

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/36211>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

ВВЕДЕНИЕ 2

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ 5

1.1 Формы и стадии ожирения. Клинические проявления 5

1.2 Причины и осложнения ожирения 9

1.3 Диагностика и лечение ожирения 11

1.4 Особенности профилактики ожирения 17

1.5 Роль медицинской сестры в профилактике ожирения у детей 20

ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ 22

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ 23

2.1 Организация проведения и методы исследования 23

2.2 Ход и результаты исследования 26

2.3 Исследование деятельности медицинской сестры в профилактике ожирения 32

2.4 Рекомендации по профилактике ожирения 37

ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ 43

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 45

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 47

Приложения 50

Актуальность темы обусловлена тем, что ожирение - это глобальная проблема здравоохранения.

Проблема ожирения в наше время становится все более актуальной и начинает представлять социальную угрозу для жизни детей.

Ожирение у детей на сегодняшний день частая проблема. 5,5% детей страдают ожирением и 11,8% детей имеют избыточную массу, а среди подростков это 15% и 25% соответственно. В сельской местности ожиревших детей приблизительно в 1,5 раза меньше, чем в городе.

Ожирение - хроническая болезнь, характеризующаяся нарушением обмена веществ. При ожирении в организм с продуктами питания поступает больше энергии, чем может израсходоваться. Излишки откладываются в организме в виде жира.

Ожирение у детей чаще бывает, как самостоятельная болезнь, а не как симптом какой-то болезни.

Ожирение вызывает не только изменение облика ребенка, но и приводит к появлению у него различных неблагоприятных симптомов. Так, у больных детей наблюдаются скачки артериального давления, ускоряется пульс, снижается устойчивость к физическим нагрузкам, появляется головная боль, развивается одышка. При длительном ожирении к подростковому возрасту у ребенка может появиться метаболический синдром. Это опасное состояние, обусловленное стойкой гиперинсулинемией. Оно опасно тем, что может привести к различным сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету.

При развитии ожирения в школьном возрасте появляются множественные неблагоприятные симптомы. Так, детям становится труднее сосредоточиться на усвоении нового учебного материала, они быстро утомляются, у них появляется дневная сонливость, медлительность. Для подростка очень важно общественное мнение.

Если ожирение вторичное, то тогда, помимо избыточного веса, у ребенка появляются и другие, более опасные симптомы. Так, у девочек-подростков с патологиями в яичниках появляются следующие клинические признаки: избыточно растут волосы на всем теле, возникает угревая сыпь, появляется сильное выпадение волос, нарушается менструальный цикл, кожа становится чрезмерно жирной и склонной к любым гнойничковым воспалениям. У мальчиков-подростков со вторичным ожирением, развившимся на фоне патологий гипоталамуса или репродуктивной системы, появляются такие расстройства, как гинекомастия (увеличение молочных желез), крипторхизм, недоразвитие наружных половых органов и другие. Выраженное ожирение приводит к нарушениям дыхания. Избыточная подкожно-жировая клетчатка в

области живота и грудной клетки приводит к тому, что значительно поджимается диафрагма. Это состояние обуславливает появление у ребенка апноэ. Это патологическое состояние возникает во время сна. Оно характеризуется паузами в дыхании, что способствует развитию кислородного голодания жизненно важных органов.

Наиболее частые виды ожирения у детей:

Простое ожирение, обусловленное факторами внешней среды.

Экзогенно-конституциональное ожирение, обусловленное сочетанием факторов внешней среды и наследственных особенностей.

При первой степени такого ожирения у детей, обычно, не выявляются отклонений в работе внутренних органов и систем. При II и последующих степенях ожирения они появляются.

У детей бывают другие виды ожирения — церебральное, гипоталамическое, эндокринное. Здесь, ожирение — один из симптомов основного заболевания, которое надо выявить, чтобы назначить ребенку правильное лечение.

Цель: какова роль медицинской сестры в профилактике ожирения у детей.

Объект: профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет: роль медицинской сестры в профилактике ожирения у детского населения.

Задачи:

1. Изучить теоретические основы роли медицинской сестры в профилактике ожирения у детей.

2. Провести практическое исследование роли медсестры в профилактике ожирения у детей.

Методы исследования: теоретические: анализ научной литературы; сравнительный анализ; описание; обобщение. Эмпирические: анализ документов (диспансерных, амбулаторных карт, историй болезни пациентов); статистическая обработка данных; опрос; анкетирование.

Структура дипломной работы: работа состоит из введения, 2 глав, выводов по главам, заключения, списка литературы. ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1.1 Формы и стадии ожирения. Клинические проявления

Первичное конституционально-экзогенное ожирение развиваясь в раннем и дошкольном возрасте, часто прогрессирует в пре- и пубертатном периоде. Данная форма является самой распространенной и составляет около 95% всех вариантов ожирения. Дети с невысокой степенью ожирения (I степени) чаще всего не предъявляют жалоб, у них обычно не выявляются отклонения со стороны внутренних органов. При II и особенно III, IV степенях ожирения имеются изменения, чаще функциональные, со стороны нервной системы (центральной и вегетативной), внутренних органов, кожи, опорно-двигательного аппарата. На ранних стадиях заболевания у детей и подростков часто обнаруживаются тахикардия, дыхательная аритмия, редкая экстрасистолия, лабильная артериальная гипертензия, в большей степени являющиеся проявлениями вегетативной дисфункции. Тем не менее, ожирение у детей представляет собой группу риска по развитию сердечно - сосудистой патологии. Ожирение вызывает ряд структурных изменений в сердечной мышце. Детское ожирение является предиктором нарастания массы миокарда во взрослом возрасте. Избыточное накопление жировой массы приводит к увеличению объема крови и сердечного выброса. Периодическое апноэ во сне и связанная с ожирением гиповентиляция способствуют формированию легочной гипертензии. При морбидном ожирении эти нарушения могут приводить к кардиомиопатии.

Ожирение связано с целым рядом нарушений в печени, объединяемым под названием неалкогольная жировая инфильтрация печени. Характерными для данного состояния биохимическими показателями являются: пятикратное повышение уровня трансаминаз, повышение щелочной фосфатазы и ГГТ в 2-3 раза. Около 10% детей с ожирением имеют данные признаки в сочетании с эхографическими изменениями (повышение эхоплотности).

Ожирение, равно как и быстрая значительная потеря массы тела являются важными факторами риска камнеобразования в желчном пузыре. Однако механизмы камнеобразования в этих случаях остаются невыясненными.

У детей с избыточной массой тела часто формируются костные деформации, которые могут привести в дальнейшем к серьезным ортопедическим проблемам. К тому же дети и подростки с ожирением, в отличие от взрослых, могут иметь сниженную плотность костной ткани. Ожирение в период роста может вызвать повреждение ростовых пластинок, что приводит к смещению эпифизов головок бедренных костей, образованию genu valgum, tibia vara (болезнь Бланта), уплощение коленной чашечки с болями в коленях, плоскостопие, боли в поясничном отделе позвоночника, сколиоз и остеоартрит.

Одним из характерных признаков ожирения у детей является появление полосок растяжения, чаще бледно-розового цвета в местах наибольшего отложения подкожной жировой ткани (на груди, животе, на бедрах и ягодицах). Acanthosis nigricans, часто встречающийся у детей и подростков при ожирении, проявляется в виде пигментированных, гиперкератозных бархатистых бляшек на задней поверхности шеи, в подмышечных областях, в кожных складках и на разгибательной поверхности суставов. Вероятной причиной acanthosis nigricans является гиперинсулинемия, приводящая к активации локальных рецепторов ИРФ-1 с последующей индукцией пролиферации кератоцитов. К другим кожным проявлениям при ожирении относят пигментные пятна и фолликулярный гиперкератоз. При гиперандрогении на фоне ожирения у девочек отмечаются: повышенная сальность кожи, угревая сыпь, гирсутизм.

Учитывая роль высшего эндокринного центра — гипоталамуса в регуляции энергетического обмена, собственную эндокринную функцию жировой ткани, наличие множества эндокринных и паракриновых взаимодействий при ожирении следует ожидать изменений со стороны всех желез внутренней секреции. Как правило, при ожирении снижена секреция гормона роста в ответ на стимуляцию (гипогликемия, клонидин, рилизинг-гормон). При нормализации массы тела секреция ГР улучшается. Полагают, что у больных ожирением повышен клиренс гормона роста, а синтез и секреция снижены, возможно, за счет ингибирующего эффекта СЖК и ИРФ. Тиреоидная функция в большинстве случаев не нарушена, базальные уровни Т4 и ТТГ находятся в пределах нормы. Уровень Т3 приближается или выходит за пределы верхней границы нормы, что, по-видимому, обусловлено повышенной конверсией Т4 в Т3. Базальный уровень пролактина может быть нормальным или умеренно повышенным, но в ответ на стимуляцию отмечается снижение его выброса. При суточном мониторинговании у больных с ожирением выявляется небольшое увеличение секреции АКТГ и повышенный выброс кортизола в ответ на АКТГ - стимуляцию. Базальный уровень кортизола у детей и подростков с ожирением также умеренно повышен и уменьшается при сокращении массы тела.

У девочек с ожирением менархе может наступать в более ранние сроки. В ряде случаев у девочек отмечается увеличение соотношения ЛГ/ФСГ, уровня эстрогена, тестостерона и/или андростендиона. Ожирение у девочек является фактором риска для синдрома поликистозных яичников. У мальчиков выявляется ускоренная конверсия андрогенов в эстрогены, снижение циркулирующих андрогенов. Обширная группа детей, имеющих прогрессирующее ожирение в период полового созревания, наблюдается с диагнозом «гипоталамический синдром пубертатного периода» (ГСПП) (пубертатно-юношеский диспитуитаризм). По определению, это заболевание подросткового возраста, характеризующееся поражением межучного мозга, что проявляется: гиперкортицизмом, гиперальдостеронизмом, гиперинсулинизмом, колебаниями секреции соматотропина, тиреотропного гормона, нарушением продукции гонадотропинов и половых гормонов.

Данная клиническая форма выделяется только в отечественной медицинской практике. Ее принципиальное отличие от гипоталамического (диэнцефального) ожирения, имеющегося в большинстве принятых в разных странах классификациях, в том, что в основе ГСПП лежит обратимая дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы на фоне возрастной нейроэндокринной перестройки организма и полового созревания.

Механизм развития ГСПП до настоящего времени четко не определен. Главная причина возникновения основных симптомов заболевания, выраженных вегето - сосудистых нарушений, по-видимому, связана с развивающейся в результате поражения гипоталамуса дисрегуляцией процессов, участвующих в формировании гормонального, метаболического и вегетативного статуса организма. Большое значение придается патологическим изменениям в системе нейротрансмиттеров ЦНС (дофамина, серотонина, норадреналина). Для ГСПП характерна дисфункция гипоталамуса с нарушением продукции рилизинг - гормонов - кортикотропин - рилизинг - гормона и люлиберина, которые соответствующим образом воздействуют на нижележащие отделы эндокринной системы. Отмечается ускорение полового развития и формируется гиперфункция гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы в виде функционального гиперкортицизма. Развивается дисфункция аденогипофиза — диспитуитаризм — с повышением секреции тройных гормонов: АКТГ, гормона роста, ЛГ, изменяется активность системы «гипофиз-щитовидная железа».

1.2 Причины и осложнения ожирения

Ожирение у детей имеет полиэтиологическую природу; в его реализации играет роль сложное взаимодействие генетических и средовых факторов. Во всех случаях в основе ожирения у детей лежит энергетический дисбаланс, обусловленный повышенным потреблением и сниженным расходом энергии.

Известно, что при наличии ожирения у обоих родителей, вероятность возникновения подобного нарушения у ребенка составляет 80%; при наличии ожирения только у матери – 50%; только у отца – 38%.

Группу риска по развитию ожирения составляют дети, имеющие повышенную массу тела при рождении (более 4 кг) и избыточную ежемесячную прибавку массы тела, находящиеся на искусственном вскармливании. У грудных детей ожирение может развиваться на фоне перекармливания ребенка высококалорийными смесями, нарушения правил введения прикорма.

Как показывают анамнестические данные, развитие ожирения у большинства детей связано с нарушением режима питания и снижением уровня физической нагрузки. Обычно в питании детей с избыточной массой тела и ожирением преобладают легкоусвояемые углеводы (хлебобулочные изделия, сладкие десерты) и твердые жиры (фаст-фуд), сладкие напитки (соки, газировка, чай) при недостаточном употреблении клетчатки, белка, воды. При этом большинство детей ведут малоподвижный образ жизни (не играют в подвижные игры, не занимаются спортом, не посещают уроки физкультуры), много времени проводят у телевизора или компьютера, испытывают интенсивную умственную нагрузку, способствующую гиподинамии.

Ожирение у детей может являться не только следствием конституциональной предрасположенности и алиментарных причин, но и серьезных патологических состояний. Так, ожирение нередко встречается у детей с генетическими синдромами (Дауна, Прадера-Вилли, Лоуренса-Муна-Бидля, Козна), эндокринопатиями (врожденным гипотиреозом, синдромом Иценко-Кушинга, адипозо-генитальной дистрофией), поражением ЦНС (вследствие ЧМТ, менингита, энцефалита, нейрохирургических операций, опухолей головного мозга и пр.).

Иногда в анамнезе детей прослеживается связь ожирения с внешними эмоциональными факторами: поступлением в школу, несчастным случаем, смертью родственников и т. п.

Ожирение в детском возрасте всегда провоцирует частое развитие множества сопутствующих заболеваний. От этого увеличивается риск инвалидности и преждевременной смерти.

К чему приводит ожирение в детском и подростковом периоде:

- к заболеваниям сердечно - сосудистой системы (гипертонии, инсульту, стенокардии, ишемии сердца);
- к заболеваниям желудочно-кишечного тракта (воспалению поджелудочной железы, 12-перстной кишки, гастриту, печеночной недостаточности, геморрою, запорам);
- к заболеваниям эндокринной системы (нарушению работы поджелудочной железы, надпочечных желез и щитовидки);
- к заболеваниям опорно-двигательного аппарата (деформации костей и суставов, появлению плоскостопия, варикозу вен на ногах);

1.Баевский Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. М.: Медицина, 2017. - 236 с.

2.Балаболкин М.И. Гипоталамический синдром пубертатного периода / М.И.Балаболкин, Е.М. Клебанова // Эндокринология. М.: Универсум паблишинг, 2015.-С. 176-178.

3.Белевский А.С., Княжеская Н.П., Сосина Е.Е. Профилактика ожирения / Белевский А.С. - М.: Медицина, 2015. - 215с.

4.Беспалова И.Д., Мишенина Г.И. Опыт внедрения сестринского процесса в санитарно-просветительную работу / Беспалова И.Д. - Томск: Синь, 2016. - 432с.

5.Бирюкова Е.В. Эффективная и гибкая фармакотерапия ожирения сегодня — залог успешной профилактики сахарного диабета 2 типа в будущем /Е.В. Бирюкова, Н.В. Маркина, М.А. Гарбузова // Сахарный диабет. 2014. - № 4. — С. 23-28.

6.Булкина Л.С., Белевский. А.С. Планы занятий по санитарно-просветительной работе / Булкина Л.С.- М.: Медицина, 2014. - 189с.

7.Бутрова С.А. Ожирение / С.А. Бутрова // Руководство по клинической эндокринологии / Под ред. Н.Т. Старковой. СПб.: Питер, 2016. - С. 486-498.

8.Бутрова С.А. Лечение ожирения: современные аспекты / С.А.Бутрова, А.А. Плохая // Российский медицинский журнал. 2013. - Т. 24, № 9.

9.Бутрова С.А., Берковская М.А. Современные аспекты терапии ожирения. // Справочник поликлинического врача. 2016. - №.11. - с. 58.

10.Витебская А.В. Диагностика инсулинорезистентности у детей и подростков / А.В. Витебская, О.В. Васюкова // Проблемы эндокринологии. — 2016. Т. 52, № 6. - С. 39-41.

11.Вознесенская Т.Г. Причины неэффективности лечения ожирения и способы ее преодоления / Т.Г.

Вознесенская // Проблемы эндокринологии. -2016. Т. 52, № 6. - С. 51-54.

12.Голубев А.Д., Зиньковская Т.М., Завражных Л.А. Обучение больных с ожирением / Голубев А.Д. - Н. Новгород: Витязь, 2016. - 345с.

13.Картелишев А.В. Вопросы ранней диагностики предрасположенности детей к конституционально-экзогенному ожирению / А.В. Картелишев // Педиатрия. 2016. - № 4. - С. 7-11.

14.Качаровская Е.В., Лютикова О.К. Сестринское дело. Учебник для медицинских училищ и колледжей./ Качаровская Е.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 345с.

15.Кириянова В.В. Физиотерапия больных ожирением / В.В. Кириянова // Ожирение (клинические очерки) / Под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобинной. СПб. Изд-во «Диалект», 2017. - С. 153-173.

16.Князев Ю.А. Ожирение у детей / Ю.А. Князев, А.В. Картелишев. М., 2012.-78 с.

17.Куликова Л.В. Клинико-гормональные особенности поликистоза яичников у девочек-подростков с гипоталамическим синдромом / Л.В. Куликова, И.А. Тучкина, И.Б. Бакшеева // Проблемы эндокринологии. 2012. -Т. 38, №4.-С. 54.

18.Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. М.: Наука, 2013.-278 с.

19.Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. СПб.: Нева, М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2012. - 321 с.

20.О подходах к оценке состояния питания у детей / В.В. Юрьев, Н.Н. Воронович, О.Ю. Паршуткина, М.М. Хомич // Педиатрия. — 2014. № 5. — С. 102-105.

21.Одуд Е.А. Метаболический синдром у детей и подростков с ожирением: возможности диагностики, профилактики и лечения / Е.А. Одуд, О.В. Бородина, А.В. Тимофеев // Фарматека. 2013. - № 8. - С. 1-4, репринт.

22.Ожирение и возможности его диетической коррекции у детей / Т.Н. Степанова, Т.Э. Боровик, Н.Н. Семенова, Л.И. Дмитриенко // Медицинский совет. 2017. - №4. - С. 58-65.

23.Ожирение у подростков / Ю.И. Строев, Л.П. Чурилов, Л.А. Чернова, Ю.А. Бельгов. СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2013. - 216 с.

24.Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2016. 456 с.

25.Янушанец О.И. Гигиеническая оценка домашнего питания городских детей школьного возраста / О.И. Янушанец, С.М. Дорофеева // «Питание здорового и больного человека»: тез. IV межрегион, науч.-практ. конф. С-Пб.,2015.-с. 236.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/36211>