

імунологічних порушень є підставою для проведення імунологічної корекції препаратом Глутоксим. Застосування препарату Глутоксим виявилось ефективним і покращувало імунологічні показники у хворих з різновекторними порушеннями клітинної ланки імунітету. Доповнення стандартної терапії комбінацією Глутоксима і L-аргініну аспартату призводило не тільки до поліпшення показників імунологічного захисту організму, але і до істотного покращення всіх параметрів якості життя хворих. Поліпшення цих показників сприятливо позначалося і на встановленні комплаенса. Довгострокові спостереження у даних хворих демонстрували зниження кількості загострень, що можливо пов'язано з підвищенням стійкості до стресу у них.

Ключові слова: обструктивний бронхіт, бронхоектази, артеріальна гіпертензія, глутоксим, L-аргінін.

Стаття надійшла 10.01.2017 р.

типы иммунологических нарушений являются основанием для проведения иммунологической коррекции препаратом Глутоксим. Применение препарата Глутоксим оказалось эффективным и улучшало иммунологические показатели у больных с разновекторными нарушениями клеточного звена иммунитета. Дополнение стандартной терапии комбинацией Глутоксима и L-аргинина аспартата приводило не только к улучшению показателей иммунологической защиты организма, но и к достоверному улучшению всех параметров качества жизни больных. Улучшение данных показателей благоприятно сказывались и на установлении комплаенса. Долгосрочные наблюдения у данных больных демонстрировали снижение количества обострений, что возможно связано с повышением стрессоустойчивости больных.

Ключевые слова: обструктивный бронхит, бронхоэктазы, артериальная гипертензия, глутоксим, L-аргинин.

Рецензент Бобирьев В.М.

УДК 618.14-006.363.03:[616.12-008.331.1+616-056.52

М. О. Павловська

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Обстежено 30 пацієнок із лейоміомою на тлі метаболічного синдрому і 34 пацієнтки контрольної групи без лейоміоми. Встановлено, що в жінок, хворих на лейоміому матки на тлі метаболічного синдрому, у патогенезі і перебігу захворювання в першому віковому періоді менопауза настає раніше. Акушерсько-гінекологічний анамнез виявив меншу кількість вагітностей і фізіологічних пологів із деяким збільшенням патологічних пологів, втричі частіше діагностується безпліддя. Порушення оваріально-менструального циклу проявляються овуляційними кровотечами (у 6,7% випадків), надмірними кровотечами в перименопаузальному періоді (у 10,0% випадків), розвитком аменореї та олігоменореї. Пацієнтки цієї групи найчастіше використовували гормональні оральні контрацептиви. Локалізація міодних вузлів у другому віковому періоді інтерстиціальна в 73,1% випадків. Лейоміоми за типом належать до I, II і III типу в рівній мірі. Нейро-ендокринний статус характеризується вірогідним збільшенням рівня естрадіолу, зменшенням – прогестерону і незначним зменшенням ДГЕА-С. Вміст гонадотропних гормонів мало відрізняється від показників здорових жінок.

Ключові слова: лейоміома матки, метаболічний синдром, гормональний статус.

Робота є фрагментом НДР «Відновлення та збереження репродуктивного здоров'я і якості життя жінки в сучасних умовах при акушерській і гінекологічній патології», № держреєстрації 0113U007336.

Лейоміома є одним із найбільш поширених захворювань статеві системи в жінок репродуктивного віку. Лейоміоми присвячені численні дослідження, в яких висвітлено різні аспекти етіопатогенезу та клініко-морфологічних особливостей перебігу [1, 5, 7, 10]. У них детально розглядаються фактори ризику розвитку лейоміоми [4], до яких відносять спадкову схильність, психоемоційний стрес, надмірна маса тіла, вік до 45 років та інші. Не уникли уваги науковців порушення стану нейро-ендокринної системи, неадекватна контрацепція [9].

За останніми даними лейоміома часто поєднується з супутніми захворюваннями. Ці комбінації мають багато варіантів, коли виявляють вплив одного захворювання на розвиток і прогресування іншого [12]. Проблемі поєднаної патології лейоміоми матки з іншими захворюваннями надається все більшого значення з метою уточнення впливу етіологічних чинників та механізмів гіперпластичних процесів при лейоміомі матки [11].

Метаболічний синдром та ожиріння є актуальною проблемою для гінекології і є одними з факторів поліморбідності (коморбідності), які обтяжують перебіг гінекологічних захворювань, потребують чітких підходів до діагностики, передбачення ризиків розвитку та на їхній підставі цілеспрямованого патогенетичного лікування. Виявлено зв'язок між надлишковою масою тіла і погіршенням репродуктивної функції в жінок [2], що спонукає до поглибленого вивчення перебігу лейоміоми матки на тлі метаболічного синдрому.

Метою роботи було вивчити особливості перебігу лейоміоми матки, яка поєднується з метаболічним синдромом.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проведене на 64 хворих (30 пацієнок із метаболічним синдромом, група 1, і 30 практично здорових жінок, контрольна група). У групі 1

середній вік пацієнок першого вікового репродуктивного періоду віком 21-35 років (підгрупа 1а становив $33,2 \pm 2,7$ років (контрольна група $32,5 \pm 1,9$ років), другого вікового репродуктивного періоду віком 36-55 років (підгрупа 1б) - $49,1 \pm 6,3$ років (контрольна група - $45,9 \pm 4,5$ років). Діагноз (за МКХ-10: D 25 Лейоміома матки) встановлювали, згідно Наказу МОЗ України №620 від 29.12.2003 р. " Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні". Маркерами метаболічного синдрому слугували: рівень артеріального тиску, індекс маси тіла, показники ліпідного спектру крові та наявність глікемії. У жінок групи 1 систолічний артеріальний тиск становив ($146,6 \pm 4,9$) мм рт. ст., діастолічний - ($94,6 \pm 2,4$) мм рт. ст., у контрольній групі - ($117,56 \pm 2,3$) / ($71,9 \pm 1,3$) мм рт. ст.); індекс маси тіла в середньому - $33,4$ кг/м² (у контрольній групі - $25,3$ кг/м²); показники ліпідограми характеризувалися, порівняно з пацієнтками контрольної групи, зменшенням вмісту ліпопротеїдів високої щільності, збільшенням ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів та загального холестерину, підвищенням рівня глюкози в 1,74 раза.

При обстеженні пацієнок вивчали акушерсько-гінекологічний анамнез (кількість вагітностей, фізіологічних і патологічних пологів, абортів, самовільних викиднів). Звертали увагу на наявність розладів оваріально-менструального циклу (надмірні та часті менструації з регулярним і нерегулярним циклом, овуляційні кровотечі, аменорея (первинна і вторинна), олігоменорея (первинна і вторинна).

Характеризували методи контрацепції, які застосовували пацієнтки. Ураховували клінічні прояви захворювання (больовий і геморагічний синдром, порушення функції суміжних органів).

Розміри матки та локалізацію міоматозних вузлів для встановлення типу лейоміоми визначали методом ультразвукової діагностики, яку проводили на апараті Toshiba Aptio MX (Японія). Рівень гормонів у крові – прогестерон, естрадіол, дегідроепіандростерон-сульфат (ДГЕА-с), фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон, пролактин, кортизол визначали імунохімічним методом з електрохемілюмінесцентною детекцією за допомогою аналізатора і тест-системи Cobas 6000; Roche Diagnostics (Швейцарія), АКТГ – імунохімічним методом з хемілюмінесцентною детекцією (CLIA) за допомогою аналізатора і тест-системи Immulite (Siemens AG), Німеччина.

Отримані цифрові дані обробляли методом варіаційної статистики з використанням прикладних програм Microsoft Excel 7.0 та STATISTICA.

Результати дослідження та їх обговорення. Клініко-анамнестичний аналіз показав, що в обстежених жінок підгруп 1а і 1б середній вік менархе становив ($13,6 \pm 1,2$) і ($13,4 \pm 1,4$) років, відповідно, у контрольній групі – ($12,2 \pm 0,8$) і ($12,4 \pm 0,8$) роки. Середній вік менопаузи в пацієнок групи підгрупи 1а досяг ($34,6 \pm 0,5$) і підгрупи 1б - ($48,5 \pm 4,2$) років, відповідно, тоді як у жінок контрольної групи без лейоміоми – ($49,1 \pm 4,3$) років. У підгрупі 1а середній вік виявлення лейоміоми припадав на ($32,5 \pm 2,1$), а в підгрупі 1б – ($38,5 \pm 2,7$) років. Тривалість захворювання на лейоміому в пацієнок підгрупи 1а визначалася, у середньому, 0,7 роками, а в підгрупі 1б – 10,2 роками.

Акушерсько-гінекологічний анамнез у пацієнок на лейоміому матки на тлі метаболічного синдрому виявив, що кількість вагітностей становила 73 (у 24 жінок із 30; 80,0%), водночас без лейоміоми – 60 (у 31 жінки з 34; 91,2%). Вагітності закінчилися в пацієнок групи 1 фізіологічними пологами в 25 випадках (у 24 жінок із 30; 66,7%), порівняно з контрольною групою – 29 із 34; 79,4%. Патологічні пологи мали місце в пацієнок групи 1 в 11 випадках (у 23,3%). Аборти спостерігалися в жінок групи 1 у 29 випадках (у 18 жінок із 30; 19,9%), у жінок без лейоміоми матки – у 26 випадках (у 24 жінок із 34; 61,1%). самовільні викидні трапилися в групі 1 у 8 випадках (у 5 жінок, 16,7%), у пацієнок без лейоміоми – у 8 випадках (у 6 жінок із 34; 19,4%). Безпліддя в жінок із лейоміомою, поєднаною з метаболічним синдромом, діагностували в 3 із 30 пацієнок (10,0%), тоді як у жінок без лейоміоми – у 2,9% випадків. Як бачимо, найбільші розбіжності в пацієнок групи 1 і контрольної виявлено між показниками загальної кількості вагітностей, фізіологічними і патологічними пологами. Абортів і мимовільних викиднів дещо більше в групі жінок без лейоміоми матки. На безпліддя втричі частіше страждали пацієнтки з лейоміомою матки на тлі метаболічного синдрому.

У цих же пацієнок проаналізовано дані щодо розладів оваріально-менструального циклу. У жінок групи 1 частіше спостерігалися надмірні та часті менструації з регулярним (3,3%) і нерегулярним (6,7%) циклом; у жінок без лейоміоми матки 2,9% і 2,9%, відповідно. Овуляційні кровотечі виявлені лише в пацієнок групи 1 – 6,7%. На надмірні кровотечі в перименопаузальний період скаржилися 10,0% пацієнок групи 1 і 2,9% пацієнок без лейоміоми матки. Аменорея первинна виникла у 6,7% жінок групи 1, вторинна – у 10,0%, неуточнена – у 6,7%, тоді як у групі

жінок без лейоміоми матки таких порушень не спостерігали. Олігоменорея також була більш вираженою в пацієток групи 1: первинна – у 10,0% випадків (у контрольній групі – 2,9%), вторинна – у 13,3% (у контрольній групі – 2,9%), неуточнена – у 6,7% (у контрольній групі не трапилася). Тобто, у показниках оваріально-менструального циклу в пацієток групи 1 виявлено більш значні відхилення, ніж у жінок без лейоміоми матки.

Певне значення в розвитку лейоміоми на тлі метаболічного синдрому набувають методи контрацепції. Нами з'ясовано, що найбільшу вагу в групі 1 мали гормональні оральні контрацептиви – 26,6% жінок (у контрольній групі – 5,9%). Внутрішньоматкову спіраль, як і перерваний статевий акт, застосовували 13,3% і 13,3% (жінки без лейоміоми – 17,6% і 11,8%, відповідно). Чоловічі презервативи використовували 10,0% пацієток групи 1 і 20,6% – контрольної групи. У рівній мірі пацієнтки обох груп обрали способом контрацепції перерваний статевий акт та інші варіанти (6,7% і 6,7%). Отже в розвитку і перебігу лейоміоми матки на тлі метаболічного синдрому слід звернути увагу на такий фактор, як оральні гормональні контрацептиви.

Лейоміому матки в поєднанні з метаболічним синдромом діагностували (86,6%), переважно, у жінок другого вікового періоду (підгрупа 2), порівняно з підгрупою 1. Характеризуючи локалізацію міоматозних вузлів у жінок групи 1, слід зауважити, що переважала змішана форма лейоміоми (19 випадків) і це були пацієнтки другого вікового періоду, що становило 73,1% (63,4% від пацієток усієї групи). Значно в меншій кількості спостерігалось інтрамуральне розташування, як у підгрупі 1, так і в підгрупі 2 – із 30 обстежених по 3 і 3 випадки, відповідно, 10,0% і 10,0% від усіх жінок групи 1). Субсерозна локалізація лейоміоми мала місце у 4 жінок підгрупи 2 (13,3%), субмукозна – в одній пацієнтки першого вікового періоду (3,3%). Атипові форми не спостерігали.

За клініко-ультразвуковою класифікацією лейоміоми матки за D.Wildemeersh, E.Schacht [3], I і II тип виявили в однаковій кількості (по 10 випадків, 33,3%), III тип – у 9 випадках (30,0%). В одному випадку з 30 обстежених (3,3%) лейоміома матки за сукупністю ознак наближалася до IV типу – множинні інтрамуральні і субсерозні вузли, серед яких один із підозрою на субмукозний. Тобто міоматозні вузли характеризувалися різними розмірами, множинністю при відсутності субмукозних форм.

Клінічний перебіг лейоміоми матки в поєднанні з метаболічним синдромом у 76,7% випадків супроводжувався больовим синдромом, у 46,7% - геморагічним синдромом і 16,7% - порушенням функцій суміжних органів (сечового міхура і прямої кишки).

У патогенезі лейоміоми матки велике значення набуває нейро-ендокринний статус пацієнтки з визначенням рівня гормонів – стероїдних та гонадотропних. Ми звернули увагу на те, що вміст стероїдних гормонів у пацієток групи 1 значно відрізнявся від здорових жінок. Так, рівень естрадіолу був збільшений до $(124,5 \pm 6,1)$ пг/мл, контрольна група – $(85,8 \pm 4,2)$ пг/мл, $P < 0,05$, а вміст прогестерону зменшився до $(4,72 \pm 0,19)$ пг/мл, контрольна група – $(11,9 \pm 0,6)$, $P < 0,05$. Водночас виявлено незначне зменшення ДГЕА-С до $(212,3 \pm 10,2)$ пг/мл, контрольна група – $(229,6 \pm 11,3)$ пг/мл, $P > 0,05$. Вміст гонадотропних гормонів не відхилявся вірогідно від їхнього вмісту в здорових осіб, а саме: ФСГ становив по $(8,3 \pm 0,4)$ мМЕ /мл в обох групах. Рівень пролактину мало відрізнявся від здорових – $(16,1 \pm 0,7)$ і $(15,7 \pm 0,7)$ пг/мл відповідно, $P > 0,05$; ЛГ – $(10,5 \pm 0,6)$ і $(8,5 \pm 0,5)$ мМЕ/мл, $P < 0,05$. Тобто підтверджується естрогенний фактор розвитку лейоміоми матки, хоча гормон прогестерон нині трактується як ініціатор ланцюга молекулярно-генетичних порушень у тісній взаємодії з естрадіолом. Завдяки подвійній дії прогестерону – блокуванню естрогенів через механізм пригнічення експресії їхніх рецепторів і безпосередньої дії через рецептори прогестерону. Цьому питанню приділяється велика увага з метою уточнення тонких механізмів розвитку лейоміоми матки. Безперечно, у випадку поєднання лейоміоми матки з метаболічним синдромом слід урахувувати той факт, що в такій ситуації значну кількість естрогену синтезують адипоцити з андрогенних попередників і жирова тканина може стати додатковим джерелом продукції естрогенів. До того ж клітини жирової тканини синтезують лептин, який може впливати на низку ендокринних функцій і до цього часу його втручання в процеси синтезу стероїдних гормонів залишаються недостатньо вивченими [6, 14, 15].

Висновки

1. Встановлено, що у жінок, хворих на лейоміому матки на тлі метаболічного синдрому, у патогенезі і перебігу захворювання в першому віковому періоді менопауза настає раніше. Акушерсько-гінекологічний анамнез виявив меншу кількість вагітностей і фізіологічних пологів із деяким збільшенням патологічних пологів, втричі частіше діагностується безпліддя.

2. Порухення оваріально-менструального циклу проявляються овуляційними кровотечами (у 6,7% випадків), надмірними кровотечами в перименопаузальному періоді (у 10,0% випадків), розвитком аменореї та олігоменореї. Пацієнтки цієї групи найчастіше використовували гормональні оральні контрацептиви.
3. Локалізація м'якотних вузлів у другому віковому періоді інтерстиціальна в 73,1% випадків. Лейоміоми за типом належать до I, II і III типу в рівній мірі.
4. Нейро-ендокринний статус характеризується вірогідним збільшенням рівня естрадіолу, зменшенням – прогестерону і незначним зменшенням ДГЕА-С. Вміст гонадотропних гормонів мало відрізняється від показників здорових жінок.
5. Вищенаведені порушення при лейоміомі матки, поєднані з метаболічним синдромом, можна вважати факторами, які відіграють визначену роль у патогенезі і розвитку лейоміоми на тлі метаболічного синдрому, що потребує подальших ґрунтовних досліджень.

Список літератури

1. Voropotvelyan P. N. Mioma matki u zhenshin reproduktivnogo vozrasta / P. N. Voropotvelyan, A. A. Bondarenko. N. P. Voropotvelyan // Zdorove zhenshiny. – 2015. – No.10. - S. 153-156.
2. Ginekologicheskaya zaboлеваemost i reproduktivnyie vozmozhnosti zhenshin s ozhirenіem / B. B. Pinhasov, G. A. Skosyireva, Yu. P. Shorin [i dr.] // Vestnik NGU. Seriya:Biologiya,klinicheskaya meditsina.– 2010. – Tom 8, vyip. 2. – S. 62-67.
3. Zaporozhan V. M. Akusherstvo i ginekologiya. Pidruchnik: u 2-h tomah. T.2. / V. M. Zaporozhan, M. R. Tsegelskiy, N. M. Rozhkovska // – Odesa., - 2005. – 420 s.
4. Zaporozhan V. M. Faktori riziku rozvitku miomi matki u zhinok reproduktivnogo viku / V. M. Zaporozhan, S. M. Naporada // Odeskiy medichniy zhurnal. – 2014. – No.2 (162). – S. 37-40.
5. Kondratovich L. M. Sovremennyiy vzglyad na etiologiyu, patogenez i sposoby lecheniya miomy matki / L. M. Kondratovich // Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal. – 2014. – No.5. – S. 36-40.
6. Masyakina A. V. Diagnostika i lechenie dobrokachestvennyih giperplasticheskikh zabolevaniy matki u zhenshin s endokrinno-obmennymi narusheniyami / Masyakina A.V., Kudrina E.A. // Arhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva. – 2015. – No.3. – S. 20-24.
7. Chayka K. V. Istoriya voprosa i sovremennyye predstavleniya ob etiologii, pato- i morfogeneze leyomiomy matki / K. V. Chayka, T. N. Demina, N. A. Firsova // Mediko-sotsialni problemi sim'yi. – 2014. – Tom 19, No.3. – S. 58-67.
8. Chernuha G. E. Ozhirenie kak faktor riska narusheniya reproduktivnoy sistemy u zhenshin / E. E. Chernuha // Consilium Medicum. – 2007. – No.6. – C. 115-118.
9. Chubey G. V. Aktualni pitannya etiologiyi ta patogenezu leyomiomy matki u zhinok reproduktivnogo viku / G. V. Chubey // Zdorove zhenshiny. – 2013. – No.10. – S. 10-15.
10. Shtoh E. A. Mioma matki. Sovremennoe predstavlenie o patogeneze i faktorah riska / E. A. Shtoh, V. B. Tshay // Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. – 2015. – 1. - S. 22-27.
11. Yavorskiy P. V. Ozhirinnya ta stan statevih steroidiv u zhinok z leyomiomoy matki / P. V. Yavorskiy // // Ukrayina. Zdorovya natsiyi. – 2012. – No.1 (17). – S. 98-101.
12. Yavorskiy P. V. Znachennya koeffitsienta poednannya dlya kilkisnoyi harakteristiki vplivu etiologichnih chinnikiv leyomiomy matki / P. V. Yavorskiy // Ukrayina. Zdorovya natsiyi. – 2012. – No.3 (23). – S.294-299.
13. Yarotskiy M. E. Novi pidhodi do diagnostiki dobroyakisnih zahvoryuvan matki u zhinok reproduktivnogo viku z metaboličnim sindromom / M. E. Yarotskiy, L. V. Demyanenko // Klinichna endokrinologiya ta endokrinna hirurgiya. – 2015. – No.2. – S. 51-57.
14. Cook J. D. Treatment strategies for uterine leiomyoma: the role of hormonal modulation / J.D. Cook // Reprod. Med. – 2004. – Vol.22 (2). – P. 53-62.
15. Zhao Y. The expression of estrogen receptor isoforms alpha, beta and insulin-like growth factor-1 in uterine leiomyoma / Y. Zhao, W. Zhang, S. Wang // Gynecol. Endocrinol. – 2008. –Vol.24, №10. – P. 549-554.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Павловская М. А.

Обследовано 30 пациенток с лейомиомой матки на фоне метаболіческого синдрома и 34 пациентки контрольной группы без миомы. Установлено, что у женщин, страдающих лейомиомой матки на фоне метаболіческого синдрома, в патогенезе и течении заболевания в первом возрастном периоде менопауза наступает раньше. Акушерско-гинекологический анамнез указывает на меньшее количество беременностей и физиологических родов с некоторым увеличением патологических родов, втрое чаще диагностируется бесплодие. Нарушения овариально-менструального цикла проявляются овуляционными кровотечениями (в 6,7% случаев), чрезмерными кровотечениями в перименопаузальном периоде (в 10,0% случаев), развитием аменореи и олигоменореи. Пациентки этой группы чаще всего использовали гормональные оральные контрацептивы. Локализация миоматозных узлов во втором

CLINICAL FEATERS OF LEIOMYOMA ON THE BACKGROUND OF METABOLIC SYNDROME Pavlovskaya M. O.

The research involved 30 patients with leiomyoma associated with metabolic syndrome and 34 control group patients without leiomyoma. Found that in women with uterine leiomyoma associated with metabolic syndrome in the pathogenesis of the disease and age at first period, menopause occurs earlier. Obstetric and gynecological history showed fewer pregnancies and births of some physiological increase in abnormal births, three times more frequently diagnosed infertility. Violation of ovarian-menstrual bleeding occur ovulatory (in 6.7% of cases), excessive bleeding in the perimenopausal period (in 10.0% of cases), the development of amenorrhea and oligomenorrhea. Patients in this group often used hormonal oral contraceptives. Localization of myoma

возрастном периоде в большинстве случаев интрамуральная (в 73,1%). Миомы по типу принадлежат к I, II и III типу в равной степени. Нейро-эндокринный статус характеризуется достоверным увеличением уровня эстрадиола, уменьшением прогестерона и незначительным уменьшением ДГЭА-С. Содержание гонадотропных гормонов мало отличается от показателей здоровых женщин.

Ключевые слова: лейомиома матки, метаболический синдром, гормональный статус.

units in the second interstitial age period in 73.1% of cases. Leiomyoma belong to the type I, II and III type equally. Neuro-endocrine status characterized by a probable increase in estradiol levels, decrease – slight decrease of progesterone and DHEA-S. The content of gonadotropin hormones differs little from that of healthy women.

Key words: uterine leiomyoma, metabolic syndrome, hormonal status.

Стаття надійшла 3.01.2017 р.

Рецензент Баштан В.П.

УДК 613.995

О. М. Старішко, Т. В. Єрошкіна
Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара, м. Дніпро

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СЕРЕД МОЛОДІ

Куріння – це не просто шкідлива звичка, але й абсолютно не сумісне зі здоровим способом життя захоплення. Можна впевнено констатувати, що кожна нова затяжка тютюновим димом скорочує людське життя щонайменше на подих, а кожна викурена цигарка – на 15 хвилин. У курців нікотин стає не лише звичним, але й необхідним елементом в організмі. Так і виникає нікотинова залежність. В світі щороку від хвороб, спричинених курінням, вмирає 1,5 млн. людей. Нікотин негативно впливає на нервову систему, дихальну, серцево-судинну системи та систему травлення. Імовірність захворіти раком легенів, бронхітом, стенокардією, гастритом, виразкою шлунку значно вища у людей, що курять. Статистика засвідчує, що рак легенів у людей, які курять, зустрічається у 30 разів частіше. Особливої шкоди завдає куріння жінкам та підліткам. Безумовно, найбільш серйозного негативного впливу зазнає сама людина, що курить, однак значної шкоди завдає і пасивне куріння, коли людина, що не курить змушена вдихати повітря, отруєне тютюновим димом. Тому важливим компонентом боротьби зі шкідливими звичками є піклування про своє здоров'я, формування світоглядної системи свідомості підлітків, молоді, майбутніх матерів, яка ґрунтується на ефективному використанні здорового потенціалу народних звичок та обрядів.

Ключові слова: шкідливі звички, молодь, профілактика.

Робота є фрагментом НДР «Вивчення комплексної характеристики хронічних вірусних гепатитів В і С з оцінкою клінічних та лабораторних показників периферичної крові в прогнозуванні перебігу хвороби», номер держреєстрації 0116U002213.

Проблема вживання алкоголю, тютюну і наркотиків дуже актуальна в наші дні. Їх споживання з кожним роком зростає. Від цього страждає все суспільство, але в першу чергу під загрозу ставиться підрастаюче покоління: діти, підлітки, молодь, а також здоров'я майбутніх матерів. Адже алкоголь, тютюн і наркотики особливо активно впливають на несформований організм, поступово руйнуючи його [1, 2].

Наслідки шкідливих звичок очевидні. Доведено, що при їх попаданні всередину організму, вони розносяться по крові до всіх органів і несприятливо діють на них, аж до руйнування. Особливо це впливає на м'язові тканини і розумову діяльність. Куріння тютюну має майже 500-річну історію. Відкриття Христофором Колумбом в 1492 році Америки пов'язано з виявленням європейцями багатьох нових для них рослин, серед яких був і тютюн. Незважаючи на заборону великого мореплавця, деякі з його моряків таємно привезли листя та насіння тютюну в Європу. Особливо популярним тютюн став в XVII–XVIII ст. [4, 5].

Фактори, пов'язані зі способом життя, такі як тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю лежать в основі багатьох хронічних захворювань в Україні. Зокрема, при систематичному вживанні алкоголю розвивається небезпечна хвороба – алкоголізм; при тривалому палінні – рак легенів і ясен; при навіть короткочасному вживанні наркотичних речовин – руйнування мозку, і, отже – людини, як особистості [3]. 36% українського населення палить, і 31% палить щоденно. Це вище середнього показника по Європейському регіону (за даними ВООЗ 28,6%). Крім того, паління починається у ранньому віці; середній вік початку паління серед курців, які палять щоденно, знижується. Курець, який палить щодня, викурює в середньому 18 цигарок на день, що становить близько однієї пачки. Вживання тютюну є зростаючою проблемою, особливо серед молоді в Україні [17]. Згідно бази даних ВООЗ «Здоров'я для всіх» (HFA) в Україні, 56,8% усіх причин смертей є вживання тютюну (56,3% та 59,9% серед чоловіків та жінок, відповідно). Нездоровий спосіб життя дорослого населення свідчить про те, що багато українців не усвідомлюють ризиків, на які вони наражаються. Саме нездоровий спосіб життя – паління,