

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 Клинических дисциплин

**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051520
Десницкого Евгения Дмитриевича

Научный руководитель
преподаватель Ольга Михайловна Гричук

Рецензент
Заведующая педиатрическим
отделением №2
ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница»
Сысоева Нина Яковлевна

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	Ошибка! Закладка не определена.
ГЛАВА 1. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	6
1.1. Этиология и патогенез.....	6
1.2. Классификация и клиническая картина.....	9
1.3. Диагностика. Лечение и профилактика. Ошибка!	Закладка не определена.2
ГЛАВА 2. АНКЕТИРОВАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ.	Ошибка!
Закладка не определена.	
2.1. Описание методов собственного исследования. Ошибка!	Закладка не определена.
2.1. Результаты анкетирования школьников. Ошибка!	Закладка не определена.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	31
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной проблемы состоит в том, что проблема самого ожирения, а в особенности детей школьного возраста, продолжает расти стремительными темпами. Почти каждый день мы можем наблюдать то, как полные дети ходят в школу, сидят на школьных лавочках, и их число продолжает расти. Напоминая нам о том, что с данной проблемой необходимо бороться. По данным современной статистики 90% детей имеют те или иные патологии, и как раз большая часть от половины этих 90% имеет такие проблемы как: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, а так же другие проблемы, связанные с пищеварением, лишним весом и обменом веществ, причиной всех этих расстройств является неправильное питание.

С первых дней учебного года, когда дети возвращаются с каникул, в глаза бросаются печальные тенденции современности — школьники становятся более полными, а некоторые обладают достаточно выраженным ожирением. При всём этом, дети школьного возраста неуголимо что-то жуют, просиживают на скамейках, утыкаясь в свои смартфоны и планшеты. Основой их питания являются - чипсы, сухарики, разного рода выпечка, вафли, газировка, бутерброды с колбасой, пицца, фастфуды — в настоящее время это встречается повсюду. Виной всему этому можно так же считать пищевые автоматы, которые размещают в школах. Их содержание далеко не самое полезное, это всякие крекеры, батончики, сухарики и газировка. Во-первых, эти автоматы лишают детей возможности больше двигаться, сводя к минимуму их пребывание на свежем воздухе и посещение магазинов через дорогу. Вместо этого, достаточно просто выйти в холл школы. Во-вторых, вся содержащаяся там еда, это набор современных нитратов. Они вызывают привыкание, нарушают работу вкусовых рецепторов, так как определённые вкусовые зоны, реагируют на разные вещества (солёное, горькое, кислое, сладкое, и прочее). В то время как нитраты воздействуют сразу на все рецепторы, являя таким

образом иллюзию очень вкусной еды. А это порождает ситуации, когда матери враждуют дома со своими детьми в пользу тарелки с супом, второго блюда или стакана компота, ну а дети, разумеется, как бы ты не пытался, наотрез отказываются от данной пищи, такая еда кажется им пресной и безвкусной, а итоге они отдают предпочтение всему вышеперечисленному. Здоровье таких детей ослабевает, меняется в худшую сторону, вызывая различные расстройства, которые могут привести к бесплодию как у девочек, так и у мальчиков. Кроме того, такие дети не понаслышке знают, кто такое гастроэнтеролог, диетолог, эндокринолог, а в мобильном телефоне каждого их них есть номер дежурного педиатра. Родители таких детей осуществляют постоянные визиты к таким врачам. На первом месте стали - диабет, гастрит, ожирение, язва и колит, проблемы с опорно-двигательным аппаратом, бесплодие, и это ещё не полный список того, к чему приводит такой род питания.

В современное время, людям необходимо чаще задумываться о том, что и как они едят, бороться с пищевыми расстройствами, вызываемыми ожирением. По возможности создать для себя и своих близких стратегию, способную помочь в дальнейшем здоровом существовании как их самих, так и их потомства.

Цель дипломной работы: Определить профессиональную деятельность фельдшера в выявлении ожирения и разработать рекомендации по данной теме.

Задачи исследования.

1. Провести научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме ожирения;
2. Провести анкетирование среди школьников средней общеобразовательной школы;
3. Провести анализ результатов анкетирования;

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод.
3. Социологический метод обследования пациента (анкетирование, интервью).
4. Психодиагностический метод (беседа).

Объект исследования – Дети школьного возраста, страдающие ожирением.

Предмет исследования – Профилактическая деятельность фельдшера при ожирении.

База исследования – МБОУ «Борисовская средняя общеобразовательная школа».

Время исследования: 2019 год.

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ, ЕГО СТАДИИ, ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕКОМЕНДАЦИИ.

1.1. Этиология и патогенез.

Ожирение – это процесс накопления и отложения избыточного количества липидов (жиров) в организме человека, характеризующийся лишним весом, более чем +20% от нормы массы тела, тучностью, проблемами с опорно-двигательным аппаратом, это доставляет психо-физический дискомфорт, вызывает психологические расстройства, таким людям сложно вступать в контакт с другими людьми из-за их внешнего вида.

Ожирение также вызывает сексуальные расстройства, способствует заболеваниям позвоночника и суставов, приводит к бесплодию, как у девочек, так и у мальчиков. Повышает риск развития таких болезней как: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертония, инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет, поражение почек и печени, а также привести к инвалидности и даже смерти от вышеупомянутых заболеваний.

Детям до одного года ставят диагноз «паратрофия», а не «ожирение». Паратрофией принято называть расстройство хронического характера, связанное с питанием детей ранних возрастов, у которых наблюдается избыточная масса тела. В этом случае она должна превышать должную на 10% и более. Но также масса ребёнка может быть и в границах нормы, в таком случае имеются стандартные классические дистрофические признаки (сниженные тургор и мышечный тонус, неправильное распределение подкожно-жирового слоя, отставание моторных и психических навыков, снижение иммунологической реактивности).

Причинами паратрофии являются избыточное кормление, перекармливание ребёнка, употребление им продуктов с крайне высоким содержанием

углеводов и сахаров (несколько каш в день, злоупотребление бананами, печеньем, сладкими соками). Также продукты с высоким содержанием белка (любая молочная продукция, творог, молоко, сыры).

Кроме всего вышперечисленного, проблемами, способствующими развитию паратрофии у ребёнка, могут также служить нерациональное питание беременной женщины аналогичными продуктами, в которых высокое содержание углеводов, любое другое питание, отличающееся недостатком белков, витаминов и минералов. Всё это способно привести к дисфункции кишечника, дисферментемии (угнетению некоторых ферментных систем), гиповитаминозу, анемии и частым инфекциям.

Этиология и патогенез.

Ведущей ролью в патогенезе ожирения является малоподвижный образ жизни, избыточное потребление пищи и эндокринные нарушения. Как правило, процесс накопления жировых избытков прост, в противовес тому, что избавиться от него не представляется лёгкой задачей. Обычно к таким ситуациям приводит переедание, имеют отношение стрессовые ситуации, и так называемое «заедание стресса», тем самым подавляя тоску, печаль и одиночество. Еда становится для таких людей чем-то вроде наркотика, для достижения «кайфа» им приходится употреблять всё большее количество порций еды. Формируется своего рода «порочный круг».

Женщины и девочки, стремясь к идеалу красоты, приобретают проблемы с «пищевыми расстройствами». Всё это приводит к съеданию незаметного количества продуктов. Параллельно этому в работу включается нервная система, при постоянном употреблении большого количества пищи, нарушается работа головного мозга, а именно центра аппетита, расположенного в гипоталамусе, отвечающего за адекватное количество съеденной пищи. Из-за этого в дальнейшем утоление чувства голода нормальным количеством пищи становится невозможным, и человек вынужден, есть всё больше и больше. Избыточные калории депонируются в организме, и здесь играет свою роль малоподвижный образ жизни. Нарушается энергетическое равновесие, суть

которого состоит в том, что потреблённая энергия должна быть соразмерна её затратам. А когда этот процесс нарушен, то вся накопившаяся «неиспользованная энергия» в виде жира откладывается в организме, реализуя таким образом процесс ожирения.

К эндокринным нарушениям относится повышение функционирования системы гипофиз - кора надпочечников и инсулярного аппарата поджелудочной железы, способствующего накоплению жира. Снижается соматотропная активность аденогипофиза, которая сопровождается ослаблением процессов мобилизации жира из депо и его последующего окисления в печени, тоже играет роль патогенетического фактора, особенно при алиментарно-конституциональной форме ожирения. Определенную патогенетическую роль при гипоталамо-гипофизарном ожирении играет щитовидная железа (из-за недостатка тиреоидных гормонов затормаживается выход жира из жировых депо и его окисление).

Адреналин - как активный липолитический фактор, когда его активность имеет пониженный характер, мобилизация жира из депо так же снижается, а это в свою очередь тоже является одним из патогенетических факторов ожирения.

Существуют так же генетические факторы (на данный момент известно свыше 20 генов, которым свойственна большая роль в развитии ожирения). Семейная предрасположенность – при наличии ожирения у родителей вероятность развития избыточной массы тела у детей составляет приблизительно 65-78%, в то время когда в общей популяции этот показатель равен около 30%, а с дефицитом массы тела у родителей – до 15%.

Факторы связанные с социумом – это употребление высококалорийной пищи, низкая физическая активность, нарушение адекватного пищевого поведения. Каждый из этих факторов приводит к повышению аппетита и повышенной задержке жира в жировых депо (ими являются подкожная жировая клетчатка, сальник и печень).

1.2. Классификация и клиническая картина

Классификация.

В классификации выделяют два типа: гиноидное ожирение (по женскому типу - форма груши), когда жир откладывается в области бедер и ягодиц. И андройдное ожирение (по мужскому типу в форме яблока), когда жир откладывается в области живота и выше.

Всего различают 4 степени ожирения. Подразделяющиеся по показателям индекса массы тела(величины, позволяющей оценить степень соответствия массы человека с его ростом и посредством этого оценить, является ли его масса нормальной, избыточной или недостаточной.

Также существуют классификации ожирения по формирующим его причинам (первичное, вторичное, смешанное и некоторые редкие формы). Очевидно предположить, что выбор способа лечения ожирения осуществляется врачом, основываясь на диагностике, его причинах, индивидуальных показателей, а так же реакции на терапию.

Первая степень ожирения. При данной степени избыточный вес составляет до 30% от нормального веса человека. Уже на этом этапе у больного формируется одышка, появляется быстрая усталость, усиливается потоотделение, возможно нарушение работы пищеварительной системы. Данная степень ожирения проще всего поддается лечению, особенно, если обратить внимание на свое здоровье вовремя.

Вторая степень ожирения. Данная ступень достигается пациентом при показателях лишнего веса от 30 до 50%. На этой ступени человека ожидают значительные изменения, происходящие в его теле. Одышка наблюдается даже при выполнении элементарно простых бытовых задач, а иногда и в состоянии покоя. Пациент начинает жаловаться на отеки, преимущественно в ногах, ощущения вздутия живота. Начинаются мемориальные проблемы, быстро

наступает утомляемость и рассеянность, кроме того они становятся постоянными. Но это ожирение всё еще излечимо.

Третья степень ожирения. Его показатели составляют от 50 до 100% избыточного веса, в этом случае данная степень ожирения диагностируется. С пациентами этой стадии наблюдаются серьезные проблемы психологического характера, лабильность настроения, образ жизни претерпевает кардинальные изменения. Человек практически не двигается, его основной целью становится — насыщение, ну и соответственно человек употребляет большее количество еды, чем обычно.

При третьей форме ожирения большинство диетологов отправляют пациентов на операцию. Однако многие из них представления не имеют, насколько серьезный характер имеет такая ситуация, игнорируя мнения врачей.

Четвёртая степень ожирения. Составляет более 100% лишнего веса. Данная форма достаточно редкая. Пациент на данном этапе страдает от дыхательной недостаточности, наблюдаются проблемы во всех органах. Распространённость жировой ткани становится практически повсеместной. При четвёртой степени ожирения, сложно что либо сделать не прибегая к хирургическому вмешательству.

Клиническая картина.

Клинические проявления разных видов ожирения имеют сходства. Различия имеются в распределении избыточного жира в организме, а так же в наличии или отсутствии симптомов поражения нервной или эндокринной систем.

1. Алиментарное ожирение – как правило наблюдается у лиц с наследственной предрасположенностью к полноте. Оно развивается в случаях, когда калорийность пищи превышает энергозатраты организма, и отмечается, как правило, у нескольких членов одной семьи.

Таким видом ожирения чаще всего страдают девочки, образ жизни которых, отличается сильной малоподвижностью. Сбор анамнеза с подробным выяснением суточного рациона обычно устанавливает, что такие пациенты

систематически переадают. Основная характеристика алиментарного ожирения это постепенное увеличение массы тела. Распределение подкожной жировой ткани происходит равномерно, в большей степени иногда накопление происходит в области бёдер и живота. При всём этом, Признаки поражения эндокринных желез отсутствуют.

2.Гипоталамическое ожирение - наблюдается при заболеваниях центральной нервной системы с гипоталамическим поражением (обычно при опухолях, при травмах, от инфекций). Для этого вида ожирения характерно быстрое развитие тучности. Жир откладывается преимущественно на животе, ягодицах и бедрах. Довольно часто кожа подвергается трофическим изменениям: сухость, белые или розовые полосы растяжения (стрии). По клиническим симптомам (например головная боль и расстройства сна) и данным неврологического обследования больного обычно устанавливается патология головного мозга. Гипоталамические расстройства могут наблюдаться наряду с ожирением в форме различных признаков вегетативной дисфункции - повышение артериального давления, нарушения потоотделения и прочее.

3.Эндокринное ожирение - развивается у больных с некоторыми эндокринных заболеваниями (например, гипотиреоз, болезнь Иценко - Кушинга), их симптомы превалируют в клинической картине. Во время осмотра наряду с ожирением, характеризующееся неравномерными жировыми отложениями на теле, проявляются гормональные нарушения и их признаки (например, маскулинизация или феминизация, гинекомастия, гирсутизм), на коже обнаруживаются стрии.

4.Болезненный липоматоз (болезнь Деркума), для него характерно наличие жировых узлов, являющихся болезненным синдром при пальпации.

Больные со II-IV степенями ожирения, имеют изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, легких и органов пищеварения. Довольно часто наблюдаются тахикардия, сердечные тоны становятся приглушены, а так же повышается артериальное давление. В некоторых случаях развиваются дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце, вследствие

высокого стояния диафрагмы. У большинства больных ожирением присутствует склонность к запорам, печень увеличивается в связи с тем что её паренхима подвергается жировой инфильтрации, часто выявляются симптомы таких болезней как хронический холецистит и панкреатит. Отмечаются боли в пояснице, артроз коленных и голеностопных суставов. Ожирение сопровождается также нарушениями менструального цикла, возможна аменорея. Ожирение как фактор риска способствует развитию сахарного диабета, атеросклероза, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, с которыми оно часто сочетается.

Ожирение у детей развивается на фоне наследственных особенностей или вследствие приобретенных нарушений обмена веществ и энергии. Чаще всего ожирение отмечается на 1-м году жизни и в 10-15 лет, как раз тот самый возраст когда дети часть дня проводят беспризорно в школе и согласно их возрасту они больше подвержены риску. У детей чаще встречается экзогенно-конституциональное ожирение, в его основе лежит наследственная (конституциональная) предрасположенность к избыточным жировым отложениям. Избыточное отложение жира обычно начинается уже на 1-м году жизни и неодинаково распространено у мальчиков и девочек. Девочки уже рождаются с более развитой подкожной жировой тканью, чем мальчики. С возрастом это различие увеличивается, достигая максимума у взрослых, и обуславливает большую частоту ожирения у девочек и женщин.

1.3. Диагностика. Лечение и профилактика

Диагностика.

В связи с тем, что прямое определение количества жировой ткани в организме является сложным, то самым достоверным и информативным методом является определение индекса массы тела (ИМТ), рассчитывающийся как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста человека,

выражающемся в метрах. Специалисты доказали, что ИМТ коррелирует с количеством жировой ткани в организме как детей, так и у взрослых.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), нормальная масса тела взрослых соответствует ИМТ 18,5—24,9 , следующий показатель ИМТ 25—29,9 — соответствует избыточному весу, а ожирение диагностируется при ИМТ выше 30.

Критерии избыточной массы тела и ожирения у детей определяются по данным стандартных отклонений ИМТ (SDS — standard deviation score). Кроме роста в них учитывается так же и вес, пол и возраст ребёнка. Всё это связано с тем, что значение ИМТ у детей меняется с развитием ребенка: от высокого в первый год жизни, сниженного в период раннего детства (2—5 лет) и постепенно увеличивающегося в период полового развития, что в целом отражает динамику жировой ткани.

Все эти нормативы объединяет. ВОЗ пользуется стандартными отклонениями – 1, –2, –3 SDS, медиана и +1, +2, +3 SDS.

С учетом рекомендаций ВОЗ, ожирение у детей и подростков следует определять как +2,0 SDS ИМТ, а избыточную массу тела от +1,0 до +2,0 SDS ИМТ.

Таблица 1.

Характеристика показателей индекса массы тела

Индекс массы тела, кг/м ²	Характеристика
18,5 и меньше	Недостаточная масса тела
18,5-24,9	Нормальная масса тела
25-29,9	Избыточная масса тела
30-34,9	Ожирение I степени (лёгкое)
35-39,9	Ожирение II степени (умеренное)
40 и более	Ожирение III степени (тяжёлое)

На самом деле никакой калькулятор ИМТ не будет являться клиническим руководством. Его значение показывает лишь относительное количество жира в организме без учета его конституции и состояния здоровья. Стандартные рекомендации в выводах после расчета не смогут заменить консультацию и профильный осмотр врача. А потому, если отмечается приближение ИМТ к пороговому значению, это гарант того, что нужно обязательно обратиться в клинику, пройти проверку на наличие факторов риска, и вносить изменения в образ жизни. Специалист должен изучить семейную историю, узнать привычки, и определить другие симптомы.

Лечение.

Терапевтическую основу ожирения составляет комплекс мероприятий, включающий пищевую коррекцию, диетотерапию, а так же адекватную физическую нагрузку.

Клинические меры, основанные на программах, направленных на изменение образа жизни, позволяют уменьшить величину ИМТ не более чем на 0,03-0,05 SDS ИМТ в течение примерно 1 года.

Физическая нагрузка. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, адекватная физическая активность (ФА) для детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет подразумевает, ежедневные занятия продолжительностью не меньше 60 минут в день. Физическая активность более 60 минут в день создаст дополнительный благоприятный эффект для здоровья. С целью снижения веса основная часть ежедневных занятий ФА должна быть посвящена аэробике. Имеется ввиду игры, состязания, занятия спортом, поездки, оздоровительные мероприятия, физкультуру или плановые упражнения в рамках семьи, школы или своего района.

Лекарственная терапия. Медикаментозная терапия ожирения у подростков не так широка и в целом ограничена. По современным данным единственным препаратом, разрешенным для лечения ожирения у детей старше 12 лет в мире и Российской Федерации – это орлистат. Орлистат является ингибитором желудочной и панкреатической липаз, участвующих в

гидролизе триглицеридов, и необходимых для всасывания жиров в тонком кишечнике. В результате действия препарата расщепление пищевых жиров нарушается и их всасывание уменьшается. Если отменить данный препарат, его действие быстро прекращается, а активность липаз восстанавливается. Эффективность орлистата в комплексной терапии ожирения у подростков оценена в контролируемых клинических исследованиях. Длительность лечения может составлять от 3 месяцев до 12. При назначении препарата на срок более 3 месяцев к терапии рекомендуют добавлять поливитаминные комплексы, с учётом возможных рисков снижения уровня жирорастворимых витаминов в сыворотке крови.

Применение препаратов метформина в педиатрической группе разрешено для пациентов старше 10 лет с установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа.

Использование таких препаратов как октреотид, лептин и гормона роста ограничено рамками клинических и научных исследований и не может быть рекомендовано для применения в общей практике.

Исследования последних лет показывают, что мероприятия, направленные на изменение образа жизни, включающие мотивационное обучение пациентов и их родителей, медикаментозную терапию с целью снижения ожирения у детей и подростков, имеют краткосрочную эффективность. В связи с этим, лечение ожирения у детей и подростков должно быть длительным.

Как способ лечения морбидных осложненных форм ожирения у подростков в некоторых странах мира применяется бариатрическая хирургия. Основными её условиями являются достигнутый конечный рост ребенка, стадия полового развития 4 или 5 по Таннеру, наличие морбидного осложненного ожирения (сахарный диабет 2 типа, обструктивное апноэ, артериальная гипертензия высокого риска и др.).

Ещё одним условием может быть низкая эффективность предыдущего консервативного лечения, длительностью не менее 6 месяцев. Адекватный

психический статус (отсутствие психических заболеваний, включая психические расстройства при нарушениях пищевого поведения, а также отсутствие синдромальных форм ожирения, сопровождающихся сниженным интеллектом). Социальный статус пациента (наличие родителей, семьи), высокая степень мотивации пациента и его родителей - четкое понимание необходимости пожизненного соблюдения диетических принципов и заместительной терапии витаминами после операции для девушек - отказ от беременности на срок не менее 1 года после бариатрического вмешательства наличие доступного для пациента специализированного центра с возможностью длительного.

По результатам международных клинических исследований, применение бариатрической хирургии у детей и подростков в сравнении со взрослыми сопровождается большим процентом послеоперационных осложнений и высоким процентом рецидивов набора веса.

В Российской Федерации проведение бариатрических операций для лечения ожирения у лиц младше 18 лет запрещено.

Профилактика.

Исходя из всех вышеупомянутых данных, очевидно, что лечение ожирения у детей имеет зависимость от их возраста и общего состояния здоровья. Детям не назначают лекарственные средства, подавляющие аппетит или способствующие похудению. Если ожирение у ребенка вызвано расстройством гормональной системы, снижение массы тела дает сочетание диеты, физкультуры и лечения основного заболевания.

Покупая продукты, не забывайте про фрукты и овощи. Готовые продукты промышленного производства, такие как крекеры, печенье и сдоба, пищевые полуфабрикаты, а также готовые блюда, в т.ч. замороженные, часто содержат слишком много жира и сахара, поэтому покупать их не следует. Вместо них выбирайте более полезные низкокалорийные продукты.

Никогда не используйте продукты питания в качестве поощрения или наказания.

Не покупайте сладких напитков промышленного производства, включая те, в состав которых входит фруктовый сок, или сведите их употребление к минимуму. Эти напитки высококалорийны, но содержат очень мало питательных веществ.

Для каждого приема пищи старайтесь собираться за столом всей семьей. Ешьте не спеша, поделитесь новостями. Не позволяйте ребенку есть перед телевизором, за компьютером или видеоиграми — это ведет к тому, что он перестает контролировать насыщение и может съесть больше, чем ему следует.

Старайтесь как можно реже посещать с ребенком кафе и рестораны, особенно рестораны с фастфудом. В таких пунктах питания большинство блюд в меню высококалорийны и содержат большое количество вредных жиров.

Для повышения физической активности ребенка придерживайтесь следующих правил.

Ограничьте время пребывания ребенка за компьютером и перед экраном телевизора двумя часами.

Делайте акцент на подвижности в целом, а не на физических упражнениях — ребенок не обязательно должен выполнять какой-либо определенный комплекс физических упражнений, можно просто играть в прятки или догонялки, прыгать со скакалкой, лепить снежную бабу и т.д.

Чтобы ребенок был активным, покажите ему пример. Придумайте, каким видом активного отдыха можно заниматься всей семьей.

Никогда не используйте физические нагрузки в качестве наказания или обязанности.

Позвольте ребенку менять виды активного отдыха в разные дни недели. Пусть в один день он поплавает в бассейне, в другой — сходит в боулинг, в третий — поиграет в футбол, в четвертый покатается на велосипеде. Неважно, чем он занимается — важно, чтобы он больше двигался.

Факторы риска

Как известно, факторами риска ожирения у детей может являться не только неадекватное питание и наследственность.

Первым фактором риска, приводящим к ожирению, является малоподвижный образ жизни. Прежде всего, это низкая физическая активность, отсутствие каких-либо спортивных занятий, любого виду физического труда, неадекватная антропогенная нагрузка.

Ко второму главному фактору риска относится переедание, которое можно охарактеризовать с нескольких сторон. С одной стороны, это употребление чрезмерно большого количества пищи, с другой, употребление пищи, которая имеет высокое содержание углеводов и сахаров. Особенно у лиц, с низкой толерантностью к глюкозе. Основной перечень факторов риска, представлен ниже:

- Проживание в условиях йодного дефицита.
- Отсутствие или низкое количество антропогенной нагрузки.
- Преобладание продуктов животного происхождения.
- Злоупотребление сахаросодержащими продуктами.
- Отсутствие физической активности, и трудовой сферы.
- Частый приём мучных и молочных изделий.
- Фастфуд, и пища богатая нитратами.
- Резкий отказ от курения.

ГЛАВА 2. АНКЕТИРОВАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ.

2.1 Описание методов собственного исследования

Исследование проводилось на базе МБОУ «Борисовской средней общеобразовательной школы». С целью решить задачу при помощи анонимного анкетирования были получены данные у 40 школьников различных классов. Им была предложена анкета, состоящая из 16 вопросов. Респонденты выделяли вариант ответа, наиболее подходящий для них. Некоторые вопросы имели свободный вариант ответа, а также выбор нескольких вариантов.

2.2 Результаты анкетирования студентов

Возрастной диапазон респондентов представлен следующим образом: 35% школьников в возрасте 13 лет; 32,5% - в возрасте 14 лет; 15% - в возрасте 15 лет; 12,5% - в возрасте 16 лет; 5% - в возрасте 17 лет. [Рис.1]

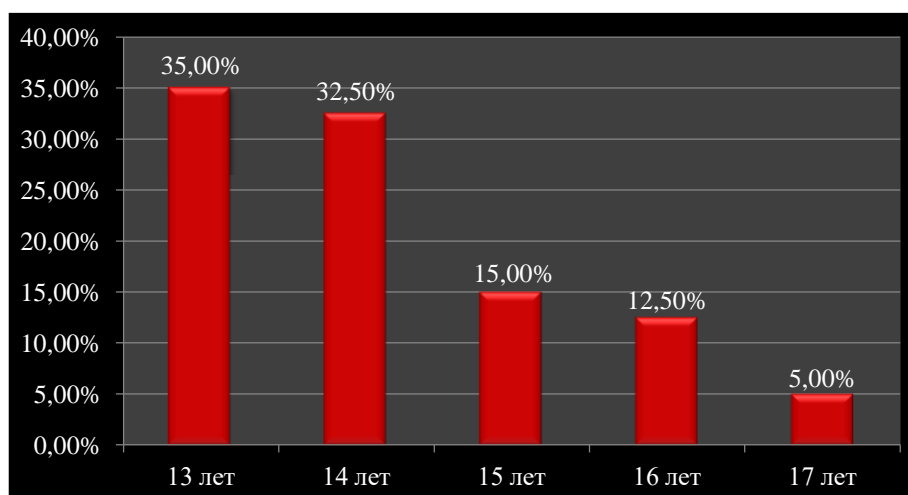


Рис.1. Возраст

По половой принадлежности опрошенные распределились
нижеследующим образом: 72,5% - мальчиков, 27,5% - девочек. [Рис.2]

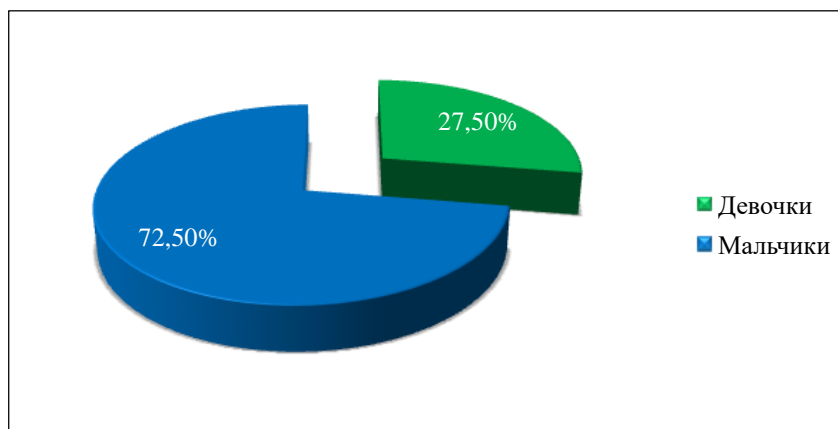


Рис.2. Пол

Данные о весе респондентов, следующие: 40-45 кг. – 20% респондентов,
45-50 кг. – 20%, 50-55 кг. – 32,5%, 55-60 кг. – 12,5%, с весом 60-65 кг. – 12,5%,
65-70 кг. – 2,5%. [Рис.3]

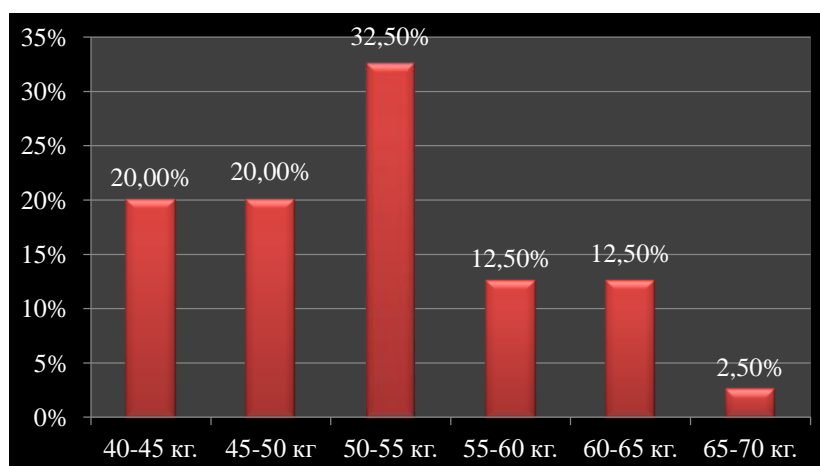


Рис.3. Вес

На вопрос респондентам, какими они себя считают по конституциональным особенностям, результаты таковы: худыми себя считают - 15%, нормальным – 29,5%, что есть несколько лишних кг. – 35%, толстым – 17,5%. [Рис.4]

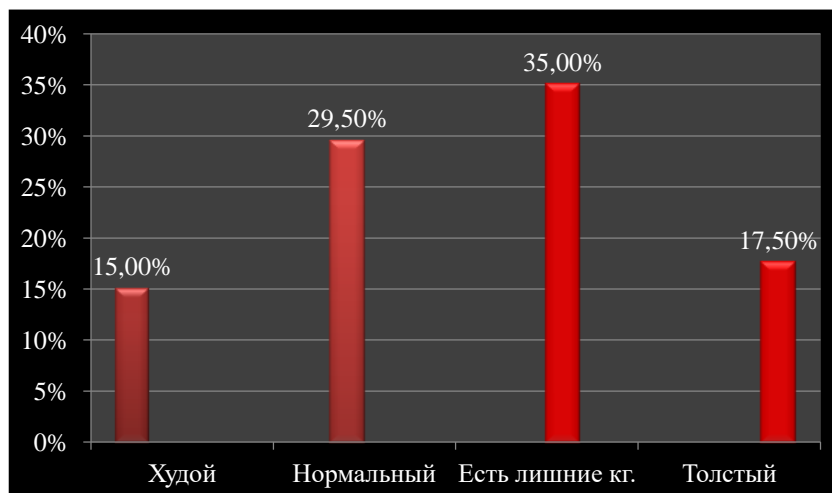


Рис.4. Конституциональные особенности

Выясняя, какое количество раз в день школьники полноценно едят, выяснилось, что 42,5% - три раза, 27,5% - два раза с перекусами, и 30% по их мнению, едят тогда, когда им захочется. [Рис.5]

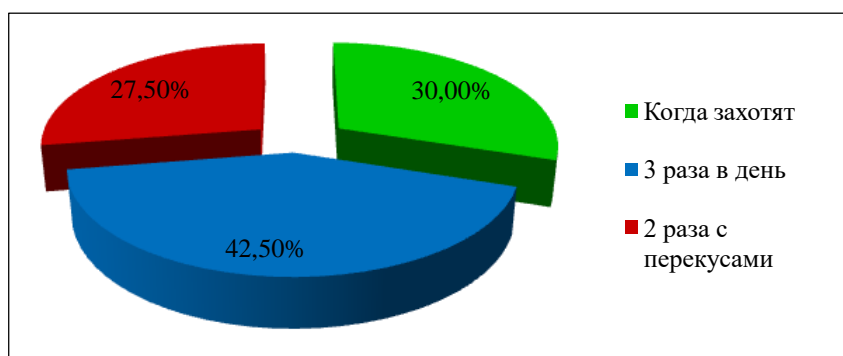


Рис.5. Количество приёма пищи в день

На вопрос, знают ли опрашиваемые, что такое фастфуд, 42,5% ответили, что знают, оставшиеся 57,5% нет. [Рис.6]

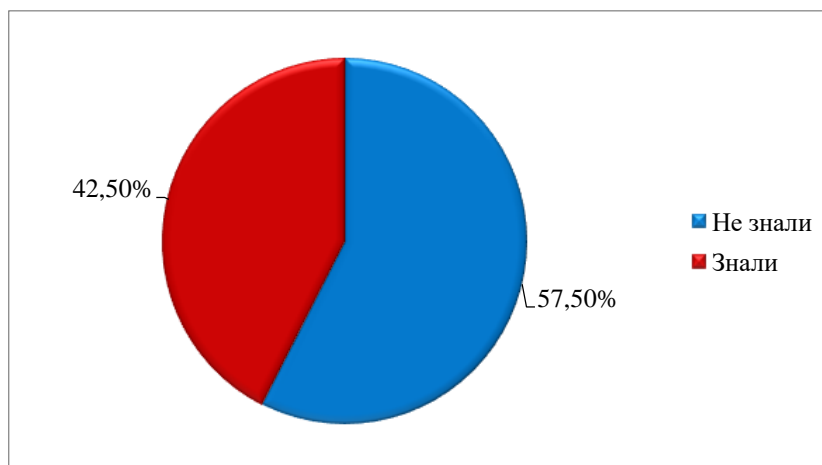


Рис.6.Знание о фастфуде.

Любимая еда школьников по результатам такая: овощи и зелень – 17%, фрукты и ягоды – 25%, Пряники, макароны – 35%, фастфуды и бутерброды – 27,5%, пицца, сухарики и чипсы – 27,5%. [Рис.7]



Рис.7. Любимая еда

На вопрос, знают ли опрошиваемые, опасен ли фастфуд, и если да, какое их к этому мнение, или же вовсе не знают, 15% школьников ответили, что знают, 45% - знают, но им на это всё равно, а 40% - не знают.[Рис.8]

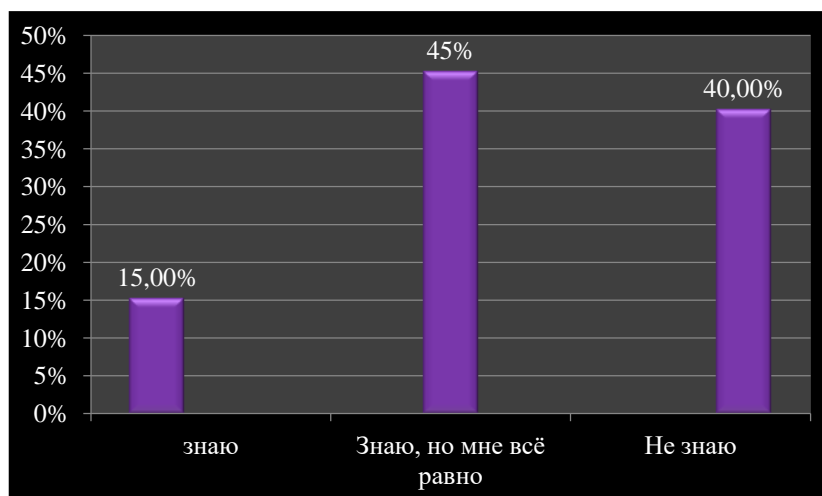


Рис.8. Знание об опасности фастфуда

По вопросу, какой уровень физической активности характерен для респондентов, данные сложились следующие: 15% школьников ведут активный образ жизни, 45% - умеренный, и 40% - низкий. [Рис.9]

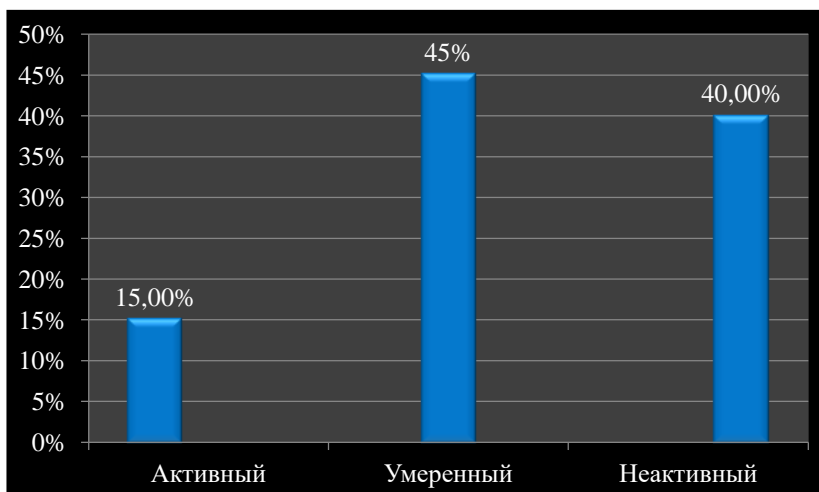


Рис.9. Какой уровень физической активности

По вопросу, есть ли лишний вес у родителей опрашиваемых, результаты следующие: 17,5% ответили, что у обоих, 27,5% - только у мамы, 17,5% только у папы, и 37,5 – нет ни у кого. [Рис.10]

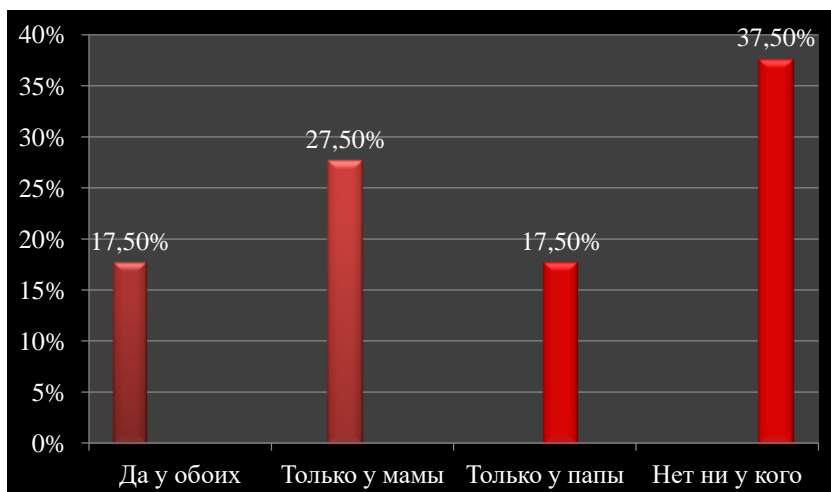


Рис.10. Лишний вес у родителей

Вопрос о том, знают ли опрашиваемые, в чём разница между ожирением и лишним весом, 25% школьников ответили, что знают, 32,5% - не знают, а 42,5% - затруднились ответить.[Рис.11]

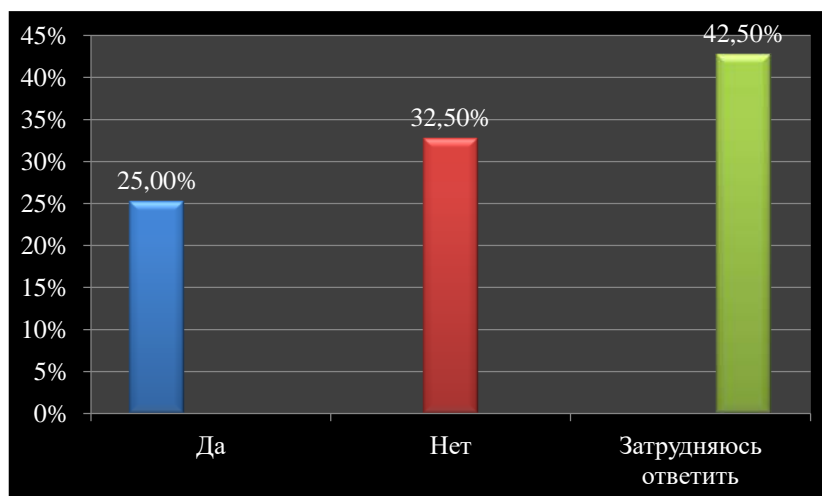


Рис.11. Разница между лишним весом и ожирением

Данные вопроса о том, к каким заболеваниям может привести ожирение обозначились в таком виде: 12,5% - считают, что ожирение приводит к заболеваниям сердца и сосудов, 22,5% - к сахарному диабету, 5% - болезни позвоночника и суставов, 17,5% - гормональные нарушения, 17,5% - бесплодие, 20% - считают, что ни к чему, и 5% - затруднились ответить. [Рис.12]

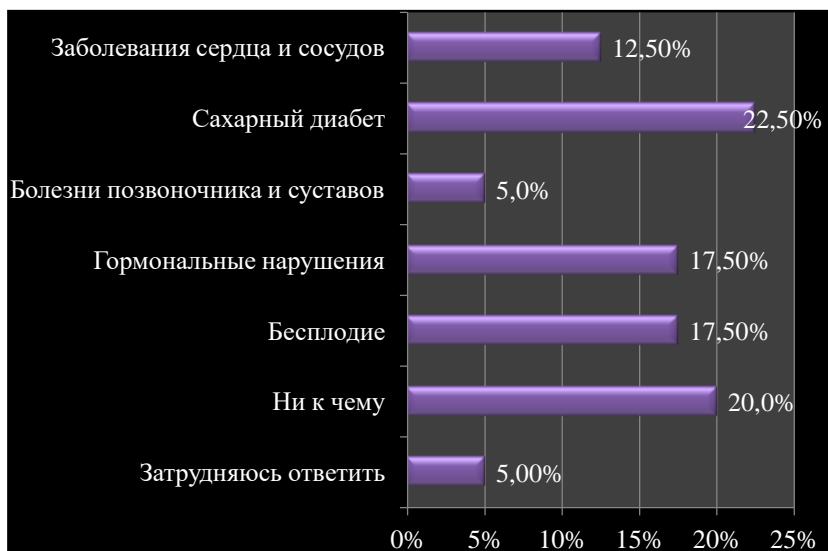


Рис.12. Заболевания ожирения

Вопрос о том, что помогает школьникам поддерживать вес в норме, собрал следующие результаты: 40% опрошенных поддерживают вес с помощью занятий спортом, 47,5% - регулярным питанием, 12,5 – отказываются от фастфуда. [Рис.13]

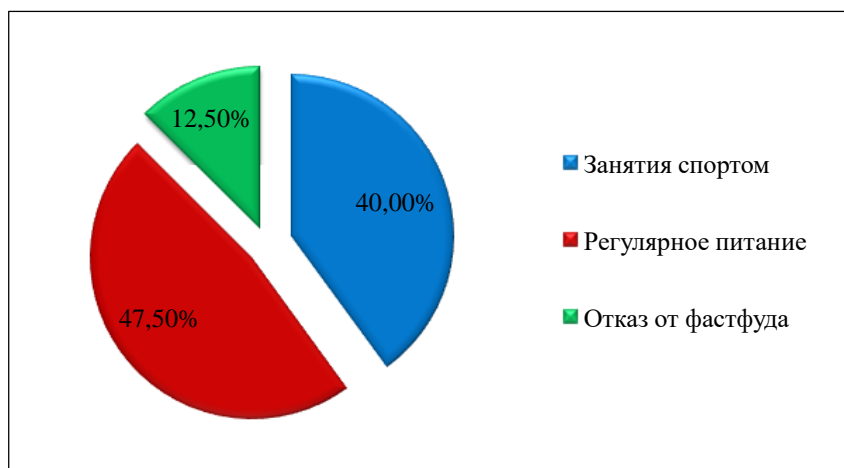


Рис.13. Поддержание веса в норме

Среди остальных вопросов, также имеется вопрос о наличии каких-либо вредных привычек у респондентов, а результаты данного вопроса таковы: 10% опрошиваемых курят, 5% - позволяют себе алкоголь, 85% - не имеют вредных привычек. [Рис.14]



Рис.14. Наличие Вредных привычек

Следующий вопрос, продолжающий по смыслу предыдущий, если опрошиваемые курят и по какой причине, показывает следующие результаты: 2,5% - курят, с целью помочь сбросить вес, 5% - по причине обычного удовольствия, 2,5% - за кампанию, оставшиеся 90% - не курят. [Рис.15]



Рис.15. Причина курения

Тем школьникам, у которых имеется лишний вес, был предложен вопрос, отражающий отношение их родителей к вышеупомянутому факту, результаты следующие: 12,5% - активно участвуют в решении проблемы, 38% – стараются просто ограничить своих чад в еде, и 49,5% - относятся к этому с безразличием.

[Рис.16]

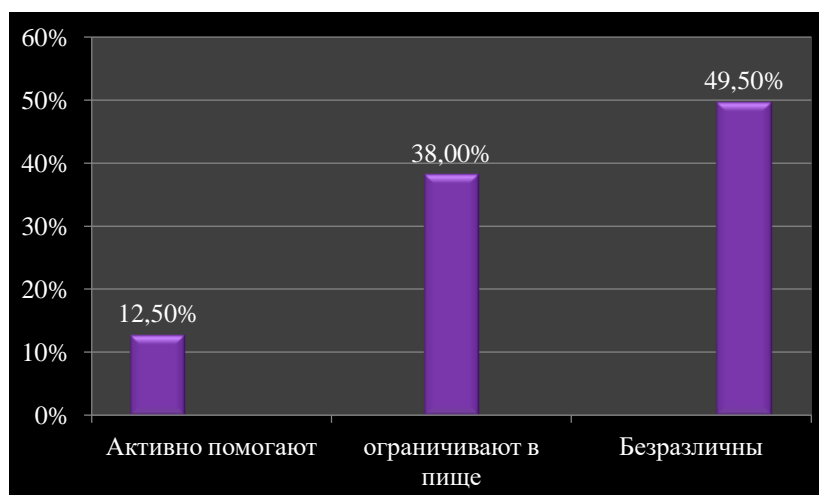


Рис.16. Отношение родителей к проблеме

Выводы:

1. Самыми старшими среди опрашиваемых школьников были 17 лет, их число было 5%. Более младшие 16 лет составили 12,5%. В возрасте 15 лет было 15%. Преобладающим числом были самые младшие в возрасте 13 лет, они составили – 35,5%.

2. Большая часть опрошенных школьников была представлена мальчиками.

3. По данным, которые сложились в результате опроса о характерном весе школьников, их большая часть имела вес 50-50 кг. Наименьший процент 2,5%, был у лиц с весом 60-65 кг., остальная аудитория была представлена средней нормальной весовой категорией, в соответствии с их возрастом.

4. Подавляющая часть школьников была уверена, что они имеют несколько лишних килограмм. 17,5% считают себя толстыми. 29,5% считают себя нормальными, и меньше всего школьников, по их мнению, считают себя худыми. А это уже говорит о том, что количество детей с лишним весом уже превалирует.

5. Здоровый и полноценный приём пищи три раза в день(включающий завтрак, обед и ужин) присутствует у большинства детей. 30% детей, по их мнению, едят тогда, когда им захочется. И они совершенно не беспокоятся о том, где, когда и как они употребляют пищу, а главное какую. Меньшая их часть употребляет еду дважды, добавляя перекусы.

6. Большинство школьников 57,5%, ответили, что не знают, что такое фастфуд. Меньшая часть - 42,5% ответили, что знают, что такое фастфуд или хотя бы имеют представление.

7. Любимая еда школьников по результатам анкетирования была следующая: овощи и зелень предпочитали – 17%, фрукты и ягоды – 25%, Пряники, макароны, пирожки и булочки полюбили целых – 35%, фастфуды и бутерброды – 27,5%, оставшиеся 27,5% отдали своё предпочтение пицце, сухарикам и чипсам.

8. Основным заболеванием, к которому приводит ожирение, школьники считают сахарный диабет. Многие сказали, что ожирение приводит к заболеваниям сердца и сосудов, бесплодию и гормональным нарушениям. И лишь самая малая часть, утверждает, что ожирение ни к чему не приводит.

9. Поддерживать вес в норме, различными занятиями спортом и кружками предпочитают 40%. Почти половина отдаёт предпочтение регулярному питанию и диете. А самая меньшая часть, которая составила 12,5%, старается поддерживать вес в норме отказом от фастфуда и другой вредной пищи

10. Среди остальных вопросов, также имеется вопрос о наличии каких-либо вредных привычек у школьников. Так как известно воздействие никотина на организм, он подавляет чувство голода, повышает метаболизм и нарушает толерантность к глюкозе. Следовательно, для многих людей, страх поправиться становится единственным барьером на пути к отказу от курения. Неокрепшие умы детей становятся жертвами плохого примера их курящих родителей. Как оказалось 10% школьников курят несмотря на свой возраст, 5% позволяют себе алкоголь, а подавляющее большинство в размере 85% не имеют вредных привычек.

11. Следующий вопрос, продолжающий по смыслу предыдущий, в основном актуален для курящих лиц. Основная цель была выявить причину курения. Одинаковая часть курящих детей ставит причиной такого поведения цель сбросить вес и за кампанию с другими. 5% курят по причине обычного удовольствия. Ну а оставшееся большинство благоприятно не курит вовсе.

12. 49,5% Родителей безразличны к своим полным детям, по неизвестной причине. 38% Родителей стараются ограничить своих детей в еде. Инициативной к сожалению оказалась самая меньшая часть. Только 12,5% родителей таких детей активно участвуют в решении проблемы, посещая диетологов и эндокринологов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя тщательный анализ тематической литературы, анкетирование и выведение данных, вполне смело можно позволить себе сделать вывод, что проблема ожирения в современном мире пусть и не представляет глобальной опасности, но тем не менее, носит зловердный характер, а для своих жертв всё таки представляет опасность, в частности для молодого поколения. Так как ожирение формируется в разных ситуациях, а факторами риска может стать многое, в том числе и обычные бытовые виды деятельности, озвученные выше.

Исходя из данных анкетирования, данному заболеванию, подвержены люди с низкой антропологической нагрузкой, низкой физической активностью, подверженные бесконтрольному употреблению еды, как со стороны родителей, так и со стороны педагогов. Такие люди из-за своего внешнего вида менее коммуникабельны, а отсутствие общения негативно сказывается на таких людях, согласно психосоматике, также удручающей влияние самого ожирения на организм, значительно повышает риск различных заболеваний, заболевания сердечнососудистой системы, болезни позвоночника и суставов, гормональные нарушения, бесплодие.

Само по себе детское ожирение повышает вероятность ожирения в будущей жизни, создавая риск преждевременной смерти и инвалидности во взрослом возрасте. Кроме достаточно высокого риска для будущего индивида, дети страдающие ожирением, испытывают одышку, подвержены риску переломов гораздо выше, чем у среднестатистического человека, имеют склонность к гипертонии, раннему проявлению признаков сердечнососудистых заболеваний, инсулинорезистентности и могут испытывать психологические проблемы.

Рекомендации для снижения степени ожирения у детей:

1. При покупке продуктов, старайтесь отдавать предпочтение фруктами и овощам. Готовые продукты промышленного производства, такие как крекеры, печенье, вафли, пряники и сдоба, различные пищевые полуфабрикаты, а также готовые блюда, в том числе замороженные, часто

содержат большое количество жира и сахара, а потому, старайтесь эти продукты не покупать, либо свести их минимуму. В качестве их замены, выбирайте более полезные и низкокалорийные продукты.

2. Никогда не используйте продукты питания в качестве поощрения или наказания.

3. Не покупайте сладкие напитки промышленного производства, включая те, в состав которых входит фруктовый сок, или сведите их употребление к минимуму. Эти напитки высококалорийны, но содержание в них питательных веществ очень мало.

4. При каждом приёме пищи старайтесь собираться за столом всей семьей. Ешьте без спешки, поделитесь новостями, любой недолгий разговор. Не позволительно давать ребёнку есть перед телевизором или за компьютером с видеоиграми — это приведёт к тому, что он перестанет контролировать насыщение и может съесть больше, чем ему следует.

5. Старайтесь как можно реже посещать с ребёнком кафе и рестораны, особенно рестораны фастфуда. В этих пунктах питания большинство блюд в меню высококалорийны и содержат большое количество вредных жиров.

6. Ограничьте время пребывания ребёнка за компьютером и перед экраном телевизора не более двух часов.

7. Делайте акцент в основном на подвижности, а не на физических упражнениях — ребёнок не всегда будет хотеть выполнять какие-либо определенные комплексы физических упражнений, можно превратить это в игру, например в прятки или догонялки, прыгать со скакалкой, играть в футбол, лепить снеговика и любые другие способы.

8. Чтобы ребёнок стал активным, покажите ему пример на себе. Курящие и пьющие родители, должны хотя бы стараться скрывать свои недостатки от ребёнка. Займитесь любым видом активным отдыха, желательно всей семьей.

9. Никогда не используйте физические нагрузки в качестве наказания или обязанности.

10. Позвольте ребёнку менять и выбирать виды активного отдыха в разные дни недели. В один день он поплавает в бассейне, в другой — сходит в боулинг, в третий — поиграет в футбол, в четвёртый покатается на велосипеде. Неважно, чем он занимается — самое главное, чтобы он больше двигался.

11. По возможности убрать, имеющиеся в школах автоматы с быстрым питанием, или заменить их содержимое на более полезную пищу.

Рекомендации фельдшеру для повышения эффективности борьбы с пациентами с поражением ожирением:

1. Тщательный сбор анамнеза и анамнеза жизни для выявления детей с высоким риском развития ожирения;

2. При подозрении на возможное развитие ожирения, немедленное направление на консультации к эндокринологу и диетологу;

3. Установление доверительных отношений с пациентами и их семьёй, формирование у членов семьи приверженности к лечению и стремлению к здоровому образу жизни;

5. Обучение родителей приёмам массажа и лечебной гимнастики;

6. Проведение санитарно-просветительной работы с родителями о важности правильного питания как ребёнка так и самих себя. О реализации активного отдыха и адекватной физической активности.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Включить специальные кардиореспираторные подготовки в занятия физкультурой;
2. Изменить существующие форматы маркировки пищевых продуктов, в виде кратких дополнительных заявлений о полезности, и содержании вредных веществ;
3. Исключить или минимизировать специальные предложения и акции на закуску, кондитерские изделия и напитки, тем самым снизить «импульсивную» покупку неполезных товаров;
4. Организация психологической поддержки родителей и их ребёнка, страдающего ожирением.
5. Организация взаимодействия со специализированными лечебными центрами и повышение квалификации специалистов при помощи новых знаний и технологий.
6. Убрать имеющиеся в школах автоматы с быстрым питанием, или при возможности заменить их содержимое на более полезные продукты питания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Виноградов, А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М.: МИА. 2013. – 606 с.
2. Внутренние болезни: Учебник: в 2х томах, 2 том./ Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, 2-е издание, испр. и доп.- 2013.-Т.4. 592 с.
3. Клинические рекомендации. Кардиология / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 640 с.
4. Епифанов, В. А. Реабилитация в гастроэнтерологии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 416 с. : ил.
5. Смолева, Э.В. Терапия с курсом первичной медико - санитарной помощи: учеб.пособие для студентов мед. училищ и колледжей. / Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос. – изд. 10-е. – Ростов — н/Д : «Феникс», 2013. 6.
6. Отвагина, Т. В. Терапия : учебное пособие / Т.В. Отвагина. – 4-е изд. - Ростов-на-Дону : Феникс. – 2013. – 367 с.;
7. Францева, А.П., Седакова Л.В., Карпов С.М. Нарушение работы органов малого таза//Вестник молодого ученого. – 2014. – № 2 (4). – С.21–24 7.
8. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: учебник / Н.И. Федюкович. - Изд. 8-е, стер. - Ростов н/Д: Феникс, 2015. - 573, [1] с.: ил. (Среднее профессиональное образование).
9. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222197912> 8.
10. Фролькис, Л.С. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи. Сборник заданий: учебное пособие. / Фролькис Л.С. 2013. - 448 с.: ил. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416600.html>
11. Хирургия : нац. рук. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт
12. Филиппов, И.А. Жир на кушетке. Взгляд психоаналитически ориентированного терапевта на проблему ожирения / И.А. Филиппов. - М.: БХВ-Петербург, 2013. - 378 с.

13. Картелишев, А.В. Актуальные проблемы ожирения у детей и подростков / А.В. Картелишев. - М.: Медпрактика-М, 2010. - 862 с.
14. Добробабенко, Е.В. Диета ABC. Прощайте, лишний вес и стресс! / Е.В. Добробабенко. - М.: Астрель, 2010. - 201 с.
15. Булышко, С.Г. Диета и лечебное питание при ожирении и сахарном диабете / С.Г. Булышко. - Москва: РГГУ, 2014. - 256 с.
16. Антонова, Р.П. Лечебное питание на дому для больных сахарным диабетом и ожирением / Р.П. Антонова. - М.: Профи-информ, 2010. - 142 с.
17. Петросян, О. А. Массаж при ожирении / О.А. Петросян. - М.: Вече, 2014. - 192 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Анкетирование для выявления ожирения у школьников МБОУ
«Борисовской средней общеобразовательной школы»**

При заполнении анкеты, внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопроса и выделите ответ, наиболее подходящий Вам, или допишите ответ самостоятельно.

Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

Содержание анкет не разглашается.

1. Укажите Ваш возраст _____
2. Ваш пол М Ж
3. Каков ваш вес?
 - А) 40-45;
 - Б) 45-50;
 - В) 50-55;
 - Г) 55-60;
 - Д) 60-65;
 - Е) 65-70;
 - Д) более 70;
4. Каким Вы себя считаете?
 - А) Худым;
 - Б) Нормальным;
 - В) Есть несколько лишних кг;
 - Г) Толстым;
5. Сколько раз в день вы полноценно едите?
 - А) 3 (Завтрак, обед ужин);
 - Б) 2 (и перекусы);
 - В) Ем, когда захочу;
6. Знаете ли Вы, что такое фастфуд?
 - А) Да;
 - Б) Нет;

7. Ваша любимая еда?
- А) Овощи и зелень;
 - Б) Фрукты и ягоды;
 - В) Пряники, макароны, лапша и булочки;
 - Г) Фастфуды и бутерброды;
 - Д) Пицца, сухарики и чипсы;
8. Считаете ли Вы, что фастфуд опасен для здоровья?
- А) Конечно;
 - Б) Опасен, но мне всё равно;
 - В) Нет, не опасен;
 - Г) Не знаю;
9. Какой уровень физической активности Вам характерен?
- А) Активный (посещаю спортивные секции, люблю спорт);
 - Б) Умеренный (часто хожу пешком, отдыхаю дома);
 - В) Низкий (в школу меня подвозят, сижу на уроках и дома);
10. Есть ли лишний вес у Ваших родителей?
- А) Да, у обоих;
 - Б) Только у мамы;
 - В) Только у папы;
 - Г) Нет ни у кого;
11. Лишний вес и ожирение, это одно и то же?
- А) Да;
 - Б) Нет – лишний вес можно сбросить, а ожирение – это болезнь;
 - В) Затрудняюсь ответить;
12. К каким проблемам со здоровьем может привести ожирение?
- А) Заболевание сердца и сосудов;
 - Б) Сахарный диабет;
 - В) Болезни позвоночника и суставов;
 - Г) Гормональные нарушения;
 - Д) Бесплодие;
 - Е) Ни к чему;
 - Ж) Затрудняюсь ответить;
13. Что помогает Вам поддерживать вес в норме?
- А) Занятия спортом;
 - Б) Регулярное питание;

В) Отказ от фастфуда;

Г) Свой вариант ответа _____

14. Есть ли у Вас какие-нибудь вредные привычки, и какие?

А) Я курю;

Б) Иногда позволяю себе алкоголь;

В) Нет;

15. Если Вы курите, по какой причине?

А) Курение помогает сбросить вес;

Б) Мне просто это нравится;

В) За кампанию с друзьями;

16. Если у Вас есть лишний вес, как к этому относятся Ваши родители?

А) Стараются мне помочь, мы лечимся в больнице;

Б) Пытаются ограничить меня в пище;

В) Они безразличны;

Спасибо за участие в анкетировании!