

nerve block type II and PVB group – GA plus thoracic paravertebral block. Prevalence, severity and location of persistent pain, quality of life and sensory disturbances assessed after 3 and 6 months after surgery.

Results. Throughout three months after surgery 41% women in Pec group, 33% in the PVB group and 7% in GA group didn't have any pain ($p=0,006$). Throughout six months after surgery 38% patients in Pec group, 43% in PVB group and 28% in GA group were pain-free ($p=0,445$). Among those patients who had pain, the rate of patients with moderate pain was higher in GA group, but without statistical significance. No patients had severe pain.

The lowest rate of paresthesia by three months after surgery was in Pec group – 28%, in PVB and control groups – 57% and 59% respectively ($p=0,026$). Six months after surgery 16% of patients had paresthesia in Pec group, 38% in GA group and 53% in PVB group (0,006).

The pain location did not differ between groups. Most often the pain appears in the postoperative scar, less often in the axilla, upper extremity and chest wall. The deterioration of the quality of life after 3 months due to pain was observed in 21% patient in control group, 13% in the PVB group, and 6% in the PB group ($p=0,243$). And six months after surgery these incidence rates – 10%, 3% and 6% respectively ($p=0,553$).

Conclusions. Compared with thoracic paravertebral block and general anesthesia alone, the pectoral nerve block type II is associated with decreasing of PMPS incidence during first three months and decrease of paresthesias incidence first six months after breast cancer surgery.

Key words: thoracic paravertebral block, pectoral nerve block, breast surgery, chronic pain.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 19.12.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-2-160-115-119

УДК 613.25:159.9.019.4 + 618.173:616-008.9 + 615.874.2

Палладіна О. Л.

ДІЄТОЛОГІЧНІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК У ПРЕМЕНОПАУЗІ

Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)

opalladina@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття написана за матеріалами досліджень кафедри медико-біологічних дисциплін Національного університету фізичного виховання і спорту України за темою «Вплив екзогенних та ендогенних факторів на перебіг адаптаційних реакцій організму до фізичних навантажень різної інтенсивності», державний реєстраційний номер 012U108187.

Вступ. Охорона здоров'я жінок у пременопаузі набуває в наш час пріоритетного значення і привертає увагу дослідників у всьому світі. Це пояснюється тим, що на фоні виникнення дефіциту естрогенів відбувається вікова перебудова жіночого організму, що призводить до розвитку цілої низки патологічних станів [1]. Старіння репродуктивної системи жінки, клімактерій, відбувається поступово і має 4 періоди: пременопауза, менопауза, перименопауза і постменопауза. Клініко-гормональна характеристика даних періодів представлена у результатах 10-річних великих когортних досліджень STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop) [2].

Період менопаузального переходу або пременопауза починається у віці 40-45 років і закінчується з настанням менопаузи. Для цього періоду характерні варіабельність менструальних циклів та виникнення вазомоторних та психоемоційних симптомів, пов'язаних з дефіцитом жіночих статевих гормонів [3, 4]. Метаболічні порушення, що виникають у цей період, безпосередньо впливають на стан здоров'я та якість всього подальшого життя жінки. У 35-49% жінок спостерігається розвиток менопаузального метаболічного синдрому (ММС). Для цього стану характерними є порушення толерантності до вуглеводів, стрімке зростання маси тіла та перерозподіл жиру з формуванням абдомінального та/або вісцерального типу ожиріння. В подальшому, це призводить до

виникнення цукрового діабету, серцево-судинних захворювань, ранній інвалідизації та передчасної смерті [5]. Більше ніж у половини жінок (52,4%) розвивається гіпертонічна хвороба (ГХ), у три рази підвищується ризик виникнення ішемічної хвороби серця (ІХС), у сім разів зростає ризик інсульту. Так у віці 50 років ризик розвитку ІХС складає 46%, а ризик смерті від її наслідків 31% [6].

Важливе місце серед пременопаузальних розладів займають порушення психо-емоційного стану та харчової поведінки (ХП). Саме корекція психо-емоційного стану та ХП має величезне значення для підтримки здорової маси тіла, зменшення метаболічних порушень, зокрема абдомінального ожиріння [7].

Згідно рекомендаціям American Diabetic Association (ADA) та International Diabetes Federation (IDF) основу лікування МС мають складати немедикаментозні методи лікування, а саме дієтотерапія і фізичні навантаження (збільшення фізичної активності), які мають самостійне значення на першому етапі лікування МС і є обов'язковими на фоні медикаментозної терапії на другому етапі лікування [8].

Таким чином, вирішення проблеми пременопаузальних порушень має велике медико-соціальне значення і впливає на якість та тривалість життя жінок.

Мета дослідження. Дослідити можливості корекції харчової поведінки та тривожно-депресивних порушень у жінок, що перебувають у пременопаузі, за допомогою немедикаментозних заходів, зокрема змінення раціону харчування, підвищення фізичної активності та застосування дієтичної добавки омега-3 поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК).

Об'єкт і методи дослідження. В дослідженні прийняли участь 42 особи. Критерії відбору були наступні: жіноча стать; вік від 41 до 51 років; наяв-

ність клімактеричних розладів; надлишкова маса тіла або ожиріння; порушення харчової поведінки; відсутність суттєвої супутньої патології; готовність до регулярних фізичних навантажень (всі жінки були клієнтками фітнес-клубів); готовність дотримуватись запропонованих дієтологічних рекомендацій протягом всього терміну дослідження.

Дослідження тривало протягом трьох місяців. Всі учасниці дали письмову згоду на участь у дослідженні та обробку персональних даних. На початку та наприкінці дослідження всі жінки заповнювали розроблену нами «Анкету здоров'я», яка містила інформацію про: персональні данні, стан здоров'я, гінекологічний анамнез, анамнез життя, сімейний анамнез, харчовий анамнез. Для вивчення харчової поведінки нами застосовувалась опитувальник DEBQ, що включав чотири незалежні анкети. За кількістю балів визначали випадки порушення ХП. Наявність тривожно-депресивних порушень визначали за допомогою тест-опитувальника ДОТ. Всі жінки заповнювали голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ та тест-опитувальник ДОТ на початку та наприкінці дослідження.

Всім жінкам, що приймали участь в дослідженні, проводили антропометричні дослідження, зокрема визначали зріст, масу тіла, вимірювання обводу талії (ОТ) та обводу стегон (ОС). Наявність надлишкової маси тіла або ожиріння визначали, згідно рекомендаціям ВООЗ, за допомогою індексу маси тіла (ІМТ). Наявність абдомінального ожиріння визначали, згідно рекомендаціям ADA, за значенням ОТ та співвідношенням ОТ та ОС [8]. За допомогою методу біоімпендансометрії визначали склад тіла, зокрема загальний вміст жиру в організмі. Дослідження проводили на приладі Tanita BC 730. Всі антропометричні дослідження проводились на початку та наприкінці дослідження.

Жінки, що приймали участь в нашому дослідженні, були поділені на дві групи. До першої, основної групи (ОГ) увійшли 21 жінка, до другої, контрольної групи (КГ) так само 21 жінка. Всім жінкам була запропонована однакова дієтологічна програма, що містила рекомендації дотримуватись субкалорійного раціону з дефіцитом у 500 калорій від загальних енергопотреб за рахунок зниження вмісту вуглеводів. Було рекомендовано триразовий режим харчування без перекусів, виключення вживання алкоголю, фастфуду, ковбасних виробів, солодких напоїв, значне обмеження вживання солодошів, достатній вміст клітковини в раціоні за рахунок вживання некрохмальних овочів з кожним прийомом їжі. Також усім учасницям дослідження було запропоновано дотримуватись однакової програми фітнес-тренувань, а саме кардіотренування 3 годин на тиждень. Додатково, для підвищення фізичної активності, пропонувалось не користуватися ліфтом та проходити не менше 6 тисяч кроків на день. Підтримувались і інші види фізичних навантажень за вподобанням учасниць, наприклад танці, плавання, йога, пілатес, стрейчінг, велопрогулянки та інші.

Учасниці ОГ додатково отримували дієтичну добавку (ДД) OmegaPure 820 виробництва компанії Хутоген. Даний препарат створено на основі риб'ячого жиру з Аляски який отримав п'ять зірок за системою сертифікації (IFOS) що проводиться відповідно до

Міжнародних стандартів для риб'ячих жирів та гарантує найвищий рівень чистоти, безпечності, стабільності та ефективності риб'ячого жиру. Склад препарату представлено наступними компонентами: риб'ячий жир концентрат 2,5 г; омега-3 жирні кислоти 1,875 г; EPA (ейкозапентаєнова кислота) 1 г; DHA (докозагексаєнова кислота) 640 г. Таке співвідношення EPA/DHA є оптимальним та сприяє поліпшенню загального стану здоров'я, здоров'я серцево-судинної системи, здоров'я суглобів, функцію головного мозку і нервової системи, а також баланс цитокінів. Кожна капсула містить 20 калорій за рахунок жирів, що враховувалось при складанні добових раціонів. Препарат рекомендувалось прийняти 1 раз на день зранку протягом 3 місяців.

Дослідження проводилося згідно з принципами Гельсінської декларації Світової медичної асоціації «Етичні засади медичних досліджень, що стосуються людських суб'єктів» (змінена в жовтні 2013 року). Письмова інформована згода була отримана від усіх жінок, які брали участь у дослідженні.

Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакету програм STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., сер. номер AGAR909E415822FA) та включала розрахунки середніх арифметичних значень (M) та їх похибок ($\pm m$). Вірогідність різниці середніх арифметичних (p) значень показників проводилась за допомогою непараметричного – U-критерію Манна-Уїтні. Відмінності вважали статистично достовірними при значенні $p \leq 0,05$. Перед застосуванням параметричних критеріїв проводилась перевірка гіпотези про нормальний закон розподілу випадкових величин [9].

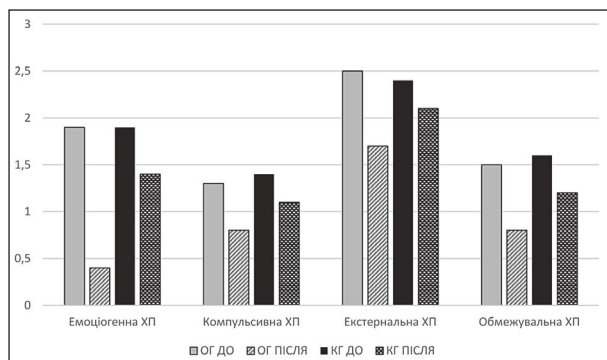
Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз антропометричних даних жінок у пременопаузі, показав, що 34 жінки (81%) мали надлишкову масу тіла (ІМТ 25 – 29,9 кг/м²), а у 8 жінок (19%) діагностувалось ожиріння I ступеню (ІМТ 30-34,9 кг/м²). Під впливом дієтологічної програми та регулярних занять оздоровчим фітнесом ІМТ знизився в обох групах: на 2,5 кг/м² (8,7%) в ОГ та на 1,5 кг/м² (5,2%) в КГ (табл.).

У жінок обох груп на початку дослідження спостерігалось абдомінальне ожиріння, про що свідчать данні вимірювання ОТ та співвідношення ОТ до ОС, що наведені в табл. Під впливом омега-3 ПНЖК ці показники досягли нормальних значень, а в КГ хоча і знизилась на 5,3 см та 0,4 відповідно, все ще перевищували рекомендовані значення.

Таблиця – Динаміка антропометричних показників

Показники	Групи			
	ОГ (n=21)		КГ (n=21)	
	До	Після	До	Після
ІМТ, кг/м ²	28,9±1,2	26,4±1,2	29,1±1,4	27,6±1,3
ОТ, см	95,3±4,2	87,8±3,6	96,40,4	91,1±0,2
ОТ/ОС	0,87±0,3	0,81±0,4	0,88±0,4	0,84±0,3
Загальний вміст жиру, %	38,5±1,3	33,8±1,2	38,8±1,6	35,2±0,5

За даними біоімпендансометрії (табл.) загальний вміст жиру перевищував норму на 4,5% в ОГ та 4,8% в КГ. Після закінчення дослідження в обох групах загальний вміст жиру в організмі значно знизився і склав в ОГ 33,8% (на 4,7% менше), що відповідає верхній межі норми, а в КГ знизився на 3,6%, що перевищує рекомендовані для даної вікової групи зна-



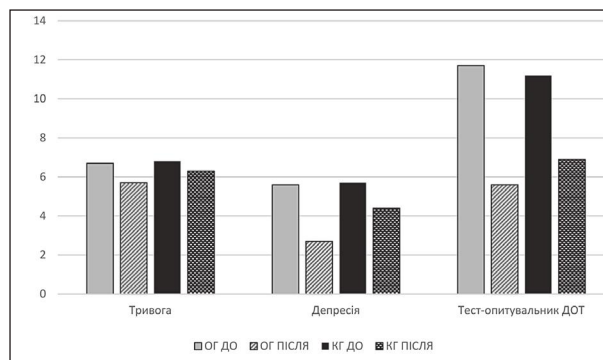
Рисунки 1 – Динаміка порушень ХП в балах.

чення. Покращення антропометричних показників у жінок в перименопаузі під впливом зміни способу життя певною мірою підтверджується іншими авторами [10, 11], але додаткове вживання ДД має переконливі переваги.

Порушення ХП, у той чи іншій формі, на початку дослідження мало місце у всіх жінок, що приймали участь в дослідженні. Так у 39 жінок (93%) мала місце емоційна ХП. У 35 жінок (83%) було виявлено компульсивне переїдання. Екстернальна ХП була виявлена у 17 жінок (40%), обмежувальна ХП у 29 жінок (69%). Під впливом зміни способу життя, зокрема дотримання дієтологічних рекомендацій та інтенсифікації фізичної активності у жінок обох груп спостерігалось значне покращення (рис. 1), що можна пояснити також задоволенням жінок від поліпшення антропометричних показників. Ці данні узгоджуються з дослідженнями інших авторів [12].

Але слід зауважити, що під впливом ДД ми спостерігали значно кращі результати по всім видам порушень ХП, особливо, що стосується емоційної ХП (на 79%) та обмежувальної ХП (на 47%) проти 26% та 25% у КГ відповідно (рис. 1).

Наявність тривожно-депресивних порушень у різній мірі мала місце у 100% жінок на початку дослідження. Під впливом дієтологічних засобів та підвищення фізичної активності прояви тривоги знизились у ОГ на 1 бал (15%), а у КГ на 0,5 балів (7%).



Рисунки 2 – Динаміка тривожно-депресивних порушень у балах.

Прояви депресії знизились у ОГ удвічі (на 2,9 бали, або 52%), а у КГ лише на 1,3 бали (23%). За даними тест-опитувальника ДОТ в обох групах також спостерігалось значне покращення: в ОГ на 6,2 балів (52%), а в КГ на 4,3 бали (38%), що представлено на рис. 2.

Висновки. Отримані нами данні переконливо свідчать про широку розповсюдженість порушень ХП та тривожно-депресивних станів у жінок в перименопаузі. Зміна способу життя, а саме дотримання раціонального харчування та збільшення фізичної активності, призводять не лише до покращення антропометричних параметрів, нормалізації маси тіла, зменшення проявів абдомінального ожиріння та загального вмісту жиру в організмі, але і до покращення психо-емоційного стану жінок та усунення існуючих порушень ХП. Цей ефект значно підсилюється при одночасному застосуванні омега-3 ПНЖК. Таким чином, дана ДД може бути рекомендована жінкам, що перебувають у перименопаузі для покращення якості життя та профілактики розвитку метаболічних та психо-емоційних порушень, зокрема порушень ХП.

Перспективи подальших досліджень. З урахуванням отриманих у дослідженні даних у подальшому є доцільним визначення максимально ефективної дози омега-3 ПНЖК для корекції порушень ХП та психо-емоційного стану жінок, що перебувають у перименопаузі.

Література

- Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analysis of studies across six continents. *Int J Epidemiol* 2014;43:1542-62.
- Harlow SD, Gass M, Hall, Lobo R, Maki P, Rebar RW. STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(4):1159-1168.
- de Vil'yers T, Tatarchuk TF. Natsional'nyu konsensus shchodo vedennya patsiyentok u klimakteriyi. *Zdorov'ya zhinky.* 2016;4(110):17-27. [in Ukrainian].
- de Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric.* 2013;16:316-37.
- Sperling LS, Mechanick JI, Neeland IJ, Herrick CJ, Després JP, Ndumele CE, et al. The CardioMetabolic Health Alliance: Working toward a new care model for the metabolic syndrome. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2015;66:1050-1067. doi: 10.1016/j.jacc.2015.06.1328.
- Cagnacci A, Cannolella M, Palma F, Zanin R, Xholli A, Volpe A. Menopausal symptoms and risk factors for cardiovascular disease in postmenopause. *J. Climacteric.* 2012;15(2):157-62.
- Benazzi F. Female depression before and after menopause. *Psychother Psychosom.* 2000;69(5):280-3.
- Myers J, Kokkinos P, Nyelin E. Physical Activity, Cardiorespiratory Fitness, and the Metabolic Syndrome. *Nutrients.* 2019 Jul 19;11(7):1652. doi: 10.3390/nu11071652.
- Kostyuk VO. *Prikladna statistika: navch. posibnik.* Kharkiv: HNUMG im. O.M. Beketova; 2015. 191 s. [in Ukrainian].
- Kroenke CH, Caan BJ, Stefanick ML, Anderson G, Brzyski R, Johnson KC. Effects of a dietary intervention and weight change on vasomotor symptoms in the Women's Health Initiative. *Menopause.* 2012;19:980-8.
- Elavsky S, Gonzales JU, Proctor DN, Williams N, Henderson VW. Effects of physical activity on vasomotor symptoms: examination using objective and subjective measures. *Menopause.* 2012;19:1095-103.
- Judd FK, Hickey M, Bryant C. Depression and midlife: Are we overpathologising the menopause? *Journal of Affective Disorders.* 2012;136(3):199-211.

ДІЄТОЛОГІЧНІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК У ПРЕМЕНОПАУЗІ

Палладіна О. Л.

Резюме. Охорона здоров'я жінок у пременопаузі набуває в наш час пріоритетного значення. Суттєве місце серед пременопаузальних розладів займають порушення психо-емоційного стану та харчової поведінки (ХП). Корекція психо-емоційного стану та ХП має величезне значення для підтримки здорової маси тіла, зменшення метаболічних порушень, зокрема абдомінального ожиріння, профілактики розвитку цукрового діабету та серцево-судинних захворювань.

Метою дослідження було вивчити можливості корекції ХП та тривожно-депресивних порушень у жінок, що перебувають у пременопаузі за допомогою немедикаментозних заходів, зокрема змінення раціону харчування, підвищення фізичної активності та застосування дієтичної добавки омега-3 ПНЖК.

В дослідженні взяли участь 42 жінки у віці від 41 до 51 років, що перебували у пременопаузі та мали надлишкову масу тіла або ожиріння та порушення харчової поведінки. Дослідження тривало протягом 3 місяців. Було застосовано антропометричні методи дослідження (визначення ІМТ, ОТ, ОТ/ОС), біоімпедансометрія (визначення вмісту загального жиру). Для вивчення ХП застосовувався опитувальник DEBQ, що включав чотири незалежні анкети. Наявність тривожно-депресивних порушень визначали за допомогою тест-опитувальник ДОТ. Жінки були поділені на 2 групи по 21 особі. Обидві групи дотримувались однакової дієтологічної програми та мали однакову фізичну активність. Учасниці основної групи додатково отримували препарат омега-3 ПНЖК OmegaPure 820 виробництва компанії Хумоген.

Під впливом дієтологічної програми та регулярних занять оздоровчим фітнесом у жінок обох груп спостерігалось значне покращення антропометричних показників. ІМТ знизився в обох групах: на 2,5 кг/м² (8,7%) в ОГ та на 1,5 кг/м² (5,2%) в КГ. У всіх жінок на початку дослідження спостерігалось абдомінальне ожиріння, про що свідчать данні ОТ та ОТ/ОС. Під впливом омега-3 ПНЖК ці показники досягли нормальних значень, а в КГ хоча і знизились на 5,3 см та 0,4 відповідно, все ще перевищували рекомендовані значення.

Загальний вміст жиру знизився в обох групах і склав в ОГ 33,8% (на 4,7% менше), що відповідає верхній межі норми, а в КГ знизився на 3,6%, але перевищував рекомендовані для даної вікової групи значення. Порушення ХП, мало місце у всіх жінок: 93% жінок мали емоціогенну ХП, 83% компульсивне переїдання, 40% екстернальну ХП, 69% обмежувальну ХП. В обох групах спостерігалось значне покращення проявів порушень ХП, але під впливом омега-3 ПНЖК спостерігались значно кращі результати по всім видам порушення ХП, особливо, що стосується емоціогенної ХП (на 79%) та обмежувальної ХП (на 47%) проти 26% та 25% у КГ відповідно. Наявність тривожно-депресивних порушень у різній мірі мала місце у 100% жінок на початку дослідження. Під впливом дієтологічних засобів та підвищення фізичної активності прояви тривоги знизились у ОГ на 1 бал (15%), а у КГ на 0,5 балів (7%). Прояви депресії знизились у ОГ удвічі (на 2,9 бали, або 52%), а у КГ лише на 1,3 бали (23%). За даними тест-опитувальника ДОТ в обох групах також спостерігалось значне покращення: в ОГ на 6,2 балів (52%), а в КГ на 4,3 бали (38%).

Отримані нами данні переконливо свідчать про широку розповсюдженість порушень ХП та тривожно-депресивних порушень у жінок в пременопаузі. Зміна способу життя, а саме дотримання раціонального харчування та збільшення фізичної активності, призводять не лише до покращення антропометричних параметрів, нормалізації маси тіла, зменшення проявів абдомінального ожиріння та загального вмісту жиру в організмі, але і до покращення психо-емоційного стану жінок та усунення існуючих порушень ХП. Цей ефект значно підсилюється при одночасному застосуванні омега-3 ПНЖК. Таким чином, дана ДД може бути рекомендована жінкам, що перебувають у пременопаузі для покращення якості життя та профілактики розвитку метаболічних та психо-емоційних порушень, зокрема порушень ХП.

Ключові слова: харчова поведінка, менопауза, надмірна маса тіла, метаболічний синдром, дієтотерапія, омега-3 поліненасичені жирні кислоти.

DIETARY POSSIBILITIES OF CORRECTION OF EATING DISORDERS IN PREMENOPAUSAL WOMEN

Palladina O. L.

Abstract. The health of premenopausal women is becoming a priority today. A significant place among premenopausal disorders is occupied by disorders of psycho-emotional state and eating behavior (EB). Correction of psycho-emotional state and EB is of great importance for maintaining a healthy body weight, reducing metabolic disorders, including abdominal obesity, prevention of diabetes and cardiovascular disease.

The target of the study was to investigate the possibility of correcting EB and anxiety and depressive disorders in premenopausal women through non-drug measures, including dietary changes, increased physical activity and the use of omega-3 dietary supplement.

The study involved 42 women aged 41 to 51 years who were premenopausal and overweight or obese and eating disorders. The study lasted for 3 months. Anthropometric research methods (determination of BMI, WC, WC/HC), bioimpedancemetry (determination of total fat content) were used. The DEBQ questionnaire, which included four independent questionnaires, was used to study EB. The presence of anxiety and depressive disorders was determined using a DOT test questionnaire. The women were divided into 2 groups of 21 people. Both groups followed the same diet and had the same physical activity. Members of the main group additionally received the dietary supplement omega-3 PUFA OmegaPure 820 manufactured by Хumogen. Under the influence of the diet program and regular fitness classes in women of both groups there was a significant improvement in anthropometric indicators. BMI decreased in both groups: by 2.5 kg/m² (8.7%) in MG and by 1.5 kg/m² (5.2%) in CG. All women had abdominal obesity at the beginning of the study, as evidenced by WC and WC/HC data.

Under the influence of omega-3 PUFA, these values reached normal values, and in CG, although they decreased by 5.3 cm and 0.4, respectively, still exceeded the recommended values. The total fat content decreased in both groups and amounted to 33.8% in MG (4.7% less), which corresponds to the upper limit of normal, and in CG decreased by 3.6%, but exceeded the recommended values for this age group. EB disorders occurred in all women: 93% of women had emotional EB, 83% compulsive overeating, 40% external EB, 69% restrictive EB. In both groups there was a significant improvement in the manifestations of EB disorders, but under the influence of omega-3 PUFA there were significantly better results in all types of EB disorders, especially with regard to emotional EB (79%) and restrictive EB (47%) against 26% and 25% in CG, respectively. The presence of anxiety and depressive disorders to varying degrees occurred in 100% of women at the beginning of the study. Under the influence of dietary drugs and increased physical activity, anxiety decreased in MG by 1 point (15%), and in CG by 0.5 points (7%). Manifestations of depression decreased in MG twice (by 2.9 points, or 52%), and in CG only by 1.3 points (23%). According to the DOT test questionnaire, a significant improvement was also observed in both groups: in MG by 6.2 points (52%), and in CG by 4.3 points (38%).

The data obtained by us convincingly testify to the widespread prevalence of EB disorders and anxiety-depressive disorders in premenopausal women. Lifestyle changes, namely nutrition and increased physical activity, not only improve anthropometric parameters, normalize body weight, reduce the manifestations of abdominal obesity and total body fat, but also improve the psycho-emotional state of women and eliminate existing disorders HP. This effect is significantly enhanced by concomitant use of omega-3. Thus, omega-3 PUFA can be recommended for premenopausal to improve their quality of life and prevent the development of metabolic and psycho-emotional disorders, including EB disorders.

Key words: eating behavior, menopause, overweight, metabolic syndrome, diet therapy, omega-3 PUFA

Рецензент – проф. Костенко В. О.

Стаття надійшла 25.01.2021 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-2-160-119-122

УДК 616.149 – 008.341.1:347.440.32

Петрушенко В. В., Гребенюк Д. І., Гладких В. Ю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОЛОНГОВАНОЇ СХЕМИ ПРИЙОМУ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КРОВОТЕЧАМИ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (м. Вінниця)

Doctor.Svo@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи “Розробка та впровадження інноваційних технологій у лікування та профілактику кровотеч із варикозно розширених вен стравоходу”, державний реєстраційний номер – 0120U101363.

Вступ. Серед великої кількості патологічних станів, пов'язаних із структурними та функціональними змінами у паренхімі печінки, цироз є провідною причиною летальних випадків [1]. Даний патологічний стан являє собою кінцеву стадію прогресуючого фіброзу печінки, при якій порушується архітектура органу [2]. Хоча, цироз печінки добре корегується на початкових стадіях процесу, проте через відсутність патогномонічних симптомів та невиразність клінічної картини він зазвичай вчасно не діагностується, крім випадків пов'язаних із плановими оглядами або при зверненні до лікувальних установ з приводу іншої патології. Саме тому, показники поширеності даної патології в більшості випадків є заниженими.

Поява асцити, кровотеча з варикозних розширених вен стравоходу та шлунка, розвиток печінкової енцефалопатії, а також жовтяниця свідчать про декомпенсацію процесу та значно знижують якість та тривалість життя пацієнтів [3, 4]. Характерні прояви декомпенсації змушують пацієнтів звертатися за ургентною медичною допомогою, а тому показники поширеності декомпенсованого цирозу, є більш точними, ніж при компенсованому перебігу.

Летальність протягом першого року після декомпенсації стану пацієнта може досягати 80% [5, 6]. Такі пацієнти потребують систематичної, часто невідкладної, медичної допомоги [7]. У міру прогресування хвороби кількість звернень за стаціонарною медичною допомогою та тривалість госпіталізації тільки збільшуються.

Поліпшення функціонального стану печінки і зниження темпів прогресування захворювання є ключовими завданнями при лікуванні даного контингенту пацієнтів.

З огляду на актуальність даної проблеми, не викликає сумніву пошук нових і клінічна оцінка ефективності вже існуючих гепатотропних засобів, яким відведена одна з провідних ролей в лікуванні цирозу печінки і його ускладнень. Одним з таких засобів є фосфатидилхолін (фосфоліпіди соєвих бобів) [8].

Мета дослідження – оцінити ефективність пролонгованої схеми прийому препаратів фосфатидилхоліну в комплексному лікуванні цирозу печінки, ускладненого кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку.

Об'єкт і методи дослідження. Проспективне дослідження виконувалося на кафедрі ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі Клінічного високоспеціалізованого хірургічного Центру з малоінвазивними технологіями Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова.