

Основні заходи з оптимізації якості життя дітей та підлітків з ожирінням



К.Г. Помогайбо

Харківський національний медичний університет

Мета роботи — визначити заходи з оптимізації якості життя дітей та підлітків з ожирінням на підставі аналізу основних аспектів цієї проблеми серед дитячого населення.

Матеріали та методи. Оцінювали якість життя дітей з ожирінням віком від 9 до 17 років, вивчали поширеність, чинники ризику розвитку надлишкової маси тіла й ожиріння, якість медичного обслуговування хворих дітей віком від 6 до 17 років та аналізували загальносвітовий досвід щодо проблеми дитячого ожиріння.

Результати та обговорення. Основні напрями оптимізації якості життя дітей та підлітків з ожирінням — це зміна стереотипів і середовища, які сприяють виникненню ожиріння, та покращення якості медичного обслуговування дітей із цим захворюванням. Для реалізації заходів щодо усунення несприятливих чинників середовища проживання в практиці необхідно, щоб на основі законодавчих актів і стратегій на рівні держави були узгоджені дії і вироблена спільна тактика вирішення проблеми. На підставі цього мають бути прийняті відповідні адміністративні рішення щодо контролю маркетингової діяльності та розроблені рекомендації для всіх структур і організацій, пов'язаних зі сферою харчування, торгівлі, плануванням і облаштуванням територій, прилеглих до дитячих закладів, із забезпечення середовища, яке сприятиме здоровому способу життя. Необхідна участь таких структур, як органи місцевого самоврядування, загальноосвітні установи, громадські організації та лікувально-профілактичні установи всіх рівнів. У статті наведено пріоритетні заходи з вирішення цієї проблеми в межах діяльності цих структур.

Висновки. Поєднання зусиль різних сторін, які стосуються проблеми дитячого ожиріння, і реалізація комплексних заходів сприятимуть поліпшенню якості життя та адаптації дітей із цією патологією в суспільстві.

Ключові слова: якість життя, діти, ожиріння, заходи, середовище, медичне обслуговування.

Ожиріння — одне з найпоширеніших захворювань ендокринної системи в дітей. Нині в розвинених країнах світу до 15 % підлітків страждають від цієї хвороби [20].

Ця патологія має несприятливі фізичні і психологічні наслідки для дітей та підлітків, зокрема стає безпосередньою причиною захворювань шлунково-кишкового тракту, опорно-рухового апарату, апное вві сні, передчасного розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу, а також поєднання цих неінфекційних захворювань. Дитяче ожиріння може сприяти поведінковим та емоційним розладам, наприклад депресії, а також призводити до стигматизації та поганого соціального розвитку, зни-

ження рівня освіти та якості життя в цілому. Отже, через специфіку цієї хвороби особи, які мають надлишкову масу тіла, не лише страждають від хвороб і обмежень рухливості, а й мають низку проблем, зумовлених соціальною дискримінацією та ізоляцією. Особливо це характерно для покоління, що підростає. Розробка заходів для поліпшення якості життя дітей з ожирінням дасть змогу зменшити не лише наявні фізичні обмеження в повсякденному житті, а й психоемоційні страждання хворих [19, 22].

Мета роботи — визначити заходи з оптимізації якості життя дітей та підлітків з ожирінням на підставі аналізу основних аспектів цієї проблеми серед дитячого населення.

Стаття надійшла до редакції 11 грудня 2017 р.

Помогайбо Катерина Георгіївна, аспірант кафедри громадського здоров'я і управління охороною здоров'я ХНМУ
E-mail: madam.katerina@ukr.net

Матеріали та методи

У ході дослідження із застосуванням бібліографічного, статистичного й соціологічного методів оцінювали вивчення якості життя дітей з ожирінням, вивчення поширеності надлишкової маси тіла й ожиріння, чинники ризику розвитку захворювання серед дітей і підлітків, якість медичного обслуговування хворих дітей та аналізували загальносвітовий досвід щодо проблеми дитячого ожиріння.

Якість життя вивчали за спеціальною методикою, яка передбачала соціологічне опитування 237 дітей та підлітків з ожирінням віком від 9 до 17 років, розрахунок, оцінку відносного показника якості життя за шкалою та дослідження обмежень окремих сфер життєдіяльності за допомогою показників множинної регресії.

З метою верифікації надлишкової маси тіла й ожиріння оброблені дані медичних карт дитини (ф. № 026/о) репрезентативної вибірки 4789 дітей та підлітків віком від 6 до 17 років. Із них 2406 дівчат і 2383 хлопці, відповідно ($50,3 \pm 0,8$) і ($49,7 \pm 0,8$)%. Наявність і ступінь надлишкової маси тіла та ожиріння констатовані згідно з міжнародними рекомендаціями щодо індексу маси тіла (ІМТ). $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст (м}^2\text{)}$. Отримані дані щодо перцентилів за віком і статтю порівнювали з даними Національного центру статистики в галузі охорони здоров'я (США) (National Center for Health Statistics – NCHS).

Вивчення впливу основних чинників ризику розвитку захворювання передбачало опитування 809 дітей та підлітків віком від 6 до 17 років з їх батьками, яких розподілили на дві групи. Основна група – 204 пацієнти з ожирінням і 209 осіб із надлишковою масою тіла. Група контролю – 396 практично здорових дітей, зіставних за віком, статтю та іншими параметрами.

Для оцінки стану медичного обслуговування опитано 280 батьків дітей з ожирінням. З метою уточнення отриманої інформації здійснили вивчення даних історій розвитку дитини (ф. № 112/о) і контрольних карт диспансерного спостереження (ф. № 30/о). Розраховували такі показники: відносні (P) та середні величини (M), показники множинної регресії (R), силу впливу чинників (η -%), відношення шансів (ВШ), помилки статистичних величин, статистичну значущість різниці показників (p). Дані обробляли з використанням статистичних програм Statistica 8.

Результати та обговорення

Досліджували якість життя дітей та підлітків з ожирінням. Відносний середній показник якості життя дітей із цим захворюванням становив ($60,68 \pm 0,50$)%. Якість життя більшої кількості дітей ($79,30$ %) відповідала середньому рівню. Зазначений показник значно нижчий у пацієнтів з

ускладненими формами захворювання, ніж в осіб без ускладнень: ($48,26 \pm 1,04$) і ($62,62 \pm 0,43$)% відповідно. Усього виокремили три блоки обмежень життєдіяльності дітей: перший блок – обмеження у фізичній сфері, другий – у психоемоційній сфері, третій – у суспільному житті. Найвпливовішими виявилися обмеження у фізичній сфері ($-6,83$), наступні – обмеження у психоемоційній сфері ($-4,42$), останні за значенням – обмеження в суспільному житті ($-3,76$).

Отже, заходи з поліпшення якості життя дітей з ожирінням мають бути орієнтовані на коригування саме цих обмежень, але для планування та розробки цих заходів необхідно мати узагальнену інформацію щодо цього захворювання.

Поширеність і чинники ризику розвитку надлишкової маси тіла й ожиріння в дітей та підлітків

За даними моніторингу ІМТ серед дітей і підлітків 6–17 років надлишкову масу тіла й ожиріння діагностовано в 720 ($(15,1 \pm 0,5)$ %) осіб – у 328 ($(6,9 \pm 0,4)$ %) дівчат і в 392 ($(8,2 \pm 0,4)$ %) хлопців. Найчастіше надлишкову масу тіла та ожиріння виявляли у віковій групі 6–9 років ($(6,7 \pm 0,4)$ %), а у групі дітей 10–13 і 14–17 років – у ($5,6 \pm 0,4$) і ($2,8 \pm 0,2$)% випадків відповідно. Тяжкі форми ожиріння виявлено у 34 ($(0,7 \pm 0,1)$ %) осіб, з них 23 ($(1,0 \pm 0,2)$ %) хлопці і 11 ($(0,5 \pm 0,1)$ %) дівчат. Отже, надлишкову масу тіла має кожна сьома дитина, і така поширеність своєю чергою відповідає тенденціям у багатьох країнах світу.

Причина зростання поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння серед дітей полягає в тому, що сьогодні багато дітей ростуть у середовищі, яке сприяє ожирінню [8]. В умовах глобалізації та урбанізації вплив цього середовища зростає в усіх соціально-економічних групах як у країнах з високим, так і з низьким та середнім рівнем доходів. Енергетичний дисбаланс виникає в результаті зміни типу їжі, наявності та фінансової доступності продуктів, маркетингу, а також зниження фізичної активності, оскільки діти все більше часу проводять перед телевізором, за комп'ютером або присвячують малорухливим видам дозвілля. Дія біологічних маркерів (ожиріння/надлишкова маса тіла в одного або двох батьків, хронічні захворювання в родичів, надлишкова маса тіла під час вагітності, народження дитини з підвищеною або зниженою масою тіла, відсутність грудного вигодовування тощо) у сукупності з нездоровою їжею та низькою фізичною активністю значно підвищують ризик розвитку захворювання [9, 10, 12, 14, 15].

Дослідження чинників ризику виникнення надлишкової маси тіла й ожиріння також підтверджують наведені загальносвітові тенденції. За результатами соціологічного опитування батьків і дітей основної та контрольної групи встановлено, що статистично значущий вплив на розвиток захворювання має 21 фактор. Виявлені чинники розді-

лили на чотири групи: біологічні, соціально-гігієнічні, соціально-економічні та психологічні. Провідними факторами ризику були біологічні та соціально-гігієнічні. Біологічними факторами виявилися: сімейна схильність до надлишкової маси тіла (ВШ = 4,11; $p < 0,001$; η -9 %), обтяжена спадковість із цукрового діабету 2 типу й гіпертонічної хвороби (ВШ = 2,79; $p < 0,001$; η -6 %), перинатальні та постнатальні чинники – патологічний перебіг вагітності (ВШ = 2,1; $p < 0,001$; η -3 %), обтяжений акушерський анамнез (ВШ = 2,17; $p < 0,001$; η -2 %) – наявність надлишкової маси тіла (ВШ = 2,27; $p < 0,001$; η -3 %) і особливості харчування дитини на першому році життя (ВШ = 2,35; $p < 0,001$; η -3 %). Серед соціально-гігієнічних чинників були: нераціональне харчування (ВШ = 2,98; $p < 0,001$; η -7 %), порушення режиму харчування (ВШ = 2,94; $p < 0,001$; η -7 %), знижена рухова активність (ВШ = 2,68; $p < 0,001$; η -5 %), щоденне перебування за електронними пристроями більше 3 годин на добу (ВШ = 2,21; $p < 0,001$; η -4 %), відвідування підприємств швидкого приготування їжі більше ніж два рази на тиждень (ВШ = 2,41; $p < 0,001$; η -3 %), прийом їжі перед телевизором, комп'ютером (ВШ = 2,06; $p < 0,001$; η -2 %), відсутність заборони батьками вживати висококалорійні продукти (ВШ = 2,38; $p < 0,001$; η -2 %), заохочення батьками дітей смачною їжею (ВШ = 1,77; $p < 0,001$; η -2 %), відсутність контролю за харчуванням дитини протягом дня (ВШ = 1,77; $p < 0,01$; η -1 %), значне розумове навантаження (ВШ = 1,67; $p < 0,01$; η -1 %), слабка інформованість батьків щодо раціонального харчування (ВШ = 1,69; $p < 0,05$; η -1 %). На розвиток захворювання певний вплив мали також психологічні й соціально-економічні чинники: стресові ситуації в сім'ї (ВШ = 2,18; $p < 0,0001$; η -2 %), у школі (ВШ = 2,53; $p < 0,0001$; η -2 %), психологічні травми (ВШ = 2,33; $p < 0,0001$; η -1 %), рівень освіти батьків (ВШ = 1,72; $p < 0,0001$; η -1 %) та кількість дітей у родині (ВШ = 1,6; $p < 0,0001$; η -1 %).

Отже, першочергові заходи для зниження поширеності ожиріння та його наслідків, які призводять до значного погіршення якості життя і здоров'я дітей, мають бути спрямовані на зміну стереотипів і середовища, яке сприяє виникненню захворювання.

Заходи із забезпечення середовища, яке сприятиме здоровому способу життя дітей

Значну роль у реалізації зазначених заходів відіграє санітарна освіта населення. Необхідна інформація має бути надана через засоби масової інформації, у межах освітніх програм і санітарної освіти та охоплювати всі групи населення. Розробка зрозумілих і доступних рекомендацій для дорослих і дітей з підтримки нормальної маси тіла, рухової активності, режиму сну й належного використання електронних пристроїв, обов'язкове внесення санітарної освіти в навчальний

план організованих дитячих колективів, проведення шкільних інтервенцій, а також створення освітніх програм на індивідуальному та сімейному рівнях значно підвищить обізнаність дітей та батьків і надасть їм можливість робити здоровіший вибір [6].

Сьогодні один із несприятливих чинників середовища проживання, який вимагає прийняття невідкладних заходів, спрямованих як на здорових дітей, так і на тих, хто вже страждає від ожиріння, – це маркетинг шкідливих продуктів харчування.

Висококалорійні продукти харчування з низьким вмістом корисних речовин та солодкі напої, що продаються за прийнятними цінами в упаковках збільшеного розміру, у багатьох випадках замінили свіжі мінімально оброблені продукти й воду у шкільному та домашньому раціоні. Доступність висококалорійних продуктів харчування й солодких напоїв та приховане стимулювання до підвищення обсягу покупок у рекламі сприяли збільшенню калорійності раціону. У цьому зв'язку будь-які зусилля в боротьбі з дитячим ожирінням мають охоплювати заходи зі зниження активності маркетингу та його впливу на дітей [1, 11].

Друга важлива проблема – відсутність умов для занять фізичними вправами в освітніх установах та громадських місцях, що посилює виявлені фізичні обмеження серед дітей з ожирінням.

Для реалізації заходів щодо усунення несприятливих чинників середовища проживання в практиці необхідно, щоб на основі законодавчих актів і стратегій на рівні держави були узгоджені дії і вироблена спільна тактика вирішення проблеми. На підставі цього мають бути прийняті відповідні адміністративні рішення щодо контролю за маркетинговою діяльністю та розроблені рекомендації для всіх структур і організацій, пов'язаних зі сферою харчування, торгівлі, плануванням і облаштуванням прилеглих до дитячих закладів територій щодо забезпечення середовища, яке сприятиме здоровому способу життя.

Оскільки основне середовище перебування дітей і підлітків – це освітні установи, дуже важливо, щоб у шкільному меню були стандарти на продукти харчування й напої та заборонений продаж нездорових продуктів на території шкіл. Це унеможливить уживання солодких напоїв і висококалорійних продуктів з низьким вмістом корисних речовин. Розширення можливостей для рухової активності може бути здійснено шляхом створення місцевою владою безпечних пішохідних і велосипедних доріжок та додаткових зон відпочинку, що стимулюватиме активне пересування і зробить фізичне навантаження обов'язковою частиною повсякденного життя. Для забезпечення адекватного фізичного розвитку в школах мають бути створені відповідні умови для занять фізичними вправами у вільний час для всіх дітей (зокре-

ма з обмеженими можливостями) і з урахуванням гендерного аспекту [4, 16, 17].

Досвід інших країн показує, що залучення громадських організацій та різних рухів у програму здорового харчування відіграє важливу роль. Громадські організації (асоціації споживачів, клуби здоров'я, школи здорового харчування та зниження маси тіла тощо) можуть істотно впливати на освіту населення, адаптацію хворих, які страждають від ожиріння, у суспільстві й розвиток різних стратегій і політики здорового харчування в цілому. Такі спільноти створюють основи та необхідні умови для захисту прав, активізують споживачів, залучають різні верстви суспільства та вимагають від держави підтримки здорового способу життя, а від промисловості — виробництва здорових продуктів харчування, безалкогольних напоїв і припинення продажу нездорових продуктів харчування і солодких напоїв дітям [7].

Заходи з поліпшення якості медичного обслуговування дітей та підлітків з ожирінням

Один із чинників, які впливають на рівень здоров'я і якість життя пацієнтів, — це стан медичної допомоги. У результаті аналізу медико-організаційних аспектів виявлено, що амбулаторно-поліклінічна допомога посідає провідне місце в медичному обслуговуванні дітей та підлітків з ожирінням. Основні завдання амбулаторно-поліклінічної допомоги такі: профілактика та раннє виявлення захворювань, надання лікувально-консультативної допомоги сімейними лікарями й фахівцями, а також проведення диспансерного нагляду. Первинна медична допомога відіграє важливу роль у ранній діагностиці та лікуванні ожиріння. Регулярне спостереження за ростом і розвитком дітей у школах або лікувально-профілактичних установах, що надають первинну медичну допомогу, дає змогу виявити дітей з високим ризиком розвитку ожиріння [3]. У нашій країні відсутній обов'язковий моніторинг показників зросту й маси тіла в дітей. Це слугує однією з причин того, що діти та підлітки звертаються по медичну допомогу через кілька років від початку захворювання, уже за наявності ускладнень.

З метою оцінки своєчасності виявлення ожиріння ми проаналізували обставини, за яких було виявлене це захворювання. Встановлено, що лише у 15,7 % дітей ожиріння вперше виявляли під час профілактичного огляду, у більшості випадків (36,1 %) патологію виявлено в результаті самостійного звернення до ендокринолога, 24,1 % були направлені до ендокринолога дільничним педіатром щодо надлишкової маси тіла, і в 14,5 % пацієнтів ожиріння діагностовано під час стаціонарного лікування або при зверненні до вузького спеціаліста у зв'язку з іншими захворюваннями. Отже, рівень ранньої діагностики ожи-

ріння серед дітей та підлітків залишається не на належному рівні.

Використання методик контролю ІМТ під час обов'язкових профілактичних оглядів дітей і підлітків сприятиме ранній діагностиці захворювання, своєчасному лікуванню і профілактиці ускладнень ожиріння, а також шляхом створення загальної бази даних дасть змогу отримувати достовірну інформацію про проблему ожиріння та розробляти відповідні профілактичні заходи.

Основні методи профілактики й лікування ожиріння — це раціональне харчування (дієта) та адекватне фізичне навантаження, тому доцільно лікувати хворих, які страждають від ожиріння, на рівні первинної ланки медичної допомоги. Сімейний лікар або дільничний педіатр повинен відігравати провідну роль у розробці планів лікування й рекомендацій щодо оптимального поєднання дієти й фізичного навантаження для пацієнтів із цим захворюванням. У консультаціях вузьких спеціалістів зазвичай мають потребу лише невелика частка хворих, в основному ті, які мають захворювання, асоційовані з ожирінням. З огляду на це для оцінки якості консультативної роботи лікарів поліклініки ми проаналізували середню кількість відвідувань хворих з ожирінням щодо захворювань дільничних педіатрів та лікарів різних спеціальностей, а також оцінили якість роботи зазначених медичних працівників за п'ятибальною шкалою. За отриманими результатами, у середньому щодо ожиріння було здійснено 1,04 відвідування. Найбільшу кількість звернень було зроблено до ендокринолога, а не до дільничного лікаря. Так, середня кількість відвідувань щодо ожиріння до ендокринолога — 2,1, а до дільничного лікаря — 1,54. Порівняно із цим середня кількість відвідувань до фахівців вузького профілю теж значна: кардіолог — 1,2 відвідування, гастроентеролог — 0,61 відвідування, невропатолог — 0,52 відвідування, інші фахівці — 0,31 відвідування. Крім того, робота лікарів вузького профілю була оцінена вище, ніж дільничних лікарів. Отже, середня оцінка дільничного лікаря — 3,71, дитячого ендокринолога — 4,24 та інших фахівців — 3,96.

Таким чином, роль дільничного лікаря в нагляді за пацієнтами із цією патологією батьки хворих дітей та підлітків недооцінюють.

Метод динамічного спостереження за станом здоров'я пріоритетний у лікуванні хронічних захворювань, зокрема й дитячого ожиріння. Ефективність диспансерного спостереження значно впливає на якість життя дітей з ожирінням, тому що цей метод дає змогу своєчасно виявляти та лікувати ускладнення або асоційовані з ожирінням захворювання. Встановлено, що загальний показник охоплення диспансерним спостереженням дітей з ожирінням становить лише $(29,64 \pm 2,70) \%$. Отже, динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів у більшій кількості дітей та

підлітків з ожирінням (70,36 %) згідно із чинним протоколом надання медичної допомоги дітям, хворим на ожиріння, затвердженим підпунктом 1.18 пункту 1 наказу МОЗ України від 27 квітня 2006 р. № 254 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю „Дитяча ендокринологія», було відсутнє. При цьому відмічено, що найрідше під диспансерним наглядом перебували діти молодшого віку та діти з ускладненими формами ожиріння, які потребують ретельніше спланованих методів корекції надлишкової маси тіла. Такий стан диспансерного спостереження неприпустимий і потребує негайної корекції.

Під час надання медичної допомоги дітям з ожирінням обов'язково потрібно враховувати психологічні аспекти цього захворювання, які також були виявлені в ході дослідження якості життя хворих. Психоемоційне страждання може стати однією з надважливих складових ожиріння. Виявами психосоціальної дисфункції при ожирінні в юнацькому віці можуть бути: психологічний стрес, соціальна ізоляція, низька самооцінка, невдоволення своїм тілом (дисморфофобія), хронічна тривога й депресія, поява суїцидальних думок, що може призвести до втрати контролю над харчуванням і подальшого збільшення маси тіла або нездорової та екстремальної поведінки [5].

Наявність психологічних порушень значно погіршує ефективність лікування надлишкової маси тіла та ожиріння. Такі хворі більше схильні переривати або завчасно виходити з програми лікування, що призводить до збільшення маси тіла. Своєчасне виявлення психоемоційних порушень і відповідна психологічна підтримка допоможуть пацієнтові впоратися з його внутрішніми проблемами, сприятимуть посиленню мотивації на дотримання здорового способу життя і вплинуть на перебіг захворювання. Тому сучасні програми лікування ожиріння в дітей базуються на мультидисциплінарних підходах і передбачають залучення психіатрів та психологів [18, 21].

Під час психотерапевтичної корекції можуть бути застосовані психотерапія та поведінкові інтервенції. Останніми роками використовують також мотиваційне інтерв'ю. Терміном «мотиваційне інтерв'ю» позначають співбесіду, що мотивує людину до необхідних змін. Інтервенції мотиваційного інтерв'ю допомагають сконцентрувати зусилля на подібних мотиваційних та поведінкових проблемах і сприяють покращенню результатів лікування дітей і підлітків з ожирінням. Мотиваційне інтерв'ю допомагає змінити раціон, фізичну активність та інші види дитячої поведінки [2]. Ураховуючи те, що саме батьки створюють оточення дитини, їхня поведінка, ставлення до фізичної активності, стиль харчування — вирі-

шальні чинники формування здорового способу життя та правильного усвідомлення відчуття голоду та ситості. Тому поряд із реабілітаційними програмами, сфокусованими власне на дітях, розробляють заходи, що активно залучають сімейні форми роботи. Альтернативним заходом може бути проведення консультативних втручань, до яких долучаються лише батьки як ексклюзивні посередники в межах програм поведінкової терапії, орієнтованої на дітей [13].

Отже, планування і проведення заходів з оптимізації якості життя дітей з ожирінням має бути комплексним та здійснюватися із залученням усіх зацікавлених сторін.

Ухвалення адміністративних рішень на основі цільових програм і стратегій держави в різних галузях є невід'ємною частиною реалізації заходів.

Місцеві органи самоврядування мають створювати середовище, яке сприятиме дотриманню здорового способу життя.

До обов'язкових заходів загальноосвітніх установ належить:

- 1) введення санітарної просвіти в навчальний план;
- 2) проведення шкільних інтервенцій, які мотивують дітей до певних змін стереотипів;
- 3) створення освітніх програм на індивідуальному та сімейному рівнях;
- 4) введення стандартів на продукти харчування в шкільному меню;
- 5) заборона продажу солодких напоїв і висококалорійних продуктів з низьким вмістом корисних речовин на території шкіл;
- 6) створення відповідних умов для занять фізичними вправами у вільний час для всіх дітей (зокрема з обмеженими можливостями) та з урахуванням гендерного аспекту.

Громадські організації можуть створювати додаткові умови для реалізації подібних заходів:

- 1) активізація рухів і створення асоціацій із забезпечення державою здорового середовища проживання;
- 2) впровадження навичок здорового харчування серед населення;
- 3) розвиток стратегій і політики здорового способу життя.

Необхідні заходи для досягнення належного рівня якості медичної допомоги дітям з ожирінням:

- 1) реалізація програм зі збереження і зміцнення здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань і проведення санітарної освіти;
- 2) впровадження сучасних технологій і стандартів профілактики, діагностики та лікування цього захворювання;
- 3) обов'язковий моніторинг показників ІМТ під час профілактичних оглядів дітей та підлітків;
- 4) проведення лікувально-профілактичних заходів переважно на рівні первинної ланки медичної допомоги;

5) підвищення рівня відповідальності сімейного лікаря за надання медичної допомоги дітям з ожирінням та кваліфікації з питань нутриціології;

6) підвищення рівня диспансерного нагляду за дітьми з ожирінням і оцінка якості диспансеризації;

7) проведення психосоціальної корекції (психотерапії, мотиваційного інтерв'ю, використання сімейно-орієнтованого підходу);

8) вивчення задоволеності пацієнтів (батьків хворих дітей) якістю медичної допомоги.

Висновки

1. Планування заходів з оптимізації якості життя дітей та підлітків з ожирінням має бути

комплексним і спрямованим на зміну сформованих стереотипів, середовища проживання та на поліпшення якості медичної допомоги.

2. Під час реалізації зазначених заходів необхідна розробка та впровадження цільових програм і стратегій у різні галузі з боку держави та участь таких структур, як органи місцевого самоврядування, загальноосвітні установи, громадські організації та лікувально-профілактичні заклади всіх рівнів.

3. Поєднання зусиль різних сторін, які стосуються проблеми дитячого ожиріння, та реалізація комплексних заходів сприятимуть поліпшенню якості життя та адаптації дітей із цією патологією в суспільстві.

Конфлікту інтересів немає.

ЛІТЕРАТУРА

1. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. — Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Bean M.K., Mazzeo S.E., Stern M. et al. A values-based Motivational Interviewing (MI) inter-vention for pediatric obesity: study design and methods for MI Values // *Contemp. Clin. Trials.* — 2011.— Vol. 32 (5).— P. 667–674.
3. Dietz W.H., Baur L.A., Hall K. et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care // *Lancet.* — 2015. — 385. — P. 2521–2533.
4. Ebbeling C.B., Feldman H.A., Chomitz V.R. et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight // *N. Engl. J. Med.* — 2012. — 367. — P. 1407–1416.
5. Griffiths L.J., Parsons T.J., Hill A.J. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review // *Int. J. Pediatr. Obes.* — 2010. — Vol. 5 (4). — P. 282–304.
6. Hawkes C., Smith T.G., Jewell J. et al. Smart food policies for obesity prevention // *Lancet.* — 2015. — 385. — P. 2410–2421.
7. Huang T.T.K., Cawley J.H., Ashe M. et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity // *Lancet.* — 2015. — 385. — P. 2422–2423.
8. Lake A., Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments // *J. R. Soc. Promot. Health.* — 2006. — 126. — P. 262–267.
9. Litwin S.E. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2014. — 64. — P. 1588–1590.
10. Lobstein T., Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease // *International J. of Pediatric Obesity.* — 2006. — 1. — P. 33–41.
11. Lobstein T., Jackson-Leach R., Moodie M.L. et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture // *Lancet.* — 2015. — 385. — P. 2510–2520.
12. McPherson N.O., Fullston T., Aitken R.J., Lane M. Paternal obesity, interventions, and mechanistic pathways to impaired health in offspring // *Ann. Nutr. Metab.* — 2014. — 64. — P. 231–238.
13. Neumark-Sztainer D., Bauer K.W., Friend S. et al. Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? // *J. Adolesc. Health.* — 2010. — Vol. 47 (3). — P. 270–276.
14. Pediatr ResMiller A.L., Lee H.J., Lumeng J.C. Obesity-associated biomarkers and executive function in children // *Pediatr. Res.* — 2015. — 77. — P. 143–147.
15. Pizzi M.A., Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development // *Occup. Ther. Health Care.* — 2013. — 27. — P. 99–112.
16. Popkin B.M., Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses // *Lancet Diabetes Endocrinol.* — 2016, Feb; 4 (2). — P. 174–186.
17. Ruyter J.C., Olthof M.R., Seidell J.C., Katan M.B. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children // *N. Engl. J. Med.* — 2012. — 367. — P. 1397–406.
18. Taner Y., Törel-Ergür A., Bahçivan G., Gürdag M. Psychopathology and its effect on treatment compliance in pediatric obesity patients // *Turk. J. Pediatr.* — 2009.— Vol. 51 (5).— P. 466–471.
19. Tsiros M.D., Olds T., Buckley J.D. et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents // *Int. J. Obes. (Lond.)*.— 2009.— Vol. 33 (4).— P. 387–400.
20. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. — UNICEF, New York; WHO, Geneva; World Bank, Washington DC: 2015 (1).
21. Van Vlierberghe L., Braet C., Goossens L. et al. Psychological disorder, symptom severity and weight loss in inpatient adolescent obesity treatment // *International J. of Pediatric Obesity.* — 2009.— Vol. 4 (1).— P. 36–44.
22. Zeller M.H., Modi A.C. Predictors of health-related quality of life in obese youth // *Obesity (Silver Spring).* — 2006.— Vol. 14 (1).— P. 122–130.

Основные мероприятия по оптимизации качества жизни детей и подростков с ожирением

Е.Г. Помогайбо

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы — определить меры по оптимизации качества жизни детей и подростков с ожирением на основании анализа основных аспектов этой проблемы среди детского населения.

Материалы и методы. Оценивали качество жизни детей с ожирением в возрасте от 9 до 17 лет, изучали распространенность, факторы риска развития избыточной массы тела и ожирения, качество медицинского обслуживания больных детей в возрасте от 6 до 17 лет и анализировали общемировой опыт по проблеме детского ожирения.

Результаты и обсуждение. Основные направления оптимизации качества жизни детей и подростков с ожирением — это изменение стереотипов и среды, способствующих возникновению ожирения, и улучшение качества медицинского обслуживания детей с этим заболеванием. Для реализации мероприятий по устранению неблагоприятных факторов среды в практике необходимо, чтобы на основе законодательных актов и стратегий на уровне государства были согласованы действия и выработана общая тактика решения проблемы. На основании этого должны быть приняты соответствующие административные решения по контролю маркетинговой деятельности и разработаны рекомендации для всех структур и организаций, связанных со сферой питания, торговли, планированием и обустройством территорий, прилегающих к детским заведениям, для обеспечения среды, способствующей здоровому образу жизни. Необходимо участие таких структур, как органы местного самоуправления, общеобразовательные учреждения, общественные организации и лечебно-профилактические учреждения всех уровней. В статье приведены приоритетные меры по решению данной проблемы в рамках деятельности этих структур.

Выводы. Объединение усилий различных сторон, касающихся проблемы детского ожирения, и реализация комплексных мер будут способствовать улучшению качества жизни и адаптации детей с этой патологией в обществе.

Ключевые слова: качество жизни, дети, ожирение, мероприятия, среда, медицинское обслуживание.

Essential measures for optimization of quality of life of children and adolescents with obesity

K.G. Pomogaybo

Kharkiv National Medical University

Objective — to identify measures for optimization of quality of life of children and adolescents with obesity based on analysis of the essential aspects of this problem among child population.

Materials and methods. We were assessing quality of life of children with obesity aged 9 to 17 years, studying excess body weight and obesity development prevalence and risk factors, quality of medical service for afflicted children aged 6 to 17 years and analyzing worldwide experience concerning the issue of obesity in children.

Results and discussion. The main areas of optimization of quality of life of children and adolescents with obesity are changing the stereotypes and environment that enables development of obesity, as well as improving quality of medical service for children with this disease. For implementation of measures concerning elimination of adverse living environment factors in practice it is necessary, based on legal acts and strategies, for actions to be coordinated and a common tactic of solving the problem to be developed at state level. Based on this, appropriate administrative decisions should be made concerning control of marketing activity and recommendations should be developed for all structures and organizations related to the area of foodservice, commerce, planning and development of territories adjacent to children's institutions, in order to provide an environment that facilitates healthy lifestyle. Participation of structures such as local government bodies, general education institutions, public organizations and medical-preventive institutions at all levels is necessary. Presented in the article are priority measures for solving this problem within scope of these structures.

Conclusions. Combination of efforts by various parties concerning the problem of childhood obesity and implementation of complex measures will contribute to improvement of quality of life and adaptation of children with this pathology in society.

Key words: quality of life, children, obesity, measures, environment, medical service.