

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

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051505
Куделиной Татьяны Петровны

Научный руководитель
преподаватель Колченко Е.Б.

Рецензент:
Врач-терапевт,
терапевтического отделения
ОГБУЗ «Городская больница
№2 г. Белгорода»
Будякова Н. Ю.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	6
1.1. Этиология, патогенез и классификация ожирения.....	6
1.2. Клинические проявления и диагностика ожирения	12
1.3. Осложнения, лечение и профилактика ожирения	14
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	22
2.1. Методика исследования	22
2.2. Социологическое исследование влияния ожирения на развитие неинфекционных заболеваний.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЕ	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Согласно расчетам Всемирной организации здравоохранения, у более миллиарда людей во всем мире отмечается лишний вес. Проблема ожирения также важна в тех государствах, в которых доминирующая доля жителей регулярно недоедает, а в индустриально цивилизованных государствах она является основным моментом социального здоровья.

Эта проблема касается всех слоев населения вне зависимости от социального и профессионального статуса, возраста, места проживания и пола. «По данным статистики в России количество людей, страдающих ожирением, стремительно растет, так в 2015 году число больных ожирением составляло один миллион пятьсот семьдесят шесть тысяч человек, а к 2018 году возросло до двух миллионов шестидесяти четырех тысяч человек, т.е. на одну тысячу населения 16 человек страдают ожирением.

В настоящее время 62% из всех людей, страдающих ожирением, живут в развивающихся странах. Следует отметить, что в 2016 году лишний вес и ожирение стали причиной трех миллионов пятисот тысяч смертей.

В России, согласно исследованию, 49% мужчин старше 25 страдают от лишнего веса и 20% — от ожирения. Среди российских женщин ожирение наблюдается у 30% женщин, а лишний вес почти у 65% женщин».

Часто, окружающие с пренебрежением и иронией относятся к таким людям. Такое отношение нередко приводит к психологическим травмам, а особенно этому подвержены дети и подростки. Язвительные и циничные высказывания окружающих крайне негативно влияют на самооценку человека, вследствие чего приводят к развитию комплексов, которые в свою очередь только усугубляют основную проблему [2, с.28].

Так как данное заболевание является причиной многих других заболеваний и уже давно приняло массовых характер, и число пациентов, страдающих

ожирением, увеличивается год от года нельзя оставлять его без внимания.

«Роль медицинской сестры в уходе за больными ожирением крайне велика, так как зачастую больные не осознают всей серьезности заболевания, а задачей медицинской сестры будет объяснить пациенту о его ответственности за свое здоровье, о важности проведения лечения и возможных последствиях, к которым может привести ожирение, а также большую роль играет психологическая помощь таким пациентам».

Цель исследования: определение роли медицинской сестры в выявлении влияния ожирения на развитие неинфекционных заболеваний.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников по проблеме исследования.
2. Определить факторы риска развития ожирения.
3. Провести анкетирование среди пациентов, на основе которого выявить зависимость ожирения и развития неинфекционных заболеваний.
4. Проанализировать результаты.

Методы исследования:

- Научно-теоретический анализ литературных источников по теме дипломной работы;
- Организационный (сравнительный) метод;
- Социологические (анкетирование, интервьюирование);
- Статистические – статистическая обработка информационного материала.

Объект исследования: пациенты с ожирением, находящиеся на стационарном лечении терапевтического отделения, ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница».

Предмет исследования: ожирение и его влияние на развитие неинфекционных заболеваний.

Гипотеза исследования: эффективность работы медицинской сестры в профилактике избыточной массы тела и ожирения будет обеспечена, если:

- в содержание работы медицинской сестры будут включены компоненты, способствующие устранению факторов риска ожирения;

- организованы профилактические мероприятия по предупреждению развития ожирения.

Теоретическая значимость: определить влияние ожирения на развитие неинфекционных заболеваний.

Практическая значимость работы: был проведен комплексный анализ влияния ожирения на развитие неинфекционных заболеваний на базе терапевтического отделения ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница».

База исследования: терапевтическое отделение ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница».

Структура работы: данная работа представлена на 42 страницах, имеет список использованных источников, который включает 9 наименований и 22 рисунка.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1.1. Этиология, патогенез и классификация ожирения

Ожирение – избыточное отложение жира в подкожной клетчатке и других местах его накопления в организме, приводящее к увеличению массы тела на 10% и более средних нормальных величин.

Ожирение относится к эндокринологическому заболеванию, при котором нарушается баланс между потреблёнными и потраченными энергетическими калориями, в результате чего происходит лишнее образование и отложение жировой ткани.

Функция жировой ткани

Для правильной работы органов нашего организма (лёгкие, сердце, возможность выполнения движения, работа мозга) необходимо определённое количество энергии – калорий. Поступающая в организм пища, переваривается и происходит выделение эти самых калорий, которые тут же тратятся. Но когда их образуется больше чем необходимо организму, начинается процесс отложения про запас в виде образования жировой ткани.

Она имеет следующие функции:

- жировая прослойка даёт возможность восполнить непредвиденные энергетические затраты;
- при расщеплении жира образуется вода, которая также необходима для нормальной работы внутренних органов;
- прослойка жира контролирует теплообмен организма, в холодное время согревает, в жаркое время охлаждает, так как идёт усиленный распад жира и на поверхности тела появляется вода, которая и охлаждает организм;
- накопление её в подкожном слое смягчает силу удара из вне, внутренний жир вокруг почек, кишечника, яичников, матки, уберегает их от сотрясения и

вибрации во время бега, тряской езды;

- если появляется локальный воспалительный очаг в брюшной полости (абсцесс, внутренние кровотечения, аппендицит), она играет роль капсулы;

- без неё нет жирорастворимого витамина D, а он необходим для формирования плотности костной ткани, усвоения организмом минеральных веществ;

- источник половых гормонов, в ней они накапливаются во время полового созревания организма, а во время климакса и после, выделяет их в кровь.

Таким образом, жировая ткань в организме человека играет достаточно важную роль. Но когда она составляет от общей массы тела больше чем 20% у мужчин и 25% у женщин, начинает нарушаться вся система регуляции обмена, что приводит к сбою функций организма и у человека появляются проблемы со здоровьем, вплоть до смертельных исходов. Причём процесс образования лишней жировой ткани идёт уже независимо от поступления пищи – присоединяются нейроэндокринные заболевания, что формирует замкнутый патологический круг. В запущенных случаях разорвать этот круг очень сложно.

Замечено, что с возрастом (40 – 60 лет) и на фоне приёма некоторых медикаментов, способность организма расщеплять запасы жира уменьшается. Этот факт должен учитываться при лечении ожирения [1, с.79].

Когда жировых отложений больше от нормы, на 10-15%, речь идёт просто об излишке веса, который допустим, но должен настораживать.

«В последние годы идёт неуклонный рост ожирения во всех развитых странах и несёт за собой большую социальную и экономическую проблему, так как охватывает большую часть трудоспособного возраста. Согласно данным Минздрава, в России, оно увеличилось в два раза. Интересно, что 30% нашего населения имеют избыточную массу тела, а более 10% ту или иную степень ожирения. Среди школьников это уже 5-8%, в то время как двадцать лет назад их было не более 2-3%. А это рост сердечно-сосудистой патологии и смертности от инсультов и инфарктов».

Основные причины, которые могут привести к ожирению:

Патология может возникнуть по следующим причинам:

- избыток потребления пищи на фоне малой потребности энергии (алиментарное ожирение);
- нарушение процессов пищеварения, связанные с органами желудочно – кишечного тракта (не эндокринная патология);
- наследственность, генетическая предрасположенность [6, с.307].

Факторы, провоцирующие развитие ожирения:

- гиподинамия – отсутствие адекватной физической и умственной нагрузки;
- ситуации, провоцирующие лишнее употребление количества пищи: заедание стресса, частые обильные застолья;
- непосредственно эндокринные заболевания с первоначальным нарушением обмен веществ;
- органические изменения в гипоталамусе и гипофизе (инсульт, опухоль), что приводит к нарушению их функций, как эндокринных желёз;
- длительный приём некоторых медикаментов, гормонотерапия при бронхиальной астме и ревматоидном полиартрите, замещающих гормоны препаратов у гинекологических пациенток;
- генетические нарушения, приводящие к повышению активности ферментов, способствующих жиरोобразованию, при этом активность ферментов, которые расщепляют жир, уменьшается; наследственность, возраст, пол;
- естественные изменения организма: беременность, кормление грудью, климакс у женщин и мужчин;
- социальный образ жизни (профессия и занимаемая должность, семейное положение, вредные привычки).

Ожирение на фоне психологических факторов

Вопрос об ожирении всегда со стороны психологии сложен и до конца не изучен, избавиться от подобных проблем значительно сложнее, чем от форм ожирения физиологической природы.

Кроме того, иногда лишний вес является следствием каких-либо потрясений в прошлом, возможно даже в детстве, не каждому захочется вспоминать что-то неприятное или травмирующее.

Зачастую человек неспособен самостоятельно выявить проблемы психологического характера, повлиявшие на его вес. По этой причине часто приходится прибегать к помощи профессионалов, психологов, психоаналитиков, психиатров.

В таких случаях крайне важно понять, в какой временной промежуток развились предпосылки к ожирению. Если речь идет о полноте с детства, не связанной с наследственной предрасположенностью, следует сосредоточиться на каких-либо детских психологических потрясениях. Но в тех случаях, когда ожирение появилось позже, во взрослом возрасте, причины могут быть вовсе иными.

Вы можете не замечать психологические причины ожирения, не соглашаться с ними, отрицать или даже придумывать различные отговорки, оправдывающие переедание и свой внешний вид. Все это нормальный процесс, так мы подсознательно защищаем себя от стрессов, страхов, внешнего давления.

Сложность состоит в том, чтобы понять причину и найти в себе силы решить проблему. В большинстве случаев все равно придется обращаться к психологу, но для начала нужно выявить «внутренний источник ожирения», вот самые распространенные из них:

Излишняя восприимчивость к внешним факторам – речь идет о тех случаях, когда человек слишком эмоционален, нервозен, восприимчив ко мнению окружающих. Очень часто это касается женщин, которые по своей природе более эмоциональны. Это объясняется тем, что потребление пищи, особенно вкусной и любимой, позволяет отвлечься, почувствовать наслаждение, притупляющее стресс и огорчение.

С другой стороны, есть более глубокий механизм действия – с ожирением внутренние системы и органы функционируют хуже, реакция притупляется вместе с эмоциями, что практически незаметно, но становится фактом.

Суровая реальность - переживая какое-то тяжелое потрясение, (развод, смерть близкого человека, увольнение) пациенты инстинктивно стараются отгородиться от всего мира. Сделать это можно вкусной едой в увеличенных масштабах.

Угрызения совести – поступив неправильно, сделав что-то плохое, не найдя в себе сил признаться, извиниться, человек подсознательно начинает себя наказывать.

Степень ожирения

Для её определения используется индекс массы тела: величина веса тела, выраженная в кг, делится на квадрат роста выраженного в метрах.

Классификация ожирения по индексу массы тела:

1 степень – индекс массы тела от 20 до 30, лечится легко после контроля за питанием согласно средним потребностям и увеличения физической активности до умеренной.

2 степень – индекс массы тела 30 – 40. Более опасная степень, т.к. появляются признаки заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь, нарушение углеводного обмена). На этой стадии коррекция веса уже более сложная, требует строгих соблюдения правил питания и нагрузок. Есть риск возврата килограммов. Поэтому требуется постоянство усилий, полный переход на новый образ жизни.

3 степень – индекс массы тела 40 – 60. Как правило, сам человек с ней справиться не может. Он должен понимать, что уже есть изменения в органах и системах регуляции функций организма, требующие комплексного лечения. Первыйстораживающий признак – одышка после небольшой физической нагрузки и во время ходьбы. Чтобы справиться, необходим самый строгий контроль, за питанием, подбор физических нагрузок с учётом сопутствующей патологии, подключение индивидуального медикаментозного лечения и возможно оперативного.

4 степень – индекс массы тела выше 60. Появляются явления дыхательной и сердечной недостаточности (меняется цвет лица, одышка присутствует в

покое, усиливается просто при разговоре, двигательная активность из-за этого резко снижена). Лечение малоэффективно, поэтому доводить себя до этого состояния, просто не разумно. Только терпение и упорство, помощь специалистов дают шанс к выздоровлению.

Лечение ожирения достаточно серьёзно должно начинаться на 1 – 2 степени.

Индекс массы тела нельзя определять у детей младшего и подросткового возраста, во время беременности, после 65 лет, у спортсменов с достаточно выраженными мышцами [3, с.268].

Типы ожирения:

В зависимости от того в каких частях тела распределяется избыток жировой ткани выделяют несколько типов ожирения.

1) Алиментарно-конституциональное ожирение:

- женский – отложения идут в ягодичных областях и на бёдрах, делая ноги «массивными». Чаще развивается у женщин. Распределение идёт непосредственно под кожей, она приобретает невзрачный вид. Тело человека по образу похоже на «грушу». Принято считать, что такие люди чаще с плохими чертами характера, безразличны к своему внешнему виду, у них быстро наступают депрессивные состояния.

- мужской – чаще откладывается жир в верхней части тела, обвисшие молочные железы, толстые широкие плечи, большой живот. Тело похоже на «яблоко». Оно имеет худший прогноз для здоровья, т.к. ожирение охватывает и внутренние органы. Такие люди наоборот веселы, радуются жизни. В лечении им лучше помогает дробное питание и аэробные физические упражнения.

- смешанный – этот тип характеризуется малоподвижностью, неустойчивостью настроения, склонны к заеданию своих проблем. Лечение таких больных более сложное, требует более тщательного подбора диеты и двигательной активности.

Стадии ожирения:

- стабильная - избыток веса есть, но он не увеличивается;

- прогрессирующая - масса тела постоянно растет;
- резидуальная – есть остаточные явления после стойкого снижения веса.

1.2. Клинические проявления и диагностика ожирения

Ожирение развивается постепенно. В начальной стадии клиника не отмечается, затем появляется повышенная астеничность, слабость, безразличие, потливость, грибковые заболевания стоп.

Присоединение заболеваний, связанных с ожирением, сопровождается жалобами и симптоматикой, характерной для соответствующей патологии [8, с.602].

При ожирении отмечаются выраженные изменения различных органов и систем:

1) Сердечно-сосудистая система: дистрофия миокарда, нарушения коронарного кровообращения, поражение сосудов мозга и нижних конечностей, артериальная гипертония, варикозное расширение вен, тромбофлебит вен конечностей;

2) Дыхательная система: из-за высокого расположения диафрагмы и уменьшения ее подвижности вентиляционная функция дыхательной системы снижается, что сопровождается ухудшением кровотока и лимфотока в грудной полости, развитием застойных явлений;

3) Желудочно - кишечный тракт: жировая инфильтрация печени, холециститы, желчнокаменная болезнь, панкреатиты, повышенная секреция желудочного сока, запоры;

4) Опорно-двигательный аппарат: остеопороз, артрозы, которые связаны с обменными нарушениями, увеличенной нагрузкой на суставы нижних конечностей, спондилоартрозы;

5) Водно - солевой обмен: пастозность и отеки;

Все это значительно ограничивает работоспособность пациентов, качество

их жизни, приводя к существенным психосоциальным ограничениям.

Поскольку ожирение - фактор риска таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь и диабет, продолжительность жизни в зависимости от степени ожирения уменьшается на 8-10 лет. Многие перечисленные выше расстройства при адекватной реабилитационной программе могут полностью исчезнуть или значительно компенсироваться.

При диагностике врачам необходимо:

- определить степень выраженности ожирения;
- исключить вторичные формы ожирения с выявлением сопутствующих заболеваний.

Во время диагностики проводятся:

- взвешивание и определение массы тела;
- измерение роста и окружности талии: у женщины талия должна быть не больше 80 см, а у мужчин не более 94 см.
- внешне определяется, на каких участках тела большее отложения жировой ткани, наличие участков гиперпигментации кожи;
- распределение волосяного покрова по телу.

Лабораторные исследования:

- биохимический анализ крови;
- липидограмма;
- анализ холестерина, глюкозы в крови;
- анализ билирубина, амилаза, мочевины и креатинина.

Для определения первичное ожирение или вторичное, проводится определение гормонов крови.

Инструментальные исследования:

- электрокардиография;
- ультразвуковое исследование щитовидной железы, органов брюшной полости, надпочечников;
- при необходимости проводят магнитно – резонансное томография или компьютерная томография надпочечников и гипофиза.

Можно определить степень ожирения по самочувствию:

1 степень: со стороны здоровья ничего не волнует, но есть недовольства своим внешним видом;

2 степень: хуже переносятся обычные привычные физические нагрузки;

3 степень: присоединяются сопутствующие заболевания, появляется множество различных жалоб.

1.3. Осложнения, лечение и профилактика ожирения

Лечение ожирения проводится двумя методами: медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Немедикаментозное лечение:

1. Рациональное гипокалорийное питание;
2. Повышение физической активности.
3. Психотерапия.

Большую роль играет деятельность медицинской сестры в организации лечебного питания и донесения до пациента важности такого питания.

Основные принципы гипокалорийного питания:

Для этой диеты уменьшена энергоценность рациона за счет углеводов, легкоусвояемых жиров (в основном животных) при нормальном или незначительно повышенном содержании белка; ограничены свободная жидкость, поваренная соль и возбуждающие аппетит продукты и блюда. Пища теплая, блюда готовят вареные, тушеные, запеченные. Режим питания: 5-6 раз в день [4, с.66].

Индивидуально составить меню можно только индивидуально и с помощью врача. Принимается к сведению состояние здоровья человека и переносимость определенных продуктов. Но те, которые входят в список запрещенных, нельзя включать в лечебное меню ни при каких обстоятельствах.

Диета при ожирении 1 степени. Ожирение первой степени в большинстве

случаев не имеет ярко выраженных симптомов, человек способен выдерживать интенсивные физические и умственные нагрузки, сохранять нормальную работоспособность. Поэтому зачастую именно на этой стадии заболевания не принимаются никакие меры, что чревато многими заболеваниями, включая гормональные сбои и сахарный диабет.

Пример рациона на день для больных ожирением первой степени:

- 1) Завтрак - омлет из 2 яиц и 100 мл молока 1%, запеченный баклажан, свежий огурец, кофе.
- 2) Перекус — салат из свежей капусты, огурца и зелени.
- 3) Обед — овощной суп с куриными или индюшиными фрикадельками, на второе — капуста, тушенная с грибами.
- 4) Перекус — 150 г творога 0,1% с сухой клетчаткой.
- 5) Ужин — отварная рыба, запеченные кабачки, свежий помидор.

Примерно такого меню нужно придерживаться в течение месяца (не меньше), чтобы увидеть первые результаты.

Для второй степени ожирения необходимо применять комплексный подход к лечению: совмещать диету и физические нагрузки, а также медикаментозное лечение, если в нем есть необходимость. Похудение в этом случае будет медленным, но стабильным. Его успешный результат зависит исключительно от того, будет ли человек выполнять все необходимое.

Меню при первой и второй стадии ожирения практически ничем не отличаются, поэтому пример можно использовать для двух этих стадий:

- 1) Завтрак — сырники из нежирного творога, яйца, кукурузного крахмала и сахарозаменителя.
- 2) Перекус — кефир с отрубями.
- 3) Обед — овощное рагу с говядиной.
- 4) Перекус — морковное пюре.
- 5) Ужин — рыбный суп с морковью, луком и зеленью.

Для третьей степени ожирения для состояния человека характерно множество проблем со здоровьем начиная от одышки при минимальных

физических нагрузках и заканчивая частыми болями в области сердца.

Физические возможности в этом случае значительно ограничены, а лечение требует комплексного подхода и продолжительного периода времени — иногда нужно несколько лет, чтобы человек вернулся к нормальному весу.

Особенностью рациона в этом случае будет то, что диета напоминает белковую с таким суточным распределением питательных веществ: белки — 60%, медленные углеводы — 30 — 35 %, полезные жиры — до 10 % (вполне достаточно тех, которые содержатся в постном мясе, рыбе, растительных маслах).

Важное правило — дневной рацион должен включать в себя не более 1300 калорий.

Пример меню для лечебной диеты при третьей степени ожирения:

- 1) Завтрак — запеканка из куриного филе, брокколи и яйца.
- 2) Перекус — овощной салат.
- 3) Обед — болгарский перец, фаршированный фаршем индейки (70%) и бурым рисом (30%).
- 4) Перекус — 100 г обезжиренного творога.
- 5) Ужин — запеченная морская рыба, листья салата.

Люди с 4 степенью ожирения неспособны полноценно функционировать и заботиться о себе. Кроме того, что им нужно соблюдать лечебную диету, основная трудность состоит в том, что они зачастую не способны приготовить себе нужную пищу. Среди таких больных практически нет тех, у кого бы ни было серьезных проблем со здоровьем.

Кроме диеты и элементарных физических нагрузок, им часто необходимо хирургическое вмешательство.

Дневной рацион не должен превышать 1200 калорий, а в основе рациона рекомендованы белки животного (70%) и растительного происхождения, а также овощи с отрицательной калорийностью.

Питаться следует по такому режиму:

- 1) Сразу после пробуждения — 2 стакана воды, можно с 30 мл лимонного

фреша.

2) Спустя 30 минут — завтрак.

3) Только через 2 часа — перекус.

4) Спустя 1,5-2 часа — 2 стакана воды.

5) Через 30 минут — обед.

6) Спустя 2 часа — перекус.

7) Через 1,5-2 часа — 2 стакана воды.

8) Через 30 минут — ужин.

9) После ужина можно пить воду спустя 1,5 часа, а также зеленый или травяной чай, имбирный напиток.

Исходя из особенностей такого режима становится очевидным, что работающему человеку придется носить с собой контейнеры с едой, а также воду. Но пропускать приемы пищи и игнорировать питьевой режим нельзя — так увеличивается вероятность срывов, переяданий и замедления метаболизма.

Кроме соблюдения общей диеты, целесообразной для конкретного течения заболевания, можно практиковать разгрузочные дни при ожирении.

Варианты меню на них:

- на воде;

- на обезжиренном кефире;

- на низкокалорийных овощах: капусте, огурцах, кабачках;

- на белковых продуктах.

Физическая активность

Лечебная физическая культура при ожирении — назначается врачом индивидуально, в соответствии со степенью ожирения, возрастом и общим состоянием здоровья больного.

Общий подход к физической нагрузке для похудения представляет собой аэробную нагрузку. А именно: ходьбу, бег, езду на велосипеде, игры на свежем воздухе и тому подобное. Люди, которые раньше никогда не тренировались, начинают с ходьбы в спокойном темпе в течение 15-20 минут, затем темп ходьбы и время постепенно повышают. Тренировка, как правило, проводится на ровной

местности, вдали от дороги. Причем физическая нагрузка не должна быть выматывающей. Так же человек с избыточным весом должен ежедневно ходить пешком не менее 30 минут.

Также важна роль медицинской сестры в обеспечении медикаментозного лечения, то есть обеспечении выполнения всех врачебных назначений пациентом, важно объяснить пациенту о цели применения лекарственных средств, о возможных побочных действиях.

Также важно объяснить, что применять лекарства следует только те, которые назначил врач, ведь подавляющее большинство препаратов, так много рекламируемых и сулящих сверхбыстрое похудание: или не прошли клинические испытания или просто вредны для здоровья (большое количество побочных эффектов, быстрый и более значительный набор в весе после окончания применения, появление лекарственной зависимости и т.д.) [7, с.53].

Современные требования к идеальному препарату для лечения ожирения:

- должен обладать известным механизмом действия;
- должен значительно снижать массу тела;
- должен положительно влиять на заболевания, сопутствующие ожирению (сахарный диабет, артериальную гипертонию и т.д.);
- должен хорошо переноситься;
- не должен вызывать зависимости (привыкания);
- должен быть эффективным и безопасным при длительном применении;

Медикаментозное лечение

Прибегают к нему, когда пациент чётко выполняет все рекомендации немедикаментозного лечения, но результат снижения веса меньше 5% за 3 мес. А также у кого нейроэндокринное ожирение.

Применяются следующие препараты:

Орлистат – препарат нарушает усвояемость жиров, на уже скопившиеся жировые ткани он не действует. Применяется для профилактики накопления лишних калорий. Используется во время еды или сразу после. Доза 120 мг 3 раза в день.

Флуоксетин – относится к группе антидепрессантов, для пациентов с индексом массы тела от 27 кг/м², если он не может ограничивать объём пищи, просыпается от чувства голода в ночное время, во время сна бывает остановка дыхания. Доза: 20 мг 1 раз в день во время еды утром. Доза подбирается индивидуально, но не более 60-80 мг/сутки.

Метформин – при индексе массы тела не менее 27 кг/м² чаще при сочетании с сахарным диабетом. Во время или до еды за 30 мин. По 500 мг 2 - раза в день с последующим подбором дозы с учётом глюкозы крови и мочи.

Топирамат – противоэпилептический препарат, отмечено, что на фоне его приёма теряется до 7,3% массы тела. Назначается без связи с едой, перед сном 25 мг постепенно доводится до 100 мг в день, делится на 2 приёма.

Бупропион – если пациент на фоне ожирения злоупотребляет никотином. При индексе массы тела 27 – 30 кг/м² в дозировке 400 мг/сутки.

Венлафаксин – антидепрессант. Назначается пациентам склонным к ночному питанию. Индекс массы тела 27 – 30 кг/м². Доза 75 мг перед сном.

Выбор и дозу любого необходимого препарата определяет строго врач эндокринолог, т.к. они имеют много противопоказаний и ограничений.

Длительность приёма этих препаратов не менее 3 месяца на протяжении 2 лет [5, с.102].

Хирургическое лечение

При неэффективности медикаментозного лечения, когда индекс массы тела > 40 назначается:

- 1) Эндоскопическая установка внутрижелудочных баллонов.
- 2) Шунтирующие операции на тонкой кишке.
- 3) Гастропластика – уменьшение объёма желудка, бандажирование желудка.
- 4) Комбинированные оперативные вмешательства.
- 5) Корректирующее лечение

Когда наступает стабилизация массы тела (на протяжении 6 месяцев), на фоне выполнения всех правил питания, оно проводится с косметической целью:

1) Липосакция.

1) Абдоминопластика.

Но эти операции не являются лечебными, причину ожирения они не устраняют, поэтому необходимость в продолжение соблюдения всех правил питания сохраняется, как основной метод лечения.

Профилактика ожирения

Для того чтобы не допустить патологии необходимо следовать следующим правилам:

1) Соблюдать режим питания.

2) Исключить высококалорийные продукты.

3) Исключить или сократить копчёности, выпечку, мясо замените морской нежирной рыбой. Чаще устраивайте разгрузочные вегетарианские дни.

4) Пищу готовить в пароварке, тушить. Меньше использовать жиры и масла. Майонез в салатах заменить соком лимона.

5) Выбирать обезжиренные молочные продукты.

6) Чаще употреблять сырые овощи не менее 300 – 400 грамм, а фрукты уменьшить до 100 грамм за день.

7) Пить очищенную воду (4 – 5 стакана в день).

8) Больше ходить пешком, гулять по свежему воздуху.

9) Соблюдать режим дня.

Течение ожирения несет за собой развитие таких осложнений, как:

- Метаболический синдром.

Метаболический синдром, более известный как синдром инсулинорезистентности, представляет собой совокупность метаболических нарушений.

- Сахарный диабет 2 типа (инсулинозависимый).

Изменение индекса массы тела, увеличение массы тела и абдоминальный тип накопления жировой ткани - серьезные факторы риска развития сахарного диабета 2 типа.

- Ишемическая болезнь сердца.

Наличие абдоминального ожирения увеличивает риск ишемической болезни сердца при любом значении индекса массы тела.

- Инфаркт миокарда.

Одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

- Инсульт.

Как у женщин, так и у мужчин избыточный вес и ожирение повышают риск возникновения ишемического инсульта. Риск развития ишемического инсульта у больных ожирением активно растет с увеличением значений индекса массы тела и почти в два раза выше, чем у худощавых людей.

- Артериальная гипертензия.

Существенным фактором риска развития артериальной гипертензии также является абдоминальный тип ожирения.

- Хроническая венозная недостаточность.

Ожирение, особенно абдоминальное, также повышает риск венозного застоя, тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии.

- Холецистит;

- Желчекаменная болезнь.

Ожирение является фактором риска развития заболеваний желчного пузыря, чаще у женщин. Риск появления камней в желчном пузыре увеличивается с ростом индекса массы тела.

- Остеоартрит.

Лишний вес и ожирение увеличивают риск развития остеоартрита суставов, чаще коленных, так как коленные суставы в период активности человека испытывают большую нагрузку.

- Грыжи межпозвоночных дисков.

- Онкологические заболевания.

Ожирение и лишний вес в возрасте 18 лет увеличивает риск летальности от онкологических заболеваний молочной железы и эндометрия [9, с.305].

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

2.1. Методика исследования

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница». Были опрошены пациенты терапевтического отделения с ожирением в количестве 30 человек. В анкетировании участвовали 12 мужчин и 18 женщин. Средний возраст составил 37 лет.

Испытуемым была предложена анкета, состоящая из 25 вопросов (Приложение 1), направленная на установление связи ожирения и развития неинфекционных заболеваний.

Было получено добровольное согласие анкетлируемых на исследование, с обязательным пояснением целей проводимого анкетирования.

Пациенты должны были самостоятельно отвечать на поставленные вопросы, выбирая один (или несколько) из предложенных вариантов ответа.

Обработка результатов проводилась с помощью прикладных программ Microsoft Office по каждому вопросу анкеты с использованием расчета среднего значения, вычисления процентного соотношения.

2.2. Социологическое исследование влияния ожирения на развитие неинфекционных заболеваний

В ходе анкетирования, проведенного среди пациентов терапевтического отделения, мы получили следующие данные.

Выяснено, что 70% всех опрошенных – женщины (Рис. 1).

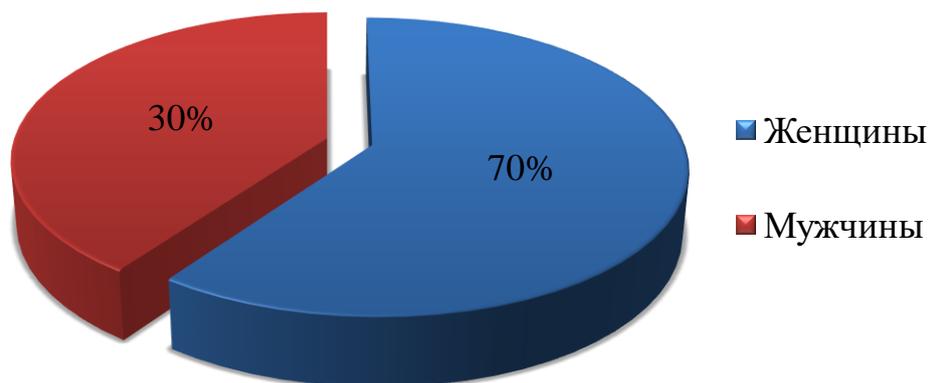


Рис. 1. Распределение респондентов по полу

По данным анкетирования, мы пришли к выводу, что у 53% опрошенных в возрасте от 30 до 40 лет (Рис. 2).

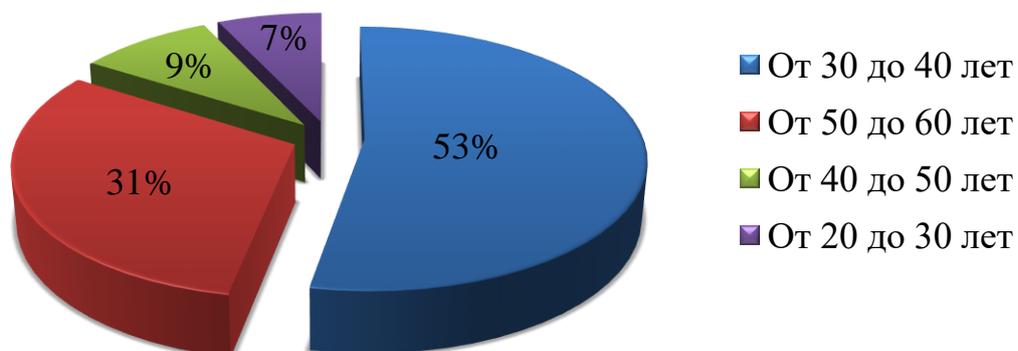


Рис. 2. Распределение респондентов по возрасту

Таким образом, получаем, что большинство лиц с избыточной массой тела – женщины от 30 до 39 лет, а средний возраст всех опрошенных составляет 37 лет.

Так же был выяснен социальный статус опрошенных пациентов, который представлен на диаграмме (Рис. 3).

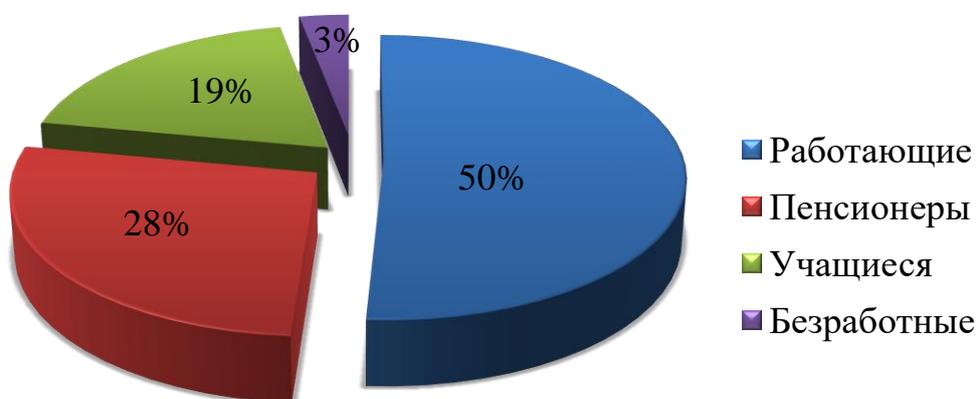


Рис. 3. Социальный статус опрошенных пациентов

Половина респондентов (50%) оказалась работающим населением, 28% составили – пенсионеры, 19% - учащиеся в различных учебных заведениях и 3% всех опрошенных – безработные.

Выяснено, что большая часть (64%) опрошенных – городские жители, а остальные (36%) - сельские (Рис. 4).

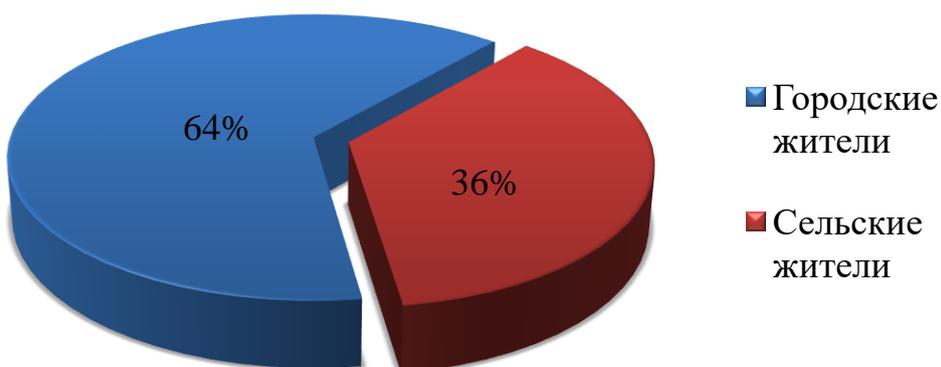


Рис. 4. Место жительства

Так же было выяснено, что 45% анкетированных имеют среднее образование, 24% имеют высшее образование, 21% - среднее специальное, и 10% составляют пациенты без образования (Рис. 5).

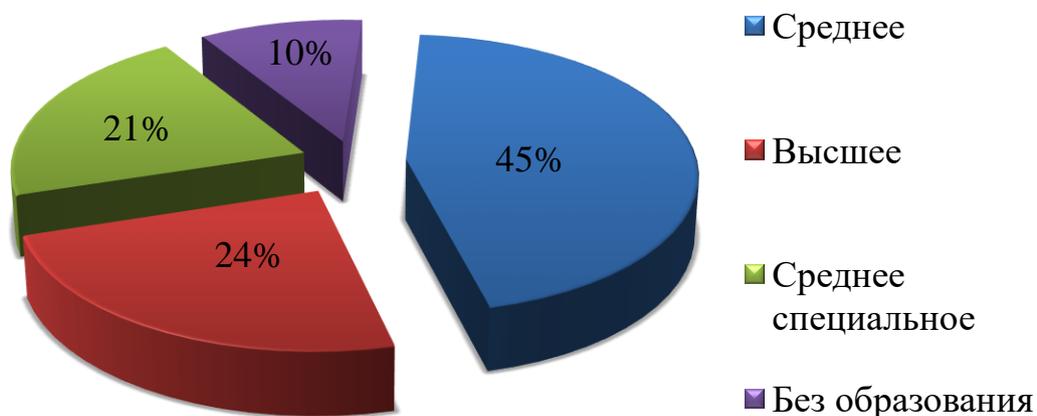


Рис. 5. Образование опрошенных пациентов

В ходе исследования были выявлены основные, по мнению пациентов, факторы риска этого заболевания (Рис. 6).

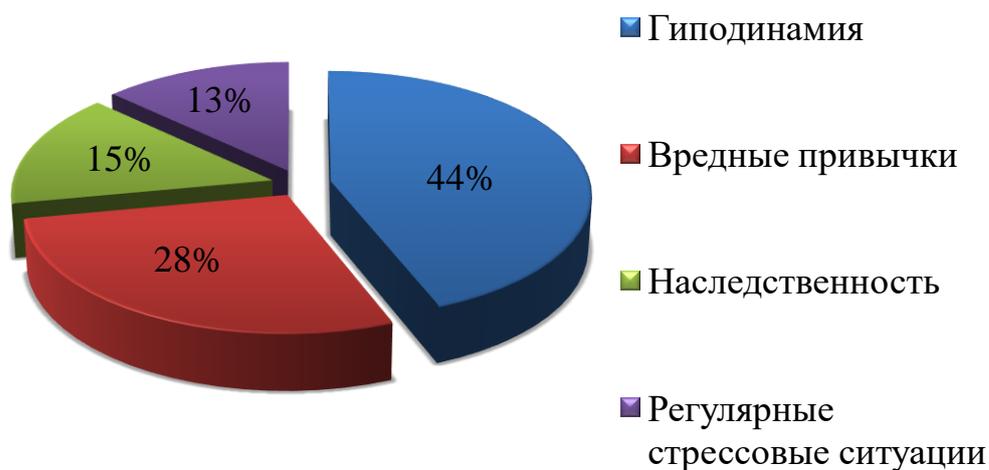


Рис. 6. Основные факторы риска

Анализируя результаты исследования, выяснено, что 44% всех опрошенных ведут малоподвижный образ жизни, 28% - имеют вредные привычки, у 15% - наследственная предрасположенность, а 13% респондентов регулярно переживают стрессовые ситуации.

На данном слайде представлены сопутствующие заболевания респондентов (Рис.7).

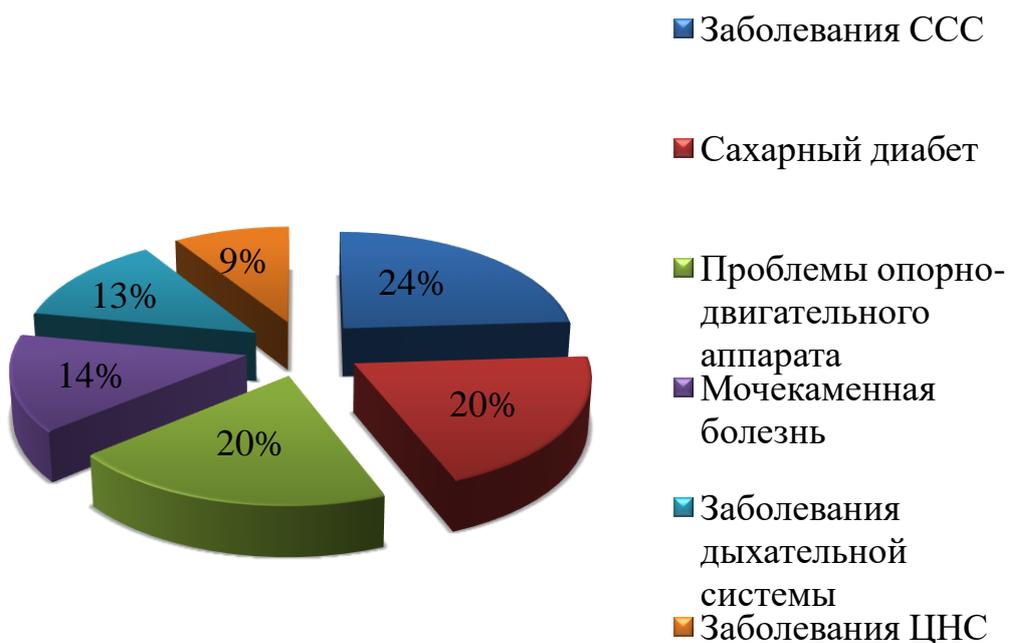


Рис. 7. Сопутствующие заболевания респондентов

Следовательно, заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдают 24% опрошенных; сахарный диабет (чаще инсулинозависимого типа) – отмечается у 20%, 20 % опрошенных страдает от проблем с опорно-двигательным аппаратом, мочекаменной болезнью страдают – 14%, 13% имеют заболевания дыхательной системы, и 9% страдают заболеваниями центральной нервной системы.

Рассмотрим немного подробнее каждую систему (Рис. 8).

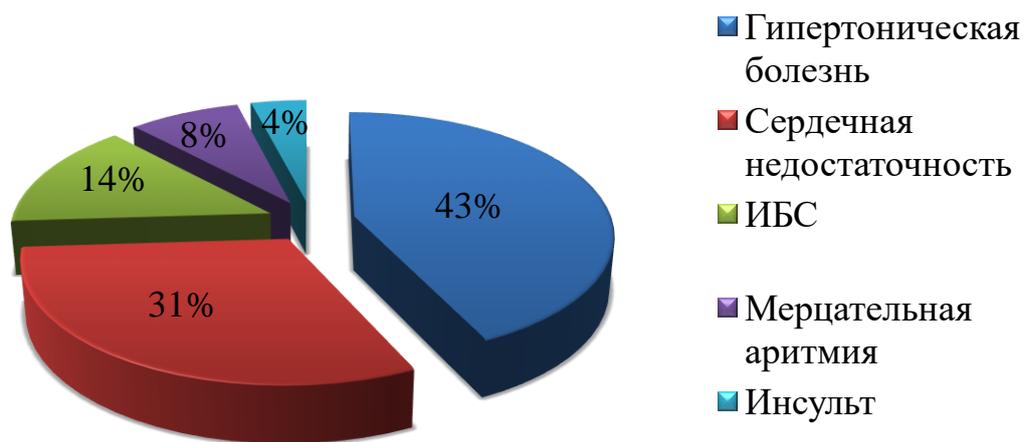


Рис. 8. Заболевания сердечно-сосудистой системы

Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдаются такие заболевания как: гипертоническая болезнь – встречается у 43% опрошенных, сердечная недостаточность – у 31%, ишемическая болезнь сердца – у 14% пациентов, мерцательная аритмия - имеется у 8% респондентов, и 4% имеют инсульт.

Затем рассмотрим дыхательную систему (Рис. 9).

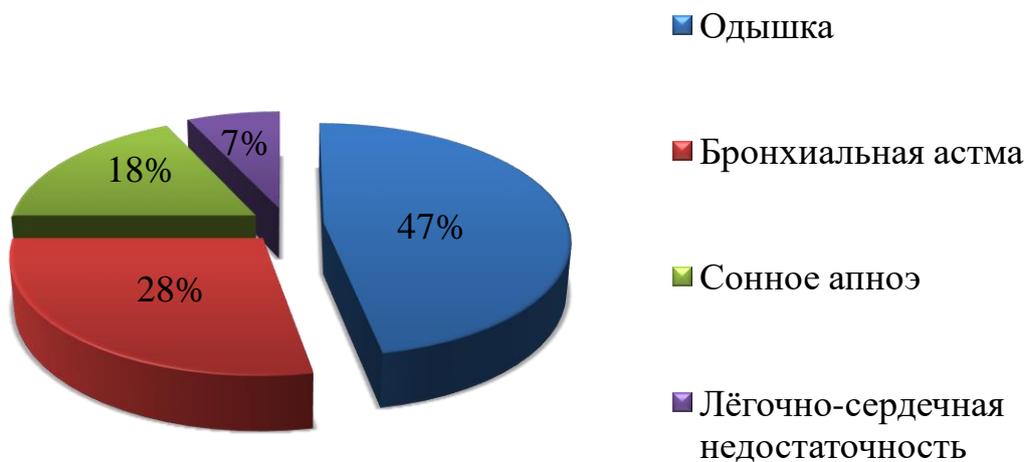


Рис. 9. Заболевания дыхательной системы

Со стороны этой системы: одышкой страдают – 47% опрошенных, бронхиальной астмой – 28%, сонное апноэ – имеется у 18%, а лёгочно-сердечная недостаточность – у 7% пациентов.

Со стороны опорно-двигательного аппарата (Рис. 10).

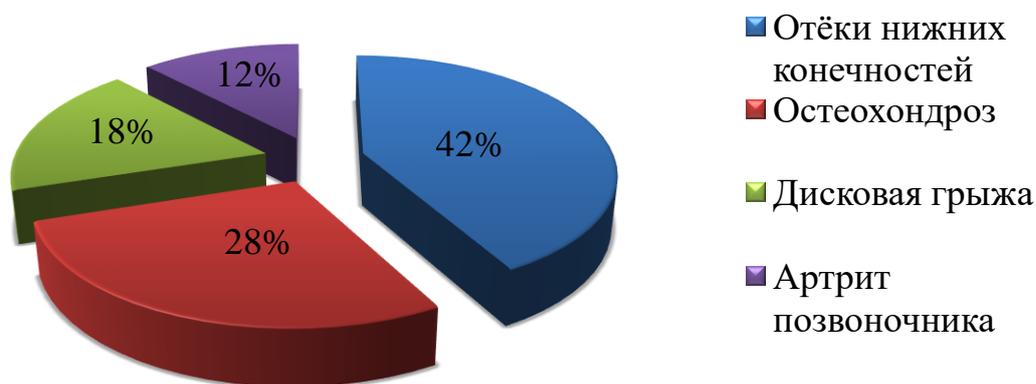


Рис. 10. Проблемы со стороны опорно-двигательного аппарата

Отёки нижних конечностей наблюдаются у 42%, остеохондроз – наблюдается у 28% пациентов, дисковая грыжа – у 18%, артрит позвоночника – у 12%.

Со стороны центральной нервной системы (Рис. 11).

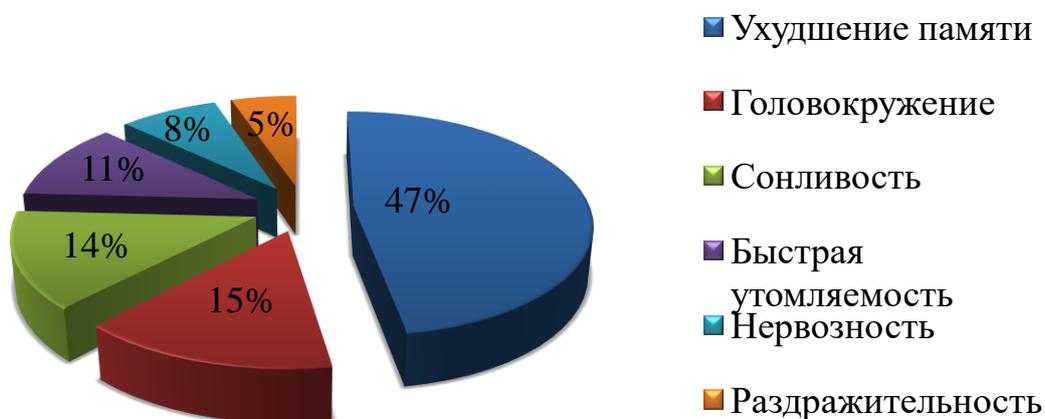


Рис. 11. Заболевания нервной системы

Ухудшение памяти имеют – 47%, головокружение – отмечается у 15%, сонливость – у 14%, быстрая утомляемость – у 11%, нервозность – у 8%, а раздражительность – наблюдается у 5% опрошенных.

Со стороны желудочно-кишечного тракта (Рис. 12).

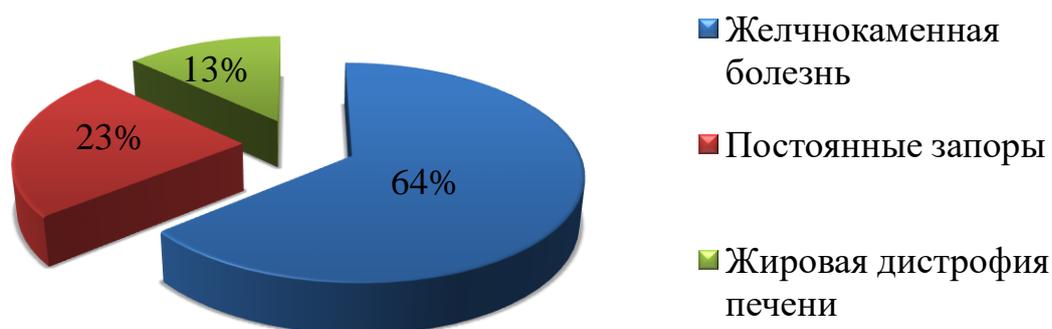


Рис. 12. Проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта

Желчнокаменной болезнью страдают – 64% пациентов, постоянные запоры наблюдаются у – 23%, жировая дистрофия печени – у 13% опрошенных.

Проведя анализ данных веса и роста анкетированных, по формуле индекса массы тела было выявлено наличие и степень ожирения у пациентов (Рис. 13).

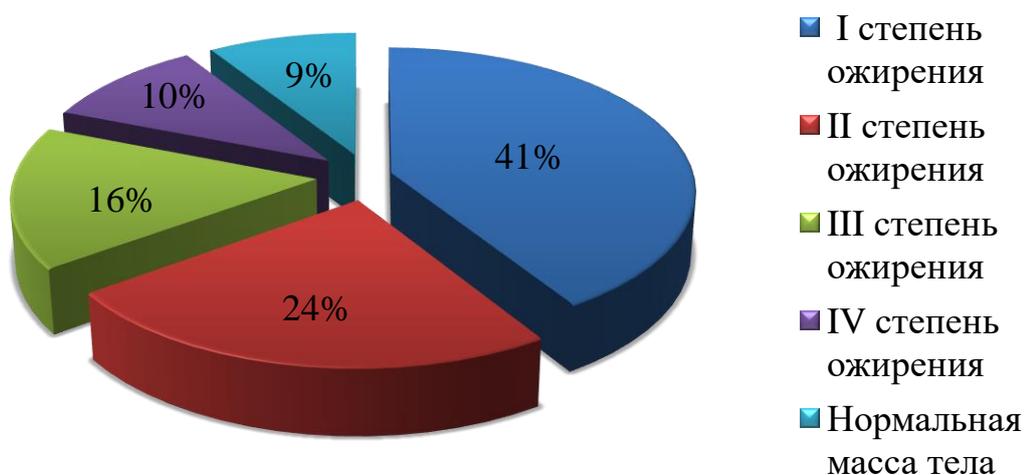


Рис. 13. Степени ожирения у опрошенных пациентов

Исходя из полученных данных, мы выяснили, что 41% опрошенных имеют первую степень ожирения, 24% - вторую степень ожирения, 16% третью степень ожирения, у 10% наблюдается четвертая степень ожирения, и лишь у 9% опрошенных нормальная масса тела.

Так как большинство анкетированных страдают болезнями со стороны сердечно-сосудистой системы, то мы решили выяснить показатели артериального давления респондентов (Рис. 14).

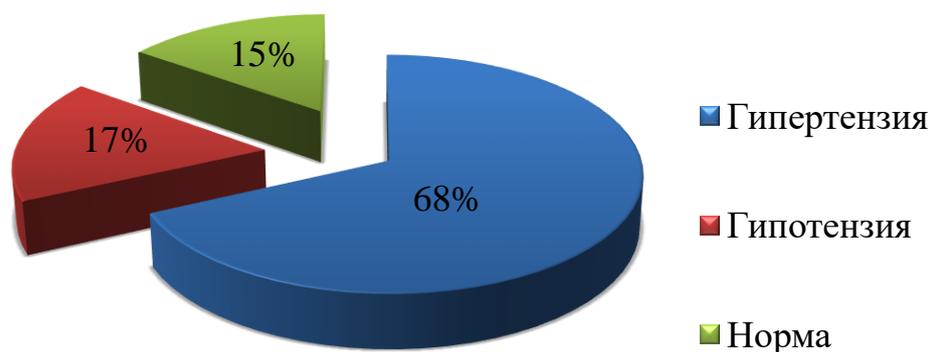


Рис. 14. Артериальное давление респондентов

При измерении артериального давления у респондентов, мы пришли к выводу, что у 68% отмечается гипертензия, у 17% - гипотензия, а нормальное артериальное давление наблюдается только у 15% опрошенных.

Так как у многих опрошенных отмечается сахарный диабет, как сопутствующее заболевание, то мы выявили уровень гликемии в крови (Рис. 15).

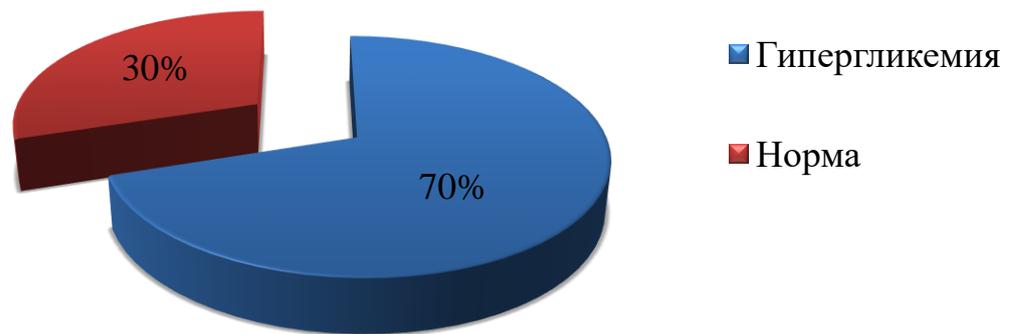


Рис. 15. Уровень гликемии в крови

При измерении гликемии в крови у анкетированных было выяснено, что у 70% отмечается гипергликемия, а 30% имеют нормальный уровень сахара в крови. Гипогликемии в ходе анкетирования, выявлено не было.

Проведя анкетирование пациентов, выяснено, что многие из них имеют явные симптомы ожирения: слабость, повышенное артериальное давление, потливость, отеки, одышка (Рис. 16).

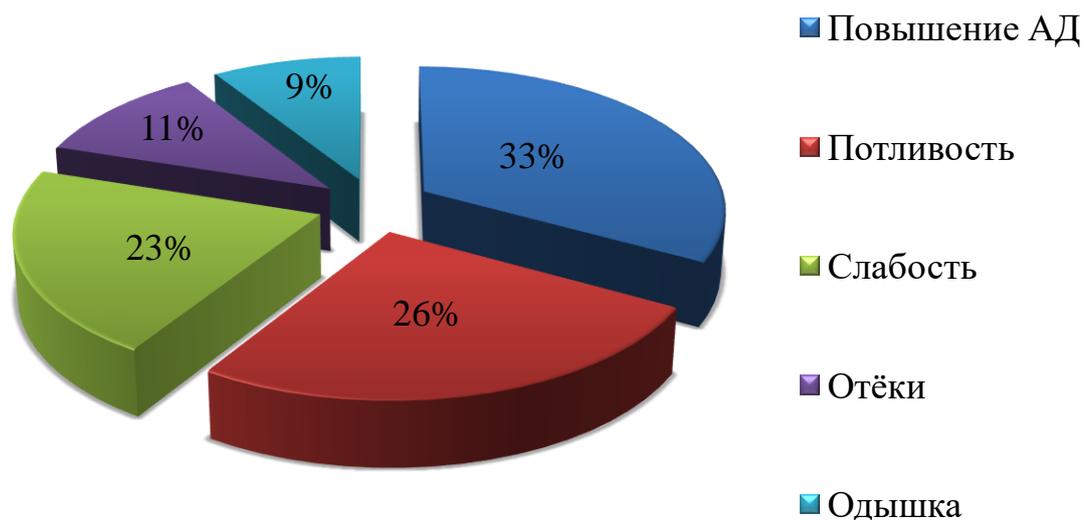


Рис. 16. Физиологические проблемы пациента

У 33% анкетированных наблюдается повышенное артериальное давление, 26% - испытывают потливость, 23% регулярно испытывают слабость, 11% страдают от отеков нижних конечностей, а 9% имеют одышку.

Так же мы выяснили, что только 21% респондентов обращались за помощью к диетологу (Рис. 17).

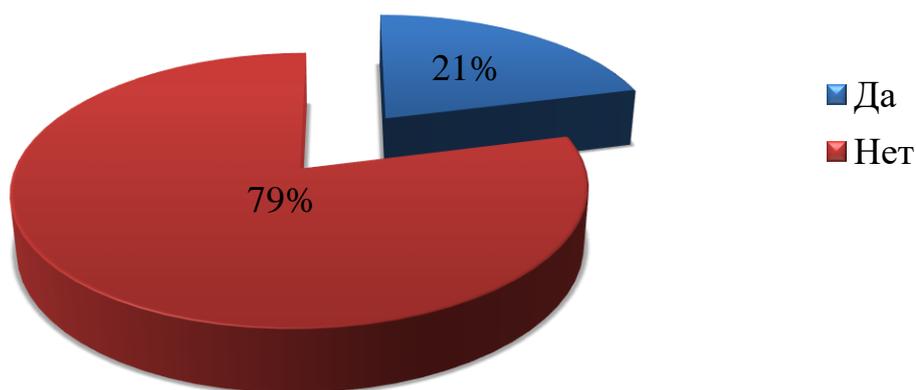


Рис. 17. Обращение респондентов к диетологу

Далее мы решили выяснить какие диеты соблюдали опрошенные (Рис. 18).

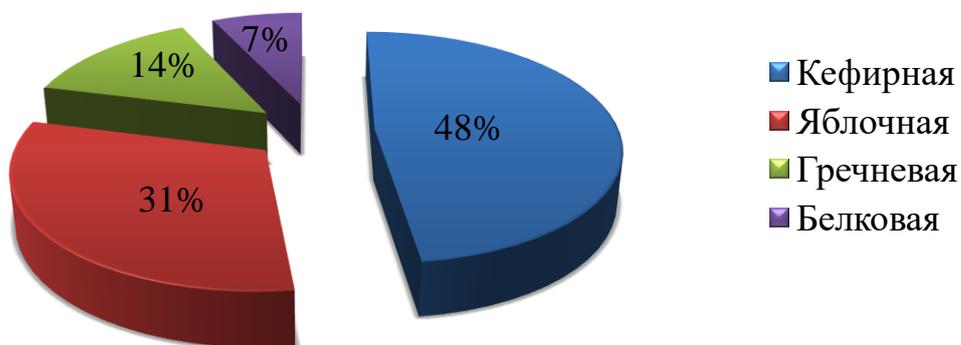


Рис. 18. Виды диет

Самой популярной диетой оказалась кефирная – 48%, второе место занимает яблочная диета – 31%, затем гречневая – 14% и белковая 7%.

По результатам предыдущей диаграммы, мы выяснили эффективность соблюдаемых диет (Рис. 19).

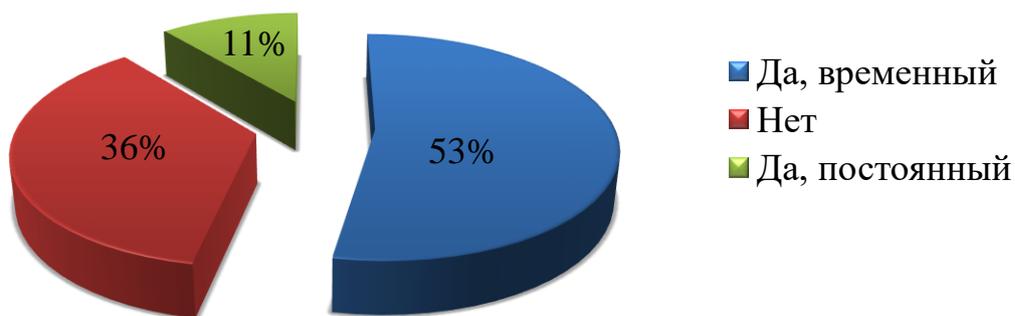


Рис. 19. Эффективность диет

Таким образом, эффект был, но временный у 53% анкетированных, у 36% не было эффекта, и только у 11% был постоянный эффект.

Так как многие пациенты страдают перееданием из-за стрессов, мы выяснили, что 67% респондентов посещали психолога (Рис. 20).

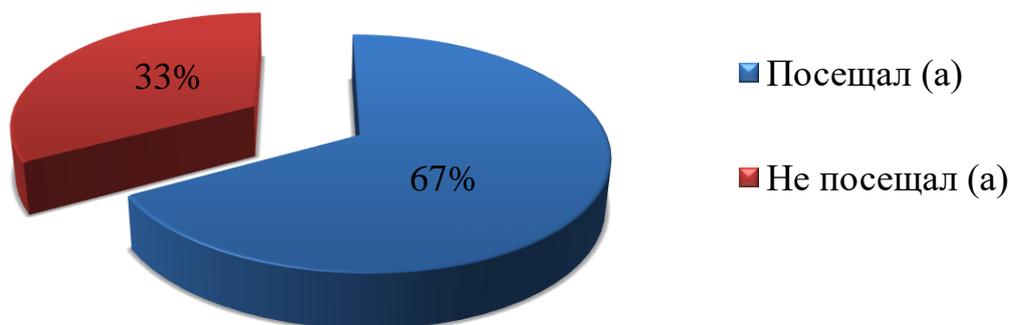


Рис. 20. Посещаемость респондентами психологов

В ходе исследования были выяснены наиболее частые темы, интересующие пациентов (Рис. 21).

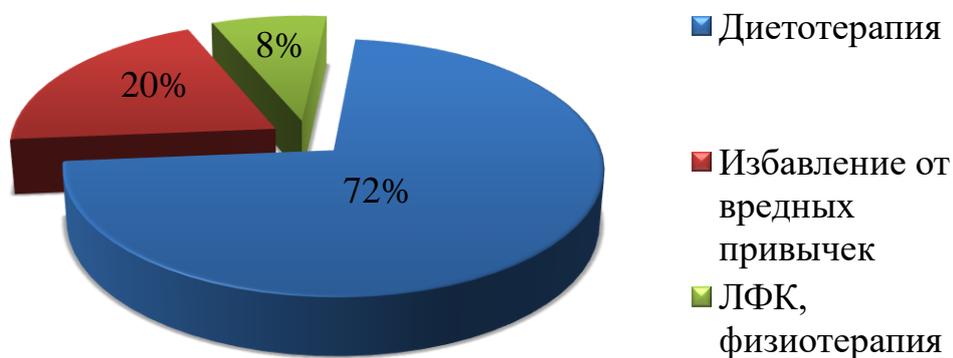


Рис. 21. Наиболее частые вопросы, задаваемые медицинским сестрам

Таким образом, большинство респондентов интересуются вопросами питания – 72%, 20% интересуются способами избавления от имеющихся у них вредных привычек, а 8% - о лечебной физической культуре и физиотерапии.

Так же в анкете был задан вопрос, удовлетворен ли пациент качеством сестринского ухода (Рис. 22).

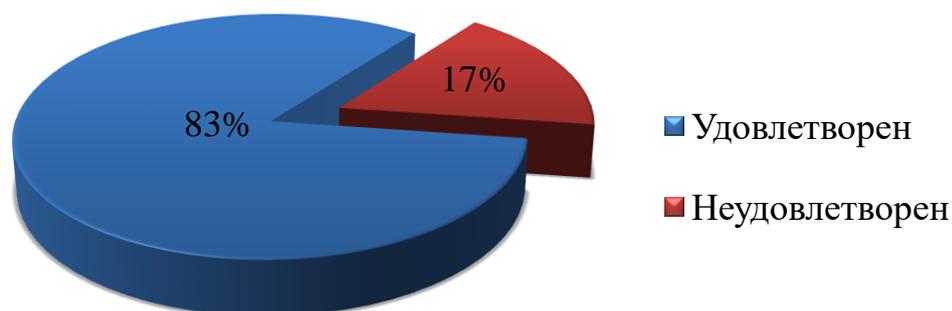


Рис. 22. Степень удовлетворенности сестринским уходом

83% опрошенных удовлетворены сестринским уходом, и лишь 17% по каким-либо причинам были не удовлетворены уходом медицинской сестры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Углублённо изучив сестринский процесс при ожирении, результаты анкетирования среди пациентов, сделано заключение, что цель работы достигнута, гипотеза доказана.

В результате проведенного исследования формируется вид профессиональной деятельности: «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», в том числе профессиональными и общими компетенциями:

- Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

- Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

- Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

- Осуществлять реабилитационные мероприятия.

- Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

- Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

- Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

Итак, целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. В рамках сестринских вмешательств при ожирении медицинской сестре следует провести с пациентом или его родственниками беседу о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений. Она

должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача, наметить вместе с ним правильный режим физической активности.

Роль медицинской сестры при уходе за пациентами, страдающими ожирением, невозможно переоценить в процессе выздоровления. На медсестру возлагается ответственность за здоровье и самочувствие больного находящегося в стационаре, и она должна добиться снижения дискомфорта и нормализации душевного состояния больного. А также донести до пациента и его близких всю необходимую в лечении и профилактике информацию.

Проведя анализ литературы и проведенных исследований, было выяснено, что ожирение – один из важнейших факторов в развитии неинфекционных заболеваний. Ожирение негативно влияет на многие системы организма – сердечно-сосудистую, дыхательную, эндокринную систему, а также опорно-двигательный аппарат.

ВЫВОДЫ

1. Ожирение является фактором риска развития таких неинфекционных заболеваний как: сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы, центральной нервной системы.

2. В результате сестринского ухода у респондентов были выявлены факторы риска, влияющие на возникновение ожирения: ведущее место занимает гиподинамия – 44%, вредные привычки – 28%. Третье место занимает наследственность – 15%, четвертое место занимают эмоциональные стрессы – 13%.

3. Анализ, проведенного анкетирования показал, что ожирение является фактором риска некоторых неинфекционных заболеваний, в основном это гипертоническая болезнь – 53%, сахарный диабет – 27%, заболевания суставов – 20%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Подводя итог практического исследования, хотелось бы отметить, что самым главным критерием в лечении пациента от ожирения является соблюдение, рекомендованной врачом диеты. Проанализировав рекомендации медицинского персонала пациентам с ожирением, можно выделить следующие пункты:

1. Необходимо ограничить потребление легкоусвояемых углеводов, сахара до 30 грамм в сутки и менее.
2. Ограничить употребление крахмалсодержащих продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля. Нужно иметь в виду, что белый хлеб более калорийный, чем черный.
3. Обеспечить достаточное потребление белковых продуктов: мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов.
4. Необходимо употреблять большое количество овощей (кроме картофеля) и несладких фруктов (до 1 кг в сутки суммарно и более).
5. Ограничить потребление жира животного и растительного происхождения, поваренной соли с целью нормализации водно-солевого обмена, а также острых закусок, соусов, пряностей, возбуждающих аппетит.
6. Рекомендуются дробное и частое употребление пищи – до 5 - 6 раз в день, но в небольших количествах.
7. Необходимо тратить больше времени для ведения активного образа жизни в ежедневном распорядке дня и поддерживать эту привычку на протяжении многих лет.
8. Для предотвращения развития сопутствующих ожирению заболеваний, нужно проводить не только лечение, но и его профилактику.
9. Для групп риска развития ожирения должны проводиться беседы, обучение правильному питанию и простейшим физическим нагрузкам.
10. При возникновении симптомов других заболеваний – наблюдаться у специалиста, проводить лечение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вебер, В. Р. Болезни эндокринной системы и обмена веществ [Текст]: учебник / В. Р. Вебер., М. Н. Копина. – Великий Новгород: НОВГУ имени Ярослава Мудрого, 2014–203с.
2. Дедова, И.И. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / Дедова И.И., Мельниченко Г.А. - 2-е изд., перераб. и доп. – Мсква: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 832 с. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444962.html>
3. Корягина, Н. Ю. Организация специализированного сестринского ухода [Текст]: учебник / Н. Ю. Корягина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018-310с.
4. Крюкова, Д. А. Здоровый человек и его окружение: учебное пособие для студентов среднего профессионального образования [Текст] учебник / Д. А. Крюкова, Л. А. Лысак, О. В. Фурса; под ред. Б. В. Кабарухина. - 15-е изд. - Ростов н/Д: Феникс, 2016. - 474 с.
5. Лычев, В. Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: [Электронный ресурс] учебное пособие / Лычев В. Г., В. К. Карманов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
6. Мохорт, Т.В. Эндокринология [Электронный ресурс]: учебник / Т.В. Мохорт, З.В. Забаровская, А.П. Шепелькевич - Минск : Выш. шк., 2015. - 419 с. - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9789850626370.html>
7. Обуховец, Т. П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс]: практикум / Т. П. Обуховец, Т.П.; под ред. Б. В. Кабарухина. - Ростов н/Д: Феникс, 2015. - 412 с. (Среднее медицинское образование). Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222254578.html>
8. Ослопов, В.Н. Общий уход за больными терапевтического профиля [Текст]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, обучающихся по

спец. "Лечебное дело", "Медико-профилактическое дело" / В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская; рец.: Ю.В. Щукин, И.И. Шапошник. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. : ил., табл. - Прил.: с. 433-446.

9. Тарасевич, Т. В. Сестринское дело [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. В. Тарасевич. - Минск: РИПО, 2017. - 587 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036464.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

