

Альтернативные методы лечения ожирения

Л.К. КУРТСЕИТОВ, А.В. ШЕВЧЕНКО,
А.Л. ГЕПКО, В.Н. КАПЛУН

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного анализа эффективности различных видов диетического питания (низкокалорийной диеты, белковой диеты (метод PronoKal®) и разгрузочной терапии Кембриджским питанием), применяемых в медицине для лечения ожирения, определены преимущества и недостатки этих диет.

Ключевые слова: ожирение, белковая диета, низкокалорийная диета, разгрузочная терапия.

Ожирение – хроническое рецидивирующее заболевание, которое характеризуется излишним накоплением жировой ткани в организме, обусловленное нарушением обмена веществ. В его основе лежит позитивный энергетический баланс, то есть поступление энергии с калориями пищи превышает энергозатраты [1].

Ожирение часто сопровождается тяжелыми сопутствующими патологиями: сахарным диабетом 2-го типа, артериальной гипертензией, дислипидемией, атеросклерозом, что известно в научной терминологии, как метаболический синдром. Сахарный диабет 2-го типа и артериальная гипертензия у людей с ожирением встречается в 2,9 раза чаще, а гиперлипидемия в 1,5 раза чаще, чем среди общего населения [5]. Ожирение сопровождается сердечно-сосудистой недостаточностью, некоторыми формами рака, нарушениями репродуктивной функции, заболеваниями опорно-двигательного аппарата [5]. Риск развития этих заболеваний увеличивается в значительной мере с увеличением индекса массы тела (ИМТ). Основным признаком ожирения является накопление жировой ткани в организме у мужчин больше 10–15%, у женщин более 20–25% от массы тела (табл. 1).

Для диагностики ожирения и определения его степени используют показатель ИМТ (отношение массы тела в кг к квадрату роста в м²), который является не только диагностическим критерием ожирения, а и показателем относительного риска развития сопутствующих ожирению заболеваний [1, 5].

По течению выделяют стабильную и прогрессирующую формы ожирения. По типу отложения жировой ткани: абдоминальное (андроидное, перибральное), геноидное (ягодично-бедренное) и смешанное ожирение.

Классификация степени ожирения в зависимости от индекса массы тела Всемирной организации здравоохранения (1997)

Тип массы тела	ИМТ (кг/м ²)	Риск сопутствующих заболеваний
Дефицит массы тела	< 18,5	Низкий (повышенный риск остальных заболеваний)
Нормальная масса тела	18,5–24,9	Обычный
Избыточная масса тела (предожирение)	25–29,9	Повышенный
Ожирение I	30–34,9	Высокий
Ожирение II	35–39,9	Очень высокий
Ожирение III	>40	Чрезвычайно высокий

Для лечения ожирения используют немедикаментозные (обучение больных, рациональное сбалансированное питание, повышение физической активности, изменение способа жизни); медикаментозные и хирургические методы.

Основой немедикаментозного лечения является питание, которое ограничивает пополнение энергии, витаминов и микроэлементов [1].

Цель работы – проанализировать и сравнить эффективность различных видов диетического питания, применяемых в медицине, определить преимущества и недостатки этих диет для лечения ожирения.

Материалы и методы

В исследование были включены 48 пациентов с избыточной массой тела II-III степени, проходившие диагностическое обследование и курс разгрузочно-диетической терапии (РДТ) Кембриджским питанием в период с 2013 по 2014 в отделении народных и нетрадиционных методов лечения Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь».

Полученные результаты сравнивали с результатами метода PronoKal[®], основанного на белковой диете, и метод низкокалорийной диеты. Результаты метода PronoKal[®] были представлены доктором Фелипе Касануэва Фрейо – главным специалистом отделений Эндокринологии, Метаболизма и Нутрициологии Госпитального Комплекса Университета Сантьяго-де-Компостела. Клиническое испытание было проведено в Отделении Ожирения в Общем университетском госпитале Gregorio Marañon (Мадрид). Исследование включало 33 человека. Низкокалорийную диету

(обычные продукты питания) для снижения массы тела пациентов с ожирением получали 30 человек.

Низкокалорийная диета включала продукты, подбор которых осуществляли на основании их калорийности (для женщин не менее 1200 ккал, для мужчин – не менее 1500 ккал).

Метод PronoKal[®] - индивидуальная программа снижения массы тела под медицинским контролем, основанная на белковой диете, целью которой является не только снижение массы тела, но и поддержание достигнутого результата на долгий период времени. Для достижения успеха делается упор на процесс пересобучения, постоянную поддержку со стороны многопрофильной команды и наблюдение пациента даже после достижения цели. Благодаря Методу PronoKal[®] пациент предпочтет изменить свои привычки на более здоровый образ жизни [2].

На протяжении всего процесса пациенту предлагалась всесторонняя поддержка врачей, диетологов, специалистов по физической подготовке и коучеров (психологическая поддержка), которые помогали ему достичь цели снижения массы тела как на короткий, так и на длительный период времени. В отличие от других диет, эта диета обеспечивает организм необходимым количеством белка для нормального его функционирования и гарантирует снижение веса за счет жировой массы.

Метод разделен на 3 этапа: активный, переобучение и поддержание результата. Продолжительность активного этапа зависит от массы, которую необходимо потерять. Пациент теряет до 80% лишней массы тела, комбинируя продукты PronoKal[®] и разрешенные к употреблению продукты. На этом этапе пациент входит в состояние контролируемого кетоза, при котором по причине низкого потребления жиров и углеводов организм сжигает резервную энергию и теряет вес за счет жировой массы, сохраняя мышечную массу. На следующем этапе (этап переобучения), происходит потеря оставшейся лишней массы тела (20% от массы, который следует сбросить). На последнем этапе (этап поддержания достигнутой массы тела) проводится периодический контроль пациента с тем, чтобы помочь сохранить надолго достигнутый результат [2].

PronoKal[®] предлагает широкий ассортимент продуктов с содержанием белков **высокой биологической ценности**, что позволяет проводить лечение, комбинируя различные альтернативные продукты. В каждой группе продуктов представлены многообразные текстуры, составы и вкусы, способные удовлетворить личные предпочтения и адаптироваться к образу жизни пациента, начиная с омлетов, супов и блинов, и заканчивая широким ассортиментом десертов и продуктов, готовых к употреблению. Продукты PronoKal[®] доступны только по рецепту врача. Необходимо принимать пазначешные добавки (поливитамины и минералы) с целью

обеспечения правильного развития процесса лечения и во избежание нехватки элементов в организме.

Метод ProoKa[®] противопоказан при почечной недостаточности, беременности, кормлении грудью.

Кембриджское питание – уникальное сбалансированное низкокалорийное полноценное питание, одна порция которого составляет 140 ккал и содержит треть суточной нормы всех питательных веществ, необходимых взрослому человеку. Включает 5 видов продуктов: супы, каши, сладкие коктейли, пудинги, шоколадные, ореховые и фруктовые батончики. Все продукты имеют одинаковый состав питательных веществ, приятный вкус и запах, не содержит каких-либо допинговых и синтетических веществ, консервантов, гормонов и токсинов. При их приготовлении используют белки, витамины, минеральные вещества и микроэлементы самого высокого качества.

Кембриджское питание – это полный набор необходимых человеку витаминов, минеральных веществ, углеводов, аминокислот и других элементов, определенных международными стандартами. Трехразовое питание этими продуктами полностью заменяет суточную норму потребления свежих овощей, фруктов, молока, рыбы, мяса. Состав – 3 порции, 100% Рекомендованных Дневных Количеств минералов (Recommended Daily Allowance, USRDA), 420 калорий. Кембриджское питание нашло широкое применение в ведущих медицинских центрах США и Европы.

Снижение массы тела в процессе разгрузочно-диетической терапии (РДТ) с помощью Кембриджского питания обусловлено утилизацией жиров и низкокодифференцированных патологически измененных тканей, а восстановлением её – за счет активизации синтеза белков. В процессе проведения РДТ в организме человека включаются стрессовые механизмы адаптации, ведущие к оптимизации энергообмена, кровообращения и глубокой детоксикации [3]. Это приводит не только к снижению массы тела, но и к нормализации артериального давления, липидного профиля и глюкозы крови, что немаловажно для улучшения здоровья и отдаленного прогноза у лиц, страдающих метаболическим синдромом [4].

Для Кембриджского питания относительным противопоказанием является период беременности и кормления грудью (нельзя использовать в качестве замены основного питания, рекомендована 1 порция в день дополнительно к основному питанию).

Таблица 2

**Этапы лечения ожирения с помощью разгрузочно-диетической
терапии. Кембриджское питание**

РДТ								
Этап 0 Медицинский осмотр	Этап 1 Активный		Этап 2 Переобучение			Этап 3 Поддержание		
	Кембриджское питание 3 порции в день		В рационе 1–2 приема пищи заменяются Кембриджским питанием			Периодически 2 раза в год Профилактические курсы по 21 дню		
Медицинский контроль								
Фазы								
0	1	2а	2б	3	4	5	6 7	8
Исходная масса тела	80%		20%			Желаемая масса тела		
Физическая активность/ Физические упражнения								
Обучение								
Оценка состояния и информиро- вание пациента	80% Снижаемой массы тела		20% Снижаемой массы тела			Поддержание достигнутой массы тела на протяжении дли- тельного периода		

Результаты и их обсуждение

Сравнивая вышеописанные виды диет, следует отметить, что РДТ с использованием Кембриджского питания обеспечила наилучшие результаты по нормализации массы тела за наблюдаемые периоды времени. Второй по эффективности снижения массы тела стала белковая диета (метод PronoKal®), наименьшую потерю массы тела оказала низкокалорийная диета (табл. 3, рис. 1).

Таблица 3

**Средняя величина потери веса среди пациентов за 4 месяца
при применении различных диет**

Диета	Потеря массы тела за 2 месяца, кг	Потеря массы тела за 4 месяца, кг
Низкокалорийная	– 4,88	– 6,07
Белковая диета (метод PronoKal®)	– 13,69	– 19,88
Кембриджское питание	– 14,8	– 26,3

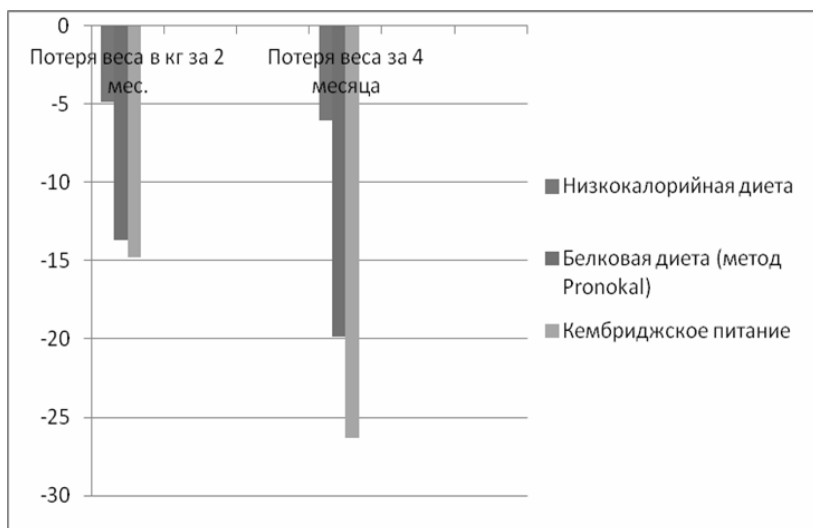


Рис. Динамика потери массы тела при применении различных видов диет.

Выводы

1. Кембриджское питание по эффективности не уступает методу PronoKal[®] (за 42 дня пациент теряет не менее 13–15 кг).
2. Уровень риска меньше при применении Кембриджского питания, т. к. оно содержит все необходимые нутриенты в суточном рационе в легкоусваиваемой форме.
3. Стоимость лечения при использовании Кембриджского питания в –5 раз ниже по сравнению с методом PronoKal[®].

Литература

1. Братусь В.В. Ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром: фундаментальные и клинические аспекты: монография / В.В. Братусь, Т.В. Талаева, В. А. Шумаков; под. ред. В.Н. Коваленко. – К. : Четверта хвиля, 2009. – С. 339–340.
2. Медицина, наука : материалы Всемирного диабетологического конгресса, 2011 г., Дубай / Исследование DiaproKal.
3. Использование разгрузочно-диетической терапии и низкокалорийной диеты при заболевании внутренних органов: метод., рекомендации / П.П. Кузин [и др.] – Тернополь, 2001. – С. 4-13.
4. Рабочая группа по проблемам метаболического синдрома, сахарного диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний Украинской

ассоциации эндокринологов и Украинской ассоциации кардиологов. Диагностика и лечение метаболического синдрома, сахарного диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний: метод., рекомендации. – К., 2009. – С. 7–13.

5. Мостовой Ю.М. Современные классификации и стандарты лечения распространенных заболеваний внутренних органов / Ю.М. Мостовой. – Винница : ДП ДКФ, 2006. – С. 444–450.

Альтернативні методи лікування ожиріння

**Л.К. КУРТСЕИТОВ, А.В. ШЕВЧЕНКО,
А.Л. ГЕПКО, В.М. КАПЛУН**

Резюме. У статті представлені результати порівняльного аналізу ефективності різних видів дієтичного харчування (низькокалорійної дієти, білкової дієти (метод PronoKal[®]) та розвантажувально-дієтичної терапії Кембриджським харчуванням), що застосовують для лікування ожиріння, визначені переваги та недоліки цих дієт.

Ключові слова: ожиріння, білкова дієта, низькокалорійна дієта, розвантажувальна терапія.

Alternative weight-reducing treatment methods

**L.K. KURTSEITOV, A.V. SHEVCHENKO,
A.L. GEPKO, V.N. KAPLUN**

Summary. In the article the results of comparative efficiency analysis for different types of clinical nutrition (low-calorie diet, protein diet (method PronoKal[®]) and unloading-dietary therapy by Cambridge nutrition), which are used for obesity treatment, are presented, also the advantages and disadvantages of those treatment options are detected.

Keywords: obesity, protein diet, low-calorie diet, unloading therapy.

Некоторые особенности течения острого коронарного синдрома у пациентов, находившихся на лечении в Главном военно-медицинском клиническом центре в 2008–2013 годах

**Н.В. НАУМЕНКО, А.Г. ГОЛОД,
М.П. БОЙЧАК, И.К. АСАУЛЮК**

Цель работы – оценить клипические варианты инфаркта миокарда, своевременность госпитализации, полноту охвата процедурами реваскуляризации и летальность больных с острым коронарным синдромом, находившихся на лечении в Главном военно-медицинском клиническом центре (ГВМКЦ) «Главный военный клинический госпиталь» в 2008–2013 гг.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 930 историй болезней больных, лечившихся по поводу острого коронарного синдрома, и оценка частоты развития острого коронарного синдрома в других отделениях ГВМКЦ на основании анализа 99 историй болезни умерших с тяжелой соматической патологией.

Результаты. Среднее время от развития симптомов острого коронарного синдрома до госпитализации больного в стационар составило $(21,9 \pm 10,4)$ ч, большинство лечившихся составили пациенты старше 60 лет (690 человек, 74,2%), летальность составила 12,5%. Реваскуляризация миокарда (тромболитизис или стентирование) в первые 12 ч заболевания была проведена 132 пациентам (14,2% случаев). Среди умерших в других отделениях (данные анализа 99 историй болезни), у 56 (в 56,6% случаев) развился острый коронарный синдром.

Выводы. Поздняя госпитализация больных с острым коронарным синдромом, обусловлена поздним обращением больных за медицинской помощью. Невысокий процент (14,2%) пациентов с открытой коронарной артерией (путем фармакологической или механической реваскуляризации) обусловлен как поздним поступлением пациентов, так и недостаточной мощностью отделения рентгенкардиоваскулярной хирургии ГВМКЦ. Анализ 99 историй болезни умерших, находившихся на лечении в других отделениях ГВМКЦ продемонстрировал необходимость настойчивости в отношении развития острого коронарного синдрома у больных с тяжелой соматической патологией.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, госпитализация, реваскуляризация, госпитальная летальность.

Заболевания, обусловленные атеросклерозом, особенно различные варианты ишемической болезни сердца (ИБС), являются одной из основных причин смертности в большинстве стран мира [2, 6]. Остается высокой госпитальная летальность при остром коронарном синдроме (ОКС), осо-