



ПІДВИЩЕННЯ ДІЄВОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ З КОНТРОЛЮ МАСИ ТІЛА У РАМКАХ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Л.Й. Власик¹, А.Л. Сухолотюк¹, Т.М. Христинч²

¹ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

²ВДНЗ України «Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича», м. Чернівці, Україна

РЕЗЮМЕ. Вступ. Надлишкова маса тіла та ожиріння зумовлюють 5% випадків смерті у масштабі світу. Припинення зростання поширеності діабету і ожиріння до 2025 року є однією з 9 добровільних глобальних цілей щодо боротьби з неінфекційними захворюваннями.

Мета. Запропонувати методи підвищення дієвості профілактичних втручань у сфері контролю за харчуванням, фізичною активністю та масою тіла.

Матеріали і методи. Використано досвід проведення індивідуальних профілактичних консультувань пацієнтів з підвищеною масою тіла на базі міської поліклініки та приватного медичного центру. Опитано 377 дорослих мешканців Чернівецької області у громадських місцях міста під час проведення просвітницьких заходів. Використані бібліосемантичний, соціологічний та статистичний методи.

Результати та обговорення. Проаналізовано шляхи підвищення дієвості профілактичних втручань з метою контролю маси тіла, які рекомендуються до використання на рівні первинної медичної допомоги. Запропоновано спосіб оцінки ризику розвитку ожиріння за допомогою біоімпедансного аналізу складу тіла, який може слугувати для лікаря інструментом, що забезпечує аргументоване спостереження за різними пацієнтами: з обтяжливою спадковістю щодо артеріальної гіпертензії та цукрового діабету; з порушеною харчовою поведінкою; з супутніми захворюваннями, що обмежують інтенсивність їх фізичних навантажень; з проблемою накопичення вісцерального жиру. В усіх випадках контролю за масою тіла спостерігалася достатня мотивація пацієнтів щодо досягнення цільового результату.

Висновки. Підвищення дієвості профілактичних втручань з контролю за масою тіла, які здійснюються на рівні первинної ланки, можливе з використанням комплексного підходу та оцінки ризику в динаміці. Наведені приклади свідчать, що урахування динаміки показників біоімпедансного аналізу в оцінці ризику забезпечує аргументоване ведення пацієнтів, мотивованих до досягнення цільових результатів. Застосування письмових рекомендацій та сучасних методів комунікації посилює ефективність консультування.

Ключові слова: контроль маси тіла, ожиріння, первинна медична допомога, комплексний підхід, оцінка ризику

Вступ. В Європі зберігається високий рівень поширеності неінфекційних захворювань (НІЗ), на частку яких припадає 77 % тягаря хвороб і майже 86 % передчасної смертності. Глобальні рекомендації по боротьбі з епідемією серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних захворювань та цукрового діабету включають комплекс заходів як на популяційному, так і на індивідуальному рівнях, спрямованих на зменшення поведінкових факторів ризику [1]. До глобальних факторів ризику відносяться також ожиріння і надлишкова маса тіла, що зумовлюють 5 % випадків смертей у масштабі світу. Відносно скорочен-

ня на 10 % поширеності недостатньої фізичної активності та припинення зростання поширеності діабету і ожиріння до 2025 р. є пріоритетними з 9 добровільних глобальних цілей. Переваги розвитку потенціалу і можливостей пропагування здорової поведінки серед населення належать закладам охорони здоров'я і саме цьому питанню була присвячена конференції Європейської мережі НЕРА (Health-Enhancing Physical activity) (Цюрих 2014 р.) [2]. Значення первинної медичної допомоги щодо призупинення росту поширеності основних факторів ризику НІЗ підкреслюється також у документах Європейського регіонального

бюро ВООЗ, а саме у Плані дій у сфері харчових продуктів і харчування на 2015-2020 рр. [3] та у Стратегії у сфері фізичної активності на 2016-2025 рр. [4]. Концептуальним орієнтиром для включення послуг, пов'язаних з корекцією харчуванням, фізичною активністю та контролем маси тіла у сферу діяльності первинної ланки є положення Європейської рамкової основи щодо організації комплексного надання медичних послуг. Але, на жаль, нині немає відчутних результатів ефективності цієї роботи. Залишається низьким рівень залучення до профілактичних технологій та незадовільною є якість послуг, що надаються пацієнтам. Європейське регіональне бюро наголошує на трьох питаннях, на які потрібно знайти відповідь: дієвість послуг, які надаються медичними працівниками первинної ланки у сфері харчування, фізичної активності і контролю маси тіла; виклики, які постають перед первинною ланкою у наданні таких послуг; першочергові дії з покращання умов для надання таких послуг [5].

Мета. Запропонувати методи підвищення дієвості профілактичних втручань у сфері контролю за харчуванням, фізичною активністю та масою тіла.

Матеріали і методи. Використано нормативні документи ВООЗ, досвід проведення індивідуальних профілактичних консультувань на базі міської поліклініки та приватного медичного центру. Проведено опитування 377 дорослих мешканців Чернівецької області у громадських місцях міста під час проведення просвітницьких заходів. Використано бібліосемантичний, соціологічний та статистичний методи.

Результати. За даними ВООЗ, у світі 39 % дорослих старших 18 років мають надлишкову масу тіла, а близько 13 % страждають на ожиріння. Надлишкова маса тіла та ожиріння є серйозною аліментарною проблемою та асоційовані із передчасною смертністю, підвищеним ризиком серцево-судинних хвороб, діабету, раку та інших небезпечних станів. За результатами проведеного нами анкетування лише 65 (17,24 %) респондентів (n=377) визнали (за самооцінкою), що мають надлишкову масу тіла, причому 21 (13,04 %) чоловік та 44 (20,37 %) жінки. Отримували консультації лікаря щодо здорового способу життя 32 респонденти (60,38 %) (n=53), із них 23 (71,88 %) щодо харчової поведінки та 16 (50,0 %) щодо

фізичної активності, 14 (43,75 %) щодо харчової поведінки та фізичної активності разом. Проте лише третина респондентів дотримується рекомендацій лікаря, приблизно половина частково враховує. Не виявлено достовірної різниці щодо частоти одержаних консультувань серед осіб з надлишковою масою тіла та серед осіб з нормальною масою тіла. Хоча методичними рекомендаціями передбачено, що кожний візит пацієнта до закладу охорони здоров'я дає можливість лікарю оцінити індивідуальний ризик за моделлю поведінки, беручи до уваги взаємопов'язані ризики. Оцінка ризику має передбачати практичні поради щодо його контролю. Інформація від лікаря повинна заслуговувати на довіру і мотивувати пацієнта до змін. Рекомендації мають бути переконливими і обґрунтованими (за результатами відповідних діагностичних та профілактичних тестів або вимірювань) [6].

Відомо, що для діагностики ожиріння та надлишкової маси тіла у дорослих використовується індекс маси тіла (ІМТ), який розраховується як відношення маси тіла в кілограмах до квадрата зросту в метрах. Згідно з ВООЗ, діагноз "надлишкова маса тіла" або "ожиріння" ставиться у наступних випадках: ІМТ більший або рівний 25 – надлишкова маса тіла; ІМТ більший або рівний 30 – ожиріння. ІМТ є найзручнішим для діагностики ожиріння і надлишкової маси в популяції (однаковий для двох статей та в усіх вікових групах дорослих). Проте ІМТ є орієнтовним критерієм, адже у різних людей він може відповідати різному ступеню повноти. З віком розподілення жиру в організмі змінюється. У спортсменів із різко збільшеною масою тіла відсоток жиру в організмі не підвищений. З іншого боку, при нормальній масі тіла відсоток жиру може бути вищим за встановлені норми, що є загрозою для здоров'я, особливо якщо це надлишок жирової маси між внутрішніми органами (вісцеральний жир). Саме підвищений рівень вісцерального жиру провокує ризик серцево-судинних захворювань та діабету. Нами запропонований спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння шляхом додаткового до визначення ІМТ проведення біоімпедансного аналізу: визначення відсотка жирової маси, рівня вісцерального жиру, фізичного типу, які оцінюють у балах, а за сумою балів – ефективність корекції надлишкової маси тіла, а також

ризик ожиріння. Цей метод був успішно апробований нами при проведенні профілактичних медичних оглядів в одній із поліклінік та приватній клініці при наданні послуг дієтолога та терапевта в м. Чернівці. Майже 10-річний досвід його використання дозволив запропонувати більш оптимальний спосіб оцінки надлишкової маси тіла й ступеня ризику розвитку ожиріння та ефективності корекції. Спосіб здійснюється наступним чином. Під час клінічного огляду у пацієнта вимірюють його зріст та масу тіла. Визначають ІМТ (масу тіла (кг)/зріст (м) у квадраті). При виявленні надлишкової маси тіла, тобто ІМТ 25-30 кг/м², проводять вимірювання шляхом біоімпедансного аналізу, а саме зважування на цифровій вазі TANITA, за допомогою якої визначають вміст жирової маси (%), рівень вісцерального жиру (%) та тип фізичної активності (співвідношення вмісту жиру та м'язів). Використовуючи табл. 1, розраховують кількість балів для кожного показника: *Кількість балів* = (F-N) • k, де F – фактичне значення показника (при F>N), N – норма, k – відповідний коефіцієнт.

Далі за сумою отриманих балів оцінюють ефективність корекції надлишкової маси тіла за табл. 2 та ризик ожиріння при надлишковій масі тіла за табл. 3.

Оцінку ефективності корекції проводять через 3 та 6 місяців. При неефективній корекції призначають повторний курс протягом 6 місяців.

Приклади практичного використання способу оцінки ризику ожиріння.

Приклад 1. Пацієнт М. Вік 24 роки. Зріст 182 см. Маса тіла 101 кг. ІМТ 29,89 кг/м² (99 ÷ (1,82²)). Вміст жирової маси 28,3 %. Рівень вісцерального жиру 9 %. Фізичний тип 2. Пацієнт має обтяжливу спадковість щодо артеріальної гіпертензії та цукрового діабету. Пацієнт за статусом харчування відноситься до осіб із надлишковою масою тіла з високим ступенем ризику ожиріння: ІМТ 29,89 – 25 = 4,89; 4,89×2,00=9,78 бала; вміст жирової маси 28,3-19=9,3; 9,3×1,7= 15,81 бала; вісцеральний жир 9 % – 0 балів; фізичний тип 2-10 балів, – всього 35,59 бала. Пацієнту рекомендована немедикаментозна корекція надлишкової маси тіла відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Профілактика серцево-судинних захворювань [7]. Оцінка ефективності заходів проведена через 3 місяці: маса тіла 94,3 кг, ІМТ 28,47; вміст жирової маси 23,8 %; рівень вісцерального жиру 7 %, фізичний тип без змін.

Таблиця 1

Оцінка надлишкової маси тіла та ступеня ризику розвитку ожиріння

Показник	Одиниця вимірювання	Пацієнт, вік	Норма N	Коефіцієнт K
ІМТ	кг/м ²	Всі	25	2,00
Вміст жирової маси	%	Чоловіки, 18-39 р.	19	1,70
		Чоловіки, 40-59 р.	21	1,43
		Чоловіки, >60 р.	24	1,70
		Жінки, 18-39 р.	32	1,43
		Жінки, 40-59 р.	33	1,43
		Жінки, >60 р.	35	1,43
Вісцеральний жир	%	Всі	12	2,00
Фізичний тип	Типи: 1,2,3,5	Всі	5 тип	Типи: 1,2,3 – 10 балів

Таблиця 2

Оцінка ефективності корекції надлишкової маси тіла

Термін корекції	Ефективна корекція	Недостатня корекція	Неефективна корекція
3 місяці	< 20 балів	20-30 балів	> 30 балів
6 місяців	< 10 балів	10-20 балів	> 20 балів

Таблиця 3

Оцінка ризику ожиріння при надлишковій масі тіла

Високий ризик	25-40 балів
Помірний ризик	10-24 балів
Низький ризик	0-9 балів

Розрахунок ступеня ризику ожиріння: $IMT\ 28,47 - 25 = 3,47$; $3,47 \times 2,00 = 6,94$ бала; вміст жирової маси $23,8 - 19 = 4,8$; $4,8 \times 1,7 = 8,16$ бала; вісцеральний жир $7\% - 0$ балів; фізичний тип 2-10 балів. Всього 25,1 бала. Корекція недостатня. Залишається високий ризик розвитку ожиріння. Пацієнту надано рекомендації щодо фізичної активності (пацієнт працює в офісі). Ефективність заходів оцінено по завершенню 6 місяців: маса тіла 92,7 кг. $IMT\ 27,99$; вміст жирової маси $21,0\%$; рівень вісцерального жиру 6% ; тип фізичної активності 2. Розрахунок ступеня ризику ожиріння: $IMT\ 27,99 - 25 = 2,99$; $2,99 \times 2,00 = 5,98$ бала; вміст жирової маси $21,0 - 19 = 2$; $2 \times 1,7 = 3,4$ бала; вісцеральний жир $6\% - 0$ балів; фізичний тип 2-10 балів. Всього 19,38 бала. Ступінь ризику ожиріння помірний. Корекція недостатня (табл.4). Пацієнт направлений на консультацію до лікаря-дієтолога, надано додаткові рекомендації щодо збільшення інтенсивності фізичних навантажень. Контроль через 3 місяці.

Приклад 2. Пацієнтка Ш. Вік 35 років. Зріст 163 см. Маса тіла 76,3 кг. $IMT\ 28,7\text{кг}/\text{м}^2$ ($76,3 \div (1,63 \times 1,63)$). Вміст жирової маси $34,4\%$. Рівень вісцерального жиру 6% . Фізичний тип 3. Пацієнтка відзначає збільшення маси тіла після пологів, спадковість необтяжлива.

Пацієнтка за статусом харчування відноситься до осіб із надлишковою масою тіла з помірним ступенем ризику ожиріння: $IMT\ 28,7 - 25 = 3,7$; $3,7 \times 2,00 = 7,4$ бала; вміст жирової маси $34,4 - 32 = 2,4$; $2,4 \times 1,43 = 3,4$ бала; вісцеральний жир $6\% - 0$ балів; фізичний тип 3 - 10 балів, - всього 20,8 бала. Пацієнтці рекомендована немедикаментозна корекція надлишкової маси тіла. Оцінку ефективності заходів проведено через 3 місяці: маса тіла 71,0 кг, $IMT\ 26,7$; вміст жирової маси $32,5\%$; рівень вісцерального жиру та фізичний тип без змін. Розрахунок ступеня ризику ожиріння: $IMT\ 26,7 - 25 = 1,7$; $1,7 \times 2,00 = 3,4$ бала; вміст жирової маси $32,5 - 32 = 0,5$; $0,5 \times 1,43 = 0,7$ бала; вісцеральний жир $6\% - 0$ балів; фізичний тип 3 - 10 балів. Всього 14,1 бала. Корекція ефективна. Залишається помірний ризик розвитку ожиріння. Пацієнтці надані рекомендації щодо збільшення тривалості та інтенсивності фізичних навантажень. Ефективність заходів оцінено по завершенні 6 місяців: маса тіла 67,2 кг. $IMT\ 25,3$; вміст жирової маси $31,4\%$; рівень вісцерального жиру 5% ; тип фізичної активності 5. Розрахунок ступеня ризику ожиріння: $IMT\ 25,3 - 25 = 0,3$; $0,3 \times 2,00 = 0,6$ бала; вміст жирової маси - 0 балів; вісцеральний жир - 0 балів; фізичний тип 5-0 балів. Всього 0,6 бала. Ступінь ризику ожиріння низький. Корекція ефективна (табл. 5). Рекомендовано підтримуючий режим, контроль через 6 місяців.

Приклад 3. Пацієнтка Б. Вік 69 років. Зріст 165 см. Маса тіла 81,5 кг. $IMT\ 29,9$ ($81,5 \div (1,65 \times 1,65)$). Вміст жирової маси $39,8\%$. Рівень вісцерального жиру 12% . Фізичний тип 3. Пацієнтка страждає на ішемічну хворобу

Таблиця 4

Оцінка ефективності корекції надлишкової маси тіла у пацієнта М

Найменування показника	Вихідні дані	Бали	3 місяці	Бали	6 місяців	Бали
IMT (кг/м ²)	29,89	9,78	28,47	6,94	27,99	5,98
Вміст жирової маси (%)	28,3	15,81	23,8	8,16	21,0	3,4
Вісцеральний жир (%)	9	0	7	0	6	0
Фізичний тип	2	10	2	10	2	10
Ступінь ризику ожиріння (бал.)	35,59 (високий)		25,1 (високий)		19,38 (помірний)	

Оцінка ефективності корекції надлишкової маси тіла у пацієнтки Ш

Найменування показника	Вихідні дані	Бали	3 місяці	Бали	6 місяців	Бали
ІМТ (кг/м ²)	28,7	7,4	26,7	3,4	25,3	0,6
Вміст жирової маси (%)	34,4	3,4	32,5	0,7	31,4	0
Вісцеральний жир (%)	6	0	6	0	5	0
Фізичний тип	3	10	3	10	5	10
Ступінь ризику ожиріння (бал.)	20,8		14,1		0,6	

серця та помірну вторинну артеріальну гіпертензію. Пацієнтка за статусом харчування відноситься до осіб із надлишковою масою тіла з високим ступенем ризику ожиріння: ІМТ $29,9 - 25 = 4,9$; $4,9 \times 2,00 = 9,8$ бала; вміст жирової маси $39,8 - 35 = 4,8$; $4,8 \times 1,43 = 6,9$ бала; вісцеральний жир 12 % – 0 балів; фізичний тип 3-10 балів, – всього 26,7 бала. Їй рекомендована немедикаментозна корекція надлишкової маси тіла. Оцінку ефективності заходів проведено через 3 місяці: маса тіла 80,8 кг, ІМТ 29,7; вміст жирової маси 37,9 %; рівень вісцерального жиру та фізичний тип без змін. Розрахунок ступеню ризику ожиріння: ІМТ $29,7 - 25 = 4,7$; $4,7 \times 2,00 = 9,4$ бала; вміст жирової маси $37,9 - 35 = 2,9$; $2,9 \times 1,43 = 4,1$ бала; вісцеральний жир 12 % – 0 балів; фізичний тип 3 – 10 балів. Всього 23,5 бала. Високий ризик переведений у помірний ризик розвитку ожиріння. Корекція недостатня. Пацієнтці детально роз'яснено принципи здорового харчування та помірного збільшення тривалості фізич-

них навантажень. Оцінка ефективності заходів проведено по завершенні 6 місяців: маса тіла 78,2 кг. ІМТ 28,7; вміст жирової маси 37,0 %; рівень вісцерального жиру 12 %; тип фізичної активності 3. Розрахунок ступеню ризику ожиріння: ІМТ $28,7 - 25 = 3,7$; $3,7 \times 2,00 = 7,4$ бала; вміст жирової маси $37,0 - 35 = 2,0$; $2,0 \times 1,43 = 2,9$ бала; вісцеральний жир – 0 балів; фізичний тип 3-10 балів. Всього 20,3 бала. Ступінь ризику ожиріння помірний. Корекція неефективна. Рекомендовано продовжити корекцію ще на 6 місяців (табл. 6).

Приклад 4. Пацієнт Г. Вік 70 років. Зріст 178 см. Маса тіла 84,7 кг. ІМТ 26,7. Вміст жирової маси 25,2 %. Рівень вісцерального жиру 14 %. Фізичний тип 2. Пацієнт зазвичай веде рухливий спосіб життя. Пацієнт за статусом харчування відноситься до осіб із надлишковою масою тіла з помірним ступенем ризику ожиріння: ІМТ $26,7 - 25 = 1,7$; $1,7 \times 2,00 = 3,4$ бала; вміст жирової маси $25,2 - 25 = 0,2$; $0,2 \times 1,7 = 0,3$ бала; вісцеральний жир

Таблиця 6

Оцінка ефективності корекції надлишкової маси тіла у пацієнтки Б

Найменування показника	Вихідні дані	Бали	3 місяці	Бали	6 місяців	Бали
ІМТ (кг/м ²)	29,9	9,8	29,7	9,4	28,7	7,4
Вміст жирової маси (%)	39,8	6,9	37,9	4,1	37,0	2,9
Вісцеральний жир (%)	12	0	12	0	12	0
Фізичний тип	3	10	3	10	3	10
Ступінь ризику ожиріння (бал.)	26,7		23,5		20,3	

14 % – 4 бали; фізичний тип 2 – 10 балів, – всього 17,7 бала. Пацієнту рекомендована немедикаментозна корекція надлишкової маси тіла. Ефективність заходів оцінено через 3 місяці: маса тіла 83,9 кг, ІМТ 26,5; вміст жирової маси 23,4 %; рівень вісцерального жиру 14 % та фізичний тип 5. Розрахунок ступеня ризику ожиріння: $ІМТ\ 26,5 - 25 = 1,5$; $1,5 \times 2,00 = 3,0$ бала; вміст жирової маси 0 балів; вісцеральний жир 14 % – 4,0 бала; фізичний тип 5 – 0 балів. Всього 7,0 бала. Корекція ефективна. Ступінь ризику ожиріння низький. Залишається підвищений рівень вісцерального жиру. Пацієнту рекомендовано обмежити вживання насичених жирів, повністю виключити промислові трансжири та підтримувати відповідний рівень фізичної активності. Оцінка ефективності заходів проведена по завершенні 6 місяців: маса тіла 80,5 кг. ІМТ 25,4; вміст жирової маси 22,2 %; рівень вісцерального жиру 13 %; тип фізичної активності 5. Розрахунок ступеня ризику ожиріння: $ІМТ\ 25,4 - 25 = 0,4$; $0,4 \times 2,00 = 0,8$ бала; вміст жирової маси – 0 балів; вісцеральний жир – 2 бали; фізичний тип 5 – 0 балів. Всього 2,8 бала. Ступінь ризику ожиріння низький. Корекція ефективна (табл. 7).

Обговорення

Зростання у світі проблеми надлишкової маси тіла та ожиріння повинно спонукати медичну спільноту до впровадження активних профілактичних дій. Проте при опитуванні дорослого населення ми не отримали достовірних відмінностей щодо рекомендацій лікаря з питань здорового способу життя (у т.ч. із харчової поведінки та фізичної активності) між

респондентами, які знають про надмірну вагу тіла та тими, які вважають свою вагу нормальною. До того ж лише третина респондентів дотримується рекомендацій лікаря, приблизно половина намагається лише враховувати їх. Подібні дані мають місце й в інших дослідженнях щодо харчової поведінки дорослого населення [8]. Для збільшення дієвості послуг щодо контролю маси тіла необхідно підвищити зацікавленість лікарів і пацієнтів у проведенні індивідуальних профілактичних консультувань щодо здорового харчування та фізичної активності. Роль лікарів у проведенні консультувань є добре вивченою у рамках профілактики серцево-судинних захворювань у дорослих. За даними літератури, консультування середньої та високої інтенсивності збільшували активність пацієнтів на 40 хв. за 1 тиждень. Дієтичне консультування низької інтенсивності збільшувало споживання овочів та фруктів до 2 порцій на добу. Науковці вважають, що саме втручання середньої та низької інтенсивності можуть застосовуватися на рівні первинної ланки [9]. До того ж важливим є поєднання з іншими формами підтримки пацієнтів (планове спостереження медичної сестри; спілкування у групах, наприклад, школах здоров'я; консультування з використанням мережі Інтернет). Комплексні послуги є більш дієвими, ніж надані індивідуально. Актуальним є відстеження та оцінювання фізичної активності, враховуючи наявність спеціалізованого обладнання, яке вимірює рух. Додатки для фітнес тренувань у вигляді браслетів, кліпів, датчиків поповнив просто смартфон як інструмент відстеження кроків [10]. Зацікавлює пацієнтів із надлишковою

Таблиця 7

Оцінка ефективності корекції надлишкової маси тіла у пацієнта Г

Найменування показника	Вихідні дані	Бали	3 місяці	Бали	6 місяців	Бали
ІМТ (кг/м ²)	26,7	3,4	26,5	3,0	25,4	0,8
Вміст жирової маси (%)	25,2	0,3	23,4	0	22,2	0
Вісцеральний жир (%)	14	4,0	14	4,0	13	2
Фізичний тип	2	10,0	5	0	5	0
Ступінь ризику ожиріння (бал.)	17,7		7,0		2,8	

масою тіла можливість контролю динаміки ризику ожиріння. Запропонований нами спосіб оцінки ризику (з урахуванням динаміки показників біоімпедансного аналізу) є для лікаря інструментом для забезпечення аргументованого спостереження за пацієнтами, які є різними за віком, статтю, спадковістю, поєднаними захворюваннями. Так, нами накопичений досвід ведення молодих пацієнтів – офісних працівників із надлишковою масою тіла з високим ступенем ризику ожиріння з обтяжливою спадковістю щодо артеріальної гіпертензії та цукрового діабету (приклад 1); молодих жінок після пологів з порушеною харчовою поведінкою (приклад 2); пацієнтів похилого віку, які потребують більш тривалої корекції маси тіла, адже мають супутні захворювання, що обмежує інтенсивність їх фізичних навантажень (приклад 3); пацієнтів, рухливість яких не обмежена, проте існує про-

блема накопичення вісцерального жиру (приклад 4). У всіх випадках контролю за масою тіла спостерігалася достатня мотивація пацієнтів щодо досягнення цільового результату.

Висновки

1. Запропонований спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та ризику розвитку ожиріння знайшов застосування для контролю за профілактичними втручаннями у пацієнтів різних за віком, статтю та супутніми захворюваннями.

2. Наведені приклади свідчать, що врахування динаміки показників біоімпедансного аналізу щодо оцінки ризику забезпечує аргументоване ведення пацієнтів, мотивованих до досягнення цільових результатів.

3. Ефективність консультування стала більш продуктивною завдяки застосуванню письмових рекомендацій та сучасних методів комунікації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 .World Health Organization, 2013. 107p Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
2. Brian M. Editorial : Health-enhancing physical activity in Europe and in Switzerland: the health care setting and beyond / M. Brian // Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie. – 2014. – №62 (2). – P. 4–5.
3. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. WHO Reg. Of. for Europe EUR/RC64/14 64th session; 19p Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf
4. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Copenhagen: WHO Reg. Office for Europe;2016.28p Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1
5. Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care (2016). WHO Regional Office for Europe Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1
6. Наказ МОЗ України від 14.01.2013 №16 Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики-сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 року №564.
8. Rational nutrition as a prerequisite for eliminating the risk of overweight: Public opinion and practice // N.O. Ryngach, M.B. Scherbinina, T.M. Shevchenko [et.al.] // Wiadomości Lekarskie. – V. 71. – 2018. – № 3 pt I. – P. 551–557.
9. Behavioural Counselling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force Annals of Internal Medicine [J.S. Lin, E. O'Connor, E.P. Whitlock, T.L. Beil] – 2010. – № 153 (11). – P. 736–750.
10. Villalobos-Zúñiga G., Cherubini M. Activity Self-Tracking with Smart Phones: How to Approach Odd Measurements? arXiv:1804.04855v [cs.HC] 13 Apr 2018 Available from: <https://arxiv.org/pdf/1804.04855.pdf>

REFERENCES

1. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 .World Health Organization, 2013. 107p Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
2. Brian M. Editorial : Health-enhancing physical activity in Europe and in Switzerland: the health care setting and beyond. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 62(2):4-5, 2014.
3. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. WHO Reg. Of. for Europe EUR/RC64/14 64th session; 19p Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf
4. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Copenhagen: WHO Reg. Office for Europe;2016.28p Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1
5. Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care (2016). WHO Regional Office for Europe Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1
6. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated January 14, 2013 №16 On Approval of Methodical Recommendations for General Practitioners of Family Medicine on Consultation of Patients on the Basic Principles of Healthy Nutrition
7. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care and medical rehabilitation. Prevention of cardiovascular diseases. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated June 13, 2016, No. 584.
8. Ryngach N.O., Scherbinina M.B., Shevchenko T.M., Gladun V.M., Sarychev V.I. Rational nutrition as a prerequisite for eliminating the risk of overweight: Public opinion and practice. -Wiadomości Lekarskie. - V. 71, 2018;(3 pt I):551-557
9. Lin JS., O'Connor E., Whitlock EP., Beil TL. Behavioural Counselling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force Annals of Internal Medicine 2010 153 (11) 736-750
10. Villalobos-Zúñiga G, Cherubini M Activity Self-Tracking with Smart Phones: How to Approach Odd Measurements? arXiv:1804.04855v [cs.HC] 13 Apr 2018 Available from: <https://arxiv.org/pdf/1804.04855.pdf>

ПОВЫШЕНИЕ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО КОНТРОЛЮ МАССЫ ТЕЛА В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л.И.Власик¹, А.Л.Сухолотюк¹, Т.М.Христинч²

¹ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

²ВГУЗ Украины «Черновицкий национальный университет имени Юрия Федьковича», г. Черновцы, Украина

РЕЗЮМЕ. Введение. Избыточная масса тела и ожирение – причина 5 % случаев смерти в мире. Прекращение роста распространенности диабета и ожирения до 2025 года является одной из 9 добровольных глобальных целей в борьбе с инфекционными заболеваниями.

Цель. Предложить методы повышения действенности профилактических вмешательств в сфере контроля за питанием, физической активностью и массой тела.

Материалы и методы. Использован опыт проведения индивидуальных профилактических консультаций пациентов с повышенной массой тела на базе городской поликлиники и частного медицинского центра. Опрошено 377 взрослых жителей Черновицкой области в общественных местах города во время проведения просветительских мероприятий. Использованы библиосемантический, социологический и статистический методы.

Результаты и обсуждение. Проанализированы пути повышения действенности профилактических мероприятий с целью контроля массы тела, рекомендуемых для использования на уровне первичной медицинской помощи. Предложенный способ оценки риска развития ожирения с использованием биоимпедансного анализа состояния тела, который может служить для врача инструментом, обеспечивающим аргументированное наблюдение за различными пациентами: с обременительной наследственностью касательно артериальной гипертензии и сахарного диабета; с нарушенным пищевым поведением; с сопутствующими заболеваниями, ограничивающими интенсивность физических нагрузок; с

проблемой накопления висцерального жира. Во всех случаях контроля за массой тела наблюдалась достаточная мотивация пациентов по достижению целевого результата.

Выводы. Повышение действенности профилактических мероприятий по контролю за массой тела, которые осуществляются на уровне первичного звена, возможно с использованием комплексного подхода и оценки риска в динамике. Приведенные примеры свидетельствуют, что учет динамики показателей биоимпедансного анализа в оценке риска обеспечивает аргументированное ведение пациентов, мотивированных к достижению целевых результатов. Эффективности консультирования способствует применение письменных рекомендаций и современных методов коммуникации.

Ключевые слова: контроль массы тела, ожирение, первичная медицинская помощь, комплексный подход, оценка риска.

INCREASING THE EFFECTIVENESS OF PROPHYLACTIC INTERVENTIONS FOR THE BODY WEIGHT CONTROL IN THE FRAMEWORK OF THE PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

L. Vlasyk¹, A. Sukholotiuk¹, T. Khrystych²,

¹ HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

² HSEE of Ukraine "Yurii Fedkovych Chernivtsi National University", Chernivtsi, Ukraine

ABSTRACT. Introduction. Excessive body weight and obesity account for 5 % of world deaths. The cessation of diabetes and obesity prevalence growth by 2025 is one of 9 voluntary global targets to struggle with non-communicable diseases.

Aim. To put forward ways to increase the effectiveness of health services in the area of nutrition control, physical activity and body weight.

Materials and Methods. The experience of conducting individual prophylactic consultations of patients with overweight on the basis of a municipal polyclinic and a private medical center has been used. 377 adult residents of Chernivtsi region have been interviewed in public places of the city during educational events. Biblousemantic, sociological and statistical methods have been used.

Results and Discussion. The ways to increase the effectiveness of body mass control services, which are recommended for use at the level of primary care, are analyzed in the article. The proposed method for assessing the risk of developing obesity using bioimpedance analysis of the body composition, which can serve as a tool for doctors to provide reasonable observation of different patients: with an burdensome heredity for arterial hypertension and diabetes mellitus; with disturbed eating behavior; with concomitant diseases limiting the intensity of their physical activity; with the problem of accumulation of visceral fat. In all cases, body mass control showed sufficient motivation of the patients to achieve the target result.

Conclusions. Increasing the effectiveness of body mass control services provided to patients at the level of the primary care is possible using an integrated approach and risk assessment in the dynamics. The above examples show that taking into account the dynamics of indices of bioimpedance analysis in risk assessment provides reasoned management of patients motivated to achieve the target results. The effectiveness of consultations is enhanced by the use of written recommendations and modern communication methods.

Key Words: body weight control, obesity, primary health care, integrated approach, risk assessment.

Надійшла до редакції 18.04.2019 р.