**Informacja prasowa**

**Diagnoza, leczenie, rekonwalescencja: żywienie medyczne jest integralnym elementem każdego etapu leczenia**

**Eksperci szacują, że nawet około 35-55% chorych przyjmowanych do szpitala jest niedożywionych, a 20% z nich jest w stanie ciężkiego niedożywienia wymagającego natychmiastowej interwencji[[1]](#footnote-1). Pacjenci z niedożywieniem są narażeni na powikłania, dłuższy czas hospitalizacji, opóźnienie procesu rekonwalescencji oraz obniżenie jakości życia. Prawidłowa dieta, a w przypadku niedoborów żywieniowych zastosowanie żywienia medycznego, to niezbędne czynniki w każdym
z trzech etapów leczenia – diagnozie, leczeniu i procesie rekonwalescencji.**

Każda choroba, a szczególnie wymagająca intensywnego leczenia, narusza równowagę w organizmie i powoduje jego nieprawidłowe funkcjonowanie. Może objawiać się ono ogólnoustrojowym stanem zapalnym, wzmożoną pracą układu odpornościowego, a także zwiększonym metabolizmem, a co za tym idzie, wzrostem zapotrzebowania energetycznego. Osoby chore często skarżą się na zmniejszenie apetytu, wielu czuje niechęć do jedzenia, zmieniają się także preferencje smakowe (szczególnie w chorobach nowotworowych).

**Odpowiednie żywienie ważne już w momencie postawienia diagnozy**

Niedobory energii i składników odżywczych prowadzą do niedożywienia, a w konsekwencji do chudnięcia i pogorszenia funkcjonowania organizmu na wszystkich płaszczyznach: niedożywiony pacjent jest osłabiony, może mieć gorsze samopoczucie, bywa drażliwy, skarży się na zaburzenia snu, obrzęki, bóle mięśniowe czy problemy z gojeniem ran. To z kolei może wpływać negatywnie na jego nastawienie do leczenia lub rekonwalescencji i wydłużać te procesy.

W przypadku niektórych chorób, np. nowotworów istnieje możliwość wdrożenia potrzebnej interwencji żywieniowej jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, by przygotować organizm do zabiegu operacyjnego, czy też chemio-, radioterapii. Zdarza się jednak, że leczenie rozpoczyna się natychmiast po rozpoznaniu, jak w przypadku udaru mózgu – wtedy wsparcie żywieniowe powinno być wprowadzone najwcześniej, jak to możliwe, w celu pokrycia zwiększonego na skutek obecności stanu zapalnego i zmian metabolicznych zapotrzebowania białkowo-kalorycznego.

**Żywienie medyczne – integralny element leczenia**

Nieprawidłowo odżywiony organizm może gorzej radzić sobie z różnymi dolegliwościami związanymi z prowadzony leczeniem (np. chemioterapią), może być także narażony na powikłania pooperacyjne i dłuższy pobyt w szpitalu, co nie jest obojętne dla samopoczucia chorego i jego bliskich.

Pobieranie pokarmów u osób chorych w ilości pokrywającej zapotrzebowanie na składniki odżywcze pacjenta może być utrudnione, a nieraz nawet niemożliwe. W takiej sytuacji cennym źródłem niezbędnej ilości białka czy energii może być żywienie medyczne stosowane pod nadzorem lekarza i dobrane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Wybór metody żywienia powinien być oparty na analizie stanu klinicznego chorego, stopniu i rodzaju niedożywienia, planowanym czasie żywienia oraz okresie stosowania żywienia (np. przedoperacyjne, pooperacyjne). Naturalną drogą podawania posiłków jest droga doustna, jednak w sytuacji, w której ten sposób jest niemożliwy lub niewystarczający, powinno zostać wdrożone żywienie dojelitowe bezpośrednio do żołądka lub jelita (tzw. sztuczny dostęp), a w ostateczności pozajelitowe (dożylne).

- *Chory musi otrzymywać wraz z dietą tyle składników odżywczych, ile potrzebuje jego walczący z chorobą organizm – to ważny element wsparcia całego procesu leczenia. Dzięki odpowiedniemu odżywieniu pacjenta, zmniejsza się ryzyko powikłań pooperacyjnych i możliwa jest rehabilitacja. W sytuacjach, w których możliwe jest skuteczne żywienie dojelitowe należy wykorzystywać tę drogę podaży – najpierw doustną, a gdy sytuacja tego wymaga, bezpośrednio do żołądka lub jelita. Jest to niezwykle istotne pod kątem utrzymania prawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego, jak również metabolizmu człowieka. Kosmki jelitowe potrzebują substancji odżywczych ze światła przewodu pokarmowego, a ich prawidłowe działanie wpływa na funkcjonalność bariery jelitowej. Może to mieć znaczenie w występowaniu powikłań metabolicznych i infekcyjnych szczególnie u pacjentów w ciężkim stanie. Natomiast żywienie pozajelitowe powinno być stosowane w przypadkach, gdy układ pokarmowy nie funkcjonuje prawidłowo, przez co nie przyswaja energii i składników odżywczych lub, w których nie można uzyskać dostępu dojelitowego –* zwraca uwagę dr n. med. Marcin Folwarski, Przewodniczący Sekcji Domowego Żywienia Do- i Pozajelitowego POLSPEN oraz adiunkt Katedry Żywienia Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Rekonwalescent także ma zwiększone potrzeby żywieniowe!**

Żywienie medyczne ma zastosowanie także podczas rekonwalescencji. Kontynuacja wsparcia żywieniowego po zakończeniu hospitalizacji jest również bardzo ważna i nie należy o niej zapominać.

Pacjenci po pobycie na oddziale intensywnej terapii, nawet jeżeli wychodzą z niego o własnych siłach, często mają zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze, które może być ciężko zaspokoić poprzez tradycyjną dietę. W takich sytuacjach lekarz może zarekomendować doustne żywienie medyczne. Natomiast jeżeli chory nie może spożywać pokarmu doustnie lub jest ono niewystarczające i wymaga długotrwałego żywienia przez sztuczny dostęp, procedura żywienia dojelitowego może być nadal realizowana po wypisaniu ze szpitala, przy wsparciu poradni żywieniowej. W Polsce jest ona finansowana ze środków NFZ, co w praktyce dla pacjenta i jego rodziny oznacza, że nie ponoszą kosztów z tym związanych.

*- Należy pamiętać, że z perspektywy pacjenta hospitalizacja jest etapem leczenia, ale często nie jego zakończeniem. Niekiedy pomimo braku wskazań do hospitalizacji wymagane jest kontynuowanie żywienia dojelitowego w warunkach domowych. Niestety zbyt często pacjent nie jest informowany o możliwościach dalszego prowadzenia terapii żywieniowej pod opieką poradni żywieniowej. Dobra współpraca lekarza w szpitalu z jednostką żywienia domowego umożliwia płynne przekazanie pacjenta i skuteczne kontynuowanie terapii żywieniowej. Daje mu to szansę na szybszy powrót do zdrowia, zmniejszenie ryzyka powikłań i ponownej hospitalizacji. To jest ten moment, w którym wiele zależy od nas – lekarzy, oraz całego personelu medycznego –* mówi dr Folwarski.

**O Fundacji Nutricia:**

Misją Fundacji Nutricia jest **edukacja o roli żywienia** na różnych etapach życia człowieka. Wspieramy dzieci i rodziców, pacjentów oraz ich bliskich, jak również przedstawicieli środowiska medycznego, instytucji publicznych i organizacji pozarządowych**, realizując działania edukacyjne** na temat roli żywienia oraz **finansując badania naukowe**. Za pomocą naszych działań dążymy do: edukowania przyszłych pokoleń o kluczowej roli odpowiedniego żywienia w czasie 1000 pierwszych dni, ograniczenia skali problemu niedożywienia w chorobie oraz budowania nawyków umożliwiających zdrowe starzenie się.

Więcej na: [**www.fundacjanutricia.pl**](http://www.fundacjanutricia.pl/) oraz [www.facebook.com/FundacjaNutricia](http://www.facebook.com/FundacjaNutricia)

1. „Niedożywienie szpitalne. Metody oceny stanu odżywienia”, Joanna Ostrowska, Anna Jeznach-Steinhagen, 2017 rok. [↑](#footnote-ref-1)