

## **Тема: Хвороби, спричинені неправильним харчуванням**

### **ПЛАН**

1. Аліментарні захворювання.
2. Вторинні хвороби недостатнього або надлишкового харчування.
3. Захворювання з аліментарними чинниками розвитку патології.
4. Захворювання, зумовлені харчовою непереносністю.

Проблеми «харчування і здоров'я» та «харчування і хвороби» тісно взаємопов'язані. Прямо або опосередковано з харчуванням пов'язано велика кількість захворювань. У відповідності з Міжнародною класифікацією захворювань, залежними від харчування визнано 84 захворювання, які поділяються на 5 основних груп:

- 1) первинні (екзогенні) хвороби недостатнього або надлишкового харчування, вони мають назву - **аліментарні захворювання**;
- 2) вторинні (ендогенні) хвороби недостатнього або надлишкового харчування;
- 3) захворювання з аліментарними чинниками ризику розвитку патології;
- 4) захворювання, зумовлені харчовою непереносністю;
- 5) захворювання з аліментарними чинниками передачі збудника хвороби.

### **1. Аліментарні захворювання**

Аліментарні захворювання, в основному, виникають внаслідок тривалого недостатнього або надмірного фізіологічним потребам організму споживання незамінних харчових речовин чи джерел енергії. **Аліментарні захворювання можна попередити або вилікувати тільки шляхом кількісних і якісних змін харчування.**

**На відміну від інших захворювань, пов'язаних з харчуванням, аліментарні захворювання безпосередньо (етіологічно) зумовлені характером харчування (тобто, причиною їх виникнення є лише погрішності в харчуванні).**

Класифікація аліментарних захворювань за Б.Л. Смолянським:

- а) аліментарні захворювання недостатнього харчування;
- б) аліментарні захворювання надлишкового харчування.

До аліментарних хвороб недостатнього харчування належать:

1. Білково-енергетична недостатність, наслідком якої є затримка фізичного розвитку.

2. Вітамінна недостатність:

- недостатність вітаміну А — нічна сліпота;
- вітаміну D — рахіт;
- вітаміну С — цинга;
- вітаміну В — анемія.

3. Мінеральна недостатність:

- заліза – залізодефіцитна анемія;
- йоду - ендемічний зоб, вроджена недостатність йоду, або кретинізм;
- фтору - карієс зубів;
- недостатність кальцію, фосфору, магнію, натрію, хлору, марганцю.

4. Недостатність незамінних поліненасичених жирних кислот (ПНЖК).

До хвороб надмірного харчування належать:

- 1. Енергетична надмірність харчування — ожиріння I—IV ст.
- 2. Синдроми білкової надмірності харчування.
- 3. Синдром надмірності вживання ПНЖК.
- 4. Вітамінна надмірність — гіпервітамінози А і D.
- 5. Мінеральна надмірність фтору - флюороз; заліза, кальцію, фосфору тощо.

Серед хронічних захворювань, поширених у світі, аліментарна патологія посідає провідне місце — нею уражені сотні мільйонів людей. Найбільше значення за глобальною поширеністю і впливом на здоров'я, тривалість життя мають:

- білково-енергетична і білкова недостатність,
- залізодефіцитні анемії,
- ендемічний зоб,
- авітамінози, особливо рахіт,
- ожиріння.

Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо поширення аліментарних захворювань на земній кулі наступні:

- понад 800 млн. чоловік хронічно недоїдають і мають той або інший ступінь білково-енергетичної або білкової недостатності,
- майже 1500 млн. осіб страждають на залізодефіцитну анемію,
- майже у 250 млн. чоловік виявлений ендемічний зоб,
- майже 20 млн. мають мозкові порушення, у тому числі кретинізм, спричинені дефіцитом йоду у харчуванні;
- понад 13 млн. дітей уражені ксерофтальмією, у зв'язку з недостатчею вітаміну А у їжі; щорічно майже 0,5 млн. з них частково або повністю утрачають зір.

Експерти ВООЗ відзначають, що недостатнє харчування і голод залишаються найважливішими економічними і медико-соціальними проблемами у багатьох частинах світу.

Полярною проблемою є енергетичне надмірне харчування і пов'язане з ним аліментарне ожиріння, на яке страждають у промислово розвинутих країнах 20—25% дорослих і 5—10% дітей.

У цілому в промислово розвинутих країнах, у тому числі в Україні, з аліментарної патології в основному зустрічаються ожиріння, залізодефіцитні стани, в тому числі анемія, і гіповітамінози. Спорадично зустрічаються первинна білково-енергетична або білкова недостатність і авітамінози, в окремих місцевостях — ендемічний зоб, зокрема у Західній Україні. У разі погіршення соціально-економічного стану у будь-якій країні спостерігається ріст аліментарної патології у зв'язку з дефіцитом у харчуванні повноцінних тваринних білків, вітамінів і деяких мінеральних речовин.

**Аліментарні захворювання в основному виникають внаслідок тривалих порушень харчування.**

Перебіг аліментарного захворювання відбувається у 2 основні стадії:

- 1) доклінічну (латентну - приховану),

2) маніфестну, де яскраво виражені специфічні клінічні прояви недостатнього чи надлишкового харчування.

Характерними прикладами вказаних стадій є:

- надлишкова маса тіла і ожиріння,
- латентний дефіцит заліза і залізодефіцитна анемія,
- гіповітамінози і авітамінози.

**Аліментарні хвороби, обумовлені недостатністю харчування,**

**спостерігаються при чотирьох формах голодування:**

- + *абсолютне голодування* (при відсутності їжі і води),
- + *повне голодування* (припинення вживання їжі, але з прийомом води),
- + *неповне голодування* (за рахунок дефіциту в раціоні білків, жирів, вуглеводів, що забезпечує енергетичну недостатність організму);
- + *часткове голодування* (недостатнє споживання одного або декількох поживних речовин на тлі нормальної енергетичної цінності харчування).

Причини розвитку білково-енергетичної недостатності:

- енергетична недостатність виникає внаслідок припинення або недостатнього постачання організму енергетичним матеріалом, тобто їжею;
- білкова недостатність розвивається при тривалому порушенні рівноваги між утворенням і розпадом білка в сторону розпаду:
  - малий вміст білків в їжі;
  - переважання в харчуванні білків низької біологічної цінності з дефіцитом незамінних амінокислот;
  - тривалі або неправильно складені за якістю білка малобілкові дієти, які призначаються для лікування окремих захворювань;
  - неправильно проведене лікувальне голодування;
  - самолікування фізіологічно необґрунтованими модними дієтами з метою схуднення.

Які зміни відбуваються в організмі при голодуванні?

- посилена витрата жирових запасів і глікогену в печінці, розпад вуглеводів;

- в міру виснаження жирових запасів зростає розпад білків, в тому числі білкових структур власних тканин;
- накопичення недоокислених продуктів обміну речовин, які призводять до зрушення кислотно-лужної рівноваги організму в кислу сторону;
- структурні і функціональні зміни внутрішніх органів;
- атрофія м'язів;
- підвищене виділення води, що супроводжується великими втратами мінеральних солей і вітамінів. Більш пізні стадії голодування характеризуються затримкою води в організмі з утворенням «голодних» набряків;
- вага тіла неухильно знижується, в міру посилення розпаду білків в організмі розвивається прогресуюче виснаження - аліментарна дистрофія.

В результаті при загальному і частковому голодуванні погіршується діяльність внутрішніх органів, розумова і фізична працездатність, значно знижується імунно-біологічна стійкість організму, підвищується сприйнятливість до інфекційних хвороб. Глибокі порушення, що виникають в організмі при тривалому голодуванні, призводять до розвитку загрозливих для життя розладів. Повне голодування людини (припинення вживання їжі, а лише води), сумісно з життям протягом приблизно 40 днів. При зниженні ваги тіла на 35-40% з'являються розлади, які загрожують життю і можуть спричинити смерть.

#### Ознаки аліментарної дистрофії:

- наростаюча слабкість,
- зниження працездатності,
- швидка фізична і розумова стомлюваність,
- почуття зябкості,
- відчуття голоду, спрага,
- пришвидшене сечовипускання, закрепи, потім пронос,
- схуднення, атрофія м'язів,
- знижений артеріальний тиск, ураження серцевого м'яза, набряки, поліневрити.

Накопичено певний досвід лікування деяких захворювань тривалим голодуванням (2-4 тижні). Повне голодування не завдає істотної шкоди здоров'ю людини протягом 1-2 діб. Описані випадки смерті після тривалого (3-4 тижні) лікувального голодування. Голодування не є специфічним засобом лікування будь-якого певного захворювання. Лікувальне голодування показано лише вузькій категорії хворих, призначається тільки лікарем і проводиться тільки в спеціальних відділеннях лікарень після ретельного обстеження хворого.

Різні науково-необґрунтовані варіанти лікування голодуванням в більшості випадків приносять шкоду організму людини. Самостійне застосування лікувального голодування може призвести до трагічного результату. Лікування наслідків голодування проводиться тільки в лікарняних установах. В комплексне лікування входять; фізичний і психічний спокій, перебування в теплі, повноцінне харчування з підвищеною енергетичною цінністю і з високим вмістом повноцінних білків, легкозасвоюваних вуглеводів і жирів, підвищене введення вітамінів. Рясне годування небезпечно. Режим харчування: 5-6 разів на день невеликими порціями.

### **Аліментарні хвороби надлишкового харчування**

1. Енергетична надмірність харчування є наслідком порушення одного з важливих принципів раціонального харчування – відповідності енергоцінності їжі енерговитратам організму. При енергетичній надмірності харчування надходження енергії з їжею перевищує її витрати, що призводить до аліментарного ожиріння.

#### **2. Хвороби надлишкового білкового харчування.**

Надмірне споживання білка несприятливо впливає на обмін речовин і функціонування ряду органів. Надлишок білка в раціоні **не веде** до підвищення його запасів в організмі і викликає такі несприятливі наслідки:

- ураження печінки, нирок;
- перезбудження центральної нервової системи (неврози);
- підвищений розпад вітамінів в організмі (вітамінна недостатність);

- посилення, а потім пригнічення секреторної функції шлунка;
- посилення процесів гниття в кишечнику;
- високий ризик розвитку таких захворювань, як подагра, сечо-кам'яна хвороба.

### 3. Вплив надлишку жиру на організм.

При тривалому надмірному споживанні жирів підвищується вміст їх в крові. У тканинах утворення жирів починає переважати над їх розпадом. Відбувається накопичення жиру в клітинах з наступними розладами функцій ряду органів. Надлишок жиру в харчуванні викликає:

- ураження печінки;
- підвищення вмісту холестерину в крові;
- підвищення згортання крові, сприяє тромбоутворенню;
- погіршує засвоєння білків, кальцію, магнію, підвищує потребу у вітамінах, що забезпечують жировий обмін;
- гальмує секрецію шлунка, викликає перенапруження діяльності підшлункової залози і кишечника.

Надлишок жирів сприяє розвитку ожиріння, атеросклерозу, жовчнокам'яної хвороби.

## **2. Вторинні хвороби недостатнього або надлишкового харчування**

Вторинні розлади харчування організму зумовлені ендогенними (внутрішніми) причинами – інфекційними, онкологічними, хірургічними захворюваннями, які спричиняють порушення травлення і всмоктування поживних речовин.

Вторинні (ендогенні) гіпо- і авітамінози виникають унаслідок різних захворювань, навіть у разі фізіологічно достатнього споживання з їжею вітамінів, на відміну від первинних, зумовлених дефіцитом вітамінів у харчуванні. Наприклад, патогенез вторинного рахіту залежить від порушень на різних етапах засвоєння вітаміну D, котрі спричинені конкретним захворюванням печінки, нирок, тонкої кишки, обструкцією жовчовивідних шляхів тощо. Вроджені авітамінози, які частіше спостерігаються у дітей,

розвиваються у разі нормального споживання з їжею відповідних вітамінів. У багатьох промислово розвинутих країнах вроджені авітамінози є більш серйозною проблемою охорони здоров'я, ніж аліментарні.

Вторинна недостатність стосується не тільки вітамінів, але і мінеральних речовин. Наприклад, вторинні залізодефіцитні стани, включаючи анемію, виникають внаслідок крововтрат або порушення засвоєння заліза у разі деяких захворювань (первинні - внаслідок недостатнього споживання з їжею заліза).

Слід відзначити, що вторинними бувають не тільки хвороби недостатнього, але і надмірного харчування. Наприклад, вторинні розлади харчування організму також можуть виникати внаслідок фармакотерапії різних захворювань. Ліки можуть пригнічувати або посилювати апетит і відповідно зменшувати або збільшувати споживання їжі, порушувати процеси травлення і всмоктування поживних речовин. Крім того, антибіотики і сульфаніламідні препарати можуть спричинити дисбактеріоз кишок, який супроводжується зменшенням утворення деяких вітамінів.

Стороння дія гормональних препаратів полягає у посиленні розпаду білка в організмі, збільшенні утворення жиру з розвитком ожиріння, інтенсивному виведенню калію, кальцію і фосфору з можливим виникненням остеопорозу. Деякі діуретики (сечогінні засоби) виводять із організму магній і калій, що створює загрозу здоров'ю та життю хворого. Тривалий прийом проносних супроводжується погіршенням усмоктування із кишок майже усіх нутрієнтів, що може призвести до вираженої недостатності в організмі білка, вітамінів, мінеральних речовин.

Таким чином, антимікробна хіміотерапія веде до розвитку вторинної полівітамінної недостатності. Ураховуючи, що деякі ліки негативно впливають на засвоєння і метаболізм вітамінів та інших нутрієнтів, під час їх застосування необхідні відповідні зміни харчування.

### **3. Захворювання з аліментарним чинником розвитку патології**

До цієї групи належать хвороби, в розвитку яких відіграють роль аліментарні чинники. Але не завжди одні і ті самі аліментарні чинники



спричиняють розвиток захворювання. Важливу роль тут відіграють індивідуальні генетичні особливості організму.

Наприклад, серед аліментарних чинників, що сприяють розвитку і прогресуванню гіпертонічної хвороби у генетично схильних до неї людей, найбільше значення мають надмірне за енергетичною цінністю харчування, яке веде до ожиріння, підвищене споживання хлориду натрію (кухонної солі), а також зловживання алкоголем. У хворих на ожиріння артеріальна гіпертензія зустрічається у 3—6 разів частіше, ніж у разі нормальної маси тіла. Артеріальна гіпертензія із супутнім ожирінням характеризується прискореним розвитком атеросклерозу і ішемічною хворобою серця у зв'язку з частим під час ожиріння порушенням ліпідного обміну. Майже у 70% хворих на гіпертонічну хворобу та ожиріння зниження маси тіла сприяє нормалізації артеріального тиску без застосування фармакотерапії.

Проте не можна розглядати надмірне за енергією харчування і пов'язане з ним ожиріння як причину артеріальної гіпертензії. Тому що у багатьох хворих на ожиріння спостерігається нормальний або навіть знижений артеріальний тиск. З іншого боку, хворі на артеріальну гіпертензію можуть мати нормальну або навіть знижену масу тіла. Крім того, у разі поєднання артеріальної гіпертензії і ожиріння зниження маси тіла не завжди супроводжується паралельним зменшенням артеріального тиску, а приблизно у 70%.

Надлишок кухонної солі у харчуванні вважається важливим чинником ризику розвитку артеріальної гіпертензії, але реакція артеріального тиску на хлорид натрію не у всіх однакова. Виділяють «сільчутливих» і «сільрезистентних» людей. Цим пояснюється той факт, що у багатьох не виявлений зв'язок між рівнем споживання кухонної солі і артеріальною гіпертензією.

Споживання кухонної солі вище від фізіологічних потреб організму є характерним для значної частини населення індустріально розвинутих країн, зокрема за рахунок великого вмісту солі у продуктах промислового виробництва (ковбаси, копченості, консерви, сири тощо). Однак артеріальну гіпертензію виявляють у середньому у 15% дорослого населення цих країн.

Навіть серед хворих на гіпертонічну хворобу залежність артеріального тиску від хлориду натрію визначають у разі солевого навантаження у 40—70% випадків. Саме у цих «сільчутливих» хворих обмеження кухонної солі у харчуванні спричиняє гіпотензивний ефект. У людей з генетичне зумовленою «сільчутливістю» виявлена знижена екскреція нирками надлишку натрію, що може сприяти підвищенню артеріального тиску. Таким чином, тільки частина людей реагує аномально на перевантаження організму хлоридом натрію.

Слід відзначити, що у хворих на артеріальну гіпертензію суворе і тривале обмеження кухонної солі у харчуванні небажане, оскільки можливі зміни водно-електролітного обміну і виникнення «сольового голоду». Крім того, дефіцит натрію і хлоридів у організмі може спричинити м'язову слабкість, втрату смакових відчуттів, анорексію тощо. Треба враховувати, що ця незамінна харчова речовина життєво необхідна для організму.

У цілому аліментарна профілактика артеріальної гіпертензії повинна бути спрямована перш за все на енергетичну адекватність харчування, яка виключає виникнення ожиріння, а також розумне, у рамках фізіологічних потреб, споживання кухонної солі, але не виключення її з харчування.

Складним є питання про роль харчування у виникненні цукрового діабету, який розвивається внаслідок впливу багатьох чинників і характеризується станом хронічної гіперглікемії. За поширеністю і медико-соціальною значущістю виділяють 3 клінічних класи (форми) цукрового діабету: інсулінзалежний цукровий діабет (ІЗЦД), інсуліннезалежний цукровий діабет (ІНЦД) і цукровий діабет, пов'язаний з недостатнім харчуванням (ЦДНХ). У промислово розвинутих країнах, включаючи Україну, поширені ІЗЦД і ІНЦД, у багатьох країнах, що розвиваються, — ЦДНХ.

Дієтичне харчування є обов'язковим і постійним методом лікування і профілактики усіх хворих на цукровий діабет. Однак принципи дієтотерапії різні при різних формах цукрового діабету.

Аліментарні чинники мають етіологічне значення у виникненні ЦДНХ. Доведено, що недостатнє забезпечення організму білками і дефіцит певних

амінокислот створюють сприятливе середовище для накопичення глікозидів в організмі і їх наступного токсигенного впливу на підшлункову залозу.

Енергетично надмірне харчуванням, наслідком якого є аліментарне ожиріння, є важливим чинником ризику прояву і прогресування ІНЦД, який розвивається у разі спадкової схильності в осіб середнього і літнього віку. У разі поєднання ІНЦД і ожиріння зниження маси тіла дозволяє у багатьох випадках компенсувати прояви діабету без прийому ліків або зменшити їх дозу. Однак навіть за нормалізації маси тіла не відбувається повного вилікування цукрового діабету, крім того, частина хворих на ІНЦД зовсім не має ожиріння.

Ожиріння не розглядається як чинник ризику розвитку інсулінзалежного, цукрового діабету, який безпосередньо не пов'язаний з аліментарними чинниками.

Таким чином, у профілактиці цукрового діабету харчування може мати першорядне значення (у разі ЦДНХ), бути чинником ризику (у разі ІНЦД), або не мати суттєвого значення (у разі ІЗЦД).

#### **4. Захворювання, зумовлені харчовою непереносністю**

Харчова непереносність — це патологічні реакції, зумовлені індивідуальними особливостями реакції організму деяких людей на ті або інші харчові продукти, які для більшості людей є нешкідливою складовою частиною їжі. Клінічні симптоми харчової непереносності різноманітні: від шкірних, шлунково-кишкових, респіраторних та інших проявів до рідкого, але загрозливого для життя анафілактичного шоку.

**Істинна харчова алергія.** Алергіки мають підвищену імунологічну чутливість до чужерідних речовин (алергенів). Близько 23% населення страждають від алергії, близько 5% - від алергії на харчові продукти.

Причиною алергії на харчові продукти є проникнення мікроскопічних кількостей високомолекулярних речовин із кишок у кров'яне русло. В організмі ці чужерідні речовини діють як алергени. Алергени розпізнаються імунною системою як антигени, проти яких у лейкоцитах утворюються антитіла (імуноглобуліни E, IgE) і по кров'яному руслу потрапляють до тучних клітин

шкіри, дихальних шляхів та шлунково-кишкового тракту, де закріплюються в мембрані клітин. Після повторного контакту з алергеном тучні клітини вивільняють гістамін та інші речовини, які прискорюють запалення, і шляхом приєднання до рецепторів судинних та м'язових клітин викликають алергічну реакцію.

Перші ознаки алергії на харчові продукти часто проявляються порушенням харчування у ранньому дитячому віці, наприклад, блювання, пронос та кропивниця після вживання коров'ячого молока, курячих яєць або риби. Симптоми харчової алергії можуть з'явитись у шлунково-кишковому тракті, на шкірі, у дихальних шляхах або серцево-судинній системі. Найзагрозливішими формами є напад астми (задишка внаслідок звуження дихальних шляхів) та анафілактичний шок, коли через розширення кровоносних судин порушується кровообіг.

Певні харчові продукти спричиняють дуже сильні алергічні реакції. Скарги з'являються уже через кілька хвилин після приймання їжі. Принцип лікування – це строге виключення алергенів. Якщо в сім'ї спостерігались алергії, збільшується ймовірність того, що і дитина стане алергіком (атопіком).

**Харчова псевдоалергія** — індивідуальна непереносність їжі, клінічно подібна до харчової алергії. Або компоненти харчових продуктів стимулюють вивільнення гістаміну із тучних клітин, або самі харчові продукти мають великий вміст біогенних амінів (наприклад, гістамін, тирамін). Вино, сир та інші ферментовані харчові продукти можуть спричинити головний біль та порушення серцебиття. Відповідальними за це є продукти розпаду амінокислот, такі як тирамін та гістамін, які виникають під час ферментації і впливають на кровозабезпечення й кров'яний тиск. Ця чутливість може додатково зрости через вживання алкоголю. Постраждалі мають уникати ферментованих продуктів передусім у комбінації з алкоголем.

Багато людей реагують на певні харчові продукти поганим самопочуттям, проносом або головним болем без діагнозу алергія. Причинами є **кишкові ферментопатії (харчова ідіосинкразія)** - вроджений або набутий дефіцитом травних ферментів, наслідком чого є непереносність деяких продуктів.

Найчастіше спостерігається синдром непереносності молока та молочних продуктів, що виникає у зв'язку з дефіцитом у тонкій кишці ферменту лактази, який розщеплює лактозу (молочний цукор) на глюкозу і галактозу. Дехто з людей реагує навіть на малі кількості молока та молочних продуктів метеоризмом та проносом. Пацієнти мають уникати молока та лактозовмісних молочних продуктів. Потрібно слідкувати за достатнім вживанням кальцію із інших джерел харчування.

У кисломолочних продуктах лактози менше, ніж у молоці, оскільки під час згурджування молока з частини лактози утворюється молочна кислота. Тому деякі люди з ідіосинкразією до молока добре переносять кисломолочні продукти.

Значно рідше зустрічається синдром непереносності цукру і продуктів, що містять його, через дефіцит ферменту сахарази.

**Глютенова хвороба (целиакія)** зумовлена непереносністю усіх продуктів із пшениці, жита, вівса і ячменю. У цих злаках міститься білок глютен. У разі генетичного дефекту синтезу кишкового ферменту гліадинамідази гліадин глютену не розщеплюється і діє як токсин і антиген на слизову оболонку тонкої кишки. У разі целиакії порушені перетравлювання їжі і всмоктування майже усіх поживних речовин, унаслідок чого виникають різко виражені, особливо у дітей, вторинні розлади харчування організму. Лікування целиакії полягає у послідовному уникненню глютенівмісних харчових продуктів і продуктів, які з них виготовлені (наприклад, пиво, хлібобулочні вироби і т.п.). Хворі на целиакію переносять продукти з рису, кукурудзи, гречки, сої, саго.

**Психогенна харчова непереносність** зустрічається досить часто і характеризується різноманітними скаргами хворих, до того ж усі болісні відчуття вони пов'язують із «харчовою алергією» від споживання певних продуктів. Після їх виключення із харчування настає на короткий час поліпшення, потім іде рецидив, оскільки хворий починає шукати наступний «харчовий алерген» і звичайно його знаходить. Харчування хворих стає усе біднішим, іноді складається з 2-3 продуктів. Лікування таких хворих надто складне і потребує втручання психотерапевта або психіатра.

**Психосоматичні порушення харчування.** До психосоматичних порушень харчування належить схуднення (*Anorexia nervosa*) та булімія (“вовчий апетит”).

Схуднення часто починається під час статевого дозрівання. Як наслідок схуднення з’являються такі симптоми: пульс стає повільнішим, кров’яний тиск та температура тіла знижується (людина стає “мерзляком”); шкіра стає сухою, шлунково-кишковий тракт реагує здуттям та запорами; наслідки довготривалого схуднення – велика втрата маси тіла, недоїдання, і звідси – органічні та ендокринні порушення. Часто схудлі люди відмовляються від лікування. Вони можуть померти від цієї хвороби.

Булімію часто діагностують за такими критеріями:

- повторюються атаки гіперфагії (поглинання великих кількостей їжі протягом короткого часу);
- під час нападів “вовчого апетиту” поведінку в процесі харчування людина не може контролювати;
- набиранню маси тіла запобігають блювотою, яку визивають прийманням проносних або зневоднювальних засобів, жорсткими дієтами та голодуванням або надмірними фізичними вправами;
- щонайменше у три місяці виникає в середньому два напади булімії на тиждень;
- постійний інтерес до своєї фігури та маси є важливою життєвою темою.

Як симптоми з’являються припухлість слинних залоз та захворювання зубів (карієс, ерозія зубної емалі), а також розширення шлунку. Часта блювота призводить до порушення електролітичного балансу і разом із цим – до погіршення функції серцевої мускулатури. Оскільки з блювотою виходить і шлунковий сік, виникають запалення стравоходу.

Аноректичним пацієнтам у надзвичайно виснаженому стані врятувати життя можуть медичні заходи (наприклад, тимчасове ентеральне харчування). Лікування, зорієнтоване на симптоми. Під час психосоматичних порушень харчування частка рецидивів надзвичайно висока (близько 50%).

## Література

1. Гігієна харчування з основами нутриціології / За ред. В. І. Ципріяна. -К., 1999. – С. 19-34.
2. Лисовский В. А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А. Н. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов Учебное пособие / Под редакцией проф. С. П. Евсеева — 2-е изд, стереотип. — М. Советский спорт, 2004 — С. 126 - 142.
3. Лиходід В. С., Владімірова О.В., Дорошенко В. В. Оздоровче харчування: Навчальний посібник для студентів факультету фізичного виховання. - Запоріжжя: ЗНУ, 2006. – С. 37-38.