

Gyulladásos bélbetegséggel élő serdülők táplálkozási szokásainak felmérése

Pintér Hajnalka Krisztina¹  ■ Nagy Viola Anna¹
Csajbókné Csobod Éva dr.¹ ■ Béres Nóra Judit dr.² ■ Prehoda Bence dr.²
Cseh Áron dr.² ■ Dezsőfi-Gottl Antal dr.²
Pintér Ádám³ ■ Pálfi Erzsébet dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay Utcai Részleg, Budapest

³Óbudai Egyetem, Neumann János Informatikai Kar, Budapest

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegségek (IBD-k) incidenciája világszerte növekszik, kialakulásukban és lefolyásukban a táplálkozási tényezők is szerepet játszanak. A mediterrán étrend protektív hatását több klinikai kutatás is igazolta, azonban a betegek valós táplálkozási szokásairól – különösen remisszió idején – korlátozott adat áll rendelkezésre.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja a remisszióban lévő, serdülőkori IBD-betegek mediterrán diétához való adherenciájának és a nyugati típusú étrendhez köthető táplálkozási szokásainak felmérése volt.

Módszer: Keresztmetszeti vizsgálatban 24, biológiai terápiában részesülő IBD-beteg (átlagéletkor: $15,71 \pm 2,31$ év) vett részt. A mediterrán diétához való adherenciát a KIDMED-kérdőívvel, míg a nyugati étrendi elemek fogyasztását 23 tételes speciális ételmszerfogyasztás-gyakorisági kérdőívvel értékeltük.

Eredmények: A KIDMED alapján a résztvevők többsége alacsony ($n = 16$) vagy közepes ($n = 8$) adherenciát mutatott, nagymértékű adherencia nem fordult elő (KIDMED-pontszám-átlag: $2,75 \pm 1,78$). Az ételmszerfogyasztás-gyakorisági kérdőív alapján valamennyi beteg rendszeresen fogyasztott nyugati típusú étrendre jellemző ételmszereket; a leggyakrabban fogyasztott termékek a csokoládé, a zsíros felvágottak, a péksütemények, a cukrozott gabonapelyhek voltak. A kérdőívben szereplő 23 ételmszercsoport közül átlagosan 7,75 szerepelt a résztvevők étrendjében legalább heti 1–3-szor. A táplálkozási szokások és a diagnózisok (Crohn-betegség, colitis ulcerosa), illetve a nemek között nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat, ugyanakkor a résztvevők egyharmadánál kedvezőtlen étrendi mintázat volt megfigyelhető. A két kérdőív közötti kapcsolat vizsgálata során nem találtunk szignifikáns összefüggést.

Megbeszélés: Eredményeink a nyugati típusú étrend tekintetében összhangban vannak a hazai, egészséges populáción végzett felmérések megállapításaival, amelyek alacsony szintű zöldség-, gyümölcs- és rostfogyasztást jeleznek. A mediterrán étrenddel kapcsolatos eredményeink a nemzetközi adatokhoz képest kedvezőtlenebb képet mutatnak. A vizsgálat rámutat arra, hogy a remisszió idején a táplálkozási ajánlások követése háttérbe szorulhat.

Következtetés: Az IBD-betegek körében kedvezőtlen táplálkozási mintázat figyelhető meg, amely indokoltá teszi a rendszeres és célzott dietetikai intervenciót. A hosszú távon fenntartható, kiegyensúlyozott étrend hangsúlyozása – különösen remisszió idején – kulcsfontosságú a betegségmenedzsment szempontjából.

Orv Hetil. 2026; 167(35): 1394–1401.

Kulcsszavak: gyulladásos bélbetegség, táplálkozás, mediterrán diéta, nyugati étrend

Assessment of dietary habits in adolescents with inflammatory bowel disease

Introduction: The incidence of inflammatory bowel diseases (IBDs) is increasing worldwide, with dietary factors playing a role in both their development and clinical course. The protective effect of the Mediterranean diet has been confirmed by several clinical studies; however, limited data are available on patients' actual dietary habits – particularly during remission.

Objective: The aim of our study was to assess adherence to the Mediterranean diet and the presence of Western-type dietary patterns among adolescent IBD patients in remission.

Method: In this cross-sectional study, 24 IBD patients receiving biologic therapy (mean age: 15.71 ± 2.31 years) were included. Adherence to the Mediterranean diet was assessed using the KIDMED questionnaire, while the consumption of Western dietary components was evaluated using a specific 23-item food frequency questionnaire.

Results: Based on KIDMED scores, all participants showed low ($n = 16$) or moderate ($n = 8$) adherence, with no cases of high adherence (mean: 2.75 ± 1.78). According to the food frequency questionnaire, all patients regularly

consumed foods characteristic of a Western dietary pattern, most commonly chocolate, high-fat processed meats, bakery products, and sugar-sweetened breakfast cereals. Participants consumed an average of 7.75 out of 23 listed food groups at least 1–3 times weekly. No significant associations were found between dietary habits and diagnosis (Crohn's disease or ulcerative colitis) or sex; however, approximately one-third of the participants demonstrated an unfavorable dietary pattern. Furthermore, no significant correlation was identified between the results of the two questionnaires.

Discussion: Our findings regarding Western dietary patterns are consistent with results from studies conducted in the healthy Hungarian population, which indicate low intake of vegetables, fruits, and dietary fiber. Adherence to the Mediterranean diet in our cohort appears less favorable compared to international data. The study highlights that adherence to dietary recommendations may decline during remission.

Conclusion: An unfavorable dietary pattern was observed among IBD patients, supporting the need for regular and targeted dietary interventions. Emphasizing a sustainable, balanced diet – particularly during remission – is essential for effective disease management.

Keywords: inflammatory bowel disease, nutrition, mediterranean diet, western diet

Pintér HK, Nagy VA, Csajbókné Csobod É, Béres NJ, Prehoda B, Cseh Á, Dezsőfi-Gottl A, Pintér Á, Pálfi E. [Assessment of dietary habits in adolescents with inflammatory bowel disease]. *Orv Hetil.* 2026; 167(35): 1394–1401.

(Beérkezett: 2026. május 13.; elfogadva: 2026. június 3.)

Rövidítések

CDED = (Crohn's disease exclusion diet) a Crohn-betegségben alkalmazott kizáró étrend; ECCO = (European Crohn's and Colitis Organisation) Európai Crohn és Colitis Szervezet; EEN = (exclusive enteral nutrition) kizárólagos enterális táplálás; ESPGHAN = (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) Európai Gyermekgastroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozási Társaság; FFQ = (food frequency questionnaire) ételmiszerfogyasztás-gyakorisági kérdőív; IBD = (inflammatory bowel disease) gyulladásos bélbetegség; OTÁP = Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálat; PEN = (partial enteral nutrition) részleges enterális táplálás; SCD = (specific carbohydrate diet) speciális szénhidrátdiéta; UPF = (ultra-processed food) ultrafeldolgozott ételmiszer

A gyulladásos bélbetegség (IBD) incidenciája világszerte emelkedő tendenciát mutat [1, 2], kialakulása multifaktoriális: genetikai hajlam, környezeti tényezők és az immunrendszer zavara egyaránt szerepet játszik.

A táplálkozással kapcsolatos problémák a felnőtt- és gyermekkori IBD-ben is gyakoriak, beleértve az étvágytalanságot, a fehérje-energia malnutritiót, valamint a mikro- és makrotápanyag-hiányokat, amelyek negatívan befolyásolják a növekedést és a fejlődést [3].

Az Európai Gyermekgastroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozási Társaság (ESPGHAN) és az Európai Crohn és Colitis Szervezet (ECCO) közös irányelvei hangsúlyozzák a rendszeres tápláltsági állapotfelmérés és a megfelelő táplálásterápia fontosságát a betegség kezelése során. A kizárólagos enterális táplálás (EEN) első vonalbeli terápiaként ajánlott a Crohn-betegség remissziójának indukciójára, míg a colitis ulcerosa esetében a táplálkozási intervenciók szerepe kevésbé meghatározott [4, 5].

Mediterrán diéta

Az utóbbi években az EEN mellett újabb diétás próbálkozások jelentek meg, amelyekkel növelhető a páciensek diétaadherenciája. A részleges enterális táplálás (PEN), a Crohn-betegség kizáró diétája (CDED) vagy a speciális szénhidrátdiéta (SCD) mind a diétahűség javítását célozza [6–8]. Ezeket a táplálkozási ajánlásokat a remisszió elérésére, valamint hosszú távú fenntartására próbálják bevetni. A remisszió idejében a kiegyensúlyozott, egészséges táplálkozás ajánlott az egyéni tolerancia figyelembevételével [9]. A korábban említett étrendeken túl, a mediterrán diétával kapcsolatban is készültek kutatások, amely mint tartósan fenntartható, kiegyensúlyozott táplálkozási mód képes javítani a betegek életminőségét, és a betegség lefolyására is pozitív hatással lehet [10, 11]. Egyes kutatások a gyulladásos paraméterek (C-reaktív protein, szérumkalprotektin), a betegségaktivitási index csökkenéséről is beszámolnak [12, 13].

A mediterrán étrendre jellemző a zöltségek (akár 3–9 adag/nap), a gyümölcsök (0,5–2 adag/nap), a gabonafélék (1–13 adag/nap) és az olívaolaj (akár 8 adag/nap) nagymértékű fogyasztása. Ennek megfelelően a zsírfogyasztáson belül az egyszerűen telítetlen zsírsavak aránya megközelíti a 18%-ot, míg a napi rostbevitel elérheti a 33 grammot [14]. Ezen túl a mediterrán diéta egyik alapelve a közös étkezések és a társas kapcsolatok fontosságának hangsúlyozása.

Bár IBD-ben kiemelt jelentőségű a kiegyensúlyozott táplálkozás, a dietetikai gyakorlat során azt tapasztaljuk, hogy a korszerű terápiás lehetőségek – különösen a biológiai kezelések – révén elérhető tartós tünetmentesség idején a betegek hajlamosak háttérbe szorítani az egészséges táplálkozás alapelveinek betartását.

A nyugati étrend („Western diet”) jellemzői

A nyugati típusú étrendet korábban is összefüggésbe hozták a bélmikrobiom megváltozásával, krónikus gyulladásal és számos krónikus megbetegedéssel, amelyek többek között a szív-ér rendszert és az emésztőrendszert is érintik [15]. Egy irodalmi áttekintés már 10 évvel ezelőtt is rámutatott az IBD előfordulásának növekedése és a nyugati étrend kapcsolatára [16]. Ezt az eredményt ezután számos más publikáció is megerősítette, gyermek- és felnőttkori IBD vonatkozásában is [17–20].

A nyugati típusú étrend – magas zsír-, só- és cukortartalma, az ultrafeldolgozott élelmiszerek (UPF-ek) gyakori fogyasztása, valamint az alacsony szintű rostbevitel következtében – lényegében a mediterrán diéta ellentéte. Konkrét élelmiszerekre vetítve a nyugati diéta a vörös húsok, feldolgozott húsipari termékek, zsíros tejtermékek, feldolgozott gabona- és sütőipari termékek megnövekedett fogyasztását jelenti, amely kisebb mértékű gyümölcs- és zöldségfogyasztással párosul [21]. Az ilyen típusú étrend egyik legjelentősebb következménye a globális szinten megfigyelhető elhízás növekvő prevalenciája, emellett számos krónikus, nem fertőző megbetegedéssel is szoros összefüggést mutat [22, 23].

Az UPF-ek fogyasztását gyermekkori IBD-ben már hazánkban is vizsgálták, és az IBD-s páciensek gyakoribb UPF-fogyasztását dokumentálták az egészséges kontrollokkal szemben [24]. A hazai táplálkozási szokások vizsgálatában a legfrissebb kutatás az OTÁP (Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálat) 2019. évi felmérése, amely az ajánlásoknál kevesebb zöldség, gyümölcs, teljes kiőrlésű gabona és rost fogyasztásáról, több zsír és koleszterin beviteléről, csekély mértékű halfogyasztásról számol be. A felnőttek zsír- és koleszterinbevitelével jóval meghaladja az ajánlást (30 energiaszázalék). A húskészítmények közül a férfiaknak és a nőknek is nagyjából a fele közepesen zsíros felvágottakat fogyaszt. A zsírok bevitelért felelős élelmiszerek közül 22–29%-ban felelősek a húsok, húskészítmények. Ezeken túl a halfogyasztás pedig erősen elmarad a kívánatostól [25]. A cukros italok fogyasztását tekintve a 6–8 éves gyermekek körében 2019-ben a fogyasztók aránya elérte a 67%-ot. A felnőtt lakosságban – életkortól és nemtől függően – 16–41% azok aránya, akik a hozzáadott cukor bevitelére vonatkozó, napi 10 energiaszázalékos ajánlást meghaladják [26, 27].

Egy 2025. évi, kelet-európai táplálkozási mintázatokat vizsgáló kutatás szerint Magyarországon nagyobb arányú a zsírból származó és relatíve alacsony szintű a szénhidrátból származó energiabevitel [28]. Ugyanitt az átlagnál kisebb mértékű zab- és árpafogyasztásról, rostbevitelről számolnak be, valamint a sertéshús fogyasztását találták legjellemzőbbnek.

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a hazai lakosság táplálkozási szokásai nem igazodnak sem az egészséges magyar ajánláshoz (OKOSTÁNYÉR), sem az azzal összhangban álló mediterrán étrendhez. Ugyanakkor a

nyugati típusú étrend kedvezőtlen jellemzői – mint a nagyarányú zsír- és hozzáadottcukor-fogyasztás – markánsan jelen vannak.

Mindezek alapján indokoltá válik annak vizsgálata, hogy e tendenciák miként érvényesülnek specifikus betegcsoportokban is. A jelen kutatás célja a gyermekkori IBD-vel diagnosztizált, remisszióban lévő betegek táplálkozási szokásainak feltérképezése, különös tekintettel a mediterrán étrendhez, illetve a nyugati táplálkozási mintázathoz kapcsolódó elemek jelenlétére étrendjükben.

Módszer

Keresztmetszeti vizsgálatunkba a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának Bókey Utcai Részlegén 2022. február és 2024. augusztus között biológiai terápiával kezelt, IBD-vel diagnosztizált pácienseket vontunk be. Minden résztvevő (vagy 18 év alatt a törvényes képviselője) beleegyező nyilatkozatot töltött ki. A kutatás az ETT-RKEB 162/2020. számú etikai kutatási engedélyével rendelkezik.

A vizsgálatba összesen 39 főt vontunk be, akik közül 15 főt szigorúan korlátozó diéta vagy a betegség relapsusa miatt kellett kizárunk. Így 24 fő eredményeit mutatjuk be ebben a közleményben, akik közül 18 főt Crohn-betegséggel, 6 főt colitis ulcerosával diagnosztizáltak: 16 fiú, 8 lány, a legidősebb 19, a legfiatalabb 10 éves, átlag-életkoruk $15,71 \pm 2,31$ év (1. táblázat).

A nyugati étrend elemeinek vizsgálatára – mivel a kutatás kezdetekor nem állt rendelkezésre validált, célzottan ezeknek az élelmiszereknek a fogyasztását vizsgáló kérdőív – speciális, általunk összeállított, erre irányuló, 23 elemből álló élelmiszerfogyasztás-gyakorisági kérdőívet (FFQ-t) használtunk. Az élelmiszercsoportok kiválasztása kutatócsoportunk klinikai és kutatási tapasztalatain alapult, beleértve az ugyanebben a populációban korábban végzett, részletes 3 napos táplálkozási naplón alapuló felmérést is [29]. A teljes magyar táplálkozást lefedő FFQ-ból [30] választottuk ki a hazai viszonylatban gyakran előforduló, sok hozzáadott cukrot, zsírt és sót tartalmazó ételeket (például lángos, kolbászfélék, édes-ségek). Ezzel a módszerrel a napi többszöri fogyasztástól a havi 1–3-szori, illetve annál ritkább fogyasztásig terjedő skálán jellemezzük az adott étel fogyasztását. Az

1. táblázat | A vizsgálatba bevont páciensek jellemzői

	Változó	Érték
Életkor (év)	Átlag $\pm$ szórás	$15,71 \pm 2,31$
	Medián (<i>min.</i> – <i>max.</i>)	16 (10–19)
Nem	Fiú, n (%)	16 (66,7%)
	Lány, n (%)	8 (33,3%)
Diagnózis	Crohn-betegség, n (%)	18 (75,0%)
	Colitis ulcerosa, n (%)	6 (25,0%)

elemzéshez a heti 1–3-szor, illetve annál gyakrabban fogyasztott élelmiszereket számoltuk össze, és ha egy egyén a 23 elemből legalább 10-et ilyen rendszerességgel fogyasztott, azt kedvezőtlenebb táplálkozási mintának tekintettük.

Mivel a jelenlegi magyar egészséges táplálkozási ajánláshoz (OKOSTÁNYÉR) nem áll rendelkezésre validált kérdőív, a táplálkozási szokások vizsgálatára egy, a mediterrán diétához való adherenciát felmérő kérdőívet alkalmaztunk. A választást indokolja, hogy a mediterrán étrend több eleme a korábban ismertetett egészségügyi előnyökkel bír IBD-ben, különösen a nyugalmi szakaszban. A vizsgálat során a gyermekekre és serdülőkre validált, számos korábbi kutatásban – többek között IBD-betegek körében is – alkalmazott KIDMED-kérdőívet használtuk [13, 31–33].

A kérdőív 16 kérdésből áll, és eredményként kis-, közepes és nagymértékű adherenciával jellemzi a kitöltők táplálkozási szokásait a mediterrán diétával kapcsolatban. A kérdések többek között a zöldségek, gyümölcsök, teljes kiőrlésű gabonafélék és hal fogyasztására irányulnak. Néhány elem a negatív táplálkozási mintákra – mint a reggeli kihagyása és a gyakori gyorséttermi étkezések – is kitér. Az elérhető maximális pontszám 12, a legalacsonyabb –4, mivel a negatív étkezési mintákra negatív pontozás alkalmazandó. A pontok összegzése után az elért összpontszám függvényében kis- (3 vagy annál kisebb összpontszám), közepes (4–7 pont) és nagymértékű (8 pont és a felett) mediterrándiéta-adherencia állapítható meg, amely a táplálkozás minőségére is utal.

Az eredmények elemzéséhez Microsoft 365 Excel 2603 verziót (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA), valamint IBM SPSS Statistics Version 30.0.0.0.(171) szoftvereket (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) használtunk. Leíró statisztikát, keresztábrák-elemzéseket, Fisher-féle egzakt tesztet, Spearman-féle rangkorrelációt és lineáris regressziós modellt készítettünk.

Eredmények

Az élelmiszerfogyasztás-gyakorisági kérdőív eredményei

Az FFQ elemzése során először a legalább heti 1–3-szor fogyasztott élelmiszereket elemeztük. A 24 bevont személy az FFQ-ban szereplő 23 élelmiszercsoportból átlagosan 7,75-öt fogyasztott heti 1–3 alkalommal. Az egyének közül a legkevesebb ilyen gyakorisággal fogyasztott élelmiszercsoportot megjelölő személy 2, míg a legtöbbet megjelölő személy 16 különböző élelmiszercsoportot fogyasztott legalább heti 1–3 alkalommal. Nem volt olyan egyén, aki a kérdőívben szereplő élelmiszerek közül egyáltalán nem fogyasztott volna.

Ahogy korábban leírtuk, ha egy egyén a 23 elemből legalább 10-et legalább heti 1–3-szor fogyaszt, azt kedvezőtlenebb táplálkozási mintának tekintettük. Betegség

2. táblázat | Táplálkozási minta az élelmiszerfogyasztás-gyakorisági kérdőív alapján diagnózisonként vizsgálva

		Táplálkozási minta		Összesen
		Kedvezőbb	Kedvezőtlenebb	
Diagnózis	Crohn-betegség (n)	13	5	18
	Colitis ulcerosa (n)	3	3	6
Összesen (n)		16	8	24

3. táblázat | Táplálkozási minta az élelmiszerfogyasztás-gyakorisági kérdőív alapján nemeként vizsgálva

		Táplálkozási minta		Összesen
		Kedvezőbb	Kedvezőtlenebb	
Nem	Fiú (n)	11	5	16
	Lány (n)	5	3	8
Összesen (n)		16	8	24

szerinti bontásban ez alapján 5 Crohn-betegnek és 3 colitis ulcerosás betegnek voltak kedvezőtlenebb táplálkozási szokásai (2. táblázat). A nemek szerinti bontást vizsgálva 5 fiú és 3 lány került a kedvezőtlenebb táplálkozási mintát folytatók csoportjába (3. táblázat).

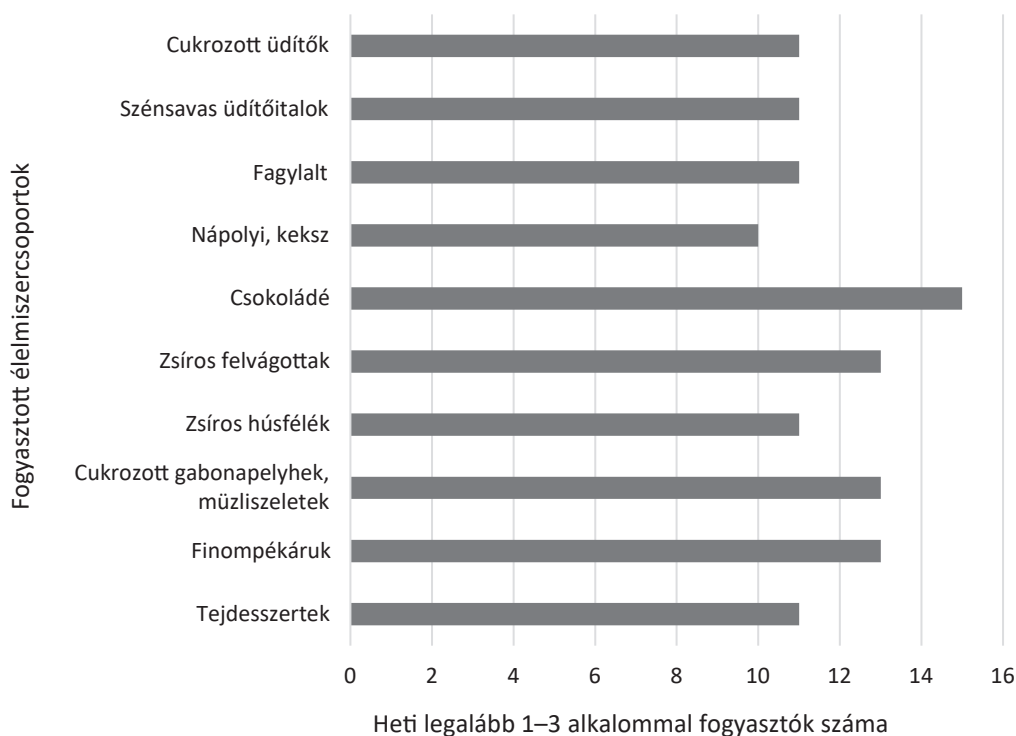
Az alacsony esetszám miatt a nemek és a diagnózisok közötti különbségeket Fisher-féle egzakt tesztel vizsgáltuk, szignifikáns különbségeket azonban nem tudtunk kimutatni (diagnózisonként $p = 0,362$; nemeként $p = 1,000$).

Összesítettük, hogy mely élelmiszereket jelölték a legtöbben legalább heti 1–3-szor fogyasztásra. A 23 elemből a 10 leggyakrabban jelölt/választott élelmiszert az 1. ábra szemlélteti: 15 fő fogyaszt csokoládét, 13–13 fő pedig zsíros felvágottakat (például szalámit), cukrozott gabonapelyheket, müzliszeleteket és finompékárut a korábban említett gyakorisággal.

A mediterrán diétához való adherenciát felmérő kérdőív eredményei

Az általunk felmért csoportból a Módszer fejezetben leírtak alapján senkinek sem volt nagymértékű az adherenciája, mivel a legmagasabb elért pontszám 6 volt, a legalacsonyabb pedig –1. (A kérdőívben szereplő három, negatív pontot érő kérdés miatt lehetséges a negatív pontszám elérése.) Az átlagos pontszám $2,75 \pm 1,78$ (minimum: –1; maximum: 6; medián: 3).

A betegség szerinti bontás alapján 11 Crohn-beteg és 5 colitis ulcerosás beteg alacsony szintű adherenciával jellemezhető. 7 Crohn-beteg és 1 colitis ulcerosával diagnosztizált páciens pedig közepes mértékű adherenciával rendelkezik (4. táblázat). A nemek szerinti vizsgálat alapján 10 férfinak és 6 nőnek alacsony szintű, míg 6 fiúnak



1. ábra | A speciális ételmisszerfogyasztás-gyakorisági kérdőív alapján leggyakrabban fogyasztott 10 ételmisszer

nak és 2 lánynak közepes a diétaadherenciája (5. táblázat). A Fisher-féle egzakt teszt itt sem mutatott szignifikáns eltérést a nemek vagy a betegség tekintetében (diagnózisonként $p = 0,621$; nemenként $p = 0,667$).

A diétaadherencia és az ételmisszerfogyasztás-gyakoriság összefüggése

Ezen túlmenően vizsgáltuk a mediterrán étrendhez való adherenciát mérő kérdőív és az FFQ eredményei közötti összefüggéseket is. Elemzésünk célja annak feltárása volt,

4. táblázat | A mediterrán diétához való hűség diagnózisonként vizsgálva

		Diétaadherencia		Összesen
		Alacsony	Közepes	
Diagnózis	Crohn-betegség (n)	11	7	18
	Colitis ulcerosa (n)	5	1	6
Összesen (n)		16	8	24

5. táblázat | A mediterrán diétához való hűség nemenként vizsgálva

		Diétaadherencia		Összesen
		Alacsony	Közepes	
Nem	Fiú (n)	10	6	16
	Lány (n)	6	2	8
Összesen (n)		16	8	24

hogy az alacsonyabb adherenciapontszámmal rendelkező résztvevők gyakrabban jelölnek-e fogyasztotként a nyugati típusú táplálkozásra jellemző FFQ-elemeket, illetve fordított irányú kapcsolat is megfigyelhető-e.

Az összefüggés vizsgálatára Spearman-féle rangkorrelációt és lineáris regressziót alkalmaztunk, azonban egyik módszer sem mutatott szignifikáns kapcsolatot (Spearman: $r = -0,254$, $p = 0,230$; lineáris regresszió: $\beta = -0,106$, $p = 0,267$).

A két kérdőív a táplálkozás 2 ellentétes pólusát vizsgálja, két elembe azonban átfedés van a kérdésekben. A KIDMED-kérdőív negatív pontozással járó kérdései között megjelenik a heti 1-nél gyakoribb gyorséttermi étkezés. Érdekes, hogy a KIDMED alapján csupán 3 fő jár heti 1-nél többször gyorsétterembe, az FFQ szerint azonban 6 fő fogyaszt legalább heti 1–3-szor gyorsételt (hamburgert, gyrost, pizzát).

Hasonló pont a finompékárúk fogyasztása, amelyre a KIDMED úgy kérdez rá, hogy péksüteményt reggelizik-e a válaszadó. Erre 4 fő válaszolt igennel, az FFQ alapján a péksütemény azonban a 10 leggyakrabban fogyasztott ételmisszer között szerepel a listából: 13-an fogyasztanak legalább hetente 1–3-szor.

Megbeszélés

A táplálkozás az IBD patomechanizmusában, valamint a betegség progressziójában és terápiájában egyaránt fontos tényező [34]. Az emésztőrendszer érintettsége következtében a betegek tápláltsági állapota és étrendi szo-

kásai gyakran eltérnek az egészséges populációétól, ami életminőségükre is kedvezőtlen hatással lehet [35].

Vizsgálatunk eredményei alapján elmondhatjuk, hogy az általunk bevont IBD-betegek körében alacsony szintű a mediterrán diétához köthető adherencia, és nem mutatkozott szignifikáns különbség sem a nemek, sem a diagnózisok tekintetében. Eredményeink kedvezőtlenebb képet festenek más, hasonló betegcsoportokon végzett vizsgálatokhoz képest, amelyekben magasabb átlagos KIDMED-pontszámot ($6,89 \pm 2,33$) [32], illetve közepes mértékű adherenciát írtak le [33]. Egyes kutatások arra is rámutattak, hogy a nagyobb mértékű mediterrán-diéta-hűség elsősorban azoknál a betegeknél volt jellemző, akik dietetikai tanácsadásban részesültek, illetve ahol a családi étkezések hangsúlyos szerepet kaptak [36].

Az FFQ eredményei alapján minden résztvevő fogyasztott legalább két, sok zsírt, hozzáadott cukrot vagy sőt tartalmazó élelmiszercsoportba tartozó terméket heti rendszerességgel, a legmagasabb érték pedig 16 különböző élelmiszercsoport fogyasztása volt. A vizsgált páciensek egyharmadánál azonosítottunk kedvezőtlenebb táplálkozási mintázatot. A leggyakrabban fogyasztásra jelölt élelmiszerek jól tükrözik a hazai táplálkozási szokásokat: péksütemények, csokoládé és feldolgozott húskészítmények egyaránt szerepeltek. Ez összhangban áll a hazai felmérésekkel [25], amelyek a nagymértékű zsírbevitel mellett kismértékű zöldség- és gyümölcsfogyasztást mutattak ki [37], és így alátámasztják az általunk talált alacsony KIDMED-pontszámokat is.

Nemzetközi és hazai adatok egyaránt a nyugati típusú étrend térnyerését jelzik, amelyre jellemző a sok zsír és hozzáadott cukor bevétele, valamint a kevés rost fogyasztása. E tendencia már gyermekpopulációban is megfigyelhető, ami hosszabb távon tovább ronthatja a krónikus bélbetegségek kimenetelét.

A nyugati táplálkozási mintára utaló eredmények születtek 2023-ban a gyermekek táplálkozásával kapcsolatban is. A zsírból származó energiabevitel meghaladja az ajánlott 30 energiaszázalékot, ahogyan a koleszterin és a telített zsírsavak bevétele is túlzó mértékű. Az omega zsírsavak aránya előnytelen volt; a hozzáadott cukorból származó energia az ajánlott 10 energiaszázalék felett van, ami a gyermekek több mint felénél volt megfigyelhető. Alacsony szintű a rostbevitel a zöldségek, gyümölcsök és teljes kiőrlésű gabonák kismértékű fogyasztása miatt [38].

A vizsgálatunkban használt két kérdőív – a KIDMED és a speciális nyugati típusú étrendre fókuszáló FFQ – eltérő megközelítése ellenére azonosíthatók bizonyos átfedések. Mindkét eszköz rákérdez például a gyorsételek és a finompékárak fogyasztására, az eltérő kérdésfeltevés azonban különböző válaszokat eredményezett. A KIDMED gyorséttermi étkezésre vonatkozó kérdésénél a kevesebb pozitív válasz oka lehet a hamburger, pizza, gyros házi készítésének ténye, vagy hogy a KIDMED csak a heti minimum 2 gyorséttermi látogatást pontozza, míg az FFQ már a heti egyszeri előfordulást is rögzíti.

Hasonló különbség figyelhető meg a finompékárak esetében, amellyel kapcsolatban a KIDMED-ben elért kevesebb pozitív válasz magyarázata lehet, hogy a válaszadók nem reggelire fogyasztják a péksüteményt (ahogyan arra a KIDMED rákérdez), hanem máskor a nap folyamán. Ez arra utal, hogy az FFQ részletesebb képet adhat a nyugati típusú étrendi elemek rendszeres jelenlétéről, még akkor is, ha azok nem felelnek meg a KIDMED negatív pontozási kritériumainak.

Bár statisztikai összefüggést nem találtunk a két kérdőív eredményei között, az összkép egyértelműen kedvezőtlen táplálkozási mintázatot jelez. A vizsgált populáció étrendjében megjelennek a nyugati típusú táplálkozás jellemzői, miközben az ajánlott élelmiszercsoportok – különösen a zöldségek, gyümölcsök, halak, teljes kiőrlésű gabonák és tejtermékek – fogyasztása elégtelen.

Limitációk és erősségek

Vizsgálatunk egyik legfontosabb limitációja az alacsony esetszám volt. Ennek hátterében több tényező áll: egyrészt kizárólag biológiai terápiában részesülő betegeket vontunk be a vizsgálatba, másrészt a kutatás helyszínén az EEN, valamint a CDED a mindennapi dietoterápiás gyakorlat részét képezi. Ezen étrendi intervenciók ideje alatt a betegek nem követhetik szokásos étrendjüket, ezért az érintett alanyokat a vizsgálatból ki kellett zárni. Továbbá a betegség aktív szakasza jelentősen befolyásolja a táplálékfelvételt, így a jelen közleményben kizárólag azon betegek eredményeit elemeztük, akik a kérdőív felvételekor remisszióban voltak.

Másik korlátozó tényezőként említhető, hogy az általunk alkalmazott FFQ az általunk használt formában nem validált mérőeszköz. A kérdőívet kifejezetten a jelen exploratív vizsgálat céljaira állítottuk össze, annak érdekében, hogy felmérjük a nyugati táplálkozási mintázatra jellemző élelmiszerek jelenlétét serdülőkorú IBD-betegek étrendjében. A rövidített kérdőív nem teljes körű kvantitatív táplálkozási felmérés volt, hanem a kedvezőtlen táplálkozási mintázatra jellemző élelmiszerek fogyasztási gyakoriságának és együttes jelenlétének egyszerűen alkalmazható, a klinikai gyakorlatban is könnyebben kivitelezhető vizsgálata serdülőkorú betegek körében. Hasonlóképpen, a legalább 10 élelmiszercsoport heti ≥ 1 –3 alkalommal történő fogyasztásán alapuló kategorizálás sem validált határértéken alapult, ezért ezt exploratív jellegű indikátorként értelmeztük, nem pedig diagnosztikus küszöbértékként. A kategória kialakításának célja az volt, hogy lehetőséget biztosítson a nyugati étrendi elemek gyakoribb együttes előfordulásának statisztikai leírására és összehasonlító elemzésére a vizsgált populációban. A választott határértéket a nyugati típusú étrendi komponensek viszonylag gyakori és együttes jelenlétének jelzőjeként alkalmaztuk.

Ezzel szemben közleményünk egyediségét az adja, hogy az alkalmazott módszerekkel mindeddig nem történt hasonló felmérés Magyarországon ebben a korcso-

portban és betegpopulációban. A nemzetközi vizsgálatok többsége elsősorban a fellángolás időszakában folytatott táplálkozási szokásokra és ajánlásokra fókuszál, miközben a remisszió alatti étrendi mintázatokat célzó kutatások száma elhanyagolható. Bár a nyugati típusú táplálkozás egyes elemeinek – például az UPF-eknek – a fogyasztására vonatkozó vizsgálat az utóbbi években megkezdődött [24], ezen étrendi mintázat komplex, többtényezős jellemzőinek átfogó elemzése továbbra is hiányos.

Következtetés

A kiegyensúlyozott, egészséges táplálkozás célja nem a több zsírt vagy hozzáadott cukrot tartalmazó élelmiszerek teljes kizárása, hanem azok észszerű mennyiségben és gyakorisággal történő fogyasztása. IBD-ben, különösen fellángolást követően, a tápláltsági állapot rendezése elsődleges, ezért ilyenkor a diétás megkorlátozások háttérbe szoríthatnak. Ugyanakkor hosszú távon nem közömbös, hogy a betegek milyen étrendi mintázatot követnek, mivel a nyugati típusú táplálkozás kedvezőtlen testösszetételhez és metabolikus kockázatokhoz vezethet.

Bár a jelen vizsgálat nem tért ki a testösszetétel és a tápláltsági állapot részletes elemzésére, ezek bevonása a jövőbeli kutatásokba indokolt lenne. A táplálkozási szokások átfogóbb feltérképezését segítené a részletesebb módszerek (például többnapos táplálkozási napló vagy teljes körű FFQ) alkalmazása, ugyanakkor ezek gyakorlati kivitelezése korlátozott lehet.

A dietetikai tanácsadás során hangsúlyozni szükséges a fenntartható, kiegyensúlyozott étrend jelentőségét, és a betegek követése nemcsak fellángolás idején, hanem remisszióban is indokolt. A hazai ajánlások (például OKOSTÁNYÉR) mellett a mediterrán étrend – kedvező zsírsavösszetételével és megfelelő rostbevitelével, az egyéni toleranciát figyelembe véve – jól beilleszthető a terápiás javaslatok közé.

Serdülőkorban a táplálkozási szokásokat jelentősen befolyásolják pszichoszociális tényezők, ezért a betegek ellátása holisztikus megközelítést és szoros interdiszciplináris együttműködést igényel. A megfelelő táplálásterápia integrálása a komplex kezelési tervbe alapvető fontosságú a betegség optimális kontrollja és az életminőség javítása szempontjából.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: P. H. K.: Irodalomkutatás, a kézirat eredeti változatának elkészítése, adatok gyűjtése és feldolgozása. N. V. A.: Adatok gyűjtése. Cs. Cs. É., D.-G. A.: Szakmai véleményezés. B. N. J., P. B.: A kézirat átdolgozása és szerkesztése. Cs. Á.: A kézirat átdolgozása és szerkesztése, szakmai véleményezés. P. Á.: Az ábra és a táblázatok szerkesztése. P. E.: Módszertan,

a kézirat átdolgozása és szerkesztése, szakmai véleményezése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző olvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Khan R, Kuenzig ME, Benchimol EI. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2023; 52: 483–496.
- [2] Kuenzig ME, Fung SG, Marderfeld L, et al. Twenty-first century trends in the global epidemiology of pediatric-onset inflammatory bowel disease: systematic review. *Gastroenterology* 2022; 162: 1147–1159.e4.
- [3] Dos Santos GM, Silva LR, Santana GO. Nutritional impact of inflammatory bowel diseases on children and adolescents. [Repercussões nutricionais em crianças e adolescentes na presença de doenças inflamatórias intestinais.] *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32: 403–411. [Portuguese]
- [4] van Rheenen PF, Aloï M, Assa A, et al. The medical management of paediatric Crohn's disease: an ECCO-ESPGHAN guideline update. *J Crohns Colitis* 2021; 15: 171–194.
- [5] Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, et al. Management of paediatric ulcerative colitis. Part 1: ambulatory care. An evidence-based guideline from European Crohn's and Colitis Organization and European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018; 67: 257–291. Erratum: *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020; 71: 794.
- [6] González-Torres L, Moreno-Álvarez A, Fernández-Lorenzo AE, et al. The role of partial enteral nutrition for induction of remission in Crohn's disease: a systematic review of controlled trials. *Nutrients* 2022; 14: 5263.
- [7] Sigall Boneh R, Westoby C, Oseran I, et al. The Crohn's disease exclusion diet: a comprehensive review of evidence, implementation strategies, practical guidance, and future directions. *Inflamm Bowel Dis.* 2024; 30: 1888–1902.
- [8] Jatkowska A, White B, Glikas K, et al. Partial enteral nutrition in the management of Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis* 2025; 19: jjae177.
- [9] Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr.* 2023; 42: 352–379.
- [10] Godos J, Guglielmetti M, Ferraris C, et al. Mediterranean diet and quality of life in adults: a systematic review. *Nutrients* 2025; 17: 577.
- [11] Çelik K, Güveli H, Erzin Y, et al. The effect of adherence to Mediterranean diet on disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Turk J Gastroenterol.* 2023; 34: 714–719.
- [12] Chicco F, Magri S, Cingolani A, et al. Multidimensional impact of mediterranean diet on IBD patients. *Inflamm Bowel Dis.* 2021; 27: 1–9.
- [13] El Amrousy D, Elashry H, Salamah A, et al. Adherence to the mediterranean diet improved clinical scores and inflammatory markers in children with active inflammatory bowel disease: a randomized trial. *J Inflamm Res.* 2022; 15: 2075–2086.
- [14] Davis C, Bryan J, Hodgson J, et al. Definition of the mediterranean diet; a literature review. *Nutrients* 2015; 7: 9139–9153.
- [15] Adolph TE, Tilg H. Western diets and chronic diseases. *Nat Med.* 2024; 30: 2133–2147.
- [16] Penagini F, Dilillo D, Borsani B, et al. Nutrition in pediatric inflammatory bowel disease: from etiology to treatment. A systematic review. *Nutrients* 2016; 8: 334.
- [17] Li T, Qiu Y, Yang HS, et al. Systematic review and meta-analysis: association of a pre-illness Western dietary pattern with the risk

- of developing inflammatory bowel disease. *J Dig Dis.* 2020; 21: 362–371.
- [18] Zhao M, Feng R, Ben-Horin S, et al. Systematic review with meta-analysis: environmental and dietary differences of inflammatory bowel disease in Eastern and Western populations. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022; 55: 266–276.
- [19] Konjar Š, Benedik E, Šestan M, et al. Systems biology to unravel Western diet-associated triggers in inflammatory bowel disease. *Front Immunol.* 2025; 16: 1621334.
- [20] Hou JK, Abraham B, El-Serag H. Dietary intake and risk of developing inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature. *Am J Gastroenterol.* 2011; 106: 563–573.
- [21] Rakhra V, Galappaththy SL, Bulchandani S, et al. Obesity and the Western diet: how we got here. *Mo Med.* 2020; 117: 536–538.
- [22] Manzel A, Muller DN, Hafler DA, et al. Role of “Western diet” in inflammatory autoimmune diseases. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2014; 14: 404.
- [23] Clemente-Suárez VJ, Beltrán-Velasco AI, Redondo-Flórez L, et al. Global impacts of Western diet and its effects on metabolism and health: a narrative review. *Nutrients* 2023; 15: 2749.
- [24] Kasznár E, Bajzát D, Karoliny A, et al. Ultra-processed food intake in children with inflammatory bowel disease: a pilot case-control study. *Nutrients* 2025; 17: 3532.
- [25] Varga A, Bakacs M, Illés É, et al. Consumption of fish, meat, meat products, fats based on the OTÁP 2019 results. [Halak, húsök, húskészítmények, zsiradékok fogyasztása az OTÁP 2019-es eredmények alapján.] Available from: https://ogyei.gov.hu/dynamic/5_halak_husok_huskeszitmenyek_zsiradekok_fogyasztasa_az_otap_2019_es_eredmenyek_alapjan.pdf [accessed: April 26, 2026]. [Hungarian].
- [26] Feik B, Bakacs M, Illés É, et al. Fluid and sugar intake based on 2019 results. [Folyadék és cukorbevitel a 2019-es eredmények alapján. Available from: https://ogyei.gov.hu/dynamic/7_folyadekfogyasztas_es_cukorbevitel_a_2019-es_eredmenyek_alapjan_vegleges.pdf [accessed: April 26, 2026]. [Hungarian]
- [27] National Centre for Public Health and Pharmacy. National Nutrition and Nutritional Status Survey. Research report on trends in the nutrition and nutritional status of adults 2009–2014–2019. [Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálat Kutatási jelentés a felnőttek táplálkozásának, tápláltsági állapotának trendjeiről 2009–2014–2019. Available from: https://ogyei.gov.hu/dynamic/otap_2019_kutatasi_jelentes_v3.pdf [accessed: April 26, 2026]. [Hungarian]
- [28] Siminiuc R, Țurcanu D, Siminiuc S. Mapping Eastern European dietary patterns (2010–2022) using FAOSTAT: Implications for public health and sustainable food systems. *Sustainability* 2025; 17: 9223.
- [29] Pintér HK, Boros KK, Pálfi E, et al. Nutritional intake and body composition in children with inflammatory bowel disease: oral presentation at the 13th Conference of the Hungarian Medical Association of America – Hungary Chapter (HMAA-HC) at 30–31 August 2019, in Balatonfüred, Hungary. *Dev Health Sci.* 2020; 2: 97–103.
- [30] Biró L, Gee J. Development of a flexible, updatable, user-friendly electronic food frequency questionnaire. *Acta Aliment.* 2011; 40: 117–127.
- [31] Altavilla C, Caballero-Pérez P. An update of the KIDMED questionnaire, a mediterranean diet quality index in children and adolescents. *Public Health Nutr.* 2019; 22: 2543–2547.
- [32] Țincu IF, Chenescu BT, Duchi LA, et al. Adherence to the Mediterranean diet in paediatric patients with inflammatory bowel disease and functional abdominal pain disorders –comparative study. *J Clin Med.* 2025; 14: 1971.
- [33] Strisciuglio C, Cenni S, Serra MR, et al. Effectiveness of Mediterranean diet’s adherence in children with inflammatory bowel diseases. *Nutrients* 2020; 12: 3206.
- [34] Gerasimidis K. Nutrition and dietary therapy in paediatric inflammatory bowel disease. *Clin Nutr ESPEN* 2025; 67: 233–241.
- [35] Molnár A, Csontos ÁA, Dakó S, et al. Investigating the efficacy of nutrition therapy for outpatients with inflammatory bowel disease. [A táplálásterápia hatékonyságának vizsgálata gyulladásos bélbetegségben szenvedők gondozása során.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 731–739. [Hungarian]
- [36] Ryan K, Salozzo C, Schwartz S, et al. Following through: The impact of culinary medicine on mediterranean diet uptake in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2025; 31: 404–410.
- [37] Sarkadi Nagy E, Bakacs M, Illés É, et al. Hungarian Diet and Nutritional Status Survey - OTÁP2014. II. Energy and macronutrient intake of the Hungarian population. [Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat – OTÁP2014. II. A magyar lakosság energia- és makrotápanyag-bevitelére.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 587–597.
- [38] Sárka D, Biró L, Kiss-Tóth B, et al. Nutrient intake and nutritional status of 4–10-year-old Hungarian children. [4–10 éves magyar gyermekek tápanyagbeviteli és tápláltsági állapotának felmérése.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 533–540. [Hungarian]

(Pintér Hajnalka Krisztina,
Budapest, Üllői 26., 1085

e-mail: pinter.hajnalka.krisztina@semmelweis.hu)