**«ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ»**

***Автор: Перфильева Анна Владимировна,***

***студентка краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Ачинский медицинский техникум»***

***Руководитель: Масловская Елена Сергеевна, преподаватель***

Ожирение – отложение жировой ткани, увеличение веса за счет жировой ткани. Жировая ткань может откладываться на физиологических отложениях, ранах, бедрах и животе.

Доказательства причинно-следственной связи ожирения с серьезными метаболическими нарушениями и сердечно-сосудистыми заболеваниями определяют важность этой проблемы для современного здравоохранения и позволяют говорить об ожирении как серьезной угрозе общественному здоровью.

**Этиология**

Ожирение может развиваться в результате различных факторов. Это включает в себя дисбаланс между потреблением пищи и потреблением энергии, такой как увеличение потребления пищи и снижение потребления энергии. В неэндокринная патологии ожирение вызвано системными заболеваниями поджелудочной железы, печени, тонкой кишки и толстой кишки. Кротко, это наследственная болезнь.

Также обычно различают предрасполагающие факторы. Эти элементы включают малоподвижный образ жизни. Генетические факторы могут быть связаны с повышенной активностью липогенных ферментов пациента. Этому способствуют употребление сахарных напитков, повышенное потребление сахара, расстройства пищевого поведения и расстройства пищевого поведения.

Важную роль играют психические расстройства, стресс и депрессия, а также переедание из-за недостатка сна.

Ожирение может быть самостоятельным заболеванием либо синдромом, развивающимся при других заболеваниях. Ожирение и ассоциированные с ним метаболические нарушения являются актуальной проблемой современной медицины, поскольку приводят к развитию целого ряда тяжелых заболеваний. Наиболее

значимыми из них являются СД 2, ССЗ, онкологические заболевания, остеоартрозы и др.

**Классификация**

Сегодня в большинстве клинических рекомендаций профессиональных сообществ, существующих во многих странах мира, в т.ч. в России, для оценки избыточного веса и ожирения используется классификация ВОЗ от 1997г, основанная на измерении ИМТ (таблица 1).

Таблица 1

Классификация ожирения в соответствии с ИМТ

|  |  |
| --- | --- |
| **Характеристика веса** | **Величина ИМТ, кг/м2** |
| Недостаточное питание | <18,5 |
| Нормальное питание | 18,5-24,9 |
| Избыточный вес | 25,0-29,9 |
| Ожирение | ≥30,0 |
| Ожирение I степени | 30,0-34,9 |
| Ожирение II степени | 35,0-39,9 |
| Ожирение III степени (морбидное) | ≥40,0 |

I. По происхождению различают первичное и вторичное ожирение.

Первичное ожирение – это полигенное заболевание, в этиологии которого значение имеют как генетические факторы, так и факторы среды. Нарушение вовлеченых в регуляцию аппетита и обмена веществ генов могут сформировать определенную наследственную предрасположенность к ожирению, которая проявляется в воздействии других факторов риска (например, переедание, малоподвижный образ жизни).

Вторичное или симптоматическое ожирение является синдромом, который может наблюдаться при различных эндокринопатиях (например: гиперкортизолизм, гиперинсулинизм, гипогонадизм, гипотиреоз), опухолях и нарушениях кровообращения в головном мозге, когда нарушается соотношение липолиза и липогенеза.

II. По морфологическим особенностям жировой ткани:

* гипертрофическое,
* гиперпластическое,
* смешанное ожирение.

III. По распределению жира:

* общее (равномерное ожирение)
* местное ожирение (бывает центральным и периферическим)

При центральном – висцеральном, абдоминальном (андроидном) ожирении жир накапливается преимущественно абдоминальной области. Центральное ожирение является фактором риска для развития ИБС, инсульта и других патологий.

При периферическом или подкожном (гиноидном) ожирении жир откладывается под кожей в передней и задней области бедер. Существует также и смешанное ожирение.

**Диагностика**

Существует большое количество инструментальных методов, позволяющих определять содержание жировой ткани (биоэлектрический импеданс, двухэнергетическая рентгенологическая абсорбциометрия, определение общего содержания воды в организме), но их использование в широкой клинической практике себя не оправдывает. Более практичным и простым методом скрининга на ожирение является расчет индекса массы тела (ИМТ), отражающий соотношение между весом и ростом (вес в килограммах делят на квадрат роста в метрах).

Доказано, что даже умеренно повышенный ИМТ приводит к развитию гипергликемии, артериальной гипертензии и опасных осложнений. В то же время определение ИМТ представляет собой довольно простую манипуляцию, которая обеспечивает своевременность профилактики этих состояний. В общей врачебной практике рекомендовано определять ИМТ у всех пациентов с последующим проведением мероприятий по снижению или поддержанию его нормального уровня.

Окружность талии (ОТ) важна в оценке абдоминального ожирения. Многие исследователи считают, что этот показатель играет даже большую роль в прогнозе сердечно-сосудистых осложнений и особенно сахарного диабета. Для абдоминального ожирения характерно особое отложение жировой ткани в верхней части туловища в области живота.

Абдоминальное ожирение отмечают при ОТ > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин (согласно более жестким критериям - > 94 см для мужчин и > 80 см для женщин).

Предупреждение ожирения относят к мероприятиям первичной профилактики, которые проводят среди здоровых людей. Эти мероприятия наиболее эффективны, когда направлены на все население в целом. Основу их составляют принципы здорового питания. Медицинским работникам в этих мероприятиях принадлежит лидирующая и координирующая роль.

**Профилактика ожирения**

Ожирению подвержен любой человек. Но есть круг лиц, у которых риск ожирения выше, или оно будет протекать тяжелее, чем у других. Среди этих лиц:

* Люди с отягощенной наследственностью, у которых один или оба родителя, близкие страдают избыточной массой тела;
* В силу рода занятий ведущие малоподвижный образ жизни;
* Пищевые гурманы – любители много и вкусно покушать;
* Люди, страдающие заболеваниями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, приводящими к ожирению;
* Страдающие заболеваниями, которые при возможном увеличении массы тела будут проткать тяжелее (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, болезни легких с дыхательной недостаточностью);
* В силу профессиональных или бытовых причин испытывающие регулярные стрессы;
* Находящиеся на в определенном жизненном или физиологическом этапе – беременность, лактация, климакс, пожилой возраст;
* Вынужденные принимать лекарства, приводящие к ожирению – гормональные, психотропные средства, контрацептивы.

Для этих категорий лиц меры профилактики ожирения будут весьма актуальными.

Первичная профилактика ожирения

Первичную профилактику ожирения необходимо проводить при генетической и семейной предрасположенности, при предрасположенности к развитию заболеваний, сопутствующих ожирению (сахарного диабета 2-го типа, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца), при наличии факторов риска метаболического синдрома, при ИМТ > 25 кг/м2, особенно у женщин.

Вторичная профилактика ожирения

Вторичная профилактика также требует активного участия врачей. Привлечение ими диетологов, нутрициологов, эндокринологов должно способствовать раннему выявлению ожирения и предупреждению его последствий и осложнений.

При снижении массы тела у лиц с избыточной массой и ожирением уменьшается одышка при физической нагрузке, повышается физическая работоспособность, наблюдается гипотензивный эффект, улучшается настроение, трудоспособность, сон, что в целом повышает качество жизни больных. Одновременно уменьшается выраженность дислипидемии, а при наличии сахарного диабета снижается уровень сахара в крови. Таким образом, в результате снижения массы тела происходит улучшение прогноза жизни и снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Основой метода снижения избыточной массы тела является сбалансированный по калорийности рацион питания. Необходимо объяснить пациенту правила сбалансированного питания как по калорийности, так и по составу. В зависимости от выраженности ожирения и с учетом состояния пациента и его профессиональной деятельности назначается гипокалорийная диета на 15-30% ниже физиологической потребности.

Пациентов надо научить различать низкокалорийные, умеренно калорийные и высококалорийные продукты. Продукты, рекомендуемые к потреблению без ограничения, должны обеспечить чувство насыщения (нежирные сорта мяса, рыбы), удовлетворить потребности в сладком (ягоды, чай с сахарозаменителем), создать ощущение наполнения желудка (овощи). Рацион питания следует обогащать продуктами с липолитическими свойствами (огурец, ананасы, лимон) и увеличивающими термогенез (зеленый чай, негазированная минеральная вода, морепродукты).

В программы по снижению массы тела необходимо включать не только диетическую коррекцию, но и обязательные аэробные физические тренировки, что позволит повысить или сохранить качество жизни пациентов. Наиболее эффективные вмешательства, направленные на коррекцию ожирения, включают сочетание активных консультаций по коррекции питания, диете и упражнениям с поведенческими стратегиями, направленными на то, чтобы помочь пациенту приобрести соответствующие навыки.

Длительность и интенсивность упражнений зависит от состояния сердечно-сосудистой системы. Обязательно обследование пациента, определение толерантности к физическим нагрузкам. Наиболее доступным и простым методом физической активности является дозированная ходьба или дозированный бег в умеренном темпе. При этом особо важна регулярность занятий, что требует волевых усилий и психологического настроя.

Показано, что физическая активность приводит к умеренному повышению энергозатрат и способствует изменению энергетического баланса. Но иногда физические нагрузки при несомненной пользе не дают значительного снижения массы тела, что объясняется перераспределением содержания жировой массы (она уменьшается) в сторону возрастания мышечной массы. Однако, несмотря на небольшое общее снижение массы тела при повышенной физической активности, уменьшается количество висцерального жира, что чрезвычайно важно для снижения риска развития сопутствующей патологии и улучшения прогноза жизни тучных больных.

Злоупотребление алкоголем неразрывно связано с ожирением. Во-первых, алкоголь усиливает аппетит – человек больше кушает. Во-вторых, он снижает чувствительность центра насыщения в гипоталамусе. Да и сам по себе спирт этиловый – высокоэнергетический и высококалорийный продукт.

В качестве первичной цели предлагается снижение массы тела на 10% в течение 6 месяцев, что приводит к уменьшению общей смертности на 10%.

Обязательные мероприятия по профилактике ожирения:

1. Регулярная оценка массы тела всех пациентов, определение объема талии. Если эти показатели в пределах нормы или снижаются, следует проинформировать пациента и одобрить его поведение.
2. Оценка характера питания и пищевых привычек, прогностически значимых для развития ожирения, которую желательно проводить всем пациентам независимо от величины ИМТ.
3. Информирование пациентов о вреде избыточной массы тела, особенно о риске развития сердечно-сосудистых заболеваний.
4. Пациентам с ИМТ выше 30 необходимо рекомендовать снижение массы тела до 27 и ниже как долгосрочную цель. При этом снижение массы тела должно составлять не более 0,5-1 кг в неделю. Если изменения питания недостаточно эффективны, рекомендуется введение низкокалорийной диеты.
5. Постоянное наблюдение и поддержка пациента во время лечения ожирения. Желательно еженедельно или хотя бы раз в две недели повторно измерять ИМТ, проверять дневник питания, высказывать пациенту одобрение и поощрение, наблюдать за увеличением двигательной активности и физических нагрузок.

Лечение ожирения представляет собой не менее сложную задачу, чем лечение любого другого хронического заболевания. Основная задача – это постепенное изменение неправильного образа жизни пациента, исправление нарушенного пищевого стеореотипа, снижение доминирующей роли пищевой мотивации, ликвидация неправильных связей между эмоциональным дискомфортом и приемом пищи.

**Список литературы**

1. Клинические рекомендации – Ожирение – 2020 (17.02.2021) – Утверждены Минздравом РФ

2. Андреева Л. С., Хамнуева Л. Ю., Чугунова Е. В.. Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра эндокринологии и клинической фармакологии. – Иркутск : ИГМУ, 2016 – 63 с.

3. Драпкина О. М., Самородская И. В., Старинская М. А., Ким О. Т., Неймарк А. Е. Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов. Коллективная монография. М.: ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России; ООО “Силицея-Полиграф”. 2021 — с. 174.