

Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний

От качества питания в целом и отдельных его компонентов (продуктов и блюд) в частности напрямую зависит состояние здоровья человека. Питание играет огромную роль как в профилактике, так и в возникновении большого числа заболеваний различных классов. Питание лежит в основе или имеет существенное значение в возникновении, развитии и течении около 80 % всех известных патологических состояний (рис. 4.1).

Среди заболеваний, основную роль в этиопатогенезе которых играет фактор питания, 61 % составляют сердечно-сосудистые расстройства, 32% — новообразования, 5% — сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), 2 % — алиментарные дефициты (йододефицит, железодефицит и т.д.). Питание имеет существенное значение в возникновении и развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, эндокринных патологий, инфекционных и паразитарных болезней, заболеваний опорно-двигательного аппарата, кариеса.

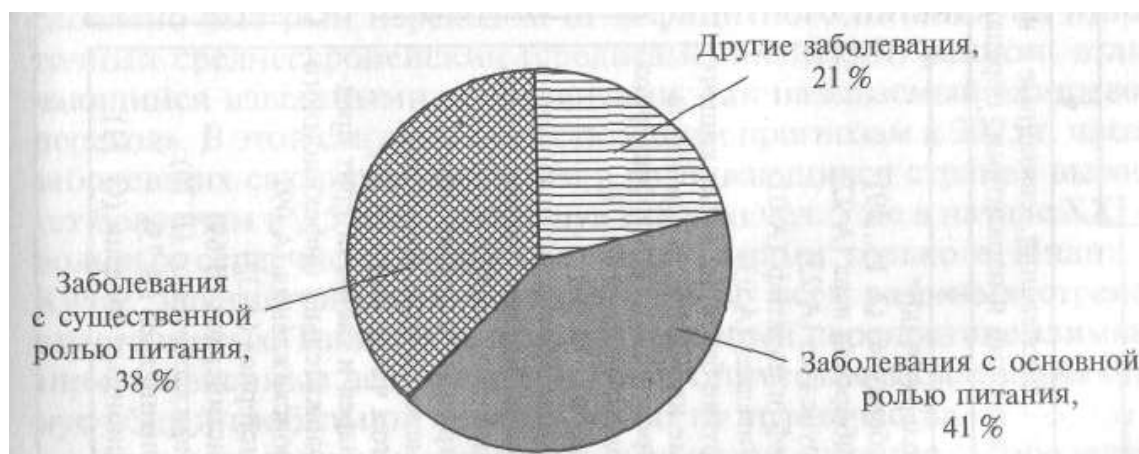


Рис. 4.1. Структура заболеваемости населения

Болезни микробной и немикробной природы, связанные с приемом пищи, называются *алиментарно-зависимыми заболеваниями*. Их подразделяют на инфекционные, с установленным участием микробиологического или биологического объекта, и неинфекционные, развивающиеся вследствие тех или иных дисбалансов в питании (рис. 4.2, цифровые обозначения приведены в соответствии с МКБ-10 (Международной классификации болезней 10-го пересмотра)). Инфекционные заболевания в свою очередь представлены особо опасными заболеваниями, острыми кишечными инфекциями



(зоонозами и антропонозами) и пищевыми отравлениями микробной этиологии. В другую группу включены так называемые массовые неинфекционные заболевания, часто именуемые также «болезнями цивилизации», непосредственно связанные с пищевыми дисбалансами.

Алиментарно-зависимые неинфекционные заболевания

За последние годы во многом более точно расшифрована роль питания в профилактике и возникновении большой группы хронических неинфекционных заболеваний у населения развитых стран. Доказано, в частности, что рост числа заболеваний, связанных с избыточной массой тела и ожирением, атеросклерозом, гипертонической болезнью, снижением толерантности к глюкозе, нарушениями обменных процессов, вторичными иммунодефицитами, обусловлен несколькими внешними факторами, ведущими из которых является быстрое неэволюционное изменение питания (соотношения основных групп нутриентов) и образа жизни (снижение физической активности и усиление стресса). Основопологающими причинами такого изменения признаются индустриализация, урбанизация и глобализация рынка питания и услуг, изменившие не только пищевое производство, но и стереотип пищевого выбора.

При этом отмечается неуклонная тенденция к распространению хронических неинфекционных заболеваний и среди населения развивающихся стран при изменении их питания. Это обусловлено быстрым переходом от дефицитного питания на избыточный

среднеевропейский (среднеамериканский) рацион, отличающийся известными дисбалансами, так называемый «пищевой переход». В этой связи по существующим прогнозам к 2025 г. число заболевших сахарным диабетом в развивающихся странах вырастет более чем в 2,5 раза, достигнув 228 млн чел. Уже в начале XXI в. больных сердечно-сосудистыми патологиями только в Индии и Китае зарегистрировано больше, чем во всех развитых странах вместе взятых. Таким образом, в ближайшей перспективе алиментарно-зависимые неинфекционные хронические заболевания станут общей глобальной проблемой всего человечества.

Изучение зависимости между качеством питания и заболеваемостью является предметом *эпидемиологии питания*. В рамках этого раздела гигиены питания осуществляются исследования, позволяющие не только констатировать фактическое положение дел, но и, что гораздо важнее, разрабатывать реальные пути профилактики алиментарно-зависимых патологий.

Большинство алиментарно-зависимых заболеваний относятся к управляемым патологиям. Их возникновение определено очевидными причинами, и стратегия их профилактики имеет практическое выражение. Однако существующие сложности широкого внедрения принципов профилактического питания не позволяют быстро и эффективно решить эту проблему. Для этого требуется не только общегосударственный подход и поддержка, но и наличие знаний и практических навыков здорового питания и образа жизни у каждого человека. Особую роль в распространении и поддержании этих знаний отводится врачу.

Человек в течение многотысячелетней эволюции адаптировался к поступлению определенной пищи в составе рациона. Химический состав рациона и соотношения в нем основных групп нутриентов во многом определили метаболический профиль современного человека. Традиционный среднеевропейский рацион, базирующийся на растительных продуктах с низким содержанием жира и сахара, за последние 50 - 100 лет практически мгновенно (по эволюционным меркам) существенно изменился. Он стал содержать примерно в два раза больше жира (главным образом, за счет животного), в 10-20 раз больше моно- и дисахаридов при снижении в 2-3 раза количества крахмальных и не крахмальных полисахаридов, кальция, многих витаминов. В составе современного рациона преобладают высококалорийные жирные, сладкие и соленые продукты преимущественно животной группы. Одновременно в питании населения развитых стран значительно сократилась доля растительных пищевых источников. Сложившаяся ситуация имеет устойчивую тенденцию к развитию как по увеличению калорийности, так и по снижению доли растительных источников продовольствия.

Доля зерновых продуктов в общей энергии рациона развитых стран находится на уровне 34%, практически не изменяясь за последние 40 лет. К 2030 г. эта цифра снизится на 2... 3 %. Употребление овощей и фруктов также практически не увеличивается с конца 1970 гг. При этом общее количество потребляемых животных продуктов, в частности молока и мяса, за период с 1964 г. по настоящее время увеличилось соответственно на 14 и 43%, а к 2030 г. возрастет еще на 4 и 13 %. Количество потребляемой рыбы и морепродуктов практически не увеличилось и даже имеет тенденцию к снижению.

Общее количество жира в питании населения развитых стран Европы и Северной Америки за период 1967—1999 гг. увеличилось соответственно на 31 г на человека в сутки (с 117 до 148 г) и на 26 г на человека в сутки (с 117 до 143 г), достигнув в среднем около 40 % общей калорийности рациона. К другим определяющим пищевой статус изменениям в показателях фактического питания населения развитых стран относятся: уменьшение содержания в рационе пищевых волокон, ПНЖК, кальция, витаминов-антиоксидантов и увеличение моно- и дисахаридов и поваренной соли.