

Ожирение, сахарный диабет и метаболический синдром

Материалы приведены из источника:

Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Шестакова Е.А., Яшков Ю.И., Неймарк А.Е., Бирюкова Е.В., Бондаренко И.З., Бордан Н.С., Дзгоева Ф.Х., Ершова Е.В., Комшилова К.А., Мкртумян А.М., Петунина Н.А., Романцова Т.И., Старостина Е.Г., Стронгин Л.Г., Суплотова Л.А., Фадеев В.В. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-ий пересмотр (лечение морбидного ожирения у взрослых). Ожирение и метаболизм. 2018;15(1):53-70. <https://doi.org/10.14341/omet2018153-70>

«Ожирение – хроническое заболевание, гетерогенное по этиологии и клиническим проявлениям, прогрессирующее при естественном течении, характеризующееся избыточным отложением жировой массы в организме.

Морбидное ожирение – ожирение с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м² или с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением

Изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок являются основой в лечении ожирения и рекомендуется как первый и постоянный этап лечения ожирения.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень доказательности 1)

Комментарии: Для большинства пациентов, страдающих морбидным ожирением, изменение питания на длительный период времени представляет невыполнимую задачу. Снижение калорийности питания на 500–1000 ккал в сутки от расчетного приводит к уменьшению массы тела на 0,5–1,0 кг в неделю. Такие темпы снижения массы тела сохраняются в течение 3–6 месяцев. В дальнейшем умеренное снижение массы тела приводит к уменьшению энергозатрат на 16 ккал/кг в сутки у мужчин и на 12 ккал/кг в сутки у женщин за счет уменьшения тощей массы, в результате чего потеря массы тела приостанавливается.

Физическая активность рекомендуется как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень доказательности 1)

Комментарии: Для ряда пациентов расширение режима физической активности невозможно в связи с наличием патологии опорно-двигательного аппарата и/или сердечной и дыхательной недостаточности.»

Выдержка из источника:

Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В., Горный Б.Э., Дадаева В.А., Дроздова Л.Ю., Еганян Р.А., Елиашевич С.О., Измайлова О.В., Лавренова Е.А., Лищенко О.В., Скрипникова И.А., Швабская О.Б., Шишкова В.Н. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. Методические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):2952. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2952>

«Ожирение является одним из наиболее распространенных Алиментарно-зависимые факторы риска (АЗФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в российской популяции:

- ~64% россиян в настоящее время имеют избыточную массу тела (ИзбМТ), каждый третий — страдает ожирением (Ож);

- мужчины прибавляют в весе более стремительно, чем женщины. Процент мужчин с Ож в России за период 1993-2003 гг увеличился в 3 раза и составил 26,9 против 8,7% исходно;

- отмечено достоверное увеличение индекса массы тела (ИМТ) с возрастом: среди лиц 25-34 лет ИМТ >25 кг/м² имеют ~41,9%, тогда как у лиц 55-64 лет этот показатель возрастает до 83,1%;

- с возрастом увеличивается массовая доля висцеральной жировой ткани, тогда как объем мышечной ткани после 60 лет стремительно уменьшается и, сопровождаясь снижением уровня основного обмена, способствует развитию саркопенического Ож.

Ож является серьезной проблемой здравоохранения мирового масштаба, распространенность которой неуклонно увеличивается с каждым годом. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показатели ИМТ для взрослого населения интерпретируются по критериям ИМТ.

Зачастую Ож расценивают только как эстетическую проблему, однако это в корне неверно. Ож — это хроническое, рецидивирующее заболевание и ФР развития целого ряда патологий — сахарного диабета (СД) 2 типа, артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), неалкогольной жировой болезни печени, гастроэзофагальной рефлюксной болезни, синдрома обструктивного апноэ сна, различных нарушений репродуктивной функции у мужчин и женщин, некоторых онкологических заболеваний (рак молочной железы, эндометрия, колоректальный рак), поражений опорно-двигательного аппарата и др. Ож увеличивает риск смерти в ~3 раза, причем

преимущественно среди лиц трудоспособного возраста. Только 50% лиц с ИМТ >40 кг/ м² достигают возраста 70 лет. У 33% пациентов с ИМТ >30 кг/м² имеются ранние нарушения углеводного обмена, у 12,1% лиц с Ож зарегистрирован СД 2 типа. В связи с вышеперечисленным ИМТ в настоящее время рассматривается экспертами ВОЗ в качестве одного из основных индикаторов здоровья.

Следует подчеркнуть, что именно абдоминальное ожирение (АО), увеличение объема талии (ОТ) и увеличение массы висцеральной жировой ткани (ЖТ) имеет критическое значение в ключе увеличения риска развития кардиометаболических нарушений (Рисунок 1).

	ОТ (см)		
Мужчины	<94	94-102	>102
Женщины	<80	80-88	>88

Рисунок 1. Показатели ОТ и риск развития кардиометаболических нарушений

На фоне изменения традиций и культуры питания значительно изменились и характеристики продуктов питания. Полки современных магазинов изобилуют различными полуфабрикатами, продуктами глубокой переработки с заведомо высоким содержанием скрытых жиров, добавленных сахаров и соли. Одновременно с этим низкая информированность населения о структуре здорового питания (ЗП), методах анализа состава тех или иных продуктов и рациона в целом, недостаточное потребление овощей и фруктов, неправильные пищевые привычки, привели к тому, что рацион питания подавляющего большинства россиян не соответствует принципам сбалансированного питания. Перечисленные современные тенденции в еде, систематическое употребление продуктов с высокой калорийностью и низкой питательной ценностью приводят к развитию Ож на фоне микронутриентного голодания, последствия которого нельзя недооценивать, особенно если речь идет о детях и лицах пожилого и старческого возраста.

Стратегия лечения Ож формируется исходя из полученных данных клинико-лабораторного обследования с учетом не только ИМТ пациента, но и наличия, тяжести течения ассоциированных с Ож заболеваний. Лечение Ож — сложный, многокомпонентный процесс, требующий индивидуального подхода, целью которого

является снижение МТ, предотвращение рикошетного набора МТ (удержание веса) и компенсация связанных с Ож патологических состояний. При наличии показаний, в терапии Ож возможно кратковременное применение лекарственных препаратов для снижения МТ, при морбидном Ож возможно рассмотрение вопроса о хирургическом лечении, но, следует понимать, что данные методы - лишь дополнение, фундаментом же лечения и профилактики Ож является немедикаментозная терапия - модификация системы питания, повышение уровня физической активности (ФА) и изменение пищевого поведения.

Основные принципы рациона при Ож:

- соответствие энергетической и пищевой ценности рациона физиологическим потребностям организма, рассчитанного на рекомендуемую массу тела (МТ);
- редукция калорийности рациона производится за счет ограничения насыщенных жиров и снижения до полного исключения добавленных сахаров и алкоголя;
- модификация жирового компонента заключается в ограничении общего жира до 30% от суточной калорийности рациона, снижения доли насыщенных жиров и увеличения содержания ненасыщенных ЖК, прежде всего ПНЖК ω -3 (морские виды рыб, растительные масла, семена);
- адекватное содержание в рационе белка из оптимальных пищевых источников;
- увеличение содержания пищевых волокон (ПВ) до 30-40 г/сут.;
- снижения ГН рациона за счет включения продуктов с низким и средним гликолическим индексом (ГИ).

Предоставление пациенту готового рациона питания на определённый срок с рассчитанной калорийностью и рецептами приготовления блюд уходит в прошлое. На смену этому методу приходит обучение пациента основным принципам ЗП. Ключевым инструментом борьбы с ИзбМТ и Ож сегодня является постепенное формирование и внедрение здоровых пищевых привычек в повседневную жизнь. Именно постепенные, но безвозвратные изменения, постановка реальных индивидуальных целей для каждого конкретного пациента в зависимости от его образа жизни и вкусовых предпочтений - залог эффективного снижения МТ и удержания его в долгосрочной перспективе.

Следует очень настороженно относиться к огромному количеству рекомендаций по питанию, заманчиво обещающих быстрое снижение МТ, которые можно встретить сегодня в различных источниках, особенно в сети Интернет. Некоторые из представленных диет, например, кетогенная, низкожировая или диета с экстремально низкой суточной калорийностью рациона (менее 1000 ккал/сут) могут вызвать целый ряд

нежелательных явлений, включая кетоз, перепады настроения, сухость кожи, авитаминоз, высокий риск камнеобразования в желчном пузыре и почках, снижение минеральной плотности костной ткани (МПК) и др. Эти диеты противопоказаны пациентам с хроническими заболеваниями и могут применяться в исключительных случаях, кратковременно, только по показаниям и под контролем врача. Подобные диеты практически всегда приводят к срывам и рикошетному набору МТ.

Отдельно следует сказать о лицах пожилого и старческого возраста. Данная возрастная категория пациентов нуждается в более плотной по биологической ценности пище (больше нутриентов на единицу калорийности), т.к. наряду с более низкой потребностью в энергии потребность в незаменимых пищевых веществах не только не изменяется, но в некоторых случаях даже увеличивается. Поскольку снижение ИМТ 65 лет приводит к возрастанию риска смерти, представляется целесообразным не допускать потери веса ниже указанных пределов в данной возрастной группе. Для пациентов ≥ 75 лет потеря МТ может стать потенциально опасной в ключе прогрессирования саркопении, мальнутриции, потери МПК и повышения риска смерти. Поэтому такой группе пациентов при ИМТ 25-29,9 кг/м² не следует рекомендовать снижать МТ. Если необходимость снизить МТ все-таки есть, ограничение суточной калорийности следует строго контролировать. Пациентам с Ож >65 лет рекомендован умеренный дефицит калорийности рациона - до 250 ккал/сут., что обеспечит нерезкий, умеренный темп снижения МТ.

Рекомендуемые этапы модификации рациона

В первую очередь требуется исключить из типичного рациона калорийные продукты и блюда с высоким содержанием жиров (в т.ч. ТЖК) и простых углеводов (добавленных сахаров). Жир является самым калорийным макронутриентом и одной из основных причин излишней энергоемкости рациона. С целью ограничения потребления жиров необходимо исключить из рациона жирные сорта мяса и птицы (свинина, баранина, гусь, утка), жирные молочные продукты (сливки, сметана, сыры 40-50%, творог $>9\%$ жирности), переработанные мясопродукты (сосиски, колбасы, паштеты), фастфуд, чипсы и другие продукты, приготовленные во фритюре, кондитерские изделия. Важным источником мононенасыщенных жирных кислот (МНЖК) и полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) являются растительные масла (оливковое, подсолнечное, льняное, соевое и др.), но необходимо помнить, что любое растительное масло - один из самых калорийных продуктов с ограниченной нормой потребления на этапе снижения МТ - не >30 мл/сут. То же самое касается орехов и семян, продуктов, которые зачастую становятся источником «незаметных» калорий: многие пациенты даже не фиксируют это как прием

пищи, в то время как 100 г семян подсолнечника содержит ~600 ккал. Особое внимание следует уделить кулинарной обработке пищи и не использовать масло в процессе ее приготовления. Продукты можно тушить, отваривать, запекать или использовать гриль.

Источником простых легкоусвояемых углеводов служат сахар, варенье, мед, сладости, выпечка, кондитерские изделия, сладкие газированные напитки, пакетированные соки и др. Продукты данной категории также следует исключить из рациона.

Следующим ключевым этапом является формирование режима питания и уменьшение размера порции. Согласно данным международных исследований, во многих странах вечерний прием пищи является самым калорийным (33-40% от энергетической ценности рациона (ЭЦ) рациона), что может приводить к увеличению МТ. Зачастую плотный обильный ужин - это единственный прием пищи современного работающего человека, тогда как весь день сопровождается перекусами в виде сладостей и прочих снеков, не приносящих чувства полноценного насыщения, но при этом обеспечивающих избыточную калорийность рациона. Постоянное чувство голода в течение дня провоцирует переедание в вечернее время. Именно поэтому не рекомендуется делать длительные перерывы между приемами пищи, сократив при этом объем порции. Частое дробное питание небольшими порциями (3 основных приема пищи и 1-2 перекуса в виде фруктов или нежирных кисломолочных продуктов) способствует снижению МТ при отсутствии чувства голода.

Эффективным методом самодисциплины и контроля рациона может стать ведение дневника питания. Пациентам рекомендовано вести дневник, где важно фиксировать не только продукты и напитки, потребляемые в течение дня, но и время/тип ФА, выраженность чувства голода, эмоциональный фон и ощущения, сопровождающие те или иные изменения. Дневник помогает и пациенту, и врачу оценивать структуру рациона и анализировать ситуации, требующие коррекции, с целью повышения эффективности лечения.

Поведенческая терапия и психологическая поддержка играют особую роль при коррекции рациона питания. Крайне важна поддержка близких и пересмотр культуры питания всей семьи. Серьезным мотивирующим аспектом должно стать информирование пациента о благоприятном влиянии нормализации МТ практически на все органы и системы организма. Эффективным снижением МТ считается редукция МТ на 5-10% за 3-6 мес. лечения, что обеспечивает улучшение общего состояния пациента и существенно снижает риск развития ассоциированных с Ож патологий:

- СД 2 типа - снижение риска развития на 58%;

- АГ - снижение уровня САД и ДАД на 5 мм рт ст;
- дислипидемия (ДЛП)— значимое снижение уровня ХС ЛНП, ХС липопротеинов очень низкой плотности, триглицеридов (ТГ).

- синдрома обструктивного апноэ сна - умеренное, но устойчивое снижение веса может предотвратить прогрессирование заболевания у 80% пациентов или даже вылечить легкий синдром обструктивного апноэ сна у пациентов с Ож.

Снижение МТ способствует увеличению уровня ФА пациентов и улучшению качества жизни в целом, тем самым, создавая дополнительную мотивацию и способствуя дальнейшим успехам на пути к стройности.»

Список литературы:

Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Шестакова Е.А., Яшков Ю.И., Неймарк А.Е., Бирюкова Е.В., Бондаренко И.З., Бордан Н.С., Дзгоева Ф.Х., Ершова Е.В., Комшилова К.А., Мкртумян А.М., Петунина Н.А., Романцова Т.И., Старостина Е.Г., Стронгин Л.Г., Суплотова Л.А., Фадеев В.В. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-ий пересмотр (лечение морбидного ожирения у взрослых). Ожирение и метаболизм. 2018;15(1):53-70. <https://doi.org/10.14341/omet2018153-70>

Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В., Горный Б.Э., Дадаева В.А., Дроздова Л.Ю., Еганян Р.А., Елиашевич С.О., Измайлова О.В., Лавренова Е.А., Лищенко О.В., Скрипникова И.А., Швабская О.Б., Шишкова В.Н. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. Методические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):2952. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2952>