

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ТА СПОРТ

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-11-75-153>

УДК 615.83

Аліфіренко К.Л., Володимирова Н.І.

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИОТЕРАПІЯ ЖІНОК 45+ З ОЖИРІННЯМ

Анотація. У статті розглянуто сучасні аспекти поширеності, визначення та оцінки надлишкової маси тіла і ожиріння. Висвітлено питання підбору адекватної програми зниження ваги для жінок 45+. У всьому світі відзначається неухильне зростання поширеності ожиріння. В статті також наводяться фактори зовнішнього середовища, які впливають на надмірне споживання калорійної їжі, багатой на жири і вуглеводи, що легко засвоюються, хаотичний режим харчування з переважанням «рясного» харчування у вечірній і нічний час, низька фізична активність. Також описано заходи попередження ожиріння у жінок віком 45+ первинної профілактики, які проводять серед здорових людей. Вони найбільш ефективні, коли спрямовані на все населення в цілому. Основою є принципи здорового харчування. Медичним працівникам у цих заходах належить провідна і координуюча роль. В статті проаналізовано сучасні підходи до корекції маси тіла та обґрунтовано найбільш раціональні довгострокові заходи фізичної реабілітації для жінок віком 45+.

Ключові слова: надлишкова маса тіла, ожиріння, індекс маси тіла, склад тіла, студенти, зниження ваги, фізична активність.

Alifrenko Kristina, Volodymyrova Nataliya

National University of Physical Education and Sports of Ukraine

PHYSIOTHERAPY FOR 45+ OBESE WOMEN

Summary. Today obesity is one of the most common diseases both in Ukraine and in the world. Obesity has been declared a new non-communicable epidemic of the XXI century by the world health organization (who). The social significance of this pathology is due to the progressive nature of the disease, which is manifested by numerous clinical symptoms and severe metabolic disorders that cause severe functional and structural changes in various organs and systems of the body. Research of features of application of means of physical rehabilitation among women aged 45+ with obesity is very important as there is a need for versatile, complex strengthening of health, prevention of complication of involutive age changes in an organism, increase of motor activity of the women suffering from obesity of alimentary Genesis. On the other hand, the availability of today a large number of tools, methods of recreational physical training and programs allows in accordance with the individual goals of the patient to develop their own program of physical rehabilitation. In this regard, the wide prevalence of the disease necessitates the development and implementation of a comprehensive program of physical therapy, which would be aimed at stabilizing the functional state and correction of body weight in women aged 45+. All of the above determines the relevance, scientific and practical significance of the chosen topic. The article deals with the modern aspects of the prevalence, definition and estimation of excess body weight and obesity. The issue of selection of adequate weight loss program for women 45+ is covered. There is a steady increase in the prevalence of obesity worldwide. The article also outlines environmental factors that affect the intake of high-calorie, high-fat, easy-to-digest carbohydrates, chaotic eating habits with an abundance of «abundant» nutrition in the evening and night, and low physical activity. Also described are measures to prevent obesity in women aged 45+ primary prevention, which are conducted among healthy people. They are most effective when targeted at the whole population. The basis is the principles of healthy eating. Healthcare professionals play a leading and coordinating role in these activities. The article analyzes modern approaches to body weight correction and substantiates the most rational long-term physical rehabilitation measures for women aged 45+.

Keywords: overweight, obesity, body mass index, body composition, students, weight loss, physical activity

Постановка проблеми. Проблеми надлишкової ваги у жінок 45+ досягли такої актуальності у всьому світі, що зараз починають поговорювати про чергову «чуму двадцять першого століття». Цілковито точно визначено, що особи, які мають надлишкову вагу, в 3 рази частіше від людей з нормальною вагою хворіють артеріальною гіпертонією, в 2,5 рази частіше в них розвиваються порушення вуглеводного обміну, в тому числі – цукровий діабет. Відомо, що 90% всіх випадків діабету – це діабет другого типу, а серед хворих 80–90% пацієнтів мають ожиріння.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Суспільна значимість проблеми НМТ та ожиріння обумовлена їх негативним впливом на стан здоров'я і якість життя, високим ризиком розвитку важких захворювань, серед яких перші місця посідають серцево-судинні недуги, цукровий діабет II типу [9, с. 85], а також високим рівнем смертності (щорічно більше 1 млн. смертей в Європейському регіоні пов'язані з ожирінням) [20, с. 55]. За останні роки значно підвищилися темпи зростання кількості людей з надлишковою вагою: приріст за кожні 10 років становить 10% від попередньої кількості. В Україні ситуація з зайвими кілогра-

мами відображає світові тенденції. Згідно статистичних даних загалом в українській популяції НМТ відмічається більше, ніж у половині дорослого населення, ожиріння – у 20,4% жінок і 11% чоловіків. З віком поширеність ожиріння прогресує як серед чоловічої, так і серед жіночої популяції: серед українців працездатного віку ожиріння мають 30% дорослого населення у віці 25-30 років і майже 50% у віці 45-50 років [6, с. 62]. В Україні 15-16% дітей шкільного віку мають НМТ і зберігається небезпека зростання цих показників [15, с. 83]. Встановлено, що серед жінок різного віку дана патологія зустрічається частіше, ніж серед чоловіків, що пов'язано з відмінностями в структурі і функціях чоловічого та жіночого організму [1, с. 7]. Зараз для оцінки надмірної ваги і ожиріння серед дорослих прийнято використовувати індекс маси тіла (ІМТ), який обчислюється як відношення ваги у кг до квадрату зросту у м², і корелює з вмістом жирової тканини в організмі. Встановлено, що ІМТ 18,5–24,9 кг/м² свідчить про нормальну вагу, 25–29,9 кг/м² – НМТ, ≥ 30 кг/м² – ожиріння, яке може бути далі розподілене на підставі важкості ожиріння (класифікація ВООЗ). ІМТ також є важливим для оцінки відносного ризику розвитку захворювань, пов'язаних з ожирінням.

На сьогоднішній день ожиріння визнано хронічним захворюванням, яке є складним, багатofакторним і включає екологічні (соціальний і культурний), генетичні, фізіологічні, метаболічні, поведінкові, і психологічні компоненти. Ожиріння як хворобу слід відрізнити від надмірної ваги, коли вміст жиру в організмі незначно підвищений, і ризик для здоров'я виявляється мінімальним (див. табл. 1). Найчастіше зустрічається аліментарно-конституціональне ожиріння (70-80% хворих), при якому через надлишок тривалого надходження з їжею енергії порівняно з енерговитратами відбувається накопичення жиру (позитивний енергетичний дисбаланс) [1, с. 6]. Слід враховувати, що частіше воно виникає у осіб ендоморфного (пікнічного) типу, тому конституціональна схильність повинна враховуватись. Добре дисципліноване життя з регулярними фізичними навантаженнями і збалансованим харчовим раціоном знижує можливості накопичення зайвої ваги

Мета дослідження – на основі аналізу сучасних підходів до корекції маси тіла обґрунтувати найбільш раціональні довгострокові заходи фізичної реабілітації для жінок віком 45+.

Завдання дослідження: 1) вивчити стан проблеми поширеності НМТ серед жінок віком 45+ і визначити фактори, що цьому сприяють;

2) на основі даних спеціальної літератури проаналізувати сучасні підходи до фізичної реабілітації осіб з НМТ та ожирінням; 3) визначити найбільш ефективні технології зниження ваги, які можуть бути застосовані для жінок віком 45+ з НМТ.

Методи дослідження: теоретичного аналізу й узагальнення інформації.

Виклад основного матеріалу. Основу лікування хворих на ожиріння у жінок віком 45+ становить, як уже зазначалося, застосування малокалорійною (скороченої) дієти з обмеженням вуглеводів на тлі підвищеної фізичної активності гладких хворих [1, с. 5].

Поряд з дієтологією і руховим режимом хворим на ожиріння, в тому числі і ендокринними формами, патогенетично обґрунтовано призначення природних і преформованих фізичних факторів.

На думку багатьох фахівців, фізичні засоби займають друге за значенням місце в комплексній терапії ожиріння. Лише при четвертого ступеня ожиріння, коли спостерігаються різко виражені і численні ускладнення, коли розвивається серцево-судинна і дихальна недостатність, фізіотерапія використовується дуже обмежено і лише по щадним (ненагрудочним) методиками. Доречно підкреслити, що хворим з ендокринними та церебральними формами ожиріння фізична терапія проводиться на тлі або після специфічного медикаментозного лікування.

Завдання фізіотерапії: вплинути на основні ланки патогенезу захворювання, сприяти нормалізації (корекції) діяльності ендокринної системи, поступово знизити масу тіла, стимулювати адаптаційно-компенсаторні механізми, сприяти нормалізації обміну речовин, підвищити енерговитрати організму, поліпшити функції нервової, серцево-судинної і дихальної систем, перешкодити розвитку ускладнень і хвороб – супутників ожиріння. З фізичних методів лікування при всіх формах ожиріння найбільш часто використовують лікувальну фізкультуру [1, с. 7].

Основне завдання ЛФК полягає в регуляції обміну речовин шляхом посилення окисних і ліполітичних процесів, а також у поліпшенні функцій серцево-судинної і дихальної систем.

З коштів лікувальної фізкультури застосовують ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, дозовану ходьбу, рухливі спортивні ігри та спортивні вправи, фізична праця на свіжому повітрі [2, с. 18].

Комплекс фізичних вправ доцільно будувати на основі велоергометричних тестів, оскільки із збільшенням ступеня ожиріння резервні можливості

Таблиця 1

Сучасна класифікація надлишкової маси тіла та ожиріння

Стан	ІМТ, кг/м ²	Ризик розвитку супутніх захворювань
Нормальна вага	18,5-24,9	Середній
Надлишкова вага	25,0-29,9	Підвищений
Ожиріння		
– помірне (I клас)	30,0-34,9	Помірний
– виражене (II клас)	35,0-39,9	Високий
– паталогічне, крайнє (III клас)	≥ 40	Дуже високий

Джерело: складено автором за джерелом [1]

організму, функціональні можливості серцево-судинної системи знижуються. При правильному дозуванні названі вправи підвищують енергетичні витрати організму, покращують діяльність різних органів і систем, знижують масу тіла.

З метою поліпшення периферичного кровообігу, зняття втоми, підвищення тонуусу і рухової активності хворого в комплекс з лікувальною фізкультурою добре включати загальний масаж.

Велике місце в комплексній фізіотерапії належить потогінну процедурам. Вони показані хворим на ожиріння, у яких немає порушень з боку серцево-судинної діяльності.

Як потогінних процедур можна використовувати загальні світлові ванни. Вони проводяться при температурі 55-60°C протягом 15-20 хв через день (10-15 процедур на курс лікування). Світлові ванни добре чергувати з хлоридними, натрієвими (морськими) ваннами (20-30 г/л при 38-39°C, по 10-15 хв). Для отримання потогінний ефекту використовують загальні вологі укутування (45-60 хв щодня). З цією ж метою застосовують сухоповітряні і парові гарячі процедури [2, с. 20].

Слід пам'ятати, що ці процедури, особливо лазня-парильня (російська лазня), вельми навантажувальні для хворих на ожиріння. Тому вони застосовуються лише у хворих ожирінням I-II ступеня без явищ недостатності кровообігу. Перебування в сауні складає 8-12 хв, його повторюють протягом процедури 2-3 рази. При користуванні російською лазнею перебування в парильні не повинне перевищувати 10 хв при температурі на полиці 69-70°C і відносній вологості повітря 30-40%. Для стимуляції потовиділення можна використовувати також деякі інші теплолечебні процедури (грязьові та парові ванни, парафінові аплікації та ін.)

Слід мати на увазі, що теплолечебні методи, як, втім, і електролікування, у хворих на ожиріння можуть широко застосовуватися при різних супутніх захворюваннях (найчастіше хвороб органів травлення, опорно-рухового апарату і периферичної нервової системи). Принципове значення (за відсутності протипоказань) має включення в лікувальний комплекс гідро-і бальнеотерапії, що сприяють зниженню маси тіла, поліпшенню обмінних процесів кровообігу, що підтримують м'язовий і психоемоційний тонус, що надають тонізуючий і гартує, що підвищують рухову активність хворого [19, с. 5].

Найбільш активні контрастні ванни, при яких бажано поєднувати дію температурного чинника і руху. Ці ванни нормалізують артеріальний тиск, покращують скоротливу функцію міокарда, стан центральної нервової системи, підсилюють теплопродукцію організму. Температура гарячої води – 40-45°C, час перебування в ній – 3-6 хв; температура води холодного басейну поступово знижується з 25 до 18°C, час перебування в ній – до 1 хв. Починається процедура з занурення в гарячий басейн, закінчується купанням у холодній воді, робиться по 3-6 заходження в кожен басейн. Курс лікування – 15-18 щоденних процедур. При ожирінні I-II ступеня без ускладнень контраст температур може бути до 20°C, при ожирінні I-III ступеня в осіб старшого віку з серцево-судинними захворюваннями різниця температур значно менше – 10-13°C, температура гарячої води

не більше 38°C, процедуру закінчують в гарячій ванні, процедури можна проводити через день, 12-15 на курс лікування [19, с. 3].

При ожирінні широко використовуються душі: душ Шарко, циркулярний, віяловий, шотландський, підводний душ-масаж.

При цих впливах поряд з температурним роздратуванням певну роль грає і механічне подразнення шкірних рецепторів. Водяний струмінь виробляє глибокий масаж тканин, покращує крово-і лімфообіг, сприяє зниженню маси тіла.

Душові процедури проводяться за наступними варіантами методик:

1) душ Шарко, віяловий душ: температура 35-30°C, тиск – 1,5-3 атм, тривалість процедури 3-5-7 хв кожного дня або через день, на курс – 10-16 процедур;

2) шотландський душ: поперемінне вплив гарячої (37-45°C) і холодної (25-18°C) водяних струменів, тиск – 1,5-3 атм; час впливу кожної струменя – від 20 до 50 с; загальний час – 3-5 хв щодня або через день, курс – 16-18 процедур;

3) струєвої душі показані хворим ожирінням I-II ступеня в основному молодого та середнього віку;

4) циркулярний душ більш показаний хворим астеноізованим без явищ дратівливості. Температура води поступово знижується з 36-34 до 25°C, тривалість – 2-5 хв щодня або через день, курс лікування – 15-20 процедур;

5) при ожирінні III-IV ступеня можна обережно використовувати дощові душі; підводний душ-масаж: температура води – 36-37°C, тиск струменя води – 1-3 атм, тривалість – 12-15 хв через день або щодня, курс лікування – 10-15-18 процедур. Встановлено, що після курсу лікування у хворих знижується підвищений рівень холестерину, відзначається істотна редукція маси тіла.

З бальнеологічних процедур хворим показані вуглекислі, сульфідні, радонові, скипидарні та інші ванни. Вони стимулюють процеси обміну речовин, покращують капілярний кровообіг і функцію тканинного дихання, надають нормалізує вплив на центральну нервову систему, нейроендокринну регуляцію обміну речовин.

Сульфідні ванни позитивно впливають на жировий, білковий, вуглеводний обмін речовин, вони вибірково-збудливо діють на каротидні хеморецептори, що володіють властивістю регулювати функцію ендокринних залоз. Як сильний відновник групи білкових і ферментативних систем. Сульфідні ванни викликають виражені гемодинамічні зрушення в організмі, знижують артеріальний тиск, посилюють серцеві скорочення.

Загальні сульфідні ванни призначаються за ступеневою (наростаючою по концентрації) методикою (50, 100, 150 мг/л сірководню, температура – 36-34°C, тривалість – 6-15 хв, через день, на курс – 10-12 ванн). Сульфідні ванни застосовують у хворих аліментарним ожирінням I-III ступеня при супутніх захворюваннях суглобів, периферичної нервової системи, початкових стадіях гіпертонічної хвороби.

При ожирінні I-II ступеня, що протікає без істотних ускладнень, показані вуглекислі ванни, які сприяють зниженню рівня інсуліну, підвищення рівня естріолу та естрадіолу. Вуглекислі

ванни підсилюють систолу, подовжують діастолу, сповільнюють серцевий ритм, знижують артеріальний тиск, покращують кровопостачання серцевого м'язу, посилюють діурез, підвищують стійкість організму до надмірної кількості вуглекислого газу і нестачі кисню.

Ванни проводяться при температурі 35-36°C, яку поступово знижують до 33-32°C, а тривалість – з 7-8 до 12-15 хв. Ванни проводять через день, на курс лікування призначають 10-12 процедур.

Радонові ванни концентрації 40-80 нки/л з температурою 36-34°C проводяться через день або два дні поспіль, і в третій день – перерва; тривалість – 10-15 хв, всього на курс – 12-15 ванн. Ці ванни надають седативну дію на центральну нервову систему. Стимулюють функцію кори надниркових залоз і симпатoadреналову систему. Враховуючи їх анальгезуючу, протизапальну, десенсибілізуючу дію, їх доцільно призначати хворим на ожиріння при супутніх захворюваннях опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи та жіночої статеві сфери.

При ожирінні I-III ступеня застосовують хлоридні натрієві (морські) і йодобромні ванни. Хлоридно-натрієві ванни проводять з концентрацією солі 30-40 г/л, температура води – 36-37°C, тривалість – 12-15 хв. На курс лікування – 12-15 процедур; їх краще проводити через день або 2 дні підряд, третій день – перерва. Йодобромні ванни (методика стандартна) більше показані при гіпофізарном ожирінні.

Мінеральні води застосовуються також для підводних кишкових промивань. Для цих цілей найчастіше використовують гідрокарбонатні мінеральні води. Вони сприяють нормалізації моторної функції сигмовидної кишки і припинення запорів, усувають порушення кислотно-лужного та електролітного балансу.

Особливо вони виправдані при першого ступеня ожиріння, коли спостерігаються звичні запори і немає ознак кардиореспіраторної недостатності.

Потера маси тіла сприяє гіпербаричнаоксигенація. Вона не тільки посилює ліполіз і покращує обмін речовин, але і усуває тканинну гіпоксію, так як підвищений тиск створює сприятливі умови і можливості забезпечення тканин киснем (тривалість процедури – 60 хв, 2 атм через день, на курс – 10-14 процедур). На цьому ж принципі ґрунтується застосування кисневих коктейлів (піни), збагачених вітаміном С.

Кисневу піну приймають 3 рази на день за 1: -1,5 год до їди по 1-1,5 л (до почуття насичення). Можна 6-7-кратним прийомом кисневої піни замінити їжу в розвантажувальні дні. Курс лікування – 25-30 днів. В амбулаторних умовах 1 раз на тиждень або декаду влаштовують 2 розвантажувальних кисневих днів. Не відображено ентральна оксигенотерапія при панкреатиті, спайкової хвороби. З процедур загальної дії, що застосовуються як на курортах, так і в позакурортних умовах для лікування хворих на ожиріння, слід згадати про кліматотерапію.

Кліматичні фактори впливають на терморегуляторний апарат, покращують нейроендокринну регуляцію, функції дихання і кровообігу, підвищують інтенсивність окислювально-відновних процесів в тканинах, нормалізують реактивність

організму, надають гартуючу і тренувальну дію на організм в цілому і окремі його системи. Кліматотерапію проводять у вигляді аеро-геліо-таласотерапії.

Аеротерапія у вигляді повітряних ванн проводиться при E_{et} 18-22°C; тривалість її поступово збільшується від 20-30 хв до 1,5-3 ч. Прохолодні повітряні ванни надають більш гартуючу дію (E_{et} 16-19°C, тривалість – від 5-10 хв до 1,5-2 год).

Прохолодні і холодні (E_{et} – 10-15°C, 10-15 хв) ванни призначають у поєднанні з самомасаж, гімнастичними вправами хворим I ступеня ожиріння. При недостатності адаптації до дії кліматичних факторів аеротерапію проводять по делікатній методикою: спочатку перебування на повітрі в одязі – 1-1,5 год, а потім повітряні ванни тільки в зоні комфортного тепловідчуття (E_{et} – 20-22°C).

Геліотерапія проводиться у вигляді загальних сонячно-повітряних ванн по режиму слабкого (від 0,25 до 1 біодози), помірно інтенсивного (від 0,25 до 2 біодоз) та інтенсивного (від 0,25 до 3 біодоз) курсу. Курс лікування складається з 10-12 сонячних ванн. Вони активують симпатoadреналову систему, нормалізують процеси терморегуляції.

Геліотерапія застосовується хворим на ожиріння I і II ступеня молодого та середнього віку без істотних порушень з боку серцево-судинної системи. Ефективність комплексного лікування хворих на ожиріння підвищують морські купання (або плавання в прісній воді). Вони застосовуються по режиму помірного (температура не нижче 18°C) або частіше по режиму слабкого (температура води не нижче 20°C) впливу.

З метою стимуляції всього організму, поліпшення настрою і працездатності хворого, нормалізації обміну речовин, в тому числі і жирового, можна використовувати і ультрафіолетові промені. Застосовують загальні ультрафіолетові опромінення по основній або сповільненій схемі (до 2-2,5 біодози, 20-24 процедури).

Для поліпшення стану вуглеводного, ліпідного та водно-сольового обміну, усунення проявів кетоацидозу показані питні мінеральні води. Для питного лікування хворих на ожиріння застосовують маломінералізовані (2-5 г/л) або середньомінералізовані води (5-10 г/л) різного хімічного складу: гідрокарбонатні, хлоридні натрієві, сульфатно-кальцієво-магнієві, вуглекислі, солоно-лужні та ін. Вони сприяють підвищенню глікогенообразовательної функції печінки, зниження підвищеного рівня різних фракцій ліпідів, позитивних зрушень електролітного балансу, підвищенню лужних резервів організму. Мінеральні води зменшують резорбцію харчових жирів і мають послаблюючу і діуретичною дією, сприятливо впливають на супутні захворювання органів травлення.

При неускладнених формах ожиріння мінеральну воду призначають по 150-200 мл на прийом (з розрахунку 2-3 мл/кг). Тривалість курсу – 3-4 тижні. При супутніх артеріальній гіпертонії, атеросклерозі застосовують більш щадні водні навантаження: по 100-150 мл 1-2 рази на день; за наявності захворювань нирок збільшується число прийомів води до 5-6 разів, а її загальна кількість – до 1,5-2,0 л на день, якщо немає

ознак недостатності кровообігу. З пляшкових мінеральних вод хворим ожирінням можна рекомендувати наступні: Єсентуки № 4 і № 20, на-рзан, смірновська, славяновская, феодосійська, боржомі, Джермук і ін.

Хворим на ожиріння доцільно в лікувальний комплекс включати і деякі спеціальні фізіотерапевтичні методи.

Для придушення збудливості харчового центру у хворих на ожиріння I-III ступеня рекомендується введення анорексигенної препарату фепранона у вигляді електроаерозолі.

Метод інгаляцій негативно заряджених частинок водного розчину фепранона дозволяє уникати побічної дії препарату, зменшувати його дозування. На одну процедуру використовують 1,5-2 таблетки фепранона (по 25 мг), які розчиняють в 50 мл дистильованої води. Процедури проводять 2 рази на день: за 30 хв до сніданку і обіду. Курс лікування складається з 40-60 процедур.

При церебрально-ендокринних формах ожиріння застосовують електричне поле ультрависокої частоти на область проміжного мозку (битемпоральная методика, оліготерміческая дозування, 5-10 хв, 10-15 процедур, через день).

При ліподістрофічних формах ожиріння рекомендується гепарин-електрофорез. Він проводиться на ділянки жирових відкладень при наступних параметрах: 10-15 тис. од. гепарину на процедуру, активний електрод-катод, щільність струму – 0,03 – 0,05 мА/см², 20-30 хв, курс лікування складається з 30-50 процедур. Для зменшення надлишку маси тіла при обмежених, локальних надмірних відкладеннях жирового шкірно-підшкірного шару використовують також синусоїдальні модульовані струми за методикою електростимуляції. Вплив проводиться на прямі м'язи живота і на чотириглаву м'яз стегон при наступних параметрах: змінний режим 30 Гц 75-100%, 10-16 хв на поле, курс лікування – 15-20 процедур. Площа прокладок, що застосовуються для лікування, дорівнює 250-300 см². Електростимуляція знижує підвищений рівень загальних ліпідів у сироватці крові, вміст атерогенних фракцій ліпопротеїдів і холестерину, імунореактивного інсуліну, призводить до значного зменшення надлишку маси тіла за рахунок її жирового компонента [18, с. 122].

Ожиріння, що представляє патологічне збільшення маси тіла за рахунок надмірного накопичення жирової тканини, є самостійним хронічним захворюванням і водночас – найважливішим фактором ризику інсулінонезалежного цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, жовчнокам'яної хвороби та деяких злоякісних новоутворень.

Докази причинно-наслідкового зв'язку ожиріння з серйозними метаболічними порушеннями і серцево-судинними захворюваннями визначають важливість цієї проблеми для сучасної охорони здоров'я і дозволяють говорити про ожиріння як серйозну загрозу громадському здоров'ю.

У всьому світі відзначається неухильне зростання поширеності ожиріння. Основну роль у його високій поширеності грають фактори зовнішнього середовища, такі, як надмірне споживання калорійної їжі, багаті на жири і вуглеводи, що легко засвоюються, хаотичний режим харчування

з переважанням «рясного» харчування у вечірній і нічний час, низька фізична активність. Люди схильні до переїдання жирної висококалорійної їжі, оскільки вона смачніша за рахунок підвищеного вмісту жиророзчинних ароматичних молекул і не вимагає ретельного пережовування. Важливу роль відіграє і активне просування на ринку висококалорійних продуктів.

Попередження ожиріння – це заходи первинної профілактики, які проводять серед здорових людей. Вони найбільш ефективні, коли спрямовані на все населення в цілому. Основою є принципи здорового харчування. Медичним працівникам у цих заходах належить провідна і координуюча роль.

Первинну профілактику ожиріння необхідно проводити: при генетичній і сімейній схильності, при схильності до розвитку захворювань, супутніх ожирінню (цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії, шемічної хвороби серця), при наявності факторів ризику метаболічного синдрому, особливо у жінок при ІМТ > 25 кг/м² [1, с. 7].

Вторинна профілактика ожиріння також вимагає активної участі сімейних лікарів. Залучення ними дієтологів, нутриціологів, ендокринологів має сприяти ранньому виявленню ожиріння та попередженню його наслідків і ускладнень.

При зниженні маси тіла в осіб з надлишковою вагою і ожирінням зменшується задишка під час фізичного навантаження, підвищується фізична працездатність, спостерігається гіпотензивний ефект, поліпшується настрій, працездатність, сон, що в цілому підвищує якість життя хворих. Одночасно зменшуються дисліпідемії, а при наявності цукрового діабету знижується рівень цукру в крові. Отже, в результаті зниження маси тіла відбувається поліпшення прогнозу життя і зниження ризику розвитку серцево-судинних захворювань.

Основою методу зниження надмірної маси тіла є збалансований за калорійністю раціон харчування. Необхідно пояснити пацієнтові правила збалансованого харчування як щодо калорійності, так і його складу. Залежно від вираженості ожиріння і з урахуванням стану пацієнта та його професійної діяльності призначають гіпокалорійну дієту на 15-30% нижчу від фізіологічної потреби.

Пацієнтів треба навчити розрізняти низько-, помірно- і висококалорійні продукти. Продукти, що рекомендують до споживання без обмеження, мають забезпечити відчуття насичення (нежирні сорти м'яса, риби), задовольнити потреби в солідному (ягоди, чай з цукрозамінником), створити відчуття наповнення шлунку (овочі). Раціон харчування слід збагачувати продуктами з ліполітичними властивостями (огірки, ананаси, лимон) і які збільшують термогенез (зелений чай, негазована мінеральна вода, морепродукти).

До програми зі зниження маси тіла необхідно включати не тільки дієтичну корекцію, а й обов'язкові аеробні фізичні тренування, що дозволить підвищити або зберегти якість життя пацієнтів. Найбільш ефективні втручання, спрямовані на корекцію ожиріння, охоплюють поєднання активних консультацій з корекції харчування, дієти і вправ з поведінковими стратегіями, спрямованими на те, щоб допомогти пацієнтові придбати відповідні навички.

Тривалість та інтенсивність вправ залежить від стану серцево-судинної системи. Обов'язкові обмеження пацієнта, визначення толерантності до фізичних навантажень. Найбільш доступним і простим методом фізичної активності є дозована ходьба або дозований біг у помірному темпі. При цьому особливо важлива регулярність занять, що вимагає вольових зусиль і психологічного настрою.

Показано, що фізична активність призводить до помірного підвищення енерговитрат і сприяє зміні енергетичного балансу. Але іноді фізичні навантаження при безсумнівній користі не дають значного зниження маси тіла, що пояснюється перерозподілом вмісту жирової маси (вона зменшується) у бік зростання м'язової маси.

Обов'язкові заходи з профілактики ожиріння [18, с. 123]:

1. Регулярна оцінка маси тіла всіх пацієнтів, визначення окружності талії. Якщо ці показники в межах норми або знижуються, слід проінформувати пацієнта і схвалити його поведінку.

2. Оцінка характеру харчування і харчових звичок, прогностично значущих для розвитку ожиріння, яку бажано проводити всім пацієнтам, незалежно від величини ІМТ.

3. Інформування пацієнтів про шкоду надмірної маси тіла, особливо про ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

4. Пацієнтам з ІМТ вище 30 необхідно рекомендувати зниження маси тіла до 27 і нижче як довгострокову мету. При цьому зниження маси тіла має становити не більше 0,5-1 кг на тиждень. Якщо зміни харчування недостатньо ефективні, рекомендують введення низькокалорійної дієти.

5. Постійне спостереження і підтримка пацієнта під час лікування ожиріння. Бажано кожного тижня або хоча б раз на два тижні повторно вимірювати ІМТ, перевіряти щоденник харчування, висловлювати пацієнтові схвалення та заохочення, спостерігати за збільшенням рухової активності та фізичних навантажень.

І система харчування, і фізичні навантаження потребують ретельного, добре продуманого і жорстко індивідуального дозування. Але часто, коли лікар висловлює пацієнтові побажання

схуднути, він не дає конкретних рекомендацій, залишаючи побажання схуднути не більш ніж побажанням. Не до кінця усвідомлюється і те, що лікування ожиріння, як, до речі, і лікування будь-якого іншого пацієнта на те чи інше хронічне захворювання, повинно носити безперервний характер. Тобто комплекс заходів, спрямованих на активне зменшення надлишкової маси тіла, ні в якому разі не повинен закінчуватися поверненням пацієнта до звичайного для нього і його сім'ї харчування і способу життя. Він має плавно переходити до комплексу заходів, спрямованих на підтримку досягнутого результату.

Висновки даного дослідження та перспективи подальшого розвитку. Поширеність надлишкової маси тіла серед різних категорій населення у більшості країн світу досягла критичної межі і становить реальну загрозу суспільному здоров'ю. Частка осіб з огрядністю серед студентів вузів, особливо серед дівчат, є високою (на рівні 20%), чому сприяють особливості студентського способу життя: незбалансоване харчування, низька фізична активність, високі навчальні навантаження, часті стресові ситуації, шкідливі звички.

Враховуючи негативний вплив ожиріння на здоров'я людей, особливо жінок віком 45+, високим ризиком виникнення численних захворювань та ускладнень, що загрожують інвалідністю і смертністю в майбутньому, необхідно виробити адекватний підхід до стійкого зниження маси тіла, який базується на впровадженні довгострокових змін способу життя та реабілітаційних заходів з корекцією харчового раціону і підвищення рівня фізичної активності.

Посилення рухової активності жінок віком 45+, можливо забезпечити шляхом введення систематичних фізичних тренувань (тривалістю 40-60 хвилин не менше трьох разів у тиждень), що включають різноманітні види аеробних навантажень у поєднанні з фізичними вправами на розвиток гнучкості, сили, координації.

Перспективи подальших пошуків полягають у розробці і обґрунтуванні ефективності довгострокових програм зниження ваги жінок віком 45+ з надлишковою вагою та ожирінням.

Список літератури:

1. Аметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века. *Тер. архив.* 2002. № 10. С. 5–7.
2. Блавт О.З. Плавання як метод позбавлення хвороби ожиріння жінок віком 45+. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз. вих. і спорту.* 2010. № 1. С. 17–25.
3. Благосклонная Я.В. Ожирение и его потенциальная роль в развитии метаболического синдрома. Лечение. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* 1999. № 1. С. 34–36.
4. Виру А.А., Юрина Т.А., Смирнова Т.А. Аэробные упражнения. Москва : Физкультура и спорт, 1988. 148 с.
5. Гамалий Н.В. Современные физкультурно-оздоровительные технологии в физическом воспитании женщин первого зрелого возраста. *Физическое воспитание студентов творческих специальностей.* 2009. № 3. С. 33–40.
6. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль. *Здоров'я України.* 2007. № 21/1 (ноябрь). С. 62–63.
7. Грибан Г. Аналіз стану здоров'я жінок віком 45+. *Спортивний вісник Придніпров'я: Науковотероретичний журнал.* 2004. № 7. С. 130–132.
8. Евдокимова Т.А. Роль физических нагрузок в профилактике и лечении ожирения (обзор литературы). *Спортивная медицина.* 2005. № 1. С. 79–86.
9. Ивлева А.Я. Ожирение – проблема медицинская, а не косметическая. Москва, 2002. 176 с.
10. Креславский Е.С. Избыточная масса тела и образ физического "Я". *Вопросы психологии.* 1987. № 2. С. 113–117.
11. Кузнецова Л.М. Показатели психического здоровья. *Гигиена и санитария.* 2008. № 3. С. 59–63.
12. Мартиросов Э.Г. Технологии и методы определения состава тела человека. Москва : Наука, 2006. 248 с.
13. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. Москва : МЕДпресс-Информ, 2005. 328 с.
14. Мельниченко Г.А. Ожирение в практике эндокринолога. *Русский медицинский журнал.* 2001. Т. 9. № 2. С. 82–87.

15. Миняйлова Н.Н. Социально-генетические аспекты ожирения. *Педиатрия*. 2001. № 2. С. 83–87.
16. Ожирение у женщин 45+ / Под ред. Ю.И. Стрив, Л.П. Чурилов, Л.А. Чернова, А.Ю. Бельгов. Санкт-Петербург : ЭЛБИ, 2006. 216 с.
17. Особенности окисления жиров при физических нагрузках различной интенсивности у больных абдоминальным ожирением. *Проблемы эндокринологии*. 2010. № 2. С. 20.
18. Пилипчук В.В. Надлишкова маса тіла жінок віков 45+ як проблема метаболізму і фізичної активності. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз. вих. і спорту*. 2011. № 4. С. 122–124.
19. Прилепская В.Н. Проблема ожирения и здоровье женщины. *Гинекология*. 2005. Т. 7. № 4. С. 3–6.

References:

1. Ametov, A.S. (2002). Ozhirenie – epidemiya XXI veka [Obesity – The 21st Century Epidemic]. *Ter. Archive*, no. 10, pp. 5–7.
2. Blavt, O.Z. (2010). Plavannia yak metod pozbavlennia khvoroby ozhyrinnia zhinok vikom 45+ [Swimming as a method of getting rid of obesity in women aged 45+]. *Pedagogy, psychology and medical and biological problems of physical education and sports*, no. 1, pp. 17–25.
3. Blagosklonnaya, Ya.V. (1999). Ozhirenie i ego potentsial'naya rol' v razvitii metabolicheskogo sindroma. Lechenie [Obesity and its potential role in the development of metabolic syndrome. Treatment]. *New St. Petersburg medical records*, no. 1, pp. 34–36.
4. Viru, A.A., Yurina, T.A., & Smirnova, T.A (1988). Aerobnye uprazhneniya [Aerobic exercise]. Moscow: Fizkul'tura i sport, 148 p. (in Russian)
5. Gamaliy, N.V. (2009). Sovremennye fizkul'turno-ozdorovitel'nye tekhnologii v fizicheskom vospitanii zhenshchin pervogo zrelogo vozrasta [Modern fitness technologies in the physical education of women of the first adulthood]. *Physical education of students of creative specialties*, no 3, pp. 33–40. (in Ukrainian)
6. Hgorbas, I.M. (2007). Faktory ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan: poshyrenist i control [Risk factors for cardiovascular disease: prevalence and control]. *Health of Ukraine*, no. 21/1 (november), pp. 62–63.
7. Hgryban, Hg. (2004). Analiz stanu zdorovia zhinok vikom 45+ [Analysis of the health status of women 45+]. *Prydniprovyi Sport Bulletin: Scientific and Theoretical Journal*, no. 7, pp. 130–132.
8. Evdokimova, T.A. (2005). Rol fizicheskikh nagruzok v profilaktike i lechenii ozhireniya (obzor literatury) [The role of physical activity in the prevention and treatment of obesity (literature review)]. *Sports medicine*, no. 1, pp. 79–86.
9. Ivleva, A.Ya. (2002). Ozhirenie – problema meditsinskaya, a ne kosmeticheskaya [Obesity is a medical problem, not cosmetic]. Moscow, 176 p. (in Russian)
10. Kreskavskiy, E.S. (1987). Izbytochnaya massa tela i obraz fizicheskogo «Ya» [Overweight and the image of the physical “I”]. *Psychology issues*, no. 2, pp. 113–117.
11. Kuznetsova, L.M. (2008). Pokazateli psikhicheskogo zdorov'ya [Mental health indicators]. *Hygiene and sanitation*, no. 3, pp. 59–63.
12. Martirosov, E.G. (2006). Tekhnologii i metody opredeleniya sostava tela cheloveka [Technologies and methods for determining the composition of the human body]. Moscow: Nauka, 248 p. (in Russian)
13. Epifanov, V.A. (eds.) (2005). Meditsinskaya reabilitatsiya: Rukovodstvo dlya vrachey [Medical Rehabilitation: Guide for doctors]. Moscow: MEDpress-Inform, 328 p. (in Russian)
14. Mel'nichenko, G.A. (2001). Ozhirenie v praktike endokrinologa [Obesity in the practice of an endocrinologist]. *Russian medical journal*. Т. 9, no. 2, pp. 82–87.
15. Minyaylova, N.N. (2001). Sotsial'no-geneticheskie aspekty ozhireniya [Socio-genetic aspects of obesity]. *Pediatrics*, no. 2, pp. 83–87.
16. Strov, Yu.I., Churilov, L.P., Chernova, L.A., & Bel'gov, A.Yu. (2006). Ozhirenie u zhenshchin 45+. St. Petersburg: ELBI, 216 p. (in Russian)
17. Osobennosti okisleniya zhirov pri fizicheskikh nagruzках razlichnoy intensivnosti u bol'nykh abdominal'nym ozhireniem [Features of fat oxidation during exercise of varying intensity in patients with abdominal obesity]. *Problems of endocrinology*. 2010. No 2, p. 20.
18. Pylypchuk, V.V. (2011). Nadlyshkova masa tila zhinok vikom 45 + yak problema metabolizmu i fizychnoi aktyvnosti [Overweight women age 45+ as a problem of metabolism and physical activity]. *Pedagogy, psychology and medical and biological problems of physical education and sports*, no. 4, pp. 122–124.
19. Prilepskaya, V.N. (2005). Problema ozhireniya i zdorov'e zhenshchiny. [The problem of obesity and women's health]. *Gynecology*. Т. 7, no. 4, pp. 3–6.