

чування, розробленої лікарем-гастроентерологом-дієтологом та модифікація фізичної активності (8000-10000 кроків щоденно) та призначення коригуючого лікування і безкоштовне надання лікарських препаратів європейської якості. Програма харчування включала коригуючу дієту та питний режим (добова норма 30-40 мл/кг). Останній прийом їжі за 1,5-2 години до сну. Рекомендовано повноцінний 7-8 годинний нічний сон, починаючи з 22-23.00 в темному, тихому, провітрюваному приміщенні. Під час проведення проекту у студентів були виявлені супутні захворювання травного тракту, які корегувалися препаратами синбіотик Ацидолак (Польфарма), Гастритол (Dr. Gustav Klein GmbH & Co. KG) та Мукофальк (Dr. Falk Pharma GmbH). Учасники отримали: повну лабораторну діагностику та консультативні огляди лікарів-спеціалістів (гастроентеролог-дієтолог, ендокринолог, сімейний лікар, психолог).

Результати. Основним коригуючим препаратом з метою оздоровлення мікробіому обрано синбіотик Ацидолак. Синбіотики представлені препаратами комбінованого складу, отримані шляхом раціонального комбінування пробіотиків і пребіотиків та мають властивості двох складових. Результатом їх взаємодії є покращення властивостей препарату щодо нормалізації складу мікрофлори, підвищення її захисних властивостей, у тому числі імунітету, знешкодження патогенних представників. Підсумовуючи отримані результати статистично значущі зміни були відмічені в обох досліджуваних групах студентів, а найбільш показовими зміни були у осіб із зайвою масою тіла (зменшення маси (в середньому на 9%, зниження маси на $5 \pm 0,65$ кг)) та індексу маси тіла, вісцерального жиру, підшкірної жирової тканини, зменшення, зменшення об'єму талії на $3 \pm 0, 5$ кг).

По закінченню проекту у студентів спостерігали також покращення психоемоційного стану: налагодження сну, харчової поведінки, настрою, зниження тривожності та агресивності. Такими чином, крім оновленого тіла учасники проекту отримали емоційну гармонізацію.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ЙОДОДЕФІЦИТНУ ПАТОЛОГІЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ПРИКЛАДІ ГЛУХІВСЬКОГО РАЙОНУ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Борщ М.В.¹, Шилова Н.В.², Сидоренко В.М.³

¹Київський НМУ імені О. Богомольця

²КЗ СОР Глухівський ліцей-інтернат з посиленою військово-фізичною підготовкою

³Кременчуцький національний університет імені Михайла Остроградського

У системі найдорожчих людських цінностей особливе місце посідає здоров'я, адже саме воно є одним з найголовніших чинників, що впливають на розвиток людства. Здоров'я – не лише наслідок, а й найважливіша передумова розвитку людського потенціалу. Одним з найголовніших показників, за допомогою якого можна оцінити здоров'я, є рівень захворюваності населення країни.

Патологія ендокринної системи посідає провідне місце в структурі загальної захворюваності населення. За останні роки рівень ендокринологічних захворювань має тенденцію до зростання як у всьому світі, так і в

нашій державі [1, 2]. Відзначається зростання числа хворих на різні ендокринопатії, найбільш поширені серед яких – захворювання щитоподібної залози [3].

Захворювання щитоподібної залози, пов'язані з дефіцитом йоду, є глобальною медико-соціальною проблемою. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), патологічні стани, пов'язані з дефіцитом йоду, посідають третє місце в списку 38 найбільш поширених неінфекційних захворювань людини [4].

Населення України в значній мірі піддається патологічному впливу йодного дефіциту. З картографічних даних ВООЗ бачимо, що дефіцит йоду – від легкого до помірного виявляється на всій території України.

Для об'єктивної оцінки захворюваності йододефіцитних патологій необхідний системний моніторинг як на рівні окремих міст і районів, так і на рівні всієї держави, що має ґрунтуватися на аналізі статистичних даних, а математичне моделювання дозволяє глибше зрозуміти динаміку захворюваності, що позитивно позначиться на розробці стратегічних заходів профілактики.

Метою дослідження було наукове обґрунтування наявності позитивної чи негативної динаміки захворюваності на йододефіцитну патологію щитоподібної залози шляхом аналізу статистичних даних за досліджувані період.

Аналіз показників захворюваності патології щитоподібної залози серед населення Глухівського району проводився за даними офіційної документальної звітності статистичного відділу Глухівської ЦРЛ Сумської області з 2010 по 2017 роки. Аналізувалися показники захворюваності на дифузний зоб I, II – III ступеня, вузловий зоб, гіпотиреоз та тиреоїдити. Проведено статистичну оцінку показників захворюваності йододефіцитної патології для дітей, підлітків та дорослого населення. Обробка й аналіз статистичних даних виконувалися засобами спеціалізованої мови програмування R у середовищі RStudio [5].

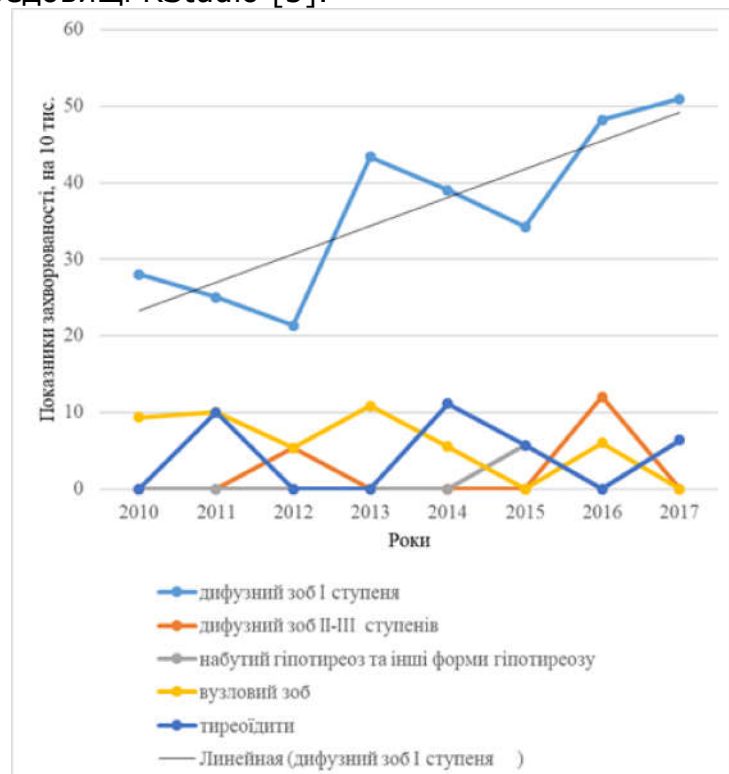


Рис.1. Динаміка захворюваності йододефіцитної патології щитоподібної залози серед підлітків Глухівського району Сумської області за період 2010 – 2017 рр.

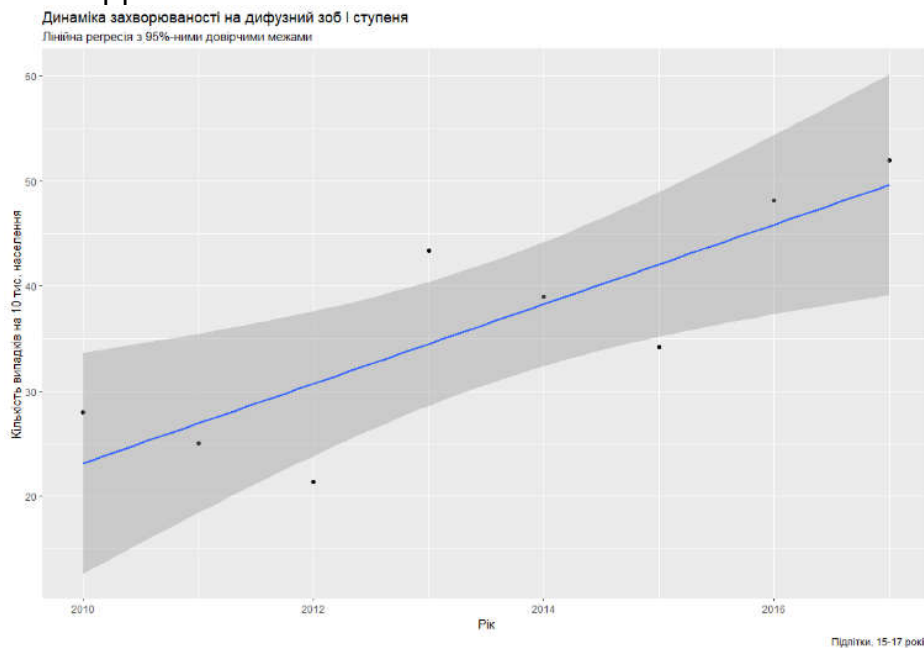


Рис. 2. Результати регресійного аналізу динаміки захворюваності на дифузний зоб I ст. серед підлітків Глухівського району Сумської області за період 2010 – 2017 рр.

На рис. 1 наведена захворюваність йододефіцитної патології щитоподібної залози серед підлітків. Як видно з рисунку, показник захворюваності на дифузний зоб I ст. за досліджуваний період, на відміну від інших показників, має тенденцію до зростання. Тому для нього було побудовано модель лінійної регресії.

На рис. 2 представлено результати регресійного аналізу динаміки захворюваності на дифузний зоб I ступеня серед підлітків. Результати показують, що за даний період має місце статистично значима тенденція до зростання захворюваності зі швидкістю 4 людини на 10 тис., що свідчить про наявність певного впливового фактору, або ряду факторів, що спричиняють дане явище. Коефіцієнти лінійної моделі є значимими й оцінка рівняння регресії може бути записана у вигляді $y = -7580,857 + 3,783x$. Оцінка коефіцієнта детермінації моделі є значимою ($R^2 = 0,693$). Дану модель можна інтерпретувати наступним чином: лінійна модель є адекватною приблизно на 70%, що є достатньо високим показником з точки зору прогностичної сили моделі за умови малої кількості спостережень.

Таким чином, дослідження показали, що протягом 2010–2017 рр. у Глухівському районі Сумської області показники захворюваності на досліджувану йододефіцитну патологію щитоподібної залози серед усіх категорій населення можна вважати в середньому стабільними, окрім показника захворюваності на дифузний зоб I ступеня серед підлітків. Підлітки виявилися найвразливішою категорією населення щодо захворювання на дифузний зоб I ступеня. Захворюваність на дифузний зоб I ступеня серед підлітків Глухівського району Сумської області має лінійну тенденцію до зростання.

Результати дослідження дають можливість робити короткострокові

прогнози щодо динаміки показників захворюваності патології щитоподібної залози й розробити ряд необхідних заходів для профілактики й зниження захворюваності.

Література

1. Кравченко В. І. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2011. № 3 (35). С. 10–14.
2. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism / P. N Taylor, D. Albrecht, A. Scholz [et al.]. Nat Rev. Endocrinol. 2018. No. 145. P. 301–316.
3. Скрипник Н. В., Марусин О. В. Динаміка захворюваності й поширеності вузлових утворень щитоподібної залози в Україні та на Прикарпатті. Практикуючий лікар. 2017. № 26. С. 26–29.
4. Де Бенуа Б. Устранение дефицита йода – одна из ключевых задач здравоохранения. Международный эндокринологический журнал. 2011. № 6. С. 38–39.

ХАРЧОВІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ

Якушевська І.В.

Полтавський науково-дослідний експертно-криміналістичний центр МВС України

Усі без винятку діти – справжні ласуни. Вони готові вдень і вночі поїдати всякі солодощі і часто заради однієї цукерки готові на різні подвиги. За даними державної статистики, в Україні за останні 10 років поширеність ожиріння серед підлітків (15–17 років) на 1000 дитячого населення зросла у 2,5 рази. Захворюваність на ожиріння серед дітей від 0 до 14 років зросла у 2,6 рази на 1000 відповідного населення [1]. Щорічно фіксують 18–20 тисяч нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків [2].

Їжа – це джерело життя і причина низки захворювань. Іноді вона замінює нам любов і турботу, допомагаючи заглушити тривогу та відчуття абсолютне щастя. Насправді ж споживання їжі – один з найскладніших фізіологічних процесів людини, при якому залучено всі системи організму: головний мозок і черепні нерви, серцево-судинну систему, органи дихання, ендокринні органи, систему обміну речовин, усі м'язи тіла й увесь травний канал. Саме лише ковтання вимагає скоординованої роботи двадцяти шести м'язів та шести черепних нервів. [3].

Харчова поведінка – це сукупність звичок і способів реагування, що стосуються харчування (смакові переваги, дієта, режим харчування) та формуються за впливу культурних, соціальних, сімейних, біологічних факторів. Стереотип харчування починає формуватися з перших років життя, тому важливо сприяти формуванню правильного харчування та запобігти появі звички переїдати, недоїдати, появі однобічного чи вибіркового харчування, харчовим страхам та іншим розладам у дітей.

Перегодовування дитини призводить до несприятливих наслідків: блювоти, здуття, кольок, анорексії, булімії, ожиріння, нервових розладів, шлунково-кишкових захворювань. Якщо дитина не з'їдає усієї запропонованої порції їжі, слід або зменшити порцію, або намагатися годувати дитину, коли в неї з'явиться відчуття голоду. Якщо треба досягнути зміни у харчовій поведінці дитини, слід демонструвати згоду та єдність усіх членів