

## МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування (згідно з наказом МОЗ України № 16 від 14.01.2013 р.)

### 1. Загальні положення

Сучасні виклики глобальної охорони здоров'я безперервно пов'язані із способом життя людей, дотримання ними принципів здорового харчування, достатньої фізичної активності, уникнення зловживання алкогольними напоями та курінням тютюнових виробів. Сьогодні чотири класи хвороб — серцево-судинні, злоякісні новоутворення, цукровий діабет (ЦД), хронічні респіраторні захворювання, що об'єднуються терміном «неінфекційні хвороби», зумовлюють понад 80 % смертей в нашій країні та понад 70 % усього тягара хвороб.

Всесвітня організація охорони здоров'я (далі — ВООЗ) ініціює на глобальному та регіональному рівні нову політику протидії неінфекційним захворюванням (далі — НІЗ) та радить країнам-членам запровадити національні плани дій щодо контролю головних чинників найбільш небезпечних хвороб: куріння тютюнових виробів, зловживання алкогольними напоями, нездорового харчування та малорухомого способу життя. Заходи, які плануються до впровадження на національному рівні, повинні відповідати засадам доказової медицини та створювати умови для зменшення захворюваності, поширеності НІЗ, а також асоційованої з ними інвалідності та смертності. Такі дії обов'язково мають бути економічно обґрунтованими та ефективними.

В останні роки Україна досягла відчутних успіхів у контролі над поширенням куріння тютюнових виробів. Зростання цін на тютюнові вироби, заборона реклами та паління в громадських місцях вже призвело до достовірного скорочення кількості українців, які палять, та дозволило стабілізувати динаміку смертності від серцево-судинних хвороб. Отже, аналогічні рішення та ефективні заходи необхідні щодо таких ризик-факторів, як зловживання алкогольними напоями, нездорове харчування та малорухомий спосіб життя.

Справа держави у цих питаннях — винахід можливостей зменшення попиту на алкогольні напої, нездорові продукти харчування, які містять велику кількість цукру, солі, насичених жирів, заборони транс-жирів та їх заміни на ненасичені жири шляхом впровадження додаткових податків, заборони або обмеження реклами тощо. Водночас слід створити умови для мотивування українців дотримуватись здорового способу життя — споживати здорову їжу та бути максимально

фізично активними. Такі можливості полягають у введенні податкових пільг для здорових продуктів, наданні переваг спортивним майданчикам різної форми власності, врахуванні необхідності розширення можливостей для фізичної активності населення при забудові міст та селищ в Україні. Безумовно, є важливою масштабна інформаційна кампанія на підтримку здорового способу життя, яка вже дала свої результати в багатьох країнах Європи.

В Україні відзначається недостатня поінформованість основної маси населення щодо принципів здорового харчування, загальні уявлення про яке в основному базуються на інформації з рекламних роликів і рекламних статей у засобах масової інформації.

Завдання професіоналів, які мають вплив на свідомий вибір великої кількості людей, а це у першу чергу освітяни та медики, — добре розумітись на питаннях здорового способу життя, постійно вдосконалювати та оновлювати свої знання та надавати здоровим та хворим людям рекомендації, що відповідають засадам доказової медицини.

До сьогодні в багатьох країнах світу було проведено великі проспективні епідеміологічні дослідження фактичного харчування населення та його зв'язку із хронічними захворюваннями, що надало можливість нового розуміння впливу дієти на патогенез певних хвороб. Окрім когортних досліджень, також закінчено численні рандомізовані дослідження та випробування на біологічних моделях. Аналіз та узагальнення результатів наукової роботи лягли в основу розробки рекомендацій щодо здорового харчування різних країн світу. Такі рекомендації можуть мати певні відмінності залежно від регіону, але основні акценти є аналогічними та спрямовані на найбільш важливі продукти харчування та нутрієнти.

Реформування первинної медико-санітарної допомоги та впровадження сімейної медицини передбачає, серед іншого, посилення профілактичної складової в діяльності первинної ланки медичного обслуговування, що найбільше наближена до населення. При підготовці даного документа були використані результати тих наукових робіт, які стосувались вивчення раціонів харчування окремих груп населення, а також враховано глобальні та регіональні рекомендації ВООЗ та досвід інших країн, які досягли суттєвого прогресу у

вирішенні проблем шкідливого впливу нездорового харчування.

Метою даного документа є надання обґрунтованої інформації для підвищення підготовленості лікарів до просвітницької роботи серед населення та добірки рекомендацій ВООЗ і програми CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention — Загальнонаціональна інтегрована профілактика неінфекційних захворювань; далі — CINDI) щодо здорового харчування.

Цей матеріал призначений для лікарів різних спеціальностей, яким необхідна сучасна інформація для надання рекомендацій дорослому населенню з питань здорового харчування.

Головною концептуальною відмінністю сучасних рекомендацій щодо харчування, які використовуються в практиці лікаря, від традиційних підходів є те, що харчування будь-якої людини, у тому числі дієтичне, базується на чотирьох головних складових: адекватності енергетичним витратам, збалансованості за вмістом найважливіших продуктів та нутрієнтів, безпечності їжі та максимально можливого збереженні задоволення від її споживання. При цьому дієта хворої людини повинна максимально включати ці чотири складові. Пацієнти не повинні групуватись «навколо дієтичних столів» за ознакою власної хвороби. Зважаючи на те, що основою харчування будь-якої людини повинно бути фізіологічно повноцінне харчування, підхід до харчування пацієнтів повинен бути заснований на формуванні здорової дієти з індивідуальними налаштуваннями з урахуванням несприйняття певних продуктів та особливостей наявного захворювання.

## 2. Керівні принципи профілактичного втручання

В основу запропонованих методичних рекомендацій покладені результати тих наукових робіт, що стосувались вивчення раціонів харчування окремих груп населення, а також «Керівництва програми CINDI щодо харчування» (далі — керівництво) та рекомендації ВООЗ, що дадуть можливість медичним працівникам грамотно виконувати свою роль у цьому найважливішому напрямку галузі охорони здоров'я. Для цього лікарям необхідно глибоко розуміти основні принципи та підходи щодо зміни лікувальної парадигми охорони здоров'я на профілактичну.

Широкий діапазон профілактичних заходів, здійснення яких дозволить досягти мети профілактики, включає:

— політику суспільного здоров'я, законодавство та організаційні заходи в таких важливих напрямках, як впровадження здорового харчування, підвищення фізичної активності, боротьба з курінням тютюнових виробів тощо;

— освітню роботу з населенням, спрямовану на заохочення людей підтримувати й зміцнювати здоров'я шляхом заміни шкідливих особистих звичок на такі, що сприяють здоров'ю;

— виявлення певних ризиків для здоров'я, що можуть спричинити захворювання, і своєчасне застосування ефективних заходів щодо корегування будь-якого відхилення;

— пошук і визначення асимптоматичних ранніх стадій захворювання для його лікування.

Профілактична стратегія може бути спрямована на все населення в цілому або на групи людей із високим ризиком виникнення певного захворювання. Цим особам мають пропонуватися індивідуальні консультації та особисті рекомендації щодо зміни способу життя, певні обмеження й тактика лікування.

Стратегія високого ризику домінує в медичних підходах до профілактики. Проте, щоб бути ефективною, профілактика має бути спрямованою на статус ризику всього населення. Лікарі, які працюють у первинних структурах охорони здоров'я, повинні навчати населення здоровому способу життя. Працівники охорони здоров'я мають бути основними творцями громадської думки, лідерами з усіх питань, що впливають на здоров'я.

## 3. Профілактичні заходи

Ключовим завданням працівників охорони здоров'я при здійсненні своєї практичної роботи є питання коригування факторів ризику хронічних захворювань. Особливо це стосується лікарів та медичних сестер, які постійно взаємодіють зі своїми пацієнтами. Будь-яка популяція пацієнтів включає певні групи втручання, зокрема, це:

— здорові люди;  
— особи, які мають шкідливі для здоров'я звички, — групи ризику;  
— особи з доклінічними проявами захворювання;  
— пацієнти зі скаргами і симптомами, що вказують на певне захворювання.

Зустрічі лікарів з пацієнтами у закладах охорони здоров'я та/або за місцем проживання пацієнта дають можливість для здійснення таких заходів:

1. Оцінка індивідуального ризику, тобто визначення тих звичок та моделей поведінки, що складають або визначають персональний ризик для здоров'я, а також оцінка імовірності наслідків для здоров'я дії цих факторів. Це може включати, наприклад, опитування щодо генетичної схильності пацієнта до захворювання; фіксацію шкідливих звичок; вимірювання росту й маси тіла, артеріального тиску (АТ), рівня холестерину. Враховуючи багатofакторну етіологію НІЗ, при оцінці здоров'я слід брати до уваги всі взаємопов'язані ризики.

2. Оцінка ризику повинна супроводжуватися практичними порадами про те, як контролювати взаємопов'язані ризики. Так, під час вимірювання зросту й маси тіла пацієнт потребує поради стосовно харчування (споживання калорій) і фізичної активності (витрачання калорій); при вимірюванні артеріального тиску він повинен одержати поради щодо факторів, які впливають на його підвищення (вживання алкоголю й солі, ожиріння, недостатня фізична активність). Поради мають бути індивідуальними.

3. Пропагування здорового способу життя й надання допомоги пацієнтам у зміні моделі поведінки щодо харчування, вживання алкогольних напоїв, фізичної активності, куріння тютюнових виробів та інших звичок є провідним завданням лікаря. Інформація, одержана із джерела, що заслуговує довіри, може обумовити бажання щось змінити. Рекомендації стосовно здорового способу життя мають бути переконливими й надаватись у вигляді відповідно обґрунтованих порад.

4. Раннє виявлення асимптоматичних станів за допомогою відповідних тестів, а також пропаганда профілактичних обстежень.

5. Раннє направлення пацієнтів до спеціаліста для діагностики, консультації або лікування.

#### 4. Етичні принципи інформаційного втручання з профілактичною метою

Інформацію, навчання, рекомендації й поради стосовно способу життя іноді можна розглядати як небажане втручання медицини в особисте життя людини. У цьому випадку одержана інформація може підштовхнути людей до пошуку тривожних сигналів у своєму організмі, спричинити неспокій, страх, занепокоєння з приводу можливості виникнення небезпечних захворювань у майбутньому. Люди повинні вважати одержану ними інформацію й поради корисними для свого здоров'я, оскільки ці заходи здійснюються з добрих міркувань, щоб зміцнити здоров'я й запобігти можливим захворюванням.

Дуже важливо впроваджувати певні норми медичної етики та деонтології й додержуватись їх. Так, не можна пропонувати будь-які заходи без наявності остаточних доказів їхньої ефективності щодо зниження захворюваності й смертності або поліпшення якості життя. Лікарі повинні дати право пацієнту бути цілком інформованим про можливу обмеженість тестів і небезпеку процедур, а також право приймати рішення стосовно погодження чи відмови від заходів, що пропонуються. Під час будь-якої бесіди поради повинні відповідати індивідуальним особливостям пацієнта.

#### 5. Поняття про здорове харчування

Харчування — це вживання харчових продуктів відповідно до фізіологічних (дієтичних) потреб організму. Рациональне харчування — це фізіологічно повноцінне харчування потенційно здорових людей, тобто таке, що забезпечує організм людини оптимальною кількістю поживних речовин та енергії відповідно до норм фізіологічних потреб організму людини. Здорове харчування, як елемент здорового способу життя, передбачає оптимальне співвідношення рационально організованого харчування в поєднанні з регулярними фізичними навантаженнями.

Харчування завдяки своїм функціям та біологічній дії:

- 1) забезпечує ріст і розвиток молодого покоління;
- 2) формує високий рівень здоров'я;
- 3) відновлює працездатність;
- 4) збільшує тривалість життя;

5) зменшує рівень аліментарних захворювань та найважливіших неінфекційних захворювань з аліментарними чинниками ризику;

6) сприяє захисту населення від впливу несприятливих виробничих та екологічних умов;

7) сприяє одужанню та профілактиці рецидивів захворювань.

До пріоритетних напрямків сучасної науки про харчування належать організація рационального збалансованого харчування; профілактика аліментарних захворювань, пов'язаних з дефіцитом білка, мікронутрієнтів, інших незамінних факторів харчування; підвищення обізнаності населення в питаннях здорового харчування. Науковою основою організації рационального харчування людини незалежно від її віку, статі, стану здоров'я та фахової приналежності є загальні фізіолого-гігієнічні вимоги до харчового раціону, режиму харчування та умов приймання їжі.

Рациональне харчування будується на таких принципах:

1) принцип кількісної повноцінності — відповідність енергетичної цінності раціону дорослої людини енерговитратам організму;

2) принцип якісної повноцінності — збагачення харчового раціону всіма нутрієнтами, що необхідні для пластичних цілей та регуляції фізіологічних функцій;

3) принцип збалансованості — збалансованість харчового раціону за вмістом нутрієнтів;

4) принцип оптимальності — дотримання режиму харчування;

5) принцип адекватності — відповідність хімічного складу їжі, її засвоєння та перетравлювання метаболічними процесам людини;

6) принцип задоволення;

7) принцип безпечності.

#### 6. Керівництво програми CINDI щодо харчування

Європейське регіональне бюро ВООЗ неухильно й послідовно заохочує й підтримує країни в розробці й здійсненні політики й планів дій у галузі харчування й продовольства. У зв'язку із цим і для того, щоб допомогти працівникам охорони здоров'я більш ефективно виконувати свою роль у вирішенні цього завдання, було розроблено «Керівництво програми CINDI щодо харчування». Забезпечення доступу до різноманітної здорової й безпечної їжі — один з найкращих шляхів зміцнення здоров'я. З урахуванням цього Європейське бюро ВООЗ розробило даний інструмент для працівників охорони здоров'я. У ньому містяться «Дванадцять принципів/щаблів здорового харчування». Керівництво CINDI щодо харчування разом із прикладним до нього плакатом було розроблено за технічної участі експертів, які працюють у програмі ВООЗ з комплексного втручання з метою боротьби з неінфекційними захворюваннями.

Пропонується комплексний підхід до профілактики НІЗ на основі досвіду програми CINDI, яка узагальнила досвід багатьох країн у вигляді системи цілей

і принципів стосовно хронічних захворювань та виробила «Стратегію попередження хронічних захворювань у Європі». Україна була учасником мережі CINDI протягом її активності та апробації, було проаналізовано ситуацію і національні тенденції проблеми на основі офіційних статистичних та інших опублікованих матеріалів, а також проведених спеціальних популяційних досліджень. Україна має всі можливості для впровадження надбання програми у сферу охорони і збереження громадського здоров'я.

У керівництві коротко сформульовані деякі основні наукові аргументи на користь існування взаємозв'язків між раціоном харчування й здоров'ям і зроблений акцент на профілактиці хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, деякі види раку, артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння й ЦД, у розвитку яких важливими факторами ризику є як нездорове харчування, так і відсутність фізичної активності.

Продукти харчування й та роль, яку вони відіграють у зміцненні здоров'я, повинні сприйматися як невід'ємний елемент первинної ланки охорони здоров'я. Як правило, ключова роль, яку їжа відіграє стосовно здоров'я, недостатньо розуміється працівниками охорони здоров'я. Населення ж, навпаки, починає проявляти більшу стурбованість із приводу взаємозв'язку між продуктами харчування й здоров'ям. Тому саме на лікарів лягає відповідальність за правильну й вірогідну інформацію про харчування, і саме з метою полегшення вирішення цього завдання й було написано керівництво CINDI.

У керівництві розглядаються головним чином проблеми, пов'язані з харчуванням, і воно лише поверхово торкається питань фізичної активності й надлишкового споживання алкоголю. Програма CINDI при розробці даного керівництва ґрунтувалася на принципах документа ВООЗ «Здоров'я-21: основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» та узгоджувалася із програмою ВООЗ із вироблення й здійснення політики в галузі харчування, грудного вигодовування й продовольчої безпеки.

Інформацію, що міститься в керівництві, лікарі можуть доводити до відома своїх пацієнтів для того, щоб

допомогти їм у запобіганні НІЗ і зміцненні здоров'я. У керівництві переконливо показано, що здорове харчування засноване головним чином на продуктах рослинного, а не тваринного походження. У ньому також зроблений особливий наголос на необхідності поширення інформації про зв'язок здоров'я й харчування серед найбільш уразливих категорій населення, зокрема серед малозабезпеченого населення. Подібно до того, як життєво важливе значення має якість чистого повітря й води, якість споживаної їжі відіграє ключову роль у формуванні здоров'я людини.

## 7. Енергетична адекватність здорового харчування

Калорійність щоденного раціону харчування, або, іншими словами, набору продуктів харчування, є головним фактором для підтримки здорової ваги. Надмірне споживання калорій призводить до появи надмірної ваги та ожиріння, що є серйозною аліментарною проблемою та асоційовані із передчасною смертністю, підвищеним ризиком серцево-судинних хвороб, ЦД, раку та інших небезпечних станів.

Для пацієнтів із нормальною вагою кількість калорій, що постачаються з продуктами харчування, повинна відповідати витратам енергії. Тобто споживання їжі передбачає регулярну фізичну активність для витрат енергії, що надійшла до організму людини. ВООЗ рекомендує оцінювати енергетичні витрати з урахуванням віку людини, статі, ваги та рівня фізичної активності. Алгоритм розрахунків наведено в табл. 1.

Наприклад, жінка віком 25 років із масою тіла 60 кг за розрахунками має основний обмін на рівні 1383 ккал, а її загальні енергетичні витрати при низькому рівні фізичної активності становлять  $1383 \text{ ккал} \times 1,3 = 1798 \text{ ккал}$ . Саме стільки енергії повинна отримувати пацієнтка для підтримки стабільної здорової маси тіла.

Існують й інші способи визначення енергетичних витрат із використанням інструментів для проведення непрямой калориметрії, наприклад,  $^{13}\text{C}$ -бікарбонатний дихальний тест або застосування табличних даних.

Калорійність дієти підраховується за допомогою відтворення раціону із складанням анкети або щоден-

**Таблиця 1. Оновлені рекомендації ВООЗ із розрахунку енергетичних витрат**

<b>Крок I. Визначення рівня основного обміну</b>
Чоловік від 18 до 30 років = $(0,0630 \times \text{маса тіла у кг} + 2,8957) \times 240 \text{ ккал/день}$
Чоловік від 31 до 60 років = $(0,0484 \times \text{маса тіла у кг} + 3,6534) \times 240 \text{ ккал/день}$
Жінка від 18 до 30 років = $(0,0621 \times \text{маса тіла у кг} + 2,0357) \times 240 \text{ ккал/день}$
Жінка від 31 до 60 років = $(0,0342 \times \text{маса тіла у кг} + 3,5377) \times 240 \text{ ккал/день}$
<b>Крок II. Визначення фактора фізичної активності</b>
Низька (малорухомих спосіб життя < 30 хв на день) — 1,3
Середній (помірні регулярні навантаження — 30–60 хв на день) — 1,5
Висока (інтенсивні регулярні навантаження або фізична робота > 60 хв на день) — 1,7
<b>Крок III. Оцінка загальних енергетичних витрат</b>
Загальні енергетичні витрати = Рівень основного обміну x фактор активності

**Таблиця 2. Класифікація статусу харчування за ІМТ**

Знижений ІМТ	Нормальний ІМТ	Надмірна вага тіла	Ожиріння I ступеня	Ожиріння II ступеня	Морбідне ожиріння
< 18,5 кг/м <sup>2</sup>	18,5–24,9 кг/м <sup>2</sup>	25–29,9 кг/м <sup>2</sup>	30–34,9 кг/м <sup>2</sup>	35–39,9 кг/м <sup>2</sup>	> 40 кг/м <sup>2</sup>

ника харчування. Безумовно, найпростішим, швидким та об'єктивним показником для оцінки вихідної енергетичної адекватності дієти витратам є визначення індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до даних, наведених у табл. 2.

Як відомо, ІМТ визначається за нескладною формулою — вага в кілограмах поділена на квадрат зросту в метрах. Цей показник обов'язково повинен бути визначений та внесений до медичної документації, оскільки є ключовим показником для оцінки статусу харчування хворої або здорової людини.

Зважаючи на вкрай важливе значення підтримання фізіологічного співвідношення між надходженням та витратам енергії, лікар повинен докласти максимум зусиль для налагодження ефективного співробітництва з пацієнтом у питанні забезпечення здорової ваги тіла. Головними напрямками розв'язання цієї непрості проблеми мають стати:

1. Оцінка надходження енергії за допомогою щоденника харчування.
2. Визначення загальних енергетичних витрат.
3. Контроль динаміки адекватності калорійності дієти за допомогою ІМТ.

Слід звернути увагу на те, що питання калорійності дієти має обговорюватись з усіма пацієнтами, а не лише з тими, у кого є відхилення ІМТ від нормальних показників.

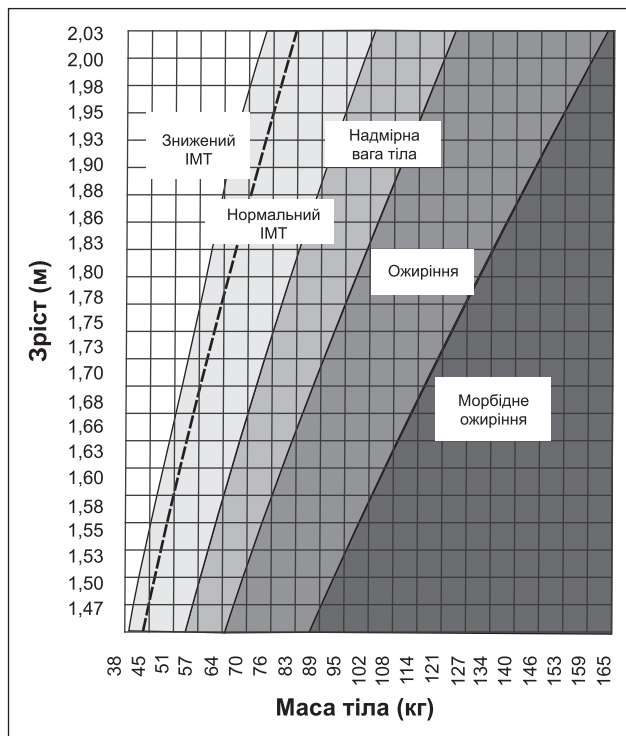
### 7.1. Макронутрієнти

Макронутрієнти являють собою групу хімічних сполук, що входять до складу продуктів харчування та споживаються у відносно великій кількості. Три головні групи макронутрієнтів — вуглеводи, білки та жири забезпечують енергетичні та пластичні потреби організму людини. Сьогодні більшість експертів відносять до макронутрієнтів і харчові волокна.

Згідно з сучасними поглядами на рекомендації з харчування загальна калорійність дієти має бути розподілена серед макронутрієнтів наступним чином:

- 45–65 % енергії з вуглеводів;
- 10–35 % енергії з білка;
- 20–35 % енергії з жиру.

На перший погляд здається, що такий розподіл не має конкретного практичного застосування. Але це не так. Будь-які модифікації здорової дієти, зумовлені захворюванням пацієнта, не повинні порушувати співвідношення калорійності макронутрієнтів. Адже наслідками такого порушення може бути значне порушення статусу харчування, що зумовлює ускладнений перебіг хвороби та підвищений ризик смертності. Як приклад можна навести пацієнтів із хронічним панкреатитом, яким замість адекватної замісної ферментної терапії значно обмежують жири у раціоні харчування,



**Рисунок 1. Карта індексу маси тіла**

- Знижений ІМТ (ІМТ < 18,5)**
- Нормальний ІМТ (ІМТ = 20–25)**
- Надмірна вага тіла (ІМТ = 25–29,9)**
- Ожиріння (ІМТ = 30–39,9)**
- Морбідне ожиріння (ІМТ > 40)**

що в результаті призводить до поглиблення порушень харчування у хворих.

**Вуглеводи.** Рівень постпрандіальної глюкози залежить одночасно від кількості та виду (наприклад, цільні злаки або рафіноване борошно) спожитих вуглеводів. Окрім того, домінування в дієті вуглеводних продуктів із високим глікемічним індексом (далі — ГІ) асоційоване з підвищеним ризиком ЦД, ішемічної хвороби серця (ІХС) та деяких видів раку згідно з результатами низки проспективних досліджень. Деякі продукти із високим ГІ наведено в табл. 3.

Одним із головних шляхів до здорового харчування є заміна в дієті продуктів із високим ГІ (піца, рис, млинці та ін.) на складні вуглеводи з низьким ГІ (наприклад, овочі, фрукти, цільні злаки). Доданий цукор повинен складати мінімальну частку в добовій калорійності. При цьому не слід вводити пацієнтів в оману стосовно різних властивостей і впливу білого та коричневого цукру. Останній являє собою рафінований цукор із додаванням патоки, тому за харчовою та енергетичною цінністю майже не відрізняється від білого.

**Білки.** Пацієнтів слід заохочувати споживати різноманітну їжу з високим вмістом білка — рибу, нежирне м'ясо, таке як птиця, нежирні молочні продукти, яйця, бобові продукти, несолоні горіхи та насіння. Пацієнтам повинні бути надані рекомендації щодо суттєвого обмеження харчових джерел білків, які водночас містять насичений жир або трансжир, включаючи червоне м'ясо та технологічно оброблені м'ясні продукти.

Головними постачальниками білка в дієті є перераховані м'ясо, риба, молоко, яйця, бобові та овочі, а також протеїнові суміші (наприклад, казеїн, соя та молочна сироватка). Різні харчові джерела білка можуть мати суттєві відмінності у впливі на показники здоров'я. Дуже показовим прикладом може бути підвищення ризику певних захворювань та смертності при споживанні переважно червоного м'яса порівняно з білим м'ясом.

**Жири.** Типи жирів, які споживаються у складі щоденної дієти, мають більш важливе значення, ніж загальна кількість спожитого жиру. Основні типи жирів, їх дієтичні джерела та наслідки споживання наведено в табл. 4.

Різні типи жирів можуть мати протилежний вплив на ризик ІХС — насичені жирні кислоти підвищують такий ризик, тоді як ненасичені, навпаки, мають протективний ефект.

Усі пацієнти повинні споживати менше 10 % від добової калорійності за рахунок насичених жирних кислот. Насичені жири (джерелом яких є м'ясо, сир, мороживо та інші) мають бути замінені на ненасичені жири (що містяться в рибі, оливковій олії, горіхах). Слід попросити пацієнтам споживати більше знежирених молочних продуктів (молочні та кисломолочні продукти з низьким вмістом жиру) замість цільного молока.

**Таблиця 3. Приклади продуктів із високим ГІ**

Назва продукту	Білий хліб	Темний хліб	Картопляне пюре	Білий рис	Млинці	Цукерки
ГІ	100	102	102	102	119	99

**Примітка:** ГІ визначається відносно білого хліба, індекс якого прийнятий за 100.

**Таблиця 4. Типи, джерела жирів та їх вплив на ризик захворювань**

Тип жиру	Головні харчові джерела	Метаболічні ефекти	Вплив на ризик захворювань
Трансжирні кислоти — похідні гідрогенізованих рослинних жирів	Маргарини та спреда, кондитерські вироби (випічка, цукерки та ін.), напівфабрикати для фаст-фудів, смажені страви	Збільшення кількості ЛПНЩ, зменшення кількості ЛПВЩ, підвищення рівня ліпопротеїду (а), впливають на метаболізм ПНЖК	Збільшення ризику ішемічної хвороби серця
Насичені жирні кислоти	Молочні продукти (зокрема, цільне молоко, сир), м'ясо (свинина, яловичина, птиця), сало, деякі рослинні олії (кокосова, пальмова)	Підвищують кількість холестерину ліпопротеїдів високої та низької щільності, можуть збільшувати тромбоутворення	Збільшення ризику ішемічної хвороби серця, раку ободової кишки та передміхурової залози
Мононенасичені жирні кислоти	Рослинні олії (соняшникова, кукурудзяна, оливкова), м'ясо	Зменшують кількість холестерину ліпопротеїдів низької щільності та збільшують кількість холестерину ліпопротеїдів високої щільності	Ймовірно зменшують ризик ішемічної хвороби серця
ПНЖК, омега-3	Похідні альфа-лінолевої кислоти, яка міститься у рапсовій, лляній оліях, горіхах, паростках злаків, овочах, головними джерелами довголанцюгових омега-3 ПНЖК є морські продукти, особливо жирна морська риба	Зменшують тромбоутворення, мають велике значення для розвитку мозку	Збільшення співвідношення омега-3/омега-6 ПНЖК зумовлює зменшення ризику ішемічної хвороби серця, сприяють підвищенню ваги новонароджених, зменшують ризик раптової коронарної смерті
ПНЖК, омега-6	Головним чином похідні лінолевої кислоти, яка міститься у рослинних оліях, майонез, маргарини, м'ясо птиці, горіхи	Один з головних метаболітів — арахідонова кислота є попередником простагландинів — ключових медіаторів запальних процесів	Ймовірно зменшують ризик ішемічної хвороби серця, надмірне споживання може бути асоційоване з підвищенням ризику канцерогенезу

**Примітки:** ЛПНЩ — ліпопротеїди низької щільності; ЛПВЩ — ліпопротеїди високої щільності; ПНЖК — поліненасичені жирні кислоти.

Споживання трансжирів повинно бути на максимально низькому рівні, а краще їх взагалі виключити. Слід порадити пацієнтам звертати увагу на маркування продуктів харчування та уникати придбання та споживання продуктів, які містять гідрогенізовані рослинні олії, у тому числі кондитерських виробів, маргаринів та спреїв, технологічних м'ясних продуктів, напівфабрикатів.

Усім пацієнтам без винятку слід прагнути обмежити вживання холестерину менше ніж 300 мг на добу. Водночас є докази користі від збільшення споживання жирної морської риби як джерела омега-3 ПНЖК, таку рибу необхідно рекомендувати частіше ніж два рази на тиждень.

**Харчові волокна.** Рекомендована добова кількість харчових волокон становить 14 г на кожні спожиті тисячу кілокалорій, або 25 г на добу для жінок та 38 г для чоловіків.

Харчові волокна є частинами рослин, які не здатні перетравлюватись ферментами шлунково-кишкового тракту. Вони присутні в широкому переліку природних продуктів харчування та дієтичних добавок. Зважаючи на дуже велику різницю у вмісті волокон у різних злакових продуктах, слід рекомендувати пацієнтам заміну рафінованих продуктів (білого рису, хліба із борошна вищого гатунку та інших) на цільні злаки (дикий рис, цільнозерновий хліб).

Збільшення споживання харчових волокон у складі здорової дієти доказово асоційоване із зменшенням ризику НІЗ (серцево-судинних хвороб, ЦД та раку), а також смертності від усіх причин:

1) високий рівень споживання харчових волокон зумовлює зменшення на 40–50 % ризику серцево-судинних захворювань порівняно з низькою присутністю волокон у дієті, що може бути обумовлено зменшенням рівня інсуліну, покращенням ліпідного профілю та зниженням АТ;

2) споживання належної кількості харчових волокон, особливо тих, що містяться у злакових продуктах, зменшує вірогідність виникнення ЦД. Збільшення кількості волокон у дієті дозволяє краще контролювати глікемію у хворих на ЦД;

3) численні популяційні та рандомізовані дослідження підтвердили зменшення ризику раку ободової кишки при достатній присутності харчових волокон у дієті;

4) когортні дослідження у США із включенням десятків тисяч людей продемонстрували зменшення на 22 % ризику смертності від усіх причин як серед чоловіків, так і жінок при високому рівні споживання харчових волокон протягом дев'ятирічного спостереження.

## 7.2. Мікронутрієнти

Складові харчових продуктів, які організм людини потребує у незначній кількості, носять назву мікронутрієнтів. До них належать вітаміни та мінерали.

**Натрій.** Добре відома фізіологічна здатність натрію утримувати воду в організмі з подальшим збільшенням об'єму циркулюючої крові може разом з іншими

чинниками призводити до збільшення артеріального тиску та суттєвого зростання ризику серцево-судинних захворювань.

Незважаючи на відсутність національних досліджень рівня споживання солі в Україні, він, ймовірно, є достатньо високим. Наприклад, лише у 100 грамах хлібу міститься один грам солі. З урахуванням інших джерел солі її добова кількість у дієті українців має бути більше ніж 10 грамів на добу.

Міжнародні рекомендації декларують необхідність обмеження добового споживання солі — менше ніж 6 грамів (2,3 г натрію). Ця кількість повинна бути вдвічі меншою для пацієнтів з АГ, хронічними захворюваннями нирок, а також для людей похилого віку.

**Кальцій та вітамін D.** Збільшення кількості кальцію понад 1200 мг на день слід рекомендувати жінкам після менопаузи для профілактики остеопорозу. Рекомендована добова кількість вітаміну D становить понад 400 МО для людей молодого та середнього віку і вдвічі більше (> 800 МО) для осіб похилого віку.

Кальцій та вітамін D є есенціальними мікронутрієнтами для забезпечення нормального функціонування скелетних структур. Зважаючи на їх незамінну роль у профілактиці остеопорозу, слід рекомендувати здоровим та хворим людям достатнє споживання молочних продуктів, у тому числі фортифікованих кальцієм та вітаміном В. Результати низки епідеміологічних та рандомізованих досліджень демонструють також необхідність належної присутності цих мікроелементів у щоденній дієті для зменшення ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) та ЦД.

Пацієнти з наявним остеопорозом або при високому ризику його розвитку потребують призначення додаткових джерел кальцію та вітаміну D у складі дієтичних добавок та лікарських засобів.

**Фолієва кислота.** Є вкрай важливим мікроелементом для еритропоезу. Крім того, достатнє надходження фолату необхідне для попередження вроджених дефектів нервової трубки. Продовжує з'ясовуватись її значення для профілактики інших захворювань.

1. Дефіцит фолату асоціюється зі зростанням ризику дефектів нервової трубки в новонароджених. Для зменшення цього ризику жінки дітородного віку повинні отримувати додатково до харчових джерел 400 мкг фолієвої кислоти щоденно.

2. Достатня кількість природного фолату в дієті зумовлює зменшення ризику певних локалізацій раку, зокрема раку ободової кишки. Водночас рандомізовані дослідження не довели ефективність прийому синтетичної фолієвої кислоти для профілактики новоутворень товстої кишки.

## 8. Основні групи продуктів харчування

Окрім макро- та мікронутрієнтів, безумовно, виняткове значення для харчування та здоров'я має споживання окремих груп продуктів. Про це свідчать результати великих популяційних досліджень, проведених у різних країнах. Так, споживання овочів, фруктів, злаків та горіхів асоційоване із втратою ваги, тоді

як протилежний ефект спостерігається у зв'язку з вживанням червоного м'яса, технологічних м'ясних продуктів, чіпсів, смажених страв та солодощів.

Незважаючи на наявність різних класифікацій продуктів харчування, за впливом на здоров'я їх можна об'єднати у такі групи: фрукти, овочі, злакові продукти, молочні продукти, м'ясні продукти/білкова їжа.

**Фрукти та овочі.** По праву вважаються основою здорового харчування, тому що є важливим джерелом харчових волокон, незамінних вітамінів та мінералів, а також вуглеводів із низьким ГІ. Слід рекомендувати споживання понад 300 грамів фруктів та понад 300 грамів овочів щодня. Збільшення їх присутності в дієті асоційовано із зменшенням ризику ССЗ, раку та загальної смертності.

**Серцево-судинні захворювання.** Результати ряду доказових досліджень демонструють зменшення ризику ССЗ та інсульту при високому споживанні овочів та фруктів порівняно з їх недостатньою присутністю в дієті. Низка досліджень повідомляє про прогресивне зменшення ризику зі збільшенням споживання фруктів та овочів. Також встановлене найбільш виражене зменшення ризику ССЗ та інсульту при збільшенні споживання броколі, капусти, цвітної капусти, овочів із зеленим листям, цитрусових та інших фруктів із високим вмістом вітаміну С.

**Рак.** Декілька лабораторних та обсерваційних досліджень встановили вплив споживання фруктів та овочів на зменшення ризику виникнення раку різних локалізацій. Зокрема, одне з таких досліджень демонструє зменшення ризику виникнення раку передміхурової залози при збільшенні споживання томатів. Водночас вплив споживання фруктів та овочів на захворюваність злочислими новоутвореннями дотепер не підтверджений.

**Смертність.** Масштабні проспективні популяційні дослідження довели асоціацію між збільшенням споживання фруктів та овочів та зменшенням смертності від усіх причин, включаючи смертність від ССЗ. Наприклад, у дослідженні EPIC (Європейське дослідження раку та харчування) було встановлено, що кожна додаткова порція (80 г) фруктів та овочів зумовлює зменшення смертності від ССЗ приблизно на 4 відсотки.

**Злаки.** Здоровим та хворим людям необхідно рекомендувати споживати щонайменше 50 % цільних злаків з усієї кількості злаків. Наприклад, останні дієтичні рекомендації в США декларують споживання понад 90 г цільних злаків щодня для дієти із загальною калорійністю 2000 ккал.

До злакових продуктів відносяться такі, що вироблені з пшениці, вівса, рису, гречки, ячменю та інших, типовими представниками цієї групи є хліб, макаронні вироби, каші, пластівці тощо.

1. До *рафінованих злаків* (білий рис, білий хліб та ін.) переважно відносяться продукти з борошна вищого ґатунку, з якого видалені цінні харчові волокна, залізо та вітаміни групи В.

2. До *фортифікованих злаків* відносяться рафіновані, у які повернуті залізо та вітаміни групи В, але не харчові волокна.

3. *Цільнозернові злаки*, до яких відносяться коричневий рис, цільнозерновий хліб, цільнозернові злакові сніданки та каші, є одним з найкращих джерел харчових волокон та вуглеводів із низьким ГІ.

У великих проспективних дослідженнях підтверджена асоціація між споживанням цільних злаків та втратою ваги. Водночас домінування рафінованих злаків призводить до набору ваги.

Слід пам'ятати, що частина дорослого населення (близько 0,5 %) має несприйняття злакового білка глютену, внаслідок чого розвивається целиакія. При наявності її характерних симптомів пацієнт повинен прийняти спеціалізоване обстеження.

**Молочні продукти.** Рекомендації щодо харчування у різних країнах світу передбачають збільшення споживання молочних продуктів до 500–700 мл на день за рахунок продуктів із низьким вмістом жиру. Молочні продукти вважаються одним з найкращих джерел білка, кальцію, вітаміну В та калію. Недостатність цих нутрієнтів зумовлює високий ризик низки захворювань, включаючи остеопороз, ССЗ, інсульт та інші. Метааналіз десяти популяційних досліджень продемонстрував, що належне споживання молочних продуктів достовірно зменшує ризик ССЗ та інсульту.

Доцільно рекомендувати здоровим людям та пацієнтам споживати понад три порції молочних або кисломолочних продуктів із низьким вмістом жиру щоденно, бажано з кожним прийомом їжі.

Певні молочні та кисломолочні продукти можуть забезпечувати додаткові позитивні ефекти. Серед них фортифіковані вітаміном D та кальцієм зумовлюють зменшення ризику остеопорозу, кисломолочні продукти з пробіотиками зменшують ризик антибіотик-асоційованої діареї та вираженість симптомів функціональних захворювань кишечника. Останні також мають доведений імуномодулюючий вплив.

**М'ясо та інші білкові продукти.** До основних харчових джерел білка відносять м'ясо, рибу та морепродукти, яйця, бобові, горіхи та насіння. Останні дієтичні рекомендації, прийняті в США, передбачають вживання 150 г нежирного м'яса або бобових у складі щоденної дієти, розрахованої на 2000 ккал.

Існує достатньо доказів негативного впливу на здоров'я споживання білкових продуктів, які одночасно містять велику кількість насичених жирів та трансжирів. До таких продуктів у першу чергу відносять червоне м'ясо та технологічні м'ясні продукти. Великі популяційні дослідження демонструють, що домінування в дієті таких продуктів (порівняно з переважним вживанням білого м'яса) призводить до збільшення ризику смертності від усіх причин, від ССЗ та раку. При цьому є підстави вважати технологічно оброблені продукти з червоного м'яса найбільш небажаними. Постійне споживання навіть незначних кількостей таких продуктів (30–50 г) асоційоване з вірогідним збільшенням ризику раку шлунка, підшлункової залози та ободової кишки.

**Напої.** Ризики, пов'язані із споживанням алкоголю, варіюють та пов'язані з віком, статтю та наявністю



захворювань. Для загальної популяції помірно споживання алкоголю може бути асоційоване з незначним зменшенням ризику ССЗ. Водночас зростає ризик раку ободової кишки та молочної залози в жінок. Зважаючи на наявну доказову базу, можна зробити висновок, що немає підстав рекомендувати відмову від алкогольних напоїв людям, які споживають їх помірно. З іншого боку, не слід рекомендувати алкогольні напої тим, хто повністю відмовляється від їх споживання.

За рекомендацією ВООЗ, помірним рівнем споживання алкогольних напоїв є вживання не більше однієї порції (15 мл чистого етанолу) для жінок та не більше двох порцій для чоловіків на день.

**Солодкі напої.** Споживання таких напоїв повинно бути обмежене зважаючи на те, що вони є одним із головних джерел доданого цукру в дієті. Навіть фруктові соки разом із солодкими газованими напоями можуть бути причиною збільшення ваги у здорових чоловіків та жінок. Інша причина уникати їх постійного вживання — це те, що їх споживання асоційоване з низьким надходженням есенціальних нутрієнтів. Досить часто солодкі напої споживаються замість продуктів із більшою харчовою цінністю. Слід рекомендувати пацієнтам та здоровим людям віддавати перевагу звичайній питній воді.

## 9. Особливі дієти

Серед найбільш вивчених дієтичних підходів, спрямованих на збереження здоров'я, можна виділити дієту з низьким вмістом жиру, дієту для контролю артеріальної гіпертензії, середземноморську дієту та вегетаріанську дієту. Всі перераховані способи харчування мають достовірний позитивний вплив на здоров'я хворих та здорових людей. Вони не мають за головну мету зменшення маси тіла. Рішення про призначення одного з цих підходів повинно спільно прийматись лікарем та пацієнтом з урахуванням персональних особливостей.

**Дієта з низьким вмістом жиру (ДНВЖ).** ДНВЖ є стандартним підходом, який допомагає пацієнтам зменшити або підтримати нормальну вагу та обмежити кількість жиру на рівні 30 % добової калорійності або менше.

Незважаючи на гіпотетичну можливість збільшення споживання вуглеводів при такій дієті із подальшим набором маси тіла, практично такі ситуації трапляються досить рідко. В одному з досліджень 48 835 жінок у постменопаузі віком понад 50 років були розподілені на дві групи: у першій проводилась модифікація дієти із зменшенням споживання жирів та одночасним збільшенням кількості фруктів, овочів та цільних злаків, у контрольній групі жінкам надавались лише освітні матеріали стосовно здорової дієти. Зменшення ваги або обмеження калорійності не входили до цілей дослідження. Протягом 7,5-річного спостереження було зафіксовано наступні результати:

1. Жінки у групі ДНВЖ втратили більше ваги та були здатні підтримувати здорову вагу краще, ніж у контрольній групі.

2. Не було помічено тенденції до набору ваги в інтервенційній групі на відміну від контрольної групи.

3. Втрата ваги корелювала із ступенем обмеження жиру в дієті. Аналогічна тенденція, хоча і менш значна, спостерігалась у зв'язку із збільшенням споживання фруктів та овочів.

**Вегетаріанська дієта (ВД).** Вегетаріанські дієти значно відрізняються одна від одної залежно від ступеня дієтичних виключень. Відповідно до найбільш жорсткого визначення ВД передбачає споживання лише злаків, фруктів, овочів, бобових та горіхів із повним виключенням тваринної їжі, включаючи молочні продукти та яйця. Декілька менш суворох дієт можуть включати яйця та молочні продукти. Отже, ВД можуть бути наступних видів:

1. *Макробіотична ВД* — овочі, фрукти, злаки, бобові та морські продукти дозволяються. Переваги надаються продуктам, вирощеним на території проживання. Тваринна їжа — біле м'ясо та риба дозволяються один-два рази на тиждень.

2. *Семівегетаріанська дієта* — м'ясо час від часу може бути включено у раціон харчування. Деякі люди, які притримуються такої дієти, можуть їсти рибу або птицю.

3. *Лактоововегетаріанська дієта* — яйця, молоко та молочні продукти дозволяються, виключається м'ясо.

4. *Веганська дієта* — виключаються усі тваринні продукти, включаючи яйця, молоко та молочні продукти. Деякі вегани також не споживають меду та можуть не використовувати товари тваринного походження, наприклад шкіру або вовну. Вони також можуть уникати споживання технологічно оброблених продуктів.

Тривалі ефекти від дотримання ВД важко відокремити від наслідків певного способу життя (висока фізична активність, відмова від тютюну та алкоголю). Тим не менше обсерваційні дослідження демонструють достовірне зменшення поширеності ожиріння, ІХС, АГ та ЦД 2-го типу серед вегетаріанців. Також існують докази більшої користі від дотримання лакто-ововегетаріанської дієти порівняно веганством.

Нутриціологічна адекватність ВД повинна бути оцінена індивідуально з урахуванням тих продуктів, які споживає пацієнт. Вегани за рахунок виключення молочних продуктів мають нижчу мінеральну щільність кісток та підвищений ризик переломів кісток за рахунок дефіциту кальцію та вітаміну D. Пацієнти, які дотримуються суворої ВД, також можуть мати дефіцит вітаміну B<sub>12</sub> та потребувати його додаткового прийому.

**Дієта для контролю артеріальної гіпертензії (ДКАГ).** ДКАГ, як доведено результатами багатьох популяційних та рандомізованих досліджень, є ефективним або супутнім щодо фармакотерапії способом зменшення підвищеного АТ. Багатьма експертами у дієтології та нутриціології ДКАГ вважається найкращим варіантом дієти навіть для здорових людей.

ДКАГ передбачає обмеження кількості солі менше 4 грамів на добу. У наших умовах це може бути досягнуто не лише обмеженням додавання солі у страви, які готуються вдома, а й уникненням споживання технологічно оброблених харчових продуктів та обмеженням кількості хліба в раціоні харчування. Крім цього,

ДКАГ передбачає високі рівні споживання фруктів та овочів (чотири-п'ять порцій кожного з них на день), три порції молочних або кисломолочних продуктів щоденно, а також обмеження жиру — менше 25 % добової калорійності.

**Середземноморська дієта (СД).** Не існує одного узгодженого визначення СД, але такий дієтичний підхід характеризується споживанням великої кількості фруктів, овочів, цільних злаків, бобових та горіхів і насіння, а також включенням оливкової олії як важливого джерела жиру. Він передбачає низький або помірний рівень споживання риби, птиці та молочних продуктів. Червоне м'ясо вживається дуже рідко. Доказова база щодо користі від дотримання СД свідчить про низькі рівні смертності від усіх причин, зокрема від ССЗ, раку, меншу захворюваність на хворобу Паркінсона та Альцгеймера.

## 10. Практичні рекомендації

Постійне дотримання основних засад здорового харчування, адекватного енергетичним витратам, є ключовим моментом для підтримки здорової ваги. Налаштування такого балансу має передбачати зменшення калорійності дієти з одночасним збільшенням інтенсивності фізичної активності. Підрахунок загальних енергетичних потреб повинен проводитись з урахуванням віку, статі та рівня фізичної активності.

Надхоження калорій повинно відбуватись згідно з фізіологічною пропорцією між макронутрієнтами — вуглеводами, білками та жирами.

До мікронутрієнтів відносять вітаміни та мінерали, яких в незначних кількостях організм людини постійно потребує для забезпечення фізіологічних функцій.

Рекомендованим добовим рівнем споживання солі для здорових людей є 6 грамів, або 2,3 грама натрію.

Зменшення кількості солі в дієті асоційоване зі зменшенням ризику ССЗ та смертності від них.

Люди, які постійно дотримуються здорового харчування, не потребують додаткових джерел вітамінів та мінералів.

Усім без винятку слід рекомендувати споживання понад 300 грамів фруктів та 300 грамів овочів щоденно. Ці харчові продукти є важливим джерелом харчових волокон. Збільшення рівня їх споживання призводить до зменшення смертності від усіх причин, ССЗ та інсульту.

Слід рекомендувати усім пацієнтам заміну рафінованих злаків у дієті на цільнозернові злаки, які містять значно більше харчових волокон. Домінування в раціоні харчування рафінованих злаків призводить до набору зайвої ваги.

Необхідно також радити пацієнтам замінити молоко та молочні продукти з нормальним вмістом жиру на знежирені. Слід споживати 500–700 мл (або понад три порції) молочних та кисломолочних продуктів з низьким вмістом жиру щоденно.

Особливу увагу слід звернути на необхідність значного обмеження споживання червоного м'яса та технологічних продуктів з м'яса. Риба, птиця, бобові, горіхи та насіння, а також знежирені молочні продукти повинні рекомендуватись як основне джерело білка.

Слід значно обмежити споживання насичених жирів та уникати вживання трансжирів, які походять із гідрогенованих жирних кислот, зважаючи на суттєве збільшення ризику атеросклерозу, ІХС та інсульту.

Серед ефективних варіантів здорової дієти слід виділити ДНВЖ, ВД, СД та ДКАГ. Користь від дотримання таких способів харчування підтверджена відповідно до принципів доказової медицини.

*Отримано 06.08.13* □