

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-1.28>

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СУТОЧНОГО РАЦИОНА ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Коваль С. Н.

*доктор медицинских наук, профессор,
заведующий отделом артериальной гипертензии
и профилактики её осложнений*

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
Национальной академии медицинских наук Украины»*

Резник Л. А.

*кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник отдела артериальной гипертензии
и профилактики её осложнений*

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
Национальной академии медицинских наук Украины»*

Старченко Т. Г.

*кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник отдела артериальной гипертензии
и профилактики её осложнений*

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
Национальной академии медицинских наук Украины»*

Пенькова М. Ю.

*кандидат медицинских наук,
научный сотрудник отдела артериальной гипертензии
и профилактики её осложнений*

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
Национальной академии медицинских наук Украины»
г. Харьков, Украина*

Артериальная гипертензия (АГ) вносит значительный вклад в сердечно-сосудистую смертность населения во всем мире. Достаточно часто АГ ассоциируется с метаболическими нарушениями и, прежде всего, с абдоминальным ожирением (АО). АО одновременно является и алиментарно зависимым заболеванием, и фактором сердечно-сосудистого риска [1, с. 55]. При этом энергетическая ценность рациона питания является одним из важных факторов развития АО и тесно

связана с макронутритивным статусом [2, с. 108]. В настоящее время исследуется роль отдельных нутриентов, пищевых продуктов и моделей питания в снижении кардиоваскулярного риска и в аспекте профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [3, с. 52; 4, с. 2349]. Однако, данные о роли некоторых макронутриентов в генезе ожирения противоречивы и требуют дальнейших исследований. В связи с этим, целью исследования явилось изучение особенностей суточного рациона и режима питания больных АГ с АО.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 95 больных (мужчин – 45, женщин – 50) АГ II стадии, 2-3 степени в возрасте от 38 до 63 лет. У 60 больных (мужчин – 28, женщин – 32) АГ протекала на фоне АО; 35 больных (мужчин – 17, женщин – 18) имели нормальную массу тела (НМТ). Больные АГ с АО и АГ с НМТ были сопоставимыми по возрасту и полу.

Всем больным проводили общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование. Степень, стадию АГ оценивали в соответствии с рекомендациями Украинской ассоциации кардиологов (2013) [5, с. 11], Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов (2018 г.) [6, с. 3030]; выявление и оценку степени АО проводили по критериям ВОЗ [7]. Энергетическую ценность пищи и суточное потребление белков, жиров и углеводов рассчитывали в соответствии с данными дневника суточного питания, с использованием специальных таблиц для подсчета калорийности и химического состава отдельных пищевых продуктов. Дневники пациенты заполняли в течение 4 суток. Нормальным считали соотношение белков, жиров и углеводов в суточном рационе, соответственно 1: 1: 4 [8].

Соответствие суточного рациона у обследованных пациентов нормам здорового питания оценивали согласно Европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (2016): рекомендованный минимум пищевых волокон – 30 г в сутки; суточное потребление насыщенных жирных кислот не должно превышать 10% от общей калорийности пищи, транс-ненасыщенных жирных кислот – не более 1% от общей калорийности пищи [4].

Полученные данные были проанализированы с использованием компьютерной программы SPSS 19.0. для Windows XP. Данные исследования не отвечали критериям нормального распределения (критерием Шапиро – Уилки) и были представлены в виде медианы и интерквартильного интервала (Me [25%; 75%]). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ данных анкетирования свидетельствует о наличии существенных различий в ха-

рактуре питания больных АГ с АО по сравнению с больными АГ с НМТ. Так, обнаружена достоверно более высокая ($p < 0,01$) энергетическая ценность суточного рациона у больных АГ с АО – (3101,4 [2416,2; 3615,6] ккал), по сравнению с больными АГ с НМТ – (2251,2 [1988,4; 2584,2] ккал).

При анализе макронутриентного состава суточного рациона больных обеих групп было выявлено достоверное повышение суточного потребления жиров (161,8 [98,6; 184,2] г) и углеводов (346,9 [312,2; 372,8] г) в группе больных АГ с АО по сравнению с таковым у больных АГ с НМТ (105,2 [78,6; 136,8] г ($p < 0,05$) и 266,0 [240,2; 351,2] г ($p < 0,05$), соответственно).

На фоне повышенного потребления углеводов при АГ с АО по сравнению с больными АГ с НМТ отмечено также достоверное большее потребление в первой группе моносахаридов (198,4 [157,2; 221,7] г, $p < 0,05$), чем в группе сравнения (127,3 [101,2; 178,4]) г.

Суточное потребление белков в группе больных АГ как с АО, так и с НМТ достоверно не отличалось ($p > 0,05$).

В обеих группах пациентов отмечалось недостаточное потребление пищевых волокон при отсутствии достоверной разницы между больными АГ с АО и с НМТ. Потребление насыщенных жирных кислот и транс-ненасыщенных жирных кислот было достоверно больше в группе больных АГ с АО, чем в группе больных АГ с НМТ. Потребление насыщенных жирных кислот составляло в основной группе 15% суточной калорийности пищи – 72,4 [56,2; 98,8] г / сутки, в группе сравнения – 10% от суточной калорийности пищи – 25,2 [11,0; 49,1] г / в сутки ($p < 0,05$). Содержание транс-ненасыщенных жирных кислот в суточном рационе составило 2% общей суточной калорийности пищи у пациентов основной группы и 1,5% общей суточной калорийности пищи у пациентов АГ с НМТ.

В работе был проведен корреляционный анализ между антропометрическими показателями больных и различными показателями характера питания. В результате анализа выявлены достоверные корреляционные взаимосвязи между показателем ИМТ и рядом показателей, характеризующих энергетическую ценность и макронутриентный состав пищи у обследованных больных АГ с сопутствующим АО. Так, ИМТ достоверно прямо коррелировал с показателем калорийности суточного рациона ($R = 0,46$; $p < 0,05$), потреблением жиров ($R = 0,34$; $p < 0,01$) и простых углеводов ($R = 0,42$; $p < 0,01$).

Таким образом, у больных АГ с АО установлена большая энергетическая ценность суточного рациона на фоне более выраженных нарушений режима питания, что ассоциировалось со значительным

дисбалансом макронутриентного состава суточного рациона: пониженным потреблением пищевых волокон и повышенным потреблением насыщенных жирных и транс-ненасыщенных жирных кислот.

Выводы.

1. Характер питания больных АГ с АО достоверно отличался от такового у больных АГ с НМТ более высокой энергетической ценностью суточного рациона (достоверно большим потреблением жиров и углеводов, на фоне отсутствия разницы в потреблении белков).

2. Установлено несоответствие суточного рациона питания нормам здорового питания, что заключалось в недостаточном потреблении пищевых волокон и превышении допустимых норм потребления насыщенных жирных кислот и транс-ненасыщенных жирных кислот.

3. ИМТ как показатель, характеризующий степень ожирения, достоверно прямо коррелировал с общей калорийностью суточного рациона, количеством потребленных жиров и простых углеводов.

Литература:

1. Коваль С.М., Старченко Т.Г., Юшко К.О., Мисниченко О.В., Пенькова М.Ю., Гальчинська В.Ю., Корнійчук І.А., Щенявська О.М., Літвінова О.М. Динаміка ремоделювання лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу та ожирінням під впливом однорічної комбінованої терапії. *Артеріальна гіпертензія*. 2019. № 3-4 (65-66), С. 53–59.

2. Фадеєнко Г.Д., Ісаєва Г.С., Резнік Л.А. Роль харчових волокон у профілактиці серцево-судинних захворювань. *Серце та судини*. 2016. № 4, С. 104–109.

3. Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. *European Heart Network*. 2011. 192 p.

4. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. et al. European guidelines on cardio-vascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2016. Vol. 37, P. 2315–2381.

5. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. 4-е вид., випр. І доп. Київ. ППВМБ, 2013. 80 с.

6. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018. V. 39, P. 3021–3104.

7. WHO: Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. URL: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

8. Наказ № 1073 МОЗ України від 03.09.2017 р. Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії. 02 жовтня 2017 р. за № 1206/31074