

ОЖИРЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ

И. Самордская, доктор медицинских наук, профессор
Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины, Москва
E-mail: samor2000@yandex.ru

На основании 16 англоязычных рекомендаций профессиональных сообществ стран Европы, США, Австралии, опубликованных за последние 4 года, в статье рассматриваются общие вопросы ведения и питания пациентов с ожирением.

Ключевые слова: ожирение, рекомендации по ведению пациентов, диеты, режим питания.

В 1950 г. ВОЗ включила ожирение в Международную классификацию болезней. Согласно общепринятой сегодня точке зрения, ожирение способствует ухудшению качества жизни, возникновению социальных, психологических и экономических проблем, развитию ряда хронических заболеваний, увеличивает расходы на медицинскую помощь. Распространенность ожирения в XXI веке характеризует термин «globesity», подчеркивающий его широкую встречаемость во всем мире.

Ожирение представляет собой результат сложного взаимодействия множества биологических факторов (генная предрасположенность к избыточному накоплению жира, нарушения пищевого поведения, воздействия микрофлоры кишечника и т.д.), факторов окружающей среды (изменение способов и методов обработки, хранения, приготовления пищи, особенностей ее потребления в обществе, развитие технологий, сопровождающееся изменением физической активности в обществе), индивидуального поведения и привычек. Существующая модель формирования и сохранения ожирения такая же, как отнесенных к хроническим заболеваниям алкоголизма или наркомании. Не случайно в рекомендациях The American Association of Clinical Endocrinologists and the American College of Endocrinology (AAACE/ACE, США, 2014) предлагается рассмотреть возможность замены термина «ожирение» на термин «хроническое заболевание, обусловленное избыточным накоплением жировой ткани» (adiposity-based chronic disease – ABCD) [1].

Нерешенность многих вопросов обусловила создание большого числа авторских методик лечения ожирения. В последнее время появились также рекомендации профессиональных сообществ, основанные как на обобщении результатов клинических, популяционных исследований, метаанализов, так и на экспертных мнениях специалистов, используемых при недостаточном количестве доказательств. В ряде клинических рекомендаций подчеркивается целесообразность выделения соответствующей субспециальности и специальной подготовки для врачебного и сестринского персонала.

Нами на основании 16 англоязычных рекомендаций профессиональных сообществ стран Европы, США, Австралии, опубликованных за последние 4 года, рассмотрены общие вопросы обсуждения с пациентом состояния здо-

ровья, связанного с ожирением, мотивацией к снижению массы тела [1–16]. Данная статья не включает вопросы медикаментозной терапии и бариатрической хирургии, которые необходимо рассматривать самостоятельно в отдельных публикациях.

Практически во всех рекомендациях обращается внимание на то, что всем пациентам с ожирением необходимо обеспечить оптимальную медицинскую помощь и уважительное отношение без проявлений дискриминации (например, в учреждении должны быть соответствующая мебель, манжеты для измерения АД пациентам с объемом плеча выше среднего; направление на госпитальное лечение не должно быть каким-то образом связано со значениями индекса массы тела – ИМТ). Если пациент принимает препараты, назначенные в связи с хроническими заболеваниями, необходимо по возможности исключить из перечня (заменить) способствующие повышению массы тела (веса) препараты (трициклические антидепрессанты, оральные контрацептивы, нейролептики, противосудорожные, глюкокортикостероиды, препараты сульфонилмочевины, β -блокаторы и др.) [15].

При 1-м визите целесообразно спросить, желает ли пациент обсудить вопросы, связанные с его избыточной массой тела или с ее влиянием на здоровье; уточнить, пытался ли пациент снизить вес самостоятельно, с помощью медицинского персонала или методов нетрадиционной медицины и почему отсутствовал эффект (не было постоянной профессиональной консультативной помощи или у пациента не хватило силы воли для выполнения соответствующих рекомендаций).

ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ

Рекомендации советуют у пациентов с ИМТ \geq 25 кг/м² провести врачебный осмотр с определением объема талии, оценкой распределения жировой ткани, измерением уровня АД, глюкозы натощак, липидного профиля, электролитов, креатинина, печеночных трансаминаз. Рекомендации ICSI (2013, США), VA/DoD (2014) и AAACE/ACE (2014) предлагают также провести скрининг на заболевания, ассоциированные с ожирением (артериальная гипертензия – АГ, сахарный диабет – СД), метаболический синдром, синдром ночного апноэ, поликистоз яичников, неалкогольная жировая дистрофия печени, остеоартроз, стрессовое недержание мочи, гастроинтестинальный рефлюкс, гипотиреоз, синдром Кушинга, дефицит гормона роста, псевдогипопаратиреоз, депрессия, расстройства пищевого поведения).

В рекомендациях нескольких американских профессиональных сообществ [5] для оценки состояния пациентов рекомендуется 4-ступенчатый подход: 1) скрининг с учетом ИМТ с поправкой на этнические различия; 2) клиническая оценка на наличие связанных с ожирением осложнений с использованием контрольного списка; 3) оценка степени тяжести осложнений с использованием конкретных критериев; 4) выбор профилактических мер и (или) стратегий лечения, ориентированных на конкретные осложнения.

В рекомендациях NICE (Великобритания) предлагается следующая схема (табл. 1) ведения пациентов [13, 14].

ОБСУЖДЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ ВОПРОСА О НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

В России пока не принято говорить об индивидуальной программе лечения ожирения. Вместе с тем в рассматриваемых рекомендациях акцент сделан именно на программах

Таблица 1

Ведение пациентов в зависимости от ИМТ, объема талии и коморбидной патологии (NICE, Великобритания, 2014)

ИМТ, кг/м ²	Объем талии, см			Наличие коморбидной патологии
	<94 для мужчин, 80 для женщин	94–102 для мужчин, 80–88 для женщин	>102 для мужчин, 88 для женщин	
25,0–29,9	Коррекция образа жизни	Диета и физическая активность	Диета и физическая активность	Диета, физическая активность, медикаментозная терапия
30,0–34,9	Диета и физическая активность	То же	То же	То же
35,0–39,9	То же + медикаментозная терапия	То же + медикаментозная терапия	То же + медикаментозная терапия	То же + возможно, бариатрическая хирургия
≥40	То же + возможно, бариатрическая хирургия	То же + возможно, бариатрическая хирургия	То же + возможно, бариатрическая хирургия	То же + возможно, бариатрическая хирургия

лечения и отмечается, что если пациент готов обсуждать их, следует уделить внимание вопросам изменения образа жизни, модели питания, двигательной активности, которые должны рассматриваться не как кратковременная терапия, а как пожизненная модификация поведения, которая в последующем будет неукоснительно выполняться пациентом. В рекомендациях ICSI (2013, США) приводятся следующие стадии готовности к изменению поведения (табл. 2).

С пациентом необходимо обсудить [2, 10, 13, 14]:

- способы предотвращения осложнений заболеваний, ассоциированных с ожирением;
- ожидания, связанные со снижением веса (сроки и степень снижения веса, возможность и вероятность уменьшения ассоциированных с ожирением заболеваний);
- мотивацию для снижения веса;
- результаты предыдущих попыток снижения веса;
- возможность поддержки измененного образа жизни семьей и друзьями;
- степень понимания рисков и выгод, связанных как со снижением массы тела, так и с изменением образа жизни. Например, в рекомендациях Всемирной организации гастроэнтерологов [2] указывается на необходимость информирования пациента о том, что снижение веса на фоне диеты со значительным уменьшением содержания жиров может сопровождаться изменением метаболизма холестерина и увеличением риска желчнокаменной болезни. Риск образования камней в желчном пузыре снижается при более медленной потере веса (в пределах 0,5–1,0 кг в неделю), чем при быстром ее темпе;
- потенциальные барьеры, которые могут препятствовать соблюдению предписанных рекомендаций (например, семейный статус, социально-экономическое положение).

Специалисты, участвующие в составлении рекомендаций по питанию, подчеркивают необходимость уточнения в беседе с пациентом следующих вопросов [12]:

- пищевые привычки и предпочтения (например, привычки пользоваться такими предприятиями общественного питания, как МакДоналдс, принимать пищу, не отрываясь от телеэкрана, «заедать» стрессовые ситуации);
- имеющийся опыт использования диет, наличие (отсутствия) пищевой аллергии, возможности соблюдения режима питания и включения в диету фруктов и овощей;

- принимавшиеся ранее или на момент обращения лекарственные препараты и пищевые добавки;
- текущий уровень физической активности.

Кроме того, необходимо обсудить с пациентом возможное влияние на массу тела алкоголя и курения [10], провести опрос с целью выявления расстройств пищевого поведения, включающих следующие вопросы [3]:

- Съедаете ли вы пищи больше, чем другой человек без ожирения, за короткий (например, 2-часовой) период?
- Было ли когда-нибудь так, что вы не можете прекратить есть, даже если чувствуете насыщение, наполнение желудка?
- Что вы делаете при переедании (принимаете слабительные, мочегонные средства, курите сигареты, употребляете уличные наркотики – кокаин или метамфетамин, вызываете рвоту?)

Если пациент ответит «да» на 1 или на все вопросы, целесообразно проконсультировать его у диетолога и специалиста в области бихевиоральной терапии.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА О СОСТОЯНИИ ЕГО ЗДОРОВЬЯ НА ФОНЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Общаясь с пациентами с избыточным весом и ожирением, необходимо сконцентрировать внимание на ведущей роли здорового образа жизни, даже если в последующем снижения веса у пациента не будет.

Пациента с хроническими неинфекционными заболеваниями не следует осуждать за избыточный вес и ожирение, связывая с ними все выявленные симптомы и убеждая, что после снижения веса он станет здоровым человеком. Этого

Таблица 2

Стадии готовности пациента к снижению веса (ICSI, 2013, США)

Стадия	Изменения
Предварительное созерцание	Нет заинтересованности в изменении поведения
Созерцание	Начинаю думать о смене образа жизни, но не готов к изменению
Подготовка	Планирование изменения поведения
Действие	Придерживаюсь нового поведения в течение нескольких месяцев
Поддержание	Продолжаю придерживаться нового поведения >6 мес

не произойдет, поэтому пациенту не нужна не соответствующая действительности информация. В то же время пациентам необходимо сообщить о более высоком риске развития у них сердечно-сосудистых заболеваний и о том, что даже небольшое снижение веса (3–5%) на фоне изменения образа жизни поможет улучшить состояние здоровья (снизить уровень триглицеридов, уменьшить риск развития СД) [10–15]. Дальнейшая потеря веса будет способствовать нормализации АД, уровня холестерина липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, уменьшению потребности в медикаментах для коррекции АД, глюкозы крови и липидов (у пациентов с наличием АД и СД типа 2). Авторы рекомендаций считают, что данная информация основана на высоком уровне доказательности. У взрослых с хроническими заболеваниями (СД, болезни почек, заболевания опорно-двигательного аппарата, апноэ во время сна, желудочно-пищеводный рефлюкс или недержание мочи) потерю веса на 5% можно рассматривать как фактор, способствующий улучшению клинических симптомов сопутствующих заболеваний [9]. В то же время убедительных доказательств того, что улучшение состояния пациентов связано с уменьшением ожирения, нет. Эксперты отмечают, что такое улучшение, вполне вероятно, обусловлено комплексным воздействием изменения образа жизни, а не только снижением веса [13, 14]. Так, эксперты Рекомендаций VA/DoD (США, 2014) считают, что недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать снизить вес с целью уменьшения клинических проявлений при дегенеративных заболеваниях суставов, неалкогольном жировом поражении печени и (или) синдроме обструктивного апноэ сна.

Рекомендации NICE предлагают в ходе беседы уточнить, в какой программе по снижению веса пациент предпочитает участвовать [13, 14]. Если он не против, целесообразно включить его в групповые занятия по коррекции веса, поскольку с позиции «стоимость/эффективность» это – наиболее приемлемая форма. Если на текущий момент пациент отказался от участия в программе, ему необходимо гарантировать возможность участия в ней, если он изменит свое решение. Нужно убедиться в том, что пациент понял информацию. Кроме того, рекомендуется ее повторное (частями) представление.

ЦЕЛЕВЫЕ КРИТЕРИИ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Следует иметь в виду различия в целях проводимой коррекции веса:

- косметическая цель (желание пациента достигнуть определенного веса тела);
- сохранение, укрепление здоровья, улучшение качества жизни, профилактика и лечение последствий ассоциированных с ожирением состояний и заболеваний.

Такое различие принципиально при планировании целевого уровня снижения массы тела. Однако даже если целью является улучшение качества жизни, связанного со здоровьем, мнения экспертов о критериях оптимальной потери веса несколько расходятся, поскольку доказательств благоприятных ее последствий на продолжительность жизни и риск развития жизнеугрожающих осложнений недостаточно [1, 2, 7, 10].

В настоящее время почти все доказательства пользы от снижения веса относятся к так называемым «суррогатным критериям» – лабораторным изменениям уровня холестерина, липопротеидов, уровня глюкозы и т.д.; снижению потребности в медикаментозном лечении при таких забо-

леваниях, как АД и СД, облегчению клинических симптомов при заболеваниях, ассоциированных с ожирением. В большинстве рекомендаций хорошим целевым эффектом с точки зрения снижения последствий ассоциированных с ожирением заболеваний считается снижение веса на 3–10% в течение 6 мес и его удержание в течение длительного времени. При ИМТ > 35 кг/м² и наличии коморбидной патологии хорошим эффектом, в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эндокринологов считается снижение веса более чем на 10%, а при ИМТ ≥ 40 кг/м² может быть рекомендовано снижение на 20–25%. Практически во всех рекомендациях обращается внимание на то, что перед пациентом необходимо ставить реалистичные цели. По мнению составителей рекомендаций AND, такими целями являются [12]:

- потеря массы тела до 1 кг в неделю;
- потеря массы тела до 10% от исходной;
- потеря 3–5% исходного веса при наличии у пациента сердечно-сосудистых факторов риска (АД, гиперлипидемия и гипергликемия).

Нереалистичные цели способствуют нарушению диеты, отказу от выполнения рекомендаций, возвращению к привычному образу жизни с последующим увеличением веса.

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА, УЧАСТВУЮЩЕГО В ПРОГРАММЕ ПО СНИЖЕНИЮ ВЕСА

Указанный мониторинг должен осуществлять специально обученный врач – это могут быть диетолог, психолог, врач лечебной физкультуры, терапевт и другие специалисты, прошедшие подготовку по организации и мониторингу программ коррекции веса.

Есть некоторые различия в программах, касающихся периодичности и длительности мониторинга. Так, в Рекомендациях АНА/АСС/ТОS (США, 2014) отмечается, что пациент посещает врача для проведения мониторинга 1 раз в месяц (желательно чаще) с целью оценки состояния, для беседы об изменениях в образе жизни и массы тела. В Рекомендациях AND (США, 2014) предусмотрено по крайней мере 14 консультаций специалиста по питанию (в рамках индивидуального консультирования или групповых занятий) в течение 6 мес, далее – 1 раз в месяц. Эксперты из Австралии (NHMRC, 2013) считают, что в первые 3 мес после включения в программу по снижению веса пациент должен посещать врача каждые 2 нед, а план мониторинга его состояния должен быть расписан на первые 12 мес с последующим наблюдением по мере необходимости.

В качестве методов мониторинга предлагаются:

- контроль массы тела – от 1 раза в день [9] до 1 раза в неделю [1, 11];
- ежедневные записи о питании (рацион, калорийность) в сочетании с записями о потраченных за сутки калориях [2];
- ИМТ, объем талии, уровень липидов, АД и глюкозы, особенно у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний [10];
- калориметрия; для снижения веса необходимо, чтобы дефицит калорий составлял 500–1000 ккал/день с учетом диеты и физической активности [10, 11]. Это обеспечивает снижение массы тела на 5–10% в течение 6 мес.

Для мониторинга эффективности программ по снижению веса на уровне учреждения, органа здравоохранения Рекомендации NICE (Великобритания, 2014) предлагают [13, 14]:

- использовать стандартный механизм оценки программ по снижению веса и проверенные инструменты для мониторинга вмешательств;
- использовать для контроля массы тела весы, которые регулярно проходят калибровку;
- мониторировать и оценивать следующую информацию об участниках:
 - процент присоединившихся к программе от всех осмотренных, страдающих ожирением;
 - масса тела (в начале, в конце программы, через 12 мес) – для расчета общего и процентного изменения веса (не полагайтесь на измерение этих показателей пациентом);
 - окружность талии;
 - АД;
 - процент людей с потерей веса более чем на 3% исходного веса;
 - процент людей с потерей веса более чем на 5% от исходного веса;
 - через 12 мес после завершения программы желательна регистрация информации об изменениях диетических привычек, физической активности и сидячего образа жизни, самооценки, депрессии и тревоги.

Для оценки эффективности программы желательно учитывать (коррекция с помощью методов статистики) возраст, пол, этническую принадлежность и социально-экономический статус с целью определения их влияния на участие в программе и достижение результата. Желательно изучить мнение и опыт участников, которые завершили и не завершили программу, с учетом любых изменений в их массе тела и состоянии здоровья.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПИТАНИЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Существующие клинические рекомендации рассматривают преимущества и недостатки отдельных видов диет, но не содержат жестких указаний по целесообразности применения каких-либо конкретных диет для снижения массы тела в связи с противоречивыми результатами исследований.

В рекомендациях Всемирной организации гастроэнтерологов [1] приводится следующая классификация диет для снижения веса:

- Диеты с низким содержанием жира (отмечено, что данные об эффективности этих диет противоречивы, несмотря на то, что эпидемиологические и экологические данные указывают на связь между снижением потребления жира и стабилизацией или снижением веса). В зависимости от содержания жира диеты подразделяют на 2 подгруппы:
 - с низким содержанием жира (<30% от общего суточного числа калорий);
 - с очень низким содержанием жиров (<15% от общего количества калорий, 15% калорий за счет белка и 70% – за счет углеводов). По мнению экспертов, диеты с очень низким содержанием жиров трудно переносятся в долгосрочной перспективе.
- Низкоуглеводные диеты (<60 г углеводов в день).
- Диеты с высоким содержанием клетчатки (бобовые, овощи, цельнозерновая диета).
- Диета с низким гликемическим индексом или низкой гликемической нагрузкой (в рекомендациях отмечаются их хорошая переносимость, способность улучшения липидного профиля и снижение риска

сердечно-сосудистых событий, однако указывается на необходимость дальнейших исследований с целью оценки долгосрочного эффекта).

- Диеты с высоким содержанием белков.

Кроме того, специалисты Всемирной организации гастроэнтерологов [1] предлагают при выборе диеты учитывать ресурсы системы здравоохранения и обеспеченности семьи. При высоком уровне доходов можно отдавать предпочтение диетам с высоким содержанием белка и низкоуглеводным диетам; при среднем уровне дохода – диетам с высоким содержанием клетчатки и с низким гликемическим индексом; при низком уровне дохода – избегать высококалорийных продуктов и употреблять продукты с пониженным содержанием жира.

Оптимальна в соответствии с рекомендациями ICSI диета с содержанием 40 г жиров (24% калорийности), 200 г углеводов (56% калорий) и 70 г протеинов (19% калорий) [3].

В рекомендациях Мичиганского университета 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 [6]. Целесообразно ограничить продукты (до 1% от пищевого рациона), содержащие трансжиры, частично гидрогенизированные растительные масла (маргарин, крекеры, хлебобулочные изделия, печенье, закуска, жареная пища, салатные заправки) [3]. В то же время в Рекомендациях NICE [13, 14] отмечается, что запрет на отдельные виды продуктов должен быть индивидуализированным и, возможно, не слишком жестким. Более целесообразно с целью снижения массы тела, по мнению экспертов, изменять образ жизни таким образом, чтобы создавать ежедневный дефицит калорий. Аналогичного мнения придерживаются специалисты из Австралии, которые считают, что диета должна быть составлена с учетом диетических предпочтений индивида [9].

В отношении диет с крайне низким содержанием калорий (500–750 ккал/сут) позиция специалистов, участвующих в составлении рекомендаций, практически едина. Использование диет с крайне низким содержанием калорий возможно при определенных обстоятельствах (например, необходимость снижения веса перед сложной операцией) в течение короткого промежутка времени (12–16 нед) и под тщательным медицинским наблюдением, поскольку такие диеты могут негативно влиять на состояние здоровья. Согласно Рекомендациям NHMRC [9], диета со значительным ограничением суточной калорийности противопоказана беременным, пациентам с тяжелыми психическими проблемами в анамнезе, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками, больным порфирией, после недавно перенесенного инфаркта миокарда, с нестабильной стенокардией; относительным противопоказанием считается инсулинзависимый СД. Кроме того, пациента необходимо информировать о возможных рисках, связанных с очень низкокалорийной диетой – плохая переносимость холода, сухость кожи, выпадение волос, запор, головная боль, слабость, головокружение, возможность образования камней в желчном пузыре, снижение минеральной плотности костей, повышение уровня мочевой кислоты.

Режим питания может рассматриваться как один из компонентов программы по снижению веса, но эксперты, участвующие в составлении рекомендаций, отмечают отсутствие доказательств большей эффективности какой-либо модели питания (частота, время, объем порций должны быть

индивидуализированы). Исследования по оценке связи между частотой приемов пищи и массой тела дали противоречивые результаты, что (по мнению экспертов) может быть связано со сложностью проведения таких исследований и их оценки (разные порции и разная калорийность на фоне различий в последующем расходе энергии). Согласно проведенному метаанализу, эксперты отмечают, что привычка завтракать ассоциируется с более низким ИМТ и снижением риска ожирения, в то время как у людей с привычкой не завтракать по утрам чаще регистрировали более высокий ИМТ и увеличение риска ожирения [12]. Некоторые исследования показали, что завтрак с использованием цельнозерновых продуктов связан с более низким ИМТ, в то время как привычка к высококалорийным завтракам сопровождалась более высоким ИМТ [12].

В качестве приоритетной для профилактики сердечно-сосудистых событий рекомендуется средиземноморская диета [16], разработанная в 50-х годах XX века Анселом и Маргарет Кейс. Она основана на пищевом рационе населения, живущего в регионе Средиземноморья. Общим считается высокая доля в пищевом рационе фруктов, овощей, зелени, бобов, орехов, хлеба и хлебных злаков, сыров с низким процентом жирности (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.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КОММЕРЧЕСКИЕ ДИЕТЫ

Предлагается много авторских диет, однако доказательств их длительной эффективности нет. Так, R. Atallah и соавт. (2014) представили результаты метаанализа, проведенного с целью сравнения снижения веса при использовании 4 популярных диет (Weight Watchers, Atkins, South Beach, Zone). Анализировали публикации на английском языке о результатах рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) в базах данных MEDLINE, EMBASE и Cochrane Library. Из более чем 10 тыс. публикаций об изменении веса на фоне диеты отобрано только 12 РКИ (2559 пациентов), в которых соответствующие диеты оценивали в сроки ≥ 12 мес. В краткосрочном исследовании снижение веса на фоне диеты по Atkins достигало 10 кг. Через 12 мес диета Weight Watchers оказалась более эффективной, чем обычные рекомендации: средние изменения в основной группе составили от -3,5 до -6,0 кг в группе (в контрольной — от -0,8 до -5,4 кг; $p < 0,05$) для 3 из 4 РКИ.

В 2 других рандомизированных исследованиях с применением одновременно 3 разных диет выявлено, что на фоне диеты по Atkins снижение веса составляло от -2,1 до -4,7 кг, диеты Weight Watchers — до -3,0 кг, в группе Zone — от -1,6 до -3,2 кг, а в группе контроля составило 2,2 кг. Через 24 мес потеря веса частично восстановилась во всех группах, несколько дольше снижение веса сохранялось на фоне диеты Weight Watchers. Не зарегистрировано значительных изменений в уровне факторов риска сердечно-сосудистых событий: изменений в уровне глюкозы крови не было, но несколько снизилось АД. На фоне диеты Atkins увеличился уровень ЛПВП и понизился уровень триглицеридов без существенных изменений ЛПНП. R. Atallah и соавт. (2014) отмечают, что на фоне популярных диет достигается скромная и аналогичная для всех 4 диет долгосрочная потеря веса. Авторы отмечают, что: 1) значительная гетерогенность клинических характеристик пациентов, включенных в эти исследования, могла повлиять на полученные результаты; 2) несмотря на миллионы долларов, потраченные на популярные коммерческие диеты, данные об их эффективности противоречивы и недостаточны для рекомендаций о преимуществе какой-либо из них [17].

В 2015 г. W. Dietz и соавт. [18] представили результаты еще 1 метаанализа (табл. 3).

Таким образом, на фоне общемировой тенденции к увеличению числа лиц с избыточным ИМТ остается много нерешенных вопросов. Разные цели лечения (косметическая и улучшение здоровья) пациентов с избыточной массой тела и ожирением требуют разных подходов и методов коррекции. Клинические рекомендации профессиональных сообществ в качестве основной цели лечения рассматривают улучшение состояния здоровья и с этих позиций используют подходы, способствующие медленному снижению массы тела с постоянным последующим мониторингом состояния здоровья и веса. Основная причина таких подходов — отсутствие или недостаточные доказательства положительной взаимосвязи значительного и быстрого снижения массы тела с состоянием здоровья. Ожирение — сложная проблема, и при выборе методов лечения следует учитывать коморбидную патологию у пациентов с ожирением, необходимость мультидисциплинарного их ведения и вовлечения в процесс принятия решения на основе информированного согласия.

Литература

1. 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).
2. World Gastroenterology Organisation (WGO). World Gastroenterology Organisation global guideline: obesity. Milwaukee (WI): World Gastroenterology Organisation, 2011.
3. Fitch A., Everling L., Fox C. et al. Prevention and management of obesity for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 May. 99 p. [161 ref.].
4. Management of obesity. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Feb. 96 p. (SIGN, Шотландия, 2010).
5. Mechanick J., Youdim A., Jones D. et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient – 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery // *Endocr. Pract.* – 2013; 19 (2): 337–72.
6. University of Michigan Health System. Obesity prevention and management / Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2013; 14 p.
7. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and management of obesity in adults // *Ann. Intern. Med.* – 2012; 157 (5): 373–8.

Таблица 3

Долговременные результаты при использовании для снижения веса разных методов

Методика	Снижение веса, кг, через 12 мес лечения
Низкоуглеводная диета	-4
Диета Ornish	-3,3
Диета с низким содержанием жиров и высоким содержанием протеинов	-4,1
Средиземноморская диета	-4,4
Коммерческие программы: Jenni Craig Weight Watchers	-8,1 -7

8. Fried M., Yumuk V., Oppert J.-M. et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery // *Obes. Facts.* – 2013; 6: 449–68.
9. 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.
10. 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. 178 p.
11. Jensen M., Ryan D., Apovian C. 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 // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2014; 63 (25 Pt. B): 2985–3023.
12. Academy of Nutrition and Dietetics. Adult weight management evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL): Academy of Nutrition and Dietetics; 2014.
13. Managing overweight and obesity in adults – lifestyle weight management services. NICE guidelines ph53 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/ph53> (NICE, Великобритания, 2014)
14. 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> (NICE, Великобритания, 2014).
15. Apovian C., Aronne L., Bessesen D. et al. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2015; [Epub ahead of print]. Available at: <http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2014-3415>.
16. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // *Eur. Heart J.* – 2012; 33: 1635–701.
17. Atallah R., Filion K., Wakil S. et al. 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; url: <http://circoutcomes.ahajournals.org/content/early/2014/11/11/CIRCOUTCOMES.113.000723.abstract?sid=7f366d9b-8730-4e48-9f97-202e90aa886f>
18. Dietz W., Baur L., Hall K. et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care // *Lancet.* – 2015; pii: S0140-6736(14)61748-7.

OBESITY AND GUIDELINES OF PROFESSIONAL COMMUNITIES

Professor I. Samorodskaya, MD

State Research Center for Preventive Medicine, Moscow

The paper considers general issues relating to the management and nutrition of obese patients on the basis of 16 English-language guidelines from the professional communities of European countries, the USA, and Australia, which have been published in the past 4 years.

Key words: obesity, guidelines for patient management, diets, dietary pattern.