

Питание при ожирении: целевые критерии и мониторинг снижения массы тела

И.В. САМОРОДСКАЯ¹, Е.В. БОЛОТОВА²

¹ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва; ²ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Аннотация

В обзорной статье подробно представлены современные клинические рекомендации, посвященные оценке влияния питания на коррекцию повышенного индекса массы тела (ИМТ) и ожирения, обзор эффективности специфических коммерческих диет, целевые критерии снижения массы тела (МТ) и мониторинг состояния пациента, участвующего в программе по снижению МТ. Современные клинические рекомендации свидетельствуют, что в настоящее время не существует оптимальной диеты с точки зрения ее влияния на коррекцию избыточной МТ и последующего сохранения достигнутого его снижения. Необходимо как повышение профессиональной компетенции медицинских работников в вопросах консультирования по питанию, так и информированности населения о принципах здорового питания. Ввиду комплексного характера проблемы необходимо тесное взаимодействие медицинского сообщества с политиками в целях законодательного решения ряда вопросов, связанных со здоровым питанием.

Ключевые слова: питание, ожирение, целевые критерии.

Nutrition in obesity: Target criteria and monitoring of weight loss

I.V. SAMORODSKAYA¹, E.V. BOLOTOVA²

¹National Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow; ²Kuban State Medical University, Ministry of Health of Russia, Krasnodar, Russia

The review paper gives in details the current clinical guidelines for evaluation of the impact of nutrition on the correction of increased body mass index (BMI) and obesity, an overview of the efficacy of specific commercial diets, target criteria for weight loss, and monitoring the status of a patient who participates in a weight loss program. The current clinical guidelines suggest that today there is no optimal diet in terms of its impact on the correction of overweight and further maintenance of the weight loss achieved. There is a need for both the improvement of the professional capacity of healthcare workers in advising patients about nutrition and the population's awareness about the principles of a healthy diet. The complex nature of the problem requires that a medical community should interact closely with politicians to make a legislative decision on a number of issues relating to healthy eating.

Keywords: nutrition, obesity, target criteria.

АГ — артериальная гипертония
АД — артериальное давление
ИМТ — индекс массы тела
МТ — масса тела
ОТ — окружность талии

РКИ — рандомизированные контролируемые испытания
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
ССО — сердечно-сосудистые осложнения
ФР — факторы риска

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) посредством изменения характера питания, количества потребляемого жира и состава жирных кислот пищи привлекает внимание исследователей еще с 50-х годов прошлого века. Общеизвестно, что характер питания влияет на риск развития ССЗ как через факторы риска (ФР), такие как дислипидемия, избыточная масса тела (МТ) и ожирение, артериальная гипертония (АГ) и сахарный диабет, так и независимо от них. Следовательно, изменение питания лежит в основе профилактики ССЗ. Доказательства взаимосвязи питания и ССЗ получены из наблюдательных исследований. Влияние питания может быть изучено на различных уровнях. Наиболее детальный анализ проведен на отдельных нутриентах. Имеется растущий интерес к диетологическим моделям, наиболее изученной из которых является средиземноморская диета. Диетологический подход может способствовать переходу

от оценки одного ФР к оценке общего риска. В последних публикациях Европейского общества кардиологов уделяется все большее внимание диете и ССЗ [1, 2]. Опубликовано значительное количество исследований, в той или иной степени рассматривающих влияние питания на коррекцию повышенного индекса массы тела (ИМТ) и ожирения.

Общие принципы питания для снижения МТ (мнение экспертов). Существующие клинические рекомендации по рациональному питанию рассматривают преимущества и недостатки отдельных видов диет, но не содержат жестких указаний на целесообразность применения каких-либо конкретных диет с целью снижения МТ в связи с противоречивыми результатами исследо-

Контактная информация:

Самородская Ирина Владимировна — д.м.н., проф., рук. лаб. демографических аспектов здоровья населения; 117334 Москва, Петроверигский пер., 10; тел.: +7(985)224-6050; e-mail: samor2000@yandex.ru

Сведения об авторах:

Болотова Елена Валентиновна — д.м.н., проф. каф. терапии №1

ваний. В рекомендациях NICE (Великобритания, 2014) отмечается, что консультирование пациента специалистом-диетологом желательно, но не обязательно [3].

В рекомендациях Всемирной организации гастроэнтерологов (WOG, 2011) приводится следующая классификация диет для снижения МТ [4]:

1. Диеты с низким содержанием жира. Отмечены противоречивые результаты исследований по оценке эффективности этих диет, несмотря на то что эпидемиологические и экологические данные указывают на связь между снижением употребления жира и стабилизацией или снижением МТ. В зависимости от содержания жира диеты подразделяют на 2 подгруппы: 1) с содержанием жира <30% от общей энергетической ценности); 2) с очень низким содержанием жиров (<15% от общей энергетической ценности, 15% энергетической ценности за счет белка и 70% за счет углеводов). По мнению экспертов, диеты с очень низким содержанием жиров трудно переносятся в долгосрочной перспективе.

2. Низкоуглеводные диеты (<60 г углеводов в день). Многие диеты такого типа (Аткинса и South Beach) начинают с ограничения углеводов в суточном рационе до 20 г с последующим постепенным их увеличением.

3. Диеты с высоким содержанием клетчатки (бобовые, овощи, цельнозерновая диета).

4. Диеты с низким гликемическим индексом или диеты с низкой гликемической нагрузкой. В рекомендациях отмечается их хорошая переносимость, способность улучшения липидного состава крови и снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Вместе с тем указывается на необходимость дальнейших исследований с целью оценки долгосрочных эффектов. Гликемический индекс — условный показатель, отражающий скорость расщепления углеводсодержащего продукта в организме по сравнению со скоростью расщепления глюкозы; гликемический индекс глюкозы условно принят за 100 единиц.

5. Диеты с высоким содержанием белков. Установлено, что диеты с высоким содержанием белка и, как правило, с более высоким по сравнению с другими диетами содержанием жира способствуют достаточно быстрому появлению ощущения насыщения, усилению теплопродукции и дополнительному увеличению расхода энергии организмом.

Кроме того, WOG предлагает рассматривать лечебное питание при ожирении с учетом ресурсов системы здравоохранения и материального обеспечения семьи. При высоком уровне доходов можно отдавать предпочтение диетам с высоким содержанием белка и низкоуглеводным диетам; при среднем уровне доходов — диетам с высоким содержанием клетчатки и диетам с низким гликемическим индексом; при низком уровне доходов — избегать высококалорийных продуктов и употреблять продукты с низким содержанием жира.

В рекомендациях по профилактике хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦ ПМ, 2013 [5] и Национальных рекомендациях по профилактике ССЗ ВНОК, 2011 [6] подчеркивается, что основой любого подхода к лечению ожирения является изменение образа жизни, повышение физической активности и изменение диеты с целью достижения баланса между потреблением и расходом энергии; при ожирении все мероприятия, направленные на снижение МТ, назначаются на длительный период. Основным методом лечения ожирения является диетологический, а основным принципом диетотерапии — редукция энергетической ценности диеты [5].

Соотношение макронутриентов при различных видах диет подробно представлено в рекомендациях VA/DoD (США, 2014; см. таблицу) [7]. В соответствии с рекомендациями ICSI (США, 2013) оптимальной является диета с содержанием 40 г жиров (24% от общей энергетической ценности), 200 г углеводов (56%) и 70 г белков (19%). Целесообразно ограничить продукты (до 1% от суточного рациона), содержащие трансжиры, «частично гидрогенизированные» растительные масла (маргарин, крекеры, конфеты, хлебобулочные изделия, печенье, закуски, жареная пища, салатные заправки) [8]. В то же время в рекомендациях NICE (Великобритания, 2014) отмечается, что запрет на отдельные виды продуктов должен быть индивидуализованным и, возмож-

но, не слишком жестким; более целесообразным для достижения целевого показателя снижения МТ, по мнению экспертов, является изменение образа жизни с созданием ежедневного дефицита калорий [3]. Аналогичного мнения придерживаются специалисты из Австралии (NHMRC, 2013). По их мнению, диета должна быть составлена в соответствии с диетическими предпочтениями индивидуума [8]. В рекомендациях Мичиганского университета (University of Michigan Health System, 2013) перечислены продукты, которых следует избегать: бекон, колбаса, мясные деликатесы, хот-доги, жареные продукты, пончики, печенье, мороженое, сладкие напитки, алкоголь, конфеты чипсы, фаст-фуд, картофель фри [9].

В рекомендациях ВНОК (2011) указывается, что превышение суточной энергетической ценности пищи над энерготратами всего на 200 ккал в день увеличивает количество резервного жира в среднем на 20–25 г в день и на 3,6–7,2 кг за год. Вместе с тем, если при энерготратах 2200 ккал человек получает ежедневно 1800 ккал, дефицит энергии составляет 400 ккал. Следовательно, за 1 нед потеря МТ составит 350 г, за 1 мес — 1,5 кг, за год — почти 18 кг [6].

Согласно рекомендациям АНА/ACC/TOS (США, 2014) и AND (США, 2014), энергетическая ценность диеты для снижения МТ должна составлять 1200–1500 ккал/сут для женщин и 1500–1800 ккал/сут для мужчин (с поправкой на исходную МТ и обеспечение дефицита около 700 калорий от потребности) [10, 11]. В рекомендациях NHMRC (Австралия, 2013) среднесуточный дефицит в среднем должен составлять 580–600 ккал/сут [8].

В отношении диет с крайне низкой энергетической ценностью (500–750 ккал/сут) позиция специалистов, участвующих в составлении рекомендаций (ГНИЦ ПМ, ВНОК, АНА/ACC/TOS, VA/DoD, NICE и AND), едина — использование диет с крайне низкой энергетической ценностью возможно только при определенных обстоятельствах (например, необходимость снижения МТ перед сложной операцией) в течение короткого промежутка времени (12–16 нед) под тщательным медицинским наблюдением, поскольку такие диеты могут негативно влиять на состояние здоровья [3, 5–7, 10, 11]. В рекомендациях WOG (2011) указывается на недоказанный баланс соотношения эффективности и безопасности таких диет (менее 800 ккал/сут) [4]. Согласно рекомендациям NHMRC (Австралия, 2013), диеты со значительным ограничением суточной энергетической ценности пищи противопоказаны беременным, при наличии в анамнезе тяжелых психологических проблем, злоупотреблении алкоголем и наркотиками, больным порфирией, с недавно перенесенным инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. Относительным противопоказанием к применению таких диет является инсулинзависимый сахарный диабет. Кроме того, пациента необходимо информировать о возможных рисках, связанных с соблюдением очень низкокалорийной диеты, — плохая переносимость холода, сухость кожи, выпадение волос, запоры, головные боли, слабость, головокружение, возможность образования камней в желчном пузыре, снижение минеральной плотности костей, повышение уровня мочевой кислоты [8]. В рекомендациях ГНИЦ ПМ (2013) подчеркивается, что только постепенное, длительное изменение характера питания, формирование более здоровых привычек, а не временное ограничение употребления определенных продуктов (особенно не рекомендуется голодание) может привести к успешному снижению МТ [5].

В рекомендациях AND (США, 2014) в качестве одного из компонентов программы по снижению МТ дополнительно рассматривается режим питания; обращается внимание на то, что в отсутствие фактических доказательств высокой эффективности какой-либо модели питания, частота, время, объем порций должны быть индивидуализированы. Результаты исследований по оценке взаимосвязи частоты приемов пищи и МТ противоречивы, что, по мнению экспертов, может быть обусловлено сложностью проведения и оценки таких исследований (разные объемы порций, разная энергетическая ценность порций на фоне различий в последующем расходе энергии). Установлено, что привычка завтракать ассоциируется с более низким ИМТ и снижением риска ожирения, в то время как у лиц с привычкой не завтракать по утрам чаще регистри-

Содержание макронутриентов в диетах (VA/DoD, 2014)

Диета	Энергетическая ценность, % от общего числа калорий		
	жиры	углеводы	белки
Высокое содержание жиров и очень низкое содержание углеводов	55–65	<20 (<100g)	25–30
Низкое содержание углеводов и среднее содержание жиров	20–30	30–40	25–30
Сбалансированная низкокалорийная диета	20–30	55–60	15–20

ровался более высокий ИМТ и увеличение риска ожирения. Некоторые исследователи показали, что завтрак с использованием цельнозерновых продуктов связан с более низким ИМТ, в то время как привычка к высококалорийным завтракам сопровождалась более высоким ИМТ [11].

В рекомендациях по профилактике ССО в качестве приоритетной рекомендуется средиземноморская диета. Она разработана в 50-е годы XX века Анселом и Маргарет Кейс и основана на рационе населения, живущего в регионе Средиземноморья. Общим считается высокая доля в рационе фруктов, овощей, зелени, бобов, орехов, хлеба и хлебных злаков, сыров с низким содержанием жира (моцарелла, фета), умеренного количества рыбы, мяса птицы и красного вина, преимущественное использование оливкового масла холодной выжимки в пище. Красное мясо (свинина, говядина или баранина) потребляется регулярно, но не часто [12].

Специфические коммерческие диеты

Низкоуглеводная диета по Atkins. Теоретической основой диеты, разработанной более 40 лет назад врачом Р. Аткинсом, является гипотеза о том, что у людей, употребляющих в пищу мало углеводов, в крови не образуется значительного количества глюкозы для выброса инсулина, что ведет к изменению обменных процессов и использованию накопленного жира для получения энергии. Основные принципы диеты, разработанной Р. Аткинсом, состоят в следующем. На 1-м этапе употребляется не более 20 г углеводов в день (среднее яблоко содержит 15 г углеводов). Не разрешается употребление в пищу таких продуктов, как макаронные изделия, хлеб, крупа, фрукты, овощи с повышенным содержанием крахмала, орехи, бобовые, алкоголь, кофеин. В любом количестве разрешаются белки и жиры, содержащиеся в мясе, рыбе, яйцах, красном мясе, грибах, сливочном и растительных маслах, сыре и сливках. Кроме того, разрешаются такие продукты, как овощи с низким содержанием углеводов и крахмала (сельдерей, огурцы, редис, болгарский перец, спаржа, репчатый лук, баклажаны, капуста брокколи, брюссельская, цветная, кольраби), зеленые бобовые, приправы и зелень. На 2-м этапе диету расширяют, постепенно добавляя овощи, орехи, бобовые, ягоды, фрукты, разрешается небольшое количество вина и продукты с содержанием целых зерен (увеличение углеводов до 60 г). На 3-м этапе с целью сохранения сниженной МТ можно добавить большее число продуктов. Одновременно с диетой предусматривается выполнение физических упражнений не менее 30 мин в день [13].

Сбалансированная диета «Zone» разработана Барри Сирсом в 90-е годы прошлого века. Теоретической основой диеты «Zone» является гипотеза, что на фоне употребления пищи уровень инсулина и уровень глюкозы в крови не должны претерпевать больших колебаний. Поэтому при каждом приеме пищи должно быть сбалансировано количество углеводов, белков и жиров (40% углеводов, 30% жира, 30% белков). Диета состоит из отдельных сбалансированных блоков пищи, которую можно съедать для достижения снижения МТ, рассчитывается индивидуально с учетом роста, МТ, окружности талии (ОТ) [13].

Диета Weight Watchers. В диете нет ограничений по виду потребляемых продуктов, можно есть все, но каждому блюду с учетом размера порции присваивается определенное количество баллов. Таким образом, человек по своему желанию может составить себе диету на день, набрав определенное число баллов. Снижение МТ обеспечивается за счет ограничения общего числа ка-

лорий с учетом роста, МТ, пола, возраста [14]. Калькулятор для расчета числа баллов можно найти на сайте <http://www.calculator.net/weight-watchers-points-calculator.html> [15].

Диета «Ornish». Разработана в 2007 г. врачом Дин Орниш, который классифицировал продукты на 5 групп в зависимости от их пользы для здоровья. Особенность диеты — ограничение жиров до 10% [13].

Диета с низким содержанием жира «Rosemary Conley». Программа, разработанная Розмари Конли (создала национальную сеть клубов в Великобритании), включает низкожировую диету в сочетании с физическими тренировками и поведенческим тренингом. Основу диеты составляют рис басмати, макаронные изделия, картофель, черный цельнозерновой хлеб, продукты с высоким содержанием клетчатки [14]. Диета и план занятий доступны в Интернете <http://www.rosemaryconley.com/> [16].

Доказательств длительной эффективности конкретных диет нет. Несмотря на миллионы долларов, потраченных на популярные коммерческие диеты, данные об их эффективности противоречивы и недостаточны для рекомендаций о преимуществе какой-либо диеты в качестве более эффективной. Так, R. Atallah и соавт. [17] представили результаты метаанализа, проведенного с целью сравнения эффективности снижения МТ при использовании 4 популярных диет (Weight Watchers, Atkins, South Beach, Zone) [17]. Исследователями проведен поиск англоязычных публикаций о результатах рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) в базах данных MEDLINE, EMBASE и Cochrane Library. Из более 10 тыс. публикаций об изменении МТ на фоне диеты отобрано только 12 РКИ (всего 2559 пациентов), в которых оценивались упомянутые диеты и период наблюдения составил ≥ 12 мес. Авторы отмечают, что значительная гетерогенность клинических характеристик пациентов, включенных в эти исследования, могла повлиять на полученные результаты. В краткосрочном периоде снижение МТ на фоне диеты по Atkins достигало 10 кг. Диета Weight Watchers через 12 мес оказалась более эффективной по сравнению с обычными рекомендациями по снижению МТ. Диапазон средних изменений МТ в группе соблюдающих данную диету составил от $-3,5$ до $-6,0$ кг по сравнению с контрольной группой — от $-0,8$ до $-5,4$ кг ($p < 0,05$) для 3 из 4 РКИ. В то же время при сопоставлении изменения МТ в 2 других рандомизированных исследованиях с применением одновременно 3 разных диет выявлено, что на фоне применения диеты по Atkins снижение МТ составляло от $-2,1$ до $-4,7$ кг, на фоне диеты Weight Watchers — $-3,0$ кг, в группе диеты Zone — от $-1,6$ до $-3,2$ кг, а в группе контроля — $-2,2$ кг. Через 24 мес сниженная МТ была частично восстановлена во всех группах, несколько более длительный эффект снижения МТ зарегистрирован на фоне диеты Weight Watchers. Не выявлено значительных изменений в уровне глюкозы крови, но отмечено некоторое снижение уровня артериального давления (АД). На фоне диеты по Atkins отмечено увеличение уровня липопротеидов высокой плотности и снижение уровня триглицеридов без существенных изменений концентрации липопротеидов низкой плотности. R. Atallah и соавт. [17] отмечают, что на фоне популярных диет достигается скромная и аналогичная для всех 4 диет долгосрочная потеря МТ.

Целевые критерии снижения МТ. При коррекции МТ следует иметь ввиду различие в целях проводимого лечения:

— косметическая цель — желание пациента достигнуть определенной МТ;

— сохранение и укрепление здоровья, улучшение качества жизни, профилактика и лечение последствий ассоциированных с ожирением заболеваний.

Такое различие достаточно принципиально в связи с планированием целевых уровней снижения МТ на фоне применяемого лечения. Вместе с тем даже если целью снижения МТ является улучшение качества жизни, эксперты несколько расходятся в критериях оптимального снижения МТ, что связано с недостаточностью доказательств благоприятных последствий такого снижения на продолжительность жизни и риск развития угрожающих жизни осложнений. В настоящее время почти все доказательства пользы от снижения МТ относятся к так называемым суррогатным критериям — лабораторным изменениям уровня холестерина, липопротеидов, глюкозы; снижению потребности в медикаментозном лечении таких заболеваний, как АГ и сахарный диабет, облегчения клинических симптомов при заболеваниях, ассоциированных с ожирением. В большинстве рекомендаций хорошим целевым эффектом с точки зрения уменьшения последствий ассоциированных с ожирением заболеваний, считается снижение МТ на 3—10% в течение 6 мес и его удержание в течение длительного времени. Согласно рекомендациям Американской ассоциации эндокринологов (США, 2014), при ИМТ более 35 кг/м² и наличии сочетанной патологии хорошим эффектом считается снижение МТ более чем на 10%, а при ИМТ ≥40 кг/м² может быть рекомендовано снижение МТ на 20—25% [18]. Но и в этих рекомендациях, а также в рекомендациях WGO (2011) подчеркивается, что в мире до сих пор недостаточно доказательств влияния целевых значений и используемых стратегий снижения МТ на долгосрочные последствия для здоровья [4, 18].

В рекомендациях AND (США, 2014) и NICE (Великобритания, 2014) обращается внимание на то, что перед пациентом необходимо ставить реальные цели по снижению МТ [11, 3]. По мнению экспертов AND (США, 2014), реальными целями являются снижение МТ до 2 фунтов* в неделю; потеря МТ до 10% от исходной МТ; потеря МТ на 3—5% от исходной МТ при наличии у пациента ФР развития ССЗ (АГ, гиперлипидемия и гипергликемия) [11]. Нереальные цели в свою очередь способствуют нарушению диеты, отказу от выполнения рекомендаций, возвращению к привычному образу жизни и последующему увеличению МТ.

Мониторинг состояния пациента, участвующего в программе по снижению МТ. Осуществлять мониторинг за состоянием пациента, согласно рекомендаций АНА/АСС/ТОС (США, 2014), должен специально обученный врач. Таковым может быть врач-диетолог, психолог, врач ЛФК, терапевт и другие специалисты, прошедшие подготовку по организации и мониторингу программ по коррекции МТ. Пациенту необходимо посещать врача, осуществляющего мониторинг, как минимум 1 раз в месяц, для оценки состояния, личной беседы об изменениях в образе жизни и МТ [10]. В рекомендациях AND (США, 2014) отмечается, что программы по снижению МТ должны предусматривать по крайней мере 14 консультаций специалиста по питанию (в рамках индивидуального консультирования или групповых занятий) в течение как минимум 6 мес, в дальнейшем рекомендуется консультирование 1 раз в месяц [11]. Эксперты из Австралии (NHMRC, 2013) считают, что первые 3 мес после включения в программу по снижению МТ пациент должен посещать врача каждые 2 нед, а план мониторинга за его состоянием должен быть расписан по крайней мере на первые 12 мес с последующим наблюдением по мере необходимости [8].

В качестве методов мониторинга предлагаются следующие:

— контроль МТ, который согласно рекомендациям WOG (2011) и АНА/АСС/ТОС (США, 2014) достаточно осуществлять 1 раз в неделю [4, 10]. Между тем австралийскими экспертами рекомендуется ежедневный контроль МТ [8]. Согласно рекомендаций VA/DoD (2014), снижение МТ должно составлять от 0,5 до 2 фунтов (или 0,225—1 кг) в неделю и от 5 до 10% в течение 6 мес. В отсутствие достижения желаемого результата в течение 1 мес необходим пересмотр программы коррекции МТ [7];

— ежедневные записи о питании (рацион, энергетическая ценность) в сочетании с записями о потраченных за сутки калориях (WOG, 2011) [4];

— контроль ИМТ, ОТ, уровня липидов, АД и глюкозы, особенно у пациентов с ФР развития ССЗ (VA/DoD, США, 2014) [7].

Необходимость проведения калориметрии обосновывается в рекомендациях AND (США, 2014) тем, что одним из основополагающих моментов для снижения МТ является превышение расхода калорий над их потреблением. Можно использовать различные методы калориметрии [11]. В случае, если непрямая калориметрия невозможна, для мониторинга с целью оценки расхода калорий рекомендуется использовать формулу Mifflin-St Jeor ($RMR = (9,99w + 6,25s) - 4,92a + 166g$, где w = МТ (в кг) s = рост (в см), a = возраст, g = пол: -1 мужчина, 0 женщина). Полученное число отражает расчетное количество ккал, необходимых для тела в состоянии отдыха; затем полученное число необходимо умножить на коэффициент в зависимости от уровня физической активности: сидячий (1,0—1,4), низкая физическая активность (1,4—1,6), умеренная физическая активность (1,6—1,9), высокая физическая активность (1,9—2,5) [18].

Для снижения МТ необходимо, чтобы количество потребляемых калорий было меньше количества расходуемых калорий не менее чем на 600. Согласно рекомендациям VA/DoD (США, 2014), для снижения МТ от 0,5 до 2 фунта (или 0,225—1 кг) в неделю дефицит калорий должен составлять 500—1000 ккал/сут с учетом диеты и физической активности. Такой дефицит калорий обеспечивает снижение МТ от 5 до 10% в течение 6 мес [7]. В рекомендациях NICE (Великобритания, 2014) и WOG (2011) указывается, что для поддержания энергетической потребности 1 кг МТ необходимо 20—25 ккал, таким образом, если пациент с МТ 120 кг потребляет с пищей 2400 ккал, он вряд ли похудеет с помощью одной диеты [3, 4]. Рекомендации ГНИЦ ПМ (2013) по степени выраженности энергетического дефицита выделяют диеты с умеренным ограничением энергетической ценности (1200 ккал/сут) и очень низкой энергетической ценностью (500—800 ккал/сут). Последние способствуют более выраженному снижению МТ (1,5—2,5 кг/нед) по сравнению с диетой с умеренно сниженной энергетической ценностью (0,5—1,4 кг/нед), но только на начальном этапе лечения. Отдаленные результаты (через 1 год) применения диет с умеренным и выраженным ограничением энергетической ценности не достоверны по снижению МТ. Использование диет с очень низкой энергетической ценностью не приводит к формированию навыков рационального питания [5].

Для организации мониторинга эффективности программ по снижению МТ на уровне органа здравоохранения и медицинского учреждения рекомендации NICE (Великобритания, 2014) предлагают:

— использование стандартного механизма оценки программ по снижению МТ и проверенные инструменты для мониторинга вмешательства;

— использование для контроля МТ весов, которые регулярно проходят калибровку;

— мониторинг и оценка следующей информации о пациентах: процент присоединившихся к программе от всех осмотренных, страдающих ожирением; определение МТ в начале, конце программы и через 12 мес для расчета общего и процентного изменения МТ (не следует полагаться на измерение этих показателей пациентом); измерение ОТ, АД; доли лиц, достигших снижения МТ более чем на 3% от исходной; доли лиц, достигших потери МТ больше чем 5% от их исходной; через 12 мес после завершения программы желательна регистрация информации об изменениях диетических привычек, физической активности и сидячего образа жизни самооценки, депрессии и тревоги.

Желательно изучить мнение и опыт участников, которые завершили и не завершили программу, с учетом любых изменений в их МТ и состоянии здоровья [3].

Согласно рекомендациям ГНИЦ ПМ (2013) пациенты с избыточной МТ должны быть информированы и обучены самоконтролю в домашних условиях, знать рекомендуемые нормы и методы оценки МТ по индексу Кетле, ОТ. Рекомендуется динами-

*1 фунт = 0,45 кг.

ческое наблюдение 2 раза в год, снижение МТ на 10% и более за 6 мес считается отличным результатом, 5–10% — хорошим, от стабилизации МТ до 5% снижения — удовлетворительным. Пациент должен быть проинформирован о рекомендуемых нормах МТ, в частности по отношению к риску развития ССЗ. При чрезмерном избытке МТ рекомендуется поэтапное включение в программу повышения двигательной активности. Любые рекомендации по повышению интенсивности физической активности требуют обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально с 35-летнего возраста) даже в отсутствие клинических признаков заболевания [5].

Заключение

Все изложенные рекомендации свидетельствуют, что в настоящее время не существует оптимальной диеты с точки зрения ее влияния на коррекцию избыточной МТ и последующего сохранения достигнутого снижения МТ. Причина отсутствия надежных доказательств преимуществ одной диеты или режима питания над другими заключается, возможно, как в реальном отсутствии таких преимуществ, так и в сложности организации и оценки подобных исследований, особенно в долгосрочной перспективе. Для оценки эффективности программ, помимо особенностей самой диеты, необходимо учитывать много параме-

тров, таких как возраст, пол, этническая принадлежность, социально-экономический статус и др.

Тем не менее, учитывая значительную распространенность ожирения и признаваемую всеми специалистами огромную роль питания в развитии ожирения и снижения МТ, необходимо внедрение в клиническую практику рекомендаций профессиональных сообществ и поиск путей, способных убедить пациентов изменить их привычный рацион питания. Рекомендации по питанию для конкретного пациента следует подбирать индивидуально, с учетом таких алиментарно-зависимых ФР развития ССЗ, как избыточная МТ и ожирение, дислипидемия, АГ, в возникновении которых с высокой степенью достоверности доказана роль нарушений принципов здорового рационального питания. Необходимо как повышение профессиональной компетенции медицинских работников в вопросах консультирования по питанию, так и информированности населения о принципах здорового питания. Кроме того, ввиду комплексного характера проблемы необходимо тесное взаимодействие медицинского сообщества с политиками в целях законодательного решения ряда вопросов, связанных со здоровым питанием (например, изменение состава продуктов, выпускаемых производством, снижение в них содержания трансжиров и поваренной соли).

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Heart Network. Summary Report. Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011 <http://www.ehnheart.org/publications/publications/publication/521-diet-physical-activity-and-cardiovascular-disease-prevention.html>
2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WMM, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) * Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2012;33:1635-1701. doi:10.1093/eurheartj/ehs092
3. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults NICE guidelines CG189 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
4. Mathus-Vliegen L, Toouli J, Fried M, Khan AG, Garisch J, Hunt R, Fedail S, Štimac D, Lemair T, Krabshuis J, Kaufmann P, Roberts E, Riccardi G. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines on Obesity. *J Clin Gastroenter.* 2012;46(7):555-561. doi:10.1097/mcg.0b013e318259bd04
5. *Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: рекомендации.* Под ред. Бойцова С.А., Чучалина А.Г. М.: ГНИЦПМ; 2013. http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Profilaktika_khronicheskikh_neinfekcionnykh_zabolevaniij.pdf
6. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной терапии и профилактике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* М.: Издательство ВНОК 2011;10(6):1-64. http://www.scardio.ru/content/images/recommendation/nacionalnye_rekomendacii_po_kardiovaskulyarnoy_profilaktike.pdf
7. Management of Overweight and Obesity Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2014. <http://www.healthqual-ity.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDCPGManagementOfOverweightAndObesityFinal.pdf>
8. Prevention and management of obesity for adults. Bloomington (National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Melbourne (Australia): National Health and Medical Research Council; 2013 Oct. 202 p.MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 May. 99 p. https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_140630.pdf
9. University of Michigan Health System. Obesity prevention and management. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2013 Jul. 14 p. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47027>
10. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, Hu FB, Hubbard VS, Jakicic JM, Kushner RF, Loria CM, Millen BE, Nonas CA, Pi-Sunyer FX, Stevens J, Stevens VJ, Wadden TA, Wolfe BM, Yanovski SZ. 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.* 2013;129(25):S102-S138. doi:10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee
11. Academy of Nutrition and Dietetics. Adult weight management evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL): Academy of Nutrition and Dietetics; 2014. Various p. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48761>
12. Widmer RJ, Flammer AJ, Lerman LO, Lerman A. The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *Am J Med.* 2015;128(3):229-238. doi:10.1016/j.amjmed.2014.10.014
13. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA.* 2005;293(1):43-53. doi:10.1001/jama.293.1.43

14. Madigan CD, Daley AJ, Lewis AL, Jolly K, Aveyard P. Which weight-loss programmes are as effective as Weight Watchers?: non-inferiority analysis. *Br J Gen Pract.* 2014;64(620):e128-136. doi:10.3399/bjgp14X677491
15. Weight Watchers Points Calculator. <http://www.calculator.net/weight-watchers-points-calculator.html>
16. The online weight loss club. <http://www.rosemaryconley.com/>
17. Atallah R, Filion KB, Wakil SM, Genest J, Joseph L, Poirier P, Rinfret S, Schiffrin EL, Eisenberg MJ. Long-Term Effects of 4 Popular Diets on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2014;7(6):815-827. doi:10.1161/circoutcomes.113.000723
18. The American Association of Clinical Endocrinologists and the American College of Endocrinology (2014) Advanced Framework for a New Diagnosis of Obesity as a Chronic Disease: www.aace.com (AACE/ACE, 2014).

Поступила 01.07.2015