

Leczenie nefarmakologiczne nadciśnienia tętniczego — modyfikacja żywienia

Część I. Dieta niskokaloryczna w leczeniu nadwagi i otyłości u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

The Non-Pharmacological Treatment of Hypertension — Dietary Modification Part I. Low-Calorie Diet in the Treatment of Overweight and Obese of Patients with Arterial Hypertension

Summary

Overweight and obesity constitute a very important problem of patients with arterial hypertension. The paper contains some indications how to help and work with overweight and obese patients.

key words: overweight, obesity, diet, hypertension
Arterial Hypertension 2002, vol. 6, no 1, pages 53–59.

Wstęp

Zalecana przy zapobieganiu i leczeniu nadciśnienia tętniczego zmiana stylu życia [1] obejmuje takie jego modyfikacje, jak:

- zmniejszenie masy ciała u osób z nadwagą;
- zmniejszenie spożycia sodu;
- utrzymanie odpowiedniego spożycia potasu;
- utrzymanie odpowiedniego spożycia wapnia i magnezu;
- zaprzestanie palenia tytoniu i zmniejszenie ilości tłuszczów nasyconych i cholesterolu w diecie;
- ograniczenie spożycia alkoholu;
- zwiększenie aktywności fizycznej.

Realizacja pierwszych pięciu zaleceń możliwa jest jedynie poprzez modyfikację żywienia. Cele nefarmakologicznego leczenia z zastosowaniem odpowiednich diet oraz pozytywne skutki takiego postępowania zostały wnikliwie omówione i udokumentowane [2].

W zaleceniach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Standardy postępowania w chorobach układu krążenia” opracowanych przez Komisję pod przewodnictwem prof. Kaliny Kaweckiej-Jaszcz [3] czytamy:

1. Należy dążyć do uzyskania należytej masy ciała, czyli wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) powinien wynosić 23,0–25,0. U osób z nadwagą konieczne jest indywidualne ustalenie programu obejmującego zmniejszenie ogólnej ilości kalorii w diecie i odpowiednią modyfikację jej składu oraz wdrożenie regularnej, dostosowanej do możliwości pacjenta aktywności fizycznej.

2. Zaleca się ograniczenie ilości spożywanej soli kuchennej poniżej 6 g (100 mmoli sodu) na dobę, a więc do około połowy ilości soli przeciętnie spożywanej w Polsce. Może to być osiągnięte zarówno poprzez wyeliminowanie pokarmów bogatych w sód, jak i zaniechanie dodawania soli do pokarmów gotowych oraz ograniczenie jej ilości przy przyrządzaniu potraw.

Obniżenie masy ciała powoduje zmniejszenie ciśnienia tętniczego niezależnie od innych sposobów jego redukcji [4, 5]. Zjawisko takie obserwuje się nawet przy stosunkowo niewielkich zmianach masy ciała rzędu 5,0 kg [6, 7]. W wielu badaniach i obserwacjach wykazano pozytywny wpływ niewielkiej 10–15-procentowej redukcji masy ciała nie tylko na

Adres do korespondencji: Dr n. przyr. Edward Jabłoński
Samodzielna Sekcja Dietetyki Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”
ul. Rzgowska 281/289, 93–338 Łódź
tel.: 271–12–00, faks: 646–66–53

 Copyright © 2002 Via Medica, ISSN 1428–5851

nadciśnienie, ale również na związane z nadwagą schorzenia jak cukrzyca typu 2 i dyslipidemie [8].

W postępowaniu dietetycznym przy redukcji masy ciała można wydzielić kilka etapów, a mianowicie:

- określenie należytej lub docelowej masy ciała;
- oszacowanie podaży takiej ilości energii, która będzie prowadziła do redukcji masy ciała;
- wskazanie produktów dozwolonych i niewskazanych, by zostały zaakceptowane przez pacjenta i pozwoliły na sporządzenie diety zawierającej zalecaną ilość energii;
- wskazanie pacjentowi takich sposobów pobierania pokarmu i technik kulinarnych, które ograniczają stres wywołany obniżonym spożyciem;
- edukacja pacjenta odnośnie samokontroli spożycia;
- okresowa kontrola postępowania pacjenta i skutków zaleconej diety.

Należyłą masę ciała można określić różnymi metodami i sposobami [9]. Przy znacznej otyłości, gdy BMI przekracza wartość 30, osiągnięcie należytej masy ciała w większości przypadków jest praktycznie niemożliwe. Możliwe jest natomiast wyznaczenie z pacjentem docelowej masy ciała. Zazwyczaj jest to masa wyższa niż należyta, jednak mniejsza od aktualnej nawet o 20–30 kg. Dotyczy to pacjentów, których masa wyjściowa przekracza 100 kg. Wskazane, a nawet konieczne jest przy tym zakreślenie uzasadnionego racjonalnego horyzontu czasowego. Znaczna część pacjentów, być może również pod wpływem różnego rodzaju informacji, sugeruje dietetykowi redukcję masy ciała w bardzo krótkim czasie. Praktyka wykazuje, iż najbardziej korzystna jest redukcja masy nie większa niż 1 kg w ciągu tygodnia, a 3–5 kg w ciągu miesiąca.

Praca składa się z dwóch części. Część I obejmuje praktyczne wskazówki postępowania przy zaleceniu redukcji masy ciała (dieta niskoenergetyczna) dla pa-

cjentów z nadciśnieniem tętniczym. W II części pracy omówiono możliwości modyfikacji sposobu odżywiania i zastosowanie diety o optymalnej zawartości składników mineralnych (sód, potas, wapń, magnez) istotnych dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Podaż energii

Oszacowanie dobowej podaży energii prowadzącej do redukcji masy w granicach 1 kg/tydzień teoretycznie jest zagadnieniem prostym. Wiadomo bowiem, iż winna to być ilość o około 1000 kcal mniejsza od zapotrzebowania liczonego w stosunku do należytej masy ciała.

W tabeli I podano skrajne wartości norm zapotrzebowania na energię dla osób dorosłych według Ziemiańskiego i wsp. [10]. Traktując podane w tabeli I wartości jako zalecane dla określonej należytej masy ciała, ilości redukcyjne byłyby w granicach 600–2600 kcal. Dla diety redukcyjnej zaleca się jednak powszechnie podaż energii około 1000 kcal/dobę. Wydaje się, iż taki poziom energii (1000 kcal) należy traktować jako wartość docelową i to nie dla wszystkich pacjentów. Dla większości aktualny poziom redukcyjny, jak i docelowy należy ustalać indywidualnie. Pierwsze spotkanie z pacjentem należy uznać za informacyjne, motywujące do podjęcia kuracji, natomiast w czasie następnym sugerować takie ograniczenia spożycia energii, które doprowadzi do redukcji masy ciała. Sposób postępowania: gwałtowna czy stopniowa powolna redukcja spożycia musi być zaakceptowana przez pacjenta. Należy pamiętać, że osiągnięcie i utrzymanie należytej masy ciała jest procesem długotrwałym. Ostre bezwzględne zalecenia oraz przygotowywane bez udziału i akceptacji pacjenta jadłospisy bardzo często prowadzą do zniechęcenia i rezygnacji z kuracji.

Tabela I. Wybrane — skrajne wartości zapotrzebowania na energię dla osób dorosłych [10]

Table I. Selected values of energy needed by adults [10]

Grupa ludności	Zapotrzebowanie na energię [kcal]			
	Masa ciała [kg]	Aktywność fizyczna		
		Miała	Umiarkowana	Duża
Kobiety 19–25 lat	45/70	1600/2100	1950/2450	2300/3050
Kobiety 26–60 lat	45/70	1700/2000	2100/2450	2450/2900
Kobiety > 60 lat	45/70	1500/1850	1850/2250	2150/2650
Mężczyźni 19–25 lat	60/80	2250/2650	2700/3250	3200/3800
Mężczyźni 26–60 lat	60/80	2200/2500	2700/3100	3150/3600
Mężczyźni > 60 lat	60/80	1800/2200	2200/2650	2600/3100

Zalecane i niewskazane produkty spożywcze

Aby pacjent mógł czynnie włączyć się do sporządzania racji pokarmowej o określonej zawartości energii powinien otrzymać listę zalecanych i niewskazanych produktów spożywczych (tab. II). Podkreślam — zalecanych i niewskazanych, a nie dozwolonych i zabronionych. Traktowanie produktów spożywczych tak samo jak środków farmaceutycznych jest niepotrzebne. Pacjent powinien być świadomy faktu, że spożycie produktu z grupy niewskazanych nie przekreśla jego dotychczasowego właściwego postępowania, a niewprowadzenie do diety jednego czy dwóch produktów z grupy dozwolonej nie może być podstawą zaprzestania kuracji.

W większości zaleceń wskazuje się na spożywanie pieczywa ciemnego, razowego. Wydaje się, że równie skutecznie na obniżenie spożycia energii wpływa stosowanie pieczywa wczorajszego bez dodatków poprawiających smakowość i podnoszących wartość kaloryczną: soi, słonecznika, maku.

Do pieczywa nie powinno się stosować masła ani margaryny. Podawanie pieczywa bez tych dodatków wydłuża czas jedzenia, wzmacnia wydzielanie śliny prowadząc do wcześniejszego, łatwiejszego zakończenia jedzenia. Następuje zatem ograniczenie spożycia energii niezależnie od obniżenia kaloryczności posiłku. Dietetyk powinien również pouczyć pacjenta o sposobach doboru chudych, niskokalorycznych dodatków do pieczywa, takich jak: mięso, sery, dżemy itd.

Przy diecie redukcyjnej w zasadzie nie zabrania się spożywania zup. Wskazane jest by zupa była je-

dynym daniem obiadowym. Należy jednak podawać zupy bez śmietany, mąki, z niewielką ilością ziemniaków, kaszy lub makaronu. Doświadczony dietetyk wskaże także sposoby odtuszczenia zup.

Sosy — składnik zazwyczaj drugiego dania, należą do potraw, których stosowanie przy diecie redukcyjnej jest nie tylko niewskazane, ale zabronione. Głównym składnikiem tradycyjnie sporządzanych sosów są bowiem tłuszcz i mąka. Pierwszym przeciwwskazaniem stosowania sosów jest zatem ich wysoka wartość kaloryczna. Drugim równie ważnym jest fakt, iż sosy podobnie jak inne dodatki o dużej zawartości tłuszczu wzmagają smakowość dań i posiłków.

Ziemniaki mogą być zaliczane do produktów niewskazanych, jeśli podawane są jako frytki czy też placki ziemniaczane, przy których sporządzaniu stosuje się duże ilości tłuszczu.

Ważnym zagadnieniem jest właściwy dobór deserów. Desery, często wysokokaloryczne, podawane są bowiem po spożyciu głównego dania. Ich słodki smak ogranicza kontrolę spożycia, stąd też stają się dodatkowym poważnym źródłem energii. Bardzo trudno kontrolować spożycie energii przy łatwym dostępie do słodczy. Stąd też zaleca się nie tylko ich eliminowanie z diety, ale również ograniczenie wzrokowego lub myślowego z nimi kontaktu.

Modyfikacja zachowań

Pojęcie dieta bardzo często utożsamiane jest z racją pokarmową, tj. z tym, co leży na talerzu.

Tabela II. Produkty zalecane i niewskazane przy próbie ograniczania spożycia energii

Table II. Recommended and inadvisable products in a diet limiting intake of energy

Produkt	Zalecany	Niewskazany
Napoje	Wszystkie	Słodkie, tłuste, gazowane, wody wzmagające apetyt
Pieczywo	Razowe, chrupkie, z dnia wczorajszego bez dodatków	Pszenne, świeże, z soją lub słonecznikiem, maślane, biszkopt
Dodatki do pieczywa	Chude mięsa, chude sery, pasty z dodatkiem warzyw	Tłuste, słodkie, „smarowidła” (masło, margaryna)
Zupy	Czyste bez śmietany, mąki, z niewielką ilością ziemniaków, makaronu, zupy odtuszczone	Esencjonalne na wywarach mięsnych, podprawiane zawiesiną z dodatkiem mąki i śmietany
Sosy		Wszystkie (sos = tłuszcz + mąka)
Warzywa i owoce	Wszystkie	Z dodatkiem majonezu, śmietany, zasmażki, cukru
Ziemniaki	W ograniczonej ilości, najlepiej z wody	Frytki, placki, kopytka, kotlety z ziemniaków
Desery	Herbata ziołowa, surowe owoce, owoce z chudym serem homogenizowanym	Galaretki, kremy, torty, serniki, szarlotki, faworki
Przyprawy	Wanilia, cynamon, koperek, majeranek	Wszystkie ostre: pieprz, papryka, ocet, musztarda
Słodycze		Wszystkie

Stosowanie odpowiedniej diety oznacza więcej, oznacza bowiem również odpowiednie zabiegi kulinarne i technologiczne przy sporządzaniu posiłków oraz właściwe ich spożywanie. Stąd też zalecając dietę redukcyjną należałoby wskazać pacjentowi takie drogi postępowania, które pozwolą na ograniczenie spożycia energii i minimalizowanie pojawiającego się przy tym dyskomfortu.

U osób otyłych lub ze skłonnością do otyłości uczucie łaknienia jest zazwyczaj silniejsze od sytości. Łaknienie wzmagane jest bodźcami wewnętrznymi i zewnętrznymi za pośrednictwem zmysłów. Widok jedzenia, zapach potraw, dostęp do żywności pobudza łaknienie. Racjonalne oddziaływanie na wyżej wymienione bodźce, prowadzi do ograniczenia przyjmowania pokarmów zapobiegając przyrostowi masy ciała u osób ze skłonnością do otyłości, a u redukujących masę obniża dyskomfort postępowania.

W praktycznym postępowaniu należałoby zatem przestrzegać następujących zasad:

— Nie kupować ulubionych smakołyków, które są wysokokaloryczne, a zawierają mało składników odżywczych. Nadmierne spożycie energii powodowane jest bardzo często poddawaniem się sugestii reklam, bądź zachęcaniem przez sprzedawców do kupowania niektórych grup produktów.

— Jeśli to możliwe, przygotowanych porcji posiłków nie powinno się spożywać w kuchni. Zauważono, że zapach, widok jedzenia stymulują uczucie łaknienia bardziej u osób otyłych niż u osób z prawidłową masą ciała. Osoba otyła częściej niż szczupła bierze z półmiska największą porcję mięsa, a z sosjerki dużo sosu.

— Do podjadania (pogryzania) łagodzącego uczucie głodu w czasie kuracji odchudzającej należy wykorzystywać produkty niskokaloryczne: marchew, prażona kukurydza, jabłko. Przygotowane do podjadania „nieszkodliwe” niskokaloryczne produkty nie powinny być w zasięgu ręki. Podjadanie powinno być czynnością wymagającą dużego nakładu czasu.

— Dążyć, by posiłek trwał możliwie długo. Do wydłużenia czasu trwania posiłków można doprowadzić na przykład poprzez zastąpienie przygotowywanych na śniadanie czy kolację kanapek, podaniem tych samych produktów na talerzu i spożywanie z użyciem noża i widelca. Czas spożywania posiłków będzie wydłużony, jeśli wyrobimy sobie nawyk, by do ust brać każdy produkt oddzielnie. Jedzenie małymi kęsami i przedłużanie żucia można stymulować poprzez odstawienie napoju. Wchodzące w skład posiłku napoje należy wypijać przed lub po spożyciu podstawowych dań.

— Zapobiegać chęci jedzenia w nieplanowanym czasie lub odsuwać jedzenie na późniejszą porę.

Przekąski i pojadanie są dzisiaj łatwą formą dostarczania organizmowi dodatkowej ilości energii z niewielkim efektem wywołania sytości. Ludzie z tendencją do otyłości w większości preferują smak słodki. Dotyczy to produktów zawierających „cukier smakowy”: słodkie owoce, cukierki, ciastka oraz produktów zawierających cukier w połączeniu z tłuszczem: lody, batony, kremy, czekolada, „ciężkie” ciasta. Przebywanie poza domem nie może być pretekstem odejścia od stosowania zasad.

— Nie jeść w czasie wykonywania innych czynności: oglądania telewizji, czytania, słuchania muzyki. W czasie czytania czy też oglądania filmu, jedzenie staje się czynnością odruchową. Spożywa się wówczas duże ilości pożywienia w sposób nieświadomy. Skutek jest odwrotny od zamierzonej aktywacji uczucia sytości poprzez wypełnianie żołądka wodą lub ubogoenergetycznymi produktami o dużej objętości.

— Spożywanie produktów o takiej samej wartości energetycznej rozkładać na większą liczbę posiłków. Większą skłonność do tycia wykazują bowiem tzw. posiłkowcy spożywający w ciągu dnia 1–2 duże posiłki niż „podjadacze”, którzy taką samą ilość pokarmu przyjmują w 4–6 posiłkach. Przeprowadzone w Polsce badania [11] wykazały, iż $\frac{2}{3}$ otyłych chłopców spożywało 3 posiłki, a 36% — 4–5. W grupie kontrolnej 3 posiłki spożywało 20% badanych, a 80% — 4–5 posiłków. Przy zaleceniach zmiany częstości przyjmowania posiłków należy zwrócić uwagę by wcześniejszy „posiłkowiec” nie stał się „dojadaczem”. Zdarza się bowiem, iż polecenie „zwiększyć częstość spożywania posiłków” pacjent realizuje dokładając do 2–3 spożywanych następnie 1–2.

— Przyjąć założenie, że część niezjedzonego dania można pozostawić na talerzu. Założenie trudne do realizacji, gdyż u otyłych zmniejszenie łaknienia występuje o wiele później niż obniżenie masy. Pozostawienie części niezjedzonego dania na talerzu często utożsamiane jest z brakiem oglądy towarzyskiej, co również może ograniczać ten sposób zmniejszania spożycia.

Niezależnie od przyczyn otyłości jej leczenie wymaga znacznych i trwałych zmian stylu życia. Podświadomy pęd do jedzenia u osób, które nieco schudły jest ważnym czynnikiem determinującym sposób postępowania. Wymuszane poprzez odpowiedni dobór produktów obniżenie wartości energetycznej diety należy zintegrować z zaleceniami zmian sposobu przygotowywania i pobierania pokarmów. Szczególną czujność należałoby zachować w trudnych, dla prowadzącego redukcję masy, okresach wywołanych na przykład stresem, niepowodzeniami w szkole, które wywołują często chęć jedzenia głównie słodczy.

Tabela III. Sposób podania pacjentowi danych dotyczących zawartości energii w wybranych potrawach i produktach spożywczych**Table III.** A way of informing patients about amount of energy in selected meals and food products

Lp.	Nazwa produktu	Ilość [g]	Miara domowa	Energia [kcal]
1.	chleb graham	50	1 kromka (średnio gruba)	102
2.	bułka pszenna	50	1 sztuka	125
3.	ryż suchy	20	1 czubata łyżka	68
4.	otręby pszenne	8	1 łyżka	20
5.	makaron dwujajeczny gotowany	250	1 szklanka	310
6.	mąka pszenna wrocławska	10	1 płaska łyżka	34
7.	mleko 2% tłuszczu	250	1 duża szklanka	128
8.	śmietana 18% tłuszczu	15	1 łyżka	28
9.	ser twarogowy chudy	50	kawałek 5,5 × 3 × 3 cm	50
10.	jogurt morelowy 1,5% tłuszczu	150	kubek mały	95
11.	kefir 2% tłuszczu	250	1 szklanka	115
12.	ser Gouda tłusty	20	plasterek 6,5 × 6 × 0,3 cm	57
13.	lody śmietankowe	25	1 gałka	40
14.	kielbasa szynkowa wieprzowa	20	1 plasterek 9,5 × 0,2 cm	30
15.	filet z ryby surowy dorsz	50	kawałek 8,5 × 4,7 × 1,5 cm	35
16.	margaryna „Rama”	10	1 płaska łyżeczka	63
17.	olej roślinny	5	1 łyżeczka	45
18.	ziemniaki gotowane	70	1 średni	60
19.	kapusta poszatkowana biała	90	1 szklanka	35
20.	marchew	50	1 sztuka dł. 12 cm, średnica 2,5 cm	15
21.	rzodkiewka	150	1 pęczek — 10 sztuk	20
22.	truskawki	100	7 sztuk dużych lub 11 średnich	28
23.	winogrona	100	20 sztuk średnich	70
24.	sok pitny jabłkowy	250	1 szklanka	120
25.	pomidorowa z ryżem	400 ml	1 porcja	220
26.	gołąbki z mięsem	150	1 gołąbek (średni)	200
27.	pierogi z mięsem	170	10 pierożków małych	456
28.	naleśniki z serem	250	3 sztuki	678
29.	sałata zielona ze śmietaną	35	3 liście	29
30.	surówka z marchwi i jabłek	40	1 łyżka stołowa	47
31.	cukier	5	1 płaska łyżeczka	20
32.	czekolada mleczna	100	1 tabliczka	555
33.	sernik krakowski z rodzynkami	70	kawałek o boku 5 × 5 cm	250
34.	kawa Cappucino	150	1 filiżanka	38

Zalecając określone postępowanie dietetyczne należy uwzględnić indywidualne możliwości pacjentów. Postawienie łatwiejszego celu może być zachętą do podjęcia kuracji.

Podstawą leczenia otyłości jest ograniczenie spożycia energii prowadzące do ujemnego bilansu energetycznego [12]. Niezwykle istotnym elementem postępowania jest właściwe, systematyczne kontrolowa-

nie przestrzegania zaleceń. Prowadzenie notatek przez pacjenta pozwala kontrolować spożycie oraz doskonalić wiedzę odnośnie wartości energetycznej produktów i potraw. To ostatnie jest zagadnieniem bardzo ważnym, a może najważniejszym. Postępowanie dietetyczne prowadzące do redukcji masy ciała należy tak ułożyć i zestawić dietę, by po zakończeniu odchudzania była stosowana w profilaktyce.

Planowanie posiłków

Ważnym elementem leczenia otyłości jest samodzielne ograniczenie spożycia energii prowadzące do ujemnego bilansu energetycznego [12]. Listę produktów dozwolonych i niewskazanych trzeba uzupełnić informacjami o produktach spożywczych i potrawach zawierającymi dane odnośnie ilości energii. Wygodnie dla pacjenta jest, by dane o energii odnoszone były do ilości produktów i potraw podawanych w miarach domowych. Przykładem tak podawanych pacjentowi danych o zawartości energii w produktach i potrawach jest tabela III. Wskazujemy dalej pacjentowi na możliwości takiego doboru produktów, aby w posiłku znajdowała się możliwie mała ilość energii. Przykładowe zaplanowanie posiłku z zastosowaniem niskoenergetycznych składników pokazano w tabeli IV. Istotną cechą posiłku niskoenergetycznego jest jego organoleptyczna porównywalność tak w odniesieniu do rodzaju, jak i ilości produktów.

Ważnym czynnikiem sprzyjającym zwalczaniu nadwagi jest częstość wizyt i czas kontaktu pacjen-

ta z poradnią [12, 13]. Dostatecznie długi czas kontaktu pacjenta z poradnią prowadzi do większej redukcji nadwagi oraz pozwala na utrwalenie nawyków zapobiegających efektowi „jo-jo”. Warunkiem powodzenia jest również ścisła współpraca zespołu: lekarz — pacjent — dietetyk, a w określonych przypadkach również inni specjaliści, na przykład psycholog. Zalecenia żywieniowe powinny być tak sformułowane, aby pozwoliły osiągnąć nie tylko cel krótkoterminowy, ale również doprowadziły do zmiany zwyczajów żywieniowych i utrwały je.

Zakończenie

Dieta redukcyjna zawiera zmniejszone w stosunku do normalnego żywienia ilości tłuszczu ogółem i nasyconych kwasów tłuszczowych. Względnie bogatsza jest w warzywa, owoce oraz w tłuszcze zawierające nienasycone kwasy tłuszczowe. Dieta taka staje się bogatsza w produkty i składniki, które mogą obniżać ciśnienie tętnicze [14, 15, 16]. Ten znany fakt należy wykorzystywać przy leczeniu nadciśnienia tętniczego u wszystkich osób z nadwagą i otyłością.

Trudności utrzymania zredukowanej masy ciała wskazują, że większą uwagę należy kłaść na zapobieganie nadwadze. Sprzyjać temu może odpowiednio dawkowany wysiłek fizyczny: biegi, pływanie, jazda na rowerze. Ma to szczególne znaczenie u osób ze zwiększonym apetytem oraz u ludzi, którzy mają ułatwiony dostęp do pożywienia.

Tabela IV. Zaplanowanie posiłku z zastosowaniem zwykłych produktów oraz ich niskoenergetycznych odpowiedników

Table IV. Planning a meal using ordinary products and their low-energetic equivalents

Produkt tradycyjny	Energia [kcal]	Produkt o obniżonej kaloryczności	Energia [kcal]
Bulka (1 szt.)	125	Chleb chrupki 2 kromki	70
Masło wiejskie extra (10 g)	75	Margaryna do pieczywa „Bona” (10 g)	45
Szynka wieprzowa wędzona (2 plasterki)	80	Szynka drobiowa dietetyczna (2 plasterki)	20
Majonez (1 łyżeczka)	32	Majonez dietetyczny (1 łyżeczka)	9,8
Herbata (szklanka) z cukrem (2 łyżeczki)	40	Herbata ze słodzikiem „Diaspam” (2 tabletki)	1,5
Pepsi (szklanka)	110	Pepsi „Light” (szklanka)	0,7
Czekolada (2 kawałki)	70	Czekolada Light (2 kawałki)	60
Razem	532	Razem	207

Istotnym zagadnieniem jest również, by stawiany cel, granica redukcji nadwagi zbieżne były z oczekiwaniami i możliwościami pacjenta. Pamiętać przy tym należy, że celem zmniejszenia masy ciała jest obniżenie ciśnienia tętniczego, a nie osiągnięcie należytej masy ciała.

Streszczenie

Nadwaga i otyłość są ważnym problemem u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. W pracy sformułowano wiele wskazówek postępowania wartych uwzględnienia w procesie oddziaływania na osoby z nadwagą i otyłością.

słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, dieta, nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie Tętnicze 2002, tom 6, nr 1, strony 53–59.

Piśmiennictwo

- Gajewski P. Prewencja, wykrywanie, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Praktyczna* 199; 2: 11–51.
- Głuszek J. Leczenie nefarmakologiczne nadciśnienia tętniczego. *Nowa Klinika* 2000; 7 (13): 1349–1353.
- Kawecka-Jaszcz K., Januszewicz J., Rywik S., Sznajderman M. Nadciśnienie tętnicze pierwotne. *Kardiologia Polska* 1997; XLVI (supl. 1): 86–97.
- Staessen J., Fugard R., Lijnen P., Amery A. Body weight sodium intake and blood pressure. *J. Hypertens.* 1989; 7 (supl. 1): 19–23.
- Gordon N.F., Scoll C.B., Levine B.D. Comparison of single versus multiple lifestyle interventions. *Am. J. Card.* 1997; 79: 763–767.
- World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Guidelines Subcommittee. *J. Hypertens.* 1999; 17: 151–183.
- Welton P.K., Appel L.J., Espeland M.A., Applegate N.R., Ettinger W.H., Kostis J.R., Kumanyika S., Lacy C.R., Johnson K.C., Folmat S., Cublet S.A. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly. *JAMA* 1998; 279: 839–846.
- Mertens I.L., Van Gaal L.F. Overweight, obesity and blood pressure: The effects of modest weight reduction. *Obesity Research* 2000; 8 (3): 270–278.
- Tatoń J. Otyłość patofizjologia, diagnostyka, leczenie. PZWL, Warszawa 1985.
- Ziemiański Ś., Bułhak-Jahymczyk B., Budzyńska-Topolowska J., Panczenko-Kresowaka B., Wartanowicz M. Normy żywienia dla ludności w Polsce. Normy dla dorosłych. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Dietetyki* 1996; 2: 28–38.
- Hazyk A. K., Reguła J., Jeszka J. Ocena całodobowego bilansu energetycznego i zwyczajów żywieniowych dzieci otyłych. *Med. Wieku Rozwojowego* 2000; 2: 109–118.
- Jabłoński E., Buczek S.: Wpływ diety niskokalorycznej na obniżenie stopnia nadwagi u dzieci i młodzieży. *Ped. Polska* 1999; LXXXIV (10): 999–1005.
- Valverde M.A. i wsp. Outcomes of obese children and adolescents enrolled in multidisciplinary health program. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 1998; 22: 513–519.
- Appel L.J., Moore T.J., Obarzanek E., Vollmer W.M., Svetkey L.P., Sacks F.M., Bray G.A., Vogt T.M., Cutler J.A., Windhauser M.M., Lin P.H., Karanja N. A clinical trial of dietary patterns on blood pressure: DASH Collaborative Research Group. *N. Engl. J. Med.* 1997; 336: 1117–1124.
- McCarron D.A., Oparil S., Chait A., Haynes R.B., Kris-Etherton P., Stern J.S., Resnick L.M., Clark S., Morris C.D., Hatton D.C., Metz J.A., McMahon M., Holcomb S., Snyder F.X. Nutritional management of cardiovascular risk factors: a randomized clinical trial. *Arch. Intern. Med.* 1997; 157: 169–177.
- Svetkey L.P., Simons-Morton D., Vollmer W.M., Appel L.J., Conlin P.R., Ryan D.H., Ard J., Kennedy B.M., for the DASH Research Group. Effects of dietary patterns on blood pressure: subgroup analysis of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) randomized clinical trial. *Arch. Intern. Med.* 1999; 159: 285–293.