

УДК 616-056.52+616-036.865
<https://doi.org/10.56871/МТР.2026.93.43.003>

ОСОБЕННОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Анна Юрьевна Родионова, Ольга Владимировна Макарова, Сергей Валентинович Столов

Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г.А. Альбрехта, 195067, г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, Российская Федерация

Для цитирования: Родионова А.Ю., Макарова О.В., Столов С.В. Особенности направления на медико-социальную экспертизу больных ожирением. *Медицина: теория и практика*. 2026;11(1):32–41.

<https://doi.org/10.56871/МТР.2026.93.43.003>.

Поступила: 27.11.2025

Одобрена: 23.01.2026

Принята к печати: 11.05.2026

РЕЗЮМЕ. Введение. При наличии стойких нарушений функций органов-мишеней больные морбидным ожирением направляются на медико-социальную экспертизу, при этом в «Направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форме № 088у) необходимо максимально полно указывать клиничко-функциональные данные пациента. **Цель** — изучить характер и выраженность стойких нарушений функций органов-мишеней у больных морбидным ожирением, направленных в бюро медико-социальной экспертизы. **Материалы и методы.** Выполнен ретроспективный анализ клиничко-экспертных документов у 30 больных морбидным ожирением, признанных инвалидами, из них женщин 16 (53,3%), мужчин 14 (46,7%) человек. Средний возраст — $55,0 \pm 6,7$ года. Среднее значение индекса массы тела — $50,8 \text{ кг/м}^2$. Все больные получали лечение по поводу сопутствующих заболеваний, лечение ожирения проводилось лишь в трех (10%) случаях. **Результаты.** У всех пациентов имелась ассоциированная с ожирением патология: заболевания сердечно-сосудистой системы (100%), нарушения углеводного обмена (63,3%), невоспалительное поражение крупных суставов (46,7%), синдром альвеолярной гиповентиляции с дыхательной недостаточностью (23,3%), хроническая болезнь почек (20%). При освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы у всех больных определены стойкие нарушения функций организма от умеренной до значительно выраженной степени, а также ограничения жизнедеятельности в следующих категориях: способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, трудовой деятельности I–III степеней. Инвалидность III группы установлена 19 больным (63%), II группы — 7 больным (23%), I группы — в 4 случаях (14%). **Выводы.** Показаниями к направлению в бюро медико-социальной экспертизы больных морбидным ожирением является наличие умеренных, выраженных и значительно выраженных нарушений функций сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата, значимых хронических диабетических осложнений. Отсутствие медицинской реабилитации у больных ожирением, направленных на медико-социальную экспертизу, затрудняет экспертно-реабилитационную диагностику, установление группы инвалидности и ее определение необходимого перечня мер комплексной реабилитации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ожирение, нарушения функций, органы-мишени, медико-социальная экспертиза

✉ Анна Юрьевна Родионова. E-mail: a.rod84@mail.ru

© Родионова А.Ю., Макарова О.В., Столов С.В., 2026

UDC 616-056.52+616-036.865
<https://doi.org/10.56871/MTP.2026.93.43.003>

FEATURES OF REFERRAL TO MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE OF OBESITY PATIENTS

Anna Yu. Rodionova, Olga V. Makarova, Sergey V. Stolov

Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, 50 Bestuzhevskaya str., Saint Petersburg, 195067, Russian Federation

For citation: Rodionova A.Yu., Makarova O.V., Stolov S.V. Features of referral to medical and social expertise of obesity patients. *Medicine: Theory and Practice*. 2026;11(1):32–41. (In Russ.). <https://doi.org/10.56871/MTP.2026.93.43.003>.

Received: 27.11.2025

Revised: 23.01.2026

Accepted: 11.05.2026

ABSTRACT. Introduction. In the presence of persistent dysfunctions of target organs, patients with morbid obesity are referred for medical and social examination, and in the “Referral for medical and social examination by a medical organization” (form No. 088u) it is necessary to indicate the patient’s clinical and functional data as fully as possible. **Aim** — to study is to examine the nature and severity of persistent dysfunction of target organs in patients with morbid obesity referred to the bureau of medical and social expertise. **Materials and methods.** A retrospective analysis of clinical and expert documents was performed for 30 patients with morbid obesity recognized as disabled. There were 16 women (53.3%) and 14 men (46.7%). The average age was 55.0 ± 6.7 years. The average body mass index was 50.8 kg/m^2 . All patients received treatment for concomitant diseases; obesity treatment was performed only in 3 (10%) cases. **Results.** All patients had obesity-associated pathology: cardiovascular diseases (100%), carbohydrate metabolism disorders (63.3%), non-inflammatory lesions of large joints (46.7%), alveolar hypoventilation syndrome with respiratory failure (23.3%), chronic kidney disease (20%). During examination at the Bureau of Medical and Social Expertise, all patients were found to have persistent dysfunctions of the body from moderate to severe, as well as limitations of life activities in the following categories: of self-care, independent movement, work activity of 1–3 degrees. Disability group III was established in 19 patients (63%), group II — in 7 patients (23%), group I — in 4 cases (14%). **Conclusion.** Indications for referral to a medical and social assessment bureau for patients with morbid obesity include moderate, severe, or significant impairment of the cardiovascular, respiratory, urinary, digestive, and musculoskeletal systems, as well as significant chronic diabetic complications. The lack of medical rehabilitation for obese patients referred for medical and social assessment complicates expert-rehabilitation diagnostics, determining disability status, and determining the necessary comprehensive rehabilitation measures.

KEYWORDS: obesity, dysfunctions, target organs, medical and social expertise

✉ Anna Yu. Rodionova. E-mail: a.rod84@mail.ru

© Rodionova A.Yu., Makarova O.V., Stolov S.V., 2026

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что негативное влияние ожирения на соматическое здоровье обусловлено развитием ассоциированной патологии — поражением органов-мишеней: сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, почек, дыхательной системы, углеводного и липидного обменов, репродуктивной системы [1, 2]. В этом отношении наибольшую проблему представляют пациенты с тяжелой формой ожирения — морбидным ожирением (МО), при котором многократно повышен риск развития осложнений, таких как сахарный диабет 2-го типа (СД2), ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), остеоартрит, неалкогольная жировая болезнь печени, синдром обструктивного апноэ сна и др. [3]. При наличии стойких нарушений функций организма, связанных с осложнениями МО и сохраняющихся, несмотря на проводимую адекватную терапию, лечащему врачу следует рассмотреть возможность направления больного на медико-социальную экспертизу (МСЭ) с целью установления группы инвалидности и разработки индивидуальной программы реабилитации/абилитации.

Одним из направлений современной концепции совершенствования службы МСЭ является повышение уровня объективности оценки имеющихся у больного нарушенных функций организма, что нашло отражение в «Количественной системе оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинко-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека)», утвержденной приказом Минтруда России от 26.07.2024 г. № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы»¹ (далее — Приказ 374н). Согласно Приказу 374н, выделяют четыре степени выраженности стойких нарушений функций организма человека: I степень — стой-

кие незначительные нарушения с количественной оценкой от 10 до 30%; II степень — стойкие умеренные нарушения (от 40 до 60%); III степень — стойкие выраженные нарушения (от 70 до 80%); IV степень — стойкие значительно выраженные нарушения (от 90 до 100%). Критериями установления группы инвалидности являются наличие у больного нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма II и более выраженной степени (в диапазоне от 40 до 100%), обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами; ограничение жизнедеятельности (ОЖД) II или III степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или I степени выраженности ограничений двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях (самообслуживание, самостоятельное передвижение, ориентация, общение, контроль за своим поведением, обучение, трудовая деятельность), приводящих к необходимости в мероприятиях и услугах по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации^{2, 3}. При этом стойкое незначительное нарушение здоровья (I степени) не является основанием для установления инвалидности, что медицинские организации должны учитывать при направлении больных в бюро МСЭ (БМСЭ).

В форме 088у (далее — ф. № 088у) «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утвержденной приказом Минтруда России и Минздрава России от 12 августа 2022 г. № 488н/551н⁴, максимально полно должны быть указаны клинко-функциональные данные больного, включая результаты объективного осмотра специалистами и данные лабораторно-инструментального обследования, перечень которых утвержден приказом Минтруда России и Минздрава России № 259н/238н от 16.05.2024 г. «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинко-функциональных данных

² Там же.

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (с изменениями и дополнениями). URL: <https://base.garant.ru/403829132/> (дата обращения: 25.11.2025).

⁴ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 августа 2022 г. № 488н/551н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения» (зарегистрировано в Минюсте России 10.11.2022 г. № 70900). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405585943/> (дата обращения: 25.11.2025).

¹ Приказ Минтруда России от 26.07.2024 г. № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2024 г. № 79273). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409478965/> (дата обращения: 25.11.2025).

в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы»¹. Необходимо подчеркнуть, что ф. № 088у является основным источником информации о пациенте для специалистов БМСЭ, от качества и полноты заполнения которой во многом зависит обоснованность экспертного решения об установлении группы инвалидности и назначении реабилитационных мероприятий, особенно при заочном проведении МСЭ (без личного присутствия больного).

Учитывая мультисистемность поражения при ожирении, нередко в ходе проведения МСЭ данной категории больных возникают трудности при оценке выраженности нарушенных функций организма.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить характер и выраженность стойких нарушений функций органов-мишеней у больных МО, направленных в БМСЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На кафедре терапии 1 Института ДПО ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России ретроспективно изучена клинично-экспертная документация — «Направления на медико-социальную экспертизу» (ф. № 088/у) и «Акты освидетельствования в БМСЭ» у 30 больных ожирением, направленных в БМСЭ за период 2023–2024 гг. Критерии включения в исследование: возраст старше 18 лет; МО в качестве основного диагноза в ф. № 088у; алиментарный генез ожирения; определение группы инвалидности после проведения МСЭ. Критерии исключения: другой, кроме МО, основной диагноз в ф. № 088у (МО в качестве сопутствующего диагноза); вторичные формы ожирения; возраст младше 18 лет; больные, не признанные инвалидами после проведения МСЭ.

Распределение больных по полу было следующим: 16 женщин (53,3%), 14 мужчин (46,7%).

Возраст варьировал от 20 до 65 лет, в среднем — $55,0 \pm 6,7$ года. Индекс массы тела составил от 40,0 до 79,6 кг/м², среднее значение — 50,8 кг/м². Длительность анамнеза МО была от 5 до 40 лет, в среднем — 22,8 года. Попытка лечения ожирения отмечена лишь у 3 (10%) больных, которая заключалась в периодическом соблюдении диеты и была неэффективной. Все больные получали медикаментозное лечение по поводу ассоциированной с ожирением сопутствующей патологии. Согласно анализу трудового статуса, не работали 21 человек (70%), продолжали работать 9 больных (30%). Первично в БМСЭ направлены 14 человек (46,7%), повторно — 16 (53,3%).

Количественная оценка стойких нарушений функций организма у больных проводилась согласно приложению 1 к Приказу 374н, п. 4 «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (класс IV) ...», пп. 4.4 «Ожирение и другие виды избыточности питания» (Е65–Е68), пп. 4.4.1 «Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (Е66.0) ...»². Перечень медицинских обследований у больных соответствовал приказу Минтруда России, Минздрава России № 259н/238н³. Для статистической обработки полученных данных использовался пакет Microsoft Office Excel 2017 (США). Значения качественных признаков представлены в виде наблюдаемых частот и процентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех больных с МО имелась патология сердечно-сосудистой системы, структура которой отображена в табл. 1.

¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2024 г. № 259н/238н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинично-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2024 г. № 79078). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409400853/> (дата обращения: 25.11.2025).

² Приказ Минтруда России от 26.07.2024 г. № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2024 г. № 79273). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409478965/> (дата обращения: 25.11.2025).

³ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2024 г. № 259н/238н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинично-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2024 г. № 79078). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409400853/> (дата обращения: 25.11.2025).

Таблица 1

Структура сердечно-сосудистой патологии у больных морбидным ожирением

Table 1

Structure of cardiovascular pathology in patients with morbid obesity

Сердечно-сосудистая патология / Cardiovascular pathology	Число больных, абс. (%) / Number of patients, abs. (%)
Хроническая сердечная недостаточность I–III стадий* / Chronic heart failure I–III stages*	30 (100,0)
Гипертоническая болезнь III стадии / Hypertension stage III	28 (93,3)
Стенокардия напряжения II–III функционального класса / Angina pectoris of II–III functional class	15 (50,0)
Нарушения сердечного ритма и проводимости / Cardiac rhythm and conduction disorders	8 (26,6)
Варикозное расширение вен нижних конечностей с хронической венозной недостаточностью I–III степени / Varicose veins of the lower extremities with chronic venous insufficiency of I–III degrees	6 (20,0)
Острый инфаркт миокарда в анамнезе / History of acute myocardial infarction	5 (16,6)
Кардиомиопатия смешанного генеза / Mixed genesis cardiomyopathy	3 (10,0)
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе / History of acute cerebrovascular accident	2 (6,6)
Аортокоронарное шунтирование в анамнезе / History of coronary artery bypass grafting	1 (3,3)

* По классификации Стражеско–Василенко.

* According to the classification of Strazhesko–Vasilenko.

Таблица авторов данной статьи / The table by the authors of this article

Во всех случаях была диагностирована хроническая сердечная недостаточность (ХСН), у 24 человек (80%) — ПА стадии по классификации Стражеско–Василенко, что подтверждалось объективными и инструментальными данными — наличием застойных явлений по одному из кругов кровообращения. У 3 больных (10,0%) определена ХСН I стадии, у 2 больных (6,6%) — II стадии, в одном случае (3,4%) — III стадии. По данным эхокардиографического исследования у 28 больных (93,3%) фракция выброса левого желудочка была сохранена и составила в среднем 59,6%, лишь у 2 (6,7%) человек определена ХСН с умеренно сниженной и сниженной фракцией выброса (44 и 32% соответственно). Гипертоническая болезнь III стадии выявлена у 28 человек (93,3%), при этом у 25 (89,2%) из них АГ была неконтролируемой, несмотря на комбинированную антигипертензивную терапию. У половины пациентов имелась ИБС в форме стенокардии напряжения II и III функционального класса (ФК), почти у трети пациентов определены нарушения сердечного ритма и проводимости (суправентрикулярная экстрасистолия, персистирующая фибрилляция предсердий, синусовая брадикардия, синоатриальная блока-

да I степени). У 6 больных (20,0%) отмечены хронические заболевания вен.

У 19 больных (63,3%) имелись нарушения углеводного обмена, в 18 случаях (60%) представленные СД2 и в одном случае — нарушением толерантности к глюкозе. У 12 (66,6%) пациентов с СД2 на момент направления в БМСЭ не был достигнут целевой уровень гликированного гемоглобина, что свидетельствует о недостаточной эффективности медицинской реабилитации на амбулаторном этапе. У 16 из 18 больных СД2 (89,0%) диагностированы хронические диабетические осложнения в различном сочетании (рис. 1).

У 14 больных (46,7%) МО диагностировано поражение крупных суставов невоспалительного генеза (гонартроз, коксартроз, контрактура тазобедренного сустава) с нарушением функции суставов I–III степени.

Стойкое нарушение функций дыхательной системы, обусловленное синдромом альвеолярной гиповентиляции с дыхательной недостаточностью (ДН) II и III степени, выявлено у 7 человек (23,3%), в двух случаях проводилась постоянная кислородотерапия.

Стойкое нарушение функции мочевыделительной системы в виде хронической болезни почек (ХБП) C1–C3b стадий, не связанной

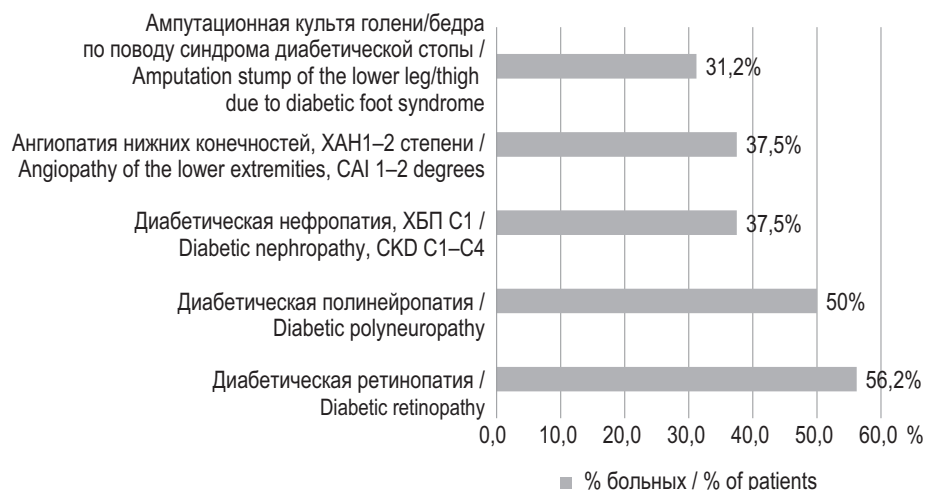


Рис. 1. Структура поздних осложнений сахарного диабета 2-го типа у больных морбидным ожирением: ХАН — хроническая артериальная недостаточность; ХБП — хроническая болезнь почек. % рассчитан от общего числа больных с поздними диабетическими осложнениями (16 человек) (рисунок подготовлен авторами по собственным данным)

Fig. 1. Structure of late complications of type 2 diabetes mellitus in patients with morbid obesity: CAI — chronic arterial insufficiency; CKD — chronic kidney disease. % calculated from the total number of patients with late diabetic complications (16 people) (the figure is prepared by the authors using their own data)

Таблица 2

Степень выраженности стойких нарушений функций организма у больных морбидным ожирением

Table 2

The degree of expression of persistent disorders of body functions in patients with morbid obesity

Виды стойких нарушений функций организма / Types of persistent disorders of body functions	Степень выраженности, абс. (%) / Degree of expression, abs. (%)			Всего человек, абс. (%) / Total people, abs. (%)
	умеренные нарушения / moderate violations	выраженные нарушения / severe violations	значительно выраженные / significantly expressed	
Функции эндокринной системы и метаболизма / Functions of the endocrine system and metabolism	19 (63,3)	8 (26,6)	3 (10,1)	30 (100)
Функции сердечно-сосудистой системы / Functions of the cardiovascular system	18 (60,0)	5 (16,6)	1 (3,3)	24 (80)
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) функции / Neuromuscular, skeletal and movement-related (statodynamic) functions	10 (33,3)	4 (13,3)	3 (10,0)	17 (56,6)
Функции мочевыделительной системы / Functions of the urinary system	3 (10,0)	—	1 (3,3)	4 (13,3)
Функции дыхательной системы / Functions of the respiratory system	1 (3,3)	3 (10,0)	—	4 (13,3)

Таблица авторов данной статьи / The table by the authors of this article

с диабетической нефропатией, имелось у 6 (20%) больных.

Наиболее частыми клиническими проявлениями поражения органов-мишеней при МО были одышка смешанного характера при незначительной физической повседневной нагрузке и ходьбе в привычном темпе (22 человека, 73%), боли в коленных и/или тазобедренных суставах «механического» характера (20 человек, 67%), повышенная утомляемость и об-

щая слабость (16 человек, 53%), головная боль (13 человек, 43%), сухость во рту (12 человек, 40%), затруднения при передвижении разной степени выраженности (10 человек, 33%).

Степень выраженности стойких нарушений функций организма у больных МО представлена в табл. 2.

Стойкие нарушения функций органов-мишеней у больных МО приводили к ОЖД преимущественно в следующих категориях: способность

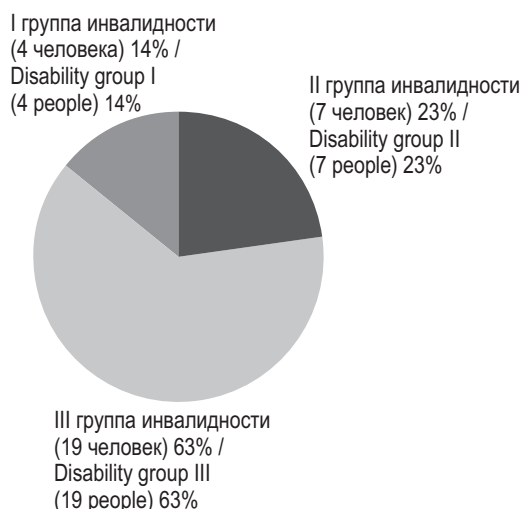


Рис. 2. Распределение больных морбидным ожирением по группам инвалидности после проведения медико-социальной экспертизы (рисунок подготовлен авторами по собственным данным)

Fig. 2. Distribution of patients with morbid obesity by disability groups after medical and social examination (the figure is prepared by the authors using their own data)

к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, трудовой деятельности I–III степеней. Распределение больных МО по группам инвалидности после проведения МСЭ представлено на рис. 2.

ОБСУЖДЕНИЕ

Спектр ассоциированных с ожирением болезней обширен и включает как перенесенные острые состояния (инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и пр.), так и разнообразную хроническую патологию. Для установления группы инвалидности имеют значение стойкие нарушения функций органов-мишеней, сохраняющиеся у больного, несмотря на адекватную терапию заболевания.

У всех освидетельствованных лиц выявлена ХСН, однако диагноз ИБС установлен только у 50% из них. Это подтверждает, что МО служит независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и соответствует данным литературы [4–6]. Выраженность ХСН является основным экспертным критерием при оценке стойких нарушений функций сердечно-сосудистой системы¹.

¹ Приказ Минтруда России от 26.07.2024 г. № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями меди-

Согласно актуальным клиническим рекомендациям [7], при ведении пациентов кардиологического профиля необходимо ориентироваться на классификацию ХСН по фракции выброса левого желудочка, по функциональному классу, а также по стадиям с выделением предстадии, стадии I и стадии II (классификация экспертов Российского кардиологического общества, 2023). Такой подход имеет важное значение для медицинских организаций с точки зрения определения тактики лечения, прогноза и методов кардиореабилитации. Однако в практике МСЭ определяющей является стадия ХСН по классификации Стражеско–Василенко, которая позволяет объективно оценить структурные нарушения в сердце². Отражением значимых стойких нарушений функций сердечно-сосудистой системы в соответствии с Критериями является ХСН IА, IБ и II стадии по классификации Стражеско–Василенко. При направлении в БМСЭ больного с ожирением и кардиальными осложнениями в ф. № 088у обязательно должно быть заключение кардиолога³, а особое внимание необходимо уделить обоснованию стадии ХСН. Нарушение гемодинамики в одном или обоих кругах кровообращения, то есть застой в легких, наличие отеков на нижних конечностях, гепатомегалия, должно быть подтверждено в ф. № 088у данными объективного осмотра и инструментальных исследований (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки). Данный момент имеет принципиальное значение, поскольку IА стадия ХСН соответствует умеренным нарушениям функций сердечно-сосудистой системы с количественной оценкой 40–60%, а IБ стадия — выраженным нарушениям с количественной оценкой 70–80%, соответственно,

ко-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2024 г. № 79273). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409478965/> (дата обращения: 25.11.2025).

² Там же.

³ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2024 г. № 259н/238н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2024 г. № 79078). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409400853/> (дата обращения: 25.11.2025).

больному может быть установлена III или II группа инвалидности при наличии соответствующих критериев¹.

МСЭ при наличии МО и СД2 основывается на оценке нарушенных функций организма, обусловленных поздними хроническими диабетическими осложнениями (нефропатия, ретинопатия, невропатия, нарушения периферического кровообращения, диабетическая остеоартропатия и др.), выраженность которых должна быть описана эндокринологом в ф. № 088у.

Решающим экспертным критерием для оценки тяжести ассоциированного с ожирением нарушения функции почек является стадия ХБП по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ). В экспертной практике ХБП 1, 2 и 3А стадий является незначительным нарушением функций мочевыделительной системы с количественной оценкой 10–30%². Соответственно, правомочным будет направление в БМСЭ пациентов с МО при наличии ХБП 3Б, 4 и 5 стадий (нарушения функции почек умеренной, выраженной и значительно выраженной степени).

При оценке нарушений функций дыхательной системы ключевой экспертный критерий — ДН, степень тяжести которой объективно оценивается по данным газометрических показателей (парциального давления кислорода крови (PaO₂) и сатурации крови кислородом (SaO₂)). При наличии ДН в ф. № 088у необходимо заключение пульмонолога³.

Независимо от варианта поражения опорно-двигательного аппарата, значение для МСЭ имеет определение нарушения функции суставов (степень функциональной недостаточности

суставов и ФК)⁴ [8]. У больных МО с поражением суставов в ф. № 088у должно быть заключение хирурга/ортопеда с описанием амплитуды движений суставов в градусах, указанием на нарушения опорной функции стопы и наличие статодинамических нарушений⁵.

Тяжесть поражения пищеварительной системы у больных МО оценивается в зависимости от выраженности нарушений функции печени по лабораторным и инструментальным данным, а также выраженности нарушений экзо- и эндокринной функции поджелудочной железы.

В рутинной клинической практике лечение ожирения остается серьезной проблемой, поскольку основную роль в лечебном процессе играют психологические установки пациента — отношение к своему заболеванию, информированность о его последствиях, положительный настрой на результат, приверженность врачебным рекомендациям [9, 10]. Проведенное нами исследование показало, что в абсолютном большинстве случаев пациенты с ожирением, направленные на МСЭ, не получают лечения по основному заболеванию. Вместе с тем, согласно актуальным клиническим рекомендациям [3], при наличии хотя бы одного осложнения, ассоциированного с ожирением, больному показано назначение медикаментозной терапии на фоне немедикаментозного лечения, а при неэффективности консервативных методов следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении (бариатрической операции). Кроме того, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом»⁶,

¹ Приказ Минтруда России от 26.07.2024 г. № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2024 г. № 79273). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409478965/> (дата обращения: 25.11.2025).

² Там же.

³ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2024 г. № 259н/238н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2024 г. № 79078). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409400853/> (дата обращения: 25.11.2025).

⁴ Приказ Минтруда России от 26.07.2024 г. № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2024 г. № 79273). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409478965/> (дата обращения: 25.11.2025).

⁵ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2024 г. № 259н/238н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2024 г. № 79078). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/409400853/> (дата обращения: 25.11.2025).

⁶ Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (с изменениями и дополнениями). URL: <https://base.garant.ru/403829132/> (дата обращения: 25.11.2025).

больные направляются на освидетельствование в БМСЭ после проведения обязательных диагностических и лечебных мероприятий, а также мероприятий по медицинской реабилитации [10, 11]. Таким образом, больные МО направляются на МСЭ, не получив необходимого объема медицинской реабилитации.

ВЫВОДЫ

1. Показаниями к направлению в БМСЭ больных МО является наличие сердечно-сосудистой патологии с ХСН IА, IБ, II стадии; патологии дыхательной системы с ДН II и III степени; невоспалительных заболеваний тазобедренных и/или коленных суставов с нарушением функций суставов II–IV степени, рентгенологической стадией II–IV; патология пищеварительной системы со значимыми нарушениями функции печени, поджелудочной железы; ХБП СЗБ, С4, С5; значимые хронические осложнения СД2.

2. Степень выраженности стойких нарушений функций органов-мишеней у больных МО должна быть обоснована в ф. № 088у объективными, лабораторными и инструментальными данными, а также отражена в диагнозе.

3. Отсутствие медицинской реабилитации у больных ожирением, направленных в БМСЭ, затрудняет экспертно-реабилитационную диагностику, установление группы инвалидности и определение необходимого перечня мер комплексной реабилитации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data

for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев Ю.С., Джиоева О.Н., Драпкина О.М. Биологические маркеры при ожирении: фундаментальные и клинико-лабораторные аспекты. М.: ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России, РОПНИЗ, Силица-Полиграф; 2024. <https://doi.org/10.15829/ROPNIZ-t1-2024>.
2. Ким О.Т., Драпкина О.М. Эпидемия ожирения через призму эволюционных процессов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(1):72–79. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3109>.
3. Ожирение. Клинические рекомендации. М.; 2024.
4. Сафуллина А.А., Ускач Т.М., Сайпудинова К.М., Терещенко С.Н., Чазова И.Е. Сердечная недостаточность и ожирение. *Терапевтический архив*. 2022;94(9):1115–1121. <https://doi.org/10.26442/00403660.2022.09.201837>.
5. Репкина Т.В., Гатаулина О.В., Демина Е.И. Проблемы ожирения в структуре факторов риска хронической сердечной недостаточности на территориальном терапевтическом участке. *Современные проблемы науки и образования*. 2022;(4):137–137. <https://doi.org/10.17513/spno.31792>.
6. Cotter G., Petrie M.C., Butler J., Davison B., Chioncel O., Biegus J. et al. Obesity and inflammation in chronic and acute heart failure. *Heart Fail Rev*. 2025;30(5):923–930. <https://doi.org/10.1007/s10741-025-10518-x>.
7. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации. М.; 2024.
8. Абусева Г.Р., Ковлен Д.В., Пономаренко Г.Н., Хозяинова С.С., Адхамов Б.М., Иващев В.В. и др. Физические методы реабилитации пациентов с остеопорозом: наукометрический анализ доказательных исследований. *Травматология и ортопедия России*. 2020;26(1):190–200. <https://doi.org/10.21823/2311-2905-2020-26-1-190-200>.
9. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Панченкова М.Д. Динамика восприятия болезни и саморегуляции у пациентов с морбидным ожирением через три месяца после бариатрической хирургии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2024;32(3):28–47. <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302>.

10. Пономаренко Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина: фундаментальные основы и клиническая практика. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2016;15(6):284–289. <https://doi.org/10.18821/1681-3456-2016-15-6-284-289>.
11. Разумов А.Н., Ежов В.В., Довгань И.А., Пономаренко Г.Н. Лечебные эффекты климатотерапии: наукометрический анализ доказательных исследований. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2020;97(6):59–67. <https://doi.org/10.17116/kurort20209706159>.

REFERENCES

1. Timofeev Yu.S., Dzhioeva O.N., Drapkina O.M. Biological markers in obesity: fundamental and clinical-laboratory aspects. Moscow: FGBU NMITS TPM Minzdrava Rossii, ROPNIZ, Silitseya-Poligraf; 2024. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/ROPNIZ-t1-2024>.
2. Kim O.T., Drapkina O.M. The Obesity Epidemic through the Lens of Evolutionary Processes *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(1):3109. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3109>.
3. Obesity. Clinical Guidelines. Moscow; 2024. (In Russ.).
4. Safiullina A.A., Uskach T.M., Saipudinova K.M., Tereshchenko S.N., Chazova I.E. Heart failure and obesity. *Terapevticheskii Arkhiv*. 2022;94(9):1115–1121. (In Russ.). <https://doi.org/10.26442/00403660.2022.09>.
5. Repkina T.V., Gataulina O.V., Demina E.I. Obesity issues in the structure of risk factors for chronic heart failure in a regional therapeutic area. *Sovremennye problemy nau-*
6. Cotter G., Petrie M.C., Butler J., Davison B., Chioncel O., Biegus J. et al. Obesity and inflammation in chronic and acute heart failure. *Heart Fail Rev*. 2025;30(5):923–930. <https://doi.org/10.1007/s10741-025-10518-x>.
7. Chronic Heart Failure. Clinical Guidelines. Moscow; 2024. (In Russ.).
8. Abuseva G.R., Kovlen D.V., Ponomarenko G.N., Khozyainova S.S., Adkhamov B.M., Ivashev V.V. et al. Physical rehabilitation methods for patients with osteoarthritis: a scientometric analysis of evidence-based studies. *Traumatology and Orthopedics of Russia*. 2020;26(1):190–200. (In Russ.). <https://doi.org/10.21823/2311-2905-2020-26-1-190-200>.
9. Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V., Panchenkova M.D. Dynamics of illness perception and self-regulation in patients with morbid obesity three months after bariatric surgery. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2024;32(3):28–47. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302>.
10. Ponomarenko G.N. Physical and Rehabilitation Medicine: Fundamentals and Clinical Practice. *Physiotherapy, Balneology, and Rehabilitation*. 2016;15(6):284–289. (In Russ.). <https://doi.org/10.18821/1681-3456-2016-15-6-284-289>.
11. Razumov A.N., Ezhov V.V., Dovgan I.A., Ponomarenko G.N. Therapeutic effects of climatotherapy: a scientometric analysis of evidence-based studies. *Issues of Balneology, Physiotherapy, and Therapeutic Physical Culture*. 2020;97(6):59–67. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/kurort20209706159>.

Об авторах

✉ **Анна Юрьевна Родионова** — к.м.н., доцент, кафедра терапии 1, Институт дополнительного профессионального образования.
E-mail: a.rod84@mail.ru;
<https://orcid.org/0000-0002-0186-7621>; SPIN: 3758-3196

Ольга Владимировна Макарова — к.м.н., доцент, кафедра терапии 1, Институт дополнительного профессионального образования.
E-mail: olgamak2012@mail.ru;
<https://orcid.org/0000-0002-1849-0648>; SPIN: 3301-1322

Сергей Валентинович Столов — д.м.н., заведующий кафедрой терапии 1, Институт дополнительного профессионального образования.
E-mail: sv100lov@gmail.com;
<https://orcid.org/0000-0002-3431-1224>; SPIN: 5492-2429

Authors' info

✉ **Anna Yu. Rodionova** — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Therapy 1, Institute of Continuing Professional Education.
E-mail: a.rod84@mail.ru;
<https://orcid.org/0000-0002-0186-7621>; SPIN: 3758-3196

Olga V. Makarova — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Therapy 1, Institute of Continuing Professional Education.
E-mail: olgamak2012@mail.ru;
<https://orcid.org/0000-0002-1849-0648>; SPIN: 3301-1322

Sergey V. Stolov — Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Therapy 1, Institute of Continuing Professional Education. E-mail: sv100lov@gmail.com;
<https://orcid.org/0000-0002-3431-1224>; SPIN: 5492-2429