

Żywnienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą

Nawet u 20 proc. osób cierpiących na nowotwory wyniszczenie organizmu spowodowane brakiem odpowiedniego odżywiania jest bezpośrednią przyczyną zgonu¹. Niedożywienie diagnozuje się u 30 do nawet 90 proc. pacjentów, których dotyczy ta choroba². W ferworze nieustannie prowadzonych badań nad nowymi terapiami i ciągłego czekania na nowe leki przeciwnowotworowe, zapominamy o tym, co już istnieje, a ma ogromne znaczenie w procesie leczenia – prawidłowym odżywieniu organizmu.

Niedożywienie najczęściej stwierdza się u chorych z nowotworami układu pokarmowego oraz głowy i szyi, rzadziej u chorych z nowotworami tkanek miękkich, urologicznymi czy ginekologicznymi. **Wśród chorych na raka trzustki, niedożywionych może być nawet 80-85 proc., u pacjentów cierpiących na raka żołądka, ten odsetek wynosi średnio 65-85 proc., natomiast na raka przełyku 60-80 proc.** Dla porównania, w przypadku nowotworów urologicznych i ginekologicznych problem niedożywienia dotyczy 10-15 proc. pacjentów³. *Najbardziej narażone na rozwój niedożywienia są pacjenci z nowotworami górnego odcinka przewodu pokarmowego – podkreśla prof. dr hab. med. Piotr Rutkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej – Nawet niewielki guz nowotworowy zlokalizowany np. w przełyku jest w stanie uniemożliwić choremu prawidłowe odżywianie i doprowadzić go do skrajnego niedożywienia.*

Zaburzenia odżywiania mogą pojawić się również jako działanie niepożądane leczenia przeciwnowotworowego – radioterapii, chemioterapii czy zabiegu chirurgicznego. *Z dostępnych danych wynika, że przykładowo u chorych poddanych napromienianiu z powodu nowotworów złośliwych regionu głowy, spadek masy ciała podczas leczenia wynosi 4-10 kg - podkreśla prof. Rutkowski.*

Konsekwencje zaburzeń odżywiania

Konsekwencją problemów z odżywianiem jest szybka utrata masy ciała, osłabienie mięśni, pogorszenie sprawności psychoruchowej, upośledzenie odporności, a także zaburzenia trawienia, wchłaniania i perystaltyki jelit. Gorzej goją się rany, częściej rozwijają się zakażenia i powikłania, wydłuża się czas hospitalizacji i rekonwalescencji chorego. **Spadek masy ciała niejednokrotnie nie pozwala na prawidłowe leczenie (przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego czy zastosowanie chemio- czy radioterapii), jak również sprawia, że pacjenci częściej narażeni są na infekcje i powikłania pooperacyjne – podkreśla prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK).**

¹ Standardy leczenia żywieniowego w onkologii. Nowotwory. Journal of Oncology 2015; 65 (4): 321

² Nitenberg G, Raynard B. Nutritional support of the cancer patient: issues and dilemmas. Critical Reviews in Oncology/Hematology 34 (2000) 137-168

³ von Meyenfeldt M. Cancer-associated malnutrition: an introduction. Eur J Oncol Nurs. 2005;9 Suppl 2:S35-8

Partnerzy:



Polskie Towarzystwo
Onkologii Klinicznej



Polskie Towarzystwo
Żywnienia Klinicznego Dzieci



Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych



PROGRAM
EDUKACJI
ONKOLOGICZNEJ

Dlatego eksperci zgodnie podkreślają, że **integralną częścią terapii powinno być leczenie żywieniowe**, polegające na przeprowadzeniu u każdego pacjenta oceny stanu odżywienia i zapotrzebowania na wszystkie niezbędne substancje odżywcze, a w razie potrzeby podawaniu mu – drogą doustną, dojelitową lub pozajelitową – odpowiednich ilości energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody oraz monitorowaniu jego stanu klinicznego.

Żywnienie w terapii onkologicznej

U dorosłego człowieka podaż białka powinna kształtować się na poziomie 0,8–1,5 g/kg m.c./dobę natomiast zapotrzebowanie energetyczne oscyluje na poziomie 25–35 kcal/kg m.c./dobę. W chorobie nowotworowej **zapotrzebowanie organizmu na białko może wzrosnąć znacząco**. Jest uzależnione od wielu czynników, jak stan odżywienia, stopień zaawansowania oraz lokalizacja nowotworu, metody leczenia, jak również stanu ogólnego pacjenta. Maksymalne zapotrzebowanie na białko powinno kształtować się na poziomie 2-3g/kg mc./dobę przy podaży energii nawet do 35-45 kcal/kg mc./dobę. Dodatkowo organizmowi należy dostarczać wszystkich niezbędnych makro i mikrośladków oraz witamin, które powinny być podawane w ilościach pokrywających zapotrzebowanie dobowe chorego.⁴

Trzeba pamiętać, że nie zawsze udaje się pokryć to zapotrzebowanie w oparciu o standardową dietę domową tak, aby za jej pomocą można było dostarczyć organizmowi wszystkich niezbędnych składników. W takiej sytuacji specjaliści zalecają stosowanie wsparcia żywieniowego. Żywnienie medyczne, nazywane także interwencją żywieniową powinno być włączone do terapii równoległe z leczeniem przeciwnowotworowym – mówi dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, Prezes Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN).

Jak już zostało wspomniane, pacjenci z pewnymi nowotworami są szczególnie zagrożeni niedożywieniem, **jednak nie można zapominać, że w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej wyniszczenie może dotyczyć każdego chorego.** Wyniszczenie jest czynnikiem złego rokowania, należy je intensywnie leczyć, bo **pacjent niedożywiony zdecydowanie częściej rozwija powikłania, źle toleruje leczenie, nie jest w stanie realizować terapii w pełnych dawkach i we właściwych odstępach czasu, co ostatecznie przekłada się na gorsze wyniki leczenia onkologicznego** – wyjaśnia dr Aleksandra Kapała, lekarz onkolog pracujący w Klinice Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie oraz Przewodnicząca Szpitalnego Zespołu Żywieniowego.

Żywnienie medyczne jest metodą wspomagania leczenia, stosowaną w wielu chorobach i może całkowicie zastąpić tradycyjną dietę lub stanowić jej ważne uzupełnienie. **Korzyści ze stosowania specjalistycznego wsparcia żywieniowego są nie do przecenienia. Żywnienie medyczne powinno być integralną częścią terapii prowadzonej w celu poprawy lub utrzymania właściwego stanu odżywienia, poprawy rokowania i przyspieszenia**

⁴ Standardy Leczenia Żywieniowego w Onkologii, Nowotwory 2015

Partnerzy:



Polskie Towarzystwo
Onkologii Klinicznej



Polskie Towarzystwo
Żywnienia Klinicznego Dzieci



Polska Koalicja
Pacjentów Onkologicznych



PROGRAM
EDUKACJI
ONKOLOGICZNEJ

wyleczenia lub umożliwienia stosowania wielospecjalistycznego leczenia skojarzonego – podkreśla prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth, Przewodniczący Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO).

Kiedy i jak stosować żywienie medyczne?

Żywienie medyczne jest standardem postępowania u chorych z nowotworem zlokalizowanym w obrębie głowy i szyi, ponieważ są oni najczęściej narażeni na pogorszenie się stanu odżywienia i wyniszczenie nowotworowe. Powinno być także stosowane u chorych, u których stwierdza się:

- brak możliwości włączenia diety doustnej przez ponad 7 dni, nawet jeżeli pacjent jest prawidłowo odżywiony,
- obecne lub zagrażające niedożywienie (BMI < 18,5 kg/m², niezamierzona utrata masy ciała > 10 proc. w ciągu 3–6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia),
- brak możliwości utrzymania dziennego spożycia pokarmów, przekraczającego 60 proc. zalecanej normy przez ponad 10 dni,
- nieprawidłowy wynik przesiewowej oceny stanu odżywienia, przeprowadzanej podczas przyjęcia do szpitala, wg jednej z dwóch metod: SGA lub NRS 2002.

Wybór metody żywienia medycznego powinien być oparty na analizie stanu klinicznego chorego, stopnia i rodzaju niedożywienia, planowanego okresu żywienia oraz okresu stosowania żywienia (np.: przedoperacyjne, pooperacyjne). **Najlepszą, najwygodniejszą i co najważniejsze fizjologiczną formą żywienia medycznego jest metoda żywienia doustnego. W sytuacji, gdy nie jest możliwe pokrycie zapotrzebowania białkowo-energetycznego pacjenta niedożywionego ze słabym apetytem poprzez codzienną lub fortyfikowaną dietę produktami naturalnymi o dużej gęstości kalorycznej, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) rekomenduje hiperkaloryczne i wysokobiałkowe doustne specjalistyczne preparaty odżywcze** typu Nutridrink, które dostarczają w niewielkiej objętości skoncentrowaną ilość kalorii i wartości odżywczych. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, aby u chorych skrajnie wyniszczonych wprowadzać wsparcie żywieniowe stopniowo, aby uniknąć możliwości rozwoju zespołu ponownego odżywienia.⁵

Ze względu na znaczenie zagadnienia postępowania żywieniowego w procesie leczenia chorób onkologicznych towarzystwa naukowe tj. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu POLSPEN wspólnie przygotowały „Standardy leczenia żywieniowego w onkologii”. Dokument powstał w 2015 roku i zawiera najważniejsze rekomendacje związane z rozpoznawaniem niedożywienia i odpowiednim włączaniem interwencji żywieniowej, dostosowanej do sytuacji klinicznej pacjenta.

⁵ Kłęk S et al. Standardy Leczenia Żywieniowego w Onkologii. Nowotwory. Journal of Oncology 2015; 65(4):320-337

Partnerzy:



Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej



Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci



Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych



ALIVIA



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ