

## **Роль правильного питания для профилактики и лечения заболевания сахарного диабета 2 типа**

*Аликулова Мухаббат Манноновна,  
Преподаватель кафедры Лечебного дела и педиатрии  
Каршинского государственного университета*

*Ключевые слова.* сахарный диабет, Всемирной организации здравоохранения, рационального питания.

Здоровье выступает одним из ведущих ценностных и практических приоритетов современного общества. Показатели здоровья отражают уровень благополучия, качества жизни людей. В таком аспекте состояние здоровья является важным фактором счастья и самореализации человека [3].

Сахарный диабет – это глобальная проблема, не только в Узбекистане, но и во всем мире. Как свидетельствуют данные Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день этим заболеванием страдают около 529 млн. человек, большая часть которого это больные сахарным диабетом 2-го типа, и это составляет 6,61% от всего населения планеты.

По данным министерства здравоохранения, в Узбекистане количество больных сахарным диабетом превышает 257 000 человек, из них более 2 300 дети и 913 подростки [1]. В настоящее время, несмотря на глобальное развитие медицины, проблема сахарного диабета (СД) остается весьма актуальной. Одной из первых и основных терапевтических методов лечения СД 2 типа является правильное питание, благодаря которому можно достичь целевых уровней гликемии при любой медикаментозной сахароснижающей терапии.

Организация правильного питания у больных СД 2 типа благоприятно влияет на качество жизни пациента и на начальных стадиях развития заболевания можно нормализовать уровень глюкозы в крови даже без медикаментозной терапии. При обучении больных сахарным диабетом нельзя предпринимать жесткие ограничения, так как это не гарантирует долгосрочное соблюдение режима питания, а нужно постепенно формировать стиль рационального питания, соответствующий стандартам профилактики и лечения СД 2 типа.

Основными критериями питания являются пятикратный прием пищи малыми порциями, ограничение применения углеводов, уменьшение калорийности суточного рациона до 2000 ккал, ограничение соли до 5 г в сутки, употребление больше белка и витаминов, частичный отказ от животных жиров и применение жиров растительного происхождения, введение в рацион объемной малокалорийной пищи (фрукты, овощи) и полезных пищевых волокон (натуральная клетчатка).

Идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов для всех пациентов с СД не существует. Рекомендации формируются на основе анализа актуального образца питания и метаболических целей [2].

Обучение больных СД 2 типа к правильному рациональному питанию позволяет достичь целевых уровней глюкозы в крови даже без медикаментозной терапией, что было доказано в исследовании, проведенном у 60 пациентов с вновь выявленным и продолжавшемся не более 2 лет СД 2 типа. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 30 пациентов вели здоровый образ жизни, были физически активны, отказались от вредных привычек, имели правильное грамотно обученное питание, но не принимали сахароснижающие средства;

2 группа – тоже 30 пациентов, образ жизни они не поменяли, вели малоподвижный образ жизни, продолжали питаться привычной едой, как и раньше, но своевременно принимали сахароснижающие таблетки 2 раза в день. До исследования и на 14 день пациентам обеих групп были проверены уровень глюкозы в крови натощак и постпрандиальная гликемия. Полученные результаты показали, что в группе пациентов с правильным питанием и здоровым образом жизни достигнуты целевые уровни гликемии.

Своевременная неотложная организация правильного питания у больных СД 2 типа, контроль здорового веса является важной частью терапии, благоприятно влияющее на качество и продолжительность жизни пациента.

### **Использованные литературы**

1. Вардугина К.С., Тупицина Л.С. Мониторинг антропометрических показателей школьников 7-15 лет в посёлке Юшала Свердловской области. // Гигиена и санитария. - 2019.
2. Ходжиева М. В., Скворцова В. А., Боровик Т. Э., Намазова-Баранова Л. С., Маргиева Т. В., Бушуева Т. В., Мельничук О. С., Некрасова С. В. Оценка физического развития детей младшего школьного возраста (7–10 лет): результаты когортного исследования. Педиатрическая фармакология. 2016;
3. Камилова Р.Т. Унифицированная методика исследования и оценки физического развития детей и подростков. – Ташкент: Абу Али ибн Сина, 1996.