

## Структурированный подход к изменению модели питания у взрослых пациентов с ожирением при оказании первичной медико-санитарной помощи

© Л.Ю. ВОЛКОВА, С.О. ЕЛИАШЕВИЧ, Р.Н. ШЕПЕЛЬ, С.Ю. АСТАНИНА, О.М. ДРАПКИНА

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

### РЕЗЮМЕ

Ожирение представляет собой социально значимую мультидисциплинарную проблему, сформировавшуюся за непродолжительный период времени. Современные подходы к лечению больных с ожирением базируются на первоочередной необходимости коррекции питания и пищевого поведения вне зависимости от степени ожирения. Однако доступность специализированной диетологической помощи населению в Российской Федерации крайне низкая. Актуальной задачей является обеспечение доступности населения к получению квалифицированной первичной врачебной медико-санитарной помощи по профилю «диетология». С этой целью разработан структурированный подход к проведению консультаций (выполнению трудовых действий) по коррекции питания у взрослых пациентов с избыточной массой тела и ожирением в амбулаторной практике.

**Ключевые слова:** ожирение, модель питания, коррекция рациона, структурированный подход.

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Волкова Л.Ю. — <https://orcid.org/0000-0003-4214-606X>  
Елиашевич С.О. — <https://orcid.org/0000-0003-0143-0849>  
Шепель Р.Н. — <https://orcid.org/0000-0002-8984-9056>  
Астанина С.Ю. — <https://orcid.org/0000-0003-1570-1814>  
Драпкина О.М. — <https://orcid.org/0000-0002-4453-8430>  
**Автор, ответственный за переписку:** Волкова Л.Ю. — e-mail: [lvolkova2912@yandex.ru](mailto:lvolkova2912@yandex.ru)

### КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Волкова Л.Ю., Елиашевич С.О., Шепель Р.Н., Астанина С.Ю., Драпкина О.М. Структурированный подход к изменению модели питания у взрослых пациентов с ожирением при оказании первичной медико-санитарной помощи. *Профилактическая медицина*. 2023;26(2):94–99. <https://doi.org/10.17116/profmed20232602194>

## A structured approach to dietary modification in adult obese patients in primary care

© L.YU. VOLKOVA, S.O. ELIASHEVICH, R.N. SHEPEL, S.YU. ASTANINA, O.M. DRAPKINA

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

### ABSTRACT

Obesity is a socially significant multidisciplinary problem that has emerged over a short period of time. Current approaches to treating patients with obesity are based on the primary need to correct nutrition and eating behavior regardless of the obesity degree. However, the accessibility of specialized nutritional assistance to the population in the Russian Federation is extremely low. An urgent task is to ensure the accessibility of qualified dietary care in primary healthcare settings for the population. To this end, a structured approach to consultation (performance of work actions) on nutrition correction in adult patients with overweight and obesity in outpatient settings has been developed.

**Keywords:** obesity, nutrition model, diet correction, structured approach.

### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Volkova L.Yu. — <https://orcid.org/0000-0003-4214-606X>  
Eliashovich S.O. — <https://orcid.org/0000-0003-0143-0849>  
Shepel R.N. — <https://orcid.org/0000-0002-8984-9056>  
Astaniina S.Yu. — <https://orcid.org/0000-0003-1570-1814>  
Drapkina O.M. — <https://orcid.org/0000-0002-4453-8430>  
**Corresponding author:** Volkova L.Yu. — e-mail: [lvolkova2912@yandex.ru](mailto:lvolkova2912@yandex.ru)

### TO CITE THIS ARTICLE:

Volkova LYu, Eliashovich SO, Shepel RN, Astaniina SYu, Drapkina OM. A structured approach to dietary modification in adult obese patients in primary care. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2023;26(2):94–99. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed20232602194>

## Введение

Ожирение представляет собой одну из наиболее серьезных проблем современного общества и медицины. По результатам исследования, проведенного в 188 странах мира с участием более чем 19,2 млн человек, за последние 40 лет доля взрослых с ожирением увеличилась более чем в 6 раз: в 1975 г. во всем мире зарегистрировано 105 млн пациентов с ожирением, в 2014 г. — 640 млн. При сохранении этой тенденции роста к 2025 г. число мужчин с ожирением составит около 20%, а женщин — более 20% [1]. Распространенность избыточной массы тела и ожирения в Российской Федерации составляет в среднем 59,2 и 24,1% соответственно. По данным многоцентрового наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации) с участием 25 224 человек в возрасте 25—64 лет распространенность ожирения в популяции составила 29,7% [2—4]. Каждый третий взрослый человек в Российской Федерации нуждается в систематическом наблюдении и лечении ожирения, а также в оценке риска развития ассоциированных кардиометаболических нарушений.

Ожирение представляет собой социально значимую, сформировавшуюся за непродолжительный период времени мультидисциплинарную проблему. В Европе  $\frac{2}{3}$  всех расходов на здравоохранение отводится на лечение заболеваний, связанных с ожирением у взрослых. Аналогичная ситуация характерна и для Российской Федерации [5, 6]. Ожирение и избыточная масса тела являются мощным фактором риска развития многих хронических неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических, сахарного диабета 2-го типа и др. [7, 8]. Около 2,8 млн человек ежегодно умирают от причин, ассоциированных с ожирением [2,

9, 10], что свидетельствует о 20% вкладе в общее число случаев общей смертности.

Современный подход к лечению ожирения основан на признании того факта, что ожирение является хроническим рецидивирующим заболеванием с эпизодами ремиссии и рецидивов, требующим длительного лечения и долгосрочного динамического наблюдения [6, 11—13]. Современная концепция лечения больных с ожирением базируется на первоначальной необходимости коррекции питания, пищевого поведения и физической активности вне зависимости от степени ожирения (**таблица**). Такой подход прослеживается как в отечественных рекомендациях, так и в международных [11—15].

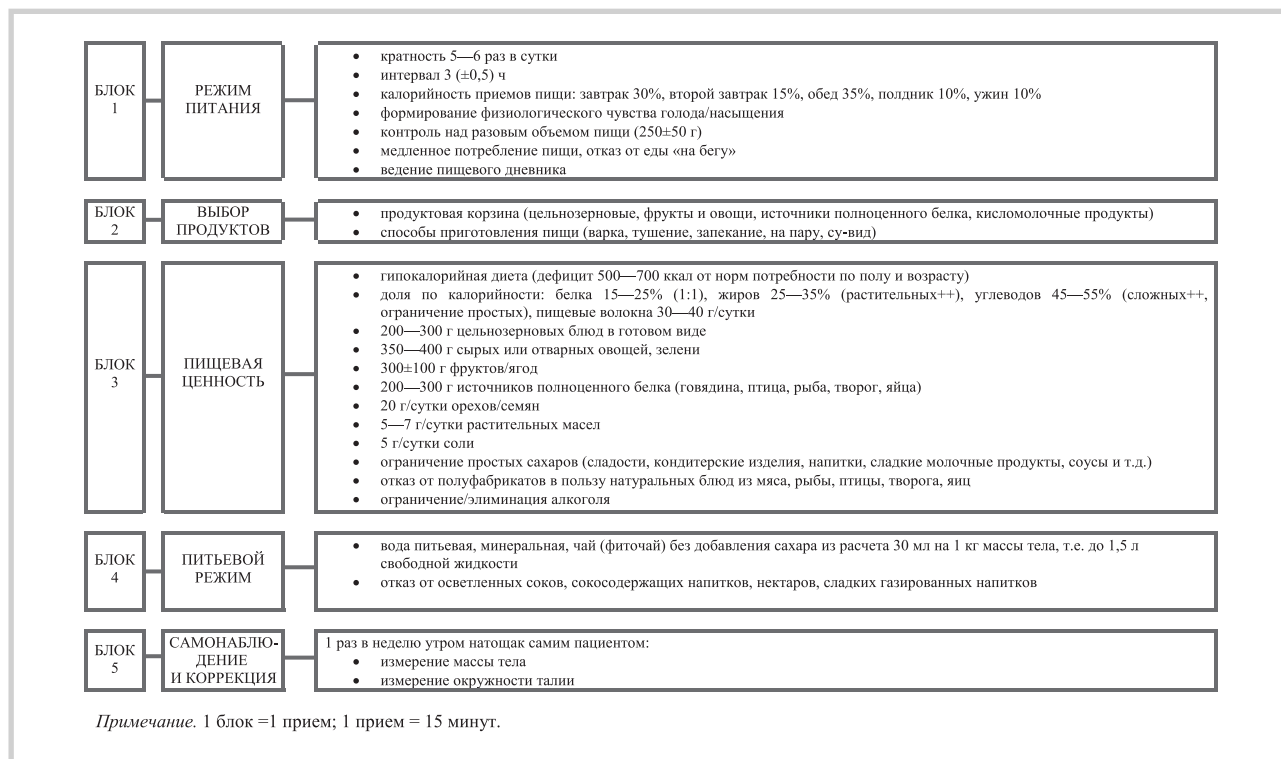
Главным принципом первичной и вторичной профилактики (лечения) избыточной массы тела и ожирения у взрослых является изменение образа жизни и коррекция питания в сторону формирования здорового пищевого поведения. Начинать лечение ожирения целесообразно в амбулаторных условиях с целью минимизации стрессовых ситуаций, а также выработки правильных пищевых стереотипов в привычных домашних, не стационарных, условиях.

Доступные для анализа данные об обеспеченности населения врачами-диетологами свидетельствуют, что в 2010 г. в 75 субъектах Российской Федерации с суммарным населением в 132,5 млн человек было 536 врачей-диетологов, то есть численность населения на 1 специалиста составила около 250 тыс. человек. По данным, опубликованным в 2012 г. (форма №47 Минздравсоцразвития России), численность врачей-диетологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях Российской Федерации составила 0,001 на 10 тыс. населения. Этот показатель является наименьшим среди всех врачебных специальностей. Это свидетельствует о низкой доступности специализированной диетологической помощи населению в настоящее время [16].

### Ключевые положения первого этапа лечения ожирения

#### Key provisions of the initial stage of obesity treatment

Источник	Лечение ожирения
Всемирная организация гастроэнтерологов: рекомендации по лечению ожирения. 2009 [13]	Пациент должен получить <i>рекомендации по изменению питания и физической активности. Поведенческая терапия проводится еженедельно</i> в индивидуальном порядке или небольших группах в течение 6 месяцев. Ключевые задачи: определение цели, получение советов по питанию, самонаблюдение с заполнением пищевого дневника, осознанное питание, профилактика рецидивов
Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации). 2017 [12]	Рекомендуется диетологическая коррекция с оценкой исходного режима и характера питания. <i>Все пациенты должны получить инструктаж в отношении принципов здорового питания и правильного планирования суточного рациона</i>
Лечение ожирения у взрослых (клинические рекомендации). 2019 [14]	Немедикаментозная терапия ( <i>изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок</i> ) является основой лечения ожирения, и <i>рекомендуется в качестве первого и постоянного этапа лечения ожирения</i> . Необходимо осуществлять <i>обучение пациентов по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке</i> , направленное на изменение образа жизни
Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 2018 [15]	<i>Изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок</i> являются основой лечения ожирения, <i>рекомендуется как первый и постоянный этап лечения ожирения</i>
Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний». 2021 [11]	Немедикаментозная терапия (изменение образа жизни посредством <i>коррекции питания</i> и уровня физической активности в объеме, безопасном для сердечно-сосудистой системы) является основой лечения ожирения и <i>рекомендуется как первый, обязательный и постоянный этап лечения ожирения</i> . <i>Рекомендуется терапевтическое обучение пациентов, направленное на изменение образа жизни, квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке</i>



#### Структура блоков для коррекции питания взрослых пациентов с ожирением в амбулаторной практике.

#### Structure of nutrition correction blocks in adult obese patients in outpatient settings.

Учитывая сложившуюся ситуацию с распространённостью ожирения в Российской Федерации и особенно кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений, первым и ведущим специалистом, оказывающим первичную врачебную медико-санитарную помощь по профилю «диетология», является врач-терапевт или врач общей практики [17].

Перед специалистами возникает вопрос, как организовать консультацию пациента с ожирением в амбулаторных условиях с учетом двух важных факторов. С одной стороны, изменение модели питания является комплексным, достаточно длительным по времени процессом, поскольку подразумевает необходимость постепенной ступенчатой коррекции питания [11—15]. С другой, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи применяются нормы времени. Так, одно посещение врача-терапевта ограничивается 15 минутами, а врача общей практики — 18 минутами [18].

Врач, оказывающий первичную врачебную помощь в амбулаторных условиях, должен быть обеспечен четким алгоритмом построения диетологического приема пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Такой алгоритм позволит соблюсти временной регламент и обеспечить эффективный подход к ведению пациентов с ожирением, включающий в себя определенную последовательность действий и преемственность консультаций.

Цель данной работы — разработка структурированного подхода к проведению консультаций (выполнению трудовых действий) по коррекции питания у взрослых пациентов с избыточной массой тела и ожирением в амбулаторной практике.

**Актуальность** разработки структурированного подхода к коррекции питания обусловлена высокой социальной

значимостью ожирения, тенденцией к увеличению числа пациентов с ожирением в Российской Федерации, а также необходимостью обеспечить для населения доступность квалифицированной первичной врачебной медико-санитарной помощи по профилю «диетология».

Информационно-методической основой разработанного структурированного подхода являются материалы клинических рекомендаций и руководств для врачей по первичной и вторичной профилактике (лечению) избыточной массы тела и ожирения у взрослых [11—15, 19, 20].

Предлагаемый для реализации в амбулаторной практике алгоритм диетотерапии ожирения у взрослых имеет следующие основные преимущества:

- 1) актуальность (современное научно-методическое обоснование);
- 2) выполнимость (учитывает нормы времени консультирования пациента на амбулаторном приеме);
- 3) последовательность (представляет собой план консультаций для формирования здорового питания);
- 4) этапность (обеспечивает постепенное и поступательное изменение пищевых привычек пациента, предупреждение «срывов»);
- 5) управляемость (направлен на возможность регулярного наблюдения за пациентом в процессе лечения в амбулаторных условиях);
- 6) повышение комплаентности (результативность диетотерапии ожирения);
- 7) пациентоориентированность (скорость освоения каждого блока корректируется в зависимости от индивидуальных особенностей пациента).

Визуальная схема разработанного алгоритма представляет собой блоки, посвященные 5 основным аспектам рационального питания: элементам режима (кратность приемов

пищи, темп еды и прочее), выбору продуктов питания, пищевой ценности рациона (качество и количество), питьевому режиму, самонаблюдению и коррекции. Каждый блок содержит информацию для врача в отношении коррекции питания при избыточной массе тела и ожирении (рисунок).

## Основная характеристика и информационное наполнение блоков

Блок 1 «Режим питания» направлен на формирование физиологического чувства голода и насыщения, дробного режима питания, медленного темпа еды. Проводится обучение пациента приему пищи при ощущениях истинного физического голода с фиксацией момента насыщения. Это достигается наблюдением за собой и ведением дневника питания. Нормальная желудочная секреция поддерживается при соблюдении установленных промежутков времени между приемами пищи  $3 \pm 0,5$  ч. Рекомендовано смещение пищевой нагрузки со второй половины дня на первую. Суточный рацион распределяется так, чтобы основная его часть (около 70% энергетической ценности) приходилась на первую половину дня, а последний прием пищи был за 3–4 ч до полного покоя. Это важнейшее условие, поскольку прием любой пищи в ночные часы неблагоприятно сказывается на обмене веществ. Рекомендуется контролировать объем пищи, который соответствует физиологическим нормам ( $250 \pm 50$  г), а также стараться потреблять примерно равный объем еды в основные приемы пищи (завтрак, обед, ужин). Скорость приема пищи имеет значение для предупреждения переедания: одинаковая по объему пища, принятая в быстром темпе, приводит к более позднему возникновению чувства насыщения, чем пища, которую человек поглощает медленно. Тщательное пережевывание и медленный темп еды, фиксация на консистенции, вкусе, запахах обеспечивают чувство насыщения от меньшего по объему количества пищи.

Блок 2 «Выбор продуктов» предназначен для формирования навыка осознанного выбора отдельных продуктов питания и комбинированных блюд из них. С этой целью используется классификация продуктов питания в зависимости от приоритетного влияния на обмен веществ: цельнозерновые продукты, овощи (кроме картофеля), фрукты и ягоды, источники полноценного белка и продукты для приема в ограниченных «вкусовых» количествах (простые углеводы, жирные сорта сыра, растительные масла, фастфуд, полуфабрикаты). Целесообразно обучать пациента чтению этикеток с целью осознанного выбора продуктов. Для тепловой обработки продуктов предпочтительны варка, тушение, приготовление на пару, запекание в духовом шкафу, на гриле, су-вид. Требуется исключить жарку в связи с образованием в ходе этого процесса канцерогенных веществ. Формирование этого навыка правильного выбора продуктов питания позволяет каждому человеку иметь в доступе необходимую ему еду, в каких бы условиях он не находился: дома, на работе, в гостях, в пути, в ресторане.

Блок 3 «Пищевая ценность» характеризует базовый суточный рацион. В понятие пищевой ценности входят количественная составляющая рациона (энергоемкость) и качественная (квота белков, жиров, углеводов, пищевых волокон, минорных веществ). Результативность диетоло-

гического сопровождения полностью зависит от возможности долгосрочного сотрудничества с пациентом и длительной приверженности подобранному питанию.

Применение гипокалорийного базового рациона, сбалансированного по необходимым макро- и микронутриентам, практически не имеет противопоказаний и временных ограничений. На этапе снижения массы тела важно создать отрицательный баланс за счет дефицита энергии 500–700 ккал/сутки. Коррекция калорийности рациона осуществляется за счет снижения доли простых углеводов и насыщенных жиров, что позволяет добиться обратного развития инсулинорезистентности и компенсаторной гиперинсулинемии. Минимальная суточная калорийность рациона для мужчин составляет 1500 ккал, для женщин — 1200 ккал. Доля белков животного и растительного происхождения рекомендуется на уровне 15–20% общей калорийности, углеводов — 45–55%, из которых пищевые волокна должны составлять около 20–30 г, жиров — менее 30% (преимущественно растительного происхождения для снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний). Рекомендовано ежедневно употреблять 1–2 порции зерновых (200–300 г) продуктов с высоким содержанием пищевых волокон: цельнозерновые крупы, зерновой хлеб, макароны из твердых сортов пшеницы. Количество овощей (кроме картофеля) и фруктов/ягод суммарно должно быть не менее 700 г/сутки, что обеспечивает поступление растворимых и нерастворимых пищевых волокон, фитонутриентов и облегчает контроль энергоемкости пищи. Пищевые волокна в составе свежих овощей, фруктов и цельнозерновых круп стимулируют перистальтику кишечника, являются субстратом для роста нормальной кишечной микрофлоры, создают чувство наполнения желудка и насыщения, влияют на регуляцию углеводного и жирового обмена. Цельные фрукты предпочтительнее. Свежие, замороженные, сушеные ягоды и орехи/семена являются оптимальным выбором для десерта или перекуса (20–30 г/сутки). Белковые продукты (200–250 г/сутки) создают хорошее чувство насыщения, что позволяет легче переносить гипокалорийный рацион с ограниченным ассортиментом привычных блюд. Мясо птицы (курица и индейка без кожи), творог 2–5% жирности, сыр до 17% жирности, белок яйца, рыба и морепродукты (креветки, кальмары и т.д.) являются источниками полноценного по аминокислотному составу белка. Растительный белок можно получить с бобами, чечевицей, орехами. Молочные продукты рекомендованы в количестве 1–2 порций ежедневно. Рекомендуются продукты с низкой массовой долей жира до 2,5% без добавленного сахара. Баланс потребления моно- и полиненасыщенных жирных кислот достигается за счет включения в питание нерафинированных растительных масел (подсолнечного, горчичного, оливкового, кедрового, льняного и прочих), морской рыбы (скумбрии, сельди атлантической, нерки, кижуча и др.) и орехов. В рационе питания рекомендуется ограничивать насыщенные жиры, добавленную соль, сахар, алкоголь. Следует ограничить потребление мясных полуфабрикатов: сосиски, сардельки, все виды колбас, карбонаты и т.д. Потребление соли снизить до 5 г/сутки за счет ограничения потребления консервированной продукции и маринадов, отказаться от досаливания пищи, выбирать соль с низким содержанием натрия. С целью сохранения органолептических свойств блюд соль заменяют лимонным соком, например, в овощных салатах и рыбных блюдах. Прием промышленных кондитерских изделий ограничивают,

поскольку они являются источниками «скрытых» сахаров и жиров. Алкогольные напитки необходимо ограничить или исключить, поскольку эти продукты высококалорийны и не обладают пищевой ценностью. С целью лучшей приверженности рациону допускается употребление блюд из группы ограничений (для вкуса) в контролируемом количестве в первой половине дня.

При проведении консультации по данному блоку рекомендуется в первую очередь делать акцент на том, что нужно и можно включать в питание, а затем обсуждать ограничения.

Блок 4 «Питьевой режим» направлен на формирование навыка потребления воды, в том числе негазированной минеральной, фиточая, отваров сухофруктов, и снижения потребления сахара в составе сладких напитков. У пациентов с ожирением выявляется относительная клеточная дегидратация, и это важный аргумент для введения в рацион жидкости (в том числе в связанном виде — овощи/фрукты/супы) из расчета 30 мл на 1 кг идеальной массы тела. На питьевую воду в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл (3–4 стакана).

Блок 5 «Наблюдение и коррекция» направлен на оценку эффективности проведенной коррекции рациона и преодоление трудностей по внедрению здорового питания. Самоконтроль за основными параметрами массы тела и окружности талии проводится пациентом 1 раз в неделю утром натощак. Рекомендуемый показатель нормальной скорости снижения массы тела составляет от 0,5 до 1 кг в неделю.

Контрольным показателем успешности диетологической коррекции и освоения навыка здорового питания у пациента с ожирением является снижение массы тела и индекса массы тела преимущественно за счет жировой массы [11, 12, 14, 15]. Отсутствие у пациента с ожирением в течение 3 мес снижения массы тела на 10% от исходной является основанием для направления в медицинскую

организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «диетология» [14].

Каждый блок направлен на формирование новой пищевой привычки. Проведение систематических консультаций из расчета 1 блок в 2 нед позволяет соблюсти принцип этапности, а также отследить темп формирования очередного пищевого навыка и, при необходимости, увеличить время на освоение нового навыка. После каждого блока следует период адаптации, что позволяет избежать неудовлетворительных результатов «скоропалительной» диетотерапии. Ступенчатое лечение дает возможность адаптироваться к новому типу питания, избавляя пациента от дискомфорта при смене пищевых привычек. Это позволяет избежать «срывов» и повысить результативность лечения.

## Заключение

Предложенный структурированный подход предлагается для использования в обучающих программах высшего профессионального образования медицинских работников — врачей-терапевтов и врачей общей практики. Практическое внедрение данного структурного подхода направлено на реализацию Национального проекта «Здоровье» в аспекте повышения доступности и качества медицинской помощи и развития первичной медицинской помощи, а также Национального проекта «Демография» в аспекте формирования системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание [21, 22].

**Финансирование:** работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**  
**The authors declare no conflicts of interest**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19,2 million participants. *Lancet*. 2016;387(10026):1377–1396. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
2. World Health Organization. *Obesity*. Accessed December 15, 2022. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, 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 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766–781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
4. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Ильин В.А., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков А.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.В., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Дев А.Д., Шальнова С.А., Чазова И.Е., Шлякто Е.В., Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Гомыранова Н.В., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Литинская О.А., Мамедов М.Н., Метельская В.А., Оганов Р.Г., Суворова Е.И., Худяков М.Б., Баранова Е.И., Касимов Р.А., Шабунова А.А., Ледаева А.А., Чумачек Е.В., Азарин О.Г., Бабенко Н.И., Бондарцов Л.В., Фурменко Г.И., Хвостикова А.Е., Белова О.А., Назарова О.А., Шутимова Е.А., Барбараш О.Л., Данильченко Я.В., Индукаева Е.В., Максимов С.А., Мулерова Т.А., Скрипченко А.Е., Черкас Н.В., Басырова И.Р., Исаева Е.Н., Кондратенко В.Ю., Лопина Е.А., Сафонова Д.В., Гудкова С.А., Черепанова Н.А., Кавешников В.С., Карпов Р.С., Серебрякова В.Н., Медведева И.В., Сторожок М.А., Шава В.П., Шалаев С.В., Гутнова С.К., Толпаров Г.В. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):4–11. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-4-11>
5. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Ильин В.А., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков А.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.В., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Дев А.Д., Шальнова С.А., Чазова И.Е., Шлякто Е.В., Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Гомыранова Н.В., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Литинская О.А., Мамедов М.Н., Метельская В.А., Оганов Р.Г., Суворова Е.И., Худяков М.Б., Баранова Е.И., Касимов Р.А., Шабунова А.А., Ледаева А.А., Чумачек Е.В., Азарин О.Г., Бабенко Н.И., Бондарцов Л.В., Фурменко Г.И., Хвостикова А.Е., Белова О.А., Назарова О.А., Шутимова Е.А., Барбараш О.Л., Данильченко Я.В., Индукаева Е.В., Максимов С.А., Мулерова Т.А., Скрипченко А.Е., Черкас Н.В., Басырова И.Р., Исаева Е.Н., Кондратенко В.Ю., Лопина Е.А., Сафонова Д.В., Гудкова С.А., Черепанова Н.А., Кавешников В.С., Карпов Р.С., Серебрякова В.Н., Медведева И.В., Сторожок М.А., Шава В.П., Шалаев С.В., Гутнова С.К., Толпаров Г.В. The prevalence of non-infectious diseases risk factors in Russian population in 2012–2013 years. The results OF ECVD-RF. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2014;13(6):4–11. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-4-11>
5. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес. *Информационный бюллетень ВОЗ*. Ссылка активна на 15.12.22. *Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya. Ozhirenie i izbytochnyj ves. Informacionnyj byulleten' VOZ*. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
6. Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Галиева М.О. Создание стратегий лечения ожирения и коморбидных заболеваний на основе наблюдательных программ: промежуточные результаты Всероссийской

- наблюдательной программы ПримаВера. *Альманах клинической медицины*. 2015; Спецвыпуск 1: 95-101.
- Troshina EA, Mazurina NV, Galieva MO. Creation of strategies for the treatment of obesity and comorbid diseases based on observational programs: interim results of the All-Russian PrimaVera Observational Program. *Al'manah klinicheskoy mediciny*. 2015; Спецвыпуск 1: 95-101. (In Russ.).
- Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009;53(21):1925-1932. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.12.068>
  - Bastien M, Poirier P, Lemieux I, Després J-P. Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2014;56(4):369-381. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.10.016>
  - Masters RK, Reither EN, Powers DA, Yang YC, Burger AE, Link BG. The impact of obesity on US mortality levels: the importance of age and cohort factors in population estimates. *American Journal of Public Health*. 2013; 103(10):1895-1901. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301379>
  - Lenz M, Richter T, Mühlhauser I. The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. *Deutsches Arzteblatt International*. 2009;106(40):641-648. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0641>
  - Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А., Мазурина Н.В., Андреева Е.Н., Бондаренко И.З., Гусова З.Р., Дзгоева Ф.Х., Елисеев М.С., Ершова Е.В., Журавлева М.В., Захарчук Т.А., Исаков В.А., Клепикова М.В., Комшилова К.А., Крысанова В.С., Недогода С.В., Новикова А.М., Остроумова О.Д., Переврзев А.П., Роживанов Р.В., Романцова Т.И., Руюткина Л.А., Саласюк А.С., Сасунова А.Н., Сметанина С.А., Стародубова А.В., Суплотова Л.А., Ткачева О.Н., Трошина Е.А., Хамошина М.Б., Чечельницкая С.М., Шестакова Е.А., Шереметьева Е.В. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний». *Ожирение и метаболизм*. 2021;18(1):5-99.
  - Dedov I, Shestakova MV, Mel'nichenko GA, Mazurina NV, Andreeva EN, Bondarenko IZ, Gusova ZR, Dzgoeva FH, Eliseev MS, Ershova EV, Zhuravleva MV, Zaharchuk TA, Isakov VA, Klepikova MV, Komshilova KA, Krysanova VS, Nedogoda SV, Novikova AM, Ostroumova OD, Pereverzev AP, Rozhivanov RV, Romancova TI, Ruyatkina LA, Salasyuk AS, Sasunova AN, Smetanina SA, Starodubova AV, Suplotova LA, Tkacheva ON, Troshina EA, Hamoshina MB, Chechel'nitskaya SM, Shestakova EA, Sheremet'eva EV. Interdisciplinary clinical practice guidelines «Management of obesity and its comorbidities». *Ozhirenie i metabolizm*. 2021;18(1):5-99. (In Russ.). <https://doi.org/10.14341/omet12714>
  - Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Национальные клинические рекомендации. 2017. Ссылка активна на 15.12.22. *Diagnostika, lechenie, profilaktika ozhireniya i associirovannyh s nim zabol-evanij. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii*. 2017. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). [https://scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie\\_klin\\_rek\\_proekt.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf)
  - WGO Practice Guideline — Obesity. Accessed December 15, 2022. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/obesity>
  - Лечение ожирения у взрослых. Клинические рекомендации. 2019. Ссылка активна на 15.12.22. *Lechenie ozhireniya u vzroslyh. Klinicheskie rekomendacii*. 2019. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). [https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recommendations/cr\\_obesity\\_2019.pdf](https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recommendations/cr_obesity_2019.pdf)
  - Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Шестакова Е.А., Яшков Ю.И., Неймарк А.Е., Бирюкова Е.В., Бондаренко И.З., Бордан Н.С., Дзгоева Ф.Х., Ершова Е.В., Комшилова К.А., Мкртумян А.М., Петунина Н.А., Романцова Т.И., Старостина Е.Г., Стронгин Л.Г., Суплотова Л.А., Фадеев В.В. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых). *Ожирение и метаболизм*. 2018;15(1):53-70.
  - Dedov I, Melnichenko GA, Shestakova MV, Troshina EA, Mazurina NV, Shestakova EA, Yashkov YuI, Neimark AE, Birykova EV, Bondarenko IZ, Boridan NS, Dzgoeva FH, Ershova EV, Komshilova KA, Mkrtyumyan AM, Petunina NA, Romantsova TI, Starostina EG, Strongin LG, Suplotova LA, Fadeev VV. Russian national clinical recommendations for morbid obesity treatment in adults. 3rd revision (Morbid obesity treatment in adults). *Ozhirenie i metabolizm*. 2018;15(1):53-70. (In Russ.).
  - Дзугаев А.К. Приоритетные направления кадровой политики в РФ. Социальные аспекты здоровья населения. *Электронный научный журнал*. 2012;1(23). Ссылка активна на 15.12.22. *Dzugaev A.K. Priorities of state staff policies in public health. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. Elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2012;1(23). Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://vestnik.mednet.ru/content/view/390/30/lang.ru/>
  - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №920н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология». Ссылка активна на 15.12.22. *Prikaz Ministerstva zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 15 noyabrya 2012 g. No.920n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi naseleniyu po profilu «dietologiya»*. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://minzdrav.gov.ru/documents/9127-prikaz-ministerstva-zdavoohraneniya-rossijskoj-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-920n-ob-utverzhdenii-poryadka-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi-naseleniyu-po-profilu-dietologiya>
  - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2015 г. №290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога». Ссылка активна на 15.12.22. *Prikaz Ministerstva zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 2 iyunya 2015 g. No.290n «Ob utverzhdenii tipovyh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannyh s poseshcheniem odnim pacientom vracha-pediatra uchastkovogo, vracha-terapevta uchastkovogo, vracha obshchej praktiki (semejnogo vracha), vracha-nevrologa, vracha-otorinolaringologa, vracha-oftalmologa i vracha-akushera-ginekologa»*. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://minzdrav.gov.ru/documents/9082-prikaz-ministerstva-zdavoohraneniya-rossijskoj-federatsii-ot-2-iyunya-2015-g-290n-ob-utverzhdenii-tipovyh-otraslevykh-norm-vremeni-na-vypolnenie-rabot-svyazannyh-s-poseshcheniem-odnim-patsientom-vracha-pediatra-uchastkovogo-vracha-terapevta-uchastkovogo-vracha-obschey-praktiki-semejnogo-vracha-vracha-nevrologa-vracha-otorinolaringologa-vracha-oftalmologa-i-vracha-akushera-ginekologa>
  - Методическое руководство «Стандарты лечебного питания». Ссылка активна на 15.12.22. *Metodicheskoe rukovodstvo «Standarty lechebnogo pitaniya»*. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://rosmedex.ru/wp-content/uploads/formcraft3/4/e21586e66ca631cbcb9e20a95bcfe4-MR100-1.pdf>
  - Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08. Ссылка активна на 15.12.22. *Normy fiziologicheskikh potrebnostej v energii i pishchevyh veshchestvah dlya razlichnyh grupp naseleniya Rossijskoj Federacii. Metodicheskie rekomendacii MR 2.3.1.2432-08*. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402716140/?ysclid=lcp2snrbj228779469>
  - Национальный проект «Демография». Ссылка активна на 15.12.22. *Nacional'nyj proekt «Demografiya»*. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdavoohranenie>
  - Национальный проект «Здоровье». Ссылка активна на 15.12.22. *Nacional'nyj proekt «Zdorove»*. Accessed December 15, 2022. (In Russ.). <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdavoohranenie>

Поступила 21.09.2022

Received 21.09.2022

Принята к печати 08.11.2022

Accepted 08.11.2022