

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПРЕДИАБЕТОМ: ПРИМЕНЕНИЕ КОУЧИНГОВОГО ПОДХОДА

А.Л. Бревнова

ООО «Центр косметологии и пластической Хирургии», ул. Московская, д. 19, г. Екатеринбург, Свердловская область, Российская Федерация, 620014.

Основные положения

Предиабет – ранняя стадия нарушений углеводного обмена, для которого характерно повышение гликемии выше нормы, не соответствующее критериям сахарного диабета, требующее раннего выявления и лечения для предотвращения развития сахарного диабета 2 типа и его осложнений.

Аннотация

В статье представлен развернутый клинический случай предиабета на фоне избыточной массы тела. Пациент в течение 7 лет получал метформин с пролонгированным высвобождением без стойкой модификации образа жизни и питания. Проведено обсуждение клинической картины, алгоритма обследования, современного подхода к лечению, включая медикаментозную терапию и инструменты коучинга в модификации образа жизни. Отмечен положительный ответ на лечение в виде снижения массы тела и нормализация углеводного обмена.

Ключевые слова: предиабет, нарушение гликемии натощак, избыточная масса тела, метформин, коучинг в медицине.

Автор, ответственный за переписку: Бревнова А.Л., ул. Московская, д. 19, г. Екатеринбург, Свердловская область, Российская Федерация, 620014, alexa_brevnova@mail.ru

Для цитирования: Бревнова А.Л. Клинический случай успешного ведения пациента с предиабетом: применение коучингового подхода // Инновационное развитие врача. 2025. №2. С. 52-61. DOI: 10.24412/ci-37091-2025-2-52-61

Поступила в редакцию: 10.09.2025;

поступила после доработки: 02.12.2025;

принята к печати: 15.12.2025

A CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL MANAGEMENT OF A PATIENT WITH PREDIABETES: APPLICATION OF A COACHING APPROACH

Alexandra L. Brevnova

Centre for Cosmetology and Plastic Surgery LLC, 19 Moskovskaya St., Yekaterinburg, Sverdlovsk Oblast, Russian Federation.

Случай из
практики

Highlights

Prediabetes is an early stage of impaired carbohydrate metabolism characterised by blood glucose levels above the normal range that do not meet the diagnostic criteria for diabetes mellitus. It requires early detection and treatment to prevent the development of type 2 diabetes mellitus and its complications.

Abstract

This article presents a detailed clinical case of prediabetes in an overweight patient. Over seven years, the patient had been managed with extended-release metformin without achieving sustained lifestyle or dietary modification. The clinical presentation, diagnostic workup algorithm, and current treatment approach are discussed, including pharmacotherapy and coaching-based interventions for lifestyle modification. The patient demonstrated a favourable treatment response, manifested by weight reduction and normalisation of carbohydrate metabolism.

Keywords: prediabetes, impaired fasting glucose, overweight, metformin, health coaching.

Corresponding author: Brevnova A.L., Moskovskaya St., 19, Yekaterinburg, Sverdlovsk Region, Russian Federation, 620014, alexa_brevnova@mail.ru

For citation: Brevnova A.L. A clinical case of successful management of a patient with prediabetes: application of a coaching approach // Innovative doctor's development. 2025;(2): 52-61. DOI: 10.24412/ci-37091-2025-2-52-61

Received: 10.09.2025;

received in revised form: 02.12.2025;

accepted: 15.12.2025

Список сокращений

ГИП - глюкозозависимый инсулиноотропный полипептид
 ГПП-1 - глюкагоноподобный пептид 1
 НГН - нарушенная гликемия натощак
 НТГ - нарушенная толерантность к глюкозе

ПГТТ - пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы
 СД - сахарный диабет
 HbA1c - Hemoglobin A1c - гликированный гемоглобин

Введение

Предиабет – нарушение углеводного обмена, при котором показатели гликемии превышают нормальные значения, но не соответствуют критериям сахарного диабета (СД). По данным отчета Diabetes Atlas 2025 предиабетом страдает каждый 8 взрослых (635 млн. человек), а каждый 9 взрослых имеет СД 2 типа (589 млн. человек) [1].

Предиабет относится к ранним стадиям нарушений углеводного обмена, но уже на этом этапе возрастает риск развития таких осложнений диабета, как ретинопатия, нефропатия, нейропатия, риск сердечно-сосудистых заболеваний, растет смертность от всех причин [2]. Риск развития СД 2 типа у лиц с предиабетом достигает 25% в течение 3-5 лет и 70% в течение всей жизни, практически в 2 раза повышен риск развития ишемической болезни сердца и ишемического инсульта, а на момент постановки диагноза СД 2 типа 10-30% людей имеют микро- и макрососудистые осложнения, что связано с длительным латентным течением гипергликемии. Раннее выявление и коррекция предиабета позволяет существенно снизить риск развития СД 2 типа и его осложнений [3].

В статье приводится клинический случай пациента, демонстрирующий эффективность применения коучингового подхода в комплексной терапии предиабета.

Клинический случай

Пациент А., 1988 года рождения, наблюдался у врача-эндокринолога с 2015 года, когда впервые обратился с жалобами на избыточный вес.

Анамнез заболевания: вес начал нарастать с подросткового возраста, максимальное увеличение массы тела (до 100 кг) отметил в 2015 году в возрасте 27 лет. В этот период для исключения нарушений углеводного обмена проведен пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы, по результатам которого выявлена нарушенная толерантность к глюкозе (глюкоза натощак 5,56 ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ 8,95 ммоль/л). С 2016 по 2024 г. нерегулярно принимал метформин с пролонгированным высвобождением 1000 мг в сутки. На фоне строгих ограничений в питании пациент добивался снижения веса до 95-97 кг, но при стрессовых ситуациях удерживать достигнутый результат не удавалось.

Также в подростковом возрасте выявлен

многоузловой эндемический зоб. При ежегодном контроле – без особой динамики, функционально – эутиреоз. В 2019 г. исследован уровень кальцитонина крови для исключения медуллярного рака щитовидной железы (кальцитонин менее 2,0 пг/мл при референсных значениях менее 9,52 пг/мл).

Из особенностей анамнеза жизни: наследственный анамнез отягощен по СД 2 типа (бабушка) и ожирению (мать). Курение и злоупотребление алкоголем отрицает. Есть ребенок 7 лет (естественное зачатие), в настоящее время детей с супругой не планируют. Физическая активность низкая. Принимает на постоянной основе витамин Д 4000 МЕ утром по назначению эндокринолога.

Объективный статус на январь 2024 г.: при осмотре обращает на себя внимание гиперпигментация и легкий гиперкератоз локтей, гиперпигментация кожных складок. Телосложение нормостеническое, рост 180 см, вес 95 кг, ИМТ 29,3 кг/м², окружность талии 112 см, соотношение окружности талии к росту – 0,62 [4]. Кожа над щитовидной железой не изменена, при пальпации щитовидная железа 0 ст по ВОЗ, эластической консистенции, слева пальпируется узловое образование около 1 см в диаметре, гладкое, подвижное, безболезненное, эластической консистенции. АД 125/90 мм рт. ст., ЧСС 89 в минуту. Живот увеличен за счет висцерального ожирения, при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Нарушений мочеиспускания нет, половые органы сформированы правильно.

Пациент предоставил результаты обследования от декабря 2023 г.:

Согласно заключению ультразвукового исследования (УЗИ) щитовидной железы ее объем составил 12,1 см³, в левой доле лоцировано узловое образование 11*9 мм, в правой доле 5*5 мм, EU TI-RADS 3. Проведена тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ, по результатам гистологического исследования картина доброкачественного фолликулярного образования, TBS RTC II.

По данным УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза.

При лабораторном обследовании выявлено повышение активности печеночных трансаминаз, показатели глюкозы и общего холестерина – в пределах референсных значений. Нарушения функции щитовидной железы не выявлено. Данные лабораторного обследования и их динамика за период наблюдения представлены в таблице 1.

На основании жалоб, данных анамнеза и осмотра пациента, результатов лабораторного и инструментального обследования установлен диагноз:

Избыточная масса тела (ИМТ 29,3 кг/м²). Нарушенная толерантность к глюкозе. Неалкогольный стеатогепатит с минимальной активностью. Многоузловой эндемический зоб (V 12,1 см³). Зутиреоз.

Дальнейшее ведение пациента осуществлялось с использованием коучингового подхода, направленного на активное вовлечение пациента в процесс принятия решений, выявление внутренней мотивации, совместную разработку целей, повышение приверженности и формирование устойчивых поведенческих изменений.

На первичной консультации основной акцент был сделан на установлении терапевтического контакта и выявлении индивидуальной мотивации пациента. Использовались открытые вопросы, направленные на осознание пациентом значимости проблемы: «Что для вас означает наличие избыточного веса и предиабета?», «Какие изменения в самочувствии вы хотели бы получить в первую очередь?». В ходе беседы установлено, что ключевым мотивирующим фактором для пациента является снижение риска развития СД 2 типа и других заболеваний, ассоциированных с ожирением. Таким образом, для достижения этой цели совместно с пациентом сформулирована ключевая задача – не только достижение целевого снижения массы тела, но и долгосрочное удержание достигнутого результата.

Далее проведена оценка текущих пищевых и поведенческих привычек без использования директивных или оценочных суждений. Пациент отметил нерегулярный режим питания, «заедание стрессовых ситуаций» и низкий уровень физической активности.

Постановка краткосрочных целей осуществлялась совместно с пациентом в соответствии с принципами конкретности и достижимости: снижение массы тела на 3-5 кг за 3 месяца за счет изменения питания и увеличения уровня физической активности.

В рамках коррекции питания ключевыми направлениями стали: увеличение потребления овощей, контроль размеров порций и формирование регулярного режима приема пищи. При этом акцент сделан не на применении жестких ограничений, так как при этом высока вероятность срывов и повторного набора массы тела, а постепенном внедрении здоровых привычек, отслеживании режима питания, учете калорийности продуктов и соотношении в рационе белков, жиров, углеводов и клетчатки.

Для усиления приверженности к соблюдению рекомендаций совместно с пациентом проанализированы возможные механизмы контроля питания. Из предложенных вариантов (ведение дневника питания, метод тарелки, использование мобильных приложений для подсчета калорийности) был выбран метод тарелки. Пациент обучен принципу построения рациона с помощью метода тарелки, отражающего современные рекомендации по питанию, включая клинические рекомендации по лечению ожирения.

Особое внимание уделялось выявлению поведенческих триггеров переживания. Пациент отметил эпизоды избыточного потребления пищи на фоне стресса. В рамках коучингового подхода обсуждались альтернативные стратегии: «Что еще, кроме еды, может помочь вам снизить напряжение?», «Какие способы расслабления вам подходят?».

Коррекция физической активности проводилась с учетом предпочтений пациента. Пациенту предложены возможные стратегии интеграции физической активности в повседневную жизнь, с акцентом на выборе такого вида упражнений, который дополнительно обеспечит положительный эмоциональный отклик. Заранее обсужден вопрос необходимости дальнейшего постепенного увеличения физической активности на этапе удержания веса в долгосрочной перспективе. В ходе обсуждения выявлено, что пациент готов к увеличению уровня ходьбы и внедрению силовых тренировок. Сформулирован конкретный план: ежедневная ходьба не менее 20 минут в умеренном темпе, 2 силовые тренировки в неделю. Использовались вопросы, направленные на интеграцию изменений в повседневную жизнь: «В какое время дня вам удобнее всего включить прогулку?», «Что может мешать выполнению этого плана?».

Пациент проинформирован о возможности включения в комплексную терапию современных препаратов для лечения ожирения, в том числе агонистов рецепторов ГПП-1, но, учитывая вовлеченность пациента в процесс изменения питания и образа жизни, настрой на постепенное внедрение здоровых привычек, осознание важности достижения целевого веса и удержания достигнутого результата для снижения риска развития осложнений и заболеваний, ассоциированных с ожирением, решено на данном этапе воздержаться от назначения агонистов рецепторов ГПП-1.

На заключительном этапе консультации проводилось подведение итогов с фиксацией конкретных шагов, сформулированных самим пациентом. Использовались уточняющие вопросы: «Что именно вы планируете начать делать уже завтра?», «Когда мы сможем оценить первые результаты?».

С целью лечения предиабета пациенту рекомендовано продолжить прием метформина с пролонгированным высвобождением в дозе 1500 мг в сутки на регулярной основе.

Учитывая, что прием витамина Д по результатам исследований связан с лучшим контролем гликемии и снижением уровня HbA_{1c}, улучшением чувствительности к инсулину и положительным влиянием на функцию β-клеток поджелудочной железы, а также ассоциацией между ожирением и высоким риском дефицита витамина Д [5], пациенту рекомендовано продолжить прием витамина Д с дальнейшей коррекцией дозы с учетом его уровня в крови при необходимости.

Пациенту рекомендовано дообследование:

- гликированный гемоглобин (HbA_{1c}) для оценки

эффективности терапии и дальнейшего динамического контроля,

- оценка витамина B12 с учетом развития риска его недостаточности на фоне длительного приема метформина – рекомендовано проводить ежегодно при приеме более 5 лет [6],
- анализ крови на витамин Д (25-ОН-Д) и общий кальций,
- общий анализ крови,
- контроль печеночных трансаминаз,
- креатинин,
- оценка уровня пролактина для исключения эндокринных причин ожирения,
- тестостерон, лютеинизирующий гормон (ЛГ), глобулин, связывающий половые стероиды (ГСПГ) для исключения андрогенного дефицита.

Пациент обратился на повторный визит с результатами дообследования через неделю, однако обследования были выполнены не в полном объеме. С учетом полученных данных (отражены в таблице 1) сделан вывод об отсутствии прогрессирования углеводных нарушений на фоне приема метформина (HbA1c 5,0%), рекомендовано продолжить комплекс лечебных мероприятий в прежнем объеме с контрольным осмотром и обследованием через 3 месяца. В ходе консультации отмечена высокая приверженность выбранным изменениям и позитивный настрой пациента.

При контрольном визите в мае 2025 г. наблюдалась положительная динамика: улучшение самочувствия и снижение массы тела на фоне устойчивого изменения питания и регулярной физической активности. Как отмечает сам пациент, информирование о возможных последствиях и правильная расстановка приоритетов делает соблюдение рекомендаций по питанию и образу жизни более простыми и реально выполнимыми. Все это время пациент принимал метформин с пролонгированным высвобождением 1500 мг в сутки и витамин Д в профилактической дозе 4000 МЕ ежедневно, на регулярной основе занимался и продолжает заниматься в тренажерном зале 3-4 раза в неделю, ежедневно проходит около 8000-10000 шагов.

Снижение массы тела за этот период составило 16 кг, уменьшение окружности талии – 12 см, уменьшение соотношения окружности талии к росту до 0,55. При этом пациент научился выявлять и контролировать свои реакции на стресс, что позволило решить вопрос эмоционального переживания.

По данным УЗИ щитовидной железы ее объем составил 7,7 см³, в левой доле узловые образования 11*9 мм и 11*7 мм, EU TI-RADS 3, в правой доле образование 4*4 мм, EU TI-RADS 3.

С учетом выявления нового узлового образования рекомендовано исследование уровня кальцитонина крови, показаний к проведению повторной тонкоигольной биопсии узлов щитовидной железы на момент осмотра не

выявлено.

Учитывая значимое снижение веса (на 18,9% в течение чуть более года), стабильные показатели гликемии, решено провести редиагностику состояния углеводного обмена на фоне отмены метформина – ПГТТ с 75 г глюкозы и HbA1c.

На следующем осмотре в июле 2025 г. отмечено дальнейшее снижение веса на 2 кг за последние 2 месяца (всего за период наблюдения – 18 кг), уменьшение окружности талии на 5 см (всего – 17 см). Динамика антропометрических показателей за период наблюдения с 2024 по 2025 г. представлена в таблице 2.

Таким образом, на фоне проводимой терапии, включающей изменение образа жизни и питания, метформин с пролонгированным высвобождением 1500 мг в сутки, достигнуто значимое снижение массы тела, нормализация углеводного обмена, доказанная результатами ПГТТ с 75 г глюкозы, проведенного после отмены лекарственной терапии. Ключевым фактором повышения эффективности лечебных мероприятий и достижения терапевтических целей стало внедрение коучинговых инструментов в ведении пациента.

Обсуждена важность регулярного мониторинга состояния углеводного обмена. Запланировано контрольное обследование через 6 месяцев с оценкой состояния углеводного обмена (глюкоза, HbA1c), УЗИ органов брюшной полости.

Обсуждение

Предиабет включает любое из нарушений углеводного обмена: нарушенная гликемия натощак или нарушенная толерантность к глюкозе, критерии диагностики которых изложены в клинических рекомендациях РФ «Сахарный диабет 2 типа у взрослых» [7].

Для оценки 10-летнего риска развития СД 2 типа на приеме удобно использовать опросник FINDRISC. Методология использования данного опросника приведена в методических рекомендациях по диагностике, лечению и диспансерному наблюдению пациентов в условиях первичной медико-санитарной помощи [8].

Активный скрининг на предмет наличия углеводных нарушений у лиц с наличием факторов риска [9,10] дает возможность вовремя выявлять предиабет, стратегия лечения которого включает комплекс мероприятий, направленных на профилактику развития СД 2 типа, выявление и коррекцию сердечно-сосудистых заболеваний, снижение массы тела.

Немедикаментозная терапия подразумевает под собой мероприятия по изменению питания (аналогично рекомендациям при СД 2 типа) и увеличению физической активности (минимум 150 минут интенсивных физических нагрузок в неделю).

Медикаментозная терапия предиабета включает метформин, способный снизить риск СД 2 типа на 31% и

Таблица 1. Динамика лабораторных показателей за период наблюдения

Table 1. Dynamics of laboratory parameters over the observation period.

Показатели / Parameter	12.2023	1.2024	5.2025	7.2025	Референсный диапазон / Reference range
Глюкоза натощак, ммоль/л / Fasting glucose, mmol/L	4,9		4,7	4,95	3,3-6,0
Глюкоза в ходе проведения ПГТТ, ммоль/л / 2-h glucose during OGTT, mmol/L				4,2	менее 7,8
HbA1c, %		5,0	5,4		4,2-6,0
Общий холестерин, ммоль/л / Total cholesterol, mmol/L	4,6		4,58		3,7-5,2
АЛТ, Ед/л / ALT, U/L	59,0	32,0	39,5	36,0	0-41,0
АСТ, Ед/л / AST, U/L	33,0	22,0	23,5	24,0	0-37,0
Билирубин, мкмоль/л / Total bilirubin, μmol/L	17,6		22,0	15,8	3,0-21,0
Мочевая кислота, ммоль/л / Uric acid, μmol/L	346,0			283,0	менее 360,0
Креатинин, мкмоль/л / Creatinine, μmol/L			65,0		62,0-115,0
ТТГ, мМЕ/л / TSH, mIU/L	2,04		1,9		0,4-4,0
25-ОН-Д, нг/мл / 25-OH-D, ng/mL		40,0	35,2		30,0-80,0
Кальций общий, ммоль/л / Total calcium, mmol/L		2,36			2,15-2,57
Витамин В12, пг/мл / Vitamin B12, pg/mL		588,0			208,0-963,0
Тестостерон, нмоль/л / Testosterone, nmol/L			14,3		8,6-29,0
ГСПГ, нмоль/л / SHBG, nmol/L			27,0		16,2 - 68,5
ПРЛ, мМЕ/л / PRL, mIU/L			345,0		72,0-407,0

Примечания: ПГТТ – пероральный глюкозотолерантный тест, АЛТ – Аланинаминотрансфераза, АСТ – Аспартатаминотрансфераза, ТТГ – тиреотропный гормон, ГСПГ – глобулин, связывающий половые гормоны, ПРЛ – Пролактин.

Notes: OGTT – oral glucose tolerance test, ALT – alanine aminotransferase, AST – aspartate aminotransferase, TSH – thyroid-stimulating hormone, SHBG – sex hormone-binding globulin, PRL – prolactin.

Таблица 2. Динамика антропометрических показателей за период наблюдения.

Показатель / Parameter	1.2024	5.2025	7.2025	Комментарий
Вес, кг / Body weight, kg	95	79	77	Всего - 18,9% за период наблюдения / Total reduction: 18,9% over the observation period
ИМТ, кг/м ² / BMI, kg/m ²	29,3	24,4	23,7	По классификации ожирения с учетом ИМТ:
Окружность талии / Waist circumference, cm	112	100	95	Всего - 17 см за период наблюдения / Total reduction: 17 cm over the observation period
Соотношение окружности талии к росту / Waist-to-height ratio	0,62	0,55	0,52	0,5 и выше - показатель центрального ожирения и кардиометаболического риска / $\geq 0,5$ indicates central obesity and cardiometabolic risk

Примечание: ИМТ – индекс массы тела

Note: BMI – body mass index.

медикаментозную терапию ожирения [11].

Назначение препаратов для лечения ожирения рекомендовано пациентам, которые не могут достичь клинически значимого снижения массы тела на фоне немедикаментозных методов лечения и/или на этапе удержания достигнутого результата. При этом при наличии хотя бы одного осложнения, ассоциированного с ожирением, медикаментозная терапия может быть назначена сразу на фоне немедикаментозных методов лечения. Назначение препаратов для лечения ожирения рекомендовано при ИМТ ≥ 30 кг/м² или при ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний [12]. Таким образом, при наличии предиабета препараты, зарегистрированные для лечения ожирения, могут быть рекомендованы сразу на фоне консервативных мероприятий при ИМТ ≥ 27 кг/м².

В настоящее время в нашей стране зарегистрированы препараты из группы агонистов рецепторов ГПП-1 (пироглутид и семаглутид), а также двойной агонист инкретиновых рецепторов, или твинкретин (тирзепатид), оказывающий влияние на рецепторы ГПП-1 и ГИП одновременно, усиливая эффект снижения веса и регуляции аппетита. Инкретиновая терапия способна замедлить и предотвратить развитие сахарного диабета [13,14].

Приведенный клинический случай показывает важность своевременной диагностики и комплексной терапии ранних нарушений углеводного обмена, высокую

Table 2. Dynamics of anthropometric parameters over the observation period.

значимость информирования пациентов о потенциальных рисках развития СД 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, ассоциированных с ожирением, для достижения терапевтических целей и удержания полученных результатов.

По данным многочисленных исследований значимый вклад в снижение риска СД 2 типа имеет снижение массы тела на 7% и более, при этом нормализация гликемии ассоциирована со снижением риска развития СД 2 типа на 73% [15,16]. Для тех пациентов, у которых не произошла нормализация уровня гликемии, разумно продолжить процесс снижения массы тела до достижения личного порога, рассматривать различные стратегии снижения веса, в том числе с использованием медикаментозной терапии, а при наличии показаний – бариатрической хирургии [12].

Огромное значение для успешности лечебного процесса играет подход врача к работе с пациентом, что продемонстрировано в представленном клиническом случае. В настоящее время наиболее эффективной моделью работы признан коучинговый подход – это метод взаимодействия, направленный на обучение, повышение осознанности и мотивации к изменению поведения с целью улучшения здоровья и качества жизни. В отличие от традиционного консультирования, коучинг помогает пациенту самостоятельно формировать цели и составлять план действий для их достижения.

Пациент вовлечен в процесс лечения, перед ним стоит задача не просто выполнить рекомендации, а подумать над ценностями, изменить приоритеты и отношение к своему здоровью. Процесс лечения при таком подходе — это осознанное внедрение изменений в повседневную жизнь. Врач, используя инструменты коучинга, за время короткого приема способен пробудить интерес к своему здоровью, повысить уровень мотивации, дать возможность пациенту разделить ответственность за свое здоровье и результаты лечения. Врач помогает пациенту осознать значимость модификации образа жизни и определить реалистичные цели [17].

Длительное применение метформина способствует улучшению показателей углеводного обмена, однако ключевым фактором, обеспечивающим достижение устойчивого снижения массы тела и нормализацию гликемии, явилась модификация подхода к ведению пациента с внедрением коучинговых методик.

Важный аспект модификации питания — постепенное внедрение изменений без жестких ограничений с пониманием того, что эти изменения должны сохраняться на всю жизнь. Особенно эффективной стратегией здесь представляется использование метода тарелки — это простой, удобный и визуально понятный способ формирования нового типа питания с акцентом на качество продуктов и их соотношение в рационе. При этом внимание пациента переносится с необходимости соблюдения строгой диеты на создание здорового, полноценного и разнообразного рациона.

Значимым инструментом, позволяющим воздействовать на изменение питания, является рефлексия пищевого поведения, включающая анализ ситуаций, в которых происходит избыточное потребление пищи. Пациента необходимо обучать отслеживать триггеры переизбытка, развивать навыки распознавания собственных эмоций, формировать альтернативные способы реагирования на стресс (физическая активность, дыхательные техники, переключение внимания, социальная поддержка), различать физиологический и эмоциональный голод. Коучинговый подход позволяет повысить осознанность пациента в отношении связи между эмоциональным состоянием и пищевым поведением.

В процессе модификации образа жизни важна постепенность и планомерность изменений, поиск

способов внедрения различных видов физической активности с учетом интересов и уровня подготовленности пациента.

Постепенное внедрение изменений является эффективной стратегией интеграции реалистичных поведенческих модификаций в повседневную жизнь без выраженного психологического дискомфорта. Данный подход способствует снижению риска срывов и повышению приверженности терапии. Применение элементов коучинга в представленном клиническом случае позволило достичь устойчивых изменений в поведении пациента, сохранить высокий уровень вовлеченности в процесс модификации образа жизни и питания, а также повысить приверженность лечению. Пациенту показано дальнейшее сопровождение, включающее поддержку мотивации и динамическое наблюдение с регулярным контролем массы тела и оценкой показателей углеводного обмена, поскольку наличие предиабета в анамнезе обуславливает сохранение повышенного риска развития СД 2 типа.

Заключение

Активный скрининг пациентов с факторами риска на предмет углеводных нарушений, ранняя диагностика и активное вмешательство в виде комплекса немедикаментозных мер с применением коучингового подхода и лекарственной терапии имеет важное значение в снижении риска развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний (СД 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания и некоторые виды рака, ассоциированные с ожирением), борьба с которыми признана приоритетным направлением международными медицинскими сообществами. Это особенно актуально, учитывая данные исследования NATION, проведенного на территории России, по результатам которого распространенность СД 2 типа оказалась выше, чем было зарегистрировано ранее. При этом более, чем половина пациентов не знали о наличии у себя СД 2 типа и соответственно не получали должного лечения [18]. Учитывая, что от начала нарушений углеводного обмена до клинической манифестации СД 2 типа в среднем проходит 5–10 лет, раннее выявление предиабета и своевременное вмешательство могут рассматриваться как ключевые стратегии профилактики заболевания, особенно при использовании коучингового подхода во взаимодействии с пациентами.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Этические аспекты

информированное согласие пациента на публикацию клинического случая при соблюдении анонимности получено

Информация об авторе

Бревнова Александра Леонидовна – врач
эндокринолог, сомнолог, андролог, Центр косметологии и
пластической хирургии, г. Екатеринбург.

ORCID: 0009-0004-9311-437X

Information about the author

Alexandra L. Brevnova – MD, Centre for Cosmetology and
Plastic Surgery, Yekaterinburg.

ORCID: 0009-0004-9311-437X

Список литературы

1. IDF Diabetes Atlas 11th Edition. International Diabetes Federation. 2025. 130p.
2. Schlesinger S., Neuenschwander M., Barbaresco J., et al. Prediabetes and risk of mortality, diabetes-related complications and comorbidities: umbrella review of meta-analyses of prospective studies // *Diabetologia*. 2022. Vol. 65, №2. P. 275-285. DOI:10.1007/s00125-021-05592-3
3. Cao Z., Li W., Wen C.P., et al. Risk of Death Associated With Reversion From Prediabetes to Normoglycemia and the Role of Modifiable Risk Factors // *JAMA Netw Open*. 2023. Vol. 6, №3. P. e234989. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2023.4989
4. Rubino F., Cummings D.E., Eckel R.H. et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity // *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025. Vol.13, №3. P.221-262. DOI:10.1016/S2213-8587(24)00316-4
5. Farahmand M.A., Daneshzad E., Fung T.T., et al. What is the impact of vitamin D supplementation on glycemic control in people with type-2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *BMC endocrinol disorders*. 2023. Vol.23, №1. P.15. DOI: 10.1186/s12902-022-01209-x
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2025 // *Diabetes Care*. 2025. Vol.1, №48. P.59-85. DOI: 10.2337/dc25-S004
7. Клинические рекомендации РФ «Сахарный диабет 2 типа у взрослых» // Российская ассоциация эндокринологов. 2022. [дата обращения: 15.08.2025 г.]. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2
8. Шестакова М.В., Драпкина О.М., Бакулин И.Г., и др. Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение пациентов в условиях первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации. ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. Москва. 2021. 40 с.
9. Моргунова Т.Б., Глинкина И.В., Фадеев В.В. Предиабет: проблемы и пути решения // *Медицинский Совет*. 2021. №12. С. 220-227. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-12-220-227
10. Su H., Liu T., Li Y., et al. Serum uric acid and its change with the risk of type 2 diabetes: A prospective study in China // *Prim Care Diabetes*. 2021. Vol. 15, №6. P. 1002-1006. DOI:10.1016/j.pcd.2021.06.010
11. Зипов А.В. Предиабет: современное состояние проблемы и клинические рекомендации // *Эффективная фармакотерапия*. 2022. Т. 18, №30. С.20-26. DOI:10.33978/2307-3586-2022-18-30-20-26
12. Клинические рекомендации РФ «Ожирение» // Российская ассоциация эндокринологов, Общество бариатрических хирургов. 2024. [дата обращения: 15.08.2025 г.]. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/28_3
13. Цыганкова О.В., Вереток В.В., Аметов А.С. Инкретины сегодня: множественные эффекты и терапевтический потенциал // *Сахарный диабет*. 2019. Т. 22, №1. С.70-78. DOI:10.14341/DM9841
14. Sallam M., Snugg J., Ghandour S.E., et al. Efficacy and Safety of Tirzepatide for Weight Management in Non-Diabetic Obese Individuals: A Narrative Review // *Obesity*. 2025. Vol.5, №2. P.26. DOI: 10.3390/obesity5020026
15. Sandforth A., von Schwartzberg R. J., Arreola et al. Mechanisms of weight loss-induced remission in people with prediabetes: a post-hoc analysis of the randomised, controlled, multicentre Prediabetes Lifestyle Intervention Study (PLIS) // *The Lancet. Diabetes & endocrinology*. 2023. Vol.11, №11. P.798-810. DOI: 10.1016/S2213-8587(23)00235-8
16. Jumpertz von Schwartzberg R., Vazquez Arreola E., Sandforth A., et al. Role of weight loss-induced prediabetes remission in the prevention of type 2 diabetes: time to improve diabetes prevention // *Diabetologia*. 2024. Vol.67, №8. P.1714-1718. DOI:10.1007/s00125-024-06178-5
17. Быковская Т.Ю., Леонтьева Е.Ю. Коучинг в медицине. Опыт применения технологий коучинга в стоматологии // *Главврач Юга России*. 2017. №5. С.58.
18. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Шепель Р.Н., и др. Анализ распространенности предиабета и реальная клиническая практика назначения медикаментозной терапии пациентам с предиабетом // *Профилактическая медицина*. 2022. Т. 25, №12. С.96-105. DOI: 10.17116/profmed2022512196

References

1. IDF Diabetes Atlas 11th Edition. International Diabetes Federation. 2025. 130p.
2. Schlesinger S, Neuenschwander M, Barbaresco J, et al. Prediabetes and risk of mortality, diabetes-related complications and comorbidities: umbrella review of meta-analyses of prospective studies. *Diabetologia*. 2022;65(2):275-285. DOI:10.1007/s00125-021-05592-3
3. Cao Z, Li W, Wen CP, et al. Risk of Death Associated With Reversion From Prediabetes to Normoglycemia and the Role of Modifiable Risk Factors. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e234989. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2023.4989
4. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025; 13(3): 221-262. DOI:10.1016/S2213-8587(24)00316-4
5. Farahmand MA, Daneshzad E, Fung TT, et al. What is the impact of vitamin D supplementation on glycemic control in people with type-2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC endocrinol disorders*. 2023; 23(1): 15. DOI: 10.1186/s12902-022-01209-x
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care*. 2025; 48(1 Suppl 1): S59-S85. DOI: 10.2337/dc25-S004
7. Klinicheskie rekomendacii RF «Sakharnyj diabet 2 tipa u vzroslykh» // Rossijskaya associaciya ehndokrinologov, 2022. [cited 2025 August 15]. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2 [In Russ.].
8. Shestakova MV, Drapkina OM, Bakulin IG, et al. Diagnostika, lechenie i dispansernoe nablyudenie pacientov v usloviyax pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi. *NMIC TPM Minzdrava Rossii*. 2021; 40 p. (In Russ.).
9. Morgunova TB, Glinkina IV, Fadeev VV. Prediabetes: challenges and opportunities. *Meditsinskiy sovet (Medical Council)*. 2021;(12):220-227. (In Russ.) DOI: 10.21518/2079-701X-2021-12-220-227
10. Su H, Liu T, Li Y, et al. Serum uric acid and its change with the risk of type 2 diabetes: A prospective study in China. *Prim Care Diabetes*. 2021;15(6):1002-1006. DOI:10.1016/j.pcd.2021.06.010
11. Zilov AV. Prediabet: sovremennoe sostoyaniye problemy i klinicheskie rekomendacii. *Ehffektivnaya farmakoterapiya*. 2022; 18 (30): 20-26. DOI: 10.33978/2307-3586-2022-18-30-20-26 (In Russ.).
12. Klinicheskie rekomendacii RF «Ozhireniye» // Rossijskaya associaciya ehndokrinologov, Obshchestvo bariatricheskikh khirurgov. 2024. [cited 2025 August 15]. Available from: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/28_3 [In Russ.].
13. Tsygankova OV, Veretyuk VV, Ametov AS. Incretins today: multiple effects and therapeutic potential. *Diabetes mellitus*. 2019;22(1):70-78. DOI: 10.14341/DM9841(In Russ.).
14. Sallam M, Snygg J, Ghandour SE, et al. Efficacy and Safety of Tirzepatide for Weight Management in Non-Diabetic Obese Individuals: A Narrative Review. *Obesities*. 2025; 5(2):26. DOI:10.3390/obesities502026
15. Sandforth A, von Schwartzberg RJ, Arreola EV, et al. Mechanisms of weight loss-induced remission in people with prediabetes: a post-hoc analysis of the randomised, controlled, multicentre Prediabetes Lifestyle Intervention Study (PLIS). *The Lancet. Diabetes & endocrinology*. 2023; 11(11): 798-810. DOI: 10.1016/S2213-8587(23)00235-8
16. Jumpertz von Schwartzberg R, Vazquez Arreola E, Sandforth A, et al. Role of weight loss-induced prediabetes remission in the prevention of type 2 diabetes: time to improve diabetes prevention. *Diabetologia*. 2024;67(8):1714-1718. DOI:10.1007/s00125-024-06178-5
17. Bykovskaya T, Leontyeva E. Coaching in medicine. Coaching technology experience in denistry. *Chief Physician of the South of Russia*. 2017; 5-58. (In Russ.).
18. Drapkina OM, Drozdova LYu, Shepel RN, et al. Analysis of prediabetes prevalence and real-world practice in prescribing drug therapy to prediabetic patients. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022; 25(12):96-105. DOI: 10.17116/profmed20222512196 (In Russ.).