

Dieta u chorych z przewlekłą chorobą nerek leczonych zachowawczo

Źródło: Serwis Edukacyjny Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Data publikacji: 13 Października 2015 roku.

ŻYWIENIE PACJENTÓW W OKRESIE LECZENIA ZACHOWAWCZEGO

W okresie leczenia zachowawczego przewlekłej niewydolności nerek opóźnienie rozwoju procesu chorobowego można uzyskać poprzez stosowanie odpowiedniej farmakoterapii oraz odpowiedniego postępowania dietetycznego.

Zalecenia żywieniowe obejmują podaż podstawowych składników odżywczych czyli: białka, energii w postaci węglowodanów i tłuszczów, fosforu, potasu, sodu, płynów (wody) oraz wapnia, żelaza i witamin. Przekroczenie podaży płynów oraz potasu może stanowić zagrożenie życia pacjenta. Te parametry muszą być szczególnie skrupulatnie kontrolowane.

Białko



W okresie leczenia zachowawczego podaż białka w diecie uzależnia się od wielkości filtracji kłębuszkowej czyli GFR. Niewielkie ograniczenie przyjmowania białka czyli 0,8-0,7 g/kg mc/dobę zaleca się przypadku GFR < 60 ml/min./1,73 m². Kiedy wartość GFR spada poniżej 30 ml/min zaleca się ograniczenie podaży białka w granicach 0,55 – 0,6 g/kg/dobę, przy GFR < 15 ml/min – można zastosować dietę bardzo niskobiałkową (0,4-0,3 g/kg/dobę) jednak tylko wraz z dodatkową suplementacją ketoaminokwasów.



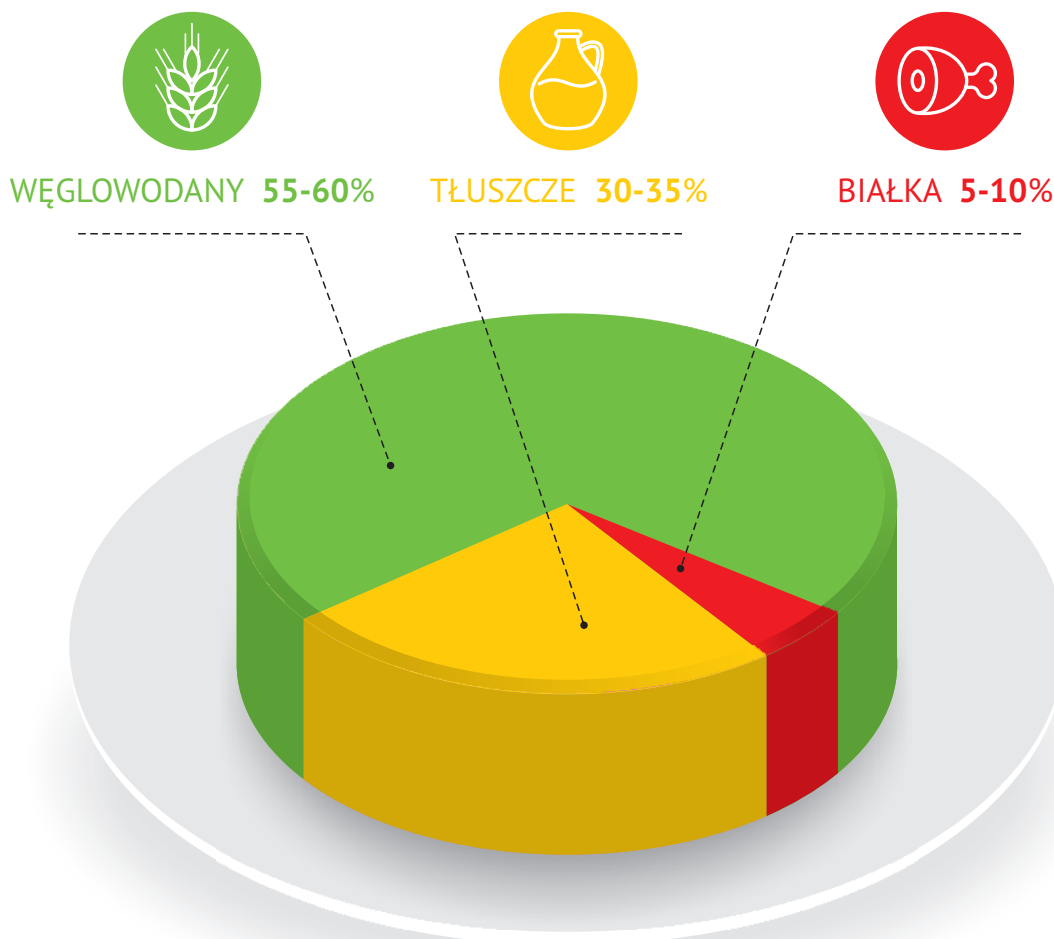
U dzieci punktem odniesienia wielkości podaży białka jest wartość RDA (Recommended Daily Allowance) dla odpowiedniej grupy wiekowej i przyjmuje się, że podaż białka w tej grupie pacjentów powinna być większa o 0,4 g/kg/dobę w stosunku do odpowiedniego RDA. Spadek podaży poniżej 80% RDA prowadzi do zahamowania wzrostu i pojawienia się cech niedożywienia.



Zazwyczaj zaleca się aby co najmniej 50% spożywanego białka odznaczało się wysoką wartością biologiczną tzn. było bogate w egzogenne aminokwasy. Źródłem takiego białka powinny być ryby, białko jaja, drób (indyki, kurczaki) oraz mleko i jego przetwory. Nie wskazane są natomiast do spożycia produkty należące do suchych roślin strączkowych: fasola biała, soja, groch, soczewica ze względu na bardzo wysoką zawartość potasu (od 1000 do ponad 2000 mg/100 g produktu) i fosforu (od 400 do ponad 700 mg/100 g produktu). W przeciwieństwie do suchych nasion zarówno fasola szparagowa czy groszek zielony a także kiełki soi lub soczewicy, spotykane również obecnie na naszym rynku, mogą stanowić cenny dodatek dietetyczny. Zawartość potasu w nich jest porównywalna do jego zawartości w mięsie a są znacznie bogatsze w mikroelementy: cynk, mangan, miedź.

Energia

Zaleca się podaż około 35 kcal/kg/dobę, jednak podaż energii powinna być ustalana indywidualnie w oparciu o wiek, aktywność fizyczną, aktualny stan odżywienia. Istotna jest redukcja masy ciała w przypadku nadwagi lub otyłości.



Podstawowym źródłem energii powinny być węglowodany złożone, które mają pokrywać nawet 55–60% zapotrzebowania energetycznego. Zaleca się przede wszystkim nisko przetworzone produkty zbożowe (razowe pieczywo, makarony). Można również polecać płatki pszenne i płatki owsiane. Naturalne płatki owsiane odznaczają się bardzo niską zawartością sodu (5 mg/100 g) przy stosunkowo umiarkowanych poziomach potasu i fosforu – odpowiednio 379 i 433 mg/100 g.

Nie więcej niż 35% dziennej podaży energetycznej powinno pochodzić ze spożycia tłuszczu. Preferowane są tłuszcze jedno i wielonienasycone zawarte w olejach: oliwkowym, rzepakowym, kukurydzianym i słonecznikowym. Do smarowania pieczywa powinny być używane margaryny tzw. miękkie. Należy zwrócić uwagę, że margaryny twarde zawierają duże ilości nawet do 60% tłuszczów trans mających charakter aterogenny.



W zaleceniach dietetycznych należy zwrócić szczególną uwagę na zachęcanie pacjentów do spożywania ryb – zwłaszcza morskich. Wielonienasycone tłuszcze rybie tzw. w-3 mają działanie immunomodulujące i wykazano, że ich stosowanie hamuje szybkość procesu chorobowego a także ma działanie profilaktyczne w stosunku do chorób układu krążenia.

Fosfor



Ograniczenie podaży fosforu w diecie zaleca się od około 3 stadium PChN (GFR około 45 ml/min) w przypadku podwyższenia stężenia tego pierwiastka w surowicy. Produkty zawierające wysokiej wartości białko są zarazem bogate w fosfor. Jedynym wyjątkiem jest białko jaja kurzego, w którym stosunek białka [g] do fosforu [mg] wynosi 0,63 podczas gdy w piersi kurczaka jest on równy 0,09 a dla fileta z dorsza około 0,10. W mleku ten stosunek jest jeszcze niższy – około 0,04. W trakcie produkcji serów twarogowych z mleka zmniejsza się zawartość fosforu i stosunek ten wzrasta do około 0,09. Również w pełnoziarnistych produktach zbożowych oraz suchych nasionach roślin strączkowych znajdują się znaczne ilości fosforu. Zapobieganie hyperfosfatemii jest możliwe na drodze farmakoterapii – stosowania leków wiążących fosfor w przewodzie pokarmowym.

Sód



Zawartość sodu w przyjmowanych produktach decyduje bezpośrednio o objętości przestrzeni wewnątrznaczyniowej i w konsekwencji o obciążeniu układu krążenia. Ilość kubków smakowych wrażliwych na smak słony na języku jest odwrotnie zależna od zawartości sodu w spożywanej żywności: im mniej sodu tym więcej odpowiednich receptorów smakowych. Okres adaptacji do zmniejszonej ilości sodu trwa zazwyczaj 2–3 tygodnie. W zaleceniach żywieniowych należy zwracać uwagę na konieczność ograniczenia spożycia sodu do ilości 1–3 g/dobę (nie więcej niż 7,2 g soli).

W Polskich warunkach należy zwrócić uwagę, że najwięcej sodu spożywamy w chlebie – należy szukać chleba o niskiej zawartości sodu – następnie w zupach oraz w wysoko przetworzonych produktach spożywczych jak konserwy, suche wędliny. Sód, w postaci bardzo często glutaminianu sodu, znajduje się w gotowych zupach liofilizowanych a także gotowych przyprawach ziołowych.

Potas



Wielkość ograniczenia spożycia potasu zależy od zachowanej reszkowej funkcji nerek (ilości oddawanego moczu). Produktami szczególnie bogatymi w potas są świeże owoce (banany), przeciery pomidorowe (ketchup), orzechy, nasiona słonecznika lub dyni, czekolada. Niektóre substytuty soli zawierają do 50% potasu. Również syropy na kaszel, z najczęściej stosowanych leków, mają wysoką zawartość potasu.



Płyny

W okresie leczenia zachowawczego utrzymanie odpowiedniej diurezy jest bardzo istotne. Zalecenia dotyczące ograniczenia przyjmowanych płynów mogą pojawić się tylko w sytuacji przewodnienia (nadmiernego nawodnienia) chorego.

Witaminy

Zaburzenia gospodarki witaminowej w przebiegu PChN mogą przyjmować postać hipowitaminozy jak i hiperwitaminozy.

W PChN dochodzi do zaburzenia gospodarki witaminą A (retinol), co w konsekwencji doprowadzić może do hiperwitaminozy A. Zaburzenia dotyczące witaminy D3 pojawiają się już we wczesnych etapach rozwoju mocznicy i są przyczyną rozwoju wtórnej nadczynności przytarczyc. W leczeniu chorych na mocnicę znajdują zastosowanie aktywne postaci witaminy D3 – zalecane przez lekarza. Niedobór witaminy E u chorych z PChN może sprzyjać niedokrwistości oraz uszkodzeniu płytek krwi. Do najczęściej stwierdzanych niedoborów należy niedobór witaminy B6, innych witamin z grupy B oraz witaminy C. Niedobory witaminy B12 jak i kwasu foliowego mogą być przyczyną hyperhomocysteinemii, którą wiąże się przyczynowo z miażdżycą.



DODATKOWE MOŻLIWOŚCI ODŻYWIANIA

Suplementacja doustna

W aptekach dostępne są preparaty wysokoenergetyczne i wysokobiałkowe, które można wykorzystać w żywieniu pacjentów niedożywionych lub chorych w okresie zwiększonego zapotrzebowania na białko.

Diety tzw. przemysłowe w postaci drinków lub proszku można podawać doustnie. Dostarczają one białko i aminokwasy, dostateczną podaż energii w małej objętości wody, niewielką ilość sodu, potasu i fosforanów, niezbędne witaminy, składniki mineralne i pierwiastki śladowe. Mogą one być stosowane jako częściowe dożywianie, a także w niektórych sytuacjach jako całkowita dieta chorego. Dla pacjentów z PChN w okresie leczenia zachowawczego (przeddializacyjnym) przeznaczone są produkty hiperkaloryczne 1,3-2 kcal/ml, o mniejszej zawartości białka (6-10% czyli 2-5g/100 ml), o ograniczonej zawartości Na, K, Cl, Ca, P, Mg. Dodatkowo natomiast zawierają L-karnitynę i taurynę (przykładowe preparaty to: Fresubin Renal, Renilon 4.0, Suplena, Survimed renal).

KETOAMINOKWASY

Preparaty (tabletki) są mieszaniną niezbędnych aminokwasów uzupełnionej o analogi aminokwasów. Stosując doustnie ketoaminokwasy (np. Ketosteril®) łącznie z dietą niskobiałkową można poprawić bilans azotowy, obniżyć poziom mocznika, uzyskując jednocześnie korzystny wpływ na metabolizm węglowodanów, lipidów, oraz gospodarkę wapniowo-fosforanową.

