

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра госпітальної терапії

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для самопідготовки до клінічного практичного заняття
з внутрішніх хвороб
для студентів V курсу медичного факультету

Тема: Ожиріння та його наслідки

Автори: професор Кишко М.М.
професор Бичко М.В.
доцент Кишко К.М.

Ужгород
Видавництво УжНУ «Говерла»
2022

Методичні рекомендації для самопідготовки до клінічного практичного заняття з внутрішніх хвороб для студентів V курсу медичного факультету. Тема: Ожиріння та його наслідки. Ужгород: Видавництво УжНУ “Говерла”, 2022. – 28 с. Видання 4-е.

Автори: професор Кишко М.М. – доктор медичних наук, професор кафедри госпітальної терапії медичного факультету УжНУ

професор Бичко М.В. – доктор медичних наук, професор кафедри госпітальної терапії медичного факультету УжНУ

доцент Кишко К.М. – кандидат біологічних наук, доцент кафедри генетики, фізіології рослин і мікробіології УжНУ

Рецензент:

професор Архій Є.Й. – зав. каф. пропедевтики внутрішніх хвороб та валеології.

*Затверджено на засіданні кафедри госпітальної терапії
28 серпня 2014 року, протокол № 1; на засіданні методичної комісії
медичного факультету 2 вересня 2014 року, протокол №1
та на засіданні Вченої Ради медичного факультету УжНУ
8 вересня 2014 року, протокол №2*

Тема: Ожиріння та його наслідки

Мета заняття: оволодіти визначенням, розповсюдженістю, етіологією, патогенезом, клінічними проявами, діагностикою, диференціальною діагностикою, лікуванням, прогнозом, профілактикою, працездатністю хворих на ожиріння.

Студент повинен знати:

нормальну масу тіла у осіб конкретного віку та методику її визначення.

Студент повинен вміти:

провести клінічне обстеження хворого з ожирінням;
призначити необхідний об'єм лабораторно-інструментального обстеження хворого з ожирінням;
· оцінити ступінь розвитку підшкірно жирової клітковини.

Конкретні запитання до теми заняття:

Визначення поняття "ожиріння".

Розповсюдженість ожиріння серед населення світу та України.

Етіологія та патогенез ожиріння.

Класифікація ожиріння.

Види ожиріння та методика визначення маси тіла.

Патологоанатомічні зміни при ожирінні.

Клініка аліментарного ожиріння.

Клініка ендокринного ожиріння.

Клініка церебрального ожиріння.

Діагностика ожиріння

Диференціальна діагностика ожиріння..

Лікування ожиріння в залежності від етіопатогенезу.

Прогноз, працездатність, профілактика ожиріння.

Наслідки ожиріння.

Ожиріння – хронічне захворювання, яке характеризується надмірним накопиченням жиру в організмі.

У XXI столітті проблема надлишкової маси тіла та ожиріння стає все актуальнішою. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) до 2025 року половина населення планети матиме ожиріння. В Україні надлишкову масу тіла мають 39%, а ожирінні I – III ступеня – 31%. Проблема ожиріння набуває останній період значної актуальності, що пояснюється збільшенням частоти цього захворювання у зв'язку із збільшенням тривалості життя людей, надлишковим харчуванням, зменшенням фізичної активності.

Хвороба розвивається у осіб 40-50 років, коли відмічаються вікові зміни обмінних процесів. Ожиріння часто поєднується з раннім атеросклерозом, артеріальною гіпертензією, інфарктом міокарда, ішемічним інсультом, цукровим діабетом 2-го типу, жовчнокам'яною хворобою, онкологічними захворю-

ваннями, патологією опорно-рухового апарата, є причиною порушення репродуктивної функції як у жінок, так і чоловіків. У осіб із надмірною масою тіла і ожирінням дані захворювання розвиваються частіше і протікають важче, приводять до зниження якості життя, інвалідності і ранньої смертності.

Етіологія. Найбільш частою причиною ожиріння є надлишкове харчування в поєднанні з малорухомим способом життя. Етіологічними факторами ожиріння є: склад і характер харчування, зниження фізичної активності, шкідливі аліментарні звички, перевищення енергетичної цінності їжі над величиною енергозатрат, нерегулярний прийом їжі, зловживання спиртними напоями, малорухливий спосіб життя, аліментарний дисбаланс на фоні значного зниження рухливого режиму. Ожиріння виникає в результаті поєднання ряду несприятливих факторів: певних сімейно-побутових умов, переїдання, малорухливого способу життя, спадкової схильності, припинення занять спортом.

Велике значення має ураження головного мозку (травма, інфекція), генетичний фактор, хвороби ендокринних залоз, в першу чергу гіпофіза. Жінки хворіють ожирінням в 2 рази частіше, ніж чоловіки. Сприятливим фактором у жінок є вагітність, роди, лактація, клімактеричний період.

По даним ВООЗ, в 70 – 90% випадків причиною ожиріння є переїдання.

Класифікація. В залежності від маси тіла розрізняють ожиріння I ступеня (збільшення маси в порівнянні з «ідеальною» на 10 – 29%), II ступеня (надлишкова маса тіла становить 30 – 49%), III ступеня (надлишкова маса тіла становить 50 – 99 %), і IV ступеня (надлишкова маса тіла становить 100% і більше).

Ожиріння буває первинним і вторинним.

Первинне ожиріння.

1. Аліментарне.
2. Генетичні синдроми, поєднані з ожирінням:
 - а) гіперостоз лобної кістки або синдром Стюарта – Мореля – Моргані,
 - б) синдром Праделя – Віллі,
 - в) синдром Лоренса – Муна – Бідля,
 - г) синдром Олбрайт (псевдогіпопаратиреоз) і псевдопсевдогіпопаратиреоз.

Вторинне ожиріння

1. Гіпоталамо – гіпофізарне ожиріння:
 - а) пухлини гіпоталамо – гіпофізарної області,
 - б) порушення гіпоталамо – гіпофізарної системи, як результат запалення,
 - в) травма основи черепа і наслідки хірургічних операцій,
 - г) синдром порожнього турецького сідла.
2. Ендокринне ожиріння:
 - а) гіпотиреоз,
 - б) синдром Іщенко – Кушінга,
 - в) синдром гіперінсулінемії,
 - г) гіпогонадізм.

3. Центральне ожиріння:

- а) травми черепа,
- б) запальні захворювання (енцефаліт і інші),
- в) підвищення внутрішньочерепного тиску.

Стадії ожиріння: а) прогресуюча, б) стабільна.

Види ожиріння:

- 1) аліментарне (рівномірне, екзогенне) – зустрічається у 90 – 95%;
- 2) ендокринне – у 3 – 5%;
- 3) церебральне – у 1 – 2%.

В залежності від характеру розподілу жиру в тілі розрізняють:

- 1) абдомінальне ожиріння;
- 2) глітеофеморальне ожиріння;

Для розподілу ожиріння на вказані типи визначають *індекс талія/стегно* (ІТС). ІТС – відношення мінімальної окружності талії (вимірюють нижче грудної клітини над пупком) до найбільшої окружності стегон (вимірюють на рівні сідниць). Якщо ІТС більше 0,85 у жінок і більше 0,95 у чоловіків, то це – абдомінальне ожиріння.

Для уточнення індивідуальної маси тіла використовують наступні формули:

Формулу П.Брока: $M = P - 100$, де M – нормальна маса тілі, а P – ріст в сантиметрах. Було встановлено, що ця формула підходить для чоловіків ростом не вище 165 см. Брукш модифікував формулу Брока і запропонував при рості 165-175 см віднімати від росту 105, а при рості 175 і вище – 110.

Індекс Брока дає можливість зробити висновок про ступінь ожиріння, яка визначається за формулою: $\text{вага тіла (кг)} \cdot 100\% : \text{зріст (см)} - 100$. При індексі 90% - 110% - вгодованість задовільна; при індексі вище 110% - надмірна; I ступінь ожиріння при індексі 111 – 125%; II – при індексі 126 – 150%; III – при індексі 151 – 200% і IV – при індексі більше 200%.

Індекс Кете для визначення стану вгодованості (індекс ваги тіла – ІВТ): $\text{ІВТ} = \text{вага тіла (кг)} : [\text{зріст (м)}]^2$. Індекс Кете в межах 20 – 25% - задовільна вгодованість, більше 25% - ожирінні, менше 20% - схуднення.

Індекс Бушара визначає пропорційність зросту і маси тіла (ІБ): $\text{ІБ} = M \cdot 100 : P$, де P – зріст. Норма ІБ 37 – 40.

Індекс пропорційності між зростом і окружністю грудної клітки (О) – індекс Бругша (ІБр): $\text{ІБр} = O \cdot 100 : P$. Нормальна величина індексу Бругша 50 – 55. Звідси й індекс Піньє: $P - (O + M) = 20$.

Формула Лоренцо. По ній: для чоловіків: $MT = [P-100-(P-150)]:4$; для жінок: $MT = [P-100-(P-150)]:2$; P – ріст.

Визначити свою нормальну масу тіла можна по формулі ще двох авторів. По Брейтману вона дорівнює $\text{зросту (см)} \cdot 0,7 - 50$, по Бернгардту – $\text{ріст (см)} \cdot \text{окружність грудної клітки (см)} : 240$.

Патогенез. Розрізняють аліментарне (екзогенне) ожиріння, зв'язане в основному з надлишковим харчуванням і ендокринне, обумовлене ураженням головного мозку і ендокринних залоз (нейроендокринне). Причиною церебра-

льного ожиріння являється ураження центрів гіпоталамуса, регулюючих жировий і вуглеводний обмін (вентромедіальні і вентролатеральні ядра) і центрів, які являються регуляторами апетиту і насичуваності. Експериментально встановлено, що руйнування вентромедіальних ядер веде до поліфагії, підвищенню апетиту з послідуєчим розвитком ожиріння, вентролатеральних – анорексії зниження апетиту, втрати маси тіла.

Особливі форми представляють сегментарне ожиріння (хвороба Барреке-ра-Сімонса) і ліпоматоз (хвороба Деркума, хвороба Маделунга). Існують також змішані форми ожиріння.

При аліментарному (екзогенному) ожирінні розвивається компенсаторний гіперінсулінізм, посилюючий перехід вуглеводів їжі у жири. У міру розвитку аліментарного (екзогенного) ожиріння вторинно порушується регуляція центрів гіпоталамічної ділянки.

Причиною генетичного ожиріння являється спадкова ферментопатія із зміною активності тканинних ферментів і порушенням метаболічних процесів.

При всіх формах ожиріння порушується співвідношення між жировим і вуглеводним обміном у вигляді посиленого переходу вуглеводів у жири, зниження активності ліполітичних ферментів, ліпосинтезу і гальмування ліполізу. Глюкоза у жировій тканині метаболізується по гліколітичному циклу: забезпечує синтез тригліцеридів із вищих жирних кислот і гальмує їхню метаболізацію із жирової тканини. Зовнішнім проявом цього порушення є пониження толерантності до екзогенних ліпідів. У відповідь на жирове навантаження при ожирінні гіперліпідемічна реакція підвищена і час її збільшений.

Особливий інтерес представляє гіперінсулінізм, який спостерігається на початкових стадіях ожиріння, з послідуєчим переходом в гіпоінсулінемію у зв'язку із виснаженням інсулярного апарату. Звідси зниження толерантності до вуглеводів, яке спостерігається у 60 – 70% хворих і частий розвиток діабету. Цей факт дозволяє розцінювати ожиріння як своєрідний предіабет.

Підвищення рівня тригліцеридів пов'язане з підвищеним ризиком атеросклерозу, особливо в поєднанні з низьким рівнем ЛПВЩ, гіперінсулінемією, артеріальною гіпертензією і абдомінальним типом ожиріння.

Схуднути настійно рекомендують хворим з ожирінням (ІМТ понад 30 кг/м²), з надлишковою масою тіла (ІМТ понад 25 і менше ніж 30 кг/м²), а також особам з надлишком абдомінального жиру (обвід талії понад 102 см у чоловіків і понад 88 см у жінок).

Патологічна анатомія. Первинне ожиріння характеризується надлишковим відкладенням жиру в підшкірно жировій клітковині, епікарді, брижевій стінці тонкого кишківника, заочеревинному просторі. При ожирінні може спостерігатися жирова інфільтрація печінки. У хворих з ожирінням, частіше ніж у осіб з нормальною масою тіла, спостерігається атеросклероз, артеріальна гіпертензія, інфаркт міокарда, запальні процеси у жовчному міхурі, жовчних протоках, підшлунковій залозі і інших внутрішніх органах.

Таблиця 1

Класифікація надмірної маси тіла (ІМТ) та розподіл жирової тканини

Класифікація	ІМТ, кг/м ²	Ризик розвитку остеоартрозу	
		Окружність талії	
		<103 см (чол.) <88 см (жін)	>102 см (чол.) >88 см (жін)
Знижена маса тіла	<18,4	Низький	Підвищений
Норма	18,5-24,9	Низький	Підвищений
Надмірна маса тала	25,0-29,9	Підвищений	Високий
Ожиріння (I ступінь)	30,0-34,9	Високий	Дуже високий
Ожиріння (II ступінь)	35,0-39,9	Дуже високий	Дуже високий
Ожиріння (III ступінь)	>40,0	Надвисокий	Надвисокий

Таблиця 2

Класифікація ожиріння по ІМТ

Характеристика маси тіла	Значення ІМТ у віці	
	18 – 25 років	26 – 45 років
Нормальна	19,5 – 22,9	20,0 – 25,9
Надлишкова	23,0 – 27,4	26,0 – 27,9
Ожиріння I ступеня	27,5 – 29,9	28,0 – 30,9
Ожиріння II ступеня	30,0 – 34,9	31,0 – 35,9
Ожиріння III ступеня	35,0 – 39,9	36,0 – 40,9
Ожиріння IV ступеня	40 і вище	41 і вище

Клініка. На початку захворювання, при первинному ожирінні, самопочуття хворого залишається нормальним. При прогресуванні хвороби проявляються скарги на підвищений апетит, втомлюваність, слабкість, апатію, задишку, сонливість, полідипсію. Багато скарг виникає із захворюваннями, які поєднуються з ожирінням (атеросклероз, ІХС, хронічний холецистит, остеохондроз, остеоартроз і інші). В деяких випадках спостерігається передчасне угасання статевої функції (зниження потенції у чоловіків, порушення менструальної функції у жінок і т.д.).

Спостерігається сухість або пітливість шкіри, інколи гіперкератоз, грибкові і запальні захворювання шкіри, порушення трофіки, опрілість. Надмірне відкладення жирової клітковини на ранніх стадіях ожиріння спостерігається на тулубі, плечах, череві, стегнах, обличчі. При прогресуванні – на передпліччях і гомілкях. При значному ожирінні шкірні складки в області живота, спини мають форму висячих ділянок шкіри з підшкірною клітковиною значної товщини. У результаті значного відкладення жиру в черевній стінці і порожнині живота виникає високе стояння діафрагми, яке супроводжується за-

духою, обумовленою обмеженням екскурсії легень. При цьому можливий розвиток синдрому Піквіка.

Клініка піквіковського синдрому складається із значного ожиріння і наявності легеневого серця із ознаками правошлуночкової недостатності, при відсутності легеневої патології. Характерними ознаками є сонливість, підвищений апетит, виражений ціаноз, еритроцитоз, високий рівень гемоглобіну, респіраторна задишка із зниженням життєвої і максимальної ємкості легень і інші показники недостатності дихання.

У зв'язку із періодичним посиленням потовиділенням, гіперфункцією сальних залоз і зниженою резистентністю шкіри у тучних людей часто спостерігається мацерація у складках шкіри, фурункульоз, розчухи.

Нерідко при ожирінні спостерігаються невралгії, міальгії, відносно рано розвиваються захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, черевної порожнини і інших органів і систем.

В окремих випадках при ожирінні, можливо з малорухомим способом життя, спостерігається закріп і метеоризм, які посилюють задуху.

Виражені зміни спостерігаються зі сторони серцево-судинної системи. Найбільш раннім і розповсюдженим ураженням серця являється дистрофія міокарда, pojawiaються ознаки ураження коронарних судин, судин мозку і нижніх кінцівок. Часто ці ознаки поєднуються з артеріальною гіпертензією, варикозним розширенням вен, тромбофлебітом.

Порушення функції органів дихання характеризуються дихальною недостатністю. Причиною її може бути зменшення дихальної ємкості легень в результаті високого стояння діафрагми і зменшення її рухомості, із-за надмірного відкладення жиру. Хворі ожирінням часто страдають гострими респіраторними захворюваннями із-за зниження механізмів імунологічного захисту. У них частіше виникають пневмонії, хронічні бронхіти, пневмосклероз.

Ураження органів травлення характеризуються порушенням секреторної функції шлунка, яка супроводжується і морфологічними змінами слизової оболонки шлунка.

Жирова інфільтрація печінки спостерігається порівняно часто, інколи супроводжується патологічними печінковими пробами. Однак частіше виявляються хронічний холецистит і холангіт, причиною яких є порушення холестеринового і пуринового обміну, а також порушення функції жовчного міхура. Частіше ніж у осіб з нормальною масою тіла виявляються ознаки ураження підшлункової залози.

Ніктурія виявляється приблизно у 2/3 хворих на ожиріння, причому у половини із них вона супроводжується зміною відносної густини сечі. Прояви захворювань нирок пов'язані з порушеннями жирового обміну і великою частотою запальних процесів в нирках і сечовивідних шляхах.

Зміни зі сторони опорно-рухового апарату у хворих ожирінням характеризуються артрозами, пов'язаними із збільшенням навантаження на суглоби і порушеннями обміну речовин. В більшості випадків уражаються декілька суглобів (поліартрит). Часто уражаються дрібні суглоби кистей рук (остеоартроз), плісне фалангові і міжфалангові суглоби стоп, що зобумовлено не тіль-

ки порушенням обмінних процесів, але і підвищеною масою тіла. Спостерігаються і зміни зі сторони великих суглобів у яких рентгенологічно виявляють поверхневі напівкруглі дефекти в епіфізах кісток, деформацію суглобів і відкладення у них вапна. Часто у хворих ожирінням виникають підвивихи і вивихи, що зобумовлено неадекватністю навантаження на зв'язки суглобів. Спондилоартроз – звичайне явище у хворих ожирінням. Чим вища маса тіла, тим більш виражені зміни зі сторони суглобів.

Порушення водно-сольового обміну клінічно проявляється пастозністю, набряками. Вважають, що затримка рідини обумовлена гіперінсулінемією.

Первинне ожиріння впливає на функцію залоз внутрішньої секреції, що найбільш ярко проявляється гіперінсулінемією, гіперкортицизмом, зниженням секреції соматотропного гормону, у жінок гіперфункцією яєчників з порушеннями менструального циклу.

Всі вказані вище зміни носять зворотний характер і при ефективному лікуванні можуть повністю зникати.

Прояви вторинного ожиріння спостерігаються при тому чи іншому захворюванні. Серед ендокринних форм вторинного ожиріння виділяють гіпофізарну, надниркову, гіпотиреоїдну, гіпооваріальну і клімактеричну.

Гіпофізарне ожиріння (хвороба Іценко-Кушінга) характеризується швидко прогресуючою надбавкою маси тіла з типовим перерозподілом підшкірної клітковини (надмірним відкладенням на обличчі і тулубі при худих кінцівках). Шкіра тонка, з виразними трофічними змінами (червоні і білі смуги розтягнення на животі, стегнах, в під пахвинній ділянці, інколи на спині і сідницях; фолікули, різка сухість). Характерним є матронізм (кругле червоне обличчя на фоні загального ожиріння). Інколи вогнищева або тотальна алопеція, стійка артеріальна гіпертензія (діастолічна), аменорея, виразне зниження потенції, лібідо, порушення функції інших залоз внутрішньої секреції. Екскреція з сечею 17-оксикортикостероїдів різко підвищена, вміст кортизолу в крові вище норми в 2-3 рази.

Надниркове ожиріння характеризується наявністю пухлини кори наднирника (андростерома, кортикостерома) або АКТГ-продукуючої пухлини різної локалізації. По клінічному перебігу наднирникове ожиріння нагадує гіпофізарне, однак кількість гормонів кори наднирників в крові і їх екскреція з сечею значно вища. Типовим є гіпертрихоз, виражені зміни функції статевих залоз.

Гіпотиреоїдна форма вторинного ожиріння пов'язана з пониженням ліполітичної активності жирової тканини і ослабленням всіх обмінних процесів в результаті недостатності тиреоїдних гормонів, що спостерігається при ідіопатичному гіпотиреозі або після струмектомії, при променевому або травматичному ураженні щитовидної залози. Клінічні прояви гіпотиреозу поєднуються з ожирінням, яке характеризується рівномірним надлишковим відкладенням жирової тканини.

Гіпооваріальне ожиріння розвивається у 30 – 60% жінок після видалення яєчників. У клінічній картині найбільш вираженим являється посткастрацій-

ний синдром і типовий розподіл підшкірної клітковини (живіт, стегна, інколи грудна залоза).

Клімактеричне ожиріння поєднується з вегетативно-судинними і нервово психічними розладами.

Церебральна форма вторинного ожиріння характеризується швидким прогресуванням, надлишковим відкладенням жирової клітковини на тулубі і кінцівках. Своєрідною формою церебрального ожиріння являється хвороба Барракера-Сімонса, яка характеризується надлишковим відкладенням жирової клітковини на стегнах і гомілкях у вигляді галіфе при різко вираженій худобі верхньої половини туловища і обличчя.

Змішаний тип ожиріння характеризується відносно рівномірним розподілом жирової тканини. Трофічні розлади аналогічні тим, які мають місце при інших формах ожиріння. Підлітки виглядають старшими за свої роки, що пояснюється швидким ростом і формуванням скелету, швидким статевим дозріванням.

Діагноз ожиріння не представляє особливих труднощів. Основним показником при обстеженні є маса тіла. При діагностиці ожиріння користуються таблицями нормальної маси тіла (див. класифікація). Ожиріння діагностується при перебільшенні нормальної маси тіла більш ніж на 15%. Для визначення нормальної маси основним показником є співвідношення росту і маси тіла (див. ст. 5 і 6). У людини в нормі жирова маса складає в середньому 15%, при ожирінні вона збільшується і може досягати 50% і більше. Доцільно користуватися слідуючою схемою встановлення діагнозу ожиріння. Перш за все на підставі анамнезу, огляду, консультації ендокринолога і невропатолога, і проведення додаткових гормональних, рентгенологічних і функціональних обстежень слід виключити або встановити вторинні форми ожиріння (ендокринні і церебральні) і його ступінь. Потім виявляють супутні захворювання і ускладнення ожиріння. Така схема дозволяє лікарю призначити адекватне лікування. З метою діагностики, в основі якої лежать перш за все клінічні прояви ожиріння, здійснюються лабораторні аналізи крові і сечі, проба на толерантність до глюкози, визначення кількості жирів в крові і фракцій ліпопротеїдів, збільшення яких залежить від наростання ступеня ожиріння. При цьому відмічається порівняно низький рівень фосфоліпідів. Інколи проводять визначення типів гіперліпідемій за D.Fredrickson (1970). При первинному ожирінні найбільш часто виявляються II – V типи.

Диференціальний діагноз. Часто виникає необхідність проведення диференціальної діагностики між аліментарним (екзогенним) ожирінням і ожирінням, яке являється наслідком інших захворювань.

На відміну від с и н д р о м у (х в о р о б и) І щ е н к о – К у ш і н г а, при аліментарному ожирінні нема підвищення катаболізму білків і зв'язаних з ним атрофічних процесів в шкірі, скелетній мускулатурі і остеопорозу. У хворих з ожирінням, не зв'язаним із синдромом (хворобою) Іщенко – Кушінга, відсутня загальна слабкість і значна втомлюваність – найбільш розповсюджених проявів цього синдрому. У хворих ожирінням без синдрому Іщенко – Кушінга, навіть при наявності незначного підвищення екскреції із сечею 17-

ОКС, являються нормальними результати проби із дексаметазоном (хворому, ранком визначається рівень кортизолу крові, а о 23 чи 24 годині того ж дня дається 1 мг дексаметазону. Ранком слідуючого дня натще береться кров для визначення у ній кортизолу. У осіб без синдрому Іщенко – Кушінга ця доза дексаметазону викликає пониження рівня кортизолу на 50% і більше. У осіб із синдромом Іщенко – Кушінга ця доза дексаметазону не викликає пониження кортизолу крові).

Диференціальна діагностика ожиріння у осіб юнацького віку із множинними розовими стріями в області плечей, грудних залоз, області тазу, стегон і синдрому Іщенко – Кушінга, не представляє особливих труднощів, так як при ожирінні немає ознак підвищеного катаболізму білків, так як вони обов'язково наявні при синдромі Іщенко – Кушінга. Стрії при юнацькій формі ожиріння не супроводжуються атрофічними процесами, мають розове забарвлення і швидко проходять із розвитком на їх місці білих тонких полос в результаті рубцьових змін. Проба зі зниженням екскреції із сечею 17-ОКС і зниженням рівня у крові кортизолу і 17-ОКС при назначенні дексаметазону у хворих ожирінням із розовими стріями має нормальний тип, на відміну від результатів цієї проби у хворих із синдромом Іщенко – Кушінга.

При адіпозо – генітальній дистрофії, яка діагностується уже в дитячому або юнацькому віці, має місце надлишкове відкладення жиру, нерідко рівномірне на передпліччях, гомілках, тильній стороні кистей і стоп. При цьому синдромі виявляється недорозвиток статевих залоз, часто із двохстороннім крипторхізмом. Неопущення яєчок може бути постійним або транзиторним, при якому яєчка то знаходяться у калитці (мошонці), то піднімаються у паховий канал. Порушення розвитку статевих залоз при адіпозо – генітальній дистрофії являється важливою диференціально – діагностичною ознакою при диференціації цієї форми патології від аліментарного ожиріння. При аліментарному ожирінні і при адіпозо – генітальній дистрофії є деяка спільність патогенезу – ураження гіпоталамуса із залученням центрів, регулюючих апетит. Однак при адіпозо – генітальній дистрофії процес захоплює також і ті відділи гіпоталамуса, які забезпечують продукцію гонадотропінів і нормальний розвиток статевих залоз.

Диференціальний діагноз аліментарного ожиріння із ожирінням, яке розвивається при запальних змінах в області гіпоталамуса, представляє великі труднощі, особливо, якщо немає ознак запальних змін, які розповсюджені і на інші відділи головного мозку. Зміни в області гіпоталамуса, зобумовлені запальним процесом, крім ожиріння, викликають порушення гонадотропної функції гіпофіза і функції статевих залоз. Запальні зміни в області гіпоталамуса можуть бути часткою більш розповсюдженого ураження головного мозку – енцефаліту з властивою для нього симптоматикою.

При диференціальній діагностиці аліментарного ожиріння і ожиріння, яке розвинулось у результаті хромософної аденімії гіпофіза і краніофарингоми, велике значення має порушення окремих функцій гіпофізу із зниженням гонадотропної, адренотропної і тиреотропної активності гіпофіза, а також функцій відповідних ендокринних залоз. Ная-

вність симптомів порушення функції гіпофіза і периферійних ендокринних залоз, дані рентгенографії турецького сідла допомагають поставити правильний діагноз.

Г і п о т и р е о з також може привести до розвитку надлишкових жирових відкладень, однако ожиріння при ньому не досягає значного ступеня. Крім клінічних проявів гіпотиреозу, діагноз якого часто виставляється з великим запізненням, навіть при виразних клінічних проявах захворювання, мають значення результати лабораторних методів дослідження функціонального стану щитовидної залози.

При п р о г р е с у ю ч і й л і п о д и с т р о ф і ї (хворобі Барркер – Сіменса) розвивається ожиріння нижньої половини тіла, нижче поясу, при похудінні верхньої половини тулуба і особливо лиця. При лікуванні цієї форми ожиріння субкалорійною дієтою вага знижується, але надлишкові жири відхилення ліпоматозно зміненої нижньої половини тіла залишається.

Диференціальна діагностика аліментарного ожиріння із відкладенням надлишкового жиру у вигляді л і п о м не представляє особливих затруднень. Ліпоми представляють собою доброякісні пухлини, нерідко багаточисельні, які складаються із жирової тканини. Надлишкового відкладення жирової тканини поза ліпом не спостерігається. Використання субкалорійної дієти не викликає зміну розмірів ліпом, що вказує на автономність мобілізації жиру із жирової тканини ліпом.

Лікування завжди комплексне. Мета його – створення в організмі від'ємного енергетичного балансу шляхом значного обмеження калорійності їжі і посилення фізичної активності для можливого більш вираженого зниження маси тіла.

Дієта, рекомендована хворим, включає 100 – 150 г вуглеводів, 80 – 90 г жирів і 100 – 130 г білків; енергетична цінність 1200 – 1700 ккал на добу. Вуглеводи повинні бути обмежені в основному за рахунок легкозасвоюваних форм. Бажані вуглеводи, які входять до складу овочів, фруктів, зелені, ягід. Необхідно виключити цукор, кондитерські вироби, обмежити кількість хліба, картоплі, круп (окрім гречаної та вівсяної), мучних страв. Замість цукру можливо вживати ксиліт або сорбіт. Тваринні жири необхідно обмежити (крім вершкового масла) і замінити рослинними. Для кращого "згорання" жиру рекомендують ліпотропні продукти (творог, морська риба). Дієта включає високий вміст білків (нежирне м'ясо, риба, творог і інші молочні продукти, яєчний білок, а також квасолю, горох, сою, гриби, злаки) з метою підвищення енергетично-динамічної дії страви, збереження білкових резервів і підтримки достатньої активності ферментативних обмінних процесів. В харчовому раціоні повинно бути обмеження кількості рідини (до 1,5 л), солі, екстрактивних речовин і прянощів (стимулюють апетит), збільшена кількість рослинної клітковини. Приймання їжі повинно бути частим, роздібненим (5 – 6 разів на добу). При стабілізації маси проводять розвантажувальні дні (1 – 2 на тиждень): м'ясні – 300 – 350 г відвареного м'яса з овочевим гарніром; сирні – 500 – 600 г сиру; фруктові – 1,5 кг на день; кефірні, молочні – 1,5 л на день. Харчові продукти розділяються на 5 прийомів.

При ожирінні III – IV ступеня рекомендується лікувальне голодування в умовах стаціонару. У період голодування дозволяється несолодкий чай, мінеральні води. Щоденно – прогулянки, лікувальна гімнастика, гігієнічні ванни, очищення кишок. Легкий ацидоз усувається призначенням лужного пиття, полівітамінів. Інколи у перші дні голодування появляється слабкість, головокружіння, нудота. Тривалість лікувального голодування – 2 – 3 тижні. Втрата маси не повинна перевищувати 20 – 25 % вихідної. Після завершення голодування дієту розширяють поступово. Період голодування не повинен тривати більше трьох тижнів, так як після витрачення жиру починається розпад білків і дефіцит вітамінів.

У таблиці 3 наведена порівняльна характеристика редукованих (зменшених по калорійності) дієт, рекомендованих при лікуванні хворих ожирінням в стаціонарі. Основний варіант дієти може бути використаний і при лікуванні хворих в амбулаторних умовах.

При виборі варіанта редукованої дієти необхідно враховувати вік хворого первинним ожирінням, супутні захворювання і ускладнення ожиріння. Найнижче зменшення калорійності дієти, яке не відображається на стані хворого, являється дієта в 600 ккал, яка назначається тільки в стаціонарних умовах. Необхідний суворий контроль за білковим складом раціону, так як у хворих ожирінням встановлено зниження специфічно-динамічної дії білка їжі. При зменшенні кількості жирів в дієті слід збільшувати кількість рослинних жирів, співвідношення яких з тваринними жирами повинно становити 1:1. Значно зменшують продукти, які містять вуглеводи, причому легкозасвоювані (цукор, мед, кондитерські вироби і ін.) виключаються повністю. Кількість хліба теж обмежена. У таблиці 4 наведений добовий набір продуктів, рекомендованих для хворих ожирінням.

Із харчів повністю виключають овочі, які підвищують апетит. Технологія приготування їжі звичайна. Допускають вживання слабких м'ясних бульйонів (2 – 3 рази на тиждень). Страву готують без солі, хворі самі підсолюють її по смаку (до 5 г солі на добу) під час їди. Харчування повинно бути роздрібленим, 5 – 6 разів на день. В проміжках між прийомами їжі (сніданок, обід, вечеря) потрібні додаткові приймання малокалорійних страв (2 – 3 рази). Для хворих ожирінням з супутніми захворюваннями або ускладненнями проводять відповідну корекцію дієти. Хворим на первинне ожиріння, резистентним до проводимої дієти, назначають харчовий раціон з максимальною редукцією калорійності, до 800 – 700 ккал (не більше ніж 2 – 3 тижні і тільки в стаціонарних умовах). При будь-якому режимі харчування процес втрати маси тіла з часом сповільнюється, тому призначаються 2 – 3 розвантажувальних дні на тиждень.

Лікування первинного ожиріння голодуванням недоцільно, хоча використовується в окремих закладах.

У випадку різкого підвищення апетиту у першій половині дня хворому ожирінням назначають, за 30 хвилин до їди, анорексигенні (фепранон по 0,025 г 2 – 3 рази в день, дезопімон по 0,025 – 0,05 г 2 рази в день, буформін по 0,05 г 3 рази в день, метформін по 0,1 г 3 в день, мазіндол, або теренак по

0,001 – 0,002 г 2 – 3 рази в день і інші) препарати. Протипоказання до прийому цих препаратів глаукома, високий внутрішньоочний тиск, психоневрологічні розлади, артеріальна гіпертензія, серцева і ниркова недостатність, гіпертиреоз. Вживання анорексигенних препаратів у вечірній час протипоказано із-за збудження центральної нервової системи. Лікування анорексигенними препаратами проводиться на протязі 2 – 3 тижнів.

Таблиця 3

Варіанти редукованих по калорійності дієт для хворих ожирінням

Ступінь редукування	Кількість харчових продуктів в добовому раціоні, г			Калорійність (ккал)
	білки	жири	вугеводи	
Основна дієта	100 – 110	80 – 90	100 – 120	1750 – 1800
Помірно редукована	70 – 80	60 – 70	70 – 80	1200 – 1300
Максимально редукована	40 – 50	30 – 40	50 – 70	700 – 800

Таблиця 4

Добовий набір продуктів для дієти хворих ожирінням

Продукти	Вага продуктів (г) в розрахунку на калорійність		
	1800 ккал	1200 ккал	800 ккал
Молоко чи простокваша	300 – 400	200 – 300	200
Нежирне м'ясо	150 – 200	150 – 200	100
Риба	100	100	100
Творог	100 – 200	100	100
Яйця	1 яйце	1 яйце	1 яйце
Масло вершкове	20	15	10
Масло рослинне	25	15	10
Сметана	15 – 20	10 – 15	10
Капуста свіжа білокачанна	300 – 400	200 – 250	150 – 200
Морква, помідори, огірки і інші овочі	300 – 400	200 – 300	150 - 200
Картопля	200	200	100
Яблука	200	200	100
Хліб житний	100 – 150	0	0

При первинному ожирінні використовують препарати тиреоїдних гормонів – тиреоїдин (0,05 – 0,1 г), трийодтиронін (20 – 50 мкг), особливо в тих випадках, коли є дані про зниження функції щитовидної залози. Із вказаних препаратів хворі легше переносять трийодтиронін в дозі 20 – 50 мкг в день,

ранком і в обід. Лікування проводять курсами під контролем частоти серцевих скорочень, АТ і ЕКГ.

Препаратами вибору при ІХС на фоні ожиріння є гемфіброзил по 0,3 – 0,45 г 2 рази в день, фенофібрат по 0,1 г 2 рази в день, бензафібрат по 0,2 г 2 – 3 рази в день

Лікування первинного ожиріння і ожиріння при цукровому діабеті, широкого використання знайшли бігуаніди. Вони сприяють зниженню маси тіла, зменшенню всмоктування їжі в кишечнику, посиленню його перистальтики, анорексичному ефекту, зниженню гіперінсулінемії, подавляють глюконеогенез в печінці. Найбільш доцільно використання бутилбігуаніда (буформін ретард, спочатку по 1 таблетці ранком, поступово підвищуючи дозу до 4 таблеток) і диметилбігуаніда (глюкофаг – початково доза 0,25 – 0,5 г ранком, в подальшому підвищуючи дозу до 0,5 – 0,75 г 2 – 3 рази в день, метформін 0,5 г 2 – 3 рази в день). Ефективність лікування бігуанідами виявляється через рік після початку терапії.

Ефективність лікування вторинних форм ожиріння залежить від ефективності терапії основного захворювання. Дієтичне лікування проводять так же, як і при первинних формах ожиріння. Анорексигенні препарати використовують обережно у тих же дозах, що і при первинному ожирінні.

Оперативне лікування вторинних форм ожиріння проводиться рідко. Променева або оперативне лікування хвороби Іщенко-Кушінга, видалення пухлини кори наднирників позитивно впливає на надлишкову масу тіла людини.

Замісна терапія гіпотиреоза препаратами тиреоїдних гормонів ефективна і в плані лікування ожиріння.

Значно важче досягти ефекту в лікуванні ожиріння при церебральній формі вторинного ожиріння. Як правило видалення пухлини мозку, променева і протизапальна терапія, поряд із комплексом лікувальних міроприємств, які використовуються при первинному ожирінні, приводять до зниження маси тіла і його стабілізації.

Важливою умовою ефективного лікування будь-якої форми ожиріння являється психотерапія. На початку лікування проводиться бесіда з хворим про необхідність суворого дотримання всіх призначень лікаря, уточнюється кількість калорій, які вживає хворий із харчуванням, помилки попереднього харчування, харчові привички. Необхідно пересвідчити хворого в ефективності рекомендованого лікування, пересвідчити його в необхідності постійного лікування. Постійні пошуки погрішностей в дієті, видача схем лікування мають малий ефект, в таких випадках ефективність лікування невелика. Тактика лікаря повинна бути гнучкою, оптимістичною і в той же час наполегливою.

Складовою частиною комплексної терапії ожиріння є лікувальна фізкультура. Вона показана при всіх формах і стадіях ожиріння, як у дорослих, так і дітей. Лікувальна дія фізичних вправ обґрунтована на значному збільшенні енерготрат, нормалізації всіх видів обміну, посиленні ліполітичних процесів, покращенні функції всіх органів і систем, підвищенні тренуваності і загальної працездатності хворого. Найбільш якісно ЛФК використовується на курортах

і в санаторіях, але її обов'язково треба використовувати і в домашніх умовах. Вид фізичних вправ, об'єм, інтенсивність навантажень і форма проведення занять залежить від клінічних проявів ожиріння, супутніх захворювань, віку, статі і фізичної підготовки хворого. Для хворих молодого і середнього віку без захворювань серцево-судинної системи особливо показані вправи на витривалість (ходьба, біг, плавання, гребля, ходьба на лижах і інші) і спортивні ігри. Фізичні навантаження не потрібно давати концентровано, на протязі короткого часу, їх необхідно розподіляти на протязі всього дня (методика дрібних навантажень). Курс лікування ЛФК ділять на два періоди. В першому періоді хворий адаптується до помірно підвищених фізичним навантажень. Використовують гімнастичні вправи у формі ранкової гігієнічної і лікувальної гімнастики і дозованої ходьби. При покращенні функціонального стану серцево-судинної і дихальної системи (зникнення задишки і серцебиття при виконанні фізичних вправ) можна переходити до другого періоду, в якому додатково включаються прогулянки, туристичні походи, дозований біг, ходьба на лижах, плавання, гребля і інші вправи, а також заняття в групах здоров'я.

При первинному ожирінні найбільш ефективна ЛФК, яка проводиться тривало (тривалість одного заняття становить 45 – 60 хв. і більше). В основному використовуються вправи для великих м'язевих груп: їх виконують з великою амплітудою рухів і чередують з дихальними. Широко використовуються махи, кругові рухи у великих суглобах, вправи з помірними навантаженнями і з різними предметами (м'ячами, булавами, гімнастичними палицями). Велика увага надається вправам для м'язів черевного пресу, самомасажу. Для підвищення емоційного фону у заняття рекомендують включати рухові ігри. У кожне заняття включають ходьбу і біг. Позитивний ефект дають заняття у воді (басейні). Необхідно дотримуватись поступового прискорення темпу і кількості окремих вправ, а також тривалості ходьби і бігу.

При ендокринному ожирінні загальне навантаження у заняттях регулюється в залежності від клінічних проявів захворювання. У більшій кількості, ніж при первинному ожирінні, використовуються вправи для середніх м'язевих груп і дихальні вправи. Темп виконання вправ повільний і середній, тривалість занять 25 – 30 хвилин.

Для хворих ожирінням із значно вираженими змінами з боку серцево-судинної системи або інших органів ЛФК проводиться по методиці, яка використовується при захворюваннях цих систем і органів з врахуванням ознак ожиріння.

Загальний масаж не являється методом лікування ожиріння і може використовуватися в поєднанні з фізичним тренуванням. Рекомендується також трудотерапія.

Медикаментозне лікування. На фоні дієтотерапії, ЛФК при ожирінні рекомендують приймати наступні медикаменти:

- а) зменшуючі апетит (анорексигенні);
- б) діючі на центральну нервову систему (ЦНС);
- в) подавляючі всмоктування жиру;
- г) активуючі метаболічні процеси;
- д) гормональні і сечогінні.

Механізм дії анорексигенних препаратів зумовлений впливом на центри голодування і насичення, які знаходяться у гіпоталамусі, а також на підвищенні втрати енергії. З цією метою використовують *фентермін*. Його приймають 3 рази на день перед їдою. Побічні дії: підвищення АТ, тахікардія, дратівливість, сухість у роті, закрепи.

До препаратів впливаючих на ЦНС (винятково на центр апетиту) і на відчуття швидкого насичення відноситься *меридіа* (сIBUTРАМІН, редуксин) по 10 – 15 мг уранці, *метформін* по 0,5 – 1 г 1 – 2 рази на добу або *акарбоза* (глюкобай) по 0,05 – 0,2 г 3 рази на добу. При їх прийомі зменшується кількість приймаємої їжі і підвищується витрата енергії. Побічні дії: сухість у роті, спрага, пітливість підвищення АТ, головокружіння, нудота, закрепи.

Препаратом подавляючим всмоктування жиру є *ксенікал* (орлістат) по 120 мг до, під час або після вживання їжі 3 рази на добу не більше 2 років, який знижує активність у кишківнику ліпази і цим запобігає всмоктування жирів і створює дефіцит енергії. Якщо їжа вміщує мало жиру, то прийом препарату можна пропустити. Побічна дія: «жирний» кал, маслянисті виділення із прямої кишки, частий стілець, інколи болі в животі і метеоризм.

До препарату, який активує метаболічні процеси відноситься *стіфімол*, до складу якого входять *екстракт гарцінії камбоджійської*, *піколінат хрому*, *тирозин (L-тирозин)*, *левокарнітин (L-карнітин)*, *йод (у вигляді екстракта бурих водорослів)*.

Гарцінія камбоджійська – вічнозелене дерево сімейства звіробоя. Додаток гарцінії до страви робить її «більш ситною і приносить задоволення». Основним діючим компонентом гарцінії камбоджійської є гідроксилимонна кислота, яка має ферментативну дію і блокує перетворення вуглеводів у жири. Гідроксилимонна кислота підтримує стабільність глікемії і інсулінемії, стимулює утворення глікогену у печінці і м'язах, має гіпохолестеринемічний ефект, активізує процес термогенеза і гальмує синтез жирів, і цим самим зменшує масу тіла.

Піколінат хрому – сприяє зниженню апетиту впливаючи на центр апетиту в мозку, покращує метаболізм глюкози і підтримує стабільний рівень цукру у крові, стимулює ліполіз і сприяє зменшенню гіперліпідемії, тим самим сприяє зниженню ризику розвитку атеросклерозу. Піколінат хрому підвищує рівень ендорфінів у головному мозку, що сприяє зниженню надлишкового вживання солодкої їжі, підвищує працездатність і виносливість організму за рахунок накопичення глікогену у м'язах і печінці, і збільшення м'язової маси. При цьому покращується регуляція артеріального тиску і мінеральний обмін.

Тирозин (L – тирозин) – антидепресант, покращує настрій і пам'ять.. Він регулює функцію щитовидної залози, наднирників і гіпофізу, подавляє апетит і зменшує відкладення жиру у тканинах.

Левокарнітин (L – карнітин) стимулює окислення жирних кислот, підвищує вживання жиру як джерела енергії, сприятливо впливає на роботу серцевого м'яза (покращує його силу і виносливість), сповільнює утворення атеросклеротичних бляшок у судинах, прискорює ріст м'язової тканини і стимулює імунітет. Левокарнітин покращує секреторну функцію шлунка і підшлу-

нкової залози, покращуючи тим самим обмін речовин, сприяє виведенню метаболітів і токсичних речовин, посилює фізичну активність і працездатність.

Йод у вигляді екстракту бурих водорослей активізує метаболічні процеси, регулюючи енергетичні процеси. Йод являється біостимулятором і імуностимулятором, покращує перистальтику кишечника і процес травлення їжі.

Таким чином, механізм дії препарату «Стіфімол» зобумовлений на синергізмі входячих у його склад перерахованих природних інгредієнтів і зобумовлений активацією метаболічних процесів, посиленням ліполіза і термогенеза, зниженням утворення холестерину і жирних кислот, що сприяє зменшенню відкладення жиру в тканинах і нормалізації маси тіла, а також зниженню апетиту.

Гормональні і сечогінні препарати. При зниженні функції щитовидної залози назначають *тиреоїдин, трийодтиронін, тиреокомб і ін.*, при зниженій функції статевих залоз – статеві гормони. Препарати щитовидної залози підвищують інтенсивність обміну речовин, підвищують виведення рідини із організму. Препарати щитовидної залози (при передозуванні) можуть викликати серцебиття, аритмії, зміни зі сторони нервової системи і ін. Протипоказання: артеріальна гіпертензія, порушення мозкового кровообігу, тиреотоксикоз, вагітність, серцева і ниркова недостатність і ін..

У стаціонарних умовах лікування ожиріння часто використовують сечогінні препарати (*фурасемід, верошпірон, триампур і ін.*). Назначають сечогінні препарати на короткий період і переривчастими курсами. За рахунок виділення надлишкової рідини із організму прискорюється і знижується маса тіла.

Показання до оперативного лікування: ожиріння III – IV ступеня, відсутність ефекту від консервативної терапії, значне зниження працездатності. Протипоказання: вік старше 60 років, наявність супутніх захворювань.

Санаторно-курортне лікування: при ожирінні I – II ступеня рекомендується в Єсентуках, Одесі, Трускавці, Феодосії, Бердянську, Миргороді, Полянні, Євпаторії і ін.

Прогноз при аліментарному і конституційному ожирінні відносно життя сприятливий. Поскільки у хворих з надлишковою масою тіла частіше розвивається атеросклероз, ІХС, гіпертонічна хвороба і інші захворювання, тривалість життя при ожирінні коротша, ніж у людей з нормальною масою тіла. Смертність від захворювань серця і судин при ожирінні два рази вища.

Працездатність на початковій стадії захворювання збережена. Обмеження працездатності настає при ожирінні III ступеня, коли до основного захворювання (ожиріння) приєднуються патологічні зміни зі сторони органів кровообігу, дихання, травлення і інших. При ожирінні III ступеня хворі обмежено працездатні, IV – непрацездатні. Однак, цим хворим, необхідно рекомендувати фізичні вправи, так як гіподинамія збільшує важкість захворювання.

Профілактика включає міроприємства по збереженню нормальної маси тіла – проведення міроприємств по раціоналізації харчування і боротьбу з гіпокінезією. Профілактиці прогресування ожиріння повинно сприяти широке впровадження в торгову галузь спеціалізованих продуктів або комплексу

блюд з точно встановленою редукцією калорій і високою біологічною цінністю. З цією метою кондитерські вироби готують з меншою кількістю цукру і жиру, кондитерських блюд на сорбіті і ксиліті, хлібобулочних виробів із зменшеною кількістю тваринного жиру і заміною його олією, використання малокалорійного вершкового масла, сметани і кисломолочних продуктів, збагачених поліненасиченими жирними кислотами.

Проблема збереження нормальної маси тіла тісно пов'язана з переборюванням гіпокінезії у всього населення, особливо у осіб середнього і старечого віку. Треба створювати сприятливі умови для залучення цих контингентів осіб до занять фізкультурою і найбільш простими, легкодоступними видами спорту, використовувати загородні зони відпочинку для занять фізкультурою і спортом.

Наслідки ожиріння. Ранній розвиток захворювань серцево – судинної системи, органів дихання, шлунково – кишкового тракту, зниження м'язевої сили, порушення обміну речовин, що приводять до зниження працездатності, ранньої інвалідності і смертності хворих на ожиріння. Тривалість життя хворих з ожирінням на 10 – 15 років коротша ніж осіб з нормальною масою тіла.

**ЗАВДАННЯ
ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ТЕМИ
Тестові питання**

0.1. У розвитку екзогенно-конституційного ожиріння мають значення:

1. Порушення рівноваги між надходженням в організм енергетичного матеріалу і його споживанням.
2. Незбалансоване харчування (значне переважання вуглеводів або жирів).
3. Зниження фізичної активності.
4. Спадкова схильність.

Виберіть правильні відповіді:

- А. Якщо правильні 1, 2 і 3.
- Б. Якщо правильні 1 і 2.
- В. Якщо правильні 2 і 4.
- Г. Якщо правильний 4.
- Д. Якщо всі відповіді правильні.

0.2. Позитивний енергетичний баланс при нормальному харчування у осіб з ожирінням обумовлений:

1. Недостатньою утилізацією жирів в організмі.
2. Підвищеним утворенням жиру з вуглеводів.
3. Зниженням енергетичних потреб в результаті зменшення тепловтрат.
4. Зниженням фізичної активності.

Виберіть правильну відповідь:

- А. Якщо правильні 1, 2 і 3.
- Б. Якщо правильні 1 і 3.
- В. Якщо правильні 2 і 4.
- Г. Якщо правильний 4.
- Д. Якщо всі відповіді правильні.

0.4. При яких ендокринопатіях часто спостерігається ожиріння?

1. Хвороба Іщенко – Кушінга.
2. Гіпогонадизм.
3. Гіпотиреоз.
4. Гіпокортицизм.

Виберіть правильну відповідь:

- А. Якщо правильні 1, 2 і 3.
- Б. Якщо правильні 1 і 3.
- В. Якщо правильні 2 і 4.
- Г. Якщо правильний 4.
- Д. Якщо всі відповіді правильні.

0.5. Ожиріння є фактором ризику розвитку:

1. Цукрового діабету.
2. Гіпертонічної хвороби.

3. Жовчно – кам'яної хвороби.

4. Тиреотоксикозу.

Виберіть правильні відповіді:

А. Якщо правильні 1, 2 і 3.

Б. Якщо правильні 1 і 3.

В. Якщо правильні 2 і 4.

Г. Якщо правильний 4.

Д. Якщо всі відповіді правильні.

0.6. До метаболічних порушень, характерним для хворих на ожиріння, відносяться:

1. Підвищення ліпосинтезу.

2. Гіперінсулінізм.

3. Зниження процесів піролізу.

4. Підвищена утилізація неестерифіцированих жирних кислот.

Виберіть правильну відповідь:

А. Якщо правильні 1, 2 і 3.

Б. Якщо правильні 1 і 3.

В. Якщо правильні 2 і 4.

Г. Якщо правильний 4.

Д. Якщо всі відповіді правильні.

0.13. Хворий з ожирінням потребує консультації:

1. Невропатолога.

2. Окуліста.

3. Гінеколога.

4. Отоларинголога.

Виберіть правильну відповідь:

А. Якщо правильні 1, 2 і 3.

Б. Якщо правильні 1 і 3.

В. Якщо правильні 2 і 4.

Г. Якщо правильний 4.

Д. Якщо всі відповіді правильні.

0.20. Основні принципи дієтотерапії хворих з ожирінням передбачають:

1. Гіпокалорійне добове харчування.

2. Обмеження жирів і вуглеводів.

3. Вміст білка у віковій потребі.

4. Різке обмеження рідини.

Виберіть правильну відповідь:

А. Якщо правильні 1, 2 і 3.

Б. Якщо правильні 1 і 3.

В. Якщо правильні 2 і 4.

Г. Якщо правильний 4.

Д. Якщо всі відповіді правильні.

0.25. Ожиріння частіше розвивається:

- А. У хлопчиків.
- Б. У дівчат.
- В. У грудному віці.
- Г. У пре пубертатному і пре пубертатному періоді.
- Д. У перші дні життя.

0.26. При ожиріння I ступеня надлишок маси тіла складає:

- А. 10 – 29 %.
- Б. 30 – 49 %.
- В. > 50 %.
- Г. > 100 %.
- Д. < 10 %.

0.27. При ожирінні II ступеня надлишок маси тіла складає:

- А. 10 – 29 %.
- Б. > 50 %.
- В. < 10 %.
- Г. 30 – 49 %.
- Д. > 100 %.

0.28. При ожирінні III ступеня надлишок маси тіла складає:

- А. 10 – 29 %.
- Б. 50 – 99 %.
- В. < 10 %.
- Г. > 100 %.
- Д. > 200 %.

0.32. Індекс маси тіла визначають як:

- А. Маса тіла (кг) / площа поверхні тіла (m^2).
- Б. Маса тіла (кг) / зріст (см).
- В. Маса тіла (кг) – зріст (см).
- Г. Маса тіла (кг) / зріст (m^2)
- Д. Маса тіла (кг) + зріст (см).

0.35. Синдром ожиріння спостерігається при:

- А. Ліпоматозі.
- Б. Гіпотиреозі.
- В. Гіпогонадізмі.
- Г. Всі відповіді не вірні.
- Д. Вірні А, Б, В.

0.37. Скільки ступенів ожиріння виділяють?

- А. Два.
- Б. Чотири.

- В. Три.
- Г. Шість.
- Д. Вісім.

0.38. Якщо індекс маси тіла (ІМТ) менше 18,5 то про що треба думати?

- А. Надмірна маса тіла.
- Б. Нормальна маса тіла.
- В. Надлишкова маса тіла.
- Г. Ожиріння I ступеня.
- Д. Ожиріння II ступеня.

0.39. Якщо індекс маси тіла (ІМТ) від 18,5 до 24,9 то про що треба думати?

- А. Недостатня маса тіла.
- Б. Нормальна маса тіла.
- В. Надлишкова маса тіла.
- Г. Ожиріння I ступеня.
- Д. Ожиріння II ступеня.

0.40. Якщо індекс маси тіла (ІМТ) від 25,0 до 29,9 то про що треба думати?

- А. Недостатня маса тіла.
- Б. Нормальна маса тіла.
- В. Надлишкова маса тіла.
- Г. Ожиріння I ступеня.
- Д. Ожиріння II ступеня.

0.41. Діагноз абдомінального ожиріння виставляють при об'ємі талії у жінок понад:

- А. 90 см.
- Б. 88 см.
- В. 110 см.
- Г. Всі відповіді не вірні.
- Д. Вірні А. Б. В.

0.42. Діагноз абдомінального ожиріння встановлюють при об'ємі тіла у чоловіків понад:

- А. 90 см.
- Б. 88 см.
- В. 102 см.
- Г. Всі відповіді вірні.
- Д. Відповідь В.

0.43. З раціону, для лыкування ожиріння виключають:

- А. Швидкі вуглеводи.
- Б. Повільні вуглеводи.
- В. Клітковину.

- Г. Молочні продукти.
- Д. Усі відповіді вірні.

0.44. До психологічних аспектів лікування ожиріння відносять:

- А. Автотренінг.
- Б. Групові заняття.
- В. Гіпноз.
- Г. Всі відповіді не вірні.
- Д. Вірні А, Б, В.

0.45. До ендокринного ожиріння не відноситься:

- А. Гіпотиреоїдне.
- Б. Гіноїдне.
- В. Гіпооваріальне.
- Г. Гіпоталамічне.
- Д. Адіпозо – геніальне.

0.46. Вторинне ожиріння класифікується на все, окрім:

- А. Гіпоталамо – гіпофізарне.
- Б. Церебральне.
- В. Ендокринне.
- Г. Апіментарне.
- Д. Усі відповіді вірні.

0.48. Церебральний тип ожиріння може бути зумовлений:

- А. Пухлини, травми головного мозку.
- Б. Психічними захворюваннями.
- В. Системні ураження мозку.
- Г. Інфекційні захворювання.
- Д. Усі відповіді вірні.

0.50. Яка кількість резервного жиру у людини вважається нормою:

- А. 10 – 20 %.
- Б. 40 – 50 %.
- В. 30 – 40 %.
- Г. 1 – 5 %.
- Д. 5 – 10 %.

Тестові ситуаційні задачі

0.33. У жінки 26 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструації. На плечах, грудях, по боках живота – багряно-ціанотичні смуги розтягнення шкіри. Який тип ожиріння є найбільш вірогідним?

- А. Ліпоматоз.
- Б. Гіпоталамічне.
- В. Гіпооваріальне.
- Г. Гіпотиреоїдне.
- Д. Аліментарно – конституційне.

0.34. У жінки 26 років спостерігається ожиріння, переважно на плечах, тулубі, гірсутизм, порушення менструацій. На плечах, грудях, по боках живота – багряно-ціанотичні смуги розтягнення шкіри. При даному типі ожиріння може спостерігатись?

- А. Зниження відчуття ситості.
- Б. Гіперінсулінізм.
- В. Порушення сну.
- Г. Всі відповіді не вірні.
- Д. Вірні А, Б, В.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ ДО ЗАВДАНЬ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ТЕМИ

0.1 – Д; 0.2 – Д; 0.4 – А; 0.5 – А; 0.6 – А; 0.13 – Д; 0.20 – А; 0.25 – Г; 0.26 – А; 0.27 – Г; 0.28 – Б; 0.32 – Г; 0.33 – Б; 0.34 – Д; 0.37 – Б; 0.38 – А; 0.39 – Б; 0.40 – В; 0.41 – Д; 0.42 – В; 0.43 – А; 0.44 – Д; 0.45 – Б; 0.46 – Г; 0.48 – Д; 0.50 – А.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Ожиріння // Внутрішні хвороби / За редакцією проф. І.М.Ганджі, проф.В.М.Коваленка – Київ "Здоров'я", 2002. – С. 978 – 984.

Додаткова:

Ожиріння // Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики / За редакцією професора А.С.Свінцицького. – Київ ВСВ "Медицина", 2014. – С. 1228 – 1231.

Середюк Н.М. Ожиріння // Внутрішня медицина: терапія – Київ, "Медицина", 2006. – С. 574 – 575.

РЕЦЕПТУРНІ ПРОПИСИ

лікарських препаратів, які використовуються при ожирінні

Rp.: Tab. Phepranoni 0,025 № 50
D.S. По 1 табл. 2-3 рази на добу.

Rp.: Tab. Buformini retard № 50
D.S. Починають по 1 табл. ранком, поступово підвищуючи дозу до 4 табл. ранком і вечером після їди.

Rp.: Tab. Desopimoni 0,025 № 20
D.S. По 1 табл. 2 рази на добу після їди.

Rp.: Tab. Glukofag 0,25 № 50
D.S. По 1-2 табл. під час або після сніданку, поступово підвищуючи дозу до 2-3 табл.
[Аналоги: метформін].

Rp.: Buformini 0,05 № 20
D.S. По 1 табл. 3 рази на добу після їди.
[Аналоги: буформін ретард].

Rp.: Tab. Furosemidi 0,04 № 10
D.S. По 1-2 табл. ранком натще.
[Аналоги: лазикс].

Rp.: Tab. Gliformini 0,25 № 20
D.S. По 1 табл. 3 рази на добу після їди.
[Аналоги: метформін].

Rp.: Sol. Furosemidi 1% - 2,0 ml.
D. t. d. № 10 in ampull.
S. По 2-4 мл в/венно.
[Аналоги: лазикс].

Rp.: Tab. Mazindoli 0,001 № 20 (100)
D.S. По 1 табл. 2-3 рази на добу після їди.

Rp.: Tab. Verospironi 0,025 № 50
D.S. По 1 табл. 3 рази на добу.

Rp.: Tab. Terenaci 0,001 № 20 (100)
D.S. По 1 табл. 2-3 рази на добу після їди.

Rp.: Triampuri composite № 50
D.S. По 1 табл. 2 рази на добу (ранком і після обіду, після їди)

Rp.: Tab. Thyreoidini 0,1 (0,2) № 20
D.S. По 1 табл. 3 рази на добу після їди.

Rp.: Tab. Metformini 0,5 № 50
D.S. По 1 табл. під час або після їди ранком і вечером.

Rp.: Pulv. Thyreoidini 0,05
D.t.d. № 20
S. По 1 порошку усередину 3 рази на добу.

Rp.: Caps. Sibutramini 0,01 (0,015) № 30
D.S. По 1 капс. 3 рази на добу.
[Торгова назва: линдакса, меридіа].

Rp.: Tab. Trijodthyronini hydrochloride 0,020 (0,050)
D.S. По 1 табл. 3 рази на добу.

Rp.: Tab. Thyreoidini obdulactae 0,1 № 50
D.S. По 1 табл. усередину 2 рази на добу після їди.

Rp.: Caps. Gemfibrozili 0,3 № 30
D.S. По 1 капс. усередину 2 рази на добу за 30 хв. до сніданку і вечері.

Rp.: Tab. Gemfibrozili 0,45 № 30
D.S. По 1 табл. усередину 2 рази на добу за 30 хв. до сніданку і вечері.

Rp.: Tab. Benzafibrate 0,2 № 50
D.S. По 1 табл. усередину 3 рази на добу під час їди.

Rp.: Caps. Orlistati 0,125 № 100
D.S. По 1 капс. 3 рази на добу.
[Торгова назва: линдакса, зен-тіва, меридіа]/

Rp.: Tab. Acarbosi 0,05 (0,1) № 30
D.S. По 1 табл. 3 рази на добу.
[Торгова назва: гліноза, гліоксаль композитум, глюкобай].

Rp.: Caps. Phenofibrate 0,1 № 50
D.S. Всередину 2 рази на добу по 2 капс. під час сніданку і по 1 капс. під час вечері.

ЗМІСТ

1. Мета заняття, студент повинен знати, вміти, контрольні запитання.....	3
2. Етіологія ожиріння	4
3. Класифікація.....	4
4. Патогенез	5
5. Патологічна анатомія	6
6. Клініка.....	7
7. Діагноз.....	10
8. Диференціальний діагноз.....	10
9. Лікування.....	12
10. Прогноз, працездатність, профілактика	18
11. Наслідки.....	19
12. Завдання для самоконтролю засвоєння теми.....	20
13. Еталони відповідей до завдань для самоконтролю засвоєння теми, література	25
14. Рецептурні прописи лікарських препаратів, які використовуються при ожирінні.....	26

Формат 60x84/16. Умовн. друк. арк. 1,62. Зам. № 69. Наклад 100 прим.
Видавництво УжНУ «Говерла».
88000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 18. E-mail: hoverla@i.ua

*Свідоцтво про внесення до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції –
Серія 3т № 32 від 31 травня 2006 року*