

مکمل یاری در زنان مبتلا به کبد چرب



■ حسین ایمانی
دکترای تخصصی علوم تغذیه گرایش بالینی از
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بیماری کبد چرب غیرالکلی (NAFLD) علت اصلی بیماری کبدی مزمن در کشورهای توسعه یافته است و بروز آن با افزایش سندرم متابولیک (چاقی و مقاومت به انسولین و دیس لیپیدمی) افزایش می یابد. علاوه بر چاقی و سن، جنسیت نیز ممکن است، شیوع شدت کبد چرب غیرالکلی را تحت تاثیر قرار دهد. تغییرات در ترکیب بدن، توزیع چربی و یا تغییرات هورمونی یا متابولیکی که به دنبال یانسگی در زنان رخ می دهد و همچنین ایجاد سندرم تخمدان پلی کیستیک ممکن است، بر پیشرفت کبد چرب غیرالکلی موثر باشد. درحال حاضر، هیچ دارویی که به طور موثر برای درمان بیماری کبد چرب باشد، وجود ندارد. درمان بیماری کبد چرب وابسته به علت بروز آن است و بر پایه اصلاح شیوه زندگی، کاهش وزن و فعالیت بدنی به منظور کاهش میزان چربی در کبد استوار است. هیچ اجماعی در مورد بهترین رویکرد به عنوان رژیم غذایی و یا شیوه زندگی برای بیماران کبد چرب غیرالکلی وجود ندارد. با این حال، برنامه زندگی با هدف کاهش وزن تدریجی و ورزش فیزیکی به عنوان استاندارد طلایی درمان برای تمام اشکال NAFLD در نظر گرفته می شود. بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی ممکن است، از یک رژیم غذایی با کربوهیدرات متوسط تا کم (۴۰ درصد تا ۴۵ درصد از کل کالری) بهره مند شوند. گنجاندن اسیدهای چرب امگا۳، غذاهای حاوی MUFA بالا، میوه، سبزیجات و GI پایین، غذاهای پر فیبر و کاهش مصرف چربی های اشباع، کربوهیدرات های ساده و نوشیدنی های شیرین به بیماران کبد چرب غیرالکلی توصیه می شود. به زنانی که چاق هستند، توصیه می شود، وزن خود را به صورت تدریجی و پایدار از طریق تغذیه مناسب و ورزش کاهش دهند. کاهش وزن باید در حد ۵ تا ۱۰ درصد وزن بدن برای کاهش استئاتوز و بالاتر از ۱۰ درصد به منظور بهبود التهاب در بیماران مبتلا به NASH باشد.

برای بیماران مبتلا به NASH که اضافه وزن نداشته و دیابتی نیستند، یک رژیم غذایی کم چربی توصیه می شود. همچنین توصیه می شود، از نوشیدن الکل پرهیز کنند، چراکه منجر به بروز عارضه کبد چرب در بیمار می شود. رژیم غذایی خوراکی باید مقادیر کافی ویتامین های A، C، K، E، فسفر، پتاسیم، سلنیوم، منیزیم، روی و کلسیم را فراهم کند. ارائه وعده های غذایی کوچک و مکرر برای جلوگیری از هیپوگلیسمی ناشی از ذخیره گلیکوژن محدود سوده مند است. بسیاری از روش های رژیم غذایی برای پیدا کردن بهترین راه حل برای درمان و پیشگیری از کبد چرب غیرالکلی مورد بررسی قرار گرفته است و بسیاری از موارد هم باید مورد بررسی قرار بگیرد. مکمل های مورد استفاده در زنان مبتلا به کبد چرب، در سه گروه طبقه بندی می شوند. مکمل های آنتی اکسیدانی، مکمل های التهابی و مکمل های تحریک کننده انسولین که در مطالعات حیوانی و انسانی اثرات مفیدی بر بهبود کبد چرب غیرالکلی نشان داده اند. آنتی اکسیدان هایی که مورد بررسی قرار گرفته اند، شامل ویتامین E، ویتامین C، زوروتول، آنتوسیانین، قهوه، عصاره چای سبز، زنجبیل، سیر، اس.آدنوزیل متیونین و ان.استیل سیستین (NAC) است. مکمل های ضد التهابی شامل اسیدهای چرب اشباع نشده، ویتامین D، پرپروتیک، پری بیوتیک و سین بیوتیک است. مکمل های تحریک کننده انسولین شامل دارچین، زردچوبه، کوئرستین و کارنیتین هستند. از مصرف خوراکی آلونهورا باید اجتناب شود و همچنین ویتامین A ممکن است، به خوبی تحمل نشود، بنابراین گیاهان و مکمل ها نباید بدون مشاوره با متخصصان تغذیه استفاده شوند. آزمایشات بالینی بیشتری برای حمایت از استفاده از رژیم های درمانی خاص و مکمل ها، به عنوان عامل پیشگیرانه یا درمانی در بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی مورد نیاز است. ■



نیاز محمدزاده هنرور متخصص تغذیه و رژیم درمانی



نقش مکمل هادر سلامت پوست، مو و ناخن

زندگی در دنیای مدرن آرزوی، تناسب اندام در کنار سلامت و زیبایی پوست و مورا به یک ایده آل در زنان و مردان تبدیل کرده است. پروسه افزایش سن در کنار رژیم های غذایی ناسالم و غیر متعادل و فعالیت فیزیکی ناکافی مواعی رادر رسیدن به این ایده آل بوجود آورده، لذا در سال های اخیر توجه ویژه ای به مکمل هایی متشکل از ریز مغذی های (مواد معدنی جزئی و ویتامین ها) موثر در این امر شده است. در میان درشت مغذی ها، تعداد زیادی مقالات و شواهد در حال افزایش در مطالعات حیوانی و بالینی در ارتباط با اسیدهای چرب امگا۳ و نقش آنها در سلامت پوست وجود دارد.

در ارتباط با ریز مغذی ها اهمیت تمام مواد معدنی جزئی یا مکانیسم های دقیق سلولی -مولکولی در جنبه های مختلف سلامت و عملکرد پوست مشخص شده است. در این میان، اهمیت برخی از آنها مانند روی و سلنیوم در بسیاری از مطالعات به دقت مورد بررسی و کاوش قرار گرفته است. اهمیت روی در سلامت پوست به دلیل وجود روی در متالو آنزیم های موثر در این باره نظیر متالو پروتئین های

کاهش ۵۰ درصدی آمار زنان باردار کم خون در یک دهه

■ سمانه جعفری

ممکن است، با خود فکر کنید، وقتی اشتها به غذا دارید و قادرید از هر نوع مواد غذایی استفاده کنید، پس چه نیازی وجود دارد که ویتامین بخوریم؟ اما این فکر نادرستی است. زیرا مواد غذایی که می خوریم، تمام ویتامین ها را در خود ندارند و برخی از ویتامین ها هستند که باید از طریق مکمل ها به بدن برسند. به خاطر همین است، که ویتامین برای بدن لازم است. پرونده پیش رو به بیان آن بخش از نیازهای سلامتی بدن و نیز سیاست های کشوری برای جبران بخشی از این نیازها، می پردازد که در ادامه می خوانید.

سیاست گذاری تغذیه ای وزارت بهداشت



زهرا عبداللهی، مدیر دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت، در گفت و گو با «سپید» در خصوص سیاست های وزارت بهداشت برای ارتقای سلامت مادر و کودک مکمل یاری ها در سنین مختلف می گوید: «در نظام سلامت کشور برای کنترل و پیشگیری کمبود ریز مغذی ها، برنامه مکمل یاری به صورت روزهانه برای مادران باردار و شیرده و کودکان زیر دو سال انجام می شود. یعنی اینکه مکمل های ریز مغذی از جمله مکمل آهن و برای کودکان زیر دو سال قطره آهن و قطره AD که حاوی ۱۵۰۰ واحد ویتامین A و ۴۰۰ واحد ویتامین D است، تهیه و تدارک دیده شده و از طریق واحدهای بهداشتی و درمانی توزیع می شود و به صورت رایگان در اختیار مادر قرار می گیرد تا قطره AD را به کودک از روز سوم تا پنجم تولد تا ۲۴ ماهگی روزهانه ۲۵ قطره بدهد. قطره آهن هم از پایان ماه ششم تا ۲۴ ماهگی به صورت رایگان در سیستم PHC توزیع می شود. برای مادران باردار و شیرده نیز به منظور پیشگیری از کمبود آهن و کم خونی، مکمل آهن تهیه شده و به صورت رایگان توزیع می شود. تمام مادران باردار از پایان ماه چهارم تا سه ماه بعد از زایمان قرص آهن را به صورت روزهانه مصرف کنند. علاوه بر آن مولتی ویتامین مینرال، حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید از پایان ماه چهارم تا هنگام زایمان باید مصرف کنند، از پایان ماه جاری این برنامه در کشور اجرا می شود. این قرص به صورت رایگان توزیع می شود. همچنین مکمل یدو فولیک در حال حاضر به سفارش وزارت بهداشت و پژوهشکده غدد درون ریز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و به کمک صنایع داروسازی تهیه شده و تولید انبوه آن آغاز و به بازار عرضه می شود. این موضوع در قالب بخش نامه به سراسر کشور ابلاغ شده است تا مشکلات کمبود ید در مادران باردار مشکل زان شود.»

وی ادامه می دهد: «علاوه بر اینها، برای گروه های سنی مختلف نیز در کشور برنامه های تغذیه ای دیگری وجود دارد. در مورد دختران نوجوان در سن بلوغ، از حدود ۱۰ سال پیش برنامه مکمل یاری آهن به صورت هفتگی به مدت چهار بار در هر سال تحصیلی راداریم. نتایج دو مطالعه و بررسی کشوری، نشان می دهد، که طی دوره ۱۰ ساله شیوع کمبود آهن و کم خونی در تمام گروه های سنی به خصوص در مادران باردار و کودکان زیر دو سال کاهش پیدا کرده است. از دو سال گذشته این برنامه تقویت شد و اعتبارات کافی اختصاص داده شد. یعنی ارتقای قابل ملاحظه در وضعیت سلامتی گروه های آسیب پذیر و کاهش ۵۰ درصدی کم خونی و کمبود آهن در کشور رخ داده است.»

وی می گوید: «از سال گذشته نیز مکمل یاری ویتامین D

در شبکه های بهداشتی و درمانی کشور راه اندازی شده است. چراکه کمبود ویتامین D نیز شیوع زیادی دارد. برای زنان و مردان میانسال مکمل های ویتامین D تهیه شده که ماهیانه یک عدد باید مصرف کنند. همچنین برای دختران و پسران دبیرستانی در سطح کشور نیز این برنامه اجرا شده و به صورت رایگان ماهیانه یک عدد مکمل ویتامین D دریافت می کنند. از جمله برنامه ای که جزو سیاست های جدید وزارت بهداشت است، تجویز مکمل ویتامین D برای مادران باردار است. چراکه کمبود این ویتامین در زنان باردار شیوع زیادی دارد. لذا براساس توصیه های کمیته کشوری، زنان باردار باید روزهانه ۱۰۰۰ واحد مکمل ویتامین D دریافت کنند. این برنامه هم در دستور کار وزارت بهداشت است تا امسال مقدمات کار فراهم شود.»

۲۱ درصد مادران باردار دچار کم خونی بودند!

عبداللهی به بیان کاهش چشمگیر آمار کم خونی در ایران اشاره کرده و می گوید: «در سال ۱۳۸۱ براساس آمار کشوری، ۲۱ درصد مادران باردار دچار کم خونی بودند، اما ۱۰ سال بعد از آن یعنی در سال ۱۳۹۱ طی بررسی های دیگری که در کشور انجام شد، این آمار به ۱۴ درصد کاهش پیدا کرد. در واقع شیوع کم خونی در زنان باردار در کشور، ۱۴ درصد است. این آمار از شیوع کم خونی در کشور آمریکا کمتر است. اینها به دلیل تدبیر و سیاست های وزارت بهداشت در سال های اخیر است.»

مدیر دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت می گوید: «در ۱۰۰۰ روز اول زندگی (از دوران جنینی تا سال اول زندگی) مسائل تغذیه ای اهمیت زیادی دارد. چنانچه در این دوره سوء تغذیه مزمن کودک را درگیر کند، عوارض زیادی در پی خواهد داشت. کوتاه قلدی یکی از عواملی است که به دنبال سوء تغذیه ایجاد می شود. در ایران طرف دو دهه گذشته با برنامه هایی که اجرا شده، شیوع کوتاه قلدی به میزان زیادی کاهش پیدا کرده است. در سال ۱۳۷۳ حدود ۲۰ درصد کودکان زیر پنج سال دچار کوتاه قلدی تغذیه ای مزمن بودند. اما طی بررسی که وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۰ انجام داد، نتیجه گرفت، شیوع کوتاه قلدی تغذیه ای، به میزان ۶/۸ درصد رسیده است. یعنی کاهش قابل ملاحظه ۵۰ درصدی در میزان کوتاه قلدی مشاهده می شود. در حال حاضر هم با برنامه و مداخلات وزارت بهداشت هدف این است که شیوع کوتاه قلدی تغذیه ای کمتر شود.» به عقیده وی: «مسئله ای که به عنوان اولویت مطرح است، اضافه وزن و چاقی در کودکان است. یعنی طی سال های گذشته شیوع چاقی افزایش داشته و در دوره ۱۰ ساله این آمار با رشد زیادی روبه رو بوده است.»

موفقیت بر نامه ملی مکمل یاری

کاهش ۵۰ درصدی آمار زنان باردار کم خون در یک دهه



افزایش پیدا می کند. لذا معمولاً مکمل های ویزوبارداری حاوی بده هستند. در این دوران میزان مورد نیاز کلسیم نیز در بدن زنان افزایش یافته و به همین دلیل علاوه بر توصیه های تغذیه ای، مصرف کلسیم نیز توصیه می شود. در دوران بارداری مصرف بیش از اندازه برخی مواد باید با دقت کنترل شود. از این دسته می توان به مصرف مکمل های حاوی ویتامین A اشاره کرد. این ویتامین به اندازه مناسب از طریق تغذیه سالم و متعادل به دست می آید. لذا به هیچ وجه مقدار بیش از اندازه آن توصیه نمی شود. در دوران یانسگی نیاز به مکمل هایی مانند کلسیم و ویتامین D افزایش پیدا می کند. از طرف دیگر مکمل های گیاهی حاوی فیتوپرووسترون ها مانند سویا نیز در کاهش علائم یانسگی مانند گر گرفتگی و یا اختلالات خلقی موثر است. گرچه مکمل های گیاهی باید تحت نظر پزشک یادار و ساز و با اطلاع پزشک معالج مصرف شوند.»

در هر مرحله نیازهای تغذیه ای متفاوتی وجود دارد



فاطمه سلیمانی، دکترای تخصصی مدیریت دارویی، دبیر کمیته کشوری تجویز و مصرف منطقی دارو در گفت و گو با «سپید» می گوید: «تجویز و مصرف منطقی مکمل هادر زنان به عنوان گروهی از موثر ترین افراد جامعه از اهمیت بالایی برخوردار است. به طور کلی زندگی یک زن را می توان به چهار مرحله تقسیم کرد که در هر مرحله نیازهای تغذیه ای متفاوتی وجود دارد. این مراحل شامل، سن بلوغ یا باروری، دوران بارداری و شیردهی و سن یانسگی است. به جز دوران کودکی که نیازهای بدن افراد در زن و مرد یکسان است، در سایر مراحل زندگی، زنان نیاز به مراقبت های خاص و مکمل های غذایی دارند.»

وی می گوید: «در دوران باروری و بلوغ، بدن زنان به دلیل تغییرات هورمونی و نیز از دست دادن ماهانه خون و کاهش ذخیره آهن نیاز به مصرف مکمل های غذایی حاوی آهن دارد. این مکمل ها در شکل های مختلف و با خصوصیات گوناگون در بازار دارویی موجود است. املاح مختلفی از آهن در این مکمل ها استفاده می شود، که خصوصیات بالینی متفاوتی ایجاد می کنند. فارغ از این خصوصیات میزان آهن دریافتی بدن (آهن المنتال) حدود ۱۵ میلی گرم روزهانه توصیه شده است. به شکل معمول بدن یک فرد سالم با تغذیه سالم و مناسب می تواند، سایر مواد مورد نیاز خود را تامین کند. بارداری و شیردهی یکی از مهم ترین بازه های زمانی در زندگی زنان شناخته می شود. در این دوران نیاز بدن به برخی مواد افزایش پیدا می کند. از آن جمله به آهن، کلسیم، ید و فولیک اسید می توان اشاره کرد. در دوران بارداری نیاز به آهن دو برابر قبل از بارداری افزایش یافته و این میزان افزایش نیاز به آهن برای رشد جفت و جنین به حدی است که به هیچ وجه از طریق مصرف مواد غذایی تامین نمی شود. بنابراین مصرف حداقل ۳۰ میلی گرم آهن المنتال برای پیشگیری از کم خونی فقر آهن و عوارض آن بر بدن و تکامل جنین و سلامت مادر از جمله مرگ و میر مادران، زایمان زودرس، رشد ناکافی جنین و افزایش خطر مرگ و میر جنین ضروری است. نیاز به اسید فولیک در دوران بارداری افزایش پیدا می کند. به دلیل نقش اسید فولیک در پیشگیری از نقص مادرزادی لوله عصبی، بهتر است، مصرف این مکمل از سه ماه قبل از بارداری آغاز شده و برای زنان بارداری که از قبل تصمیم به بارداری نداشتند، به محض اطلاع از بارداری مصرف روزهانه یک عدد از این مکمل توصیه می شود. البته باید توجه داشت، مصرف کافی منابع غذایی این ویتامین به تنهایی نیاز بدن زنان باردار به اسید فولیک را تامین نمی کند و نمی تواند جایگزین مکمل اسید فولیک شود.»

سلیمانی ادامه می دهد: «میزان نیاز بدن به ید در زمان بارداری ویدامه می دهد: «البته حتی در این شرایط براساس شرایط کشور مصرف برخی از ریز مغذی ها توصیه می شود. اما در شرایطی که نیاز افراد به دلایل مختلف از جمله رشد و نمو، شرایط فیزیولوژیکی خاص و ... افزایش پیدا می کند. و در شرایطی که تلاش والدین در خوراندن غذایی مغذی به کودک به شکست منجر می شود و کودک اشتهای خوبی برای غذا ندارد و یا تمایل زیادی به مصرف غذاهای خاصی دارد که به لحاظ تامین مواد مغذی کفایت خوبی ندارند، دیگر توانایی برنامه های غذایی مناسب برای تامین روزهانه کاهش پیدا می کند و لذا در این حالات متخصصان تغذیه و پزشکان مکمل غذایی توصیه می کنند. ■

اهمیت ریز مغذی ها برای کودک

حامد پورآرام، دکترای تغذیه از دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی علوم تغذیه و رژیم شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گفت و گو با



«سپید» می گوید: «تغذیه صحیح در دوران کودکی بسیار مهم و حیاتی است، اما به رغم تلاش والدین در تامین نیازهای تغذیه ای کودک مانعانه در برخی موارد تامین غذای مغذی به درستی صورت نمی گیرد و لذا کمبود اتفاق می افتد. به منظور اطمینان از دریافت مواد مغذی مورد نیاز روزهانه علی الخصوص ریز مغذی ها، کارشناسان و متخصصان تغذیه از هرهای غذایی استفاده می کنند، که به همین منظور طراحی شده است و این امکان را به شما می دهد که بتوانید غذاهای مقوی و مناسب انتخاب کنید. فرض بر این است که در صورت تبعیت از توصیه های ارائه شده و مصرف وعده های غذایی مقوی و مغذی می توان تاحدزیادی از دریافت به اندازه ریز مغذی های مورد نیاز روزهانه اطمینان حاصل کرد.»

وی ادامه می دهد: «البته حتی در این شرایط براساس شرایط کشور مصرف برخی از ریز مغذی ها توصیه می شود. اما در شرایطی که نیاز افراد به دلایل مختلف از جمله رشد و نمو، شرایط فیزیولوژیکی خاص و ... افزایش پیدا می کند. و در شرایطی که تلاش والدین در خوراندن غذایی مغذی به کودک به شکست منجر می شود و کودک اشتهای خوبی برای غذا ندارد و یا تمایل زیادی به مصرف غذاهای خاصی دارد که به لحاظ تامین مواد مغذی کفایت خوبی ندارند، دیگر توانایی برنامه های غذایی مناسب برای تامین روزهانه کاهش پیدا می کند و لذا در این حالات متخصصان تغذیه و پزشکان مکمل غذایی توصیه می کنند. ■

خدیجه میرزایی

دکترای تخصصی تغذیه از دانشگاه علوم پزشکی تهران



مصرف مکمل ها و سلامت زنان ورزشکار

بی شک رژیم غذایی کافی با تامین مواد مغذی ضروری نقش مهم بر عملکرد همه ورزشکاران از جمله زنان ورزشکار است. دریافت ناکافی مواد مغذی در زنان ورزشکار شایع تر از مردان ورزشکار است. رژیم غذایی مناسب برای تامین انرژی کافی در طول فعالیت جسمانی و باز توانی پس از ورزش مهم است. برای ارتقای عملکرد جسمانی زنان ورزشکار با استفاده از مکمل های ورزشی توجه به چند نکته ضروری است. اولین نکته مهم تامین انرژی در رفتی متعادل در زنان ورزشکار است. زیرا تامین نیازهای انرژی و مواد مغذی مورد نیاز با وجود رعایت رژیم های کم چرب و یا حفظ وزن مناسب با انجام ورزش توسط زنان ورزشکار مشکل است. بنابراین اغلب زنان ورزشکار دریافت انرژی مورد نیازشان را برای دستیابی به وزن ایده آل محدود می کنند. دریافت ناکافی انرژی مورد نیاز همراه سطوح بالای تمرینات ورزشی خطر ایجاد اختلالات مرتبط به قاعدگی و کاهش سلامت استخوان را افزایش می دهد. شیوع اختلالات قاعدگی مرتبط با ورزش در زنان فعال بالاست و می تواند وضعیت سلامت استخوان را به خطر بیندازد که

شامل کاهش تراکم معدنی استخوان، پوکی استخوان و شکستگی استخوان است. دریافت انرژی متعادل و تغذیه مناسب باعث بهبود عملکرد و حفظ سلامتی ورزشکاران می شود. یافته های حاصل از مطالعات نشان داده که دریافت مکمل های تغذیه ای انرژی زا و تامین کمبود های مواد مغذی از طریق دریافت مکمل های تغذیه ای باعث بهبود وضعیت اختلالات قاعدگی ناشی از ورزش می شود. نکته مهم دیگر توجه به تفاوت های متابولیکی زنان و مردان ورزشکار است. نگرانی مهم در تجویز مکمل های ورزشی تفاوت های جنسیتی است. برای چندین دهه به تفاوت های زنان و مردان ورزشکار در پاسخ های متابولیکی ورزشکاران توجه نمی شد. بنابراین در گذشته تجویز مکمل های ورزشی و تمرینات ورزشی به طور اختصاصی بر طبق پاسخ های خاص جنسیت های متفاوت نبوده است. اخیراً یافته های حاصل از مطالعات نشان داده است که زنان در مقایسه با مردان به نسبت چربی بیشتر و کربوهیدرات کمتری در طول ورزش های استقامتی مصرف می کنند. همچنین به طور مشابه در طول ورزش اکسیداسیون اسیدهای آمینه در مقایسه با مردان کمتر است. بخش عمده این تفاوت با سطوح بالای استروژن در زنان ورزشکار قابل توجیه است. آگاهی از تفاوت های مردان و زنان ورزشکار باعث خواهد شد که نوع مکمل ورزشی پیشنهادی توسط متخصصان تغذیه به ورزشکاران متفاوت باشد، که شامل مکمل های کربوهیدرات، پروتئین، کربن آکسید و غیره است. ■