# Ожирение

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9 · Российская ассоциация эндокринологов, Общество бариатрических хирургов

Ожирение — хроническое заболевание с избыточным накоплением жировой ткани, повышающим риск сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых и других заболеваний. Рекомендация посвящена первичному ожирению: диагностике, снижению и удержанию массы тела, медикаментозной и бариатрической терапии.

## Главное

- Диагноз ожирения устанавливают при ИМТ ≥30 кг/м²; степень: I — 30,0–34,9, II — 35,0–39,9, III — ≥40 кг/м². Риск сопутствующих заболеваний возрастает от высокого при I степени до чрезвычайно высокого при III степени.
- Абдоминальное ожирение диагностируют при окружности талии ≥94 см у мужчин и ≥80 см у женщин. ИМТ и окружность талии оценивают совместно, поскольку их сочетание точнее отражает риск для здоровья (УУР С, УДД 4).
- Цель лечения — снизить массу тела на 5–10% за 3–6 месяцев и удерживать результат не менее года. Пациентам с ИМТ ≥35 кг/м² и коморбидными заболеваниями можно рекомендовать большую потерю массы тела — 15–20% и более (УУР С, УДД 5).
- Изменение питания и увеличение физической активности — обязательная постоянная основа лечения. Гипокалорийная диета предусматривает дефицит 500–700 ккал от физиологической потребности; для поддержания веса используют сбалансированную эукалорийную диету (УУР А, УДД 2).
- Фармакотерапия показана при ИМТ ≥30 кг/м² либо при ИМТ ≥27 кг/м² с факторами риска или коморбидными заболеваниями. При осложнениях ожирения препарат можно назначать сразу вместе с немедикаментозными методами (УУР А, УДД 1).
- Эффективность препарата оценивают через 3 месяца: снижение менее чем на 5% от исходной массы считают недостаточным. Безопасность проверяют через 1–3 месяца от начала лечения и далее не реже одного раза в 3 месяца (УУР С, УДД 5).
- Бариатрическая операция показана обычно пациентам 18–60 лет при неэффективности консервативного лечения: при ИМТ >40 кг/м² — независимо от коморбидности, при ИМТ >35 кг/м² — при тяжелых заболеваниях, течение которых можно улучшить снижением веса (УУР В, УДД 2).

## Диагностика

1. Уточнить длительность заболевания, питание, образ жизни, физическую нагрузку, прежние попытки снижения веса и прием препаратов для лечения ожирения; рассчитать суточную энергетическую ценность рациона (УУР С, УДД 5).
2. Измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ. Ожирение подтверждается при ИМТ ≥30 кг/м² (УУР С, УДД 4). ИМТ не используют как достоверный диагностический показатель у пожилых, спортсменов с выраженной мускулатурой, беременных, лиц с ампутациями или выраженными отеками.
3. Измерить окружность талии: пороги абдоминального ожирения — ≥94 см у мужчин и ≥80 см у женщин; у лиц монголоидной расы — ≥90 см у мужчин и ≥80 см у женщин (УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 4).
4. Собрать анамнез осложнений: повышение АД, инфаркт миокарда или инсульт, храп и остановки дыхания во сне, дневную сонливость, желчнокаменную болезнь, панкреатит, вирусный гепатит, нарушения менструального цикла и эректильную дисфункцию (УУР А–С, УДД 2–5).
5. Измерить АД и ЧСС, осмотреть кожные покровы на наличие стрий, участков гиперпигментации и особенностей оволосения (УУР С, УДД 5).
6. Исключить эндокринные причины: определить ТТГ и пролактин, провести один из тестов на гиперкортицизм — суточный свободный кортизол в моче, ночной тест с 1 мг дексаметазона или вечерний свободный кортизол в слюне (УУР С, УДД 5).

7. Проверить углеводный обмен по глюкозе крови и гликированному гемоглобину; при необходимости провести ОГТТ. Дополнительно выполнить биохимическое исследование с липидами, креатинином, мочевой кислотой, АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубином, кальцием и альбумином (УУР С, УДД 4–5).
8. Выполнить комплексное УЗИ органов брюшной полости для поиска желчнокаменной болезни и НАЖБП (УУР В, УДД 2). При симптомах СОАС провести ночной кардиореспираторный мониторинг; при АГ, ИБС или ХСН — ЭКГ и/или эхокардиографию.

## Лечение

- Начать с изменения образа жизни: гипокалорийная сбалансированная диета с дефицитом 500–700 ккал/сут и регулярная аэробная нагрузка не менее 150 минут в неделю. При ожирении рекомендуют ежедневную аэробную активность умеренной интенсивности 225–420 минут в неделю; программы физической реабилитации должны длиться не менее 12 недель (УУР А–В, УДД 1–2).
- Проводить индивидуальное или групповое терапевтическое обучение по изменению образа жизни квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе (УУР С, УДД 3).
- С момента начала лечения организовать консультацию врача-диетолога; при нарушениях, мешающих физической активности, подключить врача физической и реабилитационной медицины (УУР А, УДД 2; УУР С, УДД 3).
- Орлистат назначают при ИМТ ≥30 кг/м² либо ≥27 кг/м² при факторах риска или коморбидных заболеваниях: 120 мг 3 раза в сутки во время еды или не позднее чем через час после нее. Максимальная разрешенная длительность — 4 года; если прием пищи пропущен или не содержит жира, прием препарата можно пропустить (УУР А, УДД 1).
- Лираглутид начинают с 0,6 мг подкожно 1 раз в сутки, повышая дозу на 0,6 мг с интервалами не менее недели до 3,0 мг/сут. При снижении массы менее чем на 5% за 3 месяца на дозе 3,0 мг лечение прекращают (УУР А, УДД 1).
- Семаглутид начинают с 0,25 мг подкожно 1 раз в неделю; дозу повышают каждые 4 недели: 0,5 мг, 1 мг, 1,7 мг до 2,4 мг. Препарат отменяют, если через 12 недель приема 2,4 мг либо максимально переносимой дозы масса снизилась менее чем на 5% (УУР В, УДД 2).
- Сибутрамин начинают с 10 мг утром ежедневно независимо от еды. Если за первый месяц масса уменьшилась менее чем на 2 кг и препарат хорошо переносится, дозу повышают до 15 мг; при снижении менее чем на 5% за 3 месяца лечение считают неэффективным. Максимальная длительность — 1 год (УУР А, УДД 1).
- При лечении сибутрамином контролируют АД и пульс до начала терапии, затем каждые 2 недели на 1–3-м месяце, ежемесячно на 4–6-м месяцах и каждые 3 месяца на 6–12-м месяцах. Препарат отменяют при двукратном учащении пульса более чем на 10 уд/мин, повышении АД более чем на 10 мм рт. ст. или повторном АД выше 140/90 мм рт. ст. при ранее компенсированной гипертонии.
- При показаниях к бариатрической операции используют лапароскопическое бандажирование или продольную резекцию желудка, гастрошунтирование либо билиопанкреатическое шунтирование. После операции необходимы ранняя активизация, эластическая компрессия нижних конечностей и профилактика тромбоэмболий нефракционированным или низкомолекулярным гепарином (УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 5).

## Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана при прогрессирующем увеличении массы тела, ухудшении коморбидных заболеваний или декомпенсации метаболических нарушений, включая СД 2, сердечно-сосудистые заболевания и СОАС.
- Направить в стационар или дневной стационар для подготовки к бариатрической операции и ее проведения; также госпитализировать при декомпенсации метаболических нарушений после операции.
- При наличии показаний и отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению рекомендуется консультация врача-хирурга, проводящего бариатрические операции.
- До бариатрической операции необходимы консультации эндокринолога, терапевта, кардиолога, диетолога и психиатра для исключения противопоказаний, коррекции лечения и подготовки к операции.
- При ожирении и АГ, дислипидемии, клинических признаках ИБС или ХСН направить к кардиологу, если не достигнуты целевые показатели либо требуется коррекция терапии.

- После консервативного лечения наблюдать пациента регулярно: взвешивание не реже одного раза в неделю, сохранение аэробной активности и периодические консультации эндокринолога, диетолога и специалиста по психотерапии или психиатрии.

## Частые вопросы

**При каком ИМТ устанавливают диагноз ожирения?**

Ожирение диагностируют при ИМТ ≥30 кг/м². ИМТ не считают достоверным показателем содержания жировой ткани у пожилых, спортсменов с выраженной мускулатурой, беременных, лиц с ампутациями и выраженными отеками.

**Когда добавлять препарат к диете и физической активности?**

Фармакотерапию назначают при ИМТ ≥30 кг/м² или при ИМТ ≥27 кг/м², если есть факторы риска или коморбидные заболевания. При наличии хотя бы одного осложнения ожирения препарат можно назначать сразу на фоне немедикаментозного лечения (УУР А, УДД 1).

**Как понять, что медикаментозное лечение ожирения неэффективно?**

Общим критерием является снижение массы менее чем на 5% от исходной через 3 месяца лечения. Для семаглутида оценку проводят через 12 недель на дозе 2,4 мг или максимально переносимой дозе, для лираглутида — через 3 месяца на дозе 3,0 мг.

**Кому показана бариатрическая операция?**

Обычно пациентам 18–60 лет при неэффективности консервативных методов: при ИМТ >40 кг/м² независимо от сопутствующих заболеваний или при ИМТ >35 кг/м² и тяжелых заболеваниях, на которые можно воздействовать снижением массы тела. Подготовка и операция проводятся при отсутствии противопоказаний (УУР В, УДД 2).

**Как контролировать пациента после бариатрической операции?**

Диетолог осматривает пациента через 1–2 недели, затем каждые 3 месяца в первый год, не менее двух раз во второй год и далее ежегодно. После операции необходимы восполнение витаминов и микроэлементов, контроль лабораторных показателей, а с 6–8-й недели — ежедневный прием перорального железа в дозе не менее 100 мг элементарного железа.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/28-ozhirenie. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/28_3