

# Trzeba mieć rezerwy, żeby walczyć z chorobą

Z dr. n. med. Grzegorzem Krasowskim, ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej Krapkowickiego Centrum Zdrowia, rozmawia Jerzy Dziekoński z portalu mp.pl



Fot. Dariusz Zwiędch

**Dr n. med. Grzegorz Krasowski** – chirurg, onkolog, absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu. Od 2012 roku jestem prezesem i współwłaścicielem spółki medycznej „Nutrikon” sp. z o.o. W pracy zawodowej interesuje się problemami przewlekłej choroby żylniej – zajmuje się leczeniem żyłaków, pajęczków żylnych, przewlekłych ran oraz owrzodzeń kończyn dolnych.

## Co to jest leczenie żywieniowe i czy może być stosowane u każdego chorego, u którego niezależnie od przyczyny rozpoznajemy niedożywienie?

Leczenie żywieniowe jest formą terapii. Żeby je zastosować, musimy najpierw ustalić rozpoznanie, czyli w tym przypadku zdiagnozować niedożywienie. W tym celu należy w pierwszej kolejności skorzystać z profesjonalnych tabeli przesiewowej oceny stanu odżywienia, takich jak: NRS (Nutritional Risk Screening 2002) lub SGA (Subjective Global

Assessment), a następnie, w drugim kroku, kierując się tzw. czynnikami kwalifikującymi GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition), potwierdzić rozpoznanie niedożywienia i ustalić jego stopnień. Jeżeli stwierdzimy po jednym czynniku fenotypowym oraz etiologicznym – rozpoznajemy niedożywienie i kwalifikujemy pacjenta do leczenia żywieniowego.\* Rozpoznając chorobę, np. zawał serca, kamice pęcherzyka żółciowego lub złamanie kończyny, jesteśmy obowiązani rozpocząć leczenie. Podobnie jest, gdy rozpoznamy niedożywienie, które jest chorobą. Podsumowując: jeśli rozpoznamy niedożywienie, nie tyle powinniśmy zastanawiać się nad rozpoczęciem leczenia żywieniowego, ale wręcz mamy obowiązek jego wdrożenia.

## Czy poza stwierdzonym niedożywieniem są inne, dodatkowe kryteria kwalifikujące pacjenta do leczenia żywieniowego? Czy pacjent w podeszłym wieku, u którego stwierdzamy niedożywienie, poza tym bez istotnych chorób, może być zakwalifikowany do leczenia żywieniowego?

Nawiązując do mojej wcześniejszej wypowiedzi: rozpoznanie niedożywienia zobowiązuje do rozpoczęcia leczenia żywieniowego. Dalsze postępowanie zależy od przyczyny niedożywienia. Czy będzie to żywienie dojelitowe, czy pozajelitowe, czy będzie prowadzone w warunkach szpitalnych, czy domowych, zależy już od czynników dodatkowych. Forma leczenia żywieniowego zależy od przyczyny – od tego, co doprowadziło do stanu, w jakim

\* Więcej na ten temat – patrz: Niezamierzone zmniejszenie masy ciała u osób w starszym wieku. *Lekarz Rodzinny* 1/2022, s. 22.

znajduje się pacjent, i od tego, jakie są obciążenia tego pacjenta – od choroby podstawowej. Jeżeli rozpoznajemy niedożywienie u pacjenta w podeszłym wieku, powinniśmy go objąć opieką i leczeniem żywieniowym. W tym czasie należy równocześnie prowadzić diagnostykę w kierunku dodatkowych czynników wywołujących niedożywienie. Nie powinniśmy marnować czasu: rozpoznajemy niedożywienie – wdrażamy jego leczenie. Prowadzenie interwencji żywieniowej nie przeszkadza w poszukiwaniu innych – poza wiekiem – np. nowotworowych przyczyn jego powstania. Właściwe odżywienie daje szansę na sukces terapii, poprawia nastrój i mobilność pacjenta.

#### **Czy istnieją przeciwwskazania do leczenia żywieniowego?**

Podobnie jak w przypadku każdej procedury medycznej, również do leczenia żywieniowego istnieją wskazania i przeciwwskazania. Za każdym razem należy rozważyć korzyści, jakie odniesie pacjent, i niebezpieczeństwa, na które jest narażony poprzez wdrożenie tego typu postępowania. Posłużę się przykładem leczenia onkologicznego. Zasadniczo i w uproszczeniu składa się ono z leczenia operacyjnego, radioterapii i chemioterapii. Do leczenia operacyjnego trzeba pacjenta przygotować, aby dzięki zgromadzonym składnikom odżywczym „mógł wygoić zespoleńia i rany”. Z kolei przerwanie chemioterapii z powodu niedożywienia jest jak przerwanie operacji. Pacjent nie odnosi z tego korzyści. Podobnie w przypadku radioterapii. W związku z tym, aby pacjent mógł przejść leczenie zasadnicze, konieczne jest rozpoznanie i leczenie współistniejącego niedożywienia. Najczęściej przeciwwskazania nie wiążą się z samym rozpoczęciem leczenia, tylko z jego odpowiednim doborem. Bardzo istotne jest też precyzyjne dobranie formy żywienia. Weźmy przykład guza, który blokuje przewód pokarmowy i powoduje niedrożność. Nie można u takiego pacjenta rozpocząć leczenia drogą przewodu pokarmowego, która jest niedrożna. Trzeba jednak rozpocząć u niego leczenie żywieniowe, aby mógł przejść operację, która go czeka. Najlepszym wyborem jest w takim wypadku żywienie pozajelitowe. Korzystamy wówczas z drogi naczyń krwionośnych. Inaczej będzie w przypadku pacjenta z przerzutami no-

wotworowymi w wątrobie, która w wyniku choroby jest w znacznym stopniu uszkodzona. Nie można wówczas wdrożyć leczenia żywieniowego, które będzie wysokoenergetyczne, ponieważ w ten sposób zaszkodzi się choremu. U takiego pacjenta musimy zastosować leczenie żywieniowe niskoenergetyczne, ale wysokobiałkowe, tak by dostarczyć kluczowe składniki, a równocześnie „oszczędzać” wątrobę. Reasumując: należy dobrać sposób prowadzenia leczenia żywieniowego i jego rodzaj w zależności od stanu pacjenta. Sytuacją, w której odstępuje się od leczenia żywieniowego, jest stan agonalny. Wówczas leczenie żywieniowe nie jest uzasadnione, a wysiłki powinny się skupić na tym, aby umierająca osoba nie odczuwała pragnienia, głodu i bólu. Żeby mogła w sposób humanitarny odejść.

#### **Kto i w jaki sposób kwalifikuje pacjenta do leczenia żywieniowego? Czy kwalifikacja może odbywać się w warunkach domowych?**

Po pierwsze, niezbędne jest rozpoznanie niedożywienia, a to może wykonać każdy medyk. Jak już wcześniej wspomniałem, służą do tego skale przesiewowe, które pomagają rozpoznać osoby z ryzykiem niedożywienia, a w drugim etapie wykorzystujemy kryteria rozpoznania niedożywienia GLIM z 2019 roku (p. [mp.pl/arttykul/248051](http://mp.pl/arttykul/248051)). Do rozpoznania wystarczy stwierdzenie jednego czynnika fenotypowego i jednego czynnika etiologicznego. Ponadto niezbędna jest kwalifikacja formalna, co oznacza przygotowanie dokumentacji, dzięki której leczenie żywieniowe zostanie rozliczone przez NFZ. Kwalifikację do żywienia dojelitowego w warunkach domowych można przeprowadzić ambulatoryjnie, a poradnie, w których się jej dokonuje, najczęściej prowadzone są przez jednostki zajmujące się leczeniem żywieniowym dojelitowym w warunkach domowych. Natomiast w przypadku leczenia pozajelitowego kwalifikację przeprowadza się w szpitalu. Może jej dokonać każdy szpital, gdyż każda jednostka szpitalna powinna mieć możliwość prowadzenia żywienia pozajelitowego w ramach własnych oddziałów. Natomiast leczenie żywieniowe pozajelitowe w warunkach domowych prowadzą wybrane jednostki. Na przykład w województwie opolskim zajmuje się tym szpital w Krapkowicach we współpracy z firmą Nutrikon





sp. z o.o. (*adres poradni żywieniowej najbliższej miejscu zamieszkania pacjenta można znaleźć na stronie NFZ: Informator o terminach leczenia; <https://bit.ly/3tBb2AJ> – przyp. red.*).

**Czy pacjent objęty leczeniem żywieniowym pozostaje pod stałą opieką osób z ośrodka leczącego? Kto wchodzi w skład takiego zespołu i w jakim zakresie zespół wspiera chorego?**

Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że mówimy w tym wypadku o leczeniu żywieniowym w warunkach domowych. Jeżeli chodzi o warunki szpitalne, jak już wspominałem, każdy szpital, który posiada umowę z NFZ, jest obowiązany do stworzenia możliwości prowadzenia leczenia żywieniowego. Leczeniem żywieniowym w warunkach domowych zajmują się specjalistyczne jednostki, które mają kontrakt na prowadzenie takiego leczenia. Oznacza to udzielanie opieki w pełnym zakresie związanym z żywieniem.

U osoby zakwalifikowanej do leczenia żywieniowego, pozajelitowego lub dojelitowego wytwarzany jest odpowiedni dostęp umożliwiający podaż preparatów żywieniowych. Pacjent otrzymuje do domu zestaw potrzebny do prowadzenia leczenia, a więc nie tylko produkt żywieniowy, ale też pompy, rękawiczki, gaziki, płyny dezynfekcyjne itd. Każdy pacjent ma przydzielonego lekarza prowadzącego oraz pielęgniarkę prowadzącą, którzy pozostają z nim w kontakcie telefonicznym, a jeśli jest taka potrzeba – odwiedzają go w domu. Poza tym pacjent powinien mieć otwartą drogę do leczenia szpitalnego na wypadek pojawienia się powikłań związanych z prowadzonym leczeniem. Wykonuje się u niego badania kontrolne, które także są wykazane w załączniku NFZ. Wszystko to odbywa się na koszt płatnika, czyli NFZ.

**Czy rodzina pacjenta musi być przeszkolona, zaangażowana w proces leczenia? W jakim zakresie?**

Zarówno pacjent, jak i jego opiekun – bo nie zawsze jest to rodzina, może to być przyjaciel, sąsiad lub znajomy – przechodzą pełne przeszkolenie związane z prowadzeniem leczenia żywieniowego. Jest to przeszkolenie związane z obsługą zastosowanego systemu żywieniowego oraz rozpoznawania ewentualnych problemów, które mogą się pojawiać. Uczulamy, aby w takich sytuacjach

bezwzględnie kontaktować się z lekarzem prowadzącym lub pielęgniarką.

W ramach ośrodka, w którym pracuję, przygotowaliśmy też filmy szkoleniowe, które udostępniamy m.in. na stronie szpitala i firmy Nutrikon sp. z o.o. Pokazujemy je pacjentom i zachęcamy do korzystania z takiej formy edukacji. Szkolenia prowadzone są aż do skutku. Stosujemy zasadę, iż żaden pacjent w trakcie leczenia żywieniowego, którego członek rodziny bądź opiekun nie będzie wyszkolony w obsłudze systemu żywieniowego, nie zostanie wypisany do domu.

Rzadko zdarza się, aby ktoś nie mógł zostać objęty leczeniem żywieniowym z tego powodu, że nie udało się przejść przeszkolenia. Jeżeli jednak taka sytuacja się zdarzy i pacjenta nie można zakwalifikować do leczenia w warunkach domowych, wówczas w celu utrzymania terapii kierujemy go do hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego lub domu pomocy społecznej.

**Jakie są koszty leczenia ponoszone przez pacjenta?**

Pacjent nie ponosi kosztów leczenia żywieniowego w warunkach domowych. Płatnikiem w tym przypadku jest NFZ, czyli koszty pokrywamy my jako obywatele. I szkolenie, i preparaty żywieniowe, i systemy żywieniowe, i dostępy – to wszystko opłacane jest przez Fundusz.

**Czy jest możliwe leczenie prywatne, np. dla pacjenta nieubezpieczonego w Polsce?**

Nie ma przeszkód, aby pacjent mógł zapłacić za leczenie, jeśli chce je rozpocząć.

**W jaki sposób znaleźć ośrodek kwalifikujący do leczenia żywieniowego?**

Korzystając z pomocy NFZ. Każdy oddział Funduszu posiada informacje na temat jednostek prowadzących leczenie żywieniowe domowe dojelitowe bądź pozajelitowe. Dzięki wykazom dostępnym w oddziałach NFZ można znaleźć najbliższą poradnię i skontaktować się z nią na podany w wykazie numer telefonu. W przypadku naszej placówki numery dostępne są na stronie szpitala i firmy Nutrikon sp. z o.o. Mamy wyznaczonego pracownika, który w zasadzie jest dostępny codziennie i koordynuje wdrażanie pacjentów do leczenia żywieniowego.

**Czy do ośrodka można kierować pacjentów z niedożywieniem wyłącznie w celu uzyskania opieki dietetyka klinicznego?**

Jak najbardziej tak. Należy jednak zwrócić uwagę na to, aby poradni żywieniowej nie obciążać w sposób nadmierny, by nie wykluczyć możliwości udzielania pomocy osobom, które potrzebują leczenia żywieniowego. Dietetyk jest członkiem zespołu, który prowadzi leczenie żywieniowe. Optymalnie warto korzystać z kompetencji dietetyków szpitalnych. Dietetycy zatrudnieni w poradniach leczenia żywieniowego są dostępni, ale dobrze jest pozostawić ich czas pacjentom, którzy najbardziej potrzebują pomocy.

**Czy pacjent otyły może być niedożywiony? Kiedy należy podejrzewać u niego niedożywienie?**

Oczywiście, że tak. Skorzystajmy z kryteriów rozpoznawania niedożywienia GLIMA. Jeśli spojrzeć na fenotypowe czynniki pozwalające na rozpoznanie niedożywienia, mamy punkt określony jako zmniejszenie masy mięśniowej ciała, które

występuje u każdego otyłego pacjenta. Proporcjonalnie ma on duże zasoby tłuszczu oraz małe zapasy białka. Wystarczy, że sięgniemy do czynników etiologicznych niedożywienia, gdzie wymienione są np.: stan zapalny, nagłe zachorowanie, uraz lub przewlekły stan zapalny związany z chorobą, to bez problemu znajdziemy dwa czynniki ryzyka niedożywienia. Można powiedzieć, że wystarczy, aby osoba otyła z BMI np. 55 zachorowała na zapalenie płuc, co w czasach pandemii zdarza się częściej, i tym samym spełniła kryteria rozpoznania niedożywienia. Często zdarza się, że ośrodki leczące otyłych pacjentów starają się na siłę ich odchudzić przy okazji leczenia innej choroby. Kończy się to ogromnymi kłopotami, ranami odleżynowymi, a często nawet zgonem. Podsumowując: osoba otyła z założenia już spełnia jeden czynnik fenotypowy, a do rozpoznania niedożywienia wystarczą dwa. Osoby otyłe z BMI większym niż 35 są w takim samym stopniu zagrożone niedożywieniem jak osoby z BMI poniżej 20.

**W jaki sposób skład zalecanej pacjentowi diety zależy od przyczyny niedożywienia oraz sytuacji klinicznej? Czy inaczej żywi się chorego z niewydolnością oddechową w przebiegu POChP, a inaczej pacjenta z niedowładami po przebytych udarach?**

Łatwiej jest mi zacząć od drugiej części pytania, gdyż odpowiedź brzmi: tak. W przypadku pacjenta z przewlekłą chorobą płuc należy zadbać o to, aby w diecie znajdowało się stosunkowo mało cukru, ponieważ cukier zwiększa produkcję dwutlenku węgla, a u takiego chorego trzeba ograniczyć jego ilość. Poszukując alternatywnych źródeł energii, zwrócimy się zatem w stronę tłuszczu. Inaczej będzie wyglądała sytuacja w przypadku pacjenta, który dodatkowo ma niewydolną wątrobę. Nie można go nadmiernie obciążać energetycznie. Nie będziemy poszukiwali energii w postaci tłuszczu, którego 1 g przekłada się na 8 kcal. U takiego chorego należy wprowadzać modyfikacje w kierunku diety wysokobiałkowej. Źródłem energii będzie cukier i białko, ponieważ tłuszcz byłby szkodliwy. To tylko przykłady, gdyż w każdym przypadku będziemy poszukiwać indywidualnego rozwiązania. Mamy do dyspozycji kilkadziesiąt gotowych już receptur przemysłowych do żywienia jelitowego i pozajelitowego. Wielokrotnie w przypadku żywienia pozajelitowego korzystamy ze specjalnych mieszanek. Indywidualnie dla takiego pacjenta układamy odpowiednią dietę, która pozwoli mu prawidłowo funkcjonować i przejść zaplanowane leczenie.

**Czy dieta może wspomagać leczenie pacjenta z COVID-19? Jeśli tak, to w jaki sposób?**

Jak najbardziej. Jeżeli pacjent ma infekcję, w tym wypadku COVID-19, potrzebuje składników odżywczych, żeby się bronić, tworzyć przeciwciała, uruchomić limfocyty, makrofagi. Organizm potrzebuje energii i białka, aby zbudować wszystkie te czynniki, którymi będzie się bronił, a jeżeli odetnie się dostawy, to zasoby organizmu skończą się bardzo szybko. Głównym źródłem materiału zapasowego w organizmie, który pozwala na budowanie czynników obrony przed infekcją, są mięśnie, ale te zapasy bardzo szybko będą „topniały”. Nie tak rzadko jako takie „magazyny” na czas choroby traktujemy tłuszcz. Jest to błędne podejście, gdyż jest on wówczas bardzo

niechętnie i w niewielkim stopniu wykorzystywany przez organizm. Doświadczenie wskazuje, iż wystarczy, żeby chory w okresie infekcji nie odżywał się przez 5 dni, i – nie robiąc żadnego badania u takiego pacjenta – „w ciemno” możemy rozpoznać niedożywienie. Dokładnie taka sama sytuacja występuje, gdy pacjent przez 10 dni spożywa mniej niż 75% dziennego zapotrzebowania na białko i energię. W praktyce wygląda to tak, że jeśli na oddział przyjmowana jest osoba, która choruje na zapalenie płuc w przebiegu COVID-19, jest nieaktywna, nie rusza się, nie jest w stanie pójść do sklepu, kupić sobie jedzenia ani przygotować posiłku, to ryzyko niedożywienia dramatycznie rośnie. Potrzebujemy składników odżywczych, aby funkcjonować, a tym bardziej – bronić się, kiedy pojawi się choroba.

**W jaki sposób wspierać praktycznie dietą leczenie chorego z przewlekłymi ranami i odleżynami? Jakiego zalecenia przekazać takiemu pacjentowi?**

W pierwszej kolejności trzeba przeprowadzić ocenę pacjenta pod kątem ryzyka niedożywienia za pomocą skali NRS lub SGA, a następnie spojrzeć na czynniki ujęte w kryteriach GLIM. Jeżeli rozpoznajemy u pacjenta niedożywienie, wówczas należy skierować go do poradni żywieniowej, która wdroży leczenie żywieniowe w warunkach domowych. Z drugiej strony, bardzo często u takich osób nie rozpoznajemy niedożywienia, a jedynie ryzyko niedożywienia. Występuje u nich tylko czynnik fenotypowy lub etiologiczny, np. u wspomnianych już osób otyłych. Pacjent spożywa 80% swojego zapotrzebowania, jest otyły i ma ranę przewlekłą. Jest to zatem osoba z ryzykiem niedożywienia. W takim przypadku najlepiej byłoby skorzystać z pomocy dietetyka, który poradziłby, w jaki sposób zmodyfikować dietę, aby pacjent odniósł jak największe korzyści. W przypadku ryzyka niedożywienia możemy również skorzystać z suplementów diety, zastosować preparaty wspomagające. Na rynku istnieje wiele preparatów doustnych, przeznaczonych dla pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi, np. z ranami przewlekłymi.

**Czy włączenie doustnych preparatów odżywczych zawsze powinno być poprzedzone szczegółową oceną stanu odżywienia i parametrów biochemicznych?**

Do oceny stanu odżywienia pacjenta i rozpoznania niedożywienia nie są konieczne żadne badania laboratoryjne. Wystarczy korzystać z dostępnych skal przesiewowych i czynników GLIM, o których wspominałem wcześniej. Niestety, nadal wiele osób uważa, że rozpoznanie to wymaga całej masy specjalistycznych badań. To mylne przekonanie, dlatego podkreślam to ponownie: diagnostyka laboratoryjna potrzebna jest do właściwego prowadzenia określonego leczenia żywieniowego, ale nie do rozpoznania niedożywienia. Do suplementacji także nie jest potrzebna.

Trzeba wręcz zwrócić uwagę na to, że Polacy bardzo często suplementują składniki, które nie są im potrzebne, np. witaminę C. W ogóle z lubością dostarczamy witaminy, których nadmiar nie przyniesie najmniejszych korzyści zdrowotnych, a w przypadku witamin rozpuszczalnych w tłuszczach może nawet zaszkodzić. Suplementacja jest potrzebna wówczas, gdy występuje ryzyko niedożywienia, czyli np. w skali NRS ocenimy stan pacjenta na 2 punkty. Wdrażanie suplementów profilaktycznie, aby nie wystąpiło niedożywienie albo ryzyko niedożywienia, nie ma sensu. Takie postępowanie do niczego nie prowadzi.

# The Practitioner

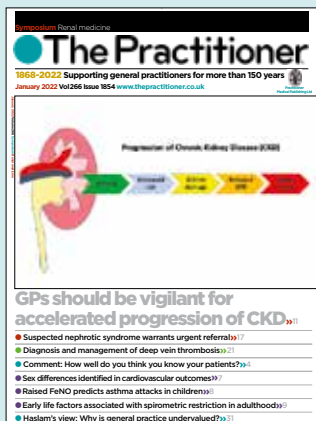
1868-2022 Supporting general practitioners for more than 150 years



[www.thepractitioner.co.uk](http://www.thepractitioner.co.uk)

## The Practitioner

*The Practitioner* is a monthly, clinical review journal for GPs. The main articles are written by specialists. Named GP advisors select key points and ensure relevance to general practice. The articles are evidence based and peer reviewed for general practice.



In addition, *The Practitioner's* panel of GPs with special interests select and review research papers that they judge may have an impact on practice.

A print CPD exercise allows readers to test themselves on the main articles in the issue and capture reflections. Other CPD options are available online.

All individuals who take out a print subscription receive full online access free.

'I do not use the CPD material from any other journal (*BMJ* included) as these are less appropriate and less well tuned to the needs of a GP'  
*GP Senior Partner*

## The Practitioner Print (+ online free) subscription

Readers of *Medycyna Praktyczna* journals receive a 20% discount on the normal print subscription price by using the offer code: 'INDP'

**+44 1767 604974**

(8.30 am to 5.30 pm UK time weekdays)

Email: [custserv@turpin-distribution.com](mailto:custserv@turpin-distribution.com)

Individual print subscription (11 issues a year + online access free) code INDP:

£134-26.80 = £107.20

Pay online and apply the discount at:  
[www.thepractitioner.co.uk](http://www.thepractitioner.co.uk)



## The Practitioner Online

The online home page displays the current issue contents, together with temporary selections of articles that change weekly.

- Special Interest sections exist in several major fields of interest
- CPD frameworks that prompt structured reflection are associated with all articles.
- Preset searches to PubMed facilitate further research and reflection

Register for free 'registered user' access to the website

[www.thepractitioner.co.uk](http://www.thepractitioner.co.uk)

You will receive a degree of free access and newsletters

## The Practitioner Online-only subscription

**+44 1767 604974**

(8.30 am to 5.30 pm UK time weekdays)

Email: [custserv@turpin-distribution.com](mailto:custserv@turpin-distribution.com)

Online only 1 year with code INDP:

£72-14.40 = £57.60

Pay online and apply the discount at:  
[www.thepractitioner.co.uk](http://www.thepractitioner.co.uk)