

„Musisz dużo jeść, aby wrócić do zdrowia” czyli mity dotyczące diety w czasie rekonwalescencji

Właściwe żywienie po przebytej chorobie, wypadku, operacji czy dłuższym pobycie w szpitalu wspomaga u rekonwalescenta gojenie ran, zmniejsza ryzyko infekcji oraz ponownej hospitalizacji. Właściwe, czyli jakie? Poszukując informacji na temat tego, co jeść aby wesprzeć organizm w regeneracji możemy spotkać się z wieloma, niekiedy sprzecznymi ze sobą informacjami. Które z nich rzeczywiście mogą pomóc w szybszym dojściu do pełni sił, a które mogą wręcz zaszkodzić? Wyjaśnia dietetyczka kliniczna, Karolina Łukaszewicz-Marszał z Fundacji Nutricia.

Długość okresu rekonwalescencji zależy od wielu czynników – rodzaju przebytej choroby bądź operacji, stanu zdrowia pacjenta czy zdolności jego organizmu do regeneracji, które są cechą indywidualną. Natomiast w każdym przypadku istotną rolę odgrywa odpoczynek, wsparcie najbliższego otoczenia, ale przede wszystkim sposób żywienia. – *Dostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości składników odżywczych może znacząco wpłynąć na skrócenie czasu dochodzenia pacjenta do pełni sił oraz na ogólną poprawę stanu zdrowia* – podkreśla Karolina Łukaszewicz-Marszał, dietetyczka kliniczna Fundacji Nutricia. Według badań, **poprawa stanu odżywienia zmniejsza o jedną piątą ilość powikłań (infekcji, utrudnionego gojenia ran), średnio o niemal cztery dni skraca czas pobytu w szpitalu, o 30% ogranicza ryzyko ponownych hospitalizacji**, a także poprawia siłę mięśniową i ogólną jakość życia¹.

Aby tak się stało, posiłki powinny dostarczać wszystkich, niezbędnych składników odżywczych, czyli białka, tłuszczów, węglowodanów, witamin i składników mineralnych – co ważne, w odpowiednich ilościach i zgodnie z zapotrzebowaniem danego organizmu. Niedostateczna ich podaż może skutkować obniżeniem samopoczucia, spadkiem masy ciała i w efekcie niedożywieniem. **Skutki niedożywienia w okresie rekonwalescencji mogą być bardzo poważne. Pacjentowi grozi osłabienie, zaburzenia pracy układu odpornościowego, zwiększona podatność na infekcje czy znaczące spowolnienie procesu gojenia ran².** Niedożywiony pacjent w porównaniu do pacjenta prawidłowo odżywionego aż 3-krotnie większe ryzyko rozwoju powikłań pooperacyjnych³! W praktyce często oznacza to konieczność wydłużenia pobytu w szpitalu lub powtórnej hospitalizacji. Właściwe odżywianie w okresie rekonwalescencji jest szczególnie ważne u pacjentów z nowotworami, chorobami nerek, układu pokarmowego czy chorobami płuc, którzy są najbardziej narażeni na niedożywienie⁴. – *Często to sami pacjenci lub ich opiekunowie nieświadomie*

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:



pogłębiają ryzyko niedożywienia, korzystając z niesprawdzonych i nierzetelnych źródeł informacji – zwraca uwagę Karolina Łukaszewicz-Marszał i weryfikuje popularne mity w tym obszarze, przytaczając fakty poparte aktualną wiedzą naukową.

MIT #1 – Jedzenie do syta sprzyja powrotowi do zdrowia.

Często słyszymy, że pacjent po operacji lub przebytej chorobie powinien mieć pod dostatkiem jedzenia, powinien „dobrze się najeść”. Stoi to w kontrze do wiedzy naukowej, wedle której **kluczowe we właściwym odżywianiu są jakość, różnorodność oraz wysoka wartość odżywcza posiłków**, a nie ich objętość. Przykładowo, w okresie rekonwalescencji dużo lepszym pomysłem na obiad będzie ryba na parze z kaszą i warzywami niż zupa zrobiona z samych warzyw, która niezaprzeczalnie jest wartościowa, ale nie dostarcza wszystkich cennych w tym okresie składników, jak wielonienasycone kwasy tłuszczowe czy białko.

To właśnie **pełnowartościowe białko**, którego dobrym źródłem są ryby czy drób, **jest najważniejszym składnikiem odżywczym w diecie rekonwalescenta**. Pełni ono bowiem wiele istotnych funkcji, stanowiąc podstawowy budulec organizmu, sprzyja m.in. regeneracji, a także jest niezbędne dla prawidłowej pracy układu odpornościowego. Dlatego pacjenci po udarze mózgu, po operacji czy z chorobą nowotworową powinni zjadać dziennie ok. 1,5 g białka na 1 kg masy ciała (w przypadku osoby ważącej 70 kg jest to 105 g, co odpowiada ok. 18 jajkom), czyli niemal dwa razy więcej niż osoby zdrowe! – *Jeśli pacjent nie ma apetytu lub w jego przewodzie pokarmowym występują zaburzenia wchłaniania, które np. powodują biegunkę, to dostarczenie niezbędnych ilości białka poprzez tradycyjną dietę może być utrudnione. Warto wówczas skonsultować z lekarzem zastosowanie preparatów żywienia medycznego. Ich podstawową zaletą jest fakt, że mają wysoką wartość odżywczą, tzn. w niewielkiej objętości zawierają dużą ilość białka i innych kluczowych składników odżywczych* – komentuje Karolina Łukaszewicz-Marszał.

MIT #2 – Wszystkie zdrowe produkty są wskazane.

– *O ile w jadłospisie osób będących w pełni sił nie powinno zabraknąć najbardziej wartościowych produktów spożywczych, o tyle obecność niektórych z nich w diecie rekonwalescenta nie jest wskazana* – mówi dietetyczka. Przykładem jest błonnik pokarmowy, który reguluje pracę jelit, obniża poziom cholesterolu i cukru we krwi, w efekcie chroni przed rozwojem chorób serca, a nawet nowotworów. Jego głównym źródłem w diecie są produkty zbożowe z niskiego przemiału, np. pieczywo pełnoziarniste czy gruboziarniste kasze (np. gryczana, orkiszowa, pęczak). Ale uwaga: **w okresie pooperacyjnym początkowo konieczne może być ograniczenie błonnika w posiłkach**. Może on bowiem silnie przyspieszyć pasaż jelitowy, a także

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:



powodować wzdęcia. Dlatego w przypadku rekonwalescenta lepszym wyborem będą drobne, łatwo strawne kasze (jak manna, jaglana), biały ryż, ziemniaki czy pszenne pieczywo⁵.

Podobnie sytuacja wygląda ze spożywaniem roślin strączkowych. tj. soja, fasola, groch, ciecierzyca, soczewica czy bób. Z powodu szeregu walorów odżywczych – są źródłem łatwo przyswajalnego białka, dostarczają żelaza czy witamin, szczególnie z grupy B – osobom zdrowym zaleca się sięganie po nie minimum dwa razy w tygodniu. Podczas gdy **osoby w trakcie rekonwalescencji, zwłaszcza po zabiegach gastrologicznych i ginekologicznych lub chorobach tych narządów, powinny zrezygnować z jedzenia strączków**. Mają one właściwości wzdymające, które w najlepszym razie mogą powodować bolesny dyskomfort. Dotyczy to również warzyw kapustnych (np. kalafior, brokuł, brukselka, jarmuż). Oczywiście tolerancja jest kwestią indywidualną i wraz z upływem czasu może się poprawiać.

MIT #3 – Dieta oczyszczająca (tzw. detoks) przyspiesza regenerację organizmu.

Diety sokowe, mono diety (składające się z jednego składnika, tj. grejpfrut czy kapusta), a także popularne jadłospisy oparte wyłącznie na owocach i warzywach – to tylko wybrane przykłady diet „oczyszczających”. Mają one jeden wspólny mianownik: z założenia są zubożone o istotne składniki odżywcze, takie jak tłuszcze (w tym wielonienasycone kwasy tłuszczowe) oraz pełnowartościowe białko. Odżywiając się w ten sposób **nie jesteśmy w stanie dostarczyć organizmowi wystarczającej ilości kalorii, co przyczynia się do spadku masy ciała, tak bardzo niepożądanego w okresie zdrowienia**. Dlatego tzw. detoks, jak każda dieta redukcyjna, może znacząco zwiększyć ryzyko niedożywienia pacjenta, nie mówiąc o tym, że nie ma dowodów na jej działanie.

– **Dieta „oczyszczająca”, zastosowana w trakcie rekonwalescencji może tylko pogorszyć stan chorego, doprowadzając w ekstremalnych sytuacjach do ponownej hospitalizacji** – ostrzega ekspertka.

MIT #4 – Posiłki domowe zawsze są wystarczające.

Dieta w okresie rekonwalescencji powinna charakteryzować się wysoką wartością odżywczą, niskim stopniem przetworzenia i lekkostrawnością, co często stoi w opozycji do standardów domowej kuchni. Ponadto, w okresie pooperacyjnym i w trakcie choroby mogą występować różne dolegliwości z przyjmowaniem pokarmów, jak brak apetytu, trudności z przełykaniem lub zmiana smaku, na co wpływ mogą mieć stosowane leki. Zmieni się też może zapotrzebowanie osoby chorej na energię czy niektóre składniki odżywcze. – **W efekcie niekiedy okazuje się, że tradycyjne potrawy przygotowane przez domowników mogą znacząco odbiegać od zaleceń żywieniowych, do których pacjent powinien się**

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:



dostosować, by szybciej wracać do zdrowia. Szczególnie, gdy mamy do czynienia z osobą niedożywioną – mówi Karolina Łukasiewicz-Marszał.

Wbrew pozorom nie jest to rzadkie zjawisko – średnio aż co drugi pacjent wypisywany ze szpitala domu ma objawy niedożywienia⁶! Najczęściej problem dotyczy chorych onkologicznie, ale nie tylko. Niedożywienie obserwuje się również u istotnego odsetka pacjentów opuszczających oddział endokrynologiczny, pulmonologiczny, nefrologiczny czy gastroenterologiczny⁷. A przecież w dochodzeniu do zdrowia ważny jest także okres poszpitalny. Choćby dlatego, że niedożywiony pacjent w porównaniu do pacjenta prawidłowo odżywionego wymaga dłuższego okresu rehabilitacji⁸. Znalazło to swój wyraz w rekomendacjach międzynarodowych towarzystw naukowych, według których **pacjentom wypisywanym do domu zaleca się wsparcie w postaci żywienia medycznego, czyli doustnych preparatów odżywczych**. Preparaty te, zawierające niezbędne składniki odżywcze w skondensowanej formie, powinny być stosowane regularnie, codziennie, często nawet przez kilka tygodni. Krytycznie chorzy, jak pacjenci opuszczający oddział intensywnej terapii, mogą wymagać wsparcia żywieniowego nawet przez 6 miesięcy po wypisie⁹. Zaleca się je również osobom po hospitalizacji np. z powodu zakażenia koronawirusem. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) z 2020 roku, **żywnienie medyczne powinno być stosowane zawsze, gdy nie jest możliwe zaspokojenie potrzeb żywieniowych pacjentów z COVID-19 za pomocą tradycyjnej diety**¹⁰.

O kampanii „Żywnienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą”

Kampania edukacyjna „Żywnienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą” ma na celu budowanie świadomości na temat żywienia medycznego jako integralnego elementu opieki zdrowotnej oraz wsparcie pacjentów i ich opiekunów w procesie leczenia. Od pierwszej edycji zrealizowanej w 2016 działania obejmowały edukację na temat wsparcia żywieniowego w chorobie nowotworowej. W kolejnych latach kampania została poszerzona o aktywności dedykowane neurologii, a także dotyczące żywienia dojelitowego przez specjalny dostęp do przewodu pokarmowego (bezpośrednio do żołądka lub jelita) z uwzględnieniem różnych jednostek chorobowych, w których jest ono stosowane.

Inicjatywa została powołana w 2016 roku przez firmę Nutricia. **Od V edycji realizowana jest przez Fundację Nutricia.**

Kampanię od początku powstania wspiera wiele towarzystw naukowych i organizacji pacjentów.

www.zywnieniemedyczne.pl

O Fundacji Nutricia

Fundacja Nutricia została powołana w 1996 r. przez firmę Nutricia Polska Sp. z o.o. Od początku swojej działalności Fundacja podnosi świadomość na temat roli żywienia, początkowo angażując się m.in. w edukację żywieniową w okresie 1000 pierwszych dni życia dziecka. Od 2019 r. misją Fundacji Nutricia jest edukacja o roli żywienia na różnych

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:



etapach życia człowieka. Swoje działania Fundacja kieruje do dzieci i rodziców, pacjentów oraz ich bliskich, przedstawicieli środowiska medycznego, instytucji publicznych i organizacji pozarządowych. Fundacja prowadzi ogólnopolskie programy edukacyjne, takie jak: „1000 pierwszych dni dla zdrowia” czy kampania „Żywnienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą”. Realizuje także ogólnopolski konkurs grantowy, umożliwiając naukowcom prowadzenie badań naukowych z zakresu żywienia człowieka.

www.fundacjanutricia.pl

<https://www.facebook.com/FundacjaNutricia>

<https://www.instagram.com/jestemopiekunem/>

Referencje:

¹ A.L. Cawood et al. / Ageing Research Reviews 11 (2012) 278– 296

² Sobotka (red) Podstawy Żywienia Klinicznego Wydawnictwo: Scientifica Kraków 2013

³ Wischmeyer P., et. Al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Nutrition Screening and Therapy Within a Surgical Enhanced Recovery Pathway. Anesthesia and Analgesia. January 2018.

⁴ Su Lin Lim te al., Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clinical Nutrition 31 (2012) 345e350.

⁵ A. Weimann et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery, Clinical Nutrition 36 (2017) 623-650.

⁶ Szczygieł B, Ukleja A, Wójcik Z. Jak rozpoznać i leczyć niedożywienie związane z chorobą? Podręcznik dla lekarzy, pielęgniarek, położnych i dietetyków. PZWL, Warszawa. ; 2013: 25–31.

⁷ SuLin Lim te al., Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clinical Nutrition 31 (2012) 345e350

⁸ MARSHALL, Skye; BAUER, Judith; ISENRING, Elisabeth. The consequences of malnutrition following discharge from rehabilitation to the community: a systematic review of current evidence in older adults. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2014, 27.2: 133-141.

⁹ P. Wischmeyer, wykład satelitarny Skieruj pacjenta na drogę do zwycięstwa XXIII zjazd POLSPEN Jachranka 2021

¹⁰ Barazzoni, Rocco, et al. "ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection." Clinical Nutrition 39.6 (2020): 1631-1638.

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:

