



Polskie
**Stowarzyszenie
Dietetyków**

Congressus Dietetica

X Ogólnopolska Konferencja Dietetyki

10-11 października 2020

ONLINE

PARTNERZY



współczesna
dietetyka





Polskie
**Stowarzyszenie
Dietetyków**

Congressus Dietetica

X Ogólnopolska Konferencja Dietetyki

ONLINE

2020

Congressus Dietetica

X Ogólnopolska Konferencja Dietetyki

Redaktor Naczelny

Kamil Gwozdowski

Opracowanie graficzne

Agnieszka Gałązka-Kaczmarek

Organizator X Ogólnopolskiej Konferencji Dietetyki

Congressus Dietetica

Polskie Stowarzyszenie Dietetyków

ul. Piotrkowska 67/18U

90-422 Łódź

Komitet Organizacyjny

Wojciech Kosakowski

Aneta Gwozdowska

Kamil Gwozdowski

Wydawca

Polskie Stowarzyszenie Dietetyków

ul. Piotrkowska 67/18U

90-422 Łódź

2020

ISSN 2084-7521

Komitet naukowy	8
Program konferencji	10
Abstrakty	
350 kg czyli pacjent bariatryczny w opiece około- i pooperacyjnej. Przygotowanie, protokół ERAS, postępowanie żywieniowe	12
Maria Brzegowy, Ilona Kawa	
Prowadzenie diety ketogennej na przykładzie pacjentów metabolicznych	13
Ewa Ehmke vel. Emczyńska-Seliga	
Dieta roślinna u dzieci. Czy powinniśmy obawiać się niedoborów? Update 2020	14
Iwona Kibil	
Otyłość a choroby czynnościowe przewodu pokarmowego	15
Elżbieta Poniewierka	
Probiotyki 2020 – update	16
Wojciech Marlicz	
Żywność, żywienie, a pierwsze (9-24) miesiące życia dziecka	18
Halina Weker, Małgorzata Więch	
Redukcja tkanki tłuszczowej, efekt hipertrofii czy retencja wody- ważne aspekty przy interpretacji wyników	20
Magdalena Superson	
Lipemia poposiłkowa- co o niej wiemy?	21
Dorota Szostak-Węgierek	
Zależność pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi i zachowaniami zdrowotnymi, a spożycie roślin strączkowych	22
Katarzyna Zabłocka-Słowińska, mgr Katarzyna Skórska, Prof. dr hab. Halina Grajeta	



Spis treści

Żywienie dzieci z Zespołem Downa	24
Dorota Mickiewicz-Góra	
Słodka prawda o cukrze - czy unikanie cukru jest EBM	24
Arkadiusz Matras	
Kiedy leczenie nie przynosi oczekiwanych efektów- Najczęstsze problemy pacjentów z insulinoopornością	25
Dominika Musiałowska	



Polskie
Stowarzyszenie
Dietetyków

Congressus Dietetica

X Ogólnopolska Konferencja Dietetyki

ONLINE

10-11
października
2020

Komitet naukowy



Prof. Halina Weker

Kierownik Zakładu Żywności,
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie



Prof. Jan Lubiński

Kierownik Zakładu Genetyki i Patomorfologii,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie



Prof. Elżbieta Poniewierka

Kierownik Katedry Gastroenterologii i Hepatologii,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu



Dr hab. Katarzyna Zabłocka-Stowińska

Katedra i Zakład Bromatologii i Dietetyki, Katedra
Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu



Dr hab. Dorota Szostak-Węgierek

Kierownik Zakładu Dietetyki Klinicznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny



Dr hab. Wojciech Marlicz

Klinika Gastroenterologii,
Pomorski Uniwersytet Medyczny



Dr Magdalena Superson

Akademia Wychowania Fizycznego
we Wrocławiu



Dr Marta Pelczyńska

Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń
Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet
Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Mgr inż. Maria Brzegowy

Wydział Technologii Żywności,
Uniwersytet Rolniczy im. H. Kołłątaja w Krakowie



Mgr Ilona Kawa

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej,
Metabolicznej i Stanów Nagłych, Szpital
Uniwersytecki w Krakowie

Komitet naukowy



Mgr Dorota Mickiewicz-Góra

Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny



Mgr Ewa Ehmke vel. Emczyńska-Seliga

Klinika Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych oraz Poradnia Chorób Metabolicznych Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie



Mgr Urszula Somow

Fundacja Szkoła na Widelcu



Mgr Bartłomiej Pomorski

Polskie Towarzystwo Dietetyki Sportowej



Mgr Aniceta Ada Mikulska

Katedra i Zakład Farmacji Fizycznej i Farmakokinetyki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Karolina Górnik-Horn

Fundacja Insulinooporność zdrowa dieta i zdrowe życie, UJD w Częstochowie, Centrum Dietetyki i Żywienia LemonDiet



Arkadiusz Matras

Dietetyka #NieNaZarty



Iwona Kibil

Wegecentrum



Justyna Świetlicka

Owsiana



Magdalena Hajkiewicz-Mielniczuk

Wiem Co Jem



Viola Urban

Okiem Dietetyka

Plan konferencji

Sobota 10.10.2020r.

- | | |
|--------------------|---|
| 10:00 | Rozpoczęcie konferencji |
| 10:00-10:30 | 350 kg czyli pacjent bariatryczny w opiece około- i pooperacyjnej. Przygotowanie, protokół ERAS, postępowanie żywieniowe
Mgr inż. Maria Brzegowy, mgr Ilona Kawa |
| 10:40-11:10 | Prowadzenie diety ketogennej na przykładzie pacjentów metabolicznych
Mg Ewa Ehmke vel. Emczyńska-Seliga |
| 11:20-11:50 | Dieta roślinna u dzieci. Czy powinniśmy obawiać się niedoborów? Update 2020
Iwona Kibil |
| 12:00-12:30 | Otyłość a choroby czynnościowe przewodu pokarmowego
Prof. Elżbieta Poniewierka |
| 12.30-13:00 | Przerwa |
| 13:00-13:30 | Arsen i Selen w profilaktyce i leczeniu nowotworów złośliwych
Prof. Jan Lubiński |
| 13:40-14:10 | Probiotyki 2020 – update
Dr hab. Wojciech Marlicz |
| 14:20-14:50 | Żywność, żywienie, a pierwsze (9-24) miesiące życia dziecka
Prof. Halina Weker, dr Małgorzata Więch |
| 15:00-15:30 | Redukcja tkanki tłuszczowej, efekt hipertrofii czy retencja wody- ważne aspekty przy interpretacji wyników
Dr Magdalena Superson |
| 15:40-16:10 | Lipemia poposiłkowa- co o niej wiemy?
Dr hab. Dorota Szostak-Węgierek |
| 16:10 | Zakończenie pierwszego dnia konferencji |

Niedziela 11.10.2020r.

- 10:00-10:30** Zależność pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi i zachowaniami zdrowotnymi, a spożycie roślin strączkowych
Dr hab. Katarzyna Zabłocka-Słowińska, mgr Katarzyna Skórska,
prof. dr hab. Halina Grajeta
- 10:40-11:10** Żywnienie dzieci z Zespołem Downa
Dorota Mickiewicz-Góra
- 11:20-11:50** Witaminy i składniki mineralne w przewlekłym autoimmunologicznym zapaleniu tarczycy - działanie przeciwzapalne, antyoksydacyjne i immunomodulujące
Mgr Aniceta Ada Mikulska, dr Marta Pelczyńska
- 12:00-12:30** Zaburzenia gospodarki żelaza u kobiet aktywnych fizycznie
Urszula Somow, Bartłomiej Pomorski
- 12:30-13:00** Przerwa
- 13:00- 13:30** Słodka prawda o cukrze - czy unikanie cukru jest EBM
Arkadiusz Matras
- 13:40- 14:10** Kiedy leczenie nie przynosi oczekiwanych efektów- Najczęstsze problemy pacjentów z insulinoopornością
Karolina Górnik-Horn
- 14:20- 14:50** Dietetyk w Internecie - jak budować markę osobistą opartą na EBM
Magdalena Hajkiewicz-Mielniczuk, Justyna Świetlicka, Viola Urban
- 15:00-15:20** Wykład partnerski
Znaczenie warzyw, owoców i ich przetworów w profilaktyce chorób cywilizacyjnych
Dr Agnieszka Koziół-Kozakowska
- 15:30** Zakończenie konferencji

350 kg czyli pacjent bariatryczny w opiece około- i pooperacyjnej. Przygotowanie, protokół ERAS, postępowanie żywieniowe

Maria Brzegowy, Ilona Kawa

Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach
Katedra i Zakład Histologii i Embriologii w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
SWPS w Katowicach

Według raportu WHO od 1980 roku liczba osób chorujących na otyłość zwiększyła się trzykrotnie i obecnie osiąga już rozmiar epidemii. W 2014 roku w Polsce, na podstawie opracowań Głównego Urzędu Statystycznego, nadwagę stwierdzono u 30,1% kobiet i 44,1% mężczyzn, a 15,6% kobiet i 18,1% mężczyzn było otyłych.

Gdy leczenie zachowawcze, zwłaszcza otyłości olbrzymiej, nie przynosi pożądanego i trwałego efektu, jedyną skuteczną metodą leczenia pozostaje interwencja chirurgiczna. Zgodnie z aktualnymi wynikami badań naukowych, operacje bariatryczne stanowią jedyną skuteczną i trwałą metodę leczenia otyłości olbrzymiej. Ich efektywność potwierdzają liczne prace przedstawiające wyniki w zakresie zarówno redukcji nadmiernej masy ciała, jak i w przypadku możliwości ustąpienia chorób współistniejących, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe czy stłuszczenie wątroby.

Wśród technik leczenia otyłości znajduje się tzw. mankietowa/rękawowa resekcja żołądka (ang. sleeve gastrectomy), która pozwala na zmniejszenie objętości przyjmowanych pokarmów. Należy mieć na uwadze, że niewłaściwa opieka okołoperacyjna oraz postępowanie żywieniowe pozbawione kontroli specjalisty, może sprzyjać rozwinięciu niedożywienia w tej grupie pacjentów. Stąd głęboki nacisk kładziony jest na opiekę multidyscyplinarnych zespołów, które obok poprowadzenia pacjenta ścieżką chirurgiczną, zadbają także o wsparcie dietetyczne, psychologiczne, fizjoterapeutyczne oraz pielęgnacyjne.

Najcięższy operowany dotąd w Polsce pacjent, wyjściowo ważył ok. 350 kg. W pierwszym etapie choremu założono balon dożołądkowy, który miał za zadanie ułatwić przygotowanie pacjenta do podjęcia interwencji chirurgicznej. Po upływie około 6 miesięcy balon usunięto, a na przestrzeni kolejnych tygodni wykonano u chorego rękawową resekcję żołądka. Aktualna masa ciała pacjenta wynosi 148 kg. Dzięki regularnym kontrolom dietetycznym oraz pielęgnarskim znany jest dokładny przebieg redukcji masy ciała oraz ogólny stan zdrowia pacjenta.

Chory zapytany, co dało mu podejście do chirurgicznego leczenia otyłości odpowiedział: „Swobodę - więcej mogę, na więcej rzeczy mam siłę oraz czas (...), łatwiej wykonać mi WIĘCEJ...”.

Prowadzenie diety ketogennej na przykładzie pacjentów metabolicznych

Ewa Ehmke vel Emczyńska-Seliga

Klinika Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych oraz Poradnia Chorób Metabolicznych Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

W ostatnim czasie dieta ketogenna stała się popularną dietą wśród osób odchudzających się, sportowców czy nawet chcących się zdrowo odżywiać. Jest dietą bogatotłuszczową i niskowęglowodanową. Dowody naukowe wskazują, że dieta ta jest uznanym sposobem leczenia padaczek lekoopornych, w tym tych przebiegających w obrazie rzadkich chorób metabolicznych (m.in. deficytu dehydrogenazy pirogronianu, PDHD i deficytu transportera 1 glukozy, GLUT-1-DS). Stosowana jest jak lek w określonej proporcji czy dawce, przez określony czas, istnieją przeciwwskazania do jej stosowania oraz niesie za sobą powikłania. Powinna być zlecana przez lekarza i prowadzona przez zespół terapeutyczny, w tym dietetyka. Jej stosowanie wymaga zaplanowania oraz regularnych kontroli. Podczas wykładu omówione zostaną wspomniane powyżej rzadkie choroby metaboliczne. Poruszony będzie temat planowania energetyczności diety ketogennej, zawartości w niej białka oraz płynów, a także omówiony przypadek dorosłej pacjentki z GLUT-1-DS.

Dieta roślinna u dzieci. czy powinniśmy obawiać się niedoborów? update 2020

Iwona Kibil

Poradnia dietetyczna Wegecentrum

Słowa kluczowe: *dieta wegańska, wegańska ciąża, dieta roślinna, dieta wegetariańska, wegańskie niemowlęta*

Według stanowiska Amerykańskiej Akademii Żywienia i Dietetyki dobrze zaplanowana dieta wegetariańska i wegańska jest odpowiednia dla niemowląt, dzieci, młodzieży, kobiet w ciąży i matek karmiących. Ten sposób odżywiania może przynieść korzyści zdrowotne w profilaktyce niektórych chorób dieto zależnych (w tym otyłości, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy i cukrzycy typu 2 a także niektórych nowotworów). Warunkiem uzyskania korzyści zdrowotnych ze stosowania diety roślinnej jest jej odpowiednie zbilansowanie. W literaturze opisano badania dotyczące dzieci wegetariańskich, jednak wiele z nich nie włączało diet wegańskich, lub kryteria doboru grup nie były do końca wyjaśnione. Badania naukowe wskazują na brak różnic w przebiegu ciąży oraz w masie urodzeniowej niemowląt urodzonych przez weganki i wegetarianki, w porównaniu do kobiet odżywiających się tradycyjnie. Starsze badania (z lat 80-90-tych) pokazały, że dzieci wegańskie poniżej piątego roku życia są niższe i szczuplejsze w porównaniu do ówczesnych wartości referencyjnych. Starsze dzieci wegetariańskie w wieku 7-8 lat według badań są natomiast szczuplejsze (i często wyższe) w porównaniu do rówieśników. Najnowsze badania wśród dzieci wegańskich i wegetariańskich w wieku 1-3 lata nie wykazały różnic w stosunku do grupy rówieśników odżywiających się tradycyjnie. Ze względu na wzrost i rozwój małe dzieci narażone są na niedobory krytycznych składników odżywczych w diecie roślinnej, a także konsekwencje zdrowotne ich niedoboru. Z tego powodu powinniśmy zwrócić większą uwagę na witaminę B12, witaminę D, żelazo, cynk i kwasy omega-3 w diecie roślinnej niemowląt i małych dzieci.

Plant-based diet for children. should we fear deficiency? update 2020

Iwona Kibil

Private practice Wegecentrum

Key words: *vegan diet, vegan infants, vitamin B12, vegetarian diet, vegan children*

According to The Academy of Nutrition and Dietetics, appropriately planned vegetarian and vegan diets are adequate for infants, children, adolescents, pregnant and lactating women. This way of eating can be healthy and provide significant benefits through the prevention of certain dietary-related diseases (including obesity, hypertension, atherosclerosis, type 2 diabetes and certain types of cancers). In order to get health benefits from a plant-based diet, one has to consume a balanced diet and consume all the necessary nutrients to prevent nutritional deficiencies. There have been some studies on vegetarian children, though not many of them include a vegan group. Scientific research has shown no differences in the birth weight of children born to vegans, vegetarians, and omnivores. Older studies have shown a lower body weight and height of the youngest vegan children (<5 years old) compared to reference values, but no difference in the older groups. We know also that of children aged 7-18, vegans are actually taller than the meat-eating children. The latest research has not shown anthropometric differences between vegetarian, vegan and omnivores in group of children aged 1-3.

Due to the rapid growth and development infants and young children are particularly exposed to nutritional deficiencies and their consequences. For that reason, we need to pay more attention to the diets of vegan infants and young children, and especially to some crucial nutrients: vitamin B12, vitamin D, iron, zinc, and omega-3 acids.

Otyłość a zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego

Elżbieta Poniewierka

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii UMW.

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego to ważny z punktu widzenia epidemiologicznego problem zdrowotny, gdyż dotyczy około 30% populacji ogólnej. Chorobom tym nie towarzyszą odchylenia w badaniach biochemicznych, obrazowych i endoskopowych, ale pacjenci prezentują objawy, które w istotny sposób obniżają ich jakość życia. Klasyfikacja chorób czynnościowych, w ujednolicony sposób, jest zawarta w tzw. kryteriach rzymskich IV a mimo wielu badań naukowych w tym zakresie nadal brakuje pełnej wiedzy dotyczącej ich patofizjologii a co za tym idzie brak jest ukierunkowanych narzędzi diagnostycznych a przede wszystkich skutecznych metod leczenia.

Wiadomo, że u podstaw zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego znajduje się nieprawidłowe funkcjonowanie tzw. osi mózgowo-jelitowej, do której w ostatnich czasach dołącza się kolejny czynnik, czyli zaburzenia mikroflory jelitowej. Istotne znaczenie dotyczące powyższych nieprawidłowości ma również aspekt natury psychologicznej określanej ogólnie jako przewlekły stres.

W patogenezie otyłości, zwraca się również uwagę na istotną rolę zaburzeń złożonych procesów metabolicznych, w których również uczestniczą interakcje jelitowo-mózgowe. Wskazuje to na wspólne ogniwa patogenetyczne i potencjalne związki przyczynowo - skutkowe między zaburzeniami jelit o charakterze czynnościowym a otyłością.

Niezależnie od dowodów naukowych, potwierdzających ten związek, z punktu widzenia lekarza praktyka, zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego u osób otyłych są powszechne i trudne do leczenia, gdyż ich przyczyny są złożone i nie do końca wyjaśniona.

Obesity and functional disorders of the gastrointestinal tract

Elżbieta Poniewierka

Department of Gastroenterology and Hepatology, Wrocław Medical University

Functional disorders of the gastrointestinal tract constitute significant problem in the clinical practice as they affect at least 30% of the population. They are not accompanied by abnormalities in the biochemical, imaging, and endoscopic tests. However, quality of life of the individuals with functional gastrointestinal disorders is significantly decreased.

Diagnostic criteria are specified in Rome IV criteria. Etiopathogenesis of functional gastrointestinal disorders is complex and not fully elucidated. Consequently, the diagnostic tools as well as effective therapeutic methods are still missing.

It is well known that the key role in the development of functional gastrointestinal disorders is played by brain-gut axis and gut microbiome. Furthermore, psychological factors, for instance chronic stress, may also influence presence of symptoms. Pathogenesis of obesity also includes complex interactions between gut and central nervous system, what suggests potential relation between obesity and functional gastrointestinal disorders.

Summarising, functional gastrointestinal disorders in obese patients are common in the clinical practice. Complex and unclear background of those conditions causes therapeutic difficulties.

Probiotyki 2020 – update

Wojciech Marlicz

Klinika Gastroenterologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Słowa kluczowe: *probiotyki, psychobiotyki, oś mózg-krew-jelito, bariera jelitowa, mikrobiom, zespół jelita nadwrażliwego, IBS, dyspepsja, stres*

Przewód pokarmowy wraz z centralnym (CUN) i obwodowym układem nerwowym (OUN) tworzą wyspecjalizowaną strukturę, zwaną osią mózgowo-jelitową (ang. gut-brain axis, GBA). Przekazywanie sygnałów odbywa się poprzez zespół bogatej sieci neuronów, które tworzą nerw błędny, zwoje korzenia grzbietowego oraz części: i) współczulna, ii) przywspółczulna centralnego układu nerwowego, będące częścią enteralnego układu nerwowego (ang. enteric nervous system, ENS), a w jej regulacji ważną rolę odgrywają m.in. oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA), hormony stresu (m.in. kortyzol) i krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (SCFA). Integralną częścią osi mózgowo-jelitowej jest bariera jelitowa (ang. gut barrier), w której skład wchodzi: i) mikrobiota jelitowa, ii) komórki nabłonka jelitowego (ang. gut epithelial cells), iii) komórki śródbłonka (ang. gut endothelial cells), iv) naczynia układu limfatycznego (ang. gut lymphatic vessels), oraz v) złącza ściśle przez błonowe. Bariera jelitowa strukturalnie i czynnościowo przypomina barierę krew-mózg (ang. blood brain barrier, BBB).

Zaburzenia równowagi mikrobioty jelitowej, określane są mianem dysbiozy mogą wywoływać zmiany struktury i przepuszczalności bariery jelitowej i wpływać na funkcję osi mózgowo-jelitowej. Do najczęściej występujących zaburzeń związanych z osią mózgowo-jelitową należą zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego (dyspepsja czynnościowa i zespół jelita nadwrażliwego), określane wg Kryteriów Rzymskich IV mianem zaburzeń osi mózgowo-jelitowej (ang. disorders of gut-brain interaction). Zaburzenia osi mózg-krew-jelito występują także u pacjentów z chorobami wątroby, z zespołem metabolicznym, w chorobach neurodegeneracyjnych, otyłości, nadwrażliwościach pokarmowych i chorobie trzewnej. Często manifestacją tych zaburzeń są zaburzenia nerwicowe i depresja.

Modulacja osi mózgowo-jelitowej jest obecnie ważnym elementem w profilaktyce i leczeniu współczesnych chorób cywilizacyjnych. Cel ten można realizować m.in. poprzez modulację mikrobioty jelitowej przy pomocy probiotyków. Rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Gastroenterology Organisation, WGO) w leczeniu zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego, dostępne w Polsce probiotyki, to pałeczki kwasu mlekowego (*Lactobacillus plantarum* 299V), bifidobakterie (*Bifidobacterium infantis* 35624; *Bifidobacterium animalis* DN-173 010), kultury drożdży (*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745). Psychobiotyki (*Lactobacillus helveticus* Rosell-52; *Bifidobacterium longum* Rosell-175) to nowa klasa probiotyków, ukierunkowana na oś mózgowo-jelitową u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Psycho i neurobiotyki o działaniu modulującym oś mózgowo-jelitową mogą znaleźć zastosowanie w profilaktyce powikłań związanych z farmakoterapią oraz w terapiach wspomagających walkę ze stresem i depresją u pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi, metabolicznymi a także w profilaktyce zakażeń w chirurgii i onkologii.

Probiotics update 2020

Wojciech Marlicz

Department of Gastroenterology, Pomeranian Medical University in Szczecin, Poland

Key words: probiotics, psychobiotics, gut-blood-brain axis, gut barrier, microbiome, irritable bowel syndrome, IBS, functional dyspepsia, stress

Human digestive tract and enteric nervous system (ENS) communicate with central nervous system (CNS) through gut-brain axis (GBA). The bidirectional communication involves diverse neural network through X cranial Vagal Nerve, dorsal roots of sympathetic/ parasympathetic nervous system. The important role in the regulation of gut brain communication play: i) hypothalamus-pituitary-adrenal axis (HPA), ii) stress hormones (cortisol), iii) short chain fatty acids (SCFAs), and iv) gut microbiota. Gut barrier, another important part of GBA, is composed of: i) gut microbiota, ii) gut epithelial cells, iii) gut endothelial cells, iv) gut lymphatic vessels, and v) tight cellular junctions. Gut barrier in structure and function resembles blood brain barrier (BBB). The gut-brain communication is mediated also via blood and bone marrow systems.

The alterations of gut microbiota are frequently referred to dysbiosis. Dysbiosis could mediate disturbances of gut barrier and gut-brain axis. The most frequent disorders of gut-brain interactions (recently defined by Rome IV criteria) are functional gastrointestinal disorders (FGIDs). The most frequent FGIDs entities are irritable bowel syndrome (IBS) and functional dyspepsia (FD).

The alterations of gut-brain axis concern also patients with liver disease, inflammatory bowel disease (IBD), metabolic syndromes, neurodegenerative diseases, food intolerance, celiac disease and other enteropathies. One of the most frequent comorbidities associated with gastrointestinal diseases are mood disorders and depression.

Modulation of gut-brain-axis opens up new avenues in the management of chronic diseases. This aim could be fulfilled through the modulation of gut microbiota, by means of probiotic administration. World Gastroenterology Organisation (WGO) recently issued Global Guideline on Prebiotics and Probiotics use by health care professionals. Among available in Poland probiotics, recommended in the management of FGIDs are *Lactobacillus plantarum* 299V, *Bifidobacterium infantis* 35624; *Bifidobacterium animalis* DN-173 010, and *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745. Psychobiotics (*Lactobacillus helveticus* Rosell-52 and *Bifidobacterium longum* Rosell-175) are new class of probiotics, targeted at gut-brain axis in patients with mental and psychiatric disturbances. Psychobiotics are capable of GBA modulation could find their place in the management of patients endangered with iatrogenic complications associated with pharmacotherapy and polypharmacy. The use of these new compounds could be also useful in the management of stress and depression in patients with FGIDs, metabolic disorders as well as in prophylaxis of infections and adverse-events in surgical and cancer patients.

Żywność, żywienie a pierwsze (9+24) miesiące życia dziecka

Halina Weker, Małgorzata Więch

Zakład Żywienia, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa

Słowa kluczowe: żywienie, żywność, ciąża, małe dzieci

Wprowadzenie. W licznych pracach opublikowanych w ostatnich latach udowodniono, że żywienie na wczesnym etapie życia ma wpływ na całościowy rozwój dziecka. W okresie płodowym i w pierwszych dwóch latach życia dziecka kształtuje się poprzez programowanie żywieniowe jego metabolizm, intensywnie rozwija się mózg, dojrzewa układ pokarmowy, kształtuje układ odpornościowy. WHO rekomenduje monitorowanie sposobu żywienia kobiet w okresie ciąży w odniesieniu do przyrostów masy ciała, a po urodzeniu dziecka wyłączone karmienie piersią w pierwszym półroczu, natomiast od II półrocza umiejętnie rozszerzanie diety poprzez włączenie żywności uzupełniającej. Karmienie piersią należy kontynuować w 2 roku życia i dalej jeśli potrzebuje tego dziecko i/lub matka. W pierwszych trzech latach życia dziecka kształtują się również preferencje, nawyki i zachowania żywieniowe. Dlatego w modelach bezpiecznego żywienia ważną składową jest nie tylko profil energetyczny – odżywczy diet, w tym właściwy udział energii z makroskładników, ale także dobór żywności. Z uwagi na coraz częstsze wykorzystywanie w żywieniu gotowych produktów przeznaczonych dla niemowląt i małych dzieci należy analizować skład ilościowo – jakościowy tej żywności.

Cel. Celem pracy była analiza wzorów żywienia kobiet w okresie ciąży, niemowląt i małych dzieci a także ocena gotowej żywności przeznaczonej dla najmłodszych dzieci w odniesieniu do wytycznych WHO, zaleceń żywieniowych standardów medycznych oraz regulacji prawnych obowiązujących w Unii Europejskiej i Polsce.

Metody badania. Dokonano przeglądu piśmiennictwa na temat sposobu odżywiania się kobiet ciężarnych oraz aktualnych zaleceń (baza PubMed). Kompleksową ocenę stanu odżywienia i sposobu żywienia przeprowadzono w ogólnopolskiej, reprezentatywnej grupie dzieci w wieku 5 – 36 miesięcy metodą ankietową. Przeprowadzono także ocenę gotowej żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci na podstawie danych o produktach zebranych w sieci handlowej. Dane [58 wskaźników] zebrano za pomocą aplikacji mobilnej przygotowanej i udostępnionej przez Europejskie Biuro WHO.

Wyniki. Stwierdzono, że wśród zidentyfikowanych na podstawie struktury spożycia żywności różnych wzorów żywienia kobiet w okresie ciąży najkorzystniej zbilansowana w odniesieniu do zaleceń była dieta warzywno - owocowa. Najczęściej niedoborowe składniki odżywcze to witamina D, DHA, J i Fe. Stąd zasadność zalecania suplementacji selektywnej dla kobiet ciężarnych. Z przeprowadzonych badań na temat kompleksowej oceny sposobu żywienia dotyczących najmłodszych dzieci (5 – 36 miesięcy życia) w Polsce wynikało, że 2/3 badanych miało prawidłowy stan odżywienia. Sposób żywienia dzieci był zróżnicowany. W I półroczu karmionych piersią jakkolwiek było ok. 54% dzieci, ale wyłącznie 5,9%. Dzieci w 1 roku życia żywione dietą ze znaczącym udziałem mleka modyfikowanego miały korzystniej zbilansowane żywienie w odniesieniu do norm. Dzieci, w dietach których dominowało mleko płynne spożywcze a także płatki śniadaniowe, mleczne desery, miały istotnie wyższy wskaźnik masy ciała do wysokości z – score.

W Polsce ok. 72 - 89% matek dzieci w 1 roku życia korzysta z gotowej żywności przeznaczonej dla najmłodszych dzieci. Analiza rynku żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci w Polsce wykazała że wiele produktów dostarczało więcej niż 15% energii z cukru, a ponad połowa - 30%. Niektóre produkty miały wyższe niż zalecane poziomy sodu. Dlatego WHO uważa, że konieczne jest w całej Europie ustalenie i wdrożenie modelu profilu żywieniowego dla tej żywności.

W podsumowaniu,

żywienie kobiet w ciąży oraz dzieci w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym wymaga odpowiedniej wiedzy a także świadomej i odpowiedzialnej postawy matek, z uwagi na istotne zależności pomiędzy rozwojem dziecka a sposobem jego żywienia.

Food, nutrition and the first (9+24) months of a child's life

Halina Weker, Małgorzata Więch

Nutrition Department, Institute of Mother and Child, Warsaw

Key words: *nutrition, food, pregnancy, young children*

Introduction. Numerous studies published in recent years have shown that nutrition at an early stage of life has an impact on the overall development of a child. In the fetal period and in the first two years of a child's life, its metabolism is shaped by nutritional programming, the brain develops intensively, the digestive system matures, and the immune system is shaped. The WHO recommends monitoring the diets of women during pregnancy in relation to their weight gain, exclusive breastfeeding during the first six months of life after birth, and introducing adequate complementary foods to children's diets in the second half of their first year of life. Breastfeeding should be continued in the second year of a child's life and longer if the child and/or mother need it. In the first three years of a child's life, its nutritional preferences and nutritional habits are also shaped. Therefore, in the models of safe nutrition, an important component is not only the energy and nutritional profile of diets, including the adequate contribution of energy from macronutrients, but also the selection of food. Due to an increasing use of baby food products intended for infants and young children, the quantitative and qualitative composition of such food should be analyzed.

Aim. The aim of the study was to analyze the dietary patterns of pregnant women, infants and young children, as well as to assess baby foods intended for infants and young children in relation to the WHO guidelines, nutritional recommendations, medical standards and according to the European Union and Polish legal regulations.

Methods. A review of publications on the diets of pregnant women and current recommendations was performed (PubMed database). A comprehensive assessment of the nutritional status and diets was carried out in a nationwide, representative group of children aged 5-36 months, using the questionnaire method. An assessment of baby foods for infants and young children was also carried out on the basis of product data collected from commercially available products. The data [58 indicators] were collected using a mobile application prepared and made available by the WHO European Office.

Results. It was found that among the dietary patterns of pregnant women, which were identified on the basis of food products groups, the vegetable-fruit pattern was the best balanced in relation to nutritional recommendations. The most common nutrient deficiencies were vitamin D, DHA, I and Fe, hence the importance of selective supplementation for pregnant women. The research on the comprehensive assessment of diets regarding the youngest children (5-36 months of age) in Poland showed that 2/3 of the studied children had a normal nutritional status. The diets of children were varied. In the first half of life, about 54% of children were breastfed, but only 5,9% exclusively. Children in the first year of life on a diet with a significant proportion of infant formula had more balanced diets in relation to nutritional recommendations. Children whose diets were rich in cow's milk as well as breakfast cereals and dairy desserts had a significantly higher body weight to height z-score ratio.

In Poland, approximately 72-89% of mothers of children in the first year of life use baby foods intended for infants and young children. The analysis of the market of baby foods intended for infants and young children in Poland showed that many products supplied more than 15% energy from sugar, and more than half of them – 30%. Some products had higher than recommended sodium levels. Therefore, the WHO considers it necessary to establish and implement a nutritional model for this food across Europe.

In summary,

nutrition of pregnant women, infants and toddlers requires appropriate knowledge as well as a conscious and responsible attitude of mothers due to the significant relationship between the child's development and its diet.

Redukcja tkanki tłuszczowej, efekt hipertrofii czy retencja wody - ważne aspekty przy interpretacji analizy metodą bioelektrycznej impedancji

Magdalena Superson

Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Słowa kluczowe: *analiza składu ciała, skład ciała, tkanka tłuszczowa, masa mięśniowa, BIA, impedancja bioelektryczna*

Analiza impedancji bioelektrycznej oparta jest na pomiarze impedancji, na którą składają się reaktancja i rezystancja tkanek miękkich, przez które przepuszczany jest prąd o niskim natężeniu i wysokiej częstotliwości [1,2,3]. Tkanka tłuszczowa i woda zewnątrzkomórkowa posiadają opór elektryczny czynny – rezystancję i nie zachowują się jak kondensatory [4]. Natomiast reaktancja powstaje na błonie komórkowej tkanki o wysokiej zawartości wody. Na podstawie wiedzy z zakresu właściwości elektrycznych ciała ludzkiego, pomiarów antropometrycznych (wysokość ciała, masa ciała) oraz danych statystycznych dla danej populacji, rasy, wieku, płci wartość impedancji ulega przekształceniu przez algorytm. W rezultacie otrzymywany jest wynik pomiaru zawartości wody w organizmie, który jest wartością wyjściową dla pozostałych elementów analizy [5].

Urządzenia wykorzystujące metodę BIA najogólniej można podzielić uwzględniając pozycję pomiaru (pionowa lub horyzontalna), liczbę elektrod – dwie, cztery lub osiem oraz częstotliwości prądu. [6]. W gabinetach dietetycznych często spotykanymi są analizatory o częstotliwości 50 kHz przy natężeniu prądu 0,8–1 mA. W przypadku analizatorów o tych parametrach prąd przechodzi zarówno przez płyn wewnątrz- jak i zewnątrzkomórkowy, w efekcie na wyniku analizy widoczny jest wynik całkowitej zawartości wody (TBW). Ponieważ rezystancja jest odwrotnie proporcjonalna do liczby nośników ładunku w przewodniku wszystkie nawet względnie fizjologiczne zmiany w nawodnieniu mogą rzutować na wynik badania i prawidłową interpretację analizy BIA.

W celu poprawnego wykorzystania analizatorów o tych parametrach należy zwrócić uwagę na prawidłowe przygotowanie pacjenta do analizy, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mogących wpływać na zawartość elektrolitów i płynów. [7,8,9]. Natomiast podczas interpretacji analizy należy uwzględnić charakterystykę morfologiczną tkanki tłuszczowej i jej związek ze zmianami beztłuszczowej masy ciała w analizie BIA [10].

Reduction of adipose tissue, hypertrophy effect or water retention - important aspects in the interpretation of bioelectric impedance analysis

Magdalena Superson

Academy of Physical Education in Wrocław

Key words: *body composition analysis, body composition, adipose tissue, muscle mass, BIA, bioelectric impedance*

The bioelectric impedance analysis is based on impedance measurement, which consists of reactance and resistance of soft tissues through which low current and high frequency current is passed [1,2,3]. Fat tissue and extracellular water have active electrical resistance - resistance and do not behave like capacitors [4]. On the other hand, reactance is formed on the cell membrane of the tissue with high water content. Based on the knowledge of electrical properties of the human body, anthropometric measurements (body height, body weight) and statistical data for a given population, race, age, sex, the impedance value is transformed by the algorithm. As a result, the result of the measurement of water content in the body is obtained, which is the initial value for the remaining elements of the analysis [5].

Devices using the BIA method can be generally divided taking into account the position of measurement (vertical or horizontal), the number of electrodes - two, four or eight and the frequency of current. [6]. In dietary practices, 50 kHz analyzers with a current of 0.8-1 mA are common. In the case of analyzers with these parameters the current passes through both the intra- and extracellular fluid, as a result of which the result of the analysis is visible in the total body water (TBW). Since resistance is inversely proportional to the number of charge carriers in the conductor, all even relatively physiological changes in hydration can affect the test result and correct interpretation of the BIA analysis.

In order to use analyzers with these parameters correctly, attention should be paid to the proper preparation of the patient for analysis, with particular emphasis on factors that may affect the content of electrolytes and fluids. [7,8,9]. During the interpretation of the analysis must be taken into account the morphological characteristics of adipose tissue and the relationship with fat free mass changes in the BIA analysis [10].

Lipemia poposiłkowa – co o niej wiemy?

Dorota Szostak-Węgierek

Zakład Dietetyki Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Słowa kluczowe: *lipemia poposiłkowa, chylomikrony, metabolizm, dieta*

Chylomikrony powstają w nabłonku jelitowym z triglicerydów (TG) syntetyzowanych z kwasów tłuszczowych pochodzących ze spożytych tłuszczów, estrów cholesterolu oraz apolipoproteiny B48. Chylomikrony, a także ich remnanty, mają działanie miażdżycorodne. U osób otyłych, z zespołem metabolicznym lub cukrzycą typu 2 chylomikronemia poposiłkowa może być bardziej nasiloną i utrzymywać się dłużej niż u osoby zdrowej. W niektórych przypadkach chylomikrony mogą być obecne we krwi jeszcze kolejnego dnia na czczo.

Nowsze badania wykazały, że chylomikrony mogą być syntetyzowane w jelicie nie tylko bezpośrednio po spożytym posiłku, ale także na czczo. Jednak mają wtedy znacznie mniejsze rozmiary transportując 5-10 razy mniejsze ilości TG niż chylomikrony wytwarzane wkrótce po posiłku. Mogą one powstawać z TG pochodzących z wcześniejszych posiłków, zmagazynowanych w enterocytach, a ponadto także z wolnych kwasów tłuszczowych krążących we krwi, które przedostały się do komórek nabłonka jelitowego. Triglicerydy w enterocytach mogą także powstawać z glukozy i fruktozy.

Wyniki szeregu badań sugerują, że chylomikrony uwalniane są do krążenia natychmiast po rozpoczęciu przyjmowania posiłku, co odbywa się na drodze odruchowej (faza głowowa). Niosą one wtedy ze sobą lipidy spożyte podczas wcześniejszych posiłków. W łagodzeniu lipemii poposiłkowej i profilaktyce pojawienia się chylomikronemii na czczo duże znaczenie ma ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych i zastępowanie ich tłuszczami nienasyconymi, zwłaszcza n-3, ograniczenie spożycia cholesterolu pokarmowego, fruktozy, wybór produktów o niskim indeksie glikemicznym, spożycie błonnika rozpuszczalnego, a także unikanie produktów rozdrobnionych. W leczeniu chylomikronemii występującej na czczo kluczowe znaczenie ma ograniczenie spożycia tłuszczu ogółem do 10-15% energii.

Postprandial lipemia – what do we know about it?

Dorota Szostak-Węgierek

Department of Clinical Dietetics, Medical University of Warsaw

Key words: *postprandial lipemia, chylomicrons, metabolism, diet*

Chylomicrons are formed in the intestinal epithelium from triglycerides (TG) synthesised from fatty acids that come from ingested fats, cholesterol esters, and apolipoprotein B48. Chylomicrons, as well as their remnants, are atherogenic. In subjects that are obese, with metabolic syndrome, or type 2 diabetes, postprandial chylomicronemia may be increased and persist longer than in healthy persons. In some cases chylomicrons may be still present in the blood the next day in the fasted state.

More recent studies showed that chylomicrons may be synthesised in the intestine not only directly after the ingested meal, but also in the fasted state. However, they are much smaller and transport 5-10 times smaller amounts of TG than chylomicrons formed soon after a meal. They may be synthesised from TG derived from earlier meals, stored in enterocytes, and besides from free fatty acids circulating in the blood that crossed over to the gut epithelial cells. In enterocytes triglycerides may be also synthesised from glucose and fructose.

Many studies suggest that chylomicrons are released to the circulation immediately after the start of food intake, at the cephalic phase, carrying lipids ingested during previous meals.

To attenuate postprandial lipemia and to prevent fasting chylomicronemia it is of importance to decrease the intake of saturated fatty acids and to replace them with unsaturated fatty acids, especially with that of n-3 family, to decrease dietary cholesterol and fructose intake, to choose products with low glycemic index, increase intake of soluble fiber, and also to avoid powdered products. In the treatment of chylomicronemia present in the fasted state it is crucial to decrease ingestion of dietary fats to 10-15% of energy.

Zależność pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi i zachowaniami zdrowotnymi a spożyciem nasion roślin strączkowych

Katarzyna Zabłocka-Stowińska, Katarzyna Skórska, Halina Grajeta

Katedra i Zakład Bromatologii i Dietetyki, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Słowa kluczowe: *nasiona roślin strączkowych, czynniki socjodemograficzne, czynniki związane ze zdrowiem*

Wstęp: Nasiona roślin strączkowych są po produktach zbożowych najważniejszym źródłem pożywienia na świecie. Charakteryzują się zrównoważoną uprawą i stanowią alternatywne pożywienie dla mięsa. Ponadto, mają wysoką wartość odżywczą, niską gęstość energetyczną i zmniejszają ryzyko rozwoju wielu chorób niezakaźnych. Niewiele jednak wiadomo o spożyciu nasion roślin strączkowych w Polsce i czynnikach z tym związanych.

Cel pracy: Celem pracy była: (i) ocena częstotliwości spożycia nasion roślin strączkowych przez dorosłych Polaków; (ii) ocena zależności między częstotliwością spożycia nasion roślin strączkowych a czynnikami socjodemograficznymi, stanem zdrowia i zmiennymi związanymi z zachowaniem zdrowia; (iii) określenie socjodemograficznego i związanego z czynnikami zdrowotnymi profilu osób, które spożywają nasiona roślin strączkowych „często”, „rzadko” lub „wcale”.

Metodologia: W badaniu wzięło udział 1135 osób (18-80 lat). Badani samodzielnie wypełniali autorską ankietę. Następnie porównano (test χ^2) czynniki socjodemograficzne, i zmienne związane ze zdrowiem pomiędzy grupami osób, które zostały podzielone na podstawie częstotliwości spożywania nasion roślin strączkowych („często”, „rzadko”, „nigdy”). Określono również profil socjodemograficzny i profil czynników związanych ze zdrowiem osób, które spożywają nasiona roślin strączkowych: „często”, „rzadko” i „nigdy” (analiza korespondencji).

Wyniki: Tylko 22,8% uczestników deklarowało częste spożywanie nasion roślin strączkowych, (>1 porcja/tydzień). 72,1% stanowiły osoby rzadko spożywające, a 5,1% nigdy nie spożywające nasion roślin strączkowych. Analiza korespondencji wykazała silną zależność czynników socjodemograficznych, stanu zdrowia i zmiennych związanych ze zdrowiem z częstotliwością spożycia nasion roślin strączkowych.

Wnioski: Niska częstotliwość spożycia nasion roślin strączkowych była silnie związana z płcią męską, niskim poziomem wykształcenia, pracą fizyczną, zamieszkaniem na wsi i w małych miastach oraz zamieszkaniem z więcej niż jedną osobą. Niskie spożycie nasion roślin strączkowych było również związane z siedzącym trybem życia, brakiem chorób i nie przyjmowaniem suplementów diety.

Relationships between sociodemographic factors, health-related behaviours and frequency of legume consumption among polish adults

Katarzyna Zabłocka-Słowińska, Katarzyna Skórska, Halina Grajeta

Department of Food Science and Dietetics, Wrocław Medical University

Key words: legumes, sociodemographic factors, health-related behaviours

Introduction: Legumes are the most important food sources after cereals worldwide. They are sustainable, and are meat alternative. Moreover, they pose high nutritive value, low energy density, and have preventive activity against many non-communicable diseases. However, little is known about the consumption of legume in Poland and the factors associated with it.

Objective: The aims of the study were: (i) to estimate the frequency of legume consumption in a study sample from Poland; (ii) to assess relationships between frequency of legume consumption and sociodemographic factors, health status and health-related variables (iii) to describe the sociodemographic and health-related profiles of 'frequent', 'rare' and 'never legume consumers'.

Design: The present study included 1135 adults aged 18–80 years from Poland. A cross-sectional study with a self-administered original questionnaire was conducted. The chi2 test compared the distribution of sociodemographic, health status and health-related variables in accordance with frequency of legume consumption. Multiple correspondence analysis (MCA) revealed the sociodemographic and health-related profiles of 'frequent', 'rare' and 'never' legume consumers.

Results: Only 22.8% of all participants declared frequent legume consumption. The prevalence of 'rare' and 'never consumers' was 72.1 and 5.1 %, respectively. The MCA highlighted strong correspondence of sociodemographic factors, health status and health-related variables with the frequency of legume consumption.

Conclusions: Low frequency of legume consumption in a study sample of adults from Poland was strongly associated with male sex, low educational level, physical work, living in villages and small cities, and living with more than one co-resident; low legume consumption was also associated with sedentary lifestyle, no disease prevalence and no dietary supplementation.

„Żywienie dzieci z zespołem Downa”

Dorota Mickiewicz-Góra

Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii
i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny

Słowa kluczowe: *Zespół Downa, dieta, odżywianie, otyłość, nadwaga*

Zespół Downa to najczęstsza aneuploidia u ludzi, występująca z częstotliwością 1:700–1:1000 żywych urodzeń. Otyłość jest znaczącym problemem w pediatrii, a dzieci z zespołem Downa są na niego szczególnie narażone. Jedną z głównych przyczyn jest przejadanie się, a także spożywania zbyt dużej ilości węglowodanów prostych o wysokim indeksie glikemicznym. Błędne nawyki żywieniowe mogą prowadzić do zaburzeń takich jak hipercholesterolemia, zwiększając ryzyko rozwoju chorób serca czy cukrzycy typu II. Edukacja żywieniowa rodziców i opiekunów dzieci z zespołem Downa jest najważniejszym elementem prawidłowego postępowania żywieniowego, prowadzącym do stopniowej normalizacji masy ciała lub zapobiegania jej przyrostowi oraz chroniącym przed czynnikami ryzyka rozwoju niektórych chorób cywilizacyjnych. Podczas prezentacji przypadku omówione zostaną główne problemy dzieci z zespołem Downa oraz ich możliwe rozwiązania żywieniowe oparte o dostępną literaturę naukową.

Stodka prawda o cukrze - czy unikanie cukru jest EBM

Arkadiusz Matras

Dietetyka #NieNaŻarty

Spożycie cukru budzi w dyskusji publicznej skrajne emocje. Od haseł „cukier krzepi” przeszliśmy do narracji jakoby to dodatek sacharozy do diety stanowił główny czynnik rozwoju otyłości, cukrzycy typu II i chorób układu krążenia. W literaturze naukowej można spotkać się z hipotezami, że cukier stołowy uzależnia w podobnym stopniu jak kokaina. Powyższe informacje mogą sugerować, że w środowisku dietetyków, tytułowa substancja powinna być na cenzurowanym. Gdyby jednak temat cukru był tak prosty, to nie czytaliby Państwo w tym momencie niniejszego streszczenia. Podczas wykładu odpowiemy na pytania czy „cukier szkodzi” per se, czy uzależnia, czy „podatek cukrowy” przyniesie Polsce korzyści, oraz odpowiemy na główne pytanie badawcze – czy unikanie cukru wpisuje się w ramy EBM?

Kiedy leczenie nie przynosi oczekiwanych efektów- Najczęstsze problemy pacjentów z insulinoopornością

Karolina Górnik-Horn

Fundacja Insulinooporność zdrowa dieta i zdrowe życie, UJD w Częstochowie, Centrum Dietetyki i Żywienia LemonDiet

Słowa kluczowe: *insulinooporność, dieta w insulinooporności, dietetyk, błędy podczas odchudzania, leczenie dietetyczne*

Insulinooporność to zaburzenie metaboliczne polegające na tym, że komórki: mięśniowa, tłuszczowa i wątrobowa nie reagują w sposób prawidłowy na insulinę i tym samym nie są w stanie efektywnie pobierać i wykorzystywać glukozy, mimo że stężenie insuliny nie musi wykraczać poza normę.

Pacjenci z insulinoopornością często są osobami z nadmiernie rozwiniętą tkanką tłuszczową, z nadmiarem kilogramów. Uskarżają się również na wiele dolegliwości takich jak: spadki energii, nastroju, napady wilczego głodu, potrzebę podjadania między posiłkami, gorszą efektywność w pracy umysłowej, nadmierną senność, rozdrażnienie, stany depresyjne.

Podstawową leczenia tego zaburzenia powinna być odpowiednio zbilansowana dieta i aktywność fizyczna dostosowana do masy ciała i możliwości pacjenta.

Niestety wielu pacjentów, mimo podjęcia próby zmiany swojej dotychczasowej diety, nie osiąga zamierzonych celów. Przyczyną tej sytuacji mogą być błędy zarówno po stronie dietetyka jak i samego pacjenta.

Do błędów po stronie dietetyka zaliczyć możemy m.in.: błędne obliczenia PPM, zawyżony współczynnik aktywności fizycznej PAL, zły rozkład energii i makroskładników na poszczególne posiłki, brak edukacji żywieniowej pacjenta, uwzględnienie w jadłospisie pacjenta produktów przez niego nie lubianych, zbyt duże restrykcje wprowadzone w krótkim czasie.

Pacjenci najczęściej nie do końca stosują się do zaleceń swojego dietetyka, nieumiejętnie zamieniają produkty z jadłospisu, dojadają między posiłkami, zbyt często i w nadmiarze spożywają produkty niewskazane, nie realizują zakładanego planu aktywności fizycznej.

Dlatego tak ważne jest, aby edukować pacjenta na każdej wizycie, wspierać i motywować go do kontynuowania podjętych działań. Dietetyk i pacjent powinni tworzyć duet, który razem dąży do osiągnięcia wspólnego celu.

PARTNERZY



Congressus Dietetica

X Ogólnopolska Konferencja Dietetyki

10-11 października 2020

ONLINE



PSD

