

Niedożywienie w lecznicach: co poprawią leki, popsuje dieta



Dieta to lek. Jak tym lekiem postępują się szpitale? Byle jak. Bo gdy w stanie niedożywienia przyjmowany jest jeden na trzech pacjentów, dalej jest coraz gorzej: szpital w stanie niedożywienia opuszcza... dwóch na trzech.

W listopadzie A.D. 2013 zaczęło obowiązywać rozporządzenie ministra zdrowia, że każdy pacjent przy przyjęciu do szpitala powinien być przebadany z zastosowaniem skali NRS lub SGA. I tak się stało – każdy jest badany. Co dalej? Dalej są kolejne wyzwania, które *de iure* zostały narzucone, a w praktyce nie są stosowane.

Inercja

Kolejne punkty rozporządzenia stanowią o tym, co winno się dziać według prawa dalej w wypadku stwier-

dzenia u pacjenta niedożywienia. Otóż w takiej sytuacji należy rozpocząć żywienie kliniczne. Jaki rodzaj żywienia klinicznego powinno się zastosować, jasno regulują wytyczne Europejskiego Towarzystwa Żywności Dojelitowego i Pozajelitowego (ESPEN). Wytyczne obowiązujące w teorii i ignorowane w praktyce.

Głód pierwotny i wtórny

Nieprawidłowe żywienie występuje wtedy, gdy organizm nie otrzymuje wystarczającej ilości energii lub niezbędnych składników odżywczych potrzebnych do

utrzymania zdrowych tkanek i funkcji narządów, takich jak białko, witaminy, minerały i inne. Mówimy tu o zdrowym organizmie. W wypadku pacjenta po jakimkolwiek zabiegu, operacji czy urazie zapotrzebowanie energetyczne wzrasta niemal dwukrotnie.

Niestety leczenie żywieniowe w polskiej służbie zdrowia nie jest doceniane, zarówno przez lekarzy, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia. Co prawda jest trochę lepiej w porównaniu z sytuacją sprzed roku czy dwóch lat, jednak w szpitalach przedstawiciele pracowni żywieniowej sporządzającej zindywidualizowane worki żywieniowe ciągle spotykają się z oporem. Pacjenci nie wiedzą, że mogą się domagać żywienia klinicznego, dlatego też uważam, iż niezbędne jest przeprowadzenie dużej kampanii społecznej, której celem będzie uświadomienie problemu społeczeństwu.

Twarde dane

Dane Polskiego Towarzystwa Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego dotyczące niedożywienia są zatrważające. Cytując prezesa Stanisława Kłęka – co trzeci pacjent przyjmowany do szpitala jest niedożywiony, a 70 proc. chorych opuszcza go w stanie niedożywienia. Doktor Kłek twierdzi, że żywienie pacjentów w Polsce powinno być integralną częścią leczenia, tak jak w większości krajów Unii Europejskiej.

Z powodu dzisiejszej praktyki klinicznej traci zarówno chory, jak i służba zdrowia. Chory, ponieważ czas jego hospitalizacji niepotrzebnie się wydłuża, a liczba powikłań pooperacyjnych nie maleje, choć mogłaby. Służba zdrowia, ponieważ źle odżywiony pacjent to większe koszty leczenia i więcej powikłań w niemal wszystkich jednostkach chorobowych.

Przeliczając na dolary

Z danych amerykańskich wynika, że leczenie infekcji kosztuje 42 tys. dolarów, gdy chory nie jest prawidłowo żywiony. Jeśli w trakcie hospitalizacji zostaje włączone leczenie żywieniowe, koszt maleje do 18 tys. dolarów.

Niedożywienie zwiększa też śmiertelność. Twarde dane wskazują, że niedobór masy ciała sięgający 20 proc. zwiększa śmiertelność okołoperacyjną aż o 30 proc. Tymczasem na wielu oddziałach szpitalnych, m.in. chirurgicznych, internistycznych, ortopedycznych czy pulmonologicznych, niedożywionych jest 27–48 proc. chorych.

Szpital Nutrico z Sosnowca, zajmujący się sporządzaniem zindywidualizowanych mieszanin do żywienia pozajelitowego i ich dystrybucją do wszystkich szpitali w kraju, podziela zdanie dr. Kłęka, który twierdzi, że jeszcze gorzej jest na oddziałach onkologicznych. W stanie niedożywienia jest tam 20 proc. chorych. Wśród chorych na raka jelita grubego niedożywionych jest aż 40 proc. pacjentów, chorych na raka żołądka – 60 proc., a pacjenci cierpiący na raka przełyku są niedożywieni aż w 80 proc.

„U pacjenta po zabiegu, operacji czy urazie zapotrzebowanie energetyczne wzrasta niemal dwukrotnie”

Z oficjalnych publikacji ESPEN wynika, że 20 proc. chorych na nowotwory złośliwe umiera nie tyle z powodu samej choroby, ile z niedożywienia.

Odbieranie siły

Z powyższymi wartościami nie można dyskutować. Żyjemy w rozwiniętej części świata, a lekarze, mając do dyspozycji żywienie kliniczne, czyli sprawdzone, o potwierdzonej skuteczności metody wspomagania hospitalizacji, rzadko je wykorzystują. Dlaczego tak

„Niedobór masy ciała sięgający 20 proc. zwiększa śmiertelność okołoperacyjną aż o 30 proc.”

się dzieje – zapewne nie zrozumie chory i jego rodzina. Przecież człowiek chory ma zwiększone zapotrzebowanie energetyczne, a jednocześnie ma kłopoty z jedzeniem. Dlatego tak ważne jest odpowiednio wczesne wprowadzenie żywienia klinicznego, które wspomaga leczenie, dodaje sił do walki z chorobą, a także poprawia samopoczucie. Poprawę jakości hospitalizacji mogłoby przynieść stosowanie mieszanin żywieniowych dostosowanych indywidualnie dla każdego pacjenta. Mieszaniny te mogłyby być powszechnie dostępne na oddziałach onkologicznych, a nie jak obecnie – głównie dla pacjentów prywatnych. Światowi eksperci, opierając się na licznych publikacjach, twierdzą, że efekty terapii onkologicznej mogą się poprawić nawet o 10 proc. przy wykorzystaniu żywienia klinicznego.

Analizując przedstawione fakty – obecna sytuacja w zakresie żywienia klinicznego, choć i tak lepsza niż kilka lat temu, pozostawia wiele do życzenia. Patrząc na naszych zachodnich sąsiadów i osiągnięte tam znakomite wyniki, można stwierdzić, że w Polsce też z pewnością żywienie kliniczne stanie się normą, bo prawnie obowiązkiem już jest. Dla nas wszystkich ważne jest, aby stało się to jak najszybciej.

Marcin Lewandowski
Autor jest ekspertem Sosnowieckiego Parku
Naukowo-Technologicznego.