

Актуальні питання інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення в акушерстві, гінекології та неонатології

У Києві, в конференц-залі «Конгрес-готелю Пуца», 2–3 листопада 2017 р. відбувся III Міждисциплінарний науковий конгрес з міжнародною участю провідних спеціалістів України, США, Ізраїлю, Польщі, Чехії, Франції, Італії та Литви, присвячений питанням анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії в акушерстві, гінекології та неонатології. Конгрес організовано за сприяння та підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, ГО «Асоціація акушерських анестезіологів України», ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», ГО «Асоціація анестезіологів України» та ГО «Асоціація неонатологів України».



Відкриваючи Конгрес, до присутніх зі словами привітання звернувся **Руслан Ткаченко**, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, завідувач курсом тематичного удосконалення з акушерської анестезіології та реанімації для лікарів-анестезіологів та акушерів-гінекологів. Зокрема він зазначив, що приємно бачити всіх присутніх у залі, побажав учасникам плідної роботи, а також висловив вдячність усім, хто став небайдужим до такого заходу.

Особливу вдячність висловив закордонним гостям та колегам і друзям-анестезіологам професорам Феліксу Глумчеру та Сергію Дуброву, а також акушерам-гінекологам, без кого цей захід був би не таким яскравим.

Присутніх привітав **Сергій Дубров**, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, президент Асоціації анестезіологів України. Зокрема він сказав: «Немає більш відповідальної та напруженої роботи серед медичних професій, ніж у акушерських анестезіологів. Тому, вітаючи всіх вас, шановні колеги, із відкриттям форуму, хочу ще раз побажати плідної роботи й опанування нових вершин майстерності у цій нелегкій справі». До присутніх також звернувся **Фелікс Глумчер**, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук (НАМН) України. Зокрема він підкреслив, що низько вклоняється анестезіологам, які вибрали місцем своєї професійної діяльності пологовий будинок: «Ваша професійна майстерність (попри всі наші негаразди) — на гідній висоті, й тому підтвердженням є велика кількість іноземних гостей на форумі. Бажаю вам успішної роботи на Конгресі та в повсякденному професійному житті», — наголосив оратор.

Від колег акушерів-гінекологів до присутніх із теплими словами привітання звернулася заступник директора з наукової роботи Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач відділення ендокринної гінекології **Тетяна Татарчук** та перший проректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України за спеціальністю «Акушерство та гінекологія», заслужений лікар України **Юрій Вдовиченко**. Зокрема він з великим задоволенням привітав присутніх на науковому форумі й передав слова вітання від ректора Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика академіка НАМН України, професора **Юрія Вороненка**: «Саме за підтримки ректора започатковано курс акушерської анестезіології в академії. І практично всі присутні в цьому залі є нашими

випускниками. Я щиро вітаю вас із відкриттям заходу, бажаю вам плідної роботи і професійних успіхів», — завершив свій виступ Ю. Вдовиченко.

Доповідач із Ізраїлю професор **Олександр Злотник**, директор Департаменту анестезіології та інтенсивної терапії Університетського медичного центру імені Моше Сороки, свою промову присвятив досить драматичній темі, а саме — невідкладній допомозі вагітним із гострою зупинкою серця: «Я не знаю більш напруженої ситуації за ту, що виникає при зупинці серця. Питання збереження життя матері й дитини — основне й нагальне завдання. На щастя, частота такого явища не така вже й висока, але дорого коштує. Згідно зі статистичними даними, материнська смертність, спричинена гострою зупинкою серця, трапляється із частотою один випадок на 12 тис. пологів. Хочу нагадати, — підкреслив доповідач, — що мова йде про материнську смертність протягом 42 днів із моменту пологів. На сьогодні всі основні принципи невідкладної допомоги у разі гострої зупинки серця у вагітної добре розписані у рекомендаціях Американської та Європейської асоціацій кардіологів. Проте, на мій погляд, є суттєві принципові моменти, на яких я хочу зупинитися. Перш за все — це добре навчений та натренований мультидисциплінарний колектив у складі анестезіолога, лікаря інтенсивної терапії, кардіолога, лікаря акушера-гінеколога, неонатолога та сестринського персоналу. Досить важливим є виявлення загрозливих станів, здатних спричинити зупинку серцевої діяльності, та їх усунення. Коротко, це — активне моніторування серцевої діяльності для виявлення загрозливих аритмій, зменшення кавальної компресії вагітною маткою та запобігання синдрому «нижньої порожнистої вени». Повернувши породіллю на лівий бік, необхідно забезпечити венозний доступ для довенних інфузій вище рівня діафрагми та заздалегідь визначитись із життєздатністю плода, що зумовить правильний вибір у разі невідкладних заходів. Головним же та доцільним на етапі запобігання розвитку загрозливих розладів у породіллі, — підкреслив оратор, — стане переведення вагітної у палату інтенсивного нагляду та відповідне інтенсивне лікування.

У разі серцевої зупинки невідкладні заходи необхідно розпочати щонайшвидше. Середній медичний персонал має розпочати реанімаційні заходи, не очікуючи лікаря, реанімаційна бригада в лікарні викликається за єдиним номером. Дефібрилятор має бути біля ліжка, кисень підведено, активний масаж серця продовжувати 2 хв із наступним вдихом повітря в легені. Зупинка масажу серця не більше ніж на 10 с для проведення деполаризації. Потужність біполярного розряду — 120–200 Дж, монополярного — 360 Дж. Гіпервентиляція недопустима, оскільки значно підвищує ризик смертності від набряку мозку, — наголосив професор О. Злотник. — У разі констатації біологічної смерті матері й наявних ознак життєздатності плода — кесарів розтин з метою збереження життя плода може виконати анестезіолог. Бажано на процедуру витратити не більше 4 хв. Водночас слід пам'ятати, що заумерлий, нежиттєздатний плід потребує термінового роз-

родження, що значно підвищує шанси на вдалу реанімацію по-роділлі», — додав доповідач.

Одним із загрозованих станів у вагітних є розвиток дихальної недостатності, що стало темою доповіді професора Ф. Глумчера. Дихальна недостатність у вагітних — досить актуальна проблема, частота її становить 0,1–0,2%. Причин для її розвитку більше ніж достатньо. Це зумовлює не лише підвищений ризик розвитку несприятливих подій у матері, а й значно погіршує газообмін плода. Доповідач детально зупинився на етіологічних чинниках розвитку дихальної недостатності у вагітних та патоморфологічних механізмах порушення альвеолярного газообміну. Головним чинником, що викликає загрозований стан порушення альвеолярної вентиляції та газообміну, є порушення легеневого комплансу та формування залишкової дихальної ємності легень із розвитком гіпоксемії та дихального алкалозу і кисневого голоду плода.

Проте найбільш загрозований стан виникає під час розвитку гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС), як зауважив професор Ф. Глумчер. Оскільки патогенез ГРДС вивчений недостатньо, відомо, що головним етіологічним чинником є накопичення значної кількості прозапальних факторів (протеїназ, простагландинів, продуктів перекисного окиснення ліпідів, лейкотриєнів тощо) у капілярах легень. Це, у свою чергу, підвищує плазматичну проникність до міжклітинного простору, що спричиняє розвиток набряку легень та їх ателектазування. Порушення каркасної здатності альвеолярного русла легень, зменшення їх вентиляційної ємності — головна причина порушення дифузії кисню та вуглекислого газу з розвитком гіпоксії та гіперкапнії. Розвиток набрякового процесу, формування «вологої легень» призводить до легеневої гіпертензії, що є характерною ознакою ГРДС. Оскільки на сьогодні наші можливості впливати на тонік механізми етіопатогенезу ГРДС обмежені, головним і дієвим методом лікування у разі цієї тяжкої патології є штучна вентиляція легень (ШВЛ) із позитивним тиском кінця видиху. Хоча ШВЛ і дієвий захід, без медикаментозної терапії не обійтися. Перш за все:

- глибока седация показана у ситуаціях при низькій сатурації, резистентній до лікування, до відновлення показників насичення крові;
- призначення релаксантів показано лише у перші три дні, коли важко адаптувати пацієнта до апарата ШВЛ;
- позиціонування хворого для профілактики гіповентиляції базальних відділів легень (для вагітних це вертикалізація чи лежання на одному з боків);
- обов'язковий контроль шляхом проведення комп'ютерної томографії стану вентиляції легень (!!!);
- широке застосування неінвазивної ШВЛ або екстракорпоральної вентиляції легень;
- інфузійна терапія в досить обмеженому вигляді й лише у разі необхідності відновлення волемічного стану;
- обов'язкове парентеральне харчування;
- передчасні пологи як виняткове втручання для поліпшення оксигенації вагітної.

Завершуючи доповідь, Ф. Глумчер наголосив, що цей перелік заходів може значно поліпшити лікування пацієнток із ГРДС та знизити материнську летальність.

Проблема невідкладної допомоги, її своєчасність та адекватність — чи не найголовніша тема сучасної анестезіології, а саме, коли це стосується вагітних. Особливо небезпечною може бути ситуація у разі політравми у вагітних. Ось чому доповідь професора С. Дуброва викликала чималий інтерес. Інтенсивний ріст транспортного і виробничого травматизму, а також збільшена кількість природних і техногенних катастроф істотно змінили структуру механічних ушкоджень. До того ж, специфічною особливістю ушкоджень різних локалізацій при політравмі є синдром взаємного обтяження, підкреслив доповідач, що суттєво погіршує прогноз лікування. Автомобільна травма — найчастіша причина пошкоджень у мирний час, частота її — 207 випадків на 100 тис. вагітних, падіння та побутовий травматизм — на другому місці, як наголосив С. Дубров. На жаль, тяжкі пошкодження у вагітних із політравмою виявляють у 10% випадків, а найбільш загрозованими станами є розриви матки та внутрішні кровотечі й відшарування плаценти. Однією з головних

причин високого травматизму під час автомобільної катастрофи є нехтування необхідністю користуватися пасками безпеки та неправильне їх використання. Проте необхідно зупинитися на особливостях надання допомоги. Бажано, аби травмовані мали можливість отримувати її у спеціалізованих центрах. Допомога має бути наданою якомога раніше з дотриманням алгоритму за протоколом ATLS (Advanced Trauma Life Support), і вагітність тому не має ставати на заваді. Головним дієвим чинником успіху має стати правило «золотого» часу («Golden hour») — тобто послідовне, швидке й однотипне надання допомоги на всіх етапах — від місця події до спеціалізованого хірургічного закладу. Послідовність дій передбачає:

- першочергове лікування, спрямоване на ушкодження і стани, які безпосередньо несуть загрозу життю;
- відсутність повноцінного обстеження з метою уточнення характеру ушкодження не має перешкоджати лікуванню, головним має стати клінічна картина у виборі тактики лікування;
- дані анамнезу також не мають особливої ваги, аби впливати на лікувальну тактику;
- реанімаційні заходи необхідно проводити паралельно із клінічною оцінкою загального стану потерпілої;
- обов'язковим має бути обстеження з проведенням комп'ютерної томографії для уточнення характеру пошкоджень при всіх видах політравми, і вагітність тому також не має перешкоджати; необхідно широко застосовувати ультразвукове дослідження (УЗД), особливо стану вагітної матки.

«Однак головним при наданні допомоги вагітним із політравмою слід вважати повноцінне відновлення об'єму циркулюючої крові (ОЦК — рестриктивна інфузія) за рахунок збалансованих розчинів для довенного введення. Слід пам'ятати про екстрене розродження, оскільки це може значно поліпшити реанімаційні заходи, а також позиціонування вагітної на лівому боці для зменшення негативного впливу вагітної матки на кровообіг. Думаю, що такий комплекс заходів стане вам в нагоді», — додав доповідач.



Розриви матки у період вагітності, на жаль, є такою загрозованою і драматичною ситуацією в акушерстві та гінекології, яка потребує максимальної мобілізації професійних навиків та вмінь від бригади лікарів. Своім досвідом із цього приводу поділився завідувач кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України **Леонід Маркін**. Як підкреслив доповідач, підвищення частоти хірургічних втручань на матці з метою видалення доброякісних пухлин, полігів методом кесаревого розтину призвели до збільшення кількості випадків цього ускладнення. На сьогодні розриви матки під час пологів становлять 0,3–0,4%, понад 66% з них — гістопатичного генезу. Тому особливо уважного ставлення потребують породіллі із втручанням на міометрії в анамнезі. Внутрішньоматкові гематоми, дискоординація родової діяльності й погіршення серцевої діяльності плода, кров'янисті виділення із піхви, гіпертонус матки, різкий біль в епігастральній ділянці — головні предиктори неминучого розриву матки під час пологів, наголосив професор Л. Маркін. Несвоєчасно вжиті заходи неминуше призведуть до гострого розриву матки з явищами геморагічного гіповолемічного шоку, коли без хірургічного втручання буде вкрай важко справитися із ситуацією. Далі професор Л. Маркін детально зупинився на патогенезі розриву вагітної матки. Як підкреслив доповідач, головним чинником розриву є порушення кровотоку у стінці матки. Тому серед першочергових заходів, які б могли запобігти неочікуваній ситуації, є обов'язковий УЗД-контроль стану патологічного рубця на матці кожні 7 днів у період вагітності після 36 тиж із виявленням порушення внутрішньоматкового кровотоку. Виявлення УЗД-ознак втончення рубця на матці у пізній термін вагітності або під час пологів потребує нагальної госпіталізації для ретельного спостереження та прийняття рішення у разі необхідності хірургічного розродження. «Особливої уваги з цього погляду потребують також особи,

які народжували багато разів, та жінки з численними абортми в анамнезі. Така настороженість дасть змогу уникнути загрозового розриву матки і знизить материнську летальність», — додає оратор.



Відновлення волеємної рівноваги у вагітній та в породілі в загрозових ситуаціях — важливе першочергове завдання коректного анестезіологічного забезпечення. Тому логічним продовженням попереднього виступу стала доповідь професора Володимира Черні з Департаменту анестезіології болю та періопераційної медицини Університетської клініки Градец-Кралове, Чехія. Як підкреслив доповідач, важко уявити сучасний стан лікувальної практики без використання інфузійної терапії. На сьогодні здебільшого перевагу отримали кристалоїдні розчини. Проте, як свідчать результати останніх досліджень, збалансовані колоїдні розчини на базі модифікованого желатину та гідроксиметилкрохмалю чи альбуміну виявляють свою абсолютну безпеку і цілковиту перевагу над кристалоїдами.

Ризик хлоридного навантаження, малий час судинної циркуляції та ризик пошкодження нирок — головні недоліки кристалоїдних розчинів, як підкреслив доповідач. Тому, на його погляд, застосування збалансованих колоїдних розчинів має цілковиту позитивну дію і потребує широкого застосування. Перевагу необхідно надавати розчинам на базі модифікованого желатину, і ось чому: здатність тривалий час утримуватись у кровоносному руслі, мінімальний вплив на систему гемостазу, низький темп інтерстиціального просочення та безпека для нирок роблять препарат універсальним волеємним розчином. Далі професор зупинився на проблемах визначення величини об'єму і темпу інфузії при різних гіповолемічних станах у вагітних та у разі розвитку геморагічного шоку. Завершуючи доповідь, В. Черні наголосив, що темп інфузії у вагітних повинен мати рестриктивний характер, тобто нульовий баланс. Після швидкого відновлення волеємного стану подальший темп інфузії має зберігатися на межі 2 мл/кг/год, що є загальновизнаною методикою.

Запобігання розвитку порушення системи гемостазу та крововтрати при пологах — чи не найголовніші чинники стабільного ведення пологів. Тому доповіді стосовно вирішення нагальних питань стабільного гемостазу та зниження ризику фатальних кровотеч в акушерській та акушерсько-анестезіологічній практиці стали логічним продовженням розмови щодо волеємної стабільності у породілі.



Шон Янаєв, лікар акушер-гінеколог, асистент професора (Нью-Йоркська методистська лікарня, США), зупинився на заходах безпеки при акушерських кровотечениях. Оскільки однією з головних причин материнської летальності є ранні та пізні післяпологові кровотечі (понад 25%), це вимагає особливої уваги. З урахуванням цього чинника Нью-Йоркським коледжем акушерства та гінекології була започаткована програма «Безпечне материнство», яка дозволила всебічно вивчити проблему. Оратор детально зупинився на проблемі виникнення акушерських кровотеч, їх впливу на частоту материнської смертності, а також на заходах, які спричиняють ризик виникнення як ранніх, так і пізніх післяпологових кровотеч. З часу започаткування програми частота материнської смертності від акушерських кровотеч знизилася вдвічі. Головні чинники цього результату:

- розроблено та узгоджено протокол організації допомоги і безпосередніх заходів при акушерських кровотечениях;
- раннє виявлення та обґрунтування заходів у вагітних з високим ризиком кровотечі, а саме: коагулопатій, надмірної маси тіла, патологічного розміщення плаценти, загрози розриву матки, попередніх гінекологічних втручань, тромбоцитопенії, міоми матки;
- формування бригади, готової до виникнення акушерської кровотечі;

- забезпечення необхідних запасів крові та її глазми за наявності у пацієнтки високого ризику ймовірної кровотечі та її сумісності;
- визначення технічних можливостей закладу справитися із виниклою кровотечею та обговорення проблеми із мультидисциплінарною бригадою.

Як наголосив оратор, дотримання протоколу ведення пологів у III триместр вагітності дало змогу знизити ризик акушерських кровотеч майже на 60%, і стало можливим за рахунок ретельного та скрупульозного врахування патологічних чинників цього загрозового явища.



Юлія Давидова, доктор медичних наук, магістр із державного управління, головний спеціаліст з акушерства та гінекології НАМН України, поділилася із присутніми своїм досвідом щодо зниження ризику післяпологових кровотеч у породілі високого ризику.

Доповідач наголосила, що розроблена й запроваджена система методів раціонального ведення вагітності, пологів та ретельне спостереження жінок із різними видами тяжкої екстрагенітальної патології, зокрема з аутоімунною патологією (системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит), поєднаною патологією (антифосфоліпідний синдром, вроджена тромбофілія), у разі яких ймовірно очікувати високого ризику кровотеч, дало змогу на 20% знизити їх частоту та уникнути фатального розвитку подій, зменшивши материнську смертність удвічі. Чітко врахування чинників, які можуть спровокувати кровотечу під час пологів, та можливе їх подолання — основне питання безпекового ведення пологів, як наголосила Ю. Давидова. Тому нормалізація коагуляційної здатності крові у передпологовий період, визначення тактики ведення пологів з урахуванням місця, часу, варіанта і терміну розродження дадуть змогу уникнути фатальних акушерських кровотеч і в результаті знизити материнську летальність.

Більш детально на заходах запобігання та лікування у разі акушерських кровотеч зупинився професор **Р. Ткаченко**, аналізуючи власний досвід та рекомендації гайдлайнів Європейської асоціації анестезіологів (ESA), у доповіді «Сучасна інтенсивна терапія періопераційної кровотечі». Кровотеча у практиці лікаря — завжди тривожний стан, а в акушерській практиці — це постійний стрес очікуваної фатальної кровотечі. Ця тривога цілком виправдана, оскільки таїть у собі ймовірну загрозу не лише для життя матері, а і плода. Попри значні досягнення в запобіганні та лікуванні у разі фатальних акушерських кровотеч повністю уникнути ускладнення не вдається. Ось чому цій проблемі надають такого значення. Доповідач детально зупинився на сучасній класифікації ступенів крововтрати та їх особливості в акушерській практиці, визначенні осіб групи ризику та методів запобігання та лікування у разі акушерських кровотеч.

Важливим є визначення терміну «масивна крововтрата в акушерській практиці», оскільки це найнебезпечніша ситуація, що включає:

- трансфузію >10 од. еритроцитарної маси за добу;
- трансфузію >4 од. еритроцитарної маси за годину на фоні активної кровотечі;
- відновлення ОЦК впродовж 12 год;
- відновлення 50% ОЦК впродовж 3 год;
- гемодинамічну нестабільність зі схильністю до гіпотензії;
- оперативне втручання з метою зупинки кровотечі;
- зниження Hb <40 г/л.

«Таким чином, успішність запобігання та лікування у разі акушерських кровотеч головним чином залежить від врахування загального стану вагітної, злагожденості дій та упередженості бригади однодумців на розвиток ймовірної кровотечі, а саме: визначення ризику кровотечі, дотримання командної роботи і наявності обладнання та засобів для подолання кровотечі у разі її виникнення. Враховуючи той факт, що у ¼ випадків акушерської кровотечі відсутні чіткі предиктори її розвитку, а відшарування плаценти виникають при вагітності низького ризику у 70% вагітних, наведений алгоритм буде не зайвим до виконання, — наголосив доповідач. —



Започатковане нами анкетування для виявлення вагітних групи ризику дає можливість із високою імовірністю їх виявляти. Тому, на наше переконання, заходи, вжиті у разі перипологових кровотеч силами багатoproфільної бригади, є виправданими. Такі методи, як підтримання та збереження нормотермії в пологах, своєчасна гемо- та плазмакорекція шляхом доведеного введення свіжозамороженої плазми крові, еритроцитомаси у співвідношенні 1:1:1, запобігають можливому розвитку коагулопатії. Гемостатична ресурситация дала можливість досягнути сталого повноцінного терапевтичного гемостазу у більшості вагітних.

Дотримання запровадженого протоколу лікування з урахуванням призначення препаратів, які підвищують тонус матки, проведення раннього хірургічного /або ендovasкулярного втручання та введення прокоагулянтів у хворих із порушенням гемостазу, забезпечення фізіологічності проведення пологів дозволило втричі знизити летальність від акушерських кровотеч та набутих коагулопатій. Значним досягненням такої тактики стало також зниження частоти переливання великих об'ємів крові», — додав Р. Ткаченко.

*Олександр Осадчий,
фото Сергія Бека*

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Ожирение: сколько нужно ходить в день?

Распространенность ожирения, определяемого индексом массы тела ≥ 30 кг/м² у взрослого населения, по разным оценкам, уже достигла 30–70%. Уровень смертности от всех причин, по данным исследований, коррелирует с повышением индекса массы тела свыше 25,0 кг/м², а при пониженном уровне физической активности показатель преждевременной смерти выше на 9%. Приблизительно 8% случаев развития ишемической болезни сердца и 7% — сахарного диабета происходят в результате гиподинамии. Напротив, достаточный объем регулярной физической нагрузки связан с низким уровнем развития метаболического синдрома, сердечно-сосудистых и прочих хронических заболеваний, лучшим липидным профилем и более низким значением систолического (на 2–5 мм рт. ст.) и диастолического (на 1–4 мм рт. ст.) артериального давления.

Ежедневная ходьба при ожирении с присущей ему мультиморбидностью заметно улучшает состояние пациентов. Однако достичь необходимого минимума ежедневной двигательной активности удается при этом далеко не всем. Группа американских ученых из Клиники Майо (Mayo Clinic), Миннесота, США задалась целью выявить вероятные предикторы гиподинамии (<5 тыс. шагов в сутки) и сидячего образа жизни. В итоге проведено когортное исследование с участием 125 взрослых пациентов с индексом массы тела ≥ 25 кг/м² и наличием ≥ 7 сопутствующих заболеваний. Оценка потенциальных предикторов осуществлена с использованием логистической регрессии с поправкой на возраст ≥ 65 лет. Результаты данного исследования опубликованы в октябре 2017 г. в журнале «Pragmatic and Observational Research». Работа выполнена при грантовой поддержке Центра клинических и междисциплинарных исследований (Center for Clinical and Translational Science), Чикаго, США.

Количество шагов в день, а также скорость ходьбы выбраны для оценки физической активности не случайно. Ранее исследователями отмечено, что среди лиц в возрасте 40 лет ожирение встречается чаще у тех, кто совершает <5 тыс. шагов в сутки.

В одном из перспективных когортных исследований с периодом наблюдения свыше 10 лет в 90% случаев относительно более высокий уровень физической активности линейно коррелирует с более низким коэффициентом смертности от всех причин (скорректированный коэффициент риска 0,94; 95% доверительный интервал 0,90–0,98 на 1 тыс. шагов; $p=0,004$). Увеличение нагрузки с <1 до 10 тыс. шагов привело к снижению риска смерти на 46%.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что среди пациентов с избыточной массой тела, ожирением и мультиморбидностью проходили <5 тыс. шагов в сутки те из них, кто имел субъективно низкий физический и ментальный уровень оценки качества жизни. Спустя 2 мес с начала наблюдений в этой подгруппе участников показатель вероятности сохранения малоподвижного образа жизни при удвоении периода эксперимента достигал 30-кратного увеличения, а скорректированные значения относительного риска — 2,5- и 6-кратного увеличения соответственно. Таким образом, исходно низкий уровень подвижности (<5 тыс. шагов в сутки) предопределяет дальнейший спад физической активности. Пациенты в возрасте от 60–78 лет основной причиной снижения двигательной активности называют последствия травм и плохое самочувствие. В более молодой (18–39 лет) группе участников главным препятствием для увеличения физической активности считают нехватку времени.

Таким образом, среди потенциальных предикторов снижения физиологической нагрузки можно назвать исходно недостаточный уровень двигательной активности и низкую субъективную оценку качества жизни. Полученные данные могут найти практическое применение при индивидуальном консультировании пациентов с избыточной массой тела в целях модификации образа жизни.

Jovan M.H., Croghan I.T., Quigg S.M. et al. (2017) Predictors of sedentary status in overweight and obese patients with multiple chronic conditions: a cohort study. Pragmat. Obs. Res., 8: 203–209.

Александр Гузий