

Скрининг-опросник перед началом терапии агонистами рецепторов ГПП-1 / ГИП

Короткий клинический инструмент для стратификации гастроэнтерологических рисков и выбора коррекции на этапе подготовки пациента к терапии. Разработан по итогам междисциплинарного экспертного совета (эндокринологи, гастроэнтерологи, бариатрические хирурги).

• МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
КОНСЕНСУС

• КЛИНИЧЕСКАЯ
ПРАКТИКА

• ПОДГОТОВКА К АРГПП-1 / ГИП ИЛИ
БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

ЗАЧЕМ НУЖЕН СКРИНИНГ

Контекст и клиническая задача

Гастроэнтерологические нежелательные явления — наиболее частая причина снижения дозы, временного перерыва и окончательного отказа от терапии агонистами рецепторов ГПП-1 / ГИП. По данным когортных исследований реальной клинической практики, к 6 месяцу от начала терапии её прекращают около **32 %** пациентов ^[1], а к 12 месяцу — до **62 %** ^[2].

Ключевой принцип совета экспертов: переносимость лечения закладывается до его начала. Проактивная оценка исходного ЖКТ-статуса пациента и коррекция выявленных проблем в период подготовки существенно снижают риск отмены терапии и улучшают долгосрочные результаты как при фармакотерапии, так и при бариатрической хирургии.

До применения опросника — у всех пациентов

Три обязательных этапа подготовки должны быть выполнены независимо от ответов на опросник. Они формируют базовую линию, на которой далее строится индивидуальная стратификация.

I

ИНФЕКЦИЯ H. PYLORI

Тестирование и эрадикация при положительном результате — согласно консенсусу **Maastricht VI / Florence 2022** ^[3] (всем инфицированным пациентам).

II

ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ

Оценка стадии фиброза с помощью индекса **FIB-4** или эластографии печени (при доступности метода).
Коррекция МАЖБП при необходимости.

III

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС

Оценка уровней железа, витамина B12, фолатов, 25(OH)D и при необходимости — других витаминов и микроэлементов. Коррекция выявленных дефицитов до начала терапии.

Короткий опросник — 6 вопросов

При положительном ответе на любой из вопросов — приостановить старт терапии до выполнения соответствующего алгоритма коррекции. После нормализации состояния — возвращаться к стандартной схеме титрации арГПП-1 / ГИП.

Опросник выдаётся пациенту до старта терапии. Каждый положительный ответ запускает отдельный алгоритм.

СТОП! ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ

1

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

«Отмечаются ли у вас сильные боли в правом боку и/или диагностировались ранее камни в желчном пузыре?»

По данным метанализа 76 РКИ (103 371 пациент), терапия арГПП-1 ассоциирована с повышением риска билиарных заболеваний: общий ОР **1,37**, холелитиаз 1,27, холецистит 1,36; **в исследованиях на снижение массы тела ОР достигает 2,29**, риск повышается при более высоких дозах и длительном применении ^[4].

ПРИ ДА АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ

- › **УЗИ органов брюшной полости** — для подтверждения диагноза и оценки симптомной / бессимптомной формы.
- › При симптомной ЖКБ — **мебеверин** для купирования спазма и консультация хирурга по показаниям к холецистэктомии до начала терапии.
- › При бессимптомной ЖКБ — совместное решение о тактике с гастроэнтерологом; возможно профилактическое назначение УДХК после старта бариатрии.

2

ГЭРБ · НАРУШЕНИЕ МОТОРИКИ

«Беспокоит ли вас частая изжога (более двух раз в неделю)?»

Замедление опорожнения желудка — базовый механизм действия арГПП-1 / ГИП — может усиливать симптомы ГЭРБ и диспепсии. Ожирение само по себе почти удваивает риск ГЭРБ: аОР **1,94** при ИМТ > 30 кг/м² и аОР 1,43 при ИМТ 25–30 кг/м² по сравнению с нормальной массой тела ^[5].

ПРИ ДА АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ

- › Назначение прокинетики — **итоприд** 50 мг 3 раза в день курсом до 8 недель (двойной механизм: нормализация моторики верхних отделов ЖКТ + купирование изжоги).
- › Оценка необходимости ИПП при тяжёлых проявлениях ГЭРБ (по рекомендациям гастроэнтеролога).
- › Диагностический поиск (ЭГДС) и пересмотр терапии при необходимости.

3

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

«Беспокоит ли тяжесть или боль в желудке после еды?»

Постпрандиальные симптомы (тяжесть, переполнение, эпигастральная боль) типичны для функциональной диспепсии и будут усиливаться на фоне инкретиновой терапии за счёт замедления опорожнения желудка.

ПРИ ДА АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ

- › Прокинетическая терапия — **итоприд** 50 мг 3 раза в день курсом до 8 недель. Эффективность прокинетиков при функциональной диспепсии подтверждена сетевым метанализом 28 РКИ [6].
- › Диетические рекомендации: небольшие частые приёмы пищи, ограничение жирных и острых блюд в первые недели.
- › При сохранении симптомов после коррекции — консультация гастроэнтеролога и диагностический поиск.

4

ЗАПОР

«Есть ли запоры (твёрдый стул реже трёх раз в неделю)?»

Запор у пациентов с ожирением встречается чаще, чем в общей популяции, и является одним из наиболее частых нежелательных явлений на фоне арГПП-1. В отличие от тошноты и диареи, запор имеет тенденцию к сохранению и всегда требует активной коррекции.

ПРИ ДА АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ

- › Осмотическое слабительное — **лактолоза** 30–45 мл в сутки с последующей титрацией до 15–30 мл в сутки длительно.
- › Дополнительное действие — нормализация микробного пейзажа и физиологического ритма опорожнения толстой кишки.
- › Рекомендации по образу жизни: гидратация $\geq 1,8$ л в сутки, расширение клетчатки в рационе.

5

ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

«Отмечается ли у вас диарея и/или непереносимость жирной пищи?»

ЭНПЖ (в том числе вторичная) — частое, но недодиагностированное состояние. Согласно Европейским руководствам UEG 2025, ЭНПЖ может развиваться после бариатрической хирургии и при метаболических нарушениях, требуя своевременной диагностики и заместительной ферментной терапии [7].

ПРИ ДА АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ

- › Диагностика по правилу «2 из 3»: симптомы (стеаторея, потеря массы, мальнутриция) + нутритивные маркеры (витамины A/D/E/K, железо, альбумин) + фекальная эластаза-1 < 200 мкг/г [7] [8].
- › Заместительная ферментная терапия — **панкреатин** в минимикросферах < 2 мм, 40 000–50 000 ЕД на основной приём пищи, 25 000 ЕД на перекус.
- › Ответ на эмпирическую ФЗТ может служить дополнительным подтверждением диагноза.

«Беспокоит ли постоянная усталость и/или симптомы депрессии?»

Психосоциальный статус пациента двунаправленно связан с переносимостью лечения ожирения: депрессия и утомляемость снижают приверженность, тогда как сами ГЭ-НЯ могут усугублять психологические симптомы.

ПРИ ДА АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ

- Назначение **адеметионина** для коррекции утомляемости и лёгких / умеренных симптомов депрессии — особенно при наличии МАЖБП / АБП в анамнезе.
- Консультация психотерапевта или психиатра при клинически выраженных психических нарушениях.
- Обсуждение с пациентом ожиданий от терапии, режима физической активности, питания и изменения образа жизни.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

Препараты для коррекции выявленных состояний

Портфель коррекционной терапии, обсуждённый на Экспертном совете. Представлен в порядке клинической ответственности — от состояний, требующих немедленного действия, до поддерживающих стратегий.

ПРЕПАРАТ	ПОКАЗАНИЕ	ДОЗИРОВКА / КУРС
Мебеверин	Абдоминальный болевой синдром при симптомной ЖКБ; спазм сфинктера Одди	По клинической потребности, курсом до стабилизации состояния
Итоприд	Диспепсия, тошнота, рвота, эпигастральная боль, изжога при ГЭРБ — нарушения моторики верхних отделов ЖКТ	50 мг × 3 раза в день, курсом до 8 недель (на этапе титрации арГПП-1)
Лактулоза	Запор на фоне арГПП-1 или после бариатрии; нормализация микробного пейзажа	30–45 мл/сут стартово → 15–30 мл/сут длительно (титрация)
Панкреатин (в минимикросферах < 2 мм)	ЭНПЖ первичная и вторичная (после бариатрии, при МАЖБП), подтверждённая по алгоритму «2 из 3»	40 000–50 000 ЕД на основной приём; 25 000 ЕД на перекус
Адеметионин	Утомляемость и симптомы депрессии на фоне арГПП-1; МАЖБП и АБП при подготовке к бариатрии и постоперационно	По инструкции; при алкогольном циррозе печени снижает смертность / необходимость трансплантации с 30 % до 16 % за 2 года [9]

Внимание! Начинаем и корректируем

После успешного прохождения опросника и старта арГПП-1 / ГИП пациент остаётся под наблюдением. Коррекция нежелательных явлений продолжает оставаться частью терапевтической стратегии, особенно на этапе титрации дозы.

МЕДЛЕННАЯ ТИТРАЦИЯ Ступенчатое повышение дозы по инструкции препарата. Задержка на текущей ступени при плохой переносимости.	ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ Маленькие порции, прекращение приёма пищи при чувстве насыщения, ограничение жирных и острых блюд, гидратация.
СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ Прокинетики, слабительные, ФЗТ — по показаниям. Запор всегда требует активного лечения.	НУТРИТИВНЫЙ МОНИТОРИНГ Регулярная оценка витаминов и микроэлементов, белка, мышечной массы. Профилактика саркопении.

Библиография

Цитируемые в алгоритме работы приведены в порядке упоминания. Все ссылки ведут на первоисточник по цифровому идентификатору (DOI). Клик на **[n]** в основном тексте переносит к соответствующей позиции.

-
- [1] Van Laren J, Friesleben C, Gershovich O, Helm L, Patel RJ, Delate T. Characterisation of real-world patients who discontinued a glucagon-like peptide-1 agonist. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2026 Feb.
DOI: [10.1111/dom.70579](https://doi.org/10.1111/dom.70579) PMID: 41713959
-
- [2] Bowe A, Hayes M, John I, Diaz M, Dixon S, Poonawalla I. Glucagon-like peptide-1 receptor agonist versus sodium-glucose cotransporter-2 inhibitor persistence in Medicare Advantage beneficiaries with type 2 diabetes, cardiovascular risk, and obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2025;28(1):472–484.
DOI: [10.1111/dom.70219](https://doi.org/10.1111/dom.70219) PMID: 41165079
-
- [3] Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI / Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724–1762.
DOI: [10.1136/gutjnl-2022-327745](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327745) PMID: 35944925
-
- [4] He L, Wang J, Ping F, Yang N, Huang J, Li Y, Xu L, Li W, Zhang H. Association of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist Use With Risk of Gallbladder and Biliary Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Internal Medicine*. 2022;182(5):513–519.
DOI: [10.1001/jamainternmed.2022.0338](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0338) PMID: 35344001
-
- [5] Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Annals of Internal Medicine*. 2005;143(3):199–211.
DOI: [10.7326/0003-4819-143-3-200508020-00006](https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-3-200508020-00006) PMID: 16061918
-
- [6] Qi Q, Wang N, Liu H, Li Y. Prokinetics for the treatment of functional dyspepsia: an updated systematic review and network meta-analysis. *BMC Gastroenterology*. 2023;23(1):370.
DOI: [10.1186/s12876-023-03014-9](https://doi.org/10.1186/s12876-023-03014-9) PMID: 37907846
-
- [7] Domínguez-Muñoz JE, Vujasinovic M, de la Iglesia D, Cahen D, Capurso G, Gubergits N, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency: UEG, EPC, EDS, ESPEN, ESPGHAN, ESDO, and ESPCG evidence-based recommendations. *United European Gastroenterology Journal*. 2025;13(1):125–172.
DOI: [10.1002/ueg2.12674](https://doi.org/10.1002/ueg2.12674) PMID: 39639485
-
- [8] Domínguez-Muñoz JE. Diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2018;34(5):349–354.
DOI: [10.1097/MOG.0000000000000459](https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000459) PMID: 29889111
-
- [9] Mato JM, Cámara J, Fernández de Paz J, Caballería L, Coll S, Caballero A, et al. S-adenosylmethionine in alcoholic liver cirrhosis: a randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter clinical trial. *Journal of Hepatology*. 1999;30(6):1081–1089.
DOI: [10.1016/s0168-8278\(99\)80263-3](https://doi.org/10.1016/s0168-8278(99)80263-3) PMID: 10406187
-

ИСТОЧНИКИ

По итогам Совета экспертов «Гастроэнтерологические осложнения коррекции ожирения» от 26 ноября 2025 г. Полный список цитируемых работ с DOI-ссылками приведён в разделе [«Библиография»](#) (9 первоисточников: метаанализы JAMA Intern Med, Gut, BMC Gastroenterol, Ann Intern Med, J Hepatol; европейские и международные клинические рекомендации; real-world когортные исследования Diabetes Obes Metab 2025–2026).

Инструмент для специалистов здравоохранения.

Не предназначен для самодиагностики пациентом.

© Abbott · 2026