

в середньому темпі, плавання і ритмічні танці.

Відмова від шкідливих звичок також є ефективною профілактикою захворювань серця із зазначених вище причин.

Деякі вчені схильні вважати, що повне дотримання корисних звичок і любов до здорового способу життя здатні продовжити людське життя до 150 і навіть до двохсот років, незважаючи на сучасну екологію.

Ще одним етапом профілактики є обов'язкове лікування інфекційних захворювань будь-якого виду за допомогою курсу спеціальних антибіотиків [4].

Контролюйте артеріальний тиск, високий артеріальний тиск – фактор ризику інфарктів та інсультів.

Звичайно, щоб на 99% бути впевненим у тому, що ваше серце здорове і готове ще довгі роки служити вам, необхідно проходити щорічні профілактичні обстеження, в ході яких можуть бути виявлені навіть незначні порушення або недолік тих чи інших речовин [4].

### Література

1. Дудко В.В. Сердечные заболевания. – М.: Практика, 2003. – 319 с.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. проф. В.М. Коваленка, проф. М.І. Лутая, проф. Ю.М. Сіренка. – К.: Бізнес-поліграф, 2008. – 128 с.
3. Сумароков А.В., Моисеев В.С., Михайлов А.А. Разпознавание болезней сердца. – Ташкент, 1976.
4. Філімонов В.І. Нормальна фізіологія / К.: Здоров'я, 2003. – 325 с.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У МОЛОДИХ ЖІНОК ІЗ РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА**

*Боряк Х.Р., Весніна Л.Е.*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Харчування – основа нормальної життєдіяльності нашого організму. Невід'ємним базисом раціонального харчуванням являється харчова поведінка, яка не лише є основним компонентом задоволення фізіологічних потреб, але відіграє важливу роль у задоволенні психологічних потреб і підтриманні нормальної якості життя [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я виявлено стрімке зростання поширеності підвищення маси тіла і ожиріння, що стали однією з найбільших проблем охорони здоров'я ХХІ століття [2]. Дослідження, проведені останніми роками свідчать, що у осіб з підвищеною масою тіла та ожирінням формується патологічний стереотип харчування, що може призводити до значних порушення в психічній сфері [3].

Мета нашого дослідження: визначити взаємозв'язок особливостей харчової поведінки з показниками якості життя у молодих жінок з нормальною і підвищеною масою тіла.

У дослідженні взяли участь 42 особи жіночої статі віком 18-25 років. Проведено визначення зросту, маси тіла, індексу маси тіла (ІМТ), окружності талії, стегон, співвідношення окружності талії до окружності стегон. Групи сформовані за ІМТ. До контрольної групи (ІМТ 18,50-24,99 кг/м<sup>2</sup>)

увійшли 22 особи, до групи з підвищеною масою тіла (ІМТ 25,00-29,99 кг/м<sup>2</sup>) – 20 осіб. В обох групах оцінку харчової поведінки проводили за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) [4], визначення якості життя – за допомогою опитувальника SF-36 (Short Form Health Survey) [5]. Для статистичної обробки результатів використано програмний пакет STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., USA). Визначено середнє арифметичне (M) та його похибка (m). Для оцінки зв'язку величин проведено кореляційний аналіз. Статистично достовірними дані вважались при  $p < 0,05$ .

Результати дослідження. За допомогою опитувальника DEBQ виявляються обмежувальний, емоційний та екстернальний типи порушень харчової поведінки [4]. Визначено, що у жінок з нормальною масою тіла показник обмежувального типу харчової поведінки становив ( $2,58 \pm 0,46$ ), показник емоційний типу харчової поведінки ( $1,84 \pm 0,33$ ), екстернального типу харчової поведінки – ( $2,54 \pm 0,22$ ). У жінок з нормальною масою тіла переважав обмежувальним тип харчової поведінки, який характеризується періодами надмірних обмежень в прийомі їжі і безсистемній суворій дієті, які згодом можуть змінюватися періодами переїдання. У жінок з підвищеною масою тіла показник обмежувального типу харчової поведінки становив ( $2 \pm 0,14$ ), емоційного типу харчової поведінки – ( $2,41 \pm 0,22$ ), екстернального типу – ( $3,12 \pm 0,26$ ), ( $p < 0,05$ ).

У попередніх дослідженнях за допомогою опитувальника SF-36 [5], нами було виявлено, що у жінок з підвищеною масою тіла відмічалось достовірне зниження показників життєвої активності на 21,50%, соціального функціонування на 24,96%, рольового емоційного функціонування на 28,08%, психічного здоров'я на 13,72% у порівнянні з контрольною групою [6].

Виявлені позитивні кореляційні зв'язки середньої сили у жінок з нормальною масою тіла між показником обмежувального типу харчової поведінки та показниками психічного здоров'я ( $r = 0,443$ ,  $p < 0,05$ ) та інтенсивності болі ( $r = 0,488$ ,  $p < 0,05$ ). У жінок з підвищеною масою тіла визначено формування позитивних кореляційних зв'язків середньої сили між показниками емоційного типу харчової поведінки та психічного здоров'я ( $r = 0,516$ ,  $p < 0,05$ ).

Отримані дані свідчать, що у жінок з нормальною масою тіла переважав обмежувальний тип харчової поведінки. Для даного типу харчової поведінки визначено формування позитивних кореляційних зв'язків з показниками психічного здоров'я і інтенсивності болі. У жінок з підвищеною масою тіла переважали емоційний та екстернальний типи харчової поведінки з формуванням позитивного зв'язку між емоційним типом харчової поведінки і показником психічного здоров'я.

## Література

1. Нікіфорова Я.В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику / Нікіфорова Я. В // Сучасна гастроентерологія, 2015, 3 (83) –113-121 с.
2. . Власенко М.В., Семенюк І.В., Слободянюк Г.Г. Цукровий діабет і ожиріння — епідемія ХХІ століття: сучасний підхід до проблеми / Власенко М.В. , Семенюк І.В. , Слободянюк Г.Г. // Український терапевтичний журнал, 2011№ 2 –50-55 с.

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 глибокими

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 взаємопосилюють порушення ліпідного, пуринового, вуглеводного обмінів, що призводить до виникнення цукрового діабету 2-го типу, серцево-судинних захворювань та їх ускладнень. [2]