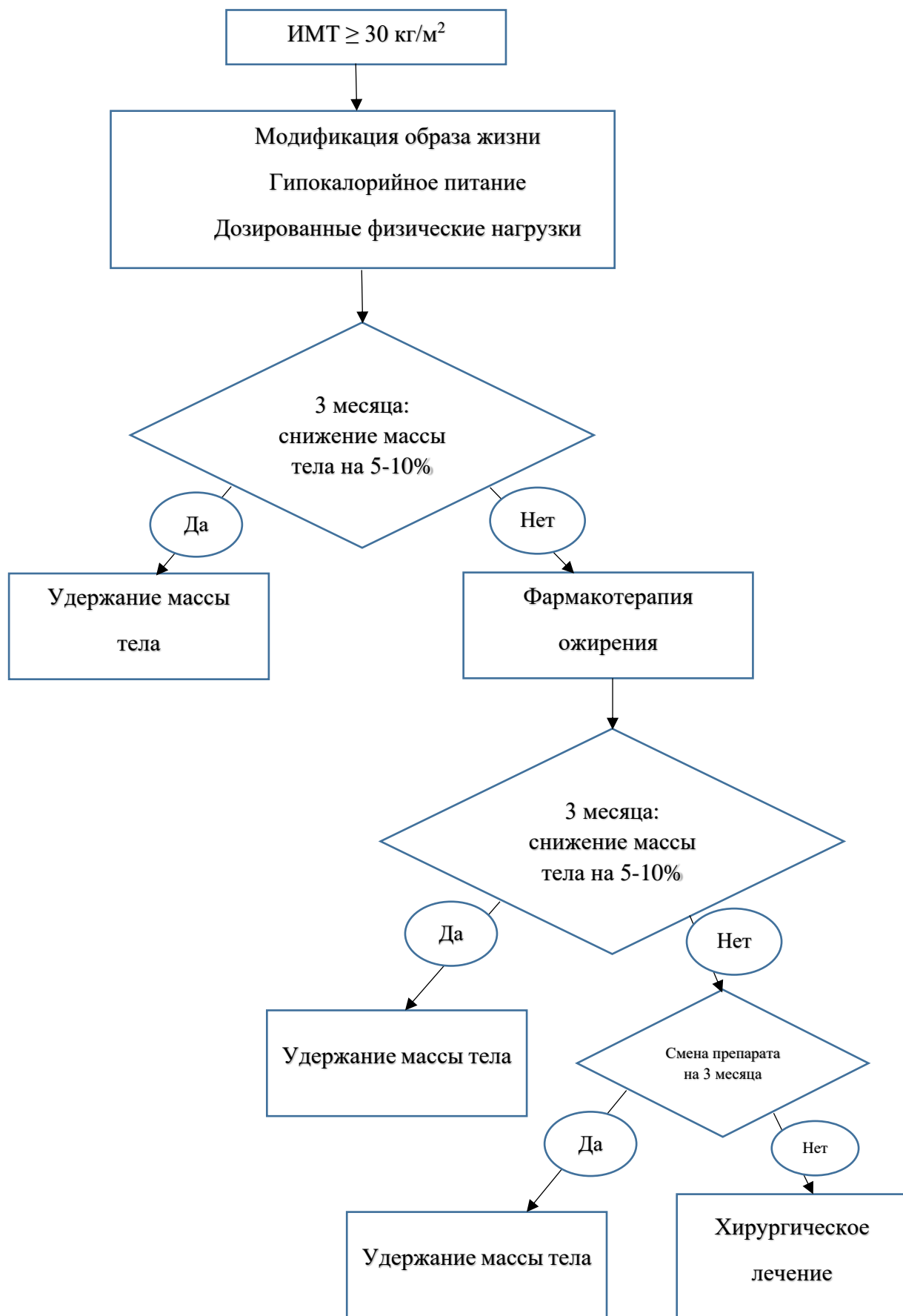
Стародубова А.В., д.м.н., доцент, Москва

Суплотова Л.А., д.м.н., профессор, Тюмень

Халимов Ю.Ш., д.м.н., профессор, Санкт-Петербург

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Алгоритм ведения пациента с экзогенно-конституциональным ожирением



Алгоритм выбора препаратов для фармакотерапии ожирения

	Орлистат	Сибутрамин	Лираглутид
Артериальная гипертензия			
ИБС, ЦВБ			
ХСН			
Панкреатиты			
Медуллярный рак ЦЖ			
Желчнокаменная болезнь			
Холестаз			
Заболевания ЖКТ, сопровождающиеся диареей			
Предиабет			