

Dieta w Hashimoto – z czym to się je?

W ostatnich latach coraz więcej kobiet jest diagnozowanych w kierunku choroby Hashimoto. Uważa się, że **80%** przypadków osób zmagających się z tą chorobą to właśnie kobiety. Szczególnie dotyczy to osób w przedziale **od 30 do 50 lat**, jednak granica ta zaczyna się znacznie przesuwac, czego najlepszym dowodem są coraz młodsze osoby cierpiące na Hashimoto.

Hashimoto jest przypadłością autoimmunologiczną, która pojawia się w wyniku zapalenia tarczycy. Niestety terapia nie opiera się jedynie na samej tarczycy, lecz całym organizmie. Prawidłowe leczenie wymaga zastosowania odpowiedniej diety. **Racja pokarmowa powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb i preferencji pacjenta, jak również biorąca pod uwagę przebieg i rozwój schorzenia oraz jednostek współistniejących.**

Choroba Hashimoto powiązana jest ze schorzeniami tarczycy, najczęściej z jej niedoczynnością. Z tego też powodu cierpi metabolizm, który może być **spowolniony aż do 30%** w stosunku to metabolizmu osoby zdrowej. Choć bardzo często kobietom cierpiącym na Hashimoto towarzyszy nadwaga lub otyłość, dieta redukcyjna nie jest polecana. W przypadku chęci zgubienia zbędnych kilogramów **zalecana jest aktywność fizyczna**, która usprawnia metabolizm oraz działanie hormonów tarczycy w komórkach, jednak w przypadku energetyczności – powinna mieścić się na poziomie takim samym jak zapotrzebowanie chorego. Dieta w tej jednostce chorobowej powinna opierać się na dwóch elementach. Po pierwsze, dieta ma eliminować składniki wywołujące zapalenia, po drugie zaś ma dostarczać składników niezbędnych do wspomagania pracy gruczołu tarczycowego. Zwraca się więc uwagę na regularność posiłków, sugerując ich liczbę w granicach **od 4 do 5**. W taki sposób nie dokłada się organizmowi stresu, który często jest jednym z czynników, które wywołują Hashimoto. Zaleca się również **diętę opartą na niskim indeksie glikemicznym oraz bazującą na produktach mało przetworzonych i naturalnych.**

W hashimoto specjaliści zalecają zastosowanie **większego udziału białka** w diecie. Jego podaż zwiększa się nawet do **25%** całodobowej podaży energii. Dobrym źródłem białek w diecie będą **ryby, jaja, mięso oraz owoce morza.**

Sugerowane spożycie tłuszczów to **30%** dziennego zapotrzebowania energetycznego, z ograniczeniem tłuszczów nasyconych do 10%. Szczególnie ważne są Niezbędne Nienasycone Kwasy Tłuszczowe (NNKT), a wśród nich **kwasy tłuszczowe omega-3**. Mają one działanie przeciwzapalne i poprawiają konwersję tyroksyny do trójjodotyroniny. Dobrym źródłem zaś będą **orzechy, ryby, oleje rybne oraz pestki dyni.**

Węglowodany natomiast to **45%** całkowitej podaży energii, a ich najlepszymi źródłami będą **kasze, ryże, amarantus czy quinoa**. Zaleca się bazowanie na węglowodanach złożonych i ograniczenie do minimum cukrów prostych. Warto zwrócić uwagę na błonnik, którego podaż w Hashimoto powinna być znacznie zwiększona. Podczas gdy u zdrowego człowieka zapotrzebowanie waha się pomiędzy 20 a 25 gramami dziennie, u osób chorujących na tę chorobę autoimmunologiczną zaleca się nawet do **35 gramów** błonnika dziennie.

Szczególną uwagę należy zwrócić na odpowiednią zawartość witamin i składników mineralnych, w tym



na bardzo istotny **Jod** oraz Selen a także witamina D. Badania naukowe mówią, że niedobór jodu wywołuje w organizmie wzrost stężenia TSH i jednocześnie powiększenie gruczołu tarczowego oraz powstawanie wola.

Zapewnienie odpowiedniego poziomu tegoż pierwiastka w diecie jest zatem jednym z głównych wyznaczników diety. By to zrobić, wystarczy włączyć do racji pokarmowej produkty będące jego dobrym źródłem – a więc **ryby, skorupiaki, produkty mleczne czy glony**. Pamiętajmy natomiast – najważniejszy jest umiar, zatem ani niedobór tego pierwiastka nie jest korzystny, ani nadmiar. Zbyt wysoki poziom jodu według niektórych źródeł może doprowadzić do zwiększonej produkcji nadtlenu wodoru, co z kolei wpływa na powstawanie stanu zapalnego w miększu tarczycy.

Selen natomiast jest niezbędny do syntezy hormonów tarczycy. Dodatkowo bierze on udział w konwersji hormonu T4 do T3, a także chroni tarczycę przed uszkodzeniem oksydacyjnym. Jego niedobór może powodować pogłębienie choroby. Produktami zawierającymi duże ilości tego pierwiastka są **skorupiaki, jaja, ryby i krewetki, jak również mleko i jego przetwory i sardynki**.

Co ciekawe, zgodnie z wieloma źródłami, aż 83% pacjentów cierpiących na Hashimoto wykazuje niedobór **witaminy D**. Od jakiegoś czasu przypuszcza się, iż jej niedobór może zwiększać ryzyko rozwoju schorzenia, a jej suplementacja powinna być stałym punktem leczenia.

W przypadku, kiedy u chorego na Hashimoto zauważamy niekorzystne objawy występujące po spożyciu produktów zawierających gluten i/lub laktozę, nie powinniśmy od razu włączać diet eliminacyjnych. Pierwszym z powodów jest dość wysoka zwykle cena produktów bezglutenowych czy też bezlaktozowych i niestety, ciągle utrudniony do nich dostęp w niektórych miejscowościach. Drugim powodem, również ważnym, jest to, że eliminacja glutenu już po miesiącu spowoduje, iż powrót do produktów zawierających to białko będzie trudne. W związku z tym, że białko to zawiera szereg niezbędnych związków, może dojść do niedoboru wielu składników, m.in. wapnia, magnezu, błonnika oraz witamin z grupy B.

Dobrym wyjściem jest wykonanie prób prowokacyjnych polegających na wykluczeniu początkowo laktozy na pewien okres – najlepiej 2 tygodnie, a następnie obserwacja organizmu i zmian jakie zachodzą. W sytuacji braku jakichkolwiek zmian i dalszym pojawianiu się złego samopoczucia i pozostałych symptomów należy podjąć kolejny krok, jeżeli natomiast nastąpi poprawa, sprawa staje się jasna, a dieta wymaga jedynie wyeliminowania tych produktów zawierających laktozę.

W innym przypadku, kolejnym etapem będzie eliminacja produktów zawierających gluten, na taki sam okres i również obserwowanie wystąpienia ewentualnej poprawy. Podobnie jak we wcześniejszym wspomnianym przypadku, wynik testu daje nam czystą wiadomość jak organizm reaguje na te produkty i czy w ogóle konieczna jest ich eliminacja.

Ciekawy jest fakt, że bardzo często u osób cierpiących na opisywaną przypadłość, źle tolerowane są produkty „psiankowate”, a więc **papryka, pomidor, ziemniak czy bakłażan**. Ich eliminacja jest konieczna w przypadku wystąpienia negatywnych symptomów jak zgaga, uczucie pieczenia, ciężkości czy kwaśnego odbijania. Warto zastanowić się także nad rezygnacją z tych surowców, które zawierają goitrogeny, a więc substancje wolotwórcze, które mogą wiązać się z jodem, powodując hamowanie syntezy hormonów tarczycy. Produkty je zawierające to np.: **orzechy ziemne, soja, szpinak, kalafior, brokuł, kapusta, brukselka, jarmuż, gorczyca**. Uważać nie należy oczywiście rezygnować, a



jedynie nie przesadzać z ilościami. Na szczęście substancje te praktycznie w całości ulegają dezaktywacji podczas procesów technologicznych z udziałem temperatury, zatem przygotowując brokuła czy kalafiora możemy ze spokojem go spożyć bez niekorzystnych konsekwencji.

Podsumowując, zastosowanie odpowiedniej diety u cierpiących na Hashimoto jest niezwykle istotne, gdyż prowadzi do spowolnienia procesu zapalnego i unormowania przypadłości. Dodatkowo ważne jest, by pamiętać, że racja pokarmowa powinna być indywidualnie dostosowana dla osoby chorej, zastosowanie ogólnie ustalonej diety może spowodować pogorszenie stanu zdrowia pacjenta i jego jakości życia. Dieta w Hashimoto, może być zróżnicowana i wcale nie musi być bardzo restrykcyjna. Przy zastosowaniu niewielkich zmian opiera się ona głównie na zasadach racjonalnego żywienia.

Bibliografia:

1. A. Janczy, S. Małgorzewicz: „Skuteczność diety redukcyjnej u pacjentek z chorobą Hashimoto.”, *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2015, tom 6, nr 3, 112-117.
2. D. Gajewska: „Choroba Hashimoto – Leczenie i żywienie”.
3. E. Zakrzewska, M. Zegan, E. Michota-Katulska: „Zalecenia dietetyczne w niedoczynności tarczycy przy współwystępowaniu choroby Hashimoto.”, *Bromat. Chem. Toksykol.*, XLVIII, 2015, 2, str. 117-127.
4. K. Gładyś, M. Guzek, K. Adrych, S. Małgorzewicz: „Praktyczne aspekty stosowania diety bezglutenowej u osób z chorobą trzewną.”, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2015, tom 9, nr 6, 447–455.
5. R. Markiewicz-Żukowska, S. K. Naliwajko, E. Bartosiuk, E. Sawicka, W. J. Omeljaniuk, M. H. Borawska: „Zawartość witamin w dietach kobiet z chorobą Hashimoto.”, *Bromat. Chem. Toksykol.*, HLIV, 2011, 3, str. 539-543.
6. Jarosz M., Stolińska H., Wolańska D., „Żywienie w niedoczynności tarczycy”, Warszawa 2016
7. Pastusiak K., Michałowks J., Bogdański P., „Postępowanie dietetyczne w chorobach tarczycy”, „*Forum Zaburzeń Metabolicznych*”, 2017

1.