

* * *

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ — ВСЕГДА ЛИ ОН ПРАВИЛЬНЫЙ?

Сураева У.С.

Научный руководитель: проф. И.Н. Холодова

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Ключевые слова: *клинический случай; дети; расстройства пищевого поведения; ожирение; бариатрическая хирургия*

Актуальность. Ожирением считается ненормальное или чрезмерное скопление жира, которое негативно влияет на здоровье. При подозрении на ожирение у ребёнка необходимо обратиться к врачу для выбора правильной тактики лечения, включающего оптимизацию рациона питания, повышение физической активности. Однако часто родители и их дети выбирают не всегда безопасные методы снижения массы тела.

Описание клинического случая. Девочка Е., 12 лет. Перинатальный и ранний анамнезы — без особенностей. С возраста 2 лет жалобы на избыточную прибавку массы тела. Специалистами не наблюдалась. В возрасте 12 лет масса тела 95 кг, рост 165 см, индекс массы тела (ИМТ) 34,8 кг/м², что соответствует ожирению 1 степени. По желанию девочки и родителей летом 2024 г. проведена хирургическая операция — частичная резекция желудка. После операции появились жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту. Ребёнок консультирован гастроэнтерологом по месту жительства, назначено лечение: эзомепразол, бускопан — без эффекта. В ноябре самостоятельно обратились в ДГКБ им. З.А. Башляевой. При поступлении вес 68 кг, рост 165 см, ИМТ 24,9 кг/м². Общий анализ крови, гормональный профиль, иммунограмма — без патологии, в биохимическом анализе крови — снижение уровня витамина D до 16 нг/мл, фолиевой кислоты до 4,19 нг/мл. При УЗИ органов брюшной полости выявлены конкременты желчного пузыря. По данным эзофагогастродуоденоскопии — пищевод свободно проходим, просвет его свободен, не деформирован в верхней и средней трети, в дистальной трети извит, в кардиоэзофагеальном переходе деформирован, дистальное обследование не было проведено во избежание травмирования ввиду эмоционального поведения ребёнка. При рентгеноскопии и рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс 3 степени. Ребёнок консультирован психиатром, который диагностировал нервную анорексию. По данным комплексного обследования выставлен диагноз: Желчнокаменная болезнь. Сопутствующие заболевания: Избегающее расстройство пищевого поведения. Недостаточность витамина D, фолиевой кислоты. Резекция желудка.

Заключение. Неправильно выбранная тактика лечения ожирения привела к инвалидизации ребёнка с формированием тяжёлых соматических заболеваний и психических расстройств. Данный случай подчёркивает значимость своевременного обращения к специалистам и необходимость мультидисциплинарного подхода в лечении и профилактике ожирения у детей.

* * *