



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра профилактики внутренних болезней педиатрического факультета

Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)

-2-

Башминов

Научно-исследовательская работа на тему  
**«Ожирение, клиническая симптоматология и профилактика.»**

**Выполнил:**

Обучающийся 2 курса 3 группы  
педиатрического факультета  
Башминова Александра Игоревна

Волгоград 2018г.

<b>Содержание</b>	
<b>Введение</b> .....	3
<b>Цель научно-исследовательской работы</b> .....	4
<b>Задачи научно-исследовательской работы</b> .....	4
<b>Основные определения и понятия</b> .....	5-6
<b>Теоретическая часть НИР</b> .....	7
<b>Глава I. «Ожирение, как фактор риска»</b> .....	7-11
<b>Глава II. «Избыточный вес»</b> .....	12-14
<b>Глава III. «Лечение болезни 21 века»</b> .....	15-18
<b>Собственное исследование</b> .....	19
<b>Выводы</b> .....	20
<b>Список литературы</b> .....	21

## **Введение**

В настоящее время ожирение приобрело столь распространенный характер, что можно говорить о глобальной эпидемии (пандемии). Ожирение стало играть существенную роль в формировании самых различных видов патологии человека. Так, ожирение является предрасполагающим фактором, или, иначе говоря, фоновым состоянием, а зачастую и непосредственной причиной всевозможных нейроэндокринных нарушений. Избыток накопления жировой ткани с одной стороны может быть проявлением самых разнообразных болезней, а с другой – являться самостоятельным заболеванием с избытком последующих осложнений, присущих избыточному накоплению жировой ткани.

Всемирная Организация Здравоохранения рассматривает это заболевание, как эпидемию, охватившую миллионы людей. В 1998 г. в мире зарегистрировано 250 миллионов больных ожирением, что составляет 7 % взрослого населения земного шара

В большинстве стран Западной Европы от 9 до 20 % взрослого населения имеют данное заболевание (индекс массы тела  $> 30$ ) и более четверти — избыточную массу тела (ИМТ  $> 25$ ). На Украине 30 % лиц трудоспособного возраста имеют ожирение и 25 % — избыточную массу тела. Растет это заболевание и среди детей, потому введен диагноз: сахарный диабет 2 типа у детей.

Ожирение развивается в результате длительного нарушения энергетического баланса, когда поступление энергии с пищей превышает энергетические затраты организма.

Важной составляющей механизмов развития болезни является сама жировая ткань, обладающая эндокринной и аутокринной функциями. Вещества, выделяемые жировой тканью, обладают разнообразным биологическим действием и могут влиять на активность метаболических процессов в тканях и различных системах организма либо непосредственно, либо опосредованно через нейроэндокринную систему.

**Цель научно-исследовательской работы.**

1. Изучить симптоматику ожирения.
2. Изучить диагностику ожирения.

**Задачи научно-исследовательской работы.**

1. Выяснить какие существуют меры профилактики ожирения.
2. Узнать цены на лечение данного заболевания.



## Основные определения и понятия.

1. **Ожирение**- отложение жира, увеличение массы тела за счёт жировой ткани. Жировая ткань может откладываться как в местах физиологических отложений, так и в области молочных желёз, бёдер, живота.
2. **Гипертоническая болезнь** - патология сердечно-сосудистого аппарата, развивающаяся в результате дисфункции высших центров сосудистой регуляции, нейрогуморального и почечного механизмов и ведущая к артериальной гипертензии, функциональным и органическим изменениям сердца, ЦНС и почек.
3. **Стенокардия** – форма ИБС, характеризующаяся приступообразными болями в области сердца, вследствие острой недостаточности кровоснабжения миокарда.
4. **Ишемическая болезнь сердца (ИБС)** – органическое и функциональное поражение миокарда, вызванное недостатком или прекращением кровоснабжения сердечной мышца (ишемией).
5. **ОРВИ** – различные острые инфекционные заболевания, возникающие в результате поражения эпителия дыхательных путей РНК- и ДНК-содержащими вирусами. Обычно сопровождаются повышением температуры, насморком, кашлем, болью в горле, слезотечением, симптомами интоксикации; могут осложняться трахеитом, бронхитом, пневмонией.
6. **Пневмония** – острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно - альвеолы и интерстициальная ткань легких.
7. **Гипотиреоз** – заболевание, обусловленное снижением функции щитовидной железы и недостаточностью выработки ею гормонов.
8. **Гипогонадизм** – синдром, сопровождающийся недостаточностью функций половых желез и нарушением синтеза половых гормонов.
9. **Инсулинома** – гормонально-активная опухоль  $\beta$ -клеток островков поджелудочной железы, в избыточном количестве секретирующая инсулин и приводящая к развитию гипогликемии.
10. **Болезнь Иценко-Кушинга** – нейроэндокринное расстройство, развивающееся вследствие поражения гипоталамо-гипофизарной системы, гиперсекреции АКТГ и вторичной гиперфункции коры надпочечников.
11. **Психогенное переедание** – расстройство пищевого поведения, проявляющееся неконтрольным поглощением большого количества пищи на фоне стресса. Является мультифакторным заболеванием, может провоцироваться несчастными случаями, оперативными вмешательствами, разводом, утратой близкого человека, проблемами в отношениях и отрицательными эмоциями.

12. **Климакс** – физиологический период в жизни женщины, характеризующийся угасанием репродуктивной функции вследствие гормональных изменений в организме. Начинается после 40 лет и продолжается около 10 лет.
13. **Симптоматическая артериальная гипертензия** – вторичное гипертензивное состояние, развивающееся вследствие патологии органов, осуществляющих регуляцию артериального давления.
14. **Жировая ткань** — разновидность соединительной ткани животных организмов, образуемая из мезенхимы и состоящая из жировых клеток — адипоцитов.
15. **Гиподинамия**- нарушение функций организма (опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения) при ограничении двигательной активности, снижении силы сокращения мышц. Распространённость гиподинамии возрастает в связи с урбанизацией, автоматизацией и механизацией труда, увеличением роли средств коммуникации.



## **Теоретическая часть НИР.**

### **Глава I. «Ожирение, как фактор риска»**

Ожирение — увеличение содержания жировой ткани в организме. Классификация ожирения основана на оценке ИМТ. Избыточная масса тела диагностируется при ИМТ 25—29,9 кг/м<sup>2</sup>. Превышение ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> является ожирением.

Этиология ожирения — в подавляющем большинстве случаев обусловлено избыточным питанием, чрезмерным потреблением жира с пищей, низкой физической активностью на фоне наследственной предрасположенности. Развитию ожирения может способствовать прием некоторых лекарственных препаратов. Эндокринные заболевания являются причиной развития ожирения менее чем в 1% случаев.

Важной составляющей механизмов развития болезни является сама жировая ткань, обладающая эндокринной и аутокринной функциями. Вещества, выделяемые жировой тканью, обладают разнообразным биологическим действием и могут влиять на активность метаболических процессов в тканях и различных системах организма либо непосредственно, либо опосредованно через нейроэндокринную систему.

Большое значение в регуляции энергетического обмена имеет система ЦНС гипоталамус — жировая ткань. Ключевым ее звеном является гормон лептин, секретируемый жировой клеткой (адипоцит), который способствует рациональной утилизации энергоресурсов и их использованию.

Ожирение часто сопровождается сопутствующей патологией:

1. сахарным диабетом 2 типа;
2. артериальной гипертензией (повышенное артериальное давление);
3. дислипидемией (нарушение нормального соотношения липопротеидов в крови);
4. атеросклерозом;
5. ишемической болезнью сердца;
6. некоторыми формами рака;
7. заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
8. желчекаменной болезнью;
9. хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (варикозное расширение вен).

По данным исследований, сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия у лиц с ожирением встречаются в 2,9 раза чаще, чем среди населения в целом. Не зря Союз сахарного диабета и ожирения называют «сладкой парочкой», так как 90 % больных сахарным диабетом имеют данное заболевание. Причина — инсулинорезистентность, которая является основой сахарного диабета 2 типа. Ожирение приводит к сокращению продолжительности и ухудшению качества жизни и требует значительных экономических затрат общества: в развитых странах мира расходы на

лечение этой болезни и сопутствующих ожирению заболеваний составляют от 8 до 10 % всех затрат на здравоохранение. Основным признаком ожирения является накопление жировой ткани в организме: у мужчин более 10-15 %, у женщин более 20-25 % от массы тела.

Наиболее неблагоприятным является абдоминальный (в области живота) тип данной болезни, сочетающийся с комплексом гормональных и метаболических факторов риска. Для определения характера распределения жира в организме используется показатель соотношения окружности талии и окружности бедер (ОТ/ОБ). Ожирение считается абдоминальным, если у женщин величина ОТ/ОБ больше 85, а у мужчин больше 1,0. Окружность талии измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по среднеподмышечной линии, окружность бедер — в самой широкой их области на уровне большого вертела. При окружности талии у мужчин более 94 см, у женщин больше 80 см риск развития осложнений ожирения (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания) становятся повышенными, а при 102 и 88 см соответственно — высоким.

Развитие данного заболевания во многом связано с образом жизни и привычками человека. Важной составляющей лечения является наличие у больного мотивации и силы воли, твердого желания сбросить ненавистные килограммы. Основной задачей борьбы с ожирением является, прежде всего, не достижение снижения массы тела, а длительное поддержание достигнутого эффекта. Опыт показывает, что снижение массы тела на 5-15 % от исходной (5-10 кг) снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на 9 %, диабета — на 44 %, всех сопутствующих заболеваний на 20 %. Также снижается риск смертности от диабета более чем на 30 %, онкологических заболеваний — 40 %. Уменьшается концентрация глюкозы в крови натощак на 50 %, общего холестерина на 10 %, ЛПНП на 15 %, триглицеридов на 30 %, систолического АД на 10 мм рт.ст., диастолического АД на 20 мм рт.ст. и повышение уровня ЛПВП на 8%.

В настоящее время приняты следующие принципы постепенного снижения массы тела:

1. Диета (гипокалорийное питание, разгрузочные дни, раздельное питание, голодание).
2. Физические нагрузки (ежедневно более 3 часов).
3. БАД.
4. Лекарственные средства: — снижающие аппетит и потребление пищи (теронак, фентермин, минифаж, меридиа, изолипан, прозак, тримекс); — увеличивающие расход энергии (сIBUTрамин, эфедрин/кофеин); — уменьшающие всасывание питательных веществ (ксеникал).
5. Одежда для похудения (пояса, шорты).
6. Хирургическое лечение.



Основу лечения ожирения составляет сбалансированное рациональное гипокалорийное питание. Рекомендуются постепенное, длительное изменение характера питания, пищевых привычек, а не временное ограничение употребления определенных продуктов. Уменьшение поступления энергии можно достичь: — снижением калорийности суточного рациона на 20 % (в среднем на 500-1000 ккал), но не менее чем до 1200 ккал в сутки; — уменьшением потребления жиров до 30 % от калорийности суточного рациона; — регулярные приемы пищи в течение суток: 3 основных и 2 дополнительных; — сбалансированное питание по основным компонентам пищи: белки — 15 %, жиры — менее 30 %, углеводы — 55-60 % от суточной калорийности; — снижением потребления алкоголя.

- Жиры — самая калорийная составляющая рациона: в 1 г жира содержится 9 ккал. Исследования показали прямую зависимость между количеством потребляемого жира и массой тела. Поэтому ограничение жира способствует уменьшению поступления калорий в организм и, тем самым, снижению массы тела. Основу питания должны составлять трудноусвояемые углеводы — хлеб грубого помола, крупы, овощи, фрукты.

Начать надо с анализа питания путем записей в дневник питания все, что он ест и пьет за неделю. Это позволит проводить контроль врачом и самоконтроль больным для последующей разработки программы собственного стиля здорового питания. Основой такой программы должна служить вводная — снижение массы тела на 0,5 кг в неделю. Важным фактором уменьшения массы тела и поддержания ее на достигнутом уровне является повышение физической активности. В то же время необходимо перестать думать о «физической нагрузке» и начать думать о том, как стать более активным. Самый простой, доступный и эффективный вид физической нагрузки — ходьба. По 10 минут в день, постепенно увеличивая продолжительность до 30-40 мин., вначале 3-4 раза в неделю, а затем — ежедневно. Главное — регулярно!

Показаниями к назначению медикаментозной терапии являются: ИМТ больше 30 кг/м<sup>2</sup>; ИМТ больше 27 кг/м<sup>2</sup> в сочетании с абдоминальным ожирением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом 2 типа. Вместе с тем многие медикаменты обладают побочными эффектами в виде раздражительности, плохого сна, головокружения, тахикардии, тошноты и др. Их не рекомендуется применять более 3 месяцев (за исключением ксеникала).

Переедание-это неумеренная жадность к еде, не связанная с чувством голода, наряду с анорексией (аномальное отсутствие аппетита) и булимией (патологически повышенное чувство голода) является одним из трех наиболее значительных расстройств питания. Механизмы возникновения пищевых нарушений связаны с изменением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения.



В развитии пищевых нарушений принимают участие и эндорфины. Нельзя не согласиться с мнением многих авторов, что пищевые нарушения представляют собой весьма серьезную проблему для лечения данного заболевания, поскольку желание есть у таких больных носит императивный характер и распространяется, как правило, именно на те продукты, которые в больших количествах есть нежелательно (шоколад, пирожные с кремом, мороженное и т.п.). Установлено, что наличие пищевых нарушений является одним из значимых предикторов повышения веса после его успешного снижения.

В 1994 г. был открыт гормон — лептин, который синтезируется жировой тканью. Полагают, что регуляторный эффект этого белка реализуется на уровне пищевых центров гипоталамуса. Это позволяет рассматривать лептин как специфический гормон, регулирующий запасы энергии в организме. При ожирении его количество увеличено, но жировая ткань резистентна к нему. Таким образом, согласно современным представлениям, в основе накопления массы жира лежит не только энергетический дисбаланс (преобладание энергии потребления над энергией расхода) как полагали ранее, но и дисбаланс нутриентов и в частности жира.

Ожирение прогрессирует в том случае, если масса съеденного жира превосходит возможности организма по его окислению. Расход энергии организмом определяется не только потребностями в энергии, но и доступностью субстратов для окисления. И если по каким либо причинам организм не сможет получить необходимое количество энергии из накопленных жиров, он неизбежно будет сокращать расход энергии. Тенденция к сокращению расхода энергии на фоне гипокалорийной диеты или голодания, факт хорошо известный. Она создает дополнительные и весьма существенные трудности для лечения болезни. Что касается углеводов, с чрезмерным потреблением которых до последнего времени связывали развитие ожирения, полагая, что их избыток переходит в организме в жиры, то, как было установлено в специальных исследованиях, углеводы в организме человека при обычном их потреблении не являются источником жира.

Без преувеличения можно сказать, что ожирение набирает обороты, приобретая характер пандемии. Сейчас уже более 2 миллиардов человек (а это треть населения планеты) страдают от лишнего веса! Избыточное отложение жира под кожей, а также в полостях – вокруг внутренних органов, является фактором риска различных заболеваний: ишемической болезни сердца, самым страшным проявлением которой является инфаркт миокарда; атеросклероза, из-за которого может пострадать любой орган, в том числе и головной мозг, апогеем поражения которого становится инсульт; сахарного диабета 2 типа; ожирения печени (жирового гепатоза); хронического панкреатита – воспаления поджелудочной железы; воспаления желудка и

пищевода; злокачественных заболеваний. Результатом ожирения становится метаболический синдром икс, который еще называют «смертельным квартетом».

Он включает:

1. само ожирение;
2. сахарный диабет;
3. артериальную гипертензию;
4. ишемическую болезнь сердца.

Он возникает в результате того, что из-за избыточного количества жира (в особенности, внутреннего – висцерального) ткани перестают нормально воспринимать инсулин. Поджелудочная железа получает «обратную связь», и начинает вырабатывать этого гормона еще больше – возникает его избыток. Недостаток действия инсулина при фактическом его повышении приводит к: нарушению углеводного, жирового и пуринового видов метаболизма, увеличению в крови вещества, которое называется ингибитором активатора плазминогена, что повышает риск тромбообразования, повышению активности симпатической нервной системы, появлению в крови избытка тех жирных кислот, которые способны откладываться на стенках сосудов, вызывая атеросклероз. Особенно он грозит тем людям, у которых жир откладывается по мужскому типу – в области верхней половины туловища и, в особенности, на животе. В этом случае особенно увеличивается количество висцеральной жировой ткани, и через печень начинает постоянно проходить в 20-30 раз больше свободных жирных кислот, чем это положено. Печень долго не может выдерживать такую атаку, а поскольку она участвует практически во всех видах обмена, то ухудшение ее работы отображается на состоянии всего организма. Ранее считалось, что метаболический синдром – это удел людей «за 50» и, в основном, женщин. В последние годы отмечается увеличение этой патологии у мужчин, а также у подростков и молодежи. Выше риск метаболического синдрома у людей, у которых уже имеется одна патология из «квартета», или есть другие гормональные или сосудистые проблемы. Например, поликистозные яичники или менопауза у женщин, эректильная дисфункция – у представителей сильного пола. Получается, что ожирение способно если не укоротить жизнь, то значительно ухудшить ее качество. И чем больше лишнего жира имеется в теле, тем выше опасность. Поэтому ниже мы поговорим о степенях ожирения.



## Глава II. «Избыточный вес»

### Классификация ожирения

Центральным ожирением называется избыток жировых отложений в районе живота. Центральное ожирение считается наиболее опасным видом ожирения и, по статистике, связано с повышенным риском сердечных заболеваний, повышенного давления и сахарного диабета. Распространённое мнение, что центральное ожирение («пивной живот») может быть связано с употреблением пива, подтверждения не находит: ни индекс массы тела, ни соотношение окружности талии и окружности бедер (en:Waist-hip ratio) с употреблением пива не ассоциированы.

Пациент считается больным центральным ожирением, если отношение объёма талии к объёму бёдер превышает 0,8 для женщин или 0,95 для мужчин.

Патологические типы ожирения, как правило, связаны с нарушениями в эндокринной системе человека, приводящими к нарушениям жирового обмена.

Ожирение делится на степени (по количеству жировой ткани) и на типы (в зависимости от причин, приведших к его развитию). Ожирение ведёт к повышенному риску возникновения сахарного диабета, гипертонической болезни и других заболеваний, связанных с наличием избыточного веса. Согласно классификации ВОЗ, при объёме талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин возрастает риск развития сопутствующих ожирению заболеваний. Причины избытка веса также оказывают влияние на распространение жировой ткани, характеристики жировой ткани (мягкость, упругость, процент содержания жидкости), а также на присутствие или отсутствие изменений кожи (растяжения, расширенные поры, так называемый «целлюлит»).

Изучением ожирения и методов борьбы с ним занимается не только эндокринология. По оценкам международных экспертов ВОЗ ожирение является глобальной эпидемией современности, охватывающей миллионы жителей планеты, не зависимо от профессиональных, социальных, национальных, географических, половых и возрастных групп. В России ожирением страдают до 30% трудоспособного населения и еще 25% имеют избыточный вес.

Пациенты с ожирением чаще в 2-3 раза страдают гипертонической болезнью, в 3-4 раза – стенокардией и ИБС, чем лица с нормальным весом. Практически любые заболевания, даже такие, как ОРВИ, грипп и воспаление легких, у пациентов, страдающих ожирением, протекают дольше и тяжелее, имеют больший процент развития осложнений.

Развитие ожирения чаще всего вызывается нарушением баланса между поступлением энергии с пищей и энергетическими затратами организма. Избыточные калории, поступившие в организм и не израсходованные им,

преобразуются в жир, который накапливается в жировых депо организма (преимущественно в подкожной клетчатке, сальниках, брюшной стенке, внутренних органах и т. д.). Увеличение запасов жира ведет к нарастанию массы тела и нарушению функционирования многих систем организма. Переедание приводит к ожирению более чем в 90%, еще около 5% случаев ожирения вызвано расстройством обмена веществ.

Изменения в пищевом поведении происходят в результате нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции, отвечающей за контроль поведенческих реакций. Повышение активности гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы ведет к увеличению продукции АКТГ, скорости секреции кортизола и ускорению его метаболизма. Происходит снижение секреции соматотропного гормона, оказывающего липолитическое действие, развивается гиперинсулинемия, нарушение метаболизма тиреоидных гормонов и чувствительности к ним тканей.

Развитию ожирения способствует ряд факторов:

1. малоактивный образ жизни;
2. генетически обусловленные нарушения ферментативной активности (повышение активности ферментов липогенеза и снижение активностичерепно-мозговых травм ферментов, расщепляющих жиры (липолиза));
3. погрешности в характере и режиме питания (чрезмерное потребление углеводов, жиров, соли, сладких и алкогольных напитков, прием пищи на ночь и др.);
4. некоторые эндокринные патологии (гипотиреоз, гипогонадизм, инсулинома, болезнь Иценко-Кушинга);
5. психогенное переедание;
6. физиологические состояния (лактация, беременность, климакс);
7. стрессы, недосыпание, прием психотропных и гормональных препаратов (стероидов, инсулина, противозачаточных таблеток) и т. д.

Классификация ожирения

В 1997 г. Всемирной организацией здравоохранения была предложена классификация степеней ожирения, основанная на определении показателя – индекса массы тела (ИМТ) для лиц от 18 до 65 лет. ИМТ рассчитывается по формуле: вес в кг / рост в метрах в квадрате. По ИМТ выделяют следующие варианты массы тела и риска развития сопутствующих осложнений:

1. ИМТ
2. ИМТ от 18,5 до 24,9 (обычный) – соответствует массе тела в норме. При таком ИМТ отмечаются наименьшие показатели заболеваемости и смертности;
3. ИМТ от 25,0 до 29,9 (повышенный) – свидетельствует об избыточной массе тела или предожирении.
4. ИМТ от 30,0 до 34,9 (высокий) – соответствует I степени ожирения;



5. ИМТ от 35,0 до 39,9 (очень высокий) – соответствует II степени ожирения;
6. ИМТ от 40 и более (чрезмерно высокий) – свидетельствует об ожирении III и IV степени.
7. ИМТ от 30 и более указывает на наличие ожирения и прямой угрозы здоровью, требует медицинского обследования и разработки индивидуальной схемы лечения.

По сопоставлению фактической и идеальной массы тела ожирение делится на 4 степени: при I степени избыточная масса составляет не более 29%, II степень характеризуется превышением массы на 30-40%, III – на 50-99%, при IV степени отмечается увеличение фактической массы тела по сравнению с идеальной в 2 и более раз. Расчет идеальной массы тела проводят по формуле: «рост, см - 100».

По преимущественной локализации жировых отложений на теле выделяют следующие типы ожирения:

1. абдоминальный (верхний или андронидный) – избыточное отложение жировой ткани в области верхней половины туловища и живота (фигура напоминает по форме яблоко). Чаще развивается у мужчин и наиболее опасен для здоровья, т. к. связан с риском возникновения артериальной гипертензии, сахарного диабета, инсульта и инфаркта.
2. бедренно-ягодичный (нижний) – преимущественное отложение жировой ткани в области бедер и ягодиц (фигура напоминает по форме грушу). Чаще встречается у женщин и сопровождается нарушениями функций суставов, позвоночника, венозной недостаточностью.
3. промежуточный (смешанный) - равномерное распределение жировых отложений по телу.



### **Глава III. «Лечение болезни 21 века»**

У каждого человека, страдающего ожирением, может быть своя мотивация снижения массы тела: косметический эффект, уменьшение риска для здоровья, улучшение работоспособности, желание носить одежду меньших размеров, стремление хорошо выглядеть. Однако, цели в отношении снижения веса и его темпов должны быть реальными и направленными, прежде всего, на уменьшение риска возникновения сопутствующих ожирению осложнений. Начинают лечение ожирения с назначения диеты и физических упражнений.

#### *Пациентам с ИМТ*

При соблюдении гипокалорийной диеты происходит снижение основного обмена и сохранение энергии, что уменьшает эффективность диетотерапии. Поэтому гипокалорийную диету необходимо сочетать с физическими упражнениями, повышающими процессы основного обмена и метаболизма жира. Назначение лечебного голодания показано пациентам, находящимся на стационарном лечении, при выраженной степени ожирения на короткий срок.

Медикаментозное лечение ожирения назначается при ИМТ >30 либо неэффективности диеты на протяжении 12 и более недель. Действие препаратов группы амфетамина (дексафенфлюрамин, амфепрамон, фентермин) основано на торможении чувства голода, ускорении насыщения, аноректическом действии. Однако, возможны побочные эффекты: тошнота, сухость во рту, бессонница, раздражительность, аллергические реакции, привыкание.

В ряде случаев эффективным является назначение жиромобилизующего препарата адипозина, а также антидепрессанта флуоксетина, изменяющего пищевое поведение. Наиболее предпочтительными на сегодняшний день в лечении ожирения считаются препараты сибутрамин и орлистат, не вызывающие выраженных побочных реакций и привыкания. Действие сибутрамина основано на ускорении наступления насыщения и уменьшении количества потребляемой пищи. Орлистат уменьшает в кишечнике процессы всасывания жиров. При ожирении проводится симптоматическая терапия основных и сопутствующих заболеваний. В лечении ожирения высока роль психотерапии (беседы, гипноз), меняющей стереотипы выработанного пищевого поведения и образа жизни.

Методы бариатрической хирургии - оперативного лечения ожирения применяются в случаях стойкого удержания веса при ИМТ>40. В мировой практике наиболее часто проводятся операции вертикальной гастропластики, бандажирования желудка и гастрощунтирования. В качестве косметической меры проводится локальное удаление жировых отложений – липосакция.

#### *Прогноз и профилактика ожирения*

Своевременно начатые систематические мероприятия по лечению ожирения приносят хорошие результаты. Уже при снижении массы тела на 10% показатель общей смертности уменьшается > чем на 20%; смертности, вызванной диабетом, > чем на 30%; вызванной сопутствующими ожирению онкологическими заболеваниями, > чем на 40%. Пациенты с I и II степенью ожирения сохраняют трудоспособность; с III степенью – получают III группу инвалидность, а при наличии сердечно-сосудистых осложнений— II группу инвалидности.

Для профилактики ожирения человеку с нормальным весом достаточно тратить калорий и энергии столько, сколько он получает их в течение суток. При наследственной предрасположенности к ожирению, в возрасте после 40 лет, при гиподинамии необходимо ограничение потребления углеводов, жиров, увеличение в рационе белковой и растительной пищи. Необходима разумная физическая активность: пешеходные прогулки, плавание, бег, посещение спортивных залов. Если есть недовольство собственным весом, для его снижения необходимо обратиться к эндокринологу и диетологу для оценки степени нарушений и составления индивидуальной программы похудения.

#### *Диетотерапия ожирения*

Долгосрочные результаты тех видов лечения, которые основаны исключительно на снижении энергоценности рациона, разочаровывают (вне зависимости от того, проводится ли такое лечение под наблюдением врача или без медицинского контроля). Согласно исследованию американского психолога Трейси Манн и её коллег, диеты вообще бесполезны как средство борьбы с ожирением.

Однако следует отметить, что без адекватного контроля калорийности пищи и учёта адекватности количества поступающих калорий физической нагрузке успешное лечение ожирения невозможно. ВОЗ для успешного снижения веса рекомендует рассчитать привычную калорийность пищи, а затем ежемесячно снижать калорийность на 500 ккал до достижения цифры на 300—500 ккал. ниже адекватной потребности энергии. Для лиц, не занимающихся активным физическим трудом, это значение составляет 1 500—2 000 ккал.

Ученые выяснили, что люди, регулярно употребляющие в пищу молочные продукты с небольшим процентом жирности, реже набирают лишний вес и страдают метаболическим синдромом.

#### *Психотерапия*

Методы поведенческой терапии, используемые при лечении ожирения, нацелены на выработку самоконтроля, изменение отношения к питанию и связанных с ним привычек, на введение постепенно возрастающих физических нагрузок и формирование надёжной социальной поддержки. В ходе контролируемых испытаний было обнаружено, что пациенты, к



которым применялись эти методы, в дальнейшем реже набирали прежнюю массу тела, чем те, к кому применялись другие виды лечения.

Канадские ученые установили, что на развитие ожирения могут влиять негативные отношения с родителями. И, наоборот, хорошие отношения, в частности, с отцом позитивно влияют на сохранение нормального веса.

#### *Медикаментозное лечение ожирения*

Лекарственные средства, как правило, позволяют добиться лишь кратковременного улучшения, но не стойкого, долговременного эффекта[16]:39. Если после прекращения курса медикаментозного лечения пациент не изменил образ жизни и не соблюдает диетических рекомендаций, то масса тела снова нарастает. Возможно, это связано с тем, что избыточная масса тела вызывает необратимые воспалительные процессы в гипоталамусе, которые нарушают работу регуляции жировой ткани. Каждый препарат подбирается врачом индивидуально:

1. Фентермин (адипекс-П, фастин, ионамин — группа амфетамина) — действует как нейромедиатор норадреналин, снижая аппетит. Может вызвать нервозность, головную боль и бессонницу;
2. Орлистат (ксеникал) — ингибитор панкреатической липазы, приблизительно на 30 % снижает всасывание жиров, не подавляет чувство голода, однако может вызвать недержание стула;
3. Метформин — влияет на метаболизм углеводов, особенно показан при ожирении, связанном с сахарным диабетом.
4. Сибутрамин (меридиа) — ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина. Препарат воздействует на центры насыщения и термогенеза, расположенные в гипоталамусе. Препарат противопоказан пациентам с неконтролируемой артериальной гипертензией!
5. Флуоксетин (прозак) — антидепрессант, применяется некоторыми специалистами с целью подавления аппетита, однако нет информации о долгосрочных эффектах.
6. Лоркасерин (англ.) (белвик) — агонист 5-НТ2С-рецепторов, подавляет аппетит.
7. Бупропион (велбутрин, зибан) — ингибитор обратного захвата норадреналина и дофамина, подавляет аппетит.
8. Сочетание Эфедрина с Кофеином — симпатомиметик, стимулирует альфа- и бета-адренорецепторы, стимулирует выработку норадреналина. Широко распространён в Дании для лечения ожирения.
9. Топирамат — противоэпилептический препарат, снижает массу тела через неустановленный механизм.
10. Налтрексон — антагонист опиоидных рецепторов, подавляет тягу к вкусной пище.



11. Лираглутид (англ.) (виктоза, саксенда) - агонист рецептора ГПП-1. Предположительно, усиливает действие лептина (гормона насыщения) через подавление его растворимого рецептора.

Несмотря на большое количество средств для лечения ожирения, почти все из них были запрещены управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США из-за серьёзных побочных эффектов. В данный момент утверждены пять из них[24]: орлистат, лоркасерин (англ.), фентермин-топирамат, бупропион-налтрексон и лираглутид (англ.).

#### *Препараты растительного происхождения*

Наряду с диетой и медикаментозной терапией могут применяться препараты растительного происхождения в виде чая или других лекарственных средств, однако необходимо хорошо знать их состав.

### **Собственное исследование.**

Во время прохождения производственной практики в ГБУЗ Волгоградской областной клинической больницы №3, стационар №2 я, как и многие другие, встречала людей с такой тяжёлой болезнью как ожирение.

Конечно, данные пациенты лечились от других, более важных недугов, но проблему ожирения нельзя было не увидеть.

По сути, большая часть всех болезней человечества связана именно с избыточным весом и люди, в том числе пациенты, не совсем с ним борются.

Все те, кто имеют данную проблему не хотят или не могут её решить, ведь тогда будет необходимо «выйти» из своей зоны комфорта и заняться в плотную своим здоровьем. Это что касается тех, кто не хочет.

Если говорить о тех, кто не может, то тут ясно всё и так. Пациенты, которые очень плохо себя чувствуют ( например: пожилые люди, которые лежат в кардиологическом отделении) или же очень тяжелые пациенты, конечно не в состоянии позаботиться о себе должным образом.

В больнице за такими пациентами ухаживает медицинский персонал, а дома необходимо чтобы это делали родственники или же сиделки.

Проблема ожирения влияет во всех возрастных категориях.

Чаще всего, этим страдают люди среднего возраста. Так как ведут мало активный образ жизни и не совсем правильно питаются.



**Выводы.**

Каждый человек, обязан следить за своим здоровьем. Ожирение вызывает множество болезней, которые в свою очередь, если их не лечить, заканчиваются смертью.

Поэтому правильное питание, сбалансированный рацион и умеренные физические нагрузки помогут каждому укрепить своё здоровье и избавиться от проблем, связанных с ожирением.

### **Список использованной литературы.**

1. Избыточный вес и ожирение - Передерий В.Г.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Ожирение>
3. Пропедевтика внутренних болезней Кобалава.pdf
4. [http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\\_endocrinology/obesity#h2\\_1](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/obesity#h2_1)
5. <https://www.polimed.com/articles-ozhirenie-osnovnye-prichiny-vidy-principy-lechenija-svjaz-ozhirenija-i-ehmocional-nykh-rasstrojstv.html>
6. <http://zdravotvet.ru/ozhirenie-stepeni-metody-lecheniya-dieta/>



## Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 3 группы

**Башминовой Александры Игоревны**

**(по результатам прохождения производственной практики по  
получению профессиональных умений и опыта профессиональной  
деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-  
исследовательская работа)**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В работе присутствуют некоторые стилистические погрешности, неточности в оформлении литературы, не влияющие на качество работы в целом.

В целом работа заслуживает оценки «отлично с недочетами» (5-).



---

(подпись)

Деревянченко М.В.