

УДК 616-021.5+616-08-039.71

ОСОБЛИВОСТІ СТИЛЮ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ І–ІІІ СТУПЕНЯ

Марія АРАВІЦЬКА

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Анотація. Стаття присвячена виявленню особливостей стилю життя хворих на ожиріння І–ІІІ ступеня. При проведенні анкетування виявлені етіологічні чинники аліментарного ожиріння: збільшення частоти прийомів їжі, харчування в другій половині дня, надмірне вживання тваринних жирів, солі та солодощів, недостатнє вживання овочів та фруктів, часте вживання фаст-фуду. Їх поширеність залежала від ступеня важкості ожиріння. При анкетуванні за опитувальником IPAQ виявлено, що хворі з ожирінням І ступеня мають достатню, а ІІ та ІІІ ступеня – недостатню фізичну активність.

Ключові слова: ожиріння, стиль життя, харчування, фізична активність.

Постановка проблеми. Ожиріння в сучасному світі визнано однією з найпоширеніших медико-соціальних проблем, що відіграє значну роль у формуванні патології людини, негативно впливає на загальний стан, знижує репродуктивний потенціал, працездатність та якість життя і потребує нових підходів до розробки програм корекції всіма можливими методами.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в Україні серед чоловіків надлишкова маса тіла є у 50,5%, серед жінок – у 56%, а ожиріння становить 16% у чоловіків, і 26% – у жінок. Щодо перспектив поширення ожиріння, то вважається, що якщо один з батьків має ожиріння, то воно буде у дитини з вірогідністю у 30%, якщо двоє батьків, то ризик становитиме понад 50%. Якщо дитина хворіє на ожиріння в дитинстві, то більше 50% вірогідності, що вона буде хворіти і в дорослому віці [7].

Ожиріння – це не тільки естетична проблема, а й базис для розвитку серйозних захворювань. Ситуація із захворюваністю і смертністю на Землі за останніх сто років радикально змінилася. Якщо сто років тому люди гинули від інфекційних хвороб, то сьогодні 86 % причин в структурі смертності пов'язані з неінфекційними захворюваннями. Асамблея ООН визначила чотири основні захворювання, які сьогодні становлять загрозу здоров'ю і життю населення Землі – серцево-судинні захворювання, рак, цукровий діабет та хронічні захворювання дихальної системи. Ці захворювання на 77 % спричиняють хвороби, з якими стикається охорона здоров'я, оскільки пов'язані з основними чинниками ризику: підвищений артеріальний тиск, паління тютюну, зловживання алкоголем, високий рівень холестерину, надлишкова маса тіла і ожиріння, низький рівень споживання овочів і фруктів, низька фізична активність [4, 6, 7].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Найпоширенішим видом первинного ожиріння є аліментарне, тобто основною причиною набору зайвої ваги і розвитку ожиріння є дисбаланс між надходженням енергії в організм та її витратами [4].

Ожиріння не тільки є самостійним захворюванням, але й призводить до серйозніших проблем – атеросклерозу і його наслідків (інфарктів, інсультів), цукрового діабету, злоякісних новоутворень, захворювань травної системи, опорно-рухового апарату, системи крові та багато інших. Крім того, на індивідуальному рівні ризик таких захворювань як серцево-судинні, цукровий діабет, камені у жовчному міхурі збільшується з кожним зайвим кілограмом навіть в рамках нормальної маси тіла [6, 7].

Після багаторічних наукових суперечок щодо ролі дієти та фізичного навантаження у формуванні маси тіла остаточно визнано, що характер харчування відіграє визначну роль у формуванні маси тіла (70–80%). Підвищена регулярна фізична активність без корекції харчування сприяє помірному і недостовірному зменшенню маси тіла, але запобігає ускладненню, знижує смертність хворих навіть з морбідним ожирінням, усуває і затримує метаболічні форми ризику серцево-судинних захворювань і цукрового діабету [4].

З іншого боку, власне дієта – значне короточасне або тривале обмеження одного виду поживних речовин (білків, жирів, вуглеводів) – також на сьогодні вважається хибним рішенням, оскільки нею неможливо втримати вагу необмежений час, а в деяких випадках можна на

віть нашкодити здоров'ю. Перевага надається зміні самого стереотипу харчування – часу, частоті, співвідношенню компонентів, об'єму їжі [1, 2, 6].

Реабілітація хворих на ожиріння є складним тривалим комплексним процесом. Її концепція повинна базуватися на аналізі перебігу захворювання, стадії, наявності ускладнень з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта. Метою реабілітації повинно бути не тільки зменшення ваги, але й утримання досягнутого результату впродовж тривалого часу.

Метою дослідження було виявлення особливостей стилю життя хворих на ожиріння I–III ступеня важкості як підґрунтя для розробки етіологічно та патогенетично обґрунтованої індивідуальної програми реабілітації.

Методи та організація дослідження. Робота базувалася на опитуванні 114 осіб другого зрілого віку з ожирінням (53 – I ступеня, 36 – II ступеня, 25 – III ступеня) та 60 осіб без ознак ожиріння (контрольна група – КГ). Середній вік обстежених з ожирінням групи становив $39,7 \pm 1,6$ років, контрольної групи – $41,1 \pm 2,3$ років.

Ожиріння визначали за індексом маси тіла (Кетле) за формулою: $IMT = \text{маса тіла (кг)} / \text{ріст}^2 \text{ (м)}$. Якщо IMT становив $18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$, то це вважали нормальною масою тіла; $25\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$ – надлишковою масою тіла; 30 кг/м^2 та більше – ожиріння. Ожиріння I ступеня констатували при $IMT 30,0\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$; II ступеня при $IMT 35,0\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$; III ступеня – при $IMT 40 \text{ кг/м}^2$ і більше.

Опитування хворих проводилося за такими двома опитувальниками:

- Власна розробка: опитувальник, розроблений на основі рекомендації програми профілактики неінфекційних захворювань CINDI [3, 5], присвячений особливостям стилю та характеру харчування, шкідливим звичкам, виявленню причин неефективності дієтотерапії;
- Міжнародний опитувальник оцінювання фізичної активності (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ) (коротка версія) [8] – з метою встановлення рівня фізичної активності та виявлення гіподинамії як чинника ризику виникнення ожиріння.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати анкетування свідчать про поширення етіологічних чинників ожиріння тим більше, чим важчим був ступінь ожиріння.

При аналізі особливостей стилю харчування встановлено, що для хворих на ожиріння, порівняно з контрольною групою, є характерним порушення стереотипу харчування: збільшення частоти прийомів їжі та переважне харчування в другій половині дня. Також виявлялися чинники порушення здорового харчування, що можна трактувати як перевищення добової калорійності раціону: переважне вживання тваринних жирів, надмірне вживання солі та солодощів, недостатнє вживання овочів та фруктів, часте вживання фаст-фуду (табл. 1).

Очевидно, незбігання періодів добової фізичної активності, циркадних ритмів функціонування шлунково-кишкового тракту на фоні підвищеної калорійності раціону та зсуву часу вживання їжі буде призводити до аліментарного ожиріння.

При аналізі пунктів анкети, присвячених спробам дієти, виявлено, що, незважаючи на те, що майже всі хворі на ожиріння мали періоди обмежувального харчування, проте вони були короткотривалими та малоефективними. Основною причиною припинення дієти хворі називали важке відчуття голоду внаслідок початку дотримання гіпокалорійного харчування.

При з'ясуванні шкідливих звичок було виявлено, що хворі на ожиріння вживають велику кількість алкогольних напоїв, які також є джерелом енергії.

Куріння теж було поширеною шкідливою звичкою у хворих на ожиріння, причому більшість хворих виправдовували її як метод контролю маси тіла.

Низька фізична активність призводить не тільки до збільшення маси тіла, але й визнана одним з провідних чинників ризику розвитку основних неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет та деякі онкологічні стани [5, 8].

Результати встановлення рівня фізичної активності хворих на ожиріння за опитувальником IPAQ свідчать про незадовільні результати. У контрольній групі енергетичні витрати за тиждень становили $1208,8 \pm 78,7$ MET, що можна оцінити як достатню фізичну активність [8]. У хворих на ожиріння I ступеня енергетичні витрати були нижчими, ніж в контрольній групі, проте теж були на рівні достатньої фізичної активності ($867,5 \pm 56,4$). Хворі на ожиріння II і III

ступеня мали недостатній рівень активності – відповідно $516,8 \pm 27,3$ MET та $308,7 \pm 19,6$ MET за тиждень. Виявлений стан гіподинамії також можна розглядати як етіологічний чинник виникнення ожиріння та його наслідків.

Таблиця 1

Особливості стилю життя хворих на ожиріння I–III ступеня

	КГ (n=60) %	Хворі з ожирінням, %		
		I ступеня (n=53)	II ступеня (n=36)	III ступеня (n=25)
Частота харчування на добу				
один раз	6,67	5,66		
два рази	13,33	18,87	11,11	
три–чотири рази	71,67	58,49	65,38	40,00
більше ніж чотири рази	8,33	16,98	57,69	60,00
Переважне вживання їжі				
зранку	43,33	18,87	5,56	
в обід	48,33	52,83	55,56	44,00
ввечері	8,33	28,30	38,89	56,00
Використання жирів для приготування їжі				
переважно тваринні	8,33	18,87	22,22	36,00
переважно рослинні	28,33	32,08	19,23	4,00
без жирів	16,67	9,43	7,69	0,00
будь-які	46,67	39,62	39,62	60,00
Надмірне вживання солі				
так	20,00	35,85	55,56	76,00
ні	80,00	64,15	61,54	24,00
Вживання свіжих овочів та фруктів				
один раз на тиждень	11,67	18,87	36,11	28,00
декілька разів на тиждень	46,67	37,74	57,69	56,00
щодня	41,67	43,40	30,77	16,00
Частота вживання солодоців				
щодня	6,67	15,09	33,33	64,00
4–6 разів на тиждень	26,67	24,53	65,38	20,00
2–3 рази на тиждень	48,33	52,83	19,23	16,00
не вживаю	18,33	7,55	3,77	
Кількість чайних ложок цукру на добу				
не вживає цукор	11,67			
вживає цукрозамінник	13,33	9,43	11,11	8,00
До 4 ложок	28,33	11,32	5,56	4,00
4–8 ложок	46,67	41,51	30,56	32,00
більше 8 ложок		37,74	52,78	56,00
Частота вживання фаст-фуду				
щодня		22,64	52,78	52,00
4–6 разів на тиждень	30,00	60,38	38,89	40,00
2–3 рази на тиждень	56,67	16,98	8,33	8,00
не вживаю	13,33			
Спроби дієти в анамнезі				
так	26,67	49,06	61,11	80,00
ні	73,33	50,94	53,85	20,00

Продовження таблиці 1

Тривалість останньої дієти (% від кількості осіб, які були на дієті)				
менше тижня	62,50	46,15	45,45	25,00
1 тиждень – 1 місяць	37,50	46,15	50,00	45,00
1–6 місяців		7,69	4,55	25,00
12 місяців				5,00
Ефективність останньої дієти (% від кількості осіб, які були на дієті)				
так	31,25	11,54		
ні	6,25	42,31	59,09	60,00
тимчасова	62,50	46,15	40,91	40,00
Причини закінчення дієти (% від кількості осіб, які були на дієті)				
важке відчуття голоду	50,00	53,85	68,18	75,00
досягнення результату	25,00	11,54		
дорогі дієтичні продукти	18,75	26,92	22,73	20,00
інше	6,25	7,69	9,09	5,00
Частота вживання алкогольних напоїв				
ніколи	15,00	3,77	2,78	4,00
1 раз на місяць	70,00	18,87	5,56	12,00
1 раз на тиждень	11,67	50,94	38,89	44,00
2–3 рази на тиждень	3,33	24,53	38,89	40,00
щодня		1,89	13,89	4,00
Куріння в даний момент				
так	38,33	43,40	55,56	44,00
ні	61,67	56,60	44,44	56,00
Думка, що куріння впливає на масу тіла (% від тих, хто курить)	43,48	56,52	60,00	54,55
так	30,43	26,09	35,00	27,27
ні	26,09	17,39	5,00	18,18

Висновок. Таким чином, у хворих на ожиріння I–III ступеня виявлено етіологічні чинники аліментарного ожиріння: збільшення частоти прийомів їжі, харчування в другій половині дня, надмірне вживання тваринних жирів, солі та солодошів, недостатнє вживання овочів та фруктів, часте вживання фаст-фуду, а також недостатню фізичну активність як чинник який сприяє збільшенню маси тіла.

Перспективи досліджень у цьому напрямі полягають в розробці комплексної програми фізичної реабілітації хворих на ожиріння, яка повинна буде включати корекцію виявлених порушень харчування та гіподинамії.

Список літератури

1. Паффенбаргер Р. Здоровый образ жизни / Р. Паффенбаргер, Э. Ольсен. – К. : Олімпійська література. – 2002. – 320 с.
2. Платонов В. Н. Сохранение и укрепление здоровья здоровых людей – приоритетное направление современного здравоохранения / В. Н. Платонов // Спортивна медицина. – 2006. – № 2. – С. 3–14.
3. Принципи здорового харчування : посіб. для поліпшення якості роботи. – CINDI, Україна. – К., 2001. – 29 с.
4. Седлецкий Ю. И. Современные методы лечения ожирения : руководство для врачей / Ю. Седлецкий. – СПб. : ЭЛБИ-СПБ, 2007. – 416 с.
5. Смирнова І. П. Модифікація способу життя – головний принцип профілактики хронічних неінфекційних захворювань / І. П. Смирнова, О. О. Кваша // Лікування та діагностика. – 2001. – № 4. – С. 20–23.

6. Школа здоровья. Избыточная масса тела и ожирение : руководство для врачей / под ред. Р. Г. Оганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112 с.
7. <http://glavcom.ua/articles/5085.html>
8. <http://www.ipaq.ki.se>

ОСОБЕННОСТИ СТИЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ I–III СТЕПЕНИ

Мария АРАВИЦКАЯ

Прикарпатский национальный университет имени Василя Стефаника

Аннотация. Статья посвящена определению особенностей стиля жизни больных ожирением I–III степени. При проведении анкетирования выявлены этиологические факторы алиментарного ожирения: увеличение частоты приема еды, питание во второй половине дня, избыточное употребление животных жиров, соли и сладостей, недостаточное употребление овощей и фруктов, частое употребление фаст-фуда. Их распространенность напрямую зависела от степени ожирения. При анкетировании за опросником IPAQ установлено, что больные ожирением I степени имеют достаточную, а II та III степени – недостаточную физическую активность.

Ключевые слова: ожирение, стиль жизни, питание, физическая активность.

FEATURES OF OBESE PATIENTS OF I-III DEGREE LIFESTYLE

Marija ARAVITSKA

Vasyl Stefanyk Precarpathian National University

Abstract. Article is devoted to defining features of the lifestyles of patients with obesity of I–III degree. The survey revealed etiological factors of alimentary obesity: increased frequency of meals, food in the afternoon, excessive consumption of animal fats, salt and sweets, inadequate intake of fruit and vegetables, frequent consumption of fast food. Their prevalence is directly dependent on the degree of obesity. In the survey by questionnaire IPAQ revealed that patients with obesity of first degree have a sufficient, and the second and third degrees – a lack of physical activity.

Keywords: obesity, lifestyle, nutrition, physical activity.