

# СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

## Проблема ожирения глазами пациентов (по результатам анкетирования больных амбулаторного регистра)

Лерман О.В., Лукина Ю.В.\*, Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М.  
от имени рабочей группы исследования ЕВА

Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины,  
Москва, Россия

Рабочая группа исследования ЕВА: Лерман О.В., Лукина Ю.В., Толпыгина С.Н., Воронина В.П.,  
Дмитриева Н.А., Некошнова Е.С., Будаева И.В., Загребельный А.В., Благодатских С.В., Кутишенко Н.П.,  
Марцевич С.Ю.

**Цель.** Оценить по результатам анкетирования информированность пациентов о наличии, возможных причинах и влиянии на здоровье избыточной массы тела/ожирения; определить самооценку пациентами собственного веса, сведения об используемых способах лечения заболевания, приверженности терапии.

**Материал и методы.** Анкетирование пациентов амбулаторного регистра было выполнено в рамках очного визита включения в наблюдательное исследование ЕВА при помощи специально разработанного опросника. Из 582 пациентов регистра ПРОФИЛЬ, пришедших на визит в период с 08.04.2019 по 24.03.2020 гг., в исследование были включены 295 человек, имевших индекс массы тела (ИМТ)  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты.** Больные исследуемой когорты согласно значениям ИМТ распределились в 4 группы: с наличием предожирения – 108 (36,6%), с ожирением I степени – 124 (42,1%), с ожирением II степени – 42 (14,2%), с ожирением III степени – 21 (7,1%). С увеличением степени ожирения количество больных, признающих у себя наличие этой патологии при самооценке, увеличивается ( $p < 0,0001$ ): правильные ответы дали 26,6% больных ожирением I степени, 47,6% – ожирением II степени и 81% пациентов с ожирением III степени. Среди возможных причин избыточной массы тела/ожирения каждый третий пациент исследования указал гиподинамию (31,3%) и каждый пятый – избыточное питание (20,8%). Большинство больных – 244 (82,7%), считают, что избыточный вес ухудшает их здоровье, столько же пациентов – 255 (86,4%), уверены, что похудеть им необходимо. Наиболее часто (70% ответов) для похудения пациенты использовали различные пищевые ограничения, голодание, но только 17% больных увеличили уровень физической активности. Было выявлено частое нарушение принципов рационального питания (недостаточное количество фруктов и овощей в рационе, досаливание пищи, употребление большого количества легкоусвояемых углеводов). 139 (47,1%) пациентов отметили, что им трудно соблюдать какие-либо ограничения в еде, придерживаться диеты; половина всех пациентов и 70% больных ожирением 3 степени испытывали постоянное чувство голода. Из 25 пациентов, которым рекомендована фармакотерапия, привержены были 21 (84%).

**Заключение.** Пациенты с избыточной массой тела и ожирением не всегда критично подходят к самооценке своей массы тела, а основными причинами наличия избыточного веса или ожирения считают гиподинамию и различные нарушения принципов рационального питания. Для пациентов исследуемой когорты было характерно нарушение пищевого поведения, у половины больных были выявлены признаки пищевой аддикции. Рекомендации по фармакотерапии ожирения получили менее 10% больных исследуемой когорты, при этом приверженность пациентов лекарственной терапии была высокой.

**Ключевые слова:** избыточная масса тела, ожирение, анкетирование, самооценка веса, регистр, приверженность лечению

**Для цитирования:** Лерман О.В., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Проблема ожирения глазами пациентов (по результатам анкетирования больных амбулаторного регистра). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2022;18(5):578-584. DOI:10.20996/1819-6446-2022-10-05.

### The problem of obesity «through the eyes» of patients (results of the survey of patients of the outpatient registry)

Lerman O.V., Lukina Yu.V.\*, Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. on behalf of the EVA research working group  
National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

EVA Research Working Group: Lerman O.V., Lukina Yu.V., Tolpygina S.N., Voronina V.P., Dmitrieva N.A., Nekoshnova E.S., Budaeva I.V., Zagrebely A.V., Blagodatikh S.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu.

**Aim.** To assess, based on the results of the questionnaire, patients' awareness of the presence, possible causes and health effects of overweight/obesity; to determine patients' self-assessment of their own weight, information about the methods used to treat the disease, adherence to therapy.

**Material and methods.** The survey of patients of the outpatient registry was carried out as part of a face-to-face visit of inclusion in the observational study of EVA using a specially designed questionnaire. Out of 582 patients of the PROFILE registry who came for a visit in the period from 08.04.2019 to 24.03.2020, 295 people with a body mass index (BMI) were included in the study  $> 25$  kg/m<sup>2</sup>.

**Results.** According to the BMI values, the patients of the study cohort were divided into 4 groups: 108 (36.6%) with pre-obesity, 124 (42.1%) with class I obesity, 42 (14.2%) with class II obesity, 21 (7.1%) with class III obesity. With an increase in the class of obesity, the number of patients who admit the presence of this pathology in self-assessment increases ( $p < 0.0001$ ): 26.6% of patients with grade I obesity, 47.6% with grade II obesity and 81% of patients with grade III obesity gave correct answers. Among the possible causes of overweight/obesity, every third patient of the study indicated physical inactivity (31.3%) and every fifth specified excessive nutrition (20.8%). The majority of patients, 244 (82.7%), believe that being overweight worsens their health, the same number of patients, 255 (86.4%), are sure that they need to lose weight. The most common (70% of responses) for weight loss patients used various dietary restrictions, fasting, only 17% of patients increased the level of physical activity. Frequent violation of the principles of rational nutrition was revealed (insufficient amount of fruits and vegetables in the diet, salting food, eating a large amount of easily digestible carbohydrates). One hundred and thirty nine (47.1%) patients noted that it was difficult for them to observe any restrictions

in food, to adhere to a diet half of all patients and 70% of patients with class III obesity experience a constant feeling of hunger. Of the 25 patients to whom pharmacotherapy was recommended, 21 (84%) people were adherent.

**Conclusion.** Overweight and obese patients are not always critical of self-assessment of their body weight, and the main reasons for being overweight or obese considered to be inactivity and various violations of the principles of rational nutrition. The patients of the study cohort were characterized by eating disorders and half of the patients showed signs of food addiction. Recommendations for the pharmacotherapy of obesity were received by less than 10% of patients in the study cohort, while the patients' adherence to drug therapy was high.

**Key words:** overweight, obesity, questionnaire, self-assessment of weight, register, treatment adherence

**For citation:** Lerman O.V., Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. The problem of obesity «through the eyes» of patients (results of the survey of patients of the outpatient registry). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2022;18(5):578-584. DOI:10.20996/1819-6446-2022-10-05.

\*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): yuvlu@mail.ru

Received/Поступила: 05.10.2022

Accepted/Принята в печать: 11.10.2022

## Введение

Актуальность проблемы хронических неинфекционных заболеваний, в том числе ожирения, сохраняется на протяжении нескольких десятилетий. Согласно сделанному в мае 2022 г. докладу Всемирной организации здравоохранения 60% взрослого населения Европы страдает ожирением и избыточным весом [1]. По данным крупного эпидемиологического исследования, результаты которого были опубликованы в 2022 г., наибольшее количество населения с избыточной массой тела или ожирением проживает в США и в России [2]. Результаты российского эпидемиологического исследования показали, что только у каждого третьего жителя России вес тела нормальный [3].

Несмотря на остроту проблемы, результаты наблюдательных исследований демонстрируют недостаточные информированность пациентов и внимание врачей к вопросам лечения ожирения. Иногда отношение к данной проблеме существенно различается между врачами и пациентами с ожирением, между разными больными с избыточной массой тела или ожирением [4].

Цель исследования – определить по результатам анкетирования информированность пациентов о наличии, возможных причинах и влиянии на здоровье избыточной массы тела/ожирения; самооценку пациентами собственного веса; данные об используемых способах лечения заболевания, приверженности терапии.

## Материал и методы

Исследование является частью наблюдательной программы ЕВА (оценка немедикаментозного и медикаментозного лечения избыточной массы тела и ожирения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями или с высоким кардиоваскулярным риском по данным Анкетирования больных в рамках амбулаторного регистра «ПРОФИЛЬ»; NCT03908216).

Регистр ПРОФИЛЬ – проспективный амбулаторный регистр пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и их факторами риска, наблюдающихся в специализированном кардиологическом подразделении научно-исследовательского центра.

В исследование включались пациенты регистра ПРОФИЛЬ, пришедшие на первичный или повторный визит в Научно-исследовательский центр в период с 08.04.2019 по 24.03.2020 гг., индекс массы тела (ИМТ) у которых был  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>. Все пациенты дали свое информированное согласие на внесение данных в регистр и на опросы (письменный и устный, по телефону).

Для достижения поставленной цели в нашей работе были проанализированы результаты очного анкетирования пациентов, выполненного во время визита включения. При анкетировании использовался специально разработанный опросник описательного характера, не требующий валидации, включавший, преимущественно, вопросы закрытого типа по субъективной оценке пациентами своего веса и наличия ожирения; предполагаемые, по мнению пациента, причины ожирения; сведения о пищевых привычках и уровне физической активности; знании, наличии рекомендаций и применении различных способов похудения. Всем пациентам во время визита было выполнено измерение роста, веса, окружности талии, расчет ИМТ. Схема исследования представлена на рис. 1.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS Statistics v.23.0 (IBM, США). Нормальность распределения непрерывных количественных данных оценивалась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Для описательной статистики использовались среднее и среднеквадратичное отклонение ( $M \pm \sigma$ ) при нормальном распределении данных или медиана (Me) и межквартильный размах (25%; 75%)

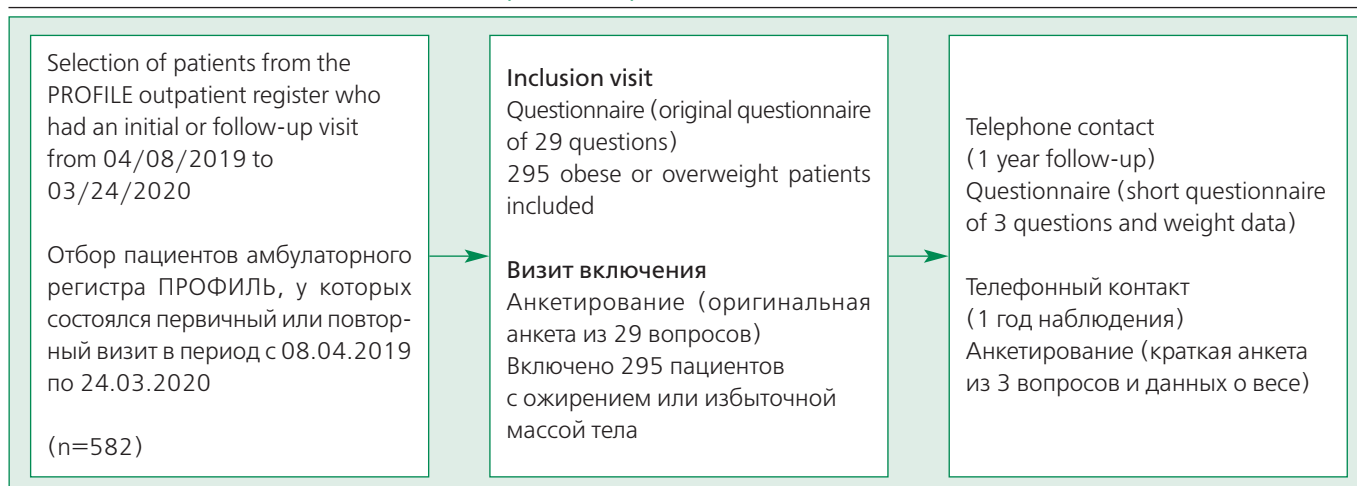


Figure 1. Scheme of the EVA study

Рисунок 1. Схема исследования «ЕВА»

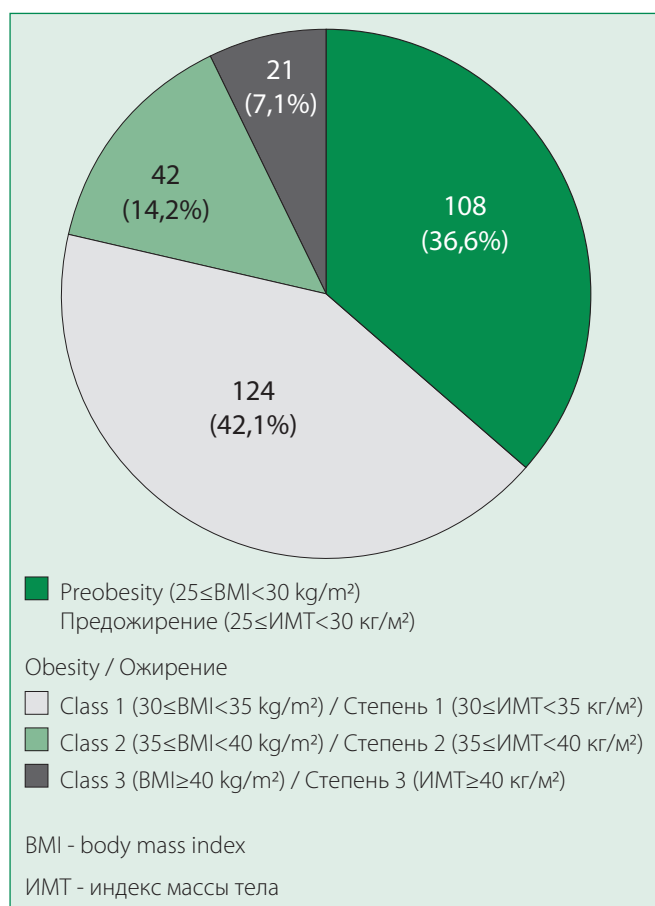


Figure 2. Distribution of patients into groups depending on body mass index values (n=295)

Рисунок 2. Распределение больных по группам в зависимости от значений ИМТ (n=295)

в остальных случаях. Качественные данные представлены в виде абсолютных значений и процентов. Для аналитической статистики применялись критерии хи-квадрат Пирсона, точный критерий Фишера. Уровень статистической значимости был установлен при  $p < 0,05$ .

Table 1. The presence of abdominal obesity

Таблица 1. Наличие абдоминального ожирения

Параметр	Все пациенты (n=295)	Мужчины (n=143)	Женщины (n=152)
Абдоминальное ожирение, n (%)	293 (99,3)	142 (99,3)	151 (99,3)
Окружность талии, см	-	109 (102;117)	101 (94;109)

Данные представлены в виде Me (25%; 75%), если не указано иное

## Результаты

За период с 08.04.2019 по 24.03.2020 г. у 582 пациентов амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ состоялся первичный или повторный визит. Согласно критериям включения/исключения в исследование было включено 295 пациентов с избыточной массой тела (предожирением) и ожирением, из них 143 (48,5%) мужчин. Средний возраст больных составил  $66,8 \pm 11,8$  лет. Распределение больных в зависимости от величины ИМТ и диагностированного предожирения или ожирения I-III степени представлено на рис. 2.

Данные по наличию абдоминального ожирения у пациентов представлены в табл. 1.

Пациенты с избыточной массой тела или ожирением амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ имели сопутствующие заболевания. Наиболее часто у больных отмечалось наличие артериальной гипертонии (АГ), хронической сердечной недостаточности (ХСН), сахарного диабета 2 типа (СД). Причем, с увеличением степени ожирения увеличивался процент больных с данными заболеваниями. Различия достигли статистической значимости между пациентами с предожирением и с ожирением II или III степени по наличию СД ( $p=0,003$ ) и по ХСН между группами больных предожирением и ожирением III степени ( $p=0,01$ ). В то же время отмечено, что процент пациентов с ИБС в выделенных группах

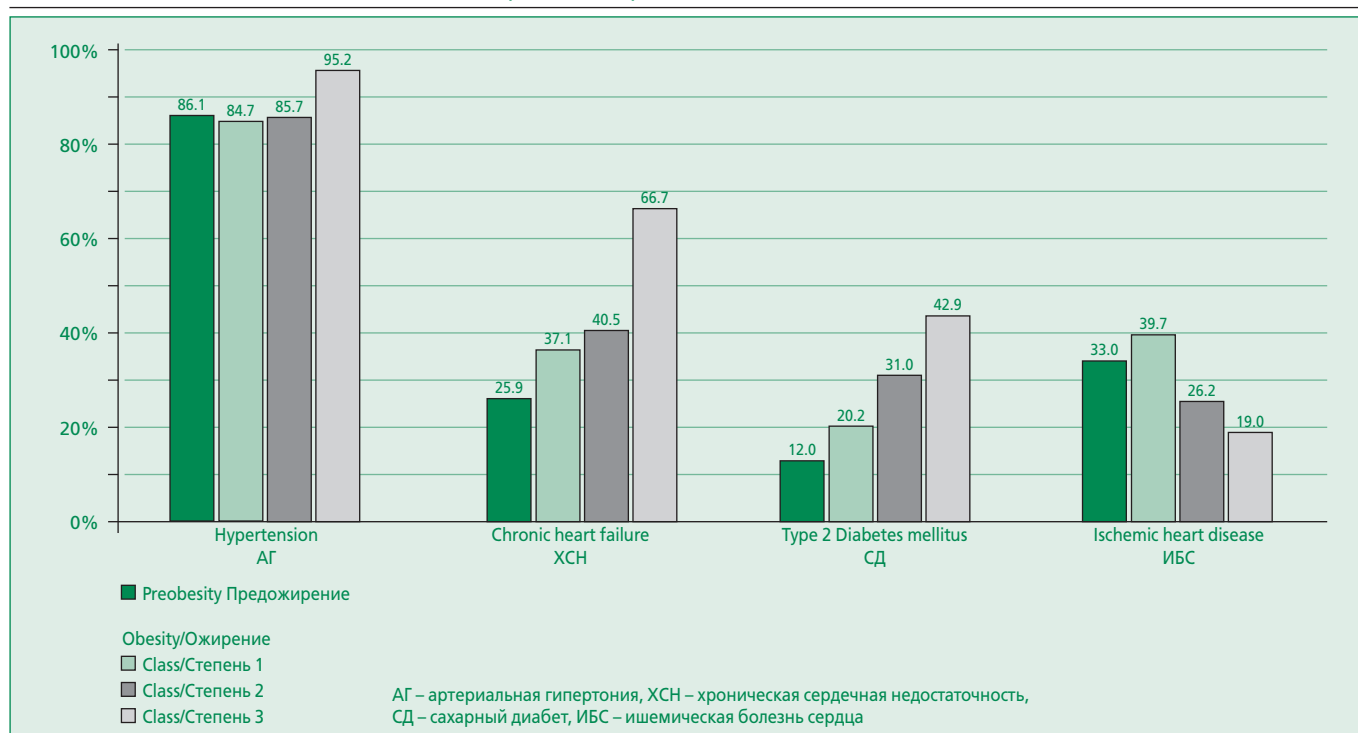


Figure 3. Concomitant diseases in overweight/obese patients

Рисунок 3. Сопутствующие заболевания у пациентов с избыточной массой тела/ожирением

постепенно снижался и был наименьшим у пациентов с ожирением III степени, хотя различия не достигли статистической значимости (рис. 3).

С увеличением степени ожирения количество больных, признающих у себя наличие этой патологии при самооценке, увеличивалось ( $p < 0,0001$ ). Наибольшее количество правильных ответов было в группах с предожирением и ожирением III степени (76,9 и 81,0%), однако каждый четвертый пациент с избыточной массой тела считает свой вес нормальным, а каждый пятый больной ожирением III степени оценивает свой вес только как избыточный, но отрицает у себя наличие ожирения. Только каждый четвертый (26,6%) пациент с ожирением I степени и меньше половины (47,6%) больных ожирением II степени признают у себя наличие данной патологии.

Среди возможных причин избыточной массы тела/ожирения каждый третий пациент исследования указал гиподинамию (31,3%) и каждый пятый – избыточное питание (20,8%), менее популярными ответами были наличие обменных нарушений, стресс, наследственность и отказ от курения.

Большинство больных ( $n=244$ ; 82,7%) считали, что избыточный вес ухудшает их здоровье, столько же пациентов ( $n=255$ ; 86,4%) уверены, что похудеть им необходимо. При этом выявлено, что с увеличением ИМТ статистически значимо увеличивалось количество пациентов, предпринимавших попытки похудения. В группе больных с ожирением III степени этот показатель

достигал 95% ( $p=0,037$  по сравнению с пациентами с избыточной массой тела и больными ожирением I степени).

Потенциально привержены к выполнению врачебных рекомендаций для снижения веса оказались 249 (84,4%) человек, однако при этом 139 (47,1%) пациентов отметили, что им трудно соблюдать какие-либо ограничения в еде, придерживаться диеты.

Согласно результатам анкетирования пациенты исследования ЕВА получили от лечащих врачей следующие рекомендации для снижения массы тела (пациенты могли получать несколько рекомендаций): 212 (71,8%) человек – рекомендации по питанию, 175 (59,3%) – по физической активности, 25 (8,5%) больным были назначены лекарственные препараты, а 4 (1,4%) – рекомендовано хирургическое лечение.

На рис. 4 представлено, какие способы похудения были использованы пациентами исследования. Наиболее частым (70% от всех выбранных ответов) было использование различных пищевых ограничений, голодание. Следует отметить, что 5% больных самостоятельно принимали различные биологически активные добавки (БАДы) для снижения веса, которые не показаны для лечения ожирения и, соответственно, не были рекомендованы врачами.

По результатам анкетирования пациентов были выявлены следующие паттерны питания у пациентов исследования: большинство больных питались разнообразно, а их дневной рацион подразделялся на 3-4

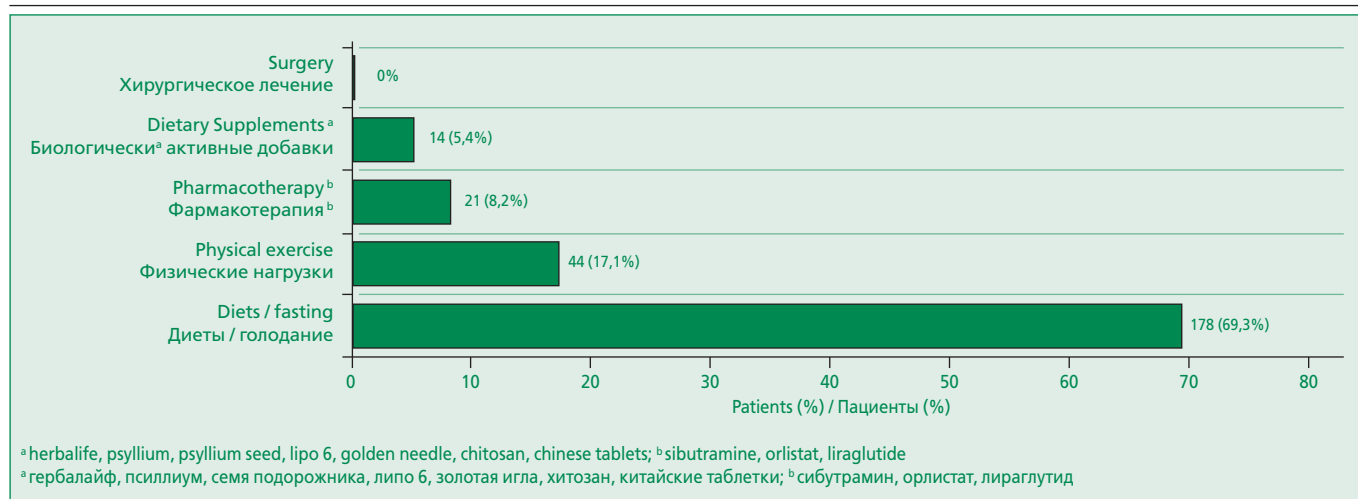


Figure 4. Methods of weight loss used by patients of the study

Рисунок 4. Способы похудения, применяемые пациентами исследования

приема пищи. Тем не менее, у каждого пятого пациента в рационе было недостаточное количество овощей и фруктов (21,4%), больные часто или постоянно ели на ночь (каждый пятый пациент, 22,7%), каждый седьмой человек (13,6%) принимал пищу только 2 раза в день. Для пациентов исследуемой когорты было характерно частое употребление в пищу сладких напитков (каждый пятый пациент, 21,7%), досаливание пищи (каждый третий, 33,2%), и каждый второй больной злоупотреблял сладостями, легкоусвояемыми углеводами (57,7%).

Кроме того, половина пациентов отмечала у себя постоянное чувство голода (в группе с ожирением III степени постоянное чувство голода испытывали 70% пациентов), каждый четвертый человек в качестве причины переедания назвал стресс («заедал стресс»), а наиболее частыми провоцирующими переедание ситуациями были выходные и праздничные дни (>60% ответов).

Для каждого третьего пациента по результатам анкетирования был характерен низкий уровень физической нагрузки (у пациентов с ожирением III степени данный показатель составил 57% и был статистически значимо выше по сравнению с больными других подгрупп,  $p=0,028$ ). Несмотря на то, что каждый третий больной считает гиподинамию ведущей причиной ожирения, только 17% использовали физические нагрузки для похудения.

По данным анкетирования 114 пациентов имели опыт приема препаратов, назначенных с целью снижения массы тела. На момент анкетирования 25 (8,5%) пациентов получили рекомендации врача по приему лекарственных препаратов для лечения ожирения, и 21 человек из них (84%) на момент анкетирования принимали такие препараты (орлистат, лираглутид, сибутрамин).

## Обсуждение

Результаты исследования ЕВА продемонстрировали значительную распространенность проблемы избыточной массы тела или ожирения у пациентов с ССЗ, включенных в проспективный амбулаторный регистр ПРОФИЛЬ: половина больных регистра, у которых состоялись визиты в научно-исследовательский центр в течение одного года, имела избыточную массу тела или ожирение. Этот показатель превышает аналогичный по данным исследования ЭССЕ-РФ, опубликованным в 2018 г., согласно которым распространенность ожирения в России у мужчин и женщин была 26,9% и 30,8% соответственно, а в целом в 11 регионах РФ распространенность ожирения составила 29,7% населения в возрасте 25-64 лет [5].

Присвоение ожирению статуса заболевания в 2012 г., поддержанное ведущими американскими профессиональными ассоциациями врачей, преследовало своей целью изменения на уровне экономики, политики и законодательства в области здравоохранения, направленные на проведение научных исследований, разработку, расширение, внедрение методов профилактики и лечения данной болезни, улучшения состояния здоровья людей с избыточной массой тела и ожирением. Кроме того, сторонники данной инициативы считают, что отношение к ожирению как к заболеванию, обусловленному сложным взаимодействием генетических, экологических, поведенческих факторов, снизит остроту проблем стигматизации и дискриминации пациентов с ожирением [6-9]. С другой стороны, существует опасение, что это может негативно повлиять на усилия, предпринимаемые самими пациентами для решения проблемы избыточного веса/ожирения [10,11].

По данным выполненного анкетирования пациенты оказались хорошо осведомлены о проблеме ожирения,

его основных причинах, возможном негативном влиянии ожирения на здоровье. Тем не менее, реализация рекомендованных методов по снижению веса проводилась в недостаточной мере и сводилась, преимущественно, к различным ограничениям в питании и периодическому голоданию.

По данным Всемирной организации здравоохранения основной причиной ожирения считается энергетический дисбаланс между калорийностью потребляемой пищи и энергозатратами организма [12]. Наиболее значимой причиной этого дисбаланса, наряду с гиподинамией, является пищевая аддикция – страсть к еде, нарушение равновесия между гомеостатическим и гедонистическим контролем [13,14], что демонстрируют результаты проведенного опроса: половина пациентов отмечает у себя постоянное чувство голода, наиболее часто участники опроса перепадали по причине стресса, а также в выходные и праздники. Кроме того, почти половина больных указали, что соблюдение диеты и каких-либо пищевых ограничений представляет для них значительную сложность.

Модификация уровня жизни с повышением физической активности является важной составляющей немедикаментозной терапии избыточного веса/ожирения, о чем пациенты исследования оказались хорошо информированы. Каждый третий пациент указал гиподинамию в качестве ведущей причины наличия у них избыточной массы тела/ожирения. Однако применение данного способа коррекции на практике оказалось одним из самых проблематичных: его использовал лишь каждый шестой пациент.

В соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по лечению морбидного ожирения у взрослых, лекарственные препараты для терапии ожирения следует рекомендовать коморбидным пациентам с ИМТ  $\geq 27$  кг/м<sup>2</sup> и всем больным ожирением [15], тем не менее, только 8,5% пациентов исследования было назначено такое лечение.

Несмотря на то, что приверженность пациентов к фармакотерапии по поводу ожирения в целом была высокой, было показано, что 5% больных самостоятельно принимали БАДы для снижения веса в отсутствие таких рекомендаций со стороны врачей.

Обращает на себя внимание факт несоответствия самооценки собственного веса пациентами и объективных показателей наличия у них избыточной массы тела или ожирения. По результатам анкетирования каждый пятый пациент с ожирением III степени, половина больных с ожирением II степени и 75% пациентов с ожирением I степени отрицают у себя наличие данной патологии, а 5% больных с ожирением I степени считают свой вес нормальным. Выявленная недооценка пациентами наличия у них избыточного веса или ожирения продемонстрирована

и в ряде других работ. Так, по данным R. Muttarak в Англии более 30% мужчин и 20% женщин не признает наличия у себя избыточного веса/ожирения [16]. Подобные результаты были получены и в работе M. Oldham и соавт. [17]. Тем не менее, последствия такого «непризнания проблемы» пациентами, ранее трактовавшегося, как снижающего мотивацию к похудению, в настоящее время уже не расцениваются так однозначно. Например, по результатам обзора E. Robinson и соавт. [18] был сделан вывод, что признание наличия у себя ожирения нередко приводит к усугублению психологических проблем, связанных с этим состоянием, и, как следствие, к снижению мотивации в борьбе с ожирением и дополнительным набором веса: «незнание и непризнание оказываются большим благом, тогда как знание приносит психологический дискомфорт, боль, вред», – заключают авторы обзора.

Также следует отметить, что среди рекомендованных пациентам методов лечения избыточного веса/ожирения фармакотерапия занимала весьма скромное место и значительно уступала по числу назначений немедикаментозным способам коррекции веса. Вероятно, именно этим объясняется выявленная в исследовании у 5% склонность к самолечению и применению различных БАДов вне врачебных рекомендаций.

Полученные данные позволяют наметить дальнейшие пути решения наиболее сложных вопросов проблемы ожирения: 1) коррекция питания: вероятно, следует стремиться к отказу от ограничительных подходов в организации рационального питания с заменой их на разрешительные, составлением индивидуального рациона из рекомендованных и предпочитаемых пациентом продуктов; 2) физическая активность: требуется усиление акцента при консультировании таких больных на важность постепенного увеличения уровня физической активности с подбором доступных пациенту способов ежедневной физической нагрузки; 3) лекарственное лечение: необходимо более активное использование препаратов современной фармакотерапии, помогающих эффективно снизить и стабилизировать вес; 4) психологическое консультирование: психологическая помощь в выработке корректного отношения к проблеме избыточной массы тела/ожирения для претворения в жизнь перечисленных эффективных стратегий по решению данной проблемы.

**Ограничения исследования.** Одноцентровой характер исследования, набор пациентов на основании амбулаторного регистра больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и использование в работе опросника описательного характера могли оказать влияние на точность полученных результатов.

## Заключение

Результаты проведенного анкетирования пациентов амбулаторного регистра показали, что пациенты с избыточной массой тела и ожирением не всегда критично подходят к самооценке своей массы тела: правильную оценку ей дали 80% больных предожирением и ожирением III степени, только каждый второй больной ожирением II степени и лишь каждый четвертый пациент с ожирением I степени. Основными причинами наличия избыточной массы тела или ожирения больные считают гиподинамию и нарушение принципов рационального питания: для пациентов исследуемой когорты было характерно нарушение пищевого поведения, частое употребление в пищу сладких напитков и прием пищи на ночь (каждый пятый пациент), досаливание пищи (каждый третий), а каждый второй

больной потреблял большое количество сладостей, легкоусвояемых углеводов. У половины больных были выявлены признаки пищевой аддикции. Рекомендации по фармакотерапии ожирения получили менее 10% больных, 84% принимали назначенные препараты, утвержденные для лечения ожирения у взрослых.

**Отношения и Деятельность.** Нет.  
**Relationships and Activities.** None.

**Финансирование:** Исследование проведено при поддержке Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины.

**Funding:** The study was performed with the support of the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine.

## References / Литература

1. WHO European regional obesity report 2022 [cited 2022 Sep 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>.
2. Boutari C, Mantzoros CS. A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*. 2022;133:155217. DOI:10.1016/j.metabol.2022.155217.
3. Martinchik AN, Laikam KE, Kozyreva NA, et al. The prevalence of obesity in various socio-demographic groups of the population of Russia. *Voprosy pitaniia [Problems of Nutrition]*. 2021;90(3):67-76 (In Russ.) [Мартинчик А.Н., Лайкам К.Э., Козырева Н.А., и др. Распространение ожирения в различных социально-демографических группах населения России. *Вопросы Питания*. 2021;90(3):67-76]. DOI:10.33029/0042-8833-2021-90-3-67-76.
4. Shahed Q, Baranowska K, Galavazi MC, et al. Doctors and patients' perspectives on obesity. A Q-methodology study. *Fam Pract*. 2022;39(4):694-700. DOI:10.1093/fampra/cmab169.
5. Balanova YuA, Shalnova SA, Deev AD, et al. Obesity in russian population — prevalence and association with the non-communicable diseases risk factors. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;(6):123-30 (In Russ.) [Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., и др. Ожирение в российской популяции — распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. *Российский Кардиологический Журнал*. 2018;(6):123-30]. DOI:10.15829/1560-4071-2018-6-123-130.
6. Mechanick JI, Garber AJ, Handelsman Y, Garvey WT. American Association of Clinical Endocrinologists' position statement on obesity and obesity medicine. *Endocr Pract*. 2012;18(5):642-8. DOI:10.4158/EP12160.PS.
7. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, et al. Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement. *Obesity (Silver Spring)*. 2019;27(1):7-9. DOI:10.1002/oby.22378.
8. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129(25 suppl 2):S102-38. DOI:10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee.
9. Gordon-Larsen P, Heymsfield SB. Obesity as a Disease, Not a Behavior. *Circulation*. 2018;137(15):1543-5. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.118.032780.
10. Wilding JPH, Mooney V, Pile R. Should obesity be recognised as a disease? *BMJ*. 2019;366:l4258. DOI:10.1136/bmj.l4258.
11. Vallgård S, Nielsen MEJ, Hansen AKK, et al. Should Europe follow the US and declare obesity a disease? A discussion of the so-called utilitarian argument. *Eur J Clin Nutr*. 2017;71(11):1263-7. DOI:10.1038/ejcn.2017.103.
12. WHO. Obesity and overweight (2021) [cited 2022 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
13. Egorov AYU. Food addictions. *Journal of Neurology and Psychiatr imeni S.S. Korsakova*. 2010;110(5-2):88-92 (In Russ.) [Егоров А.Ю. Пищевые аддикции. *Журнал Неврологии и Психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010;110(5-2):88-92].
14. Karavaeva TA, Fornicheva MV. Psychogenic overeating: problems of classification, diagnosis, approaches to psychotherapy. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2022;56(2):21-34 (In Russ.) [Караева Т.А., Фомичева М.В. Психогенное переедание: проблемы классификации, диагностики, подходы к Психотерапии (обзор литературы). *Обзор-зрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022;56(2):21-34]. DOI:10.31363/2313-7053-2022-56-2-21-34.
15. Dedov II, Mel'nichenko GA, Shestakova MV, et al. Russian national clinical recommendations for morbid obesity treatment in adults. 3rd revision (Morbid obesity treatment in adults). *Obesity and Metabolism*. 2018;15(1):53-70 (In Russ.) [Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., и др. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-ий пересмотр (лечение морбидного ожирения у взрослых). *Ожирение и Метаболизм*. 2018;15(1):53-70]. DOI:10.14341/omet2018153-70.
16. Muttarak R. Normalization of Plus Size and the Danger of Unseen Overweight and Obesity in England. *Obesity (Silver Spring)*. 2018;26(7):1125-9. DOI:10.1002/oby.22204.
17. Oldham M, Robinson E. Visual weight status misperceptions of men: Why overweight can look like a healthy weight. *J Health Psychol*. 2016;21(8):1768-77. DOI:10.1177/1359105314566257.
18. Robinson E, Haynes A, Sutin A, Daly M. Self-perception of overweight and obesity: A review of

About the Authors/Сведения об авторах:

**Лерман Ольга Викторовна** [Olga V. Lerman]

eLibrary SPIN 8287-5726 ORCID 0000-0002-3299-1078

**Лукина Юлия Владимировна** [Yulia V. Lukina]

eLibrary SPIN 8949-4964 ORCID 0000-0001-8252-3099

**Кутишенко Наталья Петровна** [Natalia P. Kutishenko]

eLibrary SPIN 7893-9865 ORCID 0000-0001-6395-2584

**Марцевич Сергей Юрьевич** [Sergey Y. Martsevich]

eLibrary SPIN 7908-9554 ORCID 0000-0002-7717-4362

**Драпкина Оксана Михайловна** [Oxana M. Drapkina]

eLibrary SPIN 4456-1297 ORCID 0000-0002-4453-8430