

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ

для пациентов с избыточной
массой тела и ожирением

методические рекомендации для специалистов

Иркутск, 2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ
для пациентов с избыточной массой тела и ожирением
Методические рекомендации для специалистов

Иркутск, 2022г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

«Утверждаю»

Заместитель министра здравоохранения
Иркутской области

А.В. Шелехов



25 2022 г.

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ

для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Методические рекомендации для специалистов

Иркутск, 2022г.

Школа здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением - Иркутск, 2022. - 47 с.

Авторы-составители: главный врач ОГБУЗ «Иркутский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» **Поленов П.А.**, заместитель главного врача по организационно – методической работе ОГБУЗ «Иркутский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» **Белых С.П.**, главный внештатный специалист министерства здравоохранения Иркутской области по медицинской профилактике **Селедцов А.А.**, начальник отдела реализации и мониторинга государственных программ министерства здравоохранения Иркутской области **Карташева Т.С.**

Методические рекомендации содержат описание организации оказания медицинской помощи лицам с избыточной массой тела и ожирением в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Одним из регламентированных механизмов профилактической работы в ПМСП является организация кабинетов медицинской профилактики и Центров здоровья с целью коррекции факторов риска НИЗ.

Методические рекомендации предназначены для руководителей ПМСП, медико-санитарных частей, здравпунктов, специалистов службы медицинской профилактики (центров, кабинетов/отделений медицинской профилактики), центров здоровья, врачей терапевтов, врачей общей практики.

© министерство здравоохранения
Иркутской области
© ОГБУЗ «Иркутский областной
центр общественного здоровья и
медицинской профилактики

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	6
Понятия и определения	6
Введение. Общие положения.	7
Занятие №1 «Избыточная масса тела. Ожирение. Определения, причины возникновения. Ожирение как фактор риска развития ХНИЗ. Влияние ожирения на организм человека»	10
Занятие № 2 «Современные подходы к лечению ожирения. Физическая активность, её влияние на здоровье. Физическая активность при избыточной массе тела / ожирении»	15
Занятие № 3 «Основные принципы здорового питания. Питание при избыточной массе тела. Практические навыки (расчет ИМТ, ведение дневника питания, расчет калорийности, варианты составления суточного рациона)»	21
Занятие № 4 «Психологические причины развития избыточной массы тела и ожирения. Мотивация к снижению веса, изменению образа жизни»	27
Приложение 1. План-график проведения занятий в Школе здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением	33
Приложение 2. Оценка эффективности работы Школ	34
Приложение 3. Учётно-отчётная документация работы Школы	35
Приложение 4. Дневник здоровья	36
Приложение 5. Анкета «Является ли Ваше питание рациональным?»	38
Приложение 6 Рекомендуемая физическая нагрузка для пациентов с избыточной массой тела и ожирением	40
Приложение 7 Расчет суточного рациона питания	41
Приложение 8 Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)	45
Приложение 9 Психологические методики	46
Список литературы	47

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
АО	Абдоминальное ожирение
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИМТ	Индекс массы тела
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ	Международная классификация болезней
МНЖК	Мононенасыщенные жирные кислоты
ОБ	Окружность бедер
ОТ	Окружность талии
ПНЖК	Полиненасыщенные жирные кислоты
МНЖК	Мононенасыщенные жирные кислоты
ФР	Факторы риска
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ХС	Холестерин

Понятия и определения

Алиментарные нарушения – нарушение основных принципов Здорового питания: энергетического равновесия, сбалансированности структуры питания по составу пищевых веществ и режима питания, что проявляется соответствующими сдвигами в привычках питания.

Алиментарно-зависимые факторы риска – ФР НИЗ, которые связаны с нарушением принципов рационального Здорового питания, поведенческими ФР, связанными с питанием.

Готовность к профилактике (коррекции ФР) – совокупность факторов, определяющих желание или способность индивидуума изменить образ жизни в отношении оздоровления коррекции поведенческих ФР.

Питание профилактическое - диетологическая коррекция ФР НИЗ. Занимает промежуточное положение между Здоровым питанием для практически здоровых лиц и лечебным питанием для больных в условиях стационарного и санаторно-курортного лечения.

Профилактическое консультирование по коррекции питания – коррекция алиментарно-зависимых ФР с помощью модификации питания с учетом характера питания и уровня ФР пациента.

Сбалансированность питания – соотношение в структуре рациона пищевых веществ, соответствующих оптимально требованиям организма человека; например: белков – 15%, жиров – 20-30%, углеводов – 55-65% от калорийности.

Введение

В РФ так же, как и в большинстве экономически развитых стран мира, отмечается рост распространенности избыточной МТ и ожирения. Так, по данным обследования национальной выборки взрослого населения России распространенность избыточной МТ и ожирения в настоящее время варьирует от 45 до 56% у мужчин и от 56 до 62% у женщин. В многочисленных проспективных эпидемиологических исследованиях выявлена связь избыточной МТ и ожирения с риском развития целого ряда ХНИЗ и смертностью от них, в первую очередь сердечно – сосудистых заболеваний, некоторых злокачественных новообразований, сахарного диабета, нарушений обмена веществ и др.. Доказано, что с уровнем АД в значительной степени связано АО. Именно АО ассоциируется с основными алиментарно-зависимыми ФР сердечно – сосудистых заболеваний. Снижение МТ у пациентов с избыточной МТ и ожирением является первостепенной и патогенетически обоснованной мерой как первичной, так и вторичной профилактики целого ряда ХНИЗ.

Снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита – основной принцип диетологического вмешательства при ожирении. Установлено, что использование диет с очень низкой калорийностью (600 - 900 ккал/сутки) не приводит к формированию навыков рационального питания. Более того, отмечается плохая переносимость этих диет и частые побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, желчнокаменная болезнь, нарушения белкового обмена, электролитного баланса, отмечались случаи фибрилляции желудочков и т.д. Эти обстоятельства существенно ограничивают применение очень низкокалорийных диет на практике. Более того, применение диет с умеренным ограничением калорийности (1000-1200 ккал/день) вызывает более физиологичное постепенное снижение избыточного веса, что через 3 - 12 месяцев позволяет достичь достаточной степени снижения МТ (в среднем на 8 %).

Избыточная МТ/ожирение обменно-алиментарной формы, обусловленные дисбалансом энерготрат и энергопоступления, наиболее частая (первичная) форма нарушений жирового обмена. При подозрении на вторичные (чаще эндокринные) формы ожирения необходимо тщательное обследование пациентов и проведение индивидуальной комплексной этиопатогенетической терапии. В настоящих рекомендациях акцент поставлен на профилактическом диетологическом консультировании при экзогенной обменно-алиментарной форме ожирения, что является основой практически любого метода лечения избыточной МТ/ожирения, а в большинстве случаев и основным методом лечения и коррекции избыточной МТ.

Важным фактором успеха индивидуальных, групповых и популяционных профилактических программ помимо разработанной и подтвержденной с точки зрения доказательной медицины концепции ФР и высокой профессиональной компетентности медицинских работников, является готовность пациентов к изменениям образа жизни.

Обучение пациентов с избыточной МТ/ожирением признано одним из основных методов формирования приверженности пациентов выполнению врачебных назначений и самоконтролю МТ; создания мотивации к оздоровлению пищевых привычек, т.е. поведенческих ФР, связанных с питанием и формирующих вторично алиментарно-зависимые ФР ХНИЗ, которые и влияют на возникновение и развитие сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний.

Общие положения

Деятельность школ здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением (далее — Школа) регламентирована приказом МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Школа является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания — по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), а также медицинской профилактической услугой и классифицируется в номенклатуре медицинских услуг под шифром B05.069.008 — углубленное групповое профилактическое консультирование «Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением» в соответствии с приказом МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Школа здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением утверждается приказом руководителя медицинской организации.

В приказе обязательно должны быть указаны:

1. Ответственное лицо за проведение Школы.
2. Положение о Школе.
3. План-график занятий (Приложение 1).
4. Оценка эффективности работы Школы (Приложение 2).
5. Учётно-отчётная документация Школы.

В амбулаторной карте пациента должна быть отражена информация о дате обучения в Школе здоровья.

По завершению цикла занятий в Школе проводится оценка качества обучения путем опроса пациентов на последнем занятии (Приложение 2).

Основной целью Школы является: увеличение охвата населения, получающего профилактическую медицинскую помощь и имеющего ФР развития ХНИЗ избыточную массу тела или ожирение, а также пропаганда здорового образа жизни и достижение максимальной результативности в лечении.

Основными задачами Школы являются:

- повышение информированности пациентов об избыточной массе тела / ожирении и ФР их развития;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих ФР (нерациональное питание, низкая физическая активность, стресс, вредные привычки);
- формирование у пациентов умений и практических навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- повышение ответственности пациентов за сохранение своего здоровья.

Формирование групп Школы:

➤ пациенты с выявленными ФР (избыточная масса тела, нерациональное питание) или установленным диагнозом «ожирение» по результатам проведенной диспансеризации или профилактических медицинских осмотров, комплексного медицинского осмотра в центре здоровья;

➤ пациенты, направленные с приема участковым врачом-терапевтом, узкими специалистами;

➤ пациенты с избыточной массой тела / ожирением, обратившиеся самостоятельно.

Занятия проводит специалист, прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации по вопросам профилактики

Важно! При проведении группового консультирования создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, повышается эмоциональный контакт. Занятия в Школе желательно строить в форме открытого диалога. Программа обучения строится из цикла структурированных занятий с использованием интерактивных элементов продолжительностью не менее 30-40

Кабинет должен быть оснащен пособиями, раздаточными материалами, листовками.

Рекомендуемый перечень оснащения:

- методические материалы для обучающего специалиста;
- напольные весы, ростомер, сантиметровая лента, весы-анализаторы для проведения биоимпедансного анализа состава тела (по возможности);
- таблицы для определения индекса массы тела;
- наглядные пособия, методические и обучающие материалы для пациентов (листовки, брошюры, раздаточный материал);
- канцелярские принадлежности;
- оборудование для демонстрации видеоматериалов (проектор, ноутбук);
- регистрационно-учетные формы: журнал регистрации пациентов, обучающихся в Школе здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением (Приложение 3), дневник питания (Приложение 4), анкета по питанию «Является ли Ваше питание рациональным?» (Приложение 5).

Ожидаемые результаты обучения в Школе:

- повышение уровня знаний пациентов о профилактике и лечении избыточной массы тела и ожирения;
- рекомендации по ведению здорового образа жизни (отказ от вредных привычек, контроль за массой тела, сбалансированное питание);
- мотивирование на занятия физической культурой и спортом — не менее 30 минут умеренной физической активности ежедневно;
- обладание навыками преодоления стресса;
- улучшение качества жизни пациента.

Важно объяснять пациентам, что контроль избыточной массы тела и нормализация пищевого поведения — не «курсы лечения», а новый образ жизни, повседневное более здоровое пищевое поведение. Только при таком отношении пациента к своему здоровью, своему образу жизни можно ожидать стойкого эффекта в контроле избыточной массы тела. Самое главное «действие» — отношение, воля и здоровые поведенческие навыки самого пациента.

Занятие №1 «Избыточная масса тела. Ожирение. Определения, причины возникновения. Ожирение как фактор риска развития ХНИЗ. Влияние ожирения на организм человека»
(продолжительность 40 минут)

План занятия:

1. Вводная часть – 5 минут.
2. Теоретическая часть – 20 минут.
3. Практическая часть – 10 минут.
4. Заключительная часть – 5 минут.

Цель 1 – го занятия – дать представление пациентам об опасности возникновения избыточной МТ/ожирения, факторов риска и возможностях их профилактики.

1. Вводная часть:

Описание цели обучения.

Представьтесь (назовите свое имя, должность, профессию, опыт работы). Дайте возможность каждому слушателю назвать свое имя, отчество, выявленные при анкетировании (при диспансеризации) факторов риска:

- Повышенный уровень холестерина в крови;
- Избыточная масса тела (ожирение);
- Малоподвижный образ жизни;
- Повышенный уровень стрессовых ситуаций и др.

Расскажите о плане проведения Школы, о темах, которые будут освещаться на занятиях, особо подчеркивая необходимость подобных занятий при их заболевании, возможности уменьшить риск осложнений, изменив образ жизни.

2. Теоретическая часть:

2.1 Пациентам дается представление о избыточной МТ/ожирении.

Масса тела человека является важнейшим показателем состояния здоровья. При избыточной массе тела страдают почти все органы и системы нашего организма.

Избыточная масса тела — это избыточное накопление жировой ткани в организме человека, развивается при превышении количества поступления энергии с пищей над энергетическими потребностями человека. При таком длительном дисбалансе в организме происходят качественные нарушения, характерные для хронического заболевания — ожирения.

Ожирение – это хроническое заболевание, основным признаком которого является избыточное накопление жировой ткани в организме: у мужчин более 10–15%, у женщин более 20–25% от массы тела.

Для диагностики ожирения и определения его степени существует четкий расчетный показатель – индекс массы тела (ИМТ) (для лиц в возрасте 18–65 лет).

$$\text{ИМТ} = \text{Масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$$

(единица измерения - кг/м²)

Нормальная масса тела соответствует ИМТ 18,5-24,9 кг/м². При величине ИМТ 25,0 кг/м² и более масса тела оценивается как избыточная, при ИМТ 30,0 кг/м² и более — ожирение (таблица 1).

Таблица 1 **Классификация ожирения по индексу массы тела**
(ВОЗ, 1997 г. с дополнением)

Классификация	ИМТ (кг/м²)	Риск сопутствующих заболеваний
Нормальная масса тела	18,5-24,9	Средний
Избыточная масса тела	25,0-29,9	Повышенный
Ожирение I степени	30,0-34,9	Высокий
Ожирение II степени	35,0-39,9	Очень высокий
Ожирение III степени (морбидное)	Более 40,0	Чрезвычайно высокий

Необходимо пояснить пациентам, что увеличение ИМТ > 30 кг/м² прямопропорционально увеличению риска развития ассоциированных с ожирением ХНИЗ

Чем ближе показатели массы тела к нормальным значениям, тем лучше, но необходимо помнить, что возможны небольшие отклонения, связанные со строением тела, возрастом, состоянием здоровья.

Для определения типа ожирения рекомендовано в комплексе с ИМТ учитывать окружность талии и показатель соотношения окружности талии и окружности бедер (ОТ/ОБ). ОТ измеряется по средне-подмышечной линии на середине расстояния между вершиной гребня подвздошной кости и нижним краем последнего ребра. Диагностическим критерием абдоминального ожирения (рекомендации для европейской расы) является окружность талии ≥94 см у мужчин и ≥80 см у женщин.

Показатели окружности талии более 80 см. у женщин и 94 см. у мужчин свидетельствуют о наличии абдоминального ожирения и являются серьезной угрозой для здоровья!

Соотношение окружности талии к окружности бедер используется для оценки отложения жира.

Индекс «талия / бедра» = окружность талии / окружность бедер

Показатель индекс «талия / бедра» при нормальной массе тела у женщин должен быть менее 0,85, у мужчин — менее 0,9.

Риск для здоровья определяется не только количеством лишней жировой ткани, но и ее локализацией и распределением.

Типы ожирения по локализации и распределению жира:

1. Ожирение типа «груша». Жир распределяется непосредственно под кожей по всей поверхности тела, но отличается по толщине и плотности (большая часть в области бедер и ягодиц). Этот жир менее опасен для здоровья, так как от него

проще избавиться. Данный тип ожирения чаще встречается у женщин и, как правило, сопровождается развитием заболеваний позвоночника, суставов и вен нижних конечностей.

2. Ожирение типа «яблоко» (абдоминальное). Жир локализуется внутри брюшной полости, вокруг внутренних органов, и его называют висцеральным. Это «мужской» тип ожирения — характеризуется избыточным отложением жировой ткани в области живота и верхней части туловища, фигура становится похожей на яблоко. Такой тип ожирения чаще приводит к сердечно - сосудистым заболеваниям и их осложнениям (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инфаркт, инсульт), к метаболическим нарушениям (например, дислипидемии, гипергликемии, сахарному диабету).

3. Смешанный или промежуточный тип ожирения характеризуется равномерным распределением жира по всему телу.

На развитие ожирения влияет много факторов, среди них важную роль играют:

- психологические и поведенческие (питание, физическая активность, алкоголь, курение, стрессы);
- наследственная предрасположенность;
- демографические (пол, возраст, этническая принадлежность);
- социально-экономические (образование, профессия, семейное положение).

Эти причины, определяющие развитие ожирения, действуют, в большинстве случаев, в сочетании друг с другом, однако главным фактором является избыточная калорийность питания в сочетании с малоподвижным образом жизни у лиц с наследственной предрасположенностью. Доказано, что избыточная масса тела на 40-70% зависит от наследственных факторов. Выявлено множество генов, кодирующих работу определенных звеньев регуляции массы тела и обмена веществ, но необходимо учитывать, что наследственная предрасположенность, как правило, реализуется под воздействием перечисленных выше факторов. Наличие ожирения имеет серьёзные последствия и влияет на качество и уровень жизни населения.

Риск возникновения проблем со здоровьем появляется даже при очень незначительном избыточном весе и возрастает по мере его увеличения!

Пациенты с ожирением и избыточной массой тела имеют высокий риск развития таких ХНИЗ и осложнений, как:

- сахарный диабет 2-го типа
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, атеросклероз)
- хронические заболевания бронхолёгочной системы (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких)
- злокачественные новообразования (ассоциация с увеличением риска развития раковых заболеваний эндометрия, предстательной железы, толстой кишки, молочной железы, желчного пузыря и, возможно, легких).

Необходимо учитывать, что риск развития ХНИЗ возрастает по мере увеличения ИМТ. Кроме того, пациенты с избыточным весом и ожирением имеют высокий риск развития сопутствующих заболеваний, связанных с влиянием избыточного веса на организм.

Влияние ожирения на нарушения углеводного обмена

Большее половины пациентов с ожирением и избыточной массой тела имеют нарушения углеводного обмена за счет развития инсулинорезистентности. Инсулинорезистентность — это снижение чувствительности ткани организма к действию инсулина. В норме инсулин вырабатывается поджелудочной железой в количестве, достаточном для поддержания физиологического уровня глюкозы в крови. Инсулин способствует поступлению глюкозы (основного источника энергии) в клетку.

При инсулинорезистентности чувствительность тканей к инсулину снижена, поэтому глюкоза не может попасть в клетки, ее концентрация в крови возрастает, тогда как клетки испытывают энергетический голод («голод при изобилии»). Мозг, получив от голодающих клеток сигнал «SOS», посылает команду поджелудочной железе увеличить выработку инсулина. Со временем резервы поджелудочной железы истощаются. Клетки, отвечающие за секрецию инсулина, работая длительное время с перегрузкой, погибают — развивается сахарный диабет 2-го типа. Вероятность развития сахарного диабета 2-го типа определяется также длительностью ожирения и особенностями отложения жировой ткани в организме.

Влияние избыточного веса на развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

Ожирение является независимым фактором риска развития ишемической болезни сердца, в том числе и таких форм ее проявления, как стенокардия, инфаркт миокарда. Установлено, что наличие ожирения в молодом возрасте ускоряет развитие атеросклероза коронарных артерий. Частота высокого нормального АД и артериальной гипертензии при ожирении прямо коррелирует с увеличением ИМТ и ОТ. Прибавка в весе на 1 кг способствует повышению АД на 1 мм рт. ст. (по данным Framinghamstudy) и, как следствие, повышение артериального давления у пациентов увеличивает риск развития инфаркта и инсульта. Ожирение является независимым фактором риска сердечной недостаточности — по мере роста ИМТ на каждый 1 кг/м² риск развития сердечной недостаточности повышается на 7 % у женщин и на 5 % у мужчин, при этом имеет значение не только тяжесть, но и длительность ожирения.

Влияние ожирения на развитие злокачественных новообразований.

Избыточный вес и ожирение являются одними из основных факторов риска некоторых онкологических заболеваний (в т.ч. рака эндометрия, молочной железы, яичника, предстательной железы, печени, желчного пузыря, почки и толстой кишки).

Для оценки ожирения в плане риска развития злокачественных новообразований решающими являются как ИМТ, так и соотношение ОТ/ОБ, риск увеличивается при АО. Повышенный риск злокачественных новообразований вызван изменениями в гормональном статусе, основную роль играют стероидные гормоны. Повышение активности гормонов висцеральной жировой ткани, особенно при повышенном ИМТ, приводит к росту числа циркулирующих и местных эстрогенов. Фреймингемское исследование показало повышенный риск развития рака молочной железы у женщин, страдающих ожирением. Рак эндометрия, ассоциированный с ожирением, встречается преимущественно у женщин в возрасте до 50 лет. Ожирение может рассматриваться не только как фактор риска

развития опухолей и отягчающий критерий в лечении (хирургия, химиотерапия и радиотерапия), но и как фактор, ухудшающий прогноз при уже диагностированных злокачественных новообразованиях.

Влияние ожирения на обструктивные заболевания легких.

Доказано влияние ожирения на течение и возникновение обструктивных заболеваний легких. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — это прогрессирующее угрожающее жизни заболевание легких, вызывающее одышку (изначально при физической нагрузке), предрасполагающее к обострению и развитию тяжелого течения заболевания. Существует четкая связь между развитием ХОБЛ, одышкой и ожирением:

- ожирение увеличивает работу дыхательных мышц из-за снижения податливости грудной клетки и, одновременно, снижения мышечной силы, возникает дисбаланс между нагрузкой на дыхательные мышцы и их способностью генерировать напряжение, что приводит к ощущению затрудненного дыхания;
- пациенты с ожирением часто предъявляют жалобы на одышку, которая может быть признаком других легочных и сердечных заболеваний;
- избыточный вес или ожирение может сочетаться с ХОБЛ, так как пациенты с ХОБЛ чаще всего ведут малоподвижный образ жизни, что, в свою очередь, также способствует развитию ожирения.

На фоне избыточного веса нередко проявляется **апноэ** (синдром обструктивного апноэ сна). Основным симптом — тяжелый храп, который сопровождается кратковременными остановками дыхания во сне. В это время организм перестает получать кислород, и после пробуждения человек чувствует себя разбитым. На фоне апноэ могут появиться нарушения сердечного ритма и заболевания сосудов.

Ожирение и гормональные нарушения, влияние ожирения на репродуктивную функцию.

Ожирение приводит к снижению репродуктивной функции как у мужчин, так и у женщин. У женщин возможны проблемы с зачатием и течением беременности, у мужчин важной особенностью ожирения является его тесная взаимосвязь с уровнем половых гормонов. Чаще андрогенный дефицит развивается в качестве «вторичного» процесса на фоне возникшего ранее алиментарного ожирения, которое приводит к изменению метаболизма половых гормонов. Увеличение жировой ткани ведет к повышению количества фермента, участвующего в превращении андрогенов в эстрогены, которые подавляют продукцию лютеинизирующего гормона гипофизом и выработку тестостерона. Чем больше накапливается жира в организме мужчины, тем больше вырабатывается эстрогенов (женских половых гормонов), что приводит к снижению уровня тестостерона. При снижении веса у больных с ожирением отмечается нормализация уровня тестостерона. Таким образом, ожирение является важным фактором в снижении уровня циркулирующего тестостерона, в том числе у мужчин в возрасте до 40 лет.

Другой актуальной проблемой является эректильная дисфункция. В структуре половых нарушений на долю ожирения приходится более 30% случаев. Эректильная дисфункция — типичное осложнение ожирения, которое наряду с другими более хорошо изученными осложнениями (атеросклероз, артериальная гипертензия и др.) приводит к значительному ухудшению качества жизни пациента.

Избыточная масса тела повышает риск развития нарушений опорно-двигательного аппарата (особенно, остеоартрита — инвалидизирующего дегенеративного заболевания суставов, остеохондроза, спондилеза), заболеваний органов пищеварения, гепатобилиарной системы, болезней почек и мочевыводящей системы и пр. Нарушение жирового обмена может сопровождаться дислипидемией.

Таким образом, можно сделать вывод, что ожирение нарушает жизнедеятельность всех органов и систем.

3. На практической части занятия пациенты измеряют ОТ/ОБ, учатся рассчитывать ИМТ, данные записываются в соответствующую графу **Дневника питания** (приложение № 4).

Необходимо разъяснить пациентам методику измерения окружности талии.

- Расстегнуть ремень, поднять или снять рубашку.
- Положение: стопы на ширине плеч, руки скрещены перед грудью или свободно свисают, локти под углом примерно 30 градусов.
- По бокам туловища найти точку, равноудаленную от последнего ребра (край последнего ребра) и самой верхней частью подвздошной кости (гребень подвздошной кости).
- Измерить окружность талии дважды на уровне этих точек сразу же после естественного выдоха пациента.

Внимание больных акцентируется на том, что избыточное отложение жира именно в области живота является прогностически неблагоприятным фактором, так как часто сочетается с сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

4. Заключительная часть.

Подчеркните, что ожирение можно предотвратить, что в основе профилактики ожирения лежит изменение образа жизни, а именно пожизненное соблюдение здорового образа жизни.

Занятие №2 «Современные подходы к лечению ожирения.

Физическая активность, её влияние на здоровье.

Физическая активность при избыточной массе тела / ожирении»

(продолжительность 40 минут)

План занятия:

1. Вступление. Вводная часть. Описание целей обучения – 10 мин.
2. Теоретическая часть – 20 минут.
 - 2.1. Что надо знать о методах снижения веса? Положительные эффекты от снижения массы тела.
 - 2.2. Физическая активность, её влияние на здоровье?
3. Практическая часть – 10 минут.
4. Заключительная часть – 5 минут.

Цели 2-го занятия - информирование пациентов об основных методах лечения ожирения, о физической активности как неотъемлемой части лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела.

Современные подходы к лечению ожирения

Независимо от причины, побудившей пациента начать программу по снижению массы тела, важно поставить реальные цели как в отношении снижения массы тела, так и в отношении темпов ее снижения. Лечение ожирения — длительный, часто пожизненный процесс, основная цель которого уменьшение риска развития и течения сопутствующих ожирению заболеваний и увеличение продолжительности жизни.

При лечении ожирения поэтапно решаются следующие задачи:

1. Стабилизация веса.
2. Снижение избыточной массы тела на фоне изменения образа жизни с целью уменьшения риска развития осложнений.
3. Снижение избыточной массы тела на 10 % от исходной величины с явным уменьшением ФР.
4. Нормализация массы тела (достигается редко).

В настоящее время наиболее безопасной и эффективной считается методика постепенного (0,5-1,0 кг в неделю) снижения веса в течение 3-6 месяцев, и удержание результата в течение длительного времени (этап стабилизации — до 6-12 месяцев), при этом теряется 5-15 % от исходной массы тела, преимущественно за счет жировой ткани, а не за счет потери мышечной массы, жидкости или костной массы. Такой темп снижения веса достигается пациентом легче, является безопасным и имеет наименьший риск повторного набора веса. Положительные эффекты от снижения массы тела, влияющие на течение сопутствующей патологии, представлены в таблице 2. Также в 95 % случаев можно отметить улучшение качества жизни пациентов.

Таблица 2 Положительные эффекты от снижения массы тела на течение сопутствующей ожирению патологии.

Сопутствующая патология	Положительный эффект
Артериальная гипертония	Улучшение в 52–92 % случаев
Заболевания сердечно-сосудистой системы	Улучшение в 82 % случаев
Бронхиальная астма	Улучшение в 82 % случаев
Дислипидемия	Улучшение в 63 % случаев
Сахарный диабет 2-го типа	Улучшение в 83 % случаев
Депрессия	Улучшение в 55 % случаев

Определяющими в выборе тактики лечения являются длительность и степень выраженности ожирения, наличие метаболических нарушений и хронических заболеваний, предшествующий опыт лечения ожирения, возраст, особенности пищевого поведения и образа жизни пациента. Все пациенты с ожирением должны пройти обследование для выявления причин и осложнений ожирения. Перечень необходимого обследования определяется индивидуально. Изменения образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок являются основой в лечении ожирения и рекомендуются на первом и постоянном этапе лечения. В первую очередь, у пациента необходимо сформировать новую психологическую установку на изменение образа жизни и понимание его личной ответственности за собственное здоровье.

В современной клинической практике используются разные методы лечения ожирения: психотерапия, диетотерапия, лечебная физкультура, фармакотерапия, хирургическое лечение, физиотерапия. Главное, для контроля массы тела необходимо соответствие калорийности рациона индивидуальным энергетическим затратам организма.

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

Физическая активность, её влияние на здоровье.

Физическая активность (по определению ВОЗ) — это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий.

Термин «*оздоровительная физическая активность*» подчеркивает связь физической активности со здоровьем и обозначает «любую форму физической активности, способствующей укреплению здоровья и повышению функциональных возможностей».

Физически активный образ жизни — такой образ жизни, при котором повседневные занятия человека органично включают те или иные формы физической активности. Каждый взрослый человек должен стремиться к тому, чтобы ежедневная продолжительность его физической активности составляла не менее полчаса.

Физическая активность может иметь различную *интенсивность* в зависимости от прилагаемых усилий. Интенсивность (физическая нагрузка) обусловлена как типом активности, так и индивидуальными физическими возможностями: молодому, физически крепкому человеку легче идти с заданной скоростью, чем пожилому и менее тренированному. Также, например, бег характеризуется более интенсивной нагрузкой, чем спокойная ходьба.

В целом, оздоровительная физическая активность предполагает, как минимум, умеренную интенсивность. *Умеренно интенсивная физическая активность* после завершения тренировки приводит к учащению пульса больше исходного на 10-25 %, ощущению тепла и небольшой одышке. Она повышает уровень метаболизма в 3-6 раз по сравнению с состоянием покоя. Для большинства людей с малоподвижным образом жизни соответствует ходьбе в среднем темпе. Для более активных и тренированных людей умеренно интенсивная физическая активность — эквивалент ускоренной ходьбе или медленному бегу трусцой. В большинстве рекомендаций по физической активности указывается на необходимость нагрузки как минимум умеренной интенсивности, что дает возможность включения самых разнообразных видов деятельности.

Высокоинтенсивная физическая активность приводит к усиленному потоотделению и резкому учащению дыхания. Речь обычно идет о занятиях спортом или о целенаправленных физических упражнениях, таких как, например, бег или быстрая езда на велосипеде. Высокоинтенсивная физическая активность повышает уровень метаболизма не менее, чем в 6 раз по сравнению с состоянием покоя.

Рекомендуется обеспечивать адекватный уровень физической активности на протяжении всей жизни. Помимо физических упражнений также полезны для

здоровья любые другие виды физической активности, осуществляемые во время отдыха, поездок или во время работы. При этом необходимо понимать, что тренировки отличаются от обычной домашней работы. За одну фитнес-тренировку человек может израсходовать около 500 ккал, тогда как домашние хлопоты «сжигают» всего 200-250 ккал. Улучшению здоровья способствует как умеренная, так и интенсивная физическая активность.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения необходим следующий уровень физической активности:

Дети и подростки в возрасте 5-17 лет должны уделять физической активности от умеренной до высокой интенсивности не менее 60 минут в день; как минимум, 2-3 раза в неделю эта активность должна включать движения, направленные на улучшение состояния костной системы, на развитие мышечной силы и гибкости.

Взрослые люди в возрасте 18-64 лет должны заниматься физической активностью умеренной интенсивности не менее 150 минут в неделю или физической активностью высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю, или уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности. Силовые упражнения, в которых задействованы основные группы мышц, следует выполнять 2 раза в неделю и более. Для того чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья взрослые этой возрастной категории должны увеличить продолжительность физической активности средней интенсивности до 300 минут в неделю.

Взрослые в возрасте 65 лет и старше должны уделять физической активности умеренной интенсивности не менее 150 минут в неделю. Пациенты данной возрастной категории с ограниченной подвижностью должны заниматься физической активностью, направленной на улучшение равновесия и предотвращение риска падений, три раза в неделю и более. Для того чтобы занятия способствовали укреплению сердечно-сосудистой и дыхательной систем, их следует разбивать на временные отрезки продолжительностью не менее 10 минут.

Физическая активность дает положительный эффект в отношении большинства хронических заболеваний, который сводится не только к профилактике или ограничению прогрессирования болезни, а включает также совершенствование физической формы, повышение мышечной силы и улучшение качества жизни. Это особенно важно для пожилых людей, поскольку регулярная физическая активность повышает уровень их самостоятельности в повседневной жизни.

Наиболее значительный положительный эффект физической активности заключается в снижении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития ишемической болезни сердца у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, почти вдвое выше, чем у физически активных. Физическая активность способствует также предотвращению инсульта и положительно влияет на многие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе на артериальное давление и содержание холестерина в крови.

Регулярная физическая активность способствует предотвращению диабета 2-го типа, снижению суммарного риска в отношении злокачественных новообразований, содействует предупреждению

Низкий уровень физической активности является одной из важных причин резкого роста ожирения. Благодаря адекватному уровню активности можно поддерживать оптимальную массу тела и добиваться снижения веса.

Основные задачи физической активности **при избыточной массе тела и ожирении:**

- облегчает снижение веса у лиц с избыточной массой тела и ожирением, помогает длительно поддерживать достигнутый результат, повышает физическую работоспособность;
- улучшает деятельность и функциональное состояние сердечнососудистой, дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата, способствует уменьшению абдоминально-висцерального жира;
- усиливает обмен веществ для создания значительного энергетического дефицита, способствует нормализации жирового и углеводного обмена;
- укрепляет мускулатуру брюшного пресса и спины;
- положительно влияет на здоровье и качество жизни пациента вне зависимости от его веса.

**Величина максимального уровня пульса определяется по формуле:
220 минус возраст**

Приступая к регулярным физическим тренировкам, каждый человек должен знать свою зону безопасного пульса. Целевая зона пульса должна находиться в диапазоне 50-85 % от максимально допустимого уровня (таблица 3). Занятия упражнениями в этих пределах будут гарантировать отсутствие переутомления и поддержание хорошего состояния здоровья.

Таблица 3. Целевая зона пульса в соответствии с возрастом

Возраст	Целевая зона пульса 50-85 %	Средняя максимальная частота пульса 100 %
20 лет	100-170	200
30 лет	95-162	190
35 лет	93-157	185
40 лет	90-153	180
45 лет	88-149	175
50 лет	85-145	170
55 лет	83-140	165
60 лет	80-136	160
65 лет	78-132	155
70 лет	75-128	150

Если целью занятий является снижение массы тела за счёт жировой ткани, то физическая активность должна соответствовать частоте пульса 60-70 % от максимальной частоты сердечных сокращений.

Для лечения ожирения используются различные формы физической активности: утренняя гимнастика; лечебная гимнастика; упражнения на тренажёрах; терренкур (лечебная ходьба); самостоятельные занятия; спортивные секции и группы здоровья. Обычно общая продолжительность физических упражнений - от 30 до 60 минут не реже 3-4 раз в неделю. При этом первые 5-10

минут необходимо потратить на разминку, 20-40 минут - на общую нагрузку, 5-10 минут для заключительного расслабления. Чем менее тренирован организм (или чем старше человек), тем более длительной должна быть разминка, при появлении одышки общую нагрузку снижают.

Правильное снижение массы тела — это лечебный процесс, который требует соблюдения двух правил: дозировки и безопасности физических упражнений. При этом не стоит отказываться от физической активности сразу после первых неудач по снижению веса. Просто необходимо изменять (корректировать) программу каждую неделю. Перед определением плана физической нагрузки необходимо оценить не только подвижность пациента, но и выбрать приемлемые варианты упражнений.

При избыточной массе тела необходимо действовать по программе «малых шагов». При увеличении нагрузки одновременно повышается зона риска по многим системам, начиная от сердечно-сосудистой, дыхательной и т.д.

Уменьшение жировой массы тела — это сложный процесс. Организм с трудом растает со своими «жировыми накоплениями», поэтому все программы, связанные с коррекцией массы тела занимают от 6 до 15 месяцев. Важной составляющей данных программ является постепенное повышение физической нагрузки.

Физическая нагрузка при избыточной массе тела / ожирении состоит из 3-х этапов.

1-й этап: дозированная лечебная ходьба. Количество шагов — от 500 до 6000, время лечебной ходьбы на начальных этапах не ограничивают. Ходить необходимо после еды и контролировать длину шага (70-80 см), скорость (около 4 км/ч), дыхание должно быть равномерное, нефорсированное.

Интенсивность нагрузки:

- начальная — 60-70 шагов в минуту;
- для привыкания к нагрузке — 80-90 шагов в минуту;
- для снижения веса — 100-110 шагов в минуту;
- для устойчивого снижения веса — 120 шагов в минуту.

2-й этап: расширение физических нагрузок — плавание. Нагрузка увеличивается за счет сопротивления воды. Время плавания необходимо увеличивать постепенно и осторожно. Плавать необходимо до еды. Нельзя допускать переохлаждения и переутомления.

3-й этап: увеличение физической нагрузки — гимнастические упражнения. Вводится дополнительно, после выполнения программ нагрузок лечебной ходьбы и плавания. Гимнастические упражнения направлены на улучшение мышечного тонуса, восстановление гибкости позвоночника и растяжение связок.

При любой степени ожирения гимнастические упражнения необходимо выполнять:

- из положения лежа — в течение 2-х месяцев,
- из положения сидя — в течение 2-х месяцев,
- из положения стоя — в течение 2-х месяцев.

Исключить: наклоны, глубокие приседания, прыжки, ускорения, поднятие тяжестей, очень интенсивные упражнения.

Включить: гимнастические упражнения на растяжку, для поясничного отдела позвоночника и брюшного пресса. Минимальное количество повторов — 10 раз.

Если произошел перерыв в физических занятиях, необходимо снова начинать с уровня нагрузки первой недели. Перед выполнением вышеуказанной программы рекомендуется выполнить ЭКГ и повторять ее ежемесячно.

Рекомендуемая система физической активности при ожирении:

- лечебная ходьба — 3 раза в неделю;
- плавание — 2 раза в неделю;
- гимнастические упражнения в сочетании с лечебной ходьбой или плаванием — 5 раз в неделю;
- отдых — один день в неделю.

Регулярную физическую активность можно также представить в виде пирамиды



Основание пирамиды — ежедневные пешие прогулки.

Следующий уровень — занятия, которые помогают улучшить физическую тренированность (3-5 раз в неделю рекомендуется один из видов аэробных упражнений).

Вершина пирамиды — неактивный отдых (рекомендуется проводить за просмотром телепередач не более 30 минут в день).

3. Практическая часть. Пациенты учатся составлять план физических нагрузок.

Интенсивность физической нагрузки зависит от наличия избыточной массы тела и степени ожирения в соответствии с рекомендациями (Приложение 6).

Занятие № 3 «Основные принципы здорового питания.

Питание при избыточной массе тела.»

(продолжительность 40 минут)

План занятия.

1. Вводная часть (описание целей занятия) - 5 минут.
2. Теоретическая часть - 15 минут.
3. Практическая часть — 15 минут.
4. Заключительная часть - 5 минут.

Цели 3-го занятия:

- информирование пациентов об основных составляющих пищи и понятии о калорийности;
- обучение пациентов правилам и принципам сбалансированности пищевого рациона, способам уменьшения калорийности суточного рациона.

Теоретическая часть: Принципы рационального питания.

Диетические рекомендации при избыточной массе тела/ожирении должны быть направлены, в первую очередь, **на нормализацию избыточной массы тела**, за счет обеспечения энергетического равновесия в организме, режима питания, сбалансированности питания.

Для контроля массы тела необходимо соответствие калорийности рациона индивидуальным энергетическим затратам организма.

Первый принцип — энергетическое равновесие.

Энергетическая суточная потребность человека зависит от возраста (с каждым десятилетием после 30 лет она уменьшается на 5-7 %); зависит от пола (у женщин энергетическая потребность на 7-10 % меньше) и, конечно, от профессии, т.е. интенсивности труда. У мужчин-горожан от 40 до 60 лет, работа которых не связана с физическим трудом, она составляет около 2100-2500 ккал/сутки, для женщин — 1800-2200 ккал/сутки, а для спортсменов или лесорубов, работников тяжелого труда, может достигать 4000-5000 ккал в сутки.

Второй принцип — сбалансированность рациона

Каждый организм нуждается в строго определенном количестве пищевых веществ, которые должны поступать в установленных оптимальных пропорциях. Речь идет, главным образом, об основных пищевых веществах — белках, жирах, углеводах.

Белки являются основным строительным материалом организма, источником синтеза гормонов, ферментов, витаминов, антител. Они способствуют транспорту в крови различных веществ: например, липопротеины транспортируют жиры, гемоглобин — железо и т.д. Белки делятся на белки растительного (грибы, горох, бобы, фасоль, орехи, семечки, соя) и животного происхождения (мясо и его производные, птица, рыба и морепродукты, сыр, яйца, творог содержат «скрытые жиры»).

Содержание белка в различных продуктах:

- 100 г мяса — 20-22 г белка,
- 100 г рыбы и морепродуктов — 20 г белка,
- 1 стакан молока — 8 г белка,
- 1 яйцо — 12 г белка,
- 100 г творога — 20 г белка,
- 100 г сыра — 20 г белка.

Жиры обладают не только энергетической, но и пластической ценностью благодаря содержанию в них жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К), стерина, полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), фосфолипидов. Жиры (липиды) входят в состав липидного слоя мембран клеток, т.е. служат основным компонентом «оболочки» клетки. В оболочках клеток и сосредоточены рецепторы, которые реагируют на те или иные активные вещества сыворотки крови, например, на гормон инсулин, холестерин, лептин (регулятор аппетита, вырабатываемый жировой тканью), поэтому жировой состав мембран клеток очень важен.

Биологическая ценность жирных кислот и их метаболическая активность тем выше, чем больше в них двойных связей (полиненасыщенные). Полиненасыщенных жирных кислот больше в растительных маслах. Кроме того, растительные масла содержат не холестерин, а фитостерин, который методом «конкуренции» также снижает всасывание в кишечнике и уровень холестерина сыворотки крови.

Различают жиры животные (сливочное масло, сыр, сметана, сливки, копченые изделия, субпродукты — они повышают калорийность пищи, способствуют накоплению жира в мышцах и в печени, повышают уровень холестерина и триглицеридов) и растительные (растительное масло, рыбий жир, орехи и семечки — препятствуют развитию атеросклероза, но высококалорийные).

Углеводы — основной энергетический материал, необходимый для жизнедеятельности организма. Углеводы бывают простые и сложные. Простые углеводы (глюкоза, фруктоза, сахароза) быстро усваиваются и дают моментальное чувство насыщения, но при этом они повышают уровень сахара в крови, в результате чего замедляются обменные процессы. Сложные (крахмал, клетчатка, пектин) — содержатся в растительных продуктах (бобовые, зерновые культуры, фрукты, овощи, ягоды, орехи). К сложным углеводам также относится гликоген, который накапливается в организме в качестве энергетического резерва, входит в состав красного мяса, рыбы, печени и других субпродуктов [8]. Углеводов рекомендовано употреблять не менее 300-400 г в сутки.

За последние десятилетия большое внимание, особенно с профилактической точки зрения, стали уделять пищевым волокнам, которые играют существенную роль в процессе переваривания и усвоения пищи, а также необходимы для выведения из организма холестерина и токсинов, повышают моторику желудочно-кишечного тракта, снижают всасывание пищевых веществ, особенно жира. Физиологическая потребность в пищевых волокнах для взрослого человека составляет не менее 20 граммов в сутки.

Огромное значение для правильного обмена веществ и обеспечения функционирования организма имеют минеральные вещества и витамины.

Третий принцип — соблюдение режима питания

Питание должно быть дробным (3-4 раза в сутки), регулярным (в одно и то же время) и равномерным. Последний прием пищи — не позднее чем за 2-3 часа до сна.

Согласно рекомендациям ВОЗ, у здоровых лиц с нормальной массой тела 10-15 % калорийности рациона должны обеспечивать белки, 15-30 % — жиры, а углеводы — 55-65 % (причем, простые углеводы ограничены — 7 % калорийности от общего количества).

Пример. Рассчитаем долю килокалорий, приходящихся на жир:

1800 ккал – 100 %

X ккал – 30 %

$X = 1800 \times 30 / 100 = 540$ ккал

Таким образом, за счет жира следует обеспечивать 540 ккал суточной калорийности. Известно, что 1 грамм жира при сгорании дает 9 ккал.

Следовательно, для обеспечения 540 ккал организму необходимо 60 г. (540:9) жира. Если учесть, что половина (или даже чуть более) из этого количества уже содержится в животных продуктах, то в качестве дополнительных жировых продуктов разумнее использовать растительные масла (20-30 г).

Итак, 60 г. жира следует обеспечивать наполовину растительными жирами. При этом лучше использовать 1 ст. ложку (15 г) подсолнечного или кукурузного масла, где много ПНЖК, и 1 ст. ложку (15 г) оливкового или соевого, содержащих большое количество моновенасыщенных жирных кислот (МНЖК). Последние оказывают наиболее благоприятное воздействие на липидный обмен. Остальные 30 г. животных жиров очень быстро набираются за счет различных животных продуктов. Это, как правило, высокобелковые продукты — сыр, творог, мясо, рыба (не говоря уже о «скрытых жирах» в кондитерских и колбасных изделиях, мясном фарше и т.п.). При покупке необходимо обращать внимание на состав продуктов. Следует отдавать предпочтение сортам с низким содержанием жира — они менее калорийны.

Что касается рыбы, здесь предпочтительнее жирные сорта, поскольку рыбий жир содержит очень полезные омега-3-жирные кислоты, которые обладают гиполипидемическим, тромболитическим, антиаритмогенным и противовоспалительным действием. Жирные кислоты омега-3 участвуют в обмене гормонов: глюкокортикостероидов, серотонина, адреналина, в синтезе противовоспалительных простагландинов, метаболизме фибриногена и аполипотеинов.

Углеводов всего может быть около 60 % калорийности суточного рациона, в том числе простых сахаров — до 7 % калорийности.

Пример. Расчет оптимальной доли простых углеводов:

$$\begin{aligned} 1800 \text{ ккал} &— 100 \% \\ X \text{ ккал} &— 7 \% \\ X &= 1800 \times 7 / 100 = 126 \text{ ккал} \end{aligned}$$

Итак, 7 % от 1800 ккал — это 126 ккал. Поскольку 1 г углеводов дает 4 ккал, то 126 делим на 4 — получается 31 г. Таким образом, энергетическая ценность простых сахаров содержится в 31 г простых углеводов.

Простые углеводы или простые сахара, в основном — сахароза, фруктоза, глюкоза, содержатся во фруктах (8-10 %). При этом в семечковых фруктах (яблоки, груша) больше фруктозы, в косточковых фруктах (абрикосы, персики, сливы) больше глюкозы. Достаточно много простых углеводов и в овощах, особенно в корнеплодах (около 5 %). В результате 500 г фруктов и овощей уже содержат указанное количество простых сахаров (35 г). Таким образом, к простым углеводам в «чистом виде» в рационе в 1800 ккал можно добавить лишь 1-2 кусочка сахара и/или 1 ч.л. меда.

Указанный выше состав простых углеводов в растительной пище зависит от вида и спелости фруктов и овощей.

Немаловажен *способ приготовления пищи*. Оптимальными являются: тушение, отваривание, запекание (в рукаве, фольге, пергаменте), приготовление на пару, на гриле, в мультиварке.

Здоровое питание также подразумевает ограничение потребления поваренной соли до 5 г (1 ч. ложка без верха).

3. Практическая часть: Питание при избыточной массе тела. Учимся считать калорий.

Питание при избыточной массе тела имеет все те же основные принципы здорового питания. Для индивидуального расчета калорийности пищевых продуктов важно определить суточную потребность в килокалориях с учетом возраста, пола и имеющейся физической активности по формуле (таблица 4).

Таблица 4. Расчет суточной нормы калорий (ВОЗ)

Возраст	Для женщин	Для мужчин
от 18 до 30 лет	$(0,0621 \times \text{вес} + 2,0357) \times 240 \times \text{КФА}$	$(0,063 \times \text{вес} + 2,8957) \times 240 \times \text{КФА}$
от 31 до 60 лет	$(0,0342 \times \text{вес} + 3,5377) \times 240 \times \text{КФА}$	$(0,0484 \times \text{вес} + 3,6534) \times 240 \times \text{КФА}$
старше 60 лет	$(0,0377 \times \text{вес} + 2,7545) \times 240 \times \text{КФА}$	$(0,0491 \times \text{вес} + 2,4587) \times 240 \times \text{КФА}$

КФА — коэффициент физической активности; вес — в килограммах (кг).

Коэффициент физической активности:

КФА = 1 — при низкой физической активности (умственная, сидячая, нетяжелая домашняя работа),

КФА = 1,3 — при умеренной физической активности (работа, связанная с ходьбой, занятия физической культурой 3 раза в неделю),

КФА = 1,5 — при высокой физической активности (занятия спортом, тяжелая физическая работа).

Средние цифры калорийности рациона для поддержания энергетического баланса составляют:

- 1200-1500 ккал/сутки для женщин
- 1500-1800 ккал/сутки для мужчин

Для снижения веса необходимо достигнуть дефицита калорий в размере 500-700 ккал/сутки или около 30 % от общей калорийности, рассчитанной для пациента. Этой цели можно достичь, советуя пациенту оставлять 1/3 порции на тарелке при каждом приеме пищи. Питание по возможности должно быть частым и дробным (через каждые 2,5-3 часа) небольшими порциями. Пациенту рекомендуется есть медленно, последний прием пищи — не позднее, чем за 2-3 часа до сна.

Важное значение как для правильного питания, так и для питания при избыточном весе имеет режим питания, например:

- Первый завтрак: 25 % от общей калорийности (7.30)
- Второй завтрак: 15 % от общей калорийности (11.00)
- Обед: 30 % от общей калорийности (14.00)
- Полдник: 5 % от общей калорийности (17.00)
- Ужин, за 2-3 часа до сна: 25 % от общей калорийности (19.00)

Для контроля употребляемой пищи рекомендовано ведение дневника питания (Приложение 4). Без него невозможно адекватно оценить калорийность дневного рациона и сделать анализ для дальнейших действий по снижению веса. Правильно заполненный дневник питания помогает тщательно и всесторонне проанализировать рацион пациента, периодичность питания и ситуации, провоцирующие лишние приемы пищи. Ведение дневника также помогает

контролировать выполнение рекомендаций врача, оценить количество реально съедаемой пищи, упорядочить рацион и правильно его спланировать, то есть сформировать осознанное отношение к питанию.

В настоящее время можно скачать мобильное приложение дневника питания, которое выполняет операции по подсчету калорий блюд и продуктов, внесенных в дневник, в автоматическом режиме. Любой вариант электронного дневника питания, как своеобразный диетолог онлайн формата, который существенно облегчает задачу ведения здорового образа жизни, и совершенно неважно каким образом, в каком формате будет составлена индивидуальная программа правильного питания. Самым главным критерием его оценки по праву может считаться удобство и функциональность в использовании.

Для облегчения выбора продуктов их условно можно разделить на 3 группы (правило пищевого «светофора»):

- к первой относятся продукты, которые можно есть без ограничений;
- ко второй — продукты, потребление которых нужно умеренно ограничить;
- к третьей — продукты, потребление которых целесообразно максимально сократить или исключить.

Группы	Продукты
Первая (без ограничений)	Овощи (капуста, огурцы, помидоры, перец, кабачки, баклажаны, редис, редька, морковь, стручковая фасоль, зеленый горошек), грибы, ягоды, зелень, салат, шпинат, злаки, отруби, соевые продукты.
Вторая (умеренное потребление)	Крупы, хлеб и макароны из муки грубого помола, картофель, кукуруза, свекла, бобовые (горох, фасоль, чечевица, соя), мясо постное, грудка курицы и индейки без кожи, яйца, крольчатина, нежирные сорта рыбы, разнообразные морепродукты, нежирное молоко, творог и кисломолочные продукты, сыры твердые с низким содержанием жира, фрукты (кроме фиников, винограда, бананов), фруктовые неподслащенные соки.
Третья (минимум)	Сало, маргарин, масло, майонез, мясо жирное, рыба жирная, икра, колбасные изделия, рыбные консервы в масле, сметана, сливки, мороженое, сыры жирных сортов, сахар, конфеты, шоколад, варенье, мед, повидло, конфитюр, торты, пирожные, пирожки, сладкие фрукты, дыня, какао, сладкие фруктовые напитки, алкогольные напитки, пиво. Абсолютно исключить продукты любого производства «быстрой еды» (fastfood).

В нашей стране рекомендовать полный отказ от приема алкоголя не представляется возможным: любое застолье сопровождается потреблением того или иного количества алкоголя. В процессе обучения делается акцент на высокой энергетической ценности алкоголя, отмечая, что при постоянном его употреблении даже в небольших количествах не удастся достичь основной цели диетотерапии — снижения избыточной массы тела.

Для подсчета калорийности всей съеденной за сутки пищи можно использовать и приблизительный расчет. Например:

- калорийная ценность обычной порции (500 г) большинства супов колеблется от 200 до 300 ккал;
- калорийная ценность молочных крупяных супов и сборных мясных солянок может быть выше 400 ккал;
- энергетическая ценность обычных вторых блюд с гарниром составляет от 500 до 600 ккал, рыбных блюд близка к 500 ккал и ниже, овощных блюд — от 20 до 400 ккал;
- энергетическая ценность порции каши с маслом или молоком приближается к 350 ккал, бутербродов — около 200 ккал, а третьих блюд: компотов, киселей, какао, кофе с молоком — около 150 ккал.

Примерный расчет суточного рациона питания при избыточной массе тела / ожирении и варианты меню (при суточной калорийности: 1200 ккал/сутки, 1800 ккал/сутки) представлены в Приложении 7.

Наряду с изменением привычного для пациента рациона, можно назначать различные стандартные диеты. Их очень много, но все они в целом сводятся к резкому снижению энергетической ценности рациона. Такие диеты требуют контроля со стороны врача.

После консультации с лечащим врачом 1-2 раза в неделю пациенту можно рекомендовать разгрузочные дни. Калорийность разгрузочных дней очень низкая — 500-800 ккал, они подбираются с учетом сопутствующей патологии.

Ожирение — это болезнь. Как любую болезнь, ожирение следует лечить, так как часто имеет место смешанная патология, когда у пациента на фоне избытка массы тела имеется сочетание двух, трех и более заболеваний, что требует на фоне снижения калорийности рациона тучного человека соответствующей диетической поправки.

Употребление воды перед каждым основным приемом пищи у пациентов с избыточным весом и ожирением, находящихся на низкокалорийной диете, также способствует потере веса.

Заключительная часть. Необходимо еще раз напомнить, что в основе современного подхода лежит признание хронического характера ожирения и, следовательно, необходимости долгосрочного лечения. Следует воздерживаться от методов, гарантирующих быстрое снижение массы тела — более 5 кг в неделю (снижение уровня лептина из-за резкого похудения приведет к компенсаторному увеличению приема пищи и повторной прибавке веса).

Занятие № 4 «Психологические причины развития избыточной массы тела и ожирения. Мотивация к снижению веса, изменению образа жизни» (продолжительность 40 минут)

План занятия.

1. **Вводная часть** - 5 минут.
2. **Теоретическая часть** - 20 минут.
 - Психологические причины развития избыточной массы тела и ожирения;
 - Мотивация к снижению веса и изменению образа жизни;
 - Краткие рекомендации по избавлению от избыточного веса.
3. **Практическая часть** - 15 минут.
 - применение психологических методик выражения эмоций (приложения 8, 9).

4. Заключительная часть – 10 минут.

- подведение итоговых знаний полученных за время обучения;
- заполнение пациентами вопросника по оценке качества обучения в Школе.

Цели 4-го занятия:

- формирование у пациентов с артериальной гипертонией и членов их семей мотивации к повышению физической активности посредством:
- повышения информированности пациентов о роли и значении физической активности для здоровья человека, для функционирования сердечно-сосудистой системы;
- обучения методам повышения повседневной физической активности и контроля интенсивности физических нагрузок.

Психологические причины развития избыточной массы тела и ожирения

Важно понимать, что психологические причины ожирения выявляет квалифицированный специалист (психолог, клинический психолог, врач-психотерапевт) в индивидуальной консультации. Однако, не менее важно знать возможные причины развития избыточной массы тела.

Прежде всего, перед решением избавиться от избыточного веса, необходимо определиться, с чем связана эта проблема. Насколько сильно выражен психологический аспект или же проблема носит медицинский характер? После определения причины проблемы можно приступить к разработке стратегии по снижению веса.

К психологическим причинам ожирения чаще всего относят:

Причина	Описание	Признаки
Эмоциональное переедание (невротическое заедание)	Человек «заедает» эмоции, которые не может выразить. Чаще всего это негативные эмоции: грусть, печаль, тоска, злость, депрессивные состояния.	1. Возрастающее чувство голода в стрессовых или тревожных ситуациях. 2. Возрастающее чувство голода при пониженном эмоциональном фоне. 3. Чувство успокоения, расслабления, после потребления большого количества жирной или углеводной пищи в период стрессов и пониженного настроения. 4. Переедание, вследствие чувства вины после приема пищи. Чтобы заглушить это чувство, обретение «успокоения» в еде. 5. Спектр депрессивных расстройств.
Низкая самооценка. Низкий уровень	Низкая самооценка не всегда является следствием полноты. Однако, чаще происходит	1. Низкая внутренняя оценка своих личностных качеств, достижений. 2. Человек думает о себе плохо: «Я — плохой, я — полный, я —

ответственность и перед собой	так, что дети с низкой самооценкой страдают от избытка веса во взрослой жизни.	некрасивый» и т.д. 3. Человек снимает ответственность за свой внешний вид и свое здоровье: «Раз, я — плохой, полный и некрасивый, зачем мне худеть и следить за своим здоровьем?». 4. Набирая вес, человек подтверждает свою теорию и перестает контролировать свое тело, снимая ответственность с себя.
Эмоциональные травмы, элементы насилия	По данным исследования, детская травма, полученная в результате физического, психологического, сексуального насилия, может стать причиной набора веса у таких людей в будущем [9, 10]. Это объясняется тем, что в этом случае жировые отложения служат «защитой» от повторения данной ситуации. Стремление сделать свое тело непривлекательным и несексуальным, как способ защититься от внимания окружающих.	1. Склонность к депрессивным состояниям. 2. Преобладает подавленное настроение, тоска, печаль, грусть. 3. Беспорядочные половые связи, демонстративное сексуальное поведение (как крайность тоже может проявляться). 4. Склонность уничивать и унижать себя мысленно, очень большое чувство вины.
Хронический стресс, повышенная тревожность	Переживание, и как следствие, набор веса, может быть реакцией на хронический стресс. Человек испытывает хронический стресс, чаще неосознанно. Основной принцип набора веса: в стрессовой ситуации организм стремится накопить как можно больше жира для выживания, поэтому люди, находящиеся постоянно в стрессе, склонны к набору веса за счет накопления калорий.	1. Перенесенный детский травматичный опыт с постоянными переживаниями и переизбытком ежедневных стрессов. 2. Высокий уровень тревоги. 3. Необоснованные страхи. 4. Мнительность, беспокойство без причины. 5. Нарушенный режим сна и бодрствования.

Мотивация к снижению веса и изменению образа жизни (рекомендации для пациентов)

Перед тем, как рассказать о мотивации, которая может стать стимулом для снижения избыточной массы тела, необходимо рассмотреть виды мотивации, которая является неэффективной.

Мотивация – это побуждение (мотив), который толкает нас к какому-то определенному поведению (или избеганию этого поведения). Чаще всего люди, которые решают избавиться от избыточного веса, используют следующие мотивы:

Два основных движущих мотива по снижению веса:	
<i>Внешняя привлекательность (сексуальная привлекательность) и доминирование</i>	<i>«Хочу похудеть, но нет силы воли»</i>
Прежде всего, это может выражаться в том, что: - люди <i>хотят изменить свой внешний вид, чтобы чувствовать свою привлекательность</i> (сексуальную, в том числе); - также люди <i>хотят изменить свой внешний вид, чтобы чувствовать свое превосходство над окружающими.</i> Это социальные мотивы, а не биологические. Социальная компонента в этих мотивах выражается в соответствии с общественными стандартами. Ситуация, когда общество навязывает определенные стандарты, и вы либо игнорируете их, либо соответствуете им. Здесь важен исключительно ваш выбор, однако, если вы выбираете игнорирование стандартов, вы не должны при этом испытывать дискомфорт и общественное давление, другими словами, страдать за свой выбор. Если же вы хотите соответствовать, то необходимо предпринимать для этого какие-то действия.	Когда у человека нет силы воли – это апатоабулический синдром, когда человек не в состоянии даже сходить в туалет. Чтобы приобрести излишний вес, необходимо устойчивое последовательное поведение и усилие, хотя бы для того, чтобы приготовить, прожевать и проглотить еду. Чтобы выработать такое поведение, необходимо воспроизводить его постоянно, из года в год, чтобы оно закрепилось. Получается, что сила воли есть, просто она срабатывает на легкие потребности по типу «покушать», а на сложные «сбросить вес» не срабатывает.

Однако не нужно расстраиваться. Нормальное пищевое поведение — это не недостижимая цель, требующая невероятных усилий воли, а вполне реальная и достижимая стратегия. Приучить себя к сбалансированному рациону, проконсультироваться со специалистами, диетологами, выработать для себя оптимальную стратегию по избавлению от лишнего веса. Главное, этого захотеть, для чего необходимо прислушаться к своему организму, вне зависимости от того, болит у вас что-то или нет.

Ожирение — это диагноз со скрытыми внутренними изменениями. Когда вы начнете их замечать, будет либо уже поздно, либо, как минимум, сложнее избавиться от проявившихся последствий. Ваше здоровье в ваших руках!

Краткие рекомендации по избавлению от избыточного веса

1. Выявление причины набора веса.

Это первичное (алиментарное) ожирение или вторичное, связанное с заболеваниями эндокринной или нервной системы? Как давно нарушено пищевое поведение? Есть ли хронический стресс, тревожные или депрессивные расстройства, присутствует ли ограничительное поведение (диеты)? Очень важно разобраться в причине нарушения пищевого поведения для того, чтобы подобрать комплексные меры для его коррекции или лечения. Так как во многих случаях тревожно-депрессивные расстройства предшествуют развитию ожирения, то для выявления степени депрессии и тревоги можно использовать госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) (Приложение 8).

2. Отказ от эмоционального переедания.

Эмоциональное переедание – «заедание» негативных эмоций сладкой и (или) жирной пищей. Так как сладкое и жирное повышают уровень серотонина в крови, это работает как своеобразное расслабление. Однако, важно помнить, что уровень серотонина станет ниже, а вес останется.

Важно осуществлять медленное и обдуманное принятие пищи. Иными словами, обращать больше внимания на то, какие продукты употребляются. Чем медленнее, вдумчивее происходит процесс принятия пищи, тем больше происходит насыщение.

Также важно не принимать пищу «на бегу», иначе чувство голода появится быстрее.

Чтобы перестать «заедать» эмоции, необходимо их выражать. Подавление эмоций или замещение их едой способствует не только возникновению ожирения, но также является риском возникновения хронических неинфекционных заболеваний.

К способам выражения эмоций относятся разные арттерапевтические техники (Приложение 9), техники ритмо-двигательной терапии, дневниковый метод.

Выражать эмоции можно в физических нагрузках, активных видах спорта, стрельбе, любимом деле. Желательно больше говорить о том, что беспокоит, не сохраняя все эмоции внутри.

3. Решение психологических проблем.

Если ожирение алиментарное, необходимо проконсультироваться с психологом или психотерапевтом. Практика показывает, что зачастую достаточно проработать со специалистом процесс организации принятия пищи, поговорить о пищевых привычках (употребляемые продукты, время еды и т.д.). Как результат — питание становится осознанным и вес быстрее снижается.

4. Нормализация режима сна и бодрствования.

Малое количество сна связано с высокой концентрацией грелина (гормона, стимулирующего аппетит) в плазме крови и последующим ожирением: чем дольше длится сон, тем ниже становится концентрация грелина в плазме крови, и меньше вероятность возникновения ожирения. Тем самым, недостаток сна провоцирует желание потреблять больше пищи.

Заключительная часть.

Заключительное занятие подводит итог всех предыдущих занятий и намечает планы на будущее – наблюдение пациентов, их самостоятельное активное участие в оздоровлении и лечении и пр.

Если занятия в Школе проводились различными врачами, а координацию и курацию всего курса выполнял врач кабинета медицинской профилактики,

желательно, чтобы для участия в проведении этого заключительного занятия был приглашен или привлечен участковый врач, который будет в дальнейшем вести динамическое наблюдение за пациентами. Если пациенты, обучавшиеся в цикле, принадлежали к различным территориальным участкам, то необходимо согласовать с лечащими врачами этих пациентов все рекомендации по дальнейшему их наблюдению. Это очень важно, так как, во-первых, обеспечит преемственность пациентов, повысит эффективность всей системы проводимых лечебно-профилактических мер, во-вторых, повысит приверженность пациентов к лечению, продемонстрировав им полную согласованность действий медицинских работников, оказывающих им помощь в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Желательно, чтобы обстановка заключительного занятия несколько отличалась от принятой обстановки в течение «обычных» занятий и приближалась к обстановке Круглого стола и открытого общения.

Для всесторонней и полной оценки качества обучения в школе пациентам необходимо предложить заполнить опросник, при этом акцентировать внимание на анонимность опроса и важности советов и предложений для совершенствования дальнейшего обучения. Приложение №2

План-график проведения занятий в Школе здоровья для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Название медицинской организации: _____

№ п/п	Темы занятий	Дата и время	Место проведения занятий	Ответственное лицо, контактный телефон
1	<i>Избыточная масса тела. Ожирение. Определения, причины возникновения. Ожирение как фактор риска развития ХНИЗ. Влияние ожирения на организм человека</i>	<i>01.01.2020 10:00-11:30</i>	<i>ГП №1, актовый зал, 2 этаж</i>	<i>Врач-терапевт Иванова И.И. 8(хххх)хх-хх-хх</i>
2	<i>Современные подходы к лечению ожирения. Физическая активность, её влияние на здоровье. Физическая активность при избыточной массе тела / ожирении</i>	<i>03.01.2020 10:00-11:30</i>	<i>ГП №1, актовый зал, 2 этаж</i>	<i>Врач-терапевт Иванова И.И. 8(хххх)хх-хх-хх</i>
3	<i>Основные принципы здорового питания. Питание при избыточной массе тела. Практические навыки (расчет ИМТ, ведение дневника питания, расчет калорийности, варианты составления суточного рациона)</i>	<i>05.01.2020 10:00-11:30</i>	<i>ГП №1, актовый зал, 2 этаж</i>	<i>Врач-терапевт Иванова И.И. 8(хххх)хх-хх-хх</i>
4	<i>Психологические причины развития избыточной массы тела и ожирения. Мотивация к снижению веса, изменению образа жизни.</i>	<i>07.01.2020 10:00-11:30</i>	<i>ГП №1, актовый зал, 2 этаж</i>	<i>Врач-терапевт Иванова И.И. 8(хххх)хх-хх-хх</i>

По вопросам записи в Школу обращаться в кабинет № XX ОГБУЗ «Городская поликлиника № XX», Иванова Инна Ивановна, врач-терапевт.

Время работы: понедельник — пятница с 08:00 до 17:00,
суббота с 09:00 до 16:00.

Телефон: 8(хххх)хх-хх-хх

Оценка эффективности работы Школ

Показатель организации и качества обучения в Школе.

Оценка организации и качества обучения в Школе проводится на основании опроса пациентов на последнем занятии. Ниже приводятся примеры вопросников, позволяющих выяснить мнение пациента как основного потребителя предлагаемого вида профилактической помощи.

ВОПРОСНИК

по оценке качества обучения в Школе

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить, насколько полезным и интересным было для Вас обучение в Школе, получить Ваши советы и предложения для совершенствования дальнейшего обучения.

Дайте оценку в соответствии с Вашим личным мнением по пятибалльной системе: от 1 (низшая оценка) до 5 (высшая оценка). На последние вопросы дайте, пожалуйста, развернутые ответы.

№	Утверждения	Баллы (оценка)
1	Обучение в Школе было для Вас полезным	
2	Вы удовлетворены обучением в целом	
3	Занятия в Школе оправдали ожидания	
4	Знания о правильном питании повысились	
5	Степень изменения знаний о питании	
6	Научился (ась) рассчитывать ИМТ	
7	Научился (ась) рассчитывать суточный калораж	
8	Научился (ась) вести дневник питания	
9	Степень изменения отношения к возможности самоконтроля заболевания и профилактике осложнений	
10	Буду контролировать свой вес	
11	Буду контролировать питание	
12	Буду обращать внимание на сроки и информацию о составе продукта на этикетках	
13	Буду выполнять рекомендации врача	
14	Начну вести дневник питания	
15	Посоветую пройти обучение своим близким и друзьям	
16	Ваши пожелания и предложения по обучению в Школе:	

Благодарим Вас за участие! Желаем Вам доброго здоровья!

Учётно-отчётная документация работы Школы

1. Журнал регистрации пациентов, обучающихся в Школе для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Журнал представлен табличными данными, графы которых заполняются по окончании каждого занятия. Допустимо ведение журнала в электронном виде.

Ниже приведен пример заполнения журнала.

№	Дата проведения	Руководитель занятия	Тема занятия	ФИО пациента	Диагноз	Кем направлен пациент	Группа здоровья
1	01.01.2019	Врач Иванова И.И.	Занятие №1 Избыточная масса тела. Ожирение. Определения, причины возникновения. Ожирение как фактор риска развития ХНИЗ. Влияние ожирения на организм человека	Васильев В.В.	Z 72.4	ОМП	II
				Петров П.П.	E 78.0	ОУС	IIIa
				Смирнова С.С.	R 63.5	ОМП	IIIб
2	03.01.2019	Врач Иванова И.И.	Занятие №2 Современные подходы к лечению ожирения.....	Васильев В.В.	Z 72.4	ОМП	II
				Петров П.П.	E 78.0	ОУС	IIIa
				Смирнова С.С.	R 63.5	ОМП	IIIб

2. Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

В медицинской карте пациента фиксируются данные о дате начала и окончания обучения в Школе, темы занятий.

Дневник питания (образец)

первая страница					вторая и последующие страницы				
Оценка показателей в динамике					Ежедневный рацион питания				
					Дата 20 г.				
Дата					Режим	Время приема пищи	Продукты и блюда	Объем (мл)/вес (г)	Ккал
Вес, кг					Завтрак				
Рост, см					Завтрак 2				
ИМТ, кг/м²					Обед				
Окружность талии, см Окружность бедер, см					Полдник				
					Ужин				
					Итого:				

ИМТ = масса тела / рост²
Индекс Массы Тела

Дефицит массы тела **норма** **избыток массы тела** **ожирение**

К 18,5 **18,5-24,9** **25-29,9** **30-34,9** **>35**

Вода, 200 мл (указать количество потребляемой жидкости)

Энергозатраты

Физические нагрузки	Время	Потраченные калории

«Дневник питания» заполняется пациентом ежедневно, на протяжении недели (раз в месяц или квартал). Рекомендуется обучить пациента по возможности проводить подсчет калорийности самостоятельно, для чего рекомендовать таблицы. Дневник контролируется врачом при очередном визите, он позволяет проанализировать пищевой рацион, количество реально съеденной пищи, периодичность питания и ситуации, провоцирующие лишние приемы пищи. В то же время ведение «дневника питания» способствует формированию осознанного отношения пациента к своему питанию, позволяет выявить нарушения в питании, которые привели к увеличению веса и выделить преодолимые нарушения, спланировать индивидуальный пищевой рацион

Анализ «дневника питания» помогает врачу повысить умение пациента манипулировать своей диетой для достижения желаемых результатов, выявить причину неудач, объем и характер необходимой коррекции. В целом такое сотрудничество увеличивает конструктивное взаимодействие «пациент – врач».

Врач должен давать ясные указания пациенту, выбрать метод более удобный и легкий для пациента совет, не требовать больше информации, чем необходимо, объяснить необходимость заполнения дневника сразу после приема пищи, а не по памяти. При анализе «дневника питания» врач должен использовать записи для анализа и советов, но не для нравственной оценки действий пациента, не проявлять недоверия. Записи – это помощь, а не отчет.

Пример заполнения «дневника питания»

Продукты (перечисляется вся пища, съеденная на сутки)	Калорийность 100 г. продукта, ккал (оценивается по таблице)	Количество, в граммах	Калорийность Съеденного продукта (блюда), ккал
Йогурт 5%	125 ккал	200 г	250 ккал
Хлеб	190 ккал	1 кусок – 25г	45 ккал
Масло растительное	760 ккал	1 ст.л. – 15г	114 ккал
.....			
.....			
.....		Итого за сутки (сумма ккал)	

Анкета «Является ли Ваше питание рациональным?»

№ п/п	Продукты питания	Употребление в течение недели			
		Каждый день	3-5 раз в неделю	1-2 раза в неделю	Ни разу
1	Хлеб с маслом и вареньем (медом, шоколадной пастой и прочее)	4	3	2	1
2	Яйца	4	3	1	2
3	Йогурт, кефир, простокваша, молоко, творог и другие молочные продукты	1	1	3	4
4	Свежие фрукты	1	1	3	4
5	Зелень	1	1	3	4
6	Ужин за 1 час до сна и менее	4	3	2	1
7	Мясо	4	3	1	2
8	Хлеб (не в виде бутерброда)	1	1	2	4
9	Разнообразные овощи (кроме картофеля)	1	1	2	4
10	Салаты из свежих овощей	1	1	2	4
11	Торты, пирожное, выпечка, изделия из теста (кроме хлеба)	4	4	3	1
12	Бутерброды с сыром, колбасой и т. д.	4	4	3	1
13	Консервы	4	4	3	1
14	Полуфабрикаты	4	4	3	1
15	Готовые блюда	4	4	3	1
16	Шоколад, в том числе белый, шоколадные конфеты	4	3	2	1
17	Хлеб с сыром	3	2	1	4
18	Колбасные изделия	3	2	1	4
19	Алкогольные напитки, включая пиво	4	3	2	1
20	Газированные напитки (кола, спрайт и другие)	4	3	2	1
21	Готовые соки	4	3	2	1
22	Готовые приправы к блюдам (соусы, майонез и другие)	4	3	2	1
23	Пища ресторанов быстрого питания	4	4	3	1
24	Картофель фри	4	4	3	1
25	Мороженое	4	4	3	1
26	Салаты из свежих фруктов	1	1	2	4

Сложите все полученные значения:

- 75 баллов и более. Ваш организм не получает достаточного количества полезных веществ, Вы едите слишком много мяса, колбасных изделий, сыра и яиц. Бутерброды, жареный картофель, торты содержат большое количество калорий. Включите в рацион больше овощей и фруктов, мясо замените рыбой, добавьте в меню фасоль, сою.

- От 50 до 74 баллов. Такое питание в целом правильное. Тем не менее нужно быть осторожнее. Сыры, соусы, мясо, мороженое, шоколад содержат так называемые «скрытые» жиры. Сладкие напитки, апельсиновый сок, торты, варенье — частая причина лишних килограммов, кариеса и диабета, поэтому потреблять указанные продукты нужно в ограниченных количествах.

- До 50 баллов. Ваше питание сбалансировано. И впредь разнообразьте пищу, контролируйте потребление жиров, умеренно используйте приправы, пейте больше жидкости.

Наиболее выраженные отклонения от рационального питания соответствуют выбору ответа «4». Выработайте алгоритм действий, чтобы данный ответ заменить на «1» или «2».

Рекомендуемая физическая нагрузка для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

от 25 до 29,9	Первая неделя - 2000 шагов в день. Каждую неделю увеличивать количество шагов на 500, к восьмой неделе должно быть до 5500-6000 шагов в день (четыре километра). Дистанцию в четыре километра необходимо проходить ежедневно в течение двух или трех месяцев до тех пор, пока не получится ее легко преодолевать за 60 минут. Затем снижать время прохождения 4-х километров на 5 минут. Достигнув хорошей переносимости этой нагрузки, необходимо проходить четыре километра за 45 минут три раза в день или 8-12 километров один раз в день. При хорошем самочувствии необходимо начать посещение бассейна. Первое занятие должно длиться 10 минут, второе – 15 минут, третье – 20 минут, далее прибавлять по 5 минут на каждое занятие. Максимальная длительность плавания не должна превышать 45 минут на занятие. Плавание и ходьбу необходимо чередовать через день. При этом, можно делать один или два дня отдыха в неделю. Через 6 месяцев занятий лечебной ходьбой и плаванием необходимо расширить активность, добавив комплекс гимнастических упражнений под контролем врача лечебной физкультуры.
ИМТ от 30 до 34,9 (ожирение I степени)	Первый уровень физической нагрузки — лечебная ходьба от 1000 шагов в день, постепенно увеличивая количество шагов до 6000 (четыре километра) к 10-ой неделе. Далее ежемесячно необходимо повышать интенсивность физической нагрузки: проходить четыре километра за 60 минут в первый месяц и за 45 минут к четвертому месяцу. Второй уровень физической нагрузки – плавание. Первое занятие - 5 минут, затем увеличивают время каждого занятия на 3-5 минут до 30 минут к восьмому занятию. После шести месяцев занятий ходьбой и плаванием можно переходить к третьему уровню – гимнастическим упражнениям.
ИМТ от 35 до 39,9 (ожирение II степени)	Лечебную ходьбу начинают с 300 шагов в день, постепенно увеличивая до 6000 (четыре километра) шагов к 15 неделе. В течение 6 месяцев необходимо проходить по четыре километра, постепенно повышая интенсивность (4 километра за 60 минут, за 55 минут, за 50 минут). Четыре километра за 50 минут необходимо ходить не менее 12 месяцев. Второй уровень физических занятий – плавание. Первое занятие – 5 минут, постепенно увеличивая время до 20 минут к десятому занятию. Плавание и ходьбу необходимо чередовать через день. При этом можно делать один или два дня отдыха в неделю. После шести месяцев занятий ходьбой и плаванием можно переходить к третьему уровню – физическим упражнениям.
ИМТ более 40 (морбидное ожирение)	Занятия начинают с лечебной ходьбы. Первая неделя 100 шагов в день 3 раза в день после еды, к шестой неделе постепенно увеличивают количество шагов до 500 за пять минут 3 раза в день. С седьмой недели – 600 шагов в день без учета времени и далее постепенно увеличивать количество шагов примерно по 100 каждый день до 6000 шагов к девятому месяцу (36 недель). Следует постепенно снижать время прохождения 4-х километров с 60 минут до 55 минут. После выполнения предложенного уровня ходьбы, можно добавить плавание. Первое занятие – 5 минут. Продолжительность каждого занятия увеличивают на 1 минуту, достигая к 14-му занятию время плавания 20 минут. Плавать 20 минут за одно занятие в течение 6 месяцев. После одного года занятий ходьбой и плаванием можно переходить к третьему уровню – гимнастическим упражнениям.

Расчет суточного рациона питания

Для наглядности и отработки практических навыков произведем расчет на следующем примере: женщина — возраст 34 года, работник умственного труда, вес 93 кг, рост 158 см, КФА – 1

1. Рассчитаем ИМТ женщины по формуле:

$ИМТ = 93 / 1,58^2 = 37,25 \text{ кг/м}^2$ — у женщины наблюдается ожирение 2 степени.

2. Рассчитаем необходимое количество калорий в сутки.

Используем формулу для подсчета калорий в сутки, исходя из данных женщины.

Энергетическая ценность/сутки = $(0,034 \times 93 + 3,538) \times 240 \times 1 = 1608$ ккал/сутки.

3. Распределяем калорийность рациона на 5 приемов пищи в течение дня: на завтрак – 25 %, на 2-й завтрак 15 %, обед – 35 %, полдник – 10 %, ужин – 15 %. Завтрак – 402 ккал, на 2-й завтрак – 241,2 ккал, обед – 562,8 ккал, полдник – 160,8 ккал, ужин – 241,2 ккал.

4. Принимая во внимание, что женщина имеет ожирение, соотношение белков, жиров, углеводов может быть изменено врачом - диетологом с целью коррекции веса, например, в данном случае: белков – 22 %, жиров – 35 %, углеводов – 43 %.

Произведем расчет суточной потребности белков, жиров, углеводов с учетом их энергетической ценности. Энергетическая ценность 1 грамма белка составляет 4 ккал, 1 грамма жира — 9 ккал, 1 грамма углеводов — 4 ккал.

Рассчитаем потребность в белках:

$$1608 - 100 \%$$

$$x - 22 \%$$

$$x = 353,76 \text{ ккал в сутки приходится на долю белка}$$

Зная, что 1 грамм белка дает 4 ккал энергии, можем рассчитать суточную потребность белка:

$$353,76 : 4 = 88,44 \text{ грамма}$$

Аналогичным способом рассчитываем суточную потребность в жирах и углеводах. Исходя из параметров данной женщины — суточная потребность в жирах составляет 562,8 ккал (62,5 грамм), в углеводах — 707,52 ккал (177 грамм).

Составим примерное суточное меню с учетом основных правил питания людей с избыточной массой тела и ожирением, а также получившихся данных.

Наименование блюда	Выход	Белки	Жиры	Углеводы	Ккал
Завтрак					
Яйцо пашот с фасолью	150 80/40/20	27,5	8,8	37	250
Салат фруктовый: апельсин, киви, груша в сиропе стевии	150 50/50/20/10	8,7	332,0	6,1	150
Чай зеленый	200	0,2	0,0	0,6	1
Итого			401		
2 завтрак					
Капустно-морковная закуска	150 70/50/5	3,0	0,1	11,6	80
Морс клюквенный	200	0,17	0,0	8,6	41
Йогурт 1,5%	200	8.2	3.2	11.8	90
Итого					211
Обед					
Салат раннелетний с жимолостью: цветная капуста, жимолость, свежий огурец в растительном масле	160 70/20/15	3,1	0,4	5,4	90
Окрошка мясная (говядина, огурцы, сметана 10% жирности яйцо), заправленная квасом	200	0,6	0,3	26,3	150
Кабачки, фаршированные гречкой и грибами	100 50/15/10/10	12,3	15,6	12,6	300
Морс клюквенный	200	0,17	0,0	8,6	41
Итого					581
Полдник					
Огурцовый смузи: творог, огурец, вода	200 100/50/50	18	0,5	3,2	92
Печеный грейпфрут: грейпфрут, корица	50 45/5	0,36	0,3	7,5	72
Итого					164
Ужин					
Тилапия с цветной капустой: филе тилапии, тушеная цветная капуста, яблоки в натуральном 1% йогурте с зеленью	150 50/20/10/10	6,9	1,1	10,3	135
Компот из крыжовника и черной смородины	200	0,6	0,2	26,8	116
Итого					251
Итого за сутки		89	62,5	176,4	1608

Примерное меню на неделю (расчет 1200 ккал/сутки)

Дни недели	Завтрак	2-й завтрак	Обед	Ужин	Полдник (на ночь)
Понедельник	Кофе с молоком (200 мл) Белковый омлет (110 г) Морковь тертая (100 г) с оливковым маслом (5 г) Кусок зернового хлеба (20 г)	Фрукты (200 г) (яблоки или груши)	Суп рыбный - 2 половника (200 мл) Говядина отварная (70 г) Картофель отварной (120 г) Салат из болгарского перца и зеленого лука (150 г)	Белое мясо птицы (100 г) Гречка отварная (100 г) Цукини, тушеные в сметане (100 г) Чай черный (200 мл)	Кефир обезжиренный (200 мл)
Вторник	Напиток лимонный (200 мл) Каша геркулесовая (100 г) Сыр белый (20 г) Свекла отварная (100 г)	Фрукты свежие (100 г) (мандарины или апельсины)	Щи свежие - 2 половника (200 мл) Котлеты мясные паровые (100 г) Салат из свежих помидоров и огурцов (150 г) Компот из сухофруктов (200 мл) Хлеб зерновой (20 г)	Творог свежий обезжиренный (100 г) с ягодами клубники (100 г) Хлебцы ржаные - 2 шт. Чай зеленый (200 мл)	Йогурт питьевой (200 мл)
Среда	Чай с молоком (200 мл) Язык говяжий отварной (70 г) Салат из моркови с яблоками (150 г)	Фруктовый салат (200 г)	Суп грибной - 2 половника (200 мл) Рыба отварная (100 г) Овощи тушеные (баклажаны, кабачки цукини, морковь) (300 г) Компот из ягод (200 мл)	Индейка, тушеная с морковью (100 г) гречка отварная (100 г) болгарский перец свежий (100 г) Чай зеленый (200 мл)	Ряженка (200 мл)
Четверг	Кофе черный (200 мл) Каша пшеничная (150 г) Ягоды (черная смородина, красная смородина) 200 г	Персик (200 г)	Рассольник вегетарианский - 2 половника (200 мл) Салат из болгарского перца с капустой белокочанной (200 г) Говядина, запеченная в духовке (70 г) Компот из свежих (замороженных) ягод (200 мл)	Белое мясо птицы (запеченное в духовке) (70 г) Капуста цветная тушеная (200 г) Чай каркаде (200 мл)	Кефир обезжиренный (200 мл)
Пятница	Чай брусничный (200 мл) Каша гречневая (100 г) Морковь, тушенная со сметаной (100 г) сыр (20 г)	Киви - 2 шт. (150 г)	Борщ вегетарианский - 2 половника (200 мл) Рыба отварная (100 г) Салат греческий (150 г) Компот из сухофруктов (200 мл)	Творожная запеканка с яблоками со сметаной (150 г)	Кефир обезжиренный (200 мл)
Суббота	Напиток из шиповника (200 мл) Мясос с сухофруктами (60 г) и с молоком (200 мл)	Ягоды свежие (200 г)	Суп из зеленой фасоли - 2 половника (200 мл) Салат из кальмаров (кальмары, лимон и болгарский перец) (200 г) Напиток лимонный (200 мл)	Курица отварная без шкуры (100 г) Рис отварной (100 г) Овощи тушеные (кабачки, баклажаны, морковь, болгарский перец) (150 гр.) болгарский перец (150 гр.)	Бийогурт (125 г)
Воскресенье	Кофе с молоком (200 мл) Каша рисовая (100 г) Сыр белый (20 г) Кусок зернового хлеба (20 г)	Яблоко или груша - 200 г	Щи из щавеля - 2 половника (200 мл) Рыба отварная (100 г) Салат из помидоров и огурцов (150 г) Компот из ягод (200 мл)	Макарон (150 г) с сыром (20 г) Салат зеленый, руккола (200 г) с оливковым маслом (5 г)	Кефир (200 мл)

Соответствует 1200 ккал, 35 г. жира. Все представленные напитки без добавления сахара и/или фруктозы. Количество растительного масла, добавляемого в порцию горячего блюда или салат, не превышает 5-6 г. Суточное потребление растительного масла не превышает 20-25 г.

Пятница	Каша пшенная с обезжиренным молоком и тыквой (300 г) Сыр домашний нежирный (100 г) Салат из свежих огурцов и зелени с растительным маслом (200 г) Кофе черный (200 мл)	Яблоки, запеченные с изюмом и черносливом (200 г)	Щи из квашеной капусты (250 мл) Хлеб рижский (30 г) Болгарские перцы, фаршированные мясным фаршем и рисом, тушенные с овощами (томатами, луком, морковью) (300 г) Винегрет с растительным маслом (200 г) Чай красный (200 мл)	Кефир обезжиренный (250 мл) Абрикосы (150 г)	Омлет белковый со шпинатом (150 г) Вареники с вишней (200 г) Грейпфрут (130 г)
Суббота	Мюсли с сухофруктами, орехами и кукурузными хлопьями (100 г) с обезжиренным молоком (200 мл) Морковь тушеная (200 г) Сыр 17%-й жирности (30 г) Чай каркаде (200 мл)	Дыня (150 г) Груша (150 г) Йогурт молочный (125 г)	Свекольник холодный (250 мл) Хлеб грубого помола (40 г) Кролик, тушенный в белом вине с розмарином (100 г) Чечевица отварная (200 г) Салат овощной (редис, огурец, сельдерей, кукуруза сладкая) с растительным маслом (250 г) Морс брусничный (200 мл)	Простокваша (200 мл) Сливы (100 г)	Кальмары, поджаренные на гриле (150 г) Баклажаны (200 г), запеченные с томатами и сыром фета (15 г) Хлебцы хрустящие (20 г) Персик (150 г)
Воскресенье	Каша кукурузная с обезжиренным молоком (200 г) Сыр сулугуни (30 г) Морковь тертая (200 г) с нежирной сметаной (15 г) Кофе с молоком (200 мл)	Желе фруктовое (150 г) Абрикосы (200 г)	Овощной суп (250 мл) Хлеб с отрубями (30 г) Гречка отварная (150 г) Гуляш из говядины (100 г) Овощной салат с креветками и пармезаном (овощи – 100 г, креветки – 50 г, пармезан – 10 г), заправленный растительным маслом Напиток лимонный (200 мл)	Йогурт обезжиренный (250 г) Киви (100 г)	Капуста цветная тушеная (200 г) Куриная грудка отварная (100 г) Хлеб зерновой (50 г) Грейпфрут (100 г)

Все представленные напитки без добавления сахара и/или фруктозы. Количество растительного масла, добавляемого в порцию горячего блюда или салат, не превышает 5-6 г. Суточное потребление растительного масла не превышает 20-25 г

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.	
Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ) 1. Я испытываю напряжение, мне «не по себе» 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю 2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю 3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда 4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу 5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто 6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю 7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ) 1. То, что приносит мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так 2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен 3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время 4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет 5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше 6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю 7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко
Количество баллов здесь	Количество баллов здесь
0-7 баллов - «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии) 8-10 баллов - «субклинически выраженная тревога / депрессия» 11 баллов и выше - «клинически выраженная тревога / депрессия»	

Психологические методики

Арт-терапевтическая методика работы с собственными эмоциями:

Упражнение 1 «Прогноз погоды»

Материалы: бумага, цветные карандаши / фломастеры / восковые мелки / краски.

Инструкция: Возьмите лист бумаги, принадлежности для рисования и нарисуйте рисунок, который будет соответствовать вашему настроению. Или просто напишите большими раскрашенными буквами слова, к примеру, «Штормовое предупреждение». Таким способом, если вы хотите побыть наедине со своими эмоциями, вы можете показать другим, что у вас сейчас «плохая погода», и вас лучше не трогать.

Упражнение 2

Инструкция:

Шаг 1: простым карандашом на листе бумаги формата А3 или А4 сделайте контурный рисунок выбранной для «проработки» эмоции (чувства, переживания, состояния).

Шаг 2: произведите с бумагой следующие манипуляции (обращая при этом внимание на мысли и чувства, которые возникают у вас в процессе работы): сомните лист бумаги с контурами рисунка, затем опустите его на некоторое время в воду, расправьте, разложите на столе и только потом раскрасьте нарисованный простым карандашом образ.

Шаг 3: придумайте название и историю, которую могла бы рассказать ваша «картина». Попробуйте построить диалоги между изображенными объектами или частями рисунка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Ожирение. Клинические рекомендации.» Дедов И.И., Мокрышева Н.Г., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Ершова Е.В., Комшилова К.А., Андреева Е.Н., Анциферов М.Б., Бирюкова Е.В., Бордан Н.С., Вагапова Г.Р., Волкова А.Р., Волкова Н.И., Волынкина А.П., Дзгоева Ф.Х., Киселева Т.П., Неймарк А.Е., Романцова Т.И., Рюткина Л.А., Суплотова Л.А., Халимов Ю.Ш., Яшков Ю.И. Consilium Medicum. 2021; 23 (4): 311–325.
2. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
ВОЗ «Ожирение и избыточный вес».
- 3 «Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний» (национальные клинические рекомендации). Санкт-Петербург. 2017.
4. Методические рекомендации «Оказание медицинской помощи по снижению избыточной массы тела», к.м.н. Еганян Р.А., к.м.н. Измайлова О.В., к.м.н. Карамнова Н.С., д.м.н., профессор Калинина А.М., Москва. 2012.
5. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
ВОЗ «Физическая активность».

