

УДК 616.248-06+612.766.1+613.2

■ А.М. Пелецький, к. мед. н., головний лікар

■ Київська міська клінічна лікарня №8

СТАН ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПОЄДНАНУ ІЗ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ

Харчування є одним із найістотніших факторів зовнішнього середовища, що впливає на функціональний стан всіх органів та систем, визначає стан адаптаційних можливостей організму, сприяє здоров'ю, або навпаки, викликає розвиток захворювань, сприяє їх хронізації та прогресуванню. Функціональний стан органів та систем хворих на бронхіальну астму (БА) поєднану із синдромом хронічної втоми (СХВ) визначається резервами енергетичного, пластичного і регуляторного забезпечення, які клітини отримують з продуктами харчування. Перебіг БА у поєднанні із СХВ залежить від здатності організму адекватно реагувати на пошкоджуючі фактори, такі як інфекція, техногенні, інформаційні, психоемоційні та інші навантаження. БА у поєднанні із СХВ характеризується дисфункцією нервової, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної та імунної систем, корекція яких вимагає адекватного забезпечення організму хворих всіма необхідними макрота мікронутрієнтами.

Тривале, а часто пожиттєве необґрунтоване обмеження частини цінних харчових продуктів у хворих на БА поєднану із СХВ без відповідної корекції харчування може бути причиною поглиблення імунних порушень, у тому числі здатності слизової оболонки дихальних шляхів виробляти імуноглобуліни та інші фактори захисту від вірусів та бактерій, розвитку астенії, підвищенню маси тіла та інших небажаних метаболічних зсувів. Важливе значення має відповідне харчування у хворих на БА у поєднанні з СХВ, яким призначаються антибіотики, глюкокортикостероїди та інші медикаменти. Відомо, що глюкокортикостероїди мають ряд негативних метаболічних впливів, а тривалий їх прийом має пригнічувальний вплив на функціональний стан надниркових залоз. Для нормального функціонування кори надниркових залоз важливим є достатнє забезпечення організму повноцінним білком, холестерином, лецитином, вітамінами А, Е, С, вітамінами групи В, особливо пантотеновою кислотою. Серед гормонів кори надниркових залоз найбільш важливими при запальних захворюваннях є глюкокортикостероїди. Глюкокортикостероїди активно впливають на всі метаболічні процеси в організмі. Глюкокортикостероїди в результаті їх здатності підвищувати синтез глюкози у печінці, стимулювати процеси глюконеогенезу, зменшувати утилізацію глю-

кози м'язами та виступати антагоністом по відношенню до інсуліну призводять до порушень вуглеводного обміну аж до розвитку цукрового діабету. Неадекватне харчування також є однією із причин вторинного імунодефіциту, що має негативний вплив на перебіг як БА, так і СХВ. Недивлячись на це, питання дієтичного харчування хворих на БА у поєднанні з СХВ залишається мало вивченим.

Метою даного дослідження було проведення оцінки харчового статусу хворих на БА у поєднанні з СХВ.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 258 хворих на БА в поєднанні із СХВ віком від 17 до 63 років. Використовували загально клінічні методи обстеження: опитування, антропометричні, проводили електрокардіографію, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, а також лабораторні, біохімічні дослідження. У сироватці крові визначали: рівні загального білка та білкових фракції, глюкози крові, сечі, ліпідів крові.

Для оцінки харчового статусу важливе значення надавали антропометричним дослідженням. Для діагностики маси тіла використовували індекс маси тіла (ІМТ), який визначали шляхом розділення маси тіла (в кг) на зріст (у метрах), приведених у квадрат, результати трактували згідно рекомендацій ВОЗ.

Характер харчування оцінювали методом 3-денного інтерв'ю про найбільш типові харчові раціони, а також методом опитувальника про частоту вживання окремих продуктів харчування протягом місяця. За допомогою таблиць хімічного складу харчових продуктів визначали вміст в одnodенному раціоні основних компонентів їжі: загального білка, тваринного та рослинного білка; жиру, в тому числі тваринного та рослинних олій; вуглеводів, у тому числі легкозасвоюваних та складних; підраховували енергетичну цінність раціону. Вивчали частоту вживання харчових джерел омега-3 жирних кислот, свіжих овочів та фруктів. Отримані дані порівнювали з фізіологічними потребами пацієнта, визначеними згідно «Рекомендацій по раціональному харчуванні з врахуванням фізичної активності».

Обробку отриманих даних проводили методом варіаційної статистики з оцінкою віро-

гідності розбіжності величин, показників кореляційного та регресивного аналізу. Вірогідність розбіжностей при порівнянні середніх арифметичних визначали за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати антропометричних показників показали, що серед хворих на БА поєднану із СХВ значний відсоток хворих мали зміни маси тіла. У залежності від маси тіла були

виділені три групи хворих: перша група 93 (36 %) хворих з дефіцитом маси тіла; друга група – 120 (46,5 %) хворих, маса тіла який була в межах норми; третя група – 45 (17,4 %) хворих з надмірною масою тіла. Дані щодо показників ІМТ у обстежених груп хворих наведені у табл. 1. Як видно із наведених даних, ІМТ у хворих на БА поєднану із СХВ 1-ої групи статистично вірогідно нижчий, а у хворих 3-ої групи вищий порівняно із групою здорових осіб. Недостатнє, а також надмірне харчування має вплив на перебіг

Таблиця 1

ІМТ (кг/м²) у хворих на БА поєднану із СХВ

Здорові (n=21)	Групи хворих		
	1 (n=93)	2 (n=120)	3 (n=45)
23,54±0,56	18,24±0,65**	23,45±1,05	29,13±1,59***

Примітка. Р обчислене між показниками норми та хворих, вірогідність різниці щодо норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001.

захворювання. Згідно даних літератури, у хворих на СХВ часто має місце істотне зниження маси тіла. При цьому, у осіб, що перед захворюванням були худорлявими, втрата маси тіла в основному становить 2-3 кг, а у хворих, що мали надмірну масу тіла, втрата може становити 10-12 кг. Аналіз анамнезу захворювання показав, що незважаючи на коливання маси тіла у обстежених хворих, серед пацієнтів на БА поєднану із СХВ, можна виділити два основних типи порушень харчування – це недостатнє та надмірне за енергетичною цінністю харчування.

Для якісної оцінки характеру харчування обстежених груп хворих нами було проведено аналіз харчування за допомогою 3 денного інтерв'ю про найбільш специфічні раціони. Дані щодо вживання білка хворими на БА в поєднанні із СХВ наведені у табл. 2. Розрахунки фізіологічних потреб у білку з врахуванням статі, віку, фізичної активності, антропометричних даних коливались в межах 85-125 г білка на добу і як видно із наведених даних до лікування у обстежених групах середньостатистичні показники не відрізнялись між собою. Потреби в тваринних білках вираховувались згідно сучасних підходів в нутріціології, що в залежності від віку, захворю-

ваності складають тваринного білку від 40 до 60 % квоти загального білка. До лікування потреби в тваринних та рослинних білках у обстежених групах хворих не відрізнялись між собою (P>0,05).

Аналіз даних опитувальника показав, що в усіх групах хворих на БА поєднану із СХВ виявлено знижене вживання повноцінного за амінокислотним складом тваринного білка. Так, в раціоні хворих з дефіцитом маси тіла мав місце дефіцит загального білка за рахунок, в основному, тваринного білка. Квота тваринного білка в харчуванні даної групи хворих в 2,3 рази нижча порівняно із фізіологічними потребами, в той час як кількість рослинного білка меншою мірою відрізняється від потреб – в 1,2 рази.

Білковий дисбаланс також мав місце у харчуванні хворих на БА поєднану із СХВ з нормальною масою тіла, за рахунок зменшеного вживання повноцінного тваринного білка (P<0,01). Виражений білковий дисбаланс був також виявлений у харчуванні хворих із надмірною масою тіла. Незважаючи на те, що квота загального білка в раціоні пацієнтів даної групи вища порівняно із потребами у 1,2 рази, основним джерелом білка були продукти рослинного походження. Кількість

Таблиця 2

Кількість білка (г/добу) в раціоні хворих на БА поєднану із СХВ

Групи хворих	Загальний білок		Тваринний білок		Рослинний білок	
	Потреби	Вживання	Потреби	Вживання	Потреби	Вживання
1 (n=93)	101,7 ± 5,2	70,3 ± 2,7*	51,7 ± 1,5	30,2 ± 1,8*	49,8 ± 1,8	40,1 ± 2,1*
2 (n=120)	104,1 ± 4,9	98,4 ± 2,5	52,3 ± 1,6	35,4 ± 1,3*	52,5 ± 1,7	63,1 ± 2,5*
3 (n=45)	103,4 ± 4,7	126,8 ± 6,1*	51,9 ± 1,3	38,2 ± 1,9*	50,9 ± 1,9	88,7 ± 3,4*

Примітка: *вірогідно порівняно із фізіологічними потребами (P<0,05).

рослинних білків у раціоні хворих третьої групи в 1,7 вища, а тваринного – в 1,4 рази нижча порівняно із потребами ($P < 0,01$).

Незалежно від кількості загального білка важливим для організму є його повноцінність за амінокислотним складом. Недостатнє або надмірне надходження амінокислот має негативний вплив на метаболічні процеси. Дефіцит незамінних амінокислот призводить до порушення процесів відновлення та репарації тканин. Найбільшою мірою при дефіциті незамінних амінокислот страждають клітини, які швидко відновлюються – це клітини імунних органів та кишечника. Недостатнє надходження амінокислот призводить до розвитку імунодефіциту, підвищення кишкової проникності, змін мікробіоценозу кишечника, що сприяє посиленню алергічних реакцій. Особливо негативним для імунної системи є дефіцит таких важливих для імунокомпетентних органів амінокислот як лізину, глутаміну, аргініну, потреби в яких в умовах стресу підвищені. З метою підтримки стабільності амінокислотного складу сироватки крові в умовах зниження їх надходження з харчовими продуктами та підвищеної потреби з боку імунної системи, підвищується розпад білків скелетних м'язів, внаслідок чого підсилю-

ються такі клінічні прояви СХВ як загальна слабкість, зниження працездатності.

Збільшення квоти рослинних білків у раціоні хворих на БА поєднану із СХВ та надмірне надходження замінних амінокислот, створює надлишок амінокислот, які не використовуються у пластичних процесах. Вказані амінокислоти метаболізуються з утворенням глюкози, жирних кислот. Дезамінування амінокислот супроводжується зростанням в крові рівня аміаку, що збільшує навантаження на печінку та нирки.

Одним із важливих компонентів харчування є жири. Дані щодо кількості харчового жиру в раціоні обстежених хворих наведені у табл. 3. Як показали результати аналізу анкет, хворі 1-ої групи вживали з їжею недостатню кількість жиру. В їх раціоні переважали низькожирові продукти, а із додаткових жирів хворі даної групи надавали перевагу рослинним оліям. Кількість тваринного жиру в харчуванні хворих 1-ої групи в 2,7 рази нижча за потреби, в той час як квота рослинних жирів статистично вірогідно перевищує потреби ($p < 0,001$).

Аналіз вживання жиру хворими на БА поєднану із СХВ з нормальною масою тіла показав, що загальна кількість жиру в раціо-

Таблиця 3

Кількість жиру (г/добу) в раціоні хворих на БА поєднану з СХВ

Групи хворих	Загальний жир		Тваринний жир		Рослинний жир	
	Потреби	Вживання	Потреби	Вживання	Потреби	Вживання
1 (n=93)	110,8±6,4	70,3±2,7*	83,2±2,9	30,9±1,3*	27,8±1,2	39,5±1,5*
2 (n=120)	111,6 ± 5,9	118,4 ± 6,2	84,0 ± 2,1	75,9 ± 3,2	27,9 ± 1,3	42,7 ± 1,4*
3 (n=45)	112,2± 5,7	136,5± 7,1*	84,2± 2,5	89,5± 3,7	28,1± 1,4	47,2± 3,1*

Примітка: *вірогідно порівняно із фізіологічними потребами ($P < 0,05$).

ні даних хворих відповідає фізіологічній нормі, проте вміст рослинних жирів перевищує фізіологічні потреби ($P < 0,001$). Хворі 3-ої групи, які мали надмірну масу тіла, вживали в 1,2 рази більше жиру порівняно із потребами. При цьому квота тваринних жирів перевищувала потреби незначно, в той час як кількість рослинних олій в раціоні даних хворих в 1,8 рази вища за потреби ($P < 0,001$).

Таким чином, у харчуванні хворих на БА поєднану із СХВ виявлений значний жирнокислотний дисбаланс в бік збільшення надходження в організм поліненасичених жирних кислот, якими багаті рослинні олії. Відомо, що ліпідні комплекси тваринних продуктів (м'яса, молочних продуктів, птиці, риби, яєчного жовтка) незважаючи на переважання насичених жирних кислот, містять невелику кількість поліненасичених жирних кислот. Насичені жирні кислоти є структурними елементами жирової тканини та джере-

лом енергії. Крім цього, до складу тваринних жирів, крім жирних кислот входять фосфоліпіди, жиророзчинні вітаміни, а жир риб у великій кількості містить омега-3 жирні кислоти. До складу рослинних олій входять поліненасичені жирні кислоти, які відсутні в структурі тригліцеридів жирової тканини, а завдяки довгому вуглецевому ланцюгу, практично не потрапляють до мітохондрій і отже не беруть участі в утворенні енергії. Поліненасичені жирні кислоти частково використовуються для синтезу простагландинів. Більша частина поліненасичених жирних кислот метаболізується шляхом перекисного окислення з утворенням продуктів вільнорадикального окислення. Надмірне вживання рослинних жирів, жирні кислоти яких представлені в основному омега-6 жирними кислотами, підсилюють ПОЛ, запальні процеси та вимагають значної кількості антиоксидантів. Крім того, рослинні олії є рафінованими продуктами з порушенням співвідношення еле-

ментів ліпідного комплексу. Широко розповсюджені у харчуванні легкі масла, маргарин, майонез, кулінарний жир з підвищеним вмістом транс-жирних кислот, пошкоджуюча дія яких на клітинні мембрани доведена.

Особливе значення має жирнокислотний вміст хіломікронів для органів дихання. Відомо, що після всмоктування жирні кислоти, фосфоліпіди, триліцериди, холестерин у клітинах кишкового тракту утворюють хіломікрони, які по лімфатичних судинах та грудному лімфатичному протоку потрапляють у судини малого кола кровообігу, тобто у судини бронхолегеневого апарату. Якісний склад хіломікронів має значення для епітелію бронхолегеневої

системи. Позитивний вплив природних, багатих на всі компоненти жирів, у хворих із захворюваннями дихальних шляхів відомий.

Одними із важливих компонентів їжі є вуглеводи. На відміну від білків та жирів, які виконують важливу структурну та регуляторну функцію, вуглеводи в основному використовуються в якості джерела енергії. Дані щодо кількості вуглеводів в раціоні хворих на БА поєднану із СХВ наведені у табл. 4.

На сьогоднішній день, вважається, що надмірне вживання вуглеводів, особливо легкозасвоюваних, є основною причиною розвитку ожиріння та цукрового діабету. Згідно рекомендацій експертів ВООЗ кількість цук-

Таблиця 4

Кількість вуглеводів (г/добу) в раціоні хворих на БА поєднану із СХВ

Групи хворих	Загальні вуглеводи		Складні вуглеводи		Прості вуглеводи	
	Потреби	Вживання	Потреби	Вживання	Потреби	Вживання
1 (n=93)	305,9±10,3	257,3±11,4*	246,4 ±7,3	204,7±9,5*	47,5±3,8	54,5±4,2
2 (n=120)	308,6±12,2	312,3±10,5	263,1 ±8,5	215,8 ±9,3*	45,3±2,4	93,2±6,4*
3 (n=45)	306,7±11,2	451,6±13,3*	249,8±7,9	328,4±13,4*	46,8±2,4	125,8±5,3*

Примітка: *відрізняється порівняно із фізіологічними потребами (P<0,05).

ру в харчуванні здорових дітей має не перевищувати 20 г на добу. Згідно рекомендацій дієт по Певзнеру, хворим, крім хворих на цукровий діабет, рекомендовано в середньому вживати на добу 70-80 г легкозасвоюваних вуглеводів. Проте, у багатьох сучасних рекомендаціях пропонується розраховувати потреби у вуглеводах на 1 кг ідеальної маси тіла і середні потреби мають бути не вищі, ніж 4-6 г на 1 кг маси тіла і тільки при виконанні важкої роботи або професійним спортсменам дозволяється 6-7 г на 1 кг маси тіла. Вважається, що квота вуглеводів вище за 6-7 г буде викликати розвиток жирової інфільтрації печінки. При цьому більшість вуглеводів мають бути представлені складними вуглеводами – зерновими, овочами, меншою мірою фруктами, а кількість легкозасвоюваних вуглеводів має бути мінімальною. Як видно, із даних табл. 4 кількість вуглеводів в харчуванні хворих на БА поєднану із СХВ 1-ої групи була зниженою. Хворі недостатньо вживали складних вуглеводів. Хворі на БА поєднану із СХВ 2-ої групи, не дивлячись на нормальну масу тіла та фізіологічну норму в раціоні вуглеводів, в харчуванні надавали перевагу легкозасвоюваному вуглеводу. Кількість легкозасвоюваних вуглеводів в раціоні даних хворих в 2 рази перевищувала потреби (P<0,001). Відомо, що надмірне вживання цукру, кондитерських виробів сприяє посиленню запальної реакції. Крім цього, харчові джерела простих вуглеводів не містять вітамінів, мінералів, клітковини, що поглиблює дефіцит вказаних компонентів, негативне

впливає на імунну систему, антиоксидантний захист, стан надниркових залоз та ін..

Найбільш значні порушення вживання вуглеводів відмічені у хворих 3-ої групи. В їх раціоні кількість вуглеводів в 1,5 рази вища порівняно із фізіологічними потребами. При цьому квота складних вуглеводів в 1,3 рази, а простих в 2,7 рази вища за потреби. Отже, у більшості хворих на БА поєднану з СХВ виявлено дисбаланс вуглеводного компонента харчування в бік надмірного вживання легкозасвоюваних вуглеводів. Частий прийом простих вуглеводів викликає швидке підвищення в крові рівня інсуліну, що в наступному може призводити до зниження концентрації глюкози крові та появи слабкості. Зниження рівня глюкози у крові до субнормальних показників може підсилювати загальну слабкість. Встановлено, що концентрація глюкози крові в проміжку від 4,6-3,8 ммоль/л може викликати лабільність настрою, слабкість, втому, головний біль, підвищену сонливість, почуття жару, пітливість та інші вегетативні розлади, безсоння, зниження лібідо, депресію, погіршення зору, психічні розлади, схильність до агресії. При цьому дуже важко діагностувати незначні коливання рівня глюкози у крові, так як під час забору крові під дією адреналіну, викликаного маніпуляцією, компенсаторно підвищується рівень глюкози в крові. Простіше рекомендувати хворим максимально зменшити у раціоні вміст простих вуглеводів, а квоту складних рівномірно розподілити на декілька прийомів.

Нами проведений розрахунок енергетичної цінності харчування хворих на БА поєднану із СХВ (табл. 5).

Як видно із даних, наведених у табл. 5, пацієнти 1-ої групи вживали з їжею енергії

менше, ніж було потрібно ($P < 0,05$). При дефіциті енергетичних субстратів в раціоні в організмі для забезпечення життєво важливих органів глюкозою та жирними кислотами використовуються внутрішні резерви, перш

Таблиця 5

Енергетична цінність харчування хворих на БА поєднану із СХВ

Групи хворих	Фізіологічні потреби в енергії	Енергетична цінність харчування
1 (n=93)	2625,1 ± 72,6	1979,4 ± 63,3*
2 (n=120)	2692,4 ± 67,1	2695,8 ± 72,1
3 (n=45)	2691,5 ± 69,9	3543,1 ± 109,9*

Примітка. *Вісвідно порівняно із фізіологічними потребами ($P < 0,05$).

за все амінокислоти м'язової тканини, імунних органів, слизової шлунково-кишкового тракту, печінки. Така перебудова метаболізму викликає слабкість, знижує працездатність та є причиною імунодефіциту. Незважаючи на те, що хворі на БА поєднану із СХВ 2-ої та 3-ої груп отримували раціон з нормальною та навіть підвищеною кількістю енергії, їх харчування характеризувалось зниженням вживанням продуктів з високою біологічною цінністю.

Аналізуючи характер харчування хворих на БА поєднану із СХВ, можна зробити висновки про наявність вираженого аліментарного дисбалансу, що вимагає корекції харчування, шляхом призначення раціонів з енергетичною цінністю, яка відповідає потребам організму хворого та повністю забезпечує його пластичними субстратами та регуляторними факторами.

Висновки

1. Згідно антропометричних даних серед хворих на БА поєднану із СХВ можна виділити хворих із зниженим, нормальним та підвищеним харчуванням.

2. Для хворих на БА в поєднанні із СХВ, незалежно від маси тіла, характерним є значний аліментарний дисбаланс, який проявляється недостатнім вживанням тваринного білка, повноцінного за амінокислотним складом, надмірним вживанням легкозасвоєваних вуглеводів, рослинних олій та дефіцитом складних вуглеводів та тваринного жиру.

Література

1. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., Райхельсон К.Л. Несовместимость пищевых продуктов и пищевая аллергия. Учебно-методическое пособие. – Санкт-Петербург: Диалект, 2006. – 133 с.
 2. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., Райхельсон К.Л. Лечебное питание при инфекционных заболеваниях. – Санкт-Петербург: Диалект, 2006. – 112 с.
 3. Ванханен В.В., Ванханен В.Д. Учение о питании. Донецк: Донеччина, – 2000. – 343 с.
 4. Волгасев М.Н. О нормах физиологических потребностей человека в пищевых веществах и энергии: ретроспективный анализ и перспективы развития // Вопр. питания. – 2000. – № 4. – С.3-7.
 5. Волошин О.І., Сплавський О.І. Основи оздоровчого харчування. Чернівці, 2002. – 304 с.
 6. Кольман Я., Рем К.Г. Наглядная биохимия. – М.: Мир, 2000. – 469с.
 7. Лифляндский В.Г., Закревский В.В., Андронов М.Н. Лечебные свойства пищевых продуктов. – ТЕРРА, 1999. – 544 с.

8. Лурфт В.М., Костюченко А.Л. Трофологическая недостаточность и критерии ее диагностики. – СПб, 2002. – 176с.
 9. Маев И.В., Петухов А.Б., Мартинчик А.Н. и др. Методика оценки пищевого статуса больных с белково-энергетической недостаточностью. Учебно-методическое пособие. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 38 с.
 10. Попово Т.С., Федичкина Т.В., Столяров М.В. Нутрицевтики в лечебном питании // РЖГТК. – 2003. – № 3. – С.11-17.
 11. Ребров В.Г., Громова О.А. Витамины и микроэлементы. М., 2003. – 647с.
 12. Руководство по клинической диетологии /Под ред. А.Ю. Барановского – СПб.:Питер, 2001. – 544с.
 13. Самсонов М.А. Системный подход и системный анализ в диетологии // Вопр.питания. – 2004. – №1. – С.3-10.
 14. Сорока Н.Ф. Питание и здоровье. – Мн.: Беларусь, 1994. – 350 с.

15. Тутелян В.А., Попова Т.С. *Новые стратегии в лечебном питании*. М.: Медицина, 2002. – 141 с.

16. Цыганенко А.Я., Жуков В.И., Мясовдов В.В., Загородний И.В. *Клиническая биохимия*. – Москва, Триада-Х. 2002. – 491 с.

17. Чарльз В. Ван Вэй, Карол Айертон-Джонс. *Секреты питания*. – СПб: Диалект, – 2006. – 288с.

18. Ялкуп С.И. *Особенности питания при пищевой непереносимости и аллергии // Оздоровительное и диетическое питание*. – К.:Логос, 2001. – С.218-251.

19. Erhard T., Ziegler and L.J.Filer, Jr. *Editors / Present Knowledge in Nutrition*. – Washington: DC Hlsl Press, 1996. – 684 p.

Надійшла до редакції 23.01.2009

УДК: 616.248-06+612.766.1+613.2

А. М. Пилецької

СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Ключевые слова: питание, бронхиальная астма, синдром хронической усталости, белковый дисбаланс, жирные кислоты, углеводы.

В статье приведены данные о состоянии питания у больных бронхиальной астмой в сочетании с синдромом хронической усталости. Установлен алиментарный дисбаланс у больных с дефицитом массы тела, нормальной и избыточной массой тела.

A.M. Piletskyi

STATE OF NUTRITION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA, COMBINET WITH CHRONIC FATIGUE SYNDROME

Key words: nutrition, bronchial asthma, chronic fatigue syndrome, protein disbalance, fatty acids, carbo-hydrates.

The article gives the data concerning a state of nutrition of patients with bronchial asthma, combined with chronic fatigue syndrome. The alimentary disbalance in patients with deficient, normal and excessive body weight is stated.

УДК 616.33-008-02+616.34-008-02

■ Н.В. Харченко, д. мед. н., проф., зав. каф. гастроентерол., дієтол. та ендоскопії
О.М. Кисла, аспірант гастроентерол., дієтол. та ендоскопії.

■ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

СОЦІАЛЬНІ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ ФАКТОРИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, такі як функціональна диспепсія, дисфункція жовчовивідних шляхів та синдром подразненого кишечника відносяться до поширених хвороб у людей різних вікових категорій, особливо молодого та середнього, тобто найбільш соціально активного віку [4]. При цьому у хворих відзначається висока психоемоційна зафарбованість скарг, невіра у ефективність лікування, намагання частого обстеження у різних спеціалістів, випробування різноманітних методів лікування, соціальна та сімейна дезадаптація. Психоемоційні розлади різного ступеня вираженості досліджуються при більшості функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту [2]. В останні роки спостерігається невпинне зростання депресивних станів. За даними ВООЗ близько 30 % пацієнтів страждають на депресію. Від 65 до 90 % хворих на

депресію спочатку звертаються до лікарів різних спеціальностей, із цієї кількості за різними даними 16-42 % складають хворі із різноманітними гастроентерологічними скаргами [1]. Згідно прогнозів частота депресивних станів при збереженні темпів зростання призведе до того, що депресія вийде на 2-ге місце після хвороб серцево-судинної системи за смертністю та інвалідизацією населення [2, 7].

Висока частота соматоформних розладів при хворобах органів травлення обумовлена особливостями регуляції внутрішніх органів та їх залежності від емоцій. Емоція – коркова функція, проте від’ємні або дуже сильні емоції реалізуються також через вегетативну нервову систему [3, 6]. Встановлено, що майже всі впливи з боку нейронів кори опосередковані через гіпоталамус та ретикулярну формулю середнього мозку. Гіпоталамус здійснює регуляцію багатьох функцій органів травлен-