

У

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

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультета

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

Выполнила:
Студентка 2 курса 3 группы
педиатрического факультета
Винтер Екатерина Владимировна

Волгоград 2018г.

Содержание

1. Введение.....	3
1.2. Цель научно-исследовательской работы.....	4
1.3. Задачи научно-исследовательской работы.....	4
2. Теоретическая часть.....	5
2.1. Этиология.....	5
2.2. Патогенез.....	6
2.3. Классификация ожирения.....	7
2.4. Клиническая симптоматология.....	10
2.5. Клиническая картина.....	10
2.6. Диагностика.....	11
2.7. Профилактика ожирения.....	12
3. Роль медицинского персонала.....	13
4. Заключение.....	15
5. Список литературы.....	16

1. Введение

Ожирение – избыточные жировые отложения в подкожной клетчатке, органах и тканях. Проявляется увеличением массы тела на 20 и более процентов от средних величин за счет жировой ткани. Доставляет психо-физический дискомфорт, вызывает сексуальные расстройства, заболевания позвоночника и суставов. Повышает риск развития атеросклероза, ИБС, гипертонии, инфаркта миокарда, инсульта, сахарного диабета, поражений почек, печени, а также инвалидности и смертности от этих заболеваний. Женщины подвержены развитию ожирения вдвое чаще, чем мужчины, критический возраст для появления лишнего веса – от 30 до 60 лет.

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.

1.2. Цель:

Изучить этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику, осложнения и профилактику ожирения.

1.3. Задачи

1. Изучить литературу по теме исследования;
2. Изучить этиологию и патогенез данного заболевания;
3. Изучить методы профилактики при различных степенях ожирения;
4. Изучить роль медицинского персонала в данных методах;
5. Изучить классификацию ожирения.

2. Теоретическая часть

Ожирение является распространенным нарушением обмена веществ и серьезной социальной проблемой в экономически развитых странах. ВОЗ рассматривает ожирение как эпидемию: в 1998 г. в мире зарегистрировано 250 млн. больных ожирением. В настоящее время в большинстве стран Западной Европы и США ожирением (ИМТ>30) страдают от 20 до 25% населения. Избыточную массу тела (ИМТ >25) в индустриально развитых государствах, кроме Японии и Китая, имеет около половины населения. Во многих странах мира за последние десять лет заболеваемость ожирением увеличилась в среднем в два раза. Эксперты ВОЗ полагают, что к 2025 г. число больных ожирением в мире составит 300 млн. Отмечается рост ожирения среди детей.

Социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидности пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний. К ним можно отнести сахарный диабет 2-го типа, артериальную гипертензию, дислипидемию, атеросклероз и связанные с ним заболевания, синдром ночного апноэ, гиперурикемию, подагру, репродуктивную дисфункцию, желчнокаменную болезнь, остеоартриты, некоторые онкологические заболевания (у женщин — рак эндометрия, шейки матки, яичников, молочных желез, у мужчин — рак предстательной железы; рак прямой кишки у лиц обоего пола), варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой. Снижение массы тела способствует уменьшению риска развития ишемической болезни сердца, мозговых инсультов, часто ведущих к летальному исходу.

2.1. Этиология

Ожирение в первую очередь связано с расстройством контроля аппетита и поддержания массы тела.

Можно выделить следующие факторы, определяющие развитие ожирения:

- генетические;
- демографические (возраст, пол, этническая принадлежность);

- социально-экономические (образование, профессия, семейное положение);
- психологические и поведенческие (питание, физическая активность, алкоголь, курение, стрессы).

Роль наследственно-конституциональной предрасположенности не вызывает сомнений: статистические данные свидетельствуют о том, что ожирение у детей худых родителей развивается примерно в 14% случаев по сравнению с 80%, если оба родителя имеют избыточную массу тела. Причем ожирение возникает не обязательно в детстве, вероятность его развития сохраняется на протяжении всей жизни.

Несомненна роль наследственности в ожирении. Наследоваться могут структура и функция систем, регулирующих алиментарное поведение, особенности метаболизма адипоцитов и миоцитов. Имеются наблюдения о том, что ожирение развивается в нескольких поколениях одной и той же семьи. Отмечена высокая конкордантность по этому признаку у однояйцовых близнецов.

В настоящее время найдено несколько генов, отвечающих за развитие ожирения в организме. Определены различные локусы хромосом, которые несут генетическую информацию, связанную с развитием ожирения. Важное место занимают факторы внешней среды. Имеют значение некоторые физиологические состояния организма - беременность, лактация, климакс. Ожирение чаще развивается после 40 лет, преимущественно у женщин. Низкая физическая активность или отсутствие адекватной физической нагрузки, создавая в организме избыток энергии, также способствуют увеличению массы тела.

2.2. Патогенез

Выделяют нейрогенные, эндокринные и метаболические механизмы возникновения ожирения.

2.3. Классификация (Петеркова В.А., Васюкова О.В., 2013)

1. По этиологии:

- Простое (конституционально-экзогенное, идиопатическое) – ожирение, связанное с избыточным поступлением калорий в условиях гиподинамии и наследственной предрасположенности.
- Гипоталамическое - ожирение, связанное с наличием и лечением опухолей гипоталамуса и ствола мозга, лучевой терапией опухолей головного мозга и гемобластозов, травмой черепа или инсультом.
- Синдромальное ожирение (при хромосомных и других генетических синдромах)
- Ожирение при нейроэндокринных заболеваниях (гиперкортицизме, гипотиреозе и др.)
- Ожирение ятрогенное (вызванное длительным приемом глюкокортикоидов, антидепрессантов и др. препаратов)
- Моногенное ожирение – вследствие мутации в генах лептина, рецептора лептина, рецепторов меланокортинов 3 и 4 типа, проопиомеланокортина, проконвертазы 1 типа, рецептора нейротрофического фактора - тропомиозин-связанной киназы B)

2. По наличию осложнений:

- нарушения углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак, инсулинорезистентность),
- синдром апноэ,
- неалкогольная жировая болезнь печени (жировой гепатоз и стеатогепатит как наиболее часто встречающиеся у детей состояния),
- артериальная гипертензия,
- желчно-каменная болезнь
- сахарный диабет 2 типа
- задержка полового развития (и относительный андрогеновый дефицит),
- ускоренное половое развитие,

- гинекомастия,
- синдром гиперандрогении,
- нарушения опорно-двигательной системы (болезнь Блаунта, остеоартрит, спондилолистез и др.),

3. По степени ожирения:

- I степень - масса тела больного превышает нормальную на 20-29 %;
- II степень - масса тела больного превышает нормальную массу на 30-49%;
- III степень - масса тела больного превышает нормальную массу на 50-99%;
- IV степень - масса тела больного превышает нормальную массу на 100 % и более.

Классификация и клиника, возрастные особенности тоже есть, гипоталамическое ожирение, генетические формы ожирения (из Шабалова).

I Первичное ожирение.

- Экзогенно-конституциональное. Часто родители или другие родственники имеют избыточную массу тела. Наследственная предрасположенность + образ жизни в семье (переедание, склонность к спокойным занятиям, гиподинамия, обильные приемы пищи на ночь). Клиника: развивается обычно в раннем возрасте, но может проявиться и у подростков, взрослых. Нередко ребенок рождается с крупной массой тела. Распределение ПЖК равномерное, избыток не превышает 50%, кожа нежная, эластичная. Дети физически активны, имеют нормальный интеллект. Течение может быть стабильным, но в периоде полового созревания, обычно у девочек, отмечается прогрессирование ожирения и развитие вторичного диэнцефального синдрома: быстро нарастает масса тела, появляются розовые, а затем и белые стрии на бедрах, груди, животе; артериальная гипертензия; головные боли, нарушения менструального цикла. У мальчиков – задержка полового развития. Для мальчиков в пубертате больше характерен регресс заболевания.

- Экзогенное (алиментарное, гиподинамическое). У детей без наследственной предрасположенности при явном перекорме и/или ограничении

подвижности. Степень ожирения может быть любой. Устранение причины ведет к нормализации веса.

II Гипоталамическое (диэнцефальное) ожирение.

- Первичное гипоталамическое. Может развиваться в любом возрасте через несколько месяцев после ЧМТ, наркоза, инфекции ЦНС, вследствие опухоли гипоталамических отделов мозга. Типичный симптом: булимия. Неравномерное распределение ПЖК: на животе в виде «фартука», в области VII шейного позвонка, на груди. Кожа цианотичная, с мраморностью, фолликулезом на наружной поверхности бедер, плеч, ягодицах. Розовые стрии, гиперпигментация на шее, в подмышечных, паховых складках. АД повышено. Головные боли, слабость, сонливость, боли в области сердца, одышку при физ.нагрузке и в покое. Возможны задержка полового развития, с. неправильного пубертата, нарушения менструального цикла. Диэнцефальное ожирение без лечения всегда прогрессирует.

- Смешанное. Наследственность по ожирению отягощена. В анамнезе часто осложненное течение перинатального периода (родовая травма, гипоксия, асфиксия), повторные травмы ЦНС; не исключается генетически обусловленный дефект рецепторов к лептину в гипоталамусе. Смешанное встречается чаще других форм диэнцефального ожирения. Обычно DS в 5-6 лет. Впервые месяцы жизни ребенок плохо прибавляет, аппетит снижен, нередко его кормят насильно. Могут быть нарушения сна, срыгивания, рвоты. Во втором полугодии аппетит повышается, больной начинает хорошо, а затем избыточно прибавлять массу. Скорость роста увеличена. В 3-5 лет формируется ожирение, которое к 8-10 годам достигает III-IV степени. Клиника и прогноз такие же, как у диэнцефального.

- Церебральное. Обширная травма головы, опухоль, нейроинфекции. Развивается как гипоталамическое ожирение в результате поражения ЦНС, сочетается с тяжелой неврологической патологией, нарушением интеллекта.

III. Вторичное ожирение

- Гиперкортицизм. Усиление глюконеогенеза и гиперинсулинемия в ответ на повышение уровня глюкозы в крови. Основной признак: сочетание ожирения с задержкой роста. Клиника синдрома (болезни) Иценко-Кушинга.
- Гиперинсулинизм. Избыток эндогенного инсулина при инсуломах; хроническая передозировка инсулина, гипогликемия, повышение аппетита, усиление липогенеза.
- Гипогонадизм. Дефицит андрогенов у мальчиков приводит к торможению липолиза
- Гипотиреоз. Торможение липогенеза при дефиците тиреоидных гормонов сочетается с еще более значительным торможением липолиза → ожирение
- Гипопитуитаризм. Уменьшение костной и мышечной, увеличение жировой массы при нормальных показателях веса для роста.
- ППП у девочек. Избыток эстрогенов, повышение липогенеза.

2.4. Клиническая симптоматология

Клинически ожирение вследствие лишней массы тела может приводить к тяжелым нарушениям функции многих органов и систем. В первую очередь это касается сердечно-сосудистой системы. При ожирении пропорционально увеличивается масса миокарда, что вызывает гипертрофию сердца.

Развивается сердечная недостаточность с одышкой при физической нагрузке, в тяжелых случаях — даже в состоянии покоя, с недостаточностью кровотока, стенокардитические боли в области сердца. Чаще всего диагностируют миокардиодистрофию, артериальную гипертензию, обусловленную гиперпродукцией глюкокортикоидов, сужением просвета сосудов крупного и среднего калибра вследствие тотального атеросклероза.

2.5. Клиническая картина.

Жалобы больных с ожирением могут быть разнообразными и зависят как от степени, так и от формы ожирения. Например, при вторичных формах ожирения больные могут предъявлять жалобы, характерные для основного заболевания

(гипотиреоза, болезни Иценко—Кушинга и др.). Больные с алиментарно-конституциональным ожирением I—II степени жалоб обычно не предъявляют. При ожирении III—IV степени появляются жалобы на одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость, сердцебиение, боли в области сердца, отеки нижних конечностей и др. При гипоталамическом ожирении могут быть жалобы, связанные с повышением внутричерепного давления (головные боли, нарушения зрения и т. д.).

При осмотре у больных с гипоталамическим ожирением могут выявляться стрии красно-фиолетового цвета на коже живота и внутренних поверхностей бедер. Из-за повышенной функции потовых и сальных желез у больных с ожирением могут развиваться экзема и пиодермия.

Вследствие высокого стояния диафрагмы и как следствие этого поверхностного дыхания больные с ожирением склонны к возникновению бронхитов и пневмонии. Гиповентиляция легких может обусловить у тучных больных возникновение гипоксии головного мозга с последующим нарушением ритма дыхания и патологической сонливостью (синдром Пикквика). Отмечается склонность к артериальной гипертензии и синусовой брадикардии. Больных могут беспокоить также изжога, тошнота, метеоризм. Часто образуются паховые и пупочные грыжи. У женщин могут наблюдаться нарушения менструальной функции, у мужчин — снижение потенции, увеличение молочных желез.

2.6. Диагностика.

1. Осмотр, взвешивание, оценка индекса массы тела (ИМТ), измерение при помощи сантиметровой ленты окружности талии и бедер. ИМТ рассчитывается как масса тела в килограммах, деленная на рост человека в метрах, возведенный в квадрат ($\text{кг}/\text{м}^2$)

2. Измерение окружности талии (ОТ) производится на середине расстояния между подреберьем и тазовой костью по срединно-подмышечной линии. В норме ОТ у женщин не более 80 см, у мужчин — 94 см. Окружность бедер (ОБ) измеряется ниже больших бедренных бугров. Ожирение расценивается как

абдоминальное при соотношении ОТ/ОБ свыше 0,85 у женщин и свыше 1,0 у мужчин.

3. Метаболический синдром диагностируется при выявлении комплекса характерных для него изменений. Согласно критериям Международной Федерации Диабета (IDF, 2005), диагноз МС устанавливается при наличии центрального ожирения (окружность талии > 94 см для европеоидов мужчин и > 80 см для женщин) в сочетании с любыми двумя из четырех нижеследующих изменений:

- увеличение уровня триглицеридов (ТГ) >150 мг/дл (1,7 ммоль/л) или специфическое лечение этого нарушения
- снижение содержания липопротеидов высокой плотности (ЛПВП): < 40 мг/дл (1,03 ммоль/л) у мужчин и <50 мг/дл (1,29 ммоль/л) у женщин, или специфическое лечение этого нарушения
- повышение артериального давления (АД): систолическое АД > 130 или диастолическое АД > 85 мм ст. ст. или лечение ранее диагностированной артериальной гипертензии
- повышение глюкозы натощак в плазме > 5,6 ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет 2 типа.

2.7. Профилактика ожирения

Рекомендации по профилактике хорошо известны и достаточно просты. Здоровый образ жизни, здоровое питание, физическая активность - под физической активностью подразумевается выполнение утренней гимнастики, двигаться (не менее 10 000 шагов в день) и др.

Правильное и здоровое питание предполагает выполнение простых и доступных правил. Питаться вовремя, не переедать, не пить воду из-под крана, а использовать качественные фильтры для воды, не есть всухомятку.

Не злоупотребляйте после плотной еды газированной водой. После еды содержащийся в газировке гидрокарбонат натрия вступает в реакцию с активно выделяемой в желудке после приема пищи соляной кислотой. Это приводит к

выделению большого количества двуокси углерода. Ее повышенное давление и избыток пищи закрывают вход в желудок, создают вздутие живота и боли.

Употребление чая после еды разбавляет желудочный сок и, соответственно, ухудшает пищеварение.

У детей необходимы соблюдения правил вскармливания и регулярный контроль физического развития ребенка путем систематического измерения роста и массы тела. Важно раннее выявление и лечение заболеваний, сопровождающихся гипоталамическим и эндокринным ожирением.

3. Роль медицинского персонала

Возможные проблемы пациента:

- дефицит информации о заболевании;
- беспокойство по поводу внешнего вида;
- избыточное повышение массы тела;
- снижение работоспособности;
- психоэмоциональная лабильность;
- апатия;
- сонливость;
- увеличение массы тела;
- утомляемость;
- риск развития осложнений

Целью сестринской деятельности является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. Медицинская сестра информирует пациента о заболевании, принципах лечения и профилактики, проводит подготовку к инструментальным и лабораторным методам исследованиям.

Сестринский уход за больным с ожирением включает в себя:

- наблюдение за состоянием пациента;
- контроль за изменением индекса массы тела (ИМТ) : должная масса тела вычисляется по формуле Кетле : $ИМТ = \frac{\text{масса тела}}{\text{рост}^2} \text{ (кг/м}^2\text{)}$;
- оказание постоянной психологической поддержки;

- контроль за соблюдением диеты и лечения, назначенных врачом, а также выявление побочных эффектов лекарственных препаратов;
- беседа с пациентом о мерах профилактики ожирения.

4. Заключение

Общим признаком всех форм ожирения является избыточная масса тела. Выделяют четыре степени ожирения. При I степени фактическая масса тела превышает идеальную не более чем на 29%, при II - избыток составляет 30-40%, при III степени-50-99%, при IV-фактическая масса тела превосходит идеальную на 100% и более . Иногда степень ожирения оценивается по индексу массы тела, вычисляемому по формуле: $\text{Масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$; за норму принимается индекс массы, составляющий 20-24,9, при I степени - индекс 25-29,9, при II - 30-40, при III - более 40. В России в среднем 30% трудоспособного населения имеют ожирение и 25% - избыточную массу тела. Повсеместно наблюдается рост случаев ожирения у детей и подростков. Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни в среднем от 3-5 лет при небольшом избытке веса, до 15 лет при выраженном ожирении.

Большинство из нуждающихся в этом лечении не могут к нему приступить и из-за непонимания основ в снижении веса, и из-за избытка рекламной информации, несоответствующей действительности. Большинству из приступивших к лечению не удается достичь нормальной массы тела, а достигнутые результаты чаще всего оказываются значительно меньше, чем ожидаемые. У большинства больных даже после успешного лечения наблюдается рецидив заболевания и восстановление исходной или даже большей массы тела.

5. Список литературы

1. Литвицкий П.Ф. / Патофизиология: Учебник: 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003 г, Т.1.
2. Патологическая физиология: Учебн. для студентов мед. вузов / Зайко Н.Н., Быць Ю.В., Атаман А.В. и др.; Под ред. Зайко Н.Н. и Быця Ю.В. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2002 г.
3. Раков А.Л. Глобальная эпидемия ожирения // Новая аптека. Аптечный ассортимент, 2008 г - № 6 с. 11
4. Шутова В.И., Данилова Л.И. Ожирение, или синдром избыточной массы тела // Медицинские новости, 2004 г - № 7 с. 41-47
5. Агаджанян Н. А. Адаптация и резервы организма. - М.: Физкультура и спорт, 2013. - 176 с.
6. Беюл Е. А., Оленева В. А., Шатерников В. А. Ожирение. М. Медицина, 2015. - 190 с.

Интернет ресурс:

1. http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/obesity
2. <https://works.doklad.ru/view/Ces8jrs8gYo.html>
3. <https://studfiles.net/preview/6056731/page:47/>
4. <http://www.estetik-s.com/maillist1.shtml>

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 3 группы

Винтер Екатерины Владимировны

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

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

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

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)

Деревянченко М.В.