

УДК 615.874+613.24]: 616-008.9

**МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ****В.А. Дробышевская****Гомельский государственный медицинский университет**

Рассматриваются возможные типы питания для лиц, страдающих избыточной массой тела. Предлагаются конструктивные диеты для устойчивого снижения веса.

Ключевые слова: ожирение, диета, разгрузочный день, лечебное питание, избыточная масса тела.

**CLINICAL NUTRITION AT OBESITY****V.A. Drobyshevskaya****Gomel State Medical University**

The paper describes possible types of nutrition for people with body overweight. Constructive diets for steady weight lose are suggested.

Key words: obesity, diet, balance day, clinical nutrition, body overweight.

**Введение**

Ожирение — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме. На сегодняшний день это одно из самых распространенных заболеваний: если в 1998 г. в мире было зарегистрировано 250 млн. больных ожирением, то в 2005 г., по расчетам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), их число превысит 300 млн.

Ожирение сопряжено с высоким риском для здоровья и в настоящее время рассматривается как основной (после курения) фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Очень часто ожирение (а еще в большей степени накопление жира в абдоминальной области) сопровождается артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом 2 типа, что связано с повышением уровня инсулина в крови и его патологическим действием на уровне тканей-мишеней; увеличением в несколько раз частоты онкологических заболеваний — рака эндометрия и молочных желез у женщин, предстательной железы у мужчин и рака прямой кишки, независимо от пола. Ожирение является одной из основных причин ранней инвалидизации и повышенной смертности больных трудоспособного возраста [1, 2, 3].

В настоящее время степень ожирения определяется по индексу массы тела

(ИМТ), который рассчитывается по формуле Кетле как отношение массы тела (в кг) к росту (в м<sup>2</sup>). У здоровых лиц он равен 18,5–24,9 [4]. Для диагностики ожирения, определения риска развития сопутствующих заболеваний и тактики лечения больных используется классификация ВОЗ (1977), согласно которой по индексу выделяют следующие степени избыточной массы тела: предожирение — 25,0–29,9; ожирение 1 степени (ст.) — 30,0–34,9; 2 ст. — 35,0–39,9 и 3 ст. — более 40,0.

До настоящего времени основными методами лечения ожирения являются ограничение калорийности пищи и увеличение физической активности больных. Однако эти меры эффективны, главным образом, при начальных степенях ожирения и его небольшой давности. Многими авторами доказано, что субкалорийная диета вызывает уменьшение термогенеза, т.е. снижение основного и энергетического обмена у больных ожирением [5, 6, 7].

Увеличение физических нагрузок, бесспорно, необходимо включать в комплекс лечения ожирения, но следует учитывать, что неадекватное увеличение физической активности у тучного больного создает стрессовую ситуацию, т.е. напряжение в системе гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников и гиперпродукцию АКТГ, кортизола [8]. Однако, по мнению других авторов, по-прежнему наиболее правиль-

ной методикой диетотерапии является постепенное снижение калорийности в рационе больного при лечении ожирения [9]. При оценке краткосрочного и отдаленного прогноза снижения массы тела с помощью долговременной субкалорийной диеты установлено: ближайший прогноз — обнадеживающий, отдаленный — неудовлетворительный, так как у 88% больных ожирение рецидивировало [10].

**Целью** работы являлась разработка и усовершенствование лечебного питания больных при избыточной массе тела.

#### **Материал и методы**

Под наблюдением находились 30 человек (чел.) в возрасте от 47 до 68 лет (средний возраст  $58,6 \pm 2,8$  г.), с длительностью заболевания от 3 до 30 лет (в среднем  $13,1 \pm 2,4$ ). У всех наблюдаемых выявлена избыточная масса тела или ожирение 1–3 степени. ИМТ в среднем составил  $36,3 \pm 1,8$  кг/м<sup>2</sup>. Методом случайной выборки больные были разделены на 2 однотипные группы. Пациентам 1-й, основной группы (15 чел.), назначали разработанный нами тип питания в течение 40 дней (основной вариант 30 дней и дополнительный — 10 дней). Больные же 2-й группы (контрольная — 15 чел.) получали в течение такого же срока лечение традиционной гипокалорийной диетой (1500 ккал/день) в соответствии с рекомендациями ВОЗ для больных ожирением.

У всех больных выполняли антропометрические исследования: измерение роста в положении стоя с точностью до 1 см, определение массы тела в утренние часы на электронных весах с точностью до 0,1 кг. До и после лечения исследовали липидный обмен в сыворотке крови (общий холестерин, триглицериды, альфа-холестерин, бета-липопротеины, индекс атерогенности), уровень глюкозы, мочевой кислоты. Повторные антропометрические и биохимические исследования проводили после полного курса разгрузочно-диетической терапии (РДТ) по разработанной методике.

#### **Результаты и обсуждение**

Диета «Оптимальная» рассчитана на 15 дней с последующим возвращением к первому дню. Диету проводили в 2 цикла в течение 30 дней. Суть методики заключалась в том, что, не навязывая в жестких рамках количество употребляемой пищи, регламентировали время приема еды и ее качест-

во, в результате чего у пациента не возникало чувство голода и он чувствовал себя комфортно. Как правило, вследствие этого, чисто психологически, так как снят запрет на голод, больной распределял количество пищи в сторону ее уменьшения. Указывали на тот факт, что диета не будет дорогостоящей и ее употребление не принесет явного экономического ущерба для семьи.

Диета разрабатывалась в каждом отдельном случае индивидуально, с подбором продуктов. Так же учитывался возраст и профессиональная деятельность пациента (умственный, физический труд). Особенность диеты состояла в том, что накануне ее назначали разгрузочный день, как правило, кефирно-яблочный. Такие дни рекомендовали проводить 1 или 2 раза в неделю. Пища принималась 2 раза в день (в 13.00 или 14.00 и в 18.00 или 19.00) с нарастанием количества пищи к вечеру.

Учитывая, что большинство людей привыкли принимать еду в значительном количестве в вечернее время, не рекомендовали резко изменять стереотип питания, так как это в дальнейшем могло привести к стрессу и формированию негативной мотивации отказа от начатого лечения. На завтрак пациенты выпивали чашку кофе (50,0–100,0 г) с добавлением небольшого количества сахара (по личному усмотрению), через час — 150,0–200,0 зеленого чая без сахара с лимоном или стакан мультивитаминного сока также с добавлением лимона. Следующий прием пищи в обеденные и вечерние часы. В промежутках между приемами еды разрешали употребление соков, напитков, минеральной или питьевой воды, но в количестве за сутки не более 1,5–2,0 л. Промежуточных приемов пищи между основными быть не должно. По желанию больного можно было принять молочнокислые продукты, фрукты в 21.00. Пациенту указывали, что если он во время лечения не хочет есть в назначенное время, то не надо принуждать себя. Если же он привык переедать, то может не ограничивать себя в количестве, но не забывать о двух вещах, которые жестко и строго регламентированы — это время и качество.

Пища готовится по обычной технологии. Полностью исключаются из приема легкоусвояемые углеводы в виде сахара, конфет и т.д., макаронные изделия. Животное масло

заменяется любым растительным, убираются также хлебобулочные изделия, вместо хлеба предлагается ежедневный прием свежей зелени в неограниченном количестве. Началу диеты предшествует разгрузочный кефирно-фруктовый день.

Итак, сама диета:

6.00 (7.00) — 13.00 (14.00) — 18.00 (19.00)

**1 день** — рис + зелень.

**2 день** — говядина + зелень.

**3 день** — салаты свежеприготовленные на растительном масле. Желательно включить в блюдо белокочанную капусту (обладает липолитическими свойствами), морскую капусту, зелень, сок лимона, чеснок.

**4 день** — гречневая каша + зелень.

**5 день** — кефир, творог, творожные десерты, молоко, сыры, сырки, йогурты — все продукты обезжиренные или с низким процентным содержанием жира.

**6 день** — картофель отварной с подсолнечным маслом, зеленью, луком.

**7 день** — отварная рыба + зелень.

**8 день** — тушеные овощи (вегетарианский суп) на усмотрение.

**9 день** — бобовые (соя, чечевица, фасоль, бобы, кукуруза, горох) + зелень.

**10 день** — курица + зелень.

**11 день** — фруктовое ассорти.

**12 день** — говядина + зелень.

**13 день** — овсяная каша (мюсли).

**14 день** — рыба + зелень.

**15 день** — пшеничная каша.

Преимущество данной диеты заключается в том, что она экономически выгодна, легка в приготовлении, относительно голодные дни чередуются с белково-углеводной нагрузкой, диета обогащена ежедневным приемом витаминов в виде зелени, минеральными комплексами, микроэлементами, ее легко можно изменить и приспособить к каждому индивидууму.

После 30-дневного срока диетотерапии повторно применять ее не рекомендовали, т.к. организм привыкает к данному типу питания и может дать парадоксальную реакцию в виде небольшой прибавки в весе. Поэтому предлагали второй вариант РДТ — диету «Оригинальную», рассчитанную на 10 дней. Основа лечения прежняя — количество пищи не регламентировали, оставалась четкая и жесткая директива в отношении времени приема пищи и разгрузочных дней. Это так называемая стресс-терапия, направленная на

стимуляцию гормонов коры надпочечников и, как следствие этого, — на стимуляцию обменных процессов и усиление липолиза. Обращает внимание тот факт, что данный тип питания не соответствует ранее употребляемым субкалорийным диетам, которые дают кратковременный и нестабильный эффект, ибо чем меньше калорий употребляется, тем организм экономнее расходует собственную энергию. В случае возврата к прежнему образу жизни и питанию быстро захватываются недостающие калории и еще делается запас на тот случай, если пациент будет голодать. Это естественная защитная реакция организма. Предложенный тип питания можно рассматривать как ступень в комплексной терапии по «обману» организма и постепенному переводу его на новый биохимический уровень, новый стереотип питания, новый образ и более высокое качество жизни.

Предлагаемый рецепт РДТ «Оригинальная»:

**1-й день.** Завтрак: 6.00 кофе черный (можно сахар по вкусу) + через час зеленый чай с лимоном или мятой или стакан сока.

Обед: 13 (14.00) фруктовое ассорти + кефир (йогурт).

Ужин: 18 (19.00) салат на растительном масле (добавлять зелень, лимон, чеснок) + 2 яйца, 1 стакан сока (лучше томатный).

2-й день. Завтрак и обед без изменений.

Ужин: салат из свежих овощей на растительном масле + мясо (говядина), сок.

3-й день. Завтрак и обед без изменений.

Ужин: салат из свежих овощей на растительном масле + рыба, сок.

4-й день. Завтрак и обед без изменений.

Ужин: салат из свежих овощей на растительном масле + курица, сок.

Затем проводится вышеуказанный разгрузочный день и возвращение к первому дню. Диета повторяется в течение 10 дней.

Использование рекомендованных диет «Оптимальной» и «Оригинальной» позволяет снизить вес постепенно, в течение 1 мес. без ущерба для здоровья в среднем на 3–7 кг при удовлетворительном самочувствии пациента и его высокой трудоспособности. Отдаленные результаты (через 1 год) благоприятные — прибавка в весе при соблюдении режима физической активности 1,5–2 кг.

В таблице представлены данные о динамике массы тела и ИМТ у больных обеих групп.

Таблица

**Динамика массы тела и ИМТ  
при рекомендованных диетах у обследованных, М ± м**

Показатель	Опытная группа		Контрольная группа	
	А	В	А	В
Вес, кг	102,6 ± 2,7	95,4 ± 2,4*	95,7 ± 5,2	93,7 ± 2,9
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	37,3 ± 1,3	33,9 ± 1,2*	35,1 ± 1,9	33,7 ± 1,7

Примечание: достоверность по отношению к контрольной группе:

\* —  $p < 0,05$ ; А — до, В — после курса диетотерапии.

Как следует из таблицы, у обследованных опытной группы РДТ в процессе лечения установлено статистически достоверное снижение массы тела и ИМТ.

Таким образом, ожирение является одним из основных факторов риска патологии сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета и онкологических заболеваний. В связи с этим разработка и внедрение новых подходов к коррекции липидного обмена будет способствовать предупреждению заболеваемости в поиске новых подходов его коррекции.

#### **Выводы**

1. Разработанная методика является более совершенной и показана для длительного применения без ущерба для здоровья.

2. При анализе результатов исследования после проведенного курса РДТ отмечалась позитивная динамика, которая подтверждалась достоверным снижением антропометрических данных (массы тела и ИМТ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Балкаров И.В. Ожирение и артериальная гипертензия // *Врач.* — 2003. — № 9. — С. 22—26.

2. Демидова Т. Н. Ожирение — новая эпидемия 20 века // *Диабет. Образ жизни.* — 1999. — № 4. — С. 28—31.

3. Савельева Л.В. Современные подходы к лечению ожирения // *Врач.* — 2000. — № 12. — С. 12—14.

4. Шутова В.И., Данилова Л.И. Ожирение, или синдром избыточной массы тела // *Мед. новости.* — 2004. — № 7. — С. 41—47.

5. Похис К.А., Беляков Н.А., Кузнецова О.Ю. Природа коррекции ожирения // *Эфферент. терапия.* — 1998. — № 5. — С. 26—32.

6. Кудашева В.А., Малахова А.В., Никитенко Е.И. Диетотерапия при ожирении // *Мед. помощь.* — № 5. — С. 42—45.

7. Терещенко И.В. Патогенетическое обоснование лечения ожирения // *Проблемы эндокрин.* — 1993. — № 4. — С. 18—21.

8. Бутрова С.А. Сибутрамин в лечении ожирения // *Рос. мед. журн.* 2001. — № 9. — С. 348—351.

9. Терещенко И.В. Современные проблемы лечения ожирения // *Проблемы эндокрин.* — 1993. — № 3. — С. 57—61.

10. Brei G.A. Clinical evaluation and introduction to treatment of overweight // *In Contemporari Diagnosis and Managment of Obesity*, 1998. — P. 131—166.

*Поступила 09.02.2005*

## **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**А.В. Хапалюк, В.М. Подобед, А.Т. Кузьменко, Э.Г. Слипченко**

**Белорусская медицинская академия последипломного образования**

Проведено исследование вариабельности сердечного ритма у больных метаболическим синдромом. Показана связь параметров вариабельности сердечного ритма, психологического статуса и нарушений сердечного ритма по типу экстрасистолии. Предложен метод курсовой общей магнитотерапии для коррекции дисбаланса автономной нервной системы.

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, метаболический синдром, симпатико-парасимпатический дисбаланс, психологический статус, депрессия, экстрасистолия, общая магнитотерапия.