

ЧАСТОТА ОЖИРІННЯ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ПІВДЕННО-СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ*

Кравчун Н. О.¹, Мисюра К. В.¹, Балюк М. О.¹, Казаков О. О.², Варавін В. П.¹, Зубко М. І.¹

¹ ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», м. Харків;
org@iper.com.ua

² КЗОЗ «Центр первинної медико-соціальної допомоги Дергачівського району»; kazakov_aa85@mail.ua

Натепер у нашій країні понад 80% смертей зумовлено патологіями, що об'єднуються під терміном «неінфекційні хвороби», у першу чергу — серцево-судинними, злоякісними новоутвореннями та цукровим діабетом. У багатьох епідеміологічних дослідженнях доведено зв'язок між ризиком розвитку кожної із цих типів патологій та ожирінням (ОЖ) [1].

Під ОЖ розуміють хронічне захворювання обміну речовин, яке проявляється комплексом прогресуючих метаболічних змін, надлишковим накопиченням жирової тканини, що призводить до тяжких ускладнень [2].

У більшості країн світу реєструється епідемічне зростання кількості осіб із наявністю ОЖ [3]. Тільки в Європейському регіоні, до якого належить і Україна, від пов'язаних із ОЖ захворювань щорічно помирає, за різними повідомленнями, від 320 тисяч до 1 млн осіб [4–7].

На сучасному етапі розвитку медицини встановлено, що покращити ефективність лікування ОЖ можливо тільки при проведенні адекватних профілактичних програм, для розробки яких необхідна точна інформація про частоту надлишку маси тіла в конкретному регіоні і групах населення [2]. Під надлишком маси тіла різного ступеня розуміть не тільки ожиріння (ОЖ), але й надлишкову масу тіла (надлМТ) — донозологічну форму ОЖ, яка вважається своєрідною формою адаптації до факторів зовнішнього та внутрішнього середовища організму [2].

За останні 20 років у світі на національному рівні моніторинги частоти ОЖ серед дорослого населення проведено в Албанії, Грузії, Сполученому Королівстві, в Австрії, Бельгії, Німеччині, Греції, Данії, Ізраїлі, Іспанії, Італії, Кіпрі, Латвії, Литві, Нідерландах, Словенії, Фінляндії, Франції, Швеції, Естонії та ін. [8]. Результати усіх вищезазначених досліджень були проаналі-

*Роботу виконано в межах наукової тематики лабораторії епідеміології ендокринних захворювань та організації спеціалізованої допомоги ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України» «Визначення медико-соціальних аспектів розвитку ожиріння у дорослого населення як основи оптимізації його профілактики та лікування» (державний реєстраційний № 0114 У 001203).

Установою, що фінансує дослідження, є НАМН України.

Автори гарантують відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автор гарантує відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 15.10.2014.

зовані на Європейській міністерській конференції ВООЗ по боротьбі з ОЖ (Стамбул, 2006). В резолюції цього заходу вказано [8], що сьогодні між країнами навіть Європейського регіону та між соціально-економічними групами всередині цих країн існують серйозні відмінності за показниками поширеності ОЖ. Можливо, це пов'язано з впливом навколишнього середовища та соціально-культурних детермінантів на особливості харчування та фізичної активності населення. Це обумовлює необхідність проведення не тільки національних, але і субнаціональних програм з вивчення частоти даної патології.

Що стосується України, то основним джерелом інформації про поширеність ОЖ в нашій країні протягом уже багатьох років є дані державної та галузевої статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України, а також щорічні звіти головних позаштатних спеціалістів Департаментів і Головних управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій про роботу ендокринологічних служб областей. Щорічні звіти надаються профільним науковим центрам НАМН України, що здійсню-

ють кураторську діяльність щодо ендокринологічних служб цих регіонів, зокрема ДУ «ІПЕП ім. В. Я. Данилевського НАМН України» (ДУ «ІПЕП НАМН») (Наказ МОЗ та АМН України від 28.03.2006 р. № 175/23). Проте з великою ймовірністю можна припустити, що є певний контингент населення, яке не тільки не охоплюється медичними оглядами, але й протягом року не звертається в державні лікувальні установи за медичною допомогою. До того ж, цілком ймовірна наявність похибок і в статистичній реєстрації хворих з надмірною масою тіла, що також потрібно враховувати при оцінці даних офіційної статистики.

Метою нашої роботи було проведення аналізу показників офіційної статистичної звітності щодо поширеності ожиріння серед дорослого населення 9 областей (Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Сумської, Харківської та Херсонської) Південно-Східного Регіону України за період 2000–2013 рр. та порівняння даних офіційної статистики з фактичною кількістю осіб із цією патологією на прикладі м. Харкова.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На першому етапі дослідження був проведений аналіз показників поширеності (на 100 тис. населення) ОЖ серед дорослого населення Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Сумської та Харківської областей за період 2000–2013 рр. на підставі щорічних звітів головних позаштатних спеціалістів Департаментів і Головних управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій про роботу ендокринологічних служб областей.

На другому етапі роботи був виконаний порівняльний аналіз даних офіційної звітності щодо розповсюдженості ОЖ серед населення Харківської області та результатів скринінгу цієї патології, який проводився ДУ «ІПЕП НАМНУ» серед мешканців м. Харкова.

В ході скринінгу обстежено 180 осіб,

віком 18 років і старше, які мешкають у м. Харкові понад 10 років (чоловіків/жінок — 26/154).

Соціальні характеристики обстеженої групи представлені в табл. 1.

У всіх учасників скринінгу вимірювали зріст (м), масу тіла (кг), а також обчислювали індекс маси тіла (ІМТ), згідно якому діагностували: а) нормальну масу тіла (нІМТ) при $ІМТ < 25 \text{ кг/м}^2$; б) надІМТ при $ІМТ 25\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$; г) ОЖ 1 ст. при $ІМТ$ від 30 до $34,9 \text{ кг/м}^2$; в) ОЖ 2 ст. при $ІМТ$ від 35 до $39,9 \text{ кг/м}^2$; г) ОЖ 3 ст. при $ІМТ > 40 \text{ кг/м}^2$ (класифікація ВООЗ, 1997 [9]).

Статистичний аналіз отриманих даних включав оцінку генеральних часток та їх порівняння методом кутового φ -перетворення. Перевірку статистичних гіпотез проводили на рівні $p < 0,05$ [10].

Розподіл обстежених осіб за соціальним статусом

Соціальна категорія	n	%	Чоловіки		Жінки	
			n	%	n	%
Службовці	128	71	12	7	116	64
Пенсіонери	22	12	4	2	18	10
Непрацюючі	18	9	—	—	16	9
Робітники	14	8	2	1	12	7
Всього	180	100	18	10	162	90

Примітка. n — кількість обстежених осіб.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 2000 р. поширеність ОЖ серед дорослого населення у восьми областях Південно-Східного регіону України була нижче середнього рівня по Україні (642,1 на 100 тис. населення) (рис. 1). І лише в одній Сумській області даний показник був в 1,02 рази вищим за середньоукраїнський.

За період 2000–2013 рр. у восьми з дев'яти вищевказаних областей реєстрували більш значне зростання поширеності ОЖ серед дорослого населення, ніж у середньому по Україні. Так, якщо цей показник в цілому по Україні збільшився в 1,9 разів, то по Дніпропетровській і Донецькій областям — в 2,4

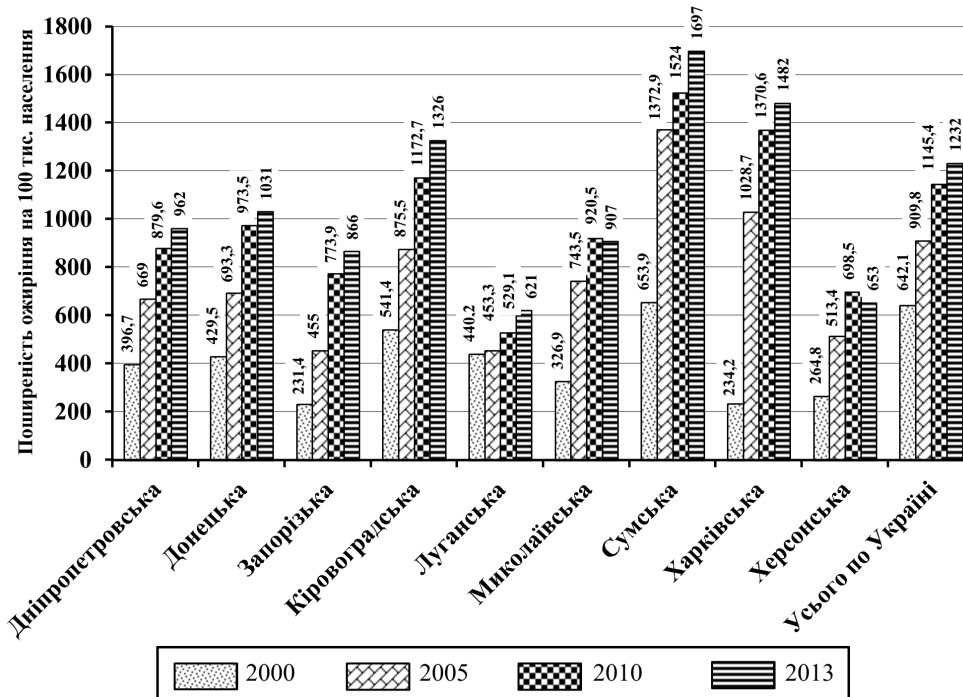


Рис. 1. Поширеність ожиріння серед населення дев'яти областей південно-східної України (за даними офіційної статистичної звітності).

рази; по Кіровоградській і Херсонській — в 2,5 разів; по Сумській — в 2,6 разів; по Миколаївській — в 2,8 разів; по Запорізькій — в 3,7 разів і максимально по Харківській — в 6,3 рази.

Станом на 1.01.2014 р. вже в трьох з дев'яти зазначених областей — Сумській, Харківській та Кіровоградській — поширеність ОЖ перевищувала середній рівень по державі в 1,4 рази, в 1,2 рази та в 1,1 рази, відповідно.

Найменший приріст поширеності ОЖ в 2013 р., по відношенню до даного показника в 2000 р., зареєстровано в Луганській області (в 1,4 рази). І це при тому, що поширеність ОЖ в області залишається нижчою в 2,0 рази за середньодержавний рівень, в 2,7 разів меншою за значення цього показника по Сумській області та в 2,4 рази — по територіально сусідній Харківській області.

На нашу думку, причини цих відмінностей слід шукати і в якості діагностики та реєстрування хворих, які мають ОЖ, у кожному з регіонів. Адже відомо, що дані державної та галузевої статистичної звітності, які проаналізовані вище, базуються не на результатах епідеміологічних досліджень, а на чисельності населення, яке відвідало у звітному році ендокринологів та сімейних лікарів, даних профілактичних оглядів серед організованого населення.

Тому з метою уточнення існуючої частоти ОЖ та надлМТ у 2014 р. ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України» розпочала скринінг надлМТ та ОЖ серед дорослого населення м. Харкова. З метою визначення частоти надлишку маси тіла різного ступеня в загальній популяції, а не тільки серед населення, яке звертається до поліклінічних установ, розпочато скринінг даних станів серед мешканців міста, який проводили за місцем їх роботи (для організованого населення) чи проживання (неорганізованого населення).

Серед 180 обстежених мешканців м. Харкова надлишок маси тіла різного ступеня реєстрували у 118 осіб (66%), серед них ОЖ — у 60 (33%), надлМТ — у 58 (33%). Тобто, з імовірністю 0,95 частота ОЖ в генеральній популяції м. Харкова повинна ре-

єструватися (за попередніми даними) на рівні від 22,9% до 63,2%. А на 100 тис. населення поширеність ОЖ повинна становити понад 20 тис. випадків на 100 тис. населення. Згідно з офіційною статистикою на 01.01.2014 р. цей показник по Харківській області дорівнює 1,482 тис. випадків на 100 тис. населення (1,5% від всього населення). Таким чином, можливо існує невідповідність отриманих в ході скринінгу результатів даним офіційної статистики. Але треба зазначити, що обстежена на цьому етапі група була досить неоднорідною за соціальними та віковими показниками. Співвідношення чоловіків до жінок, залучених до скринінгу, також не відповідало в повній мірі цьому показнику серед усього дорослого населення м. Харкова. Але отримані результати однозначно вказують на необхідність подальшого дослідження в цьому напрямку.

При оцінці отриманих даних з урахуванням віку обстежених виявлено, що серед мешканців м. Харкова віком 30–40 років надмірна маса тіла різного ступеня, у т.ч. ОЖ, реєструвалися на значуще меншому рівні (відповідно, в 1,4 рази та в 2,4 рази) у порівнянні із групою осіб віком 50–60 років (53% проти 73% та 18% проти 43%, відповідно) ($p < 0,05$). Відмінностей щодо частоти надлМТ у осіб вищезазначених вікових категорій не зафіксовано (рис. 2).

Серед осіб віком 50–60 років, на відміну від 30–40-літніх, частіше (в 2,4 рази) реєстрували ОЖ 1 ступеня (29% проти 12%) ($p < 0,05$). ОЖ 3 ступеня у обстежених віком 30–40 років не було виявлено, тоді як у 50–60-літніх воно було зафіксовано у 7%. Статистичних відмінностей в досліджених групах по частоті ОЖ 2 ступеня на даному етапі скринінгу не виявлено.

З метою попередньої оцінки статевих особливостей маси тіла групи також були розділені на чоловіків та жінок віком 30–40 і 50–60 років (табл. 2).

Слід відмітити, що незначна чисельність груп чоловіків обох вікових проміжків не дає можливості об'єктивно охарактеризувати у них досліджувані показники. Це обумовлює необхідність у додатковому залученні до скринінгу чоловіків — мешканців

Частота нормальної, надлишкової маси тіла та ожиріння серед учасників скринінгу

Маса тіла	Вік							
	30–40 років (n = 68)				50–60 років (n = 112)			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Нормальна	0	0	32	50	2	14	28	29
Надлишкова	2	50	22	34	10	72	24	25
Ожиріння 1 ст.	2	50	6	10	2	14	30	31
Ожиріння 2 ст.	0	0	4	6	0	0	8	8
Ожиріння 3 ст.	0	0	0	0	0	0	8	8
Усього	4	6	64	94	14	13	98	87

Примітка. Як у табл. 1.

м. Харкова, що і планується провести на наступних етапах дослідження.

Серед жінок віком 30–40 років надлишок маси тіла різного ступеня реєструвався у 32 із 64 (50%) із них. При цьому надліМТ мала місце у 22 із 64 обстежених (34%), а ОЖ — у 10 (16%). У віці 50–60 років

надлишок маси тіла різного ступеня відмічався у 70 з 98 обстежених жінок (71%), у тому числі ОЖ у 46 із них (47%).

При аналізі даних, що отримані в ході даного скринінгу, проведено їх порівняння із результатами епідеміологічних досліджень, виконаних Міжнародною асоціацією

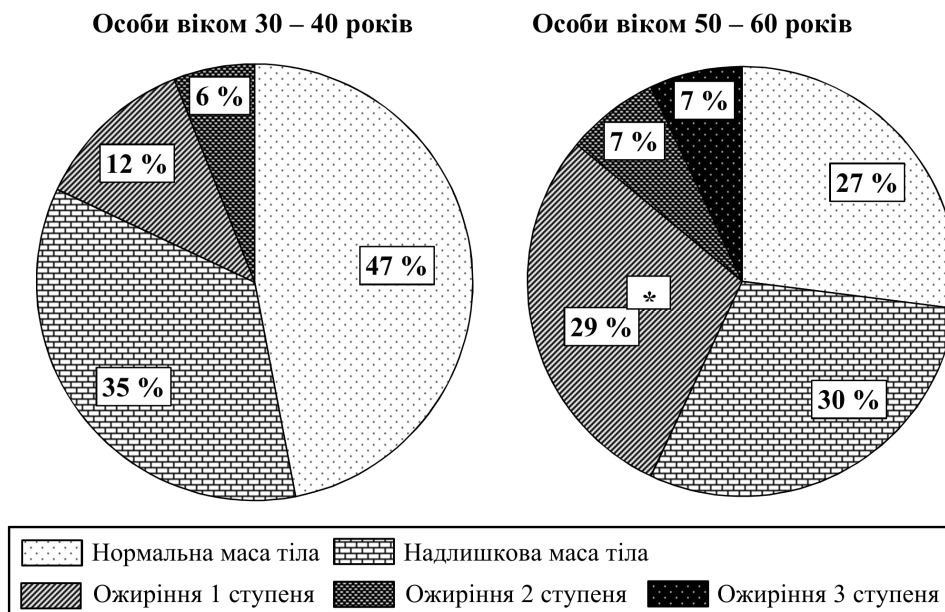


Рис. 2. Спектр маси тіла мешканців міста Харкова — учасників скринінгу, який проводився за місцем їх роботи чи проживання

Примітка. * — статистично значуща відмінність від частоти ожиріння 1 ступеня серед осіб віком 30–40 років ($p < 0,05$).

з вивчення ожиріння (IASO). Згідно з ними безперечними світовими лідерами за поширеністю ОЖ є країни Західної Європи та США. За останні 25 років у країнах Європейського Союзу (ЄС) кількість хворих на ОЖ потроїлася і склала 130 млн. Ще 400 млн осіб мають надлМТ, що в цілому становить практично 50% дорослого населення. У Російській Федерації за даними ВООЗ на 2010 р. надлМТ або ОЖ мали 46,5% чоловіків і 51,7% жінок [11].

В середньому по країнах Європейського регіону частота надмірної маси тіла серед чоловіків становить 31,9–79,3%, серед жінок — 27,8–77,8%. Поширеність ОЖ варіює від 5,4% до 22,8% серед чоловіків та від 7,1% до 35,6% серед жінок [8].

Тобто, у жителів м. Харкова частота надлМТ як серед чоловіків, так і жінок відповідає середньосвітовим показникам. За даними літератури, значно вищі рівні поширеності надлМТ зареєстровані тільки в Албанії (Тірана), Боснії і Герцеговині, Сполученому Королівстві (Шотландія), істотно нижчі — в Туркменістані і Узбекистані [8].

При проведенні порівняльного аналізу показників, що отримані на даному етапі скринінгу, із двома попередніми (серед відвідувачів поліклінічних установ загального та ендокринологічного типу) [12, 13] стає зрозумілим, що вони суттєво не відрізняються. Як вже зазначалося, ОЖ серед відвідувачів поліклінічних установ загального типу реєстрували у 37%, ендокринологічного типу — у 39%, що статистично не відрізнялося від результатів, отриманих в ході даного обстеження. Тому можна стверджувати про достатню об'єктивність даних, які отримані нами на різних етапах скринінгу.

Значну відмінність у показниках, одержаних в ході проведення скринінгу, та даних офіційної статистики можна пояснити, на нашу думку, відсутністю належного діагностування такого захворювання, як ОЖ, лікарями практичної ланки охорони здоров'я, а також відсутністю нормативної бази щодо необхідності реєстрації надлМТ. Існують

результати дослідження цього аспекту надання первинної медичної допомоги в Російській Федерації, яка має найбільш близьку до України систему надання медичної допомоги населенню [2]. Згідно з ними ступінь та тип ОЖ (відповідно до сучасних рекомендацій ВООЗ), відзначали в медичних картках лише 25,2% лікарів. Застарілими параметрами (індексом Брока) користувалися 30,2% лікарів загальної практики та 22,6% ендокринологів. Кожен десятий із опитаних лікарів загальної практики (9,9%) та 13,2% ендокринологів визначали ступінь ОЖ на підставі тільки візуального огляду. Особливо слід відзначити, що 18,9% ендокринологів зовсім не використовували у своїй роботі показники для оцінки ОЖ.

Аналогічна проблема існує і в Україні. Вирішення її можливо тільки за умови уточнення прогностичних критеріїв розвитку ОЖ у осіб із надлМТ та основних неінфекційних захворювань у осіб із ОЖ, з обов'язковим урахуванням статі, віку, соціального статусу населення України. Також необхідна оптимізація існуючих на сьогодні алгоритмів діагностики і лікування осіб із ОЖ та розробка таких для населення із надлМТ із деталізацією функціональних обов'язків лікарів різного рівня надання медичної допомоги. Неможливо суттєво покращення ситуації і без відпрацювання шляхів контролю за якістю діагностики, лікування та статистичної реєстрації пацієнтів із надлишком ваги різного ступеня. Ефективна робота в цих напрямках дасть змогу суттєво покращити ситуацію стосовно якості обліку осіб із ОЖ та проведення профілактично-лікувальних заходів з метою запобігання епідемії ОЖ серед населення регіону.

Таким чином, проведені дослідження продемонстрували актуальність та необхідність подальших досліджень стосовно діагностики і лікування осіб із надлишком ваги тіла різного ступеня та розробки ефективних методів профілактики ожиріння серед різних верств населення.

ВИСНОВКИ

1. У 33 % мешканців міста Харкова віком 30–60 років діагностовано наявність ожиріння різного ступеня.
2. Встановлена невідповідність між істинною поширеністю ожиріння в м. Харкові і показниками офіційної статистичної звітності.
3. Ожиріння 1 ступеня серед населення віком 50–60 років зустрічається в 2,4 рази частіше, ніж серед осіб віком 30–40 років.
4. Значущих відмінностей в частоті надлишкової маси тіла та ожиріння 2 ступеня серед мешканців м. Харкова віком 30–40 років та 50–60 років не виявлено.

ЛІТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Metodichni rekomendacii' z pryvodu konsul'tuvannya pacijentiv shhodo osnovnyh zasad zdorovogo harchuvannya. *Mezhdunar Jendokrinol Zhurn* 2013; 5(53):138-147.
2. Lobykina EN. Organizacija profilaktiki i lechenija ozhirenija i izbytochnoj massy tela vzroslogo naselenija krupnogo promyshlennogo centra, *Novokuzneck*, 2009: 331 p.
3. Klaus JR, Hurwitz BE, Liabre MM, et al. *J Cardio Metabolic Syndrome* 2009; 4(2):63-71.
4. Kahn R, Buse J, Ferranirini E, et al. *Diabetes Care* 2005; 38:2289-2304.
5. WHO Obesity: preventing and managing the global epidemic, *Geneva*, 2000: 253 p.
6. Health Organization, 2000, available at: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf, accessed 19 March 2007.
7. Lobstein T, et al. *Obesity Rev* 2004; 5(1):4-104.
8. Problema ozhirenija v Evropejskom regione VOZ i strategii ee reshenija, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf.
9. Kravchun NA, Kazakov AV, Karachencev Jul, et al. Saharnyj diabet 2 tipa: skrining i faktory riska, *Har'kov*, 2010: 256 p.
10. Atramentova LA. Statisticheskij analiz mediko-biologicheskikh dannyh, *Har'kov*, 2009: 80 p.
11. Romancova TI. *Ozhirenje i Metabolizm* 2011; 1:5-19.
12. Misjura EV, Il'ina IM, Romanova IP, et al. *Probl Endokryn Patologii'* 2014; 1:24-33.
13. Kravchun NA, Misjura EV, Baljuk MA, et al. *Probl Endokryn Patologii'* 2014; 4:15-26.

ЧАСТОТА ОЖИРІННЯ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ПІВДЕННО-СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Кравчун Н. О.¹, Мисюра К. В.¹, Балюк М. О.¹, Казаков О. О.², Варавін В. П.¹, Зубко М. І.¹

¹ ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», м. Харків; org@iper.com.ua

² КЗОЗ «Центр первинної медико-соціальної допомоги Дергачівського району»; kazakov_aa85@mail.ua

Проведено динамічний аналіз показників поширеності ожиріння в дев'яти областях Південного Сходу України за період 2000–2013 рр. Виявлено, що на тлі значного зростання числа хворих із ожирінням за даний період в усьому регіоні є істотні відмінності в частоті даного стану в Луганській області у порівнянні з Сумською, Харківською та Кіровоградською областями і середньодержавним рівнем. Відповідність даних офіційної статистики існуючій частоті ожиріння, а також уточнення частоти надлишкової маси тіла на прикладі м. Харкова оцінено на підставі результатів скринінгу надлишкової маси тіла та ожиріння серед 180 мешканців м. Харкова віком 30–60 років. Виявлено надлишкову масу тіла та ожиріння у 35 % та 18 % осіб віком 30–40 років та у 30 % та 43 % пацієнтів віком 50–60 років. Це свідчить про відмінність отриманих результатів з даними офіційної статистики і необхідність оптимізації лікувально-профілактичної роботи щодо надмірної маси тіла та ожиріння, в контролі якості надання медичної допомоги населенню з патологією ваги. Найбільшої уваги щодо лікування ОЖ потребують жінки у віці 50–60 років, щодо профілактики розвитку його із надлишкової маси тіла – чоловіки цієї вікової категорії.

К л ю ч о в і с л о в а: ожиріння, надлишкова маса тіла, міське населення, поширеність, офіційна статистика.

ЧАСТОТА ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮГО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ

Кравчун Н. А.¹, Мисюра Е. В.¹, Балук М. А.¹, Казаков А. А.², Варавин В. П.¹,
Зубко М. И.¹

¹ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины»,
г. Харьков; org@iper.com.ua

²КУЗ «Центр первичной медико-социальной помощи Дергачевского района»; kazakov_aa85@mail.ua

Проведен анализ показателей распространенности ожирения в девяти областях Юго-Востока Украины за период 2000–2013 гг. Установлено, что на фоне значительного роста числа пациентов с ожирением за данный период во всем регионе имеются существенные различия в частоте данного состояния в Луганской области в сравнении с Сумской, Харьковской и Кировоградской областями, а также среднегосударственным уровнем. Соответствие данных официальной статистики существующей частоте ожирения, а также уточнение частоты избыточной массы тела на примере г. Харькова оценено на основании результатов скрининга избыточной массы тела и ожирения среди 180 жителей г. Харькова возрастом 30–60 лет. Выявлено избыточную массу тела и ожирение у 35 % и 18 % лиц возрастом 30–40 лет и у 30 % и 43 % пациентов возрастом 50–60 лет, что свидетельствует о несоответствии полученных результатов данным официальной статистики. Следовательно, имеется необходимость в оптимизации лечебно-профилактической работы относительно избыточной массы тела и ожирения, в контроле качества оказания медицинской помощи населению с патологией веса. Наибольшего внимания относительно лечения ожирения следует уделять женскому населению возрастом 50–60 лет, относительно профилактики развития его из избыточной массы тела — мужчинам данной возрастной категории.

К л ю ч е в ы е с л о в а: ожирение, избыточная масса тела, городское население, распространенность, официальная статистика.

FREQUENCY OF OBESITY AMONG ADULT POPULATION SOUTHEAST REGION OF UKRAINE

N. A. Kravchun¹, K. V. Misyura¹, M. O. Baluk¹, O. O. Kozakov², V. P. Varavin¹, M. I. Zubko¹

¹SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine», Kharkiv;
org@iper.com.ua

²HPU «Center of primary health and social care Dergachevsky region»; kazakov_aa85@mail.ua

It was analyzed the prevalence of obesity in nine regions of South-East Ukraine for the period 2000–2013. It was found that despite the significant increase in the number of patients with obesity during this period in the region, there are significant differences in the frequency of this condition registration in the Luhansk region compared to Sumy, Kharkiv and Kirovograd, where the prevalence of obesity higher than the country's average level, respectively, 1.4, 1.2 and 1.1 times. Compliance with existing official statistics frequency of obesity and adjusting the frequency of overweight on the example of Kharkiv evaluated on the basis of the screening of overweight and obesity among 180 residents of Kharkiv aged 30–60 years. It was found that overweight and obesity recorded at the same level — 33 % of them, indicating a statistically significant ($p < 0.001$) discrepancy of the results of official statistics. So there is a need to optimize clinical work on excessive weight gain and obesity in the control of the quality of medicare to the population with pathology weight.

K e y w o r d s: obesity, overweight, urban population, official statistics.