

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Dorota Szostak-Węgierek

Zakład Dietetyki Klinicznej

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Olgi Kijory-Jaroszewskiej pt:

Sposób żywienia, stan odżywienia i jakość życia pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit

Rozprawa doktorska pani mgr Olgi Kijory-Jaroszewskiej dotyczy oceny sposobu żywienia, stanu odżywienia i jakości życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Jest napisana w formie monografii, o poprawnej strukturze podziału treści, na którą składa się wstęp, materiał i metody, opis celu pracy, omówienie wyników, dyskusja, opis mocnych stron i ograniczeń badania, wnioski, bibliografia (149 pozycji), 53 tabele i 25 rycin. Jedyną moją uwagę dotyczy kolejności rozdziałów. Opisu celu pracy raczej bym się spodziewała przed opisem materiału i metod.

Obszerny wstęp składa się z kilku podrozdziałów, w których Doktorantka szczegółowo opisuje charakterystykę nieswoistych chorób zapalnych jelit, ich epidemiologię, patogenezę (w tym rolę czynników genetycznych, immunologicznych, mikrobioty jelitowej, czynników środowiskowych i diety), obraz kliniczny, diagnostykę, leczenie farmakologiczne, chirurgiczne i żywieniowe, a ponadto dietę zalecaną u pacjentów z tymi chorobami, przekonania żywieniowe pacjentów, metody analizy sposobu żywienia. Odrębny rozdział poświęcony jest problemowi stanu odżywienia, metodom pomiarów stosowanych w jego ocenie, ocenie stanu odżywienia poprzez zastosowanie różnych kwestionariuszy, a także kryteria GLIM. Ponadto opisano problem niedożywienia i niedoborów składników pokarmowych, a ponadto nadwagi i otyłości u pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Osobny rozdział Doktorantka poświęciła jakości życia u osób z nieswoistymi zapaleniami jelit oraz metodom jej oceny. Ta część rozprawy jest wyczerpująca, porusza wszystkie istotne zagadnienia.

Materiał i metody stosowane w badaniu zostały opisane w sposób wyczerpujący. Opis nie budzi zastrzeżeń. Zasady doboru uczestników badania zostały opisane w sposób

klarowny. Badanie miało charakter ankietowy. Jasno przedstawiono zastosowane metody, które zostały trafnie dobrane.

Cele pracy zostały sformułowane w sposób jasny. Należały do nich:

- poznanie przekonań i praktyk żywieniowych pacjentów z NZJ,
- ocena wpływu aktywności i czasu trwania NZJ na sposób żywienia, stan odżywienia i jakość życia pacjentów,
- poznanie zależności pomiędzy sposobem żywienia i stanem odżywienia a jakością życia u pacjentów z NZJ.

Uzyskane wyniki przedstawiono w sposób przejrzysty, zarówno w formie tabelarycznej, jak i graficznej. W badaniu wzięło udział 109 pacjentów, w tym 52 z wzjg i 57 z chL-C. Doktorantka szczegółowo opisała dane demograficzne badanych osób, dane dotyczące ich choroby, jej aktywności, manifestacji pozajelitowych, leczenia i stosowania suplementów. Opisano też wyniki badań laboratoryjnych. Doktorantka zaobserwowała, że w grupie kobiet istnieje istotna zależność między liczbą limfocytów a stopniem niedożywienia wg GLIM a także stosowaniem leków immunosupresyjnych. Stężenia CRP były istotnie wyższe u pacjentów z zaostrzeniem choroby w porównaniu z pacjentami w stanie remisji. Poziom kalprotektyny w kale był wyższy w grupie pacjentów z wzjg i w grupie osób w fazie zaostrzenia choroby.

W kolejnym rozdziale Doktorantka opisała dane dotyczące żywienia i stylu życia pacjentów. Poziom aktywności fizycznej był wyższy u osób będących w remisji niż u osób w zaostrzeniu choroby. Najczęstszym źródłem wiedzy na temat diety były internet i lekarz. Dominującymi modyfikacjami żywieniowymi w grupie badanej były dieta lekkostrawna (32,1%) i dieta z ograniczeniem nabiału (15,6%). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do wprowadzanych przez pacjentów modyfikacji żywieniowych pomiędzy pacjentami z wzjg i chL-C oraz kobietami i mężczyznami. Do największych trudności w realizacji zaleceń żywieniowych należały: odmienność od diety domowników, brak czasu na gotowanie, konieczność rezygnacji z ulubionych produktów, czasochłonność oraz konieczność zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń. Opisano też wyniki kwestionariusza przekonań żywieniowych. 91,4% badanych deklarowało unikanie jednej lub więcej grup produktów w remisji, by uniknąć nawrotu choroby. Dotyczyło to najczęściej produktów pikantnych, posiłków wysokotłuszczowych, napojów gazowanych i alkoholowych, produktów o dużej zawartości cukru, nabiału i produktów pełnoziarnistych.

96,3% badanych unikało różnych grup produktów podczas zaostrzenia NZJ i były to podobne grupy produktów. W części opisującej częstotliwość spożycia niejasna jest tabela 26. Nie wiadomo w jakich jednostkach wyrażona jest wartość średnia i odchylenie standardowe. Spożycie różnych grup produktów przez pacjentów z wzjg i chL-C nie różniło się w sposób znaczący.

Kolejny rozdział Doktorantka poświęciła stanowi odżywienia badanych pacjentów. Zwraca uwagę, że niedowagę stwierdzono aż u 22% badanych, przy czym niższym średnim BMI charakteryzowali się pacjenci z ChL-C niż z wzjg. Pacjenci z ChL-C częściej charakteryzowali się niedoborem tkanki tłuszczowej. Dotyczyło to raczej kobiet. Uwagę zwraca ocena częstości niedożywienia wg kryteriów GLIM. Przy podziale ze względu na typ choroby i płeć nie odnotowano różnic istotnych statystycznie. Pacjenci w zaostrzeniu choroby istotnie częściej spełniali zarówno kryteria fenotypowe jak i etiologiczne. U 30,6% chorych stwierdzono niedożywienie stopnia łagodnego do umiarkowanego, a u 24% stopnia ciężkiego.

Kolejny rozdział Doktorantka poświęciła danym psychometrycznym badanych pacjentów. Wyższy poziom akceptacji choroby odnotowano w grupie badanych będących w fazie remisji w porównaniu z badanymi w zaostrzeniu choroby. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie dla rodzaju choroby i płci. Wynik ogólny IBDQ jak i poziom wszystkich czterech domen były wyższe w grupie osób będących w fazie remisji.

Sprawdzono zależność między sposobem żywienia, stanem odżywienia i jakością życia. W całej grupie badanej liczba produktów unikanych w remisji korelowała dodatnio z liczbą unikanych produktów podczas zaostrzenia, a także ujemnie z wynikiem ogólnym IBDQ oraz domenami zdrowia emocjonalnego i funkcjonowania społecznego. Liczba unikanych produktów podczas zaostrzenia korelowała ujemnie z ogólnym poziomem IBDQ oraz domenami dolegliwości jelitowych, zdrowia emocjonalnego oraz funkcjonowania społecznego. Skala akceptacji choroby była dodatnio powiązana z wynikiem ogólnym IBDQ oraz wszystkimi jego domenami. W grupie uczestników z wzjg liczba unikanych produktów w trakcie remisji korelowała dodatnio z liczbą unikanych produktów podczas zaostrzenia oraz ujemnie z wynikiem domen zdrowia emocjonalnego i funkcjonowania społecznego. Liczba unikanych produktów podczas zaostrzenia korelowała ujemnie z ogólnym poziomem IBDQ oraz domenami dolegliwości jelitowych, zdrowia emocjonalnego oraz funkcjonowania społecznego. Skala akceptacji choroby była dodatnio

powiązana z wynikiem ogólnym IBDQ oraz wszystkimi jego domenami. W grupie uczestników z ChL-C liczba unikanych produktów w remisji korelowała silnie dodatnio z liczbą unikanych produktów podczas zaostrzenia. Skala akceptacji choroby była dodatnio powiązana z wynikiem ogólnym IBDQ oraz wszystkimi jego domenami. Następnie opisano te zależności w podziale na płeć.

Stopień niedożywienia badanych osób korelował ujemnie z wynikiem ogólnym i wszystkimi czterema skalami IBDQ oraz masą mięśniową badanych osób. Ciężkość rzutu wżg korelowała ujemnie z wynikiem ogólnym i wszystkimi czterema domenami IBDQ oraz skalą akceptacji choroby. Ciężkość rzutu u pacjentów z chL-C korelowała dodatnio z oceną niedożywienia oraz ujemnie z wynikiem ogólnym i wszystkimi czterema domenami IBDQ oraz skalą akceptacji choroby. Stopień niedożywienia u pacjentów z wżg korelował ujemnie z ogólnym wynikiem IBDQ oraz skalami dolegliwości jelitowych, funkcjonowania społecznego i ogólnoustrojowego, a także masą mięśniową. W grupie chorych z chL-C stopień niedożywienia korelował ujemnie z ogólnym wynikiem IBDQ oraz skalami funkcjonowania społecznego i ustrojowej oraz masą mięśniową.

Częstość spożywania produktów mlecznych i jaj korelowała dodatnio z wynikiem IBDQ w wymiarze ogólnym oraz w zakresie domen zdrowia emocjonalnego, ogólnoustrojowego oraz funkcjonowania społecznego. Częstość spożywania owoców korelowała dodatnio z wynikiem ogólnym IBDQ oraz domen zdrowia emocjonalnego i ustrojowego. Częstość spożywania orzechów i nasion korelowała dodatnio z wynikiem domeny zdrowia emocjonalnego. Wraz ze wzrostem poziomu akceptacji choroby rosła częstość spożywania produktów mlecznych i jaj, owoców oraz orzechów i nasion. Podobne analizy wykonano w podziale na rodzaj choroby i ze względu na płeć.

Kolejny rozdział Doktorantka poświęciła zmiennym wyjaśniającym poziom IBDQ. Liczba produktów eliminowanych w zaostrzeniu wyjaśniała 6,8% wariacji zmiennej zależnej. Przeanalizowano też zależność między liczbą produktów eliminowanych w zaostrzeniu a poszczególnymi domenami zmiennej zależnej.

Dyskusja napisana jest prawidłowo. Doktorantka przedyskutowała uzyskane przez siebie wyniki z wynikami innych autorów. Ta część rozprawy jest obszerna i świadczy o dobrej znajomości literatury poruszanego zagadnienia. W kolejnej części rozprawy Doktorantka przedstawiła mocne strony i ograniczenia badania.

Na podstawie przeprowadzonej obserwacji wyciągnięto siedem prawidłowych wniosków:

1. Pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit powszechnie i niezależnie od aktywności choroby stosują diety eliminacyjne, przy czym liczba eliminacji stosowanych w remisji wiąże się z wyższą liczbą eliminacji w zaostrzeniu choroby. Kobiety częściej stosują eliminacje żywieniowe, a nabiał znajduje się wśród najczęściej eliminowanych istotnych zdrowotnie produktów. Dieta pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego charakteryzuje się mniejszym zróżnicowaniem, niż dieta pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna.
2. Ocena sposobu żywienia przy pomocy proponowanego współczynnika zróżnicowania diety, który uwzględnia stosunek liczby wszystkich produktów zawartych w kwestionariuszu częstotliwości spożycia żywności do liczby produktów spożywanych raz w miesiącu i rzadziej, może być prostym i przydatnym narzędziem do praktycznej oceny eliminacji żywieniowych prowadzonych przez chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit.
3. Nieprawidłowy stan odżywienia jest powszechny wśród chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit. Niedożywienie występuje częściej u pacjentów w zaostrzeniu choroby i pogłębia się wraz ze wzrostem aktywności choroby.
4. Zastosowanie kryteriów GLIM do oceny stanu odżywienia pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit pozwala na lepsze rozpoznawanie niedożywienia w porównaniu ze wskaźnikiem masy ciała i skalą NRS 2002.
5. Liczba eliminacji żywieniowych, które pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit uznają za niezbędne do kontrolowania objawów zaostrzenia choroby wpływa na jakość życia chorych, a w szczególności funkcjonowanie emocjonalne i społeczne.
6. Pacjenci spożywający większą ilość nabiału, owoców oraz orzechów i nasion, co może być pośrednim markerem zróżnicowanej diety, mają wyższą jakość życia i wyższy poziom akceptacji choroby.
7. Stan odżywienia chorych oceniany za pomocą kryteriów GLIM koreluje z

jakością życia pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit.”

Piśmiennictwo jest wyczerpujące, dobrane prawidłowo. Praca pod względem formalno-językowym, stylistycznym i interpunkcyjnym napisana jest prawidłowo. Doktorantka nie ustrzegła się jednak popełnienia drobnych błędów. Należą do nich: użycie sformułowania „bioimpedancja elektryczna” zamiast „impedancja bioelektryczna”, „fałdy skórne” zamiast „fałdy skórno-tłuszczowe” oraz drobne błędy literowe. Te drobne niedociągnięcia nie umniejszają jednak wartości pracy, którą oceniam bardzo wysoko.

Podsumowanie

Wartość merytoryczną rozprawy oceniam bardzo wysoko. Jej problematyka jest trafnie dobrana. Na podstawie przeprowadzonych badań Doktorantka wysunęła kilka dobrze udokumentowanych wniosków. Analizowany przez Doktorantkę problem i wyciągnięte wnioski są ważne z punktu widzenia poradnictwa dietetycznego i zapobiegania niedożywieniu u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit.

Na podstawie analizy całości rozprawy doktorskiej można stwierdzić, że pani mgr Olga Kijora-Jaroszewska cechuje się dużą samodzielnością w prowadzeniu badań naukowych, analizowaniu ich wyników i wyciąganiu wniosków. Wykazuje też dużą wiedzę na temat analizowanego problemu klinicznego.

Rozprawa pani mgr Olgi Kijory-Jaroszewskiej spełnia warunki określone w art. 187 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce Dz.U. 2018 poz. 1668 ze zm. i wnoszę do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o dopuszczenie pani mgr Olgi Kijory-Jaroszewskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Dorota Szostak-Węgierek