

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАЧЕСТВА ИХ ЖИЗНИ

PROPER NUTRITION OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AS A COMPONENT OF THEIR QUALITY OF LIFE

V. Palatkin

Summary. Diabetes mellitus is the leading cause of death in the world. Patients with type 2 diabetes usually suffer from overweight or obesity. Excessive body mass index increases the risk of developing diabetes. In this connection, the quality of life of patients with type 2 diabetes falls. To improve the quality of life of such patients, drug therapy is necessary. It should be based on proper nutrition.

Keywords: type 2 diabetes, diet, medication, nutrition plan, quality of life, functional food.

Палаткин Владимир Владимирович

*Астраханский государственный университет
pal9@rambler.ru*

Аннотация. Сахарный диабет является основной причиной ряда осложнений и смертности во всем мире. Больные диабетом 2 типа обычно имеют избыточный вес или ожирение, а чрезмерный индекс массы тела возрастает с увеличением риска развития диабета. В связи с чем падает уровень качества жизни больных диабетом 2 типа. Для улучшения качества жизни таких пациентов необходима медикаментозная терапия, основанная на правильном питании.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, диета, медикаментозная терапия, план питания, качество жизни, функциональные продукты питания.

Качество жизни человека зависит от многих факторов: материального благополучия, духовного здоровья, ощущения безопасности, удовлетворенности жизнью и деятельностью и т.д. К этим же факторам можно отнести и физиологическое здоровье, которое во многом определяется правильным или рациональным питанием. Именно такое питание лежит в основе поддержания здорового баланса в организме больных сахарным диабетом или ожирением.

Термин «качество жизни» ученые определяют различно. Это зависит от критериев, которые они считают важными для своего исследования (культурные, социальные, материальные, физиологические, политические, нравственные, моральные и т.д.). Так, например, в социологии под качеством жизни, понимается «комплексная характеристика условий жизнедеятельности населения, которая выражается в объективных показателях и субъективных оценках удовлетворения материальных, социальных и культурных потребностей и связана с восприятием людьми своего положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и социальных стандартов, существующих в обществе» [1, с. 34].

С экономических исследования под качеством жизни понимают «степень удовлетворения потребностей человека, определяемого по отношению к соответствующим нормам, обычаям и традициям, а также по отношению к уровню личных притязаний» [2, с. 34].

Но во всех исследованиях отмечается, что качество жизни является многокомпонентным понятием. Одним из основных показателей, определяющим качество жизни является уровень здоровья человека. При этом уровень здоровья группы риска больных ожирением и заболеванием сахарным диабетом 2-го типа во многом зависит от качества питания. Так, Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что здоровье — это потенциал физического и социального функционирования, которые воспринимаются человеком как определенный уровень физического и психического благополучия [3]. В этом определении акцент на восприятие (оценку) самим человеком своего уровня как физического, так и физического благополучия указывает на ориентацию на потребности ощущения само больного. Один из показателей этих ощущений является питание. Оно должно быть не только вкусным и без вредным, но и обладать полезными свойствами, позитивно влияющими на организм человека, т.е. оно должно быть функциональным.

Под функциональными продуктами понимают продукты, обеспечивающие нормальное развитие и жизнедеятельность организма, помогающие ему защищаться от болезней, предотвращающие негативное воздействие вредных факторов внешней среды. Это продукты оказывающие оздоровительный эффект на различные функции органов человека [4, с. 124].

В исследованиях зарубежных авторов отмечается, что качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа лучше чем при таких заболеваниях как гепатит С, хрони-

ческая сердечная недостаточность, заболевания костного аппарата, артрит и других, но намного хуже чем при отсутствии болезней [5, 6]. При этом уровень гликированного гемоглобина A1c, а значит и углеводного обмена не всегда связан с качеством жизни людей больных сахарным диабетом 2 степени. Возможно, что влияние уровня компенсации углеводного обмена на качество жизни ощутимо лишь спустя достаточно длительное время, когда оно сказывается на тяжести осложнений сахарного диабета.

Для диабета характерны проявления долгосрочных осложнений (например, диабетическая ретинопатия или нефропатия) или ускоренные им проявления других болезней (например, атеросклероз). Диабет значительно увеличивает риск развития коронарной артерии и заболевания периферических сосудов, эти сердечно-сосудистые осложнения присутствующие у 80% людей с диабетом являются основной причиной их смерти. Поэтому благоразумное диетическое управление диабетом, часто требует одновременное диетическое управление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как гипертония и дислипидемия. Например, все люди с диабетом должны находиться на «сердечной» диете, чтобы свести к минимуму риск атеросклероза. Для людей с большим риском для гипертонии необходимы превентивные диетические методы, такие как снижение количества соли и диета, направленная на потерю веса.

Минимальное вмешательство в качество жизни для людей с диабетом «диабетическая диета» может быть пугающей для пациента. Многие современные диетологи отказываются даже употреблять слово «диета» из-за этих потенциально негативной коннотации часто предпочитают использовать термины «план питания» или «медикаментозная терапия». Большинство пациентов не полностью отказаться от своих жизненных привычек питания, таких как любимые этнические вкусы и ароматы и общественно приемлемые продукты. Диета, которая наименее мешает качеству жизни — наиболее успешный план питания. Следует определить необходимые изменения и при этом попытаться встроить в план питания любимые блюда, специи или группы продуктов питания.

Пищевая терапия являлась краеугольным камнем профилактики и управления диабетом и его важности уже давно признана до современной научной медицины [7], а вернее до обнаружения инсулина. Так, для лечения диабета применялась голодающая диета с очень низким содержанием калорий (400–500 калорий в день), известная как диета Аллена. Другая диета для лечения диабета предполагала предельное углеводное ограничение (приблизительно до 2%) и очень высокое содержание жира (до 70%, диетаЭллиот П. Йослин) в 1920-х годах [8].

Хотя не было четкого различия между тем, что известно сейчас как диабет 1 типа и 2 типа, эти эксцентричные диеты были чрезвычайно успешны в управлении диабетом и даже помогали оставаться в живых пациентам с диабетом в течение нескольких лет [Error: Reference source not found, 10].

В то время, диабет обычно определялся как болезнь с непереносимостью углеводов [10]. После обнаружения инсулина, количество углеводов в диете диабета было увеличено от 35% до 40% от общего ежедневного потребления калорий. К концу 1970-х годов из-за повышенной частоты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний было предложено сокращение общего потребления жиров, особенно у пациентов с диабетом [11]. Отметим, что диабет редко контролируется, если у пациентов не имеется, по крайней мере, базовое понимание того, что они должны есть и почему.

Диета с высоким содержанием углеводов часто подвергается сомнению, т.к. ей способствует плохой контроль диабета и увеличение массы тела. В последнее время в исследованиях делается акцент на функциональность конкретных продуктов питания и общего питания, а не на одно изолированное питательное вещество для лечения диабета.

В 1994 году Американская диетическая ассоциация использовала термин «медикаментозная терапия», чтобы лучше сформулировать надлежащий уход и лечение питания при лечении диабета. Ее можно описать как интенсивную, целенаправленную и структурированную терапию питания, что помогает в изменении пищевого поведения пациентов с диабетом. Несмотря на недавний прогресс в фармакологическом лечении диабета, она остается важнейшим инструментом для достижения оптимального гликемического контроля.

Было также показано, что медикаментозная терапия особенно полезна после первоначального диагноза диабета и у пациентов с низким гликемическим контролем. Тем не менее, ее эффективность очевидна на любом уровне во всем течении заболевания.

Практически медикаментозная терапия остается наиболее сложным компонентом самоконтроля диабета по большинству пациентов. Прежде чем рекомендовать план медикаментозной терапии должна произойти всесторонняя оценка индивидуального питания, потребностей, статуса питания, история веса.

Отметим, что медикаментозная терапия широко признана основными организациями по диабету мира, но их диетические рекомендации несколько отличаются друг от друга. Но все признают, что главной целью, является

поддержание оптимального гликемического контроля и улучшение метаболизма путем выбора здорового питания, учитывающего личные потребности и предпочтения образа жизни пациента. Поэтому ограничение добавленных сахаров было последовательно рекомендовано большинством организаций

В научной литературе используется понятие «пищевое поведение», как совокупность когнитивных и эмоциональных процессов, которые регулируют восприятие пищи, при этом вырабатывается определенный стиль питания. Такой стиль питания включает поведенческую, аффективную, мотивационную и когнитивную деятельности человека, которые относятся к потреблению пищи.

Диетические рекомендации зависят от типа сахарного диабета, Они предполагают ограничение калорийности, количества жиров до 30%, легкоусвояемых углеводов, холестерина.

Необходимость ограничивать себя в потреблении определенного типа продуктов, в том числе содержащих сахарозу или фруктозу, зачастую приводит больных людей сахарным диабетом 2 типа к различным нервным расстройствам. Такие ограничения нарушают повседневную жизнь, что влияет на выполнение обозначенных рекомендаций. Поэтому соблюдение рекомендации в области сокращения или исключения из привычного рациона того или иного продукта является весьма про-

блемным, что в свою очередь снижает качество жизни пациента.

Хотя макроэлементный состав диеты важен, трудно отдельно изучить влияние отдельных диетических компонентов на глюкозу в плазме, потому что диета является сложной сущностью с широким взаимодействием между продуктами. Это очень важно, поскольку люди едят пищу, а не отдельные питательные вещества, такие как углевод, протеин или жир для управления диабетом.

Ожирение и сахарный диабет типа 2 являются ведущими мировыми факторами риска смертности. Проявляется взаимосвязанная патологическая прогрессия от чрезмерного увеличения веса, ожирение и гипергликемия к сахарному диабету 2 типа, как правило, начинается с ожирения, вызванного чрезмерным потреблением сахара и диеты с высоким содержанием жиров. Хотя большинство пациентов требуют лекарства, сахарный диабет второго типа может быть управляем или даже предотвратим с переходом на потребление низкокалорийную диету и поддержание массы тела. Лекарства, такие как инсулин, метформин и тиазолидиндионы, которые улучшают гликемический контроль, зачастую связаны с увеличением веса, высоким давлением и дислипидемии. Эти ситуации требуют внимательного рассмотрения роли функциональных продуктов, например на основе натуральных сахарозаменителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева Л. А. Уровень и качество жизни. проблемы измерения и интерпретации. Социологические исследования, 2009, № 1. — С.32–42.
2. Генкин Б. М. Экономика и социология труда. — М., 2003.
3. Rubin RR, Peyrot M, Saudek CD. The effect of a comprehensive diabetes education program incorporating coping skills training on emotional well-being and diabetes self-efficacy // *Diabetes Educ.* — 1993. — V. 19. — P. 210–214.
4. Палаткин В.В. Функциональное питание инвалидов в инклюзивном пространстве // В сборнике: Универсальная безбарьерная среда в образовательной организации: лучшие практики в России и за рубежом материалы международного научно-практического семинара. 2016. С. 123–126.
5. Rose M, Burkert U, Scholler G, et al. Determinants of the quality of life in patients with diabetes under intensified insulin therapy // *Diabetes Care.* — 1998. — V. 21(11). — P. 1876–1885.
6. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study // *JAMA.* — 1989. — V. 262. — P. 907–913
7. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care* 2013;36(11):3821–42.
8. Hockaday TDR. Should the diabetic diet be based on carbohydrate or fat restriction?. In: Turner M, Thomas B, editors. *Nutrition and diabetes.* London: Libbey; 1981. p. 23–32
9. Allen F. Studies concerning diabetes. *J Am Med Assoc* 1914; LXIII(11):939
10. Joslin EP. The Treatment of Diabetes Mellitus. *Can Med Assoc J* 1924;14(9): 808–11.
11. Joslin EP. 5th edition. A diabetic manual for the mutual use of doctor and patient, vol. 26. Philadelphia: Lea & Febiger; 1934. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and glucose tolerance as risk factors for cardiovascular disease: the Framingham study. *Diabetes Care* 1979;2(2):120–6.

© Палаткин Владимир Владимирович (pal9@rambler.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»