



Серия  
«Библиотека ФГБУ «НМИЦ ПМ»  
Минздрава России»

**ОКАЗАНИЕ В ПЕРВИЧНОМ  
ЗВЕНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ  
ПО СНИЖЕНИЮ ИЗБЫТОЧНОЙ  
МАССЫ ТЕЛА**

*Методические рекомендации  
(2-е издание с дополнениями и уточнениями)*



**МОСКВА  
2019**

**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр  
профилактической медицины»**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Главный внештатный специалист по терапии  
и общей врачебной практике Минздрава России,  
директор ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России,  
член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор  
О.М. Драпкина



«22» октября 2019 г.

**ОКАЗАНИЕ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО СНИЖЕНИЮ  
ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА**

**Методические рекомендации  
(2-е издание с дополнениями и уточнениями)**

**Москва  
2019**

УДК 613.24  
ББК 53.51-51.1

**Авторы:**

О.М. Драпкина, Р.А. Еганян, А.М. Калинина, О.В. Измайлова, Е.А. Лавренова,  
Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, Д.С. Комков, Р.Н. Шепель, А.В. Концевая

Оказание в первичном звене медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела / О.М Драпкина, Р.А. Еганян, А.М Калинина, О.В Измайлова, Е.А. Лавренова, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, Д.С. Комков, Р.Н. Шепель, А.В. Концевая. – Воронеж: ООО «Канцтовары», 2019 – 64 с.  
ISBN 978-5-6043603-6-1

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 неинфекционных заболеваний.

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 неинфекционных заболеваниях (вторичная профилактика) избыточной массы тела и ожирения, в основе которых лежат алиментарно-зависимые поведенческие факторы риска (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 (семейных врачей), фельдшеров ФАПов, преподавателей медицинских факультетов ВУЗов.

Методические рекомендации «Оказание в первичном звене медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела» утверждены на заседании ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России (Протокол № 11 от 22 октября 2019 г.)

**Рецензент:** Ливзан М.А. – д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой факультетской терапии, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа.

© Коллектив авторов, 2019

© ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	7
<b>2. Организация в рамках ПМСП медицинской помощи по снижению избыточной массы тела</b>	14
2.1. Нормативная база организации медицинской помощи по коррекции избыточной МТ/ожирения в учреждениях ПМСП	14
2.2. Классификация и оценка массы тела	16
2.3. Организация оказания медицинской помощи по снижению избыточной массы тела в кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья	19
2.3.1. Методы коррекции избыточной массы тела и лечения ожирения	20
2.3.2. Организация Школ здоровья для пациентов с избыточной МТ	24
2.3.3. Оказание медицинской помощи по снижению массы тела в процессе проведения диспансеризации	25
<b>3. Эффективность медицинской помощи пациентам с избыточной массой тела</b>	28
3.1. Эффективность коррекции избыточной массы тела в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения	28
3.2. Эффективность коррекции избыточной массы тела в организованном коллективе	29
<b>Список использованной литературы</b>	32
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (рекомендуемое). Классификация массы тела	35
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 (обязательное). Алгоритм обследования при избыточной массе тела/ожирении	36
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 (рекомендуемое). Рекомендации по сбору диетanamнеза	38
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 (обязательное). Содержание профилактического диетологического консультирования при избыточной массе тела и ожирении	41
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 (справочное). Методы лечения ожирения (краткий обзор и рекомендации)	43
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 (рекомендуемое). Дневник питания	53
ПРИЛОЖЕНИЕ 7 (обязательное). Метод группового профилактического диетологического консультирования по коррекции избыточной массы тела/ожирения. Школы здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением	54
ПРИЛОЖЕНИЕ 8 (рекомендуемое). Перечень рекомендуемой литературы	60

## 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 неинфекционных заболеваний.

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 неинфекционных заболеваниях (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 (семейных врачей), фельдшеров ФАПов, преподавателей медицинских факультетов ВУЗов.

### *Рабочая группа по подготовке текста методических рекомендаций*

**Председатель:** Драпкина О.М.

**Авторский коллектив:** О.М. Драпкина, Р.А. Егян, А.М. Калинина, О.В. Измайлова, Е.А. Лавренова, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, Д.С. Комков, Р.Н. Шепель, А.В. Концевая.

**Рецензент:** Ливзан М.А. – д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой факультетской терапии, главный внештатный специалист по терапии Сибирского федерального округа

**Образец для цитирования:** Оказание в первичном звене медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела / О.М. Драпкина, Р.А. Егян, А.М. Калинина, О.В. Измайлова, Е.А. Лавренова, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, Д.С. Комков, Р.Н. Шепель, А.В. Концевая. – Воронеж: ООО «Канцтовары», 2019 – 64 с.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АГ	- артериальная гипертония
АД	- артериальное давление
АО	- абдоминальное ожирение
ГИ	- гликемический индекс
ГЛЖ	- гипертрофия левого желудочка
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
К/ОМП	- кабинет, отделение медицинской профилактики
ЛЖ	- левый желудочек
МИ	- мозговой инсульт
МНЖК	- мононенасыщенные жирные кислоты
МРТ	- магнитно-резонансная томография
МТ	- масса тела
НЖК	- насыщенные жирные кислоты
НИЗ	- неинфекционные заболевания
НТУ	- нарушенная толерантность к углеводам
НФА	- низкая физическая активность
ОТ	- окружность талии
О/КМП	- отделения (кабинеты) медицинской профилактики
ОМС	- обязательное медицинское страхование
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
ФАП	- фельдшерско-акушерский пункт
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
ЦЗ	- Центры здоровья
ЦМП	- Центры медицинской профилактики

## 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 и пищевом поведении.

*Алиментарно-зависимые факторы риска* – ФР НИЗ, которые связаны с нарушением принципов рационального Здорового питания, т.е. поведенческими ФР, связанными с питанием.

*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 в силу массового характера вмешательства и Лечебным питанием для больных с учетом его патогенетической направленности.

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

*Сбалансированность питания* – соотношение в структуре рациона пищевых веществ, оптимально соответствующих требованиям организма человека. Распределение макронутриентов в сбалансированном рационе: белки – 10-15%, жиры – 20-30%, углеводы – 55-65% от общей калорийности.

## 1. ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы.** Хронические неинфекционные заболевания обуславливают 75% всех случаев смерти в РФ. Особенностью смертности в Российской Федерации является то, что наибольшее число потерянных лет потенциальной здоровой жизни обусловлено смертностью среди трудоспособного населения [1,2]. Суммарный экономический ущерб от болезней системы кровообращения в РФ составляет около 1 трлн рублей в год (3% от ВВП) [3,4]. Тем самым хронические неинфекционные заболевания и особенно болезни системы кровообращения ложатся чрезвычайно тяжелым бременем на систему здравоохранения. Они становятся не только медицинской, но и социальной проблемой, требующей эффективной реализации мероприятий по профилактике и совершенствованию системы оказания медицинской помощи в структурах ПМСП [3].

Исследования Глобального бремени болезни в Европе и странах Центральной Азии показали, что среди ведущих причин потери здоровых лет жизни ДАЛИ (DALY – disability adjusted life year) в РФ, так же, как и в других странах, избыточная масса тела (МТ) входит в десятку основных ФР, занимая 5 место (после нерационального питания, чрезмерного потребления алкоголя, артериальной гипертонии и курения). При этом нерациональное питание и избыточная МТ имеют синергетический, кумулятивный эффект.

Более того, исследования 15 глобальных факторов риска потерь здоровых лет жизни в Европе за последние 20 лет, проведенные в 50 странах мира 303 научными организациями, установили новую парадигму их значимости для здоровья. Наряду со снижением влияния экологических, профессиональных ФР, уровни DALYs, связанные с нарушением питания, возросли на 17%, с алиментарно-зависимыми состояниями: высоким ИМТ, сахарным диабетом и др., – на 20-40% [5].

В XXI веке избыточная МТ стала одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе; по оценке ВОЗ заболеваемость ожирением приняла уже масштабы «эпидемии» [2]. При этом на лечение и профилактику ожирения и связанных с ним заболеваний в экономически развитых странах тратятся внушительные доли ВВП в виде как прямых (медицинских), так и непрямых расходов, связанных со сниженной трудоспособностью, заболеваемостью и низкой производительностью труда этих лиц.

И именно в связи с высокой распространенностью и огромной значимостью для здоровья ожирение в настоящее время рассматривается Всемирной Организацией Здравоохранения в качестве самостоятельного ФР НИЗ и одного из основных индикаторов здоровья [6].

В России тенденции в распространенности избыточной МТ и ожирения и ее постоянного роста в значительной степени совпадают с общемировыми и европейскими тенденциями [2,4,7]. Так, доля лиц с избыточной МТ ( $ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ) по последним данным ВОЗ (2016) в нашей стране уже составляет 57,8% [2]. При этом наибольший вклад в уровни распространенности вносят представители трудоспособного возраста. В то же время, среди лиц молодого и среднего возраста выявлена наибольшая частота нерационального питания и низкой физической



активности, что трансформируется при отсутствии должной коррекции в увеличение распространенности ожирения, а также риска развития как сердечно-сосудистых, так и метаболических и онкологических заболеваний [8].

За последние годы наблюдается резкий рост заболеваемости ожирением как у женщин, так и в большей степени у мужчин и детей. Известно, что за 1993-2013 годы в России распространенность ожирения у мужчин возросла в 3 раза - с 8,7% до 26,9%, а диабета в 2 раза – с 2% до 4%. Эта негативная тенденция представляет собой угрозу дальнейшему снижению смертности и стабильному росту средней продолжительности жизни населения в нашей стране, что и учитывалось при разработке «Проекта Межведомственной Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» [9,10].

***Актуальность профилактического консультирования с целью контроля и коррекции массы тела.*** В многочисленных проспективных эпидемиологических исследованиях выявлена связь избыточной МТ и ожирения с риском развития целого ряда НИЗ и смертностью от них, в первую очередь от ССЗ, некоторых злокачественных новообразований, СД, нарушений обмена веществ и др. [11-12].

Ожирение ведет к развитию артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, аритмии, легочной гипертензии, ишемического инсульта, венозного застоя, тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии. Гемодинамические, метаболические и воспалительные сдвиги, возникающие при избыточном накоплении жировой ткани в организме, приводят к изменению структуры и функции сердца. Наиболее характерным проявлением ожирения со стороны сердечно-сосудистой системы являются гипертрофия левого желудочка. Если вероятность развития ГЛЖ у лиц с нормальной массой тела составляет 5,5%, то у лиц с ожирением — 29,9%. Выявлена прямая корреляционная зависимость между ожирением и распространенностью ХСН, диастолической дисфункцией ЛЖ. [11]

Результаты третьего национального обследования здоровья и питания исследования в США (Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) подтвердили рост распространенности среди населения повышенного АД, ГХС, наряду с увеличением распространенности ожирения [13].

Результаты популяционных исследований последних лет показали, что именно АО ассоциируется с основными алиментарно-зависимыми ФР ССЗ. Установлена прямая связь АО с АД и обратная связь с уровнем ХС в антиатерогенных фракциях (ХСЛВП и отношения ХСЛВП/ХСЛНП) [12-14]. При ожирении каждый 4-й (26%), а при морбидном ожирении каждый 3-й (36%) страдает ХСН, которая встречается при ожирении в 9 раз, а при морбидном ожирении в 12 раз чаще, чем у лиц с нормальной МТ. Кроме того, у лиц с ожирением чаще встречаются нарушения ритма и проводимости сердца [12].

Клиническая оценка сердечно-сосудистой системы пациентов с морбидным ожирением ограничена морфологическими и структурными изменениями, специфическими для большого объема висцеральной жировой ткани. Сердечно-

сосудистые нарушения, связанные с морбидным ожирением, могут привести к внезапной или необъяснимой смерти, что часто является манифестацией скрытых сердечно-сосудистых заболеваний [14].

В то же время, в ряде исследований показано, что небольшое повышение показателей ИМТ ассоциировано с более низкой смертностью у больных с ИБС, в том числе перенесших ИМ, у больных с периферическим атеросклерозом, сердечной недостаточностью, острыми коронарными синдромами и вмешательствами по реваскуляризации миокарда, СД [15-16]. Этот «парадокс» характерен в основном для пациентов пожилого возраста с серьезными заболеваниями и связанным с ними пониженным питанием. У данной категории пациентов более высокие показатели ИМТ (27- 28кг/м<sup>2</sup>) могут обладать протективным эффектом [17-18].

**Научно-обоснованные принципы питания для снижения избыточной МТ/ожирения.** Результаты рандомизированных клинических исследований убедительно показали, что снижение избыточной МТ является эффективным методом контроля и снижения таких ФР ССЗ, как АГ, ДЛП, НТУ [19-21]. 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.

**Степень редукции.** Снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита – основной принцип диетологического вмешательства при ожирении [21-25]. По степени выраженности энергетического дефицита выделяют диеты с умеренным ограничением калорийности (1000-1200 ккал/сутки) и диеты с очень низкой калорийностью (500-800 ккал/сутки).

Применение диеты с очень низкой калорийностью, естественно, способствует более выраженному снижению МТ (1,5-2,5 кг/неделю) по сравнению с диетой с умеренно сниженной калорийностью (0,5-1,4 кг/неделю), но это только на начальном этапе лечения. Отдаленные результаты (через 1 год) применения диет с умеренным и с выраженным ограничением калорийности не показали достоверной между ними разницы в снижении МТ.

Установлено, что использование диет с очень низкой калорийностью (500-800 ккал) не способствует формированию навыков рационального питания. Более того, отмечается плохая переносимость этих диет и частые побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта. Описаны желчнокаменная болезнь, нарушения белкового обмена, электролитного баланса, и даже случаи фибрилляции желудочков и т.д. Эти обстоятельства существенно ограничивают применение очень низкокалорийных диет на практике. Их предлагают применять только при подготовке к бариатрической хирургии. Так, применение экстремально низкокалорийной диеты в 300 ккал/сут. в течение 6-8 недель привело к снижению массы тела у мужчин на 20 кг, у женщин – на 15 кг. Но такие диеты можно применять только под контролем врача и по строго ограниченными показаниям [23].

Диетологи считают, что особенно осторожно необходимо разрабатывать диеты для лиц пожилого возраста [24]. Нужен не только более тщательный контроль, но и продуманная тактика лечения, сбалансированность структуры рациона, разумная,

адекватная возрасту физическая активность. Для конечной оценки соотношения польза/риск при снижении калорийности у пожилых, особенно у лиц с ИМТ до 30 кг/м<sup>2</sup> необходимо провести более длительные исследования и проспективные наблюдения.

Применение диет с умеренным ограничением калорийности (1000-1200 ккал/день) в отличие от диет со значительным ограничением калорийности вызывает более физиологичное постепенное снижение избыточного веса, что через 3-6-12 месяцев позволяет достичь достаточной степени снижения МТ (в среднем на 5-10 %) [21,22,24,25].

*Структура редукции.* 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 [19-21]. 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 [24-26]. Изучается влияние наследственности и региона проживания [27].

Некоторыми исследователями изучалась возможность применения для лечения ожирения диет с резко сниженным содержанием углеводов (соответственно высокой долей жира и белка в рационе). Рандомизированные контролируемые исследования в течение последних двух десятилетий все больше подтверждают положение о том, что диеты с высоким содержанием белка, с низким содержанием углеводов, а иногда и с высоким содержанием жиров способствуют большей потере веса, чем диеты с низким содержанием жиров.

Но эти диеты считаются «провокаторами» ожирения. Основанием для данного утверждения явилось то, что американские диетические рекомендации по снижению жира в рационе вызвали эпидемию ожирения в стране [28]. Однако большинство американских диетологов говорят о том, что настигшая страну «эпидемия ожирения» обусловлена не снижением потребления жира и его заменой на углеводы, а повышением энергетической ценности рациона американцев почти на треть за последние 20 лет и, в основном, за счет простых сахаров (сладких газированных напитков) [29,30].

Более того, следует учитывать, что:

- низкоуглеводные диеты эффективны лишь в краткосрочной и среднесрочной перспективе. В настоящее время недостаточно работ, подтверждающих их долгосрочную эффективность;
- потеря веса в этих диетах обусловлена, в основном, снижением калорийности рациона, которого можно достичь и при сбалансированном рационе;
- низкоуглеводные (< 50 г/сут.) и очень низкоуглеводные (< 20 г/сут.) диеты в целях постоянного и достаточного снабжения мозга, печени и мышц глюкозой усиливают глюконеогенез и тормозят гликолиз. При этом «расходуются» аминокислоты аланин и глутамин мышц скелета, гликоген печени, развивается

кетоз, ацидоз, в результате остеопения, что может привести к артрозам и мочекаменной болезни;

– низкоуглеводная диета с содержанием всех углеводов в пределах 100-150 г/сут. с резким ограничением, в основном, простых углеводов (сахаров) более обоснована для практического применения, но под контролем врача, особенно у лиц с СД [31].

*Редукция диеты не должна противоречить главному принципу Здорового питания – сбалансированности рациона. Любая монокомпонентная диета (низкоуглеводная, низкожировая) имеет противопоказания, побочные эффекты и не имеет долгосрочного эффекта.*

*Фармакотерапия* при ожирении используется при неэффективности немедикаментозных методов коррекции МТ или дополнительно к модификации рациона питания у пациентов с ожирением (при ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) или у пациентов с ИМТ  $\geq 27$  кг/м<sup>2</sup> при наличии заболевания/осложнения, ассоциированного с ожирением.

В настоящее время в РФ зарегистрировано три препарата для снижения МТ. Препарат периферического действия – орлистат (ингибитор желудочно-кишечных липаз). На фоне применения препарата блокируется всасывание до 30% жира, поступающего с пищей. Препарат с центральным механизмом действия, выраженно снижающий чувство голода и усиливающий чувство насыщения – сибутрамин (ингибитор обратного захвата серотонина, норадреналина и в меньшей степени, дофамина) в сочетании с микрокристаллической целлюлозой. И препарат для лечения ожирения смешанного механизма действия (центрального и периферического), инъекционной формы введения – лираглутид 3,0 мг.

Каждое из перечисленных лекарственных средств имеет свои противопоказания, побочные эффекты и назначаются только специалистом. Кроме того, необходимо четко понимать, что любой из перечисленных препаратов принимается кратковременно, в среднем 6-12 месяцев, в то время как ожирение – это хроническое рецидивирующее заболевание. А следовательно, фундаментом и основой лечения является формирование здоровой системы питания и модификация образа жизни, а любой препарат следует рассматривать как помощника на пути изменения пищевых привычек, а не «волшебной таблеткой».

*Бариатрическая хирургия* – хирургическое лечение ожирения – может быть рекомендована больным с ИМТ  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup> и выше или  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> при наличии ассоциированных с ожирением заболеваний [32, 33]. Существует несколько видов бариатрических вмешательств, которые можно разделить на обратимые (регулируемое бандажирование желудка, установка внутрижелудочного баллона) и необратимые (реконструктивные операции на ЖКТ различной степени сложности). Важно отметить, что в послеоперационном периоде необходимо соблюдение диеты и режима питания, в случае проведения реконструктивных операций – пожизненно, с постоянным контролем усвоения макро- и микронутриентов и приемом поливитаминных комплексов.

*Консультации специалистов.* Сегодня основной причиной избыточной МТ и ожирения является высокое энергопотребление на фоне низкой физической активности. Современный человек, зачастую, употребляет за сутки в несколько раз больше калорий, чем может потратить. На долю вторичного (симптоматического) ожирения приходится не более 5% случаев. Вторичное ожирение, как правило, встречается при тех или иных эндокринных нарушениях, генетических синдромах, при патологии центральной нервной системы, а также при употреблении ряда лекарственных средств. При подозрении на вторичные (чаще эндокринные) формы ожирения необходимо тщательное обследование пациентов, консультации специалистов и проведение индивидуальной комплексной этиопатогенетической терапии.

В настоящих рекомендациях акцент поставлен на профилактическом диетологическом консультировании пациентов с экзогенно-конституциональным ожирением, что является основой практически любого метода лечения избыточной МТ/ожирения, а в ряде случаев и основным методом лечения и коррекции избыточной МТ.

*Информированность и готовность пациентов.* 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 [34,35]. В целом ряде исследований неоднократно подчеркивался недостаточный уровень знаний населения по вопросам здоровья [22, 36]. 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, влияющие на прогноз заболевания. Был проведен поиск в MEDLINE с использованием поисковых терминов 5А и первичная медицинская помощь по сайтам Национального института здравоохранения и Всемирной организации здравоохранения. Авторы пришли к выводу, что система 5 Аs (ask, assess, advise, agree and assist – просить, оценивать, консультировать, согласовывать и помогать), разработанная для прекращения курения, может быть адаптирована для консультирования по ожирению [22]. Нами адаптирована и разработана аналогичная система 5 П:

- Попросить разрешения обсудить вес, детали анамнеза.
- Провести антропометрическое исследование. Оценить сердечно-сосудистый риск. Оценить готовность пациента к изменениям.
- Посоветовать пациенту настроиться на долгосрочную, но умеренную редукцию диеты.
- Поставить реалистичные цели, обсудить поведенческие изменения и конкретные детали плана лечения.
- Поддержать пациента в решении поставленных задач, оказать помощь в выявлении и устранении препятствий; а также организовывать регулярные последующие мероприятия.

Это – управляемая стратегия поведенческого вмешательства, основанная на фактических данных, которая может улучшить успех управления массой тела в рамках первичной медико-санитарной помощи.

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 ПМСП.

При избыточной МТ/ожирении, прежде всего, при алиментарно-зависимых состояниях, требуется детальное консультирование, оценка пищевых привычек, подбор режимов питания и диет, что требует от врача профессиональных знаний.

Структуры медицинской профилактики (К/ОМП, ЦЗ, ЦМП) 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 и поддерживающей терапии.

Настоящие методические рекомендации ориентированы на врачей медицинской профилактики, однако, могут быть полезны для врачей участковых, общей практики, цеховых и других терапевтических специальностей, а также диетологов, эндокринологов, фельдшеров ФАПов, т.к. содержат не только базовые информационные материалы для индивидуального консультирования по оздоровлению питания пациентов с избыточной МТ/ожирением, но и адаптированный для ПМСП вариант Школы здоровья по коррекции алиментарно-зависимых ФР НИЗ.

Он апробирован нами 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 ПМСП при изучении влияния оздоровления пищевого поведения пациентов в результате группового консультирования (Школ здоровья) на уровни и распространенность алиментарно-зависимых ФР и избыточную МТ/ожирение [34-36].

В 2019 г. специалистами ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России совместно с японскими коллегами была разработана комплексная программа по снижению массы тела с включением адаптированных японских профилактических технологий дистанционной коррекции и контроля. Недавно закончено исследование по оценке эффективности указанной комплексной программы с участием 200 пациентов, где продемонстрированы положительные результаты подобного вмешательства. Далее планируется внедрение данного метода в ряде пилотных регионов Российской Федерации. Основные аспекты и направления профилактического консультирования, примененного в программе, отражены в настоящем методическом руководстве.

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 ПМСП новую, клинически эффективную методику коррекции избыточной массы тела и других связанных с ней алиментарно-зависимых ФР НИЗ.

## **2. ОРГАНИЗАЦИЯ В РАМКАХ ПМСП 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 (при его наличии), кабинете/отделении медицинской профилактики или центре здоровья.

**Задачи кабинета доврачебного контроля.** Во всех случаях обращения пациента при каждом визите необходимо провести антропометрическое исследование. Информировать пациента об оказании специализированной помощи в К/ОМП или ЦЗ.

**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 профилактическое диетологическое консультирование в К/ОМП или ЦЗ (первичная профилактика) или участковым врачом и различными специалистами (вторичная профилактика).

**Задачи врачей нетерапевтических других специальностей.** Все пациенты с избыточной массой тела и ожирением, помимо оказания специализированной помощи по причине обращения, кратко информируются о негативном влиянии на здоровье избыточной массы тела с акцентом на прогноз основного заболевания. Рекомендуется направлять их в ЦЗ или К/ОМП.

**Задачи кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья.** В кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья оказывается медицинская помощь, прежде всего, методом как краткого, так и углубленного профилактического консультирования: индивидуального (приложение 4) или группового (приложение 7) и осуществляется динамическое наблюдение, поддерживающее и корректирующее. При необходимости проводятся дополнительные обследования в рамках ОМС 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 учреждениях ПМСП

1. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года. Правительство Российской Федерации № 1873-р от 25 октября 2010 г.  
<http://www.rg.ru/2010/11/03/pravila-dok.html>
2. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»  
<http://docs.cntd.ru/document/902312609>
3. Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации № 376-р от 17 марта 2010 г. (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 12, ст. 1401). <http://docs.cntd.ru/document/902204790>
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 124н от 13.03.2019 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/>
5. Приказ МЗ РФ №173н от 29 марта 2019 «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»  
<https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1271073/>
6. Приказ МЗ № 683н от 30 сентября 2015 года «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»  
[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_189542/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdaddd518/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189542/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdaddd518/)
7. Приказ Министерства РФ № 1011н от 06.12.12 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра»  
<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70201500/>
8. Приказ Минздрава России № 87н от 06.03.2015 «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»  
<https://www.rosminzdrav.ru/en/documents/9251-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rf-ot-6-marta-2015-g-87n>
9. Приказ Минздравсоцразвития России №597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» <http://base.garant.ru/12169847/>
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 252 от 23 марта 2012 г. «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту



в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»  
<http://base.garant.ru/70170588/#ixzz5r5dFSMuW>

11. Приказ Министерства РФ № 752н от 9 ноября 2012 г. «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при ожирении».  
<https://www.rosminzdrav.ru>
12. Приказ МЗ РФ № 850н от 9 ноября 2012 г. «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при ожирении»  
<http://docs.cntd.ru/document/902396141>
13. Приказ МЗ РФ № 804н от 13 октября 2017 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» <https://www.rosminzdrav.ru>
14. Приказ Минздрава РФ № 614 от 19.08.2016 г. «Об утверждении «Рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания»  
<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=279426>
15. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08 от 18 декабря 2018  
<http://docs.cntd.ru/document/1200076084>
16. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М., Ипатов П.В., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Еганиян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Егоров В.А., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Бунова А.С., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Мхитарян Э.А. «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г., № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2017. – 162 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 27 декабря 2017 г. Интернет ресурсы: <http://www.gnicpm.ru>; <http://rogniz.ru>, DOI:10.17116/profmed2017medrek01v4
17. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г. Москва, 2014 г.  
[https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Method\\_rek\\_disp\\_nabl.pdf](https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Method_rek_disp_nabl.pdf)

## 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 развития хронического заболевания – ожирения.

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

Распространенной формой ожирения является его первичная (обменно-алиментарная форма), которая и является предметом первичной и вторичной профилактики. Вторичное (симптоматическое) ожирение в популяции встречается значительно реже; роль профилактического вмешательства при этом не столь существенна.

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

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

Нормальная МТ соответствует ИМТ 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>. При величине ИМТ 25,0 кг/м<sup>2</sup> и более – масса тела оценивается как избыточная, 30,0 кг/м<sup>2</sup> и более – как ожирение, а 40,0 кг/м<sup>2</sup> и более – как морбидное ожирение (таблица 1).

Для практических целей могут быть использованы специальные таблицы, построенные также на расчетах индекса Кетле, но по усредненным величинам (приложение 1).

Нужно учитывать, что определение ИМТ для установления избыточной МТ недостоверно для детей, лиц старше 65 лет, спортсменов, беременных женщин.

**Таблица 1.** Классификация 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

*Различают 2 типа ожирения* – по мужскому и женскому типу или абдоминальное, андрондное (тип «яблоко») и глутео-феморальное, гиноидное (тип «груша»). Абдоминальное ожирение характеризуется особым отложением жировой ткани в пределах верхней части туловища, живота – верхний тип. Оно 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 сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений.

Ожирение по женскому типу связано с отложением жира в пределах нижних частей туловища (бедро, голень) – нижний тип. К типичным осложнениям этого типа ожирения относятся дегенеративные изменения в области опорно-двигательного аппарата и патология венозной системы.

При практически неизменных величинах индекса МТ и общем содержании жира в организме висцеральное количество жира при этих двух типах может существенно различаться; оно гораздо выше при абдоминальном типе ожирения.

Существуют различные дорогостоящие методы определения висцерального жира в организме, вплоть до КТ. Простым же методом выявления пациентов с абдоминальным висцеральным типом накопления жира является определение величины окружности талии. Риск ССЗ, СД и других заболеваний возрастает при окружности талии более 80 см у женщин и 94 см – у мужчин, а при окружности талии более 88 см у женщин и 102 см у мужчин – риск этих заболеваний становится крайне высоким (таблица 2).

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 развития инсулинорезистентности и, как следствие, *метаболического синдрома*.

**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

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 неточное представление при гипотрофии скелетной мускулатуры (в связи с возрастном или гиподинамией), при нарушениях водно-электролитного баланса, остеопении, 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 биоимпедансометрии и др.), однако в практике их использование ограничено. Тем не менее, 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 оказания медицинской помощи по снижению избыточной массы тела в кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья**

Целевые группы вмешательства по оказанию помощи по снижению избыточной МТ методом диетологического профилактического консультирования 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: II-я группа здоровья (первичная профилактика) и/или пациенты III-й группы 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, расчет по шкале SCORE фатального 10-летнего риска сердечно-сосудистых заболеваний. 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, уровень 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, уровень инсулина, печеночные пробы, электролитные показатели, и др., а также мониторинг артериального давления, ЭХО-КГ, доплерографию сосудов и другие методы).

При необходимости назначают консультации специалистов строго по показаниям, согласно «стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при ожирении» (п.2.1). Важно оценить риск заболеваний и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, т.к. при консультировании и выборе тактики вмешательства, в частности, увеличении 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 о влиянии избыточной массы тела на здоровье человека, о методах снижения массы тела, о принципах рационального питания;

- формирование мотивации к оздоровлению поведенческих ФР НИЗ и активного отношения к коррекции избыточной массы тела;
- обучение навыкам самоконтроля пищевого поведения (количество и качество питания), умений составления рационов суточного питания (диет);
- повышение 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; проводятся врачом кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья, а также лечащим врачом (Приложение 4, 5). Возможна консультация врача ЛФК (В01.036.005), с назначением «дополнительного обследования рекомендуемой нагрузки» (В01.020.004);
- *медикаментозные* – проводятся в сочетании с немедикаментозными методами врачами КМП/ОМП или лечащими врачами, а также по показаниям и по их назначению диетологом (В01.013.001), эндокринологом (В01.058.001), хирургом (В01.057.002) и другими специалистами согласно стандартам оказания первичной медицинской помощи при ожирении;
- *хирургические* – проводятся по специальным показаниям в условиях хирургического стационара врачами-хирургами совместно с врачами диетологами, эндокринологами и др.

*Конечная цель коррекции избыточной массы тела* – снижение ИМТ до 25 кг/м<sup>2</sup>, окружности талии для мужчин менее 94 см, для женщин – менее 80 см. *Промежуточная цель* при ожирении, особенно при значительной степени – ИМТ ниже 30 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см.

*Целевое снижение массы тела* при ожирении – определяется индивидуально, желательно стремиться (при отсутствии противопоказаний) к общецелевому уровню, но даже снижением МТ на 3-5% можно считать удовлетворительным результатом. Важен при этом учет суммарного сердечно-сосудистого риска.

*Первичный прием* ориентирован на определение показаний для проведения коррекции избыточной МТ и выбор тактики, интенсивности и длительности вмешательства. Он включает выяснение степени и типа ожирения, оценку 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 в К/ОМП, ЦЗ, так и лечащим врачом (схема 1).

Большинство пациентов с избыточной МТ выражают желание нормализовать вес, однако, не во всех случаях это желание осознанно 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 негативном влиянии избыточной МТ на здоровье и имеющуюся патологию, о необходимости контроля МТ, 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 (при обращении) получают также краткий совет по здоровому питанию и контролю МТ. 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 кг/м<sup>2</sup>), не имеющие дополнительно других ФР (курение, дислипидемии, нарушенная толерантность к углеводам и др.) и низкий или умеренный сердечно-сосудистый риск, могут приглашаться 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  $\geq 30,0$  кг/м<sup>2</sup> с диагнозом ожирение и лицам с избыточной МТ (ИМТ 25,0-29,9 кг/м<sup>2</sup>), имеющим сопутствующие ФР и относительный высокий (до 40 лет) и абсолютный высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск (40-65 лет), рекомендуется динамическое наблюдение, повторные поддерживающие консультации и контроль МТ.

Возможно назначение дополнительного (строго по показаниям) на фоне диетотерапии медикаментозного и/или хирургического лечения (Приложение 5). При необходимости назначаются консультации других специалистов: эндокринолога,

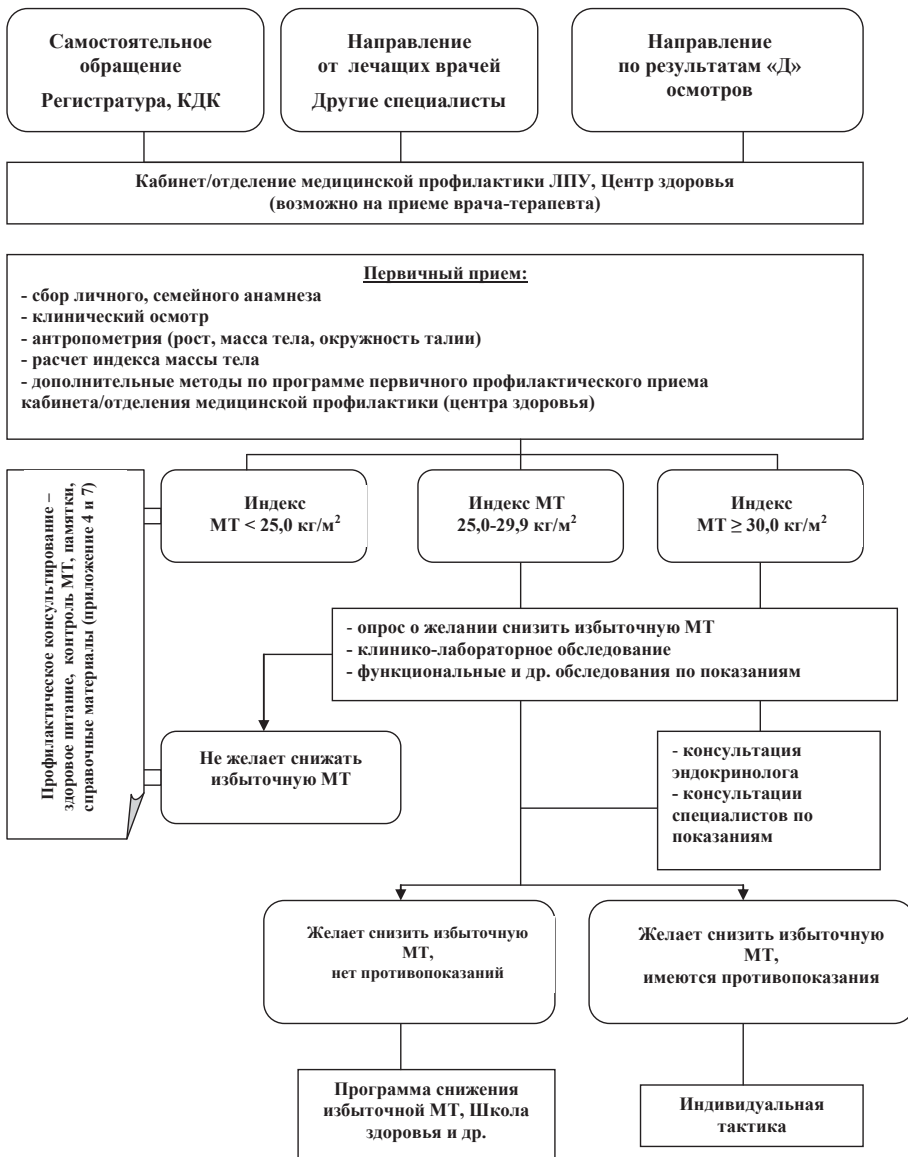
психотерапевта, рефлексотерапевта, врача ЛФК, хирурга и др. Самоконтроль МТ обязателен для всех.

*Динамическое наблюдение* – проведение контроля и повторного консультирования с коррекцией при необходимости рекомендаций и включения комплексов дополнительных лечебно-профилактических мер (немедикаментозного и медикаментозного вмешательства).

Динамическое наблюдение при первичной профилактике осуществляется в К/ОМП, а в случае заболеваний при вторичной профилактике – у соответствующего заболеванию лечащего врача согласно Приказу МЗ РФ №173н от 29 марта 2019 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и методическим рекомендациям (п.2.1).

Динамический контроль на фоне немедикаментозных рекомендаций и самоконтроля МТ осуществляется 1-2 раза в год, на протяжении 1-2 лет. При назначении лекарственной терапии (в частности, статинов) режим контрольных посещений определяется лечащим врачом индивидуально в зависимости от характера лечения и индивидуального состояния. Желательно ведение дневника питания (Приложение 6). Рекомендуется в кабинете/отделении медицинской профилактики помимо типовой карты амбулаторного пациента вести журнал учета пациентов Школы здоровья (Приложение 7).

**Схема 1.** Алгоритм формирования целевых групп для коррекции избыточной массы тела (диагностика)





### 2.3.2. Организация Школ здоровья для пациентов с избыточной массой тела

Основой *немедикаментозных методов* коррекции избыточной МТ и лечения ожирения является профилактическое консультирование в индивидуальной или групповой форме (школы здоровья по снижению избыточной МТ - В005.069.008).

Организационная форма профилактического консультирования применима как в структурах медицинской профилактики (кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья), так и в работе врача терапевта (участкового, семейного, общей практики, цехового). 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 (В05.069.008); а на приеме врача-терапевта по схеме кратких или расширенных индивидуальных профилактических собеседований.

Методам коррекции избыточной МТ посвящены два последовательных врачебных консультативных приема или занятий в школе здоровья (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, перечисленных 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 6);
- *журнал учета* (Приложение 7).

Структура построения занятий группового консультирования (Школ здоровья) пациентов с избыточной МТ/ожирением приведена в Приложении 7. Список рекомендуемой дополнительной литературы в Приложении 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-терапевт, различные специалисты оказывают поддержку, дают повторные разъяснения, но самое главное «действие» – это отношение, воля, умения и здоровые поведенческие навыки по питанию и достаточная физическая активность самого пациента.

### ***2.3.3. Оказание медицинской помощи по снижению массы тела в процессе проведения диспансеризации***

Согласно порядку диспансеризации (Приказ МЗ РФ №124 от 13.03.2019 г.) на 1 этапе диспансеризации после соответствующего обследования (опрос, МТ, ИМТ, экспресс-анализы на глюкозу и холестерин, риск ССЗ по шкале SCORE) всем лицам с избыточной МТ проводится консультирование по снижению массы тела. Они обязательно консультируются по питанию и режиму двигательной активности с учетом показаний и противопоказаний (кратко или расширенно в зависимости от ресурсных возможностей), от возраста и группы здоровья. Факт консультирования регистрируется в карте пациента по соответствующей учетной форме.

Профилактическое консультирование по питанию следует проводить в процессе диспансеризации последовательно, причем на врачебных приемах в структурах медицинской профилактики консультирование проводится по расширенной схеме (краткое или углубленное консультирование), включая организацию школ здоровья, а на приеме врача-терапевта (ВОП, участковый, цеховой) – просто беседа с указанием на негативное влияние данного ФР на здоровье человека (Приказ МЗ РФ №124н от 13.03.2019 г.). В кабинете/отделении медицинской профилактики на первом этапе диспансеризации проводится вмешательство в виде *краткого профилактического консультирования* для всех граждан: 1 раз в 3 года для граждан 18-39 лет и ежегодно для лиц 40-64 лет (схема 2). На 2 этапе диспансеризации, после установления групп здоровья и групп диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, в К/ОМП проводится

углубленное (индивидуальное и/или групповое) профилактическое консультирование для лиц II и IIIa группы здоровья, т.е. для лиц с выявленной:

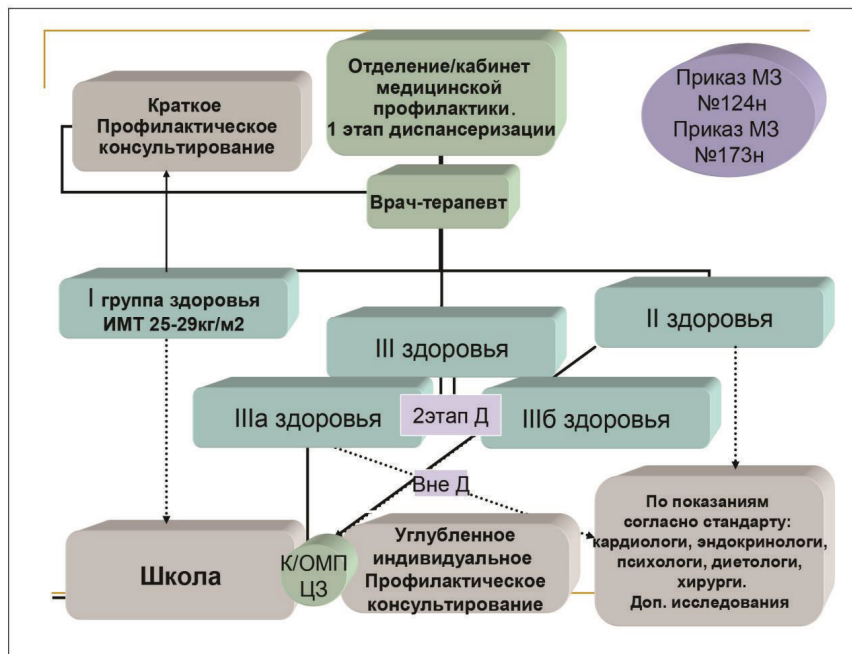
- ишемической болезнью сердца;
- цереброваскулярными заболеваниями;
- хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза;
- болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;
- с высоким и очень высоким абсолютным и высоким относительным риском фатальных сердечно-сосудистых осложнений;
- при уровне ХС $\geq$  8 ммоль/л, ИМТ  $\geq$  30кг/м<sup>2</sup>.

Таким образом, в рамках диспансеризации:

- при ИМТ 25-29 кг/м<sup>2</sup> и при низком умеренном риске (I группа здоровья) предусмотрено краткое профилактическое консультирование. Можно направить в Школу (К/ОМП, ЦЗ) вне рамок диспансеризации;
- при ИМТ 25-29 кг/м<sup>2</sup> и высоком относительном и высоком и очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также ИМТ  $\geq$ 30 кг/м<sup>2</sup> (II группа здоровья) – предлагается углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование в К/ОМП или ЦЗ);
- при ИМТ $\geq$ 25 кг/м<sup>2</sup> и наличии ССЗ (IIIa группа здоровья), проводится углубленное индивидуальное профилактическое консультирование (в К/ОМП или ЦЗ); направляет их лечащий врач, у которого они находятся под диспансерным наблюдением.

Пациенты IIIб группы здоровья помимо оказания специализированной помощи по поводу обращения кратко информируются о негативном влиянии на здоровье нерационального питания, избыточной МТ с акцентом на прогноз основного заболевания. Их можно направить на углубленное консультирование вне рамок диспансеризации (схема 2).

**Схема 2.** Алгоритм оказания медицинской помощи по снижению массы тела в процессе проведения диспансеризации



Примечание: пунктирные линии обозначают оказание медицинской помощи вне рамок Диспансеризации

### **3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Оценка эффективности немедикаментозной коррекции избыточной МТ на основе метода профилактического индивидуального и группового 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) [34-36].

#### **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 был равен  $101,9 \pm 9,8$  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 МТ 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 МТ была выявлена высокая частота алиментарных нарушений в пищевом поведении: у 76,5% – чрезмерное потребление простых углеводов, у 59% – повышенное потребление жира и у 62% – пищевого 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 40 минутных групповых занятия). Внимание уделялось вопросам повышения информированности пациентов, готовности 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 риска НИЗ.

Второе занятие было посвящено детальному анализу и обучению принципам питания при избыточной МТ, составлению диет, формированию и проведению разгрузочных дней, давались ключевые советы по оптимизации физической активности и самоконтролю. При необходимости проводились повторные поддерживающие индивидуальные консультации и давались соответствующие рекомендации.

Профилактическое консультирование пациентов с избыточной МТ и последующее поддерживающее индивидуальное консультирование (немедикаментозное профилактическое вмешательство) врачами в ходе амбулаторной практики позволило стойко повысить информированность по сравнению с исходным уровнем. При контроле через 1 год, через 4 года выявлено повышение

информированности пациентов о взаимосвязи поведенческих привычек и факторов риска, в частности, связи между пищевым поведением и избыточной МТ.

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, соблюдению основ здорового и, при необходимости, профилактического и диетического питания, как нового образа жизни и пищевого поведения.

Проведение систематической консультативной 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, 90% – 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. Была отмечена достоверная тенденция к достижению сбалансированности рациона. В результате через 1 год была выявлена положительная динамика в частоте и уровне вторичных алиментарно-зависимых ФР 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 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 МТ. У них АД снизилось в среднем на 8-10% от исходного (по сравнению с пациентами без стойкого снижения избыточной МТ, у которых АД снизилось на 3-4%,  $p < 0,01$ ).

Только оздоровление пищевых привычек с акцентом на алиментарные факторы риска ССЗ (без медикаментозной терапии) выявило 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 коррекции избыточной массы тела в организованном коллективе**

Организованные коллективы считаются большинством специалистов рациональной организационной моделью профилактики ФР 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. Этому также способствует длительный латентный период доклинического течения большинства НИЗ, что и приводит к поздним обращениям за своевременной медицинской, в т.ч. и профилактической помощью.

Предоставление профилактического консультирования на рабочем месте оптимизирует ресурс профилактической 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 приводится оценка эффективности коррекции избыточной массы тела в условиях организованного коллектива, на рабочем месте. Она проведена в коллективе педагогов общеобразовательных учреждений у лиц с избыточной МТ. 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 ( $25\text{-}29,9 \text{ кг/м}^2$ ) имели 54,1%, ожирение – 45,9% в т.ч. ожирение 3 степени с абдоминальной ее формой – 5,4%. У 62,1% педагогов была выявлена ГХС.

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

В данной организационной модели помимо оценки показателей здоровья и последующего профилактического медицинского вмешательства по коррекции выявленных факторов риска НИЗ 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% педагогов выразили интерес к групповым занятиям с врачами, а желание снизить избыточную МТ высказали 76,9%. Но основным мотивом для снижения избыточного веса у 92,9% лиц с избыточной МТ было желание эстетического характера и только 7,1% хотели снизить вес, чтобы улучшить здоровье. Этот факт косвенно отражает недостаток знаний о негативном влиянии на здоровье избыточной МТ даже среди высокообразованного контингента – педагогов.

В избранном организованном коллективе было проведено групповое профилактическое диетологическое консультирование в «Школе здоровья» на рабочем месте в форме 2-х адаптированных диетологических 40-минутных групповых занятий, аналогичных организационной модели в поликлинике (п. 3.1). В последующем

в течение 1 года при необходимости проводились повторные индивидуальные врачебные консультации и давались поддерживающие рекомендации.

Среди лиц с АГ, помимо профилактического консультирования по алиментарно-зависимым ФР НИЗ, проводилось и контролируемое медикаментозное лечение, что комплексно позволило через год у 63,6% достичь стойких целевых уровней АД. Проведение консультативной профилактической работы по коррекции избыточной МТ с акцентом на поведенческие ФР НИЗ на рабочем месте, т.е. в рабочей среде, где имеется важнейший фактор коллективизма в формировании этих поведенческих ФР (привычек питания), позволило увеличить приверженность педагогов более здоровому пищевому поведению.

Через год достоверно увеличилась доля педагогов, соблюдающих принципы здорового питания и ограничения, рекомендуемые для контроля МТ. Наиболее выраженные положительные изменения алиментарных привычек отмечены у лиц, которые помимо получения группового консультирования получали индивидуальные врачебные рекомендации по питанию.

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% (на 60%), 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 ССЗ среди педагогов с АГ на рабочем месте – с 61,4 до 42% (на 31%), что свидетельствует и о результативности мер вторичной профилактики АГ на рабочем месте.

Таким образом, профилактическое диетологическое консультирование (индивидуальное и групповое) 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 ССЗ: избыточной массы тела, АГ и 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 ССЗ (АГ и ГХС), а, следовательно, – и на прогнозе этих состояний.

Именно этим 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. Масленникова Г.Я., Бойцов С.А., Оганов Р.Г. и др. Неинфекционные заболевания как глобальная проблема здравоохранения, роль ВОЗ и ее решения. *Профилактическая медицина* 2015;18(1): 9-13.  
<http://doi:10.17116/profmed20151819-13>
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO, Geneva, 2014. ISBN 978 92 4 156485 4.
3. Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П. и др. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в РФ *Профилактическая медицина* 2018; 21;1:4-10.  
<https://doi.org/1-.17116/profmed20182114-10>
4. Демографический ежегодник России, 2015: стат. сб. / Федер. служба гос. статистики (Росстат). М.: Росстат, 2015.
5. Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья. Сеть человеческого развития, Всемирный банк. Глобальное бремя болезней: порождение доказательств направление политики — региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013.
6. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020. Женева, 2014. ISBN 978 92 4 450623 3.
7. Григорьева М.А. Социально-экономические причины и последствия распространения избыточной массы тела в России *Профилактическая медицина* 2014;17(5):34-41.
8. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А. и др. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ–РФ *Профилактическая медицина* 2014; 5: 42-53.
9. Межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года: проект. М., 2016. [https://www.gnicpm.ru/UserFiles/PROEKT\\_STRATEGII\\_NIZ-210616.pdf](https://www.gnicpm.ru/UserFiles/PROEKT_STRATEGII_NIZ-210616.pdf).
10. Еганын Р.А. Формирование реальных практических предложений для создания условий, обеспечивающих потребителю выбор пищевых продуктов, соответствующих принципам здорового питания *Профилактическая медицина* 2016;19(1):4-9. <http://doi:10.17116/profmed20161914-8>.
11. Драпкина О.М., Попова И.Р., Роль ожирения в развитии хронической сердечной недостаточности *Лечебное дело* 2012; 1; 6:68-73
12. Бондаренко И.З., Шпагина О.В. Патогенетические основы развития сердечно-сосудистых заболеваний при ожирении. Трудности диагностики и лечения *Ожирение и метаболизм*. 2015;12(4):47-51. DOI: 10.14341/OMET2015447-51

13. Michael J. Bloch, Recent data from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstrates no improvement in U.S. blood pressure control rates *J of the American Society of Hypertension* 2018; 12;1: 3-4.
14. Ершова Е.В., Яшков Ю.И. Состояние углеводного и липидного обмена у пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа после билиопанкреатического шунтирования *Ожирение и метаболизм*. 2013;3:28-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.14341/2071-8713-3862>
15. Doehner W., Erdmann E., Cairns R., et al. Inverse relation of body weight and weight change with mortality and morbidity in patients with type 2 diabetes and cardiovascular co-morbidity: an analysis of the PROactive study population *Int J Cardiol*. 2012;162(1):20-6. [http://doi: 10.1016/j.ijcard.2011.09.039](http://doi:10.1016/j.ijcard.2011.09.039).
16. Jackson C.L., Yeh H.C., Szklo M, et al. Body-mass index and all-cause mortality in US adults with and without diabetes *J Gen Intern Med* 2014; 29: 25–33.
17. Bucholz EM, Rathore SS, Reid KJ, et al. Body mass index and mortality in acute myocardial infarction patients *Am J Med* 2012; 125: 796–803.
18. Angerås O, Albertsson P, Karason K, et al. Evidence for obesity paradox in patients with acute coronary syndromes: a report from the Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry *Eur Heart J* 2013; 34: 345–353.
19. Jensen M.D, Ryan D.H, Apovian C.M, Ard J.D. et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society *Circulation* 2014;129(25 Suppl 2):S102-38.
20. The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The National heart, Lung, and Blood Institute. C2017-[cited 2017 June 30]. Available from:[https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd\\_c.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf)
21. Wadden T.A, Neiberg R.H, Wing R.R *et al*. Four-year weight losses in the Look AHEAD study: Factors associated with long-term success *Obesity* 2011;19:1987-98.
22. Vallis M., Piccinini-Vallis H., Sharma A.M. Modified 5 As: Minimal intervention for obesity counseling in primary care *Can Fam Physician* 2013; 59:27-31.
23. Mancini M, Longo K, Esposito I, Pauciuolo P (2016) Drastic Calorie Restriction for the Treatment of Massive Obesity *J Obes Eat Disord* 2:3. [http://doi: 10.21767/2471-8203.100014](http://doi:10.21767/2471-8203.100014)
24. Locher J.L., Goldsby T.U., Goss A.M., et al. Calorie restriction in overweight older adults: Do benefits exceed potential risks?. *Exp Gerontol*. 2016;86:4–13. <http://doi:10.1016/j.exger.2016.03.009>
25. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации *Кардиоваскулярная профилактика* 2018;6;122с.
26. Шарафетдинов Х.Х., Гаппарова К.М., Чехонина Ю.Г. Эффективность и безопасность белковых заменителей пищи у больных с ожирением «РМЖ» №20 от 23.08.2013 стр. 1010

27. Батурин А.К., Сорокина Е.Ю., Погожева А.В., Елизарова Е.В., Тутельян В.А. Изучение ассоциации полиморфизмов генов RS 993609 гена FTO и RS659366 гена UCP2 с ожирением у населения Арктической зоны Российской Федерации *Вопросы питания* 2017;86;3:32-39.
28. Recommended Dietary Pattern to Achieve Adherence to the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) Guidelines. A Scientific Statement From the American Heart Association *Circulation*. 2016;134:00–00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000462
29. Hall K.D., PhD Did the food environment cause the obesity epidemic? *Obesity (Silver Spring)*. 2018 Jan; 26(1): 11–13. <http://doi: 10.1002/oby.22073>
30. Hall K.D. A review of the carbohydrate-insulin model of obesity *Eur J Clin Nutr*.2017;71: 323-326.
31. Fred Brouns Overweight and diabetes prevention: is a low-carbohydrate–high-fat diet recommendable? *Eur J Nutr*. 2019; 58(3): 1339. Published online 2019 Apr 16. <http://doi: 10.1007/s00394-019-01959-w>
32. Клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. Российская Ассоциация Эндокринологов. Москва, 2014.
33. Клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии. РОХ, Общество бариатрических хирургов. Москва, 2014.
34. Измайлова О.В. Разработка технологии коррекции алиментарно-зависимых факторов риска АГ в первичном звене здравоохранения. Дисс. к.м. н., М. 2008.
35. Калинина А.М., Концевая 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.
36. 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 (рекомендуемое)

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

Масса тела (кг)	Рост	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
	(см)													
	125	63,8	59,5	55,6	52,0	48,8	45,9	43,3	40,8	38,6	36,5	34,6	32,9	31,3
	120	61,2	57,1	53,3	49,9	46,9	44,1	41,5	39,2	37,0	35,1	33,2	31,6	30,0
	115	58,7	54,7	51,1	47,9	44,9	42,2	39,8	37,6	35,5	33,6	31,9	30,2	28,8
	110	56,1	52,3	48,9	45,8	43,0	40,4	38,1	35,9	34,0	32,1	30,5	28,9	27,5
	105	53,6	49,9	46,7	43,7	41,0	38,6	36,3	34,3	32,4	30,7	29,1	27,6	26,3
	100	51,0	47,6	44,4	41,6	39,1	36,7	34,6	32,7	30,9	29,2	27,7	26,3	25,0
	95	48,5	45,2	42,2	39,5	37,1	34,9	32,9	31,0	29,3	27,8	26,3	25,0	23,8
	90	45,9	42,8	40,0	37,5	35,2	33,1	31,1	29,4	27,8	26,3	24,9	23,7	22,5
	85	43,4	40,4	37,8	35,4	33,2	31,2	29,4	27,8	26,2	24,8	23,5	22,4	21,3
	80	40,8	38,0	35,6	33,3	31,3	29,4	27,7	26,1	24,7	23,4	22,2	21,0	20,0
	75	38,3	35,7	33,3	31,2	29,3	27,5	26,0	24,5	23,1	21,9	20,8	19,7	18,8
	70	35,7	33,3	31,1	29,1	27,3	25,7	24,2	22,9	21,6	20,5	19,4	18,4	17,5
	65	33,2	30,9	28,9	27,1	25,4	23,9	22,5	21,2	20,1	19,0	18,0	17,1	16,3
	60	30,6	28,5	26,7	25,0	23,4	22,0	20,8	19,6	18,5	17,5	16,6	15,8	15,0
	55	28,1	26,2	24,4	22,9	21,5	20,2	19,0	18,0	17,0	16,1	15,2	14,5	13,8
	50	25,5	23,8	22,2	20,8	19,5	18,4	17,3	16,3	15,4	14,6	13,9	13,1	12,5
	45	23,0	21,4	20,0	18,7	17,6	16,5	15,6	14,7	13,9	13,1	12,5	11,8	11,3
	40	20,4	19,0	17,8	16,6	15,6	14,7	13,8	13,1	12,3	11,7	11,1	10,5	10,0

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

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2 (обязательное)

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

Известно, что ожирение часто сопровождается развитием сердечно-сосудистых и других хронических НИЗ: сахарного диабета 2 типа, некоторых бронхо-легочных, онкологических заболеваний, заболеваний органов пищеварения, желчнокаменной болезни, стеатоза печени, деформирующего остеоартроза, остеохондрозов, хронической венозной недостаточности нижних конечностей, поликистоза яичников, частых осложнений после родов и оперативных вмешательств, патологии беременности; а также состояний, влияющих на прогноз этих болезней: дислипидемии, НГУ, гормональной дисфункции. Как правило, вероятность развития этих заболеваний возрастает по мере увеличения МТ, особенно при избыточном отложении жира в абдоминально-висцеральной области.

Для получения полной картины состояния пациента обследование необходимо начинать с антропометрического исследования, оценки рисков ССЗ и общетерапевтического обследования, затем приступать к более тщательному сбору анамнеза (диетанамнеза) и определению готовности больного к восприятию рекомендаций. После этого можно приступать поэтапно к лабораторным и функциональным исследованиям строго по показаниям (см. схему).

#### Схема обследования при избыточной массе тела и ожирении

Антропометрическое исследование: измерение роста, веса; Определение индекса массы тела, измерение окружности талии					
Диетанамнез	Анамнез, опрос о готовности снизить изб. МТ	Общетерапевтическое обследование Определение сердечно-сосудистого риска	АД ЭКГ	Холестерин  Глюкоза натощак 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	Диета с учетом сопутствующих 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 ФР, а также для выяснения противопоказаний к лечению и выбору тактики вмешательства.

На первом этапе обследование антропометрия дополняется измерением АД, снятием ЭКГ-покая, определением уровней холестерина, глюкозы в сыворотке крови натощак.

Назначение углубленного обследования включает:

- при уровне общего ХС 5 и более ммоль/л – определение спектра липидов: ХСЛНП, 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 натощак – ГТТ (0-120 мин.), по показаниям – определение уровня инсулина, гликированного гемоглобина;
- при необходимости по показаниям консультации специалистов (эндокринолог, кардиолог, хирург и др.).

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

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

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3 (рекомендуемое)

### 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 адаптированный индивидуальный план дальнейших действий.

Диетanamнез помогает установить реальные приоритеты (prediction) в коррекции питания пациента и определить характер вмешательства (prevention, personalization). Кроме того, опрос врача по проблемам питания способствует формированию чувства сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом (participation).

*Оценка характера питания* помогает врачу анализировать 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>1,2,3</sup>. Могут применяться также вопросники для заполнения средним медицинским персоналом (интервьюером). Возможны электронные и дистанционные версии.

Приводим для примера ряд опросников:

*А Опросник для сбора диетanamнеза (краткий вариант – заполняется врачом, медицинским работником для базовой оценки пищевых привычек)*

Для оценки результатов опроса в правом столбце указаны оптимальные (рекомендуемые) показатели.

Вопросы	Ответ	Оптимально (рекомендуется)*
1. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?		3-4 раза
2. За сколько часов до сна Вы принимаете пищу?		За 2 часа и более
3. Сколько кусков (чайных ложек) сахара, варенья, джема и др. Вы обычно потребляете за день с чаем или кофе?		6 и менее
4. Как часто Вы пьете компоты и сладкие газированные напитки (фанту, пепси-колу и др.)?		Не употребляет
5. Употребляете ли Вы ежедневно кондитерские изделия, мороженое и др. сладости?		Нет
6. Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную в общепите пищу?		Нет
7. На каком жире у Вас дома обычно жарят пищу?		Не жарят
8. Как часто Вы едите овощи и фрукты?		Ежедневно и чаще
9. Чем вы дома преимущественно заправляете салаты?		Растительным маслом
10. Рассматриваете ли Вы этикетки продуктов?		Да

Вопросники разработаны к.м.н. Р.А. Еганян. Использовано:

<sup>1</sup> Химический состав российских пищевых продуктов. – Альбом.

Под ред. Скурихина И.М., Тутельяна В.А., Москва, 2002 год.

<sup>2</sup> Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике.

Журнал Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011, 6. Приложение 2.

<sup>3</sup> Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний. ВОЗ, 2003 г.

\* – рекомендуемые ответы даны только для медицинского персонала, при опросе они в анкету не включаются

Б. Частотный краткий опросник оценки привычек питания; заполняется пациентом (можно дистанционно) для оперативной оценки за краткосрочный или среднесрочный период динамики привычек питания и внесения соответствующей коррекции врачом-исследователем.

№	Вопросы	Ответы	Рекомендуемые ответы (соответствующая коррекция)*
1	За сколько часов до сна Вы принимаете пищу?	За _____ часа	Более, чем за 2 часа
2	В среднем, сколько порций (около 80 г. свежих и 30 г. сушеных) фруктов и овощей вы едите ежедневно?	Количество порций фруктов в день _____ Количество порций овощей в день _____	Вместе фруктов и овощей должно быть 5 порций и более
3	Сколько кусков или чайных ложек сахара, варенья, меда и др. потребляете в день?	_____ кусков, ч.л. в день	До 6 кусков, ч.л
4	Сколько кусков хлеба Вы потребляете в день?	_____ кусков в день	До 3 кусков
5	Сколько раз за неделю Вы потребляете кондитерские изделия, мороженое и др. десерт?	_____ раз за неделю	Не употребляю
6	Сколько раз за неделю Вы потребляете колбасные изделия?	_____ раз за неделю	Не употребляю
7	Сколько раз за неделю Вы потребляете соленья и маринады?	_____ раз за неделю	Не употребляю
8	Сколько раз за неделю Вы потребляете рыбу?	_____ раз за неделю	2 раза и более
9	Сколько дней в неделю вы завтракаете здоровой пищей (нежирный творог, каши и др.)?	_____ дней в неделю	Ежедневно
10	Сколько раз за неделю Вы обедаете в предприятиях общепита?	_____ раз за неделю	Не обедаю в общепите

\* – рекомендуемые ответы даны только для медицинского персонала, при опросе они в анкету не включаются

В. В процессе лечения эффективно заполнение «Дневника питания» (Приложение 6). Количество дней заполнения, объем внесения сведений: о всей съеденной пище или по отдельным продуктам – решает лечащий врач.

Г. Для научных целей предлагаются *специальные компьютерные программы* (например: Нутритест, разработанный ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии».

Д. Для проведения эпидемиологического исследования – «Мониторинга факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении» можно применить Опросник «STEPS», ВОЗ.

Руководство к инструменту STEPS было разработано ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России Руководство к инструменту STEPS ВОЗ, разработанные ГНИЦПМ, 2016. – 111с. Электронный ресурс: <http://www.gnicpm.ru>



Е. Опросник для самозаполнения с бальной оценкой (заполняется пациентом для самооценки соблюдения принципов Здорового питания)

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	
	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)	<input type="checkbox"/> 4
Растительное масло	<input type="checkbox"/> 1	На всех жирах	<input type="checkbox"/> 5
Маргарин	<input type="checkbox"/> 2		
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. Рассматриваете ли Вы этикетки продуктов в торговом зале?			
	Да	<input type="checkbox"/> 0	
	Иногда и/или не все	<input type="checkbox"/> 1	
	Всегда	<input type="checkbox"/> 2	

Нарушения принципов Здорового, 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

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Содержание профилактического диетологического 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). *Энергетическое равновесие* рациона питания: уменьшение энергопоступления и увеличение энергозатрат. Для снижения избыточной МТ необходимо потреблять пищу меньшей калорийности. *Уменьшать калорийность рациона* рекомендуется за счет уменьшения содержания углеводов (особенно рафинированных – сахар, мука и изделия с их содержанием) и жиров (преимущественно животного происхождения и промышленно переработанных) 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 20-35% от общей калорийности (60-80 г), углеводы – 40-65% от общей калорийности с ограничением и даже полным исключением простых сахаров (0-5%).
  - a. *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 100-120г в готовом виде) мяса, рыбы или птицы и 1 порции молочного блюда (100г 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 бобовых, картофеля, или круп и макаронных изделий наименее обработанных сортов.
  - b. *Жиры*. Жир является наиболее калорийным компонентом пищи. Уменьшение доли жиров животного происхождения достигается *исключением из рациона* жирных сортов свинины, баранины, птицы (гуси, утки), переработанных мясопродуктов (колбасы, паштеты), жирных молочных продуктов (сливки, сметана и пр.). Выбором может стать куриная грудка, особенно без кожи, которая содержит наименьшее количество жира. Уменьшить потребление жиров животного происхождения можно потреблением низкожирных сортов молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Особенно вредны в плане атерогенности и онкогенности промышленно переработанные жиры из-за содержания транс-жиров. Они входят в состав фаст-фудов, майонеза, чипсов, изделий из шоколада, крекеров, многих кондитерских изделий и продуктов, приготовленных во фритюре. Потребление этих продуктов следует ограничить и даже исключить.
  - c. *Углеводы*. Не рекомендуются (или исключаются) продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие напитки

и др., имеющие высокий гликемический индекс. Содержание добавленного сахара должно быть менее 30г в день. Из источников углеводов предпочтение следует отдавать растительным продуктам – цельнозерновому, отрубному хлебу и мало обработанным крупам, а также овощам, фруктам и ягодам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна, дозирующие и регулирующие поступление углеводов в организм.

- 3). *Ограничение/исключение потребления алкоголя*, особенно при наличии НИЗ. 1 г алкоголя содержит 7 ккал (рюмка водки – 140ккал). Кроме того алкоголь отрицательно воздействует на пищевое поведение.
- 4). *Соблюдение водно-солевого режима*. Рекомендуется ограничение поваренной соли до 5 г/сутки (1 чайная ложка без верха), исключив приправы, экстрактивные вещества, повышающие к тому же аппетит.
- 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, 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). Соль следует ограничить.
- 6). *Режим питания*. Рекомендуется 3 основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) и 1-2 перекуса в день. Порции должны быть маленькие (не более 500г). Ужин рекомендуется не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Оптимальный интервал между ужином и завтраком – 10-12 часов.

*Физическая активность*. Простым, доступным и эффективным видом физической нагрузки является ходьба 30-60 мин в день, 4-5 раз в неделю и главное – регулярно. Полезны занятия плаванием, танцами, подвижными играми и др. При ССЗ, СД, заболеваниях опорно-двигательного аппарата 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.

### Методы лечения ожирения (краткий обзор и рекомендации)

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

*Временные (абсолютные) противопоказания для лечения ожирения:* беременность, лактация, некомпенсированные психические и 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/вреда 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, ограничиваются.

*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 труднопреодолимыми препятствиями в соблюдении 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.), 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 сопутствующих отягощающих заболеваниях – консультация хирурга.

*Целью лечения ожирения* является постепенное снижение массы тела с обязательным уменьшением риска развития сопутствующих ожирению заболеваний, стабилизация массы тела в дальнейшем, 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 ИМТ) на протяжении 3-6 месяцев, а в дальнейшем добиваться стабилизации массы тела поддерживающей терапией. Повторные курсы лечения можно проводить через полгода, 1 раз в 1-2 года с постепенным поэтапным или плавным медленным снижением массы тела, пролонгированно, пожизненно.

При потере в весе 5% после первого курса результат считается удовлетворительным, 5-9% – хорошим, 10% и более – отличным.

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

### **5.1 Ключевые рекомендации**

*Основной метод лечения ожирения* – модификация образа жизни и питания, а основной принцип диетотерапии – редукция калорийности. Необходим строгий контроль соотношения между энергетической ценностью пищи и энергозатратами. Употребляя термин «переедание», мы подразумеваем не «обжорство», а лишь относительное, но систематическое переедание. Например, постоянное превышение суточной калорийности пищи над энергозатратами на 200 ккал в день может увеличить количество накопленного 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 7-8 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 (50х7), 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 (3 кусочка или чайных ложечек) в сутки и менее и других продуктов с высоким (более 55 ед.) гликемическим индексом (см. таблицу). Кондитерские изделия, содержащие также высококалорийный жир, и сладкие газированные напитки лучше полностью исключить;
- ограничение *крахмалсодержащих* продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля. Допускается до 3-4-х кусочков черного, цельнозернового, с отрубями или 2-3-х кусочков белого хлеба в день (белый хлеб имеет более высокий гликемический индекс и более калорийный, чем черный, цельнозерновой, отрубной). Макароны изделия из муки в/с лучше исключить, предпочтительнее макаронные изделия из твердых сортов пшеницы; крупы – менее обработанные, рис – дикий, коричневый, красный;

- 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;
- потребление большого количества *овощей* (кроме картофеля) и фруктов (500г и более в сумме). Эти продукты и блюда, приготовленные из них, низкокалорийны, и за счет большого объема создают чувство сытости. Предпочтение нужно отдавать несладким, разноцветным сортам фруктов и зеленым листовым овощам;
- ограничение потребления *жира*, главным образом, животного происхождения и трансжиров. Бутерброды желателно готовить без сливочного масла. В каши не рекомендуется добавлять сливочное масло. Не жарить! Не использовать продукты с содержанием в большом количестве промышленно переработанный жир (чипсы, крекеры, фаст-фуды), а также маргарины, майонезы и другие жирные сорта соусов;
- ограничение потребления поваренной *соли* с целью нормализации водно-солевого обмена. Необходимо: меньше использовать поваренную соль при приготовлении блюд; не солить пищу за столом (убрать солонку со стола): ограничить потребление солений, маринадов (1-2 раза в неделю за счет ограничения соли в сопутствующих салатах, гарнирах);
- 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 редукция, но с условием сохранения описанных выше принципов. В среднем 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.

Высокий GI		Низкий GI	
Глюкоза, сахар	100	Фасоль консервированная	52
Мед	88	Ячменные хлопья	50
Картофель печеный	85	Манго, киви	50
Кукурузные хлопья	80	Хлеб грубого помола с отрубями	50
Карамель	80	Грейфрутовый сок	49
Картофель-фри	75	Рис отварной	47
Хлебцы, хлопья пшеничные	75	Виноград	46
Пшеничные хлопья	73	Пиво, квас	45
Арбуз	71	Фруктовые соки	40-45
Овсяные хлопья	70	Абрикосы, персики	44
Хлеб белый	70	Консервированный горошек	43
Белый рис	70	Дыня	43
Кукуруза	70	Спагетти белые	42
Картофельное пюре	70	Апельсины, мандарины	42
Изюм	67	Финики (сушеные)	40
Сухофрукты	67	Гречневая каша	40
Пепси, кола и др. напитки	67	Земляника, клубника, крыжовник	40
Манная каша	66	Яблоки, груши, сливы	35-40
Свекла, морковь	65	Ягоды	25-30
Хлеб ржаной	63	Йогурт, молоко нежирные	33
Овсянка	61	Фасоль	30
Гамбургер	61	Чечевица	27
Макароны, вермишель	60	Молоко цельное	28
Бананы	57	Шоколад черный (60 %)	25
Картофель вареный	56	Орехи разные	15-25
Попкорн	55	Кефир	15
Рис коричневый	55		
Овсяное печенье	55		

## 5.2. Разгрузочные дни

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.

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

Творожный	500 г 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	500 г кураги и чернослива (размоченных) на 5 приемов
Рисово-компотный	1,2 кг свежих или 250 г сушеных фруктов, 50 г риса на 5 приемов
Молочный	6 стаканов 1-2,5% молока теплого на весь день
Рыбный	400 г отварной рыбы в течение дня на 4 приема с капустным листом
Мясной	400 г 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.)

### 5.3. Популярные «модные» диеты

Эти диеты чаще всего строятся на принципах ограничения питания с редукцией калорийности до 1000-1500 ккал, 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, салат из капусты; 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 – 100 г 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 высокобелковые 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 сортам мясо-молочных продуктов. Для снижения атерогенности этих диет нужно избегать субпродуктов – печени, почек и мозгов, а также



яичных желтков. Предпочтение следует отдавать рыбным продуктам, особенно жирной рыбе Северных морей.

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 женщин среднего возраста и низкой физической активностью – практически постоянно. Перевод на диету проводится после обследования.

*Низкоуглеводные диеты. 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». Эти диеты снижают выделение инсулина в организме, что уменьшает перевод углеводов в жиры и отложение последних в жировых депо. Но в этих диетах нарушен один их основных принципов здорового питания – принцип сбалансированности: недостаток углеводов может вызвать сдвиг кислотно-щелочного равновесия в организме из-за образования кетокилот из жирных кислот («жиры сгорают в пламени углеводов»). Кетоз, ацидоз вымывают соли  $Ca^{++}$  из костей, повышается риск остеопении, остеопороза и, следовательно, артрозов, остеохондроза и мочекаменной болезни. В «Кремлевской диете» повышена еще и атерогенность: доля жира в суточной калорийности в два раза (до 60-64%) выше значений, рекомендуемых ВОЗ; почти в 4 раза повышено рекомендуемое содержание пищевого холестерина (ВОЗ, 2003).

*Раздельное питание.* «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, нехватку аминокислоты *лизина* в гречневой крупе восполняет молоко, где его с избытком. Таким образом, гречневая каша на молоке является сбалансированным блюдом. Чаще всего пациенты под «раздельным питанием» подразумевают разгрузочный день.

*Метод лечения избыточной массы тела и ожирения голоданием.* Этот метод для лечения ожирения 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, а также к дисбалансу между гормонами, регулирующими аппетит (лептином, грелином и др.). В результате, при выходе из голода возникают проблемы с пищевым поведением, контролем веса, который, как правило, набирается еще больше, чем был до соблюдения диеты. Кроме того, голодание опасно риском развития осложнений (аритмии, нарушения психики, гиповитаминозов с явлениями полиневрита, поражения кожи и волос).

Потеря избыточной массы тела – процесс длительный, контроль массы тела – пожизненный. Важно, в первую очередь, формировать у пациентов новый, более здоровый образ жизни и питания. 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 назначать не более 1-2 месяцев и не чаще 2-4 раз в год.

#### **5.4. Основные принципы построения рациона с учетом сопутствующей патологии**

- a. 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, бобовые, отруби). Необходимо еще большее ограничение поваренной соли. При сердечной недостаточности желательнее шире использовать разгрузочные (особенно молочные, калиевые) дни
- b. При сопутствующей *ГХС* необходимо большее внимание уделять оптимальному соотношению (1:1) животных и растительных жиров и ограничению субпродуктов, как основных поставщиков экзогенного холестерина
- c. 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*
- d. При сопутствующих *дискинезиях желчного пузыря и толстого кишечника* рекомендуется увеличение квоты пищевых волокон (фруктов, овощей, хлеба грубого помола) до 30г и более в день. Они обладают холекинетическим эффектом.
- e. 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 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.
- f. 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.

#### **5.5. Суточный набор продуктов и примерное рекомендуемое меню для лиц с ожирением**

Одним из распространенных подходов диетотерапии является вручение пациенту соответствующего назначаемой калорийности набора продуктов, которые он может использовать в течение дня. Можно ознакомить также с составом этих диет, с меню, которое учитывает правило сбалансированности рациона. Нужно учесть, что в редуцированных рационах за счет уменьшения квоты жира и сахаров увеличивается относительная доля белков.

Ниже приводятся примеры наборов различных блюд и рекомендуемое примерное меню на 1500 ккал.

В любом случае необходим самоконтроль коррекции избыточной массы тела, что предполагает ведение дневника питания (Приложение 6).

**Суточный набор продуктов в зависимости от калорийности рациона**

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 -4 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

**Пример: Меню на 1500 ккал**

Наименование блюд	Выход, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Ккал
<i>Первый завтрак</i>					
Творог нежирный	100	13.8	1.1	8.8	100
Морковь тушенная	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 зеленый 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

На весь день					
Хлеб ржаной	150	8.4	1.65	19.9	328
ВСЕГО		85 (22%)	60 (35%)	160 (43%)	1520 (100%)

### 5.6. 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, и назначается лечебная физкультура. При избыточной массе тела (ИМТ 25-29,9 кг/м<sup>2</sup>) можно сразу рекомендовать ходьбу (см. выше).

### 5.7. Медикаментозная коррекция массы тела

Применение лекарственных средств показано при:

- неэффективности диетотерапии и других методов немедикаментозного вмешательства;
- осложненных формах ожирения (лечение сопутствующей патологии);
- ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> и более в любом случае и индексе 27 кг/м<sup>2</sup> и выше при наличии АО или высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска или 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:

- для коррекции массы тела (см. ниже);
- гормональные, улучшающие обмен веществ (по назначению эндокринолога);
- витамины, аминокислоты и минералы, функциональные продукты, помогающие сбалансировать редуцированный рацион (по назначению диетолога);
- симптоматические препараты: гипотензивные, мочегонные, слабительные, гепатотропные, противодиабетические, гиполипемические и др. (по назначению лечащих врачей).

По механизму действия препараты 1-ой группы для коррекции МТ и лечения ожирения можно условно разделить на 2 подгруппы, которые назначаются с учетом строгих показаний и противопоказаний и соответствующих консультаций:

- *Центрального действия* (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 6-12 месяцев под контролем. Возможны повторные курсы. С точки зрения доказательной медицины нет сведений об эффективном и безопасном долгосрочном их применении.

#### **5.8. Хирургические методы коррекции при ожирении.**

Инвазивные консервативные и хирургические (гастропластика, формирование «малого» желудка, резекция кишки и др. методы) чаще всего применяются по строго определенным жизненным показаниям, когда имеется ожирение II-III степеней с индексом массы тела 35 и более с 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.).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6 (рекомендуемое)

### 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. Подсчеты можно начинать врачу, потом обучить пациента на примерах. 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 своим рационом для достижения желаемых результатов, выявить причину неудач, объем и характер необходимой коррекции. В целом, такое сотрудничество увеличивает конструктивное взаимодействие «пациент – врач».

Врач должен дать ясные указания пациенту, выбрать метод более удобный и легкий для пациента, 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)

**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.

*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 необходимо 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 - 40-60 минут (допускается до 120 минут), ведется при активном участии пациентов. Рекомендуется не менее 2-х занятий с небольшими перерывами (не более 1 недели).

***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, определение риска по шкале SCORE) – 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 НИЗ;
- *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 факторов риска
- обучение пациентов методике расчета энергетической сбалансированности пищевого рациона
- обучение измерению веса, роста и окружности талии, оценки 10-летнего риска сердечно-сосудистой смертности
- обучение пациентов самоанализу собственных факторов риска, связанных с привычками и характером повседневного питания и рациональному составлению индивидуального плана оздоровления



- мотивирование пациентов: поиск наиболее значимых мотивов (улучшение здоровья, успехи на работе, внимание супруга, отношение детей, красивая одежда и т.п.)

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

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

*Шаг 2* – Определение суточной энергетической ценности рациона. Нужно записать или вспомнить съеденную за сутки пищу, ее количество и подсчитать калорийность с использованием соответствующих таблиц (интернет) или нижеприведенной таблицы «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
Сырki творожные	315-340	Хлеб пшеничный	203
Творог нежирный	86	Булки, сдоба	250-300
Брынза	260	Сахар	374
Плавленные 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 томате	130-180	Консервы рыбные в масле	220-280

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

**Цель занятия**

- информирование о целевых показателях массы тела, о влиянии на здоровье избыточной массы тела/ожирения;
- обсуждение с пациентами поведенческих факторов, влияющих на формирование алиментарно-зависимых состояний, в т.ч. избыточной массы тела;
- обучение пациентов принципам питания при избыточной массе тела, диетотерапии при ожирении, питания при атеросклерозе и других сопутствующих заболеваний;
- обучение пациентов способам ограничения в рационе жира, простых сахаров, трансжиров и поваренной соли;

- обучение составлению меню со сниженной калорийностью рациона при сохранении сбалансированности питания;
- повышение знаний о значении физической активности для здоровья и путях ее оптимизации, ознакомление с понятиями самоконтроля, зоной безопасного пульса;
- обучение пациентов ведению «Дневника питания», самоконтролю.

*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 15-20 (3 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 (500 г и более в сумме).
- Ограничение потребления жира, главным образом, животного происхождения и трансжиров.
- 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, малыми порциями.
- Использование разгрузочных дней

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

- Ешьте чуть-чуть меньше, чем расходуете (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 возникающих препятствий, обязательно дать пациентам информацию о возможности и необходимости последующих посещений врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья для контроля и получения, при необходимости, дополнительной помощи как врачебной, так и психологической, а также своего лечащего врача для контроля за состоянием здоровья.

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

ФИО, пол	Дата рождения	Адрес, контакт- ный тел.	Место работы (профес- сия)	Диагноз	Страховой полис (желательно)	Занятия (дата)	
						1-е	2-е

## ПРИЛОЖЕНИЕ 8 (рекомендуемое)

### Перечень рекомендуемой литературы

1. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Кардиоваскулярная профилактика 2018; 6; 122 с.
2. Еганян Р.А., Калинина А.М. Школа здоровья. Избыточная масса тела и ожирение. М.– Геотар. – 2010. – 112 с.
3. Профилактическое консультирование пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Под ред. Оганова Р.Г. М. – «Диатрон». – 210. – 118 с.
4. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний. Серия технических докладов ВОЗ. Женева. – 2003.  
[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_916/ru/index/html](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916/ru/index/html)









О.М. Драпкина, Р.А. Еганян, А.М. Калинина, О.В. Измайлова, Е.А. Лавренова,  
Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, Д.С. Комков, Р.Н. Шепель, А.В. Концевая

**Оказание в первичном звене медицинской помощи взрослому населению  
по снижению избыточной массы тела**

Методические рекомендации  
(2-е издание с дополнениями и уточнениями)

Подписано в печать 09.12.2019 г. Формат 60x90/16. Бумага офсетная 80 г/м<sup>2</sup>.

Гарнитура Times. Усл. печ. л. 2. Тираж 600 экз.

Отпечатано с оригинал-макета в ООО «Канцтовары»,

г. Воронеж, ул. Краснодонская, 16и, тел.: +7 (473) 200-888-0