

Stanowisko *American Diabetes Association*

Znaczenie zaleceń dotyczących żywienia w cukrzycy dla placówek służby zdrowia

Translation of the diabetes nutrition recommendations for health care institutions

Przedrukowano za zgodą z: *Diabetes Care* 2002, 25, supl. A, S61–S63

Publikacja *Nutrition Recommendations and Principles for People with Diabetes Mellitus* [1, 2] zawiera wytyczne dotyczące leczenia dietą w cukrzycy w warunkach domowych, nie uwzględnia jednak zaleceń dla placówek służby zdrowia. Przez placówki służby zdrowia rozumiane są instytucje świadczące opieką lekarską i pielęgniarską.

Celem zbioru praktycznych wskazówek [3] oraz niniejszego stanowiska jest sformułowanie zaleceń i sugestii dotyczących zastosowania tych wytycznych w placówkach służby zdrowia. Obecne stanowisko sformułowano na podstawie przeglądu piśmiennictwa, w którym zarówno omówiono opublikowane dotychczas dane, jak i poruszono nierozwiązane dotąd problemy. Opracowując część wytycznych, stwierdzono ograniczoną ilość badań, na których można by się oprzeć. W takiej sytuacji proszono grupę roboczą *American Diabetes Association* o opracowanie obowiązującego stanowiska.

Podstawowym problemem zaleceń żywieniowych jest konieczność dostosowania leczenia dietą do indywidualnych potrzeb, włączenie go do całościowego planu leczenia oraz wielodyscyplinarne podejście do tematu. Zalecenia żywieniowe dla chorych na cukrzycę opierają się na ocenie stanu odżywienia pacjenta, określeniu pożądanych celów oraz

zmianie dotychczasowych nawyków żywieniowych. Wykonywanie badań oraz dokumentowanie pożądanego wyników medycznych, klinicznych, edukacyjnych czy psychospołecznych jest niezbędne i dostarcza informacji dotyczących stopnia włączenia leczenia żywieniowego do ogólnego planu leczenia cukrzycy. Podstawowe cele leczenia żywieniowego u chorych na cukrzycę to: poprawa parametrów metabolicznych (stężenia glukozy i lipidów we krwi), podaż odpowiedniej liczby kalorii oraz poprawa ogólnego stanu zdrowia dzięki optymalnie dobranej diecie. Istnieje wiele metod pozwalających zrealizować te cele.

Placówki świadczące opiekę krótkoterminową

W latach 80. i 90. ubiegłego stulecia zmieniły się potrzeby hospitalizowanych chorych na cukrzycę. Długość pobytu w szpitalu zmniejszyła się, a pacjentów nie przyjmuje się już rutynowo w celu leczenia cukrzycy i szkolenia. Z tego powodu zwiększyła się liczba hospitalizacji wynikających ze stanów nagłych i powikłań. Ponadto, ze względu na problem kosztów i refundacji, ilość środków finansowych na cele żywienia w szpitalach została ograniczona.

Do planowania jadłospisów hospitalizowanych pacjentów tradycyjnie używano diet wzorcowych o standardowej kaloryczności, opartych na listach zamienników. Obecnie dostępnych jest jednak wiele innych, możliwych do zastosowania diet, posiadających zarówno zalety, jak i wady. Przykładem jest nowa dieta dla cukrzycy — „program żywieniowy o stałej zawartości węglowodanów”. Jej zasadą jest planowanie jadłospisu bez zwracania uwagi na jego kaloryczność przy zachowaniu stałej zawartości węglowodanów. Oznacza to, że każdego dnia zawar-

Niniejsze zalecenia są oparte na danych pochodzących z następujących publikacji: *Translation of the diabetes nutrition recommendations for health care institutions* (technical review). *Diabetes Care* 1997; 20: 96–105.

Copyright © 2002 by *American Diabetes Association*, Inc. ADA nie odpowiada za poprawność tłumaczenia

Diabetologia Praktyczna 2002, tom 3, supl. A, A89–A92

Tłumaczenie: lek. med. Monika Klimkowska

Wydanie polskie: Via Medica

tość węglowodanów w posiłku porannym jest porównywalna, podobnie jeśli chodzi o obiady i kolacje (a także przekąski). Zawartość węglowodanów w kolejnych posiłkach jednego dnia nie zawsze jest porównywalna, na przykład śniadanie może zawierać ich mniejszą ilość niż obiad. Dieta ta uwzględnia także odpowiednie modyfikacje zawartości tłuszczów oraz stałe pory spożywania posiłków. Typowe posiłki jednego dnia dostarczają około 1500–2000 kalorii, z czego około 50% pochodzi z węglowodanów, około 20% — z białek, a około 30% — z tłuszczów. Jeżeli wymagania indywidualne pacjenta odbiegają od tego programu, jak ma to miejsce w przypadku dzieci, młodzieży, pacjentów w stanie stresu metabolicznego, kobiet w ciąży oraz osób w podeszłym wieku, konieczne są odpowiednie zmiany. Inne diety to, między innymi, dieta oparta na zaleceniach *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans* [4], typowa dieta szpitalna, diety indywidualne lub z określoną ilością węglowodanów.

O ile nie istnieje dieta, która mogłaby zaspokoić zapotrzebowania każdego chorego na cukrzycę, o tyle nie ma także idealnej diety dla każdego szpitala. W każdej placówce należy ułożyć odrębną dietę spełniającą jej warunki. Grupa robocza, po dokonaniu przeglądu różnych diet, zasugerowała, żeby w każdym szpitalu opracowano dla chorych na cukrzycę dietę o stałej zawartości węglowodanów. Dieta taka, poza monitorowaniem glikemii i odpowiednią modyfikacją farmakoterapii, pokrywa zapotrzebowanie na składniki odżywcze tych chorych oraz ułatwia poprawę kontroli profilu metabolicznego chorych w zakładach świadczących opiekę krótkoterminową.

Chociaż nigdy nie zdefiniowano jednoznacznie pojęcia „dieta ADA” (ADA, *American Diabetes Association*), dotychczas pojęcie to oznaczało dietę o ustalonej przez lekarza kaloryczności i określonej zawartości węglowodanów, białek i tłuszczów, opartą na listach wymienników. Obecnie nie zaleca się używania nazwy „dieta ADA”, ponieważ *American Diabetes Association* nie zaleca już, jak to miało miejsce w przeszłości, stosowania konkretnych diet ani uwzględniania w nich określonej zawartości makroskładników odżywczych. W szpitalu powinien natomiast funkcjonować system powiadamiania dietetyka, którzy z chorych na cukrzycę wymagają szczególnego podejścia. Obowiązkiem dietetyka jest wówczas przeprowadzenie odpowiedniego badania, ustalenie odpowiedniego jadłospisu oraz zaplanowanie szkolenia pacjenta. O ile w szpitalu pacjent może pozostawać na diecie o stałej zawartości węglowo-

danów, o tyle zalecenia co do żywienia w domu mogą być już inne.

Nie zaleca się już stosowania tak zwanych diet bez produktów wysokostodzonych, bez dodatku cukru, niskocukrowej czy liberalnej diety cukrzycowej, ponieważ nie uwzględniają one zaleceń żywieniowych w cukrzycy oraz niepotrzebnie ograniczają spożycie sacharozy. Stosowanie tych diet może wywoływać przeświadczenie, że samo ograniczenie spożycia produktów słodzonych sacharozą poprawia kontrolę glikemii.

Edukacja pacjentów w zakresie samoopieki w warunkach hospitalizacji

Pacjent hospitalizowany stanowi szczególnie wyzwanie. W wielu przypadkach podczas hospitalizacji udaje się tylko przeprowadzić wstępną ocenę potrzeb i szkolenie żywieniowe w podstawowym zakresie, dlatego też dietetyk szpitalny powinien uczestniczyć w decyzji o wypisanu pacjenta do domu oraz zaplanować dalsze szkolenie żywieniowe.

Najlepsze efekty osiąga się, prowadząc szkolenie żywieniowe chorych na cukrzycę w przychodniach lub w domu pacjenta. W tym środowisku choremu na cukrzycę łatwiej jest się skupić na nauce zagadnień dotyczących jego potrzeb, nieistotny jest też ograniczający wpływ czynnika czasowego.

Placówki opieki długoterminowej

Ryzyko zachorowania na cukrzycę rośnie wraz z wiekiem. Osoby w podeszłym wieku przebywające w zakładach opieki często są niedożywione, co wiąże się z ryzykiem występowania kolejnych powikłań. Odpowiednie żywienie to główny problem pensjonariuszy takich placówek. Celem opieki jest zapobieganie niedożywieniu lub łagodzenie tego stanu. Doświadczenie uczy, że pensjonariusze jedzą więcej i chętniej, o ile zaleca się niezbyt restrykcyjne diety, w których skład wchodzi tradycyjne posiłki.

Wskazane jest więc stosowanie u chorych na cukrzycę diety tradycyjnej (bez ograniczeń), z uwzględnieniem stałej zawartości węglowodanów w posiłkach głównych i przekąskach. Nie należy ograniczać jedzenia w celu poprawy kontroli glikemii, ponieważ grozi to rozwojem niedożywienia. Typowa dieta w placówkach opieki długotrwałej opiera się na stałej kaloryczności i stałych porach podawania posiłków, a porcje są zwykle małe. Mogą one być jeszcze mniejsze, jeżeli przewidziany jest deser. W przypadku większości pacjentów nie zaleca się ograniczania spożycia tłuszczu ze względu na ryzyko niedożywienia. Tego rodzaju podejście umożliwia uzyskanie poprawy jakości życia pensjonariusza.

szy, większą satysfakcję, poprawę stanu odżywienia oraz osłabienie uczucia osamotnienia.

W placówkach opieki długoterminowej dla osób młodszych (np. w ośrodkach rehabilitacyjnych) przydatna jest dieta tradycyjna o stałej zawartości węglowodanów, wyższej kaloryczności i niższej zawartości tłuszczu niż w diecie dla osób w starszym wieku.

W obu wymienionych typach placówek opieki długoterminowej przebywają też pacjenci ze szczególnymi wymaganiami. W tych wypadkach miernikiem skuteczności leczenia żywieniowego może być monitorowanie stężenia glukozy we krwi włósczkowej. Często bardziej istotna jest zmiana farmakoterapii niż diety.

Dietetyk, jako członek zespołu leczącego w placówce opieki długoterminowej, jest odpowiedzialny za spełnienie wszystkich potrzeb żywieniowych pensjonariuszy. Stosowanie się do zaleceń żywieniowych to istotny krok na drodze do tego celu w przypadku cukrzycy.

Szczególne zagadnienia dotyczące żywienia

Szczególne zagadnienia dotyczące żywienia obejmują: dietę płynną, dietę dla pacjentów przed/ po zabiegach chirurgicznych, dietę w chorobach przebiegających ze znacznym katabolizmem oraz problemy żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

- Dieta płynna bezresztkowa lub pełna dieta płynna powinna zawierać około 200 g węglowodanów dziennie w równych porcjach (posiłki główne i przekąski). Płynny nie powinny być pozbawione cukru. Pacjenci wymagający takiej diety potrzebują węglowodanów i kalorii, a niesłodzone płyny nie pokrywają tych potrzeb. Konieczna może być modyfikacja farmakoterapii cukrzycy, aby móc uzyskać pełną kontrolę stanu metabolicznego pacjenta.
- Po zabiegu chirurgicznym należy jak najwcześniej zastosować żywienie doustne. Zamiany diety płynnej bezresztkowej na płynną pełną, a potem przejścia do pokarmów stałych powinno dokonywać się tak szybko, jak to toleruje pacjent. Konieczne jest dostarczenie odpowiedniej ilości węglowodanów i kalorii.
- W przypadkach choroby z przewagą procesów katabolicznych ciągle monitorowanie stanu odżywienia i glikemii pozwala upewnić się, że zostało zaspokojone zwiększone zapotrzebowanie żywieniowe oraz że udało się zapobiec wystąpieniu hiperglikemii. Dobbowe zapotrzebowanie energetyczne pacjentów waha się w 25–35 kcal/kg mc. Należy uważać na ryzyko przekarmienia, gdyż może ono zaostrzyć hiperglikemię. Przy prawi-

dlowej funkcji nerek i wątroby zapotrzebowanie na białko wynosi 1–1,5 g/kg m.c., w zależności od stopnia narażenia na stres metaboliczny.

- Podobnie jak w wypadku stosowania diety stałej, zawartość wagowa węglowodanów w preparatach stosowanych w żywieniu dojelitowym oraz pozajelitowym ma największy wpływ na odpowiedź w postaci zmian glikemii. Droga dojelitowa jest korzystniejsza w porównaniu z drogą pozajelitową: jest bardziej fizjologiczna, pozwala uniknąć powikłań związanych z zakładaniem cewników centralnych, wywiera korzystny wpływ troficzny na nabłonek przewodu pokarmowego i jest tańsza. Do podawania przez zgłębnik nadają się zarówno standardowe preparaty dojelitowe (zawierające 50% węglowodanów), jak i preparaty o zmniejszonej zawartości węglowodanów (33–40%). Niezależnie od drogi żywienia, konieczne jest monitorowanie glikemii, umożliwiające dostosowanie farmakoterapii cukrzycy oraz na utrzymanie kontroli glikemii.

Szkolenie pracowników i administratorów służby zdrowia

Dietetycy powinni odgrywać kluczową rolę w przekazywaniu nowych zaleceń żywieniowych innym pracownikom służby zdrowia. Należy szkolić pielęgniarki, farmaceutów oraz lekarzy w zakresie nowych zaleceń i wiążących się z nimi zmian jadłospisu. Zespół leczący powinien mieć dostęp do uproszczonych wytycznych, na przykład *The First Step in Diabetes Meal Planning* [5] czy *Dietary Guidelines for Americans* [4], tak aby zająć się odpowiednio pacjentem do czasu kontaktu z dietetykiem.

Lekarze oraz osoby zarządzające służbą zdrowia powinni zdawać sobie sprawę z istnienia nowych wytycznych żywieniowych. Będą wspomagać wdrażanie tych zasad, jeśli uświadomią sobie, że zmiana systemu żywienia pacjentów może zwiększyć zadowolenie z leczenia i okazać się bardziej ekonomiczna.

Przyszłość

Podstawowym zagadnieniem jest obecnie poprawa systemu finansowania oraz refundacji kosztów leczenia żywieniowego cukrzycy w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, przychodniach oraz w opiece domowej. Jeżeli udokumentuje się korzystny wpływ leczenia żywieniowego na medyczne i kliniczne efekty leczenia, jakość życia pacjentów oraz jego ekonomiczność i opłacalność, zwiększą się szanse na finansowanie i refundację. Leczenie żywieniowe poprawia ogólne wyniki medyczne i jest korzystne ekonomicznie w większości przypadków, dlate-

go też istotne są stałe dokumentowanie i ocena efektów leczenia dietetycznego w cukrzycy. Te dane są niezbędne do uzyskania i zwiększenia nakładów finansowych oraz refundacji takiego leczenia u chorych na cukrzycę.

PIŚMIENNICTWO

1. Franz M.J., Horton E.D., Bantle J.P. i wsp.: Nutrition principles for the management of diabetes and related complications (Technical Review). *Diabetes Care* 1994; 17: 490–518.
2. American Diabetes Association: Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus (Stanowisko). *Diabetes Care* 2001; 24 (supl. 1): S44–S47.
3. Schafer R., Bohannon B., Franz M.J. i wsp.: Translation of the diabetes nutrition recommendations for health care institutions (Technical Review). *Diabetes Care* 1997; 20: 96–105.
4. U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services: Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. Wyd. 4. USDA's Human Nutrition Information Service, Home and Garden Bulletin 232, 1995.
5. American Diabetes Association, The American Dietetic Association: The First Step in Diabetes Meal Planning. Alexandria, VA, American Diabetes Association, 1995.