

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ



ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ ТА ОЗДОРОВЧА ФІЗКУЛЬТУРА ЯК КОМПЛЕКСНІ СКЛАДОВІ В ПРОФІЛАКТИЦІ І ЛІКУВАННІ ОЖИРІННЯ

Самошкін Владлен, Денисенко Наталія, Ковров Яків
Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

Аннотация

В статье рассмотрены вопросы, касающиеся проблемы ожирения, которое превратилось в глобальную эпидемию и представляет серьезную угрозу для общественного здоровья. На основании обзора современной научной литературы приведены данные распространенности ожирения различных слоев населения в экономически развитых странах и в Украине, в частности – в Днепропетровске. Раскрыты причины и факторы риска ожирения. Приведена формула расчета индекса массы тела для оценки степени ожирения. Изложены принципы лечения и профилактики ожирения. Акцентировано внимание на комплексном подходе в лечении и профилактике ожирения, важным составляющим которых являются диетическое питание и оздоровительная физкультура.

Ключевые слова: ожирение, факторы риска, масса тела, индекс массы тела, диетическое питание, оздоровительная физкультура.

Annotation

The questions relating to the problem of obesity, which has become a global epidemic and a serious threat to public health. Based on review of recent scientific literature shows the prevalence's data of obesity in different segments of the population in developed countries and in Ukraine, particularly in Dnepropetrovsk. The reasons and risk factors of obesity uncovered. Shows the formula for calculating the body mass index (BMI) to assess the obesity's degree. The principles of treatment and prevention of obesity are given in the article too. The attention is focused on an integrated approach to the treatment and prevention of obesity, an important component of which is diet food, and health improving physical culture.

Key words: obesity, risk factors, body weight, body mass index, diet food, improving physical culture.

Постановка проблеми.

Здоровий спосіб життя включає в себе раціональне харчування, дотримання режиму праці та відпочинку, в тому числі заняття фізкультурою і спортом – важливі складові у збереженні і зміцненні здоров'я людини. Малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування, психосоціальні фактори призвели до зростання частоти ожиріння серед осіб будь-якого віку. Ожиріння є фактором ризику багатьох захворювань, що скорочують тривалість життя і знижують працездатність людини. У зв'язку з цим, виникла необхідність на підставі огляду сучасної наукової літератури розглянути проблему ожиріння: причини, фактори ризику, профілактику і лікування ожиріння. Враховуючи, що ожиріння є захворювання з різною етіологією, слід підкреслити необхідність комплексного підходу у лікуванні ожиріння, з акцентом на значимість дієтичного харчування та оздоровчої фізкультури. Під ожирінням розуміють хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується надмірним накопиченням жиру в організмі. Це процес переважання жируоутворення і жиронакопичення над використанням і розпадом жиру. Характерні для сучасного суспільства



малорухомих спосіб життя, нерациональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до зростання частоти ожиріння серед осіб будь-якого віку, особливо молоді. Ще у 1997 р. ВООЗ встановлено, що ожиріння перетворилося на глобальну епідемію і представляє серйозну загрозу для громадського здоров'я у зв'язку зі значною розповсюдженістю. Кількість осіб, які страждають ожирінням, у більшості країн Європи перевищує 30%, причому скрізь жінки хворіють в 2-3 рази частіше за чоловіків. У США кількість хворих на ожиріння складає понад 33%. Прогностичний аналіз експертів ВООЗ показав, – якщо нічого не зробити для виправлення негативних тенденцій у сфері харчування найближчим часом, то в 2037г. в США гладкі люди складуть 100% населення [4,7].

В Україні налічувалося в 90-ті роки ХХ століття 23% осіб з надмірною масою тіла і 22% хворих ожирінням. Положення за минулі роки змінилося до гіршого. Загальне число осіб, які страждають ожирінням і надлишковою масою, продовжує зростати. Якщо в розвинених країнах Європи ця цифра становить близько 45%, то в Україні понад 55%. Виразним ожирінням страждає понад 20% населення України – серед жінок у віці від 30 до 55 років ожиріння має кожна друга, а молоді чоловіки у віці 20-35 років – у 33% випадків мають надлишкову масу тіла [5].

Часто виявляють ожиріння і серед дітей, особливо тих, які живуть у великих містах (Київ, Дніпропетровськ, Одеса). Зростає частота ожиріння і серед учнівської молоді. Так, при обстеженні студентів деяких інститутів м. Дніпропетровська, надлишкова маса і ожиріння виявлені в 15% випадків [8].

Значимість проблеми ожиріння визначається тим, що у хворих ожирінням в 2 рази частіше, ніж

в осіб з нормальною масою тіла, спостерігається атеросклероз та ішемічна хвороба серця, в 3 рази частіше – гіпертонічна хвороба, в 6 разів – жовчнокам'яна хвороба, в 5 разів – цукровий діабет, в 4 рази – різні захворювання суглобів. Наслідки, викликані ожирінням, порівнянні з такими ж при онкологічних захворюваннях. Якщо повна ліквідація пухлин призвела б до збільшення середньої тривалості життя покоління на 2 роки, то ліквідація ожиріння – на 4 роки [4].

Мета дослідження: визначити найбільш обґрунтовані методи поєднання дієтичного харчування і оздоровчої фізкультури для профілактики та лікування ожиріння на основі вивчення сучасної наукової літератури.

Методи дослідження: аналіз та узагальнювання інформації, викладеної у науковій літературі з питань, що розглядаються у статті.

Результати дослідження:

Причини ожиріння:

1. Аліментарна, обумовлена переїданням (85 - 90% всіх випадків ожиріння).

2. Ендокринна, обумовлена недостатньою активністю залоз внутрішньої секреції (12-13% всіх випадків ожиріння).

3. Церебральна, обумовлена порушенням регуляції центрів голоду і апетиту (2 -3% випадків ожиріння).

Фактори ризику ожиріння:

1. Недостатність фізичної активності.

2. Генетика. Її слід визнати суттєвим фактором впливу на вагу. Гени впливають на тип організму, розміри тіла і розподіл жиру в ньому, а також – на процеси енергорегуляції. Генетична схильність до ожиріння може бути пов'язана з нещодавно відкритим гормоном лептином, що утворюється в жирових клітинах організму.

3. Серед факторів ризику особливе значення має характер харчування:

- частота вживання їжі; нечасте вживання їжі сприяє збільшенню ваги, тоді як більш часте - сприяє втраті ваги;

- склад харчового раціону має значення для регуляції маси тіла - добре відомо, що жири продукують більше калорій, ніж білки і вуглеводи;

- підбір харчових продуктів в раціоні харчування має вагому роль у корекції і збереженні маси тіла. Різні продукти неоднаково стимулюють продукцію інсуліну підшлунковою залозою. За цією ознакою всі продукти розподіляють на продукти з високим глікемічним індексом (картопля, білий хліб, цукор, кондитерські вироби, банани та ін.) і продукти з низьким глікемічним індексом (хліб грубого помолу, вівсяні пластівці, овочі, фрукти та ін.). Продукти першої групи при однаковій калорійності в порівнянні з другою групою обумовлюють більше утворення інсуліну. У цьому випадку всі калорії, якщо вони не використані для здійснення будь-якої роботи, переходять у жир. Встановлено, що основна кількість жиру утворюється вночі. Цим пояснюється, чому небажано переїдання на ніч.

4. Психосоціальні чинники також грають роль в розвитку ожиріння. Сімейна форма харчування, в якій перевага віддається м'ясу, жирам, солодощам на противагу фруктам і овочам, викликає збільшення ваги.

5. Депресія, зайнятість, дратівливість часто призводять до переїдання. Ці стани певною мірою пов'язані з низьким вмістом серотоніну в мозку. Низький вміст серотоніну істотно впливає на тягу до солодкого, мучного і крохмаловмісних страв [4,8].

Контроль маси тіла. Для контролю маси тіла запропоновано багато методів. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (1997) запропонована оцінка маси тіла на основі індексу маси тіла (ІМТ), який оцінює показники енергетич-



Таблиця 1

Оцінка енергетичної конституції організму в залежності від статі

Показники ІМТ		Оцінка харчування
жінки	чоловіки	
Недостатнє харчування		
<16,0	< 16,0	Гіпотрофія 3 ступеня
16,0-17,90	16,0-16,90	Гіпотрофія 2 ступеня
18,0-20,0	17,0-18,49	Гіпотрофія 1 ступеня
Достатнє харчування		
20,0-24,90	18,50-23,80	Адекватне харчування
22,0	20,80	Оптимальні показники адекватного харчування
Зайве харчування		
25,0-29,99	23,90-28,50	Ожиріння I ступеня
30,0-39,99	28,60-38,99	Ожиріння II ступеня
>40,0	>39,00	Ожиріння III ступеня

ної конституції організму і визначається шляхом ділення маси тіла (в кг) на зріст (у метрах), зведений у квадрат [8]. Цей високоінформативний і простий показник, яким широко користуються в міжнародній медичній практиці, наведено в таблиці 1.

Лікування ожиріння

Для лікування ожиріння застосовують немедикаментозні методи (навчання хворих раціональному гіпокалорійному харчуванню, підвищення фізичної активності, зміна способу життя), медикаментозні засоби, а також хірургічне втручання.

Ефективна дієта для зниження маси тіла базується на таких принципах:

1. Дієта повинна бути малокалорійною, але біологічно повноцінною.

2. Режим харчування не повинен викликати відчуття голоду.

3. Склад їжі і підбір продуктів для раціону харчування повинен враховувати їх вплив на секрецію інсуліну підшлунковою залозою.

4. Дієта повинна формувати і зміцнювати здорові звички в харчуванні.

Принципи лікувального харчування при ожирінні [1, 2, 3, 8]:

1. Застосування раціону зниженої енергоцінності за рахунок вуглеводів і жирів, але який містить всі незамінні харчові речовини. При визначенні енергоцінності дієти орієнтовну індивідуальну потребу в енергії (з урахуванням статі, віку, інтенсивності праці, нормальної маси тіла) зменшують на 20-25% і більше в залежності від ступеня ожиріння, стану хворого та ефективності лікування.

Не слід починати з різкого зниження енергоцінності раціону, особливо – при амбулаторному лікуванні: при легкому і помірному ожирінні рекомендується зниження енергоцінності на 500-600 ккал, при важкому – на 1000 ккал на добу. При цьому темп зниження ваги буде 1,5-2 кг на місяць і 3,5-4 кг на місяць, відповідно. Відомо, що при малокалорійному харчуванні забезпечити організм достатньою кількістю вітамінів практично неможливо, тому рекомендується додатковий прийом відповідних препаратів.

2. Фізіологічно нормальний або дещо підвищений вміст біл-

ка в раціоні: не менше 1г на 1кг нормальної маси тіла хворого, в середньому 70-80 г. Білок повинен становити близько 15-20% від загальної енергоцінності раціону.

3. Обмеження в раціоні жирів (в середньому 45-50 г) за рахунок тваринних жирів. У дієті повинно бути 15-20 г рослинних олій. У правильно складеному низькокалорійному раціоні частина жирів повинна становити 20-25% енергетичної цінності раціону, що приблизно в два рази менше кількості вживання жирів в типовому раціоні харчування населення України.

4. Для того, щоб жири окислилися в організмі до кінцевих продуктів, необхідно достатнє надходження вуглеводів. Дуже різке обмеження вуглеводів в даний час не рекомендується. Їх кількість зменшують до 200-250 г на день, насамперед за рахунок легкозасвоюваних вуглеводів. Частка вуглеводів у добовій енергоцінності раціону має становити 55-60%. З раціону виключають цукор, кондитерські вироби, солодкі напої, морозиво та інші продукти, що містять цукор, мед, дуже солодкі фрукти і ягоди; джерелами вуглеводів повинні бути продукти багаті харчовими волокнами, вітамінами і мінеральними речовинами. Доцільно, щоб вуглеводи присутні в раціоні у вигляді полісахаридів складали овочі і не дуже солодкі фрукти.

5. Обмеження кухонної солі до 5-7 г на день. Їжу готують без солі або малосоленою і підсолюють під час їжі. Виключають солоні продукти.

6. Помірне обмеження прийому вільної рідини – до 1-1,2 л на день, за рахунок збільшення вживання натуральних соків з м'якоттю, мінеральної лужної води, трав'яних чаїв. Це підсилює розпад жиру як джерела внутрішньої води, а з організму виводиться надлишок останньої.

7. Виключення продуктів і страв (прянощі і пряні овочі, міц-



ні бульйони і соуси з м'яса, капчена риба, солоні гриби, копченості, соління), що збуджують апетит.

8. Виключення будь-яких алкогольних напоїв, які послаблюють самоконтроль за споживанням їжі і самі є джерелом енергії.

9. Дотримання режиму 5-6-разового харчування з достатнім об'ємом їжі для почуття насичення і з вживанням між основними прийомами їжі сирих овочів і фруктів. Часті прийоми їжі «перебивають» апетит і зменшують відчуття голоду. Сніданок повинен містити 25% добової енергоцінності, 2-й сніданок – 10%, обід – 30%, полудник – 10% і večеря-25%.

Під час використання лікувальних дієт 1-3 рази на тиждень призначають розвантажувальні дні. При уповільненні темпів зниження маси тіла, спочатку вводиться один розвантажувальний день, потім – два. Упродовж тижня можна використовувати три розвантажувальні дні, важливо, щоб вони були різними (овочевий, м'ясний, молочний).

Найбільш показані м'ясо-овочеві, рибо-овочеві, сирно-кефірні, фруктові-овочеві розвантажувальні дієти. Фруктові та овочеві розвантаження викликають найбільшу втрату маси тіла, але іноді важко переносяться через почуття голоду. Легше переносяться кефірна (молочна), сирно-кефірна, сметанна і, особливо, м'ясо-овочева, рибо-овочева розвантажувальні дієти. Розвантажувальні дієти слід чергувати.

Ефект дієтотерапії підвищується при збільшенні фізичної активності, тобто при зростанні витрат енергії, якщо пацієнт не компенсує ці витрати додатковим харчуванням [3,8].

Оздоровча фізкультура.

Не викликає сумніву необхідність обов'язкового включення до терапії ожиріння самих різних фізичних навантажень: ранкової гігієнічної і лікувальної гімнастики, прогулянок (як по рівній

місцевості, так і зі сходженням), туризму (ближнього і дальнього), циклічних спортивних вправ (плавання, веслування, катання на велосипеді, ковзанах, лижах), занять спортом при відсутності протипоказань (особливо таких видів спорту, як бадмінтон, теніс, волейбол). Доцільні й заняття фізичною працею у позаробочий час - прибиранням території, роботою в саду і городі. Потрібні і загартуючі водні процедури. Під впливом фізичної активності у хворих на ожиріння значно підвищується функціональна пристосованість і поліпшується діяльність основних систем організму (нервової, серцево-судинної, дихання, травлення), усуваються різні порушення, викликані ожирінням (задишка, сонливість, знижена працездатність, запори та ін.) і знижується маса тіла. Фізичні вправи значно збільшують використання кислорода тканинами і благотворно впливають на порушений обмін холестерину. Цікаво, що робітники, які виконують важку фізичну роботу на свіжому повітрі, незважаючи на значну частку жиру в раціоні, зазвичай не страждають ожирінням і мають нормальні показники холестерину.

Проведення дієтичного лікування в комплексі з дозованим фізичним навантаженням перешкоджає втраті переважно м'язової маси, що часто спостерігається при використанні тільки дієтотерапії. При комплексному ж лікуванні м'язова маса зростає при одночасному зменшенні відкладення жиру.

Вид фізичних вправ, обсяг, інтенсивність навантаження і форма проведення заняття залежить від ступеня ожиріння і супутніх захворювань, а також віку, статі та фізичної підготовленості хворого. Для хворих молодого і середнього віку без захворювань серцево-судинної системи показані вправи на витривалість (ходьба, біг, плавання, веслування, ходьба

на лижах та ін.) та спортивні ігри (футбол, баскетбол, волейбол, теніс, бадмінтон та ін.). Рекомендується метод дрібних навантажень, тобто розподіл фізичних навантажень протягом дня.

На початку лікування відбувається адаптація до помірно зростаючого фізичного навантаження у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики і дозованої ходьби. При поліпшенні функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем, додатково включаються прогулянки, туристські походи, дозований біг, ходьба на лижах, плавання, веслування, заняття в групах здоров'я [5, 6].

Найбільш оптимальними для позбавлення від ожиріння є навантаження малої і середньої інтенсивності, але досить тривалі за часом, наприклад, ходьба не менше години в день або, для більш тренуваних осіб, біг підтюпцем протягом півгодини в день.

Після сну протягом 20-30 хвилин для підвищення загального і емоціонального тону виконують ранкову гігієнічну гімнастику. Виконують гімнастичні вправи для тулуба, кінцівок, дихальні вправи, повороти і нахили тулуба, вправи для укріплення м'язів черевного преса.

Висновки:

1. Ожиріння – захворювання, що має різну етіологію: воно може розвиватися в результаті звички до прийому зайвої кількості їжі, малої фізичної активності, порушення функцій деяких відділів головного мозку і залоз внутрішньої секреції, а також може бути наслідком фізичних і нервово-психічних травм.

2. Ожиріння є фактором ризику багатьох захворювань: атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету другого типу, жовчнокам'яної хвороби, різних захворювань суглобів.

3. Лікування ожиріння має бути комплексним, з урахуванням при-



чин і ступеня вираженості ожиріння, однак дієтичне харчування і оздоровча фізична культура повинні бути його невід'ємними складовими, при обов'язковому дотриманні основних принципів лікування ожиріння.

Література

1. Барановский А.Ю. Лечебное питание при избыточной массе тела и ожирении / А.Ю. Барановский, Л.И. Назаренко // Клиническое питание. – 2005.- № 2.- С.25-29.
2. Береза В.Я. Факторы питания и стресса в развитии ожирения (гигиенические аспекты) / В.Я. Береза // Вопросы питания. – 1983.- № 5.- С.9-13.
3. Лифляндский В.Г. Идеальный вес – выбор диеты / В.Г. Лифляндский, Б.Л. Смоленский. – СПб.: Издательский дом «Нева», 2006. – 128 с.
4. Погорелов Я.Д. Избыточная масса тела – актуальная проблема в современном мире / Я.Д. Погорелов, А.И. Лазаренко, Б.Г. Хуратова // Вопросы питания. – 2003.- № 6. – С.36-39.
5. Калинин М.И. Питание, здоровье, двигательная активность / М.И. Калинин.: Киев: Наукова думка, 1990. – 176 с.
6. Калмыков З.А. Ожирение: профилактика и лечение / З.А. Калмыков – Киев: Медкнига, 2009.-108 с.
7. Салихова А.Ф. Ожирение как глобальная проблема современности / А.Ф. Салихова и др. // Сборники конференций НИЦ «Социосфера».- 2011.- № 18. – С.27-32.
8. Смоленский Б.Л. Лечебное питание. Новейший справочник / Б.Л. Смоленский, В.Г. Лифляндский. – СПб.: Сова; Москва: Издательство ЭКСМО, 2002.- 896 с.

