

УДК 616.3+616-56.52-06 DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1319386>

**ДИНАМІКА ЗМІН ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З
НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ
КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА АМБУЛАТОРНО-
ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ**

Лисенко Т.В.

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У
БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ
ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

Лысенко Т.В.

**DYNAMICS OF CHANGES OF FOOD BEHAVIOR IN PATIENTS WITH
EXCESSIVE BODY MASS AND OBESITY UNDER INFLUENCE OF
INTEGRATED TREATMENT AT THE AMBULATORY-POLYCLINIC
STAGE**

Lysenko T.V.

*Одесский национальный медицинский университет МОЗ Украины
Odessa National Medical University*

Резюме (Summary)

Надлишкова маса тіла (НМТ) і ожиріння — масштабна проблема в даний час. Відповідно до показників 2016 року, близько 1,1 млрд. людей у світі страждають від НМТ. Проблема НМТ і ожиріння вимагає розробки ефективних, адекватних підходів профілактики і лікування з використанням комплексу медикаментозних препаратів і немедикаментозних методів.

Мета дослідження: вивчити динаміку змін харчової поведінки у хворих з НМТ і ожирінням під впливом комплексного лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Проведено вивчення харчової поведінки на основі визначення апетиту, тяги до солодкого, структури. В якості методу лікування застосовували препарат «Стифімол», голкорекфлексо- і вібровакuumтерапію на тлі базової терапії (дієта, ЛФК). Обстежено 45 хворих, з них з НМТ — 10 (8,0 %), ожирінням I ст. — 10 (8,0 %), II ст. — 16 (12,8 %), III ст. — 9 (7,2 %).

Встановлено, що вказаний комплекс призводить до позитивних змін харчової поведінки, що супроводжується значним зниженням апетиту, відчуття голоду, потягу до солодкого, позитивними змінами характеру і структури харчової поведінки.

Ключові слова: надлишкова маса тіла, ожиріння, харчова поведінка, комплексне лікування, амбулаторно-поліклінічний етап.

Актуальность работы. Избыточная масса тела (ИзМТ) и ожирение — масштабная проблема в настоящее время. Согласно показателям 2016 года, около 1,1 млрд. людей в мире страдают от ИзМТ.

Учитывая вышеизложенное, проблема ИзМТ и ожирения требует разработки эффективных, адекватных подходов профилактики и лечения с использованием комплекса медикаментозных препаратов и немедикаментозных методов.

Цель исследования: изучить динамику изменений пищевого поведения у больных с ИзМТ и ожирением под влиянием комплексного лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Проведено изучение пищевого поведения на основе определения аппетита, тяги к сладкому, структуры. В качестве метода лечения применяли препарат «Стифимол», иглорефлексо- и вибровacuумтерапию на фоне базовой терапии (диета, ЛФК). Обследовано 45 больных, из них с ИзМТ — 10 (8,0 %), ожирением I ст. — 10 (8,0 %), II ст. — 16 (12,8 %), III ст. — 9 (7,2 %).

Установлено, что указанный комплекс приводит к положительным изменениям пищевого поведения, что сопровождается значительным снижением аппетита, чувства голода, влечения к сладкому, положительными изменениями характера и структуры пищевого поведения.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, пищевое поведение, комплексное лечение, амбулаторно-поликлинический этап.

Actuality of work. Excess body weight (EBW) and obesity are a major problem at the moment. According to the indicators of 2016, about 1.1 billion. people in the world suffer from EBW.

Given the above, the problem of EBW and obesity requires the development of effective, adequate approaches to prevention and treatment using a complex of medicines and non-drug methods.

The purpose of the study was to study the dynamics of changes in eating behavior in patients with EBW and obesity under the influence of complex treatment at the outpatient and polyclinic stage.

The study of food behavior based on the definition of appetite, cravings for sweets, structure. As a method of treatment used the drug "Stifimol", acupuncture and vibrovacuuum therapy against the background of basic therapy (diet, exercise therapy). 45 patients were examined, including EBW — 10 (8.0 %), obesity I st. — 10 (8.0 %), II st. — 16 (12.8 %), III st. — 9 (7.2 %).

It has been established that this complex leads to positive changes in eating behavior, which is accompanied by a significant decrease in appetite, hunger, craving for sweets, positive changes in the nature and structure of eating behavior.

Key words: overweight, obesity, food behavior, complex treatment, outpatient and polyclinic stage.

Актуальність роботи

Надмірна маса тіла (НМТ) та ожиріння — масштабна проблема в теперішній час. Згідно показників 2016 року, близько 1,1 млрд людей у світі

страждають від НМТ. Встановлено, що в європейських країнах 23 % чоловіків і 28 % жінок мають надмірну масу тіла (ІМТ- 25кг/м) [1-7, 9]. В даний час серед дорослих в США і Канаді ожиріння

зустрічається у 64 % (35 % жінок і 29 % чоловіків). Пілотні дослідження показали, що в Україні поширеність ожиріння серед осіб старше 45 років може становити 52 %, а НМТ — 33 % (ожиріння + НМТ складають 85 %). Нормальна маса тіла спостерігається лише у 13 % дорослого населення [8, 10, 11].

Враховуючи вищевикладене, проблема НМТ й ожиріння вимагає розробки ефективних, адекватних підходів профілактики й лікування з використанням комплексу медикаментозних препаратів та немедикаментозних методів.

Особливий інтерес у даного контингенту хворих представляють голкорексфотерапія (ГРТ) і вібровакуумтерапія (ВВТ), використовувані в комплексі з медикаментозною терапією, ЛФК, дієтотерапією на амбулаторно-поліклінічному етапі (Самосюк І.З., 2000-2008; Болотова Н. В., 2010; Владимиров и др., 2013; Пономаренко І.Н., 2014; Гончарова О.А., Парцхаладзе В.И. и др., 2015).

Разом з цим, до цих пір не вивчені особливості впливу зазначених фізичних факторів (ГРТ і ВВТ) в комплексі з медикаментозною терапією (препарат «Стифімол»), ЛФК та дієтотерапією на харчову поведінку хворих з НМТ та ожирінням.

Мета дослідження: вивчити динаміку змін харчової поведінки у хворих з надмірною масою тіла та ожирінням під впливом комплексного лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Матеріал та методи дослідження

Комплексне застосування препарату «Стифімол», ГРТ і ВВТ отримували 45 хворих, з них з НМТ — 10 (8,0 %), ожирінням I ст. — 10 (8,0 %), II ст. — 16 (12,8 %), III ст. — 9 (7,2 %), чоловіків — 11 (8,8 %), жінок — 34 (27,2 %), середній вік — $(45,2 \pm 1,68)$ років, чоловіків — $(44,45 \pm 2,75)$, жінок — $(45,44 \pm 2,06)$. ІМТ у хворих з НМТ склав $(28,04$

$\pm 0,39)$, з ожирінням I ст. — $(33,86 \pm 0,23)$, II ст. — $(37,31 \pm 0,38)$, III ст. — $(47,21 \pm 1,58)$, у тому числі у чоловіків — $(33,94 \pm 1,3)$, у жінок — $(37,28 \pm 1,26)$.

Всі пацієнти до і після лікування проходили тестування для визначення важкості розладів харчової поведінки за допомогою модифікованого опитувальника Van Strien T. et al. (1986), а також вираженості апетиту і потягу до солодоців за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ).

У ВАШ для визначення апетиту «1» відповідало повній відсутності апетиту, тоді як «10» відповідало непереборному потягу до їжі. У ВАШ для визначення потягу до солодоців «1» відповідало повній відсутності потягу до солодоців, тоді як «10» відповідало непереборному потягу до солодоців.

Хворі отримували медикаментозну терапію: «Стифімол» по 1 капсулі 3 рази на день, 1 місяць. «Стифімол» має такий склад: 1 капсула містить гарцинії камбоджийської екстракту (*Garcinia cambogia*) (що відповідає вмісту кислоти гідроксилимонної 50 мг) 100 мг, хрому піколінату 0,1 мг, L-тирозину (тирозину) 50 мг, левокарнітину (L-карнітину) 15 мг, водоростей бурих сухого екстракту (*Fucus vesiculosus* L), у перерахуванні на йод 0,037 мг. Для ГРТ застосовували голки розміром 0,20 x 15 мм (виробник «CZOUND DRAGON», Китай). Голки виготовлені з високоякісної сталі, яка застосовується для медичного інструментарію. Кінчик голки має спеціальну заточку та легко вводиться в ткани. ГРТ проводили на аурикулярні точки акупунктури (ТА) 13, 22, 23, 25, 28, 95 — впливають на функціональний стан ендокринної системи; ТА 84, 87, 88, 89, 96, 97, 122 — діють на функціональний стан травної системи; ТА 34, 51, 55, 79, 82 — широкого спектра дії; ТА 17, 18, 19, 59, 100, 101 — симптоматичні і специфічні та корпоральні ТА

— G113, G114, P3. Процедури проводили щоденно, 12-14 процедур на курс лікування. Фізіотерапевтичний вплив вібромасажем (вібромасажер «ЕЛВО») з використанням перемінного струму з номінальною напругою 220 В, потужністю 80 Вт, розмахом коливань накладки (40 ± 5) Гц та вакуумним масажем (відсмоктувач хірургічний ОХ-10- «Я-ФП»), глибина вакууму при цьому складає 10-20 кПа, тривалість впливу 3-5 хв проводили на ділянки найбільшого накопичення жирових відкладень (живіт, стегна, область тазу) через день, 12-13 процедур на курс.

Результати та їх обговорення

В табл. 1 представлена динаміка вираженості апетиту й потягу до солодоців у хворих з НМТ.

Дані табл. 1 свідчать про виражену динаміку апетиту на протязі лікування із застосуванням ГРТ та ВВТ. Через 1 міс. підвищений апетит знизився (за шкалою ВАШ) від (5,58 ± 0,23) до (4,0 ± 0,25), *p* < 0,001; через 3 міс — до (3,6 ± 0,18), *p* < 0,001; через 6 міс. — до (2,8 ± 0,22), *p* < 0,001. Поряд зі зменшенням апетиту, знизився й потяг до солодоців: через 1 міс. від (5,03 ± 0,25) до (3,6 ± 0,18), *p* < 0,001; через 3 міс. — до (3,0 ± 0,12), *p* < 0,001; через 6 міс. — до (2,5 ± 0,21), *p* < 0,001.

0,001.

Дані табл. 2 демонструють динаміку вираженості апетиту й потягу до солодоців у хворих з ожирінням, які отримували лікувальний комплекс. У хворих з ожирінням I ст. апетит зменшився через 1 міс. від (6,8 ± 0,17) до (5,2 ± 0,17), *p* < 0,001; через 6 міс. — до (3,8 ± 0,25), *p* < 0,001. Потяг до солодоців відповідно зменшився — від (6,1 ± 0,15) до (4,8 ± 0,11), *p* < 0,001; від (3,9 ± 0,09) до (3,6 ± 0,23), *p* < 0,001. Позитивна значно виражена динаміка апетиту й потягу до солодоців відмічалася у хворих з ожирінням II ст. через 1 місяць апетит знизився від (7,0 ± 0,21) до (5,4 ± 0,12), *p* < 0,001; через 3 місяці — до (4,8 ± 0,09), *p* < 0,001; через 6 місяців — до (4,0 ± 0,08), *p* < 0,001. Потяг до солодоців зменшився відповідно — від (7,2 ± 0,18) до (5,0 ± 0,08), *p* < 0,001; до (4,8 ± 0,08), *p* < 0,001; до (3,8 ± 0,11), *p* < 0,001. У хворих з ожирінням III ст. також визначалася позитивна динаміка аналізуємих показників. Апетит зменшився через 1 місяць від (8,3 ± 0,18) до (6,3 ± 0,11), *p*

Таблиця 1

Динаміка вираженості апетиту й потягу до солодоців у хворих з НМТ, n = 10, M ± m

Показники	До лікування	Через 1 місяць (P ₁)	Через 3 місяці (P ₂)	Через 6 місяців (P ₃)	P ₁	P ₂	P ₃
Апетит	5,58 ± 0,23	4,0 ± 0,25	3,6 ± 0,18	2,8 ± 0,22	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001
Потяг до солодоців	5,03 ± 0,25	3,6 ± 0,18	3,0 ± 0,12	2,5 ± 0,21	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001

Примітка. P — статистично значущі відмінності до та після лікування.

Таблиця 2

Динаміка вираженості апетиту й потягу до солодоців у хворих з ожирінням, M ± m

Показники	Ожиріння I ст., n = 7		Ожиріння II ст., n = 8		Ожиріння III ст., n = 6		P ₁	P ₂	P ₃
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування			
Через 1 місяць									
Апетит	6,8 ± 0,17	5,2 ± 0,08	7,0 ± 0,21	5,4 ± 0,12	8,3 ± 0,18	6,3 ± 0,11	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001
Потяг до солодоців	6,1 ± 0,15	4,8 ± 0,11	7,2 ± 0,18	5,0 ± 0,08	8,0 ± 0,12	6,0 ± 0,12	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001
Через 3 місяці									
Апетит	5,2 ± 0,08	4,0 ± 0,12	5,4 ± 0,12	4,8 ± 0,09	6,3 ± 0,11	5,8 ± 0,10	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,01	<i>p</i> < 0,01
Потяг до солодоців	4,8 ± 0,11	3,9 ± 0,09	5,0 ± 0,08	4,8 ± 0,08	6,0 ± 0,10	5,6 ± 0,08	<i>p</i> < 0,001	0,05 < <i>p</i> < 0,1	<i>p</i> < 0,05
Через 6 місяців									
Апетит	4,0 ± 0,12	3,8 ± 0,25	4,8 ± 0,09	4,0 ± 0,08	5,8 ± 0,10	5,2 ± 0,11	<i>p</i> > 0,1	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,01
Потяг до солодоців	3,9 ± 0,09	3,6 ± 0,23	4,8 ± 0,08	3,8 ± 0,11	5,6 ± 0,08	4,8 ± 0,12	<i>p</i> > 0,1	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001

Примітка. P — достовірність розбіжностей відповідно в групах 1, 2, 3 до та після лікування.

< 0,001; через 3 місяці — до $(5,8 \pm 0,10)$, $p < 0,01$; через 6 місяців — до $(5,2 \pm 0,11)$, $p < 0,01$. Потяг до солодощів зменшився через 1 місяць від $(8,0 \pm 0,12)$ до $(6,0 \pm 0,12)$, $p < 0,01$; через 3 місяці — до $(5,6 \pm 0,08)$, через 6 місяців — до $(4,8 \pm 0,12)$.

В таблиці 3 наведена динаміка зустрічаємості різних розладів харчової поведінки у хворих з НМТ, які отримували лікувальний комплекс.

Дані таблиці 3 реєструють чітку позитивну динаміку зустрічає мості екстернального, емоційного та рестриктивного розладів харчової поведінки. Так, екстернальний розлад через 1 місяць зменшився від 60,0 % до 40,0 %, через 3 місяці — до 10,0 %, а через 6 місяців він не реєструвався. Емоційний розлад через 3 місяці зменшився від 30,0 до 10,0 %, а через 6 місяців він не відмічався. Рестриктивний розлад також через 6 місяців не реєструвався. Таким чином, через 6 місяців у хворих з НМТ під впливом комплексного лікування розладів харчової поведінки не реєструвалося.

В таблиці 4 представлена динаміка зустрічаємості різних розладів харчової поведінки у хворих з ожирінням в процесі лікування.

Так, у хворих з ожирінням I ст. екстернальний тип харчової поведінки через 1 місяць знизився від 80,0 % до 40,0 %, через 3 місяці — до 30,0 %, через 6 місяців — до 10,0 %; емоційний тип через 1 місяць зменшився від

Таблиця 3

Динаміка зустрічаємості різних розладів харчової поведінки у хворих з НМТ в процесі лікування, $n = 10$ (абс. число / %)

Форма поведінки	Вихідні дані		Через 1 місяць		Через 3 місяці		Через 6 місяців	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Екстернальна	6	60,0	4	40,0	1	10,0	0	0
Емоційна	3	30,0	3	30,0	1	10,0	0	0
Рестриктивна	1	10,0	1	10,0	0	0	0	0

Таблиця 4

Динаміка зустрічаємості різних розладів харчової поведінки у хворих з ожирінням в процесі лікування, абс. число / %

Форма поведінки	Ожиріння I ст., $n = 10$				Ожиріння II ст., $n = 16$				Ожиріння III ст., $n = 9$			
	вихідні дані	через 1 місяць	через 3 місяці	через 6 місяців	вихідні дані	через 1 місяць	через 3 місяці	через 6 місяців	вихідні дані	через 1 місяць	через 3 місяці	через 6 місяців
Екстернальна	8/80,0	4/40,0	3/30,0	1/10,0	13/81,3	7/43,8	6/37,5	3/18,8	8/88,9	7/77,8	3/33,3	1/11,1
Емоційна	2/20,0	1/10,0	0	0	2/12,5	1/6,3	0	0	1/11,1	1/11,1	0	0
Рестриктивна	0	0	0	0	1/6,2	1/6,2	1/6,2	0	0	0	0	0

20,0 до 10,0 %, а потім не реєструвався. У хворих з ожирінням II ст. екстернальний тип порушення харчової поведінки зменшився через 1 місяць від 81,3 до 43,8 %, через 3 місяці — до 37,5 %, через 6 місяців — до 18,8 %; емоційний тип вже через 3 місяці не реєструвався; рестриктивний тип — залишився не зміненим. У хворих з ожирінням III ст. екстернальний тип порушення харчової поведінки зменшився через 1 місяць від 88,9 до 77,8 %, через 3 місяці — до 33,3 %, через 6 місяців — до 11,1 %; емоційний тип порушення харчової поведінки вже не реєструвався через 3 місяці спостереження.

Динаміка структури розладів харчової поведінки у хворих з НМТ і ожирінням в процесі лікування наведена в таблицях 5 і 6.

Дані таблиці 5 свідчать про те, що на протязі всього періоду спостереження поступово покращувалася структура харчової поведінки у хворих з НМТ. Через 6 місяців у 90,0 % хворих з НМТ не реєструвалися компульсивний та нічний розлади, у 70,0 % — не реєструвався сезонний розлад.

Таблиця 5 місяців висока

Динаміка змін структури розладів харчової поведінки у хворих з НМТ в процесі лікування, n = 10 (абс. число / %)

Показник	Категорія	Вихідні дані		Через 1 місяць		Через 3 місяці		Через 6 місяців	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Компульсивний розлад	0	4	40,0	6	60,0	8	80,0	9	90,0
	0,5	2	20,0	3	30,0	2	20,0	1	10,0
	1	4	40,0	1	10,0	0	0	0	0
Нічний розлад	0	4	40,0	5	50,0	8	80,0	9	90,0
	0,5	2	20,0	4	40,0	1	10,0	1	10,0
	1	4	40,0	1	10,0	1	10,0	0	0
Сезонний розлад	0	4	40,0	5	50,0	7	70,0	7	70,0
	0,5	2	20,0	3	30,0	2	20,0	3	30,0
	1	4	40,0	2	20,0	1	10,0	0	0

Примітка.

- 0 — розлади відсутні.
- 0,5 — розлади помірно виражені.
- 1 — розлади виражені.

Дані таблиці 6 характеризують чітку позитивну динаміку структури харчової поведінки у хворих з ожирінням. Так у хворих з ожирінням I ст. через 6 місяців спостереження у 90,0 % випадків не реєструвалися розлади, а у 10,0 % вони були незначно виражені. У хворих з ожирінням II ст. у 93,8 % не реєструвалися компульсивний та нічний розлади, сезонний розлад не реєструвався у 50,0 % хворих. У останніх хворих розлади були незначно виражені. У хворих з ожирінням III ст. в 77,8 % не реєструвалися компульсивний і нічний розлади, в 55,5 % — сезонний розлад.

Комплексне застосування препарату «Стифимол», ГРТ і ВВТ супроводжувалося покращенням якості життя хворих з НМТ й ожирінням. Через 6 місяців після лікування 100,0 % хворих з НМТ відмітили покращення загального самопочуття, підвищення працездатності, фізичної і соціальної активності. Через 12

Через 12 місяців позитивний результат за показниками, які аналізувалися, зберігався у 70,0-90,0 %. У хворих з ожирінням II ст. через 6 місяців покращення загального самопочуття відмітили 81,3 %, підвищення працездатності — 75,0 %, фізичної активності — 75,0 %, соціальної активності — 81,3 %. Через 12 місяців ці показники відповідно склали: 62,5; 68,8; 75,0. У хворих з ожирінням III ст. через 6 місяців загальне самопочуття покращилося у 77,8 %, підвищилися працездатність — у 77,8

Таблиця 6

Динаміка змін структури розладів харчової поведінки у хворих з ожирінням в процесі лікування, (абс. число / %)

Показник	Категорія	Ожиріння I ст., n = 10				Ожиріння II ст., n = 16				Ожиріння III ст., n = 9			
		Вихідні дані	Через 1 місяць	Через 3 місяці	Через 6 місяців	Вихідні дані	Через 1 місяць	Через 3 місяці	Через 6 місяців	Вихідні дані	Через 1 місяць	Через 3 місяці	Через 6 місяців
Компульсивний розлад	0	3/30,0	4/40,0	6/60,0	9/90,0	2/12,5	7/43,8	11/68,8	15/93,8	1/11,1	3/33,3	5/55,5	7/77,8
	0,5	3/30,0	4/40,0	3/30,0	1/10,0	5/31,3	6/37,5	2/12,5	1/6,2	3/33,3	4/44,4	4/44,4	2/22,2
	1	4/40,0	2/20,0	1/10,0	0	9/56,2	3/18,8	3/18,7	0	5/56,6	2/22,2	0	0
Нічний розлад	0	2/20,0	4/40,0	6/60,0	9/90,0	2/12,5	7/43,8	7/43,8	15/93,8	2/22,2	3/33,3	4/44,4	7/77,8
	0,5	3/30,0	4/40,0	4/40,0	1/10,0	4/25,0	2/12,5	7/43,8	6/37,5	3/33,3	5/55,5	4/44,4	2/22,2
	1	5/50,0	2/20,0	0	0	10/62,5	7/43,8	2/12,5	0	4/44,4	1/11,1	1/11,1	0
Сезонний розлад	0	3/30,0	4/40,0	6/60,0	9/90,0	4/25,0	5/31,3	6/37,5	8/50,0	2/22,2	2/22,2	3/33,3	5/55,5
	0,5	2/20,0	4/40,0	2/20,0	1/10,0	2/12,5	5/31,3	7/43,8	5/31,3	3/33,3	4/44,4	5/55,5	3/33,3
	1	5/50,0	2/20,0	2/20,0	0	10/62,5	6/37,5	3/18,7	3/18,7	5/55,5	3/33,3	1/11,1	1/11,1

%, фізична активність — у 77,8 %, соціальна активність — у 88,9 %. Через 12 місяців ці показники відповідно склали: 66,7 %.

Безпосередні результати лікування хворих з НМТ та ожирінням наведені

в таблиці 7, з якої бачимо, що чіткий благополучний результат (значне покращення + покращення) реєструвалося у 100,0 % хворих з НМТ, ожирінням I та II ст., у 77,8 % — з ожирінням III ст.

Висновки: встановлено, що комплексне застосування препарату «Стифімол», ГРТ і ВВТ у хворих з НМТ і ожирінням істотно підвищує ефективність амбулаторно-поліклінічного етапу лікування за рахунок значного покращення харчової поведінки: зниження апетиту, потягу до солодощів і відчуття голоду, позитивних змін характеру і структури поведінки.

Література

1. Горбась І. М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І. М. Горбась // Український кардіологічний журнал. — 2010. — Додаток 1. — С. 16–21.
2. Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки / за ред. Ю. В. Поляченко, В. М. Пономаренко. — К., 2006. — 240 с.
3. Зелінська Н. Б. Стан надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2010 році [Електронний ресурс] / Н. Б. Зелінська, С. І. Осташко, Н. Г. Руденко // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2011. — № 3 (35). — С. 19–26. — Режим доступу: <http://endocrinology.mif.ua.com/archive/issue-17747/#rubruc-17755>
4. Козярін І. П. Ожиріння як хвороба цивілізації / І. П. Козярін // Здоров'я України. — 2005. — № 5. — С. 127–129.

Таблиця 7

Безпосередні результати лікування хворих з НМТ і ожирінням після застосування лікувального комплексу, абс. число / %

Показники	НМТ, n = 10	Ожиріння I ст., n = 10	Ожиріння II ст., n = 16	Ожиріння III ст., n = 9
Значне покращення	6/60,0	5/50,0	5/31,3	2/22,2
Покращення	4/40,0	5/50,0	11/68,8	5/55,6
Незначне покращення	0	0	0	2/
Безпосереднє покращення	0	0	0	0
Погіршення	0	0	0	0
Чіткий благополучний результат (значне покращення + покращення)	10/100,0	10/100,0	16/100,0	7/77,8

5. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я суспільства та продовження життя / В. М. Корнацький. — К.: Ферзь, 2006. — 136 с.
6. Проблема ожирення в Європейському регіоні ВОЗ і стратегії її рішення / под. ред. F. Branca, H. Nikogosian, T. Lobstein. — ВОЗ, 2009. — 408 с.
7. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview / B. Caballero // *Epidemiol. Rev.* — 2007. — Vol. 29. — P. 1–5.
8. Gillman M. A life course epidemiology to obesity / M. Gillman // *A life course approach to chronic disease epidemiology* / ed. by D. Kuh, Y. Ben-Sclamo. — 2-nd edition. — United Kingdom: Oxford University Press, 2004.
9. Hainer V. Ожиріння — епідемія XXI століття: сучасний погляд на проблему / V. Hainer // *Внутрішня медицина.* — 2009. — № 4 (16). — С. 28–33.
10. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004 / C. L. Ogden, M. D. Carroll, L. R. Curtin [et al.] // *JAMA* — 2006. — Vol. 295. — P. 1549–1555.
11. The epidemiology of obesity / C. L. Ogden, S. Z. Yanovski, M. D. Carroll, K. M. Flegal // *Gastroenterology.* — 2007. — Vol. 132. — P. 2087–2102.

References

1. Gorbash I.M. Epidemiological and medical-social aspects of arterial hypertension / I.M. Horbash // *Ukrainian Cardiology Journal.* — 2010. — Appendix 1. — P. 16-21. 969
2. The experience of implementation of the Intersectoral Integrated Program "Health of the Nation" for 2002-2011/ ed. by Yu.

- V. Polyachenko, V. M. Ponomarenko. — К., 2006. — 240 p.
3. Zelinskaya N.B. The status of provision of specialized care for children with endocrine pathology in Ukraine in 2010 [Electronic resource] / N.B. Zelinska, S.I. Ostashko, N.G. Rudenko // International Endocrinology Journal. — 2011. — No. 3 (35). — P. 19-26. — Access mode: <http://endocrinology.mif.ua.com/archive/issue-17747/#rubruc-17755>
 4. Kozyarin I.P. Obesity as a disease of civilization / I.P. Kozyarin // Health of Ukraine. — 2005. — No. 5. — P. 127-129.
 5. Kornatsky V.M. Problems of Society Health and Life Extension / V.M. Kornatsky. — К.: Fergus, 2006. — 136 p.
 6. The problem of obesity in the WHO European Region and its solution / Ed. by F. Branca, H. Nikogosian, T. Lobstein. — WHO, 2009. — 408 p
 7. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview / B. Caballero // Epidemiol. Rev. — 2007. — Vol. 29. — P. 1-5.
 8. Gillman M. A life course epidemiology to obesity / M. Gillman // A life course approach to chronic disease epidemiology / ed. by D. Kuh, Y. BenSclamo. — 2nd edition. — United Kingdom: Oxford University Press, 2004.
 9. Hainer V. Obesity — epidemic of the 21st century: modern view on the problem / V. Hainer // Internal medicine. — 2009. — № 4 (16). — p. 28-33.
 10. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004 / C. L. Ogden, M. D. Carroll, L. R. Curtin [et al.] // JAMA — 2006. — Vol. 295. — P. 1549-1555.
 11. The epidemiology of obesity / C. L. Ogden, S. Z. Yanovski, M. D. Carroll, K. M. Flegal // Gastroenterology. — 2007. — Vol. 132. — P. 2087-2102.
- Впервые поступила в редакцию 05.04.2018 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

УДК: 616.36-004: 616.466 DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1319044>

МЕТАБОЛІЗМ ОКСИДУ АЗОТУ ТА ЕКСКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

Квасницька О.Б.

МЕТАБОЛИЗМ ОКСИДА АЗОТА И ЭКСКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Квасницкая О.Б.

METABOLISM OF NITRIC OXIDE AND EXCRETORAL FUNCTION OF KIDNEYS IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS DEPENDING FROM DISEASE STAGE

Kvasnytska O.B.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukowina State Medical University", Chernivtsi, Ukraine,

olgakvas@rambler.ru