

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

КАК МОТИВАЦИОННЫЙ ФАКТОР В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА



ЕВГЕНИЙ РЕПКО,

врач-физиотерапевт, косметолог, геронтолог, нутрициолог, генеральный директор Центра антивозрастных технологий, эксперт Коалиции здоровья БРИКС, член ассоциации НАСКПМ и Национального фитнес-сообщества, научный сотрудник АНО «НИМЦ», «Геронтология», Россия

Избыточный вес и ожирение остаются одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современности. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 1,9 млрд взрослых имеет избыточную массу тела, из них свыше 650 млн страдает ожирением. В Российской Федерации распространенность избыточной массы тела среди взрослого населения превышает 50%, при этом отмечается устойчивая тенденция к росту показателя во всех возрастных группах, включая лиц пожилого возраста [1].

Избыточная масса тела является доказанным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета второго типа, остеоартроза, саркопенического ожирения у гериатрических пациентов, а также ряда онкологических заболеваний. Вместе с тем клиническая практика демонстрирует парадоксальную ситуацию: осознание рисков для здоровья редко становится непосредственным поводом обращения пациента за медицинской помощью. В подавляющем большинстве случаев первичным мотивом обращения является эстетическая неудовлетворенность собственным телом: недовольство контурами фигуры, со-

стоянием кожи, наличием локальных жировых отложений, целлюлита, птоза мягких тканей [2].

Данный феномен открывает уникальную возможность для практического здравоохранения — использование эстетического запроса как «точки входа» пациента в структурированную оздоровительную программу, направленную не только на улучшение внешнего вида, но и на снижение массы тела, нормализацию метаболических показателей и формирование устойчивых навыков здорового образа жизни.

Целью нашего исследования была оценка эффективности комплексной программы коррекции избыточной массы тела для пациентов, первично обратившихся с эстетическим запросом. Данная программа основана на оздоровительном блоке (физиотерапия, фитнес, коррекция пищевого поведения).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе центра антивозрастных технологий в период 2022–2024 гг. В исследование были включены 86 пациентов

Запрос пациента на внешнее преображение может стать эффективной «точкой входа» в долгосрочную программу оздоровления, а трансформация мотивации в оздоровительную обеспечивает устойчивость достигнутых результатов. В данной статье мы рассмотрим роль эстетической мотивации как первичного фактора обращения людей с избыточной массой тела за медицинской помощью, а также представим опыт применения комплексной программы коррекции избыточного веса, основанной на оздоровительном блоке, включающем физиотерапевтические методы, дозированные физические нагрузки и коррекцию пищевого поведения.

(74 женщины и 12 мужчин) в возрасте от 32 до 68 лет (средний возраст — $47,3 \pm 9,8$ года) с индексом массы тела (ИМТ) от 27 до 38 кг/м^2 , первично обратившихся с эстетическими жалобами (коррекция контуров тела, локальные жировые отложения, снижение тургора кожи, целлюлит II–III стадии). Продолжительность программы составила 24 недели.

Критериями исключения кандидатов были ожирение III степени, декомпенсированная соматическая патология, эндокринные формы ожирения, психические расстройства, включая клинически выраженные расстройства пищевого поведения, требующие психиатрической помощи.

Пациенты были разделены на две группы:

- основная группа ($n = 46$) — комплексная программа: аппаратная физиотерапия + индивидуализированная фитнес-программа + коррекция пищевого поведения;
- группа сравнения ($n = 40$) — только аппаратные эстетические и физиотерапевтические процедуры.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ БЛОК

Структура оздоровительного блока состоит из трех модулей, взаимодействующих и усиливающих действие каждого: физиотерапевтический, фитнес, коррекция пищевого поведения. Этапность «мотивационный старт → интеграция с нагрузками → поддержание»:

1-4-я недели: доминирование лимфодренажных методик (прессотерапия, эндермотерапия), снижение отечности и пастозности, улучшение качества кожи как ранний «маркер успеха».

5-12-я недели: усиление локальных методик (RF, НЭМС), синхронизация с ростом объема тренировок.

13-24-я недели: поддерживающие курсы по показаниям, постепенное уменьшение «аппаратной» зависимости результата и перенос фокуса на устойчивые поведенческие компоненты (движение и питание).

Безопасность: противопоказания и контроль нежелательных явлений.

1 Физиотерапевтический модуль

Физиотерапевтический модуль был направлен на раннее достижение клинически и субъективно значимых эстетических изменений (уменьшение пастозности, отечности, улучшение качества кожи, снижение выраженности целлюлита и локальных деформаций контура), улучшение микроциркуляции, лимфодренажной функции и трофики тканей для повышения переносимости физических нагрузок, а также поддержание приверженности программе за счет быстрого результата на старте интервенции.

Аппаратные методики назначались по единому алгоритму с индивидуализацией по доминирующим

жалобам (отечность, целлюлит II-III стадии, локальные жировые отложения, снижение тургора кожи), возрасту, коморбидности и переносимости. Назначение и контроль осуществлял врач-физиотерапевт или врач-косметолог, процедуры выполнял сертифицированный медицинский персонал.

Частота и продолжительность: в активной фазе — 2 раза в неделю; курсовой подход с совокупной длительностью — в пределах 24 недель программы (с перераспределением акцентов по этапам).

- **Прессотерапия (лимфодренажный пневмомассаж)**

Режим: 2 раза в неделю, курс из 15 процедур.

Обоснование: уменьшение интерстициального отека, улучшение венозно-лимфатического оттока, снижение ощущения тяжести в нижних конечностях; ранний эстетический эффект по объемам и рельефу кожи.

- **Низкочастотная электромиостимуляция (НЭМС) мышц брюшного пресса, ягодиц, бедер**

Режим: 2 раза в неделю на фоне параллельного включения активного силового тренинга.

Обоснование: нейромышечная активация у детренированных пациентов, поддержка локального тонуса и вход в силовой компонент. НЭМС носила вспомогательный характер и не рассматривалась как замена тренировок.

- **Высокочастотный ток (RF) на зоны локальных жировых отложений**

Зоны: абдоминальная область, латеральные поверхности бедра.

Обоснование: локальная коррекция проблемных зон, улучшение качества кожи, повышение удовлетворенности контуром тела, что снижает риск досрочного выхода из программы. Применялась по индивидуальным показаниям.

- **Вакуумно-роликовый массаж (эндермотерапия)**

Обоснование: улучшение микроциркуляции и лимфодренажа, воздействие на проявления целлюлита (II-III стадии) в сочетании со снижением системной жировой массы и увеличением мышечного тонуса.

- **Общая криотерапия (поддерживающие методики)**

Обоснование: нормализация микроциркуляции и субъективного восстановления, снижение постнагрузочного дискомфорта у части пациентов; повышение переносимости тренировочного процесса.

Перед началом проводился скрининг противопоказаний к аппаратным методикам (острые воспалительные процессы, декомпенсация хронических заболеваний, выраженная сосудистая патология, тромбоз/тромбофлебит, новообразования, беременность, кожные повреждения в зоне воздействия. В ходе курса фиксировались нежелательные явления (локальная гиперемия, болезненность, гематомы, вегетативные реакции). При их возникновении корректировались параметры или процедура временно отменялась [3].



2 Фитнес-модуль (адаптивная физическая культура)

Фитнес-модуль был направлен на снижение жировой массы при сохранении и поддержании скелетно-мышечной массы, улучшение кардиореспираторной выносливости и функционального статуса, профилактику саркопении у пациентов старших возрастных групп, а также на формирование устойчивой привычки регулярной физической активности.

- **Аэробные нагрузки умеренной интенсивности**

Интенсивность: 55-70% от максимальной ЧСС (ЧСС max рассчитывали по стандартной формуле; целевая зона фиксировалась в плане пациента).
Объем: 150-200 минут в неделю.
Модальности: скандинавская ходьба, велоэргометрия, аквааэробика (выбор определялся переносимостью и ограничениями).

- **Силовые тренировки**

Частота: 2 раза в неделю.

Характер нагрузки: упражнения с собственным весом и умеренными отягощениями, преимущественно на крупные мышечные группы (нижние конечности, ягодичные, мышцы кора, плечевой пояс).

- **Упражнения на гибкость, баланс и поструральный контроль.**

Нагрузка повышалась по принципу «переносимость → регулярность → прогрессия». Посещаемость тренировок фиксировалась, параметры нагрузки (ЧСС, длительность, субъективная шкала нагрузки) контролировались инструктором по реабилитации. При симптомах непереносимости (одышка сверх ожидаемой, боли в груди, выраженное головокружение, чрезмерная тахикардия и др.) нагрузка снижалась и пациент направлялся к врачу [4].

3 Модуль коррекции пищевого поведения

Целью было формирование устойчивых пищевых навыков, обеспечивающих умеренный энергетический дефицит без жестких ограничительных диет, снижение риска срывов и рецидива набора массы тела, а также поддержка тренировочного процесса (адекватное распределение приемов пищи и нутриентов).

- **Диагностический блок**

Для типирования нарушений пищевого поведения использовали опросник DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) с выделением доминирующего паттерна: ограничительное, эмоциональное или экстернальное пищевое поведение. Результаты DEBQ учитывались при формировании индивидуальных рекомендаций и содержания консультаций.

- **Диетологическая интервенция**

Формировался индивидуальный рацион с умеренным дефицитом калорийности (в среднем 950 ккал в сутки от расчетной потребности). Исключались жесткие ограничительные диеты и неустойчивые краткосрочные схемы. Рацион адаптировался под тренировочный план (в том числе чтобы не снижать переносимость нагрузки), возраст и сопутствующие заболевания, целевой диапазон белка (г/кг массы тела),



распределение приемов пищи, правила «тарелки», ограничение ультрапереработанных продуктов и сладких напитков.

● Поведенческий блок

Обучение принципам осознанного питания (распознавание голода/сытости, снижение автоматических перекусов, работа со стрессовыми триггерами).

Ведение пищевого дневника как инструмента самоконтроля и выявления триггеров, а не как инструмента наказания.

Консультации: индивидуальные и групповые, кратность — 1 раз в 2 недели (как в протоколе исследования) [5].



МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

Оценивались масса тела, ИМТ, окружность талии и бедер, состав тела методом биоимпедансометрии (жировая и скелетно-мышечная масса), состояние кожи (визуальная оценка по шкале целлюлита Nürnberg — Müller), показатели липидного и углеводного обмена, качество жизни (опросник SF-36), удовлетворенность внешним видом (визуально-аналоговая шкала), а также приверженность программе через 6 и 12 месяцев [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Динамика антропометрических и метаболических показателей

Через 24 недели в основной группе снижение массы тела составило в среднем $9,4 \pm 2,1$ кг (10,8% от исходной), в группе сравнения — $3,1 \pm 1,4$ кг (3,6%; $p < 0,001$). Уменьшение окружности талии в основной группе достигло $9,7 \pm 2,3$ см против $4,2 \pm 1,8$ см в группе сравнения ($p < 0,01$). По данным биоимпедансометрии, в основной группе снижение массы тела происходило преимущественно за счет жирового компонента ($-7,9$ кг) при сохранении скелетно-мышечной массы, что подтверждает протективную роль силового компонента фитнес-программы.

Эстетические результаты

Важно подчеркнуть, что по эстетическим параметрам (качество кожи, выраженность целлюлита, удовлетворенность контурами тела) основная группа также значимо превосходила группу сравнения. Уменьшение стадии целлюлита на 1 и более по шкале Nürnberg — Müller отмечено у 79% пациентов основной группы против 52% в группе сравнения. Это объясняется синергизмом системного снижения жировой массы, улучшения мышечного тонуса и локального действия аппаратных методик. Удовлетворенность внешним видом по VAS в основной группе возросла с $3,2 \pm 1,1$ до $7,8 \pm 1,3$ балла.

Динамика мотивационной структуры

Наиболее значимым, с нашей точки зрения, результатом стала трансформация мотивационной доминанты пациентов. При включении в программу 92% пациентов основной группы называли ведущим мотивом улучшение внешнего вида и лишь 8% — заботу о здоровье. К завершению программы 75% пациентов указывали в качестве ведущих или равнозначных мотивов улучшение самочувствия, физической работоспособности и показателей здоровья.

Приверженность рекомендациям через 12 месяцев после завершения активной фазы программы сохранили 72% пациентов основной группы (удержание достигнутой массы тела в пределах $\pm 3\%$). В группе сравнения рецидив набора массы тела отмечен у 62% пациентов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные согласуются с представлениями о том, что изолированные аппаратные эстетические методики без модификации образа жизни дают кратковременный и локальный эффект. Принципиальным преимуществом предложенной моде-

ли является использование эстетического запроса не как конечной цели, а как мотивационного ресурса, обеспечивающего вовлечение пациента в оздоровительную программу.

Психологический механизм данного феномена может быть описан следующим образом: быстрые видимые эстетические результаты физиотерапевтических процедур на первых неделях программы формируют у пациента опыт успеха и доверие к специалистам, что повышает готовность следовать более «трудозатратным» компонентам — регулярным физическим нагрузкам и изменению пищевого поведения. По мере появления системных эффектов (улучшение переносимости нагрузок, сна, настроения, лабораторных показателей) происходит интериоризация оздоровительной мотивации, которая, в отличие от внешней эстетической, обеспечивает долгосрочную приверженность [7].

Особую значимость данный подход приобретает у пациентов среднего и пожилого возраста. С позиций геронтологии коррекция избыточной массы тела у лиц старших возрастных групп требует обязательного сохранения мышечной массы и костной плотности, что достижимо только при включении дозированных силовых нагрузок и адекватного белкового обеспечения рациона. Принципы адаптивной физической культуры позволяют безопасно вовлекать в программу пациентов с коморбидной патологией, для которых стандартные фитнес-протоколы неприменимы.

Междисциплинарный характер программы (участие врача-косметолога, физиотерапевта, специалиста по физической реабилитации, при необходимости — психолога и диетолога) является обязательным условием ее эффективности. Врач-косметолог в данной модели выполняет функцию «первого контакта» и координатора маршрутизации пациента в оздоровительный блок.

ВЫВОД

Эстетическая неудовлетворенность внешним видом является ведущим первичным мотивом обращения пациентов с избыточной массой тела за медицинской помощью (более 90% обращений) и может эффективно использоваться как «точка входа» в комплексную оздоровительную программу.

Комплексная программа, включающая физиотерапевтический модуль, индивидуализированную фитнес-программу на принципах адаптивной физической культуры и коррекцию пищевого поведения, обеспечивает клинически значимое снижение массы тела преимущественно за счет жирового компонента с сохранением скелетно-мышечной массы, а также значимое улучшение метаболических показателей.

Комплексный подход превосходит изолированное применение аппаратных методик не только по системным оздоровительным, но и по эстетическим результатам, что подтверждает синергизм компонентов программы.

В процессе реализации программы происходит трансформация мотивационной структуры пациента от эстетической к оздоровительной доминанте, что обеспечивает долгосрочную приверженность и удержание результата у 72% пациентов через 12 месяцев.

Реализация программы требует междисциплинарного взаимодействия специалистов эстетической медицины, физиотерапии, физической реабилитации и диетологии, при этом врач-косметолог выполняет ключевую роль первичного звена вовлечения пациента.

Антивозрастная медицина
как культура долгой
активной жизни



Источники:

1. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults // *Lancet*. — 2024. — Mar. — 16; 403 (10431): 1027–1050. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02750-2.
2. Ильницкий А. Н., Процаев К. И., Бирюкова И. В. Синдром преждевременного старения у женщин // *Геронтология*. — 2014. — Т. 2. — № 4.
3. Пономаренко Г. Н. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 704 с.
4. Епифанов В. А., Епифанов А. В. Лечебная физическая культура и массаж. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 536 с.
5. Малкина-Пых И. Г. *Терапия пищевого поведения*. — М.: Эксмо, 2007. — 1040 с.
6. Aune D., Norat T., Vatten L. J. Body mass index and the risk of gout: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies // *Eur J Nutr*. — 2014. — Dec. — 53 (8): 1591–1601. DOI: 10.1007/s00394-014-0766-0.
7. Longo M., Zatterale F. et al. Adipose tissue dysfunction as determinant of obesity-associated metabolic complications // *Int J Mol Sci*. — 2019. — May. — 13; 20 (9): 2358. DOI: 10.3390/ijms20092358.