

Профилактика Избыточной Массы Тела И Ожирения У Пациентов С Повышенным Сердечно-Сосудистым Риском

Нуриллоева Шаходат Нурилло кизи

Бухарский государственный медицинский институт, ассистент кафедры внутренних болезней

Резюме

Профилактика избыточной массы тела и ожирения у пациентов с повышенным сердечно-сосудистым риском. Профилактика избыточной массы тела и ожирения у пациентов с повышенным сердечно-сосудистым риском позволяет эффективно планировать и целенаправленно осуществлять первичную, вторичную и третичную профилактику. Результаты изучения факторов риска распространения избыточной массы тела и ожирения позволяют совершенствовать профилактические методы, направленные на увеличение продолжительности жизни населения Узбекистана.

Ключевые слова: Массы Тела.

Обоснование из актуальность: В настоящее время ожирение превратилось в одну из важнейших медико-социальных проблем в мире, что связано с высоким уровнем его распространенности и тем, что оно представляет собой материальные затраты за счет большого бюджета на ликвидацию его последствий.

За последние тридцать лет во всем мире распространенность избыточной массы тела и ожирения среди взрослых и детей выросла почти на 30-50%.

Сегодня ожирение рассматривается не только как важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа (по данным Всемирной организации здравоохранения, избыточная масса тела и ожирение предсказывают развитие диабета 2 типа на 44-57%, 17-23 % - ишемическая болезнь сердца, 17% - артериальная гипертензия, 30% - холецистит , 14% - артроз, 11% - доброкачественная опухоль. По статистике ожирение в целом приводит к увеличению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 4 раза. , а смертность от рака - в 2 раза

В XXI веке для Человечества, которое за многовековую историю преодолело эпидемию

опасных для жизни инфекций, проблема сердечно-сосудистых заболеваний стала актуальной среди всех причин болезней и смерти. Важную роль в этом сыграли изменения образа жизни, связанные с ограничением физической активности, увеличением калорийности пищи и постоянным усилением эмоционального напряжения. Все это усугубляет основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: повышение артериального давления, дислипидемию, сахарный диабет и заболевания ожирения.

Ожирение признано одним из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизации больных и ранней смертности. По данным Фрамингемского исследования сердца, ожирение оказалось независимым фактором риска смерти от всей причины. При ожирении 1 степени риск развития сахарного диабета увеличивается в 2-3 раза, 2 степени - в 5 раз, 3 степени - в 10 раз. На сегодняшний день доказано, что наиболее опасным, связанным с развитием различных заболеваний, является вицеральный тип ожирения, широко распространенный в современном обществе и являющийся основным критерием МЖ.

Цель исследования. Профилактика номедикаментоза, профилактика избыточной массы тела и ожирения у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы исследования:

Всего был обследован 121 пациент, при этом при разделении пациентов по полу было 62 женщины и 59 мужчин. При обследовании использовались следующие методы исследования: стандартный опросник, абдоминальное ожирение, повышение артериального давления, уровень липидов крови, индекс Кетле. Ожирение (1997) рассчитывают по формуле, записанной в индексе Кетле: за ожирение принимают вес (кг)/рост (м)², ≥ 25 и уровни КИ ≥ 30 . В то же время при изучении популяции по данным ИЗМТ рекомендуется принимать значения КИ >29 (Rose to, Blackburn H., 1968). Для критериев ОТВ получены значения КИ ≥ 30 , поскольку этот уровень КИ мало чем отличается от критериев ИМТ, рекомендуемых для популяционных исследований.

Результаты исследования: Согласно полученным данным, распространенность АС среди населения была значительно выше (табл. 1). Общая распространенность абдоминального ожирения среди женщин составляет 41,57%, среди мужчин 23,9% ($P < 0,01$). У 18,74% молодых женщин наличие АС считают опасным. Следует отметить, что в четвертом десятилетии наблюдается значительное увеличение частоты АС. В возрасте 30-39 лет частота АС (45,49%) регистрируется в 2,62 раза выше, чем в возрасте 20-29 лет (18,74%). Выявленные различия были очень большими ($p < 0,01$). Тогда до 50 лет частота АС практически не меняется, но в 50-59 лет и 60-69 лет частота АС вновь значительно возрастает (61,5% и 74,13% соответственно). Популяция женщин с абдоминальным ожирением по отношению к как

указывает на возникновение неблагоприятной эпидемиологической ситуации. Учитывая, что АС является одним из основных факторных механизмов РС, следует признать, что риск инфекционных заболеваний среди женского населения очень высок.

Абдоминальное ожирение у мужчин соответственно -13,45 %, 36,54%, 28,31%, 45,65% и составляет 45,64%. У мужчин 30-39 лет частота АС увеличилась в 2,46 раза по сравнению с 20-29 годами, а в 50-59 лет - в 1,86 раза больше, чем в 40-49 лет. Следующим компонентом метаболического синдрома, который предстоит исследовать, является увеличение массы тела. В это понятие входят два состояния – ожирение и ОТВ. Согласно полученным данным (табл. 3), 121 популяция, в которой проводилось исследование, страдают ожирением различной степени. Уровень ожирения I диагностирован в 47 лет, средние показатели составили $33,6 \pm 0,58$ (отличия статистически значимы, $p < 0,01$). II степень ожирения наблюдалась у 39 больных, средние показатели составили $37 \pm 1,05$ (различия статистически значимы, $p < 0,05$), III степень ожирения наблюдалась у 35 больных, средние показатели составили $42 \pm 1,05$ (при различия статистически значимы $< 0,05$). Коррекция избыточной массы тела и ожирения препаратом без баллов. Существует два основных способа коррекции нарушений углеводного и липидного обмена без медикаментов – рациональное питание и рациональная физическая активность. Рациональное питание необходимо для того, чтобы человек не толстел. У мужчин талия должна быть не более 94 см, у женщин – более 80 см, желательно меньше. Нужно быть осторожным с углеводами, ограничивая жирную пищу, в сочетании с регулярными физическими нагрузками вы не уйдете, потому что от обилия сладостей ожирения не наблюдается, второе – физические нагрузки. Минимальный объем физической активности, необходимый для этих целей, — 4–5 раз в неделю, быстрая ходьба по 30 минут в день. Изменение образа жизни пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (высокое артериальное давление, гиперлипидемия, гипергликемия) у пациентов с избыточной массой тела и ожирением вызывает незначительное снижение массы тела на 3-5%, что имеет клинически значимую пользу для здоровья. Постоянная потеря веса на 3–5% приводит к клинически значимому снижению уровня триглицеридов, глюкозы в крови, HbA1c и риска развития диабета 2 типа; при длительном снижении массы тела можно добиться целевых показателей артериального давления, ЛПВП и ЛПНП, дополнительно снизить уровень триглицеридов и глюкозы в крови, а также снизить потребность в препаратах для контроля артериального давления, глюкозы. Пациентам с избыточной массой тела необходимо снизить калорийность рациона. 1200-1500 ккал/день для женщин, 1500-1800 ккал/день для мужчин). При энергodeфиците необходимо назначить научно обоснованную диету, ограничивающую 500 ккал или 750 ккал/сутки в день или определенный вид пищи (например, следует исключить продукты, богатые углеводами, с низким содержанием клетчатки или высоким содержанием жиров). Проводится с целью создания энергетического дефицита за счет

сокращения потребления пищи. Для пациентов с избыточной массой тела или ожирением, в зависимости от пожеланий и состояния здоровья пациента, после консультации с диетой запишите преимущества снижения массы тела, низкокалорийной диеты.

Поощряйте пациентов с ожирением или пациентов с избыточным весом принять участие в 6-месячной комплексной программе изменения образа жизни, которая помогает участникам соблюдать низкокалорийную диету и повышает физическую активность за счет использования поведенческих стратегий. С тренером можно запланировать индивидуальные или групповые тренировки по снижению веса высокой интенсивности (≥ 14 посещений в течение 6 месяцев).

Пациентам с избыточной массой тела или ожирением рекомендуется участие в долгосрочной (≥ 1 года) комплексной поддерживающей программе.

назначают очные тренировки или программы по снижению веса, которые предусматривают регулярный контакт, например, раз в месяц или чаще, чтобы помочь участникам достичь высокой физической активности. в минуту/неделю), регулярно следить за весом (раз в неделю и чаще) и соблюдать низкокалорийную диету (необходима для снижения массы тела).

Рисунок 1. Распределение физической активности

Рекомендации по физической активности

Примерная схема занятий физической реабилитацией

- больные с ожирением третьей степени и удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы занимаются ходьбой и спортивными играми 3 раза в неделю, 1 раз с лечебной гимнастикой.
- Заболевания, сопровождающие больных с ожирением II - I степени, но с удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы 2 раза в неделю - лечебная гимнастика, 2 раза - ходьба, 1 раз - бег и спортивные игры.
- Больным с ожирением II - I степени рекомендуется 2 раза при отсутствии заболеваний суставов - лечебная гимнастика, 1 раз - ходьба, 2 раза - бег, 1 раз - спортивные игры.

Диетотерапия должна использовать текущие значения избыточной массы тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²) и ожирения (ИМТ ≥ 30 кг/м²) для определения пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и текущих значений ожирения. Его применяют для выявления пациентов с высоким риском смерти от всех причин.

Больные с избыточной массой тела и ожирением должны знать, что чем выше у них уровень ИМТ, тем выше причины сердечно-сосудистых заболеваний, других смертей.

Очень низкокалорийная диета (<800 ккал/сут) применяется лишь в исключительных случаях, а при условии только наблюдения за пациентами специалистами, прошедшими обучение в специализированном учреждении здравоохранения, которые могут находиться под медицинским наблюдением, скорость снижения веса может быть высокой. .

Диета для больных ожирением:

- Дробное питание в течение дня с 3 основными и 2 промежуточными приемами пищи.
- Ужин должен быть не позднее 19 часов, минимум за 3-4 часа до сна.
- Суточное распределение калорий между приемами пищи должно быть следующим: завтрак – 25%, второй завтрак – 10%, обед – 35%, обед – 10% и ужин – 20%.

Суточный рацион для женщин (в ккал): 18-30 лет: $(0,0621 \cdot \text{кг} + 2,0357) \cdot 240 \cdot \text{КФА}$ (коэффициент физической активности)

31-60 лет: $(0,0342 \cdot \text{вес кг} + 3,5377) \cdot 240 \cdot \text{КФА}$

Старше 60 лет: $(0,0377 \cdot \text{вес кг} + 2,7545) \cdot 240 \cdot \text{КФА}$

Суточный рацион для мужчин (в ккал): 18-30 лет: $(0,0630 \cdot \text{кг} + 2,8957) \cdot 240 \cdot \text{КФА}$

31-60 лет: $(0,0484 \cdot \text{вес кг} + 3,6534) \cdot 240 \cdot \text{КФА}$

Старше 60 лет: $(0,0491 \cdot \text{вес кг} + 2,4587) \cdot 240 \cdot \text{КФА}$

Коэффициент физической активности: если физическая активность пациента низкая (умственная, сидячая, легкая работа дома), результат умножается на коэффициент 1;

при умеренной физической активности (работа, связанная с ходьбой, занятиями физкультурой не менее 3 раз в неделю) - по коэффициенту 1,3;

при высоких физических нагрузках (тяжелый физический труд, спорт) результат увеличивается в 1,5 раза.

Примерная однодневная диета при ожирении 1-2 дня:

Первый завтрак: нежирный творог (100 г), морковь жареная (200 г), кофе с молоком без сахара (200 г).

Второй завтрак: салат из свежей несоленой капусты с яблоками или столовой ложкой сметаны (170 г).

Ужин: Борщ с овощами (200 г), тушеная капуста (150 г), отварное мясо (90 г), компот из сухофруктов без сахара (200 мл).

Полдник (четверо): нежирный творог (100 г), шиповник (200 мл).

Ужин: отварная рыба (100 г), овощной салат (125 г), зеленый чай (200 г).

На ночь: нежирный кефир (150 г).

Допустимое количество хлеба на целый день – 150 г.

Примерное питание на день при ожирении 3 степени:

Первый завтрак: отварное мясо (90 г), овощной салат с растительным маслом (150 г), кофе с молоком без сахара (200 г).

Завтрак 2: яблоки (около 100 г).

Обед: вегетарианский борщ (200 г), тушеная капуста (150 г), отварная рыба (100 г), несладкий яблочный сок (200 мл).

Четвертое: нежирное молоко (180 г).

Ужин: запеченный мясной рулет с яйцом (90 г), зеленый чай (200 г).

На ночь: нежирный кефир (150 г).



Рисунок 2. Оптимальное соотношение продуктов, рекомендованное ВОЗ.

Рисунок 3. Примерное калорийное меню диеты на день (1635 ккал)

Десятичный: салат из свежей капусты без соли со сметаной – 170 г.

Обед: щи вегетарианские (½ часть) — 200 г, мясо отварное — 90 г, горошек зеленый нежирный — 50 г, яблоки свежие — 100 г.

Четыре: творог кальцинированный – 100 г, бульон кусминки – 180 г.

Ужин: рыба отварная (свинина) – 100 г, борщ овощной (½ часть) – 125 г.

На ночь: кефир – 180 гр.

Весь день: ржаной хлеб – 150 г.

Измерение массы тела и роста-длины, расчет ИМТ проводят следующим образом.

Индекс массы тела рассчитывается по следующей формуле.

$ИМТ = \frac{кг}{м^2}$

В этом месте:

кг - масса тела на килограмм веса

м – высота длина в метрах

Окружность талии пациентам с избыточной массой тела и ожирением следует измерять ежегодно или чаще. Чем больше у больных окружность талии, тем выше проявляются причины сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа и других летальных исходов.

Алгоритм расчета ИЗМТ по баллам:

1 степени (30,0-34,9 кг) _ 2 балла

2 степени (35,0-39,9 кг) _ 3 балла

Ожирение 3 степени (>40,0) _ 4 балла

У 52 из 121 пациента диагностировано ожирение 1 степени, у 44 — ожирение 2 степени и у 25 — ожирение 3 степени.

При 1 степени ожирения рекомендуется: диетотерапия (60% состояла из белков (в том числе животных), 25% растительных жиров, 5 -8 г соли и до 1,2 л жидкости.) + физическая активность. (больным с сопутствующими заболеваниями, но с удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы 2 раза в неделю - лечебная гимнастика, 2 раза - ходьба, 1 раз - бег и спортивные игры). При ожирении 2 степени рекомендуется : диетотерапия (60% белков, 25% растительных жиров, 4-8 г соли и до 1,2 л жидкости. Все продукты сырые (овощи и фрукты), отварное, жареное и запеченное. Суточный рацион делится на 6 небольших

порций + физическая нагрузка (больные с сопутствующими заболеваниями, но с удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы 2 раза в неделю - лечебная гимнастика, ходьба 2 раза, бег 1 раз и спортивные игры). При ожирении 3 степени рекомендуются: диетотерапия (80 % белков (из них 70 % животного происхождения), 60 г жиров (из них 30 % растительного происхождения), 100 г углеводов. Общая калорийность еды не должна превышать 1300 ккал + физическая нагрузка (при удовлетворительном состоянии сердечно-сосудистой системы проводят лечебную гимнастику 3 раза в неделю, одноразовые прогулки и спортивные игры.).

Так, после назначения диетотерапии и физической активности положительная динамика наблюдалась у 48 из 52 больных, ожирение - у 40 из 44 больных, ожирение - у 3 из 25 больных.

Заключение.

Так, у 108 из 121 пациента под наблюдением (89,25%) отмечено снижение распространенности компонентов метаболического синдрома при использовании традиционных методов профилактики и специального алгоритма диетотерапии и физической активности.

Никаких изменений не наблюдалось у 13 пациентов (10,7%), то есть они изменили свой привычный образ жизни.



Literature

1. qizi Nurilloeva S. N. Obstructive Pulmonary Disease And Changes In Mental Status In Patients With Covid-19 //The Role Of Science And Innovation In The Modern World. – 2022. – T. 1. – №. 3. – С. 91-97.
2. Kizi N. S. N. Assessment of the methods of the state of hyperglycemia at different body masses //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2021. – T. 11. – №. 9. – С. 359-366.
3. Nurilloeva S. N. PREVENTION OF OBESITY AND OVERWEIGHT IN PATIENTS WITH VARIOUS DEGREES OF HYPERGLYCEMIA //INNOVATIVE DEVELOPMENT IN THE GLOBAL SCIENCE. – 2022. – T. 1. – №. 7. – С. 74-81.
4. Бадритдинова М. Н. Бозорова Н. З. Частота Встречаемости Гиперлипидемии Среди Женского Населения //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2022. – T. 1. – №. 1. – С. 6-10.
5. Орзиев З. М. Нуриллоева Ш. Н. Компетентность количественных показателей ведущих клинических признаков холестаза в дифференциации его градаций //Биология и интегративная медицина. – 2018. – №. 4. – С. 62-73.
6. qizi Nurilloeva, S. N. (2022). OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHANGES IN MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH COVID-19. *THE ROLE OF SCIENCE AND INNOVATION IN THE MODERN WORLD*, 1(3), 91-97.
7. qizi Nurilloeva, Shahodat Nurillo. "OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHANGES IN MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH COVID-19." *THE ROLE OF SCIENCE AND INNOVATION IN THE MODERN WORLD* 1.3 (2022): 91-97.
8. Nurillokizi N. S. Metabolic Syndrome: Methods of Prevention and Treatment //BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIY JURNALI. – 2021. – T. 1. – №. 6. – С. 475-482.
9. qizi Nurilloeva S. N. OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHANGES IN MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH COVID-19 //THE ROLE OF SCIENCE AND INNOVATION IN THE MODERN WORLD. – 2022. – T. 1. – №. 3. – С. 91-97.
10. Nurilloeva Shakhodat Nurillo kizi. Diagnosis of Tubuloglomerular Relationship in Patients with Metabolic Syndrome // Journal of advanced research and stability (JARS) Volume: 01 Issue: 06 | 2021 ISSN: 2181-2608. –P. 469-474
11. Нуриллоева Ш. Н. Частота встречаемости избыточной массы тела и ожирения //При нарушении углеводного обмена Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований,

75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных № 02(1), 18 мая 2021, стр -403

12. NSN Kizi Assessment of the methods of the state of hyperglycemia at different body masses //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal 11 (9), 359-366
13. Жураева Х. И. Бадридинова Б. К., Кадыров Б. С. Распространенность и состояние лечения артериальной гипертензии по данным анкетирования //Биология и интегративная медицина. – 2017. – №. 3. – С. 78-85.
14. Жураева Х. И., Алимова Ш. А. Применение опросного метода в ранней диагностике стенокардии в качестве скринирующего теста при профилактических обследованиях населения //Биология и интегративная медицина. – 2017. – №. 6. – С. 14-22.
15. ZHURAEVA K. I. et al. PECULIARITIES OF THE COURSE OF JOINT SYNDROME IN PERSONS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS //Journal of Natural Remedies. – 2021. – Т. 22. – №. 1 (1). – С. 92-98.
16. ZHURAEVA K. I. et al. Peculiarities of the course of joint syndrome in persons with type 2 diabetes mellitus //Journal of Natural Remedies. – 2021. – Т. 22. – №. 1 (1). – С. 92-98.