



Д. К. Милославський

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

Особливості лікувально-профілактичного харчування при гастроентерологічній патології, яка перебігає на тлі провідних «хвороб цивілізації»

Наведено сучасні погляди щодо лікувально-профілактичного харчування пацієнтів гастроентерологічного профілю у поєднанні з найбільш поширеними «хворобами цивілізації». Розглянуто особливості харчування при захворюваннях печінки, жовчного міхура, кишечника, жовчнокам'яній, гастроезофагеальній рефлюксній та виразковій хворобі та при їх спільному перебігу з гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, абдомінальним ожирінням, цукровим діабетом 2 типу, метаболічним синдромом.

Ключові слова: гастроентерологічна патологія, «хвороби цивілізації», поєднаний перебіг, лікувально-профілактичне харчування.

Незважаючи на значні успіхи сучасної фармакотерапії у веденні пацієнтів з гастроентерологічною патологією, невід'ємною складовою багатьох консенсусів та стандартів лікування та профілактики цієї категорії хворих залишається дієтичне харчування. Лікувально-профілактичне (дієтичне) харчування в сучасній гастроентерології має патогенетично обґрунтоване значення, оскільки пасаж та вплив їжі на організм безпосередньо відбувається у слизовій оболонці відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Тому раціональна дієтета має не лише сприятливо впливати на моторно-евакуаторну функцію, ферментну діяльність та стан клітин органів ШКТ, активність кишкової мікробіоти, а й здійснювати загальну саногенетичну дію на людину [1, 4, 14, 17].

У сучасних умовах гастроентерологічна патологія часто асоціюється або перебігає на тлі так званих хвороб цивілізації — гіпертонічної хвороби (ГХ), ішемічної хвороби серця (ІХС), абдомінального ожиріння (АО), цукрового діабету (ЦД) 2 типу, метаболічного синдрому (МС) [3, 5, 8, 28]. У разі поєднаної патології до лікувально-профілактичного харчування в гастроентерології висуваються вимоги щодо диференційовано-

го впливу на спільні ланки виникнення цих двох груп мультифакторіальних захворювань. Це насамперед пригнічення патологічного апоптозу, малоінтенсивного запалення, цитокінової агресії, гальмування інсулінорезистентності, нормалізація екзо- та ендокринної функції ШКТ, поліпшення стану гормонів жирової тканини та вазоактивних кишкових пептидів, зниження маси тіла, артеріального тиску, поліпшення ліпідного профілю [11, 21, 23, 37].

Серед хвороб, пов'язаних з порушеннями харчування (G. Haenel та співавтори, 1979), умовно виділяють стани, зумовлені надлишковим споживанням вуглеводів, рафінованою крохмалю і цукру, зокрема такі захворювання ШКТ, як виразкова хвороба, гастрит, ентерит, виразковий коліт і хвороба Крона, холецистит, жовчнокам'яна хвороба, геморої, а також ожиріння, і надмірним споживанням білків, зокрема провідні захворювання серцево-судинної системи (інфаркт міокарда, ГХ, атеросклероз, мікроангіопатії, ЦД, дисліпідемії).

Патолофізіологічні механізми розвитку аліментарно-залежних хвороб у пацієнтів гастроентерологічного профілю зумовлені надлишком надходження поживних речовин з високою фатичністю, гіпернутриємією, порушенням клітинного гомеостазу, адаптивною активацією фер-

ментних систем, зривом їх компенсаторних можливостей, глибокими порушеннями метаболізму. Всі ці негативні процеси перебігають на тлі конституціональної та генетично зумовленої схильності ферментних систем до дезадаптації ендокринної функції ШКТ і кишкової мікробіоти [36, 50, 51].

Науковий підхід до лікувально-профілактичного харчування у гастроентерології пов'язаний з іменами видатних лікарів минулого та сучасності. Гіппократ (V ст. до н.е.) у книзі «Про дієту» наводить вказівки щодо лікувального харчування, зокрема при хворобах ШКТ. Асклепід Віфінський (128–56 до н.е.), є основоположником дієтології. Він був противником фармакотерапії, віддавав перевагу лікуванню, яке ґрунтувалося переважно на лікувальному оздоровчому харчуванні. Гален (II ст. н.е.) також займався питаннями дієтичного харчування хворих і здорових осіб. Рекомендації щодо дієтології, зокрема при хворобах органів травлення, містить середньовічний «Салернський кодекс здоров'я». У XVII ст. лікар Т. Сиденгам надавав великого значення харчуванню хворих, розробив дієти при поєднаній патології — подагрі та ожирінні і рекомендував не зловживати ліками. З середини XIX ст. дієтологія починає ґрунтуватися на наукових даних, що пояснюється швидким розвитком анатомії, фізіології та біохімії. В розвиток дієтології значний вклад внесли великі клініцисти, основоположники клініки внутрішніх хвороб С. П. Боткін, Г. А. Захар'їн, О. О. Остроумов, М. Д. Стражеско, М. М. Губерґріц, які вважали дієтичне харчування обов'язковим компонентом комплексного лікування цієї категорії хворих. Спочатку в Москві, Петербурзі, а потім в Харкові, Києві, Одесі було створено кафедри та інститути харчування. До класичних і сучасних теорій харчування, які мають пряме відношення до патології ШКТ, належать теорія збалансованого та адекватного харчування акад. О. О. Покровського та О. М. Уголева, ентерогепатоцелюлярна теорія Н. В. Харченко та її школи, теорії функціонального, диференційованого, спрямованого (цільового), індивідуального, клінічного (лікувального) харчування, теорія ослаблення функції кишкової мікрофлори (мікробіоти) (Г. Д. Фадєєнко та співавт.).

Істотний внесок у розвиток сучасної дієтології у гастроентерології зробили такі вчені як С. М. Рісс, Л. А. Черкес, Д. Б. Маршалкович, Н. І. Лепорський, Н. К. Мюллер, О. П. Молчанов, Б. О. Лавров, Б. Л. Смолянський, В. Д. Ванханен, Г. І. Столмакова, А. Ю. Барановський, Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна, Н. Б. Губерґріц, В. І. Переде-

рій, С. М. Ткач, О. В. Швець, Г. Д. Фадєєнко та їх школи [1, 2, 5, 25, 27].

У XX ст. у гастроентерології найпопулярнішою була система дієт за М. І. Певзнером. Недоліком цієї системи була її побудова — заборона вживання певних продуктів без доказової бази. М. І. Певзнер ще в 1922 р. розробив дієти для основних терапевтичних хвороб, які коригувалися, змінювалися і знайшли широке застосування не лише в СРСР, а й в лікувальній практиці інших країн. При порушеннях травлення для проведення лікувальної дієти № 1 основними показаннями були виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, для дієти № 2 — хронічний гастрит із секреторною недостатністю, коліти та ентерити, для дієти № 3 — симптоми «ледачого кишечника», хронічні запори, для дієти № 4 — запалення кишечника, діарея, для дієти № 5 — захворювання печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози, для дієти № 8 — ожиріння, для дієти № 9 — ЦД, для дієти № 10 — захворювання серцево-судинної системи [2, 4, 6, 7]. Ці дієти мали ще підвиди залежно від особливості раціону, калоражу та приготування їжі. У XXI ст. ця система поступилася місцем адаптованій здоровій дієті з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів, у гастроентерології набули поширення низькокалорійні, вегетаріанські, елімінаційні дієти. У майбутньому оптимальною для хворих на «хвороби цивілізації» та ШКТ буде персоніфікована дієта, яка ґрунтуватиметься на даних нутрієноміки і нутрієгенетики.

Особливий інтерес у сучасній гастроентерології представляє дієтичне харчування при захворюваннях кишечника, печінки, жовчного міхура (ЖМ), жовчнокам'яній хворобі (ЖКХ), гастроєзофагеальній рефлюксії (ГЕРХ), виразковій хворобі (ВХ) [11, 13, 17, 19, 20, 24, 25, 29–32, 34].

Особливості харчування при гастроентерологічній патології

Харчування при вірусних гепатитах: раціон повноцінний за енергетичною цінністю (ЕЦ), що сприятиме збереженню клітин імунної системи, з підвищеною кількістю білка, який сприяє регенерації клітин печінки. Так, квота білка становить 1,8–2,0 г/кг маси тіла в період реплікації вірусу, 1,5–1,8 г — у період інтеграції вірусу. При цьому частка білків тваринного походження становить 60%. Дієта при гострому токсичному гепатиті безбілкова. Споживають овочево-фруктове пюре, соки, чай з медом або цукром, фрукти та ягоди. При поліпшенні стану поступово додають до раціону тваринний білок (яйця, молочні продукти, риба, м'ясо). При стабілізації

стану та печінкових показників обережно додають рослинні білки [30].

Харчування при хронічних токсичних гепатитах: раціон повноцінний за складом білка, жирів, вуглеводів, вітамінів та інших важливих нутрієнтів. Дієта характеризується обмеженням простих вуглеводів, збільшенням ліпотропних чинників (метіоніну, фосфоліпідів, холіну, інозиту, вітаміну В₁₂, фолієвої кислоти, карнітину). Слід пам'ятати, що при харчуванні з високим вмістом сахарози, фруктози та особливо глюкози знижується швидкість гідроксилювання токсинів, при безжировому раціоні — активність цитохрому Р450 і ферментів гідроксилювання. При дефіциті холіну (основне джерело холіну — фосфатидилхолін) рано вражаються мітохондрії. При токсичних гепатитах також слід збільшити вживання нутрієнтів-антиоксидантів (проантоціанідів, резвератролу, лікопену, кверцетину, каротиноїдів, таурину, вітамінів С, Е, А, селену, біофлавоноїдів) [31].

Харчування при стеатозі печінки. Стеатоз печінки супроводжує всі гепатити (вірусні, токсичні, метаболічні). Хворим призначають раціон з підвищеною кількістю білка, обмеженням вуглеводів, помірним зниженням вмісту жиру і збільшенням вмісту харчових волокон, ліпотропних чинників (метіоніну, лецитину, холіну, інозиту, вітаміну В₁₂, фолієвої кислоти, карнітину). Режим харчування спрямований на стимуляцію холесекреторної функції печінки [38, 39, 49, 55].

Харчування при обмінних ураженнях гепатобіліарної системи (стеатоз, стеатогепатит, холестероз жовчного міхура, ЖКХ). Для дієти характерно зниження вмісту вуглеводів і жирів, підвищення вмісту незамінних амінокислот (лецитину, метіоніну, карнітину), вітамінів групи В, особливо В₁₂, фолієвої кислоти, С, Е, ніацину, коензиму Q₁₀, харчових волокон.

Харчування при автоімунних ураженнях печінки. Дієта збагачена чинниками, які сприяють відновленню функції наднирників (лецитин, холестерин, вітаміни групи В, особливо В₅, С, каротиноїди, вітамін Е), зі зменшенням у раціоні вмісту ω6-жирних кислот та збільшенням вмісту ω3-жирних кислот, пектину. При холестатичному синдромі додатково збільшують квоту продуктів, багатих на вітаміни А, Е, D, солі кальцію.

Харчування при цирозі печінки. Вміст білка — 90—100 г (60 % з них — тваринні), жирів — 80—90 г (30 % — рослинні), вуглеводів — 350—400 г (70—85 г — прості), кухонної солі — не більше ніж 8—10 г, вільної рідини — 1,5—2,0 л. ЕЦ — 2600—2800 ккал. Харчування 5—6 разів на день невеликими порціями. Страви готують відвар-

ними, запеченими, зрідка — тушкованими. Жилаве м'ясо і багаті на клітковину овочі перетирають. Їжу споживають помірно теплою, холодні страви виключаються. Обмежують вміст тугоплавких жирів, збільшують вміст вітамінів та рідини. З раціону виключають свіжий і житній хліб, здобне та листкове тісто, смажені пиріжки, м'ясні, рибні, грибні бульйони, окрошку, щі зелені, суп з бобових, жирні сорти м'яса, качку, гуску, печінку, нирки, мізки, копченості, більшість ковбас, консерви, жирні види риби, копчену, солону рибу, рибні консерви, солоний, гострий сир, ряжанку, жирний сир, сметану, вершки, круті та смажені яйця, бобові, шпинат, щавель, редис, редьку, цибулю зелену, часник, гриби, мариновані овочі, солонощі і ріпу, гострі та жирні закуски, консерви, копченості, ікру, шоколад, кремові вироби, морозиво, киселі і багаті на клітковину плоди, гірчицю, хрін, перець, чорну каву, какао, холодні напої, алкоголь, свиняче, яловиче, бараняче сало, кулінарні жири. Квоту білка істотно зменшують при ознаках печінкової недостатності [31, 49, 52].

Дієтотерапія запальних захворювань кишечника. Бажано вести харчовий щоденник, виключити з раціону відомі харчові продукти, які негативно впливають на кишечник (молоко та молочні продукти; зернові, продукти, багаті на гліадин та грубу клітковину). Призначають раціон із підвищеним вмістом білка за рахунок повноцінного протеїну тваринного походження. Кулінарна обробка їжі має поліпшити перетравлювання білкових продуктів (маринування м'яса, тушкування із додаванням органічних кислот, спецій, вина, кислих соків). Рекомендують страви із перемеленого м'яса, птиці. Показано застосування продуктів функціонального харчування та амінокислотних препаратів, їх адаптованих сумішей [34, 42, 45, 46].

Щодо розподілу провідних нутрієнтів, то квоту білка додатково підвищують при дефіциті маси тіла, неспецифічному виразковому коліті (НВК) та хворобі Крона, порушеннях травлення із анемією, імунодефіцитом, при супутньому остеопорозі. Рекомендується використовувати яєчний білок, білки м'яса, риби, печінку [44, 48].

Жири вживають переважно ті, які містяться у продуктах і створюють з ними єдиний ліпідний комплекс, додатково застосовують не більше ніж 1—2 столові ложки рослинної олії (краще суміш оливкової, соєвої, арахісової, соняшникової олії), 1—2 чайні ложки гранульованого лецитину, які бажано додавати в каші та пюре. Корисним є збільшення квоти ω3-жирних кислот (морська риба, печінка тріски, лосось, скумбрія, риб'ячий

жир, масло зерен чорної смородини), зменшення вживання лінолевої та арахідонової жирних кислот (тобто більшості рослинних олій).

Під час лікувального харчування у пацієнтів поліпшують тканинне дихання, стан мітохондрій та окисне фосфорилування у кишечнику за рахунок вживання корисних нутрієнтів — магнію, вітамінів В₁, В₂, С, Е, іонів заліза, міді, антиоксидантів, ліпоєвої кислоти, карнітину, коензиму Q₁₀ та марганцю. Вітамін С поліпшує стан мікроциркуляторного русла, володіє імунотропною дією. Дефіцит фолієвої кислоти, нікотинаміду та вітаміну В₆ спричиняє діарею. Вітамін В₅ володіє протизапальною, антиалергічною дією та нормалізує діяльність кори наднирників.

Харчові продукти призначають з урахуванням їх впливу на стан моторики кишечника. Серед них умовно виділяють стимулятори моторики: жири, продукти, багаті на цукри та жири, жирні сорти м'яса та риби, продукти, багаті на клітковину, сухофрукти, кислі недостиглі фрукти та ягоди, сирі овочі, кислі фруктової та овочеві соки, газовані холодні напої; продукти, які сповільнюють моторику кишечника: багаті на танін, продукти в'язкої консистенції — слизисті супи, протерті каші із рисової, гречаної, манної крупи, зварені на воді, киселі. До індиферентних продуктів належать парові страви із нежирних сортів м'яса, риби, сухарики, некислий м'який сир. Для поліпшення мікробіоти ШКТ використовують продукти, які містять живі біфідум- та лактобактерії (молочнокислі продукти, йогурти), біфідогенні фактори (сир, молоко, соки тощо, ферментовані живими пробіотичними бактеріями), пребіотики (олігосахариди грудного молока, інулін, фруктоолігосахариди).

Харчування при синдромі підвищеної кишкової проникності. Дієта спрямована на нормалізацію травлення та нівелювання чинників ушкодження (антибактеріальні препарати). Це повноцінне харчування з обмеженням жирів і транс-жирів, які не засвоюються, виключенням продуктів, котрі містять гліадин, призначенням продуктів, які поліпшують енергетичні та відновні процеси в кишці (глутамін, коротколанцюгові жирні кислоти), вітаміни, котрі призводять до корекції синтезу зонуліну). В раціон додатково вводять продукти з бактеріостатичними властивостями щодо окремих мікроорганізмів: моркву (сальмонели, клостридії), цибулю (ешерихії), чорну редьку, перець стручковий, часник, хрін, кріп, кмин, гвоздику (протей, клібсієла, синегнійна паличка) та ін. [38]. Останнім часом хворим із захворюваннями кишечника, метеоризмом, синдромом подразненої кишки призначають так

звану FODMAP-дієту (Fermentable, Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polyols diet) з низьким вмістом оліго- та поліцукрів. Ця дієта у поєднанні з LCHF (Low Carbs High Fat diet) дієтою є також корисною для пацієнтів із серцево-судинною патологією та ожирінням [47, 48].

Дієта при захворюваннях жовчного міхура і жовчовивідних шляхів має сприяти нормалізації евакуаторної функції ЖМ, зменшувати насиченість жовчі ефірами холестерину (ХС). ЕЦ раціону відповідає фізіологічній нормі. Квота білків — близько 1 г/кг маси тіла, жирів — 70—80 г/добу, з них 60 % — тваринні, виключаються смажені страви, зменшується квота вуглеводів до 300—330 г/добу, показаний частий і дрібний прийом їжі з урахуванням порушень моторики ЖМ. Виключають продукти, які спричиняють спазм сфінктера Одді, алкоголь, газовані напої, жирні, смажені, копчені страви, приправи, ефірні олії, екстрактивні речовини. Використовують антиспастичну магнієву дієту: гречана, пшоняна, вівсяна каші, петрушка, шпинат, морська капуста, більшість овочів, какао. *При гіпомоторній дисфункції ЖМ* важливим є 1-й сніданок, який має забезпечити активне скорочення та евакуацію жовчі з переповненого протягом сну ЖМ (овочевий салат, заправлений олією, яєчний омлет, чай, кава з вершками, гранульований лецитин, складні вуглеводи, вітаміни А, С і Е, гідрогенізовані харчові волокна). Рекомендовані страви: хліб з борошна грубого помелу з додаванням подрібнених зерен, висівок, пророслого зерна, німічні м'ясні, рибні бульйони, нежирні сорти м'яса, риба, вершки, сметана, вершкове масло, оливкова олія; яйце нам'яко, гречана, пшоняна крупи, достатня кількість овочів, фруктів, зокрема сухофруктів [30].

При гіпермоторній дисфункції ЖМ обмежуються харчові волокна, жири, виключають з раціону м'ясні, рибні, грибні бульйони, жовтки яєць, смажені страви, прянощі, хімічно і механічно подразнюючі страви.

Можуть сприяти загостренню ЖКХ: міцні рибні, м'ясні, грибні бульйони, надмірно жирні, смажені, копчені страви, закусочні консерви, гриби; вироби з кремом, гострі приправи, сирі яйця, редька, редиска, цибуля, часник. Слід значно обмежити споживання цукру, кондитерських виробів та виробів з борошна вищого сорту, маргарину, майонезу, жирних сортів м'яса, ковбас, м'ясних субпродуктів, твердого сиру, плавлених сирків, жирної сметани, вершків. Хворим рекомендований повноцінний білок — риба, нежирні сорти м'яса (птиця, кріль, яловичина, нежирна свинина), кисломолочний сир, молочнокислі

продукти, яйця. Рафіновані вуглеводи (цукор, кондитерські вироби, солодкі води) можуть підвищити насичення жовчі ХС, що небажано. Показані складні вуглеводи в натуральних продуктах харчування: помірні кількості круп (гречаної, пшоняної, вівсяної), хліб з борошна грубого помелу, картопля (відварена, запечена), бобові (в обмеженій кількості), овочі, зелень, свіжі соки, відвар шипшини, аптекарські дріжджі.

При загостренні ЖКХ — гострій печінковій кольці в перших 1–2 дні призначають водно-чайну діету (німецький чай, слабкий відвар шипшини, натуральні неконцентровані соки, розведені з водою, краще з лужною мінеральною без газу), кілька сухарів з хліба із сірої муки, протерті супи (рисовий, манний, вівсяний), протерті рідкі каші із зазначених круп з незначною кількістю молока, без вершкового масла, вершків, бульйону, желе, мус, протерті компоти. З 1-го тижня вводять нежирний кисломолочний сир, протерте парове м'ясо, відварену рибу, сухарі з борошна вищого сорту. Вживання рідини — 2,0–2,5 л/добу. ЕЦ раціону — 1800 ккал: 60 г білка, 40–50 г жирів, 200–250 г вуглеводів. Порції — 100–150 г.

Протягом 8–10 днів після холецистектомії рекомендована сувора щадна дієта, яка мінімально навантажує жовчовидільну систему та інші органи травлення. Їжа відварена, протерта, вживається малими порціями до 6 разів на добу. Вміст жиру в раціоні обмежений 40–50 г. Виключають жирні продукти, тугоплавкі тваринні жири, рослинний жир. Рекомендовані: протерті овочево-круп'яні слизисті супи, м'ясо відварене, протерте або подрібнене, відварена риба, можна шматком, хліб пшеничний, підсушений, фруктово-киселі, протерті компоти, печені яблука. Обмежено вживають овочі у вигляді пюре. Виключають з раціону холодні страви, продукти, збагачені харчовими волокнами, бобові, ефірні олії, екстрактивні речовини, прянощі [30].

Харчування при кислотозалежних захворюваннях. Пацієнтам слід диференційовано вживати страви залежно від їх впливу на шлункову секрецію. До сильних її стимуляторів належать страви, які містять екстрактивні речовини (м'ясні, рибні, грибні бульйони, міцні навари з овочів), прянощі (гірчиця, кориця, хрін тощо), смажені страви, консерви, томатні соуси, тушковані у власному соку м'ясо і риба, солоні та копчені м'ясо і рибопродукти, солоні, мариновані та квашені овочі та фрукти, яйця, зварені круто, житній хліб і вироби зі здобного тіста, харчові жири, кисломолочні продукти з підвищеною кислотністю, знежирене молоко, молочна сироватка, міцний чай, кава, алкогольні напої, газо-

вані напої, кислі і недостатньо стиглі фрукти та ягоди, сирі овочі). Слабкими стимуляторами секреції є питна вода, молочні продукти (жирне молоко, вершки, сир), яйця нам'яко, омлет, виварене м'ясо, відварна риба, овочі у вигляді пюре, жири, молочні або слизисті супи із круп та овочів, пюре із солодких фруктів, страви з манної крупи і вареного рису, рідкі молочні каші, хліб білий учорашньої випічки, негазовані лужні води, німецький чай [6, 7, 11, 14, 16, 18, 26, 43].

Мета дієтоterapiї при GERX: зниження ймовірності закидання вмісту шлунка в стравохід, поліпшення репаративних процесів його слизової оболонки, профілактика розвитку метаплазій. ЕЦ дієти з урахуванням маси тіла пацієнта. Обмежують споживання продуктів, які є сильними стимуляторами шлункової секреції, смажених і жирних страв. Раціон збагачують вітамінами А, Е, антиоксидантами. Хімічний склад дієти при GERX: білки — 1,2–1,4 г/кг маси тіла (50–55% — тваринні), жири — 1,0–1,2 г/кг маси тіла (25–30% — рослинні), вуглеводи — 4–5 г/кг маси тіла. Рекомендації з харчування при GERX: не переїдати, останній прийом їжі не пізніше ніж за 2–3 год до сну, не лягати після їди протягом 2 год, приймати їжу 4–5 разів на день невеликими порціями, виключити гостру, гарячу і дуже холодну їжу, газовані напої, зменшити вживання жирів, виключити або обмежити вживання продуктів, які сприяють гіпотензії нижнього стравохідного сфінктера (НСС). При GERX зменшують квоту жирів, калорій, кухонної солі, кондитерських виробів, збільшують кількість харчових волокон, β -каротину, вітамінів С і Е, селену. Слід суворо дозувати об'єм їжі, дотримуватися ритму харчування, температурного режиму і способу приготування страв, уникати продуктів, котрі подразнюють слизову оболонку (СО) ШКТ, обмежити прийом їжі та лікарських засобів, котрі спричиняють розслаблення НСС. Пацієнтам не слід носити тісний одяг, ремінь, не нахилятися після їди [17, 29].

Мета дієтоterapiї при ВХ: зниження агресивних властивостей шлункового соку, нормалізація моторної функції шлунка та дванадцятипалої кишки, підвищення імунного захисту за наявності *H. pylori*, профілактика рецидивів і ускладнень ВХ. Це фізіологічно повноцінна дієта, збагачена вітамінами А, Е та антиоксидантами, з обмеженням споживання продуктів і страв, котрі подразнюють СО ШКТ. Приготування страв шляхом відварювання і на пару. Хімічний склад дієти: білки — 1,3–1,6 г/кг маси тіла (молодий вік), 1,2–1,4 г/кг маси тіла (літній вік), жири — 1,4–1,8 г/кг маси тіла (молодий вік),

1,4–1,6 г/кг маси тіла (літній вік), вуглеводи — 4–5 г/кг маси тіла (молодий вік), 3–4 г/кг маси тіла (літній вік), легкозасвоювані вуглеводи — не більше ніж 40 г (молодий вік), не більше ніж 30 г (літній вік) [11, 13, 17, 29].

Мета дієтотерапії при гастритах зі зниженою шлунковою секрецією: адаптація до змін секреторної і моторної функцій шлунка, забезпечення організму необхідною кількістю енергії, пластичного матеріалу і регуляторних компонентів, зменшення процесів атрофії СО шлунка та прогресування захворювання. Хімічний склад дієти: білки — 1,2–1,4 г/кг маси тіла (50–55 % — тваринні), жири — 1,1–1,2 г/кг маси тіла (25–30 % — рослинні), вуглеводи — 4–5 г/кг маси тіла. Рекомендовані продукти і страви: м'ясні, рибні, грибні, міцні овочеві навари, м'ясо і риба, тушковані у власному соку з додаванням овочевих, фруктових соків, соку лимона, оселедець, солоні, мариновані та квашені овочі, прянощі, сир, кисломолочні продукти, круп'яні та макаронні вироби (каші, запіканки), тушковані і сирі овочі (салати, заправлені зеленню, соком лимона), чай, кава, газовані напої, овочеві та фруктові соки, розведені водою [11, 17].

Питання дієтотерапії при захворюваннях підшлункової залози [17, 19, 30, 32] будуть висвітлені в окремому огляді.

Лікувальне харчування при «хворобах цивілізації»

Fast food і харчова промисловість багатьох європейських країн — провідні винуватці збільшення кількості огрядних людей. Нормофагічні страви (із одного продукту) зберігають еволюційно регуляторні впливи на апетит, страви із помірною фагічністю (із 2–3 продуктів без хімічних приправ) мінімально впливають на харчові звички, страви із високою фагічністю (із великої кількості продуктів, приправ, органічних кислот та харчових поліпшувачів смаку) сприяють переїданню та спричиняють порушення харчової поведінки [53].

Лікувальне харчування хворих на абдомінальне ожиріння (АО) спрямоване на зменшення частки гіперфагічних страв, гальмування харчової залежності, формування здорових харчових звичок, збільшення фізичної активності. Домінуючим принципом дієтотерапії є значне обмеження ЕЦ раціону. За вираженого ожиріння ЕЦ знижують на 40 % від фізіологічної норми, а залежно від ефективності лікування ЕЦ зменшують до 30 % або збільшують до 50 %. Принципи побудови дієтичного раціону при АО: призначення малокалорійної редуруючої дієти, обмеження в ра-

ціоні вмісту простих вуглеводів, зменшення квоти жирів тваринного походження зі збільшенням рослинних олій, призначення некалорійної, але значної за об'ємом їжі (сирі овочі, фрукти), багаторазове (до 6 разів на добу) харчування, виключення продуктів, які збуджують апетит, зменшення кількості рідини і солі в їжі, використання розвантажувальних днів [54]. При низькій ефективності лікування дієту слід поєднувати з різними варіантами хірургічного баріатричного втручання [40].

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 добу), кавуновий або гарбузовий день — 1,5 кг стиглого кавуна або запеченого гарбуза по 300 г на 5 прийомів [18]. Розвантажувальні дні призначають замість основної дієти 1–2 рази на тиждень (огірковий, «китайський», сирний, фруктовий, овочевий). У санаторно-курортних та амбулаторних умовах особам з АО можна проводити одноденне голодування, використовувати редуковані дієти Військово-Повітряних сил США, Аткинса, Бантинга, очкову дієту, голлівудську дієту, дієти Граддока, Мендена, Юткіна, Дональдсона.

До складу раціону необхідно вводити 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 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. Квота вуглеводів у раціоні хворого на АО — не більше ніж 2–3 г/кг рекомендованої маси тіла. Переважно це овочі, які містять складні вуглеводи. Обмеження стосується насамперед простих вуглеводів. Одночасно необхідно істотно зменшити вживання складних вуглеводів, які містяться у хлібобулочних виробах, картоплі, кашах та стравах з борошна. Страви мають бути переважно з низьким та середнім глікемічним індексом (ГІ). Жирів під час лікування АО бажано вживати щодня 70–105 г, з них 20–25 г рослинних олій. Жирна їжа забезпечує триваліше відчуття ситості, тобто зменшує апетит. Хворі на морбідне АО використовують жири лише ті, які входять до складу продуктів

харчування. Ефект зниження маси тіла досягається за рахунок стимуляції жирами ліполітичних ферментів, які сприяють їх швидкому окисненню. Краще знижують масу тіла молочні жири та рослинні олії. При неалкогольній жировій хворобі печінки на тлі ожиріння призначають раціон з обмеженням ЕЦ, збалансований за вмістом незамінних амінокислот, вітамінів, мінералів, поліненасичених жирних кислот та інших нутрієнтів, спрямований на усунення харчової залежності та формування правильних харчових звичок, а також збільшення фізичної активності. Дієта хворим на АО призначається пожиттєво. Пацієнт має дотримуватись режиму харчування, вести харчовий щоденник, перекуси не допустимі [9, 12, 21, 35]. Молочні продукти можуть, як і родзинки, несприятливо діяти на ШКТ у хворих на панкреатопатію, викликати метеоризм.

Хворим з цукровим діабетом 2 типу призначають ізокалорійні (1800–2500 ккал) і на короткі терміни – гіпокалорійні (600–800 ккал) раціони. Квота білка становить 1,5–2,0 г/кг маси тіла залежно від віку, фізичної активності, стану нирок, з них 60% – тваринний білок (біле м'ясо, риба, яйця, меншою мірою молочні продукти), 40% – рослинний (крупни (гречана, вівсяна, жовтий рис), висівковий хліб, макарони з твердих сортів пшениці, прісне тісто з борошна 2-го сорту). Квота жирів з урахуванням фізичної активності – від 1,5 до 2,2 г/кг маси тіла, з них – 75–80% тваринних, 12–15 г ω -3-поліненасичені жирні кислоти (оселедець, скумбрія, лосось тощо), рослинних олій – 1–2 столові ложки. Дієта має бути збагаченою вітамінами групи В, С, хромом, карнітином, таурином, ліпоєвою кислотою. Значно обмежують вживання кондитерських виробів, родзинок, інжиру, фініків, солодких напоїв, бананів. Для цього контингенту також використовують адаптовані середземноморську (Mediterranean) та DASH-дієти, дієти Polymeal, Omni Heart, клініки Майо, вагоспостерігачів (Weight Watchers), які, крім нормалізації маси тіла, володіють проти-запальною активністю, знижуючи рівень С-реактивного протеїну та цитокінів [2, 10, 12, 38, 41, 54]. Середземноморська дієта не є корисною для хворих на хронічний панкреатит.

Лікувальне харчування при атеросклерозі і ГХ. Характерно зменшення калорійності раціону на 10–15% за рахунок жирів і легкозасвоюваних вуглеводів. Необхідне повноцінне білкове харчування, вживання їжі невеликими порціями і часто (5–6 разів на добу). Щотижня слід один день робити розвантажувальним (яблучна дієта, сирна тощо). Дієта має містити багато свіжих овочів та фруктів (салати, пюре), багатих на пек-

тин, що перешкоджає всмоктуванню ХС у кишечник. Бобові продукти (квасоля, горох, соя та ін.) хоча і містять клітковину, яка підсилює роботу кишечника, не бажані при порушеннях пуринового обміну. Слід вживати м'ясо, яке легко засвоюється (птиці, кроля), продукти, котрі містять лецитин (яйця, сир), пшеничні висівки, горіхи, печінку. Їжа має бути багата на вітаміни з капіляростабілізуючими властивостями (С, А, Е) – цитруси, шипшина, чорна смородина, зелень. Показано вживання морепродуктів, хліба грубого помелу, які містять мікроелементи, йод та магній. Вміст кухонної солі в раціоні – 4–5 г, кількість рідини на добу – до 1,5 л. Жири тваринного походження необхідно виключити з раціону (консерви, ковбаси, жирні сорти м'яса), готувати їжу на рослинній рафінованій олії, не додаючи жир, масло. Їжу не смажити, а лише відварювати [15, 22, 23, 33].

Харчування при атеросклерозі розроблено з урахуванням типу дисліпідемії, спрямоване на обмеження вживання жирів, вуглеводів, алкоголю, часто використовують дієти TLC і Діна Уорніша. Рекомендується збагачення раціону калієм, йодом, селеном, хромом, ванадієм, ω 3-жирними кислотами (до 15 г/добу), L-аргініном, лізином, карнітином, ліпоєвою кислотою. У гострий період інфаркту міокарда показане обмеження квоти білка та ЕЦ раціону.

При ГХ призначають дієту DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension – «Дієтичні заходи щодо припинення гіпертонії») – систему харчування з підвищеним вмістом фруктів і овочів, яка сприяє зниженню артеріального тиску (АТ). DASH-дієта характеризується переважанням у 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, транс-жирів і холестерину та збільшити споживання поживних речовин, які впливають на зниження АТ, а саме: калію, магнію, кальцію, білка і клітковини. Щодня слід вживати необхідну кількість порцій з різних харчових груп [35, 41]. Продукти, які містять натрій у кількості 20% або більше від добової норми, вважаються продуктами з високим вмістом натрію. До них належать хлібобулочні вироби, деякі крупни, соєвий соус, а також деякі лікарські препарати, які містять натрій. При поєднаному перебігу ГХ та захворювань ЖМ ефективною є магнієва дієта. Корисним продуктом для харчування хворих з поєднаною патологією є

молоко, оскільки це слабкий стимулятор секреції шлунка, а казеїн молока може знижувати АТ та поліпшувати ліпідний профіль. Хворим середнього та похилого віку не слід у великій кількості вживати пісний сир, оскільки він може, навпаки, підвищити рівень «некорисного» холестерину.

При проведенні спеціальних лабораторних досліджень у хворих на гастроентерологічну патологію на тлі «хвороб цивілізації» інформативними є клінічний аналіз крові та сечі, визначення ліпопротеїдліпази, глутатіонпероксидази, амілази, загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької та високої густини, загального білка, альбуміну, сечової кислоти, сечовини, креатиніну, глюкози, глікозильованого гемоглобіну, С-реактивного протеїну. Дуже інформативні є такі спеціальні дослідження, як гастропанель, вміст мікро- і макроелементів, тест на концентрацію мікроелементів у волоссі, визначення вмісту амінокислот та вітамінів, тест на харчову непереносність. Із приладів корисні ваги «Таніта», крокомір «Омрон», лічильники калорій, які дають змогу отримати інформацію щодо жирової та м'язової маси тіла, добової кількості кілокалорій тощо.

Таким чином, раціональне харчування при гастроентерологічній патології, яка перебігає на тлі провідних «хвороб цивілізації», має ґрунтуватися на раціонах з доведеною ефективністю та достатньою доказовою базою (безбілкові дієти

Конфлікту інтересів немає.

при печінковій недостатності, FODMAP-дієта при захворюваннях кишечника, LCHF-дієта при поєднанні гастроентерологічної патології з ожирінням, ЦД та серцево-судинною патологією, низькосольовий варіант DASH-дієти при поєднанні захворювань ШКТ з ГХ, магнієва дієта при ГХ та захворюваннях жовчного міхура, дієти Д. Орніша і TLC при атеросклерозі, адаптовані дієти середземноморська, Polymeal, Omni Heart, клініки Майо, Weight Watchers при спільному перебігу з АО та ЦД 2 типу зі значним обмеженням ЕЦ раціону), зі збільшеною часткою ω3-жирних кислот, виключенням транс-жирів, збільшенням вмісту клітковини за відсутності протипоказань, солей магнію, калію, йоду, цинку, селену, хрому, ванадію, міді, зменшенням частки гіперфатичних страв, що сприяє гальмуванню харчової залежності та формуванню здорових харчових звичок. Хворі гастроентерологічного профілю повинні отримати рекомендації, котрі легко здійснити, щодо застосування дієт з акцентом на певні корисні продукти, вживання яких асоційоване з поліпшенням лабораторно-біохімічних показників, функції ШКТ, стану клітин печінки, кишечника, з протизапальною та імуномодулювальною дією, що також асоціюється зі зниженням маси тіла, проатерогенних фракцій ліпідів крові, АТ, загального серцево-судинного ризику при поєднаному їх перебігу з провідними «хворобами цивілізації».

Список літератури

1. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И. Диетология на современном этапе развития медицины // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2011. — № 6. — С. 92—101.
2. Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., Харитонов А.Г. Лечебное питание при сахарном диабете: Метод. рекомендации. — СПб. — 2008. — 24 с.
3. 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.
4. Волошин О.І., Сплавський О.І. Основи оздоровчого харчування. — Чернівці, 2007. — 535 с.
5. Губергриц Н.Б., Бондаренко О.А. Патология органов пищеварения при метаболическом синдроме: «курица или яйцо»? // Новости медицины и фармации. — 2012. № 5 (434). — С. 78—84. — 2013. — № 1—2 (442—443). — С. 10—12.
6. Диетология: Рук-во / Под ред. А.Ю. Барановского. — 3-е изд. — СПб: Питер, 2008. — 1024 с.
7. Диетология: Підручник / За ред. Н.В. Харченко, Г.А. Анохіної. — К: Меридіан, 2012. — 526 с.
8. Доценко В.А., Мосийчук Л.В. Болезни избыточного и недостаточного питания. — СПб: Фолиант, 2004. — 111 с.
9. Єрмакович І.І., Чернишов В.А., Березняков І.Г., Богун Л.В. Ожиріння: сучасні підходи до лікування: Метод. рекомендації. — Х, 2006. — 21 с.
10. Здоровое питание при сахарном диабете: Рекомендации для пациентов компании Вёрваг Фарма. — <http://www.woerwagpharma.kiev.ua>.
11. Карпенко П.А. Особливості харчування в профілактиці захворювань органів травлення: Лекція для лікарів // Журн. практ. лікаря. — 2009. — № 2—3. — С. 19—23.
12. Коваль С.М., Чернишов В.А., Єрмакович І.І. та ін. Первинна профілактика метаболічного синдрому: Метод. рекомендації. — Х, 2008. — 20 с.
13. Костюченко Л.Н. Проблемные вопросы нутриционной поддержки в гастроэнтерологии // Современная медицинская наука. — 2012. — № 3. — С. 50—73.
14. Кочетков А.М. Нужна ли диета гастроэнтерологическим больным? <http://www.gastroportal.ru/php/content.php?id=1290>.
15. Крамарьова В.Н., Соболь В.О. Дієтична корекція метаболічних порушень у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію з метаболічним синдромом // Галиц. лікарський вісн. — 2010. — № 3. — С. 52—55.
16. Лазебник Л.Б., Костюченко Л.Н. Нерешенные вопросы нутриционной поддержки в гастроэнтерологии // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2012. — № 2. — С. 3—8.

17. Лечебное питание в клинической гастроэнтерологии / Под ред. В.Б. Гриневича. — Петрозаводск: Интеллект Тек, 2003. — 139 с.
18. Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии / Под ред. В.А. Тутельяна. — Москва. — 2007. — 304 с.
19. Лоранская Т.И., Лоранская И.Д., Редзюк Л.А. Диетотерапия хронического панкреатита. — М.: Миклош, 2008. — 120 с.
20. Назаренко Л.И., Петрова Ю.Н., Райхельсон К.Л., Барановский А.Ю. Ошибки в питании при неалкогольной жировой болезни печени и пути их коррекции // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2012. — № 2. — С. 19—24.
21. Ожирение / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. — М.: МИА, 2004. — 449 с.
22. Пожожена А.В. Современные принципы лечебного питания при ишемической болезни сердца // Consilium Medicum. — 2010. — Т. 4, № 16. — С. 4—10.
23. Примак А.В. Метаболический синдром: функциональный спривочник для врачей, патогенезу, клинике, диагностике и лечению. — К: Клиника антистарения «Медиком», 2011. — 120 с.
24. Смолянський Б.Л., Лифляндський В.Г. Дієтологія. Новайший справочник для лікарів. — СПб: Сова; М.: Эксмо, 2004. — 816 с.
25. Кчак С.М., Сизенко А.К. Модификация диеты как одна из ключевых стратегий ведения больных с синдромом раздраженной кишки: Обзор // Сучасна гастроентерол. — 2013. — № 2. — С. 119—129.
26. Тутельян В.А., Попова Т.С. Новые стратегии в лечебном питании. — М.: Медицина, 2002. — 141 с.
27. Фадеев Г.Д., Гриднев А.Е. Ожирение и риск сердечно-сосудистых заболеваний // Ліки України. — 2009. — № 7 (133). — С. 55—64.
28. Харченко Н.В. Нерешенные проблемы здорового питания // Научн. журн. МЗ Украины. — 2014. — № 2 (66). — С. 46—52.
29. Харченко Н.В., Анохіна Г.А. та ін. Сучасна дієтотерапія захворювань органів травлення. — К, 2005. — 144 с.
30. Харченко Н.В., Анохіна Г.А. та ін. Дієтотерапія при захворюваннях печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози. — К, 2008. — 184 с.
31. Харченко Н.В., Анохіна Г.А., Опанасюк Н.Д. та ін. Печінкова енцефалопатія: особливості медикаментозного та дієтичного лікування // Сучасна гастроентерол. — 2010. — № 6. — С. 68—72.
32. Чехонина Ю.Г., Гаппаров М.М., Шаховская А.К. Диетотерапия при хроническом панкреатите // Вопр. питания. — 2006. — Т. 75, № 6. — С. 12—17.
33. Швец Н.И., Мищенко С.М. Рациональное питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Журн. практичного лікаря. — 2009. — № 2—3. — С. 44—50.
34. Шульпекова Ю.О. Диета при болезнях кишечника: традиционные основы и новые открытия // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2011. — № 4. — С. 82—89.
35. 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.
36. Dolan K. T., Chang E. B. Diet, gut microbes, and the pathogenesis of inflammatory bowel diseases // Mol. Nutr. Food Res. — 2016. doi: 10.1002/mnfr.201600129. [Epub ahead of print] Review.
37. El-Salhy M., Mazzawi T., Hausken T., Hatlebakk J. G. Interaction between diet and gastrointestinal endocrine cells // Biomed. Rep. — 2016. — Vol. 4 (6). — P. 651—656. Epub 2016 Apr 12.
38. Godos J., Federico A., Dallio M., Scazzino F. Mediterranean diet and nonalcoholic fatty liver disease. — P. molecular mechanisms of protection // Int. J. Food Sci. Nutr. — 2016. — P. 1—10 [Epub ahead of print].
39. Hannah W.N. Jr., Harrison S.A. Lifestyle and dietary interventions in the management of nonalcoholic fatty liver disease // Dig. Dis. Sci. — 2016. — Vol. 61 (5). — P. 1365—1374. doi: 10.1007/s10620-016-4153-y.
40. Hannah W.N. Jr., Harrison S.A. Effect of weight loss, diet, exercise, and bariatric surgery on nonalcoholic fatty liver disease // Clin. Liver Dis. — 2016. — Vol. 20 (2). — P. 339—350. doi: 10.1016/j.cld.2015.10.008. Epub 2016 Feb 17. Review.
41. Hauk L. DGAC Makes Food-Based Recommendations in the 2015—2020 Dietary Guidelines for Americans // Am. Fam. Physician. — 2016. — Vol. 93 (6). — P. 525.
42. Holt D.Q., Strauss B.J., Moore G.T. Patients with inflammatory bowel disease and their treating clinicians have different views regarding diet // J. Hum. Nutr. Diet. — 2016. doi: 10.1111/jhn.12400 [Epub ahead of print].
43. Human Nutrition / Eds. C. Geissler, H. Powers. — Livingstone, Netherlands: Elsevier Churchill, 2005. — 765 p.
44. Knight-Sepulveda K., Kais S., Santaolalla R., Abreu M.T. Diet and inflammatory bowel disease // Gastroenterol. Hepatol. (NY). — 2015. — Vol. 11 (8). — P. 511—520.
45. Larsson J.K., Sonstedt E., Ohlsson B. et al. The association between the intake of specific dietary components and lifestyle factors and microscopic colitis // Eur. J. Clin. Nutr. — 2016. doi: 10.1038/ejcn.2016.130 [Epub ahead of print].
46. Lewis J.D. The role of diet in inflammatory bowel disease // Gastroenterol. Hepatol. (NY). — 2016. — Vol. 12 (1). — P. 51—53.
47. Maagaard L., Ankensen D.V., Vegh Z. et al. Follow-up of patients with functional bowel symptoms treated with a low FODMAP diet // World J. Gastroenterol. — 2016. — Vol. 22 (15). — P. 4009—4019. doi: 10.3748/wjg.v22.i15.4009.
48. McKenzie Y.A., Bowyer R.K., Leach H. et al. British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). (IBS Dietetic Guideline Review Group on behalf of Gastroenterology Specialist Group of the British Dietetic Association).
49. Nassir F., Rector R.S., Hammoud G.M., Ibdah J.A. Pathogenesis and prevention of hepatic steatosis // Gastroenterol. — 2016. — Vol. 31 (5). — P. 327—335. doi: 10.1152/physiol.00005.2016. Review.
50. Pace L.A., Crowe S.E. Complex relationships between food, diet, and the microbiome // Gastroenterol. Clin. North Am. — 2016. — Vol. 45 (2). — P. 253—265. doi: 10.1016/j.gtc.2016.02.004.
51. Schütte K., Schulz C., Malfertheiner P. Nutrition and hepatocellular cancer // Gastrointest. Tumors. — 2016. — Vol. 2 (4). — P. 188—194. doi: 10.1159/000441822. Epub 2015 Nov 18.
52. Shau J.P., Chen P.H., Chan C.F. et al. Fast foods: Are they a risk factor for functional gastrointestinal disorders? // Asia Pac. J. Clin. Nutr. — 2016. — Vol. 25 (2). — P. 393—401. doi: 10.6133/apjcn.2016.25.2.28.
53. Stelmach-Mardas M., Walkowiak J. Dietary Interventions and changes in cardio-metabolic parameters in metabolically healthy obese subjects: A systematic review with meta-analysis // Nutrients. — 2016. — Vol. 8 (8). — P. E455. doi: 10.3390/nu8080455.
54. Zelber-Sagi S., Godos J., Salomone F. Lifestyle changes for the treatment of nonalcoholic fatty liver disease: a review of observational studies and intervention trials // Therap. Adv. Gastroenterol. — 2016. — Vol. 9 (3). — P. 392—407. doi: 10.1177/1756283X16638830. Epub 2016 Mar 17.

Д. К. Милославский

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

Особенности лечебно-профилактического питания при гастроэнтерологической патологии, которая протекает на фоне ведущих «болезней цивилизации»

Приведены современные взгляды относительно лечебно-профилактического питания пациентов гастроэнтерологического профиля в сочетании с наиболее распространенными «болезнями цивилизации». Рассмотрены особенности питания при заболеваниях печени, желчного пузыря, кишечника, желчнокаменной, гастроэзофагеальной рефлюксной и язвенной болезни и при их совместном течении с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, абдоминальным ожирением, сахарным диабетом 2 типа, метаболическим синдромом.

Ключевые слова: гастроэнтерологическая патология, «болезни цивилизации», сочетанное течение, лечебно-профилактическое питание.

D. K. Miloslavsky

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

Features of therapeutic nutrition in gastrointestinal pathology occurring against the background of the leading «diseases of civilization»

This review presents the contemporary views on therapeutic and preventive nutrition of patients of the gastroenterological profile in combination with the most common «diseases of civilization». The considerations have been given for the peculiarities of nutrition at diseases of liver, gall bladder, intestine, at the gall-stone and gastroesophageal reflex disease, peptic ulcer diseases, as well as at their combination with hypertension, ischemic heart disease, abdominal obesity, type 2 diabetes mellitus, metabolic syndrome.

Key words: gastrointestinal pathology, diseases of «civilization», the connected course of treatment-and-prophylactic food.

Контактна інформація

Милославський Дмитро Кирилович, к. мед. н., ст. наук. співр. відділу артеріальної гіпертонії
61039, м. Харків, просп. Любові Малої, 2а
Тел. (57) 373-90-56

Стаття надійшла до редакції 29 серпня 2016 р.