

Н. І. КОРИЛЬЧУК

СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ОСНОВА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ: ПОГЛЯД НА НАШІ РЕАЛІЇ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: показати вагомість способу життя як основи розвитку метаболічного синдрому та його важливий вплив на рівень здоров'я загалом.

Матеріали і методи. Проведено огляд та аналіз даних науково-медичної літератури та здійснено опитування (з використанням опитувальників) і обстеження 424 пацієнтів з абдомінальним ожирінням та метаболічним синдромом у лікарнях № 2 і № 3 м. Тернополя.

Результати. У статті проаналізовано дані щодо поняття «способу життя», «здорового способу життя», структури «здорового способу життя». Показано пряму залежність від способу життя людини до виникнення і прогресування захворювання на метаболічний синдром. Показано, що особи молодого віку впевнені, що будь-які навантаження, грубі порушення харчування, режиму праці, відпочинку, стрес, гіподинамія, тютюнокуріння, вживання алкоголю спроможні самостійно компенсуватися молодим віком. Люди старшого віку асоціюють свій вік із фізичним спокоєм, низькою поведінкою харчування та як наслідок, проблемами зі здоров'ям. Показано вплив всіх цих чинників на виникнення захворювання, прогресування ускладнень, зниження якості життя.

Висновки. Проведений аналіз літератури та досліджень показав, що роль людей у підтримці та зміцненні власного здоров'я зведена до мінімуму. У більшості випадків сформована необґрунтована впевненість у тому, що здоров'я гарантоване – молодим віком, та зруйноване й потребує медикаментів – у старшому віці. Результати доводять актуальність вивчення способу життя пацієнта з ознаками метаболічного синдрому, в аспекті корекції поведінки харчування, зміни рухового режиму, боротьби зі шкідливими звичками та здорового психологічного стану пацієнта.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: спосіб життя; здоровий спосіб життя; фізична активність; харчова поведінка; метаболічний синдром.

Динаміка стану здоров'я населення у всьому світі викликає тривогу, адже погіршується «якість» людства за рахунок розповсюдження хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), пандемії ожиріння, діабету та гіпертензії, збільшення кількості захворювань і їх нашарувань та поєднань одне з одним [1, 37, 41]. У 2011 р. ООН оголосила про епідемію ХНІЗ у світі [9, 18, 29]. Адже тяжкість ХНІЗ є основною причиною смерті більше ніж 36 млн осіб щорічно та являє собою одну з невирішених проблем сучасного суспільства загалом і клінічної медицини зокрема [21]. У 2012 р. 65 ювілейна асамблея ВООЗ присвячена саме проблематиці ХНІЗ, де Генеральний секретар М. Чен зауважила, що якщо не буде змінена стратегія боротьби з цією групою захворювань, то світову систему охорони здоров'я в швидкому часі очікує криза [1]. ХНІЗ виступають як причина смерті європейців у 87 % випадків [1, 3, 21] та спричиняють глобальні соціально-економічні втрати населення багатьох країн світу, включаючи й Україну [9, 38].

Чинники ризику ХНІЗ прямо пов'язані із соціальними, економічними та екологічними детер-

мінантами здоров'я. Епідемія ХНІЗ значною мірою пов'язана зі способом життя (СЖ) і виникненням внаслідок цього фізіологічних чинників ризику [3, 17, 21]. Експерти ВООЗ до ХНІЗ відносять метаболічний синдром, який заповнив увагу науковців всього світу [1, 14, 37].

Метаболічний синдром (МС) – сукупність генетичних, фізіологічних, біохімічних чинників, проявом яких є розвиток інсулінорезистентності, дисліпідемії, вісцерального ожиріння, артеріальної гіпертензії, гіперкоагуляційного стану, ендотеліальної дисфункції, гіперурикемії [14]. Його поширеність у світі досягла розмірів епідемії і становить 25–35 % серед дорослого населення. Проблема вивчення МС актуальна в зв'язку з ранньою інвалідизацією, підвищеним ризиком серцево-судинних ускладнень і передчасною старістю і смертністю [18]. Ідея створення концепції МС полягає у виділенні популяції пацієнтів із високим кардіоваскулярним ризиком, у яких проведення профілактичних заходів, що включають модифікацію СЖ і застосування лікарських заходів можуть значно вплинути на основні показники здоров'я [15]. Вплив на захворювання, зокрема зниження маси тіла, паралельно збільшення

фізичної активності (ФА) та відмова від пагубних звичок є основними кроками в боротьбі з МС та іншими ХНІЗ [3, 9, 21].

Боротьба з цією недугою є завданням не лише медиків – це комплексна загальнодержавна проблема. А очікування будь-яких позитивних змін можливе лише за умов формування у суспільстві «моди» на здоровий стиль поведінки у всьому (в харчуванні, руховій активності, відсутності шкідливих звичок, особистої гігієни тощо).

Мета дослідження: показати вагомість способу життя як основи розвитку метаболічного синдрому та його важливий вплив на рівень здоров'я загалом.

Матеріали і методи. Проведено огляд та аналіз даних науково-медичної літератури та здійснено опитування (з використанням низки опитувальників) і обстеження 424 пацієнтів з абдомінальним ожирінням (АО) та МС на базі МКЛ № 2 і № 3 м. Тернополя. Наявність АО визначали відповідно до критеріїв Міжнародної федерації діабету (IDF, 2005) при обводі талії (ОТ) 94 см і більше в чоловіків і 80 см і більше в жінок. Діагноз МС відповідно до IDF (2005) встановлювали при наявності АО як основного критерію та двох будь-яких інших критеріїв [14, 18]. Критерії включення в дослідження: наявність АО та МС, вік 20–69 років, підписана добровільна інформативна згода. Критерії виключення: вік старше 70 років, ішемічна хвороба серця (ІХС), симптоматичні варіанти артеріальної гіпертензії, серцева недостатність, захворювання нирок та інші захворювання внутрішніх органів у стадії загострення, злоскісні новоутворення, використання фармакологічних засобів для зниження маси тіла на сьогодні, баріатричне операційне лікування до включення в дослідження, відмова.

Результати дослідження та їх обговорення. Цінність життя і здоров'я займали чи не останню позицію в ієрархії цінностей, яких дотримувалися люди у всі історичні часи. Хоча здорова людина завжди слугувала ідеалом [30]. На жаль, і на сьогодні, здоров'я в житті людини не завжди займає перше місце порівняно з матеріальними благами, що призводить до шкоди не лише власному здоров'ю, а й здоров'ю майбутніх поколінь. Окрім того, питання здоров'я в основному піднімає сама людина в більш похилому віці, а становлення його чи укріплення в юності та молодості розцінюють як само собою прийдешне. У середовищі цивілізованих народів світу активно піднімають питання та з'являється можливість утвердити здоров'я як дійсну цінність [20, 26, 30]. У науковій літературі пропонують понад 200 дефініцій поняття «здоров'я» і постійно тривають дискусії щодо його визначення серед медиків, соціологів, філософів, педагогів, економістів [4]. Здоров'я згідно з визначенням ВООЗ – це стан фізичного,

духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів [20, 26, 32].

Серед пацієнтів, яких ми обстежували, здоров'я ставлять «на перший план» лише 14,6 %, «не завжди піклуються про здоров'я» – 67,9 %, «практично ніколи» – 10,7 % і «не задумуються взагалі» – 6,8 %. Відповіді «практично ніколи» та «не задумуються взагалі» – властиві були пацієнтам молодого віку.

Науковці стверджують, що стан здоров'я населення України вважають одним із найгірших у Європі [25]. Проте ВООЗ наголошує, що рівень здоров'я людини на 10 % залежить від рівня охорони здоров'я, на 20 % – від біологічних чинників (вік, стать, спадковість, конституція), на 20 % – від стану довкілля, в якому живе людина (стан повітря, води, продуктів харчування, рівня радіації тощо) і на 50 % – від СЖ [20]. Аналіз відповідей наших пацієнтів вказував на те, що більшість (54,7 %) вважає, що рівень їхнього здоров'я залежить від рівня охорони здоров'я країни, 21,7 % – від біологічних чинників (зокрема: від віку – 18,9 %, спадковості – 1,6 %, конституції – 1,2 %), 15,6 % – від стану довкілля та всього 8 % – від СЖ.

Спосіб життя (від лат. *modus* – спосіб і *vivendi* – жити) – це система взаємин людини із самим собою і чинниками зовнішнього середовища [26]. Поняття «спосіб життя» варто визначити як спосіб життєдіяльності людини, якого вона дотримується у повсякденному житті в силу соціальних, культурних, матеріальних і професійних обставин [19]. СЖ, що сприяє збереженню та зміцненню здоров'я називають здоровим способом життя (ЗСЖ). ЗСЖ – це раціонально організований, активний, трудовий, гартувальний та одночасно такий, що захищає від негативного впливу навколишнього середовища, СЖ який дозволяє до старості зберегти моральне, психічне й фізичне здоров'я [32]. Важливість ЗСЖ набуває першорядного значення, оскільки, як показав досвід багатьох країн, його дотримання забезпечує людині не тільки тривале життя без хвороб, але і високу працездатність, що гарантує достатнє матеріальне благополуччя як завдяки високим доходам, так і завдяки мінімізації витрат на лікарів і медикаменти [19]. 58 % опитаних пацієнтів, стверджують, що знають що таке ЗСЖ та дотримуються його, 26 % – знають та не дотримуються та 16 % не задумуються над ЗСЖ взагалі.

З чого ж складається ЗСЖ? Складові ЗСЖ включають елементи, які й визначають аспекти здоров'я: усвідомлення цінності здоров'я; відсутність шкідливих звичок; доступ до раціонального, збалансованого харчування; умови побуту; умови праці; рухова активність [4, 19, 26, 30, 34]. Вчені стверджують, що зміна СЖ і правильне харчування дають істотний лікувально-профілактичний

ефект, який на рівні організму проявляється через 1–2 роки, а на рівні популяції (збільшення середньої тривалості життя, зниження смертності) – через 10 років [10, 33, 34].

Кожна країна по-різному пропагує ЗСЖ, боротьбу за здорове харчування та фізичну активність. Так, до прикладу в Бразилії, ще з 1999 р. існує Національна політика в галузі харчування і ФА. В 2002–2003 рр. у країні проводили масштабні збори інформації з харчування населення, ФА та антропометричних даних, а в 2006 р., враховуючи обстеження, опублікована Національна політика щодо укріплення здоров'я населення. У країні Фіджі, в 2004 р. Міністерство здоров'я розробило Національний стратегічний план щодо ЗСЖ, існує велика кількість пропагандистських мотивацій про здорове харчування і активну ФА. У Філіпінах існує Національний комплексний план боротьби з ХНІЗ та план у галузі харчування. Окрім того, кожних 3–5 років проводять антропометричне обстеження населення. У Швеції в 2006 р. був утверджений план дій в галузі укріплення здоров'я і підвищення якості життя за рахунок харчування і ФА. У Таїланді існує програма «Великий живіт – не для тайців» – Національна програма контролю обводу талії та індексу маси тіла (ІМТ) у віці старших 15 років [8].

Що ж робиться в Україні? Нормативне підґрунтя забезпечення ЗСЖ населення формувалося в Україні з процесом розвитку нормативно-правової бази. Ще у 1992 р. Верховною Радою України було прийнято Закон «Про основи законодавства України, про охорону здоров'я», яким було закладено основу розвитку системи охорони здоров'я країни. Відповідно до прийнятого закону, метою охорони здоров'я в Україні проголошували збереження та відновлення фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини. До стандартів у медицині залучали офіційні положення ВООЗ в сфері охорони здоров'я [31]. Стаття 32 вказаного Закону мала назву «Сприяння здоровому способу життя населення», що передбачало діяльність держави в напрямі утвердження ЗСЖ засобами поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, орієнтованих на підвищення гігієнічної культури населення тощо. Отже, формування ЗСЖ населення виокремлено як один із напрямів роботи держави в системі охорони здоров'я. В цих питаннях Україна долучалася до європейського досвіду, заохочуючи співпрацю в медичній сфері із міжнародними організаціями. Існували різні проекти (до прикладу: українсько-канадські проекти «Молодь за здоров'я – 1» (1998–2002 рр.) та «Молодь за здоров'я – 2» (2003–2005 рр.), які пропагували ЗСЖ серед молоді. У подальшому

створено концепцію загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р). У 2016 р. в Україні схвалено Національну стратегію з оздоровчої рухової активності на період до 2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». Створюють різні інформаційно-профілактичні акції (до прикладу: «Відповідальність починається з мене» (2017 р.)), які передбачають проведення заходів, спрямованих на популяризацію та утвердження ЗСЖ та культури здоров'я, протидії поширенню алкоголізму, наркоманії, тютюнокуріння тощо [31]. А в 2017 р. утверджено норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії (наказ МОЗ № 1073) і відмінено наказ за 1999 р. № 272 [22] (майже 20 років наказ не переглядали). В грудні 2017 р. впроваджено рекомендації щодо здорового харчування дорослих [23].

Вивчення пропаганди ЗСЖ в інших країнах – викликає захоплення! Та водночас, перегляд нормативно-правової бази, наказів, рекомендацій щодо ЗСЖ у нашій країні наводить на думку, що все також ніби є, проте, чомусь не працює. Науковці стверджують, що ніякі побажання, накази, покарання не можуть змусити людину вести ЗСЖ, охороняти і зміцнювати власне здоров'я, якщо людина сама не буде свідомо формувати власний стиль здорової поведінки [26].

Система стратегічних цілей і принципів щодо ХНІЗ серед чинників, пов'язаних зі СЖ, виділяє куріння, нездорове харчування, недостатню ФА і зловживання алкоголем [17]. Усі ці чинники й сприяють розвитку МС [13, 29, 36, 37, 41]. Проведене опитування наших пацієнтів вказувало, що 52 % обстежених як причину МС розглядають «неправильне харчування», 65 % – «шкідливі звички», 58 % – «малорухомий СЖ», 25 % – «спадковий чинник». Все це вказує на те, що наші респонденти усвідомлюють «шкідливість поведінки», проте, практично нічого не роблять, сподіваючись, що виправлять все самостійно, але пізніше, або разом із лікарем за допомогою медикаментів, і теж пізніше.

Дані про вплив харчування на ХНІЗ витікають з результатів чисельних епідеміологічних і спеціальних клінічних досліджень [14, 24, 28, 35, 38]. У сучасному світі проблема харчування і харчової поведінки набуває щоразу більшого значення, а порушення ХП стало серйозною проблемою в розвинених країнах [33, 38, 39]. Науковці зауважують, що 80 % випадків захворювань серцево-судинної системи й цукрового діабету 2 типу можна запобігти насамперед за рахунок саме якісного та повноцінного харчування [10, 33, 40]. Харчування – один із найвагоміших чинників збереження здоров'я, працездатності та тривалості

життя людини [2, 13, 35, 39]. На сьогодні, на жаль, доступність продуктів харчування обмежується платоспроможністю населення. Так, у країнах Європи питома частка витрат на харчування в межах 20–25 %, а в Україні станом на 2010 р. – 51,6 % (продукти харчування та безалкогольні напої), на 2014 р. – 51,9 % [16]. Однак і при такому спрямуванні сімейного бюджету населення України споживає значно менше основних харчів (м'ясопродуктів, молокопродуктів, риби, фруктів), ніж у країнах ЄС [11].

Джерела літератури показують, що у населення України зменшилася кількість споживання вуглеводів у добовому раціоні. Так, у 2015 р. споживання продуктів із зерна зменшилося на 25 %, цукрового піску – на 35 %, а кількість овочів у раціоні зросла майже на 60 % [6]. Наводять дані, що з 2000 до 2009 р. в Україні споживання на душу населення овочів зросло на 34 %, а фруктів – на 57 %, проте, воно як і раніше суттєво нижче рівня Італії та Франції, які, згідно з даними ВООЗ, мають низькі показники смертності від хвороб системи кровообігу [11]. В Україні існує й суттєва різниця у споживанні овочів і фруктів по областях, хоча існує тенденція до збільшення їх споживання населенням України. До прикладу, в 2000 р. Тернопільська область споживала овочів і баштанних продовольчих культур (на одну особу на рік) 87,6 кг, Кіровоградська область – 160,9 кг, а в 2014 р. – Тернопільська область 168,3 кг, Кіровоградська – 175,4 кг [27]. Проте споживання картоплі вважають понаднормовим у всій Україні, що свідчить про незбалансованість харчування населення, яке змушене забезпечувати власні енергетичні потреби, вживаючи більш економічно доступні продукти [27].

Аналіз щоденників харчування пацієнтів показав, що в їх харчуванні домінує споживання висококалорійних продуктів та низьке споживання овочів та фруктів. Так, лише у 24,5 % пацієнтів щоденно було в раціоні більше 200 г на добу овочів, у решти їх кількість була значно меншою (51,4 % – 150–200 г, а у 24,1 % – менше 150 г) (картоплю не враховували). З фруктами спостерігали майже аналогічну ситуацію. Так, більше 200 г на добу в щоденному раціоні фруктів було у 28,3 %, 150–200 г – 48,6 %, менше 150 г – 23,1 %. Більше фруктів споживала молодь, ніж старше покоління.

Статисти зауважують, що протягом майже трьох десятиліть знизилася споживання цукру зі 140 г до 91 г, проте, за даними FAO, споживання цукру в Україні значно вище, ніж у розвинених країнах світу: на 70 % вище, ніж у Японії, на 25 % – ніж у Італії та Норвегії, на 13 % – ніж у Франції та Німеччині [6]. У наших дослідженнях виявлено високе споживання цукру. Незважаючи на надмірну масу тіла, 91,7 % пацієнтів на тлі ожиріння

споживали на добу 90–150 г, 62,3 % обстежених випивали на день більше 250 мл різноманітних солодких напоїв, 64,8 % – споживали різноманітні кондитерські вироби. Причому, надмірне споживання цукру домінувало у віковій категорії старших 50–69 років, ухилиння від солодких напоїв мала молодь 20–29 років, а домінували у споживанні кондитерські вироби у 30–49 років. Гендерної відмінності ми не спостерігали.

Науковцями проведено детальний аналіз протягом 10 років, який показав, що українці зазнавали дефіциту тваринних білків – джерел незамінних амінокислот та легкозасвоюваного заліза. Станом на 2016 р. споживання м'яса зменшилося на 25 % [6]. Аналогічну проблему показано в споживанні поліненасичених жирів, які не синтезуються в організмі й тому повинні надходити з їжею. Окрім того, співвідношення «Омега-6» та «Омега-3» має бути 1:1–1:5. В українців 1990–2015 рр. ці цифри становлять 77:1 до 91:1 (в 2000 р.) та 84:1 (в 2015 р.). Таке співвідношення – це патогенез багатьох хронічних захворювань, у тому числі серцево-судинних, онкологічних, ожиріння, МС тощо [6, 13, 24, 29, 38]. Аналіз споживання пацієнтами продуктів, багатих на повноцінний білок, показав, що обстежені хворі недостатньо споживають рибу, телятину. Так, раз на тиждень у раціоні харчування наших пацієнтів риба є лише у 20,0 %, телятина – у 29,5 %. У решти домінує споживання свинини, курятини та ковбасних виробів, які, як відомо, містять велику кількість жиру, солі, різних наповнювачів.

Не викликає сумнівів, що провідним за ступенем негативного впливу на здоров'я населення є дефіцит мікронутрієнтів – вітамінів, мікроелементів, окремих поліненасичених жирних кислот, що й призводить до різкого зниження резистентності організму до несприятливих чинників навколишнього середовища, оскільки порушено функціонування систем антиоксидантного захисту [36, 40]. Цей дефіцит призводить до серйозних наслідків, які найчастіше переходять в аліментарно-залежні захворювання: серцево-судинні, ендокринні, шлунково-кишкові, онкологічні, залізодефіцитну анемію, патологію щитоподібної залози, а також загальне зниження імунного статусу організму [2, 11, 14, 31]. На жаль, аналіз анкет наших пацієнтів показав, що має місце низьке споживання продуктів із високим вмістом мікронутрієнтів. Причому, всі 100 % обстежених не надають значення мікро- та макронутрієнним складовим при купівлі продуктів харчування та складанні щоденного раціону харчування.

Причини виявлених порушень мають економічний початок і зумовлені зниженням купівельної спроможності населення. Проте залишаються беззаперечні чинники – це недостатня культура харчування, низький рівень знань населення про

здорове харчування, а також звички й традиції, які помітно впливають на формування «харчової поведінки» людини [13, 14].

Незаперечним вважають факт, що здоров'я населення значною мірою визначають рівнем ФА [5]. У свідомості більшості людей ФА не є тим чинником ЗСЖ, що інтегрує інші чинники – харчування, раціональний графік праці та відпочинку, гігієну тощо. Так, за результатами окремих досліджень, встановлено, що серед населення України більше ніж третина дорослих чоловіків (39,1 %) і майже половина жінок (48,3 %) дотримуються малорухомого способу життя [10]. В останні десятиріччя в різних країнах світу спеціально організовану ФА розглядають як потужний засіб зміцнення здоров'я населення, забезпечення високої працездатності, якості життя [5]. Станом на 2008 р. близько 31 % людей (28 % чоловіків і 34 % жінок) були недостатньо ФА у світі, а приблизно 3,2 млн щорічних випадків смерті пов'язані з недостатньою ФА [2].

Велика кількість наукових доробків вказує на малорухомий спосіб життя, низька ФА – основний аргумент розвитку великої кількості недуг, зокрема МС. Науковці наголошують, що зниження ФА – другий за значенням після переїдання чинник, що спричиняє розвиток ожиріння та інсулінорезистентності (ІР) [7, 29] та четвертий за значимістю чинник ризику глобальної смертності в світі [2]. При гіподинамії відбувається уповільнення ліполізу та утилізації тригліцеридів у м'язовій і жировій тканині, зниження транслокації транспортерів глюкози в м'язах, що і призводить до розвитку ІР [7, 29, 34]. Проводять постійні соціологічні дослідження відносно ФА (в основному серед молоді), проте вони показують невтішні результати. Так, у 2015 р. частка молоді, яка повідомила про заняття спортом хоча б 60 хв упродовж останніх семи днів, становила 28 %. Приблизно від 2 до 3 год займалися спортом упродовж останніх семи днів 31 %, орієнтовно від 4 до 6 год – 17 %, 7 год і більше – 11 %, а 11 % опитаних упродовж останніх семи днів взагалі не займалися спортом. За даними соціологічного дослідження «Молодь України-2015», проведеного компанією GFK на замовлення ПРООН та Міністерства молоді та спорту України, не займалися спортом впродовж зазначеного терміну 26 % молоді віком 14–34 роки [20]. Наше ж дослідження показало, що 70,5 % ведуть малорухомий спосіб життя (44,1 % – жінок, 26,4 % – чоловіків). Вражало й те, що домінували пацієнти молодого та середнього віку.

Андрюїдний тип ожиріння загальновідомо, проявляється гіпертрофією жирових клітин, а вживання алкоголю та тютюнокуріння спричиняють прогресування цього типу ожиріння [12]. Для України традиційно є характерною висока поширеність тютюнокуріння. Серед європейських країн

вона посідає одне з провідних місць за рівнем поширеності серед чоловіків, поступаючись лише Росії. У Другому національному звіті «Контроль над тютюном в Україні» (2014 р.) зазначається, що у динаміці тютюнової епідемії останніх років спостерігаються нові позитивні тенденції, що доводять дієвість заходів антитютюнової політики, що реалізується в Україні. Проте, незважаючи на позитивну динаміку, рівень куріння залишається достатньо високим серед молоді та підлітків. Причому, якщо серед хлопців поширеність активного куріння є значно нижчою, ніж серед дорослих, то серед дівчат, навпаки, вона перевищує відповідний показник серед дорослих жінок [31]. Наші дослідження показали, що для 25,5 % пацієнтів є характерним тютюнокуріння (5,7 % жінок та 19,8 % чоловіків). Причому більше пачки в день викурює 18,4 %.

Стосовно вживання алкогольних напоїв, то ситуація залишається однією з найгостріших проблем українського суспільства. Як не прикро, проте на сигарети та спиртне населення витрачає більше, ніж на хліб і молоко. Якщо середній світовий показник вживання алкогольних напоїв становить 6,1 л на одну особу на рік, то в Україні – це 15,6 л. Україна перебуває на 5 місці серед 189 країн світу, для яких ВООЗ обрахувала цей показник, поступаючись Молдові, Чехії, Угорщині та Росії. У Молдові і Угорщині високий рівень вживання алкоголю переважає за рахунок сухого вина, в Чехії – пива, а в Україні та Росії – міцних алкогольних напоїв [17]. Пацієнти вказували, що алкогольні напої вживають більше одного разу на тиждень 68,2 %. У вживанні домінують міцні алкогольні напої.

Висновки

Проведений аналіз наукової літератури та власних досліджень показав, що особистісна роль людей у підтримці та зміцненні власного здоров'я практично зведена до мінімуму. У більшості випадків сформована необґрунтована впевненість у тому, що здоров'я гарантоване – молодим віком, та зруйноване й потребує медикаментів – у старшому віці. Особи молодого віку впевнені, що будь-які навантаження, грубі порушення харчування, режиму праці, відпочинку, стрес, гіподинамія, тютюнокуріння, вживання алкоголю тощо спрможні самостійно подолати за рахунок молодого організму. Люди старшого віку асоціюють свій вік із спокоєм фізичним (мало рухаються), низькою поведінкою харчування (через низку причин) та, як наслідок, проблемами зі здоров'ям. Адже, будь-які прояви порушення з боку здоров'я розцінюють як вікові зміни, які потребують лише медикаментозного лікування. Для розвитку політики формування ЗСЖ необхідно, незважаючи на вікову категорію пацієнтів, постійно пропагувати здорове харчування та правильну поведінку

харчування, постійну та достатню ФА, відмову від пагубних звичок тощо.

Результати доводять актуальність вивчення способу життя пацієнта з ознаками метаболічного синдрому в аспекті корекції поведінки харчування, зміни рухового режиму, боротьби зі

шкідливими звичками та здорового психологічного стану пацієнта.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та аналізі мотиваційності пацієнтів із МС та людей загалом, розробленні та впровадженні немедикаментозної та медикаментозної підтримки пацієнтів з ознаками МС.

Список літератури

1. Апанасенко Г. Л. Как остановить эпидемию хронических неинфекционных заболеваний / Г. Л. Апанасенко // Валеология. – 2016. – № 1. – С. 16–22.
2. Аравіцька М. Особливості стилю життя хворих на ожиріння I–III ступеня / М. Аравіцька // Молода спортивна наука України. – 2015. – № 3. – С. 6–10.
3. Бідучак А. С. Оцінка поінформованості населення з питань профілактики хронічних неінфекційних захворювань та здорового способу життя / А. С. Бідучак // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 4. – С. 206–209.
4. Бойко Ю. Науковий аналіз категорій «здоров'я» та «здоровий спосіб життя» з позиції педагогічної аксіології / Ю. Бойко // Психолого-педагогічні проблеми сільської школи. – 2014. – Вип. 50. – С. 63–71.
5. Ващук Л. Рівень фізичної активності дівчат старшого шкільного віку / Л. Ващук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць. – 2015. – № 3 (31). – С. 120–126.
6. Галушко Н. А. Еволюція системи харчування населення незалежної України / Н. А. Галушко // Сучасні проблеми токсикології, харчової та хімічної безпеки. – 2018. – № 2–3. – С. 107–117.
7. Генделека Г. Ф. Увеличение двигательной активности как неотъемлемый компонент профилактики и лечения ожирения / Г. Ф. Генделека, А. Н. Генделека // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2012. – № 1. – С. 62–66.
8. Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью : руководство для стран по мониторингу и оценке осуществления [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-Russian-2009.pdf?ua>.
9. Голод Н. Р. Хронічні неінфекційні захворювання як визначний фактор зниження рівня здоров'я української нації / Н. Р. Голод // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2016. – Вип. 139 (2). – С. 35–39.
10. Дуб М. Сучасні підходи до фізичної реабілітації осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням в умовах навчання у ВУЗі // М. Дуб, К. Мелєга // Молода спортивна наука України. – 2012. – Т. 3. – С. 87–94.
11. Єгоров Б. Формування харчових раціонів населення / Б. Єгоров, М. Мардар // Товари і ринки. – 2011. – № 1. – С. 140–147.
12. Єльнікова М. Фізична реабілітація при метаболічному синдромі: від теорії до практичної реалізації / М. Єльнікова // Молода спортивна наука України. – 2014. – Т. 3. – С. 76–80.
13. Карпенко П. О. Аліментарний чинник у комплексному лікуванні хворих при метаболічному синдромі / П. О. Карпенко, Д. В. Федорова, Т. Л. Бикова // Проблемы старения и долголетия. – 2016. – № 1. – С. 105–113.
14. Корильчук Н. І. Клініко-патогенетичні особливості метаболічного синдрому в загальній лікарській практиці / Н. І. Корильчук, Б. Т. Корильчук // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2018. – № 2 (34). – С. 8–15.
15. Корчинський В. С. Ефективність фізичної реабілітації при метаболічному синдромі / В. С. Корчинський // Biomedical and biosocial anthropology. – 2014. – № 23. – С. 200–203.
16. Кучеренко Є. В. Споживання та доходи домогосподарств України: структура, динаміка та вплив на соціально-економічний розвиток / Є. В. Кучеренко // Економічний простір. – 2015. – № 104. – С. 102–109.
17. Линник С. О. Напрями реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я в контексті реалізації завдань стратегії ВООЗ «Здоров'я – 2020» / С. О. Линник // Вісник Чернігівського державного технічного університету. – 2013. – № 1. – С. 342–348.
18. Метаболический синдром в общеврачебной практике / Е. Б. Кравец, Ю. Г. Самойлова, Н. Б. Матюшева и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – № 1. – С. 80–86.
19. Нестерова С. Ю. Валеология і основи медичних знань: тексти лекцій (Частина I) : посібник для студентів інституту фізичного виховання та спорту / С. Ю. Нестерова. – Вінниця : ВДПУ, 2014. – 126 с.
20. Основи медичної та соціальної реабілітації в медсестринстві : навч. посіб. / [Л. О. Вакуленко, І. Р. Мисула, Л. В. Левицька та ін.] ; за заг. ред. Л. О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 444 с.
21. Оцінка якості життя у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / О. М. Барна, О. О. Аліфер, А. М. Новицька, Я. В. Корост // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 9–12.
22. Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії : наказ МОЗ України від 03.09.2017 р. № 1073 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1206-17/page>.
23. Рекомендації щодо здорового харчування дорослих : затверджено в. о. міністра У. Супрун [Електронний ресурс]. – 2017. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/документи/01122017_Basic_Recommendations-1.pdf.
24. Сімахіна Г. О. Харчування як основний чинник збереження стану здоров'я населення / Г. О. Сімахіна, Н. В. Науменко // Проблемы старения и долголетия. – 2016. – № 2. – С. 204–214.
25. Смоляр В. І. Стан фактичного харчування населення незалежної України / В. І. Смоляр // Проблеми харчування. – 2012. – № 1–2. – С. 5–9.

26. Соковня-Семенова И. И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь : учебное пособие / И. И. Соковня-Семенова. – М. : Академия, 2000. – 208 с.
27. Тихонова Н. О. Баланс виробництва та споживання овочевої продукції України / Н. О. Тихонова // Економічна теорія та історія економічної думки. – 2016. – Вип. 11. – С. 28–31.
28. Трайковская А. Здоровое питание как первый шаг в профилактике метаболического синдрома / А. Трайковская, Т. Дмитров, Е. Иванов // Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты : VII Международная научно-практическая конференция. – Чита, 2016. – С. 188–196.
29. Трибрат Т. А. Метаболічний синдром і здоровий образ життя / Т. А. Трибрат, С. В. Шуть, В. Д. Сакевич // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 2 (136). – С. 30–33.
30. Федько О. Здоровий спосіб життя як цінність: проблеми формування / Олександр Федько // Наукові записки ІПІЕНД ім. І. Ф. Кураса НАН України. – 2009. – Вип. 43. – С. 369–379.
31. Формування здорового способу життя : навчально-методичні рекомендації / Авторський колектив Т. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков та ін. (керівник авторського колективу О. Вакуленко). – К. : ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики», 2018. – 100 с.
32. Шеремет І. В. Формування здорового способу життя як складова фізичної культури і спорту / І. В. Шеремет // Наукові записки: серія педагогіка. – 2014. – № 2. – С. 146–151.
33. Biro F. M. Childhood obesity and adult morbidities / F. M. Biro, M. Wien // American Journal of Clinical Nutrition. – 2010. – Vol. 91 (5). – P. 1499–1505.
34. Developing health messages: qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity / S.T. Borra, L. Kelly, M. B. Shirreff [et al.] // Journal of the American Dietetic Association. – 2003. – Vol.103 (6). – P. 721–728.
35. Ello-Martin J.A. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. / J. A. Ello-Martin, J. H. Ledikwe, B. J. Rolls // The American Journal of Clinical Nutrition. – 2005. – Vol. 82 (1).
36. Espinola-Klein C. Inflammatory markers and cardiovascular risk in the metabolic syndrome / C. Espinola-Klein, T. Gori, S. Blankenberg // Front. Biosci. – 2011. – Vol.16. – P. 1663–1674.
37. Impact of metabolic syndrome on the development of cardiovascular disease / M.M. Leon, E. Stefanachi, R. Cobzaru, F. Mitu // Rev. Med. Chi. Soc. Med. Nat. Iasi. – 2013. – Vol.117. (3). – P. 635–640.
38. Proietto J. Management of obesity / J. Proietto, L. Baur // Med. J. Aust. – 2004. – Vol. 180 (9). – P. 474–480.
39. Reinhardt W.C. Integrating the Food Guide Pyramid and Physical Activity Pyramid for positive dietary and physical activity behaviors in adolescents / W. C. Reinhardt, P. B. Brevard // Journal of the American Dietetic Association. – 2002. – Vol. 102 (3). – P. 96–99.
40. The metabolic syndrome: Validity and utility of clinical definitions for cardiovascular disease and diabetes risk prediction // Maturitas. – 2010. – Vol. 65. (2). –P. 117–121.
41. Wang Y. The obesity epidemic in the United States – gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis / Y. Wang, M. A. Beydoun // Epidemiologic Reviews. – 2007. – Vol. 29 (1). – P. 6–28.

References

1. Apanasenko, G.L. (2016). Ostanovit epidemiyu khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy [Stop the epidemic of chronic noncommunicable diseases]. *Valeologiya – Valeology*, 1, 16-22 [in Russian].
2. Aravitskaya, M. (2015). Osoblyvosti styliu zhyttia khvorykh na ozhyrinnia I-III stupenia [Features of life style of patients with obesity I-III degree]. *Moloda sportyvna nauka Ukrainy – Young Sports Science of Ukraine*, 3, 6-10 [in Ukrainian].
3. Biduchak, A.S. (2013). Otsinka poinformovanosti naseleennia z pytan profilaktyky khronichnykh neinfektsiynykh zakhvoriuvan ta zdorovoho sposobu zhyttia [Assessment of population awareness on prevention of chronic noncommunicable diseases and healthy lifestyle]. *Bukovynskyi medychnyi visnyk – Bukovyna Medical Bulletin*, 17 (4), 206-209 [in Ukrainian].
4. Boiko, Yu. (2014). Naukovyi analiz katehorii "zdorovia" ta "zdorovyi sposib zhyttia" z pozytsii pedahohichnoi aksiolohii [Scientific analysis of the categories of "health" and "healthy lifestyle" from the standpoint of pedagogical axiology]. *Psykhologo-pedahohichni problemy sil'skoi shkoly – Psychological and Pedagogical Problems of Rural Schools*, 50, 63-71 [in Ukrainian].
5. Vashchuk, L. (2015). Riven fizychnoi aktyvnosti divchat starshoho shkilnoho viku [Physical activity level of older school-age girls]. *Fizychnye vykhovannia, sport i kultura zdorovia u suchasnomu suspilstvi – Physical Education, Sports and Health Culture in Modern Society*, 3 (31), 120-126 [in Ukrainian].
6. Halushko, N.A. (2018). Evoliutsiia systemy kharchuvannia naseleennia nezaleznoi Ukrainy [Evolution of the nutrition system of the population of independent Ukraine]. *Suchasni problemy toksykolohii, kharchovoi ta khimichnoi bezpeky – Modern Problems of Toxicology, Food and Chemical Safety*, 2-3, 107-117 [in Ukrainian].
7. Gendeleka, G.F. & Gendeleka, A.N. (2012). Uvelicheniye dvigatelnoy aktivnosti kak neotyemlemyy komponent profilaktiki i lecheniya ozhyreniya [Increase in motor activity as an integral component of the prevention and treatment of obesity]. *Mizhnarodnyi endokrynolohichnyi zhurnal – International Endocrinology Journal*, 1, 62-66 [in Ukrainian].
8. (2009). *Globalnaya strategiya VOZ po pitaniyu, fizicheskoy aktivnosti i zdorov'yu: Rukovodstvo dlya stran po monitoringu i otsenke osushchestvleniya [WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation]*. Retrieved from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-Russian-2009.pdf?ua> [in Russian].
9. Holod, N.R. (2016). Khronichni neinfektsiyni zakhvoriuvannia yak vyznachnyi faktor znyzhennia rivnia zdorovia ukrainskoi natsii [Chronic noncommunicable diseases as a determinant of the declining health of the Ukrainian nation]. *Visnyk Chernihivskoho natsionalnoho pedahohichnoho universytetu. Seriya: Pedahohichni nauky. Fizychnye vykhovannia*

ta sport – *Bulletin of the Chernihiv National Pedagogical University. Series: Pedagogical Sciences. Physical Education and Sports*, 139 (2), 35-39 [in Ukrainian].

10. Dub, M. & Meleha, K. (2012). Suchasni pidkhody do fizychnoi reabilitatsii osib z nadlyshkovoio masoiu tila ta ozhyrinniam v umovakh navchannia u VUzi [Modern approaches to the physical rehabilitation of overweight and obese individuals in the conditions of study at the university]. *Moloda sportyvna nauka Ukrainy – Young Sports Science of Ukraine*, 3, 87-94 [in Ukrainian].

11. Yehorov, B., & Mardar, M. (2011). Formuvannia kharchovykh ratsioniv naseleennia [Formation of food rations of the population]. *Tovary i rynky – Goods and Markets*, 1, 140-147 [in Ukrainian].

12. Yelnikova, M. (2014). Fizychna reabilitatsiia pry metabolichnomu syndromi: vid teorii do praktychnoi realizatsii [Physical rehabilitation in metabolic syndrome: from theory to practical implementation]. *Moloda sportyvna nauka Ukrainy – Young Sports Science of Ukraine*, 3, 76-80 [in Ukrainian].

13. Karpenko, P.O., Fedorova, D.V., & Bykova, T.L. (2016). Alimentarnyi chynnyk u kompleksnomu likuvanni khvorykh pry metabolichnomu syndromi [Alimentary factor in the complex treatment of patients with metabolic syndrome]. *Problemy starenia i dolgoletiia – Problems of Aging and Longevity*, 1, 105-113 [in Ukrainian].

14. Korilchuk, N.I., & Korilchuk, B.T. (2018). Kliniko-patohenetichni osoblyvosti metabolichnogo syndromu v zahalnoi likarskii praktytsi [Clinical and pathogenetic features of metabolic syndrome in general medical practice]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, 2(34), 8-15 [in Ukrainian].

15. Korchynskiy, V.S. (2014). Efektyvnist fizychnoi reabilitatsii pry metabolichnomu syndromi [The effectiveness of physical rehabilitation in metabolic syndrome]. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 23, 200-203 [in Ukrainian].

16. Kucherenko, Ye.V. (2015). Spozhyvannia ta dokhody domohospodarstv Ukrainy: struktura, dynamika ta vplyv na sotsialno-ekonomichnyi rozvytok [Household consumption and income in Ukraine: structure, dynamics and impact on socio-economic development]. *Ekonomichnyi prostir – Economic Space*, 104, 102-109 [in Ukrainian].

17. Lynnyk S.O. (2013). Napriamy reformuvannia vitchyznianoi haluzi okhorony zdorovia v konteksti realizatsii zavdan stratehii VOOZ "Zdorovia – 2020" [Directions for reforming the national healthcare sector in the context of the implementation of the WHO 2020 Health Strategy objectives]. *Visnyk Chernihivskoho derzhavnogo tekhnichnogo universytetu – Bulletin of the Chernihiv State Technical University*, 1, 342-348 [in Ukrainian].

18. Kravets, Ye.B., Samoylova, Yu.G., Matyusheva, N.B., Bulanova, A.A., Dorokhova, V.V., & Yadmaa O. (2008). Metabolicheskii sindrom v obshchevrachebnoy praktike [Metabolic syndrome in general practice]. *Byulleten sibirskoy medytsyny – Bulletin of Siberian Medicine*, 1, 80-86 [in Russian].

19. Nesterova, S.Yu. (2014). *Valeolohiia i osnovy medychnykh znan: teksty lektsii [Valeology and the basics of medical knowledge: lecture texts]*. Vinnytsia: VDPU [in Ukrainian].

20. Vakulenko, L.O., Mysula, I.R., Levytska, L.V., Prylutska, H.V., & Vakulenko, D.V. (2016). *Osnovy medychnoi ta sotsialnoi reabilitatsii v medsestrynstvi [Fundamentals of medical and social rehabilitation in nursing]*. Vakulenko, L.O. (Ed.). Ternopil: TDMU [in Ukrainian].

21. Barna, O.M., Alifer, O.O., Novytska, A.M., Korost, Ya.V. (2015). Otsinka yakosti zhyttia u patsientiv z khronichnymy neinfektsiinymy zakhvoriuvanniamy [Assessment of quality of life in patients with chronic noncommunicable diseases]. *Liky Ukrainy – Medicines of Ukraine*, 4 (25), 9-12 [in Ukrainian].

22. (2017). Pro zatverdzhennia norm fiziologichnykh potreb naseleennia Ukrainy v osnovnykh kharchovykh rehovynakh i enerhii. Nakaz MOZ Ukrainy №1073, vid 03.09.2017 [On approval of the Norms of physiological needs of the population of Ukraine in basic nutrients and energy. Order of the Ministry of Health of Ukraine №1073, from 03.09.2017]. *zakon2.rada.gov.ua* Retrieved from: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1206-17/page> [in Ukrainian].

23. (2017). *Rekomendatsii shchodo zdorovoho kharchuvannia doroslykh [Adult Healthy Nutrition Guidelines]: zatverdzheno v.o. ministra U.Suprun.* – Approved Minister of the Republic of Ukraine Suprun Retrieved from: http://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/документи/01122017_Basic_Recommendations-1.pdf. [in Ukrainian].

24. Simakhina, G.O. & Naumenko, N.V. (2016). Kharchuvannia yak osnovnyi chynnyk zberezhennia stanu zdorovia naseleennia [Nutrition as a main factor in maintaining the state of health of the population]. *Problemy starenia i dolgoletiia – Problems of Aging and Longevity*, 2, 204-214 [in Ukrainian].

25. Smolyar, V.I. (2012). Stan faktychnoho kharchuvannia naseleennia nezaleznoi Ukrainy [State of actual nutrition of the population of independent Ukraine]. *Problemy kharchuvannia – Problems of Nutrition*, 1-2, 5-9 [in Ukrainian].

26. Sokovnya-Semenova, I.I. (2000). *Osnovy zdorovogo obraza zhizni i pervaya meditsinskaya pomoshch [The basics of a healthy lifestyle and first aid]*. Moscow: Akademiya [in Russian].

27. Tykhonova, N.O. (2016). Balans vyrobnytstva ta spozhyvannia ovochevoi produktsii Ukrainy [Balance of production and consumption of vegetable products of Ukraine]. *Ekonomichna teoriia ta istoriia ekonomichnoi dumky – Economic Theory and History of Economic Thought*, 11, 28-31 [in Ukrainian].

28. Traykovskaya, A., Dmitrov, T., & Ivanov, Ye. (2016). Zdorovoye pitaniye kak pervyy shag v profilaktike metabolicheskogo sindroma [Healthy nutrition as the first step in the prevention of metabolic syndrome]. *VII Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya "Sostoyaniye zdorovya: meditsynskiye, sotsialnyye i psikhologo-pedagogicheskiye aspekty" – VII International Scientific and Practical Conference "Health Status: Medical, Social, Psychological and Pedagogical Aspects"*, (pp. 188-196) Chita [in Russian].

29. Tribat, T.A., Shut, S.V., & Sakevich, V.D. (2017). Metabolichnyi syndrom i zdorovy obraz zhyttia [Metabolic syndrome and healthy lifestyle]. *Visnyk problem biologii i medytsyny – Bulletin of Problems of Biology and Medicine*, 2 (136), 30-33 [in Ukrainian].

30. Fedko, O. (2009). Zdorovy sposib zhyttia yak tsinnist: problemy formuvannia [A healthy lifestyle as a value: problems of formation]. *Naukovi zapysky IPIEND im.I.F.Kurasa NAN Ukrainy – Scientific Notes of the IFIAS Kuras Institute of NAS of Ukraine*, 43, 369-379 [in Ukrainian].
31. Andriuchenko, T., Vakulenko, O., Volkov, V., Dziuba, N., Koliada, V., Komarova, N. (2018). *Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia [Formation of a healthy lifestyle]*. Vakulenko, O. (Ed.). Kyiv: DU "Derzhavnyi instytut simeinoi ta molodizhnoi polityky" [in Ukrainian].
32. Sheremet, I.V. (2014). Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia yak skladova fizychnoi kultury i sportu [Formation of a healthy lifestyle as a component of physical culture and sport]. *Naukovi zapysky: seriiia pedahohika – Scientific Notes: Series of Pedagogics*, 2, 146-151 [in Ukrainian].
33. Biro, F.M., & Wien, M. (2010). Childhood obesity and adult morbidities. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91 (5), 1499-1505.
34. Borra, S.T., Kelly, L., Shirreffs, M.B., Neville, K., & Geiger, C.J. (2003). Developing health messages: qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 103 (6), 721-728
35. Ello-Martin, J.A., Ledikwe, J.H., & Rolls, B.J. (2005). The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82 (1)
36. Espinola-Klein, C., Gori, T., & Blankenberg, S. (2011). Inflammatory markers and cardiovascular risk in the metabolic syndrome. *Front. Biosci.*, 16, 1663- 1674.
37. Leon, M.M., Stefanachi, E., Cobzaru, R. & Mitu F. (2013). Impact of metabolic syndrome on the development of cardiovascular disease. *Rev. Med. Chi. Soc. Med. Nat. Iasi.*, 117 (3), 635-640.
38. Proietto, J., & Baur, L. (2004). Management of obesity. *Med. J. Aust.*, 180 (9), 474-480.
39. Reinhardt, W.C., & Brevard, P.B. (2002). Integrating the Food Guide Pyramid and Physical Activity Pyramid for positive dietary and physical activity behaviors in adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 102 (3), 96-99.
40. (2010). The metabolic syndrome: Validity and utility of clinical definitions for cardiovascular disease and diabetes risk prediction. *Maturitas.*, 65 (2), 117-121.
41. Wang, Y., & Beydoun, M.A. (2007). The obesity epidemic in the United States – gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiologic Reviews*, 29 (1), 6-28.

ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ВЗГЛЯД НА НАШИ РЕАЛИИ

Н. И. Корильчук

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины, г. Тернополь, Украина

Цель: показать значимость образа жизни как основания развития метаболического синдрома и его важное влияние на уровень здоровья в целом.

Материалы и методы. Проведен обзор и анализ данных научно-медицинской литературы и осуществлен опрос (с использованием опросников) и обследования 424 пациентов с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом в больницах № 2 и № 3 г. Тернополя.

Результаты. В статье проанализированы данные относительно понятия «образа жизни», «здорового образа жизни», структуры «здорового образа жизни». Показано прямую зависимость от образа жизни человека к возникновению и прогрессированию метаболического синдрома. Показано, что лица молодого возраста уверены, что любые нагрузки, грубые нарушения питания, режима труда, отдыха, стресс, гиподинамия, курение, употребление алкоголя способны самостоятельно компенсироваться молодым возрастом. Люди старшего возраста ассоциируют свой возраст с покоем физическим, нарушенным питанием и, как следствие, проблемами со здоровьем. Показано влияние всех этих факторов на возникновение заболевания, прогрессирование осложнений, снижение качества жизни.

Выводы. Проведенный анализ литературы и исследований показал, что роль людей в поддержке и укреплении своего здоровья сведена к минимуму. В преобладающем большинстве сформирована необоснованная уверенность в том, что здоровье гарантировано – молодым возрастом, и разрушено и требует медикаментов – в старшем возрасте. Результаты доказывают актуальность изучения образа жизни пациента с признаками метаболического синдрома, в аспекте коррекции поведения питания, изменения двигательного режима, борьбы с вредными привычками и здорового психологического состояния пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: образ жизни; здоровый образ жизни; физическая активность; пищевое поведение; метаболический синдром.

LIFESTYLE AS A BASIS OF METABOLIC SYNDROME: A LOOK AT OUR REALITIES

N. I. Korylchuk

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to show the importance of lifestyle as the basis for the development of the metabolic syndrome and its important effect on the level of health in general.

Materials and Methods. A review and analysis of scientific and medical literature data was carried out, and a survey was conducted (using questionnaires) and a survey of 424 patients with abdominal obesity and metabolic syndrome in hospitals No. 2 and 3 of Ternopil.

Results. The article analyzes data regarding the concept of "lifestyle", "healthy lifestyle", the structure of "healthy lifestyle". A direct dependence on a person's lifestyle to the occurrence and progression of the metabolic syndrome is shown. It has been shown that young people are confident that any load, gross disturbances in nutrition, working hours, rest, stress, physical inactivity, smoking, alcohol consumption can independently be compensated by a young age. Older people associate their age with rest, physical, malnutrition and, as a result, health problems. The influence of all these factors on the onset of the disease, the progression of complications, and a decrease in the quality of life are shown.

Conclusions. The analysis of literature and research has shown that the role of people in supporting and strengthening their health is minimized. In the overwhelming majority, an unreasonable belief is formed that health is guaranteed – at a young age, and that it is destroyed and requires medication at an older age. The results prove the relevance of studying the patient's lifestyle with signs of a metabolic syndrome, in terms of correction of nutritional behavior, changes in motor regimen, struggle with bad habits and a healthy psychological state of the patient.

KEY WORDS: **lifestyle; healthy lifestyle; physical activity; eating behavior; metabolic syndrome.**

Рукопис надійшов до редакції 06.09.2019 р.

Відомості про автора:

Корильчук Неоніла Іванівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 26-81-55.