

# ОЖИРЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Н.Н. Маклаева, Н.Н. Камынина, докт. мед. наук

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

E-mail: mma.vso.kusd@gmail.com

**Рассмотрены причины возникновения ожирения и меры по борьбе с ним, малоподвижным образом жизни и заболеваниями, напрямую связанными с этими факторами. Социальная значимость проблемы свидетельствует о необходимости борьбы с распространением ожирения, чему способствует обучение пациентов в школе здоровья.**

**Ключевые слова:** ожирение, социальная значимость, риски, распространение.

Ожирение – глобальная проблема здравоохранения. Интерес к ней повсеместно усиливается. Мы часто слышим: «Ожирение – эпидемия XXI века», «Ожирение – глобальная катастрофа»... В газетах, журналах, на многих сайтах представлены средства для похудения, диеты...

Но как часто мы задумываемся о самой проблеме? В далеком прошлом способность накапливать жир была эволюционным преимуществом, позволявшим человеку выживать в периоды вынужденного голодания. Полные женщины служили символом плодородия и здоровья. Они увековечены на полотнах Кустодиева, Рубенса, Рембрандта. Теперь же от гениального изобретения природы – жира, носившего в прошлом защитную функцию, страдают миллионы людей. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 1,7 млрд людей с избыточной массой тела или ожирением. По статистике ВОЗ, с 1980 г. число лиц, страдающих ожирением, удвоилось. В 2012 г. более 40 млн детей в возрасте до 5 лет имели избыточную массу тела или ожирение.

Социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний – сахарного диабета типа 2, артериальной гипертензии, дислипидемии, атеросклероза и связанных с ним болезней, репродуктивной дисфункции, желчно-каменной болезни, остеохондроза. Ожирение снижает устойчивость к простудным и инфекционным заболеваниям, увеличивает риск осложнений при оперативных вмешательствах и травмах.

Лица, страдающие выраженным ожирением, с трудом могут устроиться на работу, испытывают

дискриминационные ограничения при продвижении по службе, повседневные бытовые неудобства, ограничения при передвижении, выборе одежды, неудобства в проведении адекватных гигиенических мероприятий; зачастую у них наблюдаются сексуальные расстройства.

Общество пока окончательно не осознало необходимость создания и реализации программ по профилактике ожирения. Безусловно, такая программа – вещь очень дорогостоящая, но и проблема ожирения тоже стоит больших денег. Следует рассматривать как положительный фактор создание программ профилактики гипертонической болезни, инсулиннезависимого сахарного диабета и ишемической болезни сердца, патогенез которых очень тесно переплетается с патогенезом ожирения. Ожирение нарушает деятельность по крайней мере 9 систем организма.

Между тем современное общество провоцирует развитие ожирения у своих граждан, способствуя потреблению высококалорийной пищи с большим содержанием жиров и стимулируя благодаря техническому прогрессу малоподвижный образ жизни.

Согласно заключению ВОЗ, основной причиной эпидемии ожирения в мире стал недостаток спонтанной и трудовой физической активности населения в сочетании с чрезмерным потреблением жирной высококалорийной пищи. Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни: в среднем на 3–5 лет при небольшом избытке веса и до 15 лет при выраженном ожирении. Практически в 2 случаях из 3 смерть наступает от заболевания, связанного с нарушением жирового обмена и ожирением.

В обществе отношение к больным с ожирением зачастую неадекватное. Считается, что ожирение – это наказание за чревоугодие, лень, поэтому лечение тучности – личное дело каждого. Общественное сознание еще далеко от представления, что полные люди – это больные люди, и причина их заболевания чаще не в безудержном пристрастии к еде, а в сложных метаболических нарушениях, ведущих к избыточному накоплению жира и жировой ткани.

В странах, в которых активно ведется работа по первичной профилактике ожирения и в ходе реабилитационных программ реализуются образовательные технологии для пациентов групп риска (Канада, Великобритания, США, Финляндия), налицо снижение сердечно-сосудистой заболеваемости, час-

тоты инфарктов миокарда, смертности. Основные компоненты реабилитационных программ – обучение здоровому образу жизни, физические тренировки, психологическая поддержка.

Типичный для пациента с экзогенно-конституциональным ожирением анамнез выглядит следующим образом. Пациент убежден, что он ест мало и подчеркивает, что утром он вообще не ест. Чашка кофе с сахаром и бутерброд с сыром и маслом обычно не учитываются как еда. На работе больные начинают перекусывать, обычно это калорийная пища с высоким содержанием жиров. Нередко они жуют и на работе и дома автоматически, не замечая этого, едят при волнении, перед сном и даже ночью.

Поэтому основной стратегической целью лечения избыточной массы тела и ожирения является не только снижение массы тела, т.е. улучшение антропометрических показателей, но и неперемное достижение полноценного контроля метаболических нарушений, предупреждение развития тяжелых заболеваний, часто появляющихся у больных с ожирением, и длительное сохранение достигнутых результатов. Следовательно, успешным может считаться только такое лечение, которое приводит к улучшению здоровья пациента в целом. Необходимо понять, что ожирение – серьезное заболевание, и обязательны меры, направленные на его профилактику и лечение.

Большинство неинфекционных заболеваний являются результатом неправильного поведения (курение, отсутствие физической активности, нездоровое питание, потребление алкоголя), которое приводит к 4 основным метаболическим и физиологическим изменениям: повышенному кровяному давлению, избыточной массе тела/ожирению, повышенным уровням глюкозы в крови и холестерина. Риск развития ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и сахарного диабета типа 2 неуклонно возрастает с увеличением индекса массы тела (ИМТ). Повышенный ИМТ увеличивает риск возникновения новообразований молочной железы, толстой кишки, предстательной железы, эндометрия, почек, желчного пузыря.

В достижении долговременных положительных изменений здоровья населения исключительно важна роль правительства. Необходимо обеспечить население правильной и сбалансированной информацией, чтобы было легко принять решение в пользу здорового образа жизни, способствовать разработке программ укрепления здоровья и санитарного просвещения. Информация должна учитывать уровень грамотности населения, коммуникационные барьеры и местную культуру, быть понятной всем слоям и группам населения. В некоторых странах программы укрепления здоровья строились с учетом рационов питания и физической активности. Некоторые правительства уже взяли на себя юриди-

ческое обязательство обеспечивать положение, при котором фактическая информация позволит населению принимать вполне обоснованные решения по вопросам здоровья.

Медико-санитарные службы, особенно первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), и другие (например, социальные) могут сыграть важную роль в профилактике ожирения. Регулярное изучение основных привычек, связанных с питанием и физической активностью, в сочетании с простым консультированием на протяжении всей жизни может охватить значительную часть населения и оказаться эффективным. Важные компоненты этой работы – выявление конкретных групп населения, подверженных высокому риску ожирения, и определение мер удовлетворения их потребностей, включая возможные фармакологические. Для этого необходимы соответствующие подготовка работников здравоохранения, руководства и, возможно, стимулирование.

Проблема питания и физической активности обсуждалась в докладе ВОЗ/Всемирного экономического форума на совместном мероприятии «Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности».

Для определения приоритетных направлений работы по профилактике ожирения ВОЗ предлагает несколько разных подходов, причем всем им присущи следующие общие этапы:

- выявление проблемы и анализ потребностей;
- определение возможных решений;
- оценка и определение приоритетности возможных решений;
- выработка стратегии.

Приступая к выделению приоритетов, важно понять, что ни одна отдельно взятая мера не в состоянии предупредить ожирение. Детерминанты ожирения сложны и многообразны, поэтому и решения проблемы должны быть многогранными. В зависимости от района, области или страны одни меры или конкретные варианты политики будут более важными, уместными и осуществимыми, чем другие. Поэтому представляется необходимым, чтобы решения в отношении вариантов политики и приоритетных направлений работы принимались на местном уровне. Потенциальные направления работы должны тщательно анализироваться, при этом следует принимать во внимание специфичные для данной местности, области или страны обстоятельства, в частности исторические, политические, культурные, социальные и экономические факторы или ограничения, имеющиеся ресурсы и действующие стратегии и системы. ВОЗ признает, что профилактическая работа и реализация политики часто осуществляются бессистемно, от случая к случаю.

Правительство РФ выразило согласие с положениями глобальной стратегии ВОЗ в области питания,

физической активности и здоровья, признав ее своевременность и актуальность.

В России с 1 января 2006 г. стартовал Национальный проект «Здоровье». В рамках проекта в 2012 г. проведен III Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия». Анализ проектов показал, что большая их часть посвящена в основном борьбе с табакокурением, а не формированию здорового питания и физической активности. В части проектов было уделено внимание борьбе с последствиями ожирения, такими как сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения.

Национальный проект «Здоровье», к сожалению, не предусматривает программу по борьбе с ожирением и малоподвижным образом жизни. Вероятно, это связано с тем, что в нашей стране ожирение рассматривается как сопутствующее заболевание («ожирение и ИБС», «ожирение и гипертоническая болезнь», «ожирение и рак молочной железы», «ожирение и метаболический синдром», «ожирение и диабет» и др.), поэтому отсутствует его точная статистика. Между тем давно назрела необходимость считать его самостоятельным заболеванием, являющимся первопричиной многих видов патологии. Ни одно заболевание не подвергается самолечению в таких масштабах, как ожирение. Для многих лишний вес – это всего лишь то, что портит фигуру. Стараясь сбросить лишний вес, люди «сидят» на диетах и через некоторое время снова набирают лишние килограммы.

Стремительно возрастающая распространенность ожирения в России требует незамедлительных действий, эффективной стратегии и новаторских решений, адаптации имеющегося в других странах опыта к условиям нашей страны. Распространенность избыточной массы тела у людей обоих полов в возрасте от 20 лет, по данным ВОЗ за 2008 г., составила в РФ 57,8 %.

Минздравсоцразвития РФ во исполнение п. 21 Поручения Председателя Правительства РФ В.В. Путина № ВП-П12-1763 от 27.03.12 с целью организации эффективной профилактики заболеваемости и смертности, связанных с избыточной массой тела, разработало Методические рекомендации «Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела», в которых предлагаются меры по организации медицинской помощи лицам с избыточной массой тела и ожирением.

Здоровье нации является высшей общественной ценностью, основой национального богатства и безопасности. Однако россияне не склонны заботиться о своем здоровье, думать о нем как о собственном ресурсе и капитале, хотя такой подход может значительно повлиять на динамику смертности и заболеваемости в нашей стране. Поэтому перед профилактической медициной и перед всем обществом стоит непростая задача: создать такие условия, при которых

человеку будет выгодно соблюдать здоровый образ жизни и сохранять здоровье на долгие годы.

Создание в системе первичного звена здравоохранения так называемых школ здоровья способствует решению данной проблемы. Школа здоровья – особая форма работы с пациентами. Учебные программы для школ здоровья основаны на активном обучении пациентов и укреплении их способностей к планированию и разработке своего непрерывного обучения, на сотрудничестве пациентов друг с другом и партнерстве медицинского работника и пациента в области управления здоровьем. Подготовка по таким программам должна стать частью последовательного обучения работников здравоохранения и может быть включена в их базовое медицинское образование. Обучение в школе должно повысить уровень знаний и практических навыков пациентов в области управления рисками, способствовать улучшению качества жизни, сохранению и восстановлению трудоспособности. Роль пациента в лечении хронического заболевания не может ограничиваться пассивным выполнением врачебных назначений. Он должен быть активным, ответственным участником терапевтического процесса, и помочь ему в этом может медицинский работник, в полной мере владеющий медицинскими знаниями, навыками организатора, психолога и педагога.

Занятия в школах здоровья предполагают повышение грамотности населения по вопросам здорового образа жизни, улучшения показателей здоровья и качества жизни. Преподавать в школах должны медсестры с высшим образованием, прошедшие специальную подготовку, что будет способствовать повышению их профессионального и организационно-правового статуса. Данному виду деятельности надо присвоить код медицинской услуги, а отчетная документация будет являться основанием для адресного финансирования.

В настоящее время роль сестринского персонала заключается, кроме прочего, в формировании медицинской активности населения по таким важным направлениям, как здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, отравлений, несчастных случаев, половое воспитание, планирование семьи и др. Поэтому медсестры должны иметь представление о методах проведения профилактической работы с населением, способах и приемах популяризации здорового образа жизни, а также профессионально вести сестринскую работу в лечебных учреждениях, школах, семьях и т.д.

Медсестры, имеющие высшее образование по специальности «Сестринское дело» (квалификация «Менеджер»), и медсестры-бакалавры подготовлены к решению этих задач.

Таким образом, проблема ожирения актуальна в современном обществе. Его профилактика – одно из

основополагающих направлений оздоровления населения. Основная причина высокой смертности тучных людей – не само ожирение, а тяжелые сопутствующие заболевания. В системе первичного звена здравоохранения необходимо создание школ коррекции питания. Именно на медсестру ложится ответственность за обучение пациентов и их мотивацию к борьбе с ожирением.

#### Рекомендуемая литература

Глобальная стратегия в области режима питания, физической активности и здоровья ВОЗ от 22.05.2004 г. // [http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Global\\_strategy\\_voz\\_diet.pdf](http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Global_strategy_voz_diet.pdf).

Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью. Руководство для стран по мониторингу и оценке... // <http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators/ru/>.

Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии «Профилактика неинфекционных заболеваний на рабочих местах». – 2008 г. – С. 47 // <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-Russian.pdf>.

Информационный бюллетень ВОЗ «Ожирение и избыточный вес». – 2014; 311 // <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>.

Ершова Е.В. и др. Морбидное ожирение – возможности консервативной терапии // Ожирение и метаболизм. – 2010; 4: 40–43.

Еганян Р.А., Калинина А.М. Школа здоровья «Избыточная масса тела». – М.: Геотар-Медиа, 2013. – С. 186.

Кудфарева Ю. Ф. Школы здоровья: роль сестринского персонала в проведении группового консультирования // Главная медицинская сестра. – 2010; 9: 146–153.

Методические рекомендации «Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела». Письмо Министерства здравоохранения и социального развития от 5 мая 2012 г. №14-3/10/1-2816

Родионова Т.И., Тепаева А.И. Ожирение – глобальная проблема современного общества // Медицинские науки, фундаментальные исследования. 2012; 12: 132.

#### OBSESITY AS A SOCIAL PROBLEM

N.N. Maklaeva, N.N. Kaminina, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University  
Moscow, Russia

**The reasons for the occurrence of obesity and measures to combat it, sedentary lifestyle and diseases directly related to these factors. Social significance of the problem indicates the necessity of combating the spread of obesity.**

*Key words: obesity, social significance, risks, spread.*

## ИНФОРМАЦИЯ

### ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

В основе паллиативной помощи детям лежат те же принципы, что и взрослым, но со своей спецификой. Всемирная организация здравоохранения дает определение паллиативной помощи детям: «Паллиативная помощь — это активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи. Она начинается с момента установления диагноза и продолжается в течение всего заболевания, в том числе на фоне проводимого радикального лечения. Специалисты, оказывающие помощь, должны провести оценку и облегчить физические, психологические страдания ребенка и предоставить его семье социальную поддержку. Для обеспечения эффективности паллиативной помощи необходима реализация широкого мультидисциплинарного подхода, при этом в оказании помощи принимают участие члены семьи ребенка и используются общественные ресурсы; помощь может осуществляться успешно даже при ограниченных ресурсах. Она может быть организована в учреждениях третичной медицинской помощи, в общественных центрах здоровья и даже в детских домах».

Паллиативная помощь детям — это не только медицинская помощь и уход за детьми в терминальной стадии онкологических заболеваний. Речь идет о детях-подростках с различными нозологическими формами заболеваний – состояний, угрожающих жизни (рак, травмы головного мозга), а также заболеваниями, как правило, приводящими к преждевременной смерти ребенка, его тяжелой инвалидизации, при которых необходимо оказание квалифицированной медицинской, психосоциальной помощи как ребенку, так и духовной поддержки членам его семьи. Заболеваемость детей злокачественными новообразованиями значительно ниже, зато дети в раннем возрасте страдают тяжелыми аномалиями и пороками развития, генетическими заболеваниями, рядом хронических прогрессирующих болезней, среди которых муковисцидоз, миодистрофии и др. Время для начала оказания паллиативной помощи порой сложно определить. На самом деле это совершенно индивидуально: одному ребенку паллиативная помощь может понадобиться с самого младенчества, в то время как другому ребенку с таким же состоянием она не понадобится в течение многих лет. Варианты соотношения объемов паллиативной помощи и радикального лечения, направленного на продление жизни, на различных этапах развития заболевания неодинаковы. Паллиативная помощь может потребоваться сразу после

постановки диагноза, но ее объем на протяжении всего периода болезни меняется в зависимости от ситуации. Надо различать «состояния, приводящие к преждевременной смерти» и «угрожающие жизни состояния». Состояния, приводящие к преждевременной смерти, — состояния, при которых нет обоснованной надежды на излечение. Угрожающие жизни состояния – состояния, при которых существует высокий риск летального исхода, а радикальное лечение часто не дает результата.

Люди, приходящие работать в отделение паллиативной помощи и хосписы для детей должны быть подготовлены к деятельности «между жизнью и смертью» – знать, как правильно купировать симптомы, как разговаривать с родителями и родственниками, как определиться со своими эмоциями и своим миропониманием. Хоспис — это не просто оборудованное отделение, уютные палаты, это люди и специфическая организация и медицинской, и психосоциальной помощи. Опыт организации отделений паллиативной помощи и хосписов ужеработан, надо открыть ум и сердце для того, чтобы им воспользоваться.

В России развитие паллиативной помощи детям началось в 1993 г., когда в Москве детский онколог, профессор Е.И. Моисеенко организовал «Хоспис на дому для детей с онкологическими заболеваниями». Позднее на этой основе возникла автономная некоммерческая организация «Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями», который работает в сотрудничестве с Институтом детской онкологии Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН.

В Санкт-Петербурге в 2003 г. появилось негосударственное медицинское учреждение «Детский хоспис» под руководством протоиерея Александра Ткаченко для оказания социально-психологической и специализированной медицинской помощи детям на дому. В 2010 г. в Санкт-Петербурге открылся первый детский российский хоспис-стационар. В нем 18 стационарных коек, 20 коек дневного пребывания, выездная бригада. В том же году открылось и детское отделение паллиативной помощи при Научно-практическом центре медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы в Москве (ранее функционировала только выездная служба). В настоящее время стационарные хосписы для детей существуют в Ижевске — на 10 коек, и в Волгограде — на 20 коек.