

## ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**М. Москвичева**, доктор медицинских наук,  
**О. Сопова**  
Южно-Уральский государственный медицинский университет,  
Челябинск  
E-mail: ok.sopova@gmail.com

*Методом анкетирования пациентов изучены характер и рациональность питания. Для ранней профилактики неинфекционных заболеваний рекомендовано соблюдать рацион питания, обеспечивающий достижение энергетического баланса и оптимальной массы тела.*

**Ключевые слова:** общественное здоровье и здравоохранение, рациональное питание, факторы риска, профилактика неинфекционных заболеваний.

Рост преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) связан со второй волной урбанизации, когда НИЗ начали в нашей стране превращаться в серьезную проблему здравоохранения. Первая волна возникла в 1930-е годы, вторая началась в 1960-х годах, когда население массово перебиралось из сельских районов в города с сокращением уровня физической активности; стало употреблять пищу с более высоким содержанием жира и соли. Эти изменения привели к росту распространенности гипертонии и атеросклероза, стала возрастать преждевременная смертность, связанная с НИЗ, особенно в 80–90-е годы прошлого века [1]. В настоящее время смертность населения в Российской Федерации более чем на 75% обусловлена НИЗ [3, 5].

По данным Всемирной организации здравоохранения, одной из основных проблем общественного здравоохранения является рост числа людей с избыточной массой тела и ожирением. В результате во всем мире увеличивается распространенность сахарного диабета (СД), сердечно-сосудистых заболеваний и других состояний, обусловленных питанием. В 2014 г. в мире у 39% взрослых людей старше 18 лет была избыточная масса тела (у 38% мужчин и 40% женщин), а 13% (11% мужчин и 15% женщин) страдали ожирением [2].

Эпидемия НИЗ в России в основном обусловлена нерациональным питанием, низкой физической активностью, злоупотреблением алкоголем, курением, а также такими факторами риска развития и прогрессирования НИЗ, как артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и СД. Нерациональное питание приводит [3–5, 10] к изменению метаболических процессов, повышая риск развития алиментарно-зависимых заболеваний, и к сокращению продолжительности жизни, что представляет собой важную проблему общественного здравоохранения [12, 16].

Медико-социологическое исследование (МСИ) – важный источник информации об образе жизни населения и факторах риска как критериев прогнозирования развития НИЗ [9].

Проведенное нами МСИ основано на результатах анализа мнений, полученных в ходе анкетирования пациентов о питании как факторе риска развития НИЗ.

Анкета содержала блоки вопросов о половозрастных данных, социальном статусе, навыках здорового питания и физической активности [8, 9]. Исследование проводилось на базе Городской клинической поликлиники №5 Челябинска в марте 2016 г. В работе представлены результаты анкетирования 522 пациентов поликлиники в возрасте 18 лет и старше. Статистическая обработка результатов и социологический анализ проведены с помощью персонального компьютера и программ Microsoft Office, Excel.

Анализ результатов МСИ показал, что большую часть опрошенных составили женщины (70,9%). В структуре респондентов преобладали работающие (51,9%) и пенсионеры (23,2%). Уровень дохода на одного члена семьи чаще составлял 10–15 тыс. рублей.

Основной причиной ожирения и избыточной массы тела является энергетический дисбаланс с ростом калорийности рациона (превышает энергетические потребности организма). Во всем мире отмечается потребление продуктов с высокой энергетической ценностью и высоким содержанием жира. Кроме того, происходит снижение физической активности в основном вследствие сидячего положения при выполнении многих видов деятельности, изменений в способах передвижения и возрастающей урбанизации. Изменения в рационе и физической активности часто становятся следствием экологических и социальных изменений в результате процесса развития без соответствующей стимулирующей политики в таких секторах, как здравоохранение, сельское хозяйство, транспорт, городское планирование, охрана окружающей среды, производство и сбыт продуктов питания, маркетинг и образование [2].

Правильное питание, т.е. надлежащая, хорошо сбалансированная пища в сочетании с регулярной физической нагрузкой, лежит в основе хорошего здоровья [2]. Изучению и разработке принципов рационального питания во многих странах придают важное значение. Международные организации (Всемирная организация здравоохранения, Всемирная организация гастроэнтерологов), занимающиеся продовольственными проблемами, ведут большую работу по обобщению принципов рационального питания [7].

- Первый принцип – это умеренность в питании, исключая переизбыток, но вместе с тем обеспечивающая потребности организма в калориях в соответствии с энергетическими затратами.
- Второй принцип – сбалансированность питания, наилучшим образом удовлетворяющая потребности организма в жизненно необходимых, незаменимых пищевых веществах. При сбалансированном питании создаются оптимальные условия для обмена веществ.
- Третьим признан принцип 4-разового питания, предусматривающий прием пищи каждый раз в небольших количествах.
- Четвертый принцип – разнообразие питания, дающее организму возможность отобрать необходимые ему для жизни биологически активные вещества.

- Пятый принцип – высокая биологическая полноценность питания. Этому в современных условиях повышенного темпа жизни и нервно-эмоциональных перегрузок придается особенно важное значение. Главное здесь – естественное, систематическое потребление свежих, по возможности сырых овощей и фруктов, а также зелени [6, 11, 14].

Оптимальный рацион питания включает достижение баланса между потребляемой с пищей и расходуемой в результате физической активности энергией для поддержания оптимальной для здоровья массы тела; ограничение потребления калорий из общих жиров (не более 30% от общего потребления энергии) со сдвигом в потреблении от насыщенных к ненасыщенным жирам и в направлении ликвидации трансжирных кислот; ограничение потребления свободных сахаров, а также натрия из всех источников и обеспечение йодирования соли; увеличение потребления фруктов, овощей, цельных зерен и орехов [14–16].

Важная составляющая режима питания – кратность приема пищи. Правила здорового питания рекомендуют придерживаться 3–4-разового питания с соблюдением регулярности приема пищи [6].

При изучении характера питания как поведенческого фактора риска развития НИЗ нами было установлено, что 40,8% респондентов соблюдают режим питания, 31,8% соблюдают его редко, а 27,4% – не соблюдают. По количеству приемов пищи в течение дня ответы распределились следующим образом: 4-кратного приема придерживались 44,7% респондентов, 3-кратного – 42,1%, 2-кратного – 11,9%, однократного – 1,3% опрошенных. В рационе питания преобладали следующие виды пищи: у половины (50,1%) респондентов было смешанное питание, мясная пища преобладала у 14,6%, овощная – у 10,6%, рыбная – у 8,9%; молочная – у 8,5%, не смогли ответить определенно 7,3% опрошенных.

Свежие фрукты и овощи присутствовали в рационе: 1–2 раза в неделю – у 42,4%, ежедневно – у 38,8%, несколько раз в месяц – у 15,5%, несколько раз в год – у 2,8%, никогда не употребляют их 0,4% опрошенных.

На вопрос: «В течение последних 12 мес кто советовал Вам изменить свои привычки в сторону здорового питания?» получены следующие ответы: члены семьи – в 20,7% случаев, врач – в 19,6%, другие медицинские работники – в 2,3%, коллеги по работе – в 3,5%, другие люди (без конкретизации) – в 5,8%, никто не советовал – в 48,4% случаев.

В течение последних 12 мес 70,9% респондентов пытались самостоятельно изменить свои привычки в сторону здорового питания, остальные 29,1% таких попыток не предпринимали; 18,7% опрошенных пытались употреблять меньше сахара, 17,5% – употреблять больше овощей и фруктов, 16,0% – меньше жира, 15,3% – меньше мучного, 11,3% – меньше соли, 7,1% респондентов использовали диету для снижения массы тела.

С избыточной массой тела и ожирением в мире связано 44% случаев заболевания СД, 23% – ишемической болезнью сердца (ИБС) и 7–41% – онкологическими заболеваниями [2]. Отсутствие физической активности – 4-й по значимости фактор риска смерти в мире (6%); он уступает лишь высокому АД (13% случаев смерти), табакокурению (9%) и высокому содержанию глюкозы в крови (6%). Кроме того, отсутствие физической активности является в 21–25% случаев основной причиной развития рака молочной железы и толстой кишки, в 27% – СД и в 30% – ИБС [2].

Существует прямая взаимосвязь между физической активностью и сокращением риска ИБС, инсульта и СД. Так, для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и СД существует зависимость «доза–эффект», согласно которой снижение риска их развития уменьшается при еженедельной физической нагрузке длительностью 150 мин. При ежедневной физической активности в течение 30–60 мин значительно сокращается риск развития рака молочной железы и рака толстой кишки [13–16]. В рекомендациях NICE (Великобритания, 2014), WOG (2011) указано, что для поддержания энергетических потребностей организма на 1 кг массы тела должно приходиться 20–25 ккал [10].

Проведенное нами МСИ показало, что большинство наших респондентов в свободное от работы время гуляют, занимаются бегом, катаются на велосипеде, на лыжах и бывают физически активны по меньшей мере 4 ч в неделю (26,9%), делают утреннюю гимнастику (14,5%), выполняют тяжелую работу в огороде, по хозяйству (11,3%), используют тренажеры в спортивном зале (10,1%), у некоторых работа связана с постоянным движением (8,9%). Остальные ходят в бассейн (7,6%), любят спорт «по телевизору» (5,1%), занимаются другими видами физической активности (бокс, йога, фитнес и др. – 6,8%) или спортивными играми (4,3%); не имеют физических нагрузок из-за болезни или инвалидности 3,8% респондентов. Ходьбу как отражение физической активности отметили все респонденты: пешком в свободное время вместе с ходьбой до места работы и обратно <30 мин в день – 26,9% опрошенных, от 30 до 60 мин в день – 43,5%, от 60 до 90 мин – 13,9%, от 90 до 120 мин – 4,2%, >2 ч в день – 11,5%.

В течение последнего года респондентам (примерно 35,0%) советовали увеличить физическую активность, перейти на здоровое питание (употреблять больше овощей и фруктов, меньше – сахара, жиров, мучного). Чаще такие советы исходили от членов семьи, чем от врачей и других медицинских работников, но около половины опрошенных такие советы не получали ни от кого.

Первичной профилактики НИЗ будет способствовать более активное взаимодействие медицинских работников и пациентов с информированием последних о необходимости соблюдения рациона питания, достижения энергетического баланса, обеспечения оптимальной массы тела. В ходе диспансеризации, консультирования в Центрах здоровья, отделениях и кабинетах медицинской профилактики нужно выявлять наличие у пациентов алиментарно-зависимых факторов риска и оценивать привычки питания с целью управления факторами риска развития НИЗ.

## Литература

1. Бойцов С.А. Новые усилия в борьбе с неинфекционными заболеваниями // Бюл. ВОЗ. Спец. вып. – 2014; 92 (7–12): 26–8.
2. Всемирная организация здравоохранения. [Эл. ресурс]. <http://www.who.int/ru/> (дата обращения: 15.09.2016).
3. Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. и др. Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка // Профилактикт. мед. – 2012; 15 (Прил. 1): 3–18.
4. Голенков А.В., Марков Д.С., Воропаева Л.А. и др. Оценка факторов риска развития заболеваний на основе анкетирования, проводимого в центре здоровья // Заместитель главного врача. – 2012; 12: 24–30.
5. Данилова Е.С., Потемкина Р.А., Попович М.В. и др. Процесс реализации региональных программ профилактики неинфекционных заболеваний: двухлетние итоги // Профилактикт. мед. – 2015; 18 (4): 17–22.
6. Доценко В.А., Кононенко И.А., Мосийчук Л.В. и др. Мониторинг режима питания жителей Санкт-Петербурга // Вопросы питания. – 2015; 84 (3): 58–63.

7. Жмиченко В.М., Гаппаров М.М. Современные тенденции исследований в нутрициологии и гигиене питания // Вопросы питания. – 2015; 84 (1): 4–13.

8. Москвичева М.Г. Комплексное медико-социальное исследование здоровья сельского населения и совершенствование системы оказания медицинской помощи жителям сельской местности. Под ред. Л.Г. Розенфельд / Челябинск, 2009.

9. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг. Руководство / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; с. 800.

10. Самородская И.В., Усова Е.В. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний у пациентов с ожирением: выбор тактики ведения, целевые критерии и мониторинг. Обзор зарубежных рекомендаций // Профилактик. мед. – 2015; 18 (4): 62–7.

11. Тутельян В.А. О нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации // Вопросы питания. – 2009; 78 (1): 4–15.

12. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks / Geneva: World Health Organization, 2009; p. 9–45.

13. Global recommendations on physical activity for health / Geneva: World Health Organization, 2010; p. 7–38.

14. Global strategy on diet, physical activity and health / Geneva: World Health Organization, 2004; p. 1–29.

15. The 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases endorsed by the World Health Assembly in 2008 / WHO, 2008; p. 3–103.

16. The United Nations General Assembly resolution on the prevention and control of noncommunicable diseases adopted in 2010 / WHO, 2010; p. 1–3.

---

#### **NUTRITION AS A RISK FACTOR FOR NONCOMMUNICABLE DISEASES**

***M. Moskvicheva, MD; O. Sopova***

*South Ural State Medical University, Chelyabinsk*

*The nature and rationality of nutrition were studied during a questionnaire survey of patients. To follow the diet ensuring energy balance and optimal body weight was recommended for the early prevention of non-communicable diseases.*

**Key words:** public health and healthcare; rational nutrition; risk factors; prevention of noncommunicable diseases.