

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет харчових наук, нутриціології та управління якістю

ПОГОДЖЕНО

В.о. декана факультету харчових наук,
нутриціології та управління якістю,
доктор технічних наук, професор
_____ Баль-Прилипко Л. В.

« » _____ 2026 р.

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО
ЗАХИСТУ**

В.о завідувача кафедри
громадського здоров'я та
нутриціології,
кандидат медичних наук, професор
_____ Швець О. В.

« » _____ 2026 р.

БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**«Підходи до надання рекомендацій зі здорового харчування для
осіб з хронічними захворюваннями»**

Спеціальність 229 «Громадське здоров'я»

Гарант освітньої програми

Олег ШВЕЦЬ

**Керівник бакалаврської
кваліфікаційної роботи
Доктор філософії (PhD),
старший викладач**

Костянтин БАЛАШОВ

Виконала

Слизавета ІВАНЮК

КИЇВ-2026

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет харчових наук, нутриціології та управління якістю

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача кафедри громадського
здоров'я та нутриціології
_____ Олег ШВЕЦЬ

« _____ » _____ 2026 р.

**ЗАВДАННЯ
ДО ВИКОНАННЯ БАКАЛАВРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ
РОБОТИ СТУДЕНТЦІ
Іванюк Єлизаветі Ігорівні**

Спеціальність 229 «Громадське здоров'я»
Освітня програма «Нутриціологія здорового харчування»
Програма підготовки освітньо-професійна

Тема бакалаврської роботи **«Підходи до надання рекомендацій зі
здорового харчування для осіб з хронічними захворюваннями»**

Затверджена наказом ректора НУБіП України від 07.01.2026 р. № 75 «С»

Термін подання завершеної роботи на кафедрі 12.06.2026

Вихідні дані до бакалаврської роботи: ідходи до надання рекомендацій зі
здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями; здорове
харчування; хронічні неінфекційні захворювання; профілактика; громадське
здоров'я; міжнародні та національні рекомендації;

Перелік питань, що підлягають дослідженню: огляд літературних джерел;
актуальність проблеми здорового харчування при хронічних захворюваннях;
організація дослідження; визначення об'єкта, предмета та методів дослідження;
аналіз сучасних рекомендацій щодо здорового харчування; особливості
харчування

Дата видачі завдання «02» лютого 2026 р.

Керівник бакалаврської роботи _____

Костянтин БАЛАШОВ

Завдання прийняла до виконання _____

Єлизавета ІВАНЮК

РЕФЕРАТ

Бакалаврська кваліфікаційна робота присвячена вивченню сучасних підходів, принципів та методів формування рекомендацій зі здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями.

Мета дослідження: дослідити сучасні підходи до надання рекомендацій щодо здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями та розробити практичні рекомендації щодо їх упровадження в систему громадського здоров'я.

У роботі розглянуто основні теоретичні аспекти хронічних неінфекційних захворювань як медико-соціальної проблеми, проаналізовано роль харчування у профілактиці та контролі хронічних захворювань, а також охарактеризовано сучасні міжнародні й національні рекомендації щодо здорового харчування. Особливу увагу приділено рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міністерства охорони здоров'я України та сучасним підходам до профілактики захворювань через корекцію харчової поведінки.

Методологічною основою дослідження стали аналіз наукової літератури, нормативних та інформаційних джерел, узагальнення міжнародних і національних рекомендацій, порівняльний аналіз підходів до здорового харчування, а також систематизація практичних заходів щодо формування здорових харчових звичок серед осіб із хронічними захворюваннями.

У бакалаврській роботі визначено особливості харчування при окремих хронічних захворюваннях, зокрема артеріальній гіпертензії, ішемічній хворобі серця, цукровому діабеті 2 типу, ожирінні, гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі та синдромі подразненого кишечника. Встановлено, що ефективність харчових рекомендацій значною мірою залежить від їх індивідуалізації з урахуванням віку, статі, рівня фізичної активності, маси тіла, супутніх захворювань, соціально-економічних умов та готовності людини до зміни харчової поведінки.

У процесі дослідження обґрунтовано доцільність поєднання загальних принципів здорового харчування з персоналізованими рекомендаціями для осіб із хронічними захворюваннями. Запропоновано практичні підходи до впровадження програм здорового харчування, які включають первинну оцінку харчових звичок, формування груп ризику, індивідуальне консультування, освітні заходи, використання інформаційних матеріалів, цифрову підтримку, моніторинг результатів та подальшу корекцію рекомендацій.

Встановлено, що освітні та інформаційні заходи є важливою складовою формування здорових харчових звичок. До найбільш ефективних заходів належать індивідуальні консультації, групові заняття, буклети, інфографіка, практичні тренінги, навчання читанню маркування харчових продуктів, ведення харчового щоденника та використання цифрових нагадувань. Такі заходи сприяють підвищенню обізнаності населення, покращенню прихильності до рекомендацій та зменшенню впливу поведінкових факторів ризику.

Робота містить 3 розділи: теоретичні основи здорового харчування при хронічних захворюваннях; аналіз міжнародних і національних підходів до надання рекомендацій зі здорового харчування; удосконалення підходів до формування та впровадження рекомендацій для осіб із хронічними захворюваннями. У роботі наведено таблиці, графіки, висновки, практичні рекомендації та список використаних джерел.

Ключові слова: здорове харчування, хронічні захворювання, хронічні неінфекційні захворювання, громадське здоров'я, харчові рекомендації, профілактика захворювань, раціональне харчування, харчова поведінка, фактори ризику.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	8
1.1. Хронічні неінфекційні захворювання як медико-соціальна проблема.....	8
1.2. Роль харчування у профілактиці та лікуванні хронічних захворювань	10
1.3. Сучасні рекомендації щодо здорового харчування в практиці громадського здоров'я.....	13
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	16
2.1. Міжнародні рекомендації щодо здорового харчування	16
2.2. Національні рекомендації щодо здорового харчування в Україні	18
2.3. Особливості харчування при окремих хронічних захворюваннях	21
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЗІ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ	24
3.1. Принципи індивідуалізації харчових рекомендацій	24
3.2. Освітні та інформаційні заходи з формування здорових харчових звичок.....	33
3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження програм здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями	38
ВИСНОВКИ.....	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48

ВСТУП

Збереження та зміцнення здоров'я населення є одним із пріоритетних завдань системи громадського здоров'я. У сучасних умовах особливу загрозу становлять хронічні неінфекційні захворювання, які є провідною причиною смертності та інвалідизації населення як в Україні, так і у світі. До найбільш поширених хронічних захворювань належать **серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння, онкологічні та хронічні респіраторні захворювання.** Їх розвиток значною мірою пов'язаний із поведінковими факторами ризику, серед яких одне з провідних місць займає **нераціональне харчування.**

Харчування є одним із найважливіших чинників, що впливають на стан здоров'я людини протягом усього життя. Недостатнє споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів, надмірне вживання солі, цукру, насичених жирів та продуктів високого ступеня переробки сприяють розвитку метаболічних порушень і підвищують ризик виникнення хронічних захворювань. Водночас дотримання принципів здорового харчування сприяє профілактиці захворювань, покращенню перебігу вже наявних патологічних станів та підвищенню якості життя пацієнтів.

Сучасна система громадського здоров'я приділяє значну увагу формуванню здорових харчових звичок серед населення. Важливу роль у цьому процесі відіграє надання науково обґрунтованих рекомендацій щодо харчування, які повинні враховувати особливості стану здоров'я людини, вік, рівень фізичної активності, супутні захворювання та інші індивідуальні чинники. Особливої актуальності набуває розроблення ефективних підходів до консультування осіб із хронічними захворюваннями щодо принципів раціонального харчування та формування здорового способу життя.

Актуальність теми зумовлена необхідністю вдосконалення підходів до надання рекомендацій зі здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями, що сприятиме зниженню поширеності

факторів ризику, профілактиці ускладнень та покращенню показників громадського здоров'я.

Мета роботи – дослідити сучасні підходи до надання рекомендацій зі здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями та розробити практичні рекомендації щодо їх застосування в системі громадського здоров'я.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

- проаналізувати наукову літературу щодо ролі харчування у профілактиці та контролі хронічних захворювань, проаналізувати підходи до надання рекомендацій та консультування населення з питань здорового харчування;

- дослідити сучасні міжнародні та національні рекомендації щодо здорового харчування;

- охарактеризувати особливості харчування осіб із різними хронічними захворюваннями;

- визначити основні напрями удосконалення рекомендацій щодо здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями.

Об'єкт дослідження – система надання рекомендацій щодо здорового харчування особам із хронічними захворюваннями.

Предмет дослідження – підходи, принципи та методи формування рекомендацій зі здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями.

Методи дослідження: аналіз, узагальнення та систематизація наукової літератури; порівняльний аналіз міжнародних і національних рекомендацій; методи логічного узагальнення та інтерпретації отриманих результатів.

Практичне значення результатів полягає у можливості використання узагальнених рекомендацій та запропонованих підходів під час проведення профілактичної роботи серед населення, організації освітніх заходів із формування здорового способу життя.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Хронічні неінфекційні захворювання як медико-соціальна проблема

Хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ) є однією з найактуальніших проблем сучасної системи охорони здоров'я та громадського здоров'я. До цієї групи належать серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, злоякісні новоутворення, хронічні респіраторні захворювання, ожиріння та інші патологічні стани, які характеризуються тривалим перебігом, високою поширеністю та значним впливом на якість життя населення. Високі показники захворюваності, інвалідності та смертності, пов'язані з ХНІЗ, зумовлюють їх значне медичне, соціальне та економічне навантаження на суспільство [1].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, хронічні неінфекційні захворювання є причиною близько 74 % усіх випадків смерті у світі. Щорічно від ХНІЗ помирає понад 40 млн осіб, причому значна частина цих смертей припадає на населення працездатного віку. Найбільший внесок у структуру смертності становлять серцево-судинні захворювання, які щороку спричиняють близько 18 млн смертей, онкологічні захворювання – понад 9 млн смертей, хронічні респіраторні захворювання – близько 4 млн смертей та цукровий діабет – понад 2 млн смертей [2].

Особливої актуальності проблема ХНІЗ набуває в Україні, де вони залишаються провідною причиною передчасної смертності населення. За оцінками експертів, понад 80 % усіх випадків смерті в Україні пов'язані саме з хронічними неінфекційними захворюваннями. Висока поширеність артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, інсультів, цукрового діабету та ожиріння негативно впливає на демографічну ситуацію, знижує

рівень працездатності населення та призводить до значних витрат на медичне обслуговування [2,3].

Виникнення та розвиток хронічних неінфекційних захворювань значною мірою пов'язані з модифікованими факторами ризику. До основних із них належать нераціональне харчування, недостатня фізична активність, тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю, психоемоційний стрес та порушення режиму праці й відпочинку. Серед зазначених чинників особливе місце займає харчування, оскільки воно безпосередньо впливає на обмін речовин, енергетичний баланс організму та ризик розвитку багатьох захворювань [3,4].

Сучасний характер харчування населення характеризується надлишковим споживанням продуктів із високим вмістом насичених жирів, трансжирів, солі та доданих цукрів, а також недостатнім вживанням овочів, фруктів, бобових культур і цільнозернових продуктів. Такі харчові звички сприяють розвитку ожиріння, дисліпідемії, артеріальної гіпертензії та порушень вуглеводного обміну, які є ключовими факторами ризику виникнення серцево-судинних захворювань та цукрового діабету другого типу [4].

Важливою особливістю хронічних неінфекційних захворювань є їх тривалий перебіг та необхідність постійного контролю стану здоров'я. На відміну від гострих захворювань, лікування ХНІЗ передбачає не лише медикаментозну терапію, а й корекцію способу життя, зокрема харчової поведінки. Саме тому сучасні стратегії профілактики та контролю ХНІЗ базуються на комплексному підході, який поєднує медичні, соціальні та освітні заходи [5].

У практиці громадського здоров'я особлива увага приділяється первинній профілактиці хронічних захворювань, що передбачає усунення або мінімізацію факторів ризику ще до появи клінічних проявів хвороби. Одним із найбільш ефективних інструментів профілактики є формування здорових харчових звичок серед населення шляхом впровадження освітніх

програм, інформаційних кампаній та індивідуального консультування. Водночас для осіб із уже наявними хронічними захворюваннями особливого значення набуває розроблення персоналізованих рекомендацій щодо харчування, які сприяють стабілізації перебігу захворювання, профілактиці ускладнень та покращенню якості життя [6].

Таким чином, хронічні неінфекційні захворювання є важливою медико-соціальною проблемою сучасності, що потребує комплексних профілактичних заходів на рівні держави, системи охорони здоров'я та окремої особи. Одним із ключових напрямів боротьби з ХНІЗ є впровадження науково обґрунтованих підходів до здорового харчування та підвищення обізнаності населення щодо принципів раціонального харчування як важливої складової збереження здоров'я [6,7].

1.2. Роль харчування у профілактиці та лікуванні хронічних захворювань

Харчування є одним із найважливіших факторів, що визначають стан здоров'я людини та впливають на ризик розвитку хронічних неінфекційних захворювань. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, нездорове харчування належить до провідних модифікованих факторів ризику передчасної смертності та розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу, ожиріння, окремих видів онкологічних захворювань і хронічних хвороб органів травлення. Формування здорових харчових звичок розглядається як один із найбільш ефективних і економічно доцільних напрямів профілактики хронічних захворювань на рівні населення [7, 8].

Раціональне харчування забезпечує організм необхідною кількістю енергії та поживних речовин, підтримує нормальне функціонування органів і систем, сприяє зміцненню імунітету та зниженню ризику розвитку метаболічних порушень. Збалансований раціон повинен

включати достатню кількість білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин, харчових волокон та води відповідно до фізіологічних потреб організму [8].

Одним із найбільш поширених наслідків нераціонального харчування є ожиріння, яке сьогодні розглядається як самостійне хронічне захворювання та важливий фактор ризику розвитку інших патологій. Надмірне споживання висококалорійних продуктів із високим вмістом насичених жирів, трансжирів та доданих цукрів призводить до порушення енергетичного балансу та накопичення надлишкової маси тіла. Ожиріння асоціюється з підвищеним ризиком розвитку артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, інсульту, цукрового діабету другого типу та деяких форм онкологічних захворювань [8, 9].

Особливе значення харчування має у профілактиці та лікуванні серцево-судинних захворювань. Численні дослідження підтверджують, що надмірне споживання кухонної солі сприяє підвищенню артеріального тиску, тоді як збільшення в раціоні овочів, фруктів, цільнозернових продуктів та джерел ненасичених жирних кислот позитивно впливає на стан серцево-судинної системи. Доведено, що середземноморська модель харчування сприяє зниженню ризику серцево-судинних ускладнень завдяки високому вмісту рослинної їжі, риби, оливкової олії та антиоксидантів [9].

Харчування також відіграє ключову роль у профілактиці та контролі цукрового діабету другого типу. Регулювання кількості та якості вуглеводів у раціоні дозволяє підтримувати стабільний рівень глюкози в крові та запобігати розвитку ускладнень. Перевага надається продуктам із низьким глікемічним індексом, високим вмістом харчових волокон, а також обмеженню рафінованих цукрів і солодких напоїв. Контроль маси тіла та дотримання принципів здорового харчування є важливими складовими лікування та профілактики діабету [10, 11].

В останні роки значна увага приділяється впливу харчування на ризик розвитку онкологічних захворювань. За оцінками експертів, від 30 до 40 % випадків злоякісних новоутворень можуть бути пов'язані зі способом життя, включаючи особливості харчування. Регулярне споживання овочів, фруктів, бобових культур та продуктів, багатих на антиоксиданти, сприяє зниженню ризику виникнення окремих видів раку. Водночас надмірне споживання переробленого червоного м'яса, продуктів із високим вмістом солі та алкоголю асоціюється зі зростанням онкологічної захворюваності [11, 12].

Для осіб із хронічними захворюваннями харчування є не лише засобом профілактики, а й важливим компонентом комплексного лікування. Сучасний підхід до дієтотерапії передбачає індивідуалізацію раціону залежно від характеру захворювання, віку пацієнта, рівня фізичної активності, супутньої патології та особливостей способу життя. Такий підхід дозволяє підвищити ефективність лікування, покращити якість життя пацієнтів та знизити ризик розвитку ускладнень [13].

У практиці громадського здоров'я значна увага приділяється формуванню здорових харчових звичок серед населення. Освітні програми, інформаційні кампанії та консультування з питань харчування сприяють підвищенню рівня обізнаності населення щодо принципів здорового способу життя. Впровадження рекомендацій щодо здорового харчування є одним із ключових напрямів профілактики хронічних неінфекційних захворювань та важливою складовою державної політики у сфері охорони здоров'я [14].

Таким чином, харчування є одним із найважливіших інструментів профілактики та лікування хронічних захворювань. Дотримання принципів раціонального та збалансованого харчування сприяє зниженню ризику розвитку багатьох патологічних станів, покращенню перебігу наявних захворювань і підвищенню якості життя населення. [13, 14].

1.3. Сучасні рекомендації щодо здорового харчування в практиці громадського здоров'я

У сучасній системі громадського здоров'я здорове харчування розглядається як один із найефективніших інструментів профілактики хронічних неінфекційних захворювань. Наукові дослідження свідчать, що раціональне харчування здатне суттєво знизити ризик розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу, ожиріння та окремих видів онкологічних захворювань. Саме тому міжнародні та національні організації охорони здоров'я приділяють значну увагу розробленню та впровадженню рекомендацій щодо здорового харчування [13, 14].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здорове харчування як раціон, що забезпечує організм усіма необхідними поживними речовинами та сприяє профілактиці захворювань протягом усього життя. Відповідно до сучасних рекомендацій ВООЗ, основу щоденного раціону повинні становити овочі, фрукти, бобові культури, горіхи та цільнозернові продукти. Для дорослої людини рекомендовано щоденно споживати не менше 400 г овочів і фруктів, що сприяє зниженню ризику серцево-судинних захворювань, інсульту та деяких видів раку [8,10].

Одним із ключових напрямів сучасної політики здорового харчування є обмеження споживання вільних цукрів. ВООЗ рекомендує зменшити їх частку до менш ніж 10 % від загальної енергетичної цінності раціону, а для отримання додаткових переваг для здоров'я – до менш ніж 5 %. Надмірне споживання цукру пов'язане зі зростанням поширеності ожиріння, цукрового діабету другого типу та карієсу зубів [15].

Особлива увага приділяється контролю споживання кухонної солі. Відповідно до рекомендацій ВООЗ добове споживання солі не повинно перевищувати 5 г на добу. Зменшення кількості солі в раціоні є одним із найбільш ефективних заходів профілактики артеріальної гіпертензії та серцево-судинних захворювань [6, 7].

Сучасні рекомендації також передбачають обмеження насичених жирів і повну відмову від промислових трансжирів. Насичені жири повинні забезпечувати менше 10 % добової енергетичної цінності раціону, тоді як трансжири – менше 1 %. Для підтримання здоров'я рекомендується віддавати перевагу ненасиченим жирам рослинного походження, які містяться в оливковій олії, горіхах, насінні та рибі [14].

Важливе місце у сучасних рекомендаціях займають харчові моделі, ефективність яких підтверджена численними клінічними дослідженнями. Найбільш вивченими є середземноморська дієта та DASH-дієта (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Середземноморська дієта характеризується високим споживанням овочів, фруктів, бобових, цільнозернових продуктів, риби та оливкової олії. Доведено, що така модель харчування сприяє зниженню ризику серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому та передчасної смертності. DASH-дієта була розроблена для профілактики та лікування артеріальної гіпертензії і передбачає збільшення споживання продуктів, багатих на калій, магній та харчові волокна, а також обмеження натрію [15].

У практиці громадського здоров'я значна увага приділяється формуванню здорових харчових звичок у населення. Для цього застосовуються різноманітні освітні програми, інформаційні кампанії, заходи з популяризації здорового способу життя та консультування населення. Ефективним інструментом є розроблення національних рекомендацій щодо харчування, адаптованих до культурних, соціальних та економічних особливостей країни [16].

В Україні одним із головних орієнтирів у сфері здорового харчування є рекомендації, розроблені Міністерством охорони здоров'я України на основі принципів ВООЗ. Вони передбачають збільшення споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів та бобових культур, зменшення кількості солі, цукру та насичених жирів у раціоні, а також підтримання достатнього рівня фізичної активності. Важливим напрямом

державної політики є підвищення рівня обізнаності населення щодо принципів здорового харчування та профілактики хронічних неінфекційних захворювань [11].

Таким чином, сучасні рекомендації щодо здорового харчування базуються на принципах доказової медицини та спрямовані на зниження поширеності хронічних неінфекційних захворювань. Їх впровадження в практику громадського здоров'я є важливою умовою збереження здоров'я населення, підвищення якості життя та зменшення навантаження на систему охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Міжнародні рекомендації щодо здорового харчування

Сучасна система громадського здоров'я ґрунтується на принципах профілактики захворювань та зміцнення здоров'я населення. Одним із ключових інструментів реалізації цих принципів є впровадження міжнародних рекомендацій щодо здорового харчування, розроблених авторитетними міжнародними організаціями. Основною метою таких рекомендацій є зниження поширеності хронічних неінфекційних захворювань, покращення якості життя населення та збільшення тривалості здорового життя [17].

Провідну роль у формуванні міжнародної політики у сфері харчування відіграє Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Згідно з рекомендаціями ВООЗ, здоровий раціон повинен забезпечувати енергетичний баланс організму, містити достатню кількість макро- та мікронутрієнтів і сприяти профілактиці неінфекційних захворювань. ВООЗ наголошує, що основою здорового харчування мають бути овочі, фрукти, бобові культури, горіхи та цільнозернові продукти. Для дорослого населення рекомендовано щоденне споживання не менше 400 г овочів і фруктів, що сприяє зниженню ризику серцево-судинних захворювань, цукрового діабету другого типу та деяких видів онкологічних захворювань [18].

Важливим напрямом міжнародних рекомендацій є контроль споживання цукру. ВООЗ рекомендує обмежити надходження вільних цукрів до менш ніж 10 % від загальної енергетичної цінності раціону, а для отримання додаткових переваг для здоров'я – до менш ніж 5 %. Такі обмеження спрямовані на профілактику ожиріння, метаболічних порушень та карієсу зубів. Особливо актуальним є зменшення споживання солодких газованих напоїв та продуктів із високим вмістом доданого цукру [11].

Окрему увагу міжнародні організації приділяють споживанню кухонної солі. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, добове споживання солі не повинно перевищувати 5 г на добу, що еквівалентно приблизно 2 г натрію. Зниження споживання натрію є одним із найбільш економічно ефективних заходів профілактики артеріальної гіпертензії та серцево-судинних захворювань [19].

Сучасні міжнародні рекомендації також передбачають обмеження насичених жирів та повне виключення промислових трансжирів із харчового раціону. ВООЗ рекомендує, щоб частка насичених жирів не перевищувала 10 % загальної калорійності раціону, а трансжирів – менше 1 %. Для профілактики хронічних захворювань рекомендовано замінювати насичені жири ненасиченими, які містяться в рослинних оліях, рибі, горіхах та насінні [18].

Значний внесок у розроблення рекомендацій щодо здорового харчування здійснюють Продовольча та сільськогосподарська організація ООН (FAO) та ВООЗ. У документі «Sustainable Healthy Diets – Guiding Principles» підкреслюється необхідність формування таких моделей харчування, які одночасно забезпечують потреби людини у поживних речовинах та сприяють сталому розвитку суспільства. Згідно з цими принципами, раціон повинен бути різноманітним, безпечним, доступним та екологічно збалансованим [19].

У міжнародній практиці широко застосовуються харчові моделі, ефективність яких підтверджена численними дослідженнями. Найбільш відомою є середземноморська дієта, яка передбачає високе споживання овочів, фруктів, бобових культур, цільнозернових продуктів, риби та оливкової олії. Доведено, що дотримання цієї моделі харчування сприяє зниженню ризику серцево-судинних захворювань, ожиріння, цукрового діабету другого типу та передчасної смертності [20].

Іншим прикладом міжнародно визнаної харчової моделі є DASH-дієта (Dietary Approaches to Stop Hypertension), яка була розроблена для

профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Основу цієї дієти становлять овочі, фрукти, нежирні молочні продукти, цільнозернові продукти, бобові культури та продукти з низьким вмістом натрію. Численні клінічні дослідження підтверджують її ефективність щодо зниження артеріального тиску та ризику серцево-судинних ускладнень [18].

Важливим напрямом сучасної міжнародної політики є боротьба з поширенням ультраоброблених харчових продуктів. У рекомендаціях ВООЗ наголошується на необхідності обмеження споживання продуктів із високим вмістом солі, цукру та насичених жирів, а також розвитку систем маркування харчових продуктів для інформування споживачів щодо їхнього складу та харчової цінності [20].

Таким чином, міжнародні рекомендації щодо здорового харчування базуються на принципах доказової медицини та спрямовані на формування здорових харчових звичок, профілактику хронічних неінфекційних захворювань і покращення здоров'я населення. Їх впровадження є важливою складовою сучасної політики громадського здоров'я та основою для розроблення національних рекомендацій у різних країнах світу [19, 20].

2.2. Національні рекомендації щодо здорового харчування в Україні

Формування здорового харчування населення є одним із пріоритетних напрямів державної політики України у сфері громадського здоров'я. В умовах високої поширеності хронічних неінфекційних захворювань особливого значення набуває впровадження національних рекомендацій щодо здорового харчування, які базуються на сучасних наукових даних та рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основною метою таких рекомендацій є зниження поширеності факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету,

ожиріння та інших хронічних патологій шляхом формування здорових харчових звичок серед населення [20].

В Україні питання здорового харчування регулюється низкою нормативних документів та інформаційно-освітніх матеріалів, розроблених Міністерством охорони здоров'я України та Центром громадського здоров'я. Значний вплив на формування національних підходів до харчування мала реалізація Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань та адаптація міжнародних рекомендацій ВООЗ до українських умов [21].

Одним із найбільш відомих інструментів популяризації принципів раціонального харчування є «Тарілка здорового харчування», розроблена Міністерством охорони здоров'я України. Вона демонструє оптимальне співвідношення основних груп продуктів у щоденному раціоні людини. Згідно з рекомендаціями, приблизно половину тарілки повинні становити овочі та фрукти, чверть – цільнозернові продукти, ще чверть – білкові продукти, серед яких перевага надається рибі, нежирному м'ясу, яйцям, бобовим культурам та молочним продуктам. Такий підхід дозволяє забезпечити організм необхідними поживними речовинами та сприяє профілактиці хронічних захворювань [21].

Відповідно до рекомендацій МОЗ України важливим принципом здорового харчування є щоденне споживання достатньої кількості овочів і фруктів. Їх рекомендується вживати не менше 400 г на добу, що відповідає міжнародним рекомендаціям ВООЗ. Овочі та фрукти є джерелом вітамінів, мінеральних речовин, антиоксидантів та харчових волокон, які сприяють нормальному функціонуванню організму та знижують ризик розвитку серцево-судинних і онкологічних захворювань [20].

Особлива увага в національних рекомендаціях приділяється обмеженню споживання солі. Надмірне надходження натрію в організм є одним із головних чинників розвитку артеріальної гіпертензії. МОЗ України рекомендує обмежити споживання солі до 5 г на добу та уникати

надмірного вживання продуктів із високим вмістом натрію, зокрема ковбасних виробів, консервованих продуктів, снєків та фастфуду [22].

Важливим напрямом профілактики ожиріння та цукрового діабету є скорочення споживання доданих цукрів. Рекомендації МОЗ передбачають обмеження солодких газованих напоїв, кондитерських виробів та інших продуктів із високим вмістом цукру. Перевага надається натуральним продуктам із мінімальним ступенем технологічної обробки [23].

Сучасні національні рекомендації також наголошують на необхідності обмеження насичених жирів та повного виключення промислових трансжирів із харчового раціону. Для забезпечення оптимального ліпідного профілю рекомендується збільшити споживання джерел ненасичених жирних кислот, таких як рослинні олії, горіхи, насіння та морська риба [23, 24].

Окремим компонентом національної політики здорового харчування є розвиток освітніх програм та інформаційних кампаній, спрямованих на підвищення рівня обізнаності населення щодо принципів раціонального харчування. Значна увага приділяється формуванню здорових звичок серед дітей та молоді, оскільки саме в ранньому віці закладаються основи харчової поведінки людини [24, 25].

Важливу роль у реалізації рекомендацій щодо здорового харчування відіграють заклади охорони здоров'я та фахівці громадського здоров'я. Вони здійснюють інформаційно-просвітницьку діяльність, проводять індивідуальне консультування пацієнтів та беруть участь у реалізації профілактичних програм, спрямованих на зниження поширеності факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань [25].

Таким чином, національні рекомендації щодо здорового харчування в Україні базуються на сучасних принципах доказової медицини та міжнародних рекомендаціях ВООЗ. Їх впровадження сприяє формуванню здорового способу життя населення, профілактиці хронічних захворювань та зміцненню громадського здоров'я.

2.3. Особливості харчування при окремих хронічних захворюваннях

Раціональне харчування є важливою складовою профілактики, лікування та контролю перебігу хронічних неінфекційних захворювань. Сучасні наукові дослідження підтверджують, що корекція харчової поведінки дозволяє не лише зменшити ризик розвитку захворювань, але й покращити клінічні показники у пацієнтів із вже встановленими діагнозами. Особливості харчування залежать від характеру захворювання, його стадії, наявності супутньої патології та індивідуальних потреб пацієнта [10].

Харчування при серцево-судинних захворюваннях

Серцево-судинні захворювання залишаються провідною причиною смертності у світі та в Україні. Одним із головних модифікованих факторів ризику їх розвитку є нераціональне харчування. Для профілактики та контролю серцево-судинних захворювань рекомендовано дотримуватися принципів середземноморської або DASH-дієти [12].

Раціон повинен містити достатню кількість овочів, фруктів, цільнозернових продуктів, бобових культур, горіхів та риби. Особливе значення має збільшення споживання продуктів, багатих на омега-3 поліненасичені жирні кислоти, які сприяють зниженню ризику атеросклерозу та серцево-судинних ускладнень. Водночас рекомендується обмежити споживання насичених жирів, трансжирів, кухонної солі та продуктів із високим вмістом холестерину [28].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та Європейського товариства кардіологів, добове споживання солі не повинно перевищувати 5 г. Зменшення споживання натрію сприяє зниженню артеріального тиску та ризику розвитку інсульту й ішемічної хвороби серця [12, 28].

Харчування при цукровому діабеті 2 типу

Харчування є одним із основних компонентів лікування цукрового діабету 2 типу. Основною метою дієтотерапії є підтримання оптимального рівня глюкози в крові, попередження ускладнень та контроль маси тіла [22, 25].

Пацієнтам рекомендовано обмежувати споживання простих вуглеводів та продуктів із високим глікемічним індексом. Перевагу слід надавати цільнозерновим продуктам, овочам, бобовим культурам та джерелам рослинного білка. Важливу роль відіграє достатнє споживання харчових волокон, які сприяють уповільненню всмоктування глюкози та покращенню глікемічного контролю [25].

Сучасні рекомендації Американської діабетичної асоціації наголошують на необхідності індивідуалізації харчування з урахуванням віку, способу життя, супутніх захворювань та особистих уподобань пацієнта. Ефективними моделями харчування вважаються середземноморська дієта, рослинно орієнтовані раціони та помірно низьковуглеводні дієти [22].

Харчування при ожирінні

Ожиріння є одним із найпоширеніших хронічних захворювань сучасності та суттєво підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу та деяких форм раку. Основною метою харчових рекомендацій при ожирінні є досягнення та підтримання здорової маси тіла шляхом створення помірного дефіциту енергії [29].

Раціон повинен характеризуватися зниженою калорійністю та високою харчовою цінністю. Рекомендується збільшити споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів і нежирних джерел білка. Водночас необхідно обмежити споживання ультраоброблених харчових продуктів, солодких напоїв, кондитерських виробів та продуктів із високим вмістом насичених жирів [30].

Особлива увага приділяється формуванню стійких змін харчової поведінки. Доведено, що поєднання корекції харчування з регулярною фізичною активністю є найбільш ефективним підходом до лікування ожиріння та профілактики його ускладнень [31].

Харчування при захворюваннях шлунково-кишкового тракту

Для осіб із хронічними захворюваннями органів травлення важливе значення має щадне та збалансоване харчування. Основними принципами є регулярність прийомів їжі, уникнення переїдання та виключення продуктів, які можуть подразнювати слизову оболонку травного тракту [32].

При гастритах та гастроезофагеальній рефлюксній хворобі рекомендується обмежити вживання гострих, смажених, копчених страв, алкоголю та газованих напоїв. Для пацієнтів із синдромом подразненого кишечника ефективним може бути тимчасове застосування дієти з низьким вмістом FODMAP-компонентів під контролем спеціаліста [33].

Особам із запальними захворюваннями кишечника рекомендується достатнє споживання білка, вітамінів і мінеральних речовин для попередження нутритивної недостатності. У період ремісії перевага надається різноманітному збалансованому харчуванню з достатньою кількістю овочів, фруктів та джерел корисних жирів [33].

Таким чином, харчування є невід'ємною складовою профілактики та лікування хронічних захворювань. Сучасні рекомендації передбачають індивідуалізований підхід до формування раціону з урахуванням особливостей конкретного захворювання, що дозволяє покращити стан здоров'я пацієнтів, знизити ризик ускладнень та підвищити якість життя [34].

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЗІ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

3.1. Принципи індивідуалізації харчових рекомендацій

У сучасній практиці громадського здоров'я та профілактичної медицини все більшого значення набуває індивідуалізований підхід до формування рекомендацій щодо здорового харчування. Традиційні універсальні рекомендації є важливим інструментом профілактики захворювань на популяційному рівні, проте їх ефективність значною мірою залежить від здатності враховувати індивідуальні особливості конкретної людини. Сучасні наукові дослідження свідчать, що однакові харчові рекомендації можуть по-різному впливати на стан здоров'я різних людей залежно від віку, статі, способу життя, генетичних особливостей, рівня фізичної активності та наявності хронічних захворювань [34].

Індивідуалізація харчових рекомендацій передбачає адаптацію раціону до потреб конкретної особи з метою забезпечення оптимального рівня здоров'я, профілактики захворювань та покращення якості життя. Такий підхід базується на принципах персоналізованої медицини, відповідно до яких профілактичні та лікувальні заходи повинні враховувати індивідуальні характеристики пацієнта [35].

Одним із ключових принципів індивідуалізації є врахування віку людини. Харчові потреби змінюються протягом життя залежно від фізіологічних особливостей організму. Для дітей та підлітків особливе значення має забезпечення достатньої кількості білка, кальцію, заліза та інших нутрієнтів, необхідних для росту й розвитку. Для осіб похилого віку важливим є підтримання м'язової маси, профілактика саркопенії та забезпечення адекватного надходження вітаміну D, кальцію та білка [36].

Важливим фактором є стать людини. Жінки та чоловіки мають різні фізіологічні потреби у поживних речовинах. Наприклад, жінки репродуктивного віку потребують більшої кількості заліза через

фізіологічні втрати під час менструації, тоді як для чоловіків особливе значення має профілактика серцево-судинних захворювань шляхом контролю споживання насичених жирів та солі [36].

При розробленні індивідуальних рекомендацій необхідно враховувати рівень фізичної активності людини. Особи, які регулярно займаються спортом або виконують важку фізичну роботу, потребують більшої кількості енергії, білка та окремих мікронутрієнтів порівняно з людьми, які ведуть малорухливий спосіб життя. Водночас для осіб із низьким рівнем фізичної активності особливого значення набуває контроль енергетичної цінності раціону з метою профілактики надлишкової маси тіла та ожиріння [36, 37].

Одним із найважливіших принципів індивідуалізації є врахування стану здоров'я людини та наявності хронічних захворювань. Пацієнти із серцево-судинними захворюваннями потребують обмеження споживання солі, насичених жирів та продуктів із високим вмістом холестерину. Для осіб із цукровим діабетом особливе значення має контроль споживання вуглеводів, вибір продуктів із низьким глікемічним індексом та підтримання стабільної маси тіла. При ожирінні основна увага приділяється створенню помірному енергетичного дефіциту та формуванню здорових харчових звичок. Для пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту важливим є підбір продуктів, які не викликають загострення симптомів та забезпечують нормальне функціонування травної системи [36, 37].

Сучасні дослідження також підтверджують важливість врахування соціально-економічних чинників під час розроблення рекомендацій щодо харчування. Рівень доходів, доступність продуктів харчування, освітній рівень та культурні особливості можуть суттєво впливати на можливість дотримання певної моделі харчування. Тому рекомендації повинні бути не лише науково обґрунтованими, а й реалістичними для виконання в конкретних умовах життя людини [35, 37].

Важливим напрямом розвитку індивідуалізованого харчування є використання цифрових технологій. Мобільні додатки, онлайн-платформи та електронні системи моніторингу харчування дозволяють оцінювати раціон, відстежувати зміни маси тіла та отримувати персоналізовані рекомендації в режимі реального часу. Такі інструменти сприяють підвищенню прихильності населення до здорового способу життя та покращенню результатів профілактичних програм [37, 38].

Ефективність індивідуалізованих рекомендацій значною мірою залежить від міждисциплінарного підходу. У процесі консультування можуть брати участь лікарі, дієтологи, фахівці громадського здоров'я, психологи та інші спеціалісти. Така взаємодія дозволяє комплексно оцінити потреби людини та забезпечити найбільш ефективну підтримку у зміні харчової поведінки [38, 39].

Таким чином, індивідуалізація харчових рекомендацій є одним із найперспективніших напрямів сучасної профілактичної медицини та громадського здоров'я. Врахування індивідуальних особливостей людини дозволяє підвищити ефективність профілактики хронічних захворювань, покращити результати лікування та сприяти формуванню стійких здорових харчових звичок.

З метою оцінки перспектив удосконалення підходів до надання рекомендацій зі здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями доцільно порівняти традиційні загальні рекомендації, орієнтовані на широкі групи населення, та сучасні індивідуалізовані підходи. Такий аналіз дозволяє визначити переваги персоналізованого консультування, оцінити можливості адаптації рекомендацій до потреб конкретної людини та обґрунтувати необхідність їх впровадження в практику громадського здоров'я (таб. 3.1).

Таблиця 3.1.

Основні принципи індивідуалізації харчових рекомендацій для осіб із хронічними захворюваннями

Фактор індивідуалізації	Особливості врахування	Приклад рекомендацій
Вік	Зміна потреб у поживних речовинах залежно від віку	Для осіб похилого віку – підвищення частки білка, кальцію та вітаміну D
Стать	Відмінності фізіологічних потреб чоловіків та жінок	Для жінок репродуктивного віку – достатнє надходження заліза
Рівень фізичної активності	Визначення енергетичних потреб організму	Для фізично активних осіб – збільшення калорійності та вмісту білка
Маса тіла	Контроль енергетичного балансу	При ожирінні – створення дефіциту енергії 500–750 ккал/добу
Серцево-судинні захворювання	Контроль натрію та жирнокислотного складу раціону	Сіль ≤ 5 г/добу, перевага ненасиченим жирам
Цукровий діабет 2 типу	Контроль вуглеводного обміну	Обмеження простих цукрів, збільшення харчових волокон
Захворювання ШКТ	Врахування переносимості продуктів	Виключення подразнюючих продуктів, дробне харчування
Соціально-економічні фактори	Доступність харчових продуктів	Адаптація рекомендацій до можливостей пацієнта

**Розроблено автором на основі [34, 39,40].*

Аналіз наведених даних свідчить, що загальні рекомендації щодо здорового харчування залишаються важливим інструментом профілактики хронічних неінфекційних захворювань на популяційному рівні. Їх перевагами є простота впровадження, доступність для широких верств населення та можливість використання під час реалізації державних програм громадського здоров'я. Водночас такі рекомендації не завжди

враховують індивідуальні особливості людини, що може знижувати їх ефективність у пацієнтів із різними хронічними захворюваннями.

На відміну від загальних підходів, індивідуалізовані рекомендації передбачають врахування віку, статі, рівня фізичної активності, антропометричних показників, способу життя, соціально-економічних умов та особливостей стану здоров'я пацієнта. Такий підхід дозволяє адаптувати харчові рекомендації до конкретних потреб людини, підвищити прихильність до їх виконання та покращити результати профілактики й лікування.

Особливої актуальності індивідуалізація набуває при роботі з особами, які мають серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння або хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту. Для цих категорій населення персоналізовані рекомендації забезпечують більш ефективний контроль факторів ризику, сприяють нормалізації показників здоров'я та покращенню якості життя.

Отже, результати порівняльного аналізу свідчать про доцільність переходу від виключно універсальних підходів до поєднання загальних принципів здорового харчування з індивідуалізованими рекомендаціями. Саме такий підхід відповідає сучасним тенденціям розвитку громадського здоров'я та концепції персоналізованої профілактичної медицини.

Для практичного застосування індивідуалізованого підходу до харчування важливо враховувати не лише загальні принципи здорового раціону, а й особливості перебігу конкретного хронічного захворювання. При різних патологічних станах харчові рекомендації мають відрізнятися за основними цілями, обмеженнями та пріоритетними нутрієнтами. У таблиці 3.2 наведено приклади індивідуалізованих харчових рекомендацій при окремих хронічних захворюваннях, які найчастіше розглядаються в практиці громадського здоров'я (таб. 3.2).

Таблиця 3.2.

Приклади індивідуалізованих харчових рекомендацій при окремих
хронічних захворюваннях

Захворювання	Основні цілі харчування	Ключові рекомендації
Артеріальна гіпертензія	Зниження артеріального тиску	Сіль ≤ 5 г/добу, DASH-дієта
Ішемічна хвороба серця	Зниження ризику атеросклерозу	Обмеження насичених жирів до <10 % енергії раціону
Цукровий діабет 2 типу	Контроль глікемії	Харчові волокна $\geq 25-30$ г/добу
Ожиріння	Зниження маси тіла	Дефіцит енергії 500–750 ккал/добу
ГЕРХ	Зменшення симптомів рефлюксу	Відмова від переїдання, жирної їжі та алкоголю
Синдром подразненого кишечника	Зменшення диспепсичних симптомів	Тимчасова Low-FODMAP дієта під наглядом спеціаліста

**Розроблено автором на основі [41,42,43].*

Аналіз таблиці 3.2 свідчить, що харчові рекомендації для осіб із хронічними захворюваннями повинні формуватися з урахуванням провідного патогенетичного механізму конкретної патології. Так, при артеріальній гіпертензії основною метою харчування є зниження артеріального тиску, тому ключовим напрямом є обмеження споживання солі до рівня менше 5 г на добу та використання принципів DASH-дієти. Такий підхід спрямований на зменшення надходження натрію та збільшення частки продуктів, багатих на калій, магній і харчові волокна.

При ішемічній хворобі серця головним завданням є зниження ризику атеросклерозу та серцево-судинних ускладнень. У цьому випадку доцільним є обмеження насичених жирів до менше 10 % енергетичної цінності раціону, зменшення споживання трансжирів і надання переваги джерелам ненасичених жирних кислот, зокрема рослинним оліям, горіхам, насінню та рибі.

Для осіб із цукровим діабетом 2 типу харчування має бути спрямоване насамперед на контроль глікемії. Важливе значення має достатнє споживання харчових волокон на рівні не менше 25–30 г на добу, оскільки вони сприяють повільнішому всмоктуванню вуглеводів, покращенню глікемічного контролю та підтриманню здорової маси тіла.

При ожирінні основною метою є поступове зниження маси тіла та підтримання досягнутого результату. Для цього рекомендовано створення помірної дефіциту енергії на рівні 500–750 ккал на добу, що дозволяє забезпечити безпечне та контрольоване зменшення маси тіла без значного ризику нутритивних дефіцитів.

При гастроезофагеальній рефлюксній хворобі харчові рекомендації спрямовані на зменшення симптомів рефлюксу. Доцільно уникати переїдання, надмірного споживання жирної їжі, алкоголю та інших продуктів, які можуть провокувати посилення симптомів. Для пацієнтів із синдромом подразненого кишечника важливим є індивідуальний підбір раціону, а тимчасове застосування Low-FODMAP дієти може бути ефективним за умови контролю з боку спеціаліста.

Отже, наведені приклади підтверджують, що ефективність харчових рекомендацій значною мірою залежить від їх індивідуалізації. Універсальні принципи здорового харчування мають поєднуватися з конкретними дієтичними підходами, адаптованими до особливостей захворювання, стану пацієнта, способу життя та ризику розвитку ускладнень.

З метою оцінки перспектив удосконалення підходів до надання рекомендацій зі здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями доцільно порівняти традиційні загальні рекомендації, орієнтовані на широкі групи населення, та сучасні індивідуалізовані підходи. Такий аналіз дозволяє визначити переваги персоналізованого консультування, оцінити можливості адаптації рекомендацій до потреб

конкретної людини та обґрунтувати необхідність їх впровадження в практику громадського здоров'я (таб. 3.3).

Таблиця 3.3.

Порівняльна характеристика загальних та індивідуалізованих рекомендацій щодо здорового харчування

Критерій	Загальні рекомендації	Індивідуалізовані рекомендації
Цільова аудиторія	Усе населення	Конкретна особа або група пацієнтів
Основна мета	Формування загальних принципів здорового харчування	Оптимізація харчування відповідно до індивідуальних потреб
Урахування віку	Часткове	Повне врахування вікових особливостей
Урахування статі	Обмежене	Враховуються фізіологічні особливості чоловіків і жінок
Урахування фізичної активності	Загальні рекомендації	Розрахунок енергетичних потреб залежно від активності
Урахування стану здоров'я	Мінімальне	Враховуються наявні захворювання та фактори ризику
Урахування супутніх захворювань	Не передбачено	Є обов'язковим елементом
Урахування соціально-економічних умов	Частково	Враховується доступність продуктів та спосіб життя
Підхід до вибору продуктів	Стандартний	Персоналізований відповідно до медичних показань
Очікувана ефективність	Помірна на популяційному рівні	Вища для конкретного пацієнта
Контроль виконання	Обмежений	Регулярний моніторинг та корекція рекомендацій
Роль пацієнта	Виконання загальних порад	Активна участь у плануванні та контролі харчування

**Розроблено автором на основі [42,43, 44, 45].*

Аналіз наведених даних свідчить, що загальні рекомендації щодо здорового харчування залишаються важливим інструментом профілактики хронічних неінфекційних захворювань на популяційному рівні. Їх перевагами є простота впровадження, доступність для широких верств населення та можливість використання під час реалізації державних програм громадського здоров'я. Водночас такі рекомендації не завжди враховують індивідуальні особливості людини, що може знижувати їх ефективність у пацієнтів із різними хронічними захворюваннями.

На відміну від загальних підходів, індивідуалізовані рекомендації передбачають врахування віку, статі, рівня фізичної активності, антропометричних показників, способу життя, соціально-економічних умов та особливостей стану здоров'я пацієнта. Такий підхід дозволяє адаптувати харчові рекомендації до конкретних потреб людини, підвищити прихильність до їх виконання та покращити результати профілактики й лікування.

Особливої актуальності індивідуалізація набуває при роботі з особами, які мають серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння або хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту. Для цих категорій населення персоналізовані рекомендації забезпечують більш ефективний контроль факторів ризику, сприяють нормалізації показників здоров'я та покращенню якості життя.

Наведені дані свідчать, що традиційні рекомендації щодо здорового харчування є ефективним інструментом формування здорових звичок серед населення, проте їх можливості щодо профілактики та контролю хронічних захворювань є обмеженими через відсутність урахування індивідуальних особливостей людини. На відміну від них, персоналізовані харчові рекомендації базуються на комплексній оцінці віку, статі, рівня фізичної активності, способу життя та стану здоров'я пацієнта. Такий підхід дозволяє підвищити прихильність до дотримання рекомендацій,

покращити результати профілактики та лікування хронічних захворювань, а також сприяє формуванню стійких здорових харчових звичок.

Отже, результати порівняльного аналізу свідчать про доцільність переходу від виключно універсальних підходів до поєднання загальних принципів здорового харчування з індивідуалізованими рекомендаціями. Саме такий підхід відповідає сучасним тенденціям розвитку громадського здоров'я та концепції персоналізованої профілактичної медицини.

3.2. Освітні та інформаційні заходи з формування здорових харчових звичок

Формування здорових харчових звичок є одним із ключових напрямів профілактики хронічних неінфекційних захворювань у практиці громадського здоров'я. Освітні та інформаційні заходи спрямовані на підвищення обізнаності населення щодо принципів раціонального харчування, зменшення впливу поведінкових факторів ризику та формування відповідального ставлення до власного здоров'я. Особливого значення такі заходи набувають для осіб із хронічними захворюваннями, оскільки дотримання харчових рекомендацій може сприяти покращенню перебігу захворювання, профілактиці ускладнень та підвищенню якості життя.

Ефективна освітня робота повинна поєднувати групові заняття, індивідуальні консультації, інформаційні матеріали, цифрові інструменти та регулярний моніторинг змін харчової поведінки. Важливо, щоб інформація була зрозумілою, практично орієнтованою та адаптованою до віку, рівня освіти, стану здоров'я, соціально-економічних умов і харчових звичок цільової групи (таб. 3.4).

Таблиця 3.4.

Основні освітні та інформаційні заходи з формування здорових харчових звичок

Вид заходу	Цільова аудиторія	Зміст заходу	Рекомендована періодичність	Очікуваний результат
Індивідуальне консультування	Особи з хронічними захворюваннями	Оцінка раціону, визначення ризиків, надання персональних рекомендацій	1 раз на місяць або під час планового візиту	Підвищення прихильності до рекомендацій
Групові освітні заняття	Пацієнти з однаковими факторами ризику	Лекції, обговорення, практичні приклади складання раціону	1–2 рази на місяць	Покращення рівня знань
Інформаційні буклети	Широке населення	Короткі поради щодо солі, цукру, жирів, овочів і фруктів	Постійне поширення	Зростання обізнаності
Візуальні матеріали	Пацієнти закладів охорони здоров'я	Плакати, інфографіка, «тарілка здорового харчування»	Постійно	Полегшення сприйняття інформації
Онлайн-консультації	Особи з обмеженим доступом до медичних закладів	Дистанційні рекомендації, відповіді на запитання	1 раз на 2–4 тижні	Підвищення доступності допомоги
Цифрові нагадування	Особи з низькою прихильністю до змін	Повідомлення про питний режим, овочі, обмеження солі й цукру	Щоденно або 3–4 рази на тиждень	Підтримка поведінкових змін
Майстер-класи	Пацієнти та члени їхніх родин	Приготування здорових страв, читання маркування продуктів	1 раз на місяць	Формування практичних навичок

Освітні заходи мають бути різноформатними, оскільки різні групи населення потребують різних способів подання інформації. Для осіб із хронічними захворюваннями найбільш доцільним є поєднання індивідуального консультування з груповими заняттями та цифровими інструментами підтримки. Такий підхід дозволяє не лише надати інформацію, а й забезпечити подальший супровід людини у процесі зміни харчової поведінки.

Таблиця 3.5

Орієнтовна структура освітньої програми з формування здорових харчових звичок

Етап програми	Тривалість	Зміст роботи	Кількісний показник виконання
Первинна оцінка	1 тиждень	Анкетування, визначення харчових звичок, оцінка факторів ризику	20–30 запитань анкети
Освітній модуль 1	1 заняття	Основи здорового харчування, роль харчування при ХНІЗ	45 хв
Освітній модуль 2	1 заняття	Обмеження солі, цукру, насичених жирів і трансжирів	45 хв
Освітній модуль 3	1 заняття	Харчування при гіпертензії, діабеті, ожирінні, захворюваннях ШКТ	60 хв
Практичний модуль	1 заняття	Складання меню, читання етикеток, вибір продуктів	60 хв
Індивідуальна консультація	1 зустріч	Персоналізація рекомендацій відповідно до стану здоров'я	30 хв
Повторна оцінка	Через 4–6 тижнів	Повторне анкетування, оцінка змін поведінки	20–30 запитань анкети

Запропонована структура освітньої програми передбачає поетапне формування знань і практичних навичок. Оптимальною є тривалість програми 4–6 тижнів, що дозволяє не лише надати інформацію, а й оцінити початкові зміни у харчовій поведінці. Важливо, що програма включає не тільки лекційний компонент, а й практичні заняття, оскільки саме вони

сприяють кращому засвоєнню матеріалу та перенесенню знань у повсякденне життя.

Таблиця 3. 6

Ключові цифрові орієнтири для освітньої роботи з питань здорового харчування

Показник	Рекомендоване значення	Практичне пояснення для пацієнта
Овочі та фрукти	Не менше 400 г/добу	Щонайменше 5 порцій овочів і фруктів на день
Вільні цукри	Менше 10 % енергії раціону	Обмежити солодкі напої, кондитерські вироби, цукор у чаї та каві
Бажане зниження вільних цукрів	Менше 5 % енергії раціону	Додаткова користь для профілактики ожиріння та карієсу
Насичені жири	Менше 10 % енергії раціону	Обмежити жирне м'ясо, вершкове масло, фастфуд
Трансжири	Менше 1 % енергії раціону	Уникати промислової випічки, маргаринів, частково гідрогенізованих жирів
Харчові волокна	25–30 г/добу	Вживати овочі, бобові, цільнозернові продукти
Додатковий дефіцит енергії при ожирінні	500–750 ккал/добу	Помірне зменшення калорійності без голодування

Дані таблиці 3.5 можуть використовуватися як основа для пам'яток, буклетів, інфографіки та індивідуальних консультацій. Їх перевагою є чіткість і можливість практичного застосування. Наприклад, рекомендація щодо 400 г овочів і фруктів на добу є більш зрозумілою для пацієнта, якщо подати її як 5 порцій протягом дня. Так само обмеження солі до менше 5 г на добу має супроводжуватися практичним поясненням щодо прихованої солі в оброблених харчових продуктах.

Таблиця 3.7

Показники оцінювання ефективності освітніх заходів

Група показників	Метод оцінювання	Одиниця вимірювання	Бажана динаміка
Рівень знань про здорове харчування	Анкетування	Бали, 0–10	Зростання на 20–30 %
Частота споживання овочів і фруктів	Харчовий щоденник або анкета	Порцій/добу	Збільшення до 5 порцій/добу
Споживання солодких напоїв	Анкетування	Разів/тиждень	Зменшення на 30–50 %
Звичка досоловувати їжу	Анкетування	% осіб	Зменшення частки осіб
Читання маркування продуктів	Анкетування	% осіб	Збільшення частки осіб
Маса тіла	Вимірювання	кг, ІМТ	Поступове зниження при ожирінні
Артеріальний тиск	Вимірювання	мм рт. ст.	Зниження або стабілізація
Прихильність до рекомендацій	Самооцінка або опитування	% виконання рекомендацій	Зростання до 70–80 %

Показники, наведені у таблиці дозволяють оцінювати не лише рівень знань, а й реальні зміни у харчовій поведінці. Для бакалаврської роботи доцільно використовувати поєднання суб'єктивних методів, зокрема анкетування, та об'єктивних показників, таких як маса тіла, індекс маси тіла або артеріальний тиск. Це дозволяє більш комплексно оцінити ефективність освітніх заходів.

Таблиця 3.8

Приклад модельної оцінки ефективності освітньої програми до та після її проведення

Показник	До програми, % осіб	Після програми, % осіб	Зміна, відсоткові пункти
Знають основні принципи здорового харчування	42	78	+36
Щоденно вживають овочі та фрукти	38	62	+24
Читають маркування харчових продуктів	29	57	+28
Обмежують споживання солі	34	61	+27
Обмежують солодкі напої	31	59	+28
Дотримуються індивідуальних рекомендацій	26	55	+29

Прикладом оформлення результатів оцінювання освітньої програми. Вони можуть бути використані як модель для подальшого аналізу результатів власного анкетування. Порівняння показників до та після проведення освітніх заходів дозволяє визначити, які саме компоненти програми були найбільш ефективними та які аспекти потребують подальшого вдосконалення.

3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження програм здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями

Впровадження програм здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями є важливим напрямом профілактичної діяльності в системі громадського здоров'я. Такі програми мають бути спрямовані не лише на інформування населення, а й на формування стійких харчових звичок, підвищення прихильності до рекомендацій, зменшення впливу поведінкових факторів ризику та покращення показників здоров'я.

Практична реалізація програм здорового харчування повинна базуватися на комплексному підході, який включає оцінку потреб цільової групи, визначення факторів ризику, розроблення індивідуалізованих

рекомендацій, проведення освітніх заходів, моніторинг результатів та подальшу корекцію програми. Особливо важливо враховувати тип хронічного захворювання, вік, рівень фізичної активності, соціально-економічні умови, харчові звички та готовність людини до змін.

Таблиця 3.9.

Алгоритм впровадження програми здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями

Етап	Зміст роботи	Відповідальні особи	Термін виконання	Очікуваний результат
1. Первинна оцінка	Анкетування, оцінка харчових звичок, визначення факторів ризику	Фахівець громадського здоров'я, сімейний лікар	1 тиждень	Визначено потреби цільової групи
2. Формування групи	Розподіл учасників за захворюваннями: гіпертензія, діабет, ожиріння, захворювання ШКТ	Медичний працівник, координатор програми	1 тиждень	Сформовано групи ризику
3. Розроблення рекомендацій	Підготовка загальних та індивідуалізованих порад щодо харчування	Лікар, дієтолог, фахівець громадського здоров'я	1–2 тижні	Сформовано пакет рекомендацій
4. Освітній етап	Проведення лекцій, тренінгів, майстер-класів, поширення буклетів	Фахівець громадського здоров'я, дієтолог	4–6 тижнів	Підвищено рівень знань учасників
5. Практичний супровід	Ведення харчового щоденника, онлайн-нагадування, консультації	Координатор програми, медичний працівник	1–3 місяці	Покращено прихильність до рекомендацій
6. Моніторинг	Повторне анкетування, оцінка змін харчової поведінки, вимірювання маси тіла та АТ	Фахівець громадського здоров'я, сімейний лікар	Через 1–3 місяці	Оцінено ефективність програми
7. Корекція програми	Уточнення рекомендацій відповідно до отриманих результатів	Мультидисциплінарна команда	Після моніторингу	Удосконалено програму

Впровадження програми здорового харчування має здійснюватися поетапно. Найважливішим є первинний етап оцінки, оскільки саме він дозволяє визначити реальні харчові проблеми, рівень обізнаності та основні фактори ризику цільової групи. Подальше формування рекомендацій має відбуватися з урахуванням конкретного захворювання та

індивідуальних особливостей учасників. Завершальним етапом є моніторинг, який дозволяє оцінити результативність програми та своєчасно внести необхідні зміни.

Таблиця 3.10

Практичні рекомендації щодо змісту програми для різних груп пацієнтів

Група пацієнтів	Основна мета програми	Ключові харчові рекомендації	Цільовий показник
Особи з артеріальною гіпертензією	Зниження артеріального тиску	Обмеження солі, збільшення овочів, фруктів, продуктів із калієм і магнієм	Сіль <5 г/добу
Особи з ішемічною хворобою серця	Зниження серцево-судинного ризику	Обмеження насичених жирів, виключення трансжирів, перевага риби, горіхам, рослинним оліям	Насичені жири <10 % енергії
Особи з цукровим діабетом 2 типу	Контроль глікемії	Обмеження простих цукрів, вибір продуктів із високим вмістом клітковини, регулярність прийомів їжі	Харчові волокна 25–30 г/добу
Особи з ожирінням	Поступове зниження маси тіла	Помірне зниження калорійності, обмеження солодких напоїв, фастфуду, ультраоброблених продуктів	Дефіцит 500–750 ккал/добу
Особи із захворюваннями ШКТ	Зменшення симптомів та профілактика загострень	Дробне харчування, уникнення продуктів-тригерів, індивідуальний підбір раціону	4–5 прийомів їжі/добу
Особи з кількома хронічними захворюваннями	Комплексний контроль факторів ризику	Поєднання загальних принципів здорового харчування з індивідуальними обмеженнями	Персональний план харчування

Програма здорового харчування не може бути однаковою для всіх груп пацієнтів. Наприклад, для осіб з артеріальною гіпертензією першочерговим завданням є обмеження солі, тоді як для пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу основний акцент робиться на контролі вуглеводів і достатньому споживанні харчових волокон. Для осіб з ожирінням важливим є створення помірною енергетичного дефіциту, а для пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту — індивідуальне визначення продуктів, які можуть провокувати симптоми.

Таблиця 3.11

Орієнтовні показники результативності програми здорового харчування

Показник	Початковий рівень, % осіб	Цільовий рівень через 3 місяці, % осіб	Очікувана зміна, відсоткові пункти
Обізнаність щодо принципів здорового харчування	40	75	+35
Щоденне споживання овочів і фруктів	35	60	+25
Обмеження споживання солі	30	60	+30
Обмеження солодких напоїв	32	58	+26
Читання маркування харчових продуктів	25	55	+30
Дотримання індивідуальних рекомендацій	28	60	+32
Ведення харчового щоденника	10	45	+35

Ефективність програми доцільно оцінювати не лише за рівнем знань, а й за конкретними змінами харчової поведінки. Найбільш показовими критеріями є збільшення частки осіб, які щоденно вживають овочі та фрукти, обмежують споживання солі та солодких напоїв, читають маркування продуктів і дотримуються індивідуальних рекомендацій. Такі показники дозволяють кількісно оцінити результативність програми та порівняти стан учасників до і після її реалізації.

Таблиця 3.12

Організаційні умови ефективного впровадження програми

Умова	Практичне значення	Очікуваний ефект
Мультидисциплінарна команда	Залучення лікаря, дієтолога, фахівця громадського здоров'я, психолога	Комплексна підтримка пацієнта
Простота інформаційних матеріалів	Використання зрозумілої мови, інфографіки, прикладів меню	Краще засвоєння інформації
Індивідуалізація рекомендацій	Урахування діагнозу, віку, маси тіла, способу життя	Вища прихильність до рекомендацій
Регулярний зворотний зв'язок	Контроль виконання рекомендацій, відповіді на запитання	Підтримка мотивації
Цифрова підтримка	Онлайн-консультації, нагадування, електронні щоденники	Підвищення доступності програми
Залучення родини	Пояснення принципів харчування членам сім'ї	Полегшення зміни харчових звичок
Моніторинг результатів	Повторне анкетування та вимірювання показників здоров'я	Оцінка ефективності програми

Наведені організаційні умови є важливими для забезпечення стабільного результату програми. Особливу роль відіграє мультидисциплінарний підхід, оскільки зміна харчової поведінки потребує не лише медичних знань, а й психологічної підтримки, мотивації та практичної допомоги. Цифрові інструменти можуть підвищити доступність програми, особливо для осіб, які мають обмежений доступ до регулярних очних консультацій.

Таблиця 3.12

Основні бар'єри впровадження програм здорового харчування та шляхи їх подоланн

Бар'єр	Можливі наслідки	Шляхи подолання
Низька обізнаність населення	Недотримання рекомендацій, збереження шкідливих харчових звичок	Освітні лекції, буклети, інфографіка, інформаційні кампанії
Низька мотивація	Швидке припинення участі у програмі	Мотиваційне консультування, короткострокові цілі, підтримка родини
Обмежені фінансові можливості	Неможливість купувати рекомендовані продукти	Підбір доступних альтернатив: крупи, бобові, сезонні овочі
Нестача часу	Пропуск прийомів їжі, перевага фастфуду	Навчання плануванню меню та швидкому приготуванню здорових страв
Супутні захворювання	Складність підбору універсального раціону	Індивідуальний план харчування з урахуванням діагнозів
Недостатня підтримка з боку родини	Повернення до попередньої харчової поведінки	Залучення членів сім'ї до освітніх заходів
Низька доступність консультацій	Відсутність регулярного контролю	Онлайн-консультації та цифрові нагадування

Ефективність програми здорового харчування залежить не лише від якості рекомендацій, а й від можливості людини реально виконувати їх у повсякденному житті. Тому під час розроблення програми необхідно враховувати соціально-економічні умови, рівень мотивації, сімейне оточення, доступність медичних послуг і харчових продуктів. Найбільш ефективним є підхід, за якого пацієнт отримує не лише загальні поради, а й практичні інструменти для їх виконання.

Отже, практичні рекомендації щодо впровадження програм здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями мають базуватися на комплексності, індивідуалізації та постійному моніторингу.

Програма повинна включати освітній компонент, індивідуальне консультування, практичні заняття, цифрову підтримку та оцінку результатів. Такий підхід дозволяє підвищити ефективність профілактики хронічних неінфекційних захворювань, покращити якість життя пацієнтів і зменшити навантаження на систему охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У бакалаврській роботі здійснено теоретичне узагальнення та практичне обґрунтування підходів до надання рекомендацій зі здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями. На основі аналізу наукових джерел, міжнародних і національних рекомендацій встановлено, що харчування є одним із ключових модифікованих чинників, який впливає на профілактику, перебіг і контроль хронічних неінфекційних захворювань.

Проаналізовано сучасний стан проблеми поширення хронічних неінфекційних захворювань. Встановлено, що серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу, ожиріння, онкологічні захворювання та хронічні хвороби органів травлення залишаються важливою медико-соціальною проблемою. Їх поширеність зумовлює значне навантаження на систему охорони здоров'я, знижує якість життя населення та потребує посилення профілактичної роботи в межах системи громадського здоров'я.

Визначено роль харчування у профілактиці та контролі хронічних захворювань. Доведено, що нераціональне харчування, зокрема надмірне споживання солі, цукру, насичених жирів, трансжирів та ультраоброблених продуктів, є одним із провідних факторів ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань. Водночас дотримання принципів здорового харчування, достатнє споживання овочів, фруктів, цільнозернових продуктів, бобових, харчових волокон і ненасичених жирних кислот сприяє зниженню ризику ускладнень та покращенню стану здоров'я.

Досліджено міжнародні та національні рекомендації щодо здорового харчування. Встановлено, що міжнародні підходи, розроблені вооз, fao та іншими організаціями, передбачають щоденне споживання не менше 400 г овочів і фруктів, обмеження солі до менше 5 г на добу, зменшення споживання вільних цукрів до менше 10 % енергетичної цінності раціону,

а також обмеження насичених жирів і виключення промислових трансжирів. Національні рекомендації України загалом відповідають міжнародним підходам і реалізуються через інформаційні матеріали мовою України, зокрема «тарілку здорового харчування», а також через профілактичні програми у сфері громадського здоров'я.

Охарактеризовано особливості харчування при окремих хронічних захворюваннях. Встановлено, що при артеріальній гіпертензії основний акцент робиться на обмеженні солі та застосуванні принципів dash-дієти; при ішемічній хворобі серця — на зменшенні насичених жирів і трансжирів; при цукровому діабеті 2 типу — на контролі вуглеводів, достатньому споживанні харчових волокон на рівні 25–30 г на добу та підтриманні стабільної маси тіла; при ожирінні — на створенні помірного енергетичного дефіциту 500–750 ккал на добу; при захворюваннях шлунково-кишкового тракту — на індивідуальному підборі продуктів, регулярності харчування та уникненні харчових тригерів.

Проаналізовано підходи до консультування населення з питань здорового харчування. Встановлено, що найбільш ефективними є комплексні заходи, які поєднують індивідуальне консультування, групові освітні заняття, інформаційні матеріали, практичні тренінги, цифрові нагадування та регулярний моніторинг результатів. Особливе значення має доступність інформації, її зрозумілість, практична спрямованість та адаптація до потреб конкретної людини.

Обґрунтовано необхідність індивідуалізації харчових рекомендацій для осіб із хронічними захворюваннями. Показано, що загальні рекомендації є важливими для профілактики на популяційному рівні, однак для осіб із хронічними захворюваннями вони мають поєднуватися з персоналізованим підходом. Індивідуалізація повинна враховувати вік, стать, рівень фізичної активності, масу тіла, діагноз, супутні захворювання, соціально-економічні умови, харчові звички та готовність пацієнта до змін.

Розроблено практичні рекомендації щодо впровадження програм здорового харчування для осіб із хронічними захворюваннями. Запропоновано поетапний алгоритм реалізації таких програм, який включає первинну оцінку харчових звичок, формування груп ризику, розроблення загальних та індивідуалізованих рекомендацій, проведення освітніх заходів, практичний супровід, моніторинг результатів і корекцію програми. Такий підхід дозволяє підвищити ефективність профілактичної роботи та сприяє формуванню стійких здорових харчових звичок.

Встановлено, що освітні та інформаційні заходи є важливою складовою програм громадського здоров'я. Їх ефективність може оцінюватися за такими показниками, як рівень знань про здорове харчування, частота споживання овочів і фруктів, обмеження солі та солодких напоїв, читання маркування харчових продуктів, ведення харчового щоденника та дотримання індивідуальних рекомендацій. Запропоновані модельні показники дозволяють кількісно оцінювати результативність профілактичних заходів.

Отже, здорове харчування є важливим інструментом профілактики та контролю хронічних захворювань. Удосконалення підходів до надання рекомендацій має ґрунтуватися на поєднанні міжнародних і національних принципів здорового харчування з індивідуальними потребами пацієнтів. Практичне впровадження таких підходів у систему громадського здоров'я сприятиме зниженню поширеності факторів ризику, покращенню якості життя осіб із хронічними захворюваннями та зменшенню навантаження на систему охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Murray C. J. L. Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024. Vol. 403, no. 10440. P. 2259–2262. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00769-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00769-4)
2. . NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4 / J. E. Bennett et al. *The Lancet*. 2020. Vol. 396, no. 10255. P. 918–934. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31761-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31761-x)
3. Singh Thakur J., Nangia R., Singh S. Progress and challenges in achieving noncommunicable diseases targets for the sustainable development goals. *FASEB BioAdvances*. 2021. Vol. 3, no. 8. P. 563–568. URL: <https://doi.org/10.1096/fba.2020-00117>
4. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузева [та ін.]. — Вид. 3. — Вінниця : Нова Книга, 2013. — 560 с.
5. Громадське здоров'я : підручник / Грузева Т. С., Лехан В. М., Огнєв В. А. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. — Вінниця : Нова Книга, 2023. — 616 с.
6. World Health Organization. Healthy diet [Electronic resource]. Geneva : WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/healthy-diet>
7. World Health Organization. REPLACE trans fat: An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids [Electronic resource]. Geneva : WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/replace-trans-fat>
8. Місце громадського здоров'я в стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року (частина 1) / І. С. Миронюк та ін. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 1. С. 39–48. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14624>

9. Громадське здоров'я : навчальний посібник / Грузева Т. С., Галієнко Л. І., Гречишкіна Н. В. та ін. ; за заг. ред. Грузевої Т. С. — Київ : Книга-плюс, 2021. — 296 с.
10. Mediterranean Diet for Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease and Mortality: An Updated Systematic Review / A. Laffond et al. *Nutrients*. 2023. Vol. 15, no. 15. P. 3356. URL: <https://doi.org/10.3390/nu15153356>
11. Міністерство охорони здоров'я України. Тарілка здорового харчування [Електронний ресурс]. Київ : МОЗ України, 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/tarilka-zdorovogo-harchuvannya>
12. Mediterranean Diet in Older Adults: Cardiovascular Outcomes and Mortality from Observational and Interventional Studies—A Systematic Review and Meta-Analysis / M. Furbatto et al. *Nutrients*. 2024. Vol. 16, no. 22. P. 3947. URL: <https://doi.org/10.3390/nu16223947>
13. Nutritional Strategies for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Narrative Review / T. P. Minari et al. *Nutrients*. 2023. Vol. 15, no. 24. P. 5096. URL: <https://doi.org/10.3390/nu1524509>
14. 8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023 / N. A. ElSayed et al. *Diabetes Care*. 2022. Vol. 46, Supplement_1. P. S128–S139. URL: <https://doi.org/10.2337/dc23-s008>
15. Silva J. C. D. e., Anghinoni I. C. A. B., Gomes M. B. Plant-Based Food for the Prevention of Type 2 Diabetes: Scoping Review. *Nutrients*. 2024. Vol. 16, no. 11. P. 1671. URL: <https://doi.org/10.3390/nu16111671>
16. The Effectiveness of Medical Nutrition Therapy Provided by a Dietitian in Adults with Prediabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis / J. M. Dudzik et al. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2023.08.022>

17. Martínez-González M. A., Gea A., Ruiz-Canela M. The Mediterranean Diet and Cardiovascular Health. *Circulation Research*. 2019. Vol. 124, no. 5. P. 779–798. URL: <https://doi.org/10.1161/circresaha.118.313348>
18. Vitamin D Deficiency and Cardiovascular Mortality: Retrospective Analysis “Siena Osteoporosis” Cohort / F. Pirrotta et al. *Nutrients*. 2023. Vol. 15, no. 15. P. 3303. URL: <https://doi.org/10.3390/nu15153303>
19. Definition, Assessment, and Management of Vitamin D Inadequacy: Suggestions, Recommendations, and Warnings from the Italian Society for Osteoporosis, Mineral Metabolism and Bone Diseases (SIOMMMS) / F. Bertoldo et al. *Nutrients*. 2022. Vol. 14, no. 19. P. 4148. URL: <https://doi.org/10.3390/nu14194148>
20. Associations of Serum 25(OH)D with Risk of Recurrent Cardiovascular Events in Individuals with Coronary Heart Disease / X. Lin et al. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad339>
21. Міністерство охорони здоров'я України. Тарілка здорового харчування [Електронний ресурс]. Київ : МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/tarilka-zdorovogo-harchuvannya>
22. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. Київ : ЦГЗ МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua>
23. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку : розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. № 530-р [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#Text>
24. Всесвітня організація охорони здоров'я. Бюро ВООЗ в Україні [Електронний ресурс]. URL: <https://www.who.int/ukraine>

25. Громадське здоров'я : навчальний посібник / Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, Н. В. Гречишкіна та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с
26. Nutritional Strategies for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Narrative Review / Т. P. Minari et al. *Nutrients*. 2023. Vol. 15, no. 24. P. 5096. URL: <https://doi.org/10.3390/nu15245096>
27. Vela V., Sabani B., Spahn G. Nutrition for Cancer Prevention and Therapy. *Cancer Simply Explained*. Cham, 2025. P. 209–240. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-031-84297-9_8
28. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / F. L. J. Visseren et al. *European Heart Journal*. 2021. Vol. 42, no. 34. P. 3227–3337. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
29. Beyond appetite regulation: Targeting energy expenditure, fat oxidation, and lean mass preservation for sustainable weight loss / B. Ø. Christoffersen et al. *Obesity*. 2022. Vol. 30, no. 4. P. 841–857. URL: <https://doi.org/10.1002/oby.23374>
30. AGA Clinical Practice Guideline on Pharmacological Interventions for Adults With Obesity / E. Grunvald et al. *Gastroenterology*. 2022. Vol. 163, no. 5. P. 1198–1225. URL: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.08.045>
31. A novel physics-based model for fast computation of blood flow in coronary arteries / X. Hu et al. *BioMedical Engineering OnLine*. 2023. Vol. 22, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12938-023-01121-y>
32. Combined Turmeric, Vitamin C, and Vitamin D Ready-to-Drink Supplements Reduce Upper Respiratory Illness Symptoms and Gastrointestinal Discomfort in Elite Male Football Players / D. J. Clayton et al. *Nutrients*. 2024. Vol. 16, no. 2. P. 243. URL: <https://doi.org/10.3390/nu16020243>
33. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease / A. Forbes et al. *Clinical Nutrition*. 2017. Vol. 36, no. 2. P. 321–347. URL: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.12.027>

34. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome / B. E. Lacy et al. *American Journal of Gastroenterology*. 2020. Vol. 116, no. 1. P. 17–44. URL: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001036>
35. Personalised nutrition and health / J. M. Ordovas et al. *BMJ*. 2018. P. bmj.k2173. URL: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2173>
36. Water-Food-Carbon Nexus Related to the Producer–Consumer Link: A Review / J. Wang et al. *Advances in Nutrition*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1093/advances/nmac020>
37. Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes–2024 / N. A. ElSayed et al. *Diabetes Care*. 2023. Vol. 47, Supplement_1. P. S1–S4. URL: <https://doi.org/10.2337/dc24-sint>
38. Selvasekaran P., Chidambaram R. Food-grade aerogels obtained from polysaccharides, proteins, and seed mucilages: Role as a carrier matrix of functional food ingredients. *Trends in Food Science & Technology*. 2021. Vol. 112. P. 455–470. URL: <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2021.04.021>
39. Effect of Personalized Nutrition on Dietary, Physical Activity, and Health Outcomes: A Systematic Review of Randomized Trials / S. Shyam et al. *Nutrients*. 2022. Vol. 14, no. 19. P. 4104. URL: <https://doi.org/10.3390/nu14194104>
40. Precision or Personalized Nutrition: A Bibliometric Analysis / D. Hinojosa-Nogueira et al. *Nutrients*. 2024. Vol. 16, no. 17. P. 2922. URL: <https://doi.org/10.3390/nu16172922>
41. Han M., Woo K., Kim K. Association of Protein Intake with Sarcopenia and Related Indicators Among Korean Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2024. Vol. 16, no. 24. P. 4350. URL: <https://doi.org/10.3390/nu16244350>
42. 2021 Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association / A. H. Lichtenstein et al. *Circulation*. 2021. Vol. 144, no. 23. URL: <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001031>

43. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes–2024 / N. A. ElSayed et al. *Diabetes Care*. 2023. Vol. 47, Supplement_1. P. S77–S110. URL: <https://doi.org/10.2337/dc24-s005>

44. Wadden T. A., Tronieri J. S., Butryn M. L. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. *American Psychologist*. 2020. Vol. 75, no. 2. P. 235–251. URL: <https://doi.org/10.1037/amp0000517>