

# Сучасні погляди на роль і місце лікувально-профілактичної дієтетики при захворюваннях внутрішніх органів

В огляді, присвяченому актуальним питанням клінічної дієтології, викладено сучасні погляди на лікувальне харчування при найпоширеніших захворюваннях внутрішніх органів, особливості харчування в ендокринології, при серцево-судинній патології, захворюваннях нервової системи, в онкології, при вроджених порушеннях обміну речовин, метаболічних захворюваннях, харчовій алергії та непереносимості, а також висвітлено невирішені проблеми та перспективні напрямки в дієтології.

## Ключові слова:

клінічна дієтологія, лікувальне харчування, захворювання внутрішніх органів, порушення обміну речовин, харчова непереносимість, перспективні напрямки в дієтології.

«Ліки повинні бути їжею, а їжа — ліками»

*Гіппократ*

«Ліками треба лікувати тоді, коли не можна не лікувати»

*Б.С. Вотчал*

Особливості харчування (ОХ) і аліментарний фактор (АФ) відносять до провідних керованих факторів ризику (ФР) хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) внутрішніх органів (ВО), а своєчасна та раціональна корекція раціону є простим способом гальмування більшості хвороб. У 2009 р. Національний інститут здоров'я США опублікував результати дослідження, згідно з якими понад 51 % захворювань у США пов'язані з нераціональним харчуванням, а до 2020 р. прогнозується збільшення цього показника до 60 %. Аналогічна тенденція, на жаль, спостерігається і в Україні [39, 40]. Продукти харчування (нутрієнти) володіють не тільки поживною цінністю, а й регулюють безліч біохімічних реакцій організму, є енергетичним, біосинтетичним матеріалом тваринного і рослинного походження, який використовується замість джерела енергії, щодо пластичних та специфічно-динамічних функцій їжі, які й забезпечують нормальну життєдіяльність організму [30, 31].

**Раціональне харчування** — науково обґрунтоване харчування людей. Під цим терміном розуміють прийом їжі, що організований з дотриманням всіх гігієнічних правил.

**Превентивне харчування** — це раціональне харчування запобіжного характеру для груп підвищеного ризику до тих чи інших захворювань.

**Лікувально-профілактичне харчування** призначається особам за наявності несприятливого впливу різноманітних факторів навколишнього середовища.

**Лікувально-дієтичне харчування (синоніми: дієтетика, дієтологія)** — наука про харчування хворих осіб, що вивчає і обґрунтовує принципи харчування при різних захворюваннях внутрішніх органів і систем.



**Д.К. Милославський**

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

## КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Милославський Дмитро Кирилович**  
к. мед. н., ст. наук. співр. відділу артеріальної гіпертонії

61039, м. Харків,  
просп. Любові Малої, 2а  
Тел/факс: (057) 373-90-56

Стаття надійшла до редакції  
29 серпня 2016 р.

**Лікувальне харчування** — це раціональне харчування хворої людини, яке є самостійним лікувальним фактором поряд з медикаментозним лікуванням. Основна відмінність лікувального харчування від раціонального полягає в необхідності обмеження (або розширення) спектра продуктів повсякденного раціону залежно від захворювання, а також у зміні способів їх приготування.

**Патофізіологічні механізми розвитку аліментарно-залежних хвороб внутрішніх органів** передбачають надмірне надходження поживних речовин з високою фагічністю, гіпернутриєнемію, порушення клітинного гомеостазу, адаптивну активацію ферментних систем, зрив їх компенсаторних можливостей, глибокі порушення метаболізму [13, 29]. У ХХ ст. найбільш популярною була система дієт за М.І. Певзнером. Недоліком цієї системи була їх побудова, яка ґрунтується на забороні продуктів; на жаль, вона не мала доказової бази. Так, захворювання для призначення лікувальної дієти № 6 — це сечокам'яна хвороба з утворенням солей сечової кислоти, подагра; № 7 — хронічний або гострий нефрит; № 8 — ожиріння; № 9 — цукровий діабет; № 10 — захворювання серцево-судинної системи; № 11 — туберкульоз; № 12 — нервово виснаження, захворювання нервової системи; № 13 — гострі інфекційні захворювання; № 14 — оперативні втручання; № 15 — загальний стіл для здорової людини [8, 9]. Ці дієти мали ще й певні підвиди, особливості раціону, калоражу та приготування їжі. У ХХІ ст. на зміну цій системі прийшла адаптована здорова дієта з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів, значно поширились низькокалорійні, елімінаційні дієти. У майбутньому оптимальною буде персоналізована дієта, заснована на дослідженнях нутригеноміки і нутригеноетики [6].

На сучасному етапі розвитку дієтології в Україні скасовані як непотрібні накази № 540, 393 колишнього СРСР, внесено зміни до Наказу МОЗ України № 272 від 18.11.1999 «Про затвердження норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії», затверджені Наказ МОЗ України № 931 від 29.10.2013 «Про вдосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної служби в Україні», Наказ МОЗ України № 16 від 14.01.2013 «Про затвердження методичних рекомендацій для лікарів загальної практики — сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних принципів здорового харчування». Велика увага питанням харчування населення і модифікації їхнього способу життя, ліквідації наслідків fast foods приділяється в США та інших країнах Європи, розроблені

і впроваджені Dietary Guidelines For Americans «Дієтичні рекомендації для американців» (2006, 2010, 2011, 2015), дієти Міністерства сільського господарства США та Національного інституту серця, легень, крові, коригована дієта при артеріальній гіпертензії і порушеннях ліпідного обміну, середземноморська дієта. Аналогічні заходи проводяться в Україні та країнах Євро-союзу [38, 39, 40].

Реальність впливу дієтичного режиму на корекцію маси тіла і запобігання розвитку хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) доведена у відомих проспективних дослідженнях, таких як Фремінгемське (Framingham Study) (1948—1975), Стенфордське дослідження коронарного ризику (Stanford Coronary Risk Intervention Project) (SCRIP, 1994), INTERSALT (1982), TOMHS (1989), ТАJM (1994). Подібні факти отримані також у дослідженнях НАРPHУ (1987), Scottish Heart Health Study, TOPH-I, TOPH-II, Health Professionals Follow-up Study, Adventist Health Study 2, Nurses Health Study, Hypertension Control Program, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) (1999), The Atherosclerosis Risk in Communities Study. Існують також переконливі докази ефективності профілактичних втручань на рівні цілої популяції після активного впровадження програм з корекції факторів ризику ХНІЗ (Північно-Карельський проект у Фінляндії, 70—90 рр. ХХ ст.), у тому числі виключно за рахунок освітніх заходів, наприклад Стенфордський проект п'яти міст (1990). Останніми роками (2000—2010) проведено низку епідеміологічних досліджень з первинної профілактики, ролі здорового харчування та окремих нутрієнтів при ГХ, онкологічній патології (OmniHeart, Mediterranean Diet — MD, MUFA diet, ATTICA registry, EPIC, SUN, PREDIMED study) [35—38, 41].

**Лікувально-профілактична або клінічна дієтологія розглядає** питання дієтичного харчування при основних терапевтичних захворюваннях, аспекти профілактичної дієтики в нефрології, пульмонології, кардіології, онкології, при захворюваннях нервової системи, шкіри, харчову алергію і непереносимість, а також харчування при спадкових дефектах обміну речовин. Серед хвороб, пов'язаних з порушеннями харчування (Haenel та співавт., 1979) умовно виділяють стани, *обумовлені надмірним вживанням вуглеводів, рафінованого крохмалю і цукру* — захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, варикозне розширення вен, тромбоз), хронічний бронхіт, емфізема легень, захворювання шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба, гастрит, ентерит,

виразковий коліт і хвороба Крона, холецистит, жовчнокам'яна хвороба, геморої), нирок (нирковокам'яна хвороба, пієлонефрит), інфекції, викликані кишковою паличкою, апендицит, цукровий діабет, нервової системи (епілепсія, депресія, розсіяний склероз), пародонтоз, і *надмірним вживанням білків* — захворювання серцево-судинної системи (інфаркт міокарда, гіпертензія, атеросклероз, тромбофлебіт, емболія, мікроангіопатії), цукровий діабет, дисліпидемії, токсикози вагітних. Частіше «хвороби цивілізації» — гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС), абдомінальне ожиріння (АО), цукровий діабет (ЦД) 2 типу, метаболічний синдром (МС) та їм подібні обумовлені взаємодією обох цих компонентів [10, 15, 18].

**Лікувальному харчуванню в гастроентерології** [7, 14, 19] у поєднанні з провідними хворобами «цивілізації» буде присвячено окремий огляд.

**Лікувальне харчування хворих на АО** з патогенетичних позицій спрямоване на зменшення частки гіперфагічних страв, гальмування харчової залежності; формування здорових харчових звичок; підвищення ФА. Домінуючим принципом дієтотерапії є значне обмеження енергетичної цінності (ЕЦ) раціону. Як правило, за вираженого ожиріння ЕЦ харчового раціону знижують на 40 % від фізіологічної норми, а залежно від ефективності лікування — зменшують до 30 % або збільшують до 50 %. Принципи побудови дієтичного раціону при АО зводяться до призначення низькокалорійної редуруючої дієти; обмеження в раціоні простих вуглеводів, зменшення квоти жирів тваринного походження зі збільшенням їх рослинної частки; призначення некалорійної, але значної за об'ємом їжі (сирі овочі, фрукти); багаторазове (до 6 разів на добу) харчування, уникання продуктів, що збуджують апетит; зменшення кількості рідини і солі в їжі; використання розвантажувальних днів [23, 24].

Для хворих з ожирінням слід рекомендувати розвантажувальні дні і контрастні дієти: яблучний (1,5 кг яблук по 300 г 5 разів на добу), рисово-компотний (аналогічний дієті Кемпнера), салатний — 1,2–1,5 кг свіжих овочів і фруктів з рослинною олією (по 200–250 г салату без солі 4–5 разів на день), кавуновий або гарбузовий день — 1,5 кг стиглого кавуна або печеного гарбуза по 300 г на 5 прийомів [11].

Розвантажувальні дні призначають замість основної дієти 1–2 рази на тиждень (огірковий, «китайський», сирний, фруктовий, овочевий). У санаторно-курортних і амбулаторних умовах особам з АО можна проводити одноденне голодування, використовувати редуковані дієти військово-повітряних сил США, Аткинса, Бантін-

га, очкову дієту, голлівудську дієту, дієти Граддока, Мендена, Юткіна, Дональдсона.

До складу раціону необхідно вводити і достатню кількість білків рослинного походження (страви з квасолі, гороху, сочевиці, сої). У санаторно-курортних і амбулаторних умовах особам з АО можна використовувати редуковані дієти, у стаціонарах — дієту III, яку призначають при гіпертрофічній конституції. Існують дані про позитивні зміни маси тіла (МТ) у хворих на АО при призначенні малих доз вітаміну D та підвищенні вживання міді до 700 мкг, що сприяє руйнуванню жирових клітин, однак при цьому слід контролювати вміст цинку. Вуглеводів у раціоні хворого з АО повинно міститися не більше 2–3 г на 1 кг рекомендованої МТ, переважно, це овочі, які містять складні вуглеводи. Обмеження стосується насамперед простих вуглеводів, паралельно з цим необхідно істотно зменшити вживання складних вуглеводів, які містяться в хлібобулочних виробах, картоплі, кашах та стравах з борошна. Страви також повинні бути переважно з низьким та середнім глікемічним індексом (ГІ). Жирів під час лікування АО бажано вживати щодня 70–105 г, 20–25 г з яких становлять рослинні олії. Необхідно підкреслити, що жирна їжа забезпечує триваліше відчуття ситості, тобто зменшує апетит. Хворі на морбідне АО використовують тільки ті жири, що входять до складу продуктів харчування. Ефект зниження МТ досягається за рахунок стимуляції жирами ліполітичних ферментів, які сприяють їх швидкому окисленню. Краще знижують МТ молочні жири та рослинні олії. При стеатозі печінки на тлі АО призначають раціон з обмеженням ЕЦ, збалансований за вмістом незамінних амінокислот, вітамінів, мінералів, поліненасичених жирних кислот та інших нутрієнтів. Дієта хворим на АО призначається пожиттєво, пацієнт має дотримуватись режиму харчування, вести харчовий щоденник, перекуси при цьому є неприпустимими [4, 5, 20].

**Хворим на цукровий діабет 2 типу** як дієтику призначають ізокалорійні (1800–2500 ккал) і на короткі терміни гіпокалорійні (600–800 ккал) раціони. Квота білка становить 1,5–2,0 г на 1 кг МТ залежно від віку, фізичної активності (ФА), стану нирок, з них 60 % — тваринний білок (біле м'ясо, риба, яйця, меншою мірою — молочні продукти), 40 % — рослинний (круп: гречана, вівсяна, жовтий рис, висівковий хліб, макарони з твердих сортів пшениці, прісне тісто з борошна 2 сорту). Квота жирів — з урахуванням ФА від 1,5 до 2,2 г на 1 кг МТ, з них — 75–80 % тваринних, 12–15 г омега-3 поліненасиченими жирними кислотами (оселедець, скумбрія, лосось

та ін.), рослинних олій — 1–2 столові ложки. Дієта має бути збагаченою вітамінами групи В, С, хромом, карнітином, таурином, ліпоєвою кислотою. Значно обмежують кондитерські вироби, родзинки, інжир, фініки, солодкі напої, банани. Серед цього контингенту також використовуються адаптовані середземноморська (Mediterranean) та DASH дієти, дієти Polymeal, Omni Heart, клініки Майо, вагоспостерігачів (Weight Watchers), які, крім нормалізації МТ, володіють протизапальною активністю, знижуючи рівні С-реактивного протеїну та цитокинів [4, 5, 12, 16, 21].

**Лікувальне харчування в нефрології** передбачає дієту, що визначається домінуючим синдромом захворювання; враховується добовий об'єм діурезу, величина протеїнурії, присутність та ступінь ниркової недостатності (НН), рівень електrolітів, наявність набряків.

**Дієтотерапія латентної форми хронічного гломерулонефриту (ХГН)** передбачає звичне харчування здорової людини з незначним обмеженням кам'яної солі, не більше 6–8 г на добу, при ГХ — не більше 5 г на добу; білка — 0,85–0,95 г на 1 кг нормальної МТ (з них 50 % тваринного походження); вживання рідини в межах потреб [45].

При **гіпертензивній формі ХГН** показано обмеження вживання солі до 5 г/добу; можливе поліпшення смакової якості малосолоної їжі шляхом застосування кислих соусів, прямих овочів, лимонної кислоти, оцту, соку лимона. Це, переважно, рослинна дієта; обмеження білка — до 20 г на добу (50–60 % тваринного білка; жири — 80 г, 15–20 % рослинних; вуглеводи — 350 г, цукор — до 40 г. ЕЦ раціону — 2100–2200 ккал, їжу готують без солі. Кулінарна обробка: відварювання, запікання, легке обсмажування.

При **нефротичному синдромі дієта** спрямована на боротьбу із затримкою в організмі води і натрію, поповнення втраченого білка і калію, нормалізацію ліпідного обміну. Фізіологічно нормальна ЕЦ харчового раціону, з розрахунку не менше 35 ккал на 1 кг нормальної МТ хворого, становить в середньому 2500 ккал. Передбачена фізіологічна норма білка з його додаванням на добову втрату від протеїнурії з розрахунку 1,2–1,5 г харчового білка на 1 г його добової втрати із сечею. Середній вміст білка в раціоні становить 100–120 г, при цьому білок тваринного походження складає не менше 60 %. Показано загальне обмеження вживання жиру, частка якого в ЕЦ раціону становить до 25 % за рахунок збагачення омега-3 поліненасиченими жирними кислотами з обмеженням тваринних жирів, холестеринівмісних продуктів. У дослідженнях встановлено, що поліпшення ліпідного обміну за

рахунок зміни кількості і якості жирів у раціоні може бути більш ефективним щодо зниження рівня протеїнурії, ніж застосування низькобілкових дієт [44]. Кількість вуглеводів може бути збільшена до 60 % ЕЦ раціону за рахунок крохмальовмісних продуктів, слід обмежити цукор. Кількість рідини: об'єм виділеної за попередню добу сечі з додаванням 400–500 мл. Обмеження кількості солі відповідно до важкості синдрому, до 4–5 г на добу, а в період виражених набряків — 2–3 г на добу, частка калію підвищена. *Рекомендують* хліб безсолі, вироби з борошна без солі та соди з додаванням пшеничних висівків, супи вегетаріанські, круп'яні, овочеві, молочні; нежирні сорти м'яса, помірно жирну рибу; молоко, кисломолочні напої, сир нежирний, страви з нього; білкові омлети, одне яйце в стравах; крупи, макаронні вироби на воді, молокоці; фрукти та ягоди сирі і в стравах; чай з лимоном, молоком, каву з молоком, свіжі соки, відвар шипшини, пшеничних висівків; вершкове несолене масло, рослинні олії. *Виключають* звичайний хліб, здобне і листове тісто; м'ясні та рибні бульйони; жирні сорти м'яса, м'ясні субпродукти, ковбаси, копчення, солену рибу, консерви, ікру; тверді сири, обмежено вживається сметана, вершки; цукор і кондитерські вироби; редьку, часник, щавель, шпинат, соління; мінеральні води, багаті натрієм, какао.

При **гострій нирковій недостатності (ГНН)** призначають обмеження білка в раціоні до 20 г/добу, при переході в поліурічну стадію ГНН його слід збільшити до фізіологічної норми; ЕЦ раціону 1700–2000 ккал (25–30 ккал/1 кг МТ), в основному за рахунок жирів, вуглеводів; обмеження вживання калію, магнію в олігурічній стадії, достатнє вживання їх у поліурічній стадії. Квота тваринного білка в раціоні підвищується від 50–60 % при мінімальній нирковій недостатності до 75–80 % при вираженій нирковій недостатності. Серед джерел білка: молоко, вершки, кисломолочні напої, сметана, яйця; вуглеводи: рис, манна крупа, овочі, фрукти, ягоди, мед, цукор; жири: вершкове масло, олія. Їжа механічно, хімічно, термічно щадна, враховуючи можливість розвитку уремичного гастриту. Слід зважати на те, що теплова кулінарна обробка знижує вміст калію: при варенні із зливом рідини — на 45 %; без зливу рідини — на 20 %; при запіканні — 10 %; при тушкуванні — 3–5 %. Показано обмеження натрію і рідини при ГХ і набряках; калію в раціоні при гіперкаліємії, олігурії. Три чверті білка в низькобілковій дієті повинен становити білок тваринного походження, як найбільш повноцінний за вмістом незамінних амінокислот. При достатній кількості в



раціоні жирів і вуглеводів показана лужна спрямованість харчування для корекції метаболічного ацидозу; забезпечення фізіологічної потреби у вітамінах та мікроелементах; обмеження в раціоні фосфору при збереженні вживання кальцію для запобігання розвитку фосфатемії і уремичної остеодистрофії; збільшення вмісту заліза в раціоні з вітаміном С; обмеження надходження з їжею азотистих екстрактивних речовин та пуринів; індивідуалізація харчування під контролем клініко-лабораторних показників [42, 43].

Достатня калорійність і забезпечення оптимального рівня споживання вуглеводів і жирів, як джерел енергії, необхідні для того, щоб організм не використовував для отримання енергії власні білки. Споживання калорій повинно бути рівномірним і достатнім протягом дня, тому важливо харчуватися не менше 5–6 разів на день [46].

*Не рекомендується* використовувати продукти з високим вмістом натрію: сири, бринзу, ковбаси, хліб, соління; обмежити вживання м'яса тварин і птахів, риби, шоколаду, буряку, салатів. З обмеженням споживання продуктів з високим вмістом білка (м'ясо, риба, яйця та молочні вироби) знижується споживання і небажаних для нирок фосфатів. У харчуванні хворих при додіалізованому періоді бажано використовувати продукти з фосфорно-білковим коефіцієнтом нижче 20. До них належать: баранина (9), свинина (9), телятина (10), тріска (10), рис (17), яйця (17). З метою оптимального терапевтичного ефекту можливе застосування картопляно-яєчної дієти короткими курсами, дієти Джордано, спеціальних амінокислотних сумішей, концентратів для низькобілкової дієти, таких як «Сурвімед ренал» (Німеччина), «Апротен» (Італія), «Реналайт» (США) [47].

При **сечокам'яній хворобі (СКХ)** показано обмеження харчових продуктів, з яких утворюються камені; зміна за рахунок характеру харчування реакції сечі (рН) для запобігання випадінню і кращого розчинення осаду; достатнє вживання рідини для виведення кристалів, каменів із сечових шляхів. Для дієти при **подагрі, гіперурикемії та урикозурії** характерно зменшення в харчуванні білків і жирів, а при супутньому ожирінні і вуглеводів, виключення продуктів, що містять пурини, щавлевої кислоти, помірне обмеження солі, збільшення кількості олузнюючих продуктів (молочні, овочі, плоди), кількості вільної рідини. З раціону виключають субпродукти (печінка, нирки, язик, мізки), м'ясо молодих тварин (курчата, телятина). Забороняють жирні сорти м'яса і риби, м'ясні та рибні бульйони, супи. У дні, коли дозволяється м'ясо або риба, в меню додають 150 г відвареного м'яса

(яловичини) або 150 г відвареної риби. *Виключають* багаті пуринами бобові (горох, квасоля, сочевиця). Кількість вільної рідини становить 1,7–2 л на добу. Кухонну сіль обмежують до 5 г (разом з тією, що міститься в продуктах). При подагрі необхідно достатнє введення вітамінів С і В. *Рекомендуються* продукти, бідні пуринами: молоко, сир швейцарський, яйця курячі, картопля, морква, салат, хліб білий та чорний, крупа гречана, крупа перлова, рис, пшоно, борошно вівсяне, яблука, груші, сливи, абрикоси, апельсини, виноград, горіхи лісові, волоські. Обов'язкові сирні, кефірні, молочні та фруктові розвантажувальні дні. При їх проведенні необхідно випивати не менше 1,5–2 л води на день. Протипоказано лікування голодом і призначення «голодних днів». Голодування вже в перші дні призводить до зростання урикемії з подальшим виникненням нападу подагри [32].

При **уратурії** дієта сприяє нормалізації обміну пуринів; зменшенню утворення в організмі сечової кислоти і її солей; зсуву реакції сечі в лужний бік. Необхідно *виключити* з раціону продукти, які містять багато пуринових сполук, щавлевої кислоти, бажане помірне обмеження натрію хлориду, збільшення кількості олузнюючих продуктів, збільшення кількості вільної рідини до 2 л і більше при відсутності протипоказань з боку серцево-судинної системи. *Не рекомендовані* такі продукти: печінка, нирки, язик, мозок, м'ясо молодих тварин, птиці, ковбаси, м'ясні і рибні копченості, м'ясні і рибні консерви, ікра, бульйони; солоні сири; кулінарні жири, бобові; вироби з листового, здобного тіста; гриби; зелень. *Рекомендовані* нежирні сорти м'яса, риби після відварювання, до 3 разів на тиждень; хліб, хлібобулочні вироби з муки 1 та 2 сорту, з висівками; супи овочево-круп'яні, молочні; молоко, кисло-молочні напої, нежирний кисломолочний сир, сметана; крупи; овочі сирі, після кулінарної обробки, картопля — без обмежень; плоди, солодкі страви, солодоці, сухофрукти, мармелад, варення, мед; вершкове масло, рослинні олії, обмежено — свинячий жир, одне яйце на день при будь-якій кулінарній обробці.

При **оксалурії** слід обмежити надходження щавлевої кислоти з продуктами харчування; сприяти виведенню оксалатів з організму; забезпечити зсув реакції (рН) сечі в лужний бік; *виключити* з раціону щавель, шпинат, ревіль, інжир, портулак, какао, шоколад; *обмежити* вуглеводи, желатин, хлорид натрію, гострі, копчені продукти, прянощі, екстрактивні речовини: бульйони, смажене, тушковане без відварювання м'ясо чи риба; *помірно обмежити* буряк, цибулю, картоплю, моркву, томати, чорну смородину,

чорницю. Виведенню оксалатів сприяють яблука, груші, сливи, кизил, айва, виноград; відвари з шкірки фруктів; збільшення вживання рідини до 2 л і більше; олузнююча молочно-рослинна дієта; дієта з достатнім вмістом магнію (за присутності іонів магнію розчинність оксалатів підвищується).

**Фосфат- і кальційурія** вимагає нормалізувати обмін кальцію і фосфору; сприяти підвищенню кислотності сечі; обмежити надходження кальцію з їжею; важливо обмежити надходження з їжею вітаміну D. *Рекомендовані:* м'ясо, риба; яйця; крупи; вироби з борошна; бобові; кислі сорти яблук; журавлина, брусниця; достатнє вживання рідини. *Не рекомендовані:* молоко, кисломолочні напої; кисломолочний сир, твердий сир; овочі, в тому числі картопля; фрукти, фруктові, ягідні соки; тваринні і кулінарні жири; слід помірно вживати хлорид натрію, оскільки він посилює екскрецію  $\text{Ca}^{2+}$  із сечею.

**Лікувальне харчування в пульмонології.** При **бронхітах, бронхіальній астмі** призначається лікувальне харчування, багате білками, щоб компенсувати їх втрату з мокротою, продукти, що підвищують захисні сили організму. Раціон повинен бути за можливості різноманітним, висококалорійним і багатим вітамінами А, С і групи В, білками, солями кальцію, міді, фосфору, молібдену, селену, а також стравами з оптимальним вмістом жирів. У меню обов'язково мають бути страви і відвари з висівок, дріжджі, показані свіжі овочі і фрукти, зелена цибуля, цибуля-порей, морква, шпинат, диня, лимон, грейпфрут та ін. Декілька разів на тиждень будуть корисні яловича печінка, пісна яловичина і жирна риба. При складанні раціону слід враховувати кислотність шлункового соку. Бажане вітамінне пиття (чай з лимоном, медом, малиною, чорною смородиною та іншими ягодами, відвари шипшини, липового цвіту). Кількість кухонної солі обмежують до 6–8 г/добу. Істотно знижують кількість вуглеводів, жирів і солі (до 6–8 г/добу), тому що ці нутрієнти ускладнюють діяльність серцево-судинної системи і легень. Не рекомендується алкоголь і кава, напої, що містять кофеїн, тому що він виснажує сили організму. При появі ознак серцевої недостатності збільшують частку продуктів, що містять калій [25].

**Лікувальне харчування в кардіології.** При **атеросклерозі й ГХ** характерне зменшення калорійності раціону на 10–15 % за рахунок жирів і легкозасвоюваних вуглеводів; необхідно повноцінне білкове харчування, вживання їжі невеликими порціями і часто (5–6 разів на день). Щотижня слід один день зробити розвантажувальним (яблучна, сирна дієта та ін.). Дієта

повинна бути багата свіжими овочами та фруктами (салати, пюре), що містять пектин, який перешкоджає всмоктуванню ХС у кишечник. Бобові продукти (квасоля, горох, соя та ін.), хоча й містять клітковину, яка посилює роботу кишечника, не бажані при порушеннях пуринового обміну. Слід вживати м'ясо, що легко засвоюється (птиці, кролика), продукти з вмістом лецитину (яйця, сир), пшеничні висівки, горіхи, печінку. Їжа повинна бути багата вітамінами з капіляростабілізуючими властивостями – С, А, Е (цитрусові, шипшина, чорна смородина, зелень). Показано вживання морепродуктів, хліба грубого помелу, що містять йод, магній. Кухонна сіль в раціоні повинна бути обмежена до 4–5 г, кількість рідини на добу – до 1,5 л. Жири тваринного походження необхідно виключити з раціону (в консервах, ковбасах, жирних сортах м'яса), готувати їжу на рослинній рафінованій олії, не додаючи жиру, смаженого масла. Їжу не смажити, а лише відварювати [1, 33].

Харчування при атеросклерозі має підбиратися з врахуванням типу ДЛП і спрямоване на обмеження жирів, вуглеводів, алкоголю; часто використовуються дієти TLC і Діна Ворніша. Передбачається збагачення раціону калієм, йодом, селеном, хромом, ванадієм, омега-3 жирними кислотами (до 15 г/добу), L-аргініном, лізином, карнітином, ліпоєвою кислотою. У гострому періоді інфаркту міокарда показано обмеження частки білка і ЕЦ раціону.

При ГХ призначають DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension – «Дієтичні заходи щодо припинення гіпертонії») – систему харчування з підвищеним вмістом фруктів і овочів, що сприяє зниженню артеріального тиску (АТ). DASH дієта характеризується переважанням в раціоні фруктів, овочів, знежиреного або з низьким вмістом жиру молока і молочних продуктів, продуктів з цільного зерна, риби, м'яса птиці, бобових, насіння і горіхів. Обмежують вміст солі та натрію; солодощів, цукру і цукровмісних напоїв; жирів; червоного м'яса. Обов'язково слід знизити споживання насичених жирів, трансжирів і холестерину та збільшити споживання поживних речовин, які впливають на зниження АТ, а саме: калію, магнію, кальцію, білка і клітковини. Необхідно просто щодня вживати необхідну кількість порцій з різних харчових груп. Продукти, що містять натрій у кількості 20 або більше відсотків від добової норми, вважаються продуктами з високим вмістом натрію. До них належать хлібобулочні вироби, деякі крупи, соєвий соус, а також деякі лікарські препарати, що містять натрій [17, 26, 27].

**Дієта при стресі.** У стадії катаболізму вона спрямована на збільшення ЕЦ раціону (на 20–30 %) за рахунок вуглеводів (при невираженому і нетривалому стресі), на 30–100 % за рахунок вуглеводів і жирів (при вираженому і тривалому стресі). Необхідне збільшення в раціоні лецитину, метіоніну, холестерину, вітамінів Е, А, С, групи В, солей магнію. В стадії анаболізму потрібне збільшення в раціоні пластичного матеріалу (повноцінного за складом амінокислот білка), вітамінів і мінералів [8, 9].

**Лікувальне харчування при синдромі дисплазії сполучної тканини (СДСТ).** Збільшується квота тваринного білка, рекомендується їжа, багата білком (м'ясо, риба, кальмари, квасоля, соя, горіхи), амінокислотами, індивідуально підібраними нутрієнтами, що містять лізин, гліцин, аргінін, метіонін, лейцин, ізолейцин і валін. Доцільно кілька разів на тиждень призначати міцні бульйони, заливні страви з м'яса і риби, що містять значну кількість хондроїтинсульфатів. У раціон включають страви з кісток (кісткове борошно), рибу з кістками, сухожилля. Показані страви з желатином, холодець; продукти, що містять вітамін С (шипшина, чорна смородина, брюссельська капуста, цитрусові тощо), вітамін Е (обліпіха, шпинат, петрушка, цибуля-порей, горобина чорноплідна, персики та ін.). Рекомендовано довічне заняття спортом. Діти із СДСТ не повинні в майбутньому мати сидячу професію і не бути професійними спортсменами.

**Лікувальне харчування в онкології.** Хворим призначається раціональне харчування з обмеженням легкозасвоєваних вуглеводів, помірним зменшенням жирів, багате вітамінами, мінералами, фосфоліпідами, кверцетином (цибуля, яблука), проантоціанами і резвератролом (чорниця, чорний виноград), катехінами (зелений чай), каротиноїдами (морква, гарбуз), індол-3-карбінолами (капуста), фолієвою кислотою (зелені листові овочі), β-криптоксантинами (апельсини з внутрішньою шкіркою, лікопеном (томати). Харчування має бути збагачене клітковиною, з переважанням натуральних продуктів: молочнокислих, м'якого сиру, яєчних жовтків, риби і білих сортів м'яса, гречаної, вівсяної, рисової крупи. Серед овочів краще обрати різні види капусти: броколі, цвітну, білокачанну, листовий салат, шпинат, зелень. *Рекомендують* помідори, перець, кабачки, гарбуз, баклажани, моркву та ін., а також сезонні ягоди і фрукти. Поліненасичені кислоти (ліноленова, олеїнова) класу омега-9 і омега-3 пригнічують канцерогенез, лінолева кислота (омега-6) стимулює канцерогенез. Маргарин і трансжири, продукти смаження є вираженими канцерогенами. Велике зна-

чення має здатність жирів акумулювати канцерогени при смаженні (бензопірен в рослинних оліях, найменше його в салі). Важливе вживання антиоксидантів: вітамін А — печінка, яйця, молоко; β-каротин — морква та інші жовті овочі та фрукти; лютеїн — темно-зелені листові овочі, капуста [28, 34, 35]. Останнім часом при онкологічних захворюваннях призначають вегетаріанську дієту Ворніша та антиангіогенну дієту В. Лі.

**Лікувальне харчування в неврології.** При розсіяному склерозі, депресії у дієті зменшують добову квоту жирів і вуглеводів, що включає: 80–90 г білків (з них 55–60 % рослинного походження), 70 г жирів (з них 30 % рослинні), 350 г вуглеводів, виключають або обмежують кухонну сіль. Основні продукти: молоко і різні молочні напої, бобові й печінка. Калорійність раціону харчування становить 2300–2500 ккал, кількість прийомів їжі — 4–5 разів на день. *Повністю виключаються* вироби з листового тіста, свіжий хліб, консерви, жирні сорти м'яса і ковбаси, напівфабрикати, смажені або зварені круто яйця, редька, огірки, редиска, щавель, ріпчаста цибуля і часник, шоколад, гострі соуси, перець, хрін, гірчиця, алкоголь, какао, чорна кави і чай, ікра рибна, рибні консерви, риба в смаженому і солоному вигляді, тваринні жири, включаючи сало. При хворобі Альцгеймера вельми популярною є дієта MIND, яка є синтезом вже згадуваних середземноморської (Mediterranean) та DASH дієт. Є дані про ефективність високожирової (кетогенної) дієти в лікуванні епілепсії [8, 9].

**Харчування при захворюваннях шкіри.** Призначається харчовий раціон з високим вмістом білків і жирів (1,2–1,6 г/кг нормальної МТ), зменшеною квотою вуглеводів (3–4 г/кг нормальної МТ), гіпоалергенної спрямованості. Їжа має бути багатою на сірковмісні амінокислоти — метіонін, цистеїн, колагенотворюючі амінокислоти — лізин, пролін, гліцин; вітаміни А, Е, С, ніацин, біотин, фолієву кислоту, селен, магній і цинк; лецитин і омега-3 жирні кислоти, з підвищеним вмістом клітковини і пектинових речовин. Нині дієтологами шкірні прояви та їх особливості розглядаються як ознаки ураження окремих внутрішніх органів, що потребують призначення спеціальних раціонів [6, 8, 9].

**Харчова алергія і непереносимість.** Найчастіше харчова алергія виникає при вживанні в їжу солодощів, молока, яєць, риби, птиці, цитрусових, бананів, полуниці, малини, горіхів, шоколаду, кави, а також пшениці, вівса і томатів. Для визначення харчового алергену хворому рекомендується вести щоденник. Призначається гіпоалергенна елімінаційна дієта. З харчового раціону *виключаються* легкозасвоєвані вугле-

води (варення, цукор, солодоці та мед), які підтримують алергічну спрямованість організму, продукти, які завідомо викликають алергічні реакції у даного хворого, а також продукти, які найбільш часто викликають алергічні реакції. Значно зменшується кількість кухонної солі і солоних продуктів. Обмежуються або виключаються гострі страви, прянощі і приправи, копчені продукти, бульйони і соуси. Страви вживаються у відварному, запеченому або тушкованому вигляді, що сприяє зменшенню всмоктування алергенів. Можлива перехресна алергія на продукти. Так, при непереносимості яєць виключають здобні, борошняні вироби, креми, майонез, запіканки, суфле та інші страви, які містять за рецептурою яйця. Більшу алергічну дію чинять білки яєць, ніж жовтки. Зварені круто яйця рідше виявляють алергічний вплив, ніж сирі і зварені некруто. У молока вираженими алергічними властивостями володіють білки-глобуліни, рідше — казеїн. Незбиране свіже молоко частіше викликає алергію, ніж кисломолочні напої [2, 3].

**Лікувальне харчування при спадкових і метаболічних захворюваннях**, які сьогодні, на жаль, «постарішали» і не характеризуються маніфестним перебігом, базується переважно на європейських та українських рекомендаціях, з використанням для експрес-діагностики методів молекулярно-генетичного аналізу.

При **фенілкетонурії (ФКУ)** дієта спрямована на зменшення дози фенілаланіну згідно індивідуальної толерантності до цієї амінокислоти, що означає зменшення дози натурального білка в добовому раціоні. Потрібне забезпечення відповідної для нормального розвитку організму дози білка з продуктів лікувального харчування ФКУ без фенілаланіну. Важливим є забезпечення відповідної ЕЦ з використанням спеціальних низькобілкових продуктів, відповідної дози вітамінів, макро- і мікроелементів. Спеціальними дієтичними продуктами для поповнення запасів білка у дітей різного віку також є «Берлафен», «Циморган», «Мінафен», «Апонт». *Виключаються* яйця, риба, м'ясо та м'ясні продукти (м'ясні та ковбасні вироби), домашня птиця та продукти птахівництва; зернові продукти: хлібобулочні вироби, борошно, каші, пластівці, макарони, кондитерські вироби; стручкові рослини: квасоля, горох, соя; насіння: кукурудза, мак, льон; горіхи; шоколад; молоко, молочні продукти: сир, йогурт, сметана, морозиво; желатин, аспартам. У жорстко обмеженій кількості дозволяється вживати овочі, картоплю, фрукти, рис, джеми, варення, мед, масло, маргарин, шербети, хлібобулочні вироби з низьким вмістом білка, макарони і борошняні продукти, виготовлені з бо-

рошна з низьким вмістом фенілаланіну, тапіоку, крупу саго [9]. При **цистинурії** показана олужняюча дієта; збільшення кількості вжитої рідини; дієта з обмеженим вмістом амінокислот, насамперед цистеїну і метіоніну.

При **муковісцидозі (кістозному фіброзі)** добовий калораж має на 10–30 % перевищувати вікову норму за рахунок збільшення в раціоні білкового компонента. Потребу в білках задовольняють вживанням в їжу м'яса, риби, яєць, сиру, споживання жирів значно обмежують. Можна використовувати жири, до складу яких входять жирні кислоти із середнім розміром ланцюга, тому що їх засвоєння не залежить від активності ліпази підшлункової залози. При дефіциті дисахаридаз у тонкому кишечнику з раціону *виключають* відповідні сахарози, найчастіше лактозу. Їжу хворим завжди підсолюють, особливо в спекотну пору року і при високій температурі, що необхідно, зважаючи на великі втрати солей з потом. Хворому забезпечують споживання достатньої кількості рідини. У харчування повинні бути *включені* продукти з вмістом вітамінів, фруктові та овочеві соки, вершкове масло. Щоб компенсувати недостатність ферментів підшлункової залози, слід вживати панкреатичні ферменти з їжею, необхідна висококалорійна дієта з низьким вмістом жирів і високим вмістом протеїнів, а також вітамінів А, D, Е і К.

При **целиакії** харчування базується на елімінаційній аглютенівій дієті. Для хворих на целиакію небезпечними є житній і пшеничний хліб, макарони, здобна випічка, різне печиво, каші з пшеницею, житом, вівсом, ячменем. Для зменшення ймовірності появи лактазної недостатності рекомендовано відмовитися від молочних продуктів на початку дієти. Фрукти, овочі, свіже м'ясо, риба — продукти, які не містять глютен, безпечні і корисні для організму. Різноманітні барвники, консерванти, крохмаль, ароматизатори, на жаль, також містять глютен, тому потрібно уважно вивчати етикетки на продуктах [22].

Найбільш фізіологічними в профілактичному лікуванні терапевтичної патології є лікарські препарати на основі вітамінів, амінокислот, простих вуглеводів, елементів циклу Кребса, серед яких: бенфотіамін (вітамін В<sub>1</sub>) 600 мг; берлітійон (ліпоєва кислота) 600 мг; есенціале (есенціальні фосоліпіди) 300 мг; урсофальк (урсодезоксихолева кислота); кардонат (карнітин); гептрал (адemetіонін) 400–800 мг; неотон (фосфокреатин) 1–4 г; предуктал (триметазидин) 35–70 мг; дибікор та кратал (амінокислота таурин); дуфалак (лактолоза) 15–30 мл, смоли та камеди — гуарова смола (гуарем), акарбоза [16, 21, 24].



**Серед перспективних напрямків у сфері клінічної лікувально-профілактичної дієтології** слід виокремити роботу з формування стандартів, клінічних протоколів ведення хворих з чітко сформульованими фармакологічними і дієтологічними рекомендаціями, нормативами, проведення клінічних досліджень ефективності окремих дієт, популяційні дослідження їх ефективності на хворих і волонтерах, розробку комбінованих мультифункціональних дієт, особливо за умов поєднаної патології, вітамінізацію харчових продуктів, оптимізацію роботи з фармакологічними кампаніями, виробниками нутрицевтиків, біологічних активних добавок [30, 31, 40].

Таким чином, раціональне харчування при більшості захворювань має сприятливо впливати на їх провідні патогенетичні ланки, базувати-

ся на раціонах з доведеною ефективністю та достатньою доказовою базою (безбілкові дієти при нирковій недостатності, низькосольовий варіант дієти DASH при ГХ, дієти Ворніша, TLC при атеросклерозі, адаптовані дієти Mediterranean, Polymeal, Omni Heart, клініки Майо, Weight Watchers при АО та ЦД 2 типу), із збільшеною часткою омега-3 жирних кислот, виключенням трансжирів, збільшенням клітковини. Хворі повинні отримувати зрозумілі рекомендації щодо застосування дієт з переважанням певних продуктів, вживання яких асоційоване з онкопротективною, протизапальною та імунomodуючою дією, покращенням метаболічних показників, кровообігу в нирках, легенях, зниженням маси тіла, загального серцево-судинного ризику.

*Конфлікту інтересів немає.*

## Список літератури

1. Ахаладзе Н.Г. Разгрузочно-диетическая терапия больных с артериальной гипертензией и ожирением // Журнал практичного лікаря.— 2009.— № 1.— С. 7—10.
2. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., Райхельсон К.Л. Несовместимость пищевых продуктов и пищевая аллергия: учебно-методическое пособие.— СПб: Диалект, 2006.— 133 с.
3. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., Райхельсон К.Л. Пищевая непереносимость: учебно-методическое пособие.— СПб: Изд. «Диалект», 2006.— 136 с.
4. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., Харитонов А.Г. Лечебное питание при сахарном диабете: метод. рекомендации.— СПб, 2008.— 24 с.
5. Братусь В.В., Талева Т.В., Шумаков В.А. Ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром: фундаментальные и клинические аспекты / Под ред. В.Н. Коваленко.— К.: Четверта хвиля.— 2009.— 416 с.
6. Волошин О.І., Сплавський О.І. Основи оздоровчого харчування.— Чернівці.— 2007.— 535 с.
7. Гетц Т., Мальфертайнер П. Нутриционная поддержка при остром панкреатите // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.— 2009.— № 2.— С. 170—177.
8. Диетология: руководство / Под ред. А.Ю. Барановского.— 3-е изд.— СПб: Питер, 2008.— 1024 с.
9. Диетология: підручник / За ред. Н.В. Харченко, Г.А. Анохіної.— К.: Меридіан, 2012.— 526 с.
10. Доценко В.А., Мосийчук Л.В. Болезни избыточного и недостаточного питания.— СПб: Фолиант.— 2004.— 111 с.
11. Єрмакович І.І., Чернишов В.А., Березняков І.Г., Богун Л.В. Ожиріння: сучасні підходи до лікування: метод. рекомендації.— Харків, 2006.— 21 с.— <http://www.woerwagpharma.kiev.ua/>
12. Здоровое питание при сахарном диабете // Рекомендации для пациентов кампании Вёрваг Фарма.— <http://www.woerwagpharma.kiev.ua/>
13. Каганов Б.С., Батурич А.К., Погожева А.В. и др. Оценка эффективности применения смеси белковых композитных сухих в диетотерапии больных наиболее распространенными алиментарно-зависимыми заболеваниями: метод. рекомендації.— М., 2009.— 60 с.
14. Карпенко П.А. Особливості харчування в профілактиці захворювань органів травлення: лекція для лікарів // Журнал практичного лікаря.— 2009.— № 2—3.— С. 19—23.
15. Коваль С.М., Чернишов В.А., Єрмакович І.І. та ін. Первинна профілактика метаболічного синдрому: метод. рекомендації.— Харків, 2008.— 20 с.
16. Кравчун Н.А., Романова И.П., Полозова Л.Г. и др. Использование пищевых волокон в комплексной терапии сахарного диабета 2-го типа // Междунар. эндокрин. журн.— 2014.— № 6 (62)— С. 61—65.
17. Крамарьова В.Н., Соболев В.О. Дієтична корекція метаболічних порушень у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію з метаболічним синдромом // Галицький лікарський вісник.— 2010.— № 3.— С. 52—55.
18. Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии / Под ред. В.А. Тутельяна.— М., 2007.— 304 с.
19. Лоранская Т.И., Лоранская И.Д., Редзюк Л.А. Диетотерапия хронического панкреатита.— М.: Миклош, 2008.— 120 с.
20. Мартинчук О.А., Роттер М.М. Елімінаційна дієта у лікуванні ожиріння, зумовленого харчовою непереносимістю // Сучасна гастроентерологія.— 2012.— № 4.— С. 40—42.
21. Марциник Е.Н., Перцева Н.О., Мальяр Е.Ю., Мищенко Н.В. Эффективность секвестрантов жирных кислот в гиполлипидемической терапии больных сахарным диабетом // Междунар. эндокрин. журн.— 2010.— № 7 (31)— С. 150—154.
22. Наумова О.А. Особенности питания больных целиакией // Сучасні медичні технології.— 2010.— № 2.— С. 124—127.
23. Ожирение / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.— М.: МИА.— 2004.— 449 с.
24. Пасечко Н.В., Лой Г.Я., Свистун І.І. Вплив препарату Гуарем на масу тіла та основні показники ліпідного і вуглеводного обміну у пацієнтів із надмірною масою тіла чи ожирінням // Междунар. эндокрин. журн.— 2014.— № 5 (61)— С. 31—36.
25. Пілецький А.М., Марченко Н.В., Анохіна Г.А. та ін. Сучасна концепція дієтичного лікування хворих на бронхіальну астму із синдромом хронічної втоми.— К., 2008.— 23 с.
26. Погожена А.В. Современные принципы лечебного питания при ишемической болезни сердца // Consilium Medicum.— 2010.— Т. 4.— № 16.— С. 4—10.
27. Примак А.В. Метаболический синдром: функциональный подход к этиологии, патогенезу, клинике, диагностике и лечению.— К.: Клиника антивозрастного «Медиком».— 2011.— 120 с.
28. Каганов Б.С., Гаппаров М.Г., Шарафетдинов Х.Х., Исаков В.А. Рекомендации по оптимизации питания больных онкологическими заболеваниями: информационное письмо.— М., 2009.— 15 с.
29. Смолянский Б.Л., Лифляндский В.Г. Диетология. Новейший справочник для врачей.— СПб: Сова; М.: Изд-во Эксмо.— 2004.— 816 с.
30. Тутельян В.А., Попова Т.С. Новые стратегии в лечебном питании.— М.: Медицина.— 2002.— 141 с.
31. Харченко Н.В. Нерешенные проблемы здорового питания // Научный журнал МЗ Украины.— № 2 (66)— 2014.— С. 46—52.
32. Харченко Н.В., Анохіна Г.А., Лопух І.Я. Роль дієтичного питания и фитотерапии в профилактике и лечении моче-

- каменной болезни // Почки.— № 2 (04).— 2013.— Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36058>.
33. Швец Н.И., Мищенко С.М. Рациональное питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Журнал практического врача.— 2009.— № 2—3.— С. 44—50.
  34. Ялкупт С.И. Профилактика опухолей.— Книга-глюк, 2006.— 452 с.
  35. Amiano P., Chamosa S., Etxezarreta N. et al. No association between fish consumption and risk of stroke in the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Spain): a 13·8-year follow-up study // *Public Health Nutr.*— 2016.— Vol. 19 (4).— P. 674—681. doi: 10.1017/S1368980015001792.
  36. Carey V.J., Bishop L., Charleston J. et al. Rationale and design of the Optimal Macro-Nutrient Intake Heart Trial to Prevent Heart Disease (OMNI-Heart) // *Clin. Trials.*— 2005.— Vol. 2 (6).— P. 529—537.
  37. Drogan D., Schulze M.B., Boeing H., Pischon T. Insulin-Like Growth Factor 1 and Insulin-Like Growth Factor-Binding Protein 3 in Relation to the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: Results From the EPIC-Potsdam Study // *Am. J. Epidemiol.*— 2016.— Vol. 183 (6).— P. 553—60. doi: 10.1093/aje/kwv188. Epub 2016 Feb 14.
  38. Haring B., von Ballmoos M.C., Appel L.J., Sacks F.M. Healthy dietary interventions and lipoprotein (a) plasma levels: results from the Omni Heart Trial // *PLoS One.*— 2014.— Vol. 9 (12).— e114859. doi: 10.1371/journal.pone.0114859. eCollection 2014.
  39. Hauk L. DGAC Makes Food-Based Recommendations in the 2015—2020 Dietary Guidelines for Americans // *Am. Fam. Physician.*— 2016.— Vol. 93 (6).— P. 525. No abstract available.
  40. Human Nutrition / Eds: C. Geissler, H. Powers.— Livingstone, Netherlands: Elsevier Churchill, 2005.— 765 p.
  41. Koloverou E., Panagiotakos D.B., Pitsavos C. et al. ATTICA Study Group Adherence to Mediterranean diet and 10-year incidence (2002—2012) of diabetes: correlations with inflammatory and oxidative stress biomarkers in the ATTICA cohort study // *Diabetes Metab. Res Rev.*— 2016.— Vol. 32 (1).— P. 73—81. Doi: 10.1002/dmrr.2672. Epub 2015 Jul 27.
  42. Kovesdy C.P., Kalantar-Zadeh K. Back to the future: restricted protein intake for conservative management of CKD, triple goals of renoprotection, uremia mitigation, and nutritional health // *Int. Urol. Nephrol.*— 2016.— Vol. 48 (5).— P. 725—729.— Doi: 10.1007/s11255-016-1224-0. Epub 2016 Feb 17.
  43. Lu Y., Vakilzadeh N., Teta D. Chronic renal failure: what is the optimal diet? // *Praxis (Bern 1994).*— 2015.— Vol. 104 (7).— P. 361—367.— doi: 10.1024/1661-8157/a001959. Review. French.
  44. Piccoli G.B., Vigotti F.N., Leone F. et al. Low-protein diets in CKD: how can we achieve them? A narrative, pragmatic review // *Clin. Kidney J.*— 2015.— Vol. 8 (1).— P. 61—70.— Doi: 10.1093/ckj/sfu125. Epub 2014 Dec 2. Review.
  45. Riccio E., Di A. Nuzzi, Pisani A. Nutritional treatment in chronic kidney disease: the concept of nephroprotection // *Clin. Exp. Nephrol.*— 2015.— Vol. 19 (2).— P. 161—167.— Doi: 10.1007/s10157-014-1041-7. Epub 2014 Oct 16. Review.
  46. Tay J., Thompson C.H., Luscombe-Marsh N.D. et al. Long-Term Effects of a Very Low Carbohydrate Compared With a High Carbohydrate Diet on Renal Function in Individuals With Type 2 Diabetes: A Randomized Trial // *Medicine (Baltimore).*— 2015.— Vol. 94 (47).— e2181.— Doi: 10.1097/MD.0000000000002181.
  47. Teplan V. Effect of keto acids on asymmetric dimethylarginine, muscle, and fat tissue in chronic kidney disease and after kidney transplantation // *J. Ren. Nutr.*— 2009.— Vol. 19 (5 Suppl).— S. 27—29.— Doi: 10.1053/j.jrn.2009.06.007. No abstract available.

#### Д.К. Милославский

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

### Современные взгляды на роль и место лечебно-профилактической диететики при заболеваниях внутренних органов

В обзоре, посвященном актуальным вопросам клинической диетологии, изложены современные взгляды на лечебное питание при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, особенности питания в эндокринологии, при сердечно-сосудистой патологии, заболеваниях нервной системы, в онкологии, при врожденных нарушениях обмена веществ, метаболических заболеваниях, пищевой аллергии и непереносимости, а также освещены нерешенные проблемы и перспективные направления в диетологии.

**Ключевые слова:** клиническая диетология, лечебное питание, заболевания внутренних органов, нарушение обмена веществ, пищевая непереносимость, перспективные направления в диетологии.

#### D.K. Miloslavsky

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

### Modern views on the role and place of therapeutic and prophylactic dietetics in the internal organs diseases

In a review of the clinical dietetics, given modern views on nutritional therapy in the most common diseases of internal organs, nutrition in endocrinology, cardiovascular disease, diseases of the nervous system, oncology, congenital metabolic disorders, metabolic diseases, food allergies and intolerances, highlights outstanding issues and future directions in nutrition.

**Key words:** clinical dietetics, clinical nutrition, internal diseases, metabolic disorders, food intolerance, promising directions in nutrition.