



Я. В. Нікіфорова

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику

Харчуватися треба так, щоби їжа була ліками, а не ліки — їжею...

Представлено сучасні дані щодо особливостей харчової поведінки та харчового статусу хворих з метаболічними чинниками ризику. Різноманітність клінічних форм і варіантів коморбідності захворювань з метаболічними порушеннями ускладнює їх профілактику і вимагає підвищення ефективності терапії. Наведено основні дані про вивчення харчової поведінки та харчового статусу — незалежних чинників ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань — для подальшої корекції дієтотерапії та розробки схем персоналізованого раціонального харчування у хворих з метаболічними чинниками ризику.

Ключові слова: харчова поведінка, харчовий статус, метаболічні чинники ризику, корекція, персоналізоване раціональне харчування.

Дослідження останніх років довели прямий зв'язок характеру та кількості їжі з розвитком і прогресуванням метаболічних порушень [2, 3, 5, 10].

На сучасному етапі харчову поведінку (ХП) оцінюють не тільки як компонент способу життя, спрямований на задоволення фізіологічних та психологічних потреб, до складу якого входять: вибір, способи готування та прийому їжі, умови та наслідки харчування для організму в цілому, а й як вагому незалежну складову чинників ризику хронічних неінфекційних захворювань. Терміном «харчовий статус» (ХС) характеризується стан здоров'я, що утворився на тлі конституціональних особливостей організму під впливом фактичного харчування.

За даними досліджень, що проводилися Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), в останні десятиліття спостерігається постійне зростання хронічних неінфекційних хвороб, зумовлених різноманітними порушеннями харчової поведінки та харчового статусу [1, 4, 5, 7, 10].

Профілактичний напрям медицини набирає обертів у всьому світі. Глобальна стратегія ВООЗ у сфері раціону харчування, фізичної активності та здоров'я поставила перед світовою спільнотою

мету, що полягає «в охороні та зміцненні здоров'я за рахунок забезпечення орієнтирів для розвитку стійких дій на громадському, національному та глобальному рівнях, які, взяті воедино, приведуть до скорочення показників захворюваності та смертності, пов'язаних з нездоровим раціоном харчування і недостатньою фізичною активністю». При цьому визначені основні завдання, одним з яких є модифікація ХС та ХП — розширення загального усвідомлення і розуміння ролі раціону харчування та фізичної активності як детермінантів здоров'я населення та позитивного потенціалу профілактичних заходів.

Раціональне харчування — базис здорового способу життя і здоров'я, основа успішної профілактики та ефективного лікування практично всіх соматичних захворювань, зокрема патології травної системи [4]. Незважаючи на значні фундаментальні досягнення гастроентерології, впровадження в практику нових медичних технологій, безперервне вдосконалення методів і способів діагностики та лікування гастроентерологічних захворювань [4, 5, 13, 15], поширення патології системи травлення залишається досить високим. Отримані результати, з одного боку, підтверджують актуальність прийняття і реалізації на практиці регіональних програм здорового способу життя та здорового харчування серед

населення країни, з іншого — вони диктують необхідність оптимізації тактики ведення пацієнтів з надмірною масою тіла, ожирінням і коморбідними гастроентерологічною та кардіологічною патологіями в первинній ланці охорони здоров'я, а також при наданні спеціалізованої медичної лікарської допомоги як в амбулаторних умовах, так і в умовах стаціонарів.

Порушення харчової поведінки є довготривалим (часто соціозумовленим) процесом, що клінічно відображається спочатку в порушеннях харчового статусу, а потім — у розвитку та прогресуванні таких захворювань, як ожиріння, неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), артеріальна гіпертензія (АГ), цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу), жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) та ін. [1–3, 5, 7, 10, 15, 17].

Про актуальність удосконалення схем профілактики та лікування даних захворювань немає необхідності й говорити, бо ці нозології мають характер пандемій сучасного століття. На розвиток та прогресування цих хвороб впливають численні чинники, серед яких важливе місце посідають ті, які можливо модифікувати. Вагомими складовими етіопатогенезу хронічних неінфекційних захворювань, що супроводжуються метаболічними порушеннями, є ХП та ХС. Без урахування специфіки ХП та особливостей ХС неможливо вибудувати адекватні схеми профілактики та лікування цих захворювань.

Типи порушення харчової поведінки

Виділяють три типи порушення ХП: емоційний, обмежувальний та екстернальний.

Розвиток **емоційного типу порушення ХП** є формою захисту від щоденних стресів. За даними клінічних досліджень, понад 60 % хворих на ожиріння мають емоційний тип порушення ХП [2]. Його синоніми — гіперфагічна реакція на стрес або емоційне переїдання. У хворих з надмірною масою тіла дуже часто (15–20 %) діагностується один з підтипів емоційного типу порушення ХП — компульсивне переїдання. Цікавим є факт, що у хворих, які перебувають на лікуванні з приводу ожиріння, різко збільшується процент цього типу порушення ХП, складаючи близько 50 % [2, 5, 14]. Ці дані доводять, що неправильна дієтотерапія провокує порушення ХП хворих з надмірною масою тіла або ожирінням, що ще більше погіршує нутритивний статус хворих та обтяжує перебіг хвороби, формуючи замкнуте коло. В основі іншого виду емоційного підтипу ХП лежить порушення режиму харчування — так званий «синдром нічної їди», який спостерігається дещо рідше, приблиз-

но у 9 % хворих на ожиріння [2, 3, 6, 7, 14]. Він характеризується нічною тріадою: рання анорексія та вечірнє і нічне переїдання, що категорично суперечить правильному режиму харчування. Це є важливим фактом при призначенні дієтичних рекомендацій хворим, бо зобов'язує до чіткого виконання приписів режиму харчування — основи дієтичних рекомендацій.

Обмежувальний тип порушення ХП виникає при самообмеженнях та використанні занадто суворих дієт, які тільки погіршують психосоматичний стан хворих. Практично 100 % хворих на ожиріння регулярно використовують нераціональні самообмеження в їді, які потім змінюються невтримним переїданням з прогресуючим інтенсивним збільшенням їхньої ваги. Ці самообмеження є причиною недотримання дієтичних рекомендацій лікарів і повинні враховуватися при корекції ХП спеціалістами. В основу дієтичних рекомендацій таким хворим повинні бути покладені поступові зміни раціону харчування.

Екстернальний тип порушення ХП характеризує культурально зумовлене ставлення до харчування як до засобу комунікації, заохочення та подяки. Тією чи іншою мірою цей тип ХП відзначається у всіх хворих на ожиріння [1–4, 14]. У здорових людей з нормальною вагою реакція на зовнішні харчові стимули спостерігається лише в стані голоду на відміну від хворих з надлишковою вагою або ожирінням. Крім того, стан голоду в людей з нормальною вагою прямо пропорційний інтервалу прийому їжі та залежить від складу та кількості їжі, чого не спостерігається в хворих на ожиріння. Переїдання є основною причиною подальшого набирання ваги й зумовлене в гладких хворих запізною реакцією на відчуття ситості. Механічне переповнення шлунка є критерієм ситості для таких хворих, що слід також враховувати при призначенні корекції ХП.

Велика кількість різноманітних дієт, що, переважно, характеризують обмежувальний тип порушення ХП, ще більше ускладнюють проблему надмірної маси тіла та ожиріння — надмірні або хаотичні харчові обмеження, порушення режиму та об'єму їжі, що час від часу характерні для усіх хворих, ще більше погіршують обмін речовин та негативно впливають не тільки на метаболізм, а й на загальний психосоматичний стан хворих як на ожиріння, НАЖХП, АГ, ЖКХ, так і на інші нозології, пов'язані з порушенням ХП.

Сучасна харчова поведінка та харчовий статус

У більшості економічно розвинених країн світу спостерігається виражена тенденція до зрос-

тання кількості хворих з порушенням ХП, що супроводжується значними метаболічними розладами [2, 3, 5, 10, 20]. За даними ВООЗ, у багатьох країнах Європи, зокрема в Україні, з проблемою надлишкової ваги стикаються від 20 до 30 % населення. Тоді як у США від ожиріння страждають понад 50 % населення. Фахівці підрахували, що через 4 роки в світі буде 2,3 млрд людей, що страждають на ожиріння та супутній йому захворювання.

Якщо в економічно розвинених країнах це пов'язано з матеріальним благополуччям — малорухливий спосіб життя у поєднанні з доступністю харчових продуктів, то в недостатньо розвинених країнах це зумовлено поганою якістю продуктів, що призводить до незбалансованої структури та порушень режиму харчування.

У незалежних від економічної ситуації країнах чинником ризику виникнення хронічних неінфекційних захворювань, що супроводжуються метаболічними розладами та порушеннями ХС, є порушення ХП.

В Україні ХС та ХП населення також потребують вивчення та корекції, що підтверджується невтішною статистикою: 16 % чоловіків та 26 % жінок страждають від ожиріння, а понад 50 % населення мають надлишкову вагу [2, 5, 6]. Популярність фаст-фудів та напівфабрикатів, які коштують дешевше та потребують менших зусиль для приготування, продовжує погіршувати ХС населення в поєднанні з малорухливим способом життя та частими емоційно-стресовими ситуаціями.

Доведено, що модифікація способу життя та зменшення маси тіла хворих ожирінням, НАЖХП, гіпертонічною хворобою, ЦД 2 типу та метаболічним синдромом у цілому за допомогою раціонального харчування на тлі медикаментозного лікування призводить до більш швидкого клінічного, біохімічного та гістологічного поліпшення [9]. Відомий факт, що до ефективної немедикаментозної корекції метаболічних порушень переважно належать корекція ХС пацієнтів та призначення помірних фізичних навантажень. Шляхом модифікації способу життя поведінкові чинники ризику розвитку метаболічних порушень можуть бути успішно подолані.

Головною метою дослідження ХС та ХП пацієнтів є їхня подальша корекція залежно від різних типів порушень ХП з метою наближення до раціонального харчування. Своєчасне виявлення різних типів порушень ХП дасть змогу проводити відповідну корекцію харчування хворих — первинну та вторинну профілактику прогресування захворювань та підвищити ефективність медикаментозного лікування.

Комплаєнс пацієнтів до виконання схем профілактики та лікування хронічних неінфекційних захворювань можливо значно підвищити врахуванням особливостей ХП хворих.

Харчова поведінка та ожиріння

Існує невелика кількість досліджень щодо типів порушення ХП у хворих на ожиріння, що підтверджують наявність кореляційних зв'язків між метаболічними чинниками ризику та типами ХП цих хворих [2, 5, 7, 10, 15]. У 60 % випадків у пацієнтів з ожирінням відзначається емоціогенний тип порушення ХП [2, 5, 14], причому 40 % хворих на ожиріння активних скарг на переїдання не пред'являють [2, 4–7, 10]. У дослідженні порушень ХП у хворих на ожиріння встановлено, що провідними патогенетичними чинниками формування розладів ХП у пацієнтів з екзогенно-конституційним ожирінням є спадкова схильність, культурально зумовлені стереотипи харчування, особливості харчового раціону та низька рухова активність [2, 7, 8, 10, 15].

В Україні проблема надлишкової ваги також пов'язана з неправильним харчуванням (з великою кількістю насичених жирів за рахунок жирного м'яса, сала, масла та обмеженою кількістю овочів) у поєднанні з малорухливим способом життя як жіночої, так і чоловічої частини населення різної вікової категорії — 16 % чоловіків та 26 % жінок страждають від ожиріння, а понад 50 % населення мають надлишкову вагу [5]. Популярність фаст-фудів та напівфабрикатів, які коштують дешевше, продовжують погіршувати ХС населення.

Енергетична цінність і хімічний склад раціону харчування пацієнтів з різним типом ХП також мають відмінності. За даними клінічних досліджень ХП хворих з надлишковою вагою та ожирінням, енергетична цінність раціону була найвищою в групі з екстернальним типом ХП ((2555 ± 219) ккал). У цій же групі споживалася найбільша кількість вуглеводів ((358,2 ± 42,0) г), жирів ((105,7 ± 9,3) г), білків — (70,5 ± 6,4) г. Найбільша частка продуктів з високим глікемічним індексом визначалася в раціоні пацієнтів з емоціогенним типом ХП — 24,1 % (p < 0,05). У 66,5 % випадків пацієнти відзначали, що у вечірній час (після 18 год) споживають більше 55 % добового раціону. Частіше це порушення спостерігалось в осіб з емоціогенним типом ХП (70,0 %) [15].

Ожиріння та надлишкова вага — найпоширеніший вияв порушення ХП та ХС, що лежить в основі подальших метаболічних порушень. ХП останніми роками є незалежним чинником ризи-

ку розвитку різних коморбідних станів. За даними клінічних досліджень останніх років, поширеними є поєднання ожиріння з НАЖХП, АГ, ЦД 2 типу, захворюваннями гепатобіліарного тракту (ЖКХ та хронічними холециститами), а також порушенням кишкової мікробіоти. Це зумовлює необхідність корекції ХП та ХС у даних груп хворих з метою як профілактики, так і вдосконалення лікування.

Вплив корекції харчової поведінки у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки

Корекція ХС та ХП є дуже важливою у профілактиці та лікуванні НАЖХП. Своєчасне виявлення та проведення різноманітних профілактичних заходів з приводу корекції ХП та медикаментозного лікування дає змогу зменшити число не тільки важких форм захворювання НАЖХП (стеатогепатит з високою активністю, цироз печінки та гепатоцелюлярна карцинома) [17], а й запобігти кардіоваскулярним подіям (інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу), асоційованим з НАЖХП [6, 11, 18]. Модифікація вуглеводного обміну у хворих на НАЖХП за допомогою призначення раціонального харчування з корекцією вуглеводного обміну призводить до поліпшення показників ліпідного спектра крові, знижуючи ризик кардіоваскулярних захворювань (КВЗ) [11, 18, 20]. Так, на сьогодні доведеним є факт розвитку НАЖХП у пацієнтів не тільки з ожирінням або надмірною масою тіла (індексом маси тіла (ІМТ) ≥ 25 кг/м²), а й з нормальною вагою. Порушення ХП, які призводять до незначного збільшення маси тіла, може порушувати перерозподіл ліпідів у тканинах та їх нормальний метаболізм, що своєю чергою підвищує ризик КВЗ у таких хворих [17].

У дослідженні пацієнтів з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) втрата ваги тіла внаслідок зміни способу життя (дієта, зміна ХП і 200 хв на тиждень помірної фізичної активності протягом 48 тиж) показана як кращий засіб для поліпшення гістологічної картини печінки [14]. Інтенсивні зміни 9,3% втрати ваги призвели до зменшення стеатозу, некрозу і запалення. Важливо зазначити, що учасники з $\geq 7\%$ втрати ваги мали значне зменшення стеатозу, лобулярного запалення, балонної дистрофії, показників НАЖХП (NAFLD Activity Score (NAS)) [14]. Аналогічні дані наведені в дослідженні Harrison і співавт. (2010), де учасники, що втратили $> 5\%$ маси тіла, мали достовірне зменшення стеатозу, в той час як пацієнти з $\geq 9\%$ втратою ваги мали ще більше

зменшення стеатозу, глобулярного запалення, балонної дистрофії і показників NAS [9]. Ці дослідження доводять важливість зміни ХС за допомогою впливу на ХП, перебіг та розвиток ускладнень НАЖХП.

Низка останніх досліджень з використанням МР-спектроскопії проводилася для оцінки змін вмісту ліпідів у печінці у відповідь на модифікацію способу життя. Результати цих досліджень з використанням різних заходів, а саме виключно дієти [2, 20] або в комбінації з призначенням різних вправ [8, 12, 20], послідовно засвідчили значне зниження ліпідів у печінці в середньому на 40% (від 20 до 81%). Ступінь зменшення вмісту ліпідів у печінці був пропорційний інтенсивності зміни способу життя і зазвичай потребував зменшення маси тіла від 5 до 10% [5, 11, 16, 20, 21]. Не менш поширеним коморбідним станом сьогодення є сполучення НАЖХП з абдомінальним ожирінням. У понад 60% пацієнтів з абдомінальним ожирінням у поєднанні з АГ виявляються лабораторно-інструментальні ознаки НАЖХП [16, 18]. Доведено, що модифікація способу життя та зменшення маси тіла цієї категорії хворих за допомогою дієти або медикаментозної корекції протягом 6 місяців призводить як до біохімічного, так і клінічного поліпшення [9]. Проте немає достовірних даних про значення ХП у дієтотерапії хворих з НАЖХП. У трьох дослідженнях з використанням МР-спектроскопії (F. Shojaee-Moradie, 2007; S. Bonekamp, 2008; G. J. van der Heijden та співавт., 2010) оцінювався вплив виключно фізичних вправ без дієтичних змін на жирову дистрофію печінки. Оцінювалася динаміка ваги та метаболічних чинників ризику. За результатами досліджень виявлено, що вміст ліпідів у печінці зменшився без істотної зміни ХС, а саме маси тіла. Висновком цих досліджень є необхідність поєднання раціональної дієтотерапії з фізичними навантаженнями, що дає змогу більш результативно впливати на метаболічні показники хворих із хронічними неінфекційними захворюваннями. Результати досліджень підтверджують важливість раціонального харчування у перебігу та прогресуванні НАЖХП. Тому у хворих з НАЖХП слід впроваджувати персоніфіковане раціональне харчування з обов'язковою корекцією ХС з урахуванням типу ХП.

Харчова поведінка та захворювання біліарного тракту

Хвороби біліарного тракту (хронічний холецистит та ЖКХ) спостерігаються найчастіше серед усіх захворювань шлунково-кишкового

тракту (близько 80 %). Коморбідність патології біліарного тракту з ожирінням — епідемією сучасного століття — є дуже актуальною, бо характеризує найпоширеніші неінфекційні хвороби сучасності, корекція яких є вкрай необхідною.

Клінічними дослідженнями доведено, що у хворих з патологією біліарної системи порушення ХП зустрічається як при надлишкової вазі, так і при нормальній масі тіла — 100 % та 88,9 % відповідно [3]. Виявлення порушень ХП у групі пацієнтів з нормальною вагою та хронічними холециститами говорять про ризик виникнення в майбутньому надлишкової ваги та ожиріння. Раціональний тип ХП зустрічається серед цих хворих дуже рідко, що є стимулом подальшого спостереження за хворими та свідчить про необхідність корекції ХС до раціонального та ХП з поступовим персоналізованим наближенням до раціонального харчування.

За даними клінічних досліджень, серед хворих із хронічними холециститами обмежувальний тип ХП зустрічається у приблизно 52 % хворих: з нормальною вагою — у 73 % та у 87 % з надлишковою вагою, тоді як при ожирінні — у 28 %. Це можна пояснити виявленими порушеннями режиму харчування хворих з ожирінням, у яких послідовні переїдання змінювалися наступними голодуваннями. За анкетуванням пацієнтів з нормальною вагою, виявилася наявність повного обмеження в переїданні згідно з дієтою при захворюваннях жовчного міхура (дотримання столу № 5). Емоціогенний тип ХП переважав у хворих із хронічним холециститом на тлі ожиріння або надлишкової ваги — 78 % та 76 % відповідно. При нормальній вазі емоціогенний тип ХП виявлений у 44 % — додатковий чинник ризику виникнення надлишкової ваги в цій групі досліджуваних. Екстернальний тип ХП виявився більш характерним для хворих з надлишковою вагою, ніж при ожирінні. Висока частота цього порушення є підтвердженням залежності хворих від зовнішніх чинників та обставин, ніж від внутрішнього гомеостазу в організмі. Це також підтверджує високий відсоток екстернального типу порушень ХП у пацієнтів з нормальною вагою — 58 % [3]. Таким чином, обмежувальний та емоціогенний типи ХП частіше спостерігалися у хворих із хронічним холециститом та ожирінням, а екстернальний тип ХП — у хворих з надлишковою вагою та нормальною масою тіла.

Аналогічні дані отримані при дослідженні хворих з жовчнокам'яною хворобою. Хворі з порушеннями у ХС мали достовірні порушення ХП. Хворі з ожирінням також мали найбільший відсоток обмежувального типу ХП, виявленого

за допомогою анкетування. Періоди, коли хворі замислювалися над своєю вагою, супроводжувалися дотриманням дієт або взагалі голодуванням, яке, на жаль, часто супроводжувалося періодами неконтрольованого переїдання [1]. Крім того, клінічними дослідженнями доведено, що у хворих з метаболічним синдромом або окремими його виявами часто розвивається ЖКХ. Доведені прямі кореляційні зв'язки між антропометричними даними ХС та імунологічними маркерами конкрементоутворення.

Виявлені типи порушення ХП є незалежними чинниками ризику виникнення або обтяження перебігу хвороби і, безумовно, потребують відповідної корекції на підставі модифікації способу життя, базисним компонентом якої є призначення персоналізованого раціонального харчування.

Харчова поведінка у хворих з артеріальною гіпертензією та ожирінням

За даними клінічного дослідження хворих з АГ та абдомінальним ожирінням [6], серед усіх пацієнтів найчастіше виявляються емоціогенний та екстернальний типи ХП (по 67 %). У 19 (26 %) пацієнтів діагностовано поєднання трьох типів порушень ХП, 90 % з них — особи жіночої статі. Гендерні відмінності в типах ХП виявляються у переважанні у жінок всіх типів ХП порівняно з чоловіками, й особливо часто виявляється поєднання трьох типів ХП. Під час проведення кореляційного аналізу виявлено, що обмежувальний тип ХП асоціювався з тривалістю АГ ($r = 0,36$; $p = 0,04$), з тривалістю ожиріння ($r = 0,43$; $p = 0,01$). Ймовірно, зі збільшенням стажу АГ і ожиріння пацієнти вдаються до обмеження вживання їжі, яке набуває патологічного характеру, відображаючись у порушенні ХП. Кореляційні зв'язки з наявністю обтяженої спадковості за АГ відображають можливу генетичну детермінованість типів ХП, що узгоджується з даними зарубіжних авторів, які вивчали роль спадковості у формуванні ХП у дослідженнях за участю близнюків у Кореї [19]. Важливими є не тільки генетичні чинники, а й родинні чинники харчових звичок, що зумовлюють набуття певного типу ХП з дитинства [10]. Отже, корекцію порушень ХП і роботу з формування нормальної патерну ХП необхідно проводити всередині сім'ї пацієнта і якомога раніше.

Харчова поведінка та методи її вивчення

ХП можна представити як спосіб життя і дій в різних умовах, що включає в себе пошук, вибір, поглинання їжі з урахуванням її властивостей для забезпечення організму енергетичними та

пластичними матеріалами, досягнення психологічного комфорту від її прийому.

Вивчення ХП проводиться за допомогою спеціально розроблених опитувальників. Одним з найпоширеніших є Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), розроблений для виявлення обмежувального, емоціогенного і екстернального порушення ХП. Опитувальник містить 33 запитання, кожне з яких має 5 варіантів відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» і «дуже часто», що згодом оцінюються за шкалою від 1 до 5, за винятком 31-го пункту, що має зворотні значення. Для підрахунку балів у опитувальнику по кожній шкалі потрібно скласти значення відповідей за кожним пунктом і розділити отриману суму на кількість запитань за цією шкалою. Середні показники обмежувального, емоціогенного і екстернального порушення ХП для людей з нормальною вагою становлять 2,4; 1,8 і 2,7 бала відповідно. Якщо з якоїсь шкали набрано балів більше за середнє значення, можна діагностувати порушення в харчовій поведінці.

Харчовий статус організму і методика його вивчення

Вивчення ХС ґрунтується на вивченні стану здоров'я як показника адекватності індивідуального харчування. Узагальнена характеристика стану здоров'я та особливостей харчування конкретної людини необхідна для визначення обсягу та характеру лікувально-діагностичних, дієтичних та гігієнічних заходів.

Методологія оцінки ХС включає визначення показників функції харчування, харчової адекватності (виявлення ознак харчової недостатності, надмірності або незбалансованості раціону) і захворюваності. Під функцією харчування розуміють систему обмінних процесів, нейрогуморальна регуляція яких забезпечує відносну сталість внутрішнього середовища організму (гомеостаз). Функцію харчування оцінюють за показниками процесів травлення та обміну речовин: білкового, жирового, вуглеводного, вітамінного, мінерального, водного.

Захворюваність тісно пов'язана з ХС і зумовлена різними порушеннями харчування, зокрема й надмірним харчуванням.

Серед об'єктивних показників найінформативнішими для оцінки ХС є:

1. Соматоскопічні: огляд тіла людини або (вибірково) групи людей досліджуваного колективу дає змогу виявити цілу низку ознак, які кількісно і якісно характеризують їх харчування. При загальному огляді тіла визначають консти-

туційний тип (нормо-, гіпо-, гіперстенік), гармонійність статури, деформації скелета, ребер, плоскостопість, викривлення ніг (як ознаки перенесеного рахіту), вгодованість (норма, схуднення, ожиріння), блідість, синюшність шкіри, слизових оболонок, нігтів, їх деформації, ламкість як ознаки білкової, вітамінної, мікроелементної недостатності в харчуванні. При огляді слизових оболонок очей можна виявити ксероз, кератомалачію, блефарит, кон'юнктивіт, світлобоязнь як ознаки гіповітамінозу А та ін.

2. Соматометричні: вимірювання довжини, маси тіла, окружності грудної клітки, плеча, попереку, таза, стегна, товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки, на задній поверхні середини плеча, на бічній поверхні грудної клітки, живота (каліпером).

3. Фізіометричні. Енергетичну і пластичну повноцінність харчування оцінюють за визначенням мускульної сили (ручна або станова динамометрія — ергометри), зміни пульсу та дихання після фізичних навантажень, за показниками, що характеризують стомлюваність, — треметрія, хронорефлексометрія, пошук чисел та ін.

Забезпеченість організму вітамінами оцінюють за допомогою низки функціональних проб — резистентність капілярів, адаптометрії та ін.

4. Клінічні: визначення симптомів хвороб аліментарного походження (захворювань печінки, жовчного міхура, подагри, гіпо-, авітамінозів та ін.).

5. Біохімічні: показники крові і сечі, гематологічні та інші показники ХС окремої людини або колективу, який характеризується однакоvim харчуванням і режимом праці, може бути вивчений і оцінений також шляхом порівняння енергетичних витрат організму, зумовлених вагою, напруженістю виконуваної роботи і розрахованих на їх основі потреб у харчових речовинах і лабораторними дослідженнями кількості та якості компонентів добового харчового раціону.

Останніми роками діагностичного значення під час вивчення ХС набуває оцінка мікробіоценозу кишечника, стан якого прямо корелює з фактичним харчуванням: збалансованістю в раціоні білків, вуглеводів, харчових волокон, вітамінів, мінералів, а також наявністю в харчуванні пребіотичних і пробіотичних компонентів [17].

6. Біоімпедансометрія. Поряд з традиційними антропометричними методами для цілей дослідження нутритивного статусу широко застосовуються біофізичні методи [1, 2]. Найпоширенішим з них є біоімпедансний аналіз — оперативний, неінвазивний і високоінформативний метод сучасної нутриметаболоміки, що може вико-

ристовуватися в клінічних та амбулаторних умовах [3, 4]. Біоімпедансний аналіз складу тіла — це діагностичний метод, що дає змогу на підставі вимірних значень електричного опору тіла людини й антропометричних даних оцінити абсолютні та відносні значення параметрів складу тіла і метаболічних корелятивів, співвіднести їх з інтервалами нормальних значень ознак, оцінити резервні можливості організму і ризики розвитку певних захворювань. Біоімпедансний аналіз дає змогу отримати достовірні оцінки жирового, білкового і водного обміну і низки метаболічних корелятивів. Для вимірювань використовуються спеціальні прилади — біоімпедансні аналізатори складу тіла зі спеціальним програмним забезпеченням.

Способи корекції харчової поведінки та харчового статусу на сучасному етапі

Одним з найголовніших способів корекції ХС та ХП є призначення персоніфікованого раціонального харчування. Не менш важливою є динамічна співпраця терапевтів, гастроентерологів, дієтологів та, за необхідністю, психологів.

ХП та ХС — чинники, що можливо і необхідно модифікувати.

Зменшення маси тіла вже саме по собі є одним зі значущих лікувальних впливів на організм. При зменшенні ваги на 10 кг можливе зниження смертності, у разі гіпертонії — систолічного і діастолічного артеріального тиску на 10 мм рт. ст., при цукровому діабеті — рівня глюкози крові натще, при НАЖХП та АГ — істотне зниження концентрації атерогенних ліпідів у крові і т. д. Тому стає зрозумілим, наскільки важливо досягти зменшення маси тіла, особливо при наявності супутньої серцево-судинної патології.

Раціональне харчування і вживання харчових речовин, корисних для організму, в усі часи було пріоритетним. Починати будь-яке лікування чи профілактику завжди потрібно з модифікації режиму харчування і нормалізації травлення з урахуванням особливостей ХП кожного хворого. Слід враховувати відмінності очікувань пацієнта і лікаря відносно корекції маси тіла. Пацієнт бажає швидкого і значного (у середньому до 20%) зменшення ваги, лікар же, навпаки, має прагнути до поступового і повільного зменшення маси тіла на 10–15%. Пацієнт сподівається на короткочасні харчові обмеження. Лікар розуміє, що розроблена дієта повинна дотримуватися пацієнтом протягом усього життя з поступовими змінами ХП хворого. Для пацієнта зменшення ваги — це косметичний ефект і поліпшення фізичної форми, тоді як для лікаря — утримання

ваги пацієнта у межах, оптимальних для здоров'я, зменшення виявів супутньої патології та нормалізації нутритивного статусу.

Успішне лікування хронічних неінфекційних хвороб, які супроводжуються метаболічними порушеннями, можливе лише при ефективній співпраці пацієнта і лікаря, що володіє сучасними принципами комплексного ведення цих пацієнтів з урахуванням їх індивідуальних особливостей ХС і типу ХП.

Модератором співпраці «дуету» пацієнт — лікар є ведення харчового щоденника, який допомагає не лише контролювати калораж їжі, її склад та режим харчування, а й посилює мотивацію хворого до виконання наданих рекомендацій, дає змогу динамічно виправляти раціон згідно з уподобаннями хворих. Усе це підвищує комплаєнтність пацієнтів та забезпечує ефективнішу дієтотерапію. Одночасно з призначенням дієтотерапії повинна проводитися корекція ХП. Хворий поступово повинен зрозуміти, що дієта — це не тимчасовий припис лікаря, а його подальший спосіб життя.

Поведінкова модифікація

Основним видом лікування порушень ХП є поведінкова модифікація. Її суть — поступова зміна неправильного способу життя пацієнта. Насамперед це стосується виправлення порушеного харчового стереотипу, зниження домінуючої ролі харчової мотивації, ліквідації неправильних зв'язків між емоційним дискомфортом і прийомом їжі і т. д. Нові харчові навички бажано давати пацієнтові не всі відразу, а поступово — по одній-дві на тиждень або повільніше. Поступове, а не одномоментне виключення з раціону висококалорійних продуктів дає змогу уникнути дієтичної депресії, яка обов'язково виникає при різкій зміні звичного стилю їди і часто потребує участі психотерапевта. Слід поступово привчати пацієнта їсти в суворо певний час, дуже повільно, в одному і тому ж зручному місці, за добре сервірованим столом, у кімнаті, а не на кухні, — це виключає можливість переїдання. Щоб хворий зумів виконати цю дуже важливу рекомендацію, треба надати конкретні поради, наприклад, нарізати їжу на дуже маленькі шматочки; повільно і ретельно пережовувати їжу до стану однорідної маси; з'ївши половину порції, зробити перерву на 3–5 хвилин і тільки потім продовжити їсти; під час їди думати про їжу й отримувати від неї задоволення. У перші місяці терапії, коли харчові обмеження даються важко і ще не ввійшли в звичку, слід уникати ситуацій, що сприяють переїданню (наприклад, не ходити в гості і не приймати гос-

тей). Всі харчові обмеження пацієнта рекомендується обов'язково поширювати на всю сім'ю. Крім того, у холодильнику хворого в жодному разі не повинні перебувати продукти, які йому заборонені. Ця рекомендація дає змогу знизити екстернальні ХП, уникнути непотрібної напруженості в сім'ї і зробити близьких не пасивними спостерігачами, а односторонніми й активними учасниками лікування. Потрібно намагатися зупинити у хворого звичний стереотип «заїдати» стреси. Щоб зменшити вияви емоціогенної ХП, слід навчити пацієнта розрізняти стан голоду й емоційного дискомфорту; запропонувати відмінні від прийому їжі способи розслаблення — це можуть бути фізичне навантаження, прогулянки, автогенне тренування, танці, дихальні вправи, музика, в'язання, душ, ванна.

Теоретичне та практичне застосування корекції харчової поведінки у хворих з метаболічними порушеннями

Результати порівняльного клініко-епідеміологічного аналізу поширення розладів ХП та ХС при різних хронічних неінфекційних захворюваннях можуть стати основою для розробки і впровадження превентивних програм формування здорового способу життя, що включає збалансоване харчування, корекційні програми

з урахуванням фізичної активності. Виявлені порушення ХП є підставою для проведення превентивних заходів, активізації пропаганди раціонального харчування в більш ранньому віці.

Вивчення ХП та ХС можуть розглядатися як незалежні прогностичні чинники ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань. Можливість модулювати перебіг захворювання залежно від типу порушення ХП дасть змогу своєчасно впроваджувати необхідні корективні заходи, що своєю чергою підвищить комплаєнтність пацієнтів до виконання призначень лікарів.

У практичній медицині вивчення ХП є одним з важливих профілактичних напрямів, який дасть змогу підвищувати якість лікування хворих та запобігатиме розвитку ускладнень за рахунок призначення раціонального персоналізованого харчування.

На сучасному етапі розвитку медицини залишаються недостатньо вивченими питання диференційного підходу в реабілітації осіб з надмірною масою тіла або ожирінням та іншими виявами метаболічного синдрому. Потрібне розроблення науково обґрунтованих програм превенції розладів харчової поведінки з формуванням раціонального типу ХП. Безумовно, для остаточного визначення ролі харчової поведінки щодо кожної нозології потрібні багаточетрові клінічні дослідження.

Список літератури

- Гаус О.В., Ахмедов В.А. Оценка прогностических факторов развития желчнокаменной болезни у лиц с метаболическим синдромом // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. — 2014. — № 11. — С. 46—50.
- Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Фарматека. — 2014. — № 12. — С. 91—94.
- Волевач Л.В., Хисматуллина Г.Я., Улямаева В.В. и соавт. Особенности пищевого поведения у лиц молодого возраста с патологией билиарной системы при избыточном весе // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. — 2014. — № 11. — С. 38—41.
- Романова М.М. Особенности фактического питания и пищевого статуса разных групп населения по данным посещений Центров здоровья // Вопр. детской диетологии. — 2013. — № 1. — С. 15—18.
- Романова М.М. Ретроспективный анализ организации лечебного питания: теоретические и практические аспекты // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. — 2010. — № 2. — С. 401—408.
- Соловьева А.В. Факторы риска формирования нарушенный пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением // Мед. альманах. — 2013. — № 6 (30). — С. 178—180.
- Azagba S., Sharaf M.F. Eating behavior and obesity in Canada // J. Prim. Care Comm. Health. — 2012. — Vol. 3, N 1. — P. 57—64.
- Goldschmidt A.B., Crosby R.D., Engel S.G., Crow S.J., Cao L., Peterson C.B. and Durkin N. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. Int. // J. Eat. Disord. — 2013. — doi: 10.1002/eat.22188.
- Harrison S.A. Nonalcoholic fatty liver disease and hepatocellular carcinoma: a weighty connection // Hepatology. — 2010. — Vol. 51. — P. 1820—1832.
- Lee H.A., Lee W.K., Kong K.A. et al. The effect of eating behavior on being overweight or obese during preadolescence // J. Prev. Med. Public Health. — 2011. — N 44 (5). — P. 226—233.
- Musso G. The Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) and other non-invasive scores for screening of hepatic steatosis and associated cardiometabolic risk // Ann. Med. — 2011. — Vol. 43 (6). — P. 413—7.
- Musso G. Non-alcoholic fatty liver, adipose tissue, and the bone: a new triumvirate on the block // Endocrine. — 2012. — Vol. 18. [Epub ahead of print].
- Musso G. Nonalcoholic steatohepatitis versus steatosis: Adipose tissue insulin resistance and dysfunctional response to fat ingestion predict liver injury and altered glucose and lipoprotein metabolism // Hepatology. — 2012. — Vol. 56 (3). — P. 933—942.

14. Nolan L.J., Geliebter A. Night eating is associated with emotional and external eating in college students // *Eat. Behav.* — 2012. — N 13 (3). — P. 202–206.
15. Promrat K., Kleiner D.E. Eating behavior on being overweight or obese during preadolescence. // *J. Prev. Med. Public Health.* — 2010. — N 40 (5). — P. 226–33.
16. Stewart A.D., Sutton L. Body composition in sport, exercise and health. — L.: Routledge, 2012. — P. 232.
17. Tarantino G. Musso G., Non-alcoholic fatty liver, diet and gut microbiota // *EXCLI Journal.* — 2014. — Vol. 13. — P. 461–490.
18. Targher G. Relationship of hepatic steatosis and alanine aminotransferase with coronary calcification // *Clin. Chem. Lab. Med.* — 2011. — Vol. 49 (4). — P. 741.
19. Sung J., Lee K., Song Y.M., Lee M.K., Lee D.H. Heritability of eating behavior assessed using the DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) and weight-related traits: the Healthy Twin Study // *Obesity (Silver Spring).* — 2010. — N 18 (5). — P. 1000–1005.
20. Zheng-Jie Xu, Jian-Gao Fan, Xiao-Dong Ding, Liang Qiao, Guo-Liang Wang. Characterization of High-Fat, Diet-Induced, Non-alcoholic Steatohepatitis with Fibrosis in Rats // *Dig. Dis. Sci.* — 2010. — Vol. 55 (4). — P. 931–940.

Я. В. Никифорова

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Взаимосвязь пищевого поведения с метаболическими факторами риска

Представлены современные данные об особенностях пищевого поведения и пищевого статуса больных с метаболическими факторами риска. Разнообразие клинических форм и вариантов коморбидности заболеваний с метаболическими нарушениями затрудняет их профилактику и требует повышения эффективности терапии. Приведены основные данные об изучении пищевого поведения и пищевого статуса — независимых факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний — для дальнейшей коррекции диетотерапии и разработки схем персонализированного рационального питания больных с метаболическими факторами риска.

Ключевые слова: пищевое поведение, пищевой статус, метаболические факторы риска, коррекция, персонализированное рациональное питание.

Y. V. Nikiforova

SI «L. T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

The relationship between eating behavior and metabolic risk factors

The recent current data have been presented as regards the characteristics of eating behavior and nutritional status of patients with metabolic risk factors. The diversity of clinical forms and variants of the comorbidity of diseases with metabolic disorders complicates their prevention and requires improvement of therapy efficacy. The basic data have been shown relating to the investigation of eating behavior and nutritional status, independent risk factors for chronic non-communicable diseases, for the further correction of diet therapy and working out of the personalized rational diet of patients with metabolic risk factors.

Key words: eating behavior, nutritional status, metabolic risk factors, correction, personalized nutrition.

Контактна інформація

Нікіфорова Яна Василівна, мол. наук. співр. відділу захворювань печінки та шлунково-кишкового тракту
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а
E-mail: dr.jana@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 19 червня 2015 р.