

SŁOWO WSTĘPNE



dr n. med. Izabela Grabowska

Redaktor naukowy

Szanowni Państwo!

Jest mi niezmiernie miło móc przekazać w Państwa ręce pierwszą monografię „Medycyny po Dyplomie” wydawnictwa Medical Tribune Polska poświęconą w całości zagadnieniom z dziedziny żywienia klinicznego. Dietoterapia stanowi często integralną część leczenia wielu chorób.

Zakres merytoryczny niniejszej monografii obejmuje zagadnienia dotyczące leczenia dietetycznego chorób przewlekłych będących największą bolączką XXI w. W syntetyczny i przejrzysty sposób zostało przedstawione postępowanie dietetyczne w otyłości, chorobach układu krążenia, cukrzycy typu 2 oraz w chorobie Hashimoto. Przeanalizowano dylematy dotyczące stosowania diety bezglutenowej oraz diety low FODMAP w chorobach układu pokarmowego. Nie zabrakło również rekomendacji z zakresu postępowania w sytuacji wystąpienia alergii i nietolerancji pokarmowych, a także kompendium wiedzy na temat diety wegetariańskiej.

Przygotowany zbiór artykułów jest skierowany przede wszystkim do internistów, lekarzy rodzinnych i POZ, a także dietetyków oraz wszystkich innych specjalistów zainteresowanych przedstawioną tematyką. Dziękuję Autorom opracowania za współpracę, a Państwu życzę przyjemnej i owocnej lektury.

dr n. med. Izabela Grabowska

MEDYCYNA

po Dyplomie

- 3** **Leczenie dietetyczne otyłości**
dr inż. Agata Gaździńska
- 10** **Dietoprofilaktyka i dietoterapia chorób układu krążenia**
mgr Adrian Kwaśny, dr n. o zdr. Michał Czapla
- 17** **Postępowanie dietetyczne w cukrzycy typu 2**
dr n. med. Izabela Grabowska
- 24** **Dieta w chorobie Hashimoto**
dr n. o zdr. Anna Rudnicka
- 31** **Alergie i nietolerancje pokarmowe u dorosłych**
Joanna Jurek, PhD, BSc
- 40** **Charakterystyka i zastosowanie diety bezglutenowej**
dr hab. Joanna Myszkowska-Ryciak
- 46** **Dieta low FODMAP w zespole jelita drażliwego i zespole rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego**
dr n. med. Martyna Marciniak
- 53** **Dieta wegetariańska – co każdy lekarz wiedzieć powinien**
mgr Iwona Kibil

Leczenie dietetyczne otyłości

- Otyłość jest uznana przez World Health Organization za postępującą nieubłagane epidemię XXI w. Obecnie występuje u ponad 2 mld osób na świecie, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się
- Strategia leczenia otyłości w zależności od jej przyczyn oraz zaawansowania choroby zawiera kilka podstawowych elementów: odpowiednio zbilansowaną dietę, modyfikację stylu życia, ewentualną terapię behawioralną, farmakoterapię oraz w niektórych przypadkach również leczenie operacyjne
- W pracy omówiono aktualne postępowanie dietetyczne w leczeniu otyłości, które jest kluczowe w terapii tej choroby



dr inż. Agata Gaździńska

Pracownia Dietetyki i Leczenia Otyłości, Zakład Pomiarów Psychofizjologicznych i Badań Czynnika Ludzkiego,
Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie

Otyłość została uznana przez World Health Organization (WHO) za epidemię XXI wieku. Jest definiowana jako nieprawidłowe i nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej, które stwarza zagrożenie dla zdrowia¹. Jest to choroba przewlekła, bez tendencji do samoistnego ustępowania. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych otrzymała kod 5B81.

Otyłość powoduje bardzo wiele zaburzeń, innych chorób i powikłań, w tym szczególnie przyczynia się do rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, niektórych nowotworów (takich jak: rak endometrium, piersi, jajnika, gruczołu krokowego, wątroby, pęcherzyka żółciowego, nerek), cukrzycy typu 2, insulinooporności, dyslipidemii, chorób zwyrodnieniowych stawów, ponadto zwiększa ryzyko rozwoju bezdechu w czasie snu i stanowi podłoże zaburzeń emocjonalnych². Ponadto pogarsza jakość życia pacjentów i je znacznie skraca³.

Globalna epidemia otyłości postępuje nieubłaganie, obecnie dotyka ponad 2 mld osób na świecie zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Według raportu opublikowanego w 2021 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy w Polsce nadwaga występuje u 52,4% mężczyzn i 32% kobiet, a otyłość odpowiednio u 16,5% i 16,2%⁴.

Niepokojące jest to, że dzieci w Polsce przybierają na masie ciała najszybciej w Europie. Według prognoz ekspertów rocznie będzie przybywać 400 000 dzieci z nadwagą i 80 000 z otyłością. Prawdopodobieństwo wystąpienia otyłości w wieku dorosłym u otyłych dzieci i nastolatków jest mniej więcej pięć razy większe niż u osób, które nie były otyłe. Około 55% otyłych dzieci będzie otyłych w okresie dojrzewania, około 80% otyłych nastolatków będzie nadal otyłych w wieku dorosłym, a około 70% będzie otyłych w wieku powyżej 30 lat⁵. Konsekwencje otyłości u dzieci są bardzo poważne. Są to m.in.: problemy z koncentracją i pamięcią, rozwój chorób przewlekłych niezakaźnych, zaburzenia emocjonalne, niska samoocena, izolacja społeczna i depresja. Pandemia COVID-19 jeszcze pogłębiła ten problem⁶. Potencjalnych przyczyn omawianego zjawiska należy szukać przede wszystkim w zmianach nawyków żywieniowych oraz zmniejszeniu aktywności fizycznej w tym okresie.

Według badań prowadzonych w populacji polskiej⁷ prawie co druga osoba deklarowała, że w trakcie tzw. lockdownu (czyli okresu zakazu wychodzenia z domu i ograniczonego

Tabela 1. Klasyfikacja wskaźnika masy ciała (BMI) według World Health Organization¹

Klasyfikacja	BMI (kg/m ²)
Niedowaga	<18,50
Prawidłowa masa ciała	18,50-24,99
Nadwaga	25,00-29,99
Otyłość	≥30,00
Otyłość stopnia I	30,00-34,99
Otyłość stopnia II	35,00-39,99
Otyłość stopnia III	≥40,00

przemieszczania się) spożywała więcej pokarmów w porównaniu z czasem przed pandemią (45,3% osób). Autorzy szacują, że co drugi ankietowany częściej pojadł między posiłkami (51,8% osób). W porównaniu z osobami, które nie odnotowały żadnych zmian w sposobie żywienia, wyższe spożycie żywności i częstsze pojadanie deklarowały osoby z wyższym wskaźnikiem masy ciała (BMI – body mass index)⁷.

Otyłość to choroba wieloczynnikowa. Rozwija się w wyniku utrzymującego się dłuższy czas dodatniego bilansu energetycznego, którego powstawaniu sprzyjają: czynniki genetyczne, epigenetyczne, endokryne, środowiskowe, psychologiczne, społeczne, a także stosowanie niektórych leków oraz skład i aktywność flory bakteryjnej układu pokarmowego^{8,9}. Wśród czynników środowiskowych prowadzących do rozwoju otyłości najczęściej wymienia się: spożywanie żywności wysokoprzetworzonej, wysokoenergetycznej, słodkich napoi, zbyt małe spożycie warzyw i owoców, niski poziom aktywności fizycznej, zbyt długi czas spędzany przed ekranem komputera/tabletu/telefonu i zbyt krótki sen, który może powodować zaburzenia wydzielania leptyny i greliny¹⁰.

Warto podkreślić, że podstawowym celem leczenia otyłości jest nie tylko redukcja masy ciała, lecz także zmniejszenie ryzyka występowania chorób oraz powikłań z nią związanych oraz zapobieganie ponownemu wzrostowi masy ciała¹¹. Cele te mogą być osiągnięte jedynie dzięki współpracy pacjenta i wysokospecjalistycznego zespołu terapeutycznego, w skład którego powinien wchodzić: lekarz/bariatra, dietetyk/psychodietetyk, psycholog i fizjoterapeuta.

Strategia leczenia otyłości w zależności od jej przyczyn oraz zaawansowania choroby zawiera kilka podstawowych elementów: odpowiednio zbilansowaną dietę, modyfikację stylu życia, ewentualną terapię behawioralną, mającą coraz większe znaczenie farmakoterapię oraz leczenie operacyjne. Właściwe postępowanie dietetyczne jest jednak kluczowe w leczeniu choroby otyłościowej, niezależnie od zastosowanej metody.

Zasady rozpoznawania i klasyfikacji nadmiernej masy ciała

Leczenie otyłości powinno być zawsze indywidualnie dostosowane do możliwości i potrzeb każdego pacjenta, jego wieku, płci, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, ale przede wszystkim do stopnia rozwoju choroby i ewentualnych powikłań, które już wystąpiły.

Do rozpoznania i oceny stopnia otyłości w codziennej pracy lekarskiej, dietetycznej i w badaniach populacyjnych najpowszechniej stosuje się wskaźnik masy ciała, zwany także wskaźnikiem Queteleta. Obliczamy go, dzieląc masę ciała (kg) przez wzrost do kwadratu (m²). Według WHO u osób dorosłych otyłość rozpoznajemy przy wartości BMI ≥30,0 kg/m² (tab. 1).

Dane antropometryczne (masa ciała, wzrost, obwody ciała) niezbędne do rozpoznania nadmiernej masy ciała powinny

pochodzić z pomiarów wykonanych według standardowych procedur, opisanych w „Standardach leczenia dietetycznego” Polskiego Towarzystwa Dietetyki¹². Rekomenduje się, by pomiary antropometryczne były wykonywane podczas każdej wizyty pacjenta, najlepiej w godzinach porannych (aby pacjent mógł być na czczo) i przez tę samą osobę. Strategia leczenia dietetycznego pacjentów z otyłością powinna obejmować przynajmniej 12 wizyt (indywidualnych lub grupowych) w ciągu pierwszych 6 miesięcy terapii.

Samokontrola masy ciała również jest zalecana, pacjent nie powinien jednak tego czynić częściej niż raz w tygodniu. Codzienne ważenie się sprzyja bowiem rozwojowi zaburzeń odżywiania.

Dla populacji dzieci i młodzieży do 18 r.ż. wskaźniki masy ciała odczytuje się z tabel lub siatek centylowych odpowiednich dla płci i wieku. Nadwagę stwierdza się, gdy BMI mieści się w zakresie 90-97 centyla, a otyłość, gdy BMI jest >97 centyla w odniesieniu do płci i wieku¹³.

Interpretacja BMI w przypadku osób dorosłych nie zależy ani od wieku, ani od płci, nie uwzględnia rozkładu tkanki tłuszczowej czy proporcji udziału tkanki mięśniowej i tłuszczowej, co zmniejsza jego przydatność jako wskaźnika ryzyka metabolicznego. Niemniej prostota badania, jego powtarzalność i szerokie rozpowszechnienie oraz dane z wielu populacji i grup etnicznych sprawiają, że BMI pozostaje podstawowym wskaźnikiem oceny stanu odżywiania.

Łatwo dostępnym parametrem umożliwiającym ocenę typu otyłości jest wskaźnik talia–biodra (WHR – waist-hip ratio), który oblicza się jako iloraz pomiarów obwodu talii (cm) oraz bioder (cm). Otyłość brzuszna rozpoznaje się przy WHR >0,85 u kobiet i >0,9 u mężczyzn. Obwód pasa należy mierzyć poziomo, przez największe przewężenie tułowia (w talii), w połowie odległości między dolnym brzegiem łuku żeberowego a górnym brzegiem grzebienia biodrowego, z dokładnością do 0,1 cm, za pomocą nieelastycznej taśmy antropometrycznej. Dla większej precyzji wyniku ww. pomiarów zaleca się dwukrotny odczyt mierzonych parametrów i wyliczenie wartości uśrednionej¹².

Zgodnie z wytycznymi International Diabetes Federation otyłość brzuszna u osób dorosłych rozpoznaje się, gdy obwód pasa przekracza 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet. Dla niektórych grup etnicznych przyjmuje się inne wartości referencyjne.

Podczas wizyty diagnostycznej i wizyt kontrolnych warto dokonać również oceny stopnia rozwoju otyłości na podstawie zawartości tkanki tłuszczowej. Do jej oceny służą:

- metoda impedancji bioelektrycznej
- rzadziej stosowana dwuwiązkowa absorpcjometria rentgenowska (DXA – dual energy X-ray absorptiometry) dająca dokładniejsze wyniki pomiaru, jednak bardziej obciążająca z powodu dawki promieniowania jonizującego
- rezonans magnetyczny (MR – magnetic resonance), bardzo rzadko wykorzystywany do oceny otyłości (głównie w badaniach naukowych), najdokładniejszy i najmniej dostępny.

Otyłość diagnozujemy, gdy zawartość tkanki tłuszczowej u mężczyzn znajduje się powyżej 25%, a u kobiet powyżej 35% masy ciała¹⁴.

Leczenie dietetyczne otyłości u osób dorosłych

Przeprowadzenie wywiadu

Zgodnie ze standardami opublikowanymi przez Polskie Towarzystwo Dietetyki u wszystkich pacjentów z nadmierną masą ciała podczas pierwszej wizyty należy przeprowadzić szczegółowy wywiad obejmujący informacje dotyczące: czynników socjodemograficznych, stanu zdrowia, historii żywienia i aktywności fizycznej oraz wcześniejszych prób leczenia^{11,12}.

Wywiad powinien dotyczyć: sposobu odżywiania (w tym celu można wykorzystać 24-godzinny wywiad żywieniowy lub kwestionariusz częstotliwości spożycia), okoliczności sięgania po jedzenie poza porami posiłków, wykonywanej aktywności fizycznej, sposobu spędzania wolnego czasu, palenia papierosów, spożywania napoi alkoholowych, słodczy, produktów typu fast food, informacji na temat zwiększonego ryzyka metabolicznego i obecności chorób współistniejących.

Wskazane jest, aby u pacjenta przeanalizować również:

- gotowość do leczenia otyłości
- historię zmian masy ciała
- ewentualne występowanie zaburzeń odżywiania (jedzenie kompulsywne, „zajadanie stresu”, zespół jedzenia nocnego, nałogowe jedzenie)
- jego poglądy na temat jego masy ciała i ustalonego rozpoznania oraz powodów przyrostu masy ciała
- wcześniejsze próby leczenia otyłości
- nawyki żywieniowe (ilość, jakość i częstość oraz pory spożywania pokarmów)
- przekonania pacjenta na temat odżywiania i aktywności fizycznej
- wiarę w możliwość zmian
- motywację do zmiany.

Bardzo istotne jest ustalenie z pacjentem realistycznego celu, tj. zmniejszenia masy ciała o około 10% w czasie 3-6 miesięcy, utrzymania uzyskanego efektu na tym poziomie przez kolejne 3-6 miesięcy, a następnie dalszej redukcji masy ciała o kolejne 10%, jeżeli istnieją takie wskazania¹¹. Cele leczenia otyłości muszą być realne i możliwe do osiągnięcia w przewidywanym czasie oraz powinny dotyczyć stopnia pożądanej redukcji masy ciała, a także poprawy lub normalizacji stwierdzonych zaburzeń metabolicznych.

Skuteczność leczenia behawioralnego zależy od indywidualnego zaangażowania pacjenta, jego motywacji i gotowości do wprowadzenia zmian w stylu życia, ale też od dostępności i możliwości uzyskania wsparcia specjalistów oraz stopnia zaangażowania pacjenta, wieku chorego i indywidualnych ograniczeń. Postępowanie i wybór sposobu leczenia otyłości należy omawiać z pacjentem, gdyż zwiększa to jego zaangażowanie i może poprawić wyniki terapii. Od początku należy uświadamiać pacjentowi, że zmiany nawyków, jakie będzie wprowadzał, muszą być trwałe.