

Тривалість процедури масажу залежить від ділянки масажу. Час, необхідний для кожної з них, визначається загальноприйнятими масажними одиницями. За нашою методикою тривалість процедури становить 20-30 хв.

Курс лікування масажем залежить від характеру та тяжкості захворювання і може бути малим, середнім, максимальним (відповідно, 10-12, 14-16, 16-20 процедур). Малий курс призначається з метою зменшення гостроти перебігу захворювання, прискорення видужання, середній – для лікування більшості захворювань, максимальний – при хронічних процесах і тяжкому перебігу захворювання (може повторюватись через 2-3 місяці).

ВИСНОВОК. Лікар у направленні хворого на лікування за допомогою масажу обов'язково повинен дати вказівку медичній сестрі з масажу щодо ділянки масажу та його дозування (методу).

ЛІТЕРАТУРА

1. Глезер О. Сегментарный массаж. – М.: Медицина, 1965. – 125 с.
2. Vogler P. Periostbehandlung. – Leipzig, VEB G. Thieme, 1963. – 190 s.
3. Вакуленко Л.О., Прилуцька Г.В., Вакуленко Д.В. та ін. Лікувальний масаж. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 406 с.
4. Мачерет Е.Л., Каркушко А.О. Основы электро- и акупунктуры. – К.: Здоров'я, 1993. – 363 с.

УДК 616.89-008.441

Корилюк Н.І.

ВИВЧЕННЯ ТИПОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВО ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ОЗНАКАМИ НАДМІРНО МАСИ ТА ОЖИРІННЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ВИВЧЕННЯ ТИПОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВО ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ОЗНАКАМИ НАДМІРНО МАСИ ТА ОЖИРІННЯ – Вивчено типологічні порушення харчово поведінки у пацієнтів з ознаками надмірної маси та ожиріння. Визначено, що застосування диференційованого лікування з метою зменшення маси (дієтотерапія, фізичні вправи, медичні препарати), необхідно призначити після вивчення порушень харчово поведінки.

ИЗУЧЕНИЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ – Изучено типологические нарушения пищевого поведения в пациентов с признаками избыточного веса и ожирения. Определено, что применение дифференцированного лечения, с целью снижения веса (диетотерапия, физические упражнения, медицинские препараты), необходимо назначать после изучения нарушений пищевого поведения.

STUDY OF TYPOLOGICAL FOOD BEHAVIOR DISORDERS IN PATIENTS WITH SIGNS OF OVERWEIGHT AND OBESITY – Typological food behavior disorders in patients with signs of overweight and obesity have been studied. It has been established that the use of differential treatment in order to reduce weight (diet therapy, physical exercises, medications) should be prescribed after studying the eating disorders.

Ключові слова: надмірна маса, ожиріння, харчова поведінка.

Ключевые слова: избыточный вес, ожирение, пищевое поведение.

Key words: overweight, obesity, eating behavior.

ВСТУП Серед дорослого населення у США зайва маса тіла виявлена у кожного п'ятого жителя [14], Північно Америки і Велико Британії – у кожного третього, Німеччини – у кожного другого [8]. Серед працездатного населення України ожиріння виявляють майже у 30 % випадків, а надмірну масу тіла має кожен четвертий мешканець. Тривалість життя в середньому на 3-5 років зменшується при помірному надлишку маси та до 15 років при вираженому ожирінні [4]. Більшість учених, що працюють над проблематикою аліментарного (95 %) ожиріння, незважаючи на різні причини цього стану, сходяться в одному: лишні кілограми зумовлені звичками х "господаря" [3, 11]. Це звичка сти багато жирно або солодко їжі, звичка мало рухатися або "за дати" стрес, звичка вести спосіб повно людини [12]. Звичка – це сформований тип поведінки, іншими словами, пере дання переважно є результатом порушення харчово поведінки [2, 5].

Під харчовою поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі і споживання, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, поведінці, орієнтованій на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього

образу [7]. Тобто харчова поведінка включає в себе настільки форми поведінки, звички і емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини.

Мета дослідження: вивчити типологічні порушення харчово поведінки у пацієнтів з ознаками надмірної маси тіла та ожиріння.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 84 пацієнти віком від 20 до 74 років. Середній вік (56,9±3,2) роки. Серед обстежених – 44 жінки та 40 чоловіків. Всі вони перебували на лікуванні в ДСП міської лікарні №2 (з приводу: ЦД 2 типу, гіпертонічно хвороби, подагри, ДОО, хронічного гастриту, хронічного холециститу, хронічного панкреатиту) та мали надмірну масу – 21 (25 %), ожиріння I ст. – 31 (36,9 %), ожиріння II ст. – 21 (25 %), ожиріння III ст. – 11 (13,1 %) осіб. Всі пацієнти підлягали досконалому обстеженню, яке включало опитування з використанням опитувальників [6], стандартний огляд з антропометричними замірами (росту, ваги, об'єму талі (ОТ) та об'єму стегон (ОС)).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

У результаті досліджень було встановлено, що гармонійна (адекватна) поведінка не виявлена в жодного з обстежених, натомість у 100 % встановлена девіантна (відхилена) поведінка харчування. На вироблення стереотипів харчово поведінки, суттєвий вплив мають етнокультурні фактори. Потреба в їжі є однією з первинних, біологічних потреб, і ця потреба направлена на підтримання гомеостазу. Людина сть, щоб отримати необхідну енергію, будувати нові клітини і створювати всі складні хімічні сполуки, необхідні для життя. Проте щоденний раціон, як правило, не обмежується необхідними калоріями і поживними речовинами. На це вказують дані нашого дослідження: з опитаних 72 (85,7 %) жодного разу не обраховували калорійність їжі, спожито за день, 82 (97,6 %) не замислюються над вживанням загальною кількістю поживних речовин, 63 (75 %) не обраховують кількість їжі спожито за один раз, 52 (61,9 %) не звертають увагу на час споживання їжі, 38 (45,2 %) не замислюються над поєднанням продуктів, які споживають в один прийом, проте усі 100 % віддають перевагу визначеним продуктам харчування, а не х поживності.

Біологічні потреби з врахуванням індивідуального досвіду і конкретних умов відносяться до фізіологічних потреб. Саме до х числа відносять звички, що сформовані в процесі онтогенезу, стереотипні ді дуже високого ступеня

міцності та автоматизму [10]. Так, ми встановили, що харчові традиції визначаються традиціями сім'ї у 75 % опитаних, життєвим досвідом – 15,5 %, порадами лікарів – 4,8 %, модою – 80,9 % (споживання продуктів, які нас оточують та рекламуються: кури-гриль, форнетті, різномісні м'ясні вироби, йогурти, гамбургери, піци тощо), економічними причинами – 25 % (фактор низьких доходів).

Вивчено також соціальне значення жі. Встановлено, що жа носить характер невід'ємного процесу спілкування (святкування різних подій – 100 % від усіх опитаних, встановлення та формування ділових та дружніх стосунків – 61,9 % від усіх опитаних та 92,9 % осіб, які працюють). Харчова поведінка направлена на задоволення не лише біологічних, але й психосоціальних потреб. Саме тому проблема вивчення споживання жі набуває самостійного значення, слід відділити від проблем вивчення процесу травлення. Ми з'ясували, що харчова потреба в людини є засобом: розрядки психоемоційно напруги – 50 %; чуттєво насолоди – 38,1 %, спілкування, коли жа пов'язана з перебуванням в колективі – 64,3 %, самоутвердження – 25 %, задоволення естетичних потреб – 75 %, компенсація недоволеності (потреба в спілкуванні з друзями, батьками, дітьми, між подружжями) – 50 %.

Науковці стверджують [5, 6], що існує велика кількість субклінічних проявів у порушенні харчово поведінки – це патологічно часті “перекусування”, самообмеження в харчуванні, компенсаторне пере дання. Патологічний голод виражається в потребі з'їсти що-небудь, яка виникає між основними прийомами жі. Ми встановили, що 21 (25 %) обстежений пацієнт має відчуття патологічного голоду, це 18 (21,4 %) жінок та лише 3 (3,6 %) чоловіків. Постійні “перекусування” – це, якщо людина більше 5 раз за добу споживає жу додатково, або такі нерегулярні прийоми жі становлять більше 25 % від добово потреби калорій. Ці “перекусування” пацієнти, яких обстежували, не пов'язували з якимось особливим настроєм, проте х кількість сягала від 5 до 12 разів на добу. Причому, це пацієнти з II та III ступенем ожиріння.

Термін “вуглеводна спрага” ввели, коли основну причину ожиріння пов'язували саме з надлишковим споживанням вуглеводів. Зараз ученими [13] частіше вживається термін “харчова спрага”, тобто для задоволення пацієнтам необхідна жа, яка в оптимальному випадку одночасно солодка та жирна (шоколад, морозиво, креми тощо). При х відсутності у пацієнтів розвиваються депресивні стани, ці явища проходять при споживанні бажано жі. Так встановлено, що 45 (53,6 %) обстежених схильні до “харчово спраги”. Це 35 (41,7 %) жінок та 10 (11,9 %) чоловіків. Причому ці стани більш характерними виявилися для осіб молодшого віку (до 50 років). Досліджували явища предменструально гіперфагі, які можна розглядати як синдром предменструально напруги. Встановлено, що 22 (73,3 %) обстежених жінок репродуктивного віку (загальна кількість 30 осіб) мають потребу в споживанні солодко і жирно жі протягом 4-7 днів перед місячними.

Серед інших порушень виділяють екстернальну, емоційногенну і обмежувальну харчову поведінку (рис. 1) [9]. Вив-

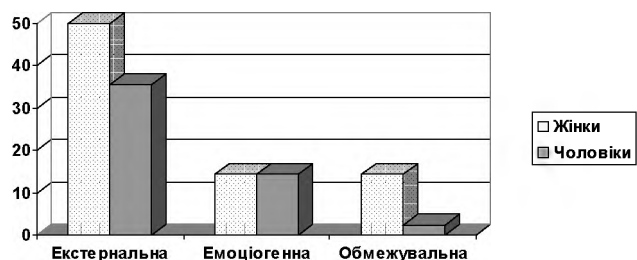


Рисунок 1. Прояви порушень харчово поведінки у жінок та чоловіків (%).

чення екстернально харчово поведінки пов'язано з підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання жі: особи з такою поведінкою дять не у відповідь на внутрішні стимули (рівень глюкози та вільних жирних кислот, порожній шлунок і т.д.), а на зовнішні: вітрини продуктових магазинів, добре накриті столи, вигляд людини, що сть, реклама харчових продуктів тощо.

Саме ця особливість лежить в основі пере дання “за компанію” – 45,2 % обстежених, перекусів на вулиці – 26,2 %, надлишкового споживання жі в гостях – 42,9 % та покупки лишніх продуктів у магазині – 47,6 %. У всіх обстежених пацієнтів ми діагностували тою чи іншою мірою вираження, порушення екстернально харчово поведінки. Реакцію на зовнішні стимули до споживання жі визначав не лише апетит, але й повільно сформоване неповноцінне відчуття насичення. Виникнення ситості спізнюється в часі і відчувається виключно як механічне переповнення шлунка. Ми виявили, що 45,2 % опитаних припиняють споживання жі лише за наявності переповнення шлунка. Отже, саме через відсутність відчуття насичення деякі пацієнти готові сти завжди, якщо жа доступна та попадає м на очі.

Вивчення емоційногенно харчово поведінки (стимулом до споживання жі є не голод, а емоційний дискомфорт: людина сть не тому, що голодна, а тому, що неспокійна, роздратована, тривожна, в не поганий настрій, подавлена, ображена, розчарована, й нудно, самотно і т.д.) [1] вказує на 24 (28,6 %) опитаних. Іншими словами, при емоційногенній харчовій поведінці особа жа дає сво нещастя, свій стрес, так як людина, що звикла до алкоголю, “запиває” його. Для цього використовують різні види жі, в основному, це пірижки, цукерки, торти, морозиво, шоколад, тобто продукти багаті на жири та вуглеводи. Продукти харчування для людей з емоційногенною поведінкою харчування є ліками, які дійсно приносять не лише насичення, але й заспокоєння, задоволення, релаксацію, змінюють напругу, піднімають настрій. Встановлено, що 5 (5,9 %) обстежених осіб з проблемами емоційногенно харчово поведінки “жа дають” проблеми, створені лише на роботі, 10 (11,9 %) – лише домашні та 9 (10,7 %) – і домашні, і на роботі.

Емоційногенна харчова поведінка представлена двома підвидами: це компульсивна харчова поведінка та синдром нічної жі (рис.2). Компульсивна харчова поведінка виявлена у 14 (16,7 %) обстежених. Це людина споживає за один прийом жі набагато більше, ніж завжди, та сть дуже швидко, “ковтає” жу. Процес харчування припиняється при відчутті переповнення шлунка. Частота епізодів різкого пере дання у наших пацієнтів домінувала 1-2 рази на тиждень (переважно субота та неділя), коли окрім навантаження жу, знижується фізична активність. Причому більш характерними ці прояви були в чоловіків з II та III ступенем ожиріння.

Синдром нічної жі ми зареєстрували в 10 (11,9 %) обстежених. Він проявляється тріадою симптомів: вранішня анорексія (небажання сти, відсутність апетиту) вечірня і нічна булемія (підвищений апетит з пере данням), порушення сну. Пацієнти не можуть заснути, не з'вши надлишкову кількість жі. Пере дання використовується, як снодійне. Синдром нічної жі більш виражений виявився у жінок.

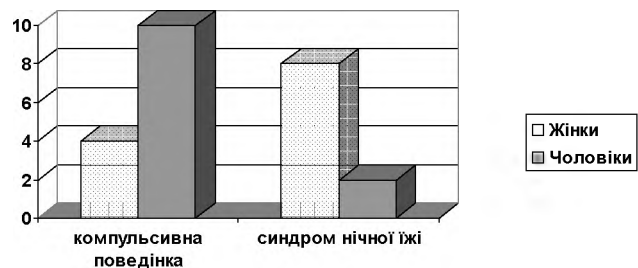


Рисунок 2. Прояви емоційногенного порушення харчово поведінки (к-сть) у жінок та чоловіків.

Третій тип порушення харчово поведінки – обмежувальна харчова поведінка, зареєстрована у 14 (16,7 %) пацієнтів. Це надмірне харчове самообмеження і несистемне дотримання надмірно строго дієти. Дієти неможливо дотримуватися тривало, і достатньо швидко й на зміну приходять періоди вираженого переїдання. В результаті такої поведінки людина знаходиться в постійному стресі – в період голодування вона страждає від сильного голоду, а під час переїдання страждає від того, що знову набирає вагу, і всі зусилля дієти марні. Емоційна нестабільність, що виникає на фоні застосування строгих дієт, науковцями трактується, як “дієтична депресія”. Вона проявлялася у наших пацієнтів підвищеною дратівливістю та втомлюваністю, агресивністю та ворожістю, зниженням настрою, подавленістю тощо. Емоційний дискомфорт приводив до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву набирання лишньої маси. Третій тип порушення харчово поведінки більш властивий для жінок.

Відмічене поєднання проявів порушень харчово поведінки у наших пацієнтів. Досконале вивчення анкетувань, дало змогу зрозуміти, що часто прояви обмежувально харчово поведінки переходять в порушення емоціогенного характеру.

ВИСНОВКИ Стратегія боротьби з епідемією ожиріння повинна бути спрямована на першочергове та досконале вивчення типологічних порушень харчово поведінки у пацієнтів з ознаками надмірної маси та ожиріння. Вивчення порушень харчово поведінки у пацієнтів дасть змогу надалі підбирати індивідуальні немедикаментозні (модифікуючи-коригуюча дієтотерапія та ЛФК) та медикаментозні засоби (призначення антидепресантів, призначення сибутрамінів та блокаторів ліпаз, метформінів), спрямовані на корекцію таких порушень, з подальшим вирішен-

ням питань про досконале тривале зменшення маси та проресування ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дробижев М.Ю., Макух Е.А. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9, № 4. – С. 26-29.
2. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Неврол. и психиатр. – 2001. – № 12. – С. 49-52.
3. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. Нарушения пищевого поведения и коморбидные симптомы при ожирении и методы их коррекции // Неврол. и психиатр. – 2000. – № 12. – С. 49-52.
4. Козярін І.П. Ожиріння як хвороба цивілізації // Здоров'я України. – 2005. – № 5. – С. 127-129.
5. Лобыкина Е.Н., Хвостова О.И. Психологические аспекты пищевого поведения при ожирении // Неврол. вестник. – 2006. – Т. 38, Вып. 3-4. – С. 96-98.
6. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. – Изд.: Эксмо. – 2007. – 1040 с.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практик. – М.: МЕДпрогресс. – 2001. – 592 с.
8. Москаленко В.Ф. Чинники ризику як концептуальна основа глобальних стратегій профілактичних програм // Науковий вісник нац. мед. університету ім. О.О. Богомольця. – 2009. – № 1. – С. 9-24.
9. Савчикова Ю.Л. Особенности межличностных отношений у женщин с избыточным весом // Наркология. – 2003. – № 11. – С. 33-36.
10. Шостак В.И., Лытаев С.А., Березанцева М.С. Психофизиология. – ЭЛБИ.: СПб., 2007. – 352 с.
11. Stunkard A.J. Obesity // In American Psychiatric Association Annual Review. – Eds. Hales R. E., Francis A.I. Vol. 4. – Washington. – DC. – American Psychiatric Press. Inc. – 2002. – P. 419-442.
12. Willett W.C. Is dietary fat a major determinant of body fat? // Am. J. Clin. Nutr. – 2002. – № 67. – P. 556-562.
13. Wing R.R. Use of very-low-calorie diets in the treatment of obese persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus // J. Am. Diet Assoc. – 2005. – № 95(5). – P. 569-573.
14. Wolf A.M., Colditz G.A. Social and economic effects of body weight in the United States // Am. J. Clin. Nutr. – 2001. – V. 63, N 3. – P. 466-469.

УДК 616.71-018.3-002-009.81]-08-035

**Шкробот С.І., Гара І.І., Боронілова В.В., Бударна О.Ю., Зубак В.А.
ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ ІЗ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ ІЗ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА – Наведено результати використання комплексно стандартно лікувальної програми на етапах лікування хворих з неврологічними проявами остеохондрозу (ОХ) на засадах доказової медицини згідно з клінічними протоколами надання медичної допомоги 67 хворим із больовими синдромами при ОХ у неврологічній клініці Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні. Комплекс стандартного медикаментозного лікування в комбінації з рефлексотерапією, гірудотерапією та сухим скелетним витяганням з використанням системи «Triton» у хворих з неврологічними проявами ОХ дає можливість скоротити обсяг медикаментозного лікування, досягти повного регресу неврологічних симптомів, зменшити тривалість перебування хворих в стаціонарі на 4-6 днів; зменшити тривалість та частоту загострень та попередити розвиток неврологічного дефіциту, що призводить до втрати працездатності у пацієнтів молодого віку.

ЕТАПИ РЕАБІЛІТАЦІ ПАЦІЄНТІВ С БОЛЕВИМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО І ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛІВ ПОЗВОНОЧНИКА – Приведены результаты использования комплексной стандартной лечебной программы на этапах лечения больных с неврологическими проявлениями остеохондроза (ОХ) на основе принципов доказательной медицины в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи 67 пациентам с больевыми синдромами при ОХ в неврологической клинике Тернопольской областной коммунальной клинической психоневрологической больницы. Комплекс стандартной медикаментозной тера-

пии в комбинации с рефлексотерапией, гирудотерапией и сухим скелетным вытяжением с использованием системы «Triton» у больных с неврологическими проявлениями ОХ дает возможность сократить объем медикаментозной терапии, достичь полного регресса неврологических симптомов, сократить длительность пребывания больных в стационаре на 4-6 дней; уменьшить длительность и частоту обострений и предупредить развитие неврологического дефицита, который приводит к потере трудоспособности у пациентов молодого возраста.

REHABILITATION STEPS OF PATIENTS WITH PAIN PHENOMENA AT CERVICAL AND LUMBAR OSTEOCHONDROSIS - The results of complex standard treatment at all stages in 67 patients with pain phenomena at osteochondrosis that was provided in neurological departments of Ternopil regional clinical psychoneurological hospital according to the clinical protocols of evidence-based medicine are described. Complex of standard medical treatment in combination with reflex therapy, hyrudothrapy and dry skeleton drawing out (system "Triton") in patients with neurological signs at osteochondrosis gives possibility to decrease the range of medical treatment, reach full regression of neurological signs and decrease time of hospitalization (4-6 days less), decrease frequency and time of exacerbation, prevent development of neurological deficit that leads to loss of workability in young patients.

Ключові слова: реабілітація, остеохондроз, больові синдроми.

Ключевые слова: реабилитация, остеохондроз, болевые синдромы.

Key words: rehabilitation, osteochondrosis, pain phenomena.