



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

Выполнила:

Студентка 2 курса 4 группы
педиатрического факультета
Салаутина Ксения Евгеньевна

Волгоград 2018г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель научно-исследовательской работы.....	4
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	4
4. Теоретическая часть.....	4
5. Роль медицинского персонала.....	11
6. Вывод.....	12
7. Список литературы.....	13

Введение

Ожирение это увеличение массы тела на 10% и более от максимальной по росту, возрасту и полу за счет жировой ткани.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, во всем мире лишний вес имеют более миллиарда человека. Проблема ожирения актуальна даже для стран, в которых большая часть населения постоянно голодает, а в промышленно развитых странах она уже давно стала серьезным аспектом общественного здоровья.

Эта проблема касается всех слоев населения независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста, места проживания и пола. Так, в странах Западной Европы избыточную массу тела имеет от 10 до 20% мужчин и от 20 до 25% женщин. В некоторых регионах Восточной Европы доля людей, страдающих ожирением, достигла 35%. В России в среднем 30% трудоспособного населения имеют ожирение и 25% - избыточную массу тела.

Больше всего тучных людей в США: в этой стране избыточная масса тела зарегистрирована у 60% населения, а 27% - страдают ожирением. По подсчетам экспертов, ожирение является причиной преждевременной смерти около 300 тыс. американцев в год. В Японии представители общества по изучению ожирения признались, что проблема ожирения в стране приобретает характер цунами, угрожая здоровью нации. Повсеместно наблюдается рост случаев ожирения у детей и подростков. Ожирение и связанные с ним заболевания становятся тяжелым экономическим бременем для общества. В развитых странах мира на их лечение тратится 8-10% годовых средств, выделяемых на здравоохранение.

Американскому бюджету это обходится в 70 млрд. долл. ежегодно, в Великобритании расходы составляют около 12 млн. фунтов стерлингов.

Цель

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

Задачи

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

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.

Этиология

Основным звеном патогенеза ожирения является положительный энергетический баланс. При условии преобладания поступления энергии в организм человека в виде продуктов над ее затратами, в том числе за счет рациональной физической активности, избыток энергии в виде жиров аккумулируется в жировых клетках — адипоцитах, что приводит к их гиперплазии и увеличению массы тела. Однако даже в случае повышения массы тела у здоровых лиц функционируют центры голода и насыщения, расположенные соответственно в вентромедиальных и вентролатеральных ядрах гипоталамуса, что способствует ограничению потребности в пищевых веществах и усилению основного обмена, благодаря которому поддерживается идеальная масса тела. В процесс вовлекаются тиреоидные гормоны, а также лептин — гормон жировой ткани, инсулин, эндорфины.

В патогенезе алиментарно-конституционального ожирения большое значения имеют социальные и бытовые условия, обычаи, в частности в мусульманских странах. Установлен факт семейной склонности к ожирению, главным образом вследствие нерационального несбалансированного питания и преобладание в рационе жиров, особенно в случае сочетания с малоподвижным образом жизни.

Потребление продуктов с высокой энергетической ценностью приводит к инсулинизму, который вместе с абдоминальным ожирением, нарушением толерантности к глюкозе, нарушением гомеостаза, гиперурикемии, микроальбуминурии, артериальной гипертензии и расстройствами липидного обмена формирует комплекс симптомов.

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.
- 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)

- Синдромальное ожирение (при хромосомных и других генетических синдромах)

2. По наличию осложнений:

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

3. По степени ожирения:

- SDS ИМТ 10-25%- I степень
- SDS ИМТ 26-49%- II степень
- SDS ИМТ 50-99%- III степень
- SDS ИМТ \geq 100%-IV степень.

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 прогрессирующее ожирение и развитие вторичного дизэнцефального 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 наследственного 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. В первые 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 à ожирение
- Гипопитуитаризм. Уменьшение костной и мышечной, увеличение жировой массы при нормальных показателях веса для роста.
- ППП у девочек. Избыток эстрогенов, повышение липогенеза.

Клиническая симптоматология

Клинически ожирение вследствие лишней массы тела может приводить к тяжелым нарушениям функции многих органов и систем. В первую черту это касается сердечно-судистой 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.

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.

Болезни, причинно связанные с ожирением

Абсолютно точно доказана связь между избытком веса и такими заболеваниями как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, злокачественные опухоли, желчнокаменная болезнь и некоторыми другими. У половины больных ожирением наблюдается повышение артериального давления. А у худых этот показатель едва ли превышает 10 %. Атеросклероз (отложение жиров и холестерина на стенках артерий) у тучных встречается в 65 % случаев. В 50 % случаев сужение сердечных сосудов из-за этих отложений выражено настолько сильно, что мы видим ишемическую болезнь сердца и стенокардию – приступы сердечных болей. Инфаркты миокарда как прямое следствие атеросклероза сердечных сосудов у тучных людей наблюдаются в 4–5 раз чаще, чем при нормальном весе.

Сахарный диабет – очень опасное заболевание. Избыток сахара в крови приводит к поражению почек и к развитию их недостаточности, к слепоте, к поражению сосудов конечностей и гангрене. Так вот, если диабет развивается у человека старше 35 лет, то в 8 случаях из десяти он развивается у больного ожирением, и диабет не развился бы, если бы этот человек имел нормальный вес.

Нелишне напомнить, что атеросклероз и ишемическая болезнь сердца – наиболее частые причины смерти. Гипертоническая болезнь занимает в этом списке третье место, а сахарный диабет – четвертое.

Также нередко наблюдаются гинекологические проблемы у полных женщин: нарушение цикла, кровотечения, бесплодие, рост волос на лице и туловище (так называемый гирсутизм). И проблемы тем более выражены, чем больше избыточный вес. Объяснить это можно гормональными нарушениями в женском организме, связанными с избытком жировой ткани. Избыток жира приводит к относительному увеличению количества мужских половых гормонов. После значимого снижения веса наблюдается и значительное улучшение состояния. Неоднократно были отмечены случаи улучшения состояния здоровья при снижении веса. У многих пациенток восстановился цикл, а некоторые добились своей цели и забеременели после снижения веса.

У мужчин с ожирением связаны другие проблемы – количество мужских гормонов уменьшается. Отсюда уменьшение полового влечения, потенции, а иногда и увеличение грудных желез.

Желчно-каменная болезнь (образование камней в желчном пузыре и в желчных протоках) – наиболее частая причина операций на желчном пузыре, так же в основном проблема тучных людей. У худых камни в желчном пузыре встречаются гораздо реже. Кстати, полные люди чаще имеют осложнения после оперативного лечения и чаще умирают от наркоза и осложнений операции.

Остеохондроз (разрушение и истончение межпозвоночных хрящей с защемлением межпозвоночных нервов) – чрезвычайно распространенное

заболевание. Но у полных людей вследствие ежедневной чрезмерной нагрузки на позвоночник оно встречается гораздо чаще.

Даже *раковые опухоли*, по данным статистики, значительно чаще возникают у людей с избыточным весом. В научной литературе имеются данные о ряде серьезных исследований, демонстрирующих, что у больных ожирением значительно чаще, чем у худых развивается рак почки, рак толстой кишки, рак легких, рак молочной железы и опухоли женской половой сферы.

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.

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 [6]. 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.

Вывод

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: $\text{Масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$ (в квадрате); 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.

Список литературы

1. Литвицкий П.Ф. / Патофизиология: Учебник: 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2013 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, 2010 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, 2008 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.

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 4 группы

Салаутиной Ксении Евгеньевны

**(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.