

НУТРИЦІЙНІ ФАКТОРИ ЯК ЗАСОБИ ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК ТА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ

О.І. Лопатинська, І.І. Горко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

oksana.lo@gmail.com

Вступ. Харчування є одним із важливих елементів, який створюючи баланс між станом організму людини і навколишнім середовищем, сприяє здоров'ю та здатності організму протидіяти впливу несприятливих факторів. На сьогоднішній день доведено, що залізодефіцитні стани (ЗДС) можуть бути обумовлені чинниками ендogenousного і екзогенного походження, серед яких особливого значення набуває аліментарний фактор. Тому важливими є не тільки знання поширеності, клінічних проявів і діагностики ЗДС, а й розробка методів їхньої аліментарної профілактики та корекції. Мета роботи. Вивчення проблемних питань профілактики та лікування ЗДС та обґрунтування ролі харчування у раціональній їх корекції. Матеріали та методи. Об'єктами дослідження були інформаційний масив про склади та особливості використання харчових продуктів (ХП) та лікарських засобів (ЛЗ) (268 компонентів нутриційного раціону, 48 ЛЗ), положення вітчизняних та зарубіжних стандартів фармакотерапії ЗДС. У дослідженні використано інформаційно-пошуковий, аналітичний, порівняльний, структуро-логічний методи аналізу. Результати. Лікування хворих із ЗДС повинно бути патогенетично обґрунтованим, комплексним і становити цілісну програму. При цьому, клініко-фармацевтичний менеджмент повинен включати комплекс заходів, спрямованих на усунення етіологічних чинників, раціональне харчування, вживання ЛЗ, профілактичні заходи. Встановлено, що найефективнішими методами при цьому вважаються: 1) раціональне вживання ЛЗ; 2) споживання ХП, збагачених залізом; 3) раціональне, збалансоване за мікро- та макронутрієнтним складом харчування. Рівень заліза в організмі поповнюється, у першу чергу, за рахунок споживання певних ХП, які можуть бути розподілені на 3 категорії: 1) ХП із низьким вмістом заліза (менше 1 мг/100 г) – рис, гарбуз, цитрусові, тріска; 2) помірно збагачені залізом ХП (1-5 мг/100 г) – м'ясо кроля, крупа вівсяна, родзинки, груші, сливи; 3) ХП із достатньо високим вмістом заліза (понад 5 мг/100г) – печінка, яблука сушені, чорнослив, крупа гречана. При призначенні лікувального харчування, слід враховувати не лише вміст заліза в ХП, а й ступінь його всмоктування. При цьому частка засвоєння організмом заліза залежить від характеру сполуки заліза (хімічна структура), супутніх компонентів, стану організму пацієнта, наявності захворювань, у першу чергу шлунково-кишкового тракту, вживання ЛЗ тощо. Встановлено, що усі компоненти ХП умовно можна поділити на 2 групи: активатори та інгібітори всмоктування заліза. Поліпшують всмоктування заліза мікроелементи: мідь, марганець, цинк, кобальт, що містяться в ХП; прості вуглеводи: лактоза, фруктоза, сорбіт, а також такі амінокислоти, як гістидин, лізин, цистеїн, що утворюють із залізом легкозасвоювані сполуки. Посилюють засвоєння заліза також цитрусові (лимон, апельсин, грейпфрут). Водночас деякі харчові компоненти гальмують всмоктування заліза. Це, зокрема, сполуки кальцію, танін, фосфорна кислота, фітін. Тому хворим, схильним до розвитку ЗДС, слід обмежити споживання таких продуктів, як молоко, горіхи, вівсяні пластівці, пшеничне борошно, і не вживати їх одночасно із залізовмісними ЛЗ.

Висновки. Планування, організація та проведення профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на попередження розвитку та корекцію ЗДС, повинні здійснюватися з обов'язковим урахуванням раціону харчування, що передбачає індивідуальний підхід до пацієнта. За допомогою

раціонально підбраного харчового раціону можна підвищити якість, ефективність та безпечність застосування ЛЗ, а також покращити якість життя пацієнтів, схильних до розвитку ЗДС.