

Angelika Kargulewicz

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie

Dieta bezglutenowa – kiedy jej stosowanie ma sens?

Dieta bezglutenowa w dzisiejszych czasach stała się swoistym remedium na różne schorzenia i dolegliwości. W wielu kręgach jest postrzegana jako element prozdrowotnego stylu życia. Zwolennicy tej diety eliminacyjnej przytaczają argumenty świadczące o immunogennych właściwościach glutenu i sensowności jego wykluczenia z diety w przebiegu szeregu chorób, którym towarzyszy stan zapalny. Zastosowanie znalazła również jako sposób żywienia u pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi innymi aniżeli celiakia. Celowe byłoby pytanie, w jakich sytuacjach faktycznie rekomenduje się eliminację glutenu z diety. Warto również zwrócić uwagę, że stosowanie jakiegokolwiek diety eliminacyjnej, także bezglutenowej, w praktyce wiąże się z szeregiem restrykcji, które mogą stanowić znaczące utrudnienie w codziennym przygotowywaniu posiłków, a także zwiększać ich koszt w związku z koniecznością zakupu alternatywnych artykułów spożywczych. Dodatkowo nieprawidłowo zbilansowana dieta bezglutenowa może być przyczyną niedoborów pokarmowych. Rynek produktów bezglutenowych każdego roku zwiększa swoją wartość, a na popularność diety bez glutenu mają wpływ działania marketingowe oraz środowisko celebryckie.

Gluten – białko występujące w ziarnach zbóż

Gluten stanowi połączenie białek: prolamin (gliadyna w pszenicy, sekalina w życie, hordeina w jęczmieniu, awenina w owsie) oraz glutelin. W tabeli 1 podano zawartość glutenu w popularnych produktach spożywczych. Główną funkcją glutenu w technologii żywności jest nadawanie sprężystej struktury wypiekom i wyrobom cukierniczym, w związku z czym gluten powszechnie występuje w wielu produktach spożywczych, nie tylko pochodzenia zbożowego.

Wskazania do wykluczenia glutenu z diety

Niekwestionowaną przesłanką do wykluczenia glutenu z diety jest choroba trzewna (celiakia) [1]. W tej sytuacji klinicznej jedynym sposobem leczenia jest trwała i bezterminowa eliminacja tego białka z codziennego jadłospisu. Nieprzestrzeganie zaleceń żywieniowych prowadzi do atrofii kosmków jelitowych, zespołu złego wchłaniania oraz zwiększa ryzyko rozwoju chorób nowotworowych. Dieta bezglutenowa stosowana w celiakii musi być przestrzegana restrykcyjnie, z wykluczeniem wszystkich produktów bazujących na zbożach glutenowych oraz potencjalnie zanieczyszczonych glutenem,

gdyż nawet niewielkie jego ilości (przykładowo 50 mg/dobę) mogą być przyczyną niepowodzeń w regeneracji kosmków jelitowych [2].

Dietę bezglutenową rekomenduje się także w ataksji glutenowej i chorobie Dühringa (rycina 1) [3]. Z kolei wskazaniem do wykluczenia z diety glutenu pszennego jest alergia na białko pszenicy. Coraz częściej podkreśla się również celowość ograniczenia białek glutenowych w diecie osób z tzw. nieceliakalną nadwrażliwością na gluten (*non-celiac gluten sensitivity* – NCGS) [4, 5].

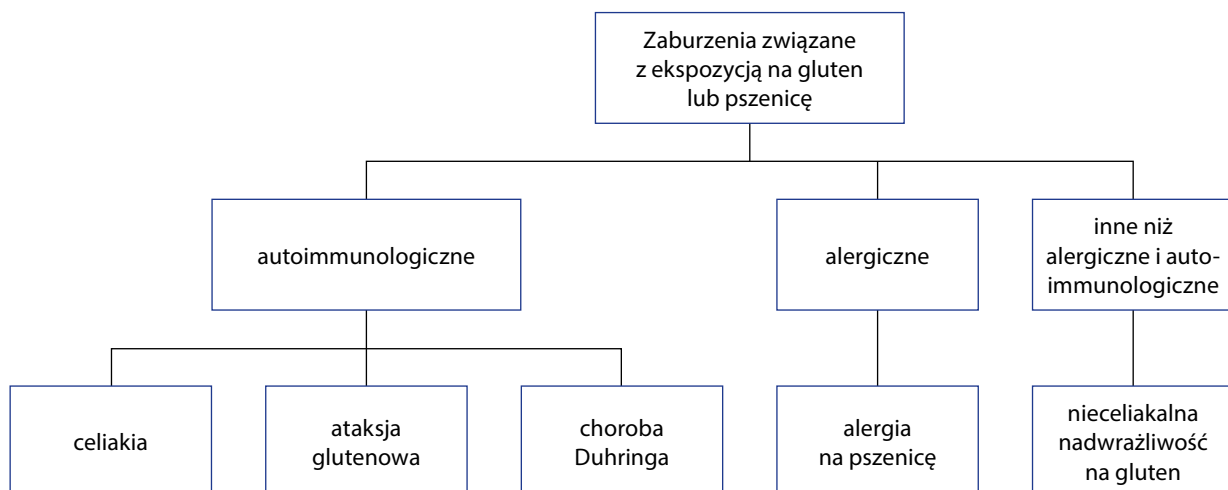
Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten – czy faktycznie istnieje?

Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten stanowi dosyć kontrowersyjne zaburzenie. Przez lata kwestionowano jej istnienie, niemniej jednak w ostatniej dekadzie wzrosła częstość ustalania tego rozpoznania. Nieceliakalną nadwrażliwość na gluten stwierdza się po uprzednim wykluczeniu celiakii oraz alergii na białko pszenicy, w związku z czym etiologia tego zaburzenia jest inna niż alergiczna i autoimmunologiczna. U pacjentów z NCGS nie występuje typowa dla celiakii atrofia kosmków jelitowych, natomiast miano anty-TTG (przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej) nie jest podwyższone. Na jakiej podstawie zatem stawiana jest diagnoza? Rozpoznanie opiera się głównie na objawach raportowanych przez pacjenta po spożyciu produktów zawierających gluten, co odzwierciedla tzw. glutenoależność (tab. 2). W wyniku zastosowania diety bezglutenowej zgłaszane objawy ustępują, po czym pojawiają się ponownie przy powtórnej ekspozycji. Warto również zauważyć, że ujemny wynik testu genetycznego w kierunku celiakii nie musi oznaczać, że pacjentowi nie szkodzi gluten. Etiologia NCGS nie jest do końca

wyjaśniona. Jako potencjalną przyczynę wymienia się nieprawidłowo funkcjonującą barierę śluzówkową jelit oraz uwarunkowania związane z wro-

Tabela 1. Zawartość glutenu w produktach spożywczych

Grupa produktów spożywczych	Źródła glutenu
zboża	<ul style="list-style-type: none"> • pszenica i jej odmiany: kamut, durum, płaskurka, samopsza, orkisz • żyto • jęczmień • pszenżyto • owies
artykuły spożywcze wyprodukowane na bazie zbóż	<ul style="list-style-type: none"> • mąki ze zbóż glutenowych • bułki, chleb pszenno-żytni, pumpernikiel, maca • kasze: manna, jęczmienna mazurska, perłowa, pęczak • makarony: żytni, pszenne • otręby • zarodki pszenne • słody
środki spożywcze zawierające niewielki dodatek składników zbożowych	<ul style="list-style-type: none"> • napoje mleczne z dodatkiem składników zbożowych • kasze i grysy w wędlinach, parówkach i wyrobach garmażeryjnych • tarta bułka w wyrobach panierowanych • owoce suszone oprószone mąką
wyroby zawierające skrobię ze zbóż glutenowych	<ul style="list-style-type: none"> • koncentraty obiadowe • sosy • kostki rosolowe • buliony • sos sojowy • komunikanty
napoje	<ul style="list-style-type: none"> • kawa zbożowa • napoje z dodatkiem błonnika pochodzącego ze zbóż glutenowych • piwo • whiskey



Rycina 1. Wskazania do wykluczenia glutenu lub pszenicy z diety

Tabela 2. Objawy po spożyciu glutenu u osób z nieceliakalną nadwrażliwością na gluten

ból brzucha, biegunka lub zaparcia, wzdęcia, uczucie przelewania w jelitach
nudności i wymioty
wysypka
anemia
ból głowy
chroniczne zmęczenie
splątanie
drewnienie i bolesność kończyn
osłabienie, omdlenia

dzoną odpowiedzią immunologiczną [3]. W sytuacji potwierdzenia rozpoznania NCGS leczenie żywieniowe nie wymaga tak restrykcyjnego postępowania jak w przypadku celiakii. Istnieją również perspektywy wykorzystania w diecie osób z NCGS starożytnych odmian pszenicy o niższej zawartości peptydów glutenowych oraz inhibitorów amylazy i trypsyny (*amylase trypsin inhibitors – ATI*), które są odpowiedzialne za indukowanie niepożądanych reakcji [3].

Dieta bezglutenowa w zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego

Czy dieta bezglutenowa może być pomocna w łagodzeniu dolegliwości ze strony układu pokarmowego? Hipotezy dotyczące wykluczenia glutenu z diety przykładowo u osób z zespołem jelita nadwrażliwego znane są już od lat, ale warto zadać pytanie, czy to faktycznie gluten jest sprawcą dokuczliwych objawów dyspeptycznych (wzdęcia, przelewania i kurczenia w jamie brzusznej, zmiana rytmu wypróżnień). Jak pokazują wyniki badań, dolegliwości żołądkowo-jelitowe zgłaszane po spożyciu pszenicy, jęczmienia czy żyta częściej mogą być spowodowane zawartością fruktanów o wysokim potencjale fermentującym aniżeli ekspozycją na białka glutenu. Z tego też powodu większą efektywnością w przebiegu zespołu jelita nadwrażliwego cechuje się dieta low FODMAP (*low fermentable oli-, di-, monosaccharides and polyols*), czyli model żywieniowy polegający na ograniczeniu fermentujących oligo-, di-, monosacharydów i polioli [6]. Wśród nich warto zwrócić uwagę właśnie na fruktany występujące w większości zbóż glutenowych. Dieta low FODMAP nie jest z zasady dietą bezglutenową, natomiast w dużej mierze eliminuje zboża glutenowe. Jednak przykładowo orkisz (odmiana

pszenicy) w związku ze stosunkowo niską zawartością fruktanów (0,14 g/100 g produktu) znajduje zastosowanie w tej diecie pomimo obecności w nim glutenu [7].

Dopuszcza się zastosowanie diety pozbawionej glutenu w nieswoistych chorobach zapalnych jelit (*inflammatory bowel diseases – IBD*), ale tylko krótkoterminowo i u pacjentów z zaostrzonymi objawami jelitowymi (okres rzutu choroby) opornymi na leczenie konwencjonalnymi metodami [8]. Hipoteza ta opiera się na założeniu, że gluten może zwiększać przepuszczalność śluzówki jelita, co z kolei przekłada się na gorszy przebieg kliniczny choroby.

Dieta bezglutenowa u pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi

W dzisiejszych czasach obserwuje się wzrost częstości występowania chorób z autoagresji. Przykładem takiego schorzenia jest autoimmunologiczne zapalenie tarczycy typu Hashimoto. Jednocześnie podkreśla się fakt równoczesnego występowania różnych chorób autoimmunologicznych, takich jak celiakia czy cukrzyca typu 1. W związku z powyższym może pojawić się pytanie, czy w takim układzie wszyscy pacjenci z chorobami autoimmunologicznymi powinni stosować dietę bezglutenową. Faktycznie, wskazuje się na stosunkowo częste współistnienie autoimmunologicznych chorób tarczycy z celiakią – równoczesne występowanie tych schorzeń stwierdza się u ok. 5% dorosłych i 8% dzieci [9, 10]. Niemniej nie stanowi to przesłanki do rekomendowania diety bezglutenowej wszystkim pacjentom z chorobą Hashimoto. Wskazuje się na celowość diagnostyki w kierunku celiakii u wszystkich osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy, a w razie stwierdzenia współwystępowania choroby trzewnej – wdrożenia diety bezglutenowej [9]. Pamiętajmy również, że nieprzemyślane proponowanie diety eliminacyjnej może nieść ze sobą negatywne konsekwencje w postaci niedoborów pokarmowych, alienacji społecznej związanej ze stosowaniem specyficznej diety, a nawet rozwojem zaburzeń odżywiania o podłożu ortorektycznym. Ciekawych wniosków dostarcza również badanie NHANES, które pokazuje, że osoby stosujące dietę bezglutenową cechują się wyższym stężeniem arsenu w próbkach moczu oraz zwiększoną zawartością rtęci, ołowiu i kadmu w surowicy krwi, co może być związane ze zwiększoną konsumpcją ryżu oraz ryb i owoców morza [11]. Nieumiejętnie stosowana

dieta bezglutenowa może się zatem wiązać z większym ryzykiem zdrowotnym aniżeli potencjalnymi korzyściami dla pacjenta.

Podsumowanie

Jak można zaobserwować, trendy ogólnoświatowe i zainteresowanie wpływem sposobu żywienia na stan zdrowia zaowocowały rozwojem nauk żywieniowych, ale również szerzeniem modnych treści, które nie zawsze mają odzwierciedlenie w praktyce klinicznej. Podejmując decyzję o wdrożeniu jakiegokolwiek diety eliminacyjnej, należy stwierdzić obecność rzetelnych przesłanek, które uzasadniają takie rozwiązanie. Ponadto wykluczenie z codziennego menu określonej grupy produktów spożywczych, jak ma to miejsce w przypadku diety bezglutenowej, powinno być prowadzone pod okiem wykwalifikowanego specjalisty, który dostarczy pacjentowi rzetelnej wiedzy na temat zasad prawidłowego bilansowania codziennego jadłospisu.

Piśmiennictwo

- Pearlman M, Casey L. Who should be gluten-free? A review for the general practitioner. *Med Clin N Am* 2019; 103: 89-99.
- Mehtab W, Singh N, Malhotra A i wsp. All that physician should know about gluten-free diet. *Indian J Gastroenterol* 2018; 37: 392-401.
- Aufiero VR, Fasano A, Mazzarella G. Non-celiac gluten sensitivity: how its gut immune activation and potential dietary management differ from celiac disease. *Mol Nutr Food Res* 2018; 62: e1700854.
- Rua EC, Drut ER, Pena AS. Non-celiac gluten sensitivity is not a new entity. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1805.
- Hozyasz KK. Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten (NCNG) – choroba ponownie odkryta. *Fam Med Prim Care Rev* 2015; 17: 79-83.
- Dionne J, Ford AC, Yuan Y i wsp. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2018; 113: 1290-1300.
- El-Salhy M, Gundersen D. Diet in irritable bowel syndrome. *Nutr J* 2015; 14: 36.
- Herfarth HH, Martin CF, Sandler RS i wsp. Prevalence of a gluten free diet and improvement of clinical symptoms in patients with inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis* 2014; 20: 1194-1197.
- Florczyk I, Florczyk M, Junik R. Dieta bezglutenowa a choroba Hashimoto – obecny stan wiedzy. *Forum Zab Metab* 2018; 9: 152-159.
- Antonelli A, Ferrari SM, Corrado A i wsp. Autoimmune thyroid disorders. *Autoimmun Rev* 2015; 14: 174-180.
- Raehsler SL, Choung RS, Marietta EV i wsp. Accumulation of heavy metals in people on a gluten-free diet. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018; 16: 244-251.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Angelika Kargulewicz
Profediet
os. Orła Białego 77/10
61-251 Poznań
e-mail: profediet@o2.pl