Министерство здравоохранения Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Углубленное профилактическое консультирование лиц с повышенной массой тела

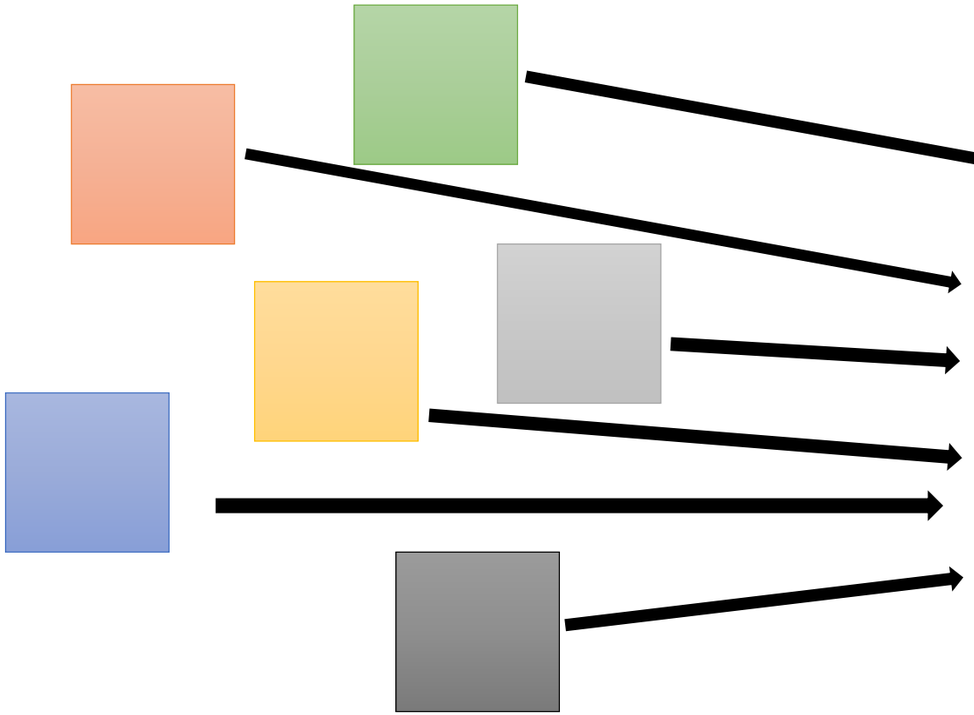
Елиашевич Софья Олеговна

врач-диетолог, терапевт

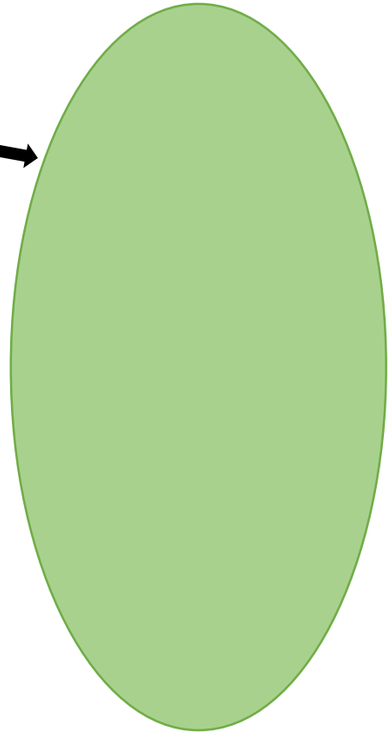
к.м.н., руководитель лаборатории

изучения и коррекции пищевого поведения

Современные вызовы в лечении ожирения

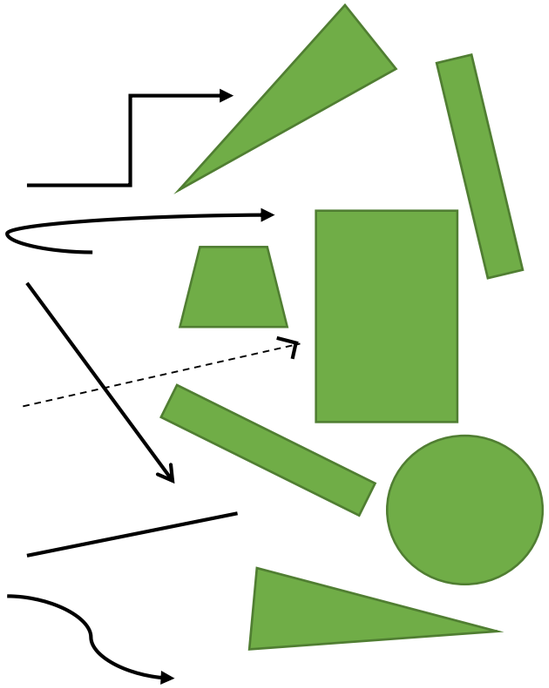


Результаты клинических исследований



Рекомендации

- ✓ Инерция врачей и пациентов
- ✓ Расходы
- ✓ Неравенство в получении медицинской помощи



Разрозненные результаты лечения

СТЕРЕОТИП №1

Ожирение - это собственный выбор образа жизни, а не болезнь

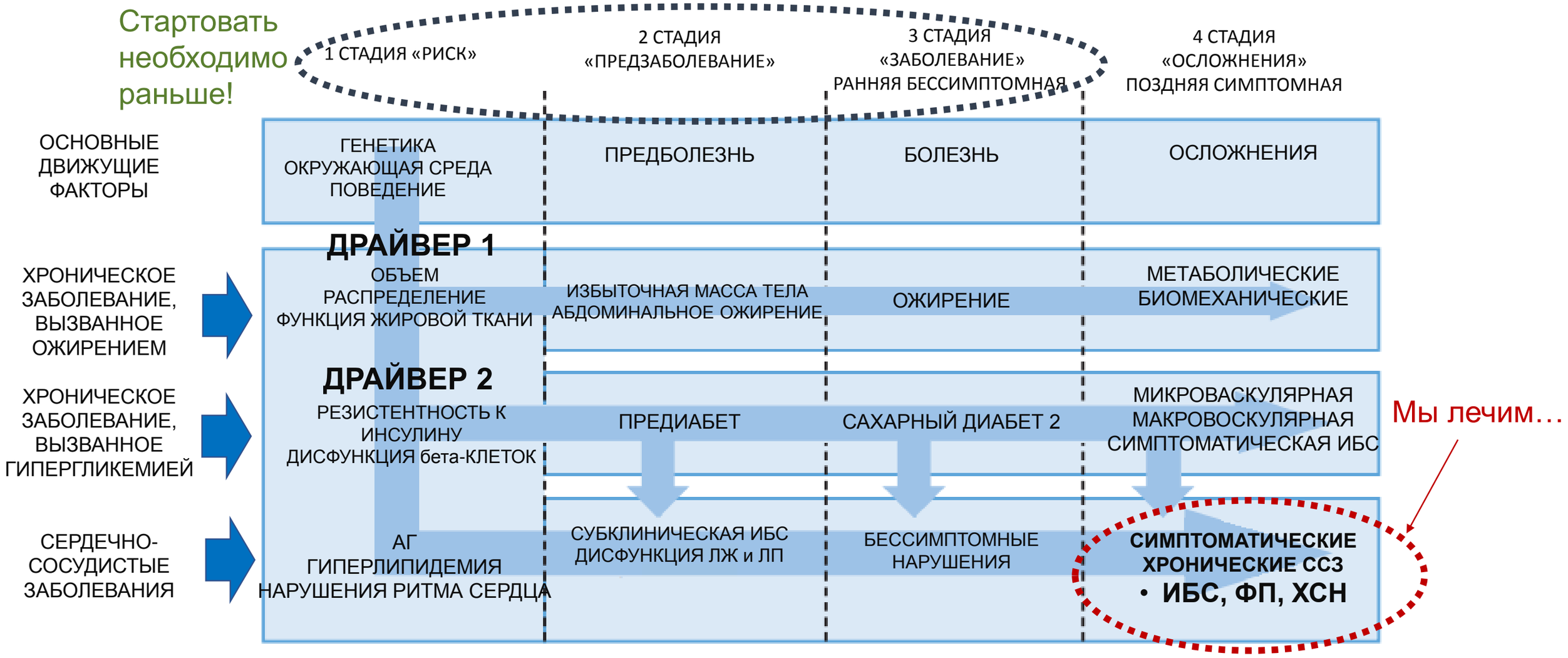
ОПРОВЕРЖЕНИЕ

Ожирение – это хроническое *рецидивирующее* мультифакторное *заболевание*, проявляющееся избыточным образованием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, и как правило, имеющее высокий кардиометаболический риск.

Признаки ожирения как болезни

Диагностируется путем определения	**Имеет причины**	**Методы лечения**	**Приводит к осложнениям**
симптомов избыточного накопления жировой массы	алиментарный генез	подбор лечебного питания	увеличению заболеваемости
анатомических изменений в системах органов	воспаление и инфекционный генез	подбор уровня физической активности	увеличению смертности
признаков дисфункций органов и систем	побочные эффекты лекарственной терапии	психотерапия	
	генетическая предрасположенность	фармакотерапия	
	неблагоприятные поведенческие факторы, факторы окружающей среды	хирургические методы	

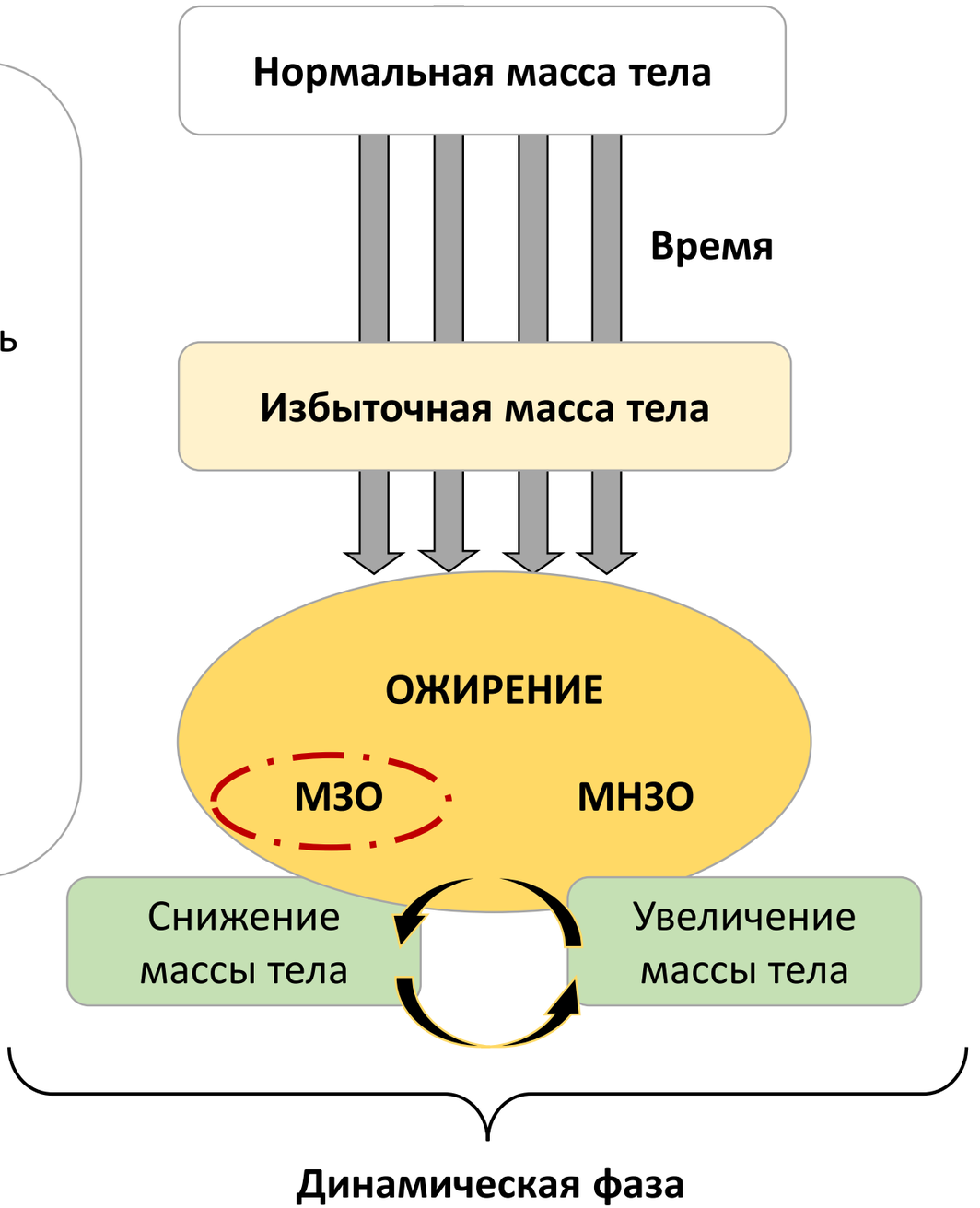
Естественное течение кардиометаболических хронических заболеваний



Mechanick J. I. et al. Cardiometabolic-based chronic disease, adiposity and dysglycemia drivers: JACC state-of-the-art review. Journal of the American college of cardiology. – 2020. – Т. 75. – №. 5. – С. 525-538.

Эндогенные факторы

- Генетическая предрасположенность
- Эпигенетика
- Физиологические факторы (беременность)
- Эндокринопатии



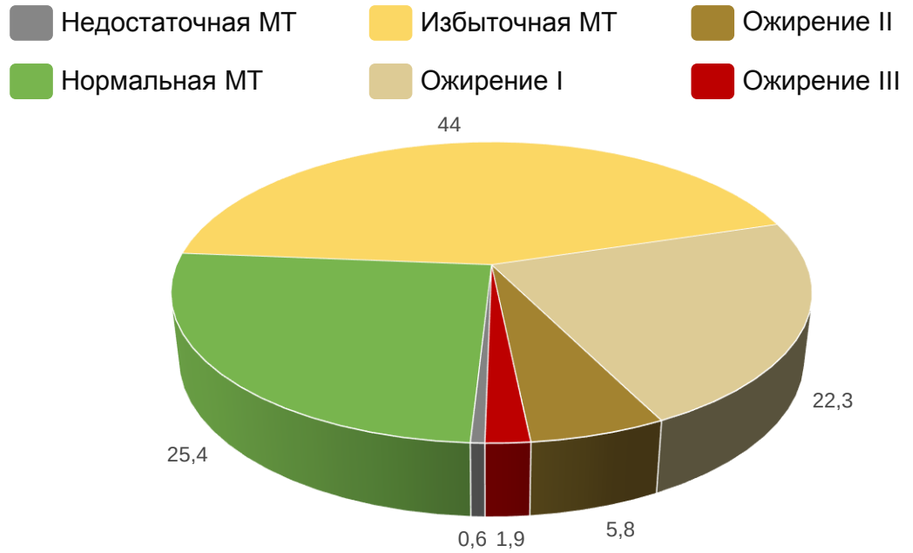
Экзогенные факторы

- Среда
- Образ жизни
- Питание с высокой энергоёмкостью
- Пищевое поведение («кутежи», ночной голод, «заедание» стресса и т.д.)
- Низкая ФА
- Отказ от курения
- Нарушения фазы сна
- Психосоциальные факторы (депрессия, тревога, хронический стресс и др.)
- Лекарственная терапия

Распространенность повышенной массы тела в России

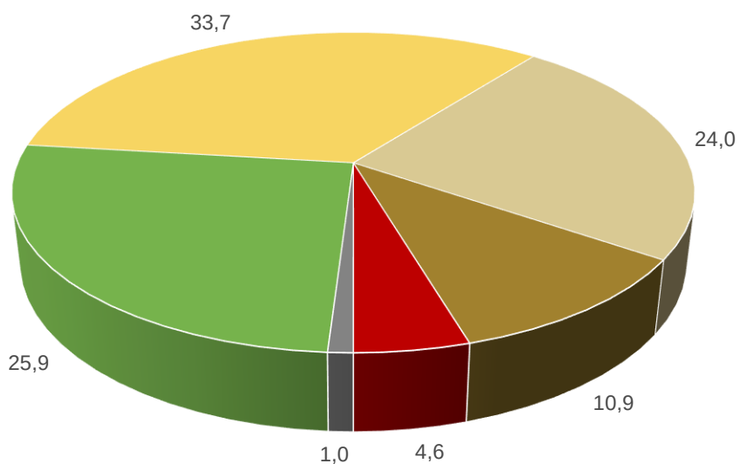
ИМТ, кг/м²

возраст				p
35-44	27,5±4,6	26,4±5,6	26,9±5,2	<0,001
45-54	28,5±4,7	28,7±5,9	28,6±5,3	0,083
55-64	28,7±4,7	30,3±5,9	29,5±5,4	<0,001
65-74	28,2±4,4	30,1±5,4	29,2±5,1	<0,001



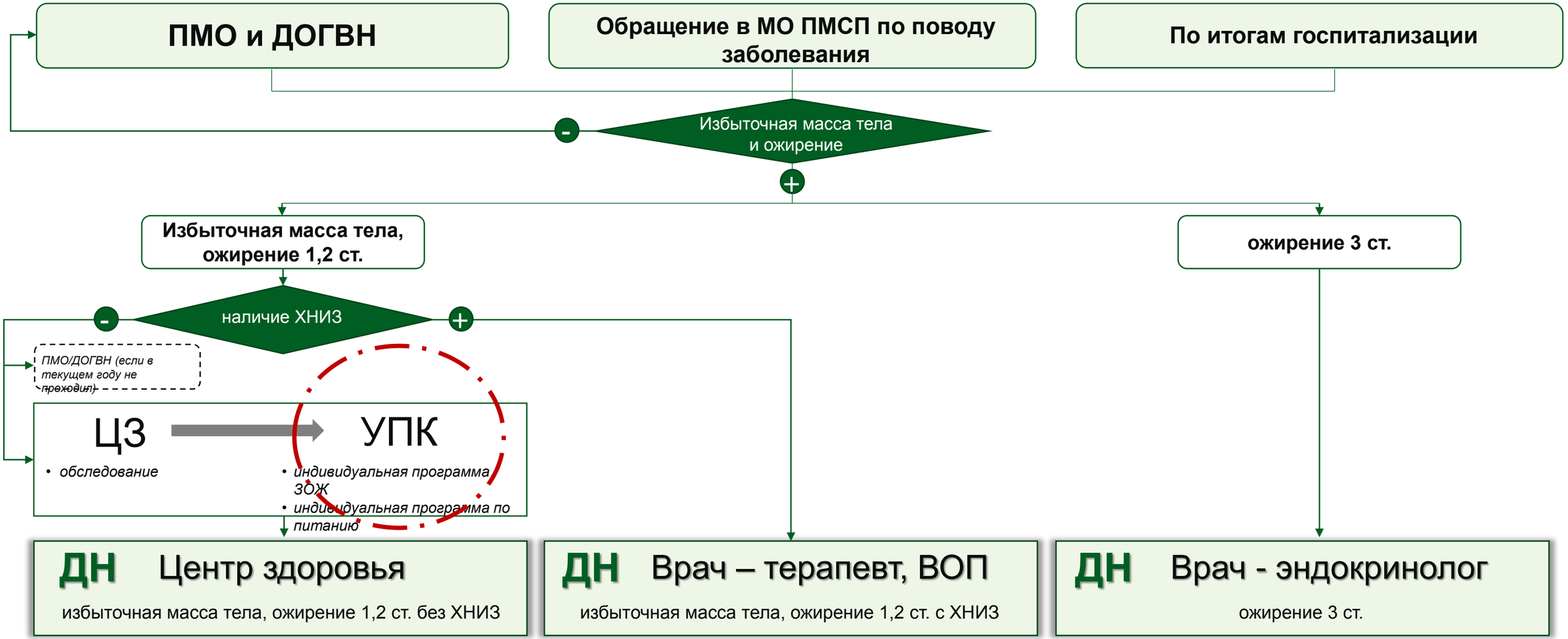
Окружность талии, см

возраст				p
35-44	93,4±12,3	82,4±13,1	87,7±13,9	<0,001
45-54	96,8±13,0	88,5±13,5	92,4±13,9	<0,001
55-64	98,5±12,7	93,5±13,3	95,8±13,3	<0,001
65-74	97,6±12,9	93,9±12,7	95,6±12,9	<0,001



Баланова Ю.А., Драпкина О.М., Куценко В.А. и др. Ожирение в российской популяции в период пандемии COVID-19 и факторы, с ним ассоциированные. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3793. doi:10.15829/1728-8800-2023-3793

Алгоритм ведения пациента с избыточной массой тела или ожирением в условиях ПМСП



ПМО – профилактический медицинский осмотр
ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения
МО ПМСП – медицинская организация, оказывающая первичную медико – санитарную помощь

Фокус на коммуникацию с пациентом и обучение

I. Коммуникация

Пациент,
страдающий ожирением

Терапевт
Врач общей практики
Врач медицинской профилактики

II. Клиническая оценка

- Определение фенотипа
- Динамометрия
- Биоимпедансометрия
- Расчет показателей
- Определение психоэмоционального статуса
- Уровень физической активности

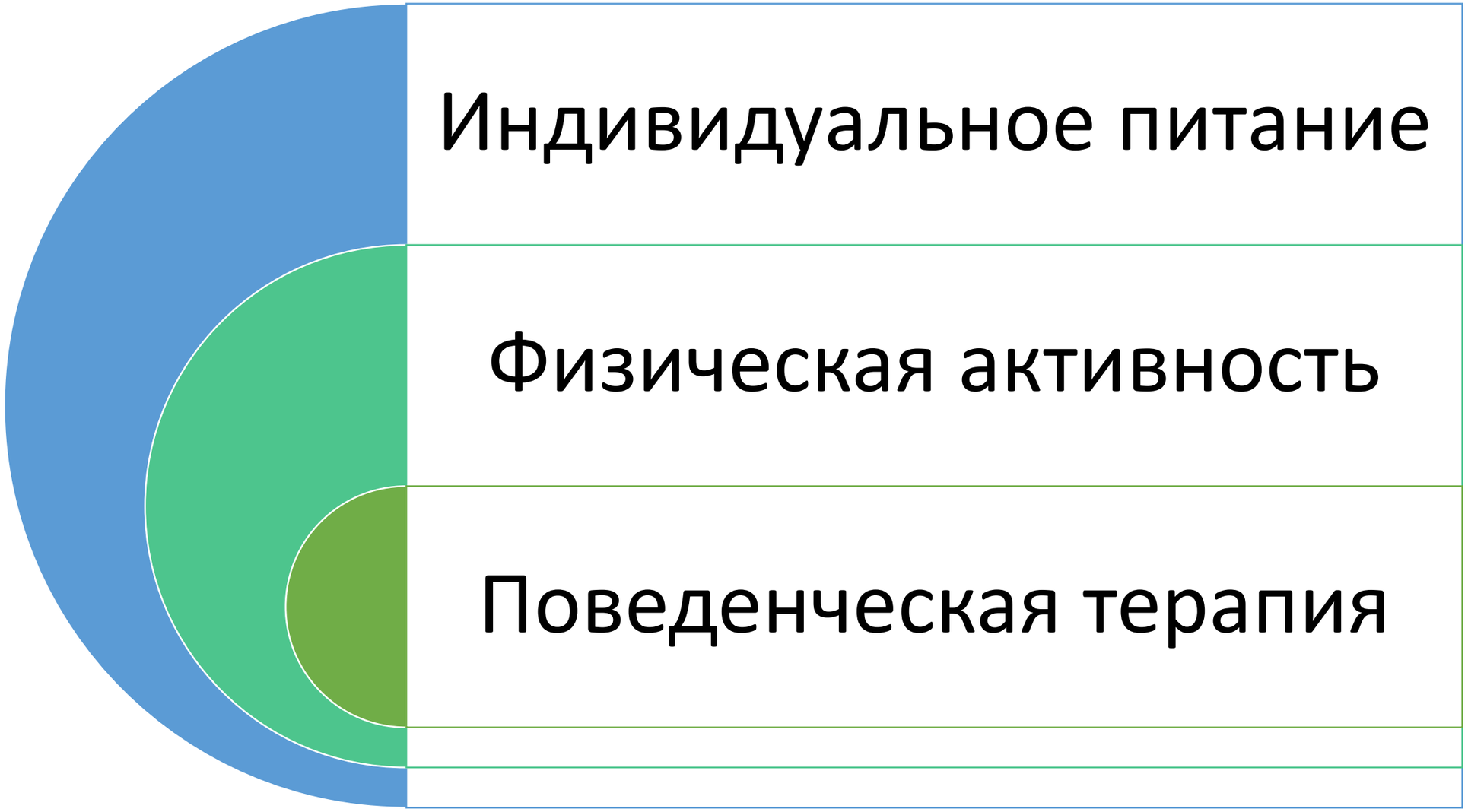
III. Лечение

- УПК (индивидуальная программа ЗОЖ и индивидуальная программа ЗП)
- Направление к психологу

IV. Диспансерное наблюдение

1. Изменение образа жизни (питание, ФА)
2. Работа с психологическими аспектами
3. Фармакотерапия по потребности

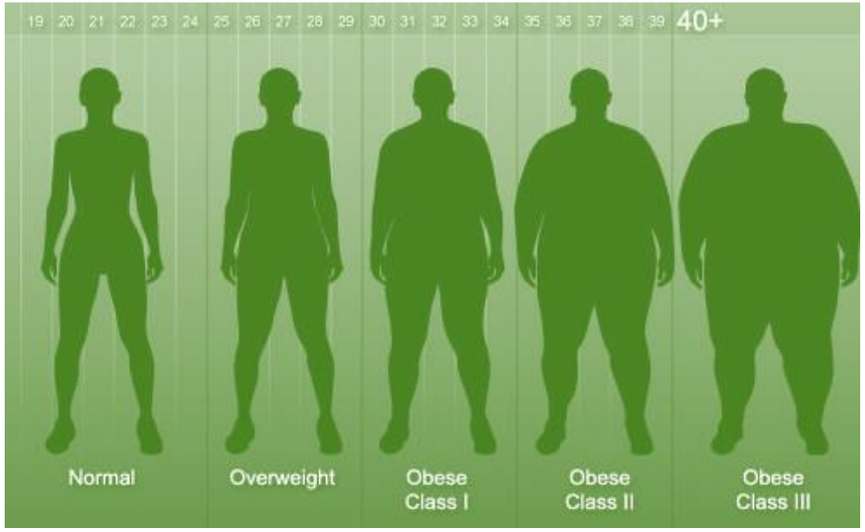
Уровни медицинской помощи при УПК



ШАГ 1. Определите фенотип

Классическая оценка ожирения по ИМТ

ИМТ, кг/м^2	**Категория**
< 18,5 кг/м^2	Недостаточная масса тела
18,5 – 24,9	Нормальная масса тела
25 – 29,9	Избыточная масса тела
30 – 34,9	Ожирение 1 ст.
35 – 39,9	Ожирение 2 ст.
< 39,9	Ожирение 3 ст. (морбидное)



ИМТ – комбинированный показатель, который включает в себя биомаркеры, ассоциированный как с патологией, так и со здоровьем:

- подкожный и висцеральный жир
- жировую массу и тощую массу
- эутопическую и эктопическую жировую массу

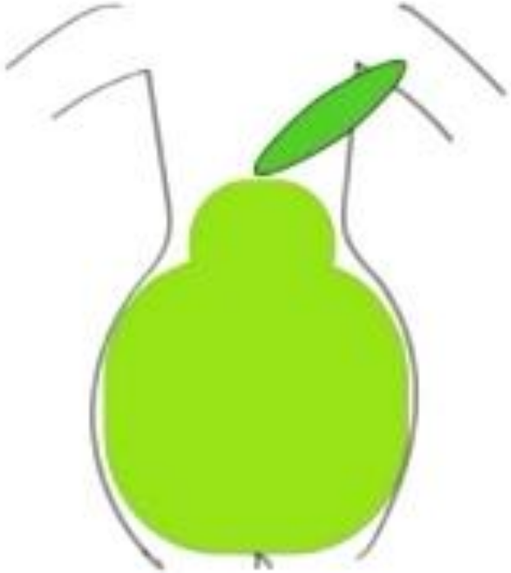
ИМТ – необходимый показатель оценки распространенности ожирения **на популяционном уровне.** Для персонализированного подхода нужны другие, более точные измерения

Абдоминальное ожирение

Абдоминальное ожирение

- Больше висцеральной жировой ткани
- Чаще у мужчин
- Опосредовано воспалительными цитокинами: лептин, ИЛ-6, резистин, СРБ

Глютеофеморальное ожирение



- Больше подкожной жировой ткани
- Чаще у женщин
- Опосредовано противовоспалительными цитокинами: адипонектин

Окружность талии (IDF)

Муж	более 94см
Жен	более 80см

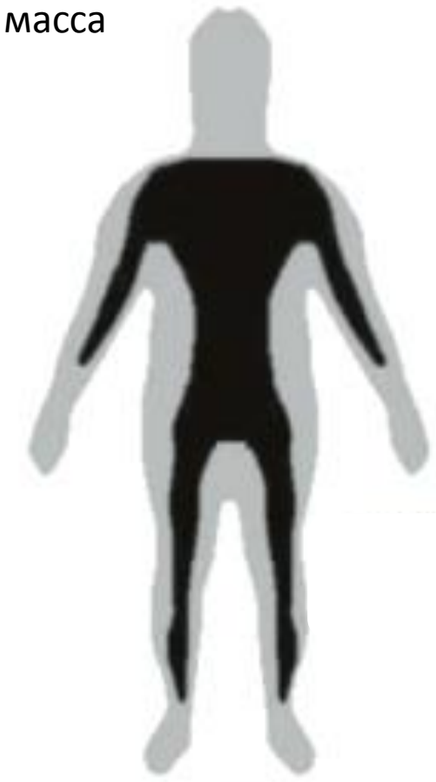
Отношение ОТ/ОБ

Муж	более 0,9
Жен	более 0,85

Фенотипирование согласно составу тела

жировая масса

тощая масса



Ожирение с низкой тощей массой

Ожирение с нормальной тощей массой

Ожирение с высокой тощей массой

Различные фенотипы внутри одной категории по ИМТ имеют различный профиль сердечно-сосудистого риска

Определение фенотипа

Абдоминальное ожирение	Избыточная масса тела	Ожирение	Саркопеническое ожирение
1. ИМТ < 25 кг/м^2 2. ОТ/рост > 0,5 3. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела согласно данным биоимпедансометрии	1. ИМТ ≥ 25 кг/м^2 и <30 кг/м^2 2. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела согласно данным биоимпедансометрии	1. ИМТ ≥ 30 кг/м^2 2. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела согласно данным биоимпедансометрии	1. ИМТ ≥ 30 кг/м^2 2. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ: Снижение мышечной силы на основании кистевой динамометрии (М<27 кг, Ж<16 кг) 3. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела и уменьшение скелетно-мышечной массы согласно данным биоимпедансометрии

Первичный протокол состава тела

Базовые данные	Прибор N 1274	Rc1_50 = 412.0	Rc2_50 = 490.6 (Ом)
Дата обследования	10.09.2014 8:06:37	Сопрот. (акт. на 5 и 50 кГц, реакт. на 50 кГц), Ом	573 / 455 / 79
Возраст, лет / Пол	25 M	Фазовый угол (50 кГц), град.	9.8
Рост, см / Вес, кг	182 / 91.5	Клеточная жидкость / Минеральная масса тела, кг	31.2 / 3.46
Окр. талии / Окр. бедер, см	0 / 0	Основной обмен, ккал/сут.	2103

Состав тела

Индекс массы тела	18.5 – 25.0	27.6	86 / 127%
Жировая масса (кг), нормированная по росту	7.3 – 14.6	22.8	82 / 208%
Тощая масса (кг)	48.4 – 72.3	69.7	92 / 114%
Активная клеточная масса (кг)	26.7 – 39.8	47.1	98 / 142%
Доля активной клеточной массы (%)	53.0 – 59.0	68.5	99 / 122%
Скелетно-мышечная масса (кг)	27.6 – 35.1	36.3	90 / 116%
Доля скелетно-мышечной массы (%)	51.2 – 54.6	52.8	46 / 100%
Удельный основной обмен (ккал/кв.м/сут.)	841.7 – 969.3	985.0	90 / 109%
Общая жидкость (кг)	35.5 – 52.9	50.3	92 / 114%
Внеклеточная жидкость (кг)	15.5 – 18.8	19.1	75 / 112%
Соотношение талия / бедра	0.78 – 0.90	0.00	0%
Классификация по проценту жировой массы (ожирение)	12.9 – 16.8 – 22.4 – 26.4	24.9	Истощение / Фитнес-стандарт / Норма / Избыточный вес / Ожирение

Алгоритм оценки параметра «жировая масса тела»

Цель: подтвердить/исключить наличие прироста массы тела вне зависимости от критерия ИМТ

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы количества жировой массы (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии избытка жировой массы тела

1) рассчитайте целевое снижение жировой массы тела до верхней границы нормы (это цель-максимум в долгосрочной перспективе).

2) рассчитайте ближайшую цель в достижении результата – минус 5-10% от исходной массы тела (к примеру, исходно масса тела 100кг, следовательно ближайшая цель – минус 5 – 10кг)

3) Подбор индивидуальной программы здорового питания

Алгоритм оценки параметра «скелетно-мышечная масса»
Цель: исключить саркопеническое ожирение (СО) у лиц со сниженной функцией скелетных мышц согласно динамометрии.

- Определите рекомендуемую нижнюю границу нормы количества скелетно-мышечной массы (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии дефицита скелетно-мышечной массы

1) Оцените количество жировой массы тела. При наличии избытка жировой массы тела и снижении скелетно-мышечной массы установить наличие СО
2) Подобрать индивидуальную программу здорового питания

Алгоритм оценки параметров «общая жидкость» и «внеклеточная жидкость»

Цель: оценить прогноз скорости процесса снижения массы тела у лиц с повышенной массой тела

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы для данных параметров (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии избытка жидкости

Ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,5 до 1 кг в неделю

- При нормальном диапазоне количества жидкости в организме

Ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,3 до 0,5 кг в неделю

Динамометрия

- показатель снижения мышечной силы по результату силы сжатия

< 27 кг –у мужчин

< 16 кг – у женщин

- Силовой индекс (%) = сила кисти (кг) / МТ (кг) × 100%

Трактовка силового индекса	Мужчины	Женщины
Ниже среднего	< 65%	< 48%
Средний	65-80%	48-50%
Выше среднего	> 80%	> 50%

Примеры фенотипирования

Избыток жировой массы	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Мышечная масса	Норма	Норма	Норма	Повышена	Снижена	Норма
Фенотип	Нормальная МТ	Нормальная МТ	Избыточная масса тела	Нормальная МТ	Саркопеническое ожирение	Ожирение

ШАГ 2. Оцените рассчитанную суточную энергоемкость пищевого рациона

Общая энергетическая потребность по формуле *Харриса-Бенедикта*

для мужчин:
BMR = 88.36 + (13.4 х масса тела в кг) + (4.8 х рост в см) — (5.7 х возраст в годах) х К

для женщин:
BMR = 447.6 + (9.2 х масса тела в кг) + (3.1 х рост в см) — (4.3 х возраст в годах) х К

С учетом уровня физической активности

К = 1,2	Сидячий образ жизни
К = 1,375	Низкая активность (2-3 раза в нед)
К = 1,55	Высокая активность (3-5 раз в нед)
К = 1,725	Очень высокая активность
К = 1,9	Профессиональные спортсмены

ШАГ 3. Сформируйте индивидуальную программу здорового питания

Абдоминальное ожирение

Полная суточная энергоемкость рациона с учетом физической активности

АКЦЕНТЫ:

- Цельная пища
- Кулинарный навык
- Осознанность в выборе пищевых продуктов

ЦЕЛЬ:
Уменьшение окружности талии
Муж: менее 102 см
Жен: менее 88 см
или
ОТ/рост < 0,5

Избыточная масса тела

Дефицит суточной энергоемкости рациона с учетом физической активности в объеме 300ккал

Минус 300 ккал

АКЦЕНТЫ:
Снижение углеводной нагрузки

ЦЕЛЬ:
1) Ближайшая – минус 5-10% от исходной массы тела
2) Долгосрочная – по данным биоимпедансометрии

Ожирение

Дефицит суточной энергоемкости рациона с учетом физической активности в объеме 500ккал

Минус 500 ккал

АКЦЕНТЫ:
Снижение углеводной и жировой квот в суточном рационе

ЦЕЛЬ:
1) Ближайшая – минус 5-10% от исходной массы тела
2) Долгосрочная – по данным биоимпедансометрии

Саркопеническое ожирение

Дефицит суточной энергоемкости рациона с учетом физической активности в объеме 500ккал

Минус 500 ккал

АКЦЕНТЫ:
Увеличение белковой квоты и омега-3 жирных кислот в суточном рационе

ЦЕЛЬ:
Под контролем биоимпедансометрии снижение жировой массы тела и увеличение скелетно-мышечной массы

Индивидуальные программы здорового питания

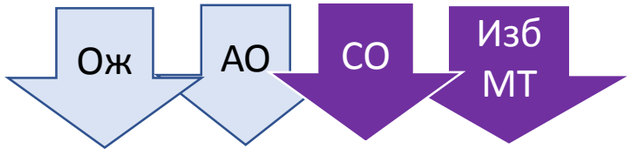
Фенотип АО
Рассчитанная энергетическая потребность – 1800 ккал/сут.
РЕКОМЕНДУЕМАЯ потребность = рассчитанной

Фенотип ИзбМТ
Рассчитанная энергетическая потребность – 2500 ккал/сут.
РЕКОМЕНДУЕМАЯ потребность «мягкий дефицит» минус 300 = 2200 ккал/сут

Фенотип Ож
Рассчитанная энергетическая потребность – 2200 ккал/сут.
РЕКОМЕНДУЕМАЯ потребность «дефицит» минус 500 ккал = 1700 ккал/сут

Фенотип СО
Рассчитанная энергетическая потребность – 2500 ккал/сут.
РЕКОМЕНДУЕМАЯ потребность «дефицит» минус 500 ккал = 2000 ккал/сут

Укажите стрелкой целевую программу питания



Суточная потребность в энергии, ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	**1600**	**1800**	**2000**	**2200**	**2400**	**2600**	**2800**	**3000**
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	300	375	375	450	450	525	525	600
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	225	225	300	300	300	300	375	375
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	141	170	170	198	226	255	283	283

Актуальность правильного питания

- Нерациональное питание в масштабе города – главный модифицируемый фактор риска хронических заболеваний

- В реальности – оценка и коррекция питания не находят прочной ниши в комплексном ведении пациентов

- С другой стороны – растет спрос на правильное питание и одновременно развитие «сомнительных» парамедицинских организаций, предлагающих эту услугу

Принципы лечебного питания при ожирении

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Российской ассоциации эндокринологов,
академик РАН

И.И. Дедов

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Общества бариатрических хирургов,
к.м.н.

Н.С. Бордан

Клинические рекомендации

Ожирение

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:	E66.0/ E66.1/E66.2/ E66.8/ E66.9
Возрастная группа:	взрослые
Год утверждения:	2024

- Не существует универсальной стратегии питания
- Степень снижения массы тела напрямую зависит от степени редукции энергетической ценности пищи
- Выбор врача зависит от состояния здоровья пациента, полиморбидности, вкусовых предпочтений, предыдущих опытов в изменении питания (метод проб и ошибок)

Рекомендации и руководства в помощь

Кардиоваскулярная терапия и профилактик

Расширенный поиск

ГЛАВНАЯ | О ЖУРНАЛЕ | СВЕЖИЙ НОМЕР | АРХИВ

Главная > Том 23, № 3 (2024) > Драпкина

Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство

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 про

Расширенный поиск

ГЛАВНАЯ | О ЖУРНАЛЕ | СВЕЖИЙ НОМЕР | АРХИВ

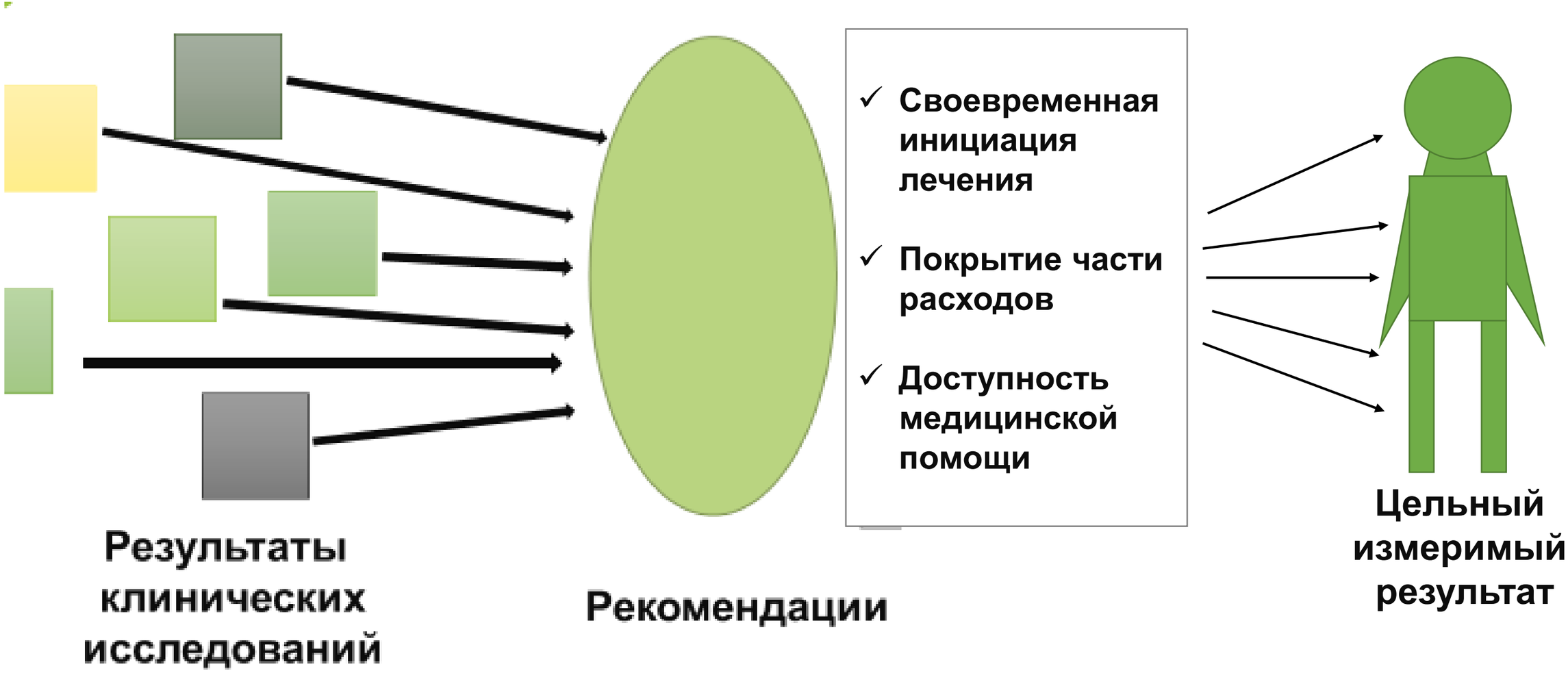
Главная > Том 21, № 4 (2022) > Драпкина

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022

Шаблон для формирования индивидуальной программы здорового питания

ФИО пациента							
Возраст пациента (полных лет)							
Фенотип	Абдоминальное ожирение (+/-)	Избыточная масса тела (+/-)		Ожирение (+/-)		Саркопеническое ожирение (+/-)	
Обращения	Первое обращение	Дата	Через 6 мес.	Дата	Через 12 мес.	Дата	Целевой показатель
Суточная энергоемкость пищевого рациона							

Эффекты от правильного понимания ожирения как болезни



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:

Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

Москва, Китайгородский пр., д. 7

+7 (495) 790-71-72

vk.com/gnicpmru

www.gnicpm.ru

t.me/fgbunmictpm