

Сексуальное здоровье мужчин и женщин – один из приоритетов украинского здравоохранения

15–16 мая 2014 г. в Киеве прошел III Съезд сексологов и андрологов Украины, в рамках которого как научная медицинская общественность, так и практикующие врачи получили возможность обсудить актуальные вопросы частично-го возрастного андрогенного дефицита, воспалительных заболеваний уrogenитальной сферы у мужчин и женщин и заболеваний, передающихся половым путем, эректильной дисфункции и женского сексуального здоровья, а также получить информацию об инновациях в сексологии и андрологии.



Торжественную часть съезда открыл приветственным словом доктор медицинских наук, профессор **Игорь Горпинченко**, президент Ассоциации сексологов и андрологов Украины, гене-

ральный директор Украинского института сексологии и андрологии, руководитель Клиники сексопатологии и андрологии Государственного учреждения (ГУ) «Институт урологии Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения (МЗ) Украины по специальности «Сексопатология». Он выразил благодарность организаторам съезда — Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) имени П.Л. Шупика, ГУ «Институт урологии НАМН Украины», Украинскому институту сексологии и андрологии, а также пожелал всем участникам плодотворного сотрудничества в рамках проводимых пленарных заседаний, симпозиумов, стендовых мероприятий.



Доктор медицинских наук, профессор **Александр Петриченко**, начальник лечебно-организационного управления НАМН Украины, от имени президиума НАМН сделал а к ц е н т

на многодисциплинарности и обширности программы съезда: формат мероприятия подразумевает совместную работу урологов, сексологов, дерматовенерологов, хирургов, гинекологов и медицинских психологов. Насущная необходимость кооперации врачей нескольких специальностей при решении вопросов о сексуальном здоровье мужчины и женщины обуславливает интегративность собственно сексологии как науки и прикладного направления медицины.



От МЗ Украины к участникам съезда обратилась **Лариса Климчук**, главный специалист отдела высокоспециализированной медицинской помощи МЗ Украины. Она напомнила со-

бравшимся, что, в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сексуальное здоровье — это состояние физического, психического и социального благополучия, связанного с сексуальностью, а также благополучия в отношении предупреждения нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путем (ЗПП), и свободы от насилия в сексуальных отношениях. Сексуальность каждого человека — личностная категория, объединяющая индивидуальное мировоззрение, семейные, культурно-этнические, религиозные традиции, определяется жизненным опытом и является одним из критериев качества жизни. Л. Климчук также обратила внимание участников съезда, что именно в Украине благодаря проведению масштабных исследований сексуальных расстройств у мужчин и женщин сформирована концепция оценки в едином контексте сексуального здоровья пары.



Доктор медицинских наук, профессор **Иван Зозуля**, проректор по научной работе, заведующий кафедрой медицины неотложных состояний и НМАПО имени П.Л. Шупика, обозначил актуальность обсуждаемых на съезде проблем, в том числе вопросов сексуального и продуктивного здоровья пары, особенно с учетом высокой распространенности (до 20%) первичного и вторичного бесплодия в Украине. И. Зозуля акценти-

ровал внимание слушателей на том, что любой врач обязан непрерывно совершенствовать свои теоретические знания и практические умения, причем как путем самообразования, так и с помощью тематических циклов повышения квалификации и регулярно проводимых мероприятий — конференций, съездов соответствующей направленности.



Доктор медицинских наук, профессор **Сергей Возианов**, директор ГУ «Институт урологии НАМН Украины», член-корреспондент НАМН отметил, что среди основных аспектов Глобальной стратегии ВОЗ вопросы сексуального здоровья пары выходят на первый план как залог сохранения репродуктивных перспектив будущих поколений и обеспечения качества жизни мужчин и женщин любого возраста. К сожалению, особенности интимной сферы пациентов и возможность формирования разносторонних расстройств, обусловливающих развитие нарушений сексуального и репродуктивного здоровья, нередко остаются вне зоны внимания лечащего врача. С. Возианов призвал практикующих специалистов обращать особое внимание на эти аспекты здоровья своих пациентов. Он также добавил, что украинской школе сексологии свойственно сохранение национальных научных традиций наряду с уважительным отношением к всемирному научному наследию, что находит отражение и в работе настоящего съезда.



Пленарное заседание по сексопатологии открыло совместный доклад И. Горпинченко и кандидата медицинских наук **Andrea Sytnenko**, научного сотрудника ГУ «Институт урологии НАМН

Таблиця 1

Фаза	Физиологический смысл	Основные фазы эякуляции и их регуляторные механизмы	
		Механизм	Регуляторные центры
Эмиссия	Выброс семенной жидкости в простатический отдел уретры	Сократительная активность epididymis, vas deferens, семенных пузырьков, предстательной железы	Спинальные центры Th ₁₀ –L ₁
Эжекция	Продвижение семенной жидкости по уретре и выброс болясов наружу	Сокращение внутреннего сфинктера и мышц тазового дна, расслабление наружного сфинктера	Спинальные центры S _{II} –S _{IV}
Оргазм	Обработка сенсорных и сенсомоторных ощущений при продвижении семенной жидкости	Нейромедиаторные процессы: серотонин (рецепторы 5-HT ₂), окситоцин	Таламус, гипоталамус (медиальная преоптическая область, паравентрикулярное ядро), параганглиоклеточное ядро

Украины» «Преждевременная эякуляция: ревизия проблемы». В ходе доклада были подробно рассмотрены основные физиологические механизмы, регулирующие различные фазы процесса эякуляции (табл. 1).

Согласно Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра, преждевременная эякуляция (ПЭ) определяется как невозможность обеспечить продолжительность полового акта, достаточную для сексуального удовлетворения обоих партнеров, и имеет следующие проявления:

а) эякуляция перед или сразу после проникновения (интравагинальный латентный период (ИЛП) <15 мин);

б) эякуляция возникает при отсутствии эрекции, достаточной для осуществления полового акта.

Иные определения ПЭ включают неспособность контролировать момент наступления эякуляции, психоэмоциональный дистресс, а также оговаривают преждевременное наступление эякуляции как ИЛП <1 мин. Если ориентироваться на этот показатель, то частота ПЭ составляет от 5% (у представителей негроидной расы) до 40% (у представителей монголоидной расы), в среднем ≈23%.

Среди теорий, объясняющих патофизиологические механизмы врожденной ПЭ, А. Сытенко особо отметил теорию Вальдингера, согласно которой ключевыми звеньями патогенеза ПЭ являются гиперфункция серотониновых рецепторов 5-HT_{1A}, гипофункция 5-HT_{2C} и дисфункция системы транспорта медиаторов.

Приобретенная ПЭ может развиваться вследствие влияния как урологических (острый или хронический простатит) и эндокринных нарушений (гипertiреоз), так и психоневрологических факторов.

Лечение пациентов с ПЭ включает психосексуальное консультирование, фармакотерапию, а при неэффективности этих методов — хирургическое вмешательство. Что касается секстерапии (метод «стоп-старт», «щипка»), то эффективность предлагаемых методик трудно оценить из-за методологических сложностей, а потому доказательная база для подобных техник недостаточна.

В качестве средств для медикаментозной терапии лиц с ПЭ рассматривают местные анестетики, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), ингибиторы фосфодиэстеразы

5-го типа (ИФДЭ-5). Местные анестетики демонстрируют умеренную эффективность при ПЭ, при этом применение их сопряжено со снижением чувствительности, что обуславливает объяснимые ограничения в использовании этого метода. ИФДЭ-5 практически не оказывают влияния на величину ИЛП, однако могут быть применены для стимуляции второй эрекции при ПЭ. СИОЗС достаточно эффективны в отношении продления ИЛП. Однако в связи со значительной распространностью серотониновых рецепторов в организме человека и их вариабельностью СИОЗС свойственные такие побочные эффекты, как головокружение, головная боль, нарушения сна, тошнота, диарея и др. Кроме того, СИОЗС могут ухудшить эрекцию и снизить половое влечение, что существенно ограничивает возможности их применения. Поиск эффективных и безопасных методов лечения при ПЭ все еще продолжается.



Доктор медицинских наук **Борис Ворник**, профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, заведующий Киевским центром планирования семьи, сексологии и репродукции, затронул тему тестостеронобусловленных психологических особенностей здоровых мужчин.

С 1996 г. в Украине стартовал социально-информационный проект «Укремэнздрав», целью которого является анализ состояния сексуально-репродуктивного здоровья мужчин и системы оказания медико-психологической помощи при его нарушениях. Завершение проекта запланировано на 2015 г., однако уже сейчас Б. Ворник смог доложить о некоторых предварительных результатах.

Один из важных разделов исследования посвящен половым гормонам и их связи с поведением, психологическими и клиническими факторами. Задачей этой ветви исследования была оценка клинико-психологических параллелей гормональных нарушений с учетом генетических (половая конституция), психологических (маскулинное/фемининное поведение, эмоции, когнитивные характеристики) и социально-поведенческих факторов.



ПОДІЇ ТА КОМЕНТАРІ

Участниками исследования стали 547 мужчин и 329 женщин с наличием сексуальных дисфункций и без них (практически здоровых). В ходе исследования изучались такие психоповеденческие паттерны, как маскулинность/фемининность, профиль социальной успешности, когнитивно-аналитические и логические способности, эмоциональный профиль, а также агрессивность и враждебность.

В отношении маскулинного/фемининного поведения получены ожидаемые результаты: группа мужчин с низким уровнем тестостерона демонстрировала большую степень феминности, а с высоким — маскулинности по сравнению с участниками со средним уровнем этого гормона.

Вполне закономерны и данные касательно социальной успешности: мужчины с более высоким уровнем тестостерона обладают большей целеустремленностью, способностью к контролю и результативностью. Однако такие мужчины более прочих склонны к алекситимии (сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний), к конкретному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

Вопреки распространенному стереотипу, при изучении уровня креативности установлено, что мужчины как с низким, так и с высоким уровнем тестостерона проигрывают в этом плане мужчинам со средними показателями гормональной панели. Последние также находятся в самом выгодном положении касательно депрессии: средняя оценка этой группы мужчин соответствует отсутствию депрес-

сии, в то время как в группе с высоким тестостероном — ситуативной или невротической депрессии, а с низким — субдепрессивному состоянию.

Еще одной неожиданностью стал для авторов исследования результат изучения агрессивности: эта черта в большей степени выражена у лиц со средним уровнем тестостерона, чем с высоким и низким.

При изучении половой конституции подтверждена предполагаемая закономерность о связи сильной половой конституции с маскулинным психологическим полом, однако эта зависимость имеет и характерные возрастные особенности, обусловленные возрастным снижением уровня тестостерона.

В заключение Б. Ворник подчеркнул, что уровень тестостерона не стоит оценивать в отрыве от прочих факторов, а исключительно с позиции характеристики соматического и психологического состояния личности и типа половой конституции мужчины.



Тему гормонального баланса и его влияния на состояние здоровья у мужчин продолжил кандидат медицинских наук **Камиль Нурумаканов**, старший научный сотрудник ГУ «Институт урологии НАМН Украины», главный врач Украинского института сексологии и ан-

дрологии, с докладом «Эстрогены и мужское здоровье».

Он напомнил участникам конференции, что в организме мужчин продукция эстрadiола происходит в основном (80%) путем ароматизации андрогенов (тестостерона, андростендиона) в абдоминальной подкожной клетчатке и в меньшей мере — в висцеральной жировой ткани. Лишь 20% эстрadiола синтезируется в яичках интерстициальными клетками Лейдига.

Рецепторы эстрогенов (РЭ) типа α представлены в передней доле гипофиза, тканях яичек, печени, почек, на мемbrane стромальных клеток предстательной железы. РЭ типа β экспрессированы в костной и хрящевой ткани, стенке желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, щитовидной железе, коже, на мемbrane клеток стромы и эпителиоцитов предстательной железы.

Физиологическое значение эстрогенов в мужском организме заключается во внутриутробной маскулинизации центральной нервной системы, регуляции либидо и сексуальной активности в постпубертатный период, стимуляции синтеза соматотропного гормона в пубертатный период. Помимо того, эстрadiол участвует в метаболизме костной ткани (его дефицит приводит к тяжелому остеопорозу и задержке закрытия эпифиза). Также известно о положительном влиянии эстрadiола на липидный профиль, уровень гомоцистеина и активатора плазминогена-1, а следовательно, и на интенсивность атеросклеротических процессов.

Однако в мужском организме эстрогенам свойственные и патофизиологические эффекты: повышение риска тромбоэмболии (при применении эстрadiола в высоких дозах с целью гормональной терапии при транссексуализме); антипролиферативное и проапоптотическое влияние на клетки предстательной железы. Есть данные о том, что экспрессия РЭ типа β на базальных клетках прогрессивно снижается с уменьшением дифференцировки клеток аденоакарциномы предстательной железы, а в отдаленных метастазах в дальнейшем экспрессия РЭ типа β восстанавливается.

С учетом благоприятного влияния эстрогенов на состояние эндотелия сосудов и липидный спектр крови, в 1966–1973 гг. были предприняты попытки профилактического применения препаратов эстрогенов с целью снижения риска смертности и повторного инфаркта миокарда у мужчин (n=8341). Однако по причине недостаточной эффективности, а также из-за высокого риска развития тромбоэмбологических осложнений этот подход не нашел отображения в клинической практике.

Побочные эффекты применения эстрогенов в высоких дозах изучены в современной онкоурологии при терапии гормонозависимого рака предстательной железы. Эстрогенотерапия сопровождается высоким риском развития кардиоваскулярных событий, гинекомастией, нарушениями функции печени, мышечной атрофией,



эректильной дисфункцией, снижением fertильности.

В заключение К. Нуриманов заметил, что вопрос о роли эстрогенов в организме мужчины и возможностях их терапевтического применения нуждается в тщательном изучении с привлечением современных высокотехнологичных методов исследования.



Значительный интерес участников съезда вызвало заседание секции по женской сексологии. Доктор медицинских наук, профессор Оксана Ромашченко, главный научный сотрудник отдела

сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», вице-президент Украинской ассоциации сексопатологов и андрологов, поздравила всех участников съезда со знаменательной датой — в 2014 г. исполняется 10 лет с момента выхода украинской женской сексологии на международную арену. В 2004 г. в Лондоне, на Конгрессе Европейской ассоциации сексуальной медицины (European Society for Sexual Medicine — ESSM) была впервые представлена работа украинских ученых «Сексуальное здоровье женщин в Украине».

О. Ромашенко представила вниманию собравшихся доклад по результатам собственного исследования о частоте и структуре сексуальных нарушений у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. В рамках исследования были обследованы 429 женщин в возрасте 23–43 года (в среднем — 32,5 года). Все участницы заполняли специальный опросник касательно их социального, сексуального, соматического и гинекологического статуса; также проводили ультрасонографию анатомических структур органов малого таза с использованием метода допплерографии с определением функциональных индексов сосудов зоны клитора. Среди обследованных женщин выявлены анатомические и функциональные изменения со стороны гениталий, зачастую вследствие хронического бессимптомного сальпингита. Продолжительность хронического процесса составила 2–23 года (в среднем — 7,4 года). Из осложнений основного заболевания отмечены трубное бесплодие (10,9% участниц), невынашивание беременности (6,6%).

Выявлена четкая корреляция между воспалительными заболеваниями органов малого таза и женскими сексуальными дисфункциями (ЖСД), наиболее сильно проявляющаяся у женщин со стажем хронического воспалительного процесса >5 лет. При допплерографии у таких женщин отмечено снижение скорости объемного кровотока сосудов зоны клитора; при проведении вибротеста — снижение порога вагинальной чувствительности

у женщин с диспареунией, наиболее сильно выраженное при вульводинии.

Лечение таких пациенток проводили в два этапа: первый включал противовоспалительную и антибактериальную терапию, второй — комплекс реабилитационных мер: восстановление нормального биоценоза слизистой оболочки урогенитального тракта, восстановление местного и системного иммунитета, восстановление сексуальной функции.

После окончания лечения частота ЖСД среди участниц снизилась в 1,8 раза и составила 33,9%, вульводинии — снизилась с 0,6 до 0,3%, диспареунии — с 52,6 до 29,4%. Сексуальная дезадаптация пары выявлена в 28,2% случаев, что в 9,3% случаев привело к разводу. Также отмечена корреляция ЖСД с фактором стресса и конфликтных отношений с партнерами, в том числе во время терапии.

На основании полученных результатов авторы исследования пришли к выводу, что ЖСД являются типичным клиническим признаком хронических воспалительных заболеваний органов малого таза с корреляцией между уровнем воспалительных изменений и периодом заболевания. Верной тактикой при таких заболеваниях считается проведение противовоспалительной терапии с целью восстановления репродуктивного и сексуального здоровья пары.

В рамках заседания по женской сексологии О. Ромашенко представила результаты еще одного исследования, основанного на применении собственного метода терапии вагинизма с применением ботулотоксина (n=12). Участниц как с первичным, так и со вторичным вагинизмом с периодом заболевания 1 год–7 лет не удалось получить ответа на применение аутотренинга, тренинга мышц тазового дна, психотерапию, локальную и системную медикаментозную терапию. В качестве альтернативы хирургическому вмешательству у них были использованы курсы терапии с помощью ботулотоксина. После первого же курса сексуального комфорта удалось достичь у 41,6% женщин, после второго — еще у 25%, после третьего — еще у 16,7%. У 58,3% женщин наступила желанная беременность. Результаты этого исследования демонстрируют эффективность выбранной тактики и дают возможность авторам планировать в будущем проведение исследований аналогичного дизайна с большей выборкой.



Доктор медицинских наук Сергей Мельников, старший научный сотрудник отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», в своем докладе сделал акцент на нарушении сексуального желания у женщин репродуктивного возраста. Он отметил,

что клинических исследования по изучению ЖСД немногочисленны, в то время как периодический или постоянный недостаток желания сексуальной деятельности является основной предпосылкой трудностей межличностных отношений партнеров.

Проблема эта носит общемировой характер: к примеру, в Европе 87,0% женщин подтвердили наличие различной степени и характера выраженности сексуальных дисфункций, причем в 43,0% случаев отмечена дисгармония половых отношений в семье. В США снижение сексуального желания отмечают 22% женщин в возрасте 20–29 лет; 29% — в возрасте 30–39 лет; 27% — 40–49 лет; 30% — 50–59 лет. По результатам собственного исследования (n=2461) О. Ромашенко и С. Мельников пришли к выводу, что в Украине снижение сексуального желания у женщин молодого возраста отмечается не настолько часто: 12,7% случаев в группе 20–29 лет, 18,9% — 30–39 лет. Однако с возрастом доля женщин, которых беспокоит снижение сексуального желания, возрастает: в возрасте 40–49 лет этот показатель составляет 31,3%, а 50–59 лет — уже 48,6%.

Основной причиной ЖСД как в США, так и в Украине женщины считают острый или хронический стресс. В группе fertильного возраста (18–49 лет; n=2111) среди причин ЖСД названы межличностные проблемы в семье (46%), гендерное насилие (21%), синдром офисного работника (38%), социально-экономическая нестабильность (26%), психосоматические факторы, в том числе депрессивное состояние (32%), применение фармакологических препаратов (15%). При анализе аналогичных показателей в менопаузальный период (43–59 лет) отмечено, что лидирующие позиции выходят психосоматические факторы (46%) и применение фармакологических препаратов (43%); возрастает роль социально-экономических факторов (35%), в то время как прочие утрачивают свою актуальность. Участниц исследования снижение сексуального желания стало причиной формирования сексуальной дисгармонии пары в 56,7% случаев. На фоне терапии отмечено улучшение показателя сексуальной удовлетворенности у 23,3% пациенток.

Основными терапевтическими подходами при ЖСД у участниц исследования были рекомендации о ведении активного образа жизни, сбалансированном питании, избавлении от вредных привычек, а также электросон, психотерапия с включением сеансов гипноза. С. Мельников особо отметил, что при сексуальной дисгармонии необходимо проводить работу с парой, раскрывая степень и причину межличностного конфликта с целью нормализации отношений между партнерами. Помимо того, обязательным условием успешности терапии ЖСД является своевременное выявление и лечение гинекологических, соматических, нейроэндокринных нарушений (в том числе и медикаментозная коррекция гормональных нарушений с учетом

ПОДІЇ ТА КОМЕНТАРІ

возрастных характеристик), а также коррекция приема препаратов, обуславливающих развитие ЖСД.



Доктор медицинских наук **Ольга Горбунова**, доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО имени П.Л. Шупика, рассказала об оценке сексуального здоровья в системе планирования семьи. Она обратила особое внимание на такой важный фактор, оказывающий влияние на риск формирования сексуальных дисфункций, как половую конституцию. В широком смысле слова под половой конституцией понимают количественную характеристику стойкой способности человека к половой жизни, а именно — к совершению определенного количества половых актов за заданный промежуток времени. Наиболее простыми характеристиками, позволяющими оценить половую конституцию, являются регулярная половая активность (средняя частота законченных половых актов, которую человек способен поддерживать в течение продолжительного времени при стабильной половой жизни) и эксцесс (максимальное число законченных половых актов, когда-либо совершенных в течение суток). В соответствии с этим выделяют слабый, средний и сильный тип половой конституции (табл. 2).

При оценке половой конституции обязательно следует принимать во внимание возрастной фактор: если в возрасте до 25 лет практически половине (45%) населения свойственна регулярная половая активность >9 завершенных половых актов в месяц, то после 60 лет таких остается лишь 2%. Поэтому приведенные показатели

Таблица 2

Критерий	Слабый	Средний	Сильный
Регулярная половая активность	1–2 раза в неделю	Через день	1–2 раза в сутки
Эксцесс	3–4	6–8	9–12

позволяют оценить половую конституцию преимущественно лиц fertильного возраста.

Практическому врачу при оценивании сексуального здоровья пары важно учитывать положительный опыт наблюдений отечественных ученых, а также обоснованные и утвержденные мировые стандарты:

1. Оценка должна быть проведена с учетом результатов непосредственного общения с пациентом, а не по результатам стандартизованного письменного анкетного опроса.

2. Следует учитывать критерии сексуального статуса и качества жизни.

3. Необходимо рассматривать состояние сексуального здоровья пары в едином ключе, принимая во внимание гендерные аспекты.

4. Важно оценивать показатели сексуальной функции в соответствии с особенностями расово-этнической принадлежности партнеров.

5. При обследовании женщин оценку сексуального и гинекологического здоровья следует проводить в едином контексте.

В соответствии с разработанным украинскими специалистами алгоритмом, после оценки гинекологического, соматического, психологического состояния женщины проводят оценку ее сексологического статуса. При этом учитывают жалобы (на снижение либидо, желания, аоргазмии при >50% половых актов, диспареунию); проводят анкетирование по поводу ЖСД; анализируют результаты независимого заполнения карты эрогенных зон обоими партнерами (значимым считается несовпадение в >50%). Прово-

дят лабораторно-инструментальные исследования: измерение pH слизистой оболочки влагалища до и после стимуляции (разница должна составлять >2,3); допплер-ультразвуковое исследование сосудов зоны клитора до и после стимуляции, оценивают гормонограмму (половые стероиды; глобулин, связывающий половые стероиды; гормоны щитовидной железы в плазме крови в динамике).

Вышеуказанные аспекты необходимо учитывать лечащему врачу не только при ведении пациентов с ЖСД, но также и при индивидуальном выборе метода контрацепции и в динамике — в процессе его применения. При формировании сексуальной дезадаптации при применении какого-либо из методов контрацепции его следует считать неприемлемым. Такой комплексный подход в системе планирования семьи способствует предупреждению ряда ЖСД и достижению гармоничных межличностных отношений в семье.

Помимо того, на заседании были представлены результаты совместной 10-летней работы иммунологов и акушеров-гинекологов о возможностях применения белков теплового шока в оценке эффективности лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в контексте прогноза репродуктивных перспектив, рассмотрены вопросы сохранения сексуального комфорта у женщин при применении различных контрацептивных методов, в различные периоды жизни (беременность, постменопауза) и прочие актуальные проблемы.

*Алина Жигунова,
фото Сергея Бека*

Реферативна інформація

Короткие интенсивные тренировки помогают контролировать уровень глюкозы в крови

Ученые из Университета Оtago (University of Otago), Новая Зеландия, определили, что выполнение интенсивных физических упражнений в течение нескольких минут перед каждым приемом пищи позволяет более эффективно контролировать уровень глюкозы в крови, чем непрерывные получасовые занятия спортом, проведенные один раз в день.

В ходе исследования доктор Моник Франсуа (Monique Francois) и ее коллеги анализировали состояние 9 добровольцев (2 женщины, 7 мужчин, возраст — 18–55 лет, средний индекс массы тела — 36 кг/м²), у которых до начала исследования была определена резистентность к инсулину. В случайному порядке участники выполняли три вида упражнений. 1-й вид представлял собой классическую непрерывную получасовую тренировку умеренной интенсивности (частота сердечных сокращений (ЧСС) во время тренировки составила 60% максимального показателя), которую участники выполняли непосредственно перед последним приемом пищи. 2-й вид состоял из 6 однominутных интенсивных аэробных упражнений (ЧСС во время тренировки — 90% максимального показателя). Данную тренировку волонтеры выполняли

за полчаса до завтрака, обеда и ужина. 3-й вид также включал 6 однominутных интенсивных упражнений за 30 мин до приема пищи, однако упражнения были как аэробные, так и силовые.

Оказалось, что гликемический контроль был более успешен при выполнении участниками 2-го и 3-го вида упражнений, в особенности на протяжении 3 ч после завтрака и обеда. В целом такой вид физической активности приводил к снижению уровня постпрандиальной гликемии в течение всего дня на 12%. Позитивное влияние такой нагрузки сохранялось в течение 24 ч после тренировки.

М. Франсуа отметила, что выполнение коротких высокоЭнергетических тренировок перед едой часто может быть единственным способом, позволяющим включить физическую активность в повседневный график. Такие тренировки должны рассматриваться людьми с инсулиновой резистентностью или нарушением толерантности к глюкозе как один из методов оптимизации гликемического контроля.

Scutti S. (2014) Fight pre-diabetes with exercise in short bursts before meals, not one long daily workout. Medicaldaily, May 9 (www.medicaldaily.com/fight-pre-diabetes-exercise-short-bursts-meals-not-one-long-daily-workout-281450).

Юлия Котикович