

Ocena wybranych zwyczajów żywieniowych pacjentów z łuszczycą – badania wstępne

Diana Wasiluk¹, Ewa Stefańska¹, Lucyna Ostrowska¹, Andrzej Klepacki², Agnieszka Beata Serwin³, Bożena Chodynicka³

¹ Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego, Przychodnia Dermatologiczno-Wenerologiczna, Białystok

³ Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wasiluk D, Stefańska E, Ostrowska L, Klepacki A, Serwin AB, Chodynicka B. Ocena wybranych zwyczajów żywieniowych pacjentów z łuszczycą – badania wstępne. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 422-426.

Streszczenie

Wprowadzenie: Łuszczycą należy do najczęstszych chorób zapalnych skóry. Przypuszcza się, że prawidłowy styl życia, w tym odpowiednia, racjonalna dieta, jest czynnikiem pomocnym w leczeniu tego schorzenia.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wybranych zwyczajów żywieniowych pacjentów z łuszczycą.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w grupie 40 osób chorujących na łuszczycę. Do oceny zwyczajów żywieniowych wykorzystano kwestionariusz ankietowy, w którym zawarte były pytania dotyczące między innymi liczby i regularności spożywanych posiłków, częstotliwości spożycia wybranych grup produktów spożywczych oraz nawyku podjadania między posiłkami.

Wyniki: W przeprowadzonym badaniu wykazano, iż pacjenci najczęściej spożywali 3 posiłki w ciągu dnia. Do posiłków spożywanych z największą regularnością należały: obiad u pacjentów obu płci oraz kolacja w przypadku mężczyzn. Całodzienne racje pokarmowe charakteryzowały się niskim spożyciem kasz gruboziarnistych i pieczywa razowego, mleka i jego przetworów, ryb oraz nasion strączkowych suchych. Wysoką częstotliwość spożycia odnotowano w przypadku mięsa wieprzowego oraz surowych owoców i warzyw. Pacjenci najczęściej stosowali olej rzepakowy i oliwę z oliwek (2-3 razy w tygodniu). Zdecydowana większość pacjentów obu płci najczęściej do smarowania pieczywa stosowała masło. W przeprowadzonych badaniach odnotowano również, iż zakazany tym pacjentom alkohol był spożywany przez 100% mężczyzn i 85% kobiet.

Wnioski: Uzyskane wyniki badań wykazały, że nieprawidłowy dobór spożywanych produktów przez badanych pacjentów może wpływać na nasilenie zmian chorobowych u osób z łuszczycą.

Słowa kluczowe

łuszczycą, zwyczaje żywieniowe

WPROWADZENIE

Łuszczycą jest zapalną chorobą skóry. Dotyka około 2% populacji w Europie i Stanach Zjednoczonych, rzadziej występuje w Azji i Afryce. Choroba może rozpocząć się w każdym wieku, najczęściej zaczyna się w 2 i 3 dekadzie życia. Charakteryzuje się zróznicowanymi okresami utrzymywania się remisji i zaostrzeń [1]. Choroba współistnieje z wieloma schorzeniami: chorobą Crohna, cukrzycą, nadciśnieniem, zaburzeniami metabolicznymi [2]. Pomimo ogromnej ilości prac badawczych etiopatogeneza łuszczycy pozostaje nadal niewyjaśniona. Jednak w rozwoju choroby potwierdza się udział czynników genetycznych, immunologicznych oraz środowiskowych. Do czynników prowokujących wysiewy łuszczycy należą: infekcje bakteryjne i wirusowe, leki, alkohol, silne urazy psychiczne oraz sposób żywienia [3]. Pierwsze publikacje o wpływie czynników dietetycznych na przebieg łuszczycy i jej leczenie w bazie Medline™ pochodzą z lat 50. i 60. XX w. [4, 5]. Nie opracowano precyzyjnych zaleceń dietetycznych dla pacjentów z łuszczycą. Przedmiotem badań, najczęściej nierandomizowanych i stosunkowo krótkotrwa-

łych była m.in. suplementacja olejami rybimi, wpływ diety niskokalorycznej, bezglutenowej, witamin (w tym B₁₂, D₃, A), mikroelementów (cynku i seleniu) [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Wyniki większości z tych badań sugerują jednak, że czynniki dietetyczne mogą odgrywać istotną rolę w przebiegu i leczeniu łuszczycy. Na podstawie danych z piśmiennictwa można przypuszczać, że odpowiednio dobrana dieta (dieta wegetariańska, dieta niskokaloryczna, z ograniczeniem tłuszczów pochodzenia zwierzęcego) może być pomocna w leczeniu łuszczycy.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wybranych zwyczajów żywieniowych pacjentów z łuszczycą.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 40 osób chorujących na łuszczycę – 20 kobiet i 20 mężczyzn w wieku od 20-67 lat. Średnia długość czasu trwania choroby wynosiła u kobiet 12 ± 7 lat i 9 ± 4 lat u mężczyzn. Badania były prowadzone w okresie jesienno-zimowym (na przełomie roku 2010/2011). Do oceny zwyczajów żywieniowych wykorzystano kwestionariusz ankiety

Adres do korespondencji: Diana Wasiluk, Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok
E-mail: diana.wasiluk@umwb.edu.pl

Nadesłano: 23 lutego 2012; zaakceptowano do druku: 10 grudnia 2012



opracowany w Zakładzie Dietetyki i Żywności Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wypełniany samodzielnie przez pacjentów. W kwestionariuszu ankiety zawarte były pytania dotyczące między innymi liczby, regularności i rodzaju spożywanych posiłków oraz częstotliwości spożycia wybranych grup produktów spożywczych (np. kasze gruboziarniste, pieczywo razowe, mleko i przetwory mleczne, ryby, nasiona roślin strączkowych, mięso wieprzowe, surowe warzywa, surowe owoce i oleje roślinne). Na pytania dotyczące częstotliwości spożywania posiłków (np. śniadanie, obiad, kolacja) pacjenci mieli do wyboru jedną z następujących kategorii odpowiedzi: codziennie, nieregularnie lub brak spożycia. Natomiast kategorie odpowiedzi w pytaniu dotyczącym liczby spożytych posiłków wyglądały następująco: 2 lub mniej niż 2 posiłki, 3 posiłki, 4 i więcej niż 4 posiłki. Jeśli chodzi o częstotliwość spożycia wybranych grup produktów spożywczych pacjenci byli pytani o spożycie tych produktów przez okres ostatnich 6 miesięcy. Przy ocenie częstotliwości spożycia wybranych produktów pacjenci mieli do wyboru jedną z następujących kategorii odpowiedzi: 1 i więcej niż raz dziennie, 3-6 razy w tygodniu, 1-2 razy w tygodniu, rzadziej niż raz w tygodniu. Przy ocenie częstotliwości spożycia ryb kategorie odpowiedzi wyglądały następująco: 2-3 razy w tygodniu, 1-2 razy w tygodniu, 2 razy w miesiącu, rzadziej niż 2 razy w miesiącu. Na pytanie dotyczące częstotliwości spożycia olejów roślinnych (olej rzepakowy, oliwa z oliwek) pacjenci mieli do wyboru następujące kategorie odpowiedzi: codziennie, 2-3 razy w tygodniu, 1 raz w tygodniu, kilka razy w miesiącu i nigdy. Pytanie dotyczące wyboru rodzaju tłuszczu do smarowania pieczywa zawierało odpowiedzi: nie smaruję, smaruję masłem, smaruję margaryną, smaruję produktami typu masmix. Natomiast na pytanie dotyczące spożycia alkoholu pacjenci mieli do wyboru odpowiedzi: tak lub nie. Również pytano pacjentów o ilość płynów wypijanych w ciągu dnia. Ocena statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 9.0 firmy StatSoft, wykorzystując, po sprawdzeniu normalności rozkładu, test t dla zmiennych niezależnych oraz test Chi² Pearsona do oceny różnic cech jakościowych między grupami. Za istotne przyjęto te wyniki, gdzie $p \leq 0,05$.

WYNIKI

Średni wiek badanych wynosił 40 ± 13 lat dla kobiet oraz 39 ± 12 lat dla mężczyzn. Średnia wartość wskaźnika BMI (wskaźnik masy ciała, ang. *Body Mass Index*) wynosiła $25,9 \pm 5,5$ kg/m² u kobiet i $28,3 \pm 4,2$ kg/m² u mężczyzn. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie pomiędzy średnimi wartościami wieku oraz wskaźnika BMI między porównywanymi grupami płci. U większości badanych obu płci stwierdzono nadwagę (40% ogółu, $n=16$; 9 mężczyzn i 9 kobiet) i otyłość (30% ogółu, $n=12$; 7 mężczyzn i 5 kobiet). Nie odnotowano różnicy istotnej statystycznie w występowaniu nadwagi i otyłości w porównywanych grupach płci. Tylko 6 kobiet (30%) i 5 mężczyzn (25%) w badanej grupie miało należną masę ciała, 1 kobieta (2,5%) miała niedowagę.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż pacjenci, niezależnie od płci, najczęściej spożywali 3 posiłki w ciągu dnia (dotyczyło to 75% badanej grupy). Do posiłków spożywanych z największą regularnością należały: obiad u pacjentów obu płci (87,5%) oraz kolacja w przypadku mężczyzn (95%). Ponadto odnotowano, iż mężczyźni istotnie częściej

uwzględniali w całodziennych racjach pokarmowych spożywanie kolacji w porównaniu z kobietami (Tab. 1). Częstotliwość spożycia wybranych grup produktów spożywczych została omówiona razem dla mężczyzn i kobiet ze względu na brak różnic istotnych statystycznie między płciami.

Ryby były jedzone 1-2 razy w tygodniu przez 65% badanych, a 7,5% osób spożywało je rzadziej niż 2 razy w miesiącu. Mleko i przetwory mleczne codziennie były spożywane przez 20% badanych, a 45% spożywało te produkty z mniejszą częstotliwością (rzadziej niż 1 raz w tygodniu). Kasze gruboziarniste i pieczywo razowe raz dziennie występowały w diecie tylko u 15% badanych, natomiast rzadziej niż raz w tygodniu były spożywane przez 57,5% pacjentów. Większość osób (67,5%) spożywała nasiona roślin strączkowych rzadziej niż raz w tygodniu, natomiast 3-6 razy w tygodniu produkty te były spożywane przez 7,5% badanych. Wysoką częstotliwość spożycia (raz i więcej niż 1 raz dziennie) odnotowano w przypadku mięsa wieprzowego. Dotyczyło to 40% badanych, rzadziej niż raz w tygodniu mięso wieprzowe było spożywane przez 10% badanych. Połowa badanych codziennie spożywała surowe warzywa (najczęściej 1 i więcej niż raz dziennie), tylko 2,5% osób spożywała te produkty rzadziej niż raz w tygodniu. Identyczny odsetek osób (50%) deklarował spożycie surowych owoców z częstotliwością 1 i więcej niż raz dziennie (Tab. 2). Spośród olejów roślinnych najczęściej (2-3 razy w tygodniu) pacjenci stosowali olej rzepakowy (42,5%) i oliwę z oliwek (45%), a 27,5% ogółu badanych deklarowało, że nigdy nie spożywa oliwy z oliwek. Zdecydowana większość (40%) pacjentów obu płci codziennie do smarowania pieczywa stosowała masło. Mniejszy odsetek pacjentów (17,5%) nie smarował pieczywa (Tab. 2). Oceniano również ilość płynów wypijanych przez pacjentów; odnotowano iż 20% kobiet

Tabela 1. Liczba oraz częstotliwość spożywania posiłków przez pacjentów z łuszczycą

	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	n = 40	(%)	n = 20	(%)	n = 20	(%)
Liczba spożywanych posiłków dziennie						
≤ 2 posiłki	1	2,5	0	0,0	1	5,0
3 posiłki	30	75,0	14	70,0	16	80,0
≥ 4 posiłki	9	22,5	6	30,0	3	15,0
Częstotliwość spożywania pierwszego śniadania						
Codziennie	32	80,0	16	80,0	16	80,0
Nieregularnie	7	17,5	4	20,0	3	15,0
Brak spożycia	1	2,5	0	0,0	1	5,0
Częstotliwość spożywania drugiego śniadania						
Codziennie	11	27,5	5	25,0	6	30,0
Nieregularnie	19	47,5	10	50,0	9	45,0
Brak spożycia	10	25,0	5	25,0	5	25,0
Częstotliwość spożywania obiadu						
Codziennie	35	87,5	17	85,0	18	90,0
Nieregularnie	5	12,5	3	15,0	2	10,0
Brak spożycia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Częstotliwość spożywania podwieczorku						
Codziennie	3	7,5	2	10,0	1	5,0
Nieregularnie	21	52,5	10	50,0	11	55,0
Brak spożycia	15	37,5	8	40,0	7	35,0
Częstotliwość spożywania kolacji						
Codziennie	26	65	7	35*	19	95*
Nieregularnie	11	27,5	11	55	0	0
Brak spożycia	3	7,5	2	10	1	5

*różnica istotna statystycznie $p \leq 0,05$



Tabela 2. Częstotliwość spożywania wybranych produktów spożywczych przez pacjentów z łuszczycą

	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	n = 40	(%)	n = 20	(%)	n = 20	(%)
Częstotliwość spożywania ryb						
2-3 razy w tygodniu	9	22,5	4	20	5	25
1-2 razy w tygodniu	26	65	13	65	13	65
2 razy w miesiącu	3	7,5	2	10	1	5
rzadziej niż 2 razy w miesiącu	2	5	1	5	1	5
Częstotliwość spożywania mleka i jego produktów						
1 i więcej niż raz dziennie	8	20	3	15	5	25
3-6 razy w tygodniu	9	22,5	5	25	4	20
1-2 razy w tygodniu	5	12,5	0	0	5	25
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	18	45	12	60	6	30
Częstotliwość spożywania kasz gruboziarnistych i pieczywa razowego						
1 i więcej niż raz dziennie	6	15	2	10	4	20
3-6 razy w tygodniu	4	10	3	15	1	5
1-2 razy w tygodniu	7	17,5	4	20	3	15
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	23	57,5	11	55	12	60
Częstotliwość spożywania nasion roślin strączkowych						
1 i więcej niż raz dziennie	0	0	0	0	0	0
3-6 razy w tygodniu	3	7,5	1	5	2	10
1-2 razy w tygodniu	10	25	4	20	6	30
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	27	67,5	15	75	12	60
Częstotliwość spożywania mięsa wieprzowego						
1 i więcej niż raz dziennie	16	40	7	35	9	45
3-6 razy w tygodniu	14	35	8	40	6	30
1-2 razy w tygodniu	6	15	1	5	5	25
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	4	10	4	20	0	0
Częstotliwość spożywania surowych warzyw						
1 i więcej niż raz dziennie	20	50	9	45	11	55
3-6 razy w tygodniu	11	27,5	6	30	5	25
1-2 razy w tygodniu	8	20	5	25	3	15
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1	2,5	0	0	1	5
Częstotliwość spożywania surowych owoców						
1 i więcej niż raz dziennie	20	50	9	45	11	55
3-6 razy w tygodniu	11	27,5	6	30	5	25
1-2 razy w tygodniu	8	20	5	25	3	15
rzadziej niż 1 raz w tygodniu	1	2,5	0	0	1	5
Częstotliwość spożywania oleju rzepakowego						
codziennie	8	20	3	15	5	25
2-3 razy w tygodniu	17	42,5	8	40	9	45
1 raz w tygodniu	0	0	0	0	0	0
kilka razy w miesiącu	0	0	0	0	0	0
nigdy	23	57,5	9	45	14	70
Częstotliwość spożywania oliwy z oliwek						
codziennie	2	5	2	10	0	0
2-3 razy w tygodniu	18	45	4	20	14	70
1 raz w tygodniu	5	12,5	3	15	2	10
kilka razy w miesiącu	3	7,5	2	10	1	5
nigdy	11	27,5	8	40	3	15
Częstotliwość smarowania pieczywa						
nie smaruję	7	17,5	3	15	4	20
smaruję masłem	16	40	9	45	7	35
smaruję margaryną	11	27,5	6	30	5	25
smaruję produktami typu <i>masmix</i>	6	15	2	10	4	20

i zaledwie 5% mężczyzn wypijało 0,5-1 l płynów w ciągu dnia, natomiast 70% kobiet i 80% mężczyzn deklarowało wypijanie płynów w ilości do 2 l w ciągu dnia, natomiast 10% kobiet i 15% mężczyzn zgłaszało wypijanie płynów w ilości powyżej 2 l w ciągu dnia. W przeprowadzonych badaniach odnotowano również, iż zakazany tym pacjentom alkohol był spożywany przez 100% mężczyzn i 85% kobiet.

DYSKUSJA

Jak wykazują badania, ryzyko zachorowania na łuszczycę rośnie wraz ze wzrostem wskaźnika masy ciała BMI [3]. Nawyki żywieniowe, stosowane używki są elementami, które mogą być przez pacjenta świadomie modyfikowane. Pacjentom z łuszczycą proponuje się zmiany w żywieniu: normalizację masy ciała, stosowanie okresowych krótkotrwałych głodówek, ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych oraz spożywanie w diecie warzyw i owoców. Zaobserwowano, że regularne spożycie w diecie ryb, a wraz z nimi dostarczanie nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, wpływa na poprawę stanu klinicznego wśród pacjentów z łuszczycą [9].

W badanej populacji chorych na łuszczycę 75% pacjentów spożywało 3 posiłki w ciągu dnia. Tylko 22,5% pacjentów deklarowało spożycie 4 i więcej posiłków w ciągu dnia. W zaleceniach żywieniowych dla dorosłych w Polsce, według Komitetu Żywności Człowieka Polskiej Akademii Nauk (PAN), Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie (IŻŻ) oraz Polskiego Towarzystwa Nauk Żywieniowych (PTNŻ), rekomenduje się spożywanie regularnie przynajmniej 3 posiłków dziennie i rozpoczynanie każdego dnia od śniadania [14]. To zalecenie w praktyce było realizowane przez 80% badanych pacjentów (16 kobiet i 16 mężczyzn). Pozostała część badanych spożywała śniadanie nieregularnie.

Najczęściej pacjenci obu płci spożywali obiad (87,5%). Regularne spożywanie kolacji było odnotowane przez 47,5% mężczyzn i 35% kobiet. W innych badaniach pacjenci z prawidłową masą ciała w ponad 90% regularnie spożywali obiad i kolację [15].

W niniejszym badaniu obejmującym grupę pacjentów między 20-67 rokiem życia, stwierdzono małą częstotliwość spożywania ryb. Tylko 22,5% pacjentów z łuszczycą spożywało 2-3 porcje ryb tygodniowo. 65% badanej grupy spożywało 1 porcję ryby tygodniowo. W badaniu przeprowadzonym wśród mieszkańców całej Polski wykazano, że spożycie ryb u mężczyzn było powyżej wartości zalecanej w woj. kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, natomiast u kobiet we wszystkich województwach spożycie było poniżej wartości zalecanej [16]. Według Zasad Zdrowego Żywienia IŻŻ zaleca się spożywanie 2-3 porcji ryb po 150 g tygodniowo [17]. Zaobserwowano, że regularna konsumpcja ryb, a wraz z nimi dostarczanie nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, istotnie wpływa na poprawę stanu klinicznego wśród pacjentów z łuszczycą [9]. Badania dotyczące suplementacji kwasem eikozapentaenowym (EPA) z oleju ryb wykazały, że spożycie EPA w ilości 3,6 – 14 g na dobę przez okres od 6 tygodni do 6 miesięcy spowodowało poprawę stanu klinicznego pacjentów z łuszczycą [cyt. wg. 18].

Wśród badanych pacjentów aż 45% nieregularnie spożywało mleko i jego przetwory. Zaledwie 22,5% pacjentów spożywało tego typu produkty codziennie. Spożycie produktów mlecznych, stwierdzone w Wieloośrodkowym Ogólnopolskim Badaniu Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ), jest również znacząco niższe od zalecanego [16]. Zbyt mała ilość w diecie produktów mlecznych wiąże się z ryzykiem wystąpienia niedoborów wapnia [19]. Jak wykazały badania, wśród pacjentów z łuszczycą częściej występują zaburzenia metaboliczne, w tym lipidowe. U tych pacjentów wykazano również występowanie wysokiego odsetka osób z nadmierną masą ciała [20]. Istnieją doniesienia, w których odnotowano,

iz największe zagrożenie rozwoju otyłości wystąpiło wśród osób spożywających małe ilości wapnia [21].

W badaniu oceniono również częstotliwość spożycia kasz gruboziarnistych i pieczywa razowego. Tylko 10% wśród badanych pacjentów postępowało zgodnie z zaleceniami Komitetu Żywności Człowieka PAN, IŻŻ oraz PTNŻ, spożywając codziennie produkty zbożowe tego typu [14]. Aż 57,5% badanych pacjentów spożywało pełnoziarniste produkty zbożowe rzadziej niż raz w tygodniu. Również w badaniu WOBASZ wykazano, iż we wszystkich województwach Polski u obu płci konsumpcja produktów zbożowych była znacznie poniżej spożycia zalecanego w racjach pokarmowych [16]. Odpowiednia podaż tych produktów jest szczególnie korzystna z uwagi na wysoką zawartość błonnika, który zmniejsza wartość energetyczną diety i daje uczucie sytości. Produkty te powinny stanowić podstawowe źródło energii w diecie człowieka [17, 22].

Wykazano, że tylko 7,5% badanych pacjentów spożywało produkty bogate w kwas gamma-linolenowy (GLA) (suche nasiona roślin strączkowych) od 3 do 6 razy w tygodniu. Natomiast aż 67,5% pacjentów z łuszczycą spożywało rzadziej niż raz w tygodniu nasiona strączkowe. Kwas gamma-linolenowy (GLA) jest przekształcany w naskórku do kwasu dihomogamma-linolenowego (DHGLA), który syntetyzuje związki o działaniu przeciwzapalnym i antyproliferacyjnym: prostaglandyny (PGE1) i kwasu 15-hydroksyeikozatrienowego (15-HETE). Wyniki badań przeprowadzonych przez Mrozińską pokazały, iż GLA spożywany przez 2 miesiące w dawce 360 lub 720 mg/dobę przyczynił się do zmniejszenia suchości skóry z 42% do 14% oraz ustąpienia świądu skóry u 75% badanych [23].

Najczęściej wybieranym rodzajem mięsa i jego produktów, zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn było mięso wieprzowe. Ponad 70% badanych spożywało mięso wieprzowe codziennie lub kilka razy dziennie. 10% pacjentów z łuszczycą spożywało rzadziej niż 1 raz w tygodniu mięso wieprzowe. W badaniu WOBASZ wykazano wysokie spożycie mięsa i produktów mięsnych zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Największy udział w tej grupie produktów miały mięsa i wędliny wieprzowe [16]. Wolters zwraca uwagę na podwyższone stężenie kwasu arachidonowego (AA) i jego prozapalne pochodne leukotrieny B4 (LTB4) w skórze oraz w błonach erytrocytarnych pacjentów z łuszczycą. Kwas arachidonowy, którego głównym źródłem w diecie są spożywane mięso i produkty zwierzęce, stymuluje produkcję interleukiny 1 IL – 1 oraz wzmacnia odpowiedź tkankową na tę cytokinę. Dlatego redukcja kwasu arachidonowego poprzez ograniczenie spożycia mięsa i produktów zwierzęcych (dieta wegetariańska), powoduje obniżenie produkcji leukotrienów prozapalnych (LTB4) w organizmie pacjentów z łuszczycą [10].

Połowa badanych pacjentów (50%) spożywała zarówno surowe warzywa, jak i owoce częściej niż 1 raz dziennie. Mniejszy odsetek wśród badanych (25% kobiet, 15% mężczyzn) stanowili pacjenci, którzy deklarowali spożywanie warzyw i owoców 1 lub 2 razy w tygodniu. Niewystarczające spożycie warzyw w diecie Polaków wynikało ze zbyt niskiej konsumpcji tej grupy produktów spożywczych. Zadawająca natomiast w diecie Polaków była konsumpcja owoców [16]. Badania wielu autorów wykazały, że z zaburzeniami gospodarki lipidowej u pacjentów łuszczycowych koreluje niedomoga układu antyoksydacyjnego. U chorych tych stwierdzono niski poziom seleniu oraz beta-karotenu i alfa-tokoferolu. Spożywanie warzyw i owoców o dużej zawartości

karotenoidów, flawonoidów i witaminy C odgrywa ważną rolę w zapobieganiu nawrotom i zaostrzeniom choroby [10, 24].

Jak wykazano w badaniach własnych, pacjenci z łuszczycą spośród olejów roślinnych najczęściej (2-3 razy w tygodniu) stosowali olej rzepakowy (42,5%) (źródło kwasów tłuszczowych omega-3) [25] i oliwę z oliwek (45%). W badaniach Woltersa stwierdzono, iż po zastosowaniu dużych dawek wielonienasyconych kwasów omega-3 (jako jedynego leczenia) wśród pacjentów z łuszczycą, w porównaniu z innymi grupami odżywiający się normalnie, w większości przypadków uzyskano poprawę stanu klinicznego, wyrażoną obniżeniem wskaźnika PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*; wskaźnik wykorzystywany do oceny nasilenia zmian skórnych) [10].

Analizując preferencje wyboru tłuszczu stosowanego do smarowania pieczywa stwierdzono, że zarówno mężczyźni (35%), jak i kobiety (45%) najczęściej do smarowania pieczywa wybierali masło. Tylko nieliczna grupa pacjentów (17,5%) nie smarowała pieczywa w ogóle. Wskazane jest, aby zastępować tłuszcze zwierzęce tłuszczami roślinnymi. Ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych i produktów obfitujących w cholesterol ma istotne znaczenie w zapobieganiu i leczeniu otyłości [14].

Korzystnym dla zdrowia nawykiem żywieniowym, obserwowanym wśród badanej populacji, było zgodne z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywności [17] spożycie płynów; aż 87,5% chorych na łuszczycę wypijało 2l i więcej płynów dziennie.

Czynnikami mogącym prowokować/nasilać łuszczycę jest spożywanie alkoholu [26]. W niniejszym badaniu alkohol był spożywany przez większość badanych pacjentów obu płci. W badaniach Higginsa wykazano, że ostra intoksykacja alkoholem powoduje zaostrzenie przebiegu łuszczycy, nasilone są objawy zapalne, a u osób przewlekłe nadużywających alkoholu przebieg choroby jest cięższy i występuje oporność na leczenie. Wykazano złagodzenie przebiegu łuszczycy po zaprzestaniu picia alkoholu [26].

WNIOSKI

- Większość badanych osób spożywała średnio 3 posiłki w ciągu dnia, prawie wszystkie badane osoby codziennie jadły pierwsze śniadanie.
- Wśród pacjentów z łuszczycą wykazano występowanie niekorzystnych dla zdrowia zwyczajów żywieniowych, takich jak: unikanie spożywania ryb, produktów mlecznych, produktów zbożowych z pełnego przemiału, nasion roślin strączkowych oraz częste spożywanie mięsa wieprzowego i alkoholu. Nawyki te mogą prowadzić do nasilenia objawów choroby oraz niedoborów pokarmowych.
- W celu uniknięcia błędów żywieniowych pacjenci z łuszczycą powinni mieć dostęp do indywidualnego poradnictwa dietetycznego.

PIŚMIENNICTWO

- Łuczowska M, Żaba R. Łuszczycyca. Przewodnik Lekarza 2005; 7: 38-49.
- Komorowska O, Grabińska K, Szczerkowska-Dobosz A, Maciejewska A. Zespół metaboliczny w łuszczycy. *Dermatol Klin.* 2008; 10(4): 227-230.
- Rucevic I, Perl A, Barisic-Drusko V, Adam-Perl M. The role of the low energy diet in psoriasis vulgaris treatment. *Col Anrtopol.* 2003; 27: 41-48.



4. Combes FC. Management of psoriasis as a metabolic lipid disturbances. *N Y J State Med.* 1954; 54(13): 1945-1949.
5. Roe DA. Nutrient requirements in psoriasis. *N Y J State Med.* 1965; 65: 1319-1326.
6. Naldi L, Parazzini F, Peli L, Chatenoud L, Cainelli T. Dietary factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian case-control study. *Br J Dermatol.* 1996; 134: 101-106.
7. Zhang C, Zhu KJ, Zheng HF, Cui Y, Zhou FS, Chen YL, et al. The effect of overweight and obesity on psoriasis patients in Chinese Han population: a hospital-based study. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2011; 25(1): 87-91.
8. Gisondi P, Del Giglio M, Di Francesco V, Zamboni M, Girolomoni G. Weight loss improves the response of obese patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis to low-dose cyclosporine therapy: a randomized, controlled, investigator-blinded clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2008; 88: 1242-1247.
9. Logan AC. Omega-3, omega-6 and psoriasis: a different view. *Int J Dermatol.* 2005; 44: 527-528.
10. Wolters M. Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. *Br J Dermatol.* 2005; 153: 706-714.
11. Serwin AB, Wasowicz W, Gromadzinska J, Chodynicka B. Selenium status in psoriasis and its relations to the duration and severity of the disease. *Nutrition* 2003; 19: 301-304.
12. Michaëlsson G, Gerdén B, Hagforsen E, Nilsson B, Pihl-Lundin I, Kraaz W, et al. Psoriasis patients with antibodies to gliadin can be improved by a gluten-free diet. *Br J Dermatol.* 2000; 142: 44-51.
13. Stücker M, Memmel U, Hoffmann M, Hartung J, Altmeyer P. Vitamin B12 cream containing avocado oil in the therapy of plaque psoriasis. *Dermatol.* 2001; 203: 141-147.
14. Włodarek D. *Dietetyka.* Wydawnictwo Format AB, Warszawa 2005.
15. Stefańska E, Ostrowska L, Czapska D, Karczewski J. Wartość odżywcza posiłków w dietach kobiet o prawidłowej i nadmiernej masie ciała. *Roczn. PZH* 2010; 61(2): 201-205.
16. Sygnowska E, Waśkiewicz A, Głuszek J, Kwaśniewska M, Biela U, Kozakiewicz K, i wsp. Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol.* 2005; 63:6(4): 670-676.
17. Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła. *Zasady prawidłowego żywienia.* http://www.izz.waw.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=5&lang=pl (dostęp: 2012.07.06).
18. Ricketts JR, Rothe MJ, Grant-Kels MJ. Nutrition and psoriasis. *Clin Dermatol.* 2010; 28: 615-626.
19. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Osteoporoza – zapobieganie i leczenie. *Prz Menopauz.* 2010; 4: 283-287.
20. Alsufyani MA, Golant AK, Lebwohl M. Psoriasis and metabolic syndrome. *Dermatol Ther.* 2010; 23: 137-143.
21. Zemel MB, Shi H, Greer B, Dirienzo D, Zemel PC. Regulation of adiposity by dietary calcium. *FASEB J.* 2000; 14(9): 1132-1138.
22. Jabłoński E. Błonnik pokarmowy – niezbędny składnik racjonalnie sporządzanej diety. *Prz Pediatr.* 2005; 35(3): 162-167.
23. Mrozińska M. Rola kwasu gamma – linolenowego w utrzymaniu prawidłowej struktury i funkcji skóry. *Czas Aptek.* 2008; 1(169): 50-52.
24. Czelej D, Chodorowska G, Wojnowska D. Wpływ diety na przebieg i leczenie łuszczycy. *Prz Dermatol.* 2007; 94(6): 701-705.
25. Ciborowska H, Rudnicka A. *Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka.* Wydanie 3. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 2007.
26. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Dermatol.* 2000; 25: 107-110.

Evaluation of selected dietary habits of patients with psoriasis – preliminary study

Abstract

Introduction: Psoriasis is included in most frequent inflammatory illnesses of the skin. It is supposed that the correct lifestyle, including appropriate, rational diet is a helpful factor in the treatment of this disease.

Objective: The objective of the study was evaluation of selected nutritional habits of patients with psoriasis.

Material and methods: The survey covered a group of 40 patients with psoriasis. Nutritional habits were assessed using a questionnaire containing items concerning the number and regularity of consumption of meals, the frequency of consumption of selected groups of food products, and the habit of snacking between meals.

Results: The investigations showed that the patients most often consumed 3 meals daily. Dinner was most regularly consumed by both males and females, whereas supper – by males. The daily food rations were characterized by low consumption of coarse-grained groats and wholemeal bread, milk and dairy products, fish and leguminous dry seeds. A high frequency of consumption of pork and raw fruits and vegetables was observed. Patients most often used rape oil and olive oil (2-3 times a week). The majority of patients most often used butter for spreading on bread. The study also showed that alcohol, forbidden for these patients, was consumed by 100% of males and 85% of females.

Conclusions: The findings obtained indicated that an inadequate selection of the assortment of products consumed by the patients in the study may result in the intensification of pathological changes among patients with psoriasis.

Key words

psoriasis, dietary habits

