



тканинах відбуваються фазові зміни локального кровотоку і збільшується проникність ендотелію судин мікроциркуляторного русла, що сприяє активації репаративних, метаболічних процесів [7].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проведений аналіз спеціальної літератури дозволив виявити найбільш сучасні засоби фізіотерапії, а саме: лазеротерапію та мікрохвильову резонансну терапію, що дає можливість впровадити дані методи в реабілітацію хворих на хронічний гастрит та визначити ефективність даних методів у фізіотерапевтичному відділенні на базі Сумської обласної дитячої клінічної лікарні при написанні дипломної роботи.

Література:

1. Зак М. Ю., Мосійчук Л. М. Хронічний гастрит і передрак шлунка. Практичне керівництво. Дніпропетровськ, 2011. 69 с.
2. Калмиков С. А. Клініко-фізіологічні основи для складання комплексних програм з фізичної реабілітації осіб, хворих на хронічний гастрит / XV Міжнародна науково-практична конференція. Фізична культура, спорт та здоров'я. 2015. №4. С. 224-226.
3. Коруля І. А., Марухно І. С., Герасименко О. М. Діагноз «хронічний гастрит». Проблемні питання. Сучасні підходи до діагностики та лікування / Сучасна гастроентерологія. 2014. № 2 (76). С. 133-138.
4. Полуструева А. В. Физическая реабилитация при гастрите: практическое руководство. Омск: И. П. Шелудивченко А.В., 2015. 56 с.
5. В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський. Фізіотерапія: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Запоріжжя: ЗДМУ, 2014. 196 с.
6. И.З. Самосюк, В.М. Мавродий, Л.И. Фисенко Физиотерапия, физиопунктура и бальнеолечение гастроэтерологических и некоторых сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, сахарного диабета, ожирения и др.) Киев АО «УКРПРОФЗДРАВНИЦА» 1998
7. В.М. Сокрута, В.М. Казакова. Фізичні чинники в медичній реабілітації: Підручник для студентів та лікарів ДонНМУ; Донецьк: ДОКТМО.2008.– 576 с.
8. Соломенцева Т. А. Хронический гастрит с позиции канцерпревенции. Эволюция представлений // Сучасна гастроентерол. 2013. No 4 (72). С. 135-140.
9. Г.Н. Пономаренко. Частная физиотерапия: Учебное пособие. Москва: ОАО «Издательство Медицина», 2005. 744 с.

**Корж Ю.М.
Корж З.О.**

**Korzh Z.O.
Korzh Yu.M.**

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОЖИРІННЯ У ЖІНОК

В статті надано теоретичний аналіз науково-методичних літературних джерел, що висвітлюють причини виникнення ожиріння, використання раціонального харчування при даній патології.

Ключові слова: ожиріння, раціональне харчування, калорійність, реабілітація.

THE MODERN APPROACHES TO THE APPLICATION OF RATIONAL FEEDINGS IN WOMEN'S OBESITY REHABILITATION

The article provides a theoretical analysis of scientific and methodical literary



sources that highlight the causes of obesity, the use of rational nutrition in this pathology.
Key words: obesity, rational nutrition, caloric content, rehabilitation.

Постановка проблеми Ожиріння є однією з основних проблем XXI століття, яке входить до числа неінфекційних захворювань, що призводить до зростання смертності, втрати працездатності та інвалідизації [1].

За даними МОЗ України серед чоловіків надлишкова маса тіла зустрічається у 50,5%, серед жінок у 56%, серед дітей у 10%, а ожиріння складає 16% – у чоловіків та 26% – у жінок [5].

Ожиріння частіше зустрічається у жінок після 50 років, воно ускладнюється атеросклерозом судів серця та мозку, цукровим діабетом, злоякісними новоутвореннями. Підвищення маси тіла на 10% супроводжується збільшенням смертності на 30% [8].

Основною причиною виникнення ожиріння є порушення енергетичної рівноваги між спожитими та витраченими калоріями. Характерні для сучасного суспільства малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування з вживанням великої кількості рафінованих продуктів, психологічні перевантаження призводять до росту кількості осіб з ожирінням, особливо серед жінок.

За даними науковців, у більшості хворих ожиріння поєднується із артеріальною гіпертонією (18,2%), цукровим діабетом (15,4%), поліартритом (35,2%), хронічною венозною недостатністю (62,8%), імпотенцією (35,2%), дисменореєю (12,1%) та іншими захворюваннями (часто спостерігаються ІХС, гіпертонічна хвороба або симптоматична гіпертонія, коронаросклероз та захворювання системи травлення) [1; 4].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Ожиріння – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності. Широке розповсюдження, тісний зв'язок зі способом життя і надзвичайно висока смертність від його наслідків вимагають об'єднання зусиль лікарів різних спеціальностей та фізичних терапевтів.

Одним із важливих заходів в реабілітації ожиріння є дієта, що означає раціон та режим харчування. В основі дієтотерапії лежить принцип забезпечення фізіологічних потреб організму в харчових компонентах.

Харчування відіграє головну роль як у профілактиці, так і у виникненні великої кількості соматичних захворювань.

На думку О. В. Васюкової, від якості харчування взагалом і окремих його компонентів (продуктів і блюд) зокрема, залежить стан здоров'я людини. Харчування лежить в основі, або має істотне значення у виникненні, перебігу понад 80% усіх відомих патологічних станів [2].

З огляду на актуальність основних принципів раціонального харчування вчені стверджують, що необхідно обґрунтовано застосовувати дієтотерапію в реабілітації хворих на ожиріння. Щоб реалізувати загальні завдання, необхідно оволодіти принципами вибору адаптаційних столів (відповідно клінічного стану), визначити провідні механізми дії різних харчових речовин у зв'язку з періодами захворювання, вибрати харчовий режим для відповідного періоду реабілітації [3;6].

Корекція надмірної ваги серед жінок має свої особливості та потребує більш поглибленої деталізації. Тому, подальше вивчення стану проблеми, її профілактики та реабілітації жінок з ожирінням різного ступеню є актуальною.

Мета дослідження – на основі аналізу сучасних підходів до ожиріння, обґрунтувати використання раціонального харчування для жінок з ожирінням.



Об'єкт дослідження: фізична реабілітація жінок з ожирінням.

Предмет дослідження: раціональне харчування у фізичній реабілітації жінок з ожирінням.

Методи дослідження: теоретичний аналіз науково-методичних літературних джерел і узагальнення інформації щодо використання раціонального харчування при ожирінні.

Результати дослідження та їх аналіз. На даний час є багато реабілітаційних програм корекції ожиріння, які включають раціональне харчування, оптимальне фізичне навантаження, оздоровче плавання, фізіотерапевтичні процедури, але проблема залишається актуальною. Тому корекція надмірної ваги серед жінок вимагає більш поглибленої деталізації засобів реабілітаційного процесу в залежності від ступеня, патоетіологічних чинників, фізичної працездатності та психоемоційного стану пацієнтів, супутніх захворювань тощо.

Правильне і збалансоване харчування для повсякденного життя організувати не завжди просто. Обмеження надходження поживних речовин або переїдання можуть призвести до розвитку різних захворювань серцево-судинної, ендокринної, сечовивідної систем і взагалом зменшення тривалості життя. При складанні харчових раціонів необхідно дотримуватись правильного режиму харчування.

Процеси травлення є обов'язковою умовою існування організму. Це основна біологічна потреба, від правильного вирішення якої залежить життєздатність, працездатність і стійкість організму до впливів зовнішньої середовища (гомеостаз).

Гомеостаз підтримується збалансованою відповіддю регулюючих систем: нервової, гормональної, імунної і гуморальними чинниками, забезпечуючи організму сприятливе існування. При порушенні реактивності (підвищеної – гіперреактивності, або зниженої – гіпореактивності) функціонування систем стає не раціональним, енерговитрати зростають, додатково залучаються механізми і чинники, раніше не задіяні в процесі захисту. Діяльність організму відбувається на межі його фізіологічних можливостей. Спостерігається дисбаланс регулюючих механізмів, що в результаті призводить до розвитку дизадаптації. Дослідження вітчизняних вчених показали, що, при правильно організованому харчуванні, можуть змінюватися фізіологічні процеси в організмі, тобто інтенсивність обміну речовин та реактивність організму [9].

Нервові та гуморальні механізми, а також місцеві регулюючі чинники забезпечують тонкий контроль секреції і моторики шлунково-кишкового тракту залежно від вигляду їжі. При цьому розрізняють швидку (термінову) і повільну адаптацію секреції ферментів до раціонів харчування, що полягає в пристосуванні секреції ферментів до зовнішнього вигляду їжі. Отже, рекомендуючи раціон та склад продуктів, можна свідомо впливати на ці процеси [6].

Реабілітація хворих на ожиріння і в подальшому збереження нормальної маси тіла – не епізод, а реабілітаційний захід, який проводять на протязі всього життя. Сам хворий повинен брати активну участь у збереженні та покращенні свого здоров'я. Від звичного харчового режиму до нового переходять поступово, тривало змінюючи характер харчування, харчових звичок, а не тимчасовим обмеженням вживання певних продуктів. Кількість споживання їжі та її калорійність зменшують таким чином, щоб у хворих не було відчуття значного голоду, щоб не викликати значної слабкості і нервового збудження [7].

Мета лікувального харчування – мобілізація жирів з жирових депо, зниження збудливості харчового центру (апетиту) і гальмування синтезу жирів в організмі з легкозасвоєваних вуглеводів [3].



Калорійність раціону повинна знижуватися за рахунок жирів і вуглеводів. При зміні якісного складу харчового раціону на перше місце слід поставити висококалорійний компонент харчування – жири. Це положення базується на результатах клінічних і епідеміологічних досліджень, які показали, що, разом з надмірною калорійністю в цілому, важливе значення для розвитку ожиріння має харчування з високим вмістом жиру, який здатний накопичуватися в депо. Жири менше, ніж білки і вуглеводи, викликають відчуття насичення на рівні нервових структур. Пригнічення відчуття голоду при вживанні жирів виникає пізніше, отже, людина з'їдає більшу кількість цих продуктів, відповідно, отримує надмірну кількість калорій. Необхідно зменшити вживання жирів і змінити їх якісний склад. Слід вживати рослинні олії (соняшникову, кукурудзяну, оливкову) і обмежити вживання тваринних жирів, що містять велику кількість холестерину, а також інші продукти з високим його вмістом (печінка, мозок, яєчні жовтки тощо) [8].

Основним джерелом енергії є вуглеводи, які поділяються на прості (глюкоза, фруктоза, галактоза) і складні (крохмаль, глікоген, клітковина). Вуглеводи містяться як правило в продуктах рослинного походження. Розрізняють, вуглеводи повільного засвоєння або складні вуглеводи, а також вуглеводи, що швидко засвоюються або прості. Складні вуглеводи (клітковина, рослинні волокна) містяться в овочах, зелені, фруктах і ягодах, а також в крупах і виробих із борошна грубого помолу. Такі продукти бажано вживати хворим з ожирінням, оскільки не засвоюються організмом (за винятком клітковини бобових в невеликій кількості), але одночасно людина відчуває насичення, оскільки шлунок наповнений до значного рівня. Тому овочі і зелень можна їсти у великій кількості, починаючи прийом їжі із овочевого салату без заправки. Такі харчові продукти багаті на вітаміни і воду, тому повинні бути в раціоні людини з ожирінням [6].

К. Г. Менська пропонує знизити кількість жиру в добовому раціоні до 0,7-0,8 г/кг, при цьому мають бути присутні рослинні жири (1,3-1,4 г/кг). Значно обмежують кількість вуглеводів – до 2,5-2,7 г/кг (добова норма 5,2-5,6 г/кг), насамперед за рахунок виключення цукру, хліба, кондитерських виробів, солодких напоїв. Кількість білків в раціоні збільшують, що попереджає втрати тканинного білка, підвищує енерговитрати за рахунок засвоєння білків, створюючи відчуття насиченості [5].

О. О. Старостіна, хворим на ожирінням рекомендує вуглеводні і білкові розвантажувальні дієти. Вуглеводні розвантажувальні дієти включають споживання яблук, огірків, салатів, які мають незначну кількість білків, сілі, але значну кількість рослинної клітковини. При вживанні цих продуктів збільшується діурез, відмічається прискорене спорожнення кишечника. Такої дієти легко додержуватися і вона є достатньо ефективною [8].

Наступний етап планування харчового режиму полягає у визначенні теоретичної сумарної добової витрати енергії. Завершальний етап індивідуальних рекомендацій полягає у визначенні добової калорійності, необхідної для зниження маси тіла. Для цього з величини сумарної добової витрати енергії, обчисленої за формулою з урахуванням рівня фізичної активності, віднімають 500-600 ккал., і таким чином отримана величина кілокалорій відповідатиме дієті, що буде забезпечувати негативний енергетичний баланс для конкретної людини [2].



На нашу думку, хворим на ожиріння необхідно уникати позитивного енергетичного балансу, коли надходження енергії в організм перевищує її витрати. Енергія, що поступає в організм, забезпечується за рахунок калорійності їжі і напоїв, які вживає людина, а витрата енергії залежать від трьох складових – довільної рухової активності, швидкості протікання основного обміну та посталіментарного термогенезу.

Також необхідно уникати переїдання, яке призводить до значної різниці між великим надходженням енергії і малою її витратою. Цей негативний процес супроводжується накопиченням надлишку енергії у вигляді тригліцеридів в жирових депо людини.

Отже, основою реабілітації ожиріння є раціональне харчування, спрямоване на зменшення енергетичної цінності їжі, чого можна досягти за допомогою зниження калорійності добового раціону. Енергетична цінність харчування складається з потреб на основний обмін, термогенез і фізичну активність, розраховується в середньому виходячи з 1 ккал. на 1 кг. маси тіла на годину [7].

Таким чином, раціональна дієтотерапія хворого з ожирінням ґрунтується на індивідуально підібраному складі харчових продуктів, що забезпечує дефіцит енергії і містить поживні речовини в кількості, достатній для нормального функціонування організму.

Висновки. У першу чергу до реабілітації ожиріння потрібно підходити комплексно, включаючи: низькокалорійну дієту; збільшення фізичної активності; модифікацію способу життя. Реабілітаційні заходи потрібно підбирати для кожного пацієнта індивідуально і враховувати: стать; вік; ступінь ожиріння; індивідуальний ризик для здоров'я; психологічний статус пацієнта; результати попередніх методів боротьби з ожирінням.

Під час організації реабілітаційного процесу слід передбачити збільшення витрат і зменшення надходження поживних речовин, тому при всіх формах ожиріння необхідно правильно поєднати режим харчування та рухову активність.

Література:

1. Білова О. М. Ожиріння в практиці кардіолога та ендокринолога. Тернопіль, ТДМУ, 2009. 620 с.
2. Васюкова О. В. Диетические рекомендации при ожирении и сахарном диабете 2-го типа. М.: Здоровье, 2010. 28 с.
3. Гурвич М.М. Лечебное питание: ваш личный гастроэнтеролог. М: Эксмо, 2013. 768 с.
4. Ивлева А. Я., Старостина Е. Г. Ожирение – проблема медицинская, а не косметическая. М: 2002. 176 с.
5. Менська К. Г. Особливості харчової поведінки у молодих жінок з первинним ожирінням / К. Г. Менська // Проблеми ендокринної патології. 2014. № 3. С. 54–59. 27.
6. Нутріціологія: навч. посібник / Н. В. Дуденко [та ін]; під заг. ред. Н. В. Дуденко. Харків, Світ Книг, 2013. 560 с.
7. Попов С. Н. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры. Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. 280 с.
8. Старостина Е. Г. Роль правильного питания в комплексной терапии ожирения // Ожирение: Актуальные вопросы терапии : материалы науч.-практ. конф. СПб: 2000. С. 46–60.
9. Фізичні чинники в медичній реабілітації: Підручник для студентів та лікарів / за заг. ред. В. М. Сокрута, В. М. Казакова. Донецьк: Дон НМУ; ДОКТМО. 2008. 576 с.