

## **ДО ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ**

**©Н. І. Корильчук**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

**Вступ.** В Україні ситуація з надмірною масою не є сприятливою. Серед українців працездатного віку ожиріння мають майже 30 %, а надмірну масу тіла (передожиріння, ІМТ 25–30 кг/м<sup>2</sup>) має кожний четвертий українець. У дослідженнях встановлено, що ступінь вираженості таких ускладнень ожиріння, як гіперінсулінізм та інсулінорезистентність, залежить не лише від маси надмірного жиру, але й від його локалізації та розподілу. Ускладнення найвірогідніші при абдомінально-вісцеральному типі ожиріння, коли основна маса жиру розміщена в черевній порожнині й на тулубі, і менш ймовірні при глютеофemorальному. Механізм злоякісного перебігу абдомінального ожиріння пояснюється тим, що за цією формою розподілу жиру гіперінсулінізм та інсулінорезистентність більш виражені. Це, в свою чергу, обумовлено тим, що інтраабдомінальна клітковина за своїми властивостями більш чутлива до ліполітичної дії катехоламінів і, навпаки, менш чутлива до антиліполітичної дії інсуліну.

**Мета дослідження** – апробувати програми корекції абдомінально-вісцерального ожиріння.

**Матеріал і методи дослідження.** Оглянуто 38 пацієнтів у віці від 25 до 60 років. Пацієнти належали до II диспансерної групи та мали наявні візуальні ознаки абдомінально-вісцерального ожиріння. Всі пацієнти підлягали досконалому обстеженню, яке включало опитування, стандартний огляд пацієнтів з замірами (об'єму талії (ОТ) та об'єму стегон (ОС)) та лабораторними дослідженнями (показники глюкози крові, рівня інсуліну). З метою верифікації ожиріння визначали ІМТ за формулою: співвідношення маси тіла (в кг) до зросту тіла (в м<sup>2</sup>). Характер розподілу жирової тканини визначали шляхом визначення співвідношення ОТ/ОС. Рівень інсуліну визначали імуноферментними способами реактивами DRG ELISA KIT, за норму вважали рівень інсуліну 2–25 мкОД/мл. Рівень глюкози визначали біохімічним методом реактивами фірми Нитен за норму вважали

3,61–6,11 ммоль/л. Інсулінорезистентність обрховували за формулою НОМА (базальний рівень інсуліну x базальний рівень глюкози/22,5). Обстежених поділили на дві групи дослідження. I група (n=19, основна група) отримувала, окрім редукуючого харчування та препарату Стифімол, ряд фізичних вправ з комплексу «бодіфлекс» («бокова розтяжка», «прес живота», «кішка»), II група (n=19, група порівняння) – лише редукуючу їжу та препарат Стифімол. Препарат призначали по одній капсулі 2 рази на добу, перед їдою, запиваючи склянкою води. Курс лікування – 3 місяці.

**Результати й обговорення.** Дослідження проводили до та через три місяці після застосування корегувальних схем. Дослідження, проведені через три місяці, виявили, що жоден з обстежених не вибув з груп дослідження. Динаміка антропометричних даних показала позитивний вплив лікувальних схем на I та на II групи обстеження. Проте застосування вправ бодіфлексу в усіх пацієнтів I групи викликало більш позитивні зміни, ніж у II групі. Позитивна динаміка зниження ваги тіла за три місяці в I групі відмічена в 89,5 %, знизилась середні показники співвідношення ОТ/ОС у 84 %. Аналіз II групи пацієнтів теж вказував на позитивні результати, відмічено зниження ваги в 36,7 % та зменшення ОТ/ОС в 52,6 %. Лікування пацієнтів викликало і позитивну динаміку параметрів інсуліну. Так, відмічено зниження рівня інсуліну в I групі у 63 % і у II групі – у 52,6 %.

**Висновки.** Корекція наслідків абдомінально-вісцерального ожиріння в пацієнтів повинна включати комплексний підхід з використанням редукуючого харчування, призначенням препарату Стифімол та комплексом вправ на корекцію абдомінального типу ожиріння. Вправи мають позитивний вплив на параметри інсуліну та рівня інсулінорезистентності.

**Перспективи подальших досліджень.** Результати роботи спонукають до подальшого дослідження ефективності методів фізичної реабілітації у пацієнтів з ожирінням.