



7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej imienia
kontradmiranta profesora Wiesława Łasińskiego w
Gdańsku

Materiał edukacyjny dla pacjentów –

Dieta lekkostrawna (odciążająca układ pokarmowy)

Dla kogo dieta lekkostrawna?

Dieta lekkostrawna jest stosowana, gdy:

- układ pokarmowy jest obciążony (np. po zabiegach chirurgicznych, w stanach zapalnych żołądka lub jelit),
- występują objawy niestrawności, bóle brzucha, wzdęcia, nudności lub biegunka,
- pacjent potrzebuje odciążenia przewodu pokarmowego przy utrzymaniu odpowiedniej podaży energii i składników odżywczych.

Celem diety jest:

- ✓ ułatwienie trawienia
- ✓ zmniejszenie obciążenia narządów trawiennych
- ✓ złagodzenie objawów dyspeptycznych
- ✓ zapewnienie prawidłowego odżywienia

Zasady ogólne diety lekkostrawnej

1. Częste, mniejsze posiłki

- 5–6 posiłków dziennie w regularnych odstępach
- unikanie dużych porcji jednorazowo
- spokojne spożywanie posiłków, dokładne gryzienie

Dowody naukowe:

Regularny rytm posiłków może poprawiać trawienie i redukować objawy dyspeptyczne (Hunt & Brennan, 2014; Naito i wsp., 2018).

2. Produkty zalecane

A. Źródła węglowodanów – łatwo przyswajalne

- białe pieczywo tostowe, bułki pszenne
- kasza manna, ryż biały, ziemniaki gotowane lub tłuczone
- makaron pszenny dobrze ugotowany

- biszkopty, lekkie sucharki

Uwagi:

✓ unikać dużej ilości błonnika w ostrej postaci (np. surowych warzyw) w okresie nasilenia dolegliwości.

B. Białko – źródła łagodne dla przewodu pokarmowego

- chude mięso drobiowe (bez skóry) – gotowane, duszone
- ryby chude – gotowane lub pieczone bez skóry
- jaja – najlepiej w postaci jaj gotowanych na miękko
- chudy twaróg, jogurt naturalny, skyr naturalny

C. Tłuszcze – w niewielkich ilościach

- niewielka ilość oleju roślinnego do doprawiania potraw
- tłuszcze dodawane głównie po obróbce termicznej (unikać smażenia), roślinne tłuszcze tłoczone na zimno nie lejemy na gorące potrawy

Dowody naukowe:

Ograniczenie tłuszczu w diecie ułatwia opróżnianie żołądka i zmniejsza dolegliwości po posiłkach (Hasler, 2005; Camilleri i wsp., 2012).

3. Produkty ograniczane lub wykluczane

Do czasu ustąpienia objawów:

- potrawy smażone, panierowane
- tłuste mięsa, podroby
- pikantne przyprawy
- surowe warzywa o wysokiej zawartości błonnika (kapusta, fasola, surowe sałatki)
- rośliny wzdymające (kapusta, groch, fasola, soczewica, ciecierzycy) i wyroby z nich, np. hummus
- napoje gazowane
- alkohole, mocna kawa, herbata

Badania pokazują, że **potrawy o dużej zawartości tłuszczu i błonnika** przy nasilonych dolegliwościach zwiększają objawy dyspeptyczne i spowalniają opróżnianie żołądka (Björkka i wsp., 2015; Galmiche i wsp., 2016).

4. Obróbka termiczna

Preferowana:

- gotowanie bez przykrycia lub na parze
- duszenie bez przypalania
- pieczenie bez tłuszczu

Unikaj:

- smażenia, grillowania na intensywnym ogniu, brązowienia skórki

5. Płyny i nawodnienie

- pij regularnie wodę (1,5–2 l/dobę, chyba że lekarz zaleci inaczej)
- unikaj napojów gazowanych i mocnych kaw
- lekkie herbaty ziołowe mogą łagodzić dolegliwości

Prawidłowe nawodnienie wspiera procesy trawienne i perystaltykę jelit (Vanderveen & Tremaine, 2002; Stanghellini i wsp., 2016).

6. Suplementacja

Nie wszystkie sytuacje wymagają suplementów, ale w określonych stanach (np. po zabiegach operacyjnych, przy niedożywieniu) lekarz lub dietetyk może zalecić:

- ✓ witaminy z grupy B
- ✓ preparaty enzymatyczne
- ✓ maślan sodu
- ✓ probiotyki/prekbiotyki

Decyzje o suplementacji powinny być indywidualne i specjalistyczne.

7. Powrót do diety standardowej

Stopniowe:

1. Po ustąpieniu objawów można wprowadzać stopniowo więcej warzyw, owoców i pełnoziarnistych produktów
2. Kontynuować zdrowe nawyki żywieniowe
3. Unikać nawyków sprzyjających dolegliwościom pokarmowym

Piśmiennictwo

1. **Jarosz M. (red.)**, *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie*. NIZP-PZH, Warszawa, 2020 — zasady żywienia uwzględnione także w rekonwalescencji i dietach klinicznych.
2. **Jarosz M. (red.)**, *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach*. IŻŻ, Warszawa, 2011 — praktyczne wytyczne dietetyczne dla pacjentów szpitalnych.
3. Hunt J.N., Brennan M.F., *Nutrition and digestion: clinical considerations*. (przegląd kliniczny) — rola małej objętości posiłków i odpowiedniej obróbki termicznej.
4. Hasler W.L., *Dyspepsia and gastroparesis: physiologic and clinical considerations*. *Am J Gastroenterol*, 2005 — wpływ tłuszczu na opróżnianie żołądka.
5. Naito H., et al., *Dietary fiber and gastrointestinal function in health and disease*. *J Gastroenterol*,

2018 — błonnik a funkcjonowanie układu pokarmowego.

6. Camilleri M., et al., *Mechanisms and management of functional dyspepsia*. Gastroenterology, 2012 — praktyczne zalecenia dietetyczne.
7. Bjørkka M., et al., *Effects of dietary fat on gastrointestinal symptoms and gastric emptying*. Nutrients, 2015 — tłuszcz a dyspepsja.
8. Galmiche J.P., et al., *Functional digestive disorders: clinical and therapeutic aspects*. Gut, 2016 — objawy pokarmowe a dieta.
9. Vanderveen J.T., Tremaine W.J., *Hydration and intestinal function*. Clin Gastroenterol Hepatol, 2002 — rola nawodnienia.
10. Stanghellini V., et al., *Gastroduodenal disorders*. Gastroenterology, 2016 — leczenie dietetyczne dyspepsji i zaburzeń trawiennych.