

А. Т. Быков¹, А. А. Брюсова¹, А. В. Шапошников², Т. Н. Маляренко¹
**ТРАДИЦИОННУЮ ПАРАДИГМУ «МЕНЬШЕ ЕШЬ, БОЛЬШЕ ДВИГАЙСЯ»
ПРИ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА/ОЖИРЕНИЯ
НЕ СЛЕДУЕТ АБСОЛЮТИЗИРОВАТЬ**

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Российская Федерация¹,
Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация²

В последнее время появились данные, что в лечении избыточной массы тела (МТ) и ожирения традиционно сфокусированная на МТ парадигма «Меньше ешь, больше двигайся» не только мало эффективна, но и нередко сопряжена с нарушением здоровья. Большинство пациентов не могут длительно удерживать достигнутое уменьшение МТ. Установлено также, что снижение МТ повышает заболеваемость и риск преждевременной смерти среди индивидов с ожирением.

В качестве альтернативного направления в работе с пациентами, имеющими избыточную МТ и ожирение, всё шире используется парадигма «Здоровье для каждого размера тела» с опорой не на достижение желательной МТ, а на физическое и психологическое здоровье человека на всех этапах коррекционной программы. Установлено, что заболеваемость людей, включенных в такую программу ниже, а продолжительность жизни выше, чем у занимающихся по традиционной программе. Подчеркивается значимость для индивидуального и общественного здоровья изменения отношения самого пациента к своему телу, а также окружающих людей к избыточной МТ/ожирению у индивидов, недопустимость стигматизации и дискриминации по МТ в обществе.

В статье представлены обе стратегии и обсуждены их основные «за и против». Обоснована целесообразность замены традиционной парадигмы на стратегию формирования не МТ, а здоровья людей независимо от индекса их массы тела, и подытожены рекомендации по реализации этого нового направления.

Ключевые слова: избыточная МТ, ожирение, традиционная и альтернативная стратегии лечения.

А. Т. Быков, А. А. Bryusova, А. V. Shaposhnikov, T. N. Malyarenko

**WE SHOULD NOT ABSOLUTIZE THE CONVENTIONAL PARADIGM «EAT LESS, MOVE MORE»
IN OVERWEIGHT / OBESITY CORRECTION**

Last time there are appeared the data proving that in treatment of overweight and obesity conventional paradigm focused on body weight «Eat less, move more» not only ineffective, but often associates with harmful consequences for the health, as repeated cycles of weight loss and regain. The majority of individuals with overweight/obesity are enable maintain achieved weight loss over the long time. It is shown also that weight loss causes increase of premature death risk among such individuals.

As alternative work direction with the patients who have overweight or obesity began to use the paradigm «Health at every size» (HAES) with support not on desired weight achievement, but on physical and psychological health at all stages of the corrective program. It was proved that the morbidity among the people included in such program was lower and the longevity was higher than among those who were in the conventional program.

A special emphasis is made on the importance of change of patient's attitude to his own body for individual and public health, as well as that of people around him to individual's overweight or obesity, and on the inadmissibility of stigmatization and discrimination on weight in society.

There are represented both strategies and discussed their common «pro et contra». It is justified the feasibility of changing conventional paradigm on strategy of forming not individual's weight, but people's health independently from the index of their body mass, and summarized the brief guidelines on realization of this new paradigm.

Key words: overweight, obesity, traditional and alternative treatment strategies.

Традиционно по отношению к избыточной массе тела (МТ) и ожирению продолжают применяться коррекционные мероприятия, направленные на помощь людям уменьшить индекс их массы тела (ИМТ) и в результате улучшить здоровье. В связи с постоянно нарастающим во всём мире числом людей со значительным отклонением ИМТ от нормативного диапазона, на что мы обращали внимание в своей недавней статье [1], эти мероприятия сопряжены с большими финансовыми затратами и, кроме того, как оказалось, они мало эффективны. Так, например, в США на снижение у населения МТ затрачивается в среднем 58,6 миллиардов долларов ежегодно, но неудовлетворенность людей разного возраста своим весом достигла беспрецедентного уровня. Кроме того, необходимы повторяющиеся курсы снижения МТ, так как большинство пациентов не в состоянии длительно удерживать её на достигнутом уровне даже при помощи двигательной активности и ограничения объёма и калорийности пищевого рациона, и не достигают успеха в снижении заболеваемости и смертности [21]. В современных условиях продолжается изучение связи малоподвижного образа жизни с развитием избыточной МТ/ожирения и других признаков кардиометаболического синдрома [25, 29]. Констатируется, что физическая пассивность населения разных стран в 21 веке остаётся самой большой проблемой общественного здоровья [33]. Авторы подчёркивают, что малоподвижный образ жизни обходится для здоровья взрослого человека дороже, и коррекционные воздействия одной только физической активности, предупреждающей развитие заболеваний, вызванных гиподинамией, не перекрывают её осложнений. В последние годы появились предположения и доказанные практикой утверждения, что в борьбе с избыточной МТ и ожирением традиционно сфокусированная на МТ парадигма «Меньше ешь, больше дви-

гайся» не только мало эффективна, но и нередко сопряжена с нарушением здоровья [6, 20]. Но пока что весьма популярной среди населения и в практике здравоохранения является именно эта парадигма, и она продолжает рассматриваться как путь к решению проблем ожирения. Однозначно ли это справедливо во всех случаях избыточной МТ и ожирения?

В последнее десятилетие всё шире используется альтернативное направление, которое в работе с пациентами, имеющими избыточную МТ/ожирение, опирается не на МТ, а на здоровье. Девиз этого направления – «Здоровье для каждого размера тела». Подразумевается, что специалисты в процессе коррекции здоровья каждого пациента независимо от величин его ИМТ в принципе могут проследивать тренд МТ, но её возможное изменение следует рассматривать как побочный результат [5, 6, 14]. Таким образом, коррекционные мероприятия в рамках данного направления в первую очередь должны способствовать улучшению здоровья пациентов независимо от индивидуальных значений ИМТ на всех этапах соответствующих коррекционных программ.

Цель данной обзорной статьи – опираясь на публикации последних лет рассмотреть «за и против» указанных направлений в решении связи избыточной массы тела/ожирения со здоровьем и рациональных путей его коррекции.

Обсуждение эффектов традиционной парадигмы, лежащих в основе коррекции избыточной массы тела/ожирения (факты «за и против»)

Для обсуждения эффективности традиционной стратегии борьбы с избытком МТ/ожирением представим табл. 1, разработанную по проанализированным нами библиографическим данным.

Таблица 1. Допущения, лежащие в основе традиционной парадигмы, сфокусированной на управлении МТ при избыточной МТ/ожирении: факты за и против

Допущения*	Факты «за»	Факты «против»
Ожирение связано со значительным риском смертности. *Формулировка всех допущений, приведенных в этом столбце, адаптирована по [6].	Сложившаяся ситуация с нарастающим распространением избыточной МТ и ожирения не может не вызывать крайней обеспокоенности, поскольку ожирение часто ассоциируется в сознании людей с повышенной смертностью. В 100% случаев увеличивается смертность женщин, страдающих ожирением, при сердечных и сосудистых заболеваниях; продолжительность жизни снижается независимо от пола, возраста, курения, уровня физической активности, образования и региона проживания [7]. Доказано, что повышенное процентное содержание жира в организме, большие показатели ИМТ и отношения окружности талии к окружности бедер являются предикторами всех видов смертности и сердечно-сосудистых заболеваний, в большей мере для женщин [24].	За исключением экстремальных ситуаций ИМТ или количество жира в организме незначительно обуславливают продолжительность жизни, и люди с избыточной МТ и ожирением живут, по крайней мере, так же долго, как и люди с нормальной МТ, а часто даже дольше, и наибольшее число долгожителей приходится на категорию людей с избыточной МТ. Анализ данных по 360 тысячам волонтеров в 26 исследованиях подтвердил более длительную жизнь людей с избыточной МТ по сравнению с контрольной группой испытуемых с нормальной МТ. В 70% случаев смерти среди пожилых и старых людей, не было разницы между показателями смертности при нормальной и избыточной МТ. Установлено, что когда социоэкономические и другие факторы риска (ФР) находятся под контролем, ожирение не является значительным ФР смертности , а для людей в возрасте 55 лет и старше с избытком МТ и ожирением характерно существенное снижение риска смертности [18]. Кроме того, известен так называемый «парадокс ожирения» [12]: ожирение ассоциируется с более длительным выживанием при многих заболеваниях (диабете типа 2, артериальной гипертензии – АГ, сердечно-сосудистых заболеваниях, хронической патологии почек) по сравнению с худыми пациентами при таких же заболеваниях [23]. Дольше, чем с небольшой МТ, живут пациенты с ожирением и ишемической болезнью сердца, перенесшие коронарное шунтирование, ангиопластику или гемодиализ. Смертность после операций на сердце была наибольшей в группе пациентов с низким ИМТ; индекс относительного риска составлял у них в среднем 12,8 против 4,5 у пациентов с избытком МТ. Это также связывают это с так называемым защитным «парадоксом ожирения» [30, 35]. Установлено, что пожилые жители городов, имеющие избыточную МТ, живут в среднем дольше, чем горожане с малой МТ. Доказано, что продолжительность жизни у пациентов с АГ на фоне ожирения существенно больше, чем у людей с высоким артериальным давлением (АД), но без избыточной МТ.

Допущения*	Факты «за»	Факты «против»
<p>Избыточная МТ и ожирение связаны со значительным риском заболеваемости.</p>	<p>В многочисленных клинических сериях установлено, что выраженный избыток МТ и ожирение представляют собой важный ФР для распространенных социально значимых патологий, таких как артериальная гипертензия (АГ), особенно при абдоминальном ожирении, диабет типа 2, ишемический инсульт, ишемия миокарда [24]. Избыточная МТ и ожирение выявляются у 25% взрослых пациентов с АГ.</p> <p>Частота некоторых хронических заболеваний, ассоциирующихся со старением, у людей старше 65 лет нарастает с увеличением МТ [10].</p> <p>Ожирение нередко является причиной нарушений опорно-двигательного аппарата, развития стресса не только у пожилых и старых людей, но и в работоспособном возрасте [9].</p> <p>Во многих исследованиях показано, что избыточная МТ и ожирение значительно увеличивают заболеваемость и смертность от рака пищевода, ободочной и прямой кишки, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и почек, а также при лимфоме и множественной миеломе, а у женщин – при раке женских половых органов [17].</p> <p>Расстройства настроения представляют собой другой класс коморбидных состояний у пациентов с ожирением. Отмечается тенденция к частому развитию депрессии, что может негативно влиять на соблюдение пациентами предписанного лечения [2].</p>	<p>При изучении связи между МТ и различными заболеваниями в эпидемиологических исследованиях редко изучаются причинно-следственные связи между МТ и заболеваниями, в основе которых лежат такие факторы, как физическое развитие, физическая активность, потребление энергии, циклическая МТ или социо-экономический статус. Когда исследователи контролируют эти факторы, включают их в корреляционный анализ, связанный с МТ повышенный риск заболеваний исчезает или значительно уменьшается. Похоже, что упомянутые факторы не только увеличивают риск заболеваний, но они в то же самое время повышают риск нарастания МТ [6].</p> <p>Возможно, что ассоциации между повышенной МТ и риском для здоровья в большей мере относятся к циклической МТ, чем к самому по себе ожирению [31]. Это справедливо и для эссенциальной гипертензии, развивающейся при краткосрочном изменении МТ, и при циклической МТ. Показано, например, что у женщин с ожирением, придерживающихся диеты, АД сохранялось высоким, а у тех, кто никогда не соблюдал диету, оно было нормальным. Однако не ясно, до каких пределов развивается АГ на фоне ожирения. То, что с уровнем АД в большей мере коррелирует ИМТ, чем процентное содержание жира в организме, указывает на выраженную ассоциацию между ИМТ и АД в результате большей длины тела, а не массы жира. При циклической МТ в связи с попытками организма её самоконтроля эта ассоциация становится более выраженной, чем при стабильной МТ.</p> <p>В целом, пациенты с АГ и ожирением имеют более низкий риск развития острой ишемии миокарда, инсульта или ранней смерти. Ещё в 1983 году F. H. Messerli было высказано интересное мнение, что у людей с избыточной МТ и ожирением АГ не столько идентифицирует риск для здоровья, как у худых пациентов, сколько развивается для облегчения насосной функции сердца и прохождения крови по всему организму с повышенным содержанием жировой ткани.</p> <p>Примечателен факт, что за четыре последние декады прошлого века, когда средняя МТ в популяции резко увеличилась, распространение АГ уменьшилось вдвое, причём более выражено у людей с избыточной МТ или ожирением. Частота кардиоваскулярных заболеваний в этот период также снизилась, а многие общие заболевания стали более характерными для старых людей и начали протекать легче. По-видимому, «катастрофические последствия заболеваний» в результате «эпидемии ожирения», о чём говорили раньше, проявляются далеко не всегда [6]. Отметим, что позитивная роль избыточного количества массы жира может быть связана с тем, что жировая ткань обладает большим энергетическим потенциалом, поддерживает иммунную систему, выполняет пластические и другие важные функции.</p> <p>Относительно диабета типа 2 существующие данные указывают, что бедность и социальное отчуждение более сильно ассоциируют с этим заболеванием, чем традиционно воспринимаемые ФР, как МТ, диета или двигательная активность. Кроме того, ряд публикаций свидетельствуют о том, что не диабет типа 2 является следствием избыточной МТ, а ожирение является ранним симптомом диабета вследствие повышенного накопления жира, приводящего к компенсаторной секреции инсулина.</p> <p>Дополнительную информацию о последствиях потери МТ в чистом виде может дать направленная липосакция с последующим контролем изменения поведения пациентов, но она затрагивает только подкожный жир, а не висцеральный, который более сильно ассоциируется с заболеваниями. В одном из исследований результативности липосакции установлено, что пациенты без изменений в диете или физической активности в течение 10–12 недель после операции теряли в среднем 10,5 кг, но улучшения в связанных с ожирением метаболических показателях не происходило.</p>
<p>Снижение МТ может продлить жизнь.</p>	<p>Проспективное исследование J. Willcox et al. [37] показало, что уменьшение ИМТ с 32 кг/м² до 24 кг/м² удлинит жизнь примерно на 2 года, а с 40–50 кг/м² до 24 кг/м² – почти на 9 лет. Дозированное пролонгированное ограничение калорийности пищевого рациона может удлинить жизнь на 7 лет, что вдвое больше эффекта физических тренировок, начатых во второй половине жизни.</p>	<p>Большинство проспективных исследований демонстрируют, что снижение МТ повышает риск преждевременной смерти среди индивидов с ожирением, даже когда потеря МТ является преднамеренной, а исследования хорошо контролируются с учётом известных, вносящих помеху факторов, включая нездоровое поведение и сопутствующие заболевания [28].</p> <p>В недавнем обзоре проведенных репрезентативных серий с участием людей разных этнических групп в возрасте от 50 лет и старше показано, что у людей с ожирением смертность при потере МТ увеличивается [16].</p>

Допущения*	Факты «за»	Факты «против»
Любой человек с избыточной МТ и ожирением может значительно снизить МТ и поддерживать её на достигнутом уровне посредством соответствующей диеты и физической нагрузки.	Действительно, если позволяет здоровье, любой человек в принципе может снизить повышенную МТ или удерживать её от повышения, например, с возрастом, при помощи увеличения физической активности и рациональной диеты [15, 21].	<p>Исследования динамики МТ в течение длительного времени после лечения ожирения доказывают, что большинство пациентов фактически восстанавливают достигнутые её потери, независимо от того, продолжают ли они поддерживать диету или уровень физической активности согласно программе коррекции избыточной МТ/ожирения [15, 21]. Так, более 20 тысяч женщин в контролируемом рандомизированном исследовании соблюдали малокалорийную диету и существенно увеличили свою физическую активность. Однако через 8 лет нахождения на такой диете значимых изменений в окружности талии и МТ по сравнению с исходными показателями не отмечалось, а уменьшение МТ было в пределах 0,1 кг. Наоборот, через год после уменьшения МТ у 1/3–2/3 пациенток происходило восстановление потерянного веса, а в течение 5 лет МТ восстановилась у всех. Показано также, что у такого же количества пациенток в дальнейшем происходило нарастание МТ, превышающее потерянную в результате длительного соблюдения диеты [21]. Таким образом, констатируют авторы, нет оснований считать, что диета приводит к длительному поддержанию сниженной МТ и улучшению здоровья. Нереальность длительного поддержания сниженной в результате коррекционных мероприятий МТ обосновывается и в других публикациях [3].</p> <p>После косметической хирургии при ожирении также выявлена постепенная компенсация потерянной МТ. Снижение её достигает пика в течение года после операции, а затем МТ полностью восстанавливается до исходного уровня.</p>
Стремление к потере МТ является прогностичной и позитивной целью для людей с избыточной МТ и ожирением.	Широко распространенная тенденция относительно МТ заставляет людей предпринимать усилия для снижения избыточной МТ. Другой причиной императива снижения МТ является нарастание стигматизации и дискриминации индивидов с избыточной массой жира [27].	<p>Попытки снизить МТ через низкокалорийную диету обычно вызывают среди пациентов с ожирением развитие циклической МТ. Циклическая МТ повышает воспалительные процессы, которые, как известно, в свою очередь, увеличивают риск многих связанных с ожирением заболеваний и способствуют повышению риска смертности. Другие потенциальные механизмы, по которым циклическая МТ вносит вклад в заболеваемость, включают гипертензию, устойчивость к инсулину и дислипидемию.</p> <p>Диета приводит к снижению массы костей и повышает риск остеопороза даже в популяции людей с ожирением (известно, что ожирение обычно ассоциируется со сниженным риском остеопороза). Длительное соблюдение диеты сопряжено с повышенным хроническим психологическим стрессом и выработкой кортизола [32]. Эти два фактора, как известно, повышают риск заболеваний. Многие исследования показывают, что диета является сильным предиктором увеличения МТ в дальнейшем. Чрезмерная фиксация на контроле МТ может привести к поведенческим нарушениям питания [14]. Проспективные исследования показывают, что неудовлетворённость своей МТ и случаи стигматизации и дискриминации по МТ ассоциируются с чрезмерным питанием и другими нарушениями пищевого поведения, с низкой физической активностью (и отсутствием мотивации к ней), повышенным увеличением МТ с течением времени. Взрослые люди, испытывающие стигматизацию и дискриминацию по МТ, отмечают склонность к перееданию, что способствует повышению их эмоционального well-being, но увеличивает МТ. Пациенты с ожирением часто избегают получения медицинской помощи при любой патологии из-за обоснованного опасения столкнуться со стигматизацией со стороны медицинских работников, что снижает эффективность лечения [27].</p> <p>Есть также данные, что в жировой ткани аккумулируются хронические органические загрязнения, которые высвобождаются при снижении массы жира. При этом они могут увеличивать риск различных хронических заболеваний, включая диабет типа 2, кардиоваскулярных заболеваний и ревматоидного артрита [19].</p>
Есть только один путь для людей с избыточной массой тела и ожирением улучшить своё здоровье – снизить МТ.	То, что снижение МТ может на длительное время улучшить здоровье людей с ожирением, является, по сути, непроверенной гипотезой [6].	<p>Одна из причин гипотетичности этого мнения – отсутствие методов, доказывающих возможность долговременного снижения МТ для значительной выборки людей. Кроме того, для людей с нормальной МТ характерна меньшая заболеваемость, чем у индивидов с ожирением, однако неизвестно, снижает ли уменьшение МТ риск заболеваний у людей с ожирением до того же уровня, который наблюдается у тех, кто никогда не страдал ожирением.</p> <p>Как показывают многие исследования, большинство индикаторов здоровья могут быть улучшены путем здорового поведения независимо от того, уменьшается ли МТ. Например, изменение образа жизни может снизить АД, уменьшить уровень липидов крови, во многом или полностью независимо от изменения МТ. Улучшение чувствительности к инсулину и количества липидов в крови в результате аэробных нагрузок доказано даже для индивидов, у которых масса жира в процессе тренировок увеличивается.</p>

Допущения*	Факты «за»	Факты «против»
<p>Финансовые траты, направленные на поддержку людей с ожирением, могут быть скорректированы фокусированием внимания на лечении ожирения и его профилактике.</p>	<p>Для примера приведем данные, что в США на лечение и профилактику ожирения ежегодно затрачивается 147 миллиардов долларов. Предвидят, что при этом только для работающего населения финансовые потери до 2023 года будут составлять 4,2 триллиона долларов ежегодно [8]. Некоторые исследователи предполагают, если сконцентрироваться только на лечении и профилактике ожирения самого по себе, затраты будут существенно ниже. Но будет ли при таком подходе достигнута цель улучшения здоровья, и не окажутся ли финансовые усилия бесполезными?</p>	<p>Затраты на профилактику и комплексное лечение ожирения, особенно при ИМТ > 30 кг/м², зависят от множества переменных, и увеличение числа ФР вызывает повышение индивидуальной стоимости борьбы с ожирением. Больших, но обоснованных затрат требует не только ожирение само по себе, но и сопряженные с ним хронические заболевания. В связи с тем, что повышенный ИМТ считается ФР для многих заболеваний, пациенты с ожирением автоматически сводятся в группу, требующую больших усилий по диагностике и лечению, что предполагает и большую стоимость этих мероприятий по сравнению с группой лиц с нормальным МТ. Однако исследование, проанализировавшее здоровых людей с ожирением и нездоровых с нормальным ИМТ, показало, что во второй группе независимо от возраста входящих в неё пациентов выявлено большинство составляли люди с двумя и более ФР из шести, установленных для метаболического синдрома или диабета. Естественно, эти ФР повышают для людей с нормальным ИМТ порог здоровья и стоимость коррекционных мероприятий по сравнению с затратами в группе пациентов с ожирением, но без сопутствующих ему заболеваний [36]. В марте 2010 года на заседании Ассоциации Здоровья США прозвучало, что у 31% исследуемой популяции оценка здоровья неправомерно занижена, а прогнозирование стоимости лечения неоправданно завышено, если в качестве индикатора и посредника здоровья используется только ИМТ.</p>

Подчеркнём, что улучшение здоровья при уменьшении МТ редко связано с дозой-эффектом: у пациентов, у которых при коррекционных воздействиях теряется небольшая часть МТ, достигается такой же позитивный эффект для здоровья, как и у тех, кто теряет большее количество излишней МТ.

Множество сомнений в отношении абсолютной справедливости традиционной парадигмы в профилактике и, особенно, в лечении избыточной МТ и ожирения, отображенных в нашем обзоре, обосновывают обсуждение и внедрение в практику альтернативных стратегий.

Здоровье для каждого размера тела: сдвиг парадигмы с МТ на здоровье

Расширяющееся быстрыми темпами движение «Health at Every Size (HAES)»: «Здоровье для каждого размера тела», зародившееся в 1990-х гг, сдвигает фокус с управления МТ на обеспечение здоровья независимо от МТ [5]. HAES-подход на ориентацию коррекции здоровья, а не просто МТ, поддерживается в наши дни многими научными Центрами и Ассоциациями разных стран.

С позиций доказательной медицины проведено несколько клинических серий по сравнению эффектов традиционного лечения ожирения с мероприятиями HAES. В более ранних сериях, но уже сфокусированных наприятии разных размеров тела, а не на слежении за потерей или поддержанием МТ, для характеристики желательного питания были внедрены термины «не диетическое» или «интуитивное питание». L. Bacon и L. Arhramor [6] проанализировали 57, в основном, контролируемых рандомизированных серий, с использованием именно этого направления. Установлено, что во всех исследованиях HAES-подход к ведению пациентов с избытком МТ/ожирением ассоциируется со статистически и клинически релевантным улучшением физиологических и биохимических показателей (артериального давления, липидов крови), здорового поведения (физической активности, избегания расстройств питания) и психологического состояния (настроения, самооценки, имиджа тела). У хронически находившихся на диете до включения в группу HAES женщин особенно наглядными были улучшения самооценки и пищевого поведения, метаболических факторов риска ожирения. Кроме того, HAES-подход с необходимой оценкой текущего состояния здоровья пациентов позволяет учитывать весь перечень противопоказаний и ограничений к использованию физических нагрузок при управлении МТ и тем самым избежать возможных осложнений и неблагоприятных исходов.

Наиболее значимые отличия парадигмы HAES от традиционной, ориентированной на коррекцию МТ, освещают в совместной статье L. Bacon (США) и L. Arhramor (Великобритания) [6].

- Главное направление HAES-стратегии (далее HAES) – содействовать улучшению здорового поведения у людей с разными размерами тела без использования МТ как медиатора. При этом снижение МТ может произойти, а, может, и нет, и случаи изменения МТ должны расцениваться как побочный эффект.
- HAES поощряет активацию приятия своего тела независимо от его массы – в противовес действиям по снижению избыточной МТ или её поддержанию на достигнутом после коррекции уровне.
- HAES опирается на внутренние регуляторные процессы и интуитивное следование таким ощущениям, как голод и насыщение, в противовес диетическим ограничениям, реализуемым специально и требующих напряжения когнитивных процессов.
- HAES поддерживает свободную физическую активность как противоположность включения в коррекционные программы структурированных физических нагрузок.

Стимулирование позитивного восприятия (приятия) своего тела

Традиционно поддерживаются умозаключения, что неудовлетворённость имиджем тела помогает мотивации успешного изменения образа жизни. Однако, как было обсуждено в предыдущем разделе, полученные в разных исследованиях данные свидетельствуют об обратном: укоренении негативного отношения окружающих к избыточной МТ вместо активации сочувствия и тепла, и в результате в менее успешном выборе образа жизни. Множество данных подтверждают, что такое отношение является необоснованным и вредным [5, 27]. Стремление обеспечить одни размеры тела как более предпочтительные, чем другие, также имеет этические осложнения, внося вклад в осуждение и дискриминацию людей с избыточной МТ.

В отношении изменения пищевого поведения, основанном на сочувствии окружающих к его нарушениям, установлено, что самовосприятие является краеугольным камнем самопомощи, означая, что люди с высокой самооценкой более склонны следовать здоровому поведению. Исследования в рамках HAES-направления показывают, что при оценке размеров своего тела как «правильных» для данного момента, даже когда они отличаются от желаемого ИМТ, или вызывают двойственные чувства, люди должны укреплять свои возможности

помогать самим себе и поддерживать улучшения в здоровом поведении [5].

Критики HAES считают, что поощрение восприятия своего тела заставит индивидов есть с отказом от диетических предписаний, и это приведет к увеличению МТ. Однако ни в одной из рандомизированных контролируемых серий HAES у испытуемых не произошло увеличения МТ, и все сообщения указывают или на улучшение МТ, или, по крайней мере, на удержание её на прежнем уровне в последствии [26]. Это является прямой противоположностью результатам неукоснительного следования диете, которые ассоциируются, как указывалось выше, с возобновлением нарастания МТ со временем.

Поддержка интуитивного питания

Традиционные рекомендации рассматривают сознательные усилия по слежению за выбором пищи и её ограничениям как необходимый аспект питания здоровых людей для контроля МТ [4]. Подразумевается, что когнитивное мониторинговое необходимо для удержания контроля аппетита, и что без предписываемых запретов люди будут делать нежелательный выбор, включая переизбыток еды. Однако есть и разногласия относительно желаемого объёма внешней регуляции и ограничений как средства контроля МТ, тем более, что как мы отметили в предыдущих разделах, ограничения в количестве еды и в составе пищевого рациона со временем ассоциируются с увеличением МТ.

В противоположность необходимости включения внешнего контроля над питанием индивидов HAES учит людей опираться на внутреннюю регуляцию, реализующуюся в так называемом «интуитивном питании» [13, 33]. Оно обеспечивает понимание реакции тела на пищевые продукты и на основе самопознания своего организма позволяет выбирать подходящую для него пищу. HAES также учит связывать то, что мы едим, с тем, как мы себя чувствуем через короткий или средний по длительности период после приёма пищи, обращая внимание не только на то, что ели, но и на настроение, концентрацию и уровень энергии, работу кишечника, комфортность приёма пищи, аппетит, ощущение голода или сытости и удовольствия как на ведущие принципы такого питания.

Путь к интуитивному питанию, считают L. Vason и L. Arghatop [6], это обычный процесс, со временем включающийся индивидами в их образ жизни. Особенно это свойственно людям с продолжительным поддержанием диеты, её ограничениями или при коррекции имиджа тела, хотя они не уверены в возможности достижения их прежнего габитуса в более молодом возрасте. Переход к интуитивному питанию происходит постепенно, по мере изменения прежних убеждений относительно продуктов питания, пищеварения и еды и замещения их новыми. Название одной из книг очень точно отражает суть HAES-отношения к питанию: «Ешьте то, что любите, любите то, что едите» [22].

Исследования показали, что навыкам интуитивного питания можно научиться, и что оно ассоциируется с улучшением потребления нутриентов, снижением симптомов нарушения питания, причем без увеличения МТ [13]. Наоборот, интуитивное питание ассоциируется с более низкой массой тела, чем у людей с традиционным подходом к питанию.

Поддержание активности в повседневной жизни

HAES-стратегия стимулирует людей включать активность в свою повседневную жизнь активной и помогает найти пути достижения этого, доставляющие удовольствие. Цель таких программ – обеспечить скорее well-being и самопомощь, чем неукоснительное выполнение рекомендаций разных руководств по частоте и интенсивности физических нагрузок [6]. Активная жизнь обеспечивается изменением физических, психологических и других характеристик независимо от МТ. Физическая активность используется в HAES как путь оздоровления ощущения сво-

его тела. Неверие в возможности тела, отчуждение от телесности может развиваться, когда люди игнорируют сигналы тела в погоне за выполнением внешне обусловленных целей, например, диеты.

В некоторых HAES-программах физические тренировки проводятся вместе с другими видами активности – арттерапией и релаксацией, отработкой навыков общения, повышения самооценки и снижения депрессии среди участников пациентов.

Этические компоненты общественного здоровья

По мнению многих авторов, при использовании традиционной стратегии, сфокусированной на МТ, тенденция восстановления и даже превышения исходной МТ, развитие циклической МТ, сниженная самооценка пациентов, нарушения питания, ухудшение здоровья, стигматизация по МТ и различные виды дискриминации людей с большой МТ должны обратить внимание специалистов на необходимость включения этической компоненты в лечение таких пациентов [5, 14]. Так, например, у людей одной и той же возрастно-половой группы, с одинаковым уровнем образования и частотой АГ и диабета типа 2 имидж тела оказывает большее влияние на ощущение качества здоровья, чем действительный ИМТ, и стигма ожирения вносит основной вклад в развитие ассоциированных с ожирением заболеваний и повышение стоимости лечения. В сообществах же, в которых ожирение не стигматизировано, ИМТ и уровень здоровья слабо коррелируют друг с другом, как, например, в популяциях Южного Тихоокеанского региона. Следовательно, в программах профилактики и лечения избыточной МТ и ожирения должны быть предусмотрены приёмы улучшения психологического климата не только в группах коррекции, но и в семьях пациентов и на производстве. Сдвиг парадигмы от стремления снижения избыточной МТ к обеспечению здоровья независимо от неё позволит изменить не только сознание индивида и обеспечить принятие своего тела, но и модифицировать коллективное сознание, что будет способствовать формированию в обществе такого отношения к индивидам с избыточной МТ, которое исключает стигматизацию ожирения и дискриминацию людей по этому признаку. Итогом будет улучшение здоровья и качества жизни людей.

Таким образом, мы считаем, что правомерность обсуждения в нашей статье двух альтернативных направлений в профилактике и лечении избыточной МТ/ожирения поддерживается результатом большого межуниверситетского исследования, проведенного в США в 2014 году [11]. Авторы подчеркивают, что проблема распространения избыточной МТ и ожирения входит в комплекс проблем общественного здоровья и нуждается в использовании различных стратегий, способствующих её решению. Намного больше, чем традиционная стратегия, этой цели при работе с людьми, страдающими избыточной МТ и ожирением, отвечают принципы HAES-направления. Помочь реализации стратегии «Здоровье при всех размерах тела» могут рекомендации, подытоживающие всё выше изложенное [6, 14].

- Коррекционные воздействия должны соответствовать этическим стандартам. Они должны фокусироваться на здоровье, а не на МТ. При общении с пациентами нужно стремиться избегать использовать такой неэтичный термин, как «ожирение».

- Воздействия должны обеспечивать изменение главных детерминант здоровья, ухудшающихся в результате неадекватных социальных, экономических и внешнесредовых условий, включая все формы стигматизации и психологического угнетения людей с изменённой МТ.

- Коррекционные воздействия должны исходить из холистической перспективы с учётом физического, эмоционального, социального, профессионального, интеллектуального, духовного и экологического аспектов здоровья.

- Воздействия должны обеспечивать формирование у пациентов самооценки, воспитывать удовлетворение своим телом и уважение к разнообразным параметрам тела окружающих людей.

• Ориентированные на образ жизни элементы воздействия, сфокусированные на физической активности и питании, должны реализовываться подходом, основанным на сочувствии пациентам, что стимулирует в большей мере самопомощь, чем следование предписанным наставлениям и запретам, встречающимся в экспертных руководствах.

• Коррекционные воздействия должны фокусироваться только на модифицируемом поведении, когда ясно, что эти модификации способны улучшать здоровье. МТ – это не поведение, поэтому не является подходящей мишенью при лечении ожирения.

Нам представляется, что дальнейшие разработки по новому альтернативному направлению «Здоровье при каждом размере тела» весьма целесообразны, и они могут способствовать повышению эффективности помощи людям с избыточной массой тела и ожирением.

Мы поддерживаем заключение исследователей из северо-восточной Англии, что обеспечение условий реализации программ профилактики избыточной МТ на уровне больших местных сообществ требует организации сотрудничества между медицинскими, административными, социальными и другими службами [23]. Только в этом случае может быть достигнута эффективность программ, направленных на уменьшение распространения ожирения в обществе и улучшение как индивидуального, так и общественного здоровья.

Литература

1. Быков А. Т., Брюсова А. А., Дюжиков А. А., Маляренко Т. Н. Профилактика избыточной массы тела и ожирения – одна из неотложных задач современной медицины // Медицинский журнал. 2014. № 4. С. 4–12.
2. Amianto F., Lavagnino L., Leombruni P., et al. Hypomania across the binge eating spectrum: a study on hypomanic symptoms in full criteria and subthreshold binge-eating subjects // J. Affect. Disord. 2011. Vol. 133. N 3. P. 580–583.
3. Aphramor L. Weight management as a cardioprotective intervention raises issues for nutrition scientists regarding clinical ethics // Proc. Nut. Soc. 2009. Vol. 67. E401.
4. Aphramor L., Gingras J. That remains to be seen: disappeared feminist discourses on fat in dietic theory and practice // The Fat Studies Reader. Eds Rothblum E., Solovay S. New York : New York Univers. Press, 2009. P. 97–105
5. Bacon L. Health in every size: the surprising truth about your weight. Second ed. Dallas: BenBella Books, 2010.
6. Bacon L., Aphramor L. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift // Nutritional J. 2011. Vol. 10. N 1. 21 p.
7. Berrington de Gonzalez A., Hange P., Cerhan J. R., et al. Body mass index and mortality among 1,46 million white adults // N. Engl. J. Med. 2010. Vol. 363. P. 2211–2219.
8. Bodenheimer T., Chen E., Bennett H. D. Confronting the growing burden of chronic disease can the USA health care workforce do the job? // Health Aff (Millwood). 2009. Vol. 28. No. 1. P. 64–74.
9. Bonauto D. K., Lu D., Fan J. Obesity prevalence by occupation in Washington State, behavioral risk factor surveillance system // Prev. Chronic Dis. 2014. Vol. 11. E04.
10. Bottone F. G., Musich S., Wang S. S., et al. Obese older adults report high satisfaction and positive experiences with care // BMC Health Serv. Res. 2014 May 16. Vol. 14. P. 220.
11. Chatterji M., Green L. W., Kumanyika Sh. A framework for evidence gathering and use for the prevention obesity and other complex public health problems // Health Educ. Behav. Febr. 2014. Vol. 41. N 1. P. 85–99.
12. Childers D., Allison D. The 'obesity paradox': a parsimonious explanation for relations among obesity, mortality rate and aging? // Int. J. Obes. (London). 2010. Vol. 34. P. 1231–1238.
13. Cole R., Horacek T. Effectiveness of the «My body knows when» intuitive-eating program // Am. J. Health Behav. 2010. Vol. 34. P. 286–297.
14. Danielsdottir S., Burgard D., Oliver-Pyatt W. AED Guidelines for childhood obesity prevention programs. Academy of Eating Disorders. 2009.
15. Hankinson A. L., Daviglius M. L., Bouchard C., et al. Maintaining a high physical activity level over 20 years and weight gain // JAMA. 2010. Vol. 304. N 23. P. 2603–2610.
16. Ingram D. D., Mussolino M. E. Weight loss from maximum body weight and mortality // Int. J. Obes. 2010. Vol. 34. P. 1044–1050.
17. Kabat G. C., Heo M., Miller A. B., Rohan T. E. Scaling of weight for height in relation to risk of cancer at different sites in a cohort of Canadian women // Am. J. Epidemiol. 2013. Vol. 177. N 1. P. 93–101.
18. Lantz P. M., Golberstein E., House J. S., Morenoff J. Socio-economic and behavioral risk factors for mortality in a national 19-year prospective study of U. S. adults // Soc. Sci. Med. 2010. Vol. 70. P. 1558–1566.
19. Lee D. H., Steffes M., Jacobs D. R. Positive associations of serum concentration of polychlorinated biphenils or organochlorine pesticides with self-reported arthritis, especially rheumatoid type, in women // Environ. Health Perspect. 2007. Vol. 115. P. 1204–1209.
20. Lyon M. R., Kacinik V. Is there a place for dietary fiber supplements in weight management? // Curr. Obes. Rep. Jun. 2012. Vol. 1. N 2. P. 59–67.
21. Mann T., Tomiyama A. J., Westing E., et al. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer // Am. Psychol. 2007. Vol. 62. P. 220–233.
22. May M. Eat what you love, love what you eat: how to break your eat-repeat cycle. Greenleaf Book Group Press, 2009.
23. Middleton G., Henderson H., Evans D. Implementing a community-based obesity prevention programme: experiences of stakeholders in north east of England // Health Promotion Int. 2014. Vol. 29. N 2. P. 201–211.
24. Myint P. K., Kwok C., Luben R. N. et al. Body fat percentage, body mass index and waist-to-hip ratio as predictors of mortality and cardiovascular disease // Heart. 2014. Vol. 100. N 20. P. 1613–1619.
25. Piirtola M., Kaprio J., Ropponen A. A study of sedentary behavior in the older Finnish twin cohort: a cross sectional analysis // BioMed Research International. 2014. Vol. 2014. Article ID 209140. 9 p.
26. Provencher V., Begin S., Tremblay A., et al. Health-in every size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention // J. Am. Diet Assoc. 2009. Vol. 109. P. 1854–1861.
27. Puhl R. M., Heuer C. A. Obesity stigma: important considerations for public health // Am. J. Public Health. 2010. Vol. 100. P. 1019–1028.
28. Simonsen M. K., Hundrup Y. A., Obel E. B., et al. Intentional weight loss and mortality among initially healthy men and women // Nutr. Rev. 2008. Vol. 66. P. 375–386.
29. Staiano A. E., Harrington D. M., Barreira T. V., Katzmarzyk P. T. Sitting time and cardiometabolic risk in US adults: associations by sex, race, socioeconomic status and activity level // British J. Sports Medicine. 2014. Vol. 48. N 3. P. 213–219.
30. Stamou S., Nussbaum M., Stiegel R., et al. Effect of body mass index on outcomes after cardiac surgery: is there an obesity paradox? // Ann. Thorac. Surg. 2011. Vol. 91. P. 42–48.
31. Strohacker K., McFarlin B. Influence of obesity, physical inactivity, and weight cycling on chronic inflammation // Front. Biosci. 2010. Vol. E2. P. 98–104.
32. Tomiyama A. J., Mann T., Vinas D., et al. Low calorie dieting increases cortisol // Psychosom. Med. 2010. Vol. 72. P. 357–364.
33. Tribble E., Resch E. Intuitive eating: a revolutionary program that works. 2d ed. New York: St. Martin's Griffin, 2010.
34. Trost S. G., Blair S. N., Khan K. M. Physical inactivity remains the greatest public health problem of the 21st century: evidence, improved methods and solutions using the «7 investments that work» as a framework. Editorial. // Br. J. Sports Med. 2014. Vol. 48. P. 169–170.
35. Uretsky S., Messerli F. H., Bangalore S., et al. Obesity paradox in patients with hypertension and coronary artery disease // Am. J. Med. 2007. Vol. 120. P. 863–870.
36. Wildman R. P., Muntner P., Reynolds K., et al. The obese without cardiometabolic risk factor clustering and the normal weight with cardiometabolic risk factor clustering: prevalence and correlates of 2 phenotypes among the US population (NHANES 1999–2004 // Arch. Intern. Med. 2008. Vol. 168. P. 1617–1624.
37. Willcox B. J., He Q., Chen R., et al. Midlife risk factors and healthy survival in men // JAMA. 2006. Vol. 296. P. 2343–2350.

Поступила 30.12.2014 г.