

3. Дудар Л.В., Овдій М.О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку / Дудар Л.В, Овдій М.О. // Сучасна гастроентерологія, 2013, 4(72) – 31-35 с.
4. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. IJED. 1986; 5: 295-315 p.
5. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: manual & interpretation guide. Quality Metric. Boston, Mass.: Healt Assessment Lab. 1993;2000.
6. Боряк Х.Р., Весніна Л.Е. Визначення особливостей впливу підвищення маси тіла у молодому віці на якість життя / Боряк Х.Р., Весніна Л.Е. // Вісник проблем біології і медицини, 2019 – вип. 4, том 2 (154), 390-394 с.

ГОЛОВНІ ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ

Волкова О.А.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ожиріння – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності. Глобальні дослідження з даного питання показали, що кількість дорослих з ожирінням збільшилась з 100 мільйонів чоловік у 1975 р. до 671 мільйонів у 2016 р. Ще 1,3 мільярда дорослих мають надлишкову вагу. Серед працездатного населення України ожиріння виявляють майже в 30% випадків, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець.

Ожиріння входить до складу метаболічного синдрому – симптомо-комплексу поєднаних між собою патологічних станів: інсулінорезистентності, порушення вуглеводного і ліпідного обміну, артеріальної гіпертензії. В основі виникнення метаболічного синдрому лежать ендогенні (генетична детермінованість) та екзогенні чинники, серед яких перше місце належить нераціональному харчуванню та гіподинамії .

Аліментарне ожиріння – це складне захворювання організму з гли-
бокими

змінами обміну речовин, порушенням регуляції жирового, вуглеводного, водно-сольового та інших видів обміну, з підвищеною здатністю до утворення жиру, зокрема з вуглеводів. В результаті в ліпідному спектрі крові спостерігається гіперліпопротеїнемія, що призводить до відкладання жиру (останній виступає в ролі додаткової ендокринної залози, продукує гормон лептин, який впливає на центр голоду та корелятивно на артерії) та до резистентності, втрати еластичності судин. З ожиріння починає розвиватися комплекс взаємопов'язаних кардіоваскулярних, церебросудинних і метаболічних порушень, які містять у собі атерогенну дисліпопротеїнемію (підвищення рівня тригліцеридів, холестерину, ліпопротеїдів низької густини, зниження концентрації ліпопротеїдів високої густини), артеріальну гіпертензію, порушення толерантності до вуглеводів, при яких інсулінорезистентність та гіперінсулінемія є основними із всіх патофізіологічних процесів. Компоненти метаболічного синдрому взаємообумовлюють і взаємопосилують порушення ліпідного, пуринового, вуглеводного обмінів, що призводить до виникнення цукрового діабету 2-го типу, серцево-судинних захворювань та їх ускладнень. [2]

Зайва вага визначається за індексом маси тіла (ІМТ). Він розраховується шляхом ділення маси тіла в кілограмах на квадрат зросту у метрах квадратних. Якщо показник більше або дорівнює 25, то у людини є надмірна вага. Якщо ІМТ більше 30 – це вже ожиріння. Також ознакою ожиріння є окружність талії: у чоловіків більше 100 см, у жінок більше 85 см.

Характерні для сучасного суспільства малорухомий спосіб життя, нерациональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до росту частоти ожиріння серед осіб будь-якого віку, особливо молоді.

Призупинити даний процес порушення обміну речовин може дієтичне харчування та фізичне навантаження. Для лікування ожиріння застосовують також медикаментозні засоби та хірургічне втручання. Але починати лікування та профілактику необхідно з немедикаментозних методів – зміни способу життя.

Головна мета профілактики ожиріння – попередити розвиток ожиріння в людей з нормальною та надмірною масою тіла, особливо в осіб з генетичною схильністю, знизити ризик або запобігти появі тяжких супутніх захворювань.

Показання до проведення профілактики:

- сімейна спадкова схильність до розвитку ожиріння та захворювань, що його супроводжують (цукровий діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія, ІХС);

- наявність ранніх факторів ризику метаболічного синдрому (гіперліпідемії, порушення толерантності до вуглеводів та ін.);

- ІМТ > 25 кг/м² у жінок, які не народжували [3].

Лікування ожиріння спрямоване на зменшення та стабілізацію ваги, запобігання розвитку хвороби, зменшення факторів ризику, адекватний контроль асоційованих порушень, покращення перебігу чи усунення супутніх захворювань, істотне покращення стану здоров'я хворого, збільшення тривалості життя хворих.

Основа лікування становить раціональне гіпокалорійне харчування, враховуючи індивідуальні харчові звички хворого, його спосіб життя, вік, стать, економічні можливості, в поєднанні з підвищенням фізичної активності.

Одним із складових раціонального харчування є правильний розподіл їжі впродовж дня. Коли їжа в травну систему надходить регулярно, вона поступово всмоктується в кров і може безпосередньо без накопичення в організмі використовуватися працюючими клітинами. [2]. Рекомендується п'ятиразове харчування з наступним енергетичним розподілом: перший сніданок – 20 – 25 %, другий – 10 – 15 %, обід – 35 %, полуденок – 10 %, вечеря – 20 %. Останній прийом їжі бажаний до 20-ї години.

Раціональне харчування включає:

- збалансоване споживання білків, жирів і вуглеводів у добовому раціоні;
- вживання продуктів із високим вмістом клітковини;
- вживання продуктів із низьким вмістом жиру;
- вживання рослинних білків;
- розумний підхід в обмеженні і різноманітності їжі [3].

Використовуються також різноманітні дієти. Але їх повинен підібрати фахівець, так як існують певні обмеження щодо їх тривалого і безпечного застосування.

Важливою складовою програми зі зменшення маси тіла є підвищення фізичної активності. Фізичні тренування сприяють зменшенню ваги за рахунок безпосередніх енергетичних витрат. Та основними умовами виконання індивідуальної програми з фізичних вправ для зменшення маси тіла є регулярне виконання аеробних фізичних вправ (не менше 3-4 разів на тиждень), поступове збільшення інтенсивності і тривалості занять, підбір індивідуальних варіантів із врахуванням супутніх ускладнень. Найбільш ефективними є такі вправи: ходьба, біг, плавання, їзда на велосипеді, лижний спорт, стрибки на скакалці. Програма з фізичних вправ також повинна призначатись фахівцем та індивідуально для пацієнта. Темп зменшення маси тіла повинен становити 0,5-1,0 кг за тиждень, 10-15% протягом 3 місяців із подальшим підтримуванням ваги впродовж 6-9 місяців [3].

На мою думку, широке розповсюдження метаболічного синдрому, тісний зв'язок із способом життя, висока смертність від його наслідків вимагають здійснення широкомасштабних освітніх та навчальних кампаній серед населення щодо профілактики і лікування ожиріння. Основними заходами є модифікація способу життя: раціональне харчування та фізичне навантаження, що становлять основу програми з контролю маси тіла. Поєднання раціонального харчування з підвищенням фізичної активності забезпечить зменшення маси тіла, а зміна стилю життя – збереження досягнутого результату.

Література

1. Бондар П.М. Метаболічний синдром // П.М. Бондар / Лікування та діагностика. – 2001. – № 4. – С. 24-29.
2. Корзун В. Н. Профілактика та лікування ожиріння як основної складової метаболічного синдрому у населення / В. Н.Корзун, С. Л. Гаркуша, М. В. Гайдук, Т.В. Болохнова, А. В. Деркач, Ю. С. Котикович / Проблеми старіння та довголіття. – 2015, 24, № 3–4. – С. 408–419.
3. Паньків В.І. Ожиріння як медико-соціальна проблема // В.І. Паньків / Практична ангіологія. – 2006. – №4. – С.5.
4. Тронько М.Д. Ендокринні аспекти метаболічного синдрому // М.Д. Тронько, Є.В. Луцицький, В.І. Паньків / Київ-Чернівці. – 2005. – 184 с.

ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ МІКРОБІОТИ СЕЧОСТАТЕВОГО ТРАКТУ У ЖІНОК В НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ

*Господ В.В., Голодок Л.П., Скляр Т.В.
Дніпровський національний університет ім. Олеся Гончара*

Запальні захворювання жіночих статевих органів – одна з актуальних проблем, яка суттєво впливає на здоров'я жінок дитородного віку. Особи із запальними захворюваннями статевих органів жінок складають 60-70 % гінекологічних хворих, які звертаються по медичну допомогу в жіночі консультації. В усіх країнах світу зростає частота запальних захворювань жіночих статевих органів. Вивчення мікрофлори сечостатевої системи жінки має велике значення для можливості попередження інфекцій сечовивідних шляхів, які посідають перше місце в структурі інших інфекційних захворювань. Ця проблема є актуальною так як ще не до кінця з'ясовані механізми розвитку дисбіотичних станів, відсутні чіткі критерії