



Автор:
Валентин Викторович Фадеев,
врач-эндокринолог, профессор,
д.м.н., заведующий кафедрой и директор
клиники эндокринологии
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,
член-корреспондент Российской академии наук

ОСОБЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Сразу и без обиняков скажу, что не верю в возможность победы общества над ожирением. Собственно, как и не верю в возможность победы того же скатывающегося во все более тяжелый невроз общества над алкоголизмом и наркоманией, равно как и вообще не верю в возобладание здравого смысла и рациональности в широких массах Homo sapiens, число особей которого достигает примерно 8 млрд. Человек, по моим клиническим наблюдениям, по природе своей совершенно иррационален, а растущая разобщенность людей формирует в них все больше социальных и сексуальных комплексов, что делает их агрессивными. Фобия и попытка защитить себя от несуществующих врагов обуславливают стремление к некой призрачной власти над соплеменниками, что несколько утоляет постоянный страх перед окружающим миром и людьми.

К чему это я? Ну просто все это – наша биологическая сущность, которая, увы, никогда не позволит нам избавиться от перечисленных выше болезней. Любая болезнь лежит в природе человека, физической или психической, хотя это разделение весьма условно и примитивно. Полагаю, что антильская игуана вряд ли может заболеть при каких-то обстоятельствах атеросклерозом, диабетом 2-го типа (СД-2) или биполярным расстройством, просто потому что не может! А человек будет по определению жиреть и засахариваться, если ему будет, что поесть, ведь после того, как мы перешли от мотыг и тяпок к промышленному производству пищи,

которая растет, пасется и несется на всей территории суши, – чего поесть у нас в ближайшее время будет достаточно! На самом деле, жизнь животного в нашем примитивном виде – с постоянной протеканием в постоянном поиске пищи и условий для спаривания и размножения. Нам кажется, что животные больше ничем не занимаются, хотя на самом деле, возможно, это не так. Возможно, сытое животное о чем-то постоянно думает и философствует, задумчиво отрывая и повторно пытаясь переварить свою жвачку...

Человек постиндустриального общества решил проблему с едой – она валится как манна небесная из каждой двери и стоит не так много, если не так уж подвергаться внушению, не особо верить в лохотрон под названием «здоровое питание» и не покупать овсянку в некоем правильном виде по цене марочных вин!

Мы решили проблему голода, а что делать теперь? Чем заняться сытому человеку? Ну, средний сытый человек, то есть не особо образованный, а всю жизнь решавший кроссворды в виде обучающих тестов, не знающий, откуда он произошел, кто были его предки, сидящий в своем смартфоне, боясь физического общения с себе подобными, не понимающий и не думающий, куда он идет и зачем... Этот сытый человек будет думать о вечных проблемах мироздания? Нет, конечно! **Он будет, прости, жрать дальше, поскольку этот процесс доставляет ему редкое удовольствие, которого в другом виде его мозг просто лишен!** Ну а как еще получать удовольствие? Наркоти-

ки – вне закона, алкоголь разрешен, но порицаем обществом (тоже парадокс!), сексуальные отношения – равно как и вообще физические отношения между людьми – страшны, опасны, да и нужны ли, если есть социальные сети, где можно грезить наяву, представляя себя героем-любовником или прекрасной принцессой, скрывая свое обрюзгшее тело за пределами про-

странства монитора... Где в этой ситуации мозгу хорошо, тепло и комфортно? В виртуальном мире, пребывание в котором поддерживается потреблением больших количеств пищи. **Представьте мозг, который находится в компьютерных грезах соцсетей и при этом омывается глюкозным сиропом от постоянно пережевываемой пищи.**

ПЕРЕЙДЕМ К КОНКРЕТИКЕ

Я уже многократно говорил и писал, что ожирение есть болезнь **той части тела, на которой находятся челюсти, то есть рот... А рот находится на голове!** А голова, как говорил персонаж известного фильма, «предмет темный и исследованию не подлежит». Итак, на мой взгляд, ожирение является заболеванием с отчетливым аддиктивным компонентом, то есть нарушением восприятия чувства голода и насыщения, при котором потребление пищи превращается в форму бесконтрольного получения удовольствия, утратившим функцию удовлетворения энергетических и обменных потребностей. В связи с этим совершенно очевидно, что базовым методом лечения ожирения должна быть поведенческая терапия, а лекарственные препараты могут рассматриваться лишь как достаточно эффективные, но вспомогательные средства.

Мы хорошо знаем, что эффект такого рода препаратов может быть достигнут только у специально отобранных пациентов, с учетом соматических ограничений и особенностей пищевого поведения, оценка которых **требует определенных врачебных навыков и достаточно времени на работу с пациентом на протяжении многочисленных консультаций.**

На сегодняшний день уже очевидно, что специалисты в области соматической медицины **бессильны перед решением проблемы ожирения.** Врач (эндокринолог, терапевт, кардиолог, гинеколог) остается честен перед собой, сообщив пациенту о том, что ему показано «гипокалорийное питание и повышение физической активности». Такая рекомендация равносильна брошенному на бегу совету тяжелому алкоголику бросить-таки пить или наркоману в ломке завязать-таки с героином. К слову, следует заметить, что разработанные на сегодняшний день методы лечения алкоголизма и наркомании трудно назвать эффективными, но даже те 10–20% вылечившихся – это почти на порядок эффек-

тивнее по сравнению с «уговорами» соблюдения гипокалорийного питания при ожирении. Упомянутая **поведенческая терапия** в сочетании с использованием некоторых лекарственных препаратов эффективна лишь при ее долгосрочном и настойчивом применении специально обученными врачами, которых, увы, единицы.

Все это не абстрактные рассуждения, а реальная мировая скорбь! Не буду говорить за всех, но это – реальная скорбь эндокринологов-клиницистов, к которым принадлежу и я. Под **реальными клиницистами** имею в виду тех, кто работает с реальными эндокринными заболеваниями, а не консультирует в Instagram, дистанционно приводя «гормоны в гармонию» дамочкам с перекаченными силиконом губками. Вышедшие недавно **рекомендации Европейского эндокринологического общества** хотя бы позволяют ощутить реальную почву под ногами в этом хаосе «рвения к ожирению» в виде натужного поиска «виноватого» гормона, что куда более симпатичней описанной выше концепции самоудовлетворения пищей как наркотиком! Речь идет о клинических рекомендациях, которые описывают реальное место первично эндокринной патологии и возможностей ее коррекции в преодолении ожирения. Сюда же относятся показания к многочисленным гормональным и другим лабораторным исследованиям!

Выход такого рода рекомендаций давно назрел – именно таких и под таким углом зрения. «Рвение к ожирению», с которым **сталкиваются эндокринологи**, – колоссально, оно несопоставимо с весьма ограниченным кадровым потенциалом нашей специальности, и без того заблокированным армией пациентов с сахарным диабетом. Существенная часть врачей вынуждена функционировать как статисты, занимаясь выпиской многочисленных льготных рецептов.

Нелепый и наивно-бессмысленный поиск эндокринных заболеваний у пациентов с ожи-

рением обогащает коммерческие гормональные лаборатории, с готовностью определяющие у кого угодно и что угодно, вне какого-либо клинического смысла. Гормональные исследования превратились в товар – как пирожки на вокзале и белые в галантерею, в демократическом обществе их может купить любой! А как хочется найти какой-то виноватый гормон! Это он виноват, а не я! Почему я пью? Потому что все бабы – стервы, и живу я в России, а тут невозможно не пить!

А в отношении гормональных лабораторий: вот уж, воистину, кому война, а кому – мать родная! Для меня как клинициста, весь этот бардак с гормональными профилями – тонны потраченного времени и сил, а для лабораторий – хлеб с маслом. Гормональные исследования в этом плане не исключения: страдания человечества от пандемии COVID-19 для лабораторий это – рог изобилия, нефтяная труба с сечением 10 метров, скорость потока в которой щедро подбадривают правительство и СМИ.

Бессмысленные гормональные исследования **обрушиваются на клиницистов, в первую очередь эндокринологов, вынужденных их как-то интерпретировать**, отбиваясь от пациентов, которые-таки неизбежно обнаруживают желанные отклонения от нормы. Интересно, что в сознании наших сограждан гормональные исследования – это нечто святое, за что можно и деньги отдать, причем немалые! Мои намеки на то, что их делают автоматы, **которые продают те же компании, что производят стиральные и посудомоечные машины, не работают!** Это же гормоны! Сокровенная тайна внутренней среды! Тем не менее культурный уровень населения совершенно лишен понимания того, что интерпретация этих гормональных исследований куда сложнее, чем вставить пробирку с их сывороткой в автомат, словно куски хлеба в тостер, и получить распечатку с цифрами. Но врачебный прием почему-то является во все том же сознании неким бесплатным приложением к тому самому тостеру или посудомоечной машине!

Представленные рекомендации достаточно четко доносят ту позицию, которую мы, эндокринологи (реальные клиницисты), пытаемся донести до медицинской общественности и обывателей всю сознательную жизнь: **ожирение в подавляющем большинстве случаев исходно с эндокринными заболеваниями не связано, хотя может сопровождаться раз-**

личными вторичными феноменами со стороны работы эндокринных желез и подтверждаться результатами гормональных исследований, которые подвержены многочисленным методическим смещениям. Мне представляется, что тех денег, которые при ожирении бессмысленно выкидываются на определение уровня инсулина в сыворотке, вполне хватило бы на строительство многопрофильной больницы или роддома. Повышение уровня инсулина, пожалуй, азбучный пример того, как путаются причина и следствие! Не ожирел этот несчастный от высокого уровня инсулина, а уровень инсулина у него высокий потому, что он такой жирный!

Оригинальный текст рекомендаций в моем переводе заключен в рамку и снабжен комментариями. Так или иначе, представленная информация **достаточно четко и демонстративно расставляет точки над «i»**.

- Эндокринные заболевания сами по себе крайне редко являются причиной ожирения
- Большинство выявляемых при ожирении сдвигов в результатах гормональных исследований вторичны по отношению, собственно, к ожирению (табл. 1)
- Такого рода сдвиги чаще всего самопроизвольно купируются при снижении или нормализации веса
- Выявляемое у пациента с ожирением эндокринное заболевание чаще всего является сопутствующим и не связано с ожирением прямой причинно-следственной связью
- Попытки коррекции веса путем назначения гормональных препаратов по поводу вторичных изменений гормональных показателей (назначение тироксина, тестостерона, эстрадиола, гормона роста, сенситайзеров инсулина и проч.) в большинстве случаев низкоэффективны, особенно с учетом отдаленного прогноза, и зачастую небезопасны
- Потеря веса при ожирении – ключ к восстановлению гормонального баланса, а фармакотерапевтическая коррекция гормональных показателей оказывает лишь умеренное влияние на сопутствующую эндокринную патологию

Таблица 1. Вторичные гормональные изменения, являющиеся следствием ожирения

Гормон	Уровни ожирения	Патофизиологический механизм
TSH (ТТГ)	N или ↑	↑ лептин и инсулин ↑ периферическая утилизация T4
FT4	N или немного ↓	↑ утилизация
Кортизол (кровь и моча, слюна)	N или ↑ Измененные тесты подавления	↑ CRH, ↑ Adipose 11-HSD, ↓ CBG Гиперактивность оси HPA
ACTH (АКТГ)	N или ↑	↑ КРГ
Гормон роста	N или ↓	↓ GHRH, ↑ GH-IP, ↑ инсулин, ↓ грелин, ↑ соматостатин
IGF-1	N или ↓	↑ чувствительность к гормону роста ↑ внутрипеченочных триглицеридов
Пролактин	?	Несогласованные данные
Тестостерон (мужской)	↓	↓ GNBH, ↑ ароматаза, ↓ GnRH
Тестостерон (женский)	↑	Инсулинорезистентность (СПКЯ) ↓ GNBH
LH / FSH (ЛГ / ФСГ)	↓ у мужчин ↑ ЛГ у женщин	↑ эстрогены/андрогены Инсулинорезистентность
25-ОН витамин D	↓	Захват жировой тканью, ↓ пребывание на солнце ↓ 25-ОН, связывающий витамин D белок ↓ синтез в печени
PTH	N или ↑	Вторичный из-за дефицита витамина D
Инсулин	↑	Резистентность к инсулину
Ренин	↑	↑ симпатический механизм
Альдостерон	↑	↑ адипокины, ренин-ангиотензин, лептин
GLP-1	↓	↑ FFA, микробиота
Лептин	↑	Увеличение жировой массы, резистентность к лептину
Грелин	↓	Недостаток грелина уменьшается после еды

*11-HSD – 11β-гидроксистероиддегидрогеназа; ACTH (АКТГ) – адренкортикотропный гормон; CBG – глобулин, связывающий кортикостероиды; CRH – кортикотропин-релизинг-гормон; FFA – свободные жирные кислоты; ФСГ (FSH) – фолликулостимулирующий гормон; FT4 – свободный тироксин; GH-IP – белок, связывающий гормон роста; GHRH – гормон высвобождения гормона роста; GLP – глюкагоноподобный пептид; GnRH – гонадотропин-релизинг-гормон; HPA – ось гипоталамус – гипофиз – надпочечники; IGF (ИФР) – инсулиноподобный фактор роста; LH (ЛГ) – лютеинизирующий гормон; СПКЯ – синдром поликистозных яичников; PTH – паратиреоидный гормон; SHBG – глобулин, связывающий половые гормоны; TSH (ТТГ) – тиреотропный гормон.

Опять же, было бы наивно предполагать, что существенная часть участников медицинского бизнеса в одночасье бросит неиссякаемую «золотую жилу» коррекции гормонального фона у 1/5 населения, которое, обретя по несколько десятков лишних килограмм, чаще всего уже достигло «благополучного» и «жирного» возраста. **Для ду-**

мающих же и грамотных врачей такого рода рекомендации могут быть подспорьем, поскольку, как известно, ожирение – **самый типичный пример ситуации, когда пациент покидает врача весьма неудовлетворенным**, поскольку не получил от него «волшебную таблетку» или «чудесный гормон», от которого проснется на утро стройным.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

R.1.1. Мы полагаем, что у всех пациентов целесообразно определять вес и рост для расчета ИМТ, поскольку ожирение является серьезным заболеванием, которое часто остается невыявленным. Для повседневной медицинской практики в качестве первого диагностического критерия достаточно определения ожирения как ИМТ > 30 кг/м². Дополнительную информацию можно получить при измерении окружности талии, особенно если ИМТ < 30 кг/м²

R.1.2. Мы НЕ рекомендуем всех пациентов с ожирением регулярно направлять к эндокринологу

В большинстве случаев, несмотря на то что ожирение является состоянием эндокринного и метаболического дисбаланса, оно само по себе **не вызвано другими эндокринными заболеваниями или гормональными нарушениями**. Более того, распространенность ожирения такова, что стандартное направление к эндокринологу **несовместимо с доступными ресурсами в большинстве стран**. К эндокринологу следует обратиться в случае явного подозре-

ния на эндокринное заболевание (например, эндогенный гиперкортизолизм, гипогонадизм у мужчин или избыток андрогенов у женщин). Кроме того, поскольку распространенность эндокринных нарушений связана с тяжестью ожирения и поскольку клинические признаки и симптомы эндокринных состояний трудно отличить от ожирения, мы предлагаем обратиться к эндокринологу пациентам с морбидным ожирением.

R.1.3. Мы рекомендуем акцентировать пациента на том, что именно потеря веса при ожирении является ключом к восстановлению гормональных нарушений

R.1.4. Мы рекомендуем при обследовании принимать во внимание лекарства и пищевые добавки, которые обладают потенциальным эффектом на обмен гормонов

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

R.2.1. Мы рекомендуем всем пациентам с ожирением оценивать функцию щитовидной железы

R.2.2. С целью диагностики гипотиреоза мы рекомендуем проводить определение уровня ТТГ; если ТТГ повышен, следует измерить свободный T4 и антитела к тиреопероксидазе (анти-ТПО)

R.2.3. Мы не рекомендуем рутинное измерение FT3 у пациентов с повышенным уровнем ТТГ

R.2.4. Мы предлагаем использовать для пациентов с ожирением те же референсные гормональные диапазоны, что и для лиц без ожирения

R.2.5. Мы рекомендуем лечить явный гипотиреоз (повышенный уровень ТТГ и снижение FT4) при ожирении независимо от наличия антител

R.2.6. Мы не рекомендуем назначать препараты гормонов щитовидной железы для лечения ожирения при ее нормальной функции

Препараты гормонов щитовидной железы и их производные широко использовались в прошлом в качестве лекарств от ожирения (первые клинические сообщения об эффекте снижения веса при применении экстракта щитовидной железы овец датируются 1890 г.). Идея этого

лечения базировалась на популярном заблуждении о связи между гормонами щитовидной железы и расходом энергии в покое, что долгое время трактовалось как связь между гипотиреозом и ожирением, которая в дальнейшем не подтвердилась.

R.2.7. Мы не рекомендуем лечить гипертиротропинемию (повышенный уровень ТТГ и нормальный FT4) при ожирении с целью снижения массы тела (++ 00)

R.2.8. При принятии решения о лечении субклинического гипотиреоза мы предлагаем принимать во внимание уровень ТТГ, антитела к щитовидной железе и возраст

R.2.9. Мы не рекомендуем использовать рутинное ультразвуковое исследование щитовидной железы независимо от ее функции

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ГИПЕРКОРТИЗОЛИЗМ

Распространенность синдрома Кушинга (СК) среди пациентов с ожирением очень низка и составляет по разным данным от 0 до не более 0,5%. Предполагая эпидемическую рас-

пространенность ожирения, тестирование всех пациентов с ожирением на предмет гиперкортицизма нецелесообразно.

R.3.1. Мы рекомендуем тестирование на гиперкортицизм всех пациентов с ожирением без дополнительных показаний (++ 00)

R.3.2. Пациентам с клиническими признаками гиперкортицизма показано проведение специфических лабораторных тестов для его исключения

Кандидаты на бариатрическую операцию обычно обращаются за лечением с уже имеющимися сопутствующими заболеваниями, связанными с ожирением, такими как гипертония, метаболический синдром, СД-2, которые также часто встречаются при СК. Несмотря на то что

СК является очень редким заболеванием, у некоторых кандидатов на бариатрическую операцию выявляется эндогенный гиперкортицизм, который может привести к серьезным побочным эффектам после операции, если не будет диагностирован.

R.3.3. Мы рекомендуем обследовать на предмет гиперкортицизма пациентов, у которых планируется бариатрическое оперативное вмешательство

R.3.4. При обследовании пациентов с ожирением мы рекомендуем использовать те принципы и те же референсные диапазоны, что и для пациентов без ожирения (+000)

R.3.5. Мы не рекомендуем тестировать на гиперкортицизм пациентов, принимающих кортикостероиды

R.3.6. В качестве теста первого уровня при тестировании пациентов с ожирением на предмет гиперкортицизма мы рекомендуем ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона

R.3.7. При отсутствии подавления кортизола в ночном подавляющем тесте с 1 мг дексаметазона рекомендуется проведение второго теста: это может быть определение кортизола в суточной моче или кортизола в слюне

R.3.8. У всех пациентов с подтвержденным гиперкортицизмом следует определить уровень АКТГ и провести визуализацию гипофиза/надпочечников

R.3.9. Ликвидация доказанного эндогенного гиперкортицизма в большинстве случаев не приводит к нормализации массы тела, если у пациентов на момент диагностики имело место ожирение

ГИПОГОНАДИЗМ У МУЖЧИН

Снижение уровня тестостерона, определяемого иммунометрическими тестами, выявляется практически у половины мужчин с ожирением, при этом снижение и нормализация массы тела сопровождаются пропорциональным повыше-

нием уровня тестостерона. Эту ситуацию часто обозначают как функциональный вторичный гипогонадизм, и назначение препаратов тестостерона в большинстве случаев не рекомендуется.

R.4.1. Мы не рекомендуем проводить скрининговое определение уровня тестостерона у всех мужчин с ожирением; тем не менее всем показана оценка симптомов и проявлений гипогонадизма (++ 00)

R.4.2. У мужчин с ожирением и клиническими проявлениями гипогонадизма рекомендуется определение общего, свободного и биологически активного тестостерона, а также ЛГ и ФСГ

R.4.3. При интерпретации уровня тестостерона рекомендуется использование возрастных референсных диапазонов

R.4.4. Мы рекомендуем сделать акцент на том, что снижение веса у пациентов с ожирением сопровождается восстановлением половой функции и биохимических параметров, характерных для гипогонадизма

В случае, если потеря веса не достигается и/или если уровень тестостерона и симптомы гипогонадизма не подвергаются обратному развитию, а другие причины гипогонадизма были исключены, заместительная терапия тестостероном может рассматриваться в инди-

видуальном порядке с учетом соотношения потенциальных преимуществ и побочных эффектов. Хотя заместительная терапия тестостероном, назначаемая мужчинам с гипогонадизмом, ассоциирована с некоторой потерей веса и увеличением удельного веса мышц, у мужчин

R.4.5. При невозможности добиться снижения веса и/или если при этом сохраняется клинический и биохимический гипогонадизм, в отдельных случаях можно рассмотреть возможность назначения препаратов тестостерона; при этом следует учитывать противопоказания и исключить другие причины гипогонадизма. Одно только наличие ожирения не является достаточным основанием для назначения тестостерона (+ 000)

R.4.6. Целью лечения тестостероном является нормализация его уровня по данным гормонального исследования (+ 000)

R.4.7. При отсутствии какой-либо положительной клинической динамики на протяжении 6–12 месяцев лечение тестостероном рекомендуется прекратить, даже при нормализации уровня тестостерона (+ 000)

с нормальной функцией яичек она не оказывает положительного влияния на истинные исходы.

Введение тестостерона сопровождается ингибированием секреции гонадотропинов и подавлением сперматогенеза и, следовательно, противопоказано в качестве монотерапии, ког-

да мужчина с гипогонадотропным гипогонадизмом планирует зачатие ребенка в течение следующего года. Поэтому в такой ситуации лечение гонадотропинами должно быть терапией первой линии, чтобы гарантировать или восстановить сперматогенез.

R.4.8. Мы не рекомендуем лечение тестостероном в качестве первой линии терапии у мужчин с гипогонадизмом и ожирением в период фертильности (+000)

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ДИСФУНКЦИЮ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН

R.5.1. Мы не рекомендуем проводить гормональное исследование с целью оценки функции яичников в рутинной практике у пациенток с ожирением без клинических показаний (++) 00)

R.5.2. Функцию яичников рекомендуется оценивать у пациенток с ожирением, нарушениями менструального цикла, хронической ановуляцией и бесплодием

R.5.3. Для оценки нарушения менструального цикла мы предлагаем оценивать функцию гонад путем измерения ЛГ, ФСГ, общего тестостерона, SHBG, дельта 4-андростендиона, эстрадиола, 17-гидроксипрогестерона и пролактина. Если менструальный цикл нерегулярный, но в некоторой степени предсказуем, мы предлагаем проводить оценку на ранней фолликулярной фазе

R.5.4. Для оценки овуляторной функции и причин ее нарушения может быть рекомендовано определение ЛГ, ФСГ, эстрадиола, прогестерона и пролактина

R.5.5. Мы рекомендуем оценивать избыток андрогенов при рассмотрении СПКЯ на основании клинических признаков. Мы предлагаем измерять общий тестостерон, свободный Т, дельта 4-андростендион и SHBG. Дополнительно рекомендуем оценить морфологию яичников и уровень глюкозы в крови

R.5.6. Мы предлагаем назначение метформина женщинам с СПКЯ только при наличии признаков или проявлений метаболического синдрома (++) 00)

R.5.7. Мы не рекомендуем назначение метформина с единственной целью снижения массы тела (+ 000)

R.5.8. Мы не рекомендуем заместительную терапию эстрогенами у женщин с ожирением в постменопаузе с единственной целью снижения массы тела (+ 000)

ДРУГИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

R.6.1. При ожирении не рекомендуется определение уровня гормона роста и ИФР-1 (+ 000)

R.6.2. Определение уровня гормона роста и ИФР-1 рекомендуется только у пациентов с подозрением на гипопитуитаризм (+000)

R.6.3. Мы рекомендуем не использовать препараты гормона роста для лечения ожирения у пациентов с отсутствием его дефицита (+ 000)

R.6.4. Рутинное тестирование пациентов с ожирением на предмет дефицита витамина D не рекомендуется (+ 000)

R.6.5. Рутинное тестирование пациентов с ожирением на предмет гиперпаратиреоза не рекомендуется (+ 000)

R.6.6. Определение других гормонов, таких как лептин и грелин, не рекомендуется, за исключением крайне редких случаев подозрения на синдромальное ожирение

R.6.7. При артериальной гипертензии у пациентов с ожирением рекомендуется исключение вторичной артериальной гипертензии по общим принципам

P. S.

Я знаю, что испортил многим настроение, был немного эксцентричен и резок. Ничего не могу поделать, мой тяжелый цинизм – не что иное, как профессиональная деформация. Но, как по-

казывает практика, по-другому сейчас сложно донести здравую мысль. Я рассчитываю только на тех, кто меня услышит и хоть немного задумается. Тогда моя миссия будет выполнена.