

ADA - nove smjernice za prehranu osoba sa šećernom bolešću

STELA FREUND ¹

¹ Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac, KB Merkur

Sažetak Zdrava prehrana, redovita tjelesna aktivnost i farmakoterapija ključne su komponente u liječenju šećerne bolesti. Za većinu osoba sa šećernom bolešću teško je odlučiti što jesti. American Diabetes Association (ADA) stavlja da ne postoji „jedinstveni odgovor za sve“ u prehrani osoba s dijabetesom. ADA također prepoznaje ključnu ulogu zdrave prehrane u ukupnom liječenju dijabetesa te preporučuje da svaka osoba s dijabetesom aktivno sudjeluje u samokontroli, edukaciji i planu liječenja sa svojim zdravstvenim timom što uključuje suradnju u izradi individualiziranog plana prehrane. Ciljevi pravilne prehrane su promicanje pravilnih zdravstvenih navika, naglašavajući raznolikost hranjivih tvari u odgovarajućim porcijama, a sve u svrhu postizanja bolje glikemije, krvnog tlaka, prihvatljive razine masnoće u krvi, postizanja i održavanja ciljeva tjelesne težine i odgoda ili sprečavanje kroničnih komplikacija. Za izradu individualiziranog plana prehrane potrebno je uzeti u obzir osobni i kulturološki odabir osobe, stupanj obrazovanja i kognitivnih sposobnosti, dostupnost izbora hrane i socijalni status, sposobnost za promjene u ponašanju kao i moguće zapreke.

Ključne riječi. Zdrava prehrana, edukacija, strukturirani edukacijski programi, šećerna bolest

Zdrava prehrana, redovita tjelesna aktivnost i farmakoterapija ključne komponente su u liječenju šećerne bolesti. American Diabetes Association (ADA) stavlja da ne postoji "jedinstveni odgovor za sve" u prehrani osoba s dijabetesom. Edukacija o zdravoj prehrani mijenja odnos prema hrani i životnim navikama osobe oboljele od šećerne bolesti. Važno je održati pozitivan stav o prehrani naglašavajući odabir zdravih namirnica (Mediterranski stil prehrane), a ograničavati samo ako postoje znanstveni dokazi. Osobe sa šećernom bolešću je važno je naučiti kako planirati obroke iz dana u dan, a ne se fokusirati na suhoparnu edukaciju o makronutrijentima i skupinama namirnica. Edukacija o zdravoj prehrani i izrada individualiziranog plana preporučuje se za tip 1 i tip 2 šećerne bolesti. Osobama s tipom 1 na fleksibilnoj intenziviranoj terapiji treba biti omogućena edukacija o računanju ugljikohidrata u obroku. Za osobe na fiksnim inzulinskim dozama preporučuje se ujednačena količina ugljikohidrata u obroku te raspored obroka ovisan o djelovanju inzulina. Za starije i osobe sa zdravstvenim i kognitivnim poteškoćama možemo prilagoditi pojednostavljeni pristup planiranju obroka. Svim osobama sa šećernom bolešću treba omogućiti strukturirani edukacijski program u koji je uključen multidisciplinarni tim. Učinkovitost programa treba mjeriti i pratiti evaluacijskim testovima. Uspješnost ovog pristupa također ovisi i o redovitoj tjelesnoj aktivnosti i sklonosti promjeni životnog stila. Za pretile osobe oboljele od šećerne bolesti preporuča se niži energetska unos uz zdravu prehranu kao poticaj za mršavljenje.

Gubitak viška kilograma donosi bolju glikemiju, krvni tlak, lipide. Da bi se postigao skroman gubitak težine (5% od tjelesne težine) potrebno je pridržavati se uputa o prehrani, redovite tjelesne aktivnosti i promjene ponašanja.

Prilikom izrade individualiziranog prehrambenog plana uzet će se u obzir prehrambene navike, osobni izbor (tradicija, kultura, religija, zdravstvena uvjerenja, materijalne mogućnosti), dogovoreni metabolički ciljevi te će se izabrati jedan od predviđenih prehrambenih obrazaca kao što su mediteranska prehrana, vegetarijanska prehrana, prehrana sa smanjenim masnoćama, prehrana s manje ugljikohidrata.

Omjer makronutrijenata nije strogo određen i treba ga individualno prilagoditi. Prosječni dnevni kalorijski unos kod osoba sa šećernom bolešću je 45% ugljikohidrata, 16 - 18% bjelančevina, 25 - 30% mononezasićenih i polinezasićenih masnih kiselina, zasićene masnoće 10% a transmasne kiseline minimalno. Nije dokazana idealna količina unosa ugljikohidrata (UH), kao pojedinačnog nutrijenta, za osobe s dijabetesom. Ona će biti dogovorena s pacijentom uzimajući u obzir pacijentov osobni izbor i metaboličke ciljeve u izradi individualiziranog plana prehrane. Količina uzetih UH i dostupnih inzulina najvažniji je faktor koji utječe na glikemijski odgovor nakon jela. Praćenje unosa UH, prehrani treba savjetovati kombiniranje ugljikohidrata voća i povrća, mlijeka i jogurta, mahunarki i cjelovitih žitarica s ostalim UH koji sadrže dodanu mast, šećer ili natrij, a nalaze se u gotovim proizvodima.

Zamjena hrane visokog glikemijskog indexa s hranom niskog glikemijskog indexa ima vrlo mala poboljšanja glikemije. Glikemijski odgovor na određenu hranu varira među bilo brojanjem ili iskustveno ostaje glavna strategija u postizanju kontrole glikemije. U zdravoj pojedinacima i ovisi o ukupnom sastavu konzumirane hrane. Preporuke o konzumiranju vlakana i cjelovitih žitarica za osobe sa šećernom bolešću ne razlikuju se od općih preporuka zdrave prehrane, a iznose 25 g dnevno za žene i 38 g dnevno za muškarce ili barem polovicu konzumiranih žitarica. Ako se saharoza (bijeli šećer) zamijenjeni industrijskim škrobom možemo očekivati sličan učinak porasta glukoze u krvi pa se konzumiranje treba svesti na najmanju mjeru. Fruktaza iz voća može rezultirati boljom glikemijom nego izokalorijski proizvodi sa saharozom ili škrobom i nema utjecaja na porast triglicerida ako unos nije pretjeran (> 12% energije). Unos zašećerenih pića (koja sadrže saharozu, kukuruzni škrob ili velike koncentracije fruktoze) treba ograničiti ili izbjegavati kako bi se smanjio rizik za debljanje. Beskalorijska sladila, kao zamjena za kalorijska sladila, mogu dovesti do smanjenja ukupnog kalorijskog unosa. Nije dokazano da korištenje beskalorijski sladila dovodi do smanjenja tjelesne težine. Za osobe sa šećernom bolešću koje nemaju bolest bubrega nije utvrđena količina unosa proteina koja bi poboljšala kontrolu glikemije. Za osobe sa šećernom bolešću i pridruženom bolešću bubrega (mikro i mikroalbuminurija) također se ne preporučuje smanjeni unos proteina od uobičajenog (0.8g/kg t.t. dnevno) jer je dokazano da ne utječe na glikemiju, kardiovaskularni rizik i glomerularnu filtraciju. Količinu proteina treba dogovoriti individualno. Kod šećerne bolesti tipa 2 proteini u prehrani izazivaju povećanu sekreciju inzulina bez povećanja glikemije. Stoga ugljikohidrate koji su bogati proteinima (mlijeko) ne treba koristiti za liječenje ili prevenciju hipoglikemije. Nije utvrđen idealni postotak masti u ukupnom dnevnom kalorijskom unosu. Ciljevi i prehrambeni planovi trebaju biti individualizirani. Kvaliteta masti je daleko važnija od količine. U mediteranskoj prehrani prevladavaju mononezasićene masne kiseline. Možemo je preporučiti pogotovo za osobe s tipom 2 šećerne bolesti.

Prehrana bogata MUFA-ma i PUFA-ma poboljšava regulaciju glikemije, smanjuje rizik od KVB-a ako se ograniči ukupni kalorijski unos. Omega-3 kao dodatak prehrani (riblje ulje) ne preporučuje se jer nije dokazano ni preventivno ni ljekovito djelovanje. Preporučuje se jesti ribu dva puta tjedno radi nadoknade esencijalnih masnih kiselina, blagotvornog djelovanja na lipoproteine i prevenciju KVB-a.

Da bi smanjili rizik od KVB-a, potrebno je zasićene masnoće smanjiti na manje od 10% ukupnog dnevnog kalorijskog unosa, a transmasne kiseline svesti na najmanju moguću mjeru. Konzumiranjem 1.6 - 3 g dnevno biljnih sterola i stanola koji se nalaze u dodatno obogaćenim namirnicama mogu skromno smanjiti ukupni LDL kolesterol. Prirodno se nalaze u biljnim uljima, orašastim plodovima, grahoricama, cjelovitim žitaricama, nekom voću i povrću, ali u malom postotku, pa ove namirnice mogu dovesti do pretilosti ako se konzumiraju u većoj mjeri. Nije dokazana korist od vitamina i minerala kao dodatka prehrani ako osoba oboljela od šećerne bolesti nije u temeljnom deficitu ili ako ne pripada ugroženoj skupini. Ne preporučuje se redoviti unos dodataka prehrani antioksidansa (vit. E,C i karotena) zbog nedostatka dokaza o djelotvornosti, a moguća je štetnost kod dugotrajne uporabe.

Preporučuje se redovito korištenje kroma, magnezija i vitamina D te cimeta koji doprinose boljoj regulaciji glikemije. Alkohol je prihvatljiv u umjerenim količinama. Preporuka je za žene jedno piće dnevno ili manje, a za muškarce dva pića dnevno ili manje. Kod konzumacije alkohola dolazi do povećanog rizika od hipoglikemije osobito osoba na inzulinskoj terapiji. Umjerena konzumacija djeluje povoljno na smanjenje rizika od KVB-a. Preporuke za ograničenje natrija jednake su kao i kod općih preporuka zdrave prehrane. Potrošnju natrija treba ograničiti na manje od 2300 mg dnevno. Za osobe oboljele od šećerne bolesti i hipertenzije daljnje smanjenje treba biti individualizirano.

Možemo zaključiti da nema standardnog plana prehrane koji je jedinstven za sve osobe oboljele od šećerne bolesti. Da bi postigli učinkovitost terapije prehranom, potrebno je individualizirati planove uzimajući u obzir osobne i kulturne preference, pismenost i kognitivne sposobnosti, pristup zdravoj hrani i socijalne mogućnosti te spremnost, volju i sposobnost za promjenu. U edukacijskim intervencijama treba naglasiti važnost konzumiranja raznovrsne hrane, laganu termičku obradu namirnice, veličinu i raspored obroka. Edukacijski alat mora pomoći pri sastavljanju jelovnika iz dana u dan te uz promjenu životnog stila dovesti do dugoročnog održavanja postignutih metaboličkih rezultata.

Reference

- ¹ American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2013. *Diabetes Care*. 2013;36(Suppl1):S11-S66.
- ² American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care*. 2016; 39(Suppl1):S23-S35.