



Одеський
національний
медичний
університет



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



Асоціація
сімейної медицини
Одеського регіону

Ожиріння: міждисциплінарний менеджмент

Науково-практична конференція
з міжнародною участю

24–25 листопада 2023 року

Тези доповідей

Одеса
2024



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Асоціація сімейної медицини Одеського регіону

Ожиріння: міждисциплінарний менеджмент

Науково-практична конференція
з міжнародною участю

24–25 листопада 2023 року

Тези доповідей



Одеса
ОНМедУ
2024

УДК 616-056.257(0883.97)
О-45

Склад наукового комітету конференції

| | |
|----------------------|--------------------|
| Валерій ЗАПОРОЖАН | Валентина ВЕЛИЧКО |
| Валерія МАРІЧЕРЕДА | Леонід ГОДЛЕВСЬКИЙ |
| Світлана КОТЮЖИНСЬКА | Володимир ГРУБНІК |
| Микола АРЯЄВ | Юрій ПЕТРОВСЬКИЙ |
| Ігор ГЛАДЧУК | |

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Одеського національного медичного університету МОЗ України
Протокол № 6 від 22.02.2024 р.*

Ожиріння: міждисциплінарний менеджмент : наук.-
О-45 прак. конф. з міжнар. участю. Одеса, 24–25 листопада
2023 р. : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2024. — 52 с.

В матеріалах конференції, присвяченої питанням міждисциплінарного менеджменту ожиріння, наводяться тези доповідей учасників.

УДК 616-056.257(0883.97)

© Одеський національний
медичний університет, 2024

Копійка Ганна Кузьмівна,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри сімейної медицини
та поліклінічної терапії

ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА РОЗВИТОК ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ В МАЙБУТНЬОМУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Дитяче ожиріння зросло більш ніж у 8 разів за останні 40 років, спричиняючи дуже великий особистий, суспільний та економічний тягар. У європейських країнах приблизно 22 мільйони дітей мають надмірну масу тіла. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дійшла висновку, що ожиріння в даний час є п'ятою провідною причиною смертності в усьому світі і відповідає за 44 % тягаря цукрового діабету. Маючи надмірну масу та ожиріння, діти піддаються підвищеному ризику численних проблем зі здоров'ям, включаючи діабет II типу, астму, проблеми опорно-рухового апарату, розлади сну, гіпертонію, стрес і низьку самооцінку. Оскільки результати доступних методів лікування ожиріння є менш ніж задовільними, профілактика є пріоритетною [1].

Концепція про те, що харчування в дитинстві може вплинути на подальше здоров'я, вперше з'явилася в 1960-х роках. Було припущено, що метаболіти та нейротрансмітери під час критичного періоду раннього розвитку можуть програмувати розвиток мозку та функції організму, а також ризик захворювань у дорослому віці [2].

Згідно з даними американської академії педіатрії (ААП), грудне вигодовування знижує ризик розвитку надмірної маси на 24 %, а ризик розвитку ожиріння у підлітковому віці може бути знижений від 15 до 30 %, якщо в дитинстві грудне вигодовування було наявне хоч в будь-якій кількості порівняно зі штучним вигодовуванням молочними сумішами. Важливим є тривалість грудного вигодовування. Кожний додатковий місяць споживання грудного молока знижує ризик розвитку зайвої маси тіла на 4 % [3].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, виключно грудне вигодовування слід проводити протягом перших шести місяців, а потім разом з належним прикормом продовжувати до 2 років або й надалі. Практично усі матері можуть годувати своїх дітей грудьми за умови, що вони

отримують точну інформацію та підтримку з боку їхніх сімей та системи охорони здоров'я [4].

Склад грудного молока є унікальним та підлаштовується під потреби дитини. Коливання вмісту макро- та мікроелементів спостерігається як протягом доби, так і протягом усього періоду лактації. Грудне молоко містить багато біологічно активних факторів (лактоферин, олігосахариди, довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти, глікопротеїни та секреторні антитіла IgA), які не функціонують переважно як поживні речовини, але можуть контролювати використання поживних речовин, захищати немовлят від патогенів і відігравати певну роль у регуляції метаболізму.

Людське молоко є видоспецифічним, тому всі компоненти молока мають високу біодоступність і легко вживаються немовлям. Макронутрієнти більш ефективно метаболізуються. Наприклад, засвоюваність жиру в жіночому молоці є кращою, ніж у молочній суміші. Тригліцериди розщеплюються на вільні жирні кислоти та гліцерин за допомогою ліпаз, які містяться в самому жіночому молоці. Більшість сумішей мають дещо вищу енергетичну щільність (ккал/100 мл), ніж звичайне жіноче молоко, відповідно споживання енергії на кілограм маси тіла немовлятами віком до 1 року при вживанні сумішей буде на 10–18 % вище, ніж при вживанні грудного молока. Ще набагато більшою є різниця в надходженні білка на кілограм маси тіла, яка на 55–80 % вища у дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні, ніж у немовлят на грудному вигодовуванні. Високе споживання білка, що перевищує метаболічні потреби, може викликати підвищення циркулюючих концентрацій амінокислот, що, в свою чергу, може стимулювати секрецію інсуліну та інсуліноподібного фактора росту 1 (IGF1), тим самим викликаючи збільшення маси тіла протягом перших 2 років життя, а також посилення адипогенної активності. Крім того, високе споживання білка також може призвести до зниження секреції гормону росту людини і, отже, до зниження ліполізу [5].

Одним із гормонів, який дитина на грудному вигодовуванні отримує з грудним молоком, є лептин. Лептин потрапляє з кровообігу матері в грудне молоко, а потім у кров новонародженого. Таким чином, рівень лептину у матері може чинити біологічний вплив на немовля. Рівень циркулюючого лептину позитивно корелює з рівнем жиру в організмі. Лептин має плейотропний ефект, сприяючи контролю енергетичного гомеостазу, зменшуючи споживання їжі та збіль-

шуючи витрати енергії. Експериментальні дані показують, що функція лептину починається вже під час внутрішньоутробного життя, а ріст і розвиток плода пов'язані зі змінами концентрації лептину. Діти, які знаходяться на грудному вигодовуванні, мають більш високі концентрації лептину, ніж діти, які знаходяться на штучному вигодовуванні [6].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, грудне вигодовування має проводитися в режимі «на вимогу», тобто так часто, як того забажає дитина вдень та вночі [4]. Немовлята, які мають більшу кількість прикладань до грудей, споживають менше молока в середньому за кожний сеанс та мають менші інтервали між годуваннями, що є більш фізіологічним для дитини. Прикладаючись до грудей «на вимогу», дитина має можливість до саморегуляції під час харчування. При вигодовуванні сумішшю діти споживають на 49 % більше молока в 1-й місяць, на 57 % більше в 3-й місяць та на 71 % більше в 5-й місяць життя [7].

Знайомство зі смаками та їжею у дитини починається вже під час внутрішньоутробного розвитку через амніотичну рідину, а потім, після народження, продовжується під час грудного вигодовування. На жіноче молоко певний вплив чинить дієта матері, і кожний день, коли немовля споживає грудне молоко, його піднебіння та смакові рецептори відкривають нові смаки. Суміш, на відміну від грудного молока, має однаковий смак та склад. За даним досліджень, діти у віці 7 років, які були на грудному вигодовуванні більше 16 тиж., споживали в майбутньому більше фруктів і овочів, ніж ті, кого ніколи не годували груддю. Діти на грудному вигодовуванні також рідше споживали білий хліб, безалкогольні напої, шоколадні батончики та смажену їжу, тобто вони були менш схильні до нездорового харчування [8].

Таким чином, профілактика ожиріння починається з грудного вигодовування. Хоча грудне вигодовування не є гарантією проти ожиріння протягом усього життя дитини, але може забезпечити немовляті найкращий початок життя та здоров'я. Медичні працівники повинні бути обізнані про ресурси для запровадження науково обґрунтованої підтримки лактації та догляду, щоб покращити початок грудного вигодовування та його тривалість. Поліпшення результатів грудного вигодовування може допомогти зменшити рівень надмірної маси тіла та ожиріння, що призведе до загального покращення стану здоров'я суспільства.

Літэратыя

1. Prevention of Childhood Obesity: A Position Paper of the Global Federation of International Societies of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (FISPGHAN): JPGN. May 2020;70(5).
2. Dorner G. Possible significance of prenatal and-or perinatal nutrition for the pathogenesis of obesity. *Acta Biologica et Medica Germanica* 1973;30:19–22.
3. Diane L. Spatz J Preventing Obesity Starts With Breastfeeding. *Perinat Neonat Nurs* 2014;28(1):41–50. DOI: 10.1097/JPN.000000000000009
4. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
5. Koletzko B, Broekaert I, Demmelmair H, et al. Protein intake in the first year of life: a risk factor for later obesity? The E. U. childhood obesity project. *Adv Exp Med Biol* 2005;569:69–79.
6. Sinkiewicz-Darol E, Adamczyk I, Łubiech K, Pilarska G. Leptin in Human Milk — One of the Key Regulators of Nutritional Programming. *Molecules* 2022;27:3581.
7. Lefebvre CM, John RM. The effect of breastfeeding on childhood overweight and obesity: A systematic review of the literature. *J Am Assoc Nurse Pract.* July 2014;26(7):386–401.
8. Salome Scholtens, Bert Brunekreef, Henriette A. Smit, Gerrie-Cor M. Gast, Maarten O Hoekstra, Johan C de Jongste, Dirkje S Postma, Jorrit Gerritsen, Jaap C Seidell, Alet H Wijga. Do Differences in Childhood Diet Explain the Reduced Overweight Risk in Breastfed Children? *Obesity (Silver Spring)* 2008;16(11):2498–503.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| Дробот Д. І. ОЖИРІННЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ АТИПОВОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ У ЖІНОК З ПІДВИЩЕНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА | 3 |
| Четверіков М. С. АБНОРМАЛЬНІ ЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ПРЕДИКТОР БЕЗРЕЦИДИВНОЇ ВИЖИВАНOSTІ ПАЦІЄНТОК З ЕПІТЕЛІАЛЬНИМ РАКОМ ЯЄЧНИКІВ..... | 5 |
| Журенко О. О. МІКРОБІОТА ШКІРИ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ — ЧИ Є РИЗИК ДЛЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ? | 9 |
| Козоріз В. В., Шнайдер Д. С. СТОМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЖИВУТЬ ІЗ НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯМ | 11 |
| Saverio Cinti THE PATHOGENESIS OF ADIPOSE ORGAN INFLAMMATION DICTATES THERAPEUTIC PERSPECTIVES FOR THE TREATMENT OF OBESITY AND TYPE 2 DIABETES | 12 |
| Запорожченко П. О., Шафоростова М. Є. ВИВЧЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЇ ЗОНИ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ НА ТЛІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ | 19 |
| Перепелиця Д. В. ОЖИРІННЯ ПРИ АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ..... | 23 |
| Копійка Г. К. ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА РОЗВИТОК ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ В МАЙБУТНЬОМУ | 25 |