

**Министерство здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Государственный научно-исследовательский центр  
профилактической медицины» Минздравсоцразвития России**

«УТВЕРЖДАЮ»  
Главный специалист  
по профилактической медицине  
Минздравсоцразвития России  
С.А. Бойцов  
\_\_\_\_\_ 2012 г.

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО СНИЖЕНИЮ  
ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА**

Методические рекомендации

**МОСКВА 2012**

## АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации содержат описание организации оказания медицинской помощи лицам с избыточной массой тела и ожирением в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

В современных условиях возрастает роль активного сотрудничества медицинских работников и пациентов в вопросах сохранения здоровья населения, обучения здоровому образу жизни, снижения риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), улучшения качества и продолжительности жизни. Одним из регламентированных механизмов профилактической работы в ПМСП является организация кабинетов медицинской профилактики с целью коррекции факторов риска НИЗ. Представленный клинико-организационный подход профилактического вмешательства реализуется как на индивидуальном, так и групповом уровне методом профилактического консультирования пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Цель консультирования – сформировать у пациентов здоровое пищевое поведение, ориентированное на снижение негативного влияния на здоровье (первичная профилактика) и риск осложнений при имеющихся НИЗ (вторичная профилактика) избыточной массы тела и ожирения, в основе которых лежат алиментарно-зависимые поведенческие ФР: несбалансированное питание, чрезмерное потребление поваренной соли, сахаров, жира, алкоголя и др.

Методические рекомендации предназначены для руководителей ПМСП, медико-санитарных частей, здравпунктов, специалистов службы медицинской профилактики (центров, кабинетов/отделений медицинской профилактики), центров здоровья, врачей терапевтов, общей практики.

*Авторы:* Кривонос О.В., Бойцов С.А., Еганян Р.А., Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М. Тутельян В.А.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АГ		артериальная гипертония
АД		артериальное давление
АО		абдоминальное ожирение
ГИ		гликемический индекс
ГТГ		гипертриглицеридемия
ГТТ		глюкозотолерантный тест
ГХС		гиперхолестеринемия
ДАД		диастолическое артериальное давление
ДЛП		дислипидемии
ЗОЖ		здоровый образ жизни
ИБС		ишемическая болезнь сердца
ИМТ		индекс массы тела
КТ		компьютерная томография
КДК		кабинет доврачебного контроля
МИ		мозговой инсульт
МНЖК		мононенасыщенные жирные кислоты
МРТ		магнитно-резонансная томография
МТ		масса тела
НЖК		насыщенные жирные кислоты
НИЗ		хронические неинфекционные заболевания
НТУ		нарушенная толерантность к углеводам
НФА		низкая физическая активность
ОТ		окружность талии
ОХС		общий холестерин крови
ПЗЗ		первичное звено здравоохранения
ПМСП		первичная медико-санитарная помощь
ПНЖК		полиненасыщенные жирные кислоты
САД		систолическое артериальное давление
СД		сахарный диабет
ССЗ		сердечно-сосудистые заболевания
ФА		физическая активность
ФР		факторы риска
ХС		холестерин
ХС ЛВП		холестерин липопротеидов высокой плотности
ХС ЛНП		холестерин липопротеидов низкой плотности
ХС ЛОНП		холестерин липопротеидов очень низкой плотности
ХСН		хроническая сердечная недостаточность
ЦВЗ		цереброваскулярные заболевания

## ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОНЯТИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

*Алиментарные нарушения* – нарушение основных принципов Здорового питания: энергетического равновесия, сбалансированности структуры питания по составу пищевых веществ и режима питания, - что проявляется соответствующими сдвигами в привычках питания.

*Алиментарно-зависимые факторы риска* – ФР НИЗ, которые связаны с нарушением принципов рационального Здорового питания

*Готовность к профилактике (коррекции ФР)* – совокупность факторов, определяющих желание или способность индивидуума изменить образ жизни в отношении оздоровления коррекции поведенческих ФР.

*Питание профилактическое* - диетологическая коррекция ФР. Занимает промежуточное положение между Здоровым питанием для практически здоровых лиц и лечебным питанием для больных в условиях стационарного и санаторно-курортного лечения.

*Профилактическое консультирование по коррекции питания* - коррекция алиментарно-зависимых ФР с помощью модификации питания с учетом характера питания и уровня ФР пациента.

*Сбалансированность питания* – соотношение в структуре рациона пищевых веществ, соответствующих оптимально требованиям организма человека; например: белков – 15%, жиров – 20-30%, углеводов – 55-65% от калорийности.

## Введение

*Актуальность профилактического консультирования* по контролю и коррекции массы тела. В РФ так же, как в большинстве экономически развитых стран мира отмечается рост распространенности избыточной МТ и ожирения. Так, по данным обследования национальной выборки взрослого населения России распространенность избыточной МТ и ожирения варьирует от 45 до 56% у мужчин и от 56 до 62% у женщин [1]. В многочисленных проспективных эпидемиологических исследованиях выявлена связь избыточной МТ и ожирения с риском развития целого ряда НИЗ и смертностью от них, в первую очередь, ССЗ, некоторых злокачественных новообразований, СД, нарушений обмена веществ и др. [2]. Избыточная МТ/ожирение связаны с более высокой общей смертностью населения. По данным 25-летнего проспективного исследования популяций мужчин 40-59 лет г. Москвы и Санкт-Петербурга атрибутивный риск смертности от ИБС, связанный с избыточной МТ, составил 15,2%, а смертности от ЦВЗ – 30,5%. Кривая относительного риска смерти от ИБС имеет U-образную зависимость, а между смертностью от МИ и величиной МТ установлена J-образная зависимость [3,4].

В исследовании Framingham Heart Study показано, что среди лиц с ожирением в 2 раза чаще, чем среди лиц с нормальной МТ, встречается АГ [5]. Результаты исследования Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), проведенного более 20 лет назад, (1988-1994гг.), подтвердили наличие достоверной и выраженной распространенности среди населения повышенного АД, ГХС и избыточной МТ/ожирения [6].

Результаты популяционных исследований последних лет показали, что с уровнем АД в значительной степени связано АО. Именно АО ассоциируется с основными алиментарно-зависимыми ФР ССЗ. Установлена обратная связь АО с уровнем ХС в антиатерогенных фракциях (ХСЛВП и отношения ХСЛВП/ХСЛНП). Неоднократно продемонстрирована прямая связь и частое сочетание избыточной МТ, ожирения с АГ и ДЛП [7-9].

*Научно-обоснованные принципы питания для снижения избыточной МТ/ожирения.* Результаты рандомизированных клинических исследований убедительно показали, что снижение избыточного веса является эффективным методом контроля и снижения таких ФР и суммарного риска ССЗ, обусловленных атеросклерозом, как АГ, ДЛП, НТУ [10-12]. Таким образом, снижение МТ у пациентов с избыточной МТ и ожирением является первостепенной и патогенетически обоснованной мерой как первичной, так и вторичной профилактики целого ряда НИЗ.

Снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита – основной принцип диетологического

вмешательства при ожирении [13]. Установлено, что использование диет с очень низкой калорийностью не приводит к формированию навыков рационального питания. Более того, отмечается плохая переносимость этих диет и частые побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, желчнокаменная болезнь, нарушения белкового обмена, электролитного баланса, отмечались случаи фибрилляции желудочков и т.д. [10-14]. Эти обстоятельства существенно ограничивают применение низкокалорийных диет на практике. Более того, применение диет с умеренным ограничением калорийности (1000-1200 ккал/день) вызывает более физиологичное постепенное снижение избыточного веса, что через 3-12 месяцев позволяет достичь достаточной степени снижения МТ (в среднем на 8 %) [13].

Дефицит энергии при составлении низкокалорийных диет может достигаться за счет снижения доли в рационе как жиров, так и углеводов. Считается доказанным, что применение низкокалорийных диет с ограничением жира и углеводов способствует не только снижению избыточной МТ, но и снижению АД, улучшению липидного профиля [14]. Имеются многочисленные исследования по изучению действия на снижение избыточной МТ и динамику АД, уровней липидов, показателей углеводного обмена разных вариантов редуцированных диет, различающихся по процентному содержанию пищевых веществ [14, 15].

Некоторыми исследователями изучалась возможность применения для лечения ожирения диет с резко сниженным содержанием углеводов (соответственно высокой долей жира и белка в рационе). Так, в рандомизированном контролируемом исследовании изучалось действие на снижение МТ и ФР ИБС у лиц с ожирением низкоуглеводной диеты (потребление углеводов в течение 2 недель составляло 20 г/день, а потребление жира и белка не ограничивалось) в сравнении с обычной низкокалорийной диетой - 1200-1500 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин (15% белка, 25% жира и 60% углеводов). Через 3 месяца снижение МТ было более значимым на низкоуглеводной диете - на 6,8% против 2,7% при нормальной структуре. Не было обнаружено разницы в снижении ОХС и ХС ЛНП, а относительное снижение ТГ и относительное повышение ХС ЛВП было более выражено на низкоуглеводной диете. Снижение ДАД было одинаковым на обеих диетах, САД статистически значимо не изменилось. Однако через 12 месяцев достоверной разницы в динамике МТ между группами уже не выявлялось (4,4 %, против 2,5%) [16].

Избыточная МТ/ожирение обменно-алиментарной формы, обусловленные дисбалансом энерготрат и энергопоступления, – наиболее частая (первичная) форма нарушений жирового обмена. При подозрении на вторичные (чаще эндокринные) формы ожирения необходимо тщательное обследование пациентов и проведение индивидуальной комплексной этиопатогенетической терапии. В настоящих рекомендациях акцент поставлен на профилактическом диетологическом

консультировании при экзогенной обменно-алиментарной форме ожирения, что является основой практически любого метода лечения избыточной МТ/ожирения, а в ряде случаев и основным методом лечения и коррекции избыточной МТ.

Важным фактором успеха профилактических программ помимо разработанной и подтвержденной с точки зрения доказательной медицины концепции ФР и высокой профессиональной компетентности медицинских работников, является готовность больных к изменениям образа жизни [17-18]. В целом ряде исследований неоднократно подчеркивался недостаточный уровень знаний населения по вопросам здоровья [19-21]. Возникает необходимость не только лечения, но и обучения больных с избыточной МТ/ожирением с целью повышения не только информированности, но и мотивации и готовности к выполнению профилактических и лечебных мероприятий.

Обучение пациентов с избыточной МТ/ожирением признано одним из основных методов формирования приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений и самоконтролю МТ, создания мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, формирующих ФР, влияющих на прогноз заболевания. Вместе с тем, многообразие профилактических вмешательств требует систематизации опыта и выработки единых наиболее рациональных и эффективных профилактических методологических подходов к организации в системе здравоохранения помощи лицам, желающим снизить избыточную МТ. Неоспоримо, что профилактическую помощь в отношении НИЗ и ФР их развития должны оказывать все врачи, особенно в системе ПЗЗ. Однако, в ряде случаев при избыточной МТ/ожирении, прежде всего при алиментарно-зависимых нарушениях, требуется детальное консультирование, оценка пищевых привычек, подбор режимов и диет питания, что требует от врача не только профессиональных знаний, но и времени, которое, как известно из повседневной практики, ограничено. Создаваемые структуры медицинской профилактики (центры здоровья, кабинеты/отделения медицинской профилактики, центры медицинской профилактики) в этой ситуации являются ключевым звеном организации специализированного профилактического консультирования (индивидуального и группового – Школы здоровья) по оказанию целенаправленной помощи по снижению избыточной МТ/ожирения и, что важно, по динамическому контролю за эффективностью консультирования, выбора последующей тактики, поддерживающей помощи.

Настоящие методические рекомендации ориентированы на врачей медицинской профилактики, однако, могут быть полезны и врачам терапевтам, т.к. содержат не только базовые информационные материалы для индивидуального консультирования по оздоровлению питания пациентов с избыточной МТ/ожирением, но и адаптированный для ПЗЗ вариант Школы здоровья по коррекции алиментарно-зависимых ФР НИЗ,

апробированный в разных организационных моделях (в условиях поликлиники и в организованном коллективе, на рабочем месте). Было получено подтверждение возможности реализации такой методики профилактического консультирования в условиях реальной практики ПЗЗ и изучения влияния оздоровления пищевого поведения пациентов в результате группового консультирования (Школ здоровья) на уровни и распространенность алиментарно-зависимых ФР и избыточную МТ/ожирение [21].

Таким образом, изложенный в методических рекомендациях материал основан не только на анализе литературных данных, но и на результатах собственных исследований, что позволяет рекомендовать для практического применения в ПЗЗ новую, клинически эффективную методику коррекции избыточной массы тела и других связанных с ней алиментарно-зависимых ФР НИЗ.

### **Организация в ПМСП оказания медицинской помощи по снижению избыточной массы тела**

**Задачи регистратуры.** Информировать пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу о необходимости контроля массы тела, рекомендовать оценить массу тела и проводить это в зависимости от организационной модели конкретного учреждения в кабинете доврачебного контроля, кабинете/отделении медицинской профилактики или центре здоровья.

**Задачи кабинета доврачебного контроля.** Во всех случаях обращения пациента при каждом визите необходимо провести антропометрическое исследование, проводить краткое профилактическое консультирование, информировать пациента об оказании специализированной помощи в Кабинете (отделении) профилактики или центре здоровья.

**Задачи врачей участковых, общей практики, цеховых и других терапевтических специальностей.** У всех пациентов в амбулаторной карте должна быть зарегистрирована масса тела и динамика ее изменений (или в «Листе регистрации факторов риска», если таковой введен в данном учреждении). Все пациенты с избыточной массой тела и ожирением обязательно консультируются по питанию и режиму двигательной активности с учетом показаний и противопоказаний (кратко или расширенно в зависимости от ресурсных возможностей). Факт консультирования регистрируется в карте пациента. Если пациент выражает желание начать программу снижения избыточной массы тела, то проводится весь алгоритм диагностики и проводится углубленное диетологическое консультирование участковым врачом или направляется в кабинет/отделение медицинской профилактики или центр здоровья.

**Задачи врачей нетерапевтических других специальностей.** Все пациенты с избыточной массой тела помимо оказания специализированной

помощи по причине обращения кратко информируется о негативном влиянии на здоровье избыточной массы тела с акцентом на прогноз основного заболевания у лиц с избыточной массой тела. Желательно, чтобы пациентам проводилось краткое профилактическое консультирование в рамках приема врача-специалиста или давалась рекомендация обратиться в центр здоровья или кабинет/отделение медицинской профилактики.

**Задачи кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья.** В кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья оказывается медицинская помощь, прежде всего методом профилактического консультирования индивидуального (приложение 4) или группового (приложение 7) и осуществляется динамическое наблюдение, поддерживающее и корректирующее профилактическое консультирование. При необходимости проводятся дополнительные обследования и уточняются рекомендации в программе снижения избыточной массы тела по комплексной лечебно-профилактической программе, включающей диагностику, дифференцированную лечебно-профилактическую тактику и динамическое наблюдение – «ЗД» (раздел 2.3).

## **2.1 Нормативная база организации медицинской помощи по коррекции избыточной МТ/ожирения в первичной медико-санитарной помощи**

*Нормативная база организации медицинской помощи по коррекции избыточной МТ/ожирения (приказы Минздравсоцразвития России):*

- «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации» (№ 455 от 23.09.03 г.).
- «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология» (от 24 июня 2010 г. №474).

## **2.2 Классификация и оценка массы тела**

*Избыточная масса тела* – избыточное накопление жира в организме человека, развивается при превышении количества поступления энергии с пищей по энергетической ценности рациона над энергетическими тратами человека. При таком длительном дисбалансе в организме происходят качественные нарушения, характерные для хронического заболевания - ожирения.

*Ожирение* представляет собой обменно-алиментарное хроническое заболевание, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, являющееся независимым ФР НИЗ, в частности ССЗ, и формирующее «каскад» вторичных ФР НИЗ.

Следует обращать внимание на то, что при лечении ожирения после окончания курса лечения возможно развитие рецидива.

В настоящее время наиболее широко распространенным показателем для оценки степени ожирения является индекс массы тела (индекс Кетле). Расчет ИМТ по индексу Кетле рекомендован ВОЗ более 20 лет назад для оценки избыточной массы тела в практической работе врача:

$$ИМТ = \text{Масса тела (кг)} / \text{рост ( м}^2\text{)}. \text{ Единица измерения – кг/м}^2$$

Нормальная МТ соответствует ИМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>. При величине индексе МТ 25,0 кг/м<sup>2</sup> масса тела оценивается как избыточная, а 30,0 и более – как ожирение, таблица 1.

**Таблица 1 – Классификация величины массы тела (ВОЗ, 1997, 2003)**

Классификация	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Риск сопутствующих заболеваний
Недостаточная МТ	<18,5	Низкий для ССЗ (однако, риск других НИЗ увеличивается)
Нормальная МТ	18,5–24,9	Обычный
Избыточная МТ	25,0–29,9	Повышенный
Ожирение I ст.	30,0–34,9	Высокий
Ожирение II ст.	35,0–39,9	Очень высокий
Ожирение III ст.	> 40,0	Чрезвычайно высокий

Расчет индекса Кетле дает наиболее точные величины. Для практических целей могут быть использованы специальные таблицы, построенные также на расчетах индекса Кетле, но по усредненным величинам (приложение 1). Определение ИМТ для установления избыточной МТ недостоверно для детей, лиц старше 65 лет, спортсменов, беременных женщин.

*Различают 2 типа ожирения* – по мужскому и женскому типу или андроидное (тип «яблоко») и гиноидное (тип «груша»). Ожирение по мужскому типу характеризуется особым отложением жировой ткани в пределах верхней части туловища, живота – верхний тип. Оно связано с сильным развитием мускулатуры и может касаться как мужчин, так и женщин. Данный тип ожирения с накоплением «висцерального» жира чаще приводит к уже известным метаболическим нарушениям (например, дислипидемии, гипергликемии) и развитию осложнений.

Ожирение по женскому типу связано с отложением жира в пределах нижних частей туловища (бедро, голень) – нижний тип. Развитие мышц слабое; к типичным осложнениям этого типа ожирения относятся дегенеративные изменения в области опорно-двигательного аппарата.

При практически неизменных величинах индекса МТ и общем содержании жира в организме абдоминальное количество жира при этих двух типах может существенно различаться. Существуют различные дорогостоящие методы определения абдоминального жира в организме, вплоть до КТ. Простым методом выявления пациентов с абдоминальным типом накопления жира является определение величины окружности талии, риск ССЗ и СД возрастает уже при окружности талии 80 см у женщин и 94 см - у мужчин, а при 88см и выше у женщин и 102 см и выше у мужчин – риск этих заболеваний уже высокий (таблица 2).

**Таблица 2 – Окружность талии и риск развития осложнений ожирения (ВОЗ, 2003, 2009)**

Риск НИЗ (АГ, СД, ИБС, МИ и др.)	Повышенный	Высокий
Мужчины	≥ 94 см	≥ 102 см
Женщины	≥ 80 см	≥ 88 см

При абдоминальном типе ожирения толщина кожных складок нередко даже бывает в норме (не более 1-2 см), что объясняется преимущественным накоплением «висцерального», а не подкожного жира. Именно по этой причине при абдоминальном типе ожирения нужно быть настороженным в отношении наличия *метаболического синдрома*.

Ориентация при оценке избыточной МТ только на росто-весовые показатели не всегда дает реальное представление о количестве жировой ткани, в частности, этот показатель может дать не точное представление при атрофии скелетной мускулатуры (в связи с возрастом или гиподинамией), при нарушениях водно-электролитного баланса, остеопорозе и т.п. Особенно трудно выявить небольшой избыток жировой ткани (избыточную массу тела). В то же время, именно в этой стадии профилактическое вмешательство оказывается наиболее эффективным. В последнее время для целей оценки состава тела рекомендованы специальные методы более точного определения доли жирового компонента в общей массе тела (КТ, абсорбционная денситометрия, подводное взвешивание, метод биоимпедансометрия и др.), однако в практике их использование ограничено. Вместе с тем, в программах обследования пациентов, например, в центрах здоровья используется для этих целей простой метод биоимпедансометрии. Величина жировой массы тела в норме не должна превышать у мужчин 15-16%, у женщин - 25%.

### **2.3 Организация медицинской помощи по снижению избыточной массы тела в кабинете/отделении медицинской профилактики, центрах здоровья.**

Целевые группы вмешательства по оказанию помощи по снижению избыточной МТ методом группового профилактического консультирования (Школ здоровья по снижению избыточной МТ) формируются из числа пациентов:

- обратившихся за данным видом помощи самостоятельно;
- направленных с приема врачом-терапевтом или специалистом;
- направленных для коррекции избыточной МТ/ожирения, по результатам диспансерных осмотров: 2-я группа здоровья (первичная профилактика) и/или пациенты 3-й и 4-й групп здоровья после консультаций лечащих врачей (вторичная профилактика).

*Основные компоненты* оказания медицинской помощи по снижению избыточной массы тела: Диагностика – Дифференцированное вмешательство – Динамическое наблюдение (3 «Д»).

*Диагностика* – общетерапевтическое обследование, измерение антропометрических показателей (рост, масса тела, окружность талии), расчет индекса массы тела, оценка МТ, типа ожирения, обязательный комплекс: измерение АД, ЭКГ- исследование, экспресс-анализ уровня глюкозы крови, общего холестерина и триглицеридов. Изучается семейный и личный анамнез (приложение 2), диетanamнез: вопросники заполняет сам пациент и/или медицинская сестра и/или врач. Вопросники по сбору и оценке диетanamнеза и определении привычек питания изложены в приложении 3.

При выявленных нарушениях в показателях обязательного комплекса (АД, ЭКГ, уровней ХС, сахара крови) пациентам с избыточной МТ/ожирением необходимо провести строго по показаниям более углубленное клинико-лабораторное, инструментальное обследование (биохимия крови, включая липидный спектр, ГТТ, печеночные пробы, электролитные показатели, и др., а также мониторинг артериального давления, ЭХО-КГ, доплерографию сосудов и другие методы). При необходимости назначают консультации специалистов. Важно оценить риск заболеваний и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, т.к. при консультировании и выборе тактики, в частности, с увеличением физических нагрузок, необходимо исключить возможные ограничения и противопоказания. Полные программы диагностического обследования пациентов с избыточной МТ/ожирением изложены в специальных руководствах (Приложение 8).

*Дифференцированное вмешательство* – это профилактическое консультирование пациентов с избыточной МТ/ожирением, включающее информирование, формирование мотивации к оздоровлению поведенческих ФР НИЗ и активного отношения к коррекции избыточной МТ, обучение навыкам самоконтроля пищевого поведения (количество и качество питания), умений составления рационов суточного питания (диет), приверженности к выполнению врачебных назначений, включая рекомендации по питанию, оптимизации физической активности.

### 2.3.1 Методы коррекции избыточной массы тела и лечения ожирения

Методы коррекции избыточной массы тела и лечения ожирения могут быть классифицированы на:

- *немедикаментозные* – преимущественно рекомендации диетологические и по оптимизации физической активности при отсутствии противопоказаний, проводятся лечащим врачом, врачом кабинета/отделения медицинской профилактики, или центра здоровья (приложение 4);

- *медикаментозные* – проводятся в сочетании с немедикаментозными методами врачами-специалистами (диетолог, эндокринолог и др.) или совместно с лечащими врачами или врачами кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья (приложение 5).

- *хирургические* – проводятся по специальным показаниям в условиях хирургического стационара врачами-хирургами совместно с врачами диетологами, эндокринологами и др.

*Цель коррекции избыточной массы тела* – снижение индекса Кетле до  $25 \text{ кг/м}^2$ , окружности талии для мужчин менее 94 см, для женщин – менее 80 см.

*Промежуточная цель* при ожирении, особенно при значительной степени – индекс Кетле ниже  $30 \text{ кг/м}^2$ , окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см.

*Целевое снижение массы тела* при ожирении – определяется индивидуально, но желательно стремиться (при отсутствии противопоказаний) к общецелевому уровню. Важен учет суммарного сердечно-сосудистого риска.

*Первичный прием* ориентирован на определение показаний для проведения коррекции избыточной МТ и выбора тактики, включает выяснение типа ожирения, интенсивности и длительности, сопутствующих патологических состояний.

Первичное обследование должно включать оценку модели профилактического поведения. Понятие «модели профилактического поведения» включает оценку отношения пациента к выявленной избыточной МТ (ожирению), желание снизить МТ и готовность следовать врачебным назначениям и советам. Опыт научных исследований показывает, что прогнозируемый успех в снижении избыточной МТ чаще наблюдается у пациентов с активным отношением к своему здоровью, имеющих желание к оздоровлению, но испытывающих потребность в медицинской помощи, т.к. они понимают, что самостоятельно справиться с проблемой им будет непросто (модель осознанной потребности в медицинской помощи).

Первичный прием пациента с избыточной МТ/ожирением может быть проведен как лечащим врачом, так и в кабинете медицинской профилактики/центре здоровья (схема 1).

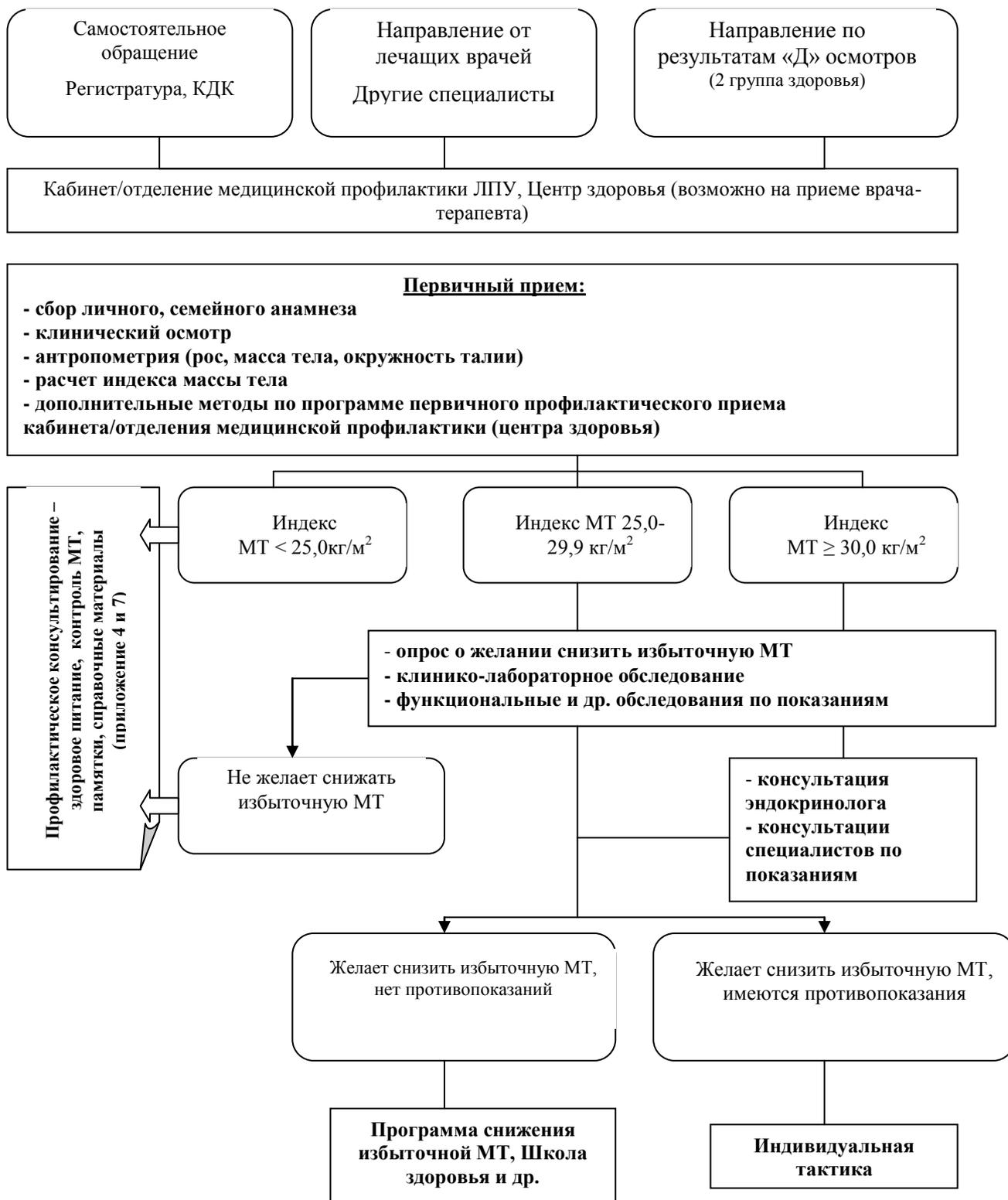
Большинство пациентов с избыточной МТ выражают желание нормализовать вес, однако не во всех случаях это желание осознано и сопряжено с желанием «действовать». Таким пациентам может быть показана консультация психолога (если имеется такая возможность). Вместе с тем, врач медицинской профилактики должен обладать базовыми навыками проведения мотивационных консультаций с профилактической целью повышения осознанного отношения к здоровью и оздоровлению пациентов с поведенческими факторами риска, к которым относятся и пищевые привычки (пищевое поведение). Именно в этой связи на первичном приеме следует обратить внимание на оценку желания пациента к снижению избыточной МТ, что устанавливается простым опросным методом. Если у пациента нет такого желания, то ему на первом этапе необходимо провести, по крайней мере, краткое консультирование, в котором важно дать информацию о необходимости контроля массы тела и поддержания ее на оптимальном уровне. На основании обследования уже на первичном приеме исключаются лица с абсолютными и относительными противопоказаниями. С этими пациентами (или их родственниками) проводится беседа и вручается санитарно-просветительный материал в виде памяток, листовок, брошюр, справочных материалов и др. Лица с нормальной МТ получают также краткий совет по здоровому питанию и контролю массы тела. Пациентам, выражающим желание снизить избыточную МТ, но имеющим ряд противопоказаний может быть предложена по возможности индивидуальная тактика.

Лица, практически здоровые, но с избыточной массой тела (ИМТ в пределах 25,0-29,9), не имеющие дополнительно других ФР (курение, дислипидемии, нарушенная толерантность к углеводам и др.) приглашаются для группового консультирования (школы здоровья) или им рекомендуется повторный визит, содержание консультирования на повторном визите аналогично теме занятия в Школе здоровья при избыточной МТ.

Лицам с ИМТ  $\geq 30,0$  с диагнозом ожирение и лицам с избыточной МТ (ИМТ 25,0-29,9), имеющие сопутствующие ФР, назначаются на повторные визиты, с ними проводится повторное поддерживающее консультирование и контроль массы тела.

Возможно назначение дополнительного (строго по показаниям) на фоне диетотерапии медикаментозного и/или хирургического лечения (приложение 5). При необходимости назначаются консультации других специалистов: эндокринолога, психотерапевта, рефлексотерапевта, врача ЛФК, хирурга и др. Всем пациентам рекомендуется самоконтроль МТ.

## Схема 1 - Алгоритм формирования целевых групп для коррекции избыточной массы тела (диагностика)



*Динамическое наблюдение* – проведение контроля и повторного консультирования (повторных посещений) с коррекцией рекомендаций при необходимости и включения комплексов дополнительных лечебно-профилактических мер (немедикаментозного и медикаментозного вмешательства). Динамический контроль на фоне немедикаментозные рекомендаций и самоконтроля МТ осуществляется 1 раз в 6 месяцев, на протяжении не менее 2-х лет. При назначении лекарственной терапии режим контрольных посещений врача определяется индивидуально и зависимости от характера лечения и индивидуального состояния, но не реже чем 1 раз в 1-3 месяца. Желательно ведения дневника питания (приложение 6А).

Рекомендуется в кабинете/отделении медицинской профилактики помимо типовой карты амбулаторного пациента вести журнал учета пациентов Школы здоровья (приложение 6Б).

### **2.3.2 Организация школ здоровья для пациентов с избыточной массой тела**

Основа *немедикаментозных методов* коррекции избыточной МТ и лечения ожирения является профилактическое консультирование в индивидуальной или групповой форме (школы здоровья по снижению избыточной МТ).

Организационная форма профилактического консультирования применима как в работе врача терапевта (общей практики), так и в структурах медицинской профилактики (кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья). Профилактическое консультирование по коррекции избыточной МТ следует проводить последовательно, причем на врачебных приемах в структурах медицинской профилактики консультирование проводится по расширенной схеме, с учетом организации школ здоровья; а на приеме врача-терапевта по схеме кратких или расширенных профилактических консультаций.

В методических рекомендациях акцент поставлен на организации группового профилактического консультирования (школ здоровья по снижению избыточной МТ). Методам коррекции избыточной МТ посвящены два последовательных врачебных консультативных приема (или занятий в школе здоровья, по 40 минут каждое), приложение 7.

*Показания и противопоказания.* Индивидуальное и групповое профилактическое консультирование по коррекции питания показано всем пациентам, желающим снизить избыточную МТ/ожирение (с ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) и не имеющим противопоказаний, перечисленный ниже. Пациентам с эндокринными формами ожирения лечение и консультирование по питанию проводится индивидуально, они направляются по показаниям к эндокринологу.

*Противопоказания:*

- нарушение когнитивных функций (возможно консультирование членов семьи)
- наличие острых заболеваний (относительное, на период острого заболевания)
- наличие хронических заболеваний в стадии обострения и/или декомпенсации (относительное, на период обострения).

*Материально-техническое оснащение и оборудование, необходимое для организации и проведения группового профилактического консультирования по коррекции избыточной МТ/ожирения*

- *оборудование*: тонометры (несколько приборов), глюкометры (желательно), весы, сантиметровые ленты, ростомер, биоимпедансметр (желательно)
- набор для оказания первой помощи
- *наглядные материалы и материалы для распространения*: плакаты, буклеты, памятки, брошюры, видеоматериалы, канцелярские товары
- *методический материал для врача* - модуль профилактического консультирования: избыточная масса тела и ожирение (приложения 1,2,4,5)
- *регистрационно-учетные формы*: вопросник по питанию (приложение 3), дневник питания (приложение 6А), журнал учета (приложение 6Б)
- Структура построения занятий группового консультирования (Школ здоровья) пациентов с избыточной МТ/ожирением приведена в приложении 7.
- *список рекомендуемой дополнительной литературы* (приложение 8)

*Цель коррекции избыточной МТ* – во всех случаях необходимо добиваться снижения массы тела на 5-10-15% от исходных величин на протяжении 3-6 месяцев, а в дальнейшем добиваться стабилизации МТ поддерживающей терапией (консультированием). При потере в весе 5% результат может считаться удовлетворительным, 5-10% – хорошим, более 10% – отличным.

Важно всем пациентам объяснять, что контроль избыточной МТ и нормализация пищевого поведения – это не «курсы лечения», а новый образ жизни, повседневное более здоровое пищевое поведение. Только при таком отношении пациента к своему здоровью, своему образу жизни можно ожидать стойкого эффекта в контроле избыточной МТ. Врач медицинской профилактики, лечащий врач оказывает поддержку, дает повторные разъяснения, но самое главное «действие» - это отношение, воля, умения и здоровые поведенческие навыки самого пациента.

### **3 Эффективность медицинской немедикаментозной помощи пациентам с избыточной массой тела**

Оценка эффективности немедикаментозной коррекции избыточной МТ на основе метода профилактического группового и поддерживающего индивидуального профилактического (диетологического) консультирования проведена в ходе апробации метода в двух организационных моделях: в условиях поликлиники (п.3.1) и в организованном коллективе на рабочем месте (п.3.2) [17, 21].

### **3.1 Эффективность коррекции избыточной массы тела в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения**

Оценка эффективности коррекции избыточной МТ в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения проведена на примере больных, имевших сочетание избыточной МТ с АГ I и II степени. Средний возраст пациентов составил  $54,3 \pm 8,2$  года, средняя величина индекса МТ –  $30,0 \pm 5,7$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ у мужчин  $101,9 \pm 9,8$  см, у женщин –  $95,7 \pm 13,9$  см, ожирение имели 38,2%, АО – 64,7%, ГХС выявлена у 91,2% (у 61,8% легкая ГХС, у 14,7% – умеренная ГХС, у 14,7% – выраженная ГХС). Это в целом подтверждает известный факт, что пациенты с избыточной массой тела являются в популяции группой высокого риска заболеваний и осложнений, т.к. имеют частое сочетание с множественными факторами риска НИЗ, особенно ССЗ. Среди пациентов с избыточной массой тела была выявлена высокая частота алиментарных нарушений в пищевых привычках (пищевом поведении) – у 76,5% -чрезмерное потребление простых углеводов, у 59-62% - повышенное потребление жира и холестерина и др. Алиментарные нарушения сопровождала низкая информированность об алиментарно-зависимых факторах риска НИЗ и принципах здорового питания.

Было проведено групповое профилактическое диетологическое консультирование в «Школе здоровья» (2 адаптированных диетологических групповых занятия). Внимание уделялось вопросам повышения информированности пациентов, готовности изменить (оздоровить) пищевое поведение. На первом занятии пациенты получали базовую информацию и обучались методам самоконтроля, анализа собственных поведенческих привычек, сопряженных с формированием алиментарно-зависимых и негативно влияющих на здоровье факторов. Второе занятие было посвящено детальному анализу и обучению принципам питания при избыточной массе тела, составлению диет, формированию и проведению разгрузочных дней, давались ключевые советы по оптимизации физической активности и самоконтролю. При необходимости проводились повторные индивидуальные консультации и поддерживающие рекомендации и пр.

Профилактическое консультирование пациентов с избыточной МТ и последующее поддерживающее индивидуальное консультирование (немедикаментозное профилактическое вмешательство) врачами в ходе амбулаторной практики позволило стойко повысить по сравнению с

исходным уровнем информированность пациентов о взаимосвязи поведенческих привычек и факторов риска, в частности, связи между пищевым поведением и избыточной массой тела (при контроле через 1 год, через 4 года).

Известно, что эффективность профилактических мероприятий, в частности, методов консультирования, не может оцениваться только по уровню информированности. Важнейшим и целевым индикатором является формирование у пациентов умений и практических навыков по поддержанию здоровых привычек питания, соблюдение основ здорового и при необходимости диетического питания, как нового образа жизни и пищевого поведения.

Проведение систематической консультивной профилактической работы с пациентами позволило повысить приверженность пациентов более здоровым навыкам по коррекции алиментарно-зависимых ФР: через год 91,2% пациентов контролировали и ограничивали потребление соли, животного жира, 14,7% смогли снизить калорийность суточного рациона, четверть пациентов уменьшила потребление простых сахаров, каждый пятый пациент увеличил потребление овощей и фруктов, что в целом отразилось на динамике структуры питания: отмечена тенденция к сбалансированности рациона. В результате через 1 год выявлена положительная динамика в частоте встречаемости и уровне алиментарно-зависимых факторов риска и, в первую очередь, избыточной массы тела, как основного объекта профилактического вмешательства методом группового диетологического консультирования (школы здоровья).

У большинства пациентов (76,7%), имевших исходно избыточную МТ и ожирение, МТ снизилась (в среднем на 1,8 кг). На этом фоне у пациентов с АГ I-II степени достоверно снизилось артериальное давление (с 149,0/92,5 мм рт.ст до 136,4/85,9 мм рт.ст.), а у половины отмечено стойкое достижение целевых уровней АД. Наиболее выраженная положительная динамика уровней АД при сходной сопутствующей терапии отмечена именно у тех пациентов, которые достигли стойкого снижения избыточной массы тела (АД снизилось в среднем на 8-10% от исходного) по сравнению с пациентами без стойкого снижения избыточной МТ (АД снизилось на 3-4 %). Только оздоровление пищевых привычек с акцентом на алиментарные факторы риска ССЗ (без назначения гиполипидемической терапии) при контрольном измерении уровней через 1 год позволило получить снижение общего ХС у 50% пациентов. Однако среднее значение уровня общего ХС снизилось незначительно и не достигло целевого уровня, что требует более целенаправленного лечения и контроля этого показателя у данной категории пациентов для снижения суммарного риска ССЗ.

### **3.2 Эффективность метода коррекции избыточной массы тела в организованном коллективе**

Организованные коллективы считаются большинством специалистов рациональной организационной моделью профилактики факторов риска поведенческой природы. Аргументами для такого утверждения является общность поведенческих привычек в коллективе работающих (курение, питание, досуг и пр.), что может способствовать как формированию общей приверженности соблюдению принципов здорового образа жизни, так и наоборот, формированию нездоровых привычек, устойчивых и поддерживаемых общим мнением и отношением членов одного коллектива. Кроме того, как правило, контингент работающих - это лица трудоспособного возраста, которые редко обращаются в учреждения ПМСП с профилактическими целями, чему также способствует длительный латентный период доклинического течения большинства хронических НИЗ, что, вместе взятое, приводит к поздним обращениям за своевременной медицинской, в т.ч. и профилактической помощью. Предоставление профилактической помощи (профилактического консультирования) на рабочем месте оптимизирует ресурс такой помощи, способствует формированию социальной поддержки оздоровления поведенческих факторов риска, что в целом повышает целенаправленность и эффективность профилактики, что неоднократно доказано в научной литературе.

В настоящих рекомендациях апробация и оценка эффективности коррекции избыточной массы тела в условиях организованного коллектива, на рабочем месте проведена в коллективе педагогов общеобразовательных учреждений на примере лиц с избыточной МТ, имевших сочетание с АГ и без АГ. Средний возраст составил  $47,1 \pm 0,9$  лет., средняя величина ИМТ была прямо связана с возрастом и увеличивалась с  $23,1 \text{ кг/м}^2$  у лиц в возрасте моложе 40 лет до  $29,1 \text{ кг/м}^2$  в возрасте 60 лет и старше. Из числа педагогов с избыточной МТ, умеренное повышение МТ (до  $29,9 \text{ кг/м}^2$ ) имели 54,1%, у 45,9% имелось ожирение, в т.ч. 5,4% – ожирение 3 степени. АО было выявлено у большинства лиц с ожирением, причем с ожирением 3 степени у всех обследованных. У 62,1% педагогов была выявлена ГХС.

Среди обследованных педагогов с избыточной МТ выявлена высокая частота алиментарных нарушений в пищевых привычках (пищевом поведении) – у 71,2% чрезмерное потребление простых углеводов, у 51,1% избыточное потребление жира, у 25,6% – холестерина и др., соблюдение принципов здорового питания отмечено лишь у 11,5%, что свидетельствует об актуальности профилактического консультирования по вопросам оздоровления питания.

В данной организационной модели помимо оценки показателей здоровья и последующего профилактического медицинского вмешательства по коррекции выявленных факторов риска была изучена потребность в получении профилактической консультативной помощи при организации такого консультирования (в том числе и школ здоровья)

непосредственно на рабочем месте. Результаты показали, что 86,8% лиц выразили интерес к групповым занятиям с врачами, а желание снизить избыточную МТ высказали 76,9%. Основным мотивом для снижения избыточного веса (у 92,9% лиц с избыточной МТ) было желание эстетического характера («лучше выглядеть»), только 7,1% хотели снизить вес, чтобы улучшить здоровье, что косвенно отражает недостаток знаний о негативном влиянии на здоровья избыточной МТ даже среди педагогов.

В избранном организованном коллективе было проведено групповое профилактическое диетологическое консультирование в «Школе здоровья» на рабочем месте в форме 2-х адаптированных диетологических групповых занятий, аналогичных организационной модели в поликлинике (п. 3.1), в последующем в течение 1 года при необходимости проводились повторные индивидуальные врачебные консультации и поддерживающие рекомендации.

Среди лиц с АГ помимо профилактического консультирования по алиментарно-зависимым ФР, проводилось и контролируемое медикаментозное лечение, что комплексно позволило через года у 63,6% достичь стойких целевых уровней АД. Проведение консультативной профилактической работы по коррекции избыточной МТ с акцентом на поведенческие ФР на рабочем месте, т.е. в рабочей среде, где имеется важнейший фактор формирования этих поведенческих ФР (привычек, в т.ч. и нездоровых), позволило увеличить приверженность более здоровому пищевому поведению. Через год достоверно увеличилась доля педагогов, соблюдающих принципы здорового питания и ограничения, рекомендуемые для контроля массы тела. Наиболее выраженные положительные изменения алиментарных привычек отмечены у лиц, которые помимо получения группового консультирования получали индивидуальные врачебные рекомендации по питанию, особенно при сочетании с АГ. Профилактическое вмешательство на рабочем месте по коррекции питания оказалось эффективным, как мера первичной профилактики ССЗ. Среди лиц без клинических проявлений ССЗ доля лиц с высоким риском снизилась с 41,6 до 16,6%, что важно для прогноза развития новых случаев заболевания. Комплекс мер профилактического консультирования и контроля АГ на рабочем месте позволил снизить долю лиц с высоким риском среди педагогов с АГ на рабочем месте – с 61,4 до 42%, что свидетельствует и о результативности мер вторичной профилактики АГ на рабочем месте.

Таким образом, профилактическое диетологическое консультирование (групповое и поддерживающее индивидуальное) у лиц с избыточной МТ/ожирением, проведенное как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и на рабочем месте, позволило сформировать более здоровое пищевое поведение, которое, в свою очередь, привело к снижению уровней и частоты множественных алиментарно-зависимых ФР: избыточной массы тела, АГ и частично ГХС.

Показана реалистичность и результативность коррекции нездоровых поведенческих ФР, как меры первичной профилактики ССЗ в организованных коллективах. Установлено, что снижение избыточной МТ отражается на уровне сопутствующих алиментарно-зависимых ФР, а, следовательно, и на прогнозе, чем обосновывается и подтверждается важность применения профилактического консультирования пациентов с избыточной МТ как в рамках ПМСП, так и на рабочем месте и необходимость повышения роли и значения структур медицинской профилактики,.

## Список использованной литературы

1. Шальнова С.А., Деев А.Д. Масса тела у мужчин и женщин (результаты обследования российской, национальной, представительной выборки населения). Кардиоваск терапия и профил 2008; 7;6: 60-64.
2. Константинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.А. и др. Распространенность избыточной массы тела и ее связь со смертностью от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди мужского населения в городах разных регионов. Кардиология 2002; 10: 45-49.
3. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения РФ РМЖ 2006; 4(60): 45-50.
4. Tremblay AJ, Despres JP, Pich ME, et al. Associations between the fatty acid content of triglyceride visceral adipose tissue accumulation, and components of the insulin resistance syndrome. Metabolism 2004; 53: 310-17.
5. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. Circulation 1983; 67:968-977.
6. Hajjar IM, Grim C, George V, et al. Impact of diet on blood pressure and age-related changes in blood pressure in the US population. Analysis of NHANES III. Arch Intern Med. 2001; 161: 589-593.
7. Перова Н.В., Метельская В.А. Ожирение ведет к атеросклерозу. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2004; 1: 40-45.
8. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром. М; Media Medica: 2004; 168) .
9. Бритов А.Н., Молчанова О.В., Быстрова О.В. и др. Взаимосвязь уровня лептина с гемодинамическими показателями и постпрандиальной гликемией у пациентов с ожирением и артериальной гипертонией. Кардиоваск тер проф 2004; 3ч.11:27-30).
10. Noakes M, Keogh JB, Foster PR, et al. Effect of an energy-restricted, high-protein, low-fat diet relative to a conventional high-carbohydrate, low-fat diet on weight loss, body composition, nutritional status, and markers of cardiovascular health in obese women. Am J Clinical Nutrition 2005; 81(6): 1298-1306.
11. Pelkman CL, Fishell VK, Maddox DH, et al. Effects of moderated-fat (from monounsaturated fat) and low-fat weight-loss diets on the serum lipid profile in overweight and obese men on women. Am J Clinical Nutrition 2004; 79 (2): 204-212.

12. Poppitt SD, Keogh GF, Prentice AM, et al. Long-term effects of ad libitum low-fat, high-carbohydrate diets on body weight and serum lipids in overweight subjects with metabolic syndrome. *Am J Clinical Nutrition* 2002; 75(1): 11-20.
13. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of evidence for U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 933-949.
14. Lefevre M, Champagne C, Tulley RT, et al. Individual variability in cardiovascular disease risk factor responses to low fat and low saturated-fat diets in men body: mass index, adiposity, and insulin resistance predict changes in LDL cholesterol. *Am J Clin Nutr* 2005; 82 (5): 957-963.
15. Luscombe-Marsh ND, Noakes M, Wittert GA, et al. Carbohydrate-restricted diets high in either monounsaturated fat or protein are equally effective at promoting fat loss and improving blood lipids. *Am J Clinical Nutrition* 2006; 83(2): 260-274.
16. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, et al. F Randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity. *N Engl J Med* 2003; 348: 2082-2090.
17. Измайлова О.В. Разработка технологии коррекции алиментарно-зависимых факторов риска АГ в первичном звене здравоохранения. Дисс к.м. н., М. 2008.
18. Калинина А.М., Концеая А.В., Поздняков Ю.М. и др. Реализация программного цикла профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на рабочем месте: клиническая эффективность. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2010; 3: 90-98.
19. Burke V, Beilin LJ, Cut HE, et al. Effects of a lifestyle programme on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: a randomized controlled trial. *J Hypertens* 2005; 23(6): 1241-1249.
20. Korhonen M, Kastarinen M, Uusitupa M, et al. The effect of intensified diet counseling on the diet of hypertensive subjects in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *Prev Med* 2003; 36: 8-16.
21. Еганян Р.А., Калинина А.М., Измайлова О.В. Динамика информированности и отношение к здоровью лиц с мягкой и умеренной АГ. *Профилактическая медицина* 2009; 6: 30-34.
22. Diet, Nutrition and chronic diseases prevention. Expert joint conference`s report. WHO/FAO. World Health Organization report, Geneva 2003 Russian (Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний. Доклад Совместного совещания экспертов ВОЗ/ФАО. Всемирная организация здравоохранения, Женева 2003).
23. National clinic recommendation М.; 2009. Национальные клинические рекомендации. М.; 2009.

**Классификация массы тела (величина индекса Кетле) и риск сердечно-сосудистых заболеваний**

Рост (см)	По													
	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	00	
125	3,8	9,5	5,6	2,0	8,8	5,9	3,3	0,8	8,6	6,5	4,6	2,9	1,3	
120	1,2	7,1	3,3	9,9	6,9	4,1	1,5	9,2	7,0	5,1	3,2	1,6	0,0	
115	8,7	4,7	1,1	7,9	4,9	2,2	9,8	7,6	5,5	3,6	1,9	0,2	8,8	
110	6,1	2,3	8,9	5,8	3,0	0,4	8,1	5,9	4,0	2,1	0,5	8,9	7,5	
105	3,6	9,9	6,7	3,7	1,0	8,6	6,3	4,3	2,4	0,7	9,1	7,6	6,3	
100	1,0	7,6	4,4	1,6	9,1	6,7	4,6	2,7	0,9	9,2	7,7	6,3	5,0	
95	8,5	5,2	2,2	9,5	7,1	4,9	2,9	1,0	9,3	7,8	6,3	5,0	3,8	
90	5,9	2,8	0,0	7,5	5,2	3,1	1,1	9,4	7,8	6,3	4,9	3,7	2,5	
85	3,4	0,4	7,8	5,4	3,2	1,2	9,4	7,8	6,2	4,8	3,5	2,4	1,3	
80	0,8	8,0	5,6	3,3	1,3	9,4	7,7	6,1	4,7	3,4	2,2	1,0	0,0	
75	8,3	5,7	3,3	1,2	9,3	7,5	6,0	4,5	3,1	1,9	0,8	9,7	8,8	

70	5,7	3,3	1,1	9,1	7,3	5,7	4,2	2,9	1,6	0,5	9,4	8,4	7,5
65	3,2	0,9	8,9	7,1	5,4	3,9	2,5	1,2	0,1	9,0	8,0	7,1	6,3
60	0,6	8,5	6,7	5,0	3,4	2,0	0,8	9,6	8,5	7,5	6,6	5,8	5,0
55	8,1	6,2	4,4	2,9	1,5	0,2	9,0	8,0	7,0	6,1	5,2	4,5	3,8
50	5,5	3,8	2,2	0,8	9,5	8,4	7,3	6,3	5,4	4,6	3,9	3,1	2,5
45	3,0	1,4	0,0	8,7	7,6	6,5	5,6	4,7	3,9	3,1	2,5	1,8	1,3
40	0,4	9,0	7,8	6,6	5,6	4,7	3,8	3,1	2,3	1,7	1,1	0,5	0,0

ИМТ		Масса тела		Риск ССЗ	
<18,5	Дефицит массы тела	Низкий риск			
18,5 - 24,9	Нормальная масса тела	среднепопуляционный			
25,0 - 29,9	Избыточная масса тела	Повышенный			
30,0 - 34,9	Ожирение 1 ст.	Высокий			
35,0 - 39,9	Ожирение 2 ст.	Очень высокий			
≥ 40	Ожирение 3 ст.	Чрезвычайно высокий			

**Алгоритм обследования при выявленной избыточной массе тела/ожирении**

Известно, что ожирение часто сопровождается развитием ССЗ (артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца), других хронических НИЗ (сахарного диабета 2 типа, некоторых бронхо-легочных, онкологических заболеваний, заболеваний органов пищеварения, желчнокаменной болезни, стеатоза печени и других состояний, влияющих на прогноз осложнений (дислипидемии, синдрома апноэ во сне, мочекаменной болезни, деформирующего остеоартроза, артритов, остеохондрозов, хронической венозной недостаточности нижних конечностей, поликистоза яичников, репродуктивной дисфункции, частых осложнений после родов и оперативных вмешательств, патологии беременности и др.).

Как правило, вероятность развития этих заболеваний возрастает по мере увеличения массы тела и при избыточном отложении жира в абдоминально-висцеральной области. При этом, если для абдоминального ожирения характерны осложнения в виде сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений, для глутео-фemorальной формы - в виде обменно-дистрофических поражений суставов и позвоночника и патологии вен.

Обследование необходимо начинать с антропометрического исследования, оценки результатов и общетерапевтического обследования, затем приступать более тщательному сбору анамнеза (диетанамнеза) и определения готовности больного к восприятию рекомендаций. После этого можно приступать поэтапно к лабораторным и функциональным исследованиям по показаниям (схема).

Антропометрическое исследование: измерение роста, веса; Определение индекса массы тела, измерение окружности талии					
Диетанамнез	Анамнез, опрос о готовности снизить изб. МТ	Общетерапевтическое обследование	АД ЭКГ	Холестерин ТГ Глюкоза натоцак в сыворотке крови	

<p>Определяются нарушения пищевого поведения, выявляются сопутствующие ФР, наличие НИЗ (или подозрение на их наличие):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при отсутствии у пациента готовности к снижению избыточной МТ – совет и рекомендация контроля МТ</li> <li>- при наличии готовности - включение в программу снижения избыточной массы тела</li> </ul>			<p>При выявленных нарушениях и отклонениях показано углубленное обследование и консультации специалистов</p>		
Индивидуальный подход к назначению диеты	Дневник питания	Назначения с учетом сопут. заболеваний	Консультации специалистов	ЭКГ, ВЭМ, СМАД, УЗИ рентген, КТ, МРТ, и др.	Липидный спектр ГТГ, Гормоны по показаниям и др.

*Дополнительное обследование* пациента с избыточной МТ необходимо для уточнения сопутствующих заболеваний и факторов риска, а также для выяснения противопоказаний к лечению и выбора тактики. На первом этапе обследование помимо антропометрии включает измерение АД, снятие ЭКГ-покоя, определение уровней холестерина, триглицеридов, глюкозы в сыворотке крови натощак.

*Рекомендации по назначению углубленного обследования:*

- При уровне общего ХС 5 и более ммоль/л – определить весь спектр липидов: ХСЛПН, ХСЛВП, ХС ЛОНП, ТГ.
- При уровне АД - 140/90 мм рт.ст. и выше – повторные измерения АД, по показаниям суточное мониторирование.
- При высоком уровне глюкозы крови - ГТТ (0-120 мин.), по показаниям – определение уровня инсулина.
- Консультации специалистов (эндокринолог, кардиолог, невролог и др) по показаниям.

По показаниям могут быть назначены другие *дополнительные методы* обследования:

- Исследование гормонов: тиреотропного гормона (ТТГ), гормонов щитовидной железы Т3 и Т4, фолликулостимулирующего (ФСГ), АКТГ, пролактин, кортизол и др.
- Определение активности ряда ферментов: аминотрансферазы, гамма-глутамил трансферазы, щелочной фосфатазы и др.
- УЗИ внутренних органов.
- Рентген черепа, денситометрия, КТ и МРТ и др.

### Рекомендации по сбору диетanamнеза

Во время консультации оценка характера питания может иметь множество важных функций, так как дает консультанту и пациенту наглядное представление о пищевых привычках, соблюдаемой диете, позволяет оценить базовую (исходную) ситуацию, на основании которой разрабатывается тактика и максимально индивидуальный план дальнейших действий. Диетanamнез помогает установить реальные приоритеты пациента в коррекции питания и определить характер вмешательства. Кроме того, опрос врача по проблемам питания способствует формированию чувства сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом

*Оценка характера питания* помогает врачу оценить повседневные привычки питания пациента: какие продукты он предпочитает, за сколько часов перед сном пациент принимает пищу, сколько употребляет сахара, молочные продукты какой жирности предпочитает при покупке и др. Для практических целей могут быть рекомендованы унифицированные вопросники, применимые в том числе и для самостоятельного заполнения <sup>1</sup>.

1. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?		3-4 раза	<input type="checkbox"/> 0
		2-3 раза	<input type="checkbox"/> 1
		Один раз	<input type="checkbox"/> 2
		5 раз и более	<input type="checkbox"/> 3
2. За сколько часов до сна принимаете пищу?		Не ужинаю	<input type="checkbox"/> 0
		Более, чем 2 часа	<input type="checkbox"/> 1
		2 часа и менее	<input type="checkbox"/> 2
3. Сколько кусков (чайных ложек) сахара Вы обычно потребляете за день с чаем или кофе?			
0 кусков	<input type="checkbox"/> 0	6-9 кусков	<input type="checkbox"/> 2
1-5 кусков	<input type="checkbox"/> 1	10 кусков и более	<input type="checkbox"/> 3
4. Как часто Вы пьете компоты и сладкие газированные напитки (фанту, пепси-колу и др.)?			
Никогда	<input type="checkbox"/> 0	4-6 раз в неделю	<input type="checkbox"/> 3
1 раз в неделю и реже	<input type="checkbox"/> 1	Несколько раз в день	<input type="checkbox"/> 4
2-3 раза в неделю	<input type="checkbox"/> 2		
5. Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную пищу?			
	Нет, никогда	<input type="checkbox"/> 0	
	Да, иногда	<input type="checkbox"/> 1	

<sup>1</sup> Химический состав российских пищевых продуктов. - Альбом. Под ред. Скурихина И.М., Тутельяна В.А., Москва, 2002год. Вопросник разработан к.м.н. Р.А. Еганян

	Да, обычно	<input type="checkbox"/> 2	
6. На каком жире у Вас дома обычно жарят пищу?			
Не жарю	<input type="checkbox"/> 0	Животный жир (говяжий бараний)	
Растительное масло	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 4
Маргарин	<input type="checkbox"/> 2	На всех жирах	<input type="checkbox"/> 5
Сливочное масло	<input type="checkbox"/> 3		
7. Как часто Вы едите овощи и фрукты?			
Несколько раз в день	<input type="checkbox"/> 0	1 раз в нед. и реже	<input type="checkbox"/> 3
4-6 раз в неделю	<input type="checkbox"/> 1	Никогда	<input type="checkbox"/> 4
2-3 раза в неделю	<input type="checkbox"/> 2		
8. Чем вы дома преимущественно заправляете салаты?			
Ничем	<input type="checkbox"/> 0	Майонез	<input type="checkbox"/> 3
Растительное масло	<input type="checkbox"/> 1	Всем	<input type="checkbox"/> 4
Сметана	<input type="checkbox"/> 2		
9. Сколько яиц Вы обычно съедаете в неделю, включая яйца, используемые для приготовления пищи?			
	До 3	<input type="checkbox"/> 0	
	3-4	<input type="checkbox"/> 1	
	5 и более	<input type="checkbox"/> 2	

Нарушения рационального питания (*оценка результата* по сумме баллов в перечисленных вопросах):

0-5 – нарушения отсутствуют (отлично)

6-10 – незначительные нарушения (хорошо)

11-13 – умеренные, отдельные нарушения (удовлетворительно)

14 баллов и более – выраженные нарушения (плохо)

При сумме баллов более 10 желательна консультация врача-диетолога

Для оценки привычек питания могут применяться также вопросники для заполнения врачом (интервьюером). Для оценки результатов опроса в правом столбце указаны *оптимальные* (рекомендуемые) показатели.

*Оценка диетanamнеза (краткий вариант, заполняется врачом, медицинским работником)<sup>2</sup>*

Вопросы	ответ	Оптимально (рекомендуется)
1. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?	г	3-4
2. За сколько часов до сна Вы принимаете пищу?		За 2 часа и более
3. Сколько кусков (чайных ложек) сахара,		6 и менее

<sup>2</sup>Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний. Серия тех. докладов ВОЗ, № 916, Женева, 2003, 186с. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Журнал Кардиоваскулярная терапия и профилактики. 2011, 6. Приложение 2.

варенья джема и др. Вы обычно потребляете за день с чаем или кофе?		
4. Как часто Вы пьете компоты и сладкие газированные напитки (фанту, пепси-колу и др.)?		Не употребляет
5. Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную в общепите пищу?		Нет
6. На каком жире у Вас дома обычно жарят пищу?		Не жарят
7. Как часто Вы едите овощи?		Ежедневно и чаще
8. Как часто Вы едите фрукты?		Ежедневно и чаще
9. Чем вы дома преимущественно заправляете салаты?		Растительным маслом
10. Сколько яиц Вы обычно съедаете в неделю, включая яйца, используемые для приготовления пищи?		3 и менее

## Содержание профилактического консультирования при избыточной массе тела и ожирении.

*Диетологическое консультирование* занимает главное место в лечении ожирения. Только постепенное, длительное изменение характера питания, формирование более здоровых привычек, а не временное ограничение употребления определенных продуктов может привести к успешному снижению веса.

### Основные 6 принципов диетического питания –

(1) *Необходимое энергетическое равновесие* рациона питания: уменьшение энергопоступления и /или увеличение энергозатрат. Для снижения избыточной массы тела/уменьшения ожирения необходимо потреблять пищу меньшей калорийности, чем до вступления в индивидуальную программу снижения избыточной массы тела.

*Уменьшать калорийность рациона* рекомендуется за счет уменьшения содержания углеводов (особенно рафинированных – сахар, мука и изделия с их содержанием) и жиров (преимущественно животного происхождения) при достаточном поступлении белков, как животного, так и растительного происхождения, витаминов, микроэлементов и пищевых волокон (последних до 30-40 г/сут).

(2) *Сбалансированность (полноценность) по нутриентному составу* (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэлементы). Для нормальной жизнедеятельности организма основные пищевые вещества должны содержаться в рационе в соответствующих пропорциях: белок – 15-25% от общей калорийности (75-95 г), жир – до 20 - 30% от общей калорийности (60-80 г), углеводы - 45-60% от общей калорийности с ограничением и даже полным исключением простых сахаров (0-5%).

*Белки.* Из продуктов, богатых белками, предпочтительны: нежирные сорта мяса, рыбы и сыра; белое мясо птицы; нежирные молочные продукты; бобовые, грибы. Для полноценного белкового питания достаточно 2-х порций (по 100-120 г в готовом виде) мяса, рыбы или птицы и 1 порции молочного блюда (100 г творога или 150-200 мл молочного напитка пониженной жирности без сахара) в день. Суточную потребность в растительных белках обеспечат 100 г зернового хлеба и 100-200 г крахмалистого блюда (бобовые, картофель, каша или макаронные изделия).

*Жиры.* Жир является наиболее калорийным компонентом пищи, который способствует перееданию, поскольку придает пище приятный вкус и вызывает слабое чувство насыщения. При чрезмерном употреблении жирной пищи организм перегружается калориями. Уменьшение доли жиров животного происхождения – *исключение из рациона жирных сортов свинины, баранины, птицы (гуси, утки) мясопродуктов (колбасы, паштеты), жирных молочных продуктов (сливки, сметана и пр.)*. Жирность куриного мяса можно уменьшить почти в 2 раза, сняв с неё кожу перед

приготовлением. Уменьшить потребление жиров животного происхождения можно потреблением обезжиренных и низкожирных сортов молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Избыток жиров растительного происхождения влияет на энергоценность пищи. Они входят в состав майонеза, чипсов, семечек, орехов, изделий из шоколада, многих кондитерских изделий и продуктов, приготовленных во фритюре. Потребление этих продуктов следует ограничить или исключить.

*Углеводы.* Основу питания должны составлять трудноусвояемые углеводы (крупы, овощи, бобовые, фрукты, ягоды, хлеб грубого помола и др.). Не рекомендуются (или исключаются) продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие напитки и др. Из источников углеводов предпочтение следует отдавать растительным продуктам – цельнозерновым, овощам, фруктам и ягодам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна.

(3) *Ограничение/исключение потребления алкоголя*, особенно при наличии ССЗ (АГ, ИБС, ЦВБ).

(4) *Соблюдение водно-солевого режима.* Рекомендуется ограничение поваренной соли до 5 г/сутки (1 чайная ложка без верха), исключив приправы, экстрактивные вещества, алкоголь.

(5) *Технология приготовления пищи.* Рекомендуется скорректировать технологию приготовления блюд для ограничения поступления жиров (предпочтение надо отдавать отвариванию, припусканию, тушению в собственном соку, обжариванию в специальной посуде без добавления жиров, сахара, соли, приготовлению на пару, в духовке, в фольге или пергаменте, на гриле, без дополнительного использования жиров). Не следует злоупотреблять растительными маслами, майонезом при приготовлении салатов (калорийность растительного масла несколько выше, чем сливочного).

(6) *Режим питания.* Рекомендуется 3 основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) и 1-2 перекуса в день. Ужин рекомендуется не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Оптимальный интервал между ужином и завтраком – 10 часов.

*Физическая активность.* Простым, доступным и эффективным видом физической нагрузки является ходьба 30-40 мин в день, 4-5 раза в неделю и главное - регулярно. Полезны занятия плаванием, танцами, подвижными играми и др.

При наличии (или подозрении на наличие) заболеваний сердца, сахарного диабета, артериальной гипертензии, заболеваниях опорно-двигательного аппарата (суставы, позвоночник и др.) или других заболеваниях пациент должен быть обследован для определения индивидуального уровня физических нагрузок, зоны безопасного пульса для контроля физических нагрузок и пр. (тестирование на фоне нагрузок – тредмил, велоэргометрия и др.), что проводится специалистами функциональной диагностики.

Любые рекомендации по повышению интенсивности ФА как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме, тренировок и оздоровительных занятий требуют *обязательного обследования у лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально и с 35-летнем возрасте)* даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

## Методы лечения ожирения (краткий обзор и рекомендации)

Эксперты ВОЗ (1997, 2003) определили перечень временных, абсолютных и возможных, относительных противопоказаний для проведения лечения ожирения.

*Временные (абсолютные) противопоказания для проведения лечения ожирения:* беременность; лактация; некомпенсированные психические заболевания; некомпенсированные соматические заболевания. В случае, если психические и соматические заболевания эффективно компенсируются, можно вернуться к лечению ожирения после проведения повторного соответствующего обследования.

*Возможные (относительные) противопоказания:* желчнокаменная болезнь; панкреатит; остеопороз. Вопрос *относительных противопоказаний* может быть решен индивидуально, исходя из соотношения пользы/вред для пациента. Можно лечить в случае хронических панкреатитов, остеопороза и желчнокаменной болезни, но при соответствующих коррекциях в диете.

Так, при *остеопорозе* рекомендуется увеличить назначение низкожировых молочных продуктов, содержащих кальций и рекомендовать рыбий жир (жирную рыбу), содержащий витамин Д, регулирующий кальциево-фосфорный обмен.

При *желчнокаменной болезни* рекомендуется избегать желчегонных продуктов (растительное масло) и растительных травяных сборов. Питание должно быть частым и дробным для предотвращения застоев в желчном пузыре, способствующих выпадению конкрементов.

При *остром панкреатите* – назначается 3-х дневный голод, а при хроническом – больше низкожировых высокобелковых животных продуктов – мяса, рыбы, творога. В данном случае патогенетически совпадают принципы лечебного питания при ожирении и хроническом панкреатите – в виде назначения повышенного потребления полноценного животного белка, высокобелковых диет. Бульоны, острые, копченые, консервированные и жареные блюда, как и при других желудочно-кишечных заболеваниях, исключаются.

*Прибавку массы тела могут усиливать психогенные нарушения:* нервная булимия; депрессия; повторяющиеся эпизоды резкого переедания; синдром ночной еды; сезонные аффективные расстройства. Эти состояния могут быть для больного трудно преодолимыми препятствиями к соблюдению режима лечения. Для выявления каждого из названных выше нарушений существуют специальные методы диагностики с использованием вопросников. Однако они для применения в повседневной клинической практике достаточно трудоемки. Если же выясняется, что

пациент имеет выраженные нарушения пищевого поведения (приступы компульсивного приема пищи в короткие отрезки времени, отсутствие чувства насыщаемости, приемы больших количеств пищи без чувства голода, в состоянии эмоционального дискомфорта, нарушение сна с ночными приемами пищи в сочетании с утренней анорексией и т. д.), то рекомендуется консультация психоневролога или психотерапевта.

При подозрении на *вторичное, эндокринное ожирение* (синдром Иценко-Кушинга, гипотиреоз и др.) необходима консультация эндокринолога; при высоких степенях ожирения и сопутствующихотягощающих заболеваниях – консультация хирурга.

*Целью лечения ожирения* является умеренное снижение массы тела с обязательным уменьшением риска развития сопутствующих ожирению заболеваний, стабилизация массы тела, адекватный контроль сопутствующих ожирению нарушений, улучшение качества и продолжительности жизни больных.

Во всех случаях необходимо добиваться снижения массы тела на 5-10-15% от исходных величин (в зависимости от индекса массы тела) на протяжении 3-6 месяцев, а в дальнейшем добиваться стабилизации массы тела поддерживающей терапией. Повторные курсы лечения можно проводить через пол года, 1раз в 1-2 года с постепенным поэтапным или плавным медленным снижением массы тела, пролонгировано, пожизненно.

При потере в весе 5 % после первого курса результат считается удовлетворительным, 5-10% – хорошим, более 10% – отличным.

*На уровне общественного здравоохранения по рекомендациям ВОЗ(2003) предполагают необходимость создания среды, поддерживающей здоровый выбор продуктов и активный образ жизни.*

### 5.1 Диетотерапия ожирения (ключевые рекомендации):

*Основной метод лечения ожирения* – диетический, а основной принцип диетотерапии – редуция калорийности. Необходим строгий контроль соотношения между энергетической ценностью пищи и энергозатратами. Употребляя термин “переедание”, мы подразумеваем не “обжорство”, а лишь относительное, но систематическое переедание (постоянное превышение суточной калорийности пищи над энергозатратами на 200 ккал в день увеличивает количество резервного жира приблизительно на 20-25 г в день, что за год составит 3,6-7,2 лишних кг). Можно прогнозировать и рассчитать потери массы тела: например, если при суточных энергозатратах в 2200 ккал, человек получает ежесуточно 1800 ккал, то дефицит энергии составляет 400 ккал. Зная, что при расщеплении 1 г жировой ткани расходуется 8 ккал, легко подсчитать, что для сохранения суточного энергетического баланса организма и покрытия дефицита необходимо расщепление 50 г жировой ткани (400:8). Следовательно, при таких соотношениях потеря массы тела за 1 неделю может составить 350 г (50x7), за 1 месяц – 1,5 кг, а за год - почти 18 кг.

### *Принципы построения рациона при ожирении:*

- Резкое ограничение потребления *легкоусвояемых углеводов*, сахара (варенья, джема, меда) до 10-15 г в сутки и менее (3 кусочка или чайных ложечек) и других продуктов с высоким гликемическим индексом. Кондитерские изделия, содержащие также высококалорийный жир, и сладкие газированные напитки рекомендуется полностью исключить.

- Ограничение *крахмалсодержащих* продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля. Допускается до 3-4-х кусочков черного или 2-3-х кусочков белого хлеба в день (белый хлеб имеет более высокий гликемический индекс и более калорийный, чем черный, отрубной). Макароны из муки в/с лучше исключить, предпочтительнее из твердых сортов пшеницы.

- Достаточное (до 250-300 грамм в сумме) потребление *белковых* продуктов: мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов. При выборе белковых продуктов отдается предпочтение продуктам наименьшей жирности. Рекомендуется срезать видимый жир, снять кожицу с курицы, убрать пенку с молока и т.д. Яйца при повышенном уровне ХС целесообразно ограничить до 2-3 желтков в неделю.

- Потребление большого количества *овощей* (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг в сумме). Эти продукты и блюда, приготовленные из них, низкокалорийны, и за счет большого объема создают чувство сытости. Предпочтение нужно отдавать кислым сортам фруктов и листовым овощам (цитрусовые, ягоды, яблоки, капуста, салат, шпинат и т.д.).

- Ограничение потребления *жира*, главным образом, животного происхождения. Бутерброды - готовить без сливочного масла. В каши не рекомендуется добавлять сливочное масло, готовить лучше на снятом молоке. Не жарить!

- Ограничение потребления поваренной *соли* с целью нормализации водно-солевого обмена (меньше класть соли при приготовлении, убрать солонку со стола), ограничить потребление солений, маринадов и т.д.

- Ограничение потребления острых закусок, соусов, пряностей, возбуждающих аппетит.

- Частый прием пищи - до 5-6 раз в день, в небольших количествах. Приготовление пищи на пару или отваривать.

Не рекомендуется начинать лечение с очень строгих диет и разгрузок. Оптимально начать с ограничения калорийности до 1500-1800 ккал, с последующим снижением до 1500 – для мужчин, до 1200-1000 ккал – для женщин. Важно ориентироваться на исходную массу тела. Чем выше индекс массы тела, тем больше должна быть редуция, но с условием сохранения описанных выше принципов. Снижение калорийности для лиц с индексом массы тела (25-35 кг/м<sup>2</sup>) должно быть в среднем на 300-500 ккал, у лиц с индексом массы тела более 35 кг/м<sup>2</sup> - на 500-1000 ккал. Разгрузочные дни обычно содержат *разбалансированные диеты*, поэтому они могут быть использованы только 1-2 раза в неделю. Предварительно необходимо обследовать пациента. Так как, если в одном случае разгрузка может помочь

больному: например, молочная и калиевая при сердечной недостаточности, мясная - при хроническом панкреатите, фруктовая - при заболеваниях почек, овощная - при запорах, то в других случаях она может навредить: например, молочная разгрузка при колитах, мясная – при почечных заболеваниях.

Диеты для разгрузочных дней подбираются с учетом сопутствующей патологии. При сердечной недостаточности лучше назначать арбузные, яблочные дни, почечной патологии – рисово-компотные, язвенной болезни – молочные, панкреатите – творожные, рыбные, мясные, колите – кефирные. Разгрузки назначаются лечащим врачом на фоне вышеописанных диет, диетотерапии.

#### *Рекомендуемые разгрузочные дни*

Творожный	500г 0- 9% творога с двумя стаканами кефира на 5 приемов
Кефирный	1,5 литра кефира на 5 приемов в течение дня
Арбузный	1,5 кг арбуза без корки на 5 приемов в день
Яблочный	1,5 кг яблок (других ягод или фруктов) в 5 приемов
Калиевый	500г кураги и чернослива (размоченной) на 5 приемов
Рисово-компотный	1,2 кг свежих или 250г сушеных фруктов, 50г риса на 5 приемов
Молочный	6 стаканов 1-2,5% молока теплого на весь день
Рыбный	400г отварной рыбы в течение дня на 4 приема с капустным листом
Мясной	400г отварного нежирного мяса (говядина, телятина, курица) с салатным листом в 4 приема
Салатный	1,5 кг свежих овощей в виде салата с добавлением зелени и растительного масла (1ст.л.)

*Популярные «модные» диеты*, чаще всего строятся на принципах ограничения питания с редукцией калорийности до 1000-1500ккал, но не всегда учитывают принципы рационального питания, особенно, не учитывают вопросы профилактики НИЗ. Ниже приведены примеры однодневного меню наиболее популярных среди населения диет, о которых часто спрашивают пациенты. Их можно рекомендовать только практически здоровым лицам с избыточной МТ/ожирением без сопутствующей патологии и не более, чем на 2-6 недель. *Например: низкокалорийная диета на 1200-1500 ккал* (завтрак – 100 г отварного мяса, капуста, салат; обед – 100 г отварной рыбы, морковь, яблоко ужин – 50 г нежирного сыра + 1 яйцо, на ночь – фрукты). *Низкокалорийная диета на 1000-1200 ккал* (завтрак – 100 г сыра, 1 чашка кофе, 5 г сахара; обед – 100г отварной телятины, 1 чашка кофе, кусочек черного хлеба ужин – 200 г творога, 1 чашка чая, 5 г сахара). Обе приведенные диеты составлены с учетом основных рекомендаций диетологии; они достаточно снабжают организм необходимыми пищевыми веществами, такими как белок и жир,

сокращение калорийности идет в основном за счет углеводов. В этих диетах предусмотрено потребление животных продуктов до 250-300 г (мясо, рыба, творог, яйца), они содержат в среднем до 20% животного белка и, таким образом, снабжают организм достаточным количеством полноценного белка, содержащего весь набор необходимых аминокислот. Однако эти низкокалорийные белковые диеты *категорически запрещены* больным с *почечной патологией*, при мочекишечной диатезе. Лица *пожилого возраста*, больные с *атеросклерозом* при соблюдении подобных диет должны тщательно следить за жировым компонентом рациона. Рекомендуется отдавать предпочтение низкожировым, обезжиренным сортам мясо-молочных продуктов. Для снижения атерогенности диет нужно избегать субпродуктов – печени, почек и мозгов, а также яичных желтков. Предпочтение следует отдавать рыбным продуктам.

Вышеописанные низкокалорийные диеты можно модифицировать в зависимости от вкусовых предпочтений, веса и состояния здоровья пациента. Диеты достаточно сбалансированы, принципиальной разницы между ними нет, диета на 1200-1500 ккал может применяться более длительное время, причем у практически здоровых пожилых женщин – практически постоянно. Перевод на диету проводится после обследования.

*Диета Аткинса* – построена на строгом ограничении углеводов, что способствует развитию обезвоживания организма, с чем и связана быстрая потеря в весе. Аналогична и так называемая, «Кремлевская диета». При этих диетах снижается выделение инсулина, что уменьшает перевод углеводов в жиры и отложение последних в жировых депо. В этих диетах нарушен один из основных принципов здорового питания - принцип сбалансированности: недостаток углеводов может вызвать сдвиг кислотно-щелочного равновесия в организме, кетоз, ацидоз, повышается риск остеопороза («вымывание кальция из костей») и мочекаменной болезни. В «Кремлевской диете» повышена атерогенность: доля жира в суточной калорийности в два раза (до 60-64%) выше значений, рекомендуемых ВОЗ (ВОЗ, 2003), почти в 4 раза повышено содержание пищевого ХС.

*Раздельное питание* чаще всего несбалансированно, и его *нельзя использовать* длительное время. Раздельного питания в природе не существует, в любом продукте (мясе, молоке и др.) в основном имеются и белки, и жиры, и углеводы. Смешанное питание является наиболее сбалансированным. Так, например, нехватка аминокислоты *лизина* в гречневой крупе, восполняет молоко, где его с избытком. Таким образом, гречневая каша на молоке является сбалансированным блюдом.

Метод лечения избыточной массы тела и ожирения *голоданием непригоден*, так как голодание более 3 дней может не только нарушить обменные процессы в организме, но и привести к неблагоприятным психологическим последствиям, возбуждая центры аппетита и голода. При выходе из голода существуют проблемы с контролем веса, который, как правило, набирается еще больше, чем был до соблюдения диеты. Голодание опасно риском развития осложнений (аритмии, нарушение психики, гиповитаминозы с явлениями полиневрита, поражениями кожи и волос).

Потеря избыточной массы тела – процесс длительный, контроль массы тела – пожизненный. Важно формировать у пациентов новый, более здоровый образ жизни и питания, в первую очередь. При этом нельзя впадать и в другую крайность – считать, что можно назначать диеты постоянно. Истина, как обычно, находится посередине. низкокалорийные диеты в 1000-1200 ккал можно позволить не более 1-2 месяцев не чаще 2-4 раз в году. Все остальное время в питании при избыточной массе важно учитывать основные принципы построения рациона и энерготраты пациента с учетом сопутствующей патологии.

При сопутствующей *АГ и ХСН* в рационе должно быть увеличено количество продуктов, содержащих соли калия (печеный картофель, кабачки, тыква, курага, чернослив) и магния (каши, орехи). Необходимо еще большее ограничение поваренной соли. При сердечной недостаточности желательно шире использовать разгрузочные (особенно молочные, калиевые) дни.

При сопутствующей *ГХС* необходимо большее внимание уделять оптимальному соотношению (1:1) животных и растительных жиров и ограничению субпродуктов, как основных поставщиков экзогенного холестерина

Рацион, рекомендуемый лицам с избыточной МТ благодаря ограничению простых углеводов, способствует нормализации углеводного обмена и снижению уровня триглицеридов, что согласуется с рекомендациями по питанию тучных лиц с нарушенной толерантностью к углеводам, *сахарным диабетом и гипертриглицеридемией*.

При сопутствующих *дискинезиях желчного пузыря* и толстого кишечника рекомендуется увеличение квоты пищевых волокон (фруктов, овощей, хлеба грубого помола) до 30 и более в день.

При сочетании избыточной МТ с *мочекислым диатезом, подагрой, остеохондрозом* целесообразно ограничение экзогенно вводимых пуринов за счет исключения потребления мясных и рыбных бульонов и некоторого ограничения потребления мяса (до 2-3- раз в неделю). Рекомендуется на ночь стакан сока или минеральной воды с целью снижения концентрации утренней порции мочи. Показано потребление цитрусовых фруктов, которые благодаря содержанию цитратов, ощелачивают мочу и препятствуют выпадению в ней солей уратов и оксалатов в осадок. При оксалурии лучше - исключить щавель, шпинат, ревень, а также шоколад и кофе.

Наличие *воспалительных изменений в желудочно-кишечном тракте* тучного человека (гастриты, энтериты, колиты) требует изменения в технологии приготовления пищи. Продукты потребляются те же, в том же количестве, но только в отварном, запеченном, протертом виде.

*Примерное рекомендуемое меню для лиц с ожирением:*

Наименование блюда	Выход в г.	Белки г. (%)	Жиры г. (%)	Углеводы г. (%)	ККАЛ
<i>Первый завтрак</i>					
Творог нежирный	100	13.8	1.1	8.8	100
Морковь тушеная	200	4.2	11.9	16.4	190
Кофе с молоком б/с	200	1.4	1.7	2.2	30
<i>Второй завтрак</i>					
Салат из капусты	170	2.6	5.6	8.4	94
<i>Обед</i>					
Щи вегетарианские	200	1.8	6.8	9.45	106
Мясо отварное	90	13.6	10.9	-	150
Горошек зел. без масла	50	1.3	0.1	3.4	20
Яблоко свежее	100	0.3	-	11.5	47
<i>Полдник</i>					
Творог нежирный	100	13.8	1.1	8.8	100
Отвар шиповника	180	-	-	-	-
<i>Ужин</i>					
Рыба отварная	100	16.0	4.6	0.02	106
Рагу из овощей	125	2.6	7.8	15.2	140
<i>На ночь</i>					
Кефир	180	5.0	6.3	8.1	109
<i>На весь день</i>					
Хлеб ржаной	150	8.4	1.65	19.9	328
ВСЕГО		85 (22%)	60 (35%)	160 (43%)	1520 (100%)

*Суточный набор продуктов в зависимости от калорийности:*

Продукты	Вес (г) продуктов суточного набора в расчете на калорийность		
	1800 ккал	1200 ккал	800 ккал
Молоко или простокваша (низкожировые)	300-400	200-300	200
Мясо тощее	200	150	100
Рыба	100	100	100
Творог (0 % жирности)	100-200	100	100
Яйца	2 -3 яйца (желтка) в неделю		
Масло растительное	25	15	10
Морковь, помидоры, огурцы, капуста и др.	300-400	200-300	150-200
Картофель	200	200	100
Яблоки и другие фрукты	400	400	200
Хлеб ржаной	100-150	0	0

5.2 Самоконтроль коррекции избыточной массы тела – ведение дневника питания (см. Приложение 6).

### 5.3 Повышение физической активности

Повышение физической активности в комплексе с низкокалорийной диетой способствует большему снижению избыточного веса, чем использование только диеты или только физических тренировок. Особенно важна ФА для предупреждения увеличения веса после окончания применения низкокалорийной диеты. Регулярные физические упражнения способствуют увеличению скорости метаболизма снижению избыточной МТ и АО за счет жировой массы. Физическая активность способствует снижению ОХС, ХС ЛНП, ТГ, увеличению отношения ХС ЛВП/ХС ЛНП .

Наиболее эффективным средством является *увеличение повседневной физической активности*, тем более, что тучные люди более склонны к малоподвижному образу жизни. Сразу изменить образ жизни трудно, нередко и противопоказано, т.к. повышение ФА, особенно при бесконтрольном режиме сводится к нерегулярным занятиям, иногда с модными тренажерами с неоправданно большими нагрузками, что может навредить не только суставам и связкам, но и сердцу и сосудам.

Необходимо составить поэтапную, индивидуальную схему двигательной активности, расширяя ее по мере снижения массы тела. В большинстве случаев у лиц с ожирением такие рекомендации даются специалистами по лечебной физкультуре.

### 5.4 Медикаментозная коррекция и ожирения

Применение лекарственных средств показано при:

- Неэффективности диетотерапии и других методов немедикаментозного вмешательства;
- Осложненных формах ожирения (лечение сопутствующей патологии);
- При индексе МТ более  $30 \text{ кг/м}^2$  и более в любом случае и индексе  $27 \text{ кг/м}^2$  и выше при наличии АО или факторов риска и сопутствующих заболеваний. Можно сразу назначать лекарственную терапию на фоне диеты.
- Вторичном ожирении, когда имеется патология со стороны эндокринной системы (лечение основной патологии).

Все препараты, назначаемые больным ожирением, используются строго по показаниям и противопоказаниям.

*Противопоказаниями* для лекарственного лечения являются: детский возраст; беременность; наличие в анамнезе серьезных побочных эффектов при применении препаратов аналогичного типа; одновременное применение препаратов сходного механизма действия

Лекарственные средства, применяемые при ожирении делятся на следующие группы:

- Непосредственно используемые при ожирении
- гормональные, улучшающие обмен веществ
- Витамины, аминокислоты и минералы, помогающие сбалансировать редуцированный рацион
- Симптоматические препараты: гипотензивные, мочегонные, слабительные, гепатотропные, противодиабетические, гиполипемические и др.

По механизму действия препараты 1ой группы для лечения ожирения можно условно разделить на 2 подгруппы:

- *Центрального действия*, снижающие аппетит: аноректики, воздействующие на адренергические серотонинергические структуры (например флуоксетин – антидепрессант, 20мг утром 1 раз в сутки-2 недели, при большем сроке необходима консультация психотерапевта)

- *Уменьшающие всасывание пищи* – средства желудочно-кишечного воздействия: Орлистат – ингибитор панкреатической липазы. Снижает всасывание жиров на 30%. Назначается в дозе 120 мг три раза в день во время еды.

Лечение орлистатом можно продолжать до 6 месяцев под контролем. Возможны повторные курсы. С точки зрения доказательной медицины нет сведений об эффективном и безопасном долгосрочном их применении.

#### 5.5 Хирургические методы коррекции при ожирении.

Инвазивные консервативные (плазмаферез, гемосорбция и др.) и хирургические (гастропластика, формирование “малого” желудка, резекция кишки и др. методов) чаще всего применяются по строго определенным жизненным показаниям, когда имеется ожирение II-III степеней, с индексом массы тела более 35 и сопутствующими факторами риска и/или заболеваниями, не корригируемыми консервативно и/или протекающими с типичными осложнениями (вторичные эндокринные нарушения, грыжа позвоночного столба, тяжелый коксоартроз и др.).

Более щадящие операции липосакции, липорезекции с пластикой брюшной стенки и др. имеют больше косметическое значение и могут проводиться в отсутствие общеизвестных общехирургических противопоказаний, по желанию пациента.

**(А) Дневник питания**

«Дневник питания» заполняется пациентом ежедневно, на протяжении недели (раз в месяц или квартал). Рекомендуется обучить пациента по возможности проводить подсчет калорийности самому, для чего рекомендовать таблицы. Дневник контролируется врачом при очередном визите, он позволяет проанализировать пищевой рацион, количество реально съеденной пищи, периодичность питания и ситуации, провоцирующие лишние приемы пищи. В то же время ведение «дневника питания» способствует формированию осознанного отношения пациента к своему питанию, позволяет выявить нарушения в питании, которые привели к увеличению веса и выделить преодолимые нарушения, спланировать индивидуальный пищевой рацион

Анализ «дневника питания» помогает врачу повысить умение пациента манипулировать своей диетой для достижения желаемых результатов, выявить причину неудач, объем и характер необходимой коррекции. В целом такое сотрудничество увеличивает конструктивное взаимодействие «пациент – врач».

При рекомендациях о ведении «дневника питания» для пациента врач должен дать ясные указания пациенту, выбрать метод более удобный и легкий для пациента совет, не требовать больше информации, чем необходимо, объяснить необходимость заполнения дневника сразу после приема пищи, а не по памяти. При анализе «дневника питания» врач должен использовать записи для анализа и советов, но не для нравственной оценки действий пациента, не проявлять недоверия. Записи – это помощь, а не отчет.

**Пример заполнения «дневника питания»**

Продукты (перечисляется вся пища, съеденная на сутки)	Калорийность 100 г. продукта, ккал (оценивается по таблице)	Количество, в граммах	Калорийность Съеденного продукта (блюда), ккал
Йогурт 5%	125 ккал	200 г	250 ккал
хлеб	190 ккал	1 кусок –25г	45 ккал
масло растительное	760 ккал	1 ст.л. –15г	114 ккал
.....			
.....			
.....			Итого за сутки (сумма ккал)

**(Б) Регистрационный журнал учета пациентов в «Школе здоровья» (посещение занятий)**

ФИО, пол	Дата рождения	Адрес, контакт ный тел	Место работы ( <i>профес сия</i> )	Диагноз	Страховой полис (желатель но)	Занятия ( <i>дата</i> )	
						1-е	2-е

## **Метод группового профилактического (диетологического консультирования по коррекции избыточной массы тела/ожирения (Школы здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением)**

### 7.1 Общая часть

*Школы здоровья для пациентов* и лиц с факторами риска – организационная форма обучения (группового консультирования целевых групп населения по проблемам укрепления и сохранения здоровья<sup>3</sup>.

*Основная Цель обучения пациентов в Школе:*

- повышение информированности пациентов об алиментарно-зависимых ФР основных НИЗ,
- формирование активного отношения пациента к своему здоровью, повышение мотивации к снижению избыточной МТ,
- повышение приверженности к диетотерапии и выполнению рекомендаций врача по питанию,
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за количеством и качеством питания,
- формирование у пациентов практических навыков по составлению диетических меню и контролируемых разгрузочных диет

*Рекомендации для медицинских работников:*

Желательно, чтобы врач или средний медицинский работник прошли обучение по организации школ здоровья для пациентов, овладели основами профилактического консультирования.

Для более эффективной работы, желательно пользоваться пособиями по проведению занятий (перечень рекомендуемой литературы приведен в приложении 8).

Рекомендуется перед проведением занятия с пациентами ознакомиться с материалом и провести необходимую подготовку к занятию. Можно также использовать материал, приведенный в приложениях 1-6 к данным методическим рекомендациям

Занятия проводятся в группах пациентов по 5-10 чел. в структурированной форме. Продолжительность занятия - 60-75 минут (допускается до 120 минут) ведется при активном участии пациентов. Необходимо ответить на все вопросы пациентов, чтобы повысить их знание и удовлетворенность полученной информацией для практических их целей. Рекомендуется не менее 2-х занятий с небольшими перерывами (не более 1 недели).

---

<sup>3</sup> Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия. Под ред. Вялкова В.И., Оганова Р.Г. // М.: Геотар-Медиа, 2000. – 17 с.

*Рекомендуемая структура построения группового консультирования:*

- *вводная часть* – 5-7 минут,
- *информационная часть* (лекционная форма) с сопровождением демонстрационных материалов – общей продолжительностью не более 45 минут за занятие и с чередованием с активными формами. Информационный материал в приложениях 1-6 является справочным материалом для медицинского работника, проводящего занятие. Он направлен на информирование пациентов о заболевании и повышение их осознанного участия в процессе лечения и оздоровления. Информационный материал не обязательно должен быть весь представлен пациентам во время занятий. Рекомендуется иметь его постоянно на столе во время занятия и при изложении материала стремиться максимально выполнить поставленную в занятии цель.
- *активные формы обучения* (дискуссия, вопросы-ответы, заполнение вопросников, измерение АД, роста, веса и пр.) – по 10-15 минут с максимально активным вовлечением пациентов. Активная часть занятий направлена на развитие у пациентов умений и навыков, которые необходимы в повседневной жизни, чтобы наиболее эффективно контролировать состояние своего здоровья и повысить активность участия пациента в сохранении своего здоровья.
- *закрепление усвоенного материала* – повторение основных положений и рекомендаций в форме «обратной связи», с участием пациентов. Закрепление усвоенного материала достигается частым повторением уже пройденного материала с целью ориентации пациента на длительное, а лучше пожизненное следование рекомендациям врачей по оптимизации питания и коррекции алиментарно-зависимых факторов риска.
- *заключительная часть занятия* – оценка пациентами важности полученных знаний и составление планов на последующие тактики по контролю Массы тела и состояния здоровья (дневник питания, самоконтроль и пр.). Проводится с целью выяснения и ответа на дополнительные вопросы и заданий на дом.

## 7.2 Содержание занятий (примерный перечень)

### Тема занятия 1: Здоровое питание, общие принципы

#### **Цель занятия**

- информирование об основных принципах здорового питания, принципах питания для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, связанных с атеросклерозом
- ознакомление пациентов с понятиями здорового образа жизни и поведенческих факторах риска
- обучение пациентов методике расчета энергетической сбалансированности пищевого рациона

- обучение пациентов самоанализу собственных факторов риска, связанных с привычками и характером повседневного питания и рациональному составлению индивидуального плана оздоровления

*Информационный материал к занятию изложен в приложениях 4,5*

*Активная часть:* подсчет суточных энергозатрат и энергетической ценности рациона. Пациентам объясняется формула расчета с помощью таблиц, которые приведены ниже, дается пример и проводится совместная работа по расчету, можно на нескольких примерах:

*Шаг 1* – Для расчета энергозатрат см. приведенную ниже таблицу «Энергозатраты при различных типах деятельности». Необходимо зарегистрировать все виды деятельности в течение суток и умножить каждый вид деятельности на соответствующий показатель энергозатрат. Все энергозатраты суммировать и ввести поправку – для женщин «минус 10%», для возраста после 30 лет «по 10% минус на каждое десятилетие».

*Пример расчета:* женщина 56 лет, учитель

Сон – 8 часов x 50ккал = 400ккал
Работа в кабинете - 8 часов x 110ккал = 880ккал
Домашние дела - 4 часа x 100ккал = 400ккал
Отдых (телевизор, чтение книг) – 2 часа x 65ккал = 130ккал
Медленная ходьба (дорога на работу, магазины) – 2 часа x 190ккал = 380ккал
В сумме это будет 2190ккал, для женщины – 10% = 2000ккал, еще – 20% на возраст; 2000 – 400 = 1600ккал .
<i>Таким образом, энергозатраты равны 1600 ккал.</i>

*Шаг 2* – Энергетическую ценность рациона (записать или вспомнить съеденную за сутки пищу, ее количество и использовать нижеприведенную таблицу «Калорийность основных продуктов питания».

*«Энергозатраты для человека среднего возраста весом около 60 кг и виды деятельности»*

Тип деятельности	Расход энергии. Ккал/час
Сон	50
Отдых лежа без сна	65
Чтение вслух	90
Делопроизводство	100
Работа в лаборатории сидя	110
Домашняя работа (мытьё посуды, глажение белья, уборка)	120-240
Работа в лаборатории стоя	160-170
Спокойная ходьба	190

Быстрая ходьба	300
Бег «трусцой»	360
Ходьба на лыжах	420
Гребля	150-360
Плавание	180-400
Езда на велосипеде	210-540
Катание на коньках	180-600

«Калорийность основных продуктов питания» (ккал на 100 г).

Молоко 3%,кефир	59	Готовая рыба (сиг, навага, треска, щука, ледяная)	70-106
Сметана 30%	294	Говядина готовая	267
Сливки 20%	206	Свинина готовая	560
Творог жирный	226	Куры готовые	160
Творог 9%	156	Хлеб ржаной	190
Сырки творожные	315-340	Хлеб пшеничный	203
Творог нежирный	86	Булки, сдоба	250-300
Брынза	260	Сахар	374
Плавленые сыры	270-340	Карамель	350-400
Сыр твердый	350-400	Шоколад	540
Мороженое	226	Мармелад, пастила, зефир	290-310
Масло сливочное	748	Халва	510
Маргарины	744	Пирожное	350-750
Масло растительное	898	Варенье, джемы	240-280
Майонез	627	Колбаса вареная, сосиски	260
Овощи	10-40	Колбаса полукопченая	370-450
Картофель	83	Колбаса сырокопченая	500
Фрукты	40-50	Яйца куриные (2 шт.)	157
Компоты, фруктовые соки	50-100	Сельдь	234
		Консервы рыбные в масле	220-280
		Консервы рыбные в томате	130-180

## Тема занятия 2: Что нужно знать для контроля массы тела

### *Цель занятия*

- информирование об целевых показателях массы тела, о влиянии на здоровья избыточной массы тела/ожирения
- обсуждение с пациентами факторов, влияющих на формирование алиментарно-зависимых заболеваний, в т.ч. избыточной массы тела
- обучение пациентов принципам антиатерогенного питания, питания при избыточной массе тела, диетотерапии при избыточной массе тела, питанию при сопутствующих заболеваниях
- обучение пациентов способам ограничения потребления жирной пищи, богатой холестерином, углеводами
- обучение формированию сниженной калорийности рациона при сохранении сбалансированности питания
- основные требования к оптимизации физической активности для контроля избыточной массы тела: ограничения, влияние на здоровья (положительное и опасное), ознакомление с понятиями самоконтроля, зоной безопасного пульса
- обучение пациентов ведению «дневника питания», анализ поведенческих факторов, способствующих развитию избыточной массы тела, самоконтроль

*Информационный материал* к занятию изложен в основном тексте рекомендации и в приложениях 4 и 5. На занятии желательно использовать раздаточный материал: памятки, буклеты, таблицы и пр.

*Ключевая информация*, которая должна быть детально объяснена и повторена с пациентами: *принципы построения рациона питания при ожирении*:

- Резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов, сахаров до 15-30 (3-6 кусочков или чайных ложечек) и менее грамм в сутки.
- Ограничение крахмалсодержащих продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля.
- Достаточное потребление белковых продуктов (до 250-300 грамм в сумме): мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов.
- Потребление большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг в сумме).
- Ограничение потребления жира, главным образом, животного происхождения.
- Ограничение потребления поваренной соли с целью нормализации водно-солевого обмена
- Ограничение потребления острых закусок, соусов, пряностей, возбуждающих аппетит.

- Частые приемы пищи - до 5-6 раз в день, но в небольших количествах.

- Использование разгрузочных дней

*Совета пациенту по построению рациона при избыточной массе тела:*

- Ешьте чуть-чуть меньше, чем тратиться (по калорийности)
- рассчитайте свои энергозатраты
- взвешивайте продукты
- смотрите на этикетки продуктов
- знайте калорийность продуктов
- не ограничивайте себя в жизненно важных белковых продуктах
- ешьте больше овощей и фруктов
- ограничивайте углеводы, и особенно сахар
- соблюдайте режим питания (есть не менее 3 раз в день)

*Активная часть занятия 2: обучение составлению суточного меню*

Необходимо объяснить пациентам правильность построения суточного меню с использованием знаний, полученных на занятии. Рекомендуйте и научите пользоваться справочными таблицами.

*Заключительная часть занятия.* Важно не только дать информацию пациентам и объяснить некоторые их самостоятельные действия по покупке более здоровых продуктов и их приготовлению, но и дать возможность пациентам на занятии выяснить все интересующие их вопросы. В этой связи важно каждое занятие завершать обсуждением с активным участием самих пациентов. Желательно, чтобы пациенты поделились своим опытом (как положительным, так и негативным) в прежних попытках (если такие были) контролировать вес тела с помощью питания. Нужно провести анализ ошибок и барьеров, обязательно дать пациентам информацию о возможности и необходимости последующих посещений врача, в т.ч. и врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья для контроля и получения при необходимости дополнительной помощи как врачебной, так и психологической.