

Nízkosacharidová dieta v praxi nutričního terapeuta

Chocenská Eva Odbor léčebné výživy a stravování, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

• V tomto příspěvku chci přiblížit práci nutričního terapeuta (NT) při používání nízkosacharidových diet a pobídnout k zamyšlení o použití v klinickém prostředí českého zdravotnictví.

Nízkosacharidová strava není jediný, „nejlepší“ nebo „výhradní“ model stravování, je jen jednou z možností v rámci léčebného arzenálu. Ale co její kvalifikované využití tam, kde se tradiční doporučení nesetkalo s úspěchem?

- Nízkosacharidové diety mají několik stupňů. Laickou veřejností jsou preferovány jako lákavý model redukční diety, v posledních letech vyhledávané i ke kompenzaci až remisi diabetu a některých autoimunitních onemocnění.
- Odbornou zdravotnickou veřejností jsou hodnoceny spíše kontroverzně, ale v neurologii je její využití potvrzené jako léčebné, v diabetologii a obezitologii je stále více relevantních studií a jejich metaanalýz ukazující na protektivní efekt. (1)(2)
- Práce NT může být, dle oboru, ve kterém se indikace objeví, pestrá a různorodá. NT zde může zúročit široké možnosti své působnosti. Od uplatnění znalostí základní fyziologie, po kreativní tvorby receptur, s vyhledáváním nových potravin.
- Definice nízkosacharidové stravy není striktně daná. Ve studiích je rozmezí dávky sacharidů do příjmu sacharidů cca 130 g / den. Při obvyklém příjmu 1800 – 2000 kcal/den to představuje příjem sacharidů do 25 - 30 % EP, při léčbě epilepsie výrazně méně.

Nízkosacharidové režimy při léčbě farmakorezistentní epilepsie

• V ČR je nejčastěji voleným typem Ketogenní dieta (KD), která je dnes běžně používanou nefarmakologickou léčbou u dětí.(3) U adolescentů a dospělých se používá volnější forma, tzv. Modifikovaná Atkinsova dieta. Jde o diety, které nahrazují výrazně omezený přísun sacharidů vysokým podílem tuků a současně zajišťují odpovídající příjem bílkovin. Množství sacharidů se pohybuje v dietě okolo 5 -10% denního příjmu. To v praxi znamená 10 – 30g S/den u dětí. U dospělých lze dávku zvýšit, většinou však nedosáhne 80g S/den.

Úkol nutričního terapeuta je v několika rovinách:

1) **Vedení dietoterapie** – lékař indikuje formu diety. NT nastaví a vede léčebný režim. Kontaktuje pečující osoby (převážně rodiče), nebo pacienta a získává informace o běžném aktuálním stravování. Na základě získaných údajů a fyziologických potřeb stanoví a ve vztahu k poměru diety upraví množství energie a skladbu živin.

V další fázi edukuje o potřebné skladbě stravy, výběru potravin, učí jak sestavit a propočítat přesný jídelníček, včetně praktických ukázek a ověření tak, aby byl edukovaný v budoucnosti samostatný. Důkladná základní edukace je klíčová pro zdárný postup v dalších fázích léčebného stravování. Zde je úloha NT v kontrole nově vytvořených jídelníčků, průběžné odpovědně aktuálních dotazů, tvorbě nových individuálních receptur, úpravě poměrů živin podle účinku diety, úpravě složení diety podle vývoje hmotnosti a růstových křivek u dětí, nebo změn hmotnosti u dospělých. Veškerá činnost je vázaná na aktuální stav pacienta a nutriční terapeut jí průběžně diskutuje s ošetřujícím neurologem.

2) **Podpora edukovaných** - navázání dobré komunikace je nezbytné. KD při epilepsii není snadným stravováním a vnese do života celé rodiny velké změny. Změnu stravy si pacient dobrovolně nevybral. Pečující osoby musí být připraveny na možné počáteční změny nálad. U malých, nebo postižených dětí je těžké vysvětlit a následně uhlídat, že většinu stravy, kterou dříve konzumovali, jíst nesmějí. Přesto se zdá snazší nasazení diety v časném věku, kdy ještě neslouží strava jako kompenzační psychický prostředek. Přestože nutriční ketóza vede ke snížení chuti k jídlu, u některých pacientů lze pozorovat pravděpodobně psychogenní hlad. To může být u KD problém, protože přesně kalibrované porce jsou malé. Se vzrůstajícím věkem dítě sice často chápe důležitost změny stravy, to však nemusí korespondovat s její akceptací. Důležité je prostředí blízké rodiny a okolí. Pokud není podpůrné, compliance pacienta se výrazně zhoršuje. Složitá může být i compliance dospělých pacientů, kdy potřebné omezení může být natolik radikální a nepříjemné, že od léčby ustoupí. Pokud NT dovede pacienta podpořit a motivovat svou průběžnou pomocí při řešení úskalí diety, může být léčba úspěšnější.

3) **Kreativní tvorba** - každý pacient je individuální a pro NT výzvou k tvorbě nových receptur, které budou splňovat požadavky diety a zároveň budou chutné.

Nízkosacharidové režimy při diabetu a obezitě

- K aplikaci těchto režimů je potřeba erudice NT v oblasti klinické výživy, komunikace a oblastí s tématem souvisejícími (kognitivně behaviorální terapie - KBT).
- Je ideální, pokud přijde pacient k erudovanému NT do ambulance s žádankou a přesným rozpisem požadovaných úkonů, nebo terapie. Může jít o jednorázovou edukaci diety, nebo

o dlouhodobější péči s cílem zlepšení stavu pacienta/klienta.

- Často se lze v praxi setkat s pouhou žádostí o péči a v soukromé sféře, přichází klient sám, bez jakéhokoli doporučení.
- U pacientů s diabetem, bez přesnějšího požadavku na typ péče je vhodné, aby nutriční terapeut zjistil – konzultoval, konkretizaci požadavku.
- Pokud nezíská dostatek podkladů, jsou jeho možnosti omezeny na základní péči podle doporučení České diabetologické společnosti. Tato doporučení z roku 2012 podporují stravu se zastoupením sacharidů nad 45% a tuků do 35% celkového denního příjmu(4). Pouze u gestačního diabetu, v doporučeních z r 2017, lze zvolit zavedení diety s obsahem sacharidů pod 45% CDP. (5)
- U obézních bez diabetu je nutné zjistit alespoň důvod a cíl redukce, podle kterého může zvolit redukční režim.
- Pokud má NT dostatek podkladů (biochemii, přehled diagnóz, farmakoterapii, zná stravovací návyky a preference), pacient nemá kontraindikace nízkosacharidového stravování a je tomuto stravování nakloněn, je k diskuzi, zda doopravdy není vhodnější zvolit tento režim před standardním, ke kterému mají pacienti často nízkou compliance.
- Ideální je, pokud je NT seznámen s principy KBT a umí je do terapie začlenit. To významně zvyšuje úspěch terapie z dlouhodobého hlediska. (6)
- **Méně vnímaným, leč pro pacienta významným bodem terapie je navázání spolupracující atmosféry, kdy léčený cítí, že proces aktivně ovlivňuje.** Ze zkušenosti vím, že pak je možné korigovat případné „výstřelky“ tak, aby se pacient nepoškozoval a „laskavě pevnou rukou“ ho postupně dovést ke stanovenému cíli.

Není tedy z motivačního hlediska výhodnější, pomoci pacientovi dosáhnout zlepšení zdravotního stavu i nízkosacharidovým režimem a souběžně zhodnotit, zda je možný postupný přechod na obvykle doporučované stravování Středomořského typu?

(1)Qian F, Korat AA, Malik V et al. Metabolic Effects of Monounsaturated Fatty Acid-Enriched Diets Compared With Carbohydrate or Polyunsaturated Fatty Acid-Enriched Diets in Patients With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Diabetes Care 2016; 39(8): 1448–1457. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.2337/dc16-0513>>

(2) Krejčí H; Vyjídák J; Kohutiar M; Nízkosacharidová strava v léčbě diabetes mellitus; Vnitř Lék 2018; 64(7-8): 742-752

(3) MUDr. Klára Brožová, MUDr. Jan Hadač, Ph.D., Ketogenní dieta, Neurologie pro praxi 2013; 14(2): 89-91

(4)Česká diabetologická společnost ČLS JEP. Doporučený postup dietní léčby pacientů s diabetem. DMEV 2012; 15(4): 235–243. Dostupné z WWW: <http://www.diab.cz/dokumenty/standard_dietni_lecba.pdf>.

(5) https://www.diab.cz/dokumenty/DP_GDM_2017.pdf

(6) http://www.obesitas.cz/download/doporuzeni_lecba_obezity_dospelych.pdf