

Leczenie żywieniowe w gabinecie lekarza POZ – co jest możliwe? Od ONS po żywienie dojelitowe



Lek. Agnieszka Rogulska

Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Według danych Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) na podstawie ankiety przeprowadzonej w 2021 r. – 85% studentów oraz lekarzy praktykujących w polskich szpitalach deklaruje, że nie byłoby w stanie samodzielnie zainicjować i przeprowadzić interwencji żywieniowej [1]. Obecnie nie dysponujemy danymi pochodzącymi z lecznictwa otwartego. Wydaje się jednak, że stosowanie terapii żywieniowej w podstawowej opiece zdrowotnej też może stanowić duży problem i wyzwanie dla lekarzy pierwszego kontaktu.

Leczenie żywieniowe skraca czas leczenia, poprawia przeżywalność chorych, zmniejsza liczbę powikłań dotychczas prowadzonego leczenia [2].

■ Niedożywienie – skala problemu

Niedożywienie wydaje się być niedocenionym problemem w gabinetach lekarzy pierwszego kontaktu. Niestety nie dysponujemy wiarygodnymi danymi oceniającymi ten problem w codziennej praktyce lekarza POZ. Skalę problemu niedożywienia w Polsce przybliżają coroczne badania prowadzone w ramach *Nutrition Day* wspieranych przez Polskie Towarzystwa Żywieniowe (POLSPEN i PTŻK). Dane te dotyczą pacjentów przyjmowanych do szpitala i przebywających w warunkach szpitalnych.

Ponad 30% chorych jest niedożywionych podczas przyjęcia do szpitala, a u dalszych

20–30% niedożywienie pogłębia się podczas pobytu w szpitalu [3]. Te liczby są bardzo niepokojące, wskazują na skalę niedożywienia chorych i wysokie prawdopodobieństwo powrotu niedożywionego pacjenta ze szpitala do gabinetu lekarza pierwszego kontaktu.

Według danych POLSPEN wzrasta również częstość występowania otyłości – dotyczy ona ponad 60% Polaków i 50% Polek. To także wyzwanie dla lekarzy, gdyż w przypadku otyłości rzadko myśli się o zaburzeniach żywieniowych, szczególnie występowaniu poważnych niedoborów białkowych. Otyłych pacjentów często uważa się za niezagrożonych zaburzeniami żywieniowymi.

Generalnie, ponad 70% obywateli Polski cierpi na zaburzenia stanu odżywienia. Z tego powodu wykrywanie niedożywienia oraz leczenie żywieniowe odgrywa podstawową rolę w opiece medycznej, a jego prawidłowe prowadzenie pozwala na poprawę wyników leczenia i znaczną redukcję kosztów opieki zdrowotnej [3].

■ Rodzaje niedożywienia

Wyróżniamy 3 rodzaje niedożywienia związane z chorobą: marasmus, kwashiorkor oraz niedożywienie mieszane.

Niedożywienie typu marasmus jest spowodowane długotrwałym przyjmowaniem mniejszej ilości białka i energii niż wynosi zapotrzebowanie. Głównymi objawami są: ubytek masy ciała, osłabienie, niedokrwistość i pogorszenie funkcji wszystkich narządów i układów. Rozpoznanie jest stosunkowo proste, ponieważ chory sam wskazu-

je na chudnięcie i objawy, które mu towarzyszą. Postawienie rozpoznania ułatwia też wywiad chorób przewlekłych (choroby układu pokarmowego, choroby układu oddechowego, krążenia, nerek, obecność choroby nowotworowej) [4].

Niedożywienie typu kwashiorkor jest zagrażającym życiu ostrym niedożywieniem białko-kalorycznym, przebiegającym z hipoalbuminemią, obrzękami, niedokrwistością i zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej. Ten rodzaj niedożywienia w polskich warunkach występuje najczęściej u chorych z nadwagą lub otyłością w przebiegu ostrej choroby, w następstwie ciężkiego urazu lub po operacjach prowadzonych na płynoterapii bez uzupełniania białka i kalorii przez ponad 7 dni. Ten typ niedożywienia jest dość trudny do rozpoznania ze względu na pierwotną nadwagę lub otyłość pacjenta. Tacy chorzy do produkcji substratów energetycznych zużywają białko zawarte w mięśniach, którego mają relatywnie mniej niż osoba z prawidłową masą ciała, a nie tłuszcz, pochodzący z tkanki tłuszczowej, którego mają zdecydowanie za dużo. U tych chorych obserwuje się bardzo szybki rozwój niedożywienia pomimo utrzymywania, a nawet przyrostu masy ciała (zatrzymywanie wody w ustroju przy nadmiernej podaży płynów i sodu, zwłaszcza przy hipoalbuminemii) [4].

Niedożywienie typu mieszanego jest połączeniem wyżej opisanych sytuacji, czyli niedożywienia białkowo-energetycznego typu marasmus i kwashiorkor. Charakteryzuje się zarówno zmniejszeniem masy ciała pacjenta, jak i zmniejszeniem stężenia albumin w surowicy krwi, zaburzeniami elektrolitowymi, nasilonym zapaleniem, upośledzeniem odporności komórkowej. Ten rodzaj niedożywienia jest spotykany u chorych na ciężkie ostre zapalenie trzustki, ciężką postać choroby Leśniowskiego-Crohna, u chorych po urazach wielonarządowych [4]. W klasyfikacji ICD 10 niedożywienie jest kodowane pod numerami E40-E46.

■ Konsekwencje niedożywienia

Dlaczego niedożywienie jest tak istotnym problemem, który nie powinien być nigdy baga-

telizowany? Dlatego, że prowadzi do wielu poważnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak: spadek masy ciała, obniżenie siły mięśniowej, utrata białka, zanik mięśni oddechowych, zanik kosmków jelitowych, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, niedokrwistość, zwolnienie rytmu serca (bradykardia), zmniejszenie masy mięśnia sercowego, zmniejszenie objętości wyrzutowej serca, zmniejszenie pojemności oddechowej i życiowej, wzrost częstości zakażeń (częstsze infekcje górnych dróg oddechowych, zapalenia płuc i oskrzeli), zaburzenia motoryki żołądka i jelit, zmniejszenie ilości soku żołądkowego i enzymów trawiennych, pogorszenie trawienia i wchłaniania, spowolnienie gojenia ran, zwiększenie podatności na zakażenia, niedobór białek odpornościowych, obecność polineuropatii (głównie z niedoborów witamin z grupy B), wzrost ryzyka pojawienia się osteopenii i osteoporozy, częstsze zaburzenia o charakterze demencji, apatii i depresji [5].

Te wszystkie stany przyczyniają się do wzrostu śmiertelności osób niedożywionych. Jeżeli chory pozostaje 5 dni bez żywienia, to ryzyko infekcji i śmiertelności znacząco u niego wzrasta. Granicą głodzenia jest 5–7 dni. Po 14 dniach braku przyjmowania pokarmów przez chorego następuje niebezpieczna utrata beztłuszczowej masy ciała [6]. Aby zapobiec niedożywieniu, czy to w warunkach szpitalnych, czy to w warunkach domowych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub domach opieki, stosuje się leczenie żywieniowe.

■ Kiedy interwencja żywieniowa?

Jeśli u chorego podejrzewamy niedożywienie, niedożywienie umiarkowanego stopnia lub stan wyniszczenia, lekarz albo dietetyk mogą podjąć decyzję o interwencji żywieniowej. Do podjęcia takiej decyzji skłaniają: utrata masy ciała w ciągu 2–6 miesięcy, zmiany w przyjmowaniu pokarmów, objawy ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka, jadłowstręt), utrata wydolności fizycznej, wzrost zapotrzebowania

na składniki odżywcze, utrata podskórnej tkanki tłuszczowej, zanik mięśni, wodobrzusze. Istotnym wskaźnikiem niedożywienia jest utrata 10% masy ciała w ciągu 3 miesięcy poprzedzających przyjęcie do szpitala lub wizytę u lekarza POZ.

W warunkach gabinetu POZ warto zadać 4 pytania zaproponowane przez Lennarda Jonesa, które pozwalają szybko ocenić wstępny stan odżywienia pacjenta [7]:

- Czy ostatnio nie tracił (a) Pani/Pan na wadze?
- Czy jadł (a) Pani/Pan mniej niż zwykle?
- Jaka jest Pani/Pana normalna waga ciała?
- Jaki jest Pani/Pana wzrost?

Pozwala to w ciągu kilku minut zorientować się, czy chory przejawia cechy niedożywienia. Warto pamiętać, że jednorazowe oznaczenie wskaźnika BMI nie służy do oceny stanu odżywienia, pozwala jednak określić stopień niedowagi. Według WHO BMI poniżej 18,5 oznacza niedowagę (może wiązać się z niedożywieniem). Dopiero 2 pomiary BMI w odstępie na przykład 4 miesięcy mogą być wykorzystane do oceny zmian w stanie odżywienia chorego. Do oceny stanu odżywienia pacjenta można również wykorzystać odpowiednie skale np. *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS)* – ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia lub *Subjective Global Assessment (SGA)* – subiektywna globalna ocena stanu odżywienia [8]. Z powyższymi skalami można zapoznać się, wchodząc na stronę Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Skale te są głównie wykorzystywane na oddziałach szpitalnych.

Jeżeli dysponujemy większą ilością czasu w gabinecie lekarskim lub częściej widzimy naszego pacjenta, możemy pokusić się o poproszenie chorego o spisanie przyjmowanych pokarmów na przykład w ciągu 3–7 dni. To pozwoli nam zorientować się czy mamy do czynienia z niedoborem białkowo-kalorycznym i jakiego stopnia. Dzienna racja pokarmowa dla każdego dorosłego pacjenta powinna dostarczać ok. 1900 kcal, 250 g węglowodanów, 60 g białka i 62 g tłuszczów [4]. Nie chodzi nam tylko o to, aby

wykrywać niedożywienie związane z chorobą czy wyniszczeniem (kacheksję), ale również ryzyko pojawienia się niedożywienia u naszego pacjenta. Takie ryzyko można m.in. ocenić stosując skalę NRS 2002 [8].

Nasz plan postępowania w gabinecie lekarza POZ powinien obejmować: identyfikację chorego z niedożywieniem lub obarczonego ryzykiem niedożywienia, zwiększenie podaży substancji odżywczych, poprawę stanu odżywienia, która wcale nie musi przejawiać się poprawą w statusie białkowo-energetycznym, ale na przykład pozytywnymi zmianami w układzie odpornościowym. Poprawa budowy ciała i jego funkcji może trwać kilka, kilkanaście miesięcy, a nawet być liczona w latach [6].

■ Leczenie żywieniowe – definicja

Leczenie żywieniowe (żywienie kliniczne) jest to postępowanie lekarskie obejmujące: ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie substancji odżywczych, monitorowanie stanu klinicznego. Leczenie żywieniowe jest integralną częścią terapii, prowadzoną w celu poprawy lub utrzymania stanu odżywienia, poprawy rokowania i przyśpieszenia wyleczenia, a także w celu umożliwienia stosowania innych metod leczenia [9]. Najprostszą formą interwencji żywieniowej jest porada dietetyczna, następnie fortyfikacja diety, doustna suplementacja diety, całkowite żywienie dojelitowe, połączenie żywienia dojelitowego z pozajelitowym oraz całkowite żywienie pozajelitowe.

Zgodnie z wytycznymi ESPEN leczenie żywieniowe obejmuje m.in. wzbogacanie pokarmu przemysłowymi dietami cząstkowymi zawierającymi jeden składnik odżywczy, na przykład białko, węglowodany, tłuszcz. Ten rodzaj interwencji żywieniowej wydaje się być bardzo prosty i możliwy do zlecenia przez każdego lekarza rodzinnego. Produkty zawierające pojedyncze składniki odżywcze są dostępne bez recepty, można je kupić w każdej aptece. Na przykład

wysokobiałkowe dodatki do pokarmów w postaci proszku należące do żywności specjalnego przeznaczenia medycznego nie zmieniają smaku ani zapachu potraw i napojów, do których mogą być dodawane, są bardzo dobrym uzupełnieniem białka u chorych z hipoproteinemią.

Doustne suplementy pokarmowe

Do leczenia żywieniowego zalicza się również stosowanie żywności specjalnego przeznaczenia medycznego (doustne suplementy pokarmowe – DSP, ONS – *Oral Nutritional Supplements*) do popijania między posiłkami jako uzupełnienie diety (1–3 opakowania dziennie: 300–900 kcal) lub jako jedyne źródło pożywienia (5–7 opakowań dziennie: 1500–2100 kcal).

Zalecając doustne suplementy pokarmowe lekarz pierwszego kontaktu powinien zwrócić uwagę na etykietę produktu (DSP nie posiadają charakterystyk produktu leczniczego). Znajduje się tam wiele ważnych informacji na temat składu i przeznaczenia produktu: zawartość i rodzaj białka (produkt normobiałkowy lub bogatobiałkowy), stopień hydrolizy białka (produkty wysoko zhydrolizowane zawierają oligopeptydy i aminokwasy), gęstość kaloryczna (produkt normokaloryczny, wysokokaloryczny), obecność dodatkowych składników, takich jak: błonnik, kwasy omega-3, substancje przyspieszające gojenie ran. Na etykiecie jest też informacja o tym, czy produkt może być stosowany jako dieta kompletna, czy uzupełnienie diety oraz są wskazania dla szczególnych grup chorych, na przykład czy produkt jest przeznaczony dla osób z niewydolnością nerek (obniżona zawartość białka, obniżony poziom składników mineralnych) lub chorych z cukrzycą (niski indeks glikemiczny), albo chorych onkologicznych (produkty smakowe dla chorych z zaburzeniami czucia smaku w trakcie radio- czy chemioterapii). Gama produktów typu ONS jest bardzo szeroka.

Doustne suplementy pokarmowe są produktami bezpiecznymi. Do najczęstszych problemów zgłaszanych przez pacjentów należy nietolerancja

objętości produktu i możliwość wystąpienia biegunki. W takiej sytuacji zaleca się modyfikację dawki, rozpoczynając suplementację od niewielkiej ilości preparatu (mała porcja np. 50 ml, picie małymi łyżkami, rozcieńczanie produktu wodą, dodawanie go do innych potraw), a następnie stopniowe zwiększanie podaży [5].

Przy właściwym zrozumieniu zasad stosowania produktu większość pacjentów nie ma problemów z akceptacją tej interwencji żywieniowej. W badaniach z randomizacją dotyczących wspomaganie żywieniowego z zastosowaniem doustnych suplementów pokarmowych wykazano zmniejszenie śmiertelności (26% vs. 17%) i skrócenie czasu hospitalizacji (28 vs. 19 dni) [4]. Poprawa korelowała też z odpowiednią podażą białka i energii oraz zwiększeniem masy ciała [4].


Żywienie dojelitowe

Jeżeli interwencja żywieniowa za pomocą doustnych suplementów pokarmowych jest niewystarczająca u chorych z czynnym przewodem pokarmowym lub u chorych z zaburzeniami połykania (np. w następstwie udaru, w chorobie neuronu ruchowego, w stwardnieniu rozsianym oraz w nowotworach górnego odcinka przewodu pokarmowego), należy rozważyć żywienie dojelitowe metodą sztucznego dostępu [6].

Wg ESPEN żywienie dojelitowe to żywienie dietami przemysłowymi przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, nosowo-jelitowy, nosowo-dwunastniczy (rzadko) lub przez przetokę odżywczą (stomię) [10]. Żywienie dożołądkowe jest mniej fizjologiczne niż żywienie doustne, ale pobudza wydzielanie kwasu solnego, pepsyny, stymuluje wydzielanie żółci i enzymów trawiennych oraz pobudza perystaltykę. Wiąże się z założeniem zgłębnika nosowo-żołądkowego i podawaniem diety przemysłowej w sposób ciągły (metoda grawitacyjna, pompa) lub przerywany (metoda bolusów o jednorazowej objętości 200–300 ml podawanych w czasie 15–20 minut).

Zakładanie **zgłębnika nosowo-żołądkowego** nie jest ujęte w planie specjalizacyjnym

Rycina 1. Postępowanie z pacjentem zagrożonym niedożywieniem lub niedożywionym w warunkach POZ

1	Identyfikacja chorego z niedożywieniem lub obciążonego ryzykiem niedożywienia	
2	Zwiększenie podaży substancji odżywczych Interwencja żywieniowa 	porada dietetyczna, fortyfikacja diety, doustna suplementacja diety, całkowite żywienie dojelitowe, połączenie żywienia dojelitowego z pozajelitowym, całkowite żywienie pozajelitowe
3	Poprawa stanu odżywienia	
4	Poprawa budowy ciała i jego funkcji	

z medycyny rodzinnej [11]. Nie każdy lekarz pierwszego kontaktu podejmie się próby założenia zgłębnika nosowo-żołądkowego. Pielęgniarki w trakcie kształcenia przeddyplomowego nabywają umiejętności zgłębnikowania żołądka w celu karmienia chorego. Jednak należy pamiętać, że zabieg założenia zgłębnika nosowo-żołądkowego wiąże się z ryzykiem omyłkowego wprowadzenia go do dróg oddechowych, dlatego zawsze powinien być wykonywany przez lekarza lub pielęgniarkę, którzy mają doświadczenie w jego zakładaniu.

Aby prowadzić żywienie dojelitowe specjalnie do tego przeznaczonymi dietami przemysłowymi refundowanymi przez NFZ, należy skierować pacjenta do poradni żywieniowej. W celu rejestracji pacjenta do domowego żywienia dojelitowego chory musi mieć: założony sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego – zgłębnik nosowo-żołądkowy lub nosowo-jelitowy, gastrostomię (PEG) lub jejunostomię (zakładane w szpitalu w ramach zabiegu endoskopowego lub operacyjnego, głównie na oddziałach gastrologicznych lub chirurgicznych) oraz skierowanie do poradni żywieniowej wystawione przez lekarza z oddziału szpitalnego, na którym pacjent przebywał lub lekarza POZ. Po rejestracji do poradni następuje wizyta kwalifikacyjna lekarza i pierwsza wizyta pielęgniarki, następnie chory pozostaje pod stałą opieką poradni żywieniowej, otrzymuje regularne dostawy diet i sprzętu do domu oraz ma zapewnione regularne wizyty lekarza i pielęgniarki w domu [12].

Zgłębnik nosowo-żołądkowy może być utrzymywany w przewodzie pokarmowym przez 4–6

tygodni (w zależności od wskazań producenta). Powyżej tego okresu i braku możliwości powrotu do karmienia doustnego u pacjenta, należy rozważyć założenie **gastrostomii**. Gastrostomia to połączenie światła przewodu pokarmowego ze skórą poprzez wprowadzenie do żołądka przez powłoki brzuszne drenu o dużej średnicy. Obecnie przetokę żywieniową wykonuje się coraz częściej **metodą PEG**. Przezskórna gastrostomia endoskopowa (PEG) to technika chirurgiczna służąca wytworzeniu stomii odżywczej za pomocą technik endoskopowych, bez konieczności rozcinania powłok brzusznych.

Zakładanie sztucznych dostępów powinno wiązać się z podażą diet przemysłowych. Diety te są kompletne pod względem odżywczym, mogą stanowić jedyne źródło pożywienia dla pacjenta, nie zawierają: laktozy, glutenu, cholesterolu, puryn. Często wzbogaca się je w dodatkowe składniki, które są dopasowane do podstawowej choroby pacjenta (np. diety stworzone z myślą o pacjentach z ranami, niewydolnością nerek, niewydolnością wątroby).

Żywienie pozajelitowe

Polega ono na podaży wszystkich składników odżywczych **drogą dożylną** do żył obwodowych lub do żył centralnych w postaci mieszanin odżywczych [10]. Żywienie pozajelitowe stosuje się w przypadku braku możliwości zastosowania leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego (np. w zespole krótkiego jelita, nowotworowej niedrożności jelita) oraz w sytuacji, w której żywienie dojelitowe nie pokrywa po-

trzeb żywieniowych pacjenta. Jest ono głównie domeną leczenia szpitalnego i specjalistycznych poradni żywieniowych.

Podsumowanie

Leczenie żywieniowe obejmujące żywienie drogą przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe) oraz żywienie pozajelitowe jest ważnym elementem leczenia pacjenta z rozpoznaniem niedożywieniem. Żywienie dojelitowe obejmuje zarówno żywienie doustne, jak i żywienie bezpośrednio do żołądka lub do jelita. Preferowaną drogą żywienia jest zawsze żywienie drogą przewodu pokarmowego. Korzyści z zastosowania takiej diety dla organizmu są ogromne: utrzymujemy integralność i odżywienie jelita, poprawiamy motorykę jelita, zapobiegamy ciężkim powikłaniom. W żywieniu dojelitowym stosuje się żywność specjalnego przeznaczenia medycznego.

Z perspektywy lekarza POZ najprostszą interwencją żywieniową, jaką może zastosować, są doustne suplementy pokarmowe (DSP, *Oral Nutritional Supplements* – ONS). Mają one szeroki zakres wskazań w niedożywieniu związanym z chorobą, zarówno w okresie rekonwalescencji (po ciężkiej chorobie, np. udarze mózgu, dłuższym pobycie w szpitalu i/lub operacji), u pacjentów onkologicznych, przy trudno gojących ranach (odleżyny, zespół stopy cukrzycowej, owrzodzenie żyłne goleni), jak i w dolegliwościach związanych z postępującym wiekiem (wiełochorobowość, zaburzenia odporności).

Piśmiennictwo:

1. I. Konarska. 85% lekarzy pracujących w szpitalach nie poprowadziłoby samodzielnie interwencji żywieniowej. www.termedia.pl; na podstawie źródła: PAP/ Katarzyna Herbut. 17.11.2022
2. D. Volkert, A.M. Beck, T. Cederholm et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 2022;41:958-989. <https://polspen.pl/walka-z-niedozywieniem/>
3. Szczygieł B., Ukleja A. Jak rozpoznać i leczyć niedożywienie związane z chorobą. Wydanie II. PZWL. Warszawa 2017.
4. Zmarzły A. Doustne diety przemysłowe w zapobieganiu i leczeniu niedożywienia. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław. Wydanie I. Wrocław 2017.
5. Sobotka L. Podstawy Żywienia Klinicznego. Edycja czwarta. Wydawnictwo Scientifica. Wydanie II polskie tłumaczone z wydania IV oryginału. Kraków 2013.
6. King's Fund Centre Report. A positive Approach to Nutrition as

Treatment Lennard-Jones JE, ed. King's Fund Centre, 126 Albert Street, London NW1 7NF 1992.

8. Skala NRS 2002, Skala SGA. <https://polspen.pl/jak-ocenic-stan/>
9. Kłęk S. Standardy Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego. Wydawnictwo Scientifica. Kraków. 2019.
10. Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition* 2017;36:49-64.
11. Program specjalizacji w dziedzinie MEDYCYNY RODZINNEJ dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, lub zrealizowanego i zaliczonego odpowiedniego modułu podstawowego. <https://www.klrwp.pl/strona/28/program/pl>
12. Etapy kwalifikacji pacjenta do Poradni Żywieniowej. <https://nutri-med.pl/etapy-kwalifikacji-pacjenta/>