

Żywienie w cukrzycy

AGNIESZKA ZAWADA, SYLWIA STRÓŻYK

6.1. Wprowadzenie

Zgodnie z danymi udostępnionymi przez Międzynarodową Federację Cukrzycy (International Diabetes Federation, IDF) ok. 415 mln osób choruje obecnie na cukrzycę. Szacuje się, że do 2040 r. liczba ta wzrośnie do 642 mln. Materiały źródłowe podają, że 87–91% pacjentów z cukrzycą stanowią osoby z cukrzycą typu 2, a 7–12% – osoby z cukrzycą typu 1. Zaledwie u 1–3% z tej grupy diagnozuje się inne typy cukrzycy. Niepokojący jest także obserwowany przez IDF wzrost zachorowalności na cukrzycę typu 1, szczególnie wśród członków rodzin osób już chorych, oraz liczby kobiet z cukrzycą ciążową. Ponadto obecnie około pół miliona dzieci na świecie żyje z cukrzycą typu 1. Narastająca zachorowalność związana jest z wcześniejszym i skuteczniejszym rozpoznawaniem schorzenia, ale także z szeroko pojętym wpływem czynników środowiskowych, a w tym jakości i ilości spożywanych pokarmów.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) **cukrzyca** to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią (podwyższonym stężeniem glukozy we krwi) wynikającą z defektu produkcji lub działania insuliny wydzielanej przez komórki β trzustki. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Ze względu na przyczynę i przebieg choroby można wyróżnić cukrzycę typu 1, typu 2, cukrzycę ciężarnych oraz inne wtórne typy cukrzycy.

6.2. Ogólne zalecenia dietetyczne w cukrzycy według wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD)

Celem leczenia żywieniowego i terapii cukrzycy jest uzyskanie optymalnej kontroli glikemii oraz redukcja ryzyka rozwoju ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy.

Właściwie skomponowany jadłospis powinien korzystnie wpływać na masę ciała, gospodarkę lipidową oraz ciśnienie tętnicze.

Edukacja dietetyczna pacjenta z cukrzycą obejmuje:

- wyliczenie indywidualnego zapotrzebowania energetycznego;
- ustalenie liczby posiłków oraz ich właściwego rozkładu w ciągu dnia;
- wskazanie zalecanych produktów w celu zaopatrzenia organizmu we wszystkie składniki odżywcze i uzyskania prawidłowej glikemii poposiłkowej z uwzględnieniem preferencji żywieniowych pacjenta;
- wskazanie produktów, które należy ograniczyć.

Osoba chorująca na cukrzycę powinna każdego dnia:

- kontrolować wielkość spożywanych porcji posiłków;
- kontrolować ilość przyjmowanych węglowodanów zarówno w całym jadłospisie, jak i poszczególnych posiłkach;
- ograniczać spożywanie łatwo przyswajalnych węglowodanów, w tym cukrów dodanych;
- posiłki przyjmować regularnie i o podobnych porach każdego dnia.

6.2.1. Udział składników pokarmowych w diecie pacjenta z cukrzycą

Węglowodany

- W diecie chorych na cukrzycę ze względu na brak wystarczających dowodów naukowych nie ma jednej, optymalnej ilości zalecanych węglowodanów.
- Można przyjąć 45-procentowy udział węglowodanów w dziennej wartości energetycznej. W przypadku osób o bardzo wysokiej aktywności fizycznej możliwy jest większy udział energii pochodzącej z węglowodanów (powyżej 60%). Niski udział energii z węglowodanów w diecie (25–45%) można czasowo zastosować u osób o małej aktywności fizycznej przy współistnieniu innych chorób. W sytuacji podaży węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym (IG) oraz dużym udziale błonnika w diecie mogą one stanowić nawet 60% wartości energetycznej diety.
- Węglowodany powinny głównie pochodzić z pełnoziarnistych produktów zbożowych, zwłaszcza o niskim IG (poniżej 55).
- Zaleca się ograniczenie węglowodanów prostych.
- Słodziki zaleca się w dawkach rekomendowanych przez producenta. Korzystną substancją słodzącą w cukrzycy jest stewia.
- Ilość fruktozy w ciągu dnia nie powinna przekroczyć 50 g.
- Błonnik pokarmowy zalecany jest w ilości 25–50 g/24 h lub 15–25 g/1000 kcal, szczególnie jego frakcje rozpuszczalne w wodzie (pektyny, β -glukany).
- Zaleca się zwiększenie podaży skrobi opornej w diecie, gdyż nie wymaga to gruntownej zmiany przyzwyczajeń żywieniowych pacjenta, co zwiększa skuteczność interwencji żywieniowej.

Białka

- Ogólny udział energii z białka powinien wynosić 15–20% (1–1,5 g/kg m.c./24 h). W przypadku zastosowania niskoenergetycznej diety u otyłego pacjenta z cukrzycą typu 2 można zwiększyć udział energii z białka do 20–30%. Natomiast u chorych z przewlekłą chorobą nerek podaż białka powinna wynosić 0,8–1 g/kg m.c./24 h.
- Nie ma konieczności ograniczania białka zwierzęcego, u niektórych pacjentów korzystna będzie jego zamiana na białko roślinne.

Tłuszcze

- Udział tłuszczu w diecie powinien być taki jak w diecie osób zdrowych i może się wahać od 25 do 40% wartości energetycznej diety. Przy wysokiej podaży tłuszczu szczególnie ważny jest udział poszczególnych kwasów tłuszczowych.
- Nasycone kwasy tłuszczowe zaleca się w ilości mniejszej niż 10% wartości energetycznej diety. W przypadku podwyższonego stężenia cholesterolu frakcji LDL (*low density lipoprotein* – lipoproteina niskiej gęstości) do wartości 100 mg/dl (2,6 mmol/l) lub wyższych powinny stanowić mniej niż 7%.
- Jednonienasycone kwasy tłuszczowe powinny stanowić do 20% dziennej wartości energetycznej diety.
- Wielonienasycone kwasy tłuszczowe zaleca się w ilości 6–10% wartości energetycznej diety.
- Ilość cholesterolu w diecie powinna być mniejsza niż 300 mg/24 h (natomiast przy podwyższonym cholesterolu frakcji LDL powyżej 100 mg/dl mniejsza niż 200 mg/24 h).
- Ogranicza się spożywanie izomerów trans kwasów tłuszczowych.
- W przypadku pacjentów z hipercholesterolemią korzystne może być wprowadzenie do diety żywności zawierającej sterole/stanole roślinne w ilości 2–3 g/24 h.

Witaminy i mikroelementy

- Suplementacja wskazana tylko w sytuacji niedoborów.
- Wyjątek stanowią witamina D₃ i kwas foliowy.

Alkohol

- Nie zaleca się spożywania alkoholu w cukrzycy z uwagi na ryzyko wystąpienia niedocukrzenia.
- Dopuszczalna dawka czystego alkoholu etylowego to dla kobiet nie więcej niż 20 g/24 h, dla mężczyzn 30 g/24 h.

Sól kuchenna

- Spożycie soli nie powinno przekraczać 5 g/24 h.
- W przypadku nadciśnienia tętniczego restrykcje są większe, zgodnie z dietą DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension* – zalecenia dietetyczne, mające na celu obniżenie nadciśnienia).