Sprawozdanie z XIV Konferencji naukowo-szkoleniowej „Nutritional Gap — Co należy poprawić w opiece żywieniowej?" oraz streszczenia prezentowanych prac

20 kwietnia 2024 roku, Gdańsk

Postępy Żywienia Klinicznego
2023, tom 18, 60–63
DOI: 10.5603/pżk.100855
ISSN 1896–3706
e-ISSN 2956–9249
Copyright © 2024 Via Medica

XIV Konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Nutritional Gap.Co należy poprawić w opiece żywieniowej?" już za nami. Spotkanie było okazją do przybliżenia najnowszych doniesień naukowych oraz dyskusji na temat kluczowych zagadnień związanych z poprawą opieki żywieniowej w szpitalu oraz w opiece ambulatoryjnej, stanowiło okazję do poszerzenia wiedzy, ale także do inspirujących rozmów i integracji z pasjonatami tematyki żywienia. Spotkanie było zorganizowane pod patronatem JM Rektora GUMed prof. Marcina Gruchały oraz Polskiego Towarzystwa Żywienia Dojelitowego, Pozajelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) przez Katedrę Żywienia Klinicznego GUMed oraz SKN Żywienia klinicznego i Dietetyki. Swoją obecnością zaszczycili nas Prorektor ds. Nauki prof. Michał Markuszewski oraz Prorektor ds. Studenckich prof. Tomasz Smiatacz.

Podczas konferencji odbyły się sesje poświęcone trudnym zagadnieniom leczenia żywieniowego pacjentów wymagających żywienia pozajelitowego lub dojelitowego w warunkach domowych i szpitalnych. Nie zabrakło również sesji poświęconej otyłości — specjaliści żywienia, dietetyki i chirurgii bariatrycznej przedstawili nie tylko nowe możliwości leczenia otyłości, ale również konieczność holistycznej opieki nad pacjentem, która jest niezbędna, aby nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia osoby poddawanej redukcji masy ciała.

We współpracy z gastroenterologami, prof. Mańkowską-Wierzbicką (Prezeską POLSPEN) oraz dr Markiem Guzkiem z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii GUMed, powstała sesja dotycząca żywienia w gastroenterologii — wszyscy prelegenci zgodnie podkreślali rolę diety w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem chorób jelit i wątroby.

Niewątpliwie bardzo duże zainteresowanie wzbudził wykład zaproszonego gościa, prof. Karoliny Skoniecznej-Żydeckiej z Zakładu Żywienia Człowieka i Metabolomiki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego pt. „Narodziny gwiazdy — przypadek *Akkermansia muciniphila*". Prelegentka pokazała nowe możliwości modyfikacji mikrobioty jelitowej i potencjalne możliwości zastosowania *Akkermansi muciniphila* w praktyce. Również wykład mgr Natalii Szupryczyńskiej z Samodzielnej Pracowni Biochemii Żywienia GUMed pt. „Błonnik rozpuszczalny — kiedy zalecić pacjentowi?" jest wart wyróżnienia ze względu na znakomity poziom merytoryczny, wysoce praktyczny charakter oraz niezwykle interesujący przekaz.

Na podkreślenie zasługuje wysoki poziom wystąpień doktorantów oraz studentów kierunku Dietetyka GUMed. Bardzo interesujące prezentacje, świadczące o dojrzałości naukowej i społecznej przedstawili Nina Kimlu, Mateusz Chwesiuk oraz Julia Grotnik — studenci II roku kierunku Dietetyka II stopnia.

Ponadto, dużym zainteresowaniem cieszyły się warsztaty obejmujące praktyczne aspekty żywienia pozajelitowego, antropometrii oraz żywienia dojelitowego dzieci.

Serdecznie dziękujemy za aktywny udział w konferencji i warsztatach i zapraszamy na kolejne spotkanie dotyczące żywienia klinicznego za rok, czyli 5 kwietnia 2025 roku.

SKN Żywienia klinicznego i dietetyki

Dr Edyta Wernio

Prof. dr hab. n. med. Sylwia Małgorzewicz

Artykuł jest dostępny bezpłatnie na podstawie licencji Creative Common Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) umożliwiającej jego pobranie oraz udostępnianie pod warunkiem wskazania autorstwa i wydawcy. Niedopuszczalne jest wprowadzanie jakichkolwiek zmian lub wykorzystanie komercyjne bez zgody wydawcy.

STRESZCZENIA

Konsekwencje zaburzeń odżywiania po operacji bariatrycznej

Aleksandra Budny[1], Agata Janczy[2], Adriana Mika

[1]Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej, Wydział Farmaceutyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny
[2]Zakład Towaroznawstwa Żywności, Katedra Żywienia Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości związane są m.in. ze spożywaniem nadmiernej ilości pokarmu. Mogą rozwijać się niezależnie od wyjściowej masy ciała, towarzysząc jej jako odrębny problem lub w bezpośredni sposób prowadząc do powstawania otyłości, pogarszać zdrowie fizyczne i funkcjonowanie psychospołeczne chorego [1]. Najczęściej opisuje się syndrom jedzenia nocnego (NES, *night eating syndrome*), zespół kompulsywnego jedzenia (BED, *binge eating disorders*) oraz bulimii psychicznej (BN, *bulimia nervosa*) [2, 3]. Proces chirurgicznego leczenia otyłości w pewnych sytuacjach może implikować pojawienie się zaburzeń odżywiania, takich jak BED, BN i anoreksji atypowej [4]. Występowanie zaburzeń odżywiania po operacji bariatrycznej szacuje się na 7,83%, dlatego podczas kwalifikacji pacjenta psycholog powinien przeprowadzić ocenę przedoperacyjną w celu identyfikacji potencjalnego występowania zaburzeń odżywiania lub zaburzonej relacji z jedzeniem [5, 6]. Najczęstsze powikłania pooperacyjne związane z BN to zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, urazy przełyku, niedobory witamin, minerałów i białka [7]. Powikłaniami pooperacyjnymi związanymi z BED są: refluks żołądkowy, dysfagia, bóle brzucha, niedobory witamin i minerałów, mniejsza utrata masy ciała po operacji, czy zwiększone podjadanie i utrata kontroli nad jedzeniem [10–12]. Objawami pooperacyjnej anoreksji atypowej są: wtórne zaburzenia wchłaniania, niedożywienie, sarkopenia, apatia, zaparcia, zawroty głowy oraz zmniejszenie zdolności wysiłkowej [13]. Pacjent powinien mieć zapewnione wsparcie psychologiczne po operacji, aby zwiększyć długoterminowy sukces pooperacyjny i zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań.

Słowa kluczowe: operacja bariatryczna, zaburzenia odżywiania, otyłość

PIŚMIENNICTWO

1. Bąk-Sosnowska M. Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości. Forum Zab Metab. 2010; 1(2): 92–99.
2. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2019; 15(4): 650–655, doi: 10.1016/j.soard.2019.01.029, indexed in Pubmed: 30858009.
3. Ostrowska L, Bogdański P, Mamcarz A. Otyłość i jej Powikłania. Praktyczne zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL, Warszawa 2021.
4. Shear M, DeFilippis EM. Complications of pre-operative anorexia nervosa in bariatric surgery. Obes Res Clin Pract. 2015; 9(4): 424–428, doi: 10.1016/j.orcp.2015.02.008, indexed in Pubmed: 25736337.
5. Taba JV, Suzuki MO, Nascimento FS, et al. The development of feeding and eating disorders after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2021; 13(7), doi: 10.3390/nu13072396, indexed in Pubmed: 34371904.
6. Sekuła M, Kwiatkowski A, Paśnik K. (2020). Znaczenie przedoperacyjnej oceny psychologicznej chorych na otyłość olbrzymią leczonych chirurgicznie.
7. Sekuła M, Boniecka I, Paśnik K. Bulimia nervosa in obese patients qualified for bariatric surgery - clinical picture, background and treatment. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2019; 14(3): 408–414, doi: 10.5114/wiitm.2019.81312, indexed in Pubmed: 31534571.
8. Wassenaar E, Friedman J, Mehler PS. Medical complications of binge eating disorder. Psychiatr Clin North Am. 2019; 42(2): 275–286, doi: 10.1016/j.psc.2019.01.010, indexed in Pubmed: 31046929.
9. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2019; 15(4): 650–655, doi: 10.1016/j.soard.2019.01.029, indexed in Pubmed: 30858009.
10. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. Obesity (Silver Spring). 2008; 16(3): 615–622, doi: 10.1038/oby.2007.101, indexed in Pubmed: 18239603.
11. Pizato N, Botelho PB, Gonçalves VSS, et al. Effect of grazing behavior on weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. Nutrients. 2017; 9(12), doi: 10.3390/nu9121322, indexed in Pubmed: 29206132.
12. Saunders R. „Grazing": a high-risk behavior. Obes Surg. 2004; 14(1): 98–102, doi: 10.1381/096089204772787374, indexed in Pubmed: 14980042.
13. Gravina G, Milano W, Nebbiai G, et al. Medical complications in anorexia and bulimia nervosa. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2018; 18(5): 477–488, doi: 10.2174/1871530318666180531094508, indexed in Pubmed: 29848283.

Najnowsze wytyczne monitorowania i leczenia celiakii — rola dietetyka

Katarzyna Gładyś-Cieszyńska

Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

W grudniu 2023 roku na łamach Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology ukazały się najnowsze wytyczne monitorowania leczenia choroby trzewnej (*CD*, *celiac disease*) pt. *Guidelines for best practices in monitoring established coeliac disease in adult patients*, w których podkreślono, jak ważną rolę w całym procesie terapii CD pełni dietetyk. Zaznaczono, iż zalecana jest rutynowa ocena miana przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej (anty-TG2 IgA) w surowicy krwi u pacjentów z CD będących na diecie bezglutenowej (*GFD*, *ang. gluten-free diet*), ale nie zawsze jest ona miarodajna, m.in. w przypadku nieświadomego spożywania niewielkich ilości glutenu. Zatem koniecznym staje się, by dietetyk każdorazowo dokonywał ewaluacji przestrzegania GFD, ale także skupiał się na stanie odżywienia pacjenta oraz kontynuował edukację odnośnie do m.in. ukrytych źródeł pszenicy, żyta czy jęczmienia. Według autorów wytycznych ocena przestrzegania GFD wymaga standaryzacji i największą wartość predykcyjną ma wtedy, gdy jest przeprowadzona przez doświadczonego w GFD dietetyka. Do metod kwestionariuszowych,

pomocnych w tejże ocenie, należą: *Celiac Dietary Adherence Test* (CDAT), *Biagi Score*, *Gluten-Free Eating Assessment Tool* (GF-EAT), *Dietitian Integrated Evaluation Tool for Gluten-Free Diets* (DIET-GFD) oraz *Gluten-Free Diet Knowledge Scale* (GFD-KS). Obiecujące i pomocne w monitorowaniu leczenia CD wydaje się także badanie immunogennych peptydów glutenu (GIP), ponieważ związki te nie ulegają trawieniu w jelicie po spożyciu posiłku z glutenem i można je wykryć w kale i/lub moczu. Autorzy niniejszego opracowania podkreślają, że istnieje wysoka korelacja pomiędzy ilością spożytego glutenu a ilością GIP w kale/moczu.

Słowa kluczowe: celikia, gluten, immunogenne peptydy glutenu

Błonnik rozpuszczalny w wodzie — kiedy zalecić pacjentowi?

Natalia Szupryczyńska

Samodzielna Pracownia Biochemii Żywienia, Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Błonnik pokarmowy jest istotnym składnikiem żywności, który pomaga zachować zdrowie. Można go podzielić ze względu na kilka kryteriów, m.in. rozpuszczalność w wodzie. To właśnie błonnik rozpuszczalny w wodzie wpływa na poprawę parametrów metabolicznych. Jego działanie opiera się na opóźnieniu opróżniania żołądka, tworzeniu lekkich żeli w jelicie cienkim oraz fermentacji w jelicie grubym, która wpływa na mikrobiom i syntetyzowanie krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych. Suplementacja błonnika rozpuszczalnego, najczęściej w dawce 10–15 g, pozwalała uzyskać korzyści w zakresie poprawy parametrów profilu lipidowego (głównie β-glukany — min. 3 g/d., glukomannan i psyllium – od 10 g/d.), gospodarki węglowodanowej (głównie β-glukany i psyllium), redukcji masy ciała oraz zmniejszenia śmiertelności z jakiejkolwiek przyczyny z powodu chorób sercowo-naczyniowych. W związku z tym warto również zwrócić uwagę nie tylko na suplementację, ale również na odpowiednią podaż błonnika w diecie i pokarmowe źródła błonnika rozpuszczalnego.

Słowa kluczowe: błonnik rozpuszczalny, suplementacja błonnika, rola błonnika

PIŚMIENNICTWO

1. Yao F, Ma J, Cui Y, et al. Dietary intake of total vegetable, fruit, cereal, soluble and insoluble fiber and risk of all-cause, cardiovascular, and cancer mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. Front Nutr. 2023; 10: 1153165, doi: 10.3389/fnut.2023.1153165, indexed in Pubmed: 37854351.
2. Lu K, Yu T, Cao X, et al. Effect of viscous soluble dietary fiber on glucose and lipid metabolism in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis on randomized clinical trials. Front Nutr. 2023; 10: 1253312, doi: 10.3389/fnut.2023.1253312, indexed in Pubmed: 37720378.
3. Huwiler VV, Schönenberger KA, Segesser von Brunegg A, et al. Prolonged isolated soluble dietary fibre supplementation in overweight and obese patients: a systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. Nutrients. 2022; 14(13), doi: 10.3390/nu14132627, indexed in Pubmed: 35807808.
4. Ghavami A, Ziaei R, Talebi S, et al. Soluble fiber supplementation and serum lipid profile: a systematic review and dose-response meta-analysis of randomized controlled trials. Adv Nutr. 2023; 14(3): 465–474, doi: 10.1016/j.advnut.2023.01.005, indexed in Pubmed: 36796439.
5. Cicero AFG, Fogacci F, Stoian AP, et al. Nutraceuticals in the management of dyslipidemia: which, when, and for whom? Could nutraceuticals help low-risk individuals with non-optimal lipid levels? Curr Atheroscler Rep. 2021; 23(10): 57, doi: 10.1007/s11883-021-00955-y, indexed in Pubmed: 34345932.
6. Ioniță-Mîndrican CB, Ziani K, Mititelu M, et al. Therapeutic benefits and dietary restrictions of fiber intake: a state of the art review. Nutrients. 2022; 14(13), doi: 10.3390/nu14132641, indexed in Pubmed: 35807822.

Nawyki żywieniowe pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna — wyniki własne

Nina Kimilu

Studenckie Koło Naukowe Żywienia Klinicznego i Dietetyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

Etiologia choroby Leśniowskiego-Crohna (ChLC) nie została w pełni wyjaśniona. Jako jej składowe podaje się czynniki genetyczne, środowiskowe, dietetyczne oraz skład mikrobiomu jelitowego. Podczas prezentacji przedstawiono wyniki badań własnych, oceniające nawyki żywieniowe pacjentów z ChLC będących w remisji klinicznej przez co najmniej 6 miesięcy.

Oceny nawyków żywieniowych dokonano za pomocą kwestionariusza częstotliwości spożycia żywności (FFQ-6) oraz kwestionariusza własnego, opracowanego na podstawie dostępnej literatury. Pierwsza część kwestionariusza własnego uwzględniała pytania dotyczące wpływu poszczególnych czynników na rozwój ChLC (m.in. spożycie błonnika pokarmowego, laktozy, glutenu, żywności wysokoprzetworzonej, tłuszczów zwierzęcych, zażywanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych i antybiotyków, palenie tytoniu). W drugiej części kwestionariusza znalazły się pytania o żywienie w okresie zaostrzenia vs. w remisji.

Wyniki uzyskane z FFQ-6 zostały zestawione z wytycznymi zawartymi w Piramidzie Zdrowego Żywienia. W najmniejszym stopniu zostało pokryte zapotrzebowanie na produkty zbożowe pełnoziarniste oraz mleko i produkty mleczne, kolejno, na takim samym poziomie, na warzywa i/lub owoce oraz oleje roślinne i/lub nasiona/orzechy. W przypadku kwestionariusza własnego największą trudność sprawiła badanym odpowiedź na pytania o wpływ spożycia błonnika pokarmowego, laktozy i glutenu na rozwój ChLC. Wydaje się, że pacjenci mający mniejszą wiedzę żywieniową charakteryzują się gorszym stanem odżywienia (ocena na podstawie utraty masy ciała w ciągu 6 miesięcy i klasyfikacji według 7-punktowej skali SGA).

Niezbędna jest regularna ocena stanu odżywienia oraz poradnictwo dietetyczne prowadzone przez wykwalifikowanego dietetyka, które uwzględni zalecenia żywieniowe dostosowane do etapu choroby (zaostrzenie/remisja) oraz objawy współtowarzyszące.

Słowa kluczowe: choroba Leśniowskiego-Crohna, błonnik, nawyki żywieniowe

Programy edukacji zdrowotnej w szkole i przestrzeni publicznej

Julia Grotnik

Studenckie Koło Naukowe Żywienia Klinicznego i Dietetyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

Edukacja zdrowotna rozumiana jest jako zespół działań ukierunkowanych na przekazanie odbiorcom kompetencji w zakresie dbania o zdrowie swoje i innych. Na potrzebę jej stosowania wskazuje niska świadomość zdrowotna konsumentów oraz utrzymująca się pozycja chorób układu krążenia i nowotworów jako głównych przyczyn zgonów w Polsce.

Edukacja zdrowotna jest prowadzona w szkole na wszystkich jej etapach i regulowana prawnie. Nie jest prowadzona jednak ewaluacja tej edukacji, co uniemożliwia ocenę jej skuteczności. Poza obowiązkowymi zajęciami, wprowadzane są także programy edukacyjne — kierowane do uczniów, ale poszerzające również kompetencje rodziców i nauczycieli. Przykładami takich programów są: *Trzymaj formę!*, *Skąd się biorą produkty ekologiczne?* oraz *Junior-Edu-Żywienie*.

Kampanie edukacyjne w przestrzeni publicznej w dużej części dotyczą profilaktyki nowotworowej. Zaliczają się do nich: kampania *Dotykam = Wygrywam*, organizowana rokrocznie przez fundację Wsparcie na Starcie, działającą w na wiele sposobów, między innymi w zakresie samobadania piersi; kampanie w ramach październikowej akcji *Wąsopad/Movember*, która zachęca do samobadania jąder; a także kampanie fundacji Rak'n'Roll, zajmującej się promowaniem szeroko pojętej profilaktyki nowotworowej i zapewniającej wieloaspektowe wsparcie dla pacjentów onkologicznych.

Istnieje potrzeba prowadzenia badań w zakresie świadomości zdrowotnej Polaków, aby planować skuteczną edukację w tym zakresie. Intensyfikacja wysiłków w celu promocji profilaktyki chorób stanowiących główne przyczyny zgonów, szczególnie chorób układu krążenia, umożliwiłaby ograniczenie zachorowalności i równocześnie zmniejszenie obciążenia dla opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, profilaktyka, promocja zdrowia