

ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Синеглазова, О.Ф. Калев
ЧелГМА, г. Челябинск

Фактор питания исследован у 105 женщин, больных ревматоидным артритом, с использованием стандартного опросника ВОЗ. Установлено, что питание обследованных характеризуется чрезмерным потреблением насыщенных жиров, легкоусвояемых углеводов, соли и недостатком в рационе овощей и фруктов.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, женщины, привычки питания.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что качество потребляемой пищи играет ключевую роль в формировании здоровья человека и в профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) [9]. Доказана роль фактора питания в возникновении таких заболеваний, как дислипидемия, атеросклероз, заболевания желудочно-кишечного тракта, остеопороз и т. д. [6, 8, 9, 10]. Накопленные научные данные показывают, что потребление избыточного количества животных жиров, жирных молочных и мясных продуктов, а также низкое потребление овощей и фруктов ассоциируется с развитием сердечно-сосудистых заболеваний и ожирения.

К числу заболеваний, при которых проблема рационального и лечебного питания недостаточно изучена, относится ревматоидный артрит (РА) [8]. Данное заболевание характеризуется полиорганным поражением, обусловленного аутоиммунным ревматическим процессом, патогенетической терапией глюкокортикоидами и цитостатиками, симптоматической терапией нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). У больных РА формируется коморбидная патология, в том числе сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, артериальная гипертензия), желудочно-кишечного тракта (НПВП и стероидные гастропатии) и др. [1, 3, 4, 6, 8]. Глюкокортикоидная терапия ассоциируется с развитием таких метаболических заболеваний, как сахарный диабет, дислипидемии, ожирение, остеопороз [1, 5]. Это подчеркивает необходимость изучения диетарных привычек в аспекте их профилактического и/или негативного влияния на течение ревматоидного артрита и развитие осложнений.

Целью исследования явилось изучение профиля привычек питания женщин больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. На базе ревматологического отделения Челябинской областной клинической больницы обследовано 105 женщин с достоверным диагнозом РА. Диагноз РА установ-

ливался согласно критериям Американской ревматологической ассоциации 1987 года [11]. Всем больным было проведено обследование в соответствии с протоколами ведения. Общеклиническое обследование включало определение числа болезненных и припухших суставов, интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале. Активность ревматоидного воспаления устанавливалась по показателю Disease Activity Score (DAS 28) [8]. Функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата оценивалась по анкете оценки здоровья Health Assessment Questionnaire (HAQ). Серопозитивность определялась по наличию ревматоидного фактора методом иммуноферментного анализа. Рентгенологическая стадия РА диагностировалась по модифицированному методу Steinbrocker. Определялась концентрация общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности в сыворотке крови. Концентрация ЛПНП вычислялась по формуле Friedewald, 1972 г. Проводилось комплексное обследование внутренних органов с целью выявления висцеритов и патологии сердечно-сосудистой системы: ультразвуковое исследование внутренних органов и почек, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография, суточное ЭКГ-мониторирование, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Нарушение минеральной плотности костной ткани устанавливалось по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Средний возраст обследованных составил $47,2 \pm 9,9$ лет. Сорок пять из них (43 %) находились в менопаузе. Средний стаж РА – 10 ± 8 лет. Серопозитивный вариант РА имели 77 больных (73 %). По степеням активности больные разделились следующим образом: превалировала вторая степень активности – 60 женщин (57 %), реже установлена третья степень активности – 28 пациенток (27 %) и первая степень активности – 17 больных (16 %). Первую рентгенологическую стадию имели 7 больных (7 %), вторую – 39 (37 %), третью – 42 (40 %), четвертую – 17 (16 %) лиц. Пер-

вая степень функциональной недостаточности суставов (ФНС) установлена 25 женщинам (23,8 %), вторая – 71 (67,6 %), третья – 9 (8,6 %) больным.

Опрос о привычках питания проводился с использованием стандартизованного опросника программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний Всемирной организации здравоохранения СИНДИ [7]. Опросник включает 11 вопросов, касающихся частоты и количества потребления тех или иных продуктов питания. Особое внимание уделено потреблению жиров, углеводистой пищи, мясных продуктов, соли. Пациентам предлагалось выбрать вариант ответа.

Исследование носило характер описательного одномоментного, по типу «поперечного среза». Данные представлены в виде частоты и структуры изучаемых характеристик питания. Для статистической обработки использовался метод исследования характеристических интервалов [2]. Достоверными считались различия при 95 % доверительном интервале.

Результаты и их обсуждение. На вопрос «Завтракаете ли Вы вообще?»: отрицательно ответили 34 респондента (32 %), остальные 68 % дали позитивный ответ. Это свидетельствует о нерациональном режиме питания трети больных.

При изучении потребления животных жиров установлено, что большая часть обследованных готовят пищу на растительном масле – 70 женщин (67 %). Остальные используют при приготовлении пищи продукты, содержащие животные жиры.

На вопрос «Какого рода жиры Вы чаще всего намазываете на хлеб?» 26 (25 %) женщин ответили, что не намазывают никакие жиры. В группе больных, ответивших положительно на этот вопрос (79 лиц), 3 пациентки (4 %) намазывают на хлеб маргарин с низким содержанием жира, 13 (16 %) – продукт, состоящий в основном из сливочного масла, 63 (80 %) – сливочное масло. Эти данные указывают на значительное достоверное ($p < 0,05$) преобладание в рационе питания женщин страдающих РА насыщенных жиров.

Следующий вопрос касался жирности потребляемого молока. Данные представлены на рис. 1. Двадцать две опрошенные женщины (21 %) вообще не употребляют молоко. Из употребляющих молоко 83 женщины подавляющая часть (92,8 %) используют молоко с повышенным содержанием жира: цельное коровье молоко и поступающее потребителям молоко с содержанием жира 3,2–3,9 %. Доля этих больных достоверно больше ($p < 0,05$) доли пациенток, употребляющих молоко со сниженным содержанием жира. Следовательно, потребление молока демонстрирует также несбалансированный характер питания в целом. Высокий процент женщин вообще не употребляет молоко – наиболее сбалансированный по содержанию кальция, витамина Д и аминокислот продукт. Другие же 76 % больных потребляют молоко с высоким содержанием жира.

Результаты опроса по следующей группе вопросов отражены в табл. 1. Одной из групп продуктов, содержащих скрытые, низкого качества животные жиры, считаются колбасные изделия. При изучении частоты их потребления в группе обследованных получены следующие данные: 9 (9 %) не ответили на вопрос. Среди остальных ($n = 96$) 21 опрошенная (22 %) не потребляла колбасные изделия, 38 (39,5 %) использовали в пищу колбасные изделия 1–2 дня в неделю, 25 (26 %) – 3–5 раз в неделю, 12 (12,5 %) практически ежедневно.

К ценным продуктам питания, содержащим незаменимые аминокислоты, относятся яйца кур. В то же время в яичном желтке содержится большое количество холестерина. В связи с чем яйцо является необходимым компонентом здорового питания, однако норма потребления составляет не чаще 1 яйца в 3 дня. В группе ответивших на данный вопрос женщин ($n = 95$) 14 респонденток (15 %) вообще не потребляли яйца, 57 (60 %) ели яйцо 1–2 дня в неделю, 19 (20 %) – 3–5 дней в неделю и 5 женщин (5 %) практически ежедневно (6–7 раз в неделю). Таким образом, эта диетарная привычка почти у половины женщин не соответствует требованиям здорового питания.

Употребление рыбы, благодаря высокому содержанию в ней полиненасыщенных жирных кислот, ассоциируется с уменьшением интенсивности ревматоидного воспаления и снижением риска сердечно-сосудистой патологии [8]. Однако эта привычка питания не соответствует нормам у большей части опрошенных ($p < 0,05$): 22 пациентки (22,7 %) никогда не потребляют рыбу, а 57 пациенток (58,8 %) едят рыбу только 1–2 дня в неделю.

На вопрос «В течение скольких дней в неделю Вы потребляете мясо?» ответили 97 женщин. Вообще не употребляли мясо 16 больных (17 %), 13 женщин (13 %) ели мясо практически ежедневно, 29 (30 %) – 3–5 дней в неделю, 39 (40 %) – 1–2 дня в неделю. Таким образом, более половины женщин получают недостаточное количество аминокислот, содержащихся в мясе.

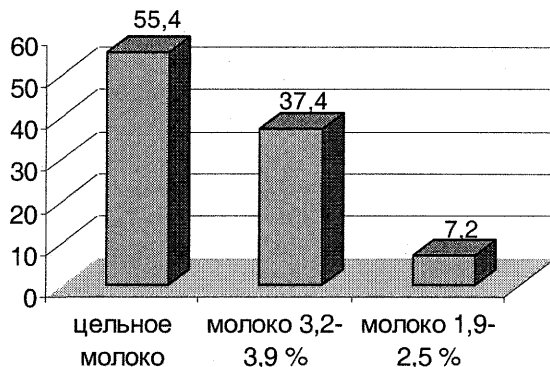


Рис. 1. Частота потребления молока различной жирности в группе женщин, больных РА, %

Таблица 1

Частота потребления женщинами с ревматоидным артритом белковых продуктов питания

Продукты питания (число ответивших женщин)	Никогда	1–2 дня в неделю	3–5 дней в неделю	6–7 дней в неделю
	n; %	n; %	n; %	n; %
Рыба (n = 97)	22; 22,7 %	57; 58,8 %	16; 16,5 %	2; 2 %
Мясо (n = 97)	16; 17 %	39; 40 %	29; 30 %	13; 13 %
Мясные продукты (колбасы, сосиски и т.д.) (n = 96)	21; 22 %	38; 39,5 %	25; 26 %	12; 12,5 %
Яйца (n = 95)	14; 15 %	57; 60 %	19; 20%	5; 5 %

Таблица 2

Частота потребления женщинами с ревматоидным артритом углеводистых продуктов питания

Продукты питания (число ответивших женщин)	Никогда	1–2 дня в неделю	3–5 дней в неделю	6–7 дней в неделю
	n; %	n; %	n; %	n; %
Рис и/или макаронные изделия (n = 97)	4; 4 %	46; 47,5 %	32; 33 %	15; 15,5 %
Зерновые культуры (n = 91)	14; 15,4 %	37; 40,6 %	22; 24,2 %	18; 19,8 %
Сладкие кондитерские изделия (печенье, пряники, торты) (n = 93)	10; 10,7 %	29; 31,2 %	25; 26,9 %	29; 31,2 %
Сладости (конфеты, шоколад) (n = 95)	17; 18 %	28; 30 %	26; 27 %	24; 25 %

Следующие вопросы касались профиля потребления углеводистых продуктов питания (табл. 2).

Потребление сахара рассчитывалось исходя из количества выпиваемых в день чашек чая и/или кофе и числа чайных ложек сахара, которое опрошенный кладет в одну чашку. Установлено, что 23 женщины (22 %) вообще не потребляли сахар, остальные пациентки в день добавляли в чай и/или кофе от 1 до 27 (в среднем 8,7) чайных ложек сахара.

Частота потребления сладостей (конфеты, шоколад) в группе ответивших больных (n = 95) распределилась следующим образом. Семнадцать респонденток (18 %) никогда не потребляли конфеты и/или шоколад, 28 (30 %) женщин съедали сладости 1–2 дня в неделю, 26 (27 %) – 3–5 дней в неделю, 24 (25 %) – практически ежедневно.

На вопрос «Сколько дней в неделю Вы потребляете сладкие кондитерские изделия (печенье, пряники, торты)?» из 93 ответивших пациенток более четверти едят 3–5 дней в неделю, треть опрошенных – 6–7 дней в неделю.

Рис и/или макаронные изделия не потребляли 4 из 97 ответивших больных. Почти половина респонденток использует эти продукты 1–2 дня в неделю, треть – 3–5 раз в неделю и 15,5 % опрошенных – практически ежедневно.

Из 91 ответившей женщины 14 (15,4 %) не потребляли в пищу зерновые культуры, 37 (40,6 %) респонденток ели блюда из зерновых культур 1–2

дня в неделю, 22 (24,2 %) – 3–5 раз в неделю и 18 пациенток (19,8 %) – практически ежедневно.

В эту же группу вопросов входило изучение потребления хлеба. Учитывался сорт хлеба (белый, ржаной или хлеб других сортов) и количество съедаемых в день кусочков хлеба.

Установлено, что 3 обследованных не едят хлеб. Большая часть больных (71 %) предпочитает белый хлеб от 1 до 10 кусков в день (в среднем 4). Ржаной хлеб едят 52 % опрошенных (53 пациентки) от 1 до 12 кусков в день (в среднем 3,8). Лишь 12 женщин (11,8 %) ответили, что едят другие сорта хлеба, от 1 до 6 кусков (в среднем 2,3). Эти данные свидетельствуют о недостаточном потреблении сложных углеводов и клетчатки, содержащихся в зерновых культурах, ржаном и других сортах хлеба.

Для изучения потребления соли был задан вопрос «Добавляете ли Вы соль к еде за столом?» (рис. 2). Показано, что 64 % больных потребляют избыточное количество соли: 1 женщина досаливала пищу почти всегда, даже не пробуя, и 66 – досаливали, когда пища казалась недостаточно соленой. Остальные 38 женщин никогда не досаливали пищу.

Оценка потребления овощей проводилась на основании изучения частоты потребления свежих и других (вареных, тушеных, соленых и т.д.) ово-

щей, а также свежих фруктов и ягод в неделю (табл. 3) и количества (в граммах) съедаемых овощей в день.

Данные, представленные в табл. 3, свидетельствуют о том, что более половины больных не употребляют или крайне редко (1–2 дня в неделю) употребляют свежие овощи и фрукты. Это приводит к недостаточному поступлению антиоксидантов, необходимых для подавления процессов оксидативного стресса, которые усугубляют ревматоидное воспаление и развитие осложнений.

ние этой категории больных является отражением общей неблагоприятной ситуации с питанием населения России [11].

Наши наблюдения согласуются с данными Института ревматологии РАМН [8], за исключением сведений о потреблении растительных жиров. В опрошенной ими группе больных РА отмечено крайне редкое использование растительного масла (3,4 %), в то время как в нашем исследовании растительное масло потребляли 67 % респондентов.

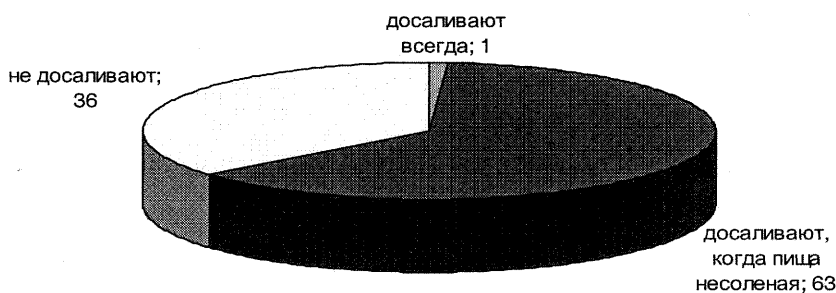


Рис. 2. Структура потребления соли женщинами с ревматоидным артритом (%)

Таблица 3

Частота потребления женщинами с ревматоидным артритом овощей и фруктов

Продукты питания (число ответивших женщин)	Никогда	1–2 дня в неделю	3–5 дней в неделю	6–7 дней в неделю
	п; %	п; %	п; %	п; %
Свежие овощи (n = 95)	14; 14,7 %	37; 39 %	27; 28,4 %	17; 17,9 %
Другие овощи (вареные, тушеные, соленые и т.д.) (n = 93)	12; 13,5 %	34; 38,2 %	30; 33,7 %	13; 14,6 %
Свежие фрукты и/или ягоды (n = 95)	6; 6,3 %	34; 35,8 %	27; 28,4 %	28; 29,5 %

Согласно рекомендациям ВОЗ норма потребления овощей и фруктов составляет более 400 г в день [9, 11]. На вопрос о количестве потребляемых в день овощей и фруктов ответили лишь 76 женщин. 23 (30 %) из них потребляют в день до 100 г овощей и фруктов, 47 (62 %) – 100–300 г, 6 (8 %) – 400 и более граммов. Полученные данные свидетельствуют о том, что 92 % больных потребляют недостаточное количество овощей и фруктов.

Из кофеинсодержащих напитков предпочтение отдали чаю, который не пила только 1 женщина, остальные выпивали в день от 1 до 10 чашек (в среднем 4,2 чашки). Кофе пили 47 пациенток (45 %), в среднем 1,7 чашек в день.

Результаты проведенного нами исследования демонстрируют, что такой важный немедикаментозный фактор, как питание, у большей части женщин больных ревматоидным артритом трансформирован в фактор риска развития коморбидной полиорганной патологии. Нерациональное пита-

ние изложенного вытекает необходимость и важность организации и проведения образовательных программ (школ здоровья) для больных ревматоидным артритом, в которых отдельное занятие должно быть посвящено принципам лечебного питания и его роли при ревматоидном артрите.

Выводы

1. Пищевые привычки больных РА не соответствуют принципам здорового питания ВОЗ

2. Профиль привычек питания женщин с ревматоидным артритом характеризуется чрезмерным потреблением животных жиров.

3. Пятая часть пациенток не пьет молоко, а из числа потребляющих молоко женщин 92,8 % использует молоко с высоким содержанием жира.

4. Более половины опрошенных злоупотребляют продуктами с высоким содержанием легкоусвояемых углеводов (конфеты, шоколад, конди-

терские изделия) и имеют недостаточное потребление сложных углеводов.

5. 64 % больных использует избыточное количество соли.

6. Пищевой рацион женщин с РА отличается редким потреблением и малыми порциями свежих и приготовленных овощей.

Литература

1. Барменкова, А.В. Показатели минеральной плотности костной ткани и липидного обмена у женщин больных ревматоидным артритом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Барменкова. – Оренбург, 2006 – 22 с.

2. Генес, В.С. Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и физиологических исследований / В.С. Генес. – М.: Наука, 1967. – 208 с.

3. Кардиоваскулярные проблемы в ревматологии / В.И. Мазуров, С.В. Столов, В.А. Якушева и др. // Научно-практическая ревматология. – 2006. – № 4. – С. 28–34.

4. Насонов, Е.Л. Ревматоидный артрит – модель атеротромбоза / Е.Л. Насонов // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 8. – С. 509–512.

5. Насонов, Е.Л. Глюкокортикоиды при рев-

матоидном артрите: за и против / Е.Л. Насонов, Н.В. Чичасова, Е.В. Супонина // Русский медицинский журнал – 2004 – Т. 12, № 6. – С. 408–414.

6. Остеопороз / под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с. – (Клинические рекомендации).

7. Протокол и практическое руководство: общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ). ВОЗ ЕРБ. – Копенгаген, 1996. – 100 с.

8. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

9. Руководство программы СИНДИ по питанию / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ // Здоровье-21: Задача 11. Более здоровый образ жизни. – Копенгаген, 2000. – 42 с.

10. Health and Prevention of Noncommunicable Disease in Russia and Canada: Experience and Recommendations / ed. by I.S. Glasunov and S. Stachenko, 2006. – 144 p.

11. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis / F.C. Arnett, S.M. Edworthy, D.A. Bloch et al. // Arthritis Rheum. – 1988. – Vol. 31. – P. 315–324.

Поступила в редакцию 11 марта 2010 г.