

К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫМ МУЖЧИНАМ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Н.И. Корильчук

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени
И.Я.Горбачевского МОЗ Украины», neltar@mail.ru

Введение. Здоровье человека, как известно, в первую очередь это сохранение и развитие его психических и функциональных качеств, работоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Оно всегда занимало и занимает видное место в развитии каждой страны. Факторы, которые определяют здоровье, являются: здоровый образ жизни (50–55%), экологические факторы (15–20%), наследственность (15–20%) и медицина (15%)[3]. Здоровье человека – это бесценный дар природы, который дается ему в подарок к первому дню рождения. Но этот же самый человек удивительно устроен: он не ценит того, что дается ему даром. Он беспечно транжирит доставшееся ему в наследство здоровье и спохватывается лишь тогда, когда нечем расплатиться за удовольствие жить дальше.

В Украине продолжительность жизни в мужчин всего 62 года [5]. В последние годы Украина в рейтинге стран мира по показателям средней продолжительности жизни занимает 121 место среди 192 стран мира [6]. Для сравнения – в странах Западной Европы показатель средней продолжительности жизни составляет 79 лет, в США – 78 лет [6,7].

Сегодня становится привычным видеть молодых мужчин с подобием беременной женщины, однако единичные случаи, когда мужчина беспокоится о таком своем состоянии, не подозревая о грядущих последствиях. Абдоминальное ожирение, является иницирующим фактором развития метаболического синдрома (МС), который приводит к повышению артериального давления (АД), в последствии к развитию артериальной гипертензии, вызывает снижение чувствительности периферических тканей к инсулину с последующим развитием сахарного диабета (СД). У пациентов с абдоминальным типом ожирения метаболические нарушения развиваются рано и длительно протекают бессимптомно [1]. Широкое распространение, тесная связь с образом жизни и высокая смертность от последствий МС требуют объединения усилий общества и врачей с целью раннего выявления и осуществления широкомасштабных профилактических мероприятий по выявлению таких пациентов.

Методы и организация исследования. Целью данного исследования было изучить самооценку здоровья, уровень физической активности, типологию питания в мужчин с абдоминальным типом ожирения. В исследование включили 120 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. Средний возраст $34,9 \pm 6,4$ года, которые имели визуальные признаки абдоминального ожирения. Объем талии >100 см. Всем обследованным с согласия проводились: антропометрия, предлагались опросники, проводились клиничко–лабораторные обследования. Критерии исключения: ранее установленный СД, сопутствующие эндо-

кринные болезни, заболевания других органов и систем в стадии обострения или с значительным нарушением функции.

Антропометрия охватывала: измерение роста, массы тела, объема талии (ОТ), объема бедер (ОБ). Для верификации ожирения, определяли индекс массы тела (ИМТ) [2] по формуле: соотношение массы тела (кг) к росту (m^2). Характер распределения жировой ткани определяли путем измерения ОТ/ОБ. Ожирение считали абдоминальной при $ОТ/ОБ > 1,0$. Группу контроля составили 20 сопоставимых по возрасту здоровых мужчин с $ОТ/ОБ < 1,0$.

Все респонденты заполняли опросники которые включали вопросы по жалобам на здоровье, изучение наследственности, уровня самооценки здоровья и выявления провоцирующих факторов (физическая активность, питание, курение, употребление алкоголя). Всем измеряли АД, измерение проводилось методом Короткова. Лабораторные исследования включали определение общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Уровень инсулина определяли иммуноферментными способами реактивами DRG ELISA KIT, нормы считали уровень инсулина 2–25 мкОД/мл. Уровень глюкозы определяли биохимическим методом реактивами фирмы Humen нормы считали 3,61–6,11 ммоль/л. Инсулинорезистентность рассчитывали по формуле HOMA (the Homeostasis Model Assessment) (базальный уровень инсулина \times базальный уровень глюкозы/22,5).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных больных 50,0 % имели избыточный вес, — 24,2 % ожирение I степени, 8,3 % — ожирение II степени и 3,3 % — ожирение III степени и в 14,2% диагностировано нормальный вес. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил $34,6 \pm 3,9$ кг/ m^2 . ОТ — $110,4 \pm 8,3$ см. Результаты анализа опросников, указывали, что 74,2% считают состоянием своего здоровья «отличным», а 24,1% — «удовлетворительным», 1,7% — «плохим». Самооценка здоровья снижается с возрастом опрошенных. При изучении наследственности нами выяснилось, что у 38,4% обследованных повышенный вес (ожирение), в 77,5% повышенное давление, в 17,5% СД 2 типа, в 1,7% СД 1 типа в близких родственниках (мама, папа, бабушки, дедушки).

Физическая активность и спортивно оздоровительные занятия выступают одним из самых важных средств сохранения и укрепления здоровья. Анализируя анкеты и клинический осмотр мужчин, мы выявили низкий уровень физической активности. Респонденты отдают предпочтение пассивным формам отдыха (телевизор, компьютер). Большинство опрошенных (64,2%) на работу и с работы добираются своим автомобилем. Интенсивными физическими нагрузками (бег трусцой, баскетбол, велосипедные гонки, коньки и т.п.) не занимался ни один из обследованных, 24,2% занимались физическими нагрузками умеренной интенсивности и все остальные 75,8% легкой интенсивности (боулинг, рыбалка, спокойная походка). 20,9% — занимались умеренными физическими нагрузками 2–3 раза в неделю, и только 3,3% — 4–5 дней.

Установлено, что все опрошенные имеют девиантное поведение питания. Изучая рацион питания пациентов мы отметили высокое употребление высококалорийной пищи: жирное, жареное, мучные изделия (вермишели, мюсли, чипсы), выпечка (торты, пироги, булочки), копчености. С помощью дневников питания обнаружено, что у 24,2% пациентов поздний прием пищи вечером, в 32,5% переедание, 35,8% употребляют блюда, стимулирующие аппетит, в 64,2% — очень большие порции, в 17,5% — многочисленные перекусы, в 15,9% пропуск приемов пищи (отсутствуют завтраки, обеды, однако насыщенные ужина), 53,3% опрошенных прекращают прием пищи только при наличии переполнения желудка. Синдром ночной еды — зарегистрировано нами в 5,0% обследованных.

Курение и употребление алкоголя — самостоятельные факторы усугубления состояния здоровья. Нами определено, что 75,9% респондентов курят, 38,4 употребляют алкоголь более 200г в неделю, 24,2% — более 500г в неделю. Повышенное АД диагностировано в 64,2% обследованных. Диагностировано, что чем выше ОТ/ОС, тем выше давление. Гипергликемия диагностирована в 10,9 % респондентов, в 14,2% — нарушение толерантности к углеводам. Эти нарушения показывают, что в обследуемых имеет место ярко выраженные или скрытые нарушения утилизации инсулина. Нарушения липидного обмена

диагностированы в 74,2% обследованных. Наиболее выраженные изменения были при диагностике ОХ – в 64,2% и ТГ – в 38,4%.

В 27,5% пациентов диагностирована гиперинсулинемия. Однако по индексу НОМА установлено, что в 53,3% – инсулинорезистентность.

проблема ограниченного использования населением средств физической культуры и спорта с целью оздоровления, требуют увеличения внимания со стороны ученых, социологов частности. Важным аспектом социологических исследований спортивной уча- стия является изучение всего комплекса причин недостаточной эффективности института спорта и системы физического воспитания по реализации стратегии сохранения здоровья населения. Эти проблемы можно отнести к предметной области современной социологии спорта и здоровья. Уровень изученности проблемы.

Выводы. Таким образом, нами диагностировано низкий уровень культуры здоро- вья и здорового образа жизни в мужчин. Показатели низкой физической активности, де- виантного поведения питания, высоких показателей вредных привычек, отягощенная наследственность, нарушения углеводного и липидного обмена, гиперинсулинемия и ин- сулинорезистентность – это факторы, которые резко снижают здоровье и продолжитель- ность жизни. Только профилактические меры с включением общественности и медиков смогут снизить уровень таких пациентов и тем самым повысить уровень здоровья наших мужчин.

Литература

1. Бутрова С.А. Висцеральное ожирение – ключевое звено метаболического синдрома / С.А.Бутрова // Международный эндокринологический журнал. –2009. – №2(20). – С.82–84.
2. Гирин С.В. Индекс массы тела – важный показатель состояния здоровья / С.В. Гирин // Биологическая терапия. – 2010. – №2. – С.6–8.
3. Грибан В.Г. Валеология: Підручник / В.Г.Грибан. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 214 с.
4. Дмитриев А.Н. Метаболический синдром: маркеры индивидуальной предрасположенно- сти, диагностика доклинической стадии, обоснование тактики ведения пациентов / А.М.Дмитриев // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – №2(34). – С.93–101.
5. Уряд хоче збільшити тривалість життя українців [Електронний ресурс]: – Режим доступу: http://www.newsru.ua/ukraine/21feb2008/smert_nost.html – Назва з домашньої сторінки Інтернету.
6. Средняя продолжительность жизни. О странах. Краткий справочник [Електронний ре- сурс]. – Режим доступа: http://ostranah.ru/lists/life_expectancy.php
7. В США растет продолжительность жизни. Новости США и вокруг США. 3 сентября 2007г. [Електронний ресурс] – Режим доступа: <http://www.americaru.com/news/24584>