

## ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ: ЩО “ПРАЦЮЄ”, А ЩО НІ?

R. Kushner, S. Hopson  
Obesity Therapy: What Works — What Doesn't?  
Consultant 1998; (March): 511-518

*Головною метою лікування ожиріння є зменшення ризику від супутніх захворювань та поліпшення стану здоров'я пацієнта загалом. В ідеальному варіанті модифікація стилю поведінки повинна викликати сталу зміну звичок пацієнта щодо харчування та рухової активності. Це тривалий процес, що потребує зусиль цілої команди медиків. Реалістичними можна вважати завдання, що мають на меті зменшення маси тіла в межах 250–750 грамів за тиждень. Важливими дієтичними засадами є зміна якісних характеристик їжі та включення до раціону більшої кількості т. зв. “здорових” продуктів. Відповідно до найновіших рекомендацій суттєвий позитивний вплив на стан здоров'я має сумарна фізична активність тривалістю 30 хвилин на день; при цьому ця активність не повинна бути ані безперервною, ані надмірно інтенсивною. Деякі приховані причини ожиріння, такі як депресія, потребують допомоги психолога.*

Ожиріння є серйозною загрозою для здоров'я багатьох людей. Нині більш ніж третина дорослого населення Америки має ожиріння (індекс маси тіла більший за 27). Таким чином, це найпоширеніша з усіх потенційно небезпечних проблем, з якими стикаються лікарі первинної ланки системи охорони здоров'я. Ситуація погіршуватиметься, якщо в суспільстві не відбудуться суттєві зміни стосовно надмірного споживання висококалорійних продуктів та способу життя, який характеризується дедалі меншою руховою активністю.

Через брак часу, недостатню мотивацію, а також слабкі знання з цієї проблеми лікарі загалом надають лише обмежену допомогу пацієнтам, що потребують інформації та порад щодо зменшення ваги. Однак можливість надати цим пацієнтам необхідну допомогу є. Найближчим часом стануть доступними нові медикаментозні препарати, що допомагатимуть боротися з ожирінням, проте основними засадами терапії залишатимуться правильне харчування та збільшення рухової активності. Навіть найменші позитивні зміни в цьому напрямі підуть пацієнтові на користь.

У цій статті ми зупинимось на основних засадах, методах консультування та практичній інформації, необхідній вам і вашим колегам для надання кваліфікованої медичної допомоги людям з ожирінням.

### Яку мету має лікування?

Головна мета лікування ожиріння полягає не лише в тому, щоб пацієнт схуд. Важливішим є поліпшити перебіг супутніх захворювань, зменшити ризик, що пов'язаний з їх наявністю, та поліпшити стан здоров'я пацієнта загалом. Дослідження переконливо засвідчують, що внаслідок зниження маси тіла на 10% поліпшується перебіг хронічних захворювань, пов'язаних з ожирінням, — цукрового діабету II типу, гіпертонічної хвороби та порушень жирового обміну. Для пацієнтів, що важать 90 кг, ці 10% означають зменшення маси тіла до 81 кг. Дев'ять кілограмів, які потрібно втратити і не відновити, є цілком реальною метою. Те, чи є потреба і в подальшому зменшенні маси тіла, визначається характером супутніх медичних проблем і силою волі та можливостями пацієнта внести нові зміни у стиль свого життя.

Здатність до схуднення в різних пацієнтів є різною і залежить від багатьох факторів, на одні з яких можна впливати (поведінка, характер дієти та інтенсивність рухової активності), а на інші — ні (генетичні фактори, основний обмін). Те-

Таблиця.  
Стадійність змін та їх вплив на терапію ожиріння

Стадія	Особливості стадії	Особливості терапії
Неусвідомлення пацієнтом проблеми	Відсутність усвідомлення проблеми ожиріння чи неправильного харчування Брак інтересу або опір до змін	Інформування про шкідливий вплив ожиріння та про можливості зниження маси тіла і більш здоровий спосіб харчування Уникайте тактики залякування або моралізаторського тону На цій стадії рекомендації щодо зміни стереотипів поведінки ще не працюватимуть
Усвідомлення того, що проблема є	Є усвідомлення проблеми, але рішення розпочати худнути ще не прийнято	Інформуючи пацієнта, допоможіть позбутися сумнівів Допоможіть усвідомити наявні протиріччя в бажаннях (напр., між "З яким задоволенням я з'їв би піцу" і "Я все на світі віддав би, щоб стати струнким") Уникайте конфронтації Не сперечайтесь із пацієнтом, натомість допоможіть йому зрозуміти його сумніви та протиріччя
Приготувань	Прийнято рішення почати худнути Увага до калорійності їжі та вмісту в ній жирів; розуміння кількості з'їденого	Почніть навчати техніки змін стереотипів поведінки Продовжіть освітню роботу, заохочуйте пацієнта Уникайте покладатися лише на освітню роботу
Дії	Активна зміна стереотипів поведінки Відхід від старих звичок споживання їжі; ведення харчового щоденника; збільшення фізичної активності; виконання рекомендацій фахівців	Продовжуйте освітні заходи та заохочуйте до змін Найбільш ефективними на цій стадії є традиційні програми схуднення Визначте джерела опору та сумнівів і намагайтесь подолати їх Уникайте покладатися лише на освітню роботу
Підтримки досягнутого	Досягнуто початкової мети терапії Пацієнт може продовжувати монітувати свою вагу	Запобігання рецидивам Підкресліть, що успіх можливий, навіть якщо частково відновилась стара вага Не припиняйте динамічного спостереження

рапія, спрямована на модифікацію стилю життя, має на меті повільну, але наполегливу зміну звичного способу харчування та рухової активності пацієнта, поряд зі зміною його ставлення до власної ваги, уявлень та переконань про неї. Це тривалий процес, що вимагає повторних консультацій, динамічного спостереження та психологічної підтримки.

Маса тіла стабілізується, як правило, через 6—8 місяців, як наслідок досягнення нового енергетичного балансу, коли кількість калорій, що надходить в організм з їжею, урівноважується загальною кількістю калорій, що спалюються в процесі обміну речовин та фізичної активності. Стабілізація маси тіла на новому рівні не означає зниження ефективності терапії. Навпаки, її слід сприймати як утвердження пацієнта в новому стилі життя, який був успішно впроваджений. Якщо є потреба в подальшому зниженні ваги, пацієнт повинен знову досягти негативного енергетичного балансу шляхом подальшого зменшення калоражу їжі та/або збільшенням рухової активності. Концентрація уваги пацієнта на особливостях стилю життя і поведінки, а не на абсолютних цифрах маси тіла підтримує ту ідею, що схуднення є позитивним результатом більш здорового способу життя.

**Терапія з участю команди медиків.** Інформація стосовно корекції стереотипів поведінки, змін у дієті та фізичній активності не може бути подана лише лікарем первинної ланки (наприклад, дільничним терапевтом). Лікування ожиріння потребує участі команди медиків. Роль дільничного лікаря полягає в координації їх зусиль, тобто в налагодженні такого зв'язку між членами команди і хворим, при якому виконувався б узгоджений план лікування. Крім того, важливим є акцентування уваги на позитивному значенні зменшення ваги для перебігу супутніх захворювань, динамічному спостереженні за перебігом та лікуванням цих захворювань і забезпеченні пацієнтові постійної психологічної підтримки та заохочення. Знаючи пацієнта найліпше, терапевт мав би бути лідером такої команди.

Консультації надаються професійними дієтологами, спеціалістами з лікувальної фізкультури, працівниками медичних освітніх центрів та клінічними психологами. До складу команди може входити також персонал фітнес-клубів та комерційних структур, що займаються корекцією ваги. До цього складу може ввійти хто завгодно, аби лиш його робота йшла на користь пацієнтові.

### **З чого слід починати?**

Усі пацієнти з ожирінням повинні пройти медичний огляд, який включає збір анамнезу, фізикальне обстеження, а також лабораторні аналізи відповідно до особливостей їх стану. При потребі слід призначити тести на функцію щитовидної залози або інші гормональні дослідження.

Щоб лікувати ожиріння, не обов'язково знати тонкощі обміну речовин чи енергетичної регуляції. Важливо допомогти пацієнтові знайти спосіб змінити дисбаланс в енергетичному рівнянні: між кількістю калорій, що надходять в організм, і згоряють у ньому. Для дорослих потреби в калоріях = калорії, необхідні для забезпечення основного обміну + калорії, що потрібні для засвоєння їжі + калорії, необхідні для забезпечення фізичної активності. Більшість додаткових калорій, що надходять з їжею (незалежно від її характеру — вуглеводи, білки, жири чи алкоголь), іде на синтез жирової клітковини. Ми можемо змінити лише дві речі: кількість калорій, що надходить в організм, та кількість калорій, що спалюються внаслідок фізичної активності. Питання лише в тому, яким чином це змінити?

Легко сказати пацієнтові з надмірною масою тіла: “Вам треба менше їсти”, натякаючи тим самим, що якби вони мали хоч трохи сили волі, то не мали б повноти. Насправді такі рекомендації лише породжують почуття вини, сорому і меншовартості, а також бажання ніколи більше не ходити до лікаря. Доки пацієнти не проаналізують усі плюси і мінуси ситуації, в якій вони перебувають, у них не буде переконання, що їм треба вже нині позбутися однієї з найбільших радостей у житті — смачно поїсти. Вони, як звичайно, хочуть щось змінити, але ще не тепер.

**Подолання сумнівів.** На цій стадії ваші намагання змінити поведінку пацієнта і стиль життя ще не дадуть успіху. Спочатку пацієнтові слід допомогти

позбутися сумнівів і змусити його повірити в те, що зміни підуть йому на користь. Він мусить зрозуміти й усвідомити негативний вплив ожиріння і повірити в те, що буде винагороджений за зміни, які стануться у його житті.

Лікар може багато зробити для закладення мотиваційного підґрунтя ефективної терапії ожиріння. Прості речі — брошурки, залишені у приймальні лікаря, в яких переконливо доводиться важливість контролю за масою тіла та фізичної активності, або проста розмова про якісні та кількісні аспекти харчування пацієнта можуть бути достатніми для того, щоб “крига скресла”. Дослідження ефективності дуже короткої консультації лікаря (2—5-хвилинна розмова плюс анкета, заповнена пацієнтом, та 1 телефонний дзвінок до пацієнта в подальшому) засвідчило, що внаслідок цих невеликих зусиль відсоток пацієнтів, що займаються фізичними вправами, зростає з 12 до 52%.

**Зміна стереотипів поведінки.** З іншого боку, достатньо мотивований пацієнт потребує відповідного знаряддя для зміни стереотипів поведінки. Це власне той момент, коли слід підключитися цілій команді, забезпечивши пацієнта інформацією про те, які зміни слід внести у спосіб харчування, його кількісний та якісний склад, навчити його, як змінити стереотипи поведінки, а також надати йому в разі потреби психологічну допомогу.

Одним із найбільш вдалих механізмів, що допомагає визначити відповідний порядок дій, є т. зв. стадійна модель (відома також як “транстеоретична модель змін стереотипів поведінки”), яку початково було розроблено для корекції поведінки в людей, що хочуть кинути курити. Різні стадії і відповідні дії на цих стадіях як медичних працівників, так і пацієнтів відображено в таблиці.

Визначення стадії, на якій перебуває пацієнт, допоможе вам правильно зорієнтуватися у тому, з чого слід починати вирішення проблеми ожиріння у кожному конкретному випадку. Пацієнти, якщо їм надати короткий опис суб’єктивних відчуттів, характерних для цих стадій, самі здатні достатньо точно визначити, на якій стадії змін вони перебувають у певний момент. Важливо не допускати моралізаторського тону на цій (як і на будь-якій іншій) стадії.

Харчовий щоденник					
Прізвище _____					
Дата	Час	Їжа	Кількість	Де?	З ким?
Відчуття перед їдою			Відчуття після їди		
Дата	Час	Їжа	Кількість	Де?	З ким?
Відчуття перед їдою			Відчуття після їди		

Рисунок. Зразок харчового щоденника. Пацієнти, як правило, ведуть його щонайменше протягом 1 тижня.

Для визначення готовності пацієнта до змін можна використовувати різноманітні анкети.

**Окреслення звичок.** На додаток до визначення ступеня зацікавлення, чи готовності пацієнта до модифікації стилю життя важливим є виявлення особливостей його харчування та фізичної активності. Найзручнішим способом виконати це завдання є пропозиція пацієнту фіксувати ці моменти у щоденнику протягом кількох днів перед візитом до лікаря або після нього. Щоденники харчування та рухової активності є незамінним способом оцінки цих особливостей поведінки.

Мало того, щоденний запис сприяє кращому розумінню пацієнтом особливостей оточення, в якому він перебуває: сам він споживає їжу чи в товаристві, чи не перебуває він у стресовому стані і чи є якісь чинники, що “змушують” його їсти, а також те, в якій кількості, коли і де була спожита їжа? Такі записи можуть бути такою основою до проведення терапії. Подаємо варіант харчового щоденника, який можна використовувати в роботі (у готовому вигляді або модифікованому відповідно до потреб і особливостей конкретного пацієнта) (Рисунок). Цікавим є те, що вивчення особливостей поведінки тих людей, що успішно продовжують підтримувати зменшену вагу, виявило, що 50% з них продовжують у той чи інший спосіб стежити за кількістю та калорійністю спожитої їжі.

### **Як допомогти пацієнтам дотримуватись правильної дієти?**

Головним завданням усіх освітніх програм має бути вироблення у пацієнта звички до здорового харчування. Простий аналіз харчового щоденника пацієнта (дієтологом, навченою медичною сестрою чи лікарем) дасть лікареві інформацію стосовно дефіциту важливих складових раціону (в типових випадках — дефіциту фруктів, овочів та продуктів з високим вмістом клітковини), нерегулярного харчування (найчастіше — споживання їжі в пізні вечірні години) або надмірної кількості висококалорійних продуктів у раціоні (смажені страви, соуси з великим вмістом жиру, солодоші).

**Нові підходи.** У дієтичному консультуванні з’явилися два нових підходи: аналіз *якісних параметрів* дієти та рекомендації щодо *включення* до раціону харчових продуктів, яких бракує, найчастіше — фруктів, овочів та нерафінованих мучних виробів, замість розмов про потребу виключення продуктів, таких, наприклад, як улюблений десерт. Більшість пацієнтів або не здатні оволодіти, або “полишають” практику підрахунку калорійності їжі, в тому числі з використанням жирів чи харчових одиниць. Хоча ці методи є корисними, якщо їх добре засвоїти, вони часто ускладнюють дотримання основного завдання: новий харчовий раціон повинен бути збалансованим, і загальна калорійність та кількість жирів у ньому повинні бути меншими, ніж у минулому.

Є багато наочного матеріалу, друкованої продукції, рецептів, які можна ненав’язливо використовувати в роботі з пацієнтами (плакати в приймальні лікаря, брошури тощо).

### **Як допомогти пацієнтам збільшити рухову активність?**

Як і у випадку з дієтичними засадами, важливо сформулювати і донести до пацієнта основну засаду стосовно рухової активності. Багато пацієнтів все ще вірять у те, що якщо вони не можуть себе змусити займатися безперервними інтенсивними фізичними вправами щонайменше по 20 хвилин три і більше рази на тиждень, то не варто й починати. Нові рекомендації твердять, що стан серцево-су-

динної системи стійко поліпшується, якщо пацієнт займається фізичними вправами загалом 30 хвилин щодня. При цьому ці заняття не мусять бути ані безперервними, ані надмірно інтенсивними.

Позитивний вплив 30-хвилинних фізичних навантажень на загальний стан здоров'я підтверджується багатьма дослідженнями, і їх можна легко впровадити в щоденну практику.

Лікарі, що можуть хоча б 5 хвилин свого прийому присвятити поясненням важливості рухової активності, досягали ліпших результатів у лікуванні. На щастя, на відміну від методології харчування, методологія консультацій пацієнта стосовно рухової активності ліпше стандартизованою.

### **Як допомогти пацієнтам постійно підтримувати зміни в поведінці та способі життя?**

Освітні зусилля повинні тривати і після того, як пацієнт почне терапію. Однак на цій стадії потреби пацієнта частіше зміщуються в бік вивчення техніки корекції стереотипів поведінки: планування прийомів їжі, диференціації між бажанням їсти та голодом, вироблення відчуття насичення та інших відчуттів, а також уникання ситуацій, що призводять до “виходу з-під контролю”, та вміння давати собі раду з цими ситуаціями.

Анкетування пацієнтів є дуже важливим методом виявлення тих “вузьких місць” у поведінці, над якими вони повинні додатково попрацювати. Є досить літератури, яку може пропонувати пацієнтові лікар поряд із власним консультуванням або яку пацієнт може використати для самоосвіти. Витрати на купівлю однієї чи двох книжок переважно є вмотивованими.

На цій стадії важливо підкреслити пацієнтові, що прогрес може бути повільним, а зміни стереотипів поведінки — це довготривалий процес. Як звичайно, слід заохочувати пацієнтів ставити собі за мету худнути на 250—750 грамів щотижня. Якщо втрата ваги відбувається швидшими темпами, більш імовірно, що це стається не внаслідок поступових стійких змін у поведінці, а за рахунок вольових надзусиль, які важко докладати впродовж тривалого часу. **В ідеальному варіанті пацієнт повинен бути здатним закріпити змінені стереотипи харчування та фізичної активності в новому способі життя, а не думати, що він “на дієті”, якої можна буде позбутися, щойно він схудне до бажаної ваги.**

**Психологічні аспекти.** Часто на стадії дії стають явними глибинні причини ожиріння. Вага може використовуватись повними людьми як засіб “дати знати” іншим: “Я нікого не потребую”, “Я не вартий(-а) нічиєї уваги”, “Секс мене не цікавить” (більш характерно для осіб жіночої статі), “Дивіться, який я великий і сильний” (характерніше для осіб чоловічої статі) тощо. Якщо пацієнта вдається “навчити” висловлювати свої приховані почуття з допомогою слів, негативні психологічні фактори, що сприяють ожирінню, часто вдається усунути.

Депресія є частим супутником ожиріння. З допомогою шкали депресії або анкетування, що дає можливість оцінити якісні параметри життя, вдається виявити стани, що потребують призначення антидепресантів чи психотерапії. Пацієнтові з депресією важко концентрувати увагу на будь-чому, і поки не вдасться здолати депресію, лікування ожиріння переважно буде неефективним.

Подібним (і дуже частим) явищем є використання їжі як заспокійливого середника. Багато пацієнтів звикли будь-які емоції — самотність, поганий настрій, страх, злість, радість, чи нудьгу сприймати як сигнал до вживання їжі. Вони не усвідомлюють глибинних емоцій, які стоять за цією звичкою. Страх, що виникає як

результат внутрішньої боротьби довкола дилеми “їсти чи ні?”, насправді може бути ефективним способом “втекти” від вирішення реальних проблем. І якщо хтось боїться проблеми або не дає собі з нею раду, заклопотаність вагою допомагає йому уникнути її. Психологічна підтримка, яка б допомагала зрозуміти свої справжні почуття, може бути важливим фактором терапії ожиріння.

**Використання сторонньої допомоги.** Описані проблеми, звичайно, не вдається розв’язати за один-два візити до лікаря. Зміни, які намагаються запровадити, впливають не лише на характер харчування. Вони змінюють усе життя пацієнта: від роботи і розваг до дружніх стосунків і самооцінки. Дуже ефективним може бути психологічне консультування, особливо якщо його надає спеціаліст, що має досвід у розв’язанні проблем, пов’язаних з розладами харчування.

Нещодавно з’явилися нові програми (наприклад, “Метод вирішення”), які ґрунтуються на дослідженнях, проведених у Каліфорнійському університеті. Спеціально підготовлені групи, до складу яких входять дієтологи та психологи, застосовують пізнавально-емоційний метод у сеансах групової терапії. Перші результати таких програм дуже обнадійливі.

Переклад *Ігоря Грицюка*

Reprinted with kind permission of “Consultant”