

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК: ЗДОРОВІ ПАТЕРНИ ХАРЧУВАННЯ ЗАМІСТЬ РЕСТРИКТИВНИХ ДІЄТ



Переклала й адаптувала д-р мед. наук Лариса Стрільчук

Прихильність до вестернізованого типу харчування асоціюється з підвищеним ризиком розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН). Цей зв'язок пояснюється, зокрема, розвитком інсулінорезистентності, метаболічного синдрому, цукрового діабету (ЦД), артеріальної гіпертензії (АГ). Підраховано, що >90% випадків ЦД 2-го типу та >65% випадків АГ – двох основних причин ХХН – можна було б уникнути, якби всі люди дотримувалися засад правильного харчування та здорового способу життя.

У міру прогресування ХХН потреба в різних нутрієнтах та їхній метаболізм значно змінюються. Ці зміни супроводжуються численними метаболічними розладами, що входять до континууму ниркових хвороб. Для забезпечення оптимальної медичної допомоги пацієнтам із ХХН лікарю потрібно бути обізнаним із методами оцінки нутритивного

статусу, вміти встановити індивідуальні харчові потреби кожного пацієнта та знати, як усунути дефіцити окремих нутрієнтів чи запобігти їм.

Пацієнти з ХХН зазвичай мають цілий спектр різнопланових розладів, а також коморбідні захворювання, передусім ожиріння та серцево-судинні хвороби, що треба враховувати при підборі раціону (рис.).



Рис. Спектр ХХН із нутриціологічними розладами та пропоновані втручання

ТАБЛИЦЯ. Харчування при ХХН за недоступності індивідуальної консультації дієтолога

Завдання	Приклади порад
Підтримка належного стану здоров'я та мінімізація ризику коморбідних станів (ЦД, серцево-судинних захворювань, ожиріння)	• Якщо це можливо, готуйте зі свіжих продуктів • Споживайте овочі та цільні злаки щодня • Споживайте бобові або рослинні замінники м'яса, зменшуйте порції м'яса й обмежуйте оброблені м'ясні продукти • Персоналізуйте харчування відповідно до енергетичних потреб
Уникнення гіперкаліємії	• Виявіть нехарчові причини гіперкаліємії (гіперглікемія, ацидоз, закріп, дія ліків, застосування калієзберігальних діуретиків) • За потреби зменште споживання продуктів із низькою харчовою цінністю, багатих на калій (картопляних чипсів, фруктових соків, шоколаду) • Споживайте овочі в чищеному, порізаному та вареному вигляді; зверніть увагу на фрукти й овочі з низьким умістом калію; дотримуйтеся рекомендованої кількості порцій на день
Уникнення гіперфосфатемії	• Обмежте оброблені м'ясопродукти, сир і сирні продукти • Обирайте свіже м'ясо, птицю та рибу без доданих фосфатів (уважно читайте етикетки) • Споживайте бобові, горіхи, цільні злаки та соєві продукти, оскільки вони мають нижчу біодоступність фосфатів у зв'язку з високим умістом фітатів • Пристосуйте вживання фосфатозв'язувальних ліків до часу прийому їжі та рівня споживання білків/фосфору

Найпоширенішими мальнутритивними порушеннями при ХХН є білково-енергетична мальнутриція (БЕМ) і дефіцити мікронутрієнтів. БЕМ передбачає неадекватне споживання білків і джерел енергії, що призводить до зниження м'язової та жирової маси, а надалі – до значної ослабленості, схильності до хвороб і передчасної смерті. У пацієнтів із ХХН може спостерігатися й інший бік спектра мальнутриції – ожиріння, поширеність якого прогресивно зростає.

ОЦІНКА НУТРИЦІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТА З ХХН

Метаболічні зміни, які виникають при погіршенні функції нирок, часто призводять до змін апетиту та характеристик споживання їжі. Уремія й асоційоване з нею запалення, перебудова гормонального балансу, метаболічний ацидоз і зміни моторики кишківника спричиняють втрату жирової та м'язової маси, яка на тлі набряків і перевантаження об'ємом може залишатися непомітною. У зв'язку з цим у разі ХХН недостатньо моніторувати лише масу тіла, потрібно також звертати увагу на стан м'язів (у ділянці плечового поясу, між великим і вказівним пальцем, на передній поверхні стегна й задній поверхні гомілки) та жирової тканини (під очима, в ділянці трицепса й біцепса), наявність набряків, силу рукостискання (за допомогою динамометра), а за можливості визначати склад тіла за допомогою подвійно-енергетичної рентгенівської абсорбціометрії.

НУТРИЦІОЛОГІЧНА ТЕРАПІЯ ХХН

Нутриціологічна складова лікування ХХН покликана забезпечити пацієнта всіма групами продуктів

і макронутрієнтів та клітковиною, водночас знижуючи ризик розвитку гіперкаліємії та гіперфосфатемії. Досягнути балансу між адекватним споживанням різноманітних нутрієнтів і безпекою пацієнта цілком можливо, якщо дієтолог підходить до пацієнта індивідуалізовано й цілісно, без акценту на рестриктивних дієтах із виключенням цілих груп продуктів.

На ранніх стадіях ХХН слід зосередитися на високому вмісті в раціоні фруктів та овочів, оскільки вони мають сприятливий вплив на артеріальний тиск (АТ), ліпідний профіль і кислотно-лужний баланс, а також дають змогу сповільнити зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) без підвищення сироваткового вмісту калію. Кількість м'яса, птиці та молочних продуктів має бути помірною. Зокрема, середземноморська дієта, багата на фрукти, овочі, бобові, цільнозернові злаки, горіхи й оливкову олію, з помірною кількістю птиці та морепродуктів і малою кількістю червоного м'яса, солодощів і оброблених продуктів може запобігти прогресуванню ХХН до ниркової недостатності. Свіжі фрукти й цільні злаки містять мало солі та всмоктуваних фосфатів, тому мають сприятливий вплив на сироватковий рівень фосфору й АТ.

Якщо лікарю недоступна співпраця з дієтологом, який складає індивідуалізовані плани раціону, варто надати пацієнту загальні поради щодо здорового харчування при ХХН (табл.).

♦ Калорійність раціону

Калорійність раціону пацієнта з ХХН має становити 25-35 ккал/кг маси тіла на добу залежно від віку, статі, рівня фізичної активності, складу тіла, стадії ХХН і коморбідних станів. Співвідношення білків, жирів і вуглеводів як джерел енергії підбирається індивідуально; зазвичай на частку вуглеводів припадає до 50% сумарної калорійності.

♦ Білки

Найвідоміша модифікація харчування при ХХН – це зменшення споживання білків, оскільки зниження білкового навантаження зменшує вазодилатацію аферентних артеріол нирок, гломерулярну гіпертензію, гіперфільтрацію та вироблення уремичних токсинів.

Рекомендації щодо білкової їжі при III-V стадіях ХХН для осіб без ЦД радять споживати 0,55-0,6 г/кг маси тіла на день із метою зниження ризику ниркової недостатності або смерті, хоча чітких даних про сповільнення зниження ШКФ на тлі такого вживання білка немає. Для осіб із ХХН і ЦД рекомендовано вживати 0,6-0,8 г білка на кг маси тіла на добу. Слід зауважити, що тваринний білок не має нутриціологічних переваг над рослинним; ба більше, підвищене споживання червоного м'яса й оброблених м'ясних продуктів асоціюється з підвищенням АТ, метаболічним ацидозом, мітохондріальним окисним стресом, ушкодженням ДНК та накопиченням кінцевих продуктів катаболізму білків. У зв'язку з цим перевагу слід віддавати рослинним джерелам білка.

Обмеження вживання білка до 0,55-0,6 г/кг на добу не рекомендоване під час стаціонарного лікування, інфекційних захворювань, терапії імуносупресантами або при зниженні маси тіла. Окрім протейнорестриктивних дієт, запропоновано застосовувати дієти з низьким або дуже низьким умістом білка та добавками кето- чи амінокислот. Показано, що дієти з дуже низьким умістом білка (0,28-0,43 г/кг на добу) й кетокислотними добавками відтермінують потребу в діалізі та зменшують вироблення сечовини, водночас зменшуючи інсулінорезистентність і окисний стрес. Такі дієти варто впроваджувати в мотивованих і прихильних до лікування пацієнтів під контролем дієтолога.

♦ Вуглеводи

У разі низькобілкових дієт для забезпечення енергетичних потреб організму треба споживати достатню кількість вуглеводів. Останні поділяють на прості та складні, причому перевагу слід віддавати саме малообробленим складним вуглеводам: цільнозерновим злакам, коричневому рису, цільнозерновому хлібу та пасті, спельтовому борошну. Такі джерела вуглеводів характеризуються високим умістом вітамінів групи В та харчових волокон. У разі ХХН цільнозернові продукти мають окрему перевагу: в їхньому складі фосфор міститься у формі фітатів, які не перетравлюються, а відповідно, не провокують гіперфосфатемії.

У раціон пацієнтів із ХХН можуть входити картопля й інші крохмалисті овочі. Для зниження рівня калію

ці овочі доцільно розрізати на невеликі шматочки, вимочувати та відварювати (за бажанням після цього можна запікати або смажити). Така обробка руйнує клітинну структуру, знижуючи вміст калію у страві.

Природні цукри, які містяться у фруктах, овочах, молоці та несолодкому йогурті, не асоціюються з ризиками, притаманними вільним цукрам солодких напоїв і солодоців, тому можуть входити в харчування осіб із ХХН.

♦ Ліпіди

Дієтологічне лікування дисліпідемії при хворобах нирок вивчено недостатньо. Загалом пацієнтам із ХХН рекомендовано дотримуватися кардіопрофілактичних порад для здорового населення: на частку насичених жирів має припадати <7% загального забезпечення енергією, натомість перевагу слід віддавати ненасиченим жирам (наприклад, оливковій олії).

♦ Мікронутрієнти

Суворі дієтичні обмеження, коморбідні стани та проведення діалізу можуть стати причиною розвитку в пацієнтів із ХХН дефіцитів певних вітамінів і слідових елементів. Водночас слід уникати й перевантаження вітамінами (наприклад, С та D) і мікроелементами (натрієм, калієм, фосфором), підтримуючи баланс залежно від індивідуальних характеристик пацієнта.

В осіб із ХХН спостерігається підвищений ризик дефіциту вітамінів В₁, В₂, В₃, С, К та D, однак окремих норм щодо рівня споживання цих сполук у разі ХХН дотепер не встановлено. Що стосується електролітів, то споживання натрію потрібно обмежити до <2,3 г на добу. У цьому може допомогти заміна хліба, оброблених м'ясних продуктів і сиру на свіже м'ясо та рибу, коричневий рис, бобові, цільнозернові продукти.

Основними джерелами калію виступають фрукти, овочі, бобові та горіхи, багаті на клітковину й інші корисні нутрієнти, тому обмежувати споживання калію слід лише при гіперкаліємії, насамперед виключивши її нехарчові причини.

Фрукти й овочі містять природні луги, завдяки чому протидіють розвитку системного ацидозу та його несприятливим наслідкам, тому слід заохочувати їх уживання.

Рівень фосфору в харчуванні має бути адаптований до підтримки сироваткових показників цього мікроелемента в межах норми; зазвичай для цього треба споживати 800-1000 мг фосфору на добу. Фосфор слід отримувати з рослинної їжі, а не з оброблених продуктів, що містять фосфатні добавки.

Пацієнтам із ХХН III-IV стадій слід уживати 800-1000 мг кальцію на добу для підтримки нейтрального кальцієвого балансу. На пізніших стадіях хвороби доцільно застосовувати препарати вітаміну D та кальциміметики.

♦ **Окремі дієти**

Останнім часом зростає популярність дієт, які містять лише або переважно продукти рослинного походження: наприклад, веганська дієта, середземноморська, DASH-дієта. Усі ці дієтичні патерни багаті на фрукти й овочі, бобові, цільні злаки та клітковину; з продуктів тваринного походження (крім веганської дієти) в них віддається перевага птиці та рибі, невеликій кількості низькожирових молочних продуктів, натомість червоне м'ясо, сіль і рафінований цукор рекомендується вживати лише в окремих особливих випадках. Таке харчування є ефективним для профілактики ЦД 2-го типу, АГ, метаболічного синдрому, а також ХХН і альбумінурії.



ВИСНОВКИ

Крім фармакотерапії, пацієнтам із ХХН доцільно рекомендувати дотримання певних патернів харчування. Відповідно до сучасних поглядів на нутриціологію доцільно не виключати певні конкретні продукти, а заохочувати пацієнта до комплексного здорового харчування (за потреби з деякими обмеженнями). Правильне харчування покращує якість життя, знижує показники захворюваності та смертності, дає змогу відтер-

мінувати гемодіаліз. Загальними характеристиками здорового раціону при ХХН є високий уміст фруктів та овочів і низький – білків тваринного походження. Слід, однак, зауважити, що сприятливий вплив харчування на прогноз надзвичайно тісно пов'язаний з іншими елементами здорового способу життя: високим рівнем фізичної активності, відмовою від споживання тютюну, помірним уживанням алкоголю.

Література

1. Apetrii M., Timofte D., Voroneanu L., Covic A. Nutrition in chronic kidney disease – the role of proteins and specific diets. *Nutrients*. 2021; 13 (3): 956. doi: 10.3390/nu13030956.
2. Kim S.M., Jung J.Y. Nutritional management in patients with chronic kidney disease. *Korean J. Intern. Med.* 2020; (6): 1279-1290. doi: 10.3904/kjim.2020.408.
3. Kramer H. Diet and chronic kidney disease. *Advances in Nutrition*. 2019; 10 (4): S367-S379. doi: 10.1093/advances/nmz011.
4. MacLaughlin H.L., Friedman A.N., Ikizler T.A. Nutrition in kidney disease: core curriculum 2022. *Am. J. Kidney Dis.* 2022; 79 (3): 437-449. doi: 10.1053/j.ajkd.2021.05.024.