

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie
i Fundacja Tam i z Powrotem

LECZENIE ŻYWIENIOWE PORADNIK DLA PACJENTÓW I ICH BLISKICH

16

BEZPŁATNY



Patronat merytoryczny: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

razem zwyciężymy raka!



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

WWW.PROGRAMEDUKACJIONKOLOGICZNEJ.PL

Kierując się poczuciem odpowiedzialności i chęcią rozwoju metod wspierania chorych na nowotwory i ich rodzin, środowiska medycznego, wolontariuszy, a także będąc świadomymi potrzeby współdziałania – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Fundacja „Tam i z powrotem” rozpoczęły w 2014 roku realizację Programu Edukacji Onkologicznej.

Program Edukacji Onkologicznej ma na celu upowszechnianie i propagowanie wiedzy o nowotworach, edukację osób zdrowych i osób z grupy podwyższonego ryzyka, osób chorych na nowotwory, ich rodzin i bliskich, a także wsparcie fachową wiedzą pracowników medycznych oraz wolontariuszy.

Do współpracy przy realizacji programu zaproszeni zostali Partnerzy oraz Sponsorzy, bez których wsparcia nie byłaby możliwa kontynuacja założeń programowych.

W tym miejscu chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania programu oraz jego rozwoju.

Dziękujemy, że jesteście z nami!



Wydawca: PRIMOPRO
Warszawa 2022

Celem niniejszego poradnika jest ułatwienie dostępu do informacji o zagadnieniach związanych z chorobą nowotworową. Wydawca informuje, iż wszelkie zawarte w poradniku treści mają charakter wyłącznie informacyjny. Zawsze w pierwszej kolejności należy kierować się zaleceniami lekarza prowadzącego.

Treści zawarte w poradniku nie mogą być traktowane jako konsultacje czy porady. Osoby korzystające z niniejszego opracowania powinny zawsze skonsultować prezentowane tu informacje z lekarzem. Wydawca nie bierze na siebie odpowiedzialności za niewłaściwe rozumienie ani wykorzystanie zawartych tu informacji. Pomimo, iż Wydawca dba o rzetelność redakcyjną i merytoryczną zawartych informacji, jakiegokolwiek ryzyko korzystania z poradnika i zamieszczonych tu informacji ponoszą wyłącznie osoby z niego korzystające.

Autor: prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, mgr diet. Maria Brzegowy
Klinika Chirurgii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie.

Opracowanie graficzne: Tomasz Rupociński
Redakcja: Katarzyna Kowalska, Ewa Podymniak

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub całości informacji, zdjęć i innych treści zawartych w publikacji w jakiegokolwiek formie bez pisemnej zgody wydawcy zabronione.
Niniejsza publikacja podlega ochronie na mocy prawa autorskiego.

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1. Żywnienie w chorobie nowotworowej	7
1.1. Po co rozmawiać o żywieniu w chorobie nowotworowej?	7
1.2. Jak duża jest skala problemu?	8
1.3. Dlaczego pacjent z chorobą nowotworową chudnie?	8
1.4. Jak powinniśmy działać?	9
Rozdział 2. Dieta a choroba nowotworowa	9
2.1. Czy sposób naszego odżywiania ma wpływ na rozwój raka?	9
2.2. Czym jest dieta przeciwnowotworowa, a czym dieta w trakcie choroby nowotworowej?	9
2.3. Jak powinna więc wyglądać dieta przeciwnowotworowa? Jakie są zasady zdrowego żywienia?	10
2.4. Które produkty mogą zwiększać ryzyko zachorowania na raka?	13
2.5. Jakie problemy żywieniowe mogą pojawić się w trakcie leczenia choroby nowotworowej?	13
Rozdział 3. Żywnienie dojelitowe	14
3.1. Żywnienie dojelitowe w domu pacjenta	16
Rozdział 4. Żywnienie pozajelitowe	17
4.1. Żywnienie pozajelitowe w domu pacjenta	18
Rozdział 5. Metody leczenia żywieniowego	19
5.1. A co jeżeli dietetyka nie wystarczy?	21
5.2. Kogo możemy leczyć?	23
5.3. Zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Podaż mieszanin odżywczych	24
5.4. Co to są ONS-y? Po co stosuje się je w onkologii?	25
Rozdział 6. Miły żywieniowe w onkologii	27
6.1. Dlaczego pacjenci chorzy na raka sięgają po „alternatywne” metody leczenia?	33
6.2. Jak pomóc osobie bliskiej chorej na nowotwór, która chce spróbować alternatywnych metod leczenia?	33
Słowniczek	34

FUNDACJA TAM I Z POWROTEM

Fundacja powstała z potrzeby wspomożenia chorych na nowotwory pacjentów polskich szpitali. W Radzie Fundacji zasiadają wybitni onkolodzy oraz osoby pragnące poświęcić swój czas i energię realizacji działań statutowych Fundacji.

Jednym z głównych zadań Fundacji jest prowadzenie szeroko pojętej działalności informacyjno-promocyjnej. Działalność ta ma na celu podniesienie w polskim społeczeństwie świadomości i wiedzy na temat chorób nowotworowych, sposobów ich leczenia i profilaktyki.

Jesteśmy organizatorem akcji wydawniczej, której celem jest dostarczenie zainteresowanym – chorym i ich rodzinom – rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiałym i przystępnym sposób. Wydawane w ramach akcji poradniki są bezpłatnie dystrybuowane w ośrodkach onkologicznych, szpitalach, przychodniach czy w fundacjach i stowarzyszeniach w całej Polsce. Poradniki można również bezpłatnie pobrać w formie elektronicznej. Dzięki wsparciu darczyńców, Fundacja do tej pory wydała i dostarczyła zainteresowanym ponad 3,7 miliona egzemplarzy poradników. Zainteresowanie przerosło wszelkie oczekiwania. Taki odbiór pokazuje również, jak bardzo ważne jest wsparcie przez sponsorów i partnerów.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) objęło akcję wydawniczą Honorowym Patronatem. Wsparcie tej inicjatywy przez wybitnych specjalistów zrzeszonych w PTOK jest ogromnym wyróżnieniem i stanowi potwierdzenie rzetelności oraz wiarygodności poradników.

W ramach akcji prowadzone są dwie serie wydawnicze, w ramach których zostały wydane następujące pozycje:

Seria wydawnicza „Razem zwyciężymy raka!”:

1. Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
2. Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów.
3. Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek.
4. Pomoc socjalna – przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.
5. Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej.
6. Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
7. Żywnie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
8. Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową.
9. Ból w chorobie nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
10. Mój rodzic ma nowotwór. Poradnik dla nastolatków.
11. Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
12. Moja rehabilitacja. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.
13. Życie po nowotworze. Poradnik dla osób po przebytej chorobie.
14. Gdy nowotwór powraca. Poradnik dla osób z nawrotem choroby i ich bliskich.
15. Leczenie onkologiczne w domu pacjenta.
16. Leczenie żywieniowe. Poradnik dla pacjentów i ich bliskich.

Seria wydawnicza „Co warto wiedzieć”:

Co warto wiedzieć. Rak skóry, czerniak i znamiona skóry.
Co warto wiedzieć. Rak płuca.
Co warto wiedzieć. Leczenie celowane chorych na nowotwory.
Co warto wiedzieć. Rak nerki.
Co warto wiedzieć. Przerzuły nowotworowe w kościach.
Co warto wiedzieć. Rak piersi.
Co warto wiedzieć. Rak gruczołu krokowego.
Co warto wiedzieć. Rak jelita grubego.
Co warto wiedzieć. Badania kliniczne.
Co warto wiedzieć. Białaczka.
Co warto wiedzieć. Rak wątroby.
Co warto wiedzieć. Rak trzonu macicy.
Co warto wiedzieć. Rak jajnika.
Co warto wiedzieć. Rak szyjki macicy.
Co warto wiedzieć. Immunoterapia.
Co warto wiedzieć. Rak tarczycy.
Co warto wiedzieć. Niedokrwistość w chorobie nowotworowej.
Co warto wiedzieć. Szpiczak.
Co warto wiedzieć. Układ pokarmowy. Powikłania w leczeniu onkologicznym.
Co warto wiedzieć. Działania niepożądane.
Co warto wiedzieć. Prawa pacjenta.
Co warto wiedzieć. Leki biopodobne.
Co warto wiedzieć. Chłoniak Hodgkina.
Co warto wiedzieć. Nowotwory głowy i szyi.
Co warto wiedzieć. Zakażenia wirusowe u pacjentów z chorobą nowotworową.
Co warto wiedzieć. Rak pęcherza moczowego.
Co warto wiedzieć. Rak trzustki.
Co warto wiedzieć. Rak żołądka.
Co warto wiedzieć. Nowotwory dróg żółciowych.

Poradniki są dostępne na stronie internetowej Programu Edukacji Onkologicznej:
www.programedukacjonkologicznej.pl.

Skontaktuj się z nami:

- jeśli jesteś zainteresowany otrzymaniem poradników (osoba prywatna):
biuro.primopro@gmail.com
- jeśli jesteś zainteresowany dystrybucją poradników: zarejestruj się na stronie
www.programedukacjonkologicznej.pl

Wstęp

Poradnik pt. „Leczenie żywieniowe. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin” został napisany dla Ciebie – osoby, która ma w niedługim czasie otrzymać - lub jest obecnie w trakcie - leczenia z powodu nowotworu. Twoja rodzina, przyjaciele i bliskie osoby mogą również być zainteresowane przeczytaniem tego poradnika.

Poradnik stanowi Twój przewodnik podczas leczenia onkologicznego i jest uzupełnieniem już dostępnej publikacji pt. „Żywnienie a choroba nowotworowa”.

Dietetyk, lekarz lub pielęgniarka mogą wskazać odpowiednie części poradnika lub podjąć inne działania w celu rozwiania Twoich obaw, wątpliwości lub problemów związanych z niepożądanymi objawami leczenia lub wspomoczenia codziennej diety. Pamiętaj aby rozmawiać z lekarzem lub pielęgniarką o swoich oczekiwaniach związanych z leczeniem, ale także z pozostałym personelem medycznym – w tym dietetykiem - o odpowiednim żywieniu podczas całego procesu leczenia.

Oddajemy zatem w Państwa ręce poradnik, który w sposób przejrzysty wyjaśni założenia i metody żywienia w chorobie nowotworowej. Mamy nadzieję, że okaże się przydatny, że wyjaśni wąt-

pliwości, rozwieje mity i dostarczy informacji o tym, jak pomóc sobie i innym w walce z rakiem.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 7 pt. „Żywnienie a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacjonkologicznej.pl

Rozdział 1. Żywnienie w chorobie nowotworowej.

1.1. Po co rozmawiać o żywieniu w chorobie nowotworowej?

„Przecież jak się je, to się karmi raka! Przecież żywienie nie leczy, to chirurgia, chemioterapia, albo radioterapia zabijają nowotwór! - nie żywienie. A jeśli już chcemy mówić o czymś związanym z żywieniem, to raczej porozmawiajmy o witaminie C, o amigdalinie lub o pestkach moreli. To pomaga, nie jakieś białko.”

Brzmi znajomo? Może nawet bardzo znajomo. Za bardzo znajomo. I to bardzo niedobrze. Wszystkie poglądy wymienione powyżej są bowiem całkowicie błędne, a nawet bardzo szkodliwe. Musimy rozmawiać i o żywieniu, i o leczeniu żywieniowym w każdym przypadku leczenia choroby nowotworowej, jaka by ona nie była. Dlaczego? Bo tylko dzięki prawidłowemu żywieniu i leczeniu żywieniowemu - nazywanemu także żywieniem klinicznym

- połączonym z aktywnością fizyczną, możemy skutecznie walczyć z rakiem. Bez żywienia nie będziemy mieć siły do walki, przegramy nie z powodu rozwoju choroby, tylko z powodu braku sił.

1.2. Jak duża jest skala problemu?

Zaburzenia stanu odżywienia (niedożywienie, zmniejszenie częstotliwości przyjmowania pokarmów, nadmierna utrata składników odżywczych) stanowią poważny problem u pacjentów, którzy leczeni są z powodu choroby nowotworowej. Zaburzenia stwierdza się u 30-85% chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej. Częstość występowania zależy od rodzaju nowotworu, stopnia jego zaawansowania, umiejscowienia, chorób towarzyszących i wieku chorego.

Najbardziej narażone są osoby chorujące na nowotwory układu pokarmowego (głównie rak przełyku, żołądka, trzustki - w tych przypadkach ilość chorych o złym stanie odżywienia osiąga nawet 80%) oraz głowy i szyi. Niedożywienie jest również - obok żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, niewydolności nerek i infekcji - jedną z głównych przyczyn zgonów u chorych na nowotwór. Jak wykazało badanie wykonane w polskich szpitalach w 2018 roku - na grupie ponad 2700 pacjentów - wskazania do leczenia żywieniowego (różnego rodzaju) stwierdza się u około 30% osób przyjmowanych do szpitali.

1.3. Dlaczego pacjent z chorobą nowotworową chudnie?

Pacjent onkologiczny jest szczególnie narażony na utratę masy ciała i niedożywienie, gdyż jednym z głównych

zaburzeń towarzyszących chorobie nowotworowej jest kacheksja (zespół objawów będący wynikiem działania czynników prozapalnych). Charakterystyczne zaburzenia to między innymi niezamierzona i postępująca utrata masy ciała, jadłowstręt, astenia (stan osłabienia psychicznego i fizycznego) i odczuwanie wczesnej sytości.

Jednym z pierwszych objawów zespołu kacheksja/anoreksja u pacjentów onkologicznych jest jadłowstręt o różnym stopniu nasilenia i w różnym tempie rozwoju. Początkowo chorzy zgłaszają zaburzenia smaku i powonienia, a tym samym wymuszoną zmianę diety i nawyków żywieniowych. Spożywaniu pokarmów często towarzyszy dyskomfort, a nawet ból.

Stan odżywienia pogarsza się również w konsekwencji zaburzenia odżywiania (obecność przeszkody mechanicznej - takiej jak guz lub naciek, ból przy połykaniu, zwiększenie utraty składników odżywczych (biegunki, utrata składników drogą nerek), zaburzenia wchłaniania składników odżywczych (np. w konsekwencji uszkodzenia nabłonka przewodu pokarmowego podczas chemioterapii lub radioterapii), zwiększenia zapotrzebowania na składniki odżywcze (np. w raku płuca - nowotwór ten zwiększa tempo metabolizmu), a także działań niepożądanych leczenia przeciwnowotworowego (zaburzenia smaku, spadek łaknienia, nudności, wymioty).

Leczenie przeciwnowotworowe (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) jest bardzo często powiązane z utratą

masy ciała. Nie należy jednak przyjmować tego stanu jako normalnego – trzeba podjąć wszelkie działania, aby temu zapobiec.

Dlaczego? Ponieważ niedożywienie niesie za sobą bardzo poważne następstwa kliniczne. Do głównych należy wzrost częstości infekcji, zaburzenie gojenia ran, przedłużenie pobytu w szpitalu, wzrost kosztów leczenia, a przede wszystkim – zagrożenie przerwania leczenia przeciwnowotworowego z uwagi na osłabienie organizmu.

1.4. Jak powinniśmy działać?

W pierwszej kolejności osoby z chorobą nowotworową i utratą apetytu i/lub spadkiem masy ciała powinny zgłosić się na konsultację do dietetyka celem oceny i uzyskania porady dietetycznej. Celem takiego działania jest uzyskanie przez chorego i jego opiekuna - praktycznej i bezpiecznej porady na temat odżywiania. Ponadto podczas wizyty, chory otrzyma informacje o szkodliwości diet na których stosowanie nie istnieją dowody naukowe, w tym takich, które są łatwo dostępne chociażby przez Internet.

Pamiętaj! Każdą decyzję związaną ze zmianą żywieniową, która wprowadzona będzie w trakcie leczenia - omów ze swoim lekarzem lub dietetykiem.

Interwencja medyczna w chorobie nowotworowej powinna składać się z trzech aspektów: zapewnienia aktywności fizycznej, zmniejszenia nasilenia

stanu zapalnego i zapewnienia prawidłowej podaży składników odżywczych (dzięki odpowiednio dobranej diety lub leczeniu żywieniowemu).

Rozdział 2. Dieta a choroba nowotworowa.

2.1. Czy sposób naszego odżywiania ma wpływ na rozwój raka?

Związek między jedzeniem, a chorobą nowotworową jest bardzo złożony. Wszystko zależy bowiem od sytuacji, w której znajduje się chory. Celem udzielenia jak najbardziej precyzyjnej odpowiedzi na to pytanie, konieczne jest przede wszystkim rozgraniczenie dwóch pojęć: dieta przeciwnowotworowa, a dieta w trakcie choroby nowotworowej.

Większość osób bowiem jest w stanie ocenić te sformułowania jako tożsame sądząc, że to co najzdrowsze, zgodne z wytycznymi w zakresie prawidłowego żywienia, będzie właściwe również i w trakcie leczenia. Tymczasem, bardzo często bywa inaczej. Znana wcześniej „Piramida Zdrowego Żywienia”, została zastąpiona kilka lat temu „Talerzem”, który także może ulec całkowitej modyfikacji, gdy konieczne jest ustalenie odpowiedniej diety czy wsparcia żywieniowego osoby chorej na nowotwór.

2.2. Czym jest dieta przeciwnowotworowa, a czym dieta w trakcie choroby nowotworowej?

Dieta przeciwnowotworowa jest sposobem żywienia, które ma na celu zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka – jest więc dietą w jego profilak-

tyce (tzw. „profilaktyka pierwszorzędowa”). Założenia tego rodzaju diety będą oparte o powszechnie przyjęte zasady zdrowego stylu życia, uwzględniając prawidłowo zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną oraz dbałość o higienę snu i odpoczynku.

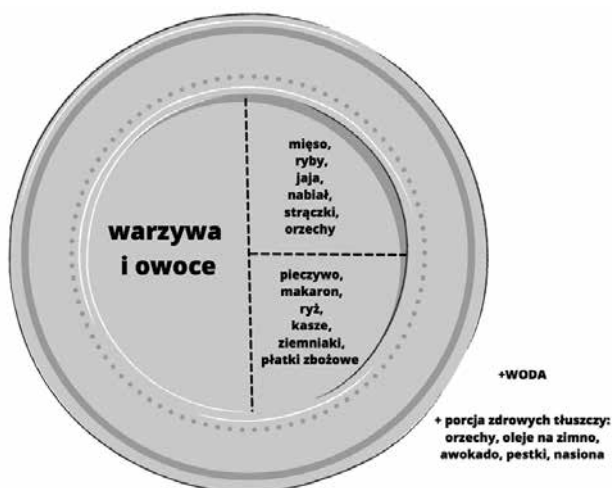
Dieta w trakcie choroby nowotworowej z kolei, ma za zadanie ułatwić choremu przejście przez poszczególne etapy zaplanowanego leczenia, złagodzenie potencjalnych skutków ubocznych terapii (np. wymiotów czy biegunek), ale też - przede wszystkim – profilaktykę niedożywienia.

2.3. Jak powinna wyglądać dieta przeciwnowotworowa? Jakie są zasady zdrowego żywienia?

„Typowy” polski talerz obiadowy to ziemniaki na całej jego powierzchni, smażony kotlet i ewentualnie łyżka surówki – jak jeszcze w ogóle się gdzieś zmieści. W ostatnich latach obserwowany jest jednak zdecydowany wzrost świadomości żywieniowej zarówno wśród konsumentów, jak

i idących tropem popytu producentów. W znacznej części domów, wciąż jednak pokutuje mł, że tylko mięso „daje siłę”, „czysta woda jest do podlewania kwiatków”, „a surówki to trawa dla królików”. Któż nie spotkał się też ze słynnym poleceniem Babci „mięsko zjedz, ziemniaczki zostaw”, że o porcji warzyw nie wspominając. Tymczasem, powinno być zupełnie odwrotnie.

Zgodnie z aktualnymi zasadami zdrowego żywienia, połowę naszego talerza powinny zajmować warzywa i owoce, natomiast dla mięsa, jak również ryb, nabiału, jaj i warzyw strączkowych (stanowiących roślinną alternatywę dla białka zwierzęcego) przeznaczona jest ¼ talerza. Podobnie z produktami zbożowymi, tj. pieczywem, makaronem, kaszami i płatkami zbożowymi. Zwieńczeniem zdrowego posiłku powinna być porcja źródeł „zdrowego tłuszczu” – świeżej oliwy extra virgin, oleju rzepakowego dodanego „na zimno”, orzechów, pestek, nasion lub awokado.



Rys. 1. Talerz zdrowego żywienia

Zasady zdrowego żywienia i stylu życia wg Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej:

- Spożywaj regularne posiłki, nie podjadaj pomiędzy nimi.
- Nie jedz późnym wieczorem ani w nocy. Ostatni posiłek powinien zostać zjedzony na ok. 3 godziny przed położeniem się spać*.
- Do każdego posiłku dodaj porcję warzyw albo owoców. Jedz ich minimum 400 g każdego dnia (w proporcji ok. 3/5 warzyw i 2/5 owoców) – im więcej, tym lepiej.
- Produkty zbożowe z białej mąki zastąp wyrobami pełnoziarnistymi tj. razowym pieczywem, ciemnym makaronem, brązowym ryżem, różnymi kaszami i płatkami zbożowymi (np. owsianymi, żytnimi, jęczmiennymi).
- Spożywaj nie więcej niż 500 g mięsa czerwonego i przetworów mięsnych (wędlin, kiełbas, pasztetów, parówek) tygodniowo.
- Zamień mięso czerwone na drób. Częściej niż mięso wybieraj produkty białkowe pochodzenia roślinnego (np. fasolę, ciecierzycę, soczewicę, orzechy), a także ryby oraz jaja.
- Sięgaj po 2 tłuste ryby morskie tygodniowo (np. łosoś, śledź, morszczuk, dorsz).
- Spożywaj 2 szklanki mleka dziennie. Mleko możesz zastąpić np. naturalnym jogurtem, kefirem albo maślan-

ką. Wybieraj nabiał o obniżonej zawartości tłuszczu.

- Tłuszcze pochodzenia zwierzęcego, zamień na tłuszcze roślinne (np. oliwa, olej rzepakowy).
- Ogranicz spożycie soli, zwłaszcza tej ukrytej w słonych przekąskach typu chipsy, krakersy oraz dania typu instant oraz fast food. Nie dosalaj potraw na talerzu.
- Planuj zakupy.
- Czytaj etykiety.
- Każdego dnia bądź aktywny fizycznie. Możesz to robić spacerując, bawiąc się z dzieckiem na placu zabaw, jeżdżąc na rowerze, rezygnując z samochodu w drodze do pracy, a nawet sprzątając dom. Postaraj się robić 10 000 kroków dziennie.

** chyba, że pracujesz na zmiany – skonsultuj swój tryb życia z dietetykiem*

Wśród produktów/składników, które szczególnie warto włączyć do diety przeciwnowotworowej wymienią się:

- świeże warzywa i owoce, zwłaszcza: brokuły, kalafior, papryka, pomidory, ogórki, kapusta, cebula, czosnek, rzodkiewka, por, pietruszka, sałata, szpinak, cykori, seler naciowy, rzepa, szparagi;
- błonnik pokarmowy – obecny w warzywach, owocach i produktach zbożowych z pełnego ziarna (razowe pieczywo, makaron, kasze, brązowy ryż, płatki zbożowe);

- witaminę D – suplementacja dobrana na podstawie stężenia witaminy D3 w surowicy krwi;
- izoflawony sojowe obecne w nasionach soi i jej przetworach tj. w mleczku sojowym, tofu;
- herbatę zieloną;
- umiarkowane ilości czerwonego wina – ze względu na obecność resweratrolu, który wykazuje korzystne działanie na nasz układ sercowo-naczyniowy oraz zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zmian nowotworowych.

Najważniejsze czynniki żywieniowe potencjalnie wpływające na zmniejszenie ryzyka rozwoju wybranych nowotworów złośliwych:

CZYNNIK ŻYWIENIOWY	RODZAJ NOWOTWORU
Żywność bogata w błonnik pokarmowy Czosnek Mleko i obecny w nim wapń	Rak jelita grubego (odbytnicy, okrężnicy)
Owoce	Rak jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, żołądka, płuc
Warzywa cebulowate	Rak żołądka
Żywność zawierająca witaminę C (owoce jagodowe, cytrusowe, natka pietruszki)	Rak przełyku
Żywność zawierająca foliany (brokuły, kapusta, natka pietruszki)	Rak trzustki
Żywność zawierająca likopen (pomidory i ich przetwory)	Rak prostaty

2.4. Które produkty mogą zwiększać ryzyko zachorowania na raka?

Jak wynika z raportu World Cancer Research Fund (Światowa Fundacja Badań nad Rakiem), złe nawyki żywieniowe mają dziesięciokrotnie większy wpływ na rozwój różnych nowotworów w porównaniu do pozostałych czynników etiologicznych.

WAŻNE!

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), od 7% do nawet 41% przypadków nowotworów ma związek z występującą nadwagą lub otyłością chorego. Otyłość, a zwłaszcza jej postać brzuszna, przyczynia się do wzrostu zachorowań między innymi na raka jelita grubego, pęcherzyka żółciowego, raka piersi po menopauzie, raka jajnika, trzonu i szyjki macicy, nerki, żołądka oraz tarczycy.

2.5. Jakie problemy żywieniowe mogą pojawić się w trakcie leczenia choroby nowotworowej?

Jednym z najpoważniejszych problemów żywieniowych pojawiających się w trakcie terapii przeciwnowotworowej jest niedożywienie. To, że chory w trakcie leczenia odmawia przyjmowania posiłków, nie jest naturalne i nie pozostaje bez znaczenia!

Podobnie jak każdą inną chorobę, niedożywienie powinno się odpowiednio diagnozować oraz leczyć! Niezauważone niedożywienie lub - co gorsza - zbagatelizowane, prowadzi nie tylko

do pogorszenia samopoczucia psychofizycznego chorego, ale i przede wszystkim do wystąpienia poważnych powikłań leczenia, a nawet śmierci.

Co warto podkreślić – duży spadek masy ciała, a co za tym idzie, pogorszenie wyników krwi i/lub zmiana powierzchni oraz składu ciała, może wiązać się z decyzją lekarza o odroczeniu terapii.

Niedożywienie w chorobie nowotworowej może wynikać z:

• Obecności samej choroby

- ogólnoustrojowego stanu zapalnego;
- umiejscowienia guza w sposób utrudniający np. połykanie;
- toksycznego działania leków stosowanych w chemioterapii;
- następstw leczenia radioterapeutycznego;
- badań diagnostycznych wymagających wcześniej ograniczenia lub całkowitego zaprzestania jedzenia;
- zaburzeń wchłaniania składników pokarmowych, pojawiających się zwłaszcza w grupie chorych na nowotwory przewodu pokarmowego, po gastrektomii (resekcji żołądka), resekcji fragmentów jelita itp.;
- zwiększonego zapotrzebowania organizmu na składniki odżywcze, związanego z obecnością zakażenia i/lub gorączki;

- monotonnej, mało odżywczej diety podawanej w warunkach szpitalnych;
- braku wystarczającego zainteresowania ze strony personelu medycznego.

• Chemioterapii

Chemioterapia ma za zadanie zniszczyć komórki ulegające szybkim podziałom, w tym m.in. komórki nowotworowe. Niestety, równocześnie niszczeniu ulegają także zdrowe tkanki organizmu, wywołując dalej kaskadę dolegliwości np. ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, trudności w połykaniu pokarmów, suchość jamy ustnej, zaburzenia smaku, bóle brzucha, zaparcia, biegunki, uczucie wczesnej sytości, brak apetytu, jadłowstręt).

Stopień ich nasilenia oraz przewlekły charakter, może stać się przyczyną trudności w przyjmowaniu codziennej diety, a w dalszej perspektywie prowadzić do niedożywienia.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 6 pt. „Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl

• Radioterapii

Radioterapia jest metodą leczenia miejscowego, co oznacza, że wszelkie potencjalne działania niepożądane mogą wystąpić w obszarze konkretnie napromienianego pola, a dokładniej – zdrowych tkanek otaczających zmianę nowotworową.

czających zmianę nowotworową.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 11 pt. „Radioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl

Wśród najczęstszych dolegliwości wymienia się m.in.:

- przy napromienianiu obszaru głowy i szyi: nudności, wymioty, stany zapalne jamy ustnej oraz jej suchość; trudności w połykaniu pokarmów, wreszcie zaniechanie możliwości przyjmowania diety doustnie;

Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Co warto wiedzieć. Rak głowy i szyi”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl

- przy napromienianiu obszaru miednicy: biegunki, nietolerancja produktów mlecznych, a przy tzw. zespole popromiennym jelit – również nietolerancja glutenu.

Rozdział 3. Żywienie dojelitowe

Żywienie dojelitowe to kompleksowa podaż do przewodu pokarmowego energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, a więc wszystkich substancji potrzebnych do odżywiania organizmu podawanych pod postacią diety przemys-

słowej. Dieta przemysłowa jest jedną z form leczenia żywieniowego i może być prowadzona drogą doustną, przez zgłębnik albo przetokę odżywczą. W żywieniu dojelitowym stosuje się wyłącznie tzw. diety przemysłowe. Są one produkowane na bazie naturalnych składników (trzcina cukrowa, białko mleka krowiego, oleje), ich konsystencja praktycznie eliminuje ryzyko zatkania się zgłębnika, a sterylne warunki wytwarzania - redukują możliwość infekcji.

Dzięki temu, że znany jest dokładny skład diety przemysłowej możliwe jest optymalne zbilansowanie ilości podawanych składników odżywczych. Rodzaj mieszaniny odżywczej ustala lekarz prowadzący leczenie. Skład podawanej mieszaniny odżywczej powinien być odpowiedni do potrzeb żywieniowych pacjenta z uwzględnieniem schorzeń dodatkowych. Do niepodważalnych zalet żywienia drogą przewodu pokarmowego – w przeciwieństwie do drogi dożylniej - należą:

- zdecydowanie mniejsza możliwość wystąpienia powikłań,
- zachowanie fizjologicznej drogi żywienia, co pozwala na zachowanie prawidłowej czynności kosmków jelitowych,
- zachowanie ciągłości przewodu pokarmowego, a tym samym niedopuszczenie do wystąpienia zjawiska przemieszczenia się bakterii ze światła jelit do krwi, czyli tzw. translokacji bakteryjnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) bardzo dokładnie definiuje, że refundowane jest tylko leczenie żywieniowe „przy użyciu diet innych niż naturalne, w sposób inny niż doustnie (przetoka odżywcza, zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego)”.

Działalność taka musi być wykonywana w domu chorego i musi jej towarzyszyć kompleksowa opieka nad chorym.

Diety przemysłowe produkowane są w wyspecjalizowanych laboratoriach i dostarczane do szpitali i aptek w dokładnie oznaczonych i przygotowanych opakowaniach (szklanych, papierowych i z tworzyw sztucznych), najczęściej w 500 lub 1000 mililitrowych. Największą zaletą tych diet jest fakt, że zawierają one wszystkie potrzebne organizmowi składniki, czyli białko, węglowodany, tłuszcze, witaminy, mikroelementy, elektrolity i pierwiastki śladowe w ilościach pokrywających zapotrzebowanie dobowe, a dodatkowo są tak przygotowane, aby łatwo można było policzyć ilość kalorii, które chory otrzymuje (najczęściej 1 mililitr mieszanki to 1 kilokaloria, stąd podanie choremu 3 - 4 opakowań w ciągu doby zaspokaja zapotrzebowanie). Główną różnicą pomiędzy poszczególnymi rodzajami diet przemysłowych jest rodzaj w jaki dostarczane jest białko do organizmu; mogą to więc być diety elementarne (zawierają krystaliczne aminokwasy), oligomeryczne (zawierają di- i tripeptydy) oraz polimeryczne (zawierają całe cząstki białkowe); organizm najlepiej toleruje diety oligomeryczne i polimeryczne.

W chwili obecnej w Polsce dostępne są odżywki przemysłowe kilku firm, tak więc dobór według własnych potrzeb i preferencji jest zdecydowanie ułatwiony.

Diety przemysłowe mogą być także modyfikowane - tak, aby było odpowiednie dla cukrzyków, pacjentów z chorobami jelit (zwiększona zawartość włókniaka) i obniżonej odporności (tzw. diety immunostymulujące - zawierają glutaminę, argininę, omega-3-nienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy C i E).

Powikłania żywienia dojelitowego są rzadkie. Najczęściej występują biegunki, przemieszczenie lub awaria zgłębnika, nudności, wymioty, zakażenie diety, nietolerancja leczenia. Warty podkreślenia jest fakt, iż większości tych powikłań, w tym także najpowszechniejszego - czyli biegunki - można w prosty sposób uniknąć, jak również skutecznie leczyć. Dlatego też nie powinny one być czynnikami zniechęcającymi do żywienia dojelitowego.

3.1. Żywnienie dojelitowe w domu pacjenta.

Żywnienie dojelitowe można również prowadzić w domu. Może ono odbywać się zarówno w czasie leczenia onkologicznego, jak również przed lub po jego zakończeniu. Do żywienia dojelitowego w domu chorego można uzyskać kwalifikację podczas pobytu w szpitalu lub wizyty w poradni żywieniowej prowadzącej żywienie domowe. Taka wizyta kwalifikacyjna może odbyć się podczas pobytu w szpitalu lub w domu pacjenta.

Do celów żywienia domowego należą: możliwość prowadzenia leczenia wśród bliskich, zmniejszenie częstości i czasu trwania hospitalizacji, wykonywanie pracy oraz czynności, które mogą robić zdrowe osoby, możliwość poprawy stanu zdrowia, a nawet czasami przedłużenia życia.

Przygotowanie do domowego żywienia, które odbywa się w szpitalu, powinno obejmować:

1. Dobranie odpowiedniego planu leczenia żywieniowego w domu na podstawie modyfikacji programu leczenia żywieniowego w szpitalu i wykazanie, że program ten odpowiada potrzebom metabolicznym chorego.
2. Wytworzenie lub utrzymanie istniejącego dostępu do przewodu pokarmowego.
3. Szkolenie chorego lub opiekuna.
4. Wykonanie badań laboratoryjnych

Czy żywienie domowe jest bezpieczne?

Tak, i to z kilku powodów. Po pierwsze żywienie dojelitowe jest samo w sobie metodą bezpieczną, gdyż wykorzystuje naturalną drogę dostarczania pokarmu, a po drugie, przebycie pełnego szkolenia wytwarza prawidłowe nawyki opieki nad dostępem oraz podłączeniem mieszaniny odżywczej, a także uczy rozpoznawania sytuacji niebezpiecznych.

Czy żywienie dojelitowe w domu można zakończyć?

Tak. Udać się mniej więcej u co dzieśiątego pacjenta. Należy jednak pamiętać, że żywienie dojelitowe może być zakończone dopiero wtedy, gdy potrzeby żywieniowe chorego mogą być pokryte dzięki odżywianiu drogą doustną. Zdarza się jednak również, że chory nie wyraża chęci na kontynuację tej formy leczenia, a także, gdy chory i lekarz wspólnie uznają, że dalsze kontynuowanie leczenia żywieniowego nie przyniesie choremu oczekiwanych korzyści.

Możliwe jest również czasowe przerwanie leczenia – między innymi w przypadku wystąpienia powikłań tego leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia chorego, uniemożliwiających bezpieczne kontynuowanie odżywiania.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 15 pt. „Leczenie onkologiczne w domu pacjenta. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl

Rozdział 4. Żywienie pozajelitowe.

Żywienie pozajelitowe stosuje się w sytuacji, gdy stan przewodu pokarmowego nie pozwala na zastosowanie żywienia dojelitowego (np. perforacja, niedrożność, niedrożność jelit lub niewystarczająca zdolność wchłaniania lub problemy z motoryką) albo karmienie doustne lub przez zgłębnik jest nie-

bezpieczne (np. choroba niedokrwien-
na jelit) lub mało prawdopodobne, że
będzie skuteczne (np. u pacjentów z
trudnymi do opanowania wymiotami).

W niektórych przypadkach żywienie pozajelitowe jest wymagane przez dłuższy czas z powodu uporczywych lub trwałych problemów żołądkowo-jelitowych, takich jak zespół krótkiego jelita. W takich okolicznościach karmienie może odbywać się w domu pacjenta.

Żywienie pozajelitowe nie jest wskazane, gdy u pacjenta można zastosować doustne wsparcie żywieniowe (z doustnym przyjęciem lub bez) lub żywienie dojelitowe przez zgłębnik (z doustnym przyjęciem lub bez).

W przypadku braku możliwości zastosowania leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego, leczenie to musi zostać podane drogą dożylną. Żywienie pozajelitowe może być jedynym sposobem dostarczania substancji odżywczych – całkowite żywienie pozajelitowe lub jako dodatek do żywienia dojelitowego lub diety doustnej – jest to częściowe żywienie pozajelitowe.

Żywienie pozajelitowe może być prowadzone przy użyciu:

- cewnika, którego końcówka znajduje się w żyłę centralnej - tzw. żywienie pozajelitowe drogą żył centralnych;
- kaniuli założonej do żyły obwodowej (żywienie pozajelitowe drogą żył obwodowych);

- przetoki tętniczo-żylnej (jedynie w wyjątkowych przypadkach)
- portu naczyniowego wszczepionego pod skórę klatki piersiowej (port-a-cath, TID)

W żywieniu pozajelitowym należy wykorzystywać metodę „jednego worka” (All-in-One). Pozwala ona na podaż wszystkich składników zmieszanych w jednym pojemniku w tym samym czasie. Żywienie metodą „jednego worka” musi być przygotowane w ap-tece szpitalnej i prowadzone przy użyciu mieszanin sporządzonych poprzez zmieszanie wszystkich półpreparatów, mieszanin przygotowanych w technologii mieszalnika lub użycie worków wielokomorowych (dwu- i trójkomorowych).

4.1. Żywienie pozajelitowe w domu pacjenta.

Początek domowego żywienia to rok 1968. Od tego czasu nastąpił rozkwit żywienia pozajelitowego w domu (HPN), który stał się ratunkiem dla wielu pacjentów z niewydolnością jelit. Ilość pacjentów oraz ośrodków prowadzących takie leczenie rośnie cały czas, ale pomimo tego ustalenie wskazań do żywienia pozajelitowego w warunkach domowych w dalszym ciągu wydaje się być zadaniem niemalże niewykonalnym. Ilość chorych otrzymujących HPN ze wskazań onkologicznych i nieonkologicznych bardzo różni się pomiędzy poszczególnymi krajami, we Włoszech i Niemczech wynosi ponad 30 osób/ 1 mln mieszkańców, w Danii ponad 25, w Stanach Zjednoczonych ponad 40, a w Wielkie Bryta-

nii i Polsce około 20. Należy przy tym pamiętać, że średni czas przeżycia pacjentów bardzo różni się pomiędzy krajami i jest najniższy w Niemczech (około 3 miesięcy), a najwyższy w Polsce (ponad 12 miesięcy), co wskazuje na zupełnie odmienne podejście do kwalifikacji pacjentów do HPN.

Żywienie domowe powinno się stosować u chorych, którzy nie mogą otrzymać odpowiedniej ilości substancji odżywczych drogą dojelitową (czyli nie istnieje możliwość pokrycia tą drogą co najmniej 60% zapotrzebowania białkowo-energetycznego w ciągu 7 lub więcej dni), a u których możliwe jest kontynuowanie leczenia poza oddziałem szpitalnym. Do programu HPN można włączyć także chorych z niewyleczalną chorobą nowotworową, którzy nie mogą przyjąć odpowiedniej ilości substancji odżywczych drogą doustną oraz dojelitową, przez co grozi im śmierć z niedożywienia. Przerwanie leczenia onkologicznego nie jest przeciwwskazaniem do HPN. W momencie objęcia leczeniem chorzy powinni być również w dobrym lub przynajmniej średnim stanie, przez co rozumie się co najmniej 50 punktów w skali Karnofsky'ego, przewidywany czas przeżycia powinien być dłuższy niż 2–3 miesiące, a pacjent nie powinien mieć przerzutów nowotworowych do wątroby i płuc.

Rozpoczęcie HPN lub jego zakończenie może być również ograniczone zwyczajami mającymi swoje źródło w kulturze danego regionu lub kraju. Należy również zdawać sobie sprawę z faktu, iż dożylna podaż płynów i żywie-

nie nie wykazuje zdaniem części autorów wpływu na przeżycie chorych, a nawet może pogarszać jakość ich życia, stąd istotnie większe znaczenie będzie zapewnienie jakości życia w terminalnej fazie choroby aniżeli zapewnienie dożywiania.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem nr 15 pt. „Leczenie onkologiczne w domu pacjenta. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacionkologicznej.pl

Wiadomości do zapamiętania:

1. Do żywienia drogą sztuczną należy bezwzględnie skierować każdego pacjenta, który:
 - jest niedożywiony (czyli stracił ponad 10% masy ciała lub BMI < 18,5),
 - któremu w ciągu 7 dni nie będzie się w stanie włączyć żywienia doustnego,
 - któremu w ciągu 10 dni nie będzie podać jedzenia w ilości, która pokryje 60% dobowego zapotrzebowania białkowo-kalorycznego.
2. Leczenie żywieniowe to interwencja medyczna, która polega na zastosowaniu składników odżywczych drogą przewodu pokarmowego albo drogą dożylną.
3. Żywieniem z wyboru jest żywienie dojelitowe – interwencja taka powinna

być stosowana zawsze, gdy tylko to jest możliwe.

4. Jeżeli pacjent nie musi przebywać w szpitalu, a musi być żywiony sztucznie, może być zakwalifikowany do żywienia domowego, w całości refundowanego przez NFZ.

Rozdział 5. Metody leczenia żywieniowego.

Leczenie żywieniowe (zwane także żywieniem klinicznym albo wsparciem żywieniowym) jest to podawanie drogą pozajelitową lub dojelitową (lub oboma jednocześnie) substratów energetycznych i azotu w ilościach pokrywających aktualne potrzeby chorych, którzy nie mogą odżywiać się normalnie – drogą doustną - lub odżywiają się w sposób niedostateczny.

Celem wybrania najlepszej dla chorego metody leczenia żywieniowego, przede wszystkim konieczne jest sprawdzenie jego stanu zdrowia (ogólny i zależny od choroby), stopnia i rodzaju niedożywienia. Następnie przewiduje się czas żywienia i sytuację, w jakiej będzie stosowane leczenie (okres okołoperacyjny, leczenie zachowawcze).

Jeżeli to tylko możliwe, leczeniem z wyboru jest żywienie dojelitowe, które jest preferowane w stosunku do żywienia pozajelitowego.

Można je przeprowadzić kilkoma metodami:

- drogą doustną (najprostszą),
- za pomocą zgłębników (sond) za-

łożonych do żołądka, dwunastnicy (obecnie jedynie w wyjątkowych przypadkach) lub jelita cienkiego,

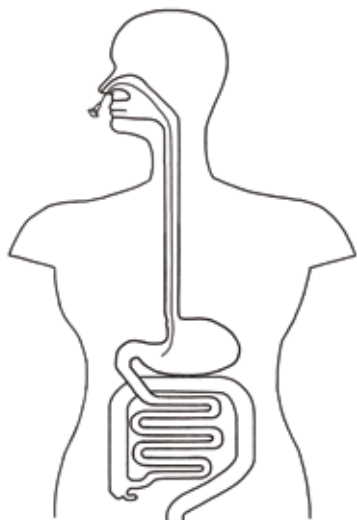
- za pomocą wytworzonych sztucznie przetok odżywczych, tzw. stomii; wy-

różnia się w tej grupie przetoki dożołądkowe (gastrostomia) lub dojelitowe (jejunostomia).

Rys. 2. Zgłębnik nosowo-żołądkowy



Rys. 3. Zgłębnik nosowo-żołądkowy - położenie końcówki zgłębnika



5.1. A co jeżeli dietyta nie wystarczy?

W sytuacji, gdy powyższa metoda nie jest możliwa, trzeba uciec się do żywienia przy pomocy sond dożołądkowych, czyli zgłębników założonych przez nos lub usta (rzadziej) - nawet w stanie pełnej świadomości chorego - do żołądka, a czasem dalej, do jelita. Metoda ta jest bardzo skuteczna, a zarazem prosta do przeprowadzenia odpowiedniego leczenia. Diety podaje się w postaci bolusów 200-300 ml lub w postaci wlewu ciągłego 20-100 ml/godzinę, zawsze pod kontrolą zalegania żołądkowego (nie powinno być większe niż 350 ml w jednorazowej kontroli lub 1000 ml na dzień).

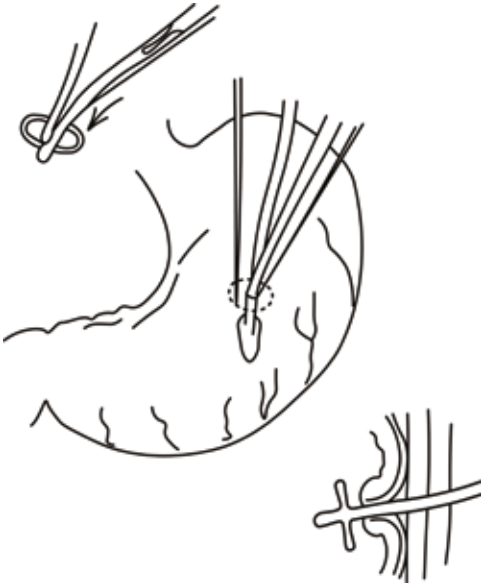
W przypadku części chorych, do których należą pacjenci, u których wycięto żołądek lub cierpią na ostre zapalenie trzustki, żywienie dożołądkowe nie jest możliwe. W takiej sytuacji postępowaniem z wyboru pozostaje żywienie dojelitowe.

Żywienie dojelitowe prowadzone jest przy użyciu sond zakładanych albo metodą grawitacyjną (technika bardzo trudna, czasochłonna i wymagająca pełnej współpracy chorego), endoskopową lub podczas zabiegu operacyjnego do pierwszej lub drugiej pętli jelita cienkiego, zawsze 10 - 15 cm poniżej ostatniego zespolenia jelitowego. Żywienie dojelitowe prowadzi się tylko przy użyciu diet przemysłowych (nigdy nie należy stosować diet kuchennych, gdyż nie zostałyby one właściwie wykorzystane przez przewód pokarmowy), zachowując regułę stopniowego zwiększania objętości i stężenia diety. W praktyce żywienie

rozpoczyna się od podaży 5% glukozy albo - od razu - diety przemysłowej z prędkością 10 ml/ godzinę przez 12 godzin, a następnie podaż już tylko preparatów przemysłowych dochodząc w 4-5 dobie do prędkości 100 - 150 ml/godzinę.

W sytuacji, gdy przewiduje się, że żywienie dojelitowe będzie trwało dłużej niż 30 dni, proponuje się wykonanie zewnętrznej przetoki odżywczej, tzw. stomii. Przetokę taką można wykonać wprowadzając cewnik z tworzywa sztucznego do żołądka (gastrostomia) lub jelita cienkiego (jejunostomia). Postępowanie takie bardzo ułatwia odżywianie chorego i ogranicza ryzyko wystąpienia powikłań związanych z obecnością sondy dożołądkowej lub dojelitowej.

Rys. 4. Gastrostomia założona metodą chirurgiczną.

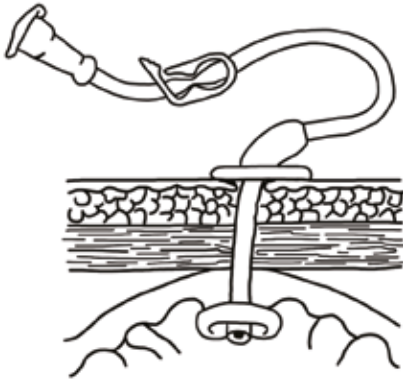


Przetokę odżywczą można wykonać przy użyciu endoskopu (jest to przez-skórna endoskopowa gastrostomia, czyli PEG - taka metoda jest najlepsza), metodą laparoskopową lub na drodze zabiegu operacyjnego. Zasady podawania diet są identyczne jak przy odżywianiu przez sondy nosowo-żołądkowe i nosowo-jelitowe.

PEG jest zdecydowanie metodą z wyboru. Jego założenie jest szybkie, wymaga niewielkiego znieczulenia i jest bardzo skuteczne. Może być zakładany nawet w trybie jednodniowego pobytu w szpitalu. Gastrostomię można założyć w sposób minimalnie inwazyjny, bez otwierania brzucha, nawet jeżeli endoscopia jest niemożliwa (np. w wyniku zatkania przełyku przez guz nowotworowy). Wykorzystuje się wtedy albo USG albo metodę radiologiczną z kontrastem.

Jeżeli PEG wypadnie, należy jak najszybciej założyć nowy (najczęściej wprowadza się wówczas PEG z balonikiem, istnieją również sondy z parasolką). Otwór może stać się nieprzepuszczalny już nawet po 6-8 godzinach. Wymianę można wykonać w domu lub szpitalu.

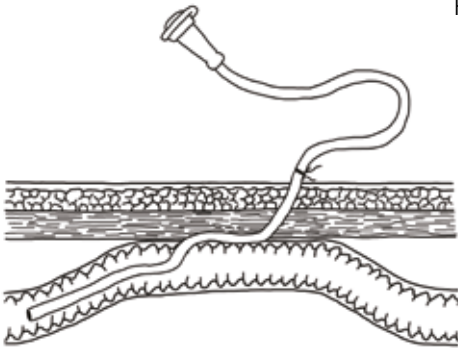
Rys. 5. PEG



Wytworzenie jejunostomii wymaga najczęściej kilkudniowego pobytu w szpitalu, co związane jest nie tylko z samą procedurą zakładania przetoki, ale i rozpoczęciem żywienia w sposób bezpieczny. Ponowne założenie jejunostomii w przypadku jej wypadnięcia można wykonać jedynie w szpitalu.

Warto podkreślić, że wytwarzanie przetok odżywczych opisanych powyżej jest w pełni rozliczane przez NFZ i jest procedurą opłacalną dla szpitala.

Rys. 6 Jejunostomia



5.2. Kogo możemy leczyć?

Do żywienia drogą sztuczną powinno się bezwzględnie skierować każdego chorego, który jest niedożywiony (utrata ponad 10% masy ciała lub BMI < 18,5), a także chorego, któremu w ciągu 7 dni nie będzie się w stanie włą-

czyć żywienia doustnego, albo takiego któremu w ciągu 10 dni nie będzie możliwym podanie jedzenia w ilości, która pokryje 60% dobowego zapotrzebowania białkowo-kalorycznego.

Każdy chory przed doбором metody żywienia powinien zostać poddany ocenie stanu odżywienia, której dokonuje się poprzez:

- rozmowę z pacjentem i zebranie wywiadu żywieniowego (czy zauważony był spadek masy ciała, czy ubrania są luźniejsze itp.)
- badanie fizykalne: pomiar masy ciała, obliczenie wskaźnika masy ciała do wzrostu [Body Mass Index- BMI], można też zmierzyć obwód ramienia, grubość fałdu nad mięśniami trójęgłowym, siła uścisku dłoni, itd.)
- badania biochemiczne (stężenie w surowicy albuminy, prealbuminy, transferryny, całkowita liczba limfocytów),

Do oceny stanu odżywienia chorego, można również użyć gotowych skal oceny stanu odżywienia (Mini Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) i Subjective Global Assessment (SGA)).

Ocena stanu odżywienia powinna być dokonana w momencie ustalenia rozpoznania, następnie okresowo powtarzana z uwagi na znaczne prawdopodobieństwo pogorszenia stanu odżywienia z uwagi na możliwy rozwój choroby oraz prowadzone leczenie przeciwnowotworowe.

5.3. Zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Podaż mieszanin odżywczych. Prawidłowa ilość składników koniecznych do życia dorosłego człowieka to

około 1600 – 2000 kcal i 8-12 g azotu na dobę wraz z niezbędnymi witaminami, mikroelementami, elektrolitami i pierwiastkami śladowymi.

Podaż białka ma szczególne znaczenie u pacjentów z chorobą nowotworową. Jest to spowodowane faktem, że u chorych onkologicznie może wystąpić zjawisko proteolizy, czyli rozpadu masy mięśniowej. Pacjent powinien otrzymywać co najmniej 1,2 grama białka/kg względem idealnej masy ciała na dobę. Z tego powodu zachodzi konieczność interwencji medycznej.

W żywieniu dojelitowym zapotrzebowanie to pokrywane jest za pomocą diet doustnych, dożołądkowych i dojelitowych, dostarczanych pod postacią diet kuchennych lub przemysłowych.

Podczas obliczania zapotrzebowania należy pamiętać o tym, że:

1. Leczenie żywieniowe powinno być kompletne, gdyż jedynie wówczas będzie skuteczne. Organizm musi otrzymać wszystkie niezbędne składniki, do których należą aminokwasy, węglowodany, tłuszcze, elektrolity (Na, K, Ca, Mg, Cl, P), pierwiastki śladowe, witaminy (retinol, kalcyferol, tokoferol, wit. K, tiamina, ryboflawina, pirydoksyna, wit. B12, kwas pantotenowy, kwas foliowy, niacyna, kwas askorbinowy) i woda.
2. Wszystkie pozostałe składniki prawidłowej diety, czyli elektrolity, witaminy i pierwiastki śladowe, powinny być podawane w ilościach pokry-

wających zapotrzebowanie dobowe (RDA, recommended daily allowance).

3. Warunek ten w przypadku żywienia dojelitowego jest spełniony, jeżeli stosuje się dietę przemysłową w ilości należącej na kilogram idealnej masy ciała chorego /w ciągu doby.

5.4. Co to są ONS-y? Po co stosuje się je w onkologii?

„Zalecamy [wprowadzenie] interwencji żywieniowej u pacjentów z nowotworami, którzy (...) są niedożywieni lub zagrożeni niedożywieniem. [Interwencje] obejmują porady dietetyczne (...) oraz stosowanie doustnych suplementów diety (ONS) (...). Terapię żywieniową najlepiej rozpoczynać w chwili, gdy pacjenci nie są jeszcze poważnie niedożywieni.”

[The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) 2021]

W chorobie nowotworowej każdy gram białka i każda kaloria jest na wagę złota. Specjaliści żywienia klinicznego szukają ich absolutnie we wszystkim co chory jest w stanie zjeść, w tym w odbiegających od zasad zdrowego żywienia deserach, słonych przekąskach czy tłustym nabiale. Nie powinien więc też dziwić fakt, że już na samym początku leczenia, lekarze onkolodzy czy inni specjaliści mogą zaproponować włączenie do diety preparatów o dziwnie brzmiącej nazwie ONS.

ONS (*oral nutritional supplements*) czyli doustne suplementy pokarmowe, to preparaty należące do grupy żywności

specjalnego przeznaczenia medycznego (ang. FSMP - food for special medical purposes). Są to odżywki zalecane do stosowania celem zwiększenia spożycia składników odżywczych, w sytuacji, gdy sama dieta nie jest możliwa do pełnej realizacji, bądź też dla chorego po prostu niewystarczająca. ONS, szerzej znane jako „nutridrinki” są produkowane przez wiele firm pod różnymi nazwami handlowymi, dostępne są w aptekach bez recepty, a wskazania do ich włączenia mogą zostać wydane zarówno przez dietetyka, jak i lekarza, pielęgniarkę czy farmaceutę.

Preparaty występują pod postacią odżywek płynnych o różnorodnych smakach, o konsystencji jogurtu pitnego lub w postaci proszku do rozpuszczenia. Można je dowolnie ze sobą łączyć, dodawać do gotowych potraw, schładzać i delikatnie podgrzewać.

W zależności od potrzeb, wyróżniamy diety m.in. wysokoenergetyczne i/lub wysokobiałkowe, wskazane w cukrzycy, w chorobach wątroby, nerek, z dodatkiem składników stymulujących układ odpornościowy (np. z wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi omega-3) itp.

Skuteczność włączonych odżywek zależy od przestrzegania zaleceń, co związane jest z walorami smakowymi oraz tolerancją produktów. Na dobry odbiór i chęć do spożycia preparatów wpływ ma wiele czynników takich jak: wygląd, konsystencja, zapach, smak, a nawet temperatura ich podania.

Należy pamiętać, że pomimo zbliżo-

nego wyglądu, nie są to „jogurty”, które można wypić „na jeden raz”. ONS-y zaleca się pić powoli, małymi łykami, przez minimum 30 minut. W przeciwnym wypadku może dojść do zaburzeń pracy przewodu pokarmowego, takich jak nudności, wymioty albo biegunka.

CIKAWOSTKA

Z ONS-ów można przygotować ciekawe dania np. nutrimleczko (drink zmie-

szany z podgrzaną z kilkoma łyżkami wody żelatyną), nutrilody (rozłany i zamrożony w małych foremkach ONS) albo pudding chia (ONS połączony z nasionkami, dokładnie wymieszany i odstawiony na noc do lodówki). ONS-y można dodawać do owocowych koktajli czy jako zabielaacz do zup (opcje bezsmakowych drinków), słodzik do twarogu czy jako część owsianki, jaglanki lub innej zupy na bazie mleka.

Rodzaj preparatu/składnik podstawowy	Przykłady zastosowania
Wysokobiałkowe	Zwiększone zapotrzebowanie białkowe, u osób w okresie rekonwalescencji np. po operacjach, u chorych z utratą masy mięśniowej
wysokoenergetyczne	Zwiększone zapotrzebowanie energetyczne, u pacjentów z kachekcją nowotworową, przed oraz po zabiegach operacyjnych
z dodatkiem błonnika pokarmowego	W zaburzeniach perystaltyki jelit
z dodatkami poprawiającymi smak i apetyt	Jadłowstręt, zmiany smaku
Beztłuszczowe	Zespoły złego wchłaniania, brak tolerancji tłuszczu
przeznaczone dla cukrzyków	Stabilizacja glikemii
przeznaczone dla pacjentów z chorobami wątroby	Niewydolność wątroby
przeznaczone dla pacjentów z chorobami nerek	Potrzeba dostarczenia energii z jednoczesnym ograniczeniem białka i/lub elektrolitów
Immunomodulujące (czyli tzw. stymulujące układ odpornościowy)	Pacjenci leżący, z ranami, z zaburzeniami gojenia ran, po rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej i szyi
białko – dieta cząstkowa	Zwiększone zapotrzebowanie białkowe, u osób w okresie rekonwalescencji, u chorych z utratą masy mięśniowej

inne – dieta cząstkowa / ERAS (ang. Enhanced Recovery After Surgery, tzw. protokół przyspieszonego zdrowienia)	W trakcie przygotowania do leczenia chirurgicznego – ograniczenie głodzenia przed operacją i zmniejszenie okołooperacyjnej insulinooporności
inne – zaburzenia połykania	Zaburzenia połykania

Rozdział 6. Mity żywieniowe w onkologii.

Gdy pada diagnoza choroby nowotworowej, większość chorych i ich bliskich pragnie – co zrozumiałe – zrobić absolutnie wszystko, aby wygrać z chorobą. W gąszczu informacji, dobrych rad i cudownych rozwiązań, chory może jednak czuć się mocno zagubiony. Jeszcze trudniej jest, gdy medycyna nie pozostawia już dla niego żadnego rozwiązania terapeutycznego. Nie każdy też wie, jak poruszać się po naukowych publikacjach, które z pewnością w szybki sposób rozwiąty by wszelkie wątpliwości.

O tym zagubieniu wiedzą m.in. samozwańczy „specjaliści od leczenia raka”, wielu producentów wątpliwej jakości suplementów oraz niezwykle często osoby, które swoimi „wybitnymi” pomysłami chcą uzyskać rozgłos i duże pieniądze.

W związku z powyższym, w ramach niniejszego poradnika, zaplanowaliśmy również rozdział dotyczący najpopularniejszych żywieniowych mitów w onkologii. Mamy nadzieję, że pozwoli on na dokonanie właściwych wyborów i zadbanie o to, co naprawdę przyniesie w chorobie korzyści.

„Zalecamy, aby nie stosować diet ograniczających spożycie energii u pacjentów z niedożywieniem lub zagrożonych niedożywieniem.”

[The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) 2021]

„Nie ma diet, o których wiadomo, że leczą raka lub zapobiegają jego nawrotom. W wielu przypadkach argumenty [zwolenników takich diet] pochodzą z anegdot i nieweryfikowalnych źródeł w (...) Internecie (...). Diety te zwiększają ryzyko niedostatecznego spożycia energii, tłuszczu i białka, a także ogólne ryzyko niedoborów mikroelementów.”

[The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) 2021]

Mit 1: Od teraz będę jeść tylko surowe warzywa i owoce!

W zasadzie już na samym początku choroby, często chorzy zadają sobie pytania: dlaczego ja? co złego zrobiłem? jak teraz mogę to zmienić? Bardzo często odpowiedzi wiązane są z prowadzonym stylem życia, a zwłaszcza ze stosowaną dietą. Chorzy najczęściej nie mają jednak wiedzy na temat różnic pomiędzy dietą w profilaktyce, a dietą w chorobie, uzasadnione jest zatem, że powinien – zwłaszcza teraz – sięgać wyłącznie po produkty zdrowe.

Z tą jednak uwagą, że pojęcie „zdrowe - niezdrowe” nie zawsze jest zgodne z rekomendacjami w tym obszarze. W pierwszej kolejności wyrzucane więc jest z diety mięso („czerwone zwiększa ryzyko raka”), ryby („metale ciężkie”), mleko i jego przetwory („pasze krów naszpikowane” są antybiotykami, a ser jest tłusty i niezdrowy”), pieczywo i makarony („gluten szkodzi”).

Dalej przestaje się smażyć, kupować dotychczas lubiane produkty, chodzić do restauracji. Wreszcie – w ogóle nic się nie gotuje, bo przecież „raw diet” (z ang. surowa dieta) pozwala na zachowanie wszelkich wartości odżywczych żywności, sięga się tylko po warzywa, owoce, a nawet i pości, bo przecież „głodówka leczy”.

Będąc całkowicie bezstronnym, nie trudno zauważyć, że takie postępowanie prowadzi do głębokiego wyniszczenia organizmu chorego. Eliminując mięso, ryby czy nabiał – chory pozbawia swoje ciało najcenniejszego w tym momencie białka. Produkty zbożowe – energii, dzięki której ma siłę by wstać i walczyć. Wszystko to, co lubi – przyjemności z jedzenia - ale przede wszystkim – niezwykle cennych kalorii, które trzymają jego masę ciała w ryzach i nie pozwalają na osłabienie organizmu. Żeby zaplanować właściwy kierunek, przede wszystkim trzeba sobie jasno powiedzieć: nowotwór już jest, więc nie działamy w tym momencie w zakresie profilaktyki, ale wsparcia żywieniowego w trakcie leczenia. Leczenia, w którym mogą pojawić się momenty ze wskazaniem do zjedzenia czerwonego mięsa, wypicia mleka, rozgoto-

wania makaronu albo zjedzenia tego co najbardziej smakuje.

Przy okazji omówienia talerza pacjenta onkologicznego, posiłki powinny dostarczać źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów oraz odpowiednich porcji warzyw i owoców – nie ma tu miejsca na bezzasadne eliminacje. Oczywiście, produkty roślinne takie jak np. nasiona roślin strączkowych, również dostarczają cennego w naszej diecie białka. Jednak u osób nie jedzących ich wcześniej w większych ilościach, mogą w trakcie terapii wywołać nieprzyjemne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, takie jak wzdęcia, nadmiar gazów, bóle brzucha czy biegunki. To znacząco utrudni realizację zaleceń dietetycznych. Z punktu widzenia żywienia w chorobie, chude białko zwierzęce (obecne np. w kurczaku, indyku bez skóry, króliku, rybach – także tłustych), stanowi łatwostrawne źródło białka – przyjmuje się, że powinny ono dostarczać przynajmniej połowę kalorii białkowych w codziennym jadłospisie.

Nie bez znaczenia jest również i rodzaj żelaza, którego dostarcza mięso. Pierwiastek ten jest obecny w produktach zwierzęcych pod postacią hemową, znacznie lepiej przyswajalną niż żelazo niehemowe obecne w roślinach. Żelazo jest istotnym elementem potrzebnym do produkcji hemoglobiny – składnika czerwonych krwinek, które transportują tlen do wszystkich komórek organizmu.

Z drugiej strony, żywność wysoko przetworzona taka jak wędliny, kiełbasy,

parówki czy pasztety rzeczywiście nie należą do produktów pożądaných w diecie. Dostarczają mnóstwo soli, dodatków wędzarniczych i konserwantów – nikomu w nadmiarze nie polecanych. Warto jednak podkreślić, że kluczowym słowem jest tu właśnie „nadmiar”. Jak powiedział szwajcarski lekarz, przyrodnik i filozof Paracelsus „Nic nie jest trucizną i wszystko jest trucizną. Tylko dawka czyni trucizną”. Oznacza to, że niewielkie ilości takiej żywności w zdrowo skomponowanej diecie nie powinny zaszkodzić, a nawet więcej – urozmaić codzienną, często monotonną dietę chorego, pozwalając na realizację zapotrzebowania na energię.

Mit 2: Cukier żywi raka!

To chyba jeden z najpopularniejszych żywieniowych mitów w onkologii. U jego podłoża jest przekonanie, że wyeliminowanie cukru z diety ograniczy dostawę glukozy do komórek rakowych, a tym samym spowoduje ich unicestwienie. Tymczasem nie ma to niestety żadnego potwierdzenia – zdrowe komórki organizmu również rosną i potrzebują paliwa.

Cukrów dostarczają węglowodany, które dzielimy na dwie grupy: złożone oraz proste. W pierwszej grupie znajdziemy pożądane w diecie produkty z pełnego ziarna tj. pieczywo razowe, makarony, kasze, brązowy ryż, płatki zbożowe, natomiast w grupie drugiej – równie cenne dla naszego zdrowia owoce. W kategorii cukrów prostych znajdują się jednak także i mniej korzystne słodczyce i desery. Wyeliminowanie więc CUKRÓW jako całości, spowo-

duje zaprzestanie jedzenia nie tylko cukierków i ciast, ale i produktów zbożowych oraz owoców. To w dalszej perspektywie zabierze kalorie i przyczyni się do utraty masy ciała.

Cukier, jako ten obecny w słodczych czy w cukiernicy, w nadmiarze nie jest wskazany – niezależnie od tego czy zmagamy się z chorobą czy też jesteśmy zdrowi. Co może być zaskakujące – w chorobie przebiegającej z ryzykiem utraty masy ciała, może wręcz być przydatny! Dlaczego? Żywność, która zawiera większe ilości cukru, dostarcza także większej liczby kalorii. Warto jednak zwrócić uwagę na wybór najlepszej jakości słodczych, o jak najkrótszym składzie na etykiecie, a najlepiej sięgać po te przygotowane w domu.

Mit 3: Tylko dieta ketogenna!

Prawdopodobnie, po raz pierwszy usłyszano o niej w 1911 roku, kiedy to udokumentowano jej korzystny wpływ u dziecka z padaczką. Postawiono wówczas hipotezę, jakoby efekt zmniejszenia częstotliwości napadów padaczkowych był związany z powstaniem ciał ketonowych, będących od tej pory głównym paliwem energii dla mózgu. Nawiązując do mitu, że „cukier żywi raka”, powstała również teoria, że dieta ketogenna, stanowiąca dietę niskowęglowodanową, wysoko tłuszczową, spowoduje odcięcie komórek rakowych od paliwa.

Dieta ketogeniczna składa się z wysokiej zawartości tłuszczu, umiarkowanej ilości białka i bardzo niskiej zawartości węglowodanów. Taka struktura diety wymusza w organizmie pacjenta po-

zyskiwanie energii z tłuszczu zamiast z glukozy. Dieta o wysokiej zawartości tłuszczów może jednak wywoływać szereg niekorzystnych następstw u chorego. Odnotowuje się m.in. objawy zaparc, biegunek, wymiotów oraz ogólne osłabienie. Niskie spożycie węglowodanów może też powodować nieznaczny spadek poziomu glukozy we krwi, co nie u każdego chorego będzie sytuacją pożądaną.

Możesz zapoznać się także z poradnikiem pt. „Układ pokarmowy. Powikłania w leczeniu onkologicznym.”, który został wydany w ramach Programu Edukacji Onkologicznej i dostępny jest do bezpłatnego pobrania w formacie PDF na stronie www.programedukacjonkologicznej.pl

W związku z popularnością w ostatnim czasie diety ketogennej, stale prowadzone są badania nad jej znaczeniem u chorych onkologicznych. Wybrane Towarzystwa, w tym The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) albo German Association of Urological Oncology (AUO), aktualnie przyjmują jednak stanowisko, że dieta niskowęglowodanowa (zwana też ketogeniczną) nie może być zalecana pacjentom onkologicznym, ponieważ nie istnieją wiarygodne prace, bezpośrednio dowodzące jej skuteczności.

„Nie ma badań klinicznych wykazujących korzyści z diety ketogenicznej u chorych na nowotwory. Ze względu na niską smakowitość, diety te mogą prowadzić do niedostatecznej podaży energii i utraty masy ciała. (...) nie zalecamy ich stosowania ani przed,

w trakcie, ani po leczeniu przeciwnowotworowym.”

[The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) 2021]

Mit 4: Głodówka wyleczy mnie z raka

W zasadzie możemy oprzeć się na wcześniej omówionym micie. Wiemy już, że utrata masy ciała i niedożywienie są powszechne u pacjentów chorych na nowotwór, co silnie wiąże się ze zmniejszoną odpowiedzią organizmu na leczenie, zwiększoną podatnością na infekcje, opóźnionym gojeniem się ran, zmęczeniem i ogólnie obniżoną jakością życia. Wielu chorych boryka się też z innymi chorobami, które mogą znacząco utrudniać jedzenie i picie, negatywnie wpływając na stan odżywienia. Wszelkie diety ograniczające kalorie lub wybrane składniki odżywcze należy więc traktować z wielką ostrożnością. Żadne wytyczne kliniczne nie zalecają

poszczenia przed, w trakcie czy po leczeniu, zwłaszcza u pacjentów, którzy mogą być narażeni na duże ryzyko żywieniowe. Dotyczy to szczególnie osób z niedowagą, chorych, którzy doświadczyli niedawno znacznej niezamierzonej utraty masy ciała, z trudnościami z przełykaniem lub osłabieniem związanym z przebytą operacją. Co więcej, wykazano, że chorzy stosujący pełną głodówkę, borykają się z uciążliwymi bólami i zawrotami głowy, osłabieniem i nudnościami, co dodatkowo pogarsza jakość ich funkcjonowania.

Mit 5: Zastosuję terapię Gersona.

Terapia ta opiera się na przekonaniu,

że nowotwór jest wynikiem nagromadzenia się w organizmie toksyn i zaburzenia równowagi sodu i potasu. Na tej podstawie zaprojektowano program składający się z diety na bazie wyłączenie z surowych albo wyciśniętych na sok warzyw i owoców, „detoksykujących” lewatyw z kawy oraz suplementacji.

Biologiczne i żywieniowe podstawy tej terapii nie są poparte żadnymi uznanymi dowodami naukowymi. Nie ma żadnych klinicznych obserwacji co do tego, że miałby ona zmniejszać rozwój nowotworu lub poprawiać przeżycie. Co więcej, program Gersona prowadzi do poważnych niedoborów pokarmowych (zwłaszcza w zakresie białka) oraz do niedożywienia.

Warzywa i owoce nie pokrywają zapotrzebowania na kalorie i białko!

Dla przykładu, kobiecie ważącej ok. 70 kg, codzienny jadłospis powinien dostarczyć przynajmniej 1800 kcal i 70 g białka. Wartość taką trudno uzyskać z samych surowych warzyw i owoców. Przyjmijmy, że na 5 posiłków, kobieta zje w sumie 5 pomidorów, 2 papryki, 5 jabłek, 2 pomarańcze i wypije 1 litr soku warzywnego, co da nam niepełną 1200 kcal i ledwie 30 g białka. W niedługim czasie możemy więc spodziewać się gwałtownego spadku masy ciała.

Mit 6: ...albo reżim Gonzalesa!

Schemat ten, pierwotnie opracowany przez dr Williama Kelleya, a obecnie promowany przez dr Nicholas Gona-

leza, obejmuje restrykcyjną dietę i suplementację, których celem – podobnie jak w przypadku terapii Gersona – jest usuwanie toksyn z organizmu. Program klasyfikuje pacjentów według trzech typów metabolicznych, do których następnie są przepisywane odpowiednie diety. Schemat ten obejmuje nawet 150 suplementów dziennie wraz z wieloma, codziennymi zabiegami detoksykacyjnymi.

Jak dotąd nie ma udokumentowanych dowodów na skuteczność reżimu u osób, które zostały wyleczone z nowotworu. Ponownie jednak mierzymy się tutaj z ryzykiem niedożywienia.

Mit 7: Mówią, żeby pić olej lniany.

Dieta oparta o olej lniany, została zaproponowana w latach pięćdziesiątych przez dr Johannę Budwig – jako standardowa dieta mająca za zadanie obniżyć ciśnienie tętnicze krwi. Dieta dr Buldwig jest bogata w wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, a także w warzywa i owoce. Podstawowym i jednym z najważniejszych składników menu jest olej lniany, który dostarcza duże ilości kwasu α -linolenowego (ALA). Dr Buldwig uważała, że proces nowotworowy w organizmie człowieka jest związany z dużą ilością kwasów tłuszczowych trans i współistniejącym jednocześnie deficytem kwasów omega-3 i omega-6.

Bazowym elementem posiłków jest pasta twarogowa z olejem lnianym. Zabronione są z kolei inne oleje, a także masło, margaryny, majonez, cukier oraz mięso (zwłaszcza smażone). Przedstawiony przez doktor model ży-

wienia jest więc ubogi pod względem zawartości białka, żelaza czy węglowodanów, a przez to trudny do stosowania przez dłuższy czas. Pod wątpliwość poddawana jest też oczywiście kwestia bezpieczeństwa oraz skuteczności tej diety. Nie jest to model żywienia rekomendowany przez środowisko naukowe.

Mił 8: Nasiona chia, jagody acai, sok z granatu – czyli superfoods w walce o zdrowie.

Wymienione produkty należą do kategorii tzw. superfoods czyli inaczej superżywności. Żywność określana takim mianem, wyróżnia się dużą koncentracją składników odżywczych w małej masie produktu, bądź też dużą zawartością składników ogółem niezbędnych naszemu organizmowi do prawidłowego funkcjonowania.

Każdy kto choć raz wybrał się na zakupy i sięgnął po chia, jagody acai, miechunkę peruwiańską czy quinoa, przekonał się, jak drogie mogą być te produkty. I owszem, może i dostarczają cennych składników odżywczych, ale równie dobrym ich źródłem mogą być nasze polskie odpowiedniki, które kosztują znacząco mniej. Do rodzimych produktów superfoods zaliczamy m.in. dobrze znane nam kiszonki (ale nie tylko ogórki czy kapustę, ale i marchewkę oraz rzodkiew), świeżo zmielone siemię lniane, czosnek, cebulę, paprykę, brokuły, por i wiele innych.

Warte podkreślenia jest jednak to, że w kontekście walorów zdrowotnych tych produktów, mówimy znów o diecie w profilaktyce, a nie w leczeniu.

Według aktualnej wiedzy, nie istnieje żaden specjalny produkt, który spożywany w proponowanych przez producentów ilościach byłby w stanie zmniejszyć rozmiar guza lub nawet całkowicie się go pozbyć. Co więcej, skupienie się na jedzeniu konkretnych produktów, może sprzyjać niezamierzonemu unikaniu innych potrzebnych organizmowi składników, prowadząc w prostej drodze do niedoborów pokarmowych.

Mił 9: Nie ma diety bez suplementów!

Wiele osób uważa, że w trakcie leczenia koniecznie muszą tykać suplementy witamin, składników mineralnych oraz „elementów specjalnych”. W przekonaniu tym utwierdza ich też agresywny marketing wielu firm czy też specjaliści, którzy rozpisują plan suplementacji za niebotyczne kwoty. Wykazano, że stosowanie suplementów rzeczywiście wzrasta po postawieniu diagnozy choroby, ale czy to dobrze?

Stanowisko The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu) z 2021 roku jest jednoznaczne: witaminy i składniki mineralne w diecie chorego na nowotwór powinny zostać dostarczone w ilości równej dziennemu zapotrzebowaniu na poziomie RDA (ang. Recommended Dietary Allowance). Towarzystwo nie zaleca więc przyjmowania żadnych tego typu preparatów, jeśli nie istnieją ku temu wyraźnie wskazania związane z niedoborami pokarmowymi.

Należy pamiętać, że niektóre witami-

ny i składniki mineralne spożywane w dawkach przewyższających zapotrzebowanie człowieka, mogą zakłócać działanie stosowanych w terapii leków. Wszelkie ekstrakty z owoców, wyciągi czy koncentraty mogą co najwyżej wpłynąć na poprawę naszego ogólnego samopoczucia czy podniesienie odporności w sezonie infekcyjnym. Zawsze jednak należy skonsultować ich przyjmowanie ze swoim lekarzem onkologiem.

6.1. Dlaczego pacjenci chorzy na raka sięgają po „alternatywne” metody leczenia?

- złe rokowanie w chorobie, brak skutecznego leczenia – chęć spróbowania „czegokolwiek”;
- przekonanie co do tego, że „chemiczne” leczenie jest złe, truje;
- przekonanie, że to co „naturalne” jest najlepsze;
- wiara w teorie spiskowe firm farmaceutycznych i lekarzy;
- agresywny marketing firm z „suplementami na raka” wykorzystujący naukowy żargon celem uwiarygodnienia swojej oferty;
- znajomi i znajomi znajomych, którym „udało się” wyleczyć z raka dzięki jakiejs alternatywnej metodzie;
- aktywizm pacjenta, który nie chce siedzieć beczynnie i czekać, i dlatego szuka rozwiązań – łatwość dostępu do informacji np. w Internecie.

6.2. Jak pomóc osobie bliskiej chorej na nowotwór, która chce spróbować alternatywnych metod leczenia?

Przede wszystkim spróbuj zrozumieć sytuację w jakiej znalazł się członek Twojej rodziny/przyjaciel – nie oceniaj, nie ośmieszaj, nawet jeśli wiesz, że to co mówi, to kompletne bzdury.

- zawsze bądź otwarty na rozmowę, ale nie nakłaniaj do niej, jeśli chory nie chce mówić,
- zaproponuj konsultację ze specjalistą żywienia, który pomoże obrać właściwy kierunek diety, – wcześniej zrób dokładny przegląd ofert dietetyków, sprawdź ich wykształcenie oraz kwalifikacje.*

***WAŻNE!**

W momencie pisania tego poradnika, kwestia regulacji prawnej zawodu dietetyka wciąż nie została sformalizowana. Oznacza to, że chory i jego bliscy mogą trafić do gabinetu zarówno specjalisty dietetyki klinicznej, czyli absolwenta studiów wyższych kierunkowych, ale i do „dietetyka po kursie”. Sytuacji nie pomaga fakt, że za dietetyków uważa się też wiele osób publicznych, celebrytów skupiających rzesze fanów. Stąd, szansa na to, że chory zostanie poprowadzony w sposób etyczny, według aktualnych rekomendacji klinicznych, jest taka sama, jak na to, że trafi do poradni chcącego jedynie zarobić szarlatana.

W związku z powyższym, zawsze należy sprawdzać wykształcenie i kompetencje dietetyka, do którego się wybieramy.

Najlepiej, jeśli jest to specjalista dietetyk pracujący w szpitalu, polecany przez lekarza prowadzącego. Aktualnie, porada dietetyczna nie jest poradą refundowaną. Jeśli w szpitalu, w którym prowadzone jest leczenie nie ma dietetyka, zasadne jest udanie się do poradni prywatnej.

Słowniczek

Albumina – główne białko surowicy krwi, produkowane w wątrobie.

Aminokwasy – związki dwufunkcyjne, których cząsteczki zawierają grupy karboksylowe i aminowe.

Anoreksja – jadłowstręt psychiczny.

Arginina – aminokwas endogenny czyli naturalnie produkowany w organizmie człowieka.

Astenia - stan osłabienia psychicznego i fizycznego.

Blonnik pokarmowy – włókno pokarmowe.

BMI – wskaźnik masy ciała.

Bolus – sposób podaży diety, polega na podaniu zaplanowanej dawki leku/preparatu (np. 200 ml).

Cewnik – przewód służący do podaży płynu, np. cewnik żylny to rodzaj dostępu dożylnego do podaży żywienia do układu żylnego.

Chemioterapia – rodzaj leczenia przeciwnowotworowego.

Choroba niedokrwiennej jelit – stan niedostatecznego przepływu krwi w naczyniach krwionośnych trzewi, powodujące niewystarczające zaopatrzenia jelit w tlen.

Choroba towarzysząca – choroba dodatkowo współistniejąca przy chorobie podstawowej.

Ciała ketonowe – należą do produktów rozpadu tłuszczów trawionych przez organizm, w celu pozyskania niezbędnej energii.

Czynnik etiologiczny – czynnik wywołujący chorobę.

Dieta elementarna – dieta, która zawiera krystaliczne aminokwasy.

Dieta immunostymulująca – dieta wspierająca działanie układu odpornościowego.

Dieta ketogenna – dieta niskowęglowodanowa, wysokotłuszczowa.

Dieta oligomeryczna – dieta zawierająca dwu i trójpeptydy.

Dieta polimeryczna - dieta zawierająca całe cząstki białkowe.

Dieta przeciwnowotworowa – dieta mająca na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania na chorobę nowotworową lub wspomagająca jej leczenie.

Dieta przemysłowa – dieta doustna lub do podaży drogą dostępu do przewodu pokarmowego, z grupy żywności medycznej.

Dieta w trakcie choroby nowotworowej – dieta wspomagająca leczenie choroby nowotworowej.

Dietetyka – nauka o żywności, żywieniu, dietoprofilaktyce i dietoterapii chorób.

Elektrolity – jony soli niezbędne do zachowania dobrego stanu zdrowia np. wapnia, sodu, potasu, magnezu.

Endoskop / endoskopia – zabieg diagnostyczno-medyczny wykorzystywany w laryngologii, ortopedii oraz gastroenterologii przy użyciu endoskopu – rodzaju wziernika.

Foliany – związki, które uczestniczą m.in. w procesach wzrostu, rozwoju i rozmnażania wszystkich komórek ustroju.

Gastrektomia – resekcja żołądka.

Gastrostomia – dostęp sztuczny do żołądka.

Glukoza – organiczny związek chemiczny, stanowiący podstawowy substrat energetyczny dla komórek organizmu.

Glutamina– aminokwas.

Gluten – jest wspólną (umowną) nazwą mieszanin białek (prolamin i glutenin) znajdujących się w ziarnach zbóż.

HPN – domowe żywienie pozajelitowe.

Izoflawony sojowe – fitoestrogeny występujące w dużych ilościach w ziarnach soi.

Jadłowstręt – niechęć do jedzenia.

Jejunostomia – dostęp sztuczny do jelita cienkiego.

Kacheksja – zespół objawów będący wynikiem działania czynników zapalnych.

Kaloria - (cal) – jednostka energii.

Kaniula – rurka podobna do igły, jednak bez ostrego ścięcia na końcu, przeznaczona do aplikacji leku.

Konserwanty – substancje zabezpieczające/przedłużające trwałość produktu.

Kwasy tłuszczowe – substancje biologiczne, źródło m.in. energii.

Laparoskopia – technika operacyjna polegająca na użyciu specjalnego przyrządu umożliwiającego dostanie się do jamy brzusznej pacjenta przez niewielkie otwory.

Leczenie zachowawcze – leczenie nieinwazyjne.

Leczenie żywieniowe – postępowanie lekarskie obejmujące ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie odpowiednich dawek energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania, monitorowanie stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia.

Likopen – organiczny związek chemiczny z grupy karotenów, który należy do rodziny karotenoidów; obecny np. w pomidorach, papryce.

Limfocyty – jeden z rodzajów leukocytów, czyli białych krwinek.

Metabolizm – ogół reakcji biochemicznych i przemian energetycznych zachodzących w organizmie żywym.

Metoda grawitacyjna – polega na powieszeniu pojemnika z mieszkanką np. żywieniową nad pacjentem i przemieszczaniu się pokarmu do żołądka dzięki sile grawitacji.

Mikroelementy – inaczej pierwiastki śladowe. substancje występujące w minimalnych, śladowych ilościach w organizmach zwierzęcych i roślinnych.

Minerały – pierwiastki lub związki chemiczne o określonym składzie chemicznym, właściwościach fizycznych i chemicznych.

Nadwaga – nadmierna masa ciała.

Naciek – gromadzenie się komórek nieprawidłowych lub prawidłowych, charakterystycznych dla stanu patologii w okolicach sąsiadujących tkanek.

Niedożywienie – stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania substancji żywieniowych, prowadzący do zmiany składu ciała, upośledzenia fizycznej i mentalnej funkcji organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej.

Okres okołoperacyjny – okres bezpośrednio przed i po interwencji chirurgicznej.

ONS – doustne suplementy pokarmowe z kategorii żywności medycznej.

Otyłość – stan w którym BMI jest wyższe niż 30 kg/m².

PEG – przeszkońska endoskopowa gastrostomia.

Perforacja – przedziurawienie przewodu pokarmowego.

Pierwiastki śladowe – patrz mikroelementy.

Piramida Zdrowego Żywienia – graficzny zapis zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

Port naczyniowy (port-a-cath, TID) – wszczepiony pod skórę długoterminowy i stały dostęp do żył centralnych.

Prealbuminy – białka syntetyzowane w wątrobie, o krótkim okresie półtrwania.

Profilaktyka – działania mające na celu prewencję zachorowania.

Profilaktyka niedożywienia – zapobieganie niedożywieniu.

Profilaktyka pierwszorzędowa – inaczej pierwotna, celem prewencji zachorowania; dotyczy ludzi zdrowych, całej populacji.

Proteoliza – rozpadu masy mięśniowej.

Przerzuty nowotworowe – ogniska nowotworowe, zlokalizowane w różnych miejscach ciała.

Przetoki dożołądkowe – dostęp sztuczny do żołądka od strony powłok brzucha.

Przetoki odżywcze – przetoki wytworzone od strony powłok brzucha do światła przewodu pokarmowego, umożliwiające podawanie np. diet przemysłowych.

Radioterapia – forma terapii przeciwnowotworowej wykorzystująca promieniowanie jonizujące.

RDA – rekomendowane dzienne spożycie.

Resekcja – wycięcie.

Sonda dożołądkowa – przewód umożliwiająca podaż składników pokarmowych do żołądka.

Stomia – sztucznie wytworzony dostęp do światła przewodu pokarmowego.

Substrat energetyczny – źródło energii dla organizmu, np. węglowodany.

Suplement diety – środek spożywczy mający na celu uzupełnić dietę w brakujące składniki pokarmowe.

Terminalna faza choroby – etap choroby bezpośrednio poprzedzający zgon.

Transferyny – białka osocza transportujące jony żelaza (Fe^{3+}) do tkanek, a następnie do wnętrza komórki, determinujące stężenie żelaza w osoczu.

Translokacja bakteryjna – przemieszcze-

nie bakterii z wnętrza przewodu pokarmowego do krwiobiegu.

Tripeptydy – krótkie peptydy, zbudowane z dwóch do kilkunastu reszt aminokwasowych połączonych wiązaniami peptydowymi np. glutation.

Włóknik – nierozpuszczalne białko włóknikowe powstające z fibrynogenu w procesie krzepnięcia krwi.

Zespolenie jelitowe – połączenie w obrębie przewodu pokarmowego, np. w raku jelita grubego.

Zespół krótkiego jelita – stan chorobowy, w którym długość jelita cienkiego jest niewystarczająca dla zapewnienia integralności i prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka.

Zewnętrzna przetoka odżywcza – zobacz: Stomia

Zgłębnik (sonda) – rodzaj dostępu do np. przewodu pokarmowego.

Żywienie dojelitowe – żywienie dietami przemysłowymi drogą doustną bądź drogą dostępu sztucznego do przewodu pokarmowego.

Żywienie kliniczne – zobacz: Leczenie żywieniowe.

Żywienie pozajelitowe – żywienie drogą układu żylnego.

Żywność wysoko przetworzona – żywność poddana znacznej obróbce m.in. mechanicznej albo/i termicznej - np. żywność instant, fast-food.



PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

Zapraszamy na naszą stronę internetową

www.programedukacionkologicznej.pl



Na stronie Programu dostępne są m. in.

- poradniki dla pacjentów i bliskich
- poradniki dla wolontariuszy
- mapa miejsc, w których dostępne są poradniki
- bezpłatne wersje ponad 40 publikacji do bezpłatnego pobrania w formacie PDF
- możliwość odczytu poradników on-line!



www.facebook.com/ProgramEdukacjiOnkologicznej



www.instagram.com/program_edukacji_onkologicznej/



Zaburzenia odżywienia występują u wielu chorych na nowotwory i stanowią ważny problem, ponieważ wpływają na pogorszenie jakości życia oraz wyników leczenia przeciwnowotworowego i rokowania. Niedożywienie oraz występujące w części przypadków wyniszczenie są częstszym problemem u chorych w starszym wieku i z bardziej zaawansowanymi nowotworami.

Przyczyny niedożywienia są złożone, ale w największym stopniu czynnikiem odpowiedzialnym jest niedostateczna – wobec zapotrzebowania – podaż składników odżywczych. Znaczenie zaburzeń odżywienia jest uzasadnieniem dla stosowania leczenia żywieniowego, które jest niezbędną częścią kompleksowego postępowania przeciwnowotworowego.

Postępowanie żywieniowe jest niemniej istotne niż inne metody leczenia chorych na nowotwory, co dotyczy metod stosowanych z założeniem radykalnym i paliatywnym. Bardzo przekonującym dowodem znaczenia leczenia żywieniowego jest obowiązek oceniania stanu odżywienia każdego chorego przyjmowanego do szpitala, który został wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w 2012 roku. Ogromne znaczenie ma prawidłowa ocena stanu odżywienia chorych oraz zastosowanie odpowiednich metod leczenia żywieniowego, które powinny być ustalane zespołowo z udziałem onkologów i specjalistów w zakresie żywienia.

Bardzo ważna jest współpraca z chorymi, co stanowiło uzasadnienie dla przygotowania obecnego poradnika pt. Leczenie żywieniowe – poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin. Poradnik powstał z inicjatywy osób koordynujących Program Edukacji Onkologicznej. Autorem poradnika jest wybitny specjalista w zakresie leczenia żywieniowego chorych na nowotwory, jakim jest Profesor Stanisław Kłęk z Narodowego Instytutu Onkologii w Krakowie. Poradnik dostarcza informacji na temat przyczyn i następstw zaburzeń odżywienia w chorobach nowotworowych oraz zawiera opisy poszczególnych metod leczenia żywieniowego. Bardzo ważna jest część poświęcona nieprawdziwym poglądom i przekazom, które są związane z niedożywieniem i zawierają często naukowo niepotwierdzone oraz szkodliwe informacje. Treści zawarte w poradniku są przedstawione w sposób przystępny, co niewątpliwie zwiększy wartość opracowania.

Bardzo polecam lekturę poradnika, ponieważ doceniam – z własnych doświadczeń zawodowych – znaczenie prawidłowego leczenia żywieniowego w obrębie wspomagającego postępowania u chorych na nowotwory. Jestem przekonany, że uzyskanie przez chorych i ich rodziny wiadomości zawartych w poradniku przyczyni się do uzyskania lepszych wyników leczenia oraz poprawienia rokowania.

Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski

Sfinansowane
w ramach Programu:

Organizator:

Patronat:

Wydawca:



**PROGRAM EDUKACJI
ONKOLOGICZNEJ**



**Polskie Towarzystwo
Onkologii Klinicznej**

fundacja tam 
 i z powrotem

PRIMOPRO