

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**(Н И У «Б е л Г У»)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК сестринского дела**

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В  
ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051504  
Кулаковского Владислава Александровича**

Научный руководитель:  
преподаватель Дроздовская Е.В.

Рецензент: врач-терапевт участковый,  
врач общей практики (семейный врач),  
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.  
Белгорода»,  
поликлиническое отделение №1  
Сухаревская С.А.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |    |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ.....  | 3  |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ<br>ОЖИРЕНИЯ .....  | 6  |
| 1.1. Понятие, классификация, причины ожирения.....   | 6  |
| 1.2. Факторы риска возникновения ожирения .....  | 11 |
| 1.3. Клинические проявления и симптомы ожирения.....   | 15 |
| 1.4. Осложнения и диагностика заболевания.....   | 18 |
| 1.5 Лечение и профилактика ожирения .....  | 22 |
| ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО<br>УХОДА ПРИ ОЖИРЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «ЯКОВЛЕВСКОЙ ЦРБ» .. | 29 |
| 2.1. Организация исследования .....  | 29 |
| 2.2. Результаты собственного исследования особенностей сестринского<br>ухода при ожирении.....                     | 29 |
| 2.3. Рекомендации медицинским сестрам, участвующим в организации<br>сестринского ухода при ожирении.....           | 39 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....   | 41 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....   | 42 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ .....   | 45 |

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время ожирение стало одной из наиболее важных медико-социальных проблем в мире в связи с его высокой распространенностью и существенными затратами на преодоление его последствий. Распространенность избыточной массы тела и ожирения в Российской Федерации составляют 59,2% и 24,1% соответственно [11, с.8].

По данным доклада ООН, в 2019 году Российская Федерация занимала 19-е место среди всех стран мира по распространенности ожирения, отставая от возглавлявших список Мексики и США на 8%. По данным многоцентрового (11 регионов РФ) наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации) с участием 25 224 человек в возрасте 25–64 года распространенность ожирения в популяции составила 29,7% [25, с.3].

За последние три десятилетия распространенность избыточной массы тела и ожирения в мире выросла почти на 30–50% среди взрослых и детей соответственно.

Сегодня ожирение рассматривается не только как важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа (по данным Всемирной организации здравоохранения, избыточная масса тела и ожирение определяют развитие до 44–57% всех случаев сахарного диабета 2-го типа, 17–23% случаев ишемической болезни сердца, 17% — артериальной гипертензии, 30% — желчнокаменной болезни, 14% — остеоартрита, 11% — злокачественных новообразований), но и нарушения репродуктивной функции и повышенного риска развития онкологических заболеваний.

В целом ожирение по экспертным оценкам приводит к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности в 4 раза и смертности в результате онкологических заболеваний в 2 раза [26, с.5].

В связи с ростом ожирения не только в России, но и во всем мире, а также недостатку медицинской литературы по вопросам сестринского сопровождения пациентов с ожирением данное исследование является актуальной.

**Цель исследования:** определить значение сестринской деятельности в профилактике ожирения.

**Объект исследования:** пациенты, с ожирением на базе ОГБУЗ «Яковлевской ЦРБ».

**Предмет исследования:** значение сестринской деятельности в профилактике ожирения.

Для достижения цели в процессе исследования решались следующие **задачи:**

1. Рассмотреть понятие, классификацию и причины ожирения.
2. Изучить факторы риска возникновения ожирения.
3. Определить клиническую картину и симптомы заболевания.
4. Определить диагностику, лечение и профилактику ожирения.
3. Провести исследования особенностей сестринского ухода при ожирении на примере ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ».
4. Разработать рекомендации медицинским сестрам, участвующим в организации сестринского ухода при ожирении.

**Гипотеза исследования:** осуществление качественной помощи и надлежащего ухода со стороны медицинского персонала к пациентам с ожирением в значительной степени поможет пациентам пройти этап реабилитации и существенно снизить вес достаточно комфортно.

**Методы исследования:** теоретические методы (анализ, сравнение, обобщение литературы по проблеме); эмпирические (психодиагностические методики); анкетирование; методы количественной обработки данных, интерпретационные методы (качественный анализ – описание результатов исследования).

**Структура работы.** Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений.

**База исследования:** ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ».

**Время исследования:** 2018-2019 гг.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ОЖИРЕНИЯ

## 1.1. Понятие, классификация, причины ожирения

Ожирение – чрезмерное накопление жира в подкожном слое и внутренних органах. Диагноз ставится тогда, когда масса тела пациента превышает норму более чем на 20%. Ожирение относится к болезням образа жизни, в современном мире носит характер эпидемии, так как в той или иной мере от него страдает треть населения планеты [2, с.12].

Дисбаланс распределения поступающей с пищей энергии заставляет организм запасать жиры. Потребляемые с продуктами калории должны коррелировать с энергетическими затратами на дыхание, терморегуляцию, движение, мыслительную деятельность.

Вариантов воспользоваться калориями из белков, жиров, углеводов у организма два: использовать мгновенно для базовых функций, активной работы; запастись для будущих нужд (сахара откладываются в виде гликогена в печени и мышцах, жиры — в виде триглицеридов в жировой ткани). Количество поступающей энергии зависит не только от калорийности, но и от способа приготовления, временного промежутка между приемами пищи [15, с.33].

В 90% случаев ожирение – результат образа жизни, нарушений в режиме питания и двигательной активности, а именно: длительные интервалы между приемами пищи и чрезмерные порции; переизбыток вечером; еда перед сном; большое количество углеводов и жиров (особенно кондитерских и животного происхождения) при недостатке клетчатки и пищевых волокон; избыточное получение калорий по сравнению с их расходом; отсутствие физической стимуляции мышечной ткани к участию в переработке жира; семейная предрасположенность и психогенное переизбыток.

Оставшиеся 10% обусловлены нарушениями в работе органов и систем: эндокринные заболевания (расстройства работы гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной железы, нарушение эндокринной функции поджелудочной железы, надпочечников); влияние гормональных препаратов (КОК, стероидов, инсулина); генетически обусловленный недостаток ферментов липолиза (расщепления жиров); опухоли головного мозга.

Рассмотрим классификации ожирения по различным признакам.

В основу классификации легли 3 основные формы ожирения [20, с. 52]: алиментарное, церебральное, эндокринное.

1. Первое характеризуется избыточной калорийностью питания при малой физической активности.

Его еще называют экзогенным (т.е. пища как внешний фактор, также употребляют название «алиментарно-конституционное» (наследственная предрасположенность), оно занимает 80% всех форм ожирения.

2. Церебральная форма образуется при поражении головного мозга (гипоталамическая область), где находятся пищевые центры.

3. Эндокринная форма может возникать при заболеваниях эндокринных желез (половых, щитовидной, надпочечников).

Иногда встречаются смешанные формы ожирения.

Классификация по степеням. В основу самой известной классификации легли степени ожирения, которые определяются по индексу массы тела (ИМТ), высчитываемого по формуле [21, с.68]:

$$\text{ИМТ} = m (\text{вес в кг}) / h^2 (\text{рост в м}), (1)$$

Индекс массы тела (ИМТ)— отношение веса к росту, часто используется для классификации ожирения и избыточного веса. Индекс рассчитывается как отношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах (кг/м<sup>2</sup>). Однако ИМТ следует считать приблизительным критерием, т.к. он может не соответствовать одинаковой степени упитанности у разных людей

Для наглядности представим таблицу, в которой указаны значения ИМТ и соответствующие им стадии ожирения (Приложение 1).

Выделяют три основные степени ожирения [12, с.21]:

I степень. Начальный этап заболевания. Вес превышает норму, талия теряет свои очертания. Всё чаще подскакивает давление, потоотделение усиливается, пешком без одышки пройти несколько сот метров уже невозможно. Если изменить образ жизни и начать лечение под наблюдением специалистов, лишние килограммы могут уйти и больше не вернуться. Выздоровление возможно.

II степень. Заметно невооружённым глазом. Становится очень трудно ходить и выполнять элементарные физические нагрузки. Всё чаще лёгкие дают сбой. Даже наклониться, чтобы помыть полы или завязать шнурки, уже сложно. Самое время начать что-то делать. Шансы на выздоровление есть, хотя это займёт очень много времени (от 1 до 3 лет).

III степень. Это уже не просто заболевание, а настоящая патология, с трудом поддающаяся лечению. Давление при этом зашкаливает, суставы болят, развивается диабет и множество других сопутствующих заболеваний. Налицо раздражительность, комплексы и депрессивное состояние. Основные методы лечения — хирургические, так как остальные оказываются неэффективными.

Эндокринная классификация. Следующая классификация предлагает типы ожирения, которые обусловлены неправильной работой эндокринной системы — желез внутренней секреции, выделяющих синтезируемые ими гормоны прямо в кровь.

Печеночный. Если висцеральный жир захватывает печень и мешает ей полноценно функционировать, имеет место быть печеночный тип заболевания. Происходит это чаще всего из-за переедания углеводов. Заканчивается при отсутствии лечения, всё очень плачевно — либо сахарным диабетом, либо полным отказом печени.

Надпочечный. Один из самых распространённых типов — надпочечный. Назван так, потому что диагностируется чаще всего среди тех, кто страдает от опухоли или просто увеличения надпочечников. Организм обычно слишком

быстро усваивает пищу, и поэтому вес может увеличиваться, даже если ограничить питание.

Такие люди отличаются плотным и мускулистым телосложением. Отложения образуются преимущественно из сахара, жиров и крахмалов.

Щитовидный. Третий вид — щитовидный. Главный симптом — отёчность ног. Сопровождается ослабленной работой печени и надпочечников. Второе название типа — тиреоидный, так как болезнь развивается на фоне снижения уровня трийодтиронина и тироксина — тиреоидных гормонов. В результате угнетаются все звенья обмена веществ [16, с.56].

Для данной патологии не характерны периодическая жажда, повышенный аппетит, полиурия или нарушение сна. Но при этом отмечаются симптомы гипотиреоза: слабость, плохая память, отёчность, снижение аппетита, запоры, метеоризм, сухая кожа, зябкость в конечностях, одышка при ходьбе, ломкость и выпадение волос, боль в сердце и за грудиной.

Гонатропный. Если передняя доля гипофиза уменьшает выработку фолликулина и лютеинового гормона, это провоцирует утолщения на бёдрах. В народе такой тип отложений называется «галифе». Обычно это наблюдается у подростков в период полового созревания из-за недостаточного развития яичников (яичек). Такое заболевание имеет ещё одно название — ожирение гипофизарного типа, в зависимости от отдела головного мозга, работа которого нарушается.

Данная классификация предлагает самые известные виды ожирения в зависимости от локализации жировых отложений.

Гиноидный. Гиноидный тип — это когда фигура напоминает грушу, т. е. жировые отложения локализуются преимущественно на бёдрах и ягодицах. Даже при похудении килограммы будут в первую очередь уходить с верхней части тела, что будет существенно затруднять весь этот процесс.

Главная причина заболевания — повышенная выработка женских половых гормонов. Поэтому его чаще всего и диагностируют у женщин.

Хотя изредка такое бывает и у мужчин, когда в их организме частично или полностью нарушается синтез тестостерона. Последствия ожирения по типу груша — варикозное расширение вен, геморрой, заболевания опорно-двигательного аппарата (артрит, остеохондроз, спондилез, коксартроз), венозная недостаточность, целлюлит [14, с.19].

Андроидный. Как правило, у мужчин диагностируется андроидный тип, когда жировые отложения накапливаются в основном в верхней части туловища и образуется так называемый «пивной» животик. Несмотря на столь ласковое название, болезнь на самом деле представляет серьёзную опасность не только для здоровья, но и для жизни. Большая часть отложений локализуется во внутренних органах, что приводит к повышенному давлению, бесплодию, импотенции, сахарному диабету, нарушению работы печени и почек. Формируется фигура по типу яблоко.

Жир, который скапливается в области брюшины, — абдоминальный (лат. *abdomen* — «живот»).

Тот, что уходит внутрь организма и опутывает собой органы (печень, сердце, почки), — висцеральный (лат. *viscera* — внутренности). Оба этих понятия часто используются для обозначения андроидного типа.

Смешанный. Обычно отмечается у детей, хотя у некоторых взрослых тоже встречается. Жир распределяется по телу равномерно. Опасность в том, что распознать заболевание сложно из-за его незаметного течения. Во-первых, прибавка в весе даже в 10 кг визуально практически не просматривается. Во-вторых, формируется висцеральный жир, который нарушает функционирование многих внутренних органов [18, с.43].

В медицинской практике есть также классификация по характеру течения заболевания: стабильное, когда вес не меняется длительное время; прогрессирующее, когда он постоянно увеличивается; резидуальное, когда даже после похудения локальные жировые отложения и некоторые осложнения в плане здоровья сохраняются в качестве остаточных явлений.

По месту локализации висцерального жира: сердце (другое название — бляшечный тип ожирения из-за развивающегося атеросклероза): жировая ткань поражает сердечную сумку; печень (жировой гепатоз): нарушается желчеобразование, в любой момент может начаться общая интоксикация организма; почки: наблюдаются застой мочи, формирование камней, развитие инфекций и воспалений; поджелудочная железа: нарушается работа всей пищеварительной системы [10, с.13].

Таким образом, – ожирение это избыточные жировые отложения в подкожной клетчатке, органах и тканях. К основным причинам ожирения относят: энергетический дисбаланс, генетические отклонения, эндокринные заболевания, прием некоторых препаратов, окружающая среда.

Самые распространённые классификации: по степени ожирения согласно индексу массы тела (формула Кетле: вес, поделенный на квадрат роста в метрах): ИМТ более 25 – предожирение; более 30 – I степень; более 35 – II степень; более 40 – III степень; увеличение массы тела более чем в 2 раза по сравнению с нормой – IV степень.

Вместе с тем, выделяют типы ожирения по локализации отложений: гиноидный (женский, нижний) – полнеют, в первую очередь, ягодицы и бедра; андронидный (мужской, верхний) – жир откладывается на животе (в сальнике), боках; смешанный – тело полнеет равномерно, в том числе конечности, шея, спина.

## **1.2. Факторы риска возникновения ожирения**

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.).

На вес человека влияют две группы факторов. Условно выделяют: изменяемые: образ жизни, привычки, окружающая среда; неизменяемые: возраст, семейный анамнез, отягощенная наследственность, раса, этническая принадлежность, пол. Рассмотрим данные факторы подробно.

**Образ жизни. Гиподинамия, неправильный режим питания, сна, хроническое стрессовое воздействие — основные факторы формирования ожирения по причине нездоровых привычек.**

Основные слагаемые неправильного питания: потребление излишка калорий; пища с обилием насыщенных и транс-жиров; употребление продуктов с подсластителями/сахарами. У людей с высоким ИМТ отмечается нехватка сна. Взаимосвязь между сном и распределением калорий подтверждается исследованиями: его недостаток влияет на секрецию гормонов, контролирующих аппетит. Острый стресс может вызвать потерю аппетита в первое время. При переходе в хроническую фазу происходит увеличение выделения кортизола, что, как описано выше, и вызывает постоянное чувство голода и набор веса [17, с.45].

Влияние среды. К факторам окружения, увеличивающим риски, относятся: положение в обществе (социально-экономический статус, доходы); инфраструктурные особенности места проживания — доступ к местам отдыха, наличие вблизи ресторанов быстрого питания и т. п.; небезопасная среда (экология): воздействие реагентов, признанных обезогенами (обладают эффектом долгосрочного воздействия на целые поколения — циклические соединения, компоненты табачного дыма, пестициды), влияющих на продукцию гормонов.

Возраст. За последние 40 лет количество подростков с ожирением возросло в 10 раз. У некоторых народностей детское ожирение встречается чаще (по статистике). Риск увеличения веса растет с возрастом. Отмечается тенденция роста случаев, когда люди со здоровым ИМТ начинают набирать вес

в молодом и среднем возрасте. Это происходит до 60–65 лет, после чего начинает превалировать потеря веса.

Наследственная предрасположенность. Присутствие определенных (одинаковых) участков кода ДНК в семьях, страдающих от избыточного веса, — научный факт, подтвержденный генетическими исследованиями.

**Расовая и этническая принадлежность, пол.** Глобальный анализ показал, что ожирение наиболее характерно для чернокожего населения, далее следуют латиноамериканцы, а затем — представители европеоидной расы. Этот ряд справедлив как для мужчин, так и для женщин. У азиатов самые низкие показатели ИМТ [19, с.18].

Ожирение чаще возникает у женщин, если сравнивать представителей одной этнической группы. Такая высокая частота связана со сложной эндокринной регуляцией, обусловленной задачей деторождения. Показатели выше из-за частой встречаемости синдрома поликистозных яичников (СПКЯ; у до 20 % женщин репродуктивного возраста), приводящего к их увеличению, нарушениям овуляции, снижению фертильности. Однако женщины запасают меньше «вредного» жира, такого как абдоминальный и висцеральный, характерного для мужчин.

Рассмотрим патогенез алиментарного ожирения [5, с.4].

1) Основной патогенетический механизм, ведущий к развитию ожирения – нарушение соотношения между калорийностью потребляемой пищи и энергозатратами организма, нерациональное питание (употребление жирной, высококалорийной пищи), неправильный режим питания (большая часть калорийной пищи потребляется в вечернее время, перед сном). Избыток триглицеридов, в виде которых в организм поступает энергия из пищи, откладываются в жировых клетках, вызывая их разрастание и увеличение массы тела.

2) Второй фактор – нарушение биохимических процессов расходования энергии при нормальной калорийности питания. Нарушение расходования энергии (снижение скорости метаболизма) обусловлено нарушением

окислительных процессов в связи с ферментативными и метаболическими дефектами, а также изменением состояния симпатической нервной системы, которая эти процессы регулирует.

В организме человека есть своеобразная буферная система, которая при адекватном увеличении потребляемой пищи увеличивает скорость метаболизма. Жировая ткань вырабатывает гормон лептин, рецепторы к которому имеют две изоформы и находятся в вентромедиальных, паравентрикулярных, дорзомедиальных и дугообразных ядрах гипоталамуса, а также во всех внутренних органах. Лептин осуществляет обратную связь между жировой тканью и гипоталамусом.

Действие лептина направлено на стимуляцию биохимических процессов, приводящих к снижению массы тела - он повышает расход энергии, подавляет чувство голода. Есть здоровые люди, у которых избыточное питание не приводит к увеличению массы тела, поскольку развиваются адаптивные реакции усиления метаболизма. У больных с ожирением подобные адаптационные процессы нарушены.

3) Влияние пептидов желудочно-кишечного тракта (холецистокинин, соматостатин, глюкагон, опиоиды), которые являются периферическими медиаторами сытости, а также нейропептидных моноамидов центральной нервной системы (последние влияют на количество принятой пищи и продолжительность ее применения): одни (опиоидные пептиды, норадреналин) увеличивают аппетит, другие (холецистокинин, дофамин, серотонин, кортиколиберин) снижают его.

4) Исследования показывают, что ожирение всегда сопровождается высоким уровнем лептина в крови. Предполагают, что при ожирении развивается резистентность к его действию.

5) Не вызывает сомнения значение наследственно-конституциональной предрасположенности: статистика показывает, что дети худых родителей приобретают ожирение в 14 % случаев, в то время как дети родителей с

избыточной массой тела - в 80 % случаев. Речь идёт о развитии ожирения как в детстве, так и в течении всей жизни.

б) Установлено значение в развитии ожирения изменения биохимических процессов в различных биологических состояниях организма – беременности, родов, лактации, климакса (у женщин и мужчин), а также возрастных и половых факторов.

7) Нарушение механизмов регуляции со стороны центральной нервной системы меняет пищевое поведение и вызывает соответствующие нейрогуморальные сдвиги в организме. Изменение центральной регуляции приводит к нарушениям потребления пищи, ферментативным и метаболическим нарушениям и отложению жира.

Таким образом, к основным факторам, способствующим развитию ожирения относятся: образ жизни, генетическая предрасположенность, демографические и социальные факторы (возраст, пол, национальность, уровень доходов, семейное положение).

### **1.3. Клинические проявления и симптомы ожирения**

Основными клиническими проявлениями ожирения являются избыточная масса тела, одышка при незначительной физической нагрузке, утомляемость, слабость, сонливость, боли в области сердца, сердцебиение, головная боль, потливость, ночное апноэ, храп, боли в правом подреберье, головокружение, отеки ног, сухость во рту, артралгии, запоры, варикозное расширение вен конечностей, эректильная дисфункция у мужчин, нарушение менструальной функции и гирсутизм у женщин.

При андроидном висцеральном типе ожирения фигура больного похожа на яблоко. Этот тип встречается преимущественно у мужчин и является неблагоприятным для здоровья, андроидное ожирение часто является спутником метаболического синдрома, заболеваний сердечно-сосудистой

системы, сахарного диабета второго типа, артериальной гипертензии, подагры, остеопороза [3, с.38].

Гиноидный (седалищно-бедренный) тип ожирения характерен преимущественно для женщин. Фигура в данном случае напоминает грушу. Ожирение в этом случае сопровождается заболеванием позвоночника, суставов и вен нижних конечностей.

ВОЗ определила относительный риск потери здоровья, связанный с ожирением. Увеличение индекса массы тела (ИМТ) более  $40 \text{ кг/м}^2$  провоцирует сахарный диабет типа 2, заболевание желчного пузыря, дислипотемию, инсулинорезистентность, дыхательную недостаточность, метаболический синдром. При увеличении индекса массы тела (ИМТ) до  $35\text{-}40 \text{ кг/м}^2$  возрастает риск ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, остеоартрита, гиперурикемии.

У пациентов с ожирением увеличивается риск рака молочных желез, эндометрия и толстой кишки, синдрома поликистозных яичников, патологии беременности и новорожденных. У женщин нарушается менструальная функция, возможно бесплодие, а у мужчин развивается гипогонадизм, гинекомастия.

Степень риска для здоровья зависит от степени ожирения и наличия осложняющих факторов - сахарного диабета, гиперлипидемии, гипертензии, пола, возраста, от увеличения соотношения объёма талии к объёму бёдер ОТ/ОБ более 1,0 для мужчин и более 0,85 для женщин [3, с.43].

Специфическим симптомом ожирения служит избыточная масса тела. Избыточные жировые отложения обнаруживаются на плечах, животе, спине, на боках туловища, затылке, бедрах, в тазовой области, при этом отмечается недоразвитие мышечной системы.

Изменяется внешний облик пациента: появляется второй подбородок, развивается псевдогинекомастия, на животе жировые складки свисают в виде передника, бедра принимают форму галифе. Типичны пупочная и паховая грыжи [9, с.19].

Пациенты с I и II степенью ожирения могут не предъявлять особых жалоб, при более выраженном ожирении отмечаются сонливость, слабость, потливость, раздражительность, нервозность, одышка, тошнота, запоры, периферические отеки, боли в позвоночнике и суставах.

У пациентов с ожирением III-IV степени развиваются нарушения деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем. Объективно выявляются гипертония, тахикардия, глухие сердечные тона. Высокое стояние купола диафрагмы приводит к развитию дыхательной недостаточности и хронического легочного сердца.

Возникает жировая инфильтрация паренхимы печени, хронический холецистит и панкреатит. Появляются боли в позвоночнике, симптомы артроза голеностопных и коленных суставов. Нередко ожирение сопровождается нарушениями менструального цикла, вплоть до развития аменореи.

Повышение потоотделения обуславливает развитие кожных заболеваний (экземы, пиодермий, фурункулеза), появление акне, стрий на животе, бедрах, плечах, гиперпигментации локтей, шеи, мест повышенного трения [1, с.57].

Ожирение различных видов имеет сходную общую симптоматику, различия наблюдаются в характере распределения жира и наличии либо отсутствии признаков поражения эндокринной или нервной систем. При алиментарном ожирении масса тела нарастает постепенно, жировые отложения равномерные, иногда преобладают в области бедер и живота. Симптомы поражения эндокринных желез отсутствуют.

При гипоталамическом ожирении тучность развивается быстро, с преимущественным отложением жира на животе, бедрах, ягодицах. Отмечается повышение аппетита, особенно к вечеру, жажда, ночной голод, головокружение, тремор. Характерны трофические нарушения кожи: розовые или белые стрии (полосы растяжения), сухость кожи [7, с.75].

У женщин могут развиваться гирсутизм, бесплодие, нарушения менструального цикла, у мужчин – ухудшение потенции.

Возникает неврологическая дисфункция: головные боли, расстройство сна; вегетативные нарушения: потливость, артериальная гипертония.

Эндокринная форма ожирения характеризуется преобладанием симптомов основных заболеваний, вызванных гормональными нарушениями. Распределение жира обычно неравномерное, отмечаются признаки феминизации или маскулинизации, гирсутизм, гинекомастия, кожные стрии. Своеобразной формой ожирения является липоматоз – доброкачественная гиперплазия жировой ткани.

Проявляется многочисленными симметричными безболезненными липомами, чаще наблюдается у мужчин. Также встречаются болезненные липомы (липоматоз Деркума), которые располагаются на конечностях и туловище, болезненны при пальпации и сопровождаются общей слабостью и местным зудом [8, с.85].

Таким образом, можно выделить основные симптомы ожирения: увеличение частей тела, изменение их соотношения; эстетические дефекты: второй подбородок, псевдогинекомастия, «передник» на животе; стрии (растяжки); грыжи. По мере прогрессирования присоединяются: одышка, тахикардия (из-за высокого стояния купола диафрагмы); изжога, эзофагеальный рефлюкс; храп, ночное апноэ (из-за разрастания небной занавески); снижение мышечной массы (из-за преобладания жировой ткани); боли в суставах (из-за увеличения нагрузки); эпизодическое повышение давления; нарушение менструального цикла, потенции. Со временем функциональные расстройства превращаются в органические и системные заболевания.

#### **1.4. Осложнения и диагностика заболевания**

Высокое значение ИМТ, признаки нездорового распределения жира (параметры фигуры) являются основными диагностическими показателями. Расположение жировых отложений влияет на риск осложнений.

Так, накопление висцерального жира, окружающего органы внутри брюшной полости, оказывает большее влияние на хронизацию воспалительных заболеваний. Высвобождая воспалительные факторы, он приводит к устойчивости организма к инсулину, провоцирует изменения в печени, активирует опухолевые процессы. Этот механизм у пациентов с ожирением находится пока на стадии исследования.

К осложнениям, которые могут возникать при ожирении, относят: метаболический синдром; диабет 2-го типа; высокий уровень холестерина, триглицеридов в крови; заболевания сердца, сосудов (гипертония, атеросклероз, инсульт); респираторные заболевания (обструктивное апноэ во время сна, астма, синдром ожирения-гиповентиляции — синдром Пиквика); боли в спине; остеоартрит (воспаление вызывает повреждение хряща и кости сустава); неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП); недержание мочи (ожирение ослабляет мышцы таза, характерно в большей степени для женщин); болезни желчного пузыря; депрессия, эмоциональные проблемы (низкая самооценка детей); раковые заболевания (пищевода, толстого и тонкого кишечника, яичников, желчного пузыря, молочной железы, печени) [4, с.8].

Диагностика ожирения преследует следующие цели: установление факта ожирения; определение степени и типа ожирения; установление причин ожирения; выявление патологических изменений внутренних органов и систем – вероятных причин и осложнений ожирения; разработка оптимальной тактики лечения ожирения. С этой целью проводится внешний осмотр, комплекс лабораторных и инструментальных исследований.

Внешний осмотр. Даже II степень данной патологии видна «невооруженным глазом», а тяжелое ожирение III –IV степени буквально бросается в глаза. Тем не менее, для более детальной диагностики без антропометрических данных не обойтись. Важнейшие из них, масса тела и рост, позволяют рассчитать индекс массы тела (ИМТ), на основании которого определяется степень ожирения.

Другие антропометрические показатели – окружность талии, бедер, грудной клетки, толщина жировой складки (измеряется на передней брюшной стенке калипером, по внешнему виду похожим на штангенциркуль).

На основании этих показателей можно установить тип ожирения (абдоминальный, гиноидный, смешанный, и др.), определить процент жира в организме, и соответственно, процент скучной массы тела – важнейшие показатели ожирения. Расчет показателей проводится с помощью специальной программы - диетического калькулятора.

Кроме того, в ходе врачебного осмотра оценивается цвет и чистота кожных покровов, слизистых оболочек, измеряется артериальное давление, подсчитывается частота дыхания, тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), частота пульса, аускультируется (выслушивается) дыхание и сердцебиение [22, с.28].

Наряду с этими объективными данными детализируются жалобы пациента (одышка, пищеварительные расстройства), собирается анамнез – информация о давности ожирения, вероятных причинах, проводимых ранее мероприятиях по его устранению, результативности этих мероприятий. Информация, полученная в ходе внешнего осмотра, в значительной степени влияет на выбор методов инструментальной и лабораторной диагностики.

Лабораторная диагностика ожирения включает в себя [22, с.35]:

Общий анализ крови – для диагностики возможной анемии, сгущения крови, лейкоцитоза при ожирении. Данные отклонения имеют минимальное диагностическое значение. Их наличие служит показанием к более углубленным исследованиям.

Биохимия крови. Важнейший биохимический показатель – уровень глюкозы в крови, повышение которого с большой вероятностью указывает на сахарный диабет – частое осложнение ожирения.

Другой, не менее важный показатель – холестерин и его низкоплотная фракция, ответственная за развитие атеросклероза. Может возникнуть

необходимость и в определении уровня других показателей – билирубина, трансаминаз, ферментов, азотистых шлаков.

Коагулограмма – используется для диагностики нарушений свертывания крови.

Гормоны – определение гормонов щитовидной железы, гипофиза, надпочечников, мужских и женских половых гормонов может иметь решающее значение для выявления причин ожирения и особенностей его клинического течения.

Общий анализ мочи и специфические пробы (по Зимницкому, Аддис-Каковскому) – используются для диагностики нарушения функции почек.

Молекулярно-генетические исследования. В ходе этих исследований используется любая ткань – кровь, фрагмент кожи, слизистой оболочки. На основе полученных данных исследуется геном человека, составляются генетические карты. Это помогает установить наследственный фактор ожирения. Обследуется не только пациент, но и его ближайшие родственники.

Инструментальные исследования ожирения.

Среди инструментальных исследований, используемых в диагностике ожирения [23, с. 54]:

КТ (компьютерная томография). Является разновидностью рентгеновского исследования. Сама по себе рентгенография в классическом варианте при диагностике ожирения малоинформативна. Может лишь использоваться с контрастированием для диагностики возможных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта при ожирении. КТ позволяет получить серию снимков заданной области в виде поперечных срезов.

С помощью КТ можно оценить не только толщину подкожного слоя, но и степень выраженности внутреннего (висцерального жира), а также патологию внутренних органов.

МРТ (магнитно-резонансная томография, ядерный магнитный резонанс). Отличается большей точностью, чем КТ. МРТ основана на регистрации

изменения физических свойств атомных ядер под действием внешнего магнитного поля.

Денситометрия. В основе данного метода – поглощение энергии рентгеновского излучения тканями с различной плотностью. Позволяет определить количество жировой ткани, а также выявить остеопороз (снижение плотности костей) которое часто отмечается при ожирении.

УЗИ. В ходе ультразвукового исследования можно оценить степень выраженности подкожного слоя, а также диагностировать структурные изменения внутренних органов (сердце, печень, почки, поджелудочная железа) при ожирении.

Импедансометрия. Данный метод основан на измерении биоэлектрического сопротивления (импеданса) различными тканями при прохождении по ним слабого электрического тока. Жировая ткань в силу своих физических свойств имеет максимальное сопротивление, электрическому току для ее прохождения нужно большее, чем для других тканей время, что отображается на полученных результатах.

Стоит отметить, что на основании только одного исследования, даже самого современного, нельзя в полной мере судить о характере течения патологии, ее осложнениях. Все должно оцениваться в комплексе. В связи с этим, в диагностике и последующем лечении ожирения участвуют эндокринологи, кардиологи, лаборанты, специалисты по функциональной диагностике. Таким образом, для диагностики ожирения необходимо учитывать анамнез, данные осмотра пациентов, объективные признаки и лабораторные данные.

## **1.5 Лечение и профилактика ожирения**

Возможные виды терапии включают использование программ для похудения, изменение образа жизни, применение препаратов или проведение

хирургической операции. Выбор зависит от состояния конкретного пациента и тяжести ожирения. Вместе с тем, схема терапии зависит от причины болезни:

Алиментарное ожирение лечит диетолог: составит диету, вместе со специалистом ЛФК подберет оптимальный уровень физической нагрузки с учетом проблемных зон, назначит препараты, влияющие на метаболизм, аппетит, всасываемость жира и т. д.

К лечению психогенного ожирения привлекаются психологи и психотерапевты, которые проведут специальные тренинги, назначат антидепрессанты.

Симптоматическое ожирение может только корректироваться диетой или упражнениями, единственным методом лечения станет борьба с основным заболеванием.

При ожирении III–IV степени применяется бариатрическая хирургия (резекция или бандаж желудка).

При лечении ожирения поэтапно решаются следующие задачи [24, с.17]:

1. Стабилизация веса (нет нарастания ИМТ).
2. Снижение ИМТ на фоне модификации образа жизни с целью снизить риск развития осложнений.
3. Снижение ИМТ на 10% от исходной величины с явным снижением факторов риска.
4. Нормализация массы тела.

В настоящее время наиболее безопасной и вместе с тем эффективной считается методика постепенного (0,5—1,0 кг в неделю) снижения веса в течение 4-6 месяцев и удержание результата в течение длительного времени, при этом теряется 5—15% от исходной массы тела, преимущественно за счет жировой ткани, а не за счет потери мышечной массы, жидкости или костной массы. Такой темп снижения веса достаточно легко достигается больным, является безопасным и при нем риск рецидива набора веса наименьший.

Следует разработать план питания в контексте контролируемого потребления калорий.

Для уменьшения калорийности питания рекомендуется: ограничение потребления пищи с высокой энергетической плотностью (включая пищу, содержащую животные жиры, другие продукты с высоким содержанием жиров, кондитерские изделия, сладкие напитки и т.д.) и выбор пищи с низкой энергетической плотностью (например, крупы, фрукты, овощи; прекращение употребления пищи быстрого приготовления и продукции сетей быстрого питания; ограничение употребления алкоголя (для пациентов, потребляющих алкоголь, — употребление <2 порций для мужчин и <1 порции для женщин в сутки). Одна порция алкоголя = 10 мл (8 г) этанола (спирта) [27, с. 6].

Для успешного лечения алиментарного ожирения необходимо выработать у больного мотивацию к похудению, изменения образа жизни, сосредоточить его внимание на постепенном снижении массы тела. Задача состоит в том, чтобы потерять 5 -10% массы тела за 6-12 месяцев {0,5-1 кг в неделю).

Подобный подход снижает инсулинорезистентность, нормализует артериальное давление, выравнивает дислиппротеидемию. В дальнейшем необходимо удерживать достигнутые результаты, лечить заболевания, ассоциированные с ожирением. Это дает возможность снизить общую смертность на 20%, смертность от онкологических заболеваний - на 40%, риск развития сахарного диабета - на 50%.

Ведущее место в терапии ожирения принадлежит рациональному питанию. Оно должно быть индивидуальным с учётом возраста, пола, физической активности и особенностей пищевых привычек больного.

Для этого рекомендуется субкалорийная диета - суточная калорийность пищи для женщин не выше 1200 ккал, а для мужчин 1500 ккал. Прием пищи в течение суток предусматривает три основных и 2 дополнительных приёма. Сбалансированный рацион включает: белки - 15%, углеводы - 55-60%, жиры - до 30% суточной калорийности [6, с.35].

Из продуктов белкового происхождения рекомендуется мясо, рыба, молочные продукты, яичный белок, а растительного происхождения - фасоль, горох, соя, грибы, злаки. Источниками жиров животного происхождения

является сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, рыбы, колбасы, молочные продукты. В диете больных ожирением предпочтение отдается растительным маслам - подсолнечному, кукурузному и оливковому,

Для получения углеводов желательно использовать продукты, из которых углеводы медленно всасываются. Это хлеб из муки крупного помола, особенно богатые клетчаткой отруби из пшеницы, ржи, овса, которые стимулируют перистальтику кишечника, имеют сорбционные свойства, гипохолестеринемическое и сахароснижающее действие.

Важным компонентом терапии ожирения является физическая активность. Она увеличивает расход энергии, способствует снижению массы тела, артериального давления, уровня липидов, уровня гликемии. Физическая активность снижает риск ишемической болезни сердца в большей степени, чем снижение массы тела. Увеличение физической активности должно быть постепенным, включая работу дома, ходьбу, танцы, садоводство, групповые и индивидуальные занятия упражнениями. Продолжительность физических упражнений может быть по 20-30 мин ежедневно (3 - 5 часов в неделю). Физическая активность должна быть компонентом изменения стиля жизни больного.

Если диетотерапия и физические упражнения в течение 3-6 месяцев не снижают массу тела на 10%, то при наличии индекса массы тела (ИМТ) > 30 кг/м<sup>2</sup> назначается медикаментозная терапия ожирения: сегодня широко используются препараты орлистат и сибутрамин.

Препарат орлистат как ингибитор панкреатической липазы снижает абсорбцию жиров пищи на 25-30%. Его принимают по 120 мг в капсуле до, во время или после основного приема пищи трижды в день не более 2 лет. Препарат эффективен при неосложнённом ожирении, а также при наличии сахарного диабета, артериальной гипертензии, гиперлипидемии.

Препарат сибутрамин имеет центральный механизм действия, тормозит обратный захват серотонина и норадреналина в синапсах ЦНС, что приводит к повышению чувства насыщения и увеличению термогенеза. Сибутрамин

назначается по 10 или 15 мг однократно утром независимо от приема пищи. Продолжительность приема не более 1 года. Препарат противопоказан людям с артериальной гипертензией, ИБС, сердечной недостаточностью, аритмией, инсультом в анамнезе.

Хирургическое лечение ожирения показано при неэффективности консервативной терапии. Оно рекомендуется больным с ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup>, а также больным с ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup> в сочетании с артериальной гипертензией, синдромом обструктивного апноэ [16, с. 90].

Среди методов хирургического лечения ожирения достаточно популярным является метод липосакции (аспирации) - изъятие жировой ткани с помощью вакуумного разрежения. Этот метод эстетической хирургии предусматривает исключение 5 литров жира из подкожной клетчатки.

В последние годы используют мегалолипосакцию с изъятием 10-20 литров подкожного жира.

Снижение массы тела достигают также гастроограничительными операциями (бандажирование и вертикальная пластика желудка), шунтированием желудка, билиопанкреатическим шунтированием, применением эндогастрального баллона.

Прогноз зависит от вида ожирения, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений. Важно больных убедить в необходимости снижения суточной калорийности пищи, устойчивого, долговременного и постоянного уменьшения массы тела. Доказано, что уменьшение массы тела на 10% сопровождается снижением общей смертности на 20%, смертности, связанной с сахарным диабетом типа 2 - на 30%, смертности от онкозаболеваний на 40% [26, с.12].

Сестринский уход подразумевает знание проблемы пациента, симптоматику его конкретного случая. К перечню стандартных проявлений заболевания относятся: опасность развития осложнений; увеличение веса; апатия; снижение работоспособности; беспокойство о внешнем виде; утомляемость; сонливость; нехватка информации о болезни.

В этом случае медсестра обязана дать полную информацию о заболевании пациента, способах лечения и профилактики, а также подготавливает его к необходимым исследованиям.

Медицинский работник должен в обязательном порядке: наблюдать за состоянием пациента; оказывать регулярную психологическую поддержку; контролировать назначенную врачом диету и лечение; следить за появлением побочных эффектов от медицинских препаратов; провести беседу о мерах профилактики болезни.

Рекомендации для профилактики ожирения:

1. Питание. Пища должна быть полноценной и при этом не содержать лишних калорий. Диетные предписания, составленные врачом после обследования, – лучшее решение.

2. Спорт, упражнения для удержания веса. Программа должна соответствовать весу тела. Бег, тяжелые кардионагрузки нельзя делать при сильном ожирении.

3. Здоровый полноценный сон каждый день.

4. Изменения расписания, привычек должны ориентироваться на долгосрочную перспективу и адаптацию организма к новому энергетическому балансу.

Таким образом, можно сделать вывод что наибольший эффект поддержания достигнутой потери веса наблюдается у пациентов при соблюдении следующих условий: самоконтроль веса; соблюдение низкожировой диеты; ежедневная физическая активность не менее 60 минут; минимальная продолжительность «сидячего» времяпровождения; потребление большего количества пищи в домашних условиях.

Выводы: Теоретический обзор литературы по проблеме ожирения показал следующие особенности.

Ожирение – это заболевание, основным признаком которого является избыточное накопление жировой ткани в организме. Для диагностики ожирения и определения его степени применяют индекс массы тела (ИМТ) (для

лиц в возрасте 18 - 65 лет). ИМТ также показывает, существует риск развития сопутствующих заболеваний.

Ожирение развивается вследствие нарушения энергетического баланса организма, когда поступление энергии с пищей превышает энергетические расходы организма. Избыток калорий от съеденного используется для синтеза жира, который откладывается в жировых депо. Постепенно жировые депо увеличиваются, масса тела неуклонно растет.

Основные рекомендации по профилактике ожирения заключаются в сбалансированном питании, ведении здорового образа жизни, занятии физическими упражнениями.

## **ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ОЖИРЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «ЯКОВЛЕВСКОЙ ЦРБ»**

### **2.1. Организация исследования**

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ» методом анонимного анкетирования в период 2018 - 2019 гг.

В нашем исследовании приняло участие 30 пациентов эндокринологического отделения с избыточным весом. Данное анкетирование проводилось с целью выявления особенностей сестринского ухода пациентов с ожирением. Полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению. Нами была разработана анкета, состоящая из 18 вопросов, которая заполнялась пациентом самостоятельно. Сама анкета представлена в приложении 1.

Процедура исследования проходила следующим образом: пациентам была предложена анкета для заполнения, вопросы содержали несколько вариантов ответов, среди которых необходимо было выбрать вариант, наиболее точно характеризующий индивидуальное состояние каждого пациента. Анкета состоит из вопросов паспортной части, вопросов на выявление факторов риска, а также оценки сестринского ухода и проводимой профилактики медицинскими работниками.

### **2.2. Результаты собственного исследования особенностей сестринского ухода при ожирении**

В результате проведенного исследования выявлены следующие результаты. По полу опрошиваемые разделились – 25% мужчины, 75% женщины (Рис.1).

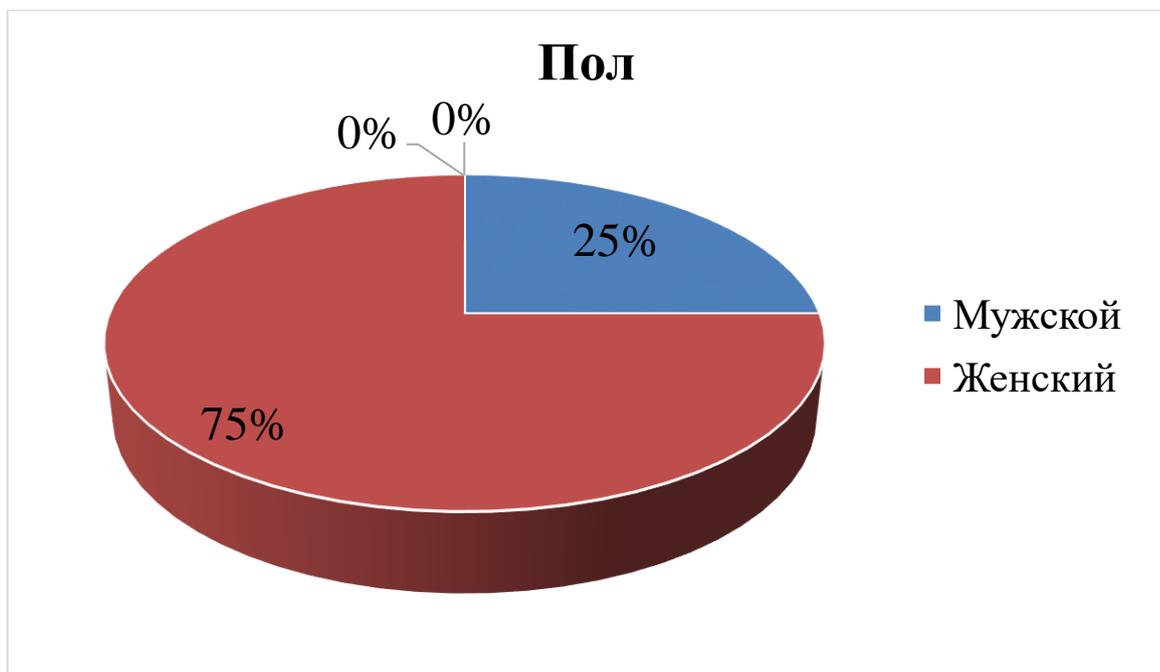


Рис.1. Распределение по полу

Возраст респондентов распределился таким образом: 18 – 25 лет – 2%, 26 – 35 лет – 12%, 34 – 45 лет – 35%, 46-55 лет – 37%, старше 55 – 14% (Рис. 2).

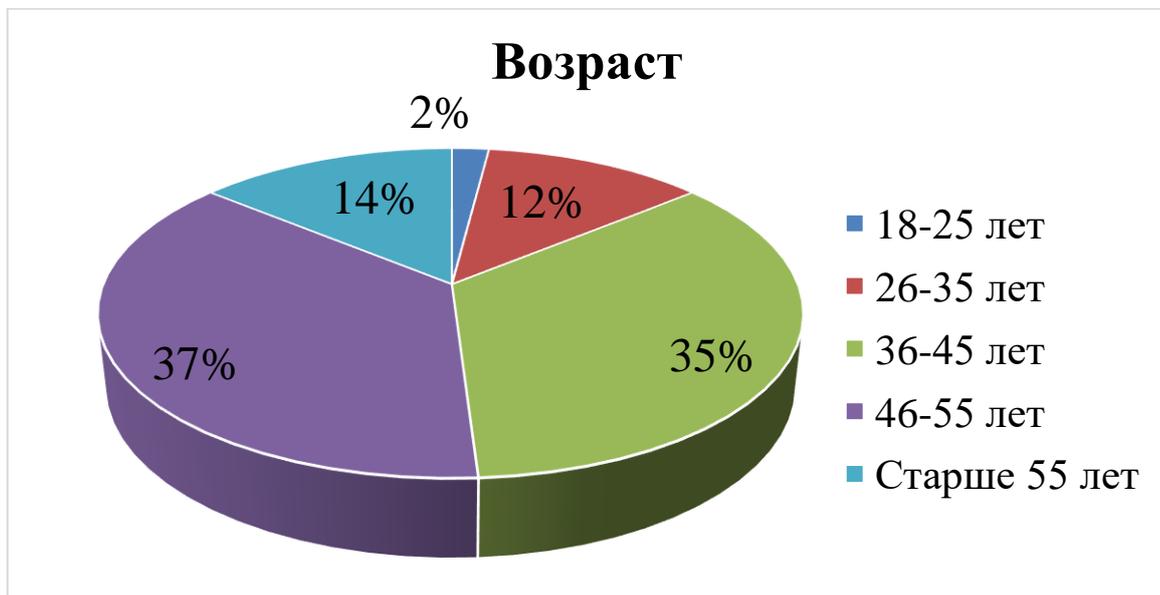


Рис.2. Распределение по возрасту

По результатам исследования, респонденты проживают за городом 20%, в городе 75% (Рис.3).

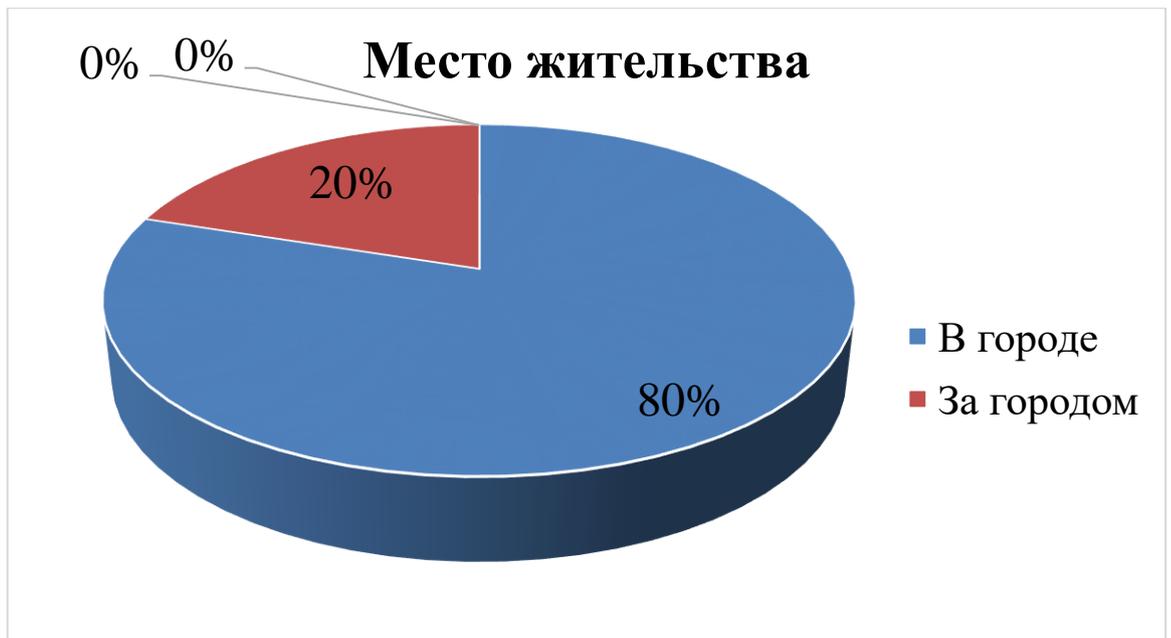


Рис.3. Место жительства

В результате исследования было выявлено, что 65% респондентов живут в квартире, 20% в своем доме, 15% в общежитии или съемном жилье (Рис.4).

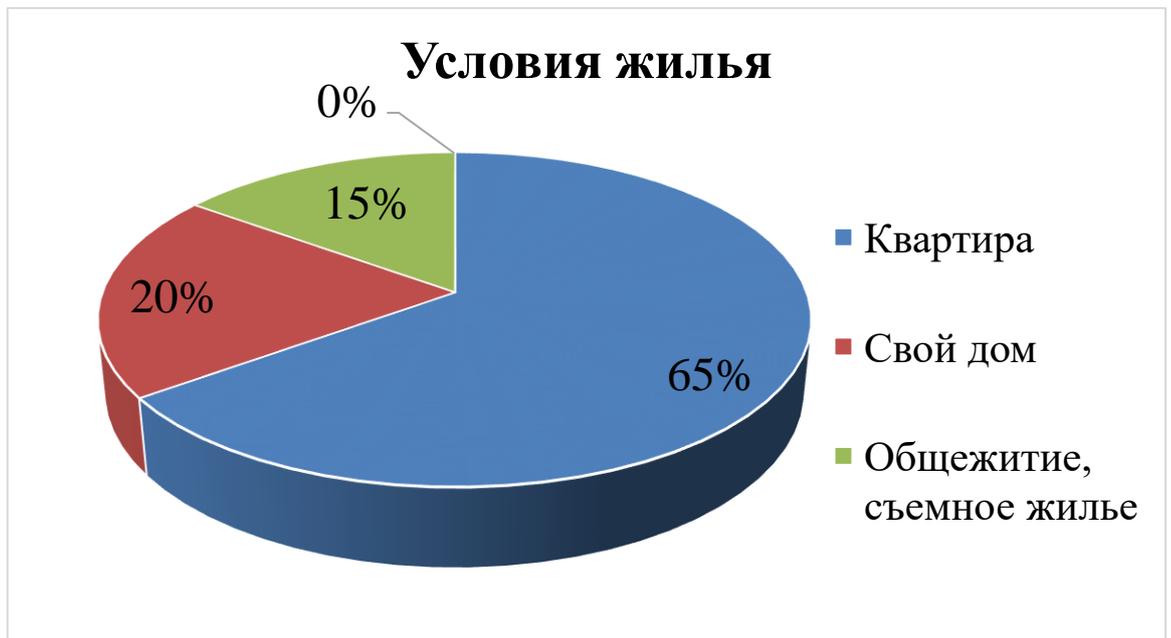


Рис.4. Условия жилья

Распределение по росту респондентов: до 166 см – 17%, 168 см – 20%, 170 см – 25%, 172 см – 28%, свыше 172 см – 10% (Рис.5).

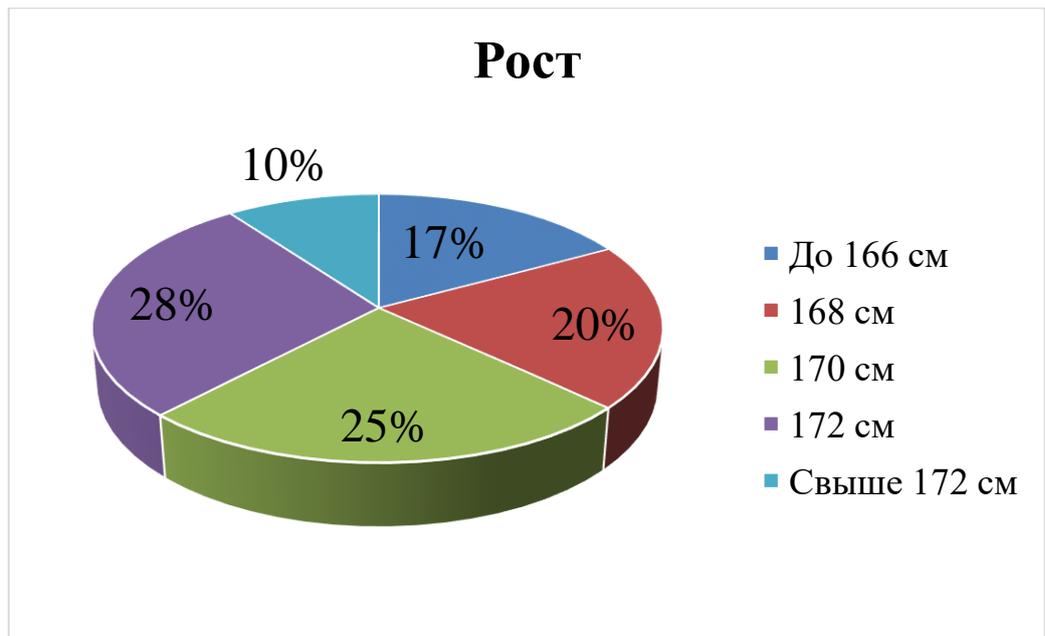


Рис.5. Распределение по росту

Распределение по весу респондентов: до 70 кг – 3%, 71-80 кг – 19%, 81-90 кг – 23%, 91-100 кг – 30%, свыше 100 кг – 25% (Рис.6).

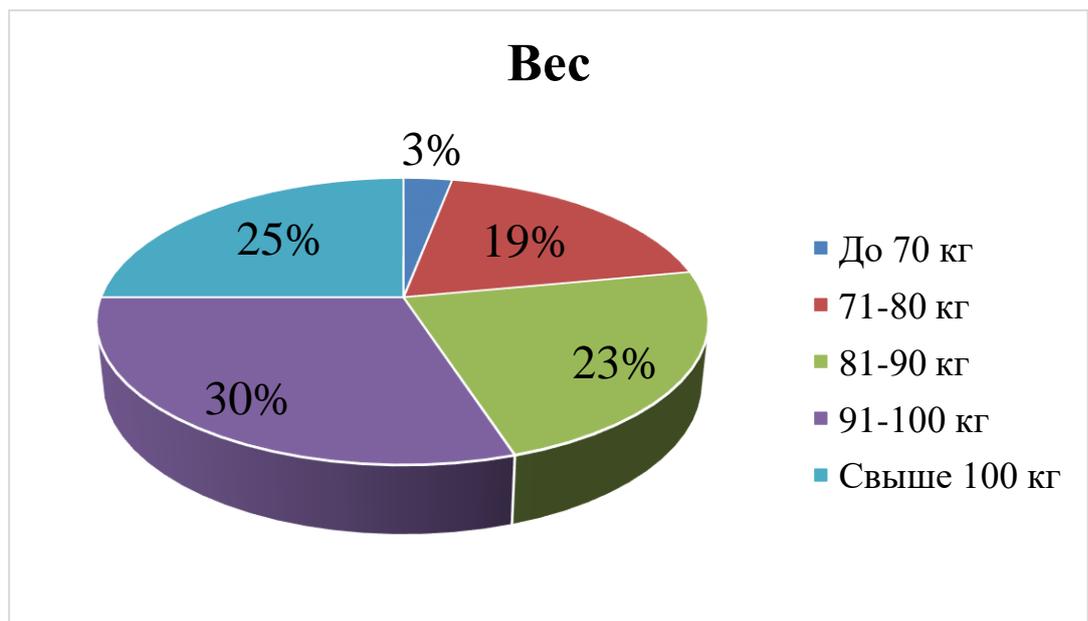


Рис.6. Распределение по весу

Индекс массы тела пациентов по результатам подсчета предоставленных пациентами данных составил 20,1-25 – 16%, 25,1-27 – 29%, 30,1-35 – 18%, свыше 35 – 9% (Рис. 7).

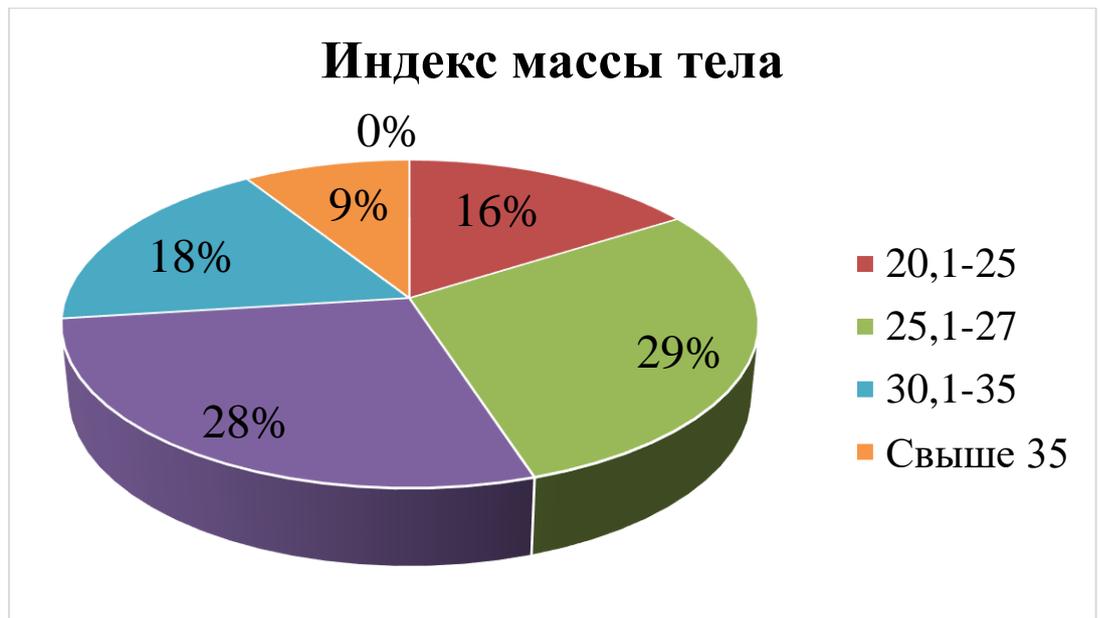


Рис.7. Индекс массы тела

Наличие наследственной предрасположенности к лишнему весу отметили – 66% опрошенных, «нет» ответили – 34% (Рис. 8).



Рис.8. Наличие наследственной предрасположенности к лишнему весу

Было выявлено, что 67% респондентов ведут сидячий образ жизни, 20% - подвижный образ жизни, 13% - связанный с большими нагрузками (Рис.9).

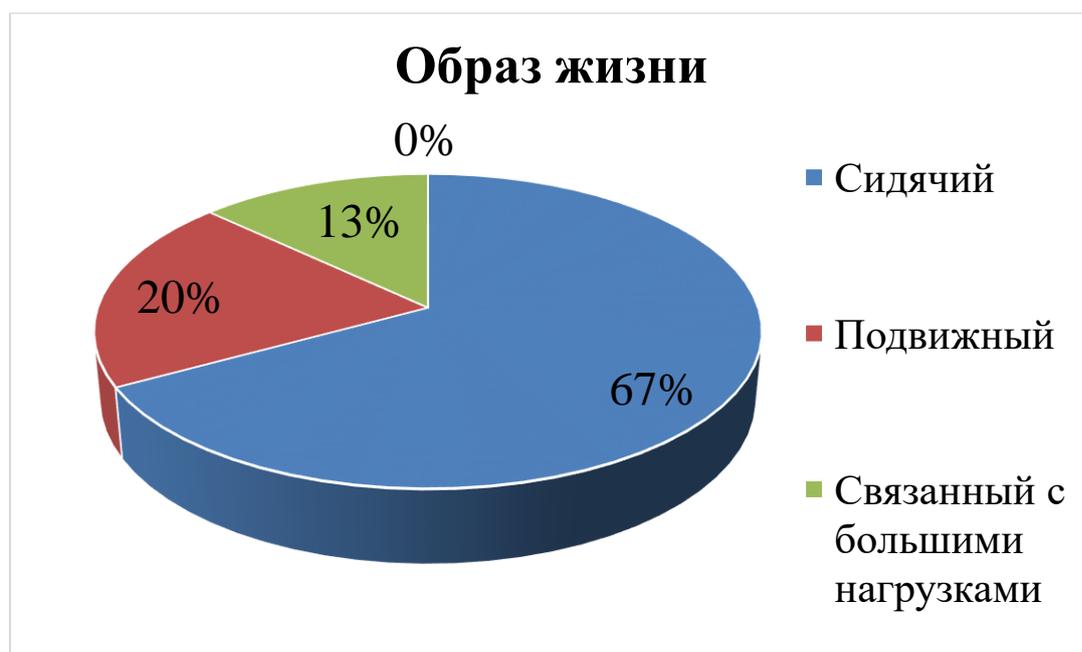


Рис.9. Образ жизни

Исследование показало, что 71% респондентов имеют профессию умственного труда, 29% - профессию, связанную с физическими нагрузками (Рис.10).

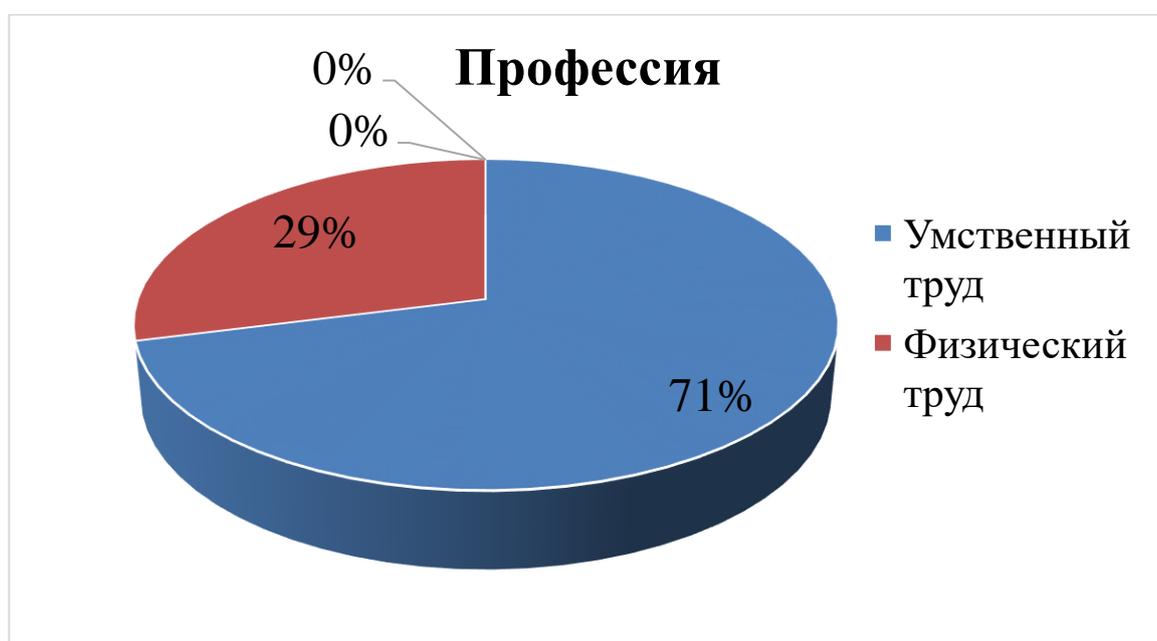


Рис.10. Профессиональная деятельность

Было выявлено, что хронические заболевания имеют 69% респондентов, не имеют 18%, затрудняются ответить 13% (Рис.11).

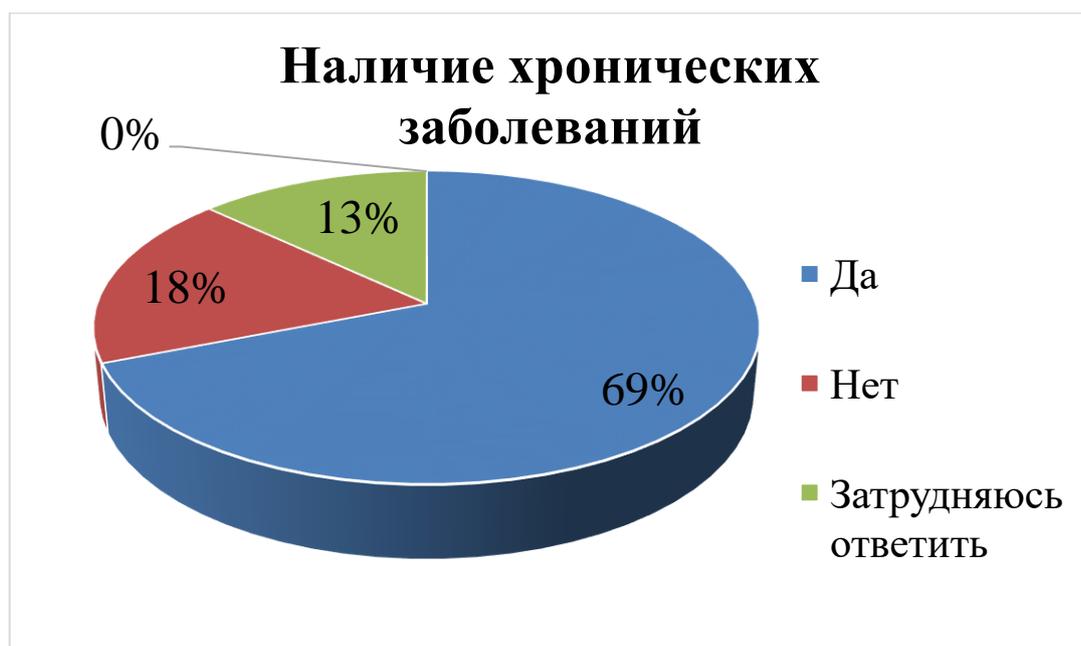


Рис.11. Наличие хронических заболеваний

Правильное питание соблюдают 36%, не соблюдают 47%, иногда 17% (Рис.12).



Рис.12. Полноценное питание респондентов

Исследования показали, что респонденты соблюдают диету: да 45%, нет 34%, иногда 21% (Рис.13).

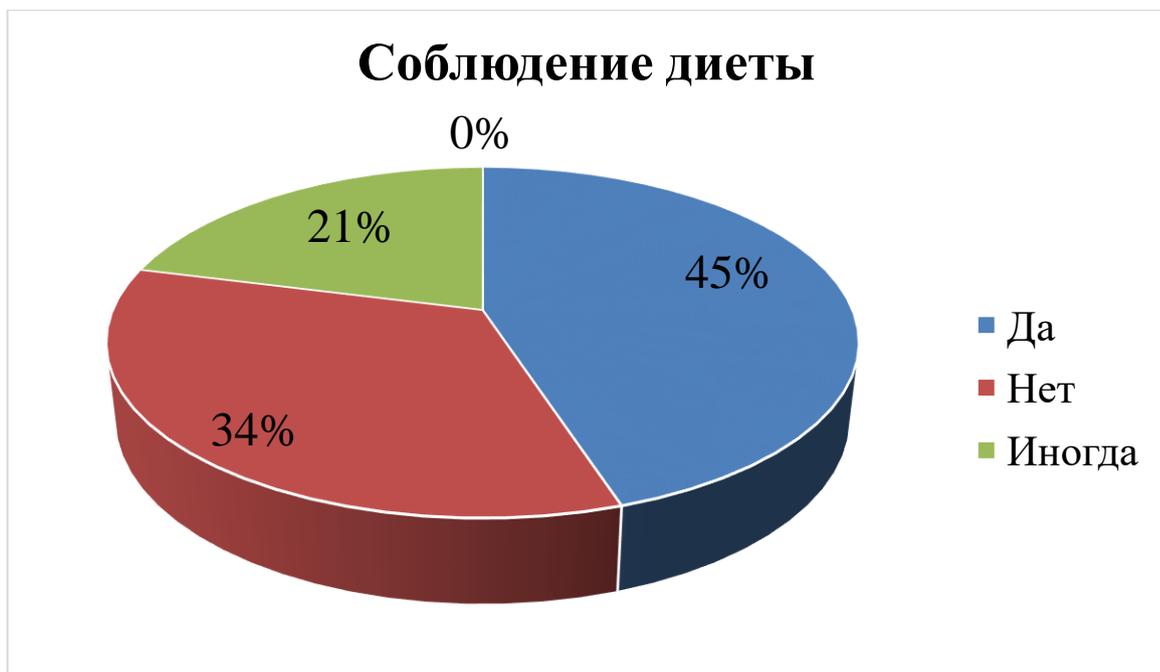


Рис.13. Соблюдение диеты

Было выявлено, что 33% респондентов соблюдают режим двигательной активности, 45% не соблюдают, 22% соблюдают иногда (Рис.14).

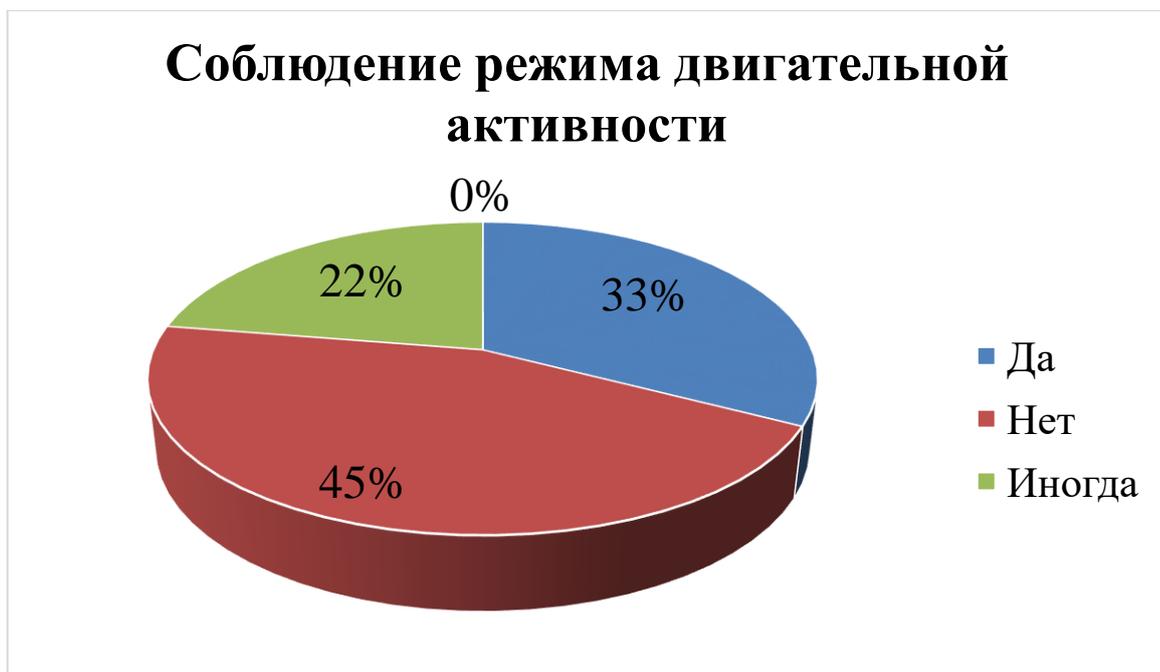


Рис.14. Соблюдение режима двигательной активности

О наличии препятствия для поддержания веса в пределах нормы отметили – 77%, «нет» – 10%, «иногда» – 13% (Рис. 15).

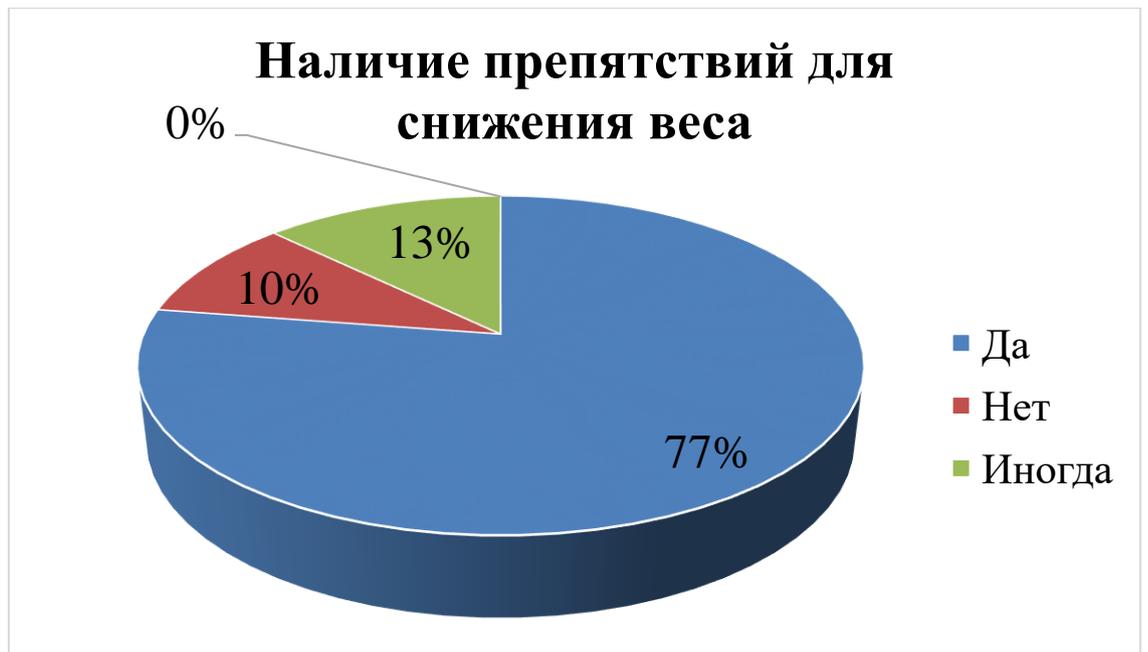


Рис.15. Наличие препятствий для снижения веса

В качестве препятствий для поддержания веса в пределах нормы 72% отметили, что слишком много времени занимает работа, лень заниматься собой – 12%, и нет того, кто бы помог советом и помощью – 16% (Рис. 16).

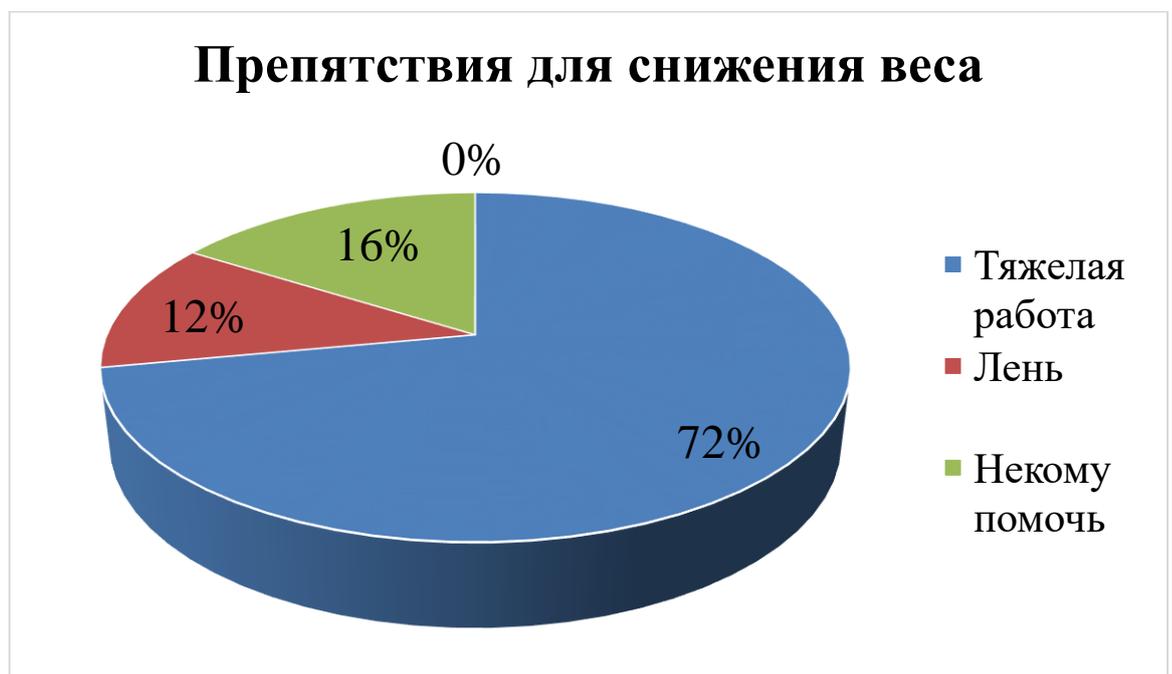


Рис.16. Препятствия для снижения веса

Было выявлено, что 72% испытуемых необходима помощь медицинского работника по вопросу питания, 8% помощь не нужна, иногда нуждаются в помощи 20% (Рис.17).



Рис.17. Необходимость помощи медицинского работника в снижении веса

Было выявлено, что 70% респондентов достаточно получают информации об ожирении от медицинского персонала, 8% недостаточно, «иногда» 22% (Рис.18).



Рис.18. Достаточно ли информации об ожирении из общедоступных источников

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Из обзора литературы выявлена закономерность между наличием ожирения и сопутствующих заболеваний, установлена необходимость большей

профилактической и образовательной деятельности средними медицинскими работниками среди лиц с избыточной массой тела.

2. Выявлена группа риска пациентов для более целенаправленной профилактики ожирения и организации качественного сестринского ухода - это в 75% женщины, в 37% в возрасте 46-55 лет, в 80% городские жители, в 65% проживающих в квартире;

3. Рост опрашиваемых пациентов 28% – 172 см, вес 91-100 кг – 30%, индекс массы тела пациентов по результатам подсчета предоставленных пациентами данных составил 25,1-27 у 29% опрошенных;

4. Наличие наследственной предрасположенности к лишнему весу отметили – 66% опрошенных, образ жизни сидячий у 67%, 71% респондентов отметили, что их профессия связана с умственной деятельностью, наличие хронических заболеваний отметили - 69%;

5. Диету для снижения веса соблюдают 45%, режим двигательной активности соблюдают 33%.

6. Наличие препятствия для поддержания веса в пределах нормы отметили – 77%, препятствием для поддержания веса в пределах нормы 72% отметили, что слишком много времени занимает работа,

8. Необходимость в помощи медработника в вопросах питания и снижения веса высказали 72% опрошенных, 70% респондентов в достаточном объеме получают информацию от медработников по вопросам ожирения.

### **2.3. Рекомендации медицинским сестрам, участвующим в организации сестринского ухода при ожирении**

1. Проводить регулярные профилактические беседы с пациентами, находящимися в группе риска с наличием лишнего веса и сопутствующих хронических заболеваний и наследственного фактора.

2. Помогать пациентам составлять диету для снижения и нормализации веса в дальнейшем без вреда для здоровья.
3. Рекомендовать пациентам, ведущим сидячий образ жизни и проживающим в квартире несколько раз в неделю устраивать активный отдых на природе, ходить пешком.
4. Рекомендовать пациентам стараться питаться правильно, соблюдая режим дня, не употреблять вредные продукты.
5. Рекомендовать пациентам занятия лечебной физкультурой, массаж, посещение бассейна.
6. Находить мотивацию для пациентов, стимулирующих их соблюдать диету, двигательный режим, рациональное питание.
7. Оказывать всяческую психологическую помощь и поддержку пациенту в его стремлениях снизить вес, изменить свои пищевые и вкусовые пристрастия.
8. Разработать памятку для пациентов по профилактике ожирения (приложение 3), включающие в себя особенности питания и здорового образа жизни для оптимизации веса.
9. При недостатке информации и необходимости квалифицированной помощи для снижения веса обращаться к специалисту – эндокринологу, диетологу, с возможностью в дальнейшем посещать групповые занятия в школе снижения веса при лечебном учреждении.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе написания курсовой работы было выявлено, что среди современных проблем со здоровьем особенно актуальной выступает развитие ожирения у взрослого населения. Эта тема изучается сразу в нескольких разделах медицины, таких как диетология, хирургия, эндокринология.

Превышение нормальной массы тела может быть вызвано разными причинами. В зависимости от них выделяют два основных фактора риска:

**Алиментарный.** В этом случае лишняя масса тела выступает следствием малоподвижного образа жизни и неправильного рациона.

**Эндокринный.** Более серьезный фактор. При нем проблемы с весом возникают из-за метаболического синдрома, болезней желез надпочечников, щитовидной железы и яичников у девочек.

Лишний вес может вызвать заболевания, сердечно-сосудистой, эндокринной, желудочно-кишечной систем. Оно не только ухудшает качество жизни, но и уменьшает ее продолжительность.

Мероприятия по профилактике ожирения практически те же, что и в случае его лечения. Основные процедуры – это диета и физическая активность. Важно приучить себя к здоровому правильному питанию и регулярному приему пищи. Ежедневные прогулки на свежем воздухе, активные занятия спортом должны быть в режиме дня. Профилактика ожирения заключается и в контроле эмоционального состояния. Без квалифицированной медицинской помощи многие пациенты не могут самостоятельно сбросить лишний вес, а это значит, что значение сестринской деятельности в профилактике ожирения огромно. Именно на медицинскую сестру ложится ответственность за обучение и мотивацию пациентов в поддержании их стремления в борьбе с ожирением.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян, Н.А. Адаптация и резервы организма [Текст]/ Н.А. Агаджанян. – М.: Физкультура и спорт, 2015. –176 с.
2. Беюл, Е.А. Ожирение [Текст]/ Е.А. Беюл, В.А. Оленева, В.А. Шатерников. –М. Медицина, 2018. – 190 с.
3. Борисов, Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело [Текст] / Ю.Ю. Борисов. – Краснодар, 2014. – 121 с.
4. Бундзен, П.В. Современные технологии валеометрии и укрепления здоровья населения [Текст]/ П.В. Бундзен //Теория и практика физической культуры. – 2016. – № 9. – С 7-11.
5. Бутрова, С.А. Современные аспекты терапии ожирения [Текст]/ С.А. Бутрова, М.А. Берковская // Справочник поликлинического врача. 2016. – №.11. – С. 4.
6. Булышко, С.Г. Диета и лечебное питание при ожирении и сахарном диабете [Текст]/ С.Г. Булышко. – М.: Мир, 2014. – 256 с.
7. Васендин, Д.В. Современные подходы к терапии ожирения (обзор литературы) [Текст] / Д.В. Васендин // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. – 2015. – №6 (151). – С.72-79.
8. Ворохобина, Н.В. Ожирение [Текст] / под редакцией А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. – М.: Диалект, 2013. – 240 с.
9. Вязова, Л.С. Влияние средовых и метаболических факторов на развитие избыточной массы тела и ожирения [Текст]/ Л.С. Вязова // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2015. – Т. 90. – № 6. – С. 18-22.
10. Гинзбург, М.М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения [Текст]/ М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица, Г.П. Котельников.– Самара: Изд-во СГМУ, 2017. – 48 с.

11. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью [Текст] // ВОЗ, 2019.– 18 с.
12. Губергриц, Н.Б. Ожирение: как помочь больному [Текст]/ Н.Б. Губергриц, Н.В. Беляева, А.Е. Клочков [и др.]. – М.: Прима Принт, 2017. – 68 с.
13. Здравоохранение в России. 2017 [Текст]: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.
14. Егоров, М.Н.Ожирение [Текст]/ М.Н. Егоров, Л.М. Левитский. – М. Медицина 2016. – 306 с.
15. Картелишев, А.В. Актуальные проблемы ожирения [Текст]/ А.В. Картелишев, А.Г. Румянцев Н.С. Смирнова. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 280 с.
16. Качаровская, Е. В. Сестринское дело в терапии. «Кардиология» [Текст] / Е.В. Качаровская. – М., 2016. – 125 с.
17. Кендыш, И. Н. Регуляция углеводного обмена [Текст]/ И.Н. Кендыш. – М. Медицина, 2017. – 272с.
18. Кроненберг, Генри М. Ожирение и нарушения липидного обмена [Текст] / Генри М. Кроненберг и др. – М.: Рид Элсивер, ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 264 с.
19. Кузнецова, О.С. Социальные и экономические последствия ожирения [Текст] / О.С. Кузнецова // Вестник ТГУ. – 2016. – №3(19). – С. 16-23.
20. Маев И.В. Ожирение и коморбидность: пособие для врачей [Текст]/ И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев. – М.: Прима Принт, 2016. – 35 с.
21. Павловская, Е.В. Ожирение у детей и подростков – патогенетические механизмы, клинические проявления, принципы лечения [Текст] / Е.В. Павловская // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2013. – Том 3. – №2. –С. 67-79.
22. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения [Текст]. – М.: Практика, 2015. – 136 с.

23. Суслеява, Н.М. Оценка значимости ультразвукового метода диагностики висцерального ожирения [Текст]/ Н.М. Суслеява //Russian electronic journal of radiology. – 2014. – Том 4. – №1. – С. 53-59.

24. Физическая реабилитация при ожирении [Текст]/ под ред. А.В. Полустровева: Практическое руководство. – Омск: И.П. Шелудивченко А.В., 2014. – 54 с.

25. ВОЗ об ожирении и избыточном весе [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://obraz-gizni-zdorov.ru/delaem-vyvody/voz-ob-ozhirenii-i-izbytochnom-vese.html>.

26. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации) [Электронный ресурс]. Спб., 2017. Режим доступа: [https://scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie\\_klin\\_rek\\_proekt.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf).

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

Таблица 1

Значение ИМТ и соответствующая степень ожирения

| Описание ожирения     | ИМТ кг/м <sup>2</sup> | Степень ожирения | Риск сопутствующих заболеваний                            |   |
|-----------------------|-----------------------|------------------|---|---|
|                       |                       |                  | Объём талии (жен) 80-88 см<br>Объём талии (муж) 94-102 см | Объём талии (жен) > 88 см<br>Объём талии (муж) > 102 см |
| Избыточная масса тела | 25,0-29,9             | Лишний вес       | Повышенный  | Высокий   |
| Среднее               | 30,0-34,9             | I степень        | Высокий   | Очень высокий   |
| Умеренное             | 35,0-39,9             | II степень       | Очень высокий   | Очень высокий   |
| Крайнее               | Более 40              | III степень      | Крайне высокий  | Крайне высокий  |

## Анкета для пациентов ОГБУЗ «Яковлевской ЦРБ»

С целью выявления особенностей сестринского ухода при ожирении. Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению. Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

**Пол** \_\_\_\_\_

**Возраст** \_\_\_\_\_

3. **Место жительства:** а) город, б) за городом.

4. **Условия жилья:** а) квартира, б) -свой дом в) общежитие, съемное жилье

5. **Рост** \_\_\_\_\_

6. **Вес** \_\_\_\_\_

7. **ИМТ** \_\_\_\_\_

8. **Наследственная предрасположенность к лишнему весу?** а) да, б) нет.

9. **Ваш образ жизни:** а) сидячий, б) подвижный, в) связанный большими физическими нагрузками).

10. **Ваша профессия связана с:** а) умственный труд, б) физический труд.

11. **Наличие хронических заболеваний:** а) да, б) нет, в) затрудняюсь ответить.

12. **Полноценное питание:** а) да, б) нет, в) иногда.

13. **Соблюдение диеты:** а) да, б) нет, в) иногда.

14. **Соблюдение режима двигательной активности:** а) да, б) нет, в) иногда.

15. **Наличие препятствий для снижения веса:** а) да, б) нет, в) иногда.

16. **Препятствия для поддержания веса в пределах нормы:** а) слишком много времени занимает работа, б) лень заниматься собой в) нет того, кто бы помог советом и помощью

17. **Необходимость помощи медработника в вопросах питания:** а) да, б) нет, в) иногда.

18. **Достаточно ли информации об ожирении получаете от медперсонала:** а) да, б) нет, в) иногда.

## Памятка «Профилактика ожирения»

От проблемы ожирения не застрахован никто. Порой достаточно небольшого стресса, чтобы запустить процесс активного набора веса. Специалисты выделяют группы людей, которые предрасположены к такому заболеванию:

### СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЕДУЩИЕ К ОЖИРЕНИЮ:



ЧАСТЫЕ  
СТРЕССЫ



ХРОНИЧЕСКОЕ  
ПЕРЕУТОМЛЕНИЕ



СИДЯЧИЙ ОБРАЗ  
ЖИЗНИ



НИЗКАЯ  
ФИЗИЧЕСКАЯ  
АКТИВНОСТЬ



ФАСТ-ФУД

- Ведущие недостаточно активный образ жизни.
- Нарушающие разумные рамки пищевого поведения.
- Пациенты, у которых диагностированы заболевания эндокринной системы или желудочно-кишечного тракта.
- Люди, имеющие негативную наследственность.
- Если в семье был хоть один родственник, страдающий от ожирения, необходимо внимательней относиться к своему здоровью.
- Постоянно испытывающие стрессы или умственные перенапряжения.
- Принимающие сильнодействующие лекарственные препараты или контрацептивы.

Людам, входящим в вышеперечисленные категории, необходимо принимать все меры, чтобы предотвратить стремительный набор веса. При появлении первых же негативных симптомов нужно обращаться к специалисту.

Меры по профилактике ожирения должны разрабатываться совместно со специалистом. В комплекс мероприятий должны входить:

- Регулярный контроль веса и параметров тела пациента, расчет ИМТ.
- Изменение пищевого поведения. Определение перечня опасных для здоровья продуктов и их полное исключение из рациона.
- Ведение дневника питания и подсчет калорийности употребляемых в течение суток блюд.
- Достаточная физическая активность.
- Исключение всех факторов, которые могут послужить причиной переедания.
- Контроль над собственными чувствами и эмоциональным состоянием.
- Отказ от вредных привычек. Алкоголь способен значительно усиливать аппетит и притуплять чувство насыщенности. Это приводит к быстрому перееданию и неминуемому набору веса. Кроме того, этиловый спирт сам по себе относится к продуктам, имеющим высокую калорийность.

## Особенности питания



При составлении диеты необходимо основываться на следующих принципах:

Общая калорийность всех съеденных на протяжении суток блюд не должна превышать отметку в 22 ккал для женщин и 22,4 ккал для мужчин на каждый килограмм веса тела.

1. Из меню необходимо исключить продукты с высоким содержанием углеводов и жиров.

2. Чрезмерное употребление соли категорически запрещено. Она обладает свойством усиливать вкус продукта, что провоцирует переедание. Кроме того, соль задерживает жидкость в клетках тела.

3. Полностью отказаться от сладостей, кондитерских изделий и выпечки. Табу накладывается и на полуфабрикаты, фаст-фуд, снеки, газированные напитки и макаронные изделия. В рационе должно быть как можно больше овощей, ягод и фруктов. Причем есть их лучше всего в первой половине дня.

4. Разрешено употребление каш, мяса и рыбы нежирных сортов. В качестве лакомства используют орехи и сухофрукты.

5. Все блюда должны готовиться на пару, вариться или запекаться в духовом шкафу. От остальных методик приготовления следует полностью отказаться.

6. Категорически запрещены жареные и копченые продукты. Все еду необходимо разделить минимум на шесть приемов в течение дня. При этом порции не должны быть большими. Каждый положенный в рот кусочек нужно тщательно пережевывать перед тем, как проглотить.

7. Соблюдение таких правил поможет наладить нормальное питание и предотвратить набор веса. Нарушать диету нельзя. Частые послабления приведут к тому, что все старания будут сведены к нулю.

### Физические нагрузки



Лучше всего записаться в фитнес клуб, где опытные тренеры помогут разработать грамотную программу тренировок.

Начинать сразу с больших нагрузок не рекомендуется. Приучайте свое тело к занятиям постепенно. В первые дни вполне будет достаточно пятнадцатиминутных тренировок.

При наличии каких-либо хронических заболеваний интенсивные занятия запрещены. Хороший эффект дает плавание в бассейне, бег трусцой, велопогулки.

Приучите себя каждое утро начинать с легкой гимнастики. Возвращаясь с работы, выходите на несколько остановок раньше и идите пешком.

В выходные старайтесь проводить больше времени на свежем воздухе. Помимо традиционных методик можно использовать и современные, например, дыхательную гимнастику.

### **Восстановление душевного равновесия**



Проблемы с весом часто преследуют людей, переживших какую-либо психологическую проблему. Пока она не будет решена, никакие диеты не помогут предотвратить ожирение.

Поэтому в первую очередь необходимо проконсультироваться с опытным психотерапевтом. Важным аспектом становится и полноценный отдых.

Длительное отсутствие здорового сна приводит к естественному желанию придать себе сил за счет еды. В сутки нужно спать не менее 6-8 часов. По возможности находите время в середине дня хотя бы 15 минут посидеть в покое и расслабиться. Чересчур стремительный образ жизни часто становится причиной множественных проблем со здоровьем.

## Терапия сопутствующих заболеваний

Причиной ожирения могут стать и хронические заболевания, например, сахарный диабет, гастроэнтероколит и другие. Их грамотное своевременное лечение поможет предотвратить набор веса.

Большинство болезней начинаются в острой форме и лишь позже при отсутствии терапии перетекают в хроническую форму. Важно не допустить такого исхода и вовремя обратиться к врачу.

Не стоит заниматься самолечением. Точный диагноз может поставить только специалист на основе данных проведенного медицинского исследования. Поэтому при первых же тревожных звоночках со стороны вашего физического или психологического здоровья обращайтесь за помощью к специалистам. Избежать ожирения несложно.

Для этого достаточно придерживаться простых правил профилактики: правильно питаться, заниматься спортом и отказаться от вредных привычек. Всегда держите под рукой буклет с рекомендациями опытных специалистов. Так вы сохраните не только красоту, но и здоровье на долгие годы.