

X Sympozjum Terapia żywieniowa w onkologii

Streszczenia prezentacji Sesji czasopisma

Postępy Żywienia Klinicznego

Bydgoszcz, 2–3 lutego 2024 roku

Postępy Żywienia Klinicznego
2024, tom 19, 55–59

DOI: 10.5603/pżk.100488

e-ISSN 2956–9249

ISSN 1896–3706

Copyright © 2024 Via Medica

Interwencja żywieniowa u chorego z zaawansowanym rakiem przewodu pokarmowego — studium przypadku

Patrycja Glišńska

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
— Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

Niedożywienie stanowi istotne wyzwanie w opiece nad chorymi na nowotwory. U około 25% osób z towarzyszącym niedożywieniem ryzyko powikłań i śmierci w trakcie leczenia jest wyższe. Decyzję o sposobie żywienia podejmujemy indywidualnie, dostosowując ją do aktualnego stanu zdrowia pacjenta. Wdrożenie leczenia żywieniowego może znacząco poprawić stan odżywienia i zwiększyć skuteczność stosowanej terapii. W pracy tej przedstawiono przypadek 54-letniej pacjentki z rozpoznaniem gruczolakoraka odbytnicy NOS (gruczolakorak o niskim stopniu złośliwości) cT3bN1bM1b z przerzutami do wątroby i płuc. Pacjentka została poddana laparoskopowemu zabiegowi wyłonienia kolostomii dwulufowej w okrężnicy zstępującej, a rozpoczęcie leczenia żywieniowego prawdopodobnie odegrało decydującą rolę w jej przeżyciu. Pacjentka zgłosił się do kliniki w stanie ogólnym umiarkowanie ciężkim (ECOG-3) z objawami niedożywienia. W wywiadzie zaobserwowano utratę masy ciała o 18 kg w ciągu sześciu miesięcy (46 kg/155 cm, BMI 19,1 kg/m²). W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu stwierdzono podwyższone markery stanu zapalnego, trombocytozę, ciężką niedokrwistość oraz podwyższone stężenie markerów nowotworowych: Ca 19,9 > 10 000,00 IU/ml, CEA 248,80 ng/ml. W trakcie hospitalizacji

włączono żywienie pozajelitowe, co poprawiło stan ogólny i pozwoliło zakwalifikować pacjentkę do leczenia według schematu FOL-FOX-4 w odpowiednich dawkach. Leczenie kontynuowano według określonego schematu przez 12 kursów, uzyskując poprawę stanu ogólnego, przyrost masy ciała i zmniejszenie markerów nowotworowych.

Interwencja żywieniowa u dziecka z ostrą białaczką limfoblastyczną — studium przypadku

Monika Ziętańska¹, Aleksandra Stanisławska²,
Ninela Irga-Jaworska²

¹Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki, Katedra Żywienia
Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Ostra białaczka limfoblastyczna (ALL, *Acute Lymphoblastic Leukemia*) jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród dzieci. W trakcie leczenia ALL może dochodzić do szeregu powikłań, w tym problemów żywieniowych związanych z chorobą podstawową oraz skutkami ubocznymi leczenia. Jednocześnie w literaturze podkreśla się, że stan odżywienia może wpłynąć między innymi na przeżycie, tolerancję leczenia, ryzyko rozwoju infekcji czy jakość życia dzieci z chorobą nowotworową. Zarówno niedowaga, jak i otyłość u pacjenta leczonego z powodu ALL są niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi w kontekście przeżycia oraz ryzyka nawrotu choroby. Celem poprawy stanu odżywienia pacjentów pediatrycznych można zastosować różne strategie leczenia żywieniowego: modyfikację diety doustnej, zastosowanie żywności specjalnego

przeznaczenia medycznego (FSMP, *food for special medical purpose*), żywienie dojelitowe i pozajelitowe.

W niniejszej pracy przedstawiono 12-letnią pacjentkę z rozpoznaną ostrą białaczką limfoblastyczną z linii B, leczoną zgodnie z protokołem AIEOP BFM ALL 2017 POLAND. Pacjentka, w wyjściowo prawidłowym stanie odżywienia, wymagała różnych form leczenia żywieniowego z uwagi na pogarszający się apetyt, utratę masy ciała oraz zmiany składu ciała. Decyzje o leczeniu żywieniowym były podejmowane w oparciu o stan kliniczny pacjentki i wielokrotną ocenę dietetyka. W pierwszym okresie leczenia (Induction: IA-Pred: sterydoterapia w połączeniu z chemioterapią) stosowano modyfikacje diety doustnej oraz FSMP. Z uwagi na nieefektywne spożycie zaleconych preparatów oraz jednocześnie zmniejszającą się podaż doustną obserwowano dalszą utratę masy ciała, co było wskazaniem do rozpoczęcia żywienia dojelitowego z wykorzystaniem zgłębnika nosowo-żołądkowego (stosowano w etapach: Consolidation A oraz Extended Consolidation B). Zastosowane leczenie żywieniowe z wykorzystaniem różnych diet przemysłowych wpłynęło na znaczną poprawę stanu odżywienia (przyrost masy ciała, zwiększenie zawartości masy mięśniowej).

Wnioski: w trakcie leczenia onkohematologicznego wymagana jest ścisła współpraca i wymiana specjalistycznej wiedzy pomiędzy onkologami dziecięcymi i dietetykami klinicznymi celem uzyskania optymalnych efektów w leczeniu żywieniowym.

Zmiany stężenia poziomu aminokwasów rozgałęzionych u pacjenci operowanych z powodu guzów wątroby

Karolina Tkaczyk¹, Marlena Jakubczyk¹, Maciej Słupski²

¹Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

²Katedra Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Wstęp: Aminokwasy rozgałęzione, takie jak: leucyna, izoleucyna i walina (BCAA, *branched-chain amino acids*), należą do aminokwasów warunkowo niezbędnych, czyli zwiększa się ich zapotrzebowanie w okresach katabolicznych. Dodatkowo zalecane są w niewydolności wątroby ze względu na specyficzny szlak metaboliczny. BCAA metabolizowane są głównie w mięśniach szkieletowych, a tylko w niewielkim stopniu w wątrobie.

Cel pracy: Ocena zmiany stężeń poszczególnych aminokwasów rozgałęzionych przed resekcją wątroby z powodu guzów pierwotnych i wtórnych i po niej.

Metoda i materiał: Do badania zakwalifikowano 26 pacjentów (14 kobiet i 12 mężczyzn), u których przeprowadzono resekcje wątroby z powodów guzów pierwotnych

bądź wtórnych w latach 2015–2017 w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy.

Poziom leucyny, izoleucyny i waliny oceniano przed zabiegiem, a następnie po zabiegu w dobach: I, II, III, IV, V. Oznaczenie BCAA wykonano za pomocą wysokosprawnego chromatografu cieczowego.

Wyniki: Średnie stężenie leucyny w dobie 0 wynosiło 98,43 pmol/μl. W I dobie 117,01 pmol/μl, w II — 102,52 pmol/μl, w III — 140,1 pmol/μl, w IV — 100,15 pmol/μl, w V — 86,95 pmol/μl. Przed zabiegiem średnie stężenie izoleucyny wynosiło 48,247 pmol/μl. W I dobie — 51,691 pmol/μl, w II — 49,292 pmol/μl, w III — 92,069 pmol/μl, w IV dobie 57,625 pmol/μl, w V — 50,201 pmol/μl. Przed zabiegiem średnie stężenie waliny wynosiło 132,81 pmol/μl, w I dobie po zabiegu 155,76 pmol/μl, w II — 140,49 pmol/μl, w III — 175,46 pmol/μl, w IV i V dobie odpowiednio 137,392 pmol/μl i 131,45 pmol/μl.

Wnioski:

1. Stężenie aminokwasów rozgałęzionych po rozległych resekcjach wątroby jest dynamiczne i ulega ciągłym zmianom, co świadczy o aktywnym metabolizmie tych aminokwasów i ich niezbędności w tym okresie.
2. Stężenie BCAA w osoczu pacjentów poddanych rozległym resekcjom wątroby wzrasta w pierwszych dobach po zabiegu, osiągając maksymalną wartość w trzeciej dobie, co świadczy o mobilizacji rezerw tych aminokwasów.
3. W piątej dobie po zabiegu stężenie wszystkich trzech aminokwasów było najniższe, niższe od ich średniego stężenia przed zabiegiem, co świadczy o ich większym wykorzystaniu w okresie okołoperacyjnym.

Ocena stanu odżywienia dzieci w trakcie leczenia onkologicznego

Dorota Bartkowiak¹, Hubert Poraziński¹,

Katarzyna Podgórska², Monika Richert-Przygońska²

¹Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika — studenckie koło naukowe

²Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Nowotwory wieku rozwojowego odbiegają od chorób nowotworowych u dorosłych. Wśród rozpoznań dominują białaczki, chłoniaki, guzy ośrodkowego układu nerwowego, guzy lite narządowe czy nowotwory tkanek miękkich. Leczenie często trwa kilka miesięcy, przebiega z wykorzystaniem wielolekowej chemioterapii, rzadziej ma postać leczenia chirurgicznego i radioterapii. Chemioterapia jest prowadzona w specjalistycznych oddziałach szpitalnych. W trakcie leczenia onkologicznego pacjenci mają zapewnioną opiekę dietetyczno-żywieniową. Podczas każdej hospitalizacji dziecko jest oceniane pod względem stanu odżywienia w siatkach centylowych. Od momentu rozpo-

częcia leczenia dzieci i rodzice edukowani są z diety lekkostrawnej wysokobiałkowej i taką dietę otrzymują w szpitalu. W momencie pogorszenia pracy przewodu pokarmowego włączana jest dieta bezmleczna z ograniczeniem błonnika. U niektórych chorych konieczna jest modyfikacja diety w związku z podrażnieniem lub niewydolnością trzustki, wątroby lub nerek. Kiedy dziecko nie pokrywa w pełni zapotrzebowania dietą szpitalną, dołączane są doustne suplementy pokarmowe. Gdy spożycie posiłków spada do około 50%, dołączane jest żywienie dojelitowe (o ile jest to możliwe) lub pozajelitowe częściowe lub całkowite.

Cel pracy: Celem pracy była ocena zmiany stanu odżywienia dzieci (w oparciu o kanały centylowe) w trakcie intensywnego leczenia onkologicznego.

Metoda i materiał: Przeanalizowano dane kliniczne pochodzące z dokumentacji medycznej dzieci hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, u których w 2021 roku rozpoznano i leczono chorobę nowotworową. Przeanalizowano stan odżywienia dzieci (masę i wzrost w kanałach centylowych) przy rozpoznaniu choroby, zakończeniu leczenia i w trakcie trwania terapii onkologicznej w odstępach dwumiesięcznych. Pacjentów w wieku 0–5 lat oceniono w siatkach centylowych WHO, a dzieci w wieku 5–17 lat z zastosowaniem siatek opracowanych przez IMiDz. Zmiany w kanałach centylowych w trakcie leczenia porównano z kanałem centylowym masy ciała i wzrostu w trakcie rozpoznania choroby i rozpoczęcia leczenia.

Do badania zakwalifikowano 53 dzieci w wieku od 2 miesięcy do 18 lat; średnio 7 lat i 11 miesięcy. W analizowanej grupie rozpoznano: ostrą białaczkę limfoblastyczną (n = 18), chorobę Hodgkina (n = 9), guzy Wilmsa (n = 7), ostrą białaczkę mieloblastyczną (n = 4), mięsaki (n = 4), neuroblastomę (n = 3), pheochromocytomę (n = 3), chłoniaki nieziarnicze (n = 2), nowotwory jajnika (n = 2), histocytozę (n = 1), hepatoblastomę (n = 1).

Leczenie podstawowe (intensywne) trwało przez średnio 7,5 miesiąca (od 1 miesiąca do 21 miesięcy), podtrzymujące średnio 10 miesięcy (od 1 miesiąca do 19 miesięcy). U 50 dzieci zastosowano chemioterapię, u 7 radioterapię, 18 leczonych było chirurgicznie, 5 poddano przeszczepieniu szpiku. W trakcie leczenia żywienie pozajelitowe całkowite lub częściowe zastosowano u 29 (52,7%) pacjentów, u 2 łącznie zastosowano żywienie dojelitowe i pozajelitowe (3,6%).

Wyniki: Przy rozpoznaniu choroby nowotworowej masa ciała mieściła się w kanałach: < 3 centyla — 2 (3,7%) pacjentów; 3–10 centyl — 3 (5,6%); 10–25 centyl — 2 (3,7%); 25–50 centyl — 15 (28,3%); 50–75 centyl — 9 (16,9%); 75–90 centyl — 9 (16,9%); 90–97 centyl — 10 (18,7%); > 97 centyl — 1 (1,9%).

Po zakończeniu leczenia podstawowego (intensywnego) u 18 dzieci (33,9%) masa ciała obniżyła się w kanałach centylowych, u 25 (47,2%) pozostała niezmienną, u 10 (18,9%) wzrosła. Spadek wynosił: o 1 kanał centylowy u 10 (18,7%) dzieci; o 2 kanały centylowe u 6 (11,3%), 3 ka-

nały centylowe u 1 (1,8%), o 4 kanały centylowe u 1 (1,8%). Wzrost masy ciała: o 1 kanał centylowy — 7 (13,2%) dzieci, o 2 kanały centylowe — 3 (5,6%).

W 3. miesiącu leczenia (n — 53): u 21 dzieci (39,6%) masa ciała spadła w kanałach centylowych; u 20 (37,8%) pozostała niezmienną; u 12 (22,6%) wzrosła. Spadek wynosił: o 1 kanał centylowy u 9 (16,9%) dzieci; o 2 kanały centylowe u 10 (18,8%); 3 kanały centylowe u 2 (3,7%); o 4 kanały centylowe u 0 (0%). Wzrost masy ciała: o 1 kanał centylowy — 10 (18,8%) dzieci, o 2 kanały centylowe — 2 (3,7%).

W 5. miesiącu leczenia (n — 38): u 19 dzieci (50%) masa ciała spadła w kanałach centylowych, u 9 (23,7%) pozostała niezmienną, u 10 (26,3%) wzrosła. Spadek wynosił: o 1 kanał centylowy u 8 (21%) dzieci; o 2 kanały centylowe u 9 (7,6%) dzieci; o 3 kanały centylowe u 1 (3,8%) dziecka, o 4 kanały centylowe u 1 (3,8%) dziecka. Wzrost masy ciała: o 1 kanał centylowy — 8 (21%) dzieci; o 2 kanały centylowe — 2 (7,6%) dzieci.

W 7. miesiącu leczenia (n — 26): u 12 dzieci (46,2%) masa ciała spadła w kanałach centylowych, u 12 (46,2%) pozostała niezmienną, u 2 (7,6%) wzrosła. Spadek wynosił: o 1 kanał centylowy u 8 (30,8%) dzieci; o 2 kanały centylowe u 2 (7,6%) dzieci; 3 kanały centylowe u 1 (3,8%) dziecka; o 4 kanały centylowe u 1 (3,8%) dziecka. Wzrost masy ciała: o 1 kanał centylowy — 2 (7,6%) dzieci.

Porównując wzrost dzieci przy rozpoznaniu i zakończeniu leczenia: zaobserwowano spadek w kanałach centylowych u 10 dzieci (18,8%) odpowiednio: o 1 kanał centylowy — 7 (13,2%) dzieci, o 2 kanały centylowe — 3 (5,6%) dzieci.

Wnioski:

Stan odżywienia u dzieci i młodzieży w trakcie leczenia choroby nowotworowej jest zmienny.

U 21 dzieci (39,6%) w trakcie leczenia przeciwnowotworowego i u 18 dzieci (33,9%) po zakończonym leczeniu obserwowano pogorszenie stanu odżywienia pomimo intensywnej terapii dietetyczno-żywieniowej.

W trakcie leczenia onkologicznego u 18,8% dzieci nastąpiło spowolnienie rozwoju fizycznego.

Analiza porównawcza oceny stanu odżywienia skalą NRS-2002 pacjentów leczonych operacyjnie z powodu chorób nowotworowych i pozostałych

Bartłomiej Jakubczyk¹, Stanisław Hładoń-Wiącek¹, Marta Flisińska², Maciej Słupski²

¹Katedra Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika — studenckie koło naukowe

²Katedra Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Wstęp: Od 2011 roku wszyscy pacjenci w Polsce przyjmowani do szpitala mają wykonaną ocenę stanu odżywienia za pomocą NRS 2002 lub SGA.

Cel: Porównanie wyników skali NRS-2002 wykonanej przy przyjęciu do szpitala u pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym z powodu choroby nowotworowej i pozostałych.

Metody i materiał: Retrospektywna analiza dokumentacji (historii choroby) pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy w 2021 roku. Wśród 1886 hospitalizowanych w klinice, zabiegowi operacyjnemu poddanych było 1087 pacjentów. Przeanalizowano skalę NRS wykonaną przy przyjęciu, masę ciała i BMI. Pacjentów podzielono na dwie grupy, w zależności od choroby:

- grupa 1 (gr. 1) — pacjenci z rozpoznaną chorobą nowotworową, n — 379 (34,9%);
- grupa 2 (gr. 2) — pacjenci bez rozpoznanej choroby nowotworowej, n — 708 (65,1).

Wśród pacjentów z chorobą nowotworową rozpoznano: nowotwory wątroby i dróg żółciowych — 219 chorych, rak trzustki — 78; rak jelita grubego — 40; rak żołądka — 8; rak innych części przewodu pokarmowego — 30; chłoniak — 1; rak jajnika — 1, nowotwór wywodzący się z układu nerwowego — 1, nowotwór klatki piersiowej — 1.

Wyniki: W gr. 1 średni wiek pacjentów wynosił 64 lata (21–97); było to 176 kobiet i 412 mężczyzn; średnia masa ciała: 75 kg; średnie BMI: 25,87 (13–68); średni czas hospitalizacji: 9 dni (1–144); śmiertelność w tej grupie wynosiła 4%.

NRS1: 0–206 (54,4%); 1–124 (32,7%); 2–34 (9%); 3–15 (4%).

NRS2: 0–5 (1,3%); 1–123 (32,5%); 2–247 (65,2%); 3–4 (1,1%).

NRS całkowite: 0–3 (0,8%); 1–50 (13,2%); 2–149 (39,3%); 3–111 (29,3%); 4–39 (10,3%); 5–23 (6,1%); 6–3 (0,8%); 7–1 (0,3%).

NRS całkowite: 3 punkty i więcej, 46%.

W gr. 2: średni wiek pacjentów wynosił 57 lat (18–96); było to 296 kobiet i 203 mężczyzn; średnia masa ciała: 79 kg; średnie BMI: 26,57 (12–49); średni czas hospitalizacji: 6,5 dnia (1–163); śmiertelność w tej grupie wynosiła: 2,68%.

NRS1: 0–522 (73,7%); 1–126 (17,8%); 2–42 (5,9%); 3–18 (2,5%).

NRS2: 0–68 (9,6%); 1–410 (57,9%); 2–214 (30,2%); 3–16 (2,6%).

NRS całkowite: 0–65 (9,2%); 1–231 (32,6%); 2–259 (36,6%); 3–82 (11,6%); 4–39 (5,5%); 5–22 (3,1%); 6–8 (1,1%); 7–2 (0,3%).

NRS całkowite: 3 punkty i więcej, 31,6%.

Wnioski: Wyższą punktację w skali NRS 2002 uzyskano u pacjentów w grupie 1 z rozpoznaną chorobą nowotworową, natomiast masa ciała i BMI były porównywalne w obu grupach.

Ocena skalą NRS-2002 wykonywana przy przyjęciu do szpitala pozwala na wykrycie zagrożenia niedożywieniem

i wdrożenie wczesnej interwencji żywieniowej, a wcześniej wdrożona terapia żywieniowa, zwłaszcza u pacjentów z nowotworami przewodu pokarmowego, pozwala na ograniczenie powikłań leczenia zabiegowego.

Stan odżywienia pacjentów z rakiem jelita grubego zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego

Mateusz Chwesiuk¹, Nina Kimilu¹, Edyta Wernio², Marcin Folwarski², Sylwia Małgorzewicz²

¹Studenckie Koło Żywienia Klinicznego, Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki, Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Hemikolektomia jest jedną z metod leczenia operacyjnego nowotworów jelita grubego. Zabieg polega na resekcji prawej bądź lewej części jelita grubego, co może prowadzić do zaburzeń wchłaniania i konieczności modyfikacji diety. W pracy przeanalizowano stan odżywienia oraz proces prehabilitacji pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego oraz potencjalne zagrożenia wynikające z konieczności zmiany diety.

Metody: Analizą objęto 16 pacjentów z nowotworem jelita grubego zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego. Stan odżywienia oceniono za pomocą *Nutrition Risk Screening* (NRS-2002) oraz *Full-Mini Nutritional Assessment* (f-MNA), ryzyko utraty 5% masy ciała w ciągu 6 miesięcy oceniono za pomocą *Simplified Nutritional Appetite Questionnaire* (SNAQ), jakość diety oceniono za pomocą kwestionariusza częstości spożycia *Food Frequency Questionnaire* (FFQ). Dodatkowo przeanalizowano badania laboratoryjne oraz zmierzono siłę i funkcję mięśni (za pomocą dynamometru oraz 30 sekundowego testu wstawiania).

Wyniki: Spośród wszystkich uczestników badania 11 pacjentów (68,75%) uzyskało wynik NRS-2002 ≥ 3 , a w MNA 9 osób uzyskało wynik punktowy 17–23,5 wskazujący na ryzyko wystąpienia niedożywienia, 1 osoba uzyskała wynik < 17 punktów wskazujący na istniejące już niedożywienie. Ponadto 3 (18,75%) pacjentów miało wynik SNAQ ≤ 14 , co wskazuje na znaczne ryzyko utraty co najmniej 5% masy ciała w ciągu najbliższych 6 miesięcy. Analiza korelacji wykazała ujemną zależność między NRS 2002 a MNA ($r = -0,64$; $p = 0,007$), procentowa utrata masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy była dodatnio skorelowana z wynikiem NRS-2002 ($r = 0,64$ $p = 0,01$). Średnia siła uścisku dłoni wyniosła 20 kg (18–29,5) i była skorelowana ze stosowaniem prehabilitacji w postaci ćwiczeń oporowych ($r = 0,62$; $p = 0,14$). 30 sekundowy test wstawiania z krzesła dał rezultaty na poziomie $11,5 \pm 4,7$ powtórzeń, 7 osób (43,75%) nie wykonało ilości powtórzeń spełniającej normy dla wieku. Analiza kwestionariusza FFQ wykazała wysokie spożycie takich produktów, jak: cukierki czekoladowe, cukierki nieczekoladowe, ciastka.

31,25% badanych codziennie bądź kilka razy dziennie stosowało cukier do słodzenia. W grupie badanej występowało wysokie spożycie masła, które przewyższało spożycie tłuszczów roślinnych, takich jak oleje czy margaryny.

Wnioski: Niedożywienie jest częste u pacjentów z rakiem jelita grubego przygotowywanych do leczenia operacyjnego. Analiza korelacji wykazała korelację NRS-2002 z MNA. Niestety nie u wszystkich pacjentów stosowano prehabilitację, a zaledwie połowa pacjentów zmieniła swoją dietę w celu poprawy stanu odżywienia przed zabiegiem, stąd wnioszek, że poradnictwo dietetyczne i zindywidualizowana terapia żywieniowa powinny być powszechniej stosowanymi elementami przygotowania pacjenta do zabiegu.

Słowa kluczowe: niedożywienie, NRS-2002, SNAQ, hemikolektomia, FFQ

Wsparcie żywieniowe jako element opieki farmaceutycznej nad pacjentem onkologicznym

Ewelina Lubieniecka-Archutowska

Pracownia Żywienia Klinicznego, Apteka Szpitalna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

Nowotwory są drugą, tuż po chorobach układu sercowo-naczyniowego, przyczyną zgonów w krajach europejskich.

Choroby nowotworowe to zróżnicowana grupa chorób, o różnych objawach i odmiennym przebiegu, do których leczenia stosuje się różne strategie terapeutyczne. Zarówno sama choroba, jak i leczenie onkologiczne mogą przynieść wiele skutków ubocznych i dlatego, w celu zapewnienia skuteczności terapii oraz możliwie najlepszej jakości życia pacjenta, konieczne jest wdrożenie działania interdyscyplinarnego zespołu specjalistów: lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów oraz farmaceutów.

Europejskie Towarzystwo Farmacji Onkologicznej (ESOP) wskazało w Standardach Jakościowych w Farmacji

Onkologicznej (QUAPOS 6) założenia i cele opieki farmaceutycznej w grupie pacjentów onkologicznych. Jako jeden z pięciu kluczowych obszarów opieki farmaceutycznej przedstawiono leczenie wspomagające, którego jednym z elementów jest leczenie żywieniowe.

Pierwszy objaw choroby nowotworowej może stanowić niezamierzona utrata masy ciała. Dane ESPEN wskazują, że u 25–40% pacjentów w momencie postawienia diagnozy stwierdza się niedożywienie. Leczenie onkologiczne zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych czy w opiece długoterminowej może to niedożywienie znacznie pogłębić.

W ramach opieki farmaceutycznej świadczonej w ogólnodostępnej aptece — szpitalnej czy też POZ — farmaceuta może zajmować się wsparciem żywieniowym pacjenta onkologicznego. W 2023 roku ukazały się „Wytyczne dla farmaceutów dotyczące wykonywania pomiarów podstawowych parametrów antropometrycznych i wykorzystania ich do oceny stanu odżywienia pacjenta”. Badanie antropometryczne, wywiad farmaceutyczny oraz przeprowadzenie przesiewowej oceny stanu odżywienia stanowią instrumenty w walce z niedożywieniem. W zależności od uzyskanych wyników farmaceuta może zaproponować pacjentowi wsparcie diety żywnością specjalnego przeznaczenia medycznego lub zalecić dalszą diagnostykę i konsultację dietetyczną lub lekarską. Odrębną grupę stanowią pacjenci żywieni dojelitowo przez sztuczny dostęp.

Na podstawie przeprowadzonego przeglądu lekowego farmaceuta potrafi zidentyfikować oraz rozwiązać problemy lekowe zagrażające skuteczności i bezpieczeństwu farmakoterapii, a jednocześnie zapobiec powikłaniom żywieniowym wynikającym z tej drogi podania leku.

PIŚMIENNICTWO

1. Raport „Farmaceuta w Polsce. Ogólnopolskie badania wizerunkowe” (2019), <http://www.popierwszefarmaceuta.pl/assets/Uploads/Raport-Farmaceuta-w-Polsce.pdf> (dostęp z dnia: 14.01.2024.).
2. Ustawa o zawodzie farmaceuty (2020), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001873/U/D20221873Lj.pdf> (dostęp z dnia: 14.01.2024.).
3. Standardy Jakościowe W Farmacji Onkologicznej (QUAPOS 6), https://esop.li/wp-content/uploads/2019/12/QuapoS-6_poland_HP.pdf (dostęp z dnia: 14.01.2024.).