

Lysenko T. V. The initial clinical-functional state of patients with excessive body weight and obesity upon admission to the outpatient-polyclinic stage of treatment. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(5):957-969. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1210268> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5393>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).  
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7  
© The Author (s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 05.05.2017. Revised: 23.05.2017. Accepted: 31.05.2017.

## THE INITIAL CLINICAL-FUNCTIONAL STATE OF PATIENTS WITH EXCESSIVE BODY WEIGHT AND OBESITY UPON ADMISSION TO THE OUTPATIENT-POLYCLINIC STAGE OF TREATMENT

T. V. Lysenko

Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine

### Abstract

When examining 125 patients with excessive body weight and obesity, when entering the out-patient-polyclinic stage of treatment, subjective (prevailing complaints of excess weight, the cardiovascular and nervous system, musculoskeletal system) and objective (weight gain, BMI, WC, increased appetite, cravings for sweets, eating disorders) symptoms, changes in the functional state of the nervous system (asthenoneurotic syndrome was registered) and cardiovascular (elevated pressure, signs of disturbance of myocardial repolarization, left ventricular hypertrophy, disturbance of intracardiac and systemic hemodynamics) system, biochemical (disturbance of the lipid spectrum of blood and fasting blood glucose), and quality of life. More pronounced changes were in patients with obesity of II and III stages.

The data obtained form the basis for the development of a program for the prevention and treatment of patients at the outpatient and polyclinic stage using basic, drug therapy and physical factors.

**Key words: overweight, obesity, clinical and functional state, outpatient and polyclinic stage.**

# **ИСХОДНОЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ**

**Т. В. Лысенко**

**Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины**

## **Резюме**

При обследовании 125 больных с избыточной массой тела и ожирением при поступлении на амбулаторно-поликлинический этап лечения установлены субъективная (превалировали жалобы на избыточный вес, со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы, опорно-двигательного аппарата) и объективная (повышение массы тела, ИМТ, ОТ, повышение аппетита, тяги к сладостям, нарушения пищевого поведения) симптоматики, выявлены изменения функционального состояния нервной (регистрировался астеноневротический синдром) и сердечно-сосудистой (повышение артериального давления, признаки нарушения процессов реполяризации миокарда, гипертрофии левого желудочка, нарушение внутрисердечной и системной гемодинамики) систем, биохимических (нарушение липидного спектра крови и глюкозы крови натощак) показателей и качества жизни. Более выраженными изменения были у больных с ожирением II и III ст.

Полученные данные являются основой для разработки программы профилактики и лечения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе с использованием базовой, медикаментозной терапии и физических факторов.

**Ключевые слова:** избыточная масса тела, ожирение, клиничко-функциональное состояние, амбулаторно-поликлинический этап.

# **ВИХІДНИЙ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ ПРИ НАДХОДЖЕННІ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИЙ ЕТАП ЛІКУВАННЯ**

**Т. В. Лисенко**

**Одеський національний медичний університет МОЗ України**

## **Резюме**

При обстеженні 125 хворих з надмірною масою тіла та ожирінням при надходженні на амбулаторно-поліклінічний етап лікування встановлено суб'єктивна (превалювали скарги на надмірну вагу, з боку серцево-судинної і нервової системи, опорно-рухового апарату) та об'єктивна (підвищення маси тіла, ІМТ, ОТ, підвищення апетиту, потягу до солодощів, порушення харчової поведінки) симптоматика, виявлені зміни функціонального стану нервової (реєструвався астеноневротичний синдром) і серцево-судинної (підвищення артеріального тиску, ознаки порушення процесів реполяризації міокарду, гіпертрофії лівого шлуночка, порушення внутрішньосерцевої та системної гемодинаміки) систем, біохімічних (порушення ліпідного спектру крові і глюкози крові натще) показників і якості життя. Більш вираженими зміни були у хворих з ожирінням II і III ст.

Отримані дані є основою для розробки програми профілактики і лікування хворих на амбулаторно-поліклінічному етапі з використанням базової, медикаментозної терапії і фізичних факторів.

**Ключові слова:** надмірна маса тіла, ожиріння, клініко-функціональний стан, амбулаторно-поліклінічний етап.

**Вступ.** Надмірна маса тіла (НМТ) і ожиріння представляють нині масштабну проблему. Біля 1,1 млрд. людей у світі страждають від НМТ. Встановлено, що в європейських країнах 23 % чоловіків і 28 % жінок мають надмірну масу тіла (індекс маси тіла (ІМТ) – 25 кг/м) [1-7, 9]. Нині серед дорослих в США і Канаді ожиріння зустрічається у 64 % (35 % жінок і 29 % чоловіків). Пілотні дослідження показали, що в Україні поширеність ожиріння серед осіб старше 45 років може скласти 52 %, а НМТ – 33 % (ожиріння + НМТ складають 85 %). Нормальна маса тіла спостерігається лише у 13 % дорослого населення [8, 10, 11].

Вказаний контингент хворих складає велику частину осіб, які надходять на амбулаторно-поліклінічний етап лікування з використанням базової, медикаментозної терапії і фізичних факторів. Тому, для розробки сучасних ефективних програм профілактики і лікування хворих з НМТ і ожирінням на амбулаторно-поліклінічному етапі необхідно було вивчити вихідний клініко-функціональний стан з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

**Мета** – вивчити вихідний клініко-функціональний стан хворих з НМТ і ожирінням з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

**Матеріали та методи.** Обстежено 125 хворих з НМТ та ожирінням, які надійшли до медичного Центру «Сімейний лікар» поліклініки № 29 м. Одеса.

Серед обстежених переважали жінки 90 осіб (72,0 %) у віці 40-55 років, середній вік чоловіків склав ( $42,5 \pm 2,0$ ), жінок – ( $41,6 \pm 1,7$ ) років. Ожиріння I ст. реєструвалося у 9,4 % чоловіків та 23,5 % жінок, II ст. – у 14,1 та 26,0 %, III ст. – у 3,5 та 23,5 % відповідно.

Більшість жінок знаходилися у періоді менопаузи. Серед обстежених переважали особи з малорухомим образом життя. Отримані дані співпадають з загальноприйнятою думкою про те що ожирінням гіноїдного типу частіше страждають жінки у віці після 45-50 років. У цьому періоді ожирінню сприяє гормональна перебудова організму, зокрема клімакс, при якому знижується вміст естрогенів, що в свою чергу приводить до зменшення мобілізації жиру з жирових депо.

Встановлено, що 36,7 % хворих палять протягом більше десяти років, більшість обстежених (90,0 %) мали порушення у режимі харчування, 45 % ніколи не боролися з надмірною вагою. У 50,0 % обстежених надлишкова маса тіла реєструвалася в дитячому і підлітковому періоді, а у 62,5 % - один або обидва батьки мали надмірну масу тіла. У 30,0 % жінок надмірна маса тіла реєструвалася після вагітності або у період менопаузи.

Методи дослідження включали: визначення росту і ваги пацієнта з подальшим розрахунком ІМТ, об'єму талії (ОТ); рівня загального холестерину; тригліцеридів; холестерину ліпопротеїдів низької щільності; холестерину ліпопротеїдів високої щільності, індексу атерогенності (ІА); реологічних властивостей крові (протромбіновий індекс, толерантність плазми до гепарину, фібриноген, активність фібринази, фібринолітична активність крові); проведення ЕКГ у загальноприйнятих відведеннях по Небу, ЕхоКГ. Всі пацієнти до і після лікування проходили тестування для визначення важкості розладів харчової поведінки за допомогою модифікованого опитувальника

Van Strien T. et al (1986), а також вираженості апетиту і потягу до солодоців за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Оцінювали динаміку якості життя.

### Результати та їх обговорення

При надходженні на лікування хворі з НМТ та ожирінням скаржилися на підвищений апетит 115 (92,0 %), підвищене відчуття голоду 108 (86,4 %), слабкість, втому 103 (82,4 %), задишку при фізичному навантаженні 49 (39,2 %), порушення сну 70 (56,0 %), хропіння у сні 34 (27,2 %), зниження працездатності 89 (71,2 %), знижений емоційний фон 81 (64,8 %), незадоволеність зовнішнім виглядом 102 (81,6 %), підвищення АТ 58 (46,4 %), великий живіт 125 (100,0 %) (табл. 1). Чітко видно, що з підвищенням ваги кількість скарг збільшується, що свідчить про погіршення якості життя хворих, особливо з ожирінням II та III ступеня.

Таблиця 1 – Скарги хворих з НМТ та ожирінням до лікування абс. число, (%±m)

Скарги	НМТ, n=40	Ожиріння I ст, n=28	Ожиріння II ст, n=34	Ожиріння III ст, n=23	Всього, n=125
Підвищений апетит	<u>32</u> 80,0±6,3	26 92,9±4,9	34 100,0	23 100,0	115 92,0±
Підвищене відчуття голоду	30 75,0±6,8	24 85,7±6,6	32 94,1±4,0	22 95,6±4,3	108 86,4± 3,1
Симптоми «нічної їжі»	18 45,0±7,9	16 57,1±9,4	22 64,7±8,2	18 78,3±8,6	74 59,2±4,4
Слабкість, втома	30 75,0±6,8	22 78,6±7,8	29 85,3±6,1	22 95,6±4,3	103 82,4 ±3,4
Малорухливий образ життя	28 70,0±7,2	21 75,0±8,2	28 82,4±6,5	21 91,3±5,9	98 78,4±3,7
Задишку при фізичному навантаженні	10 25,0±6,8	8 28,6±8,5	16 47,1±8,6	15 52,2±10,4	49 39,20±4,4
Порушення сну	16 40,0±7,7	14 50,0±9,4	22 64,7±8,2	18 78,3±8,6	70 56,0±4,4
Хропіння у сні	6 15,0±5,6	5 17,9±7,2	11 32,4±8,0	12 52,2±10,4	34 37,2±4
Зниження працездатності	25 62,5±7,7	18 64,3±9,1	26 76,5±7,3	20 87,0±7,0	89 71,2±4,1
Знижений емоційний фон	20 50,0±7,9	17 60,7±9,2	24 70,6±7,8	20 87,0±7,0	81 64,8±4,3
Незадоволеність зовнішнім виглядом	28 70,0±7,2	21 75,0±8,2	32 94,1±4,0	21 91,3±5,9	102 81,6±3,5
Підвищення ЧСС	12 30,0±7,2	13 46,4±9,4	18 53,0±8,6	16 69,6±9,6	59 47,2±4,5
Підвищення АТ	14 35,0±7,5	13 46,4±9,4	17 50,0±8,6	16 69,6±9,6	59 47,2±4,5
Великий живіт	<u>40</u> 100,0	<u>28</u> 100,0	<u>34</u> 100,0	<u>23</u> 100,0	<u>125</u> 100,0
Пастозність, набряки	<u>10</u> 25,0	<u>8</u> 28,6	<u>15</u> 44,1	<u>13</u> 56,5	<u>46</u> 36,8

Загальні антропометричні показники хворих з НМТ та ожирінням наведено в таблиці 2.

Таблиця 2 – Загальна характеристика хворих з НМТ та ожирінням на початку лікування, n=125

Показники	НМТ, n=40	Ожиріння I ст, n=28	Ожиріння II ст, n=34	Ожиріння III ст, n=23
	M± m	M± m	M± m	M± m
Середній вік, роки	37,95±1,48	44,18±2,09	43,94±2,01	50,43±2,59
Стать (чоловіків/жінок)	12/28	8/20	12/22	3/23
Маса тіла, кг	79,44±1,25	94,94±1,73	104,12±1,59	120,00±2,57
Зріст, см	168,63±1,25	168,93±1,47	166,62±1,19	162,52±0,96
ІМТ	27,89±0,17	33,21±0,25	37,45±0,23	45,44±0,93
Гіноїдний тип ожиріння, %	25 (62,50)	16 (57,14)	10(29,41)	10(43,48)
Андроїдний тип ожиріння, %	12 (30,0)	6 (21,43)	10(29,41)	8(34,78)
Змішаний тип ожиріння, %	3 (7,50)	6 (21,43)	14(41,18)	5(21,74)
об'єм талії (ОТ), см (чол./жінки)	<u>99,96±2,64</u> 80,45±0,91	<u>105,75±2,38</u> 100,61±2,43	<u>112,0±3,15</u> 97,27±2,18	<u>115,6±3,18</u> 113,8±3,47
САТ, мм рт.ст.	129,75±1,84	126,96±1,98	130,88±2,46	144,35±2,85
ДАТ, мм рт.ст.	86,38±0,98	80,54±1,16	83,09±1,79	88,70±2,67
ЧСС	76,95±0,66	74,93±1,40	80,32±1,16	81,26±1,62

З таблиці 2 витікає, що всі антропометричні показники (маса тіла, ІМТ, ОТ) зростали відповідно тяжкості захворювання, найбільшими вони були у хворих з ожирінням II та III ст. Крім того, по ряду показників відмічається різниця між чоловіками та жінками. САТ, ДАТ, ЧСС також збільшувалися із зростанням надмірної ваги.

Супутня патологія у обстежених хворих наведена в таблиці 3.

Дані таблиці 3 свідчать про широке коло супутніх захворювань з боку серцево-судинної, нервової, гастроентерологічної, дихальної та інших систем, що значно погіршує стан хворих з НМТ та ожирінням і ускладнює їх лікування.

Враховуючи те, що супутня патологія з боку серцево-судинної системи у хворих з НМТ та ожирінням зустрічається найчастіше, провели більш детальний її аналіз (табл. 4).

Таблиця 3 – Супутня патологія у хворих з НМТ та ожирінням, n=125 (абс. число /%)

Захворювання	НМТ, n=40		Ожиріння I ст, n=28		Ожиріння II ст, n=34		Ожиріння III ст, n=23		Всього, n=125	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Артеріальна гіпертензія	10	25,0	8	28,6	14	41,2	10	43,5	42	33,6
Варикозне розширення вен, тромбофлебіт	4	10,0	6	21,4	10	29,4	8	34,8	28	22,4
Порушення мозкового кровообігу	10	25,0	10	35,7	14	41,2	15	53,6	49	39,2
Порушення вентиляційної функції дихальної системи	5	12,0	5	17,9	10	29,4	10	43,5	30	24,0
Холецистит	5	12,0	5	17,9	10	29,4	10	43,5	30	24,0
Жовчнокам'яна хвороба	8	20,0	8	28,6	12	35,3	10	43,5	38	30,4
Панкреатит	3	7,5	5	17,9	10	29,4	8	34,8	26	20,8
Артрози	10	25,0	14	50,0	17	50,0	13	56,5	54	43,2
Остеопороз	5	12,0	8	28,6	10	29,4	6	26,1	29	23,2

Таблиця 4 – Розподіл хворих з НМТ та ожирінням в залежності від супутньої серцево-судинної патології, n=125 (абс. число /%)

	НМТ, n=40		Ожиріння I ст, n=28		Ожиріння II ст, n=34		Ожиріння III ст, n=23		Всього n=125	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ішемічна хвороба серця	6	15,0	6	21,4	12	35,3	10	43,5	34	27,2
Стабільна стенокардія напруги I-II ФК	-	-	-	-	3	8,8	5	21,7	8	6,4
Нестабільна стенокардія	-	-	-	-	8	23,5	6	26,1	14	11,2
Інфаркт міокарда (в анамнезі)	-	-	-	-	3	8,8	4	17,4	7	5,6
Атеросклеротичний кардіосклероз	10	25,0	10	35,7	12	35,3	12	52,2	44	35,2
Порушення ритму	8	20,0	10	35,7	12	35,3	12	52,2	42	33,6
Порушення провідності	-	-	1	-	4	11,8	3	13,0	8	6,4

Дані таблиць 5 та 6 свідчать про зареєстровані до початку лікування зміни при ЕКГ і ЕхоКГ дослідженнях.

Таблиця 5 – Показники електрокардіографії у хворих з НМТ та ожирінням до лікування, n=125 (абс. число /%)

ЕКГ-показники	НМТ, n=40		Ожиріння I ст, n=28		Ожиріння II ст, n=34		Ожиріння III ст, n=23		Всього n=125	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Порушення процесів реполяризації	18	45,0	14	50,0	20	58,8	15	65,2	67	53,6
Рубцеві зміни міокарда	-	-	-	-	3	8,8	4	17,4	7	5,6
Гіпертрофія:	10	25,0	8	28,6	10	29,4	18	78,3	46	36,8
передсердь	-	-	-	-	2	5,9	3	13,0	5	4,0
шлуночків:	10	25,0	8	28,6	8	23,6	15	65,2	41	32,8
лівого	10	25,0	8	28,6	6	17,6	10	43,5	34	27,2
правого	-	-	-	-	2	5,9	5	21,7	7	5,6
Порушення ритму	8	20,0	10	35,7	12	35,3	12	52,2	42	33,6
Синусова аритмія	3	7,5	-	-	1	2,9	2	8,7	6	4,8
Синусова брадикардія	2	5,0	4	14,3	5	14,8	4	17,4	15	12,0
Синусова тахікардія	1	2,5	2	7,1	3	8,8	2	8,7	8	6,4
Екстрасистолія	2	5,0	4	14,3	3	8,8	4	17,4	11	8,8
Порушення провідності	-	-	1	3,6	3	8,8	3	13,0	7	5,6

Таблиця 6 – Показники ехокардіографії у хворих з НМТ та ожирінням до лікування, n=125 (абс. число /%)

Показники	НМТ, n=40		Ожиріння I ст, n=28		Ожиріння II ст, n=34		Ожиріння III ст, n=23		Всього n=125	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гіпертрофія задньої стінки лівого шлуночка	10	25,0	8	28,6	11	32,4	10	43,5	39	31,2
Гіпертрофія міжшлуночкової перегородки	-	-	2	7,1	5	14,7	5	21,7	12	9,6
Дилатація порожнини лівого шлуночка	-	-	4	14,3	10	29,4	8	34,8	22	17,6
Гіпокінезія стінок серця	-	-	4	14,3	5	14,7	4	17,4	13	10,4
Атеросклероз аорти	4	10,0	8	28,6	12	35,3	11	47,8	35	28,0



З таблиці 5 витікає, що з найбільшою частотою у хворих з НМТ та ожирінням, за даними ЕКГ, реєструвалися: порушення процесів реполяризації у вигляді депресії сегмента S-T і інверсії зубця T – у 53,6 %, гіпертрофія лівого шлуночка – у 32,8 %, порушення серцевого ритму – у 33,6 %, синусова брадикардія – у 12,0 % хворих. Звертає увагу той факт, що при зростанні маси тіла ці показники значно погіршуються, найбільшими вони є у хворих з ожирінням II та III ст. Дані таблиці 6 свідчать про те, що за даними ЕхоКГ, найчастіше реєструвалися гіпертрофія задньої стінки лівого шлуночку – у 31,2 %, атеросклероз аорти – у 28,0 %. Ці показники збільшуються при зростанні надмірної ваги.

Слід підкреслити, що у обстежених реєструвалися зміни з боку показників ліпідного профілю крові й глюкози крові натще, які погіршувалися із зростанням ІМТ. В найбільшій мірі вони були зміненими у хворих з ожирінням II та III ст.

Зміни вираженості апетиту й потягу до солодоців у хворих з НМТ та ожирінням до лікування наведено у таблиці 7, з якої видно, що у 60,0 % хворих з НМТ і у 88,2 % з ожирінням був підвищений апетит (за шкалою ВАШ у межах  $5,58 \pm 0,23$  —  $8,35 \pm 0,18$ ). Найбільшою мірою підвищений апетит та потяг до солодоців (за шкалою ВАШ у межах  $7,18 \pm 0,20$  —  $8,35 \pm 0,18$ ) були виражені у хворих з ожирінням II та III ст.

Таблиця 7 – Вираженість апетиту й потягу до солодоців у хворих з НМТ та ожирінням до лікування,  $M \pm m$ ,  $n=125$

Показник	НМТ, n=40	Ожиріння I ст, n=28	Ожиріння II ст, n=34	Ожиріння III ст, n=23	Всього, n=125
Апетит	$5,58 \pm 0,23$	$6,83 \pm 0,21$	$7,18 \pm 0,20$	$8,35 \pm 0,18$	$7,01 \pm 0,21$
Потяг до солодоців	$5,03 \pm 0,25$	$6,52 \pm 0,25$	$7,02 \pm 0,18$	$8,14 \pm 0,23$	$6,68 \pm 0,23$

Привертають увагу також різні розлади харчової поведінки у обстежуваних хворих (таблиця 8): екстернальний тип порушення харчової поведінки зустрічався у 73,6 %, емоційний – у 20,8 %, рестриктивний – у 5,6 % хворих.

Таблиця 8 – Зустрічаємість різних розладів харчової поведінки у хворих з НМТ та ожирінням до лікування,  $n=125$  (абс. число /%)

Форма поведінки	НМТ, n=40		Ожиріння I ст, n=28		Ожиріння II ст, n=34		Ожиріння III ст, n=23		Всього, n=125	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Екстернальна	24	60,0	21	75,0	27	79,4	20	87,0	92	73,6
Емоційна	14	35,0	5	17,9	5	14,7	2	8,7	26	20,8
Рестриктивна	2	5,0	2	7,1	2	5,9	1	4,3	7	5,6

В таблиці 9 наведена структура розладів харчової поведінки у хворих з НМТ та ожирінням.

Таблиця 9 – Зміни структури розладів харчової поведінки у хворих з НМТ та ожирінням до лікування, n=125 (абс. число /%)

Показник	Категорія	НМТ, n=40		Ожиріння I ст, n=28		Ожиріння II ст, n=34		Ожиріння III ст, n=23		Всього, n=125	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Компульсивний розлад	0	16	40,0	8	28,5	6	17,6	3	13,0	33	26,4
	0,5	10	25,0	8	28,5	10	29,4	8	34,8	36	28,8
	1	14	35,0	12	43,0	18	53,0	12	52,2	56	44,8
Нічний розлад	0	14	35,0	7	25,0	6	17,6	4	17,4	31	24,8
	0,5	10	25,0	8	28,6	8	23,6	8	34,8	34	27,2
	1	16	40,0	13	46,4	20	58,8	11	47,8	60	48,0
Сезонний розлад	0	16	40,0	8	28,5	8	23,6	4	17,4	36	28,8
	0,5	8	20,0	6	21,4	6	17,6	8	34,8	28	22,4
	1	16	20,0	14	50,0	20	58,8	11	47,8	61	48,8

Примітка:

1. 0 – розлади відсутні
2. 0,5 – розлади помірно виражені
3. 1 – розлади виражені

Компульсивний розлад зустрічався у 60,0 % хворих з НМТ, у 80,0 % з ожирінням (I ст. – у 71,4 %, II ст. – у 82,4 %, III ст. – у 87,0 %), нічний розлад – у 65,0 % хворих з НМТ, у 80,0 % з ожирінням (I ст. – у 75,0 %, II ст. – у 82,4 %, III ст. – у 82,6 %), сезонний розлад у 40,0 % хворих з НМТ, у 76,5 % з ожирінням (I ст. – у 71,4 %, II ст. – у 76,4 %, III ст. – у 82,6 %).

Кореляційні зв'язки між всіма показниками, що вивчалися у хворих з НМТ та ожирінням до початку лікування, наведені у таблиці 10.

Таблиця 10 – Кореляційні зв'язки між показниками, що вивчалися у хворих з НМТ та ожирінням до початку лікування, n=125

	x	y	r Пірсона	t Кендалла	p Спирмана	n
1	2	3	4	5	6	7
1	вік	САТ	0,518	0,378	0,495	125
2	ступінь ожиріння	вага	0,835	0,705	0,849	125
3	ступінь ожиріння	об'єм талії	0,602	0,459	0,588	125
4	ступінь ожиріння	ІМТ	0,934	0,863	0,964	125
5	ступінь ожиріння	глюкоза	0,627	0,571	0,694	125
6	ступінь ожиріння	холестерин	0,618	0,512	0,655	125
7	ступінь ожиріння	бета-ліпопротеїди	0,642	0,531	0,677	125
8	вага	об'єм талії	0,79	0,594	0,761	125

1	2	3	4	5	6	7
9	вага	ІМТ	0,887	0,676	0,868	125
10	вага	глюкоза	0,592	0,464	0,637	125
11	вага	холестерин	0,565	0,438	0,622	125
12	вага	бета-ліпопротеїди	0,55	0,422	0,597	125
13	об'єм талії	ІМТ	0,661	0,441	0,618	125
14	ІМТ	глюкоза	0,599	0,488	0,669	125
15	ІМТ	холестерин	0,579	0,441	0,632	125
16	ІМТ	бета-ліпопротеїди	0,581	0,447	0,642	125
17	САТ	ДАТ	0,579	0,499	0,59	125
18	глюкоза	холестерин	0,614	0,474	0,645	125
19	глюкоза	бета-ліпопротеїди	0,552	0,421	0,587	125
20	холестерин	бета-ліпопротеїди	0,681	0,522	0,705	125

Значний кореляційний зв'язок існує між всіма вивчавшимися показниками. Найбільший він є між ступенем ожиріння і вагою ( $r=0,835$ ), ступенем ожиріння і об'ємом талії ( $r=0,602$ ), ступенем ожиріння і рівнем глюкози крові ( $r=0,627$ ), холестерином ( $r=0,618$ ),  $\beta$ -ліпопротеїдами ( $r=0,642$ ), а також між віком і САТ.

### Висновки

Таким чином, у хворих з НМТ та ожирінням при надходженні на амбулаторно-поліклінічний етап лікування реєструвалися різні за вираженістю прояви захворювання (НМТ, ожиріння I, II, III ст.), які частіше зустрічалися у жінок у віці 45-55 років, характеризувалися зміною антропометричних даних (вага, ІМТ, ОТ), різними скаргами, вираженість яких була найбільшою у хворих на ожиріння II та III ст. Крім того, у обстежуваних хворих до лікування виявлена супутня патологія, найчастішою були захворювання серцево-судинної системи, що характеризувалося скаргами, підвищенням АТ, ЧСС, даними ЕКГ, Ехо-ЕКГ. Суттєвими у хворих з ожирінням були зміни біохімічних показників, особливо ліпідного профілю крові і глюкози крові натще. Тяжкість захворювання підтверджувалася підвищенням апетиту, потягу до солодощів, постійним відчуттям голоду, змінами харчової поведінки. Всі отримані дані значно погіршувалися при зростанні надмірної маси тіла й були найбільш вираженими у хворих з ожирінням II та III ст.

Отримані дані є основою для розробки програми профілактики та лікування хворих з НМТ і ожирінням на амбулаторно-поліклінічному етапі із застосуванням базової терапії, медикаментів та фізичних факторів.

### **Список літератури:**

1. Горбась І. М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І. М. Горбась // Український кардіологічний журнал. – 2010. – Додаток 1. – С. 16–21.
2. Досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки / за ред. Ю. В. Поляченко, В. М. Пономаренко. – К., 2006. – 240 с.
3. Зелінська Н. Б. Стан надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2010 році [Електронний ресурс] / Н. Б. Зелінська, С. І. Осташко, Н. Г. Руденко // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2011. – № 3 (35). – С. 19–26. – Режим доступу : <http://endocrinology.mif.ua.com/archive/issue-17747/#rubruc-17755>
4. Козярін І. П. Ожиріння як хвороба цивілізації / І. П. Козярін // Здоров'я України. – 2005. – № 5. – С. 127–129.
5. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я суспільства та продовження життя / В. М. Корнацький. – К. : Ферзь, 2006. – 136 с.
6. Проблема ожирення в Європейському регіоні ВОЗ и стратегии ее решения / под. ред. F. Branca, H. Nikogosian, T. Lobstein. – ВОЗ, 2009. – 408 с.
7. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview / B. Caballero // *Epidemiol. Rev.* – 2007. – Vol. 29. – P. 1–5.
8. Gillman M. A life course epidemiology to obesity / M. Gillman // *A life course approach to chronic disease epidemiology* / ed. by D. Kuh, Y. BenSclamo. – 2-nd edition. – United Kingdom : Oxford University Press, 2004.
9. Hainer V. Ожиріння – епідемія ХХІ століття: сучасний погляд на проблему / V. Hainer // *Внутрішня медицина.* – 2009. – № 4 (16). – С. 28–33.
10. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004 / C. L. Ogden, M. D. Carroll, L. R. Curtin [et al.] // *JAMA.* – 2006. – Vol. 295. – P. 1549–1555.
11. The epidemiology of obesity / C. L. Ogden, S. Z. Yanovski, M. D. Carroll, K. M. Flegal // *Gastroenterology.* – 2007. – Vol. 132. – P. 2087–2102.

### **References:**

1. Gorbas I.M. Epidemiological and medical-social aspects of arterial hypertension / I.M. Horbash // *Ukrainian Cardiology Journal.* - 2010. - Appendix 1. - P. 16-21.

2. The experience of implementation of the Intersectoral Integrated Program "Health of the Nation" for 2002-2011/ ed. by Yu. V. Polyachenko, V. M. Ponomarenko. - K., 2006. - 240 p.
3. Zelinskaya N.B. The status of provision of specialized care for children with endocrine pathology in Ukraine in 2010 [Electronic resource] / N.B. Zelinska, S.I. Ostashko, N.G. Rudenko // International Endocrinology Journal. - 2011. - No. 3 (35). - P. 19-26. - Access mode: <http://endocrinology.mif.ua.com/archive/issue-17747/#rubruc-17755>
4. Kozyarin I.P. Obesity as a disease of civilization / I.P. Kozyarin // Health of Ukraine. - 2005. - No. 5. - P. 127-129.
5. Kornatsky V.M. Problems of Society Health and Life Extension /V.M. Kornatsky. - K.: Fergus, 2006. - 136 p.
6. The problem of obesity in the WHO European Region and its solution / Ed. by F. Branca, H. Nikogosian, T. Lobstein. - WHO, 2009. - 408 p
7. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview / B. Caballero // Epidemiol. Rev. – 2007. – Vol. 29. – P. 1–5.
8. Gillman M. A life course epidemiology to obesity / M. Gillman // A life course approach to chronic disease epidemiology / ed. by D. Kuh, Y. BenSclamo. – 2nd edition. – United Kingdom : Oxford University Press, 2004.
9. Hainer V. Obesity – epidemic of the 21<sup>st</sup> century: modern view on the problem / V. Hainer //Internal medicine. – 2009. – № 4 (16). – p. 28–33.
10. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004 / C. L. Ogden, M. D. Carroll, L. R. Curtin [et al.] // JAMA. – 2006. – Vol. 295. – P. 1549–1555.
11. The epidemiology of obesity / C. L. Ogden, S. Z. Yanovski, M. D. Carroll, K. M. Flegal // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 132. – P. 2087–2102.