

Πτυχιακή εργασία Διατροφή Ασθενών Στα Νοσοκομεία



Τριμελής Επιτροπή:

Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος, Επίκουρος καθηγητής με γν. αντ.
«Διαιτολογία- Διατροφή»

Ζαμπέλας Αντώνιος, Επίκουρος καθηγητής με γν. αντ. «Διατροφής και
μεταβολισμό λιπών»

Μπόσκου Γεώργιος, Λέκτορας με γν. αντ. «Οργάνωση και Διαχείριση
Μονάδων Διατροφής»

Επιμέλεια:

Βασιλάκου Δέσποινα 20003

Κοκκινογέννη Φωτεινή 20016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τίτλος	Σελίδες
Περιεχόμενα	2-3
Μέρος Α΄	4
Εισαγωγή	4-7
Ορολογία I	8
Διατροφική Διαλογή Ασθενών	9-10
Διατροφική Αξιολόγηση Ασθενών	10-12
Υποσιτισμός	12-14
Διάγνωση	14
Ενδείξεις	14
Διαιτολογικό Ιστορικό	14
Εργαστηριακοί δείκτες	15
Προβλήματα στη διάγνωση του υποσιτισμού	16-18
Αιτίες υποσιτισμού	
Ψυχοσωματικοί παράγοντες	18-20
Ελλιπείς Παροχές Υποστήριξης	20-22
Πρακτικά Σφάλματα	23-25
Αποτελέσματα Υποσιτισμού	25-28
Υπερσιτισμός	28-29
Τρίτη Ηλικία	29-34
Το Τμήμα Διατροφής Νοσηλευτικής Μονάδας	35-36
Στελέχωση Τμήματος Διατροφής	36
Συστήματα Διανομής Γευμάτων	37-38

Μέρος Β΄	39
Ειδικές δίαιτες	40-46
Εντερική- Παρεντερική Διατροφή	47
Ελεύθερη Δίαιτα	48-50
Κυκλοφορικό Σύστημα	51-55
Υπερλιπιδαιμία	56-57
Διαβήτης	58-60
Νεφρά	61-67
Γαστρεντερικό Σύστημα	68-72
Ηπατικό Σύστημα	73-81
Χοληδόχος Κύστη	82-85
Συζήτηση	86-88
Βιβλιογραφία	89-95

Μέρος Α΄

Εισαγωγή:

Σύμφωνα με τον ορισμό που προτάθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1948 και θεωρείται μέχρι σήμερα ο πιο πλήρης, «υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας».¹

Είναι αδιαμφισβήτητη η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην καλή διατροφική κατάσταση και στην επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας. Ένα πλήρες και ισορροπημένο διαιτολόγιο διασφαλίζει την σωστή λειτουργία όλων των συστημάτων του οργανισμού. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες η διατροφή κατέχει πρωτεύοντα ρόλο. Στην εμβρυϊκή ηλικία συντελεί στην πλήρη ανάπτυξη και διαμόρφωση όλων των ζωτικών οργάνων. Στην παιδική και εφηβική ηλικία συμβάλει στην ολοκλήρωση της σωματικής διάπλασης. Στην ενηλικίωση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καλή ποιότητα υγείας, ενώ στην τρίτη ηλικία βελτιώνει την άμυνα του οργανισμού και προλαμβάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ορισμένων ασθενειών.^{2, 3, 4, 5, 6}

Το πλέον διαδεδομένο πρόβλημα που εμφανίζεται σε ποσοστό 30%-60% των ασθενών στα νοσοκομεία είναι ο υποσιτισμός, ο οποίος οφείλεται είτε στην ηλικία είτε στην ασθένεια.^{7, 8, 9} Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο υποσιτισμός είναι μια σοβαρή κατάσταση η οποία αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, καθυστερεί την ανάρρωση και αυξάνει το κόστος νοσηλείας. Η αποφυγή υποσιτισμού στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς αποτελεί προτεραιότητα για όλους τους επαγγελματίες υγείας και απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση.^{10, 11, 12, 13, 14, 15} Τα τελευταία χρόνια είναι σαφώς αναγνωρισμένος ο ουσιαστικός ρόλος της διατροφής στην προαγωγή υγείας. Για πολλές δεκαετίες ελλείπει κοινά αποδεκτών

οδηγιών και προτύπων, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, το έργο της διατροφικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης των ασθενών ήταν δύσκολο. Επιπλέον, άλλος ένας καθοριστικός παράγοντας ήταν για πολλά χρόνια η έλλειψη επαρκώς ειδικευμένου προσωπικού στα νοσοκομεία. Στις μέρες μας όμως η εξέλιξη είναι ραγδαία. Τα νοσοκομεία στελεχώνονται με νέο καταρτισμένο προσωπικό και οι εργασίες σε ερευνητικό επίπεδο απασχολούν ολοένα και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα. Οι διεθνείς οργανισμοί έχουν πλέον εκδώσει συγκεκριμένες οδηγίες και κατευθύνσεις διατροφικής αντιμετώπισης των περισσότερων ασθενειών. Συνεπώς, είναι διαθέσιμα πολύ σημαντικά εργαλεία που κάνουν ευκολότερη την δουλειά του διαιτολόγου.^{10,11}

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να συγκεντρώσει όλα τα στοιχεία που αναφέρονται στην διαδικασία σίτισης νοσηλευομένων ασθενών και να εμβαθύνει σε αυτά, εντοπίζοντας κυρίως τα συνήθη προβλήματα που ανακύπτουν.

Πιο αναλυτικά:

Έγινε προσπάθεια να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα από την σκοπιά του διαιτολόγου:

- Πώς πραγματοποιείται η διαδικασία αξιολόγησης των ασθενών;
- Πώς χρησιμοποιείται η αξιολόγηση για την διαμόρφωση της διαιτητικής εντολής;
- Πόσο διαφορετικές ανάγκες έχει κάθε ασθενής ανάλογα με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει;
- Τι είναι αυτό που οδηγεί πληθώρα ασθενών σε κακή διατροφική κατάσταση;
- Ποια είναι τα προβλήματα που ανακύπτουν και σε ποια από αυτά εμπλέκεται ο κλινικός διαιτολόγος (Κατά πόσον είναι εφικτό για ένα νοσοκομείο να τηρούνται οι οδηγίες του διαιτολόγου. Ποια είναι τα εμπόδια;).

Με την εξέλιξη της έρευνας, από πολύ νωρίς διαπιστώθηκε πως το μεγαλύτερο ίσως διατροφικά σχετιζόμενο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς διαφαίνεται να είναι ο πρωτεΐνοθερμιδικός υποσιτισμός.^{16,17,18,19,20,21} Θεωρήθηκε απαραίτητο να αναφερθούμε ενδελεχώς στην υπόσταση αυτής της διατροφικής κατάστασης, να διερευνηθούν οι αιτίες του και να αναφερθούν τα αποτελέσματά του στην έκβαση της θεραπευτικής αγωγής.

Τέλος, γίνεται αναφορά στις διαιτητικές συστάσεις που πρέπει να ακολουθούνται σε ασθενείς που πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες, όπως αυτές δίνονται από αρμόδιους οργανισμούς υγείας. Καθώς επίσης, μια ανασκόπηση σε ενδεικτικές δίαιτες που χρησιμοποιούνται στα Ελληνικά νοσοκομεία τόσο σε αυτά που έχουν διαιτολόγο, όσο και σε αυτά που ο διαιτολόγος απουσιάζει.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική έρευνα με θέμα την διατροφή των ασθενών στα νοσοκομεία. Για την εκπόνηση της χρησιμοποιήθηκαν ποικίλες βιβλιογραφικές πηγές που ήταν διαθέσιμες διεθνώς.

Επίσης, θεωρήθηκε σωστό να γίνει μια περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη διερεύνηση της υπάρχουσας κατάστασης. Πραγματοποιήθηκε επίσκεψη σε τρία νοσοκομεία της Ελλάδας και με την βοήθεια και την πολύτιμη συνεργασία του προσωπικού που στελεχώνει το τμήμα διατροφής, συγκεντρώθηκαν τα διαιτολόγια που εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση ασθένειας. Τα νοσοκομεία ονομάζονται ενδεικτικά Α, Β, Γ.

Η ιδιαιτερότητα του τρίτου νοσοκομείου ήταν η έλλειψη διαιτολόγου. Θεωρήθηκε χρήσιμη μια ακροθιγής αναφορά των διεθνών συστάσεων και τι εφαρμόζεται σε κάθε μια από τις κατηγορίες νοσοκομείων (με ή χωρίς διαιτολόγο). Τέλος, ακολούθησε μια συνοπτική σύγκριση μεταξύ αυτών. Να σημειωθεί ότι όσα αναφέρονται είναι ενδεικτικά και δεν αποτελούν στοιχεία με στατιστική σημαντικότητα.

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας εργασίας το κύριο πρόβλημα εστιάστηκε στην «ένδεια» ελληνικών βιβλιογραφικών δεδομένων και ερευνητικών μελετών στον ελληνικό πληθυσμό.

Πέρα από αυτό όμως, ακόμα και η ξένη βιβλιογραφία που αναφέρεται στο θέμα της παρούσας εργασίας, δηλαδή στη διατροφή ασθενών στα νοσοκομεία, είναι επίσης αρκετά περιορισμένη και στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν εξετάζει αμιγώς την διατροφή των νοσηλευόμενων ασθενών, με εξαίρεση ορισμένες ανασκοπήσεις, αλλά κυρίως εστιάζει σε κάποια διατροφικά προβλήματα που έχουν εντοπιστεί στο πληθυσμό-στόχο και χρήζουν παρακολούθησης. Σε αυτό ακριβώς το σημείο οφείλουμε να εστιάσουμε την προσοχή μας, καθώς όπως προαναφέρθηκε τα προβλήματα αφορούν το πληθυσμό στο οποίο διεξήχθη η εκάστοτε μελέτη και συνεπώς δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με βεβαιότητα κατά πόσο τα αποτελέσματα αυτών μπορούν να γενικευτούν και ανταποκρίνονται στον ελληνικό πληθυσμό.

Πίνακας 1**Ορολογία Ι**

Κλινική διατροφή	Διάγνωση και διαχείριση των διατροφικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ασθένειας ή/ και στην αναστολή της ανάρρωσης
Υποσιτισμός	Διατροφική κατάσταση κατά την οποία έλλειψη ενέργειας, πρωτεΐνης ή/ και άλλων θρεπτικών συστατικών προκαλεί δυσμενή αποτελέσματα στη λειτουργία του σώματος και/ ή στη κλινική έκβαση
Υπερσιτισμός	Διατροφική κατάσταση κατά την οποία υπερβολική ενεργειακή πρόσληψη προκαλεί δυσμενή αποτελέσματα στη λειτουργία του σώματος και/ ή στη κλινική έκβαση
Ενέργεια	Η ικανότητα επιτέλεσης έργου
Θερμίδα (kcal)	Καθιερωμένη μονάδα μέτρησης του ποσού ενέργειας που παράγεται από τα θρεπτικά συστατικά
Μεταβολισμός	Οι χημικές διεργασίες που απαιτούνται για την σωστή σωματική λειτουργία
Υπερμεταβολισμός	Αύξηση του μεταβολικού ρυθμού πάνω από το φυσιολογικό – καταβολική κατάσταση
Καταβολισμός	Destructive μεταβολισμός (υποβιβασμός ιστών) που περιλαμβάνει αποδόμηση πρωτεϊνών
Αναβολισμός	Κατάσταση κατά την οποία γίνεται σχηματισμός ιστών με πρωτεϊνική σύνθεση
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	Μέτρο της διατροφικής κατάστασης που υπολογίζεται διαιρώντας το βάρος (kg) με το τετράγωνο του ύψους (m)

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες, από τους οποίους διαφαίνεται η ύπαρξη «διατροφικού κινδύνου», συμπεριλαμβανομένων του σχεδίου πρόσληψης τροφής και θρεπτικών συστατικών, ψυχοκοινωνικών παραγόντων,

φυσιολογικών παραγόντων που υποδεικνύουν την ύπαρξη ασθένειας ή άλλης διαταραχής, βιοχημικών διαταραχών και φαρμακευτικών παρενεργειών.^{2,15,22,23,24,25,26,27,28,29}

Διατροφική Διαλογή Ασθενών

Όλοι οι ασθενείς ενός νοσοκομείου πρέπει να υποβάλλονται σε διατροφική αξιολόγηση, ακόμη και εάν η ασθένειά τους δεν χρήζει ιδιάζουσας διατροφικής παρέμβασης, ώστε η διαιτητική αγωγή που συντάσσεται να είναι εξατομικευμένη. Όμως, πολλές φορές το δυναμικό που στελεχώνει το διαιτολογικό γραφείο του νοσοκομείου δεν είναι επαρκές, με αποτέλεσμα να προηγείται η διαδικασία της διατροφικής διαλογής, ώστε να δίνεται προτεραιότητα σε αυτούς που έχουν άμεση και επείγουσα ανάγκη διατροφικής υποστήριξης.

Σύμφωνα με τον American Dietetic Association (Council on Practice, 1994) ως διατροφική διαλογή ορίζεται η διαδικασία αναγνώρισης χαρακτηριστικών που υποδηλώνουν διατροφικά προβλήματα.

Η διατροφική διαλογή είναι μια γρήγορη και εύκολη διαδικασία, με σκοπό την ιεράρχηση όσων έχουν επείγουσα ανάγκη υποστήριξης. Οι πληροφορίες που συλλέγονται είναι ενδεικτικές:

- Η ασθένεια από την οποία υποφέρει το άτομο και τα συμπτώματα αυτής (έμετοι, διάρροιες κτλ)
- Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει κάποιος και ιδιαίτερα εάν λαμβάνει ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων με διαπιστωμένες αλληλεπιδράσεις με την διατροφή (κορτικοστεροειδή, διουρητικά κτλ)

- Θεμελιώδη ανθρωπομετρικά στοιχεία (ύψος, βάρος) για εκτίμηση του δείκτη μάζας σώματος και ενδεχομένως κάποιες στοιχειώδης περιφέρειες (περιφέρεια μέσου βραχίονα κτλ)
- Βιοχημικοί και αιματολογικοί δείκτες με μη φυσιολογικές τιμές
- Προσδιορίζεται ο κίνδυνος
- Γίνεται η ιεράρχηση

Η διατροφική διαλογή δεν χρειάζεται εξειδικευμένες γνώσεις, συνεπώς μπορεί να πραγματοποιηθεί από όλους τους επαγγελματίες υγείας, μετά από σύντομη εκπαίδευση. Ορισμένες φορές μάλιστα πραγματοποιείται από το θεράποντα ιατρό, καθώς συντάσσεται ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς.^{2,26,27,28,29,30,32}

Διατροφική αξιολόγηση Ασθενών

Σύμφωνα με τον American Dietetic Association (Council on Practice, 1994) ως διατροφική αξιολόγηση ασθενούς ορίζεται η ενδεδειγμένη και περιεκτική προσέγγιση, η οποία επιτελείται από τον διαιτολόγο, προς αναγνώριση της διατροφικής κατάστασης ατόμου

Η διατροφική αξιολόγηση μπορεί να επικεντρωθεί τόσο στο τι συνέβαινε στο παρελθόν, όσο και στο τι συμβαίνει στο παρόν.

- Εξετάζεται ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς ή/και καταγράφεται η παρούσα νόσος, το ιατρικό ιστορικό και τα συμπτώματα που κάθε ασθενής παρουσιάζει, ως το πρωτεύον στοιχείο για την σύνταξη της διαιτητικής εντολής.
- Το διατροφικό ιστορικό θα αποκαλύψει την παρελθούσα αλλά και την τωρινή διαιτητική συμπεριφορά. Μεγάλο ενδιαφέρον πρέπει να δίδεται στο αν το άτομο δεν προσλαμβάνει όλα τα γεύματα ή εάν συστηματικά δεν καταναλώνει τρόφιμα από κάποια

συγκεκριμένη ομάδα. Επίσης είναι σημαντικό να είναι γνωστό εάν το άτομο μπορεί να αγοράζει και να μαγειρεύει την τροφή του.

- Η φαρμακευτική αγωγή είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την διατροφική κατάσταση. Είναι επομένως γνωστά τα φάρμακα που παίρνει ένας ασθενής, καθώς και οι επιδράσεις τους. Είναι επίσης σημαντικό να εξακριβωθεί η κατανάλωση οινόπνεύματος (συχνότητα/ ποσότητα).
- Πρέπει να εξακριβωθούν οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη διατροφική κατάσταση.
- Η φυσική εξέταση πρέπει να γίνει με στόχο την διατροφική κατάσταση. Τα μαλλιά, τα νύχια και η επιδερμίδα μπορούν να δώσουν μια πρώτη ένδειξη για ανεπάρκειες ή υπερβολικές προσλήψεις. Υψηλή θερμοκρασία σώματος, οιδηματώδης γλώσσα, μειωμένη αρτηριακή πίεση και μειωμένη παραγωγή ούρων είναι δείκτες μειωμένης πρόσληψης υγρών.
- Πρέπει να εκτιμηθεί η στοματική υγιεινή, γιατί αυτή μπορεί να επηρεάσει τη διαιτητική πρόσληψη. Μπορεί το άτομο να μασήσει και να καταπιεί σε ικανοποιητικό βαθμό; Υπάρχουν περιοχές στο στόμα, τα χείλη ή τη γλώσσα που προκαλούν πρόβλημα; Σε ένα ηλικιωμένο άτομο πρέπει να διαπιστωθεί εάν υπάρχει τεχνητή οδοντοστοιχία.
- Η ανθρωπομέτρηση (βάρος, ύψος, δερματικές πτυχές, περιφέρειες) μπορεί να δώσει μια εικόνα για τη σύσταση του σώματος που μπορεί να είναι μια ένδειξη υποσιτισμού. Η απώλεια μυϊκού ιστού είναι μια πρώτη ένδειξη ύπαρξης πρωτεϊνοθερμιδικού υποσιτισμού. Η παχυσαρκία είναι δείκτης αυξημένου κινδύνου χρόνιων νοσημάτων.

- Βιοχημικές παράμετροι είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν.^{3,22,25,26,33,34,35,36,37,38}

Υποσιτισμός

Διατροφική έλλειψη ή περίσσεια παρουσιάζεται όταν η κατανάλωση θρεπτικών συστατικών δεν καλύπτει τις συνιστώμενες προσλήψεις για «υγιεινή ζωή», οι οποίες για κάθε άτομο είναι συγκεκριμένες.⁶⁶ Όταν τα επίπεδα των θρεπτικών συστατικών στο οργανισμό είναι μέσα στα ασφαλή όρια, οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί φαίνεται να αξιοποιούν τα θρεπτικά συστατικά εξίσου αποτελεσματικά, χωρίς αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα από την αύξηση της πρόσληψης αυτών. Όταν αναπτύσσεται έλλειψη ή περίσσεια θρεπτικών συστατικών, ο οργανισμός προσπαθεί να προσαρμοστεί σε αυτή και να επιτευχθεί ένα νέο σταθερό επίπεδο, χωρίς ιδιαίτερη μεταβολή στις λειτουργίες του. Εάν προκληθεί περαιτέρω μείωση ή αύξηση, αντίστοιχα, αυτών των επιπέδων τότε ο οργανισμός διευθετεί αυτή την αλλαγή των αποθεμάτων, είτε με «πτώση» των λειτουργιών του, είτε με αλλαγή στο μέγεθος ή το επίπεδο των διαφόρων διαμερισμάτων του σώματος. Για να διαπιστωθεί το διατροφικό επίπεδο ενός ασθενούς, εξετάζεται κυρίως κατά πόσον υφίστανται αυτές οι προσαρμογές. Για παράδειγμα, πριν τα σημάδια της αναιμίας που υποδηλώνει έλλειψη σιδήρου γίνουν εμφανή, όπως ανευρίσκεται από την εξέταση αιματολογικών δεικτών, όπως αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, και άλλες χαρακτηριστικές κλινικές ενδείξεις, μια σταδιακή υποβάθμιση των αποθεμάτων σιδήρου μπορεί να διαφανεί από την αύξηση απορρόφησης σιδήρου από τον εντερικό αυλό και την μείωση της φερριτίνης ορού.

Όταν τα αποθέματα των θρεπτικών συστατικών εξαντλούνται ή όταν η πρόσληψη δεν καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού αυξάνεται ο κίνδυνος του υποσιτισμού.³⁹ Διατροφικές ελλείψεις προκαλούνται από μειωμένη πρόσληψη, μειωμένη πέψη, ανεπαρκή απορρόφηση, δυσλειτουργίες στην μεταβολική διαδικασία και αυξημένη απέκκριση απαραίτητων συστατικών. Βρέφη, παιδιά, έγκυες γυναίκες, άτομα χαμηλού εισοδήματος, νοσηλευόμενοι και ηλικιωμένοι αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου για υποσιτισμό.^{2,4,6,9,16,37,40,41,42}

*Σύμφωνα με τον American Society for Parenteral and Enteral nutrition, (1995) ως υποσιτισμός ορίζεται η διαταραχή της διατροφικής κατάστασης, η οποία προέρχεται από μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών ή διαταραγμένο μεταβολισμό. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων οι οποίες κυμαίνονται από ήπιες έως πολύ σοβαρές.*⁴³

Ο υποσιτισμός χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

Πρωτεϊνοθερμιδικός υποσιτισμός με εκτεταμένη απώλεια μυϊκής μάζας και υποδόριου ιστού, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε «marasmus ενηλίκων», κάτι αντίστοιχο με τον «παιδικό marasmus» σε λιμοκτονούντα παιδιά.

Υποαλβουμιναιμία με εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και αύξηση του εξωκυττάριου υγρού, κατάσταση η οποία αναφέρεται ως «kwashiorkor ενηλίκων» ή ως υποαλβουμιναιμικός υποσιτισμός.

Στους νοσηλευόμενους συχνότερα παρατηρείται «marasmic kwashiorkor» το οποίο περιλαμβάνει απώλεια μυϊκού και λιπώδους ιστού καθώς και υποαλβουμιναιμία.¹⁶

Ο υποσιτισμός μπορεί να προκαλέσει μειωμένη ανάπτυξη και ανεπαρκή σωματική διάπλαση, οστεοπόρωση, μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις, καθυστέρηση στην επούλωση των τραυμάτων και ανεπαρκή θεραπευτική έκβαση με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.^{44,45,46,47}

Διάγνωση

Η διάγνωση του υποσιτισμού είναι δύσκολη και συχνά αμφισβητούμενη, διότι έχει πολύ κοινή συμπτωματολογία και ορισμένες φορές συγχέεται με τις «εκδηλώσεις» των διαφόρων ασθενειών. Εξάλλου, δεν υπάρχουν σαφώς προσδιορισμένα κριτήρια υποσιτισμού αλλά είναι ακόμα υπό διερεύνηση.^{15,18,33,48,49,50}

Ενδείξεις

Οι συνήθεις ενδείξεις που αναφέρονται μέχρι σήμερα είναι οι εξής:
Ακούσια απώλεια βάρους (περισσότερο από 3 Kg), υπερβολικά αδύναμα νύχια (ως ένδειξη έλλειψης σιδήρου), ανορεξία, προβλήματα μάσησης ή κατάποσης, φυσιολογικές δυσλειτουργίες, πνευματική αταξία και φαρμακευτική αγωγή που μειώνει την όρεξη και επηρεάζει την απορρόφηση.^{9,17,49,51,52,53}

Διαιτολογικό Ιστορικό

Η λήψη διαιτολογικού ιστορικού είναι από τις σπουδαιότερες υποχρεώσεις ενός διαιτολόγου, τόσο για την νοσοκομειακή πρακτική όσο και για ερευνητικούς σκοπούς. Έτσι αυξάνεται η αξιοπιστία της αξιολόγησης και η διαιτητική αγωγή είναι πλήρως εξατομικευμένη. Ένα ακόμη πολύ χρήσιμο εργαλείο που διευκολύνει κατά πολύ την διαδικασία της αξιολόγησης είναι η τήρηση ημερολόγιου καταγραφής τροφίμων, είτε από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον είναι σε θέση, είτε από το

προσωπικό του νοσοκομείου. Αν θεωρήσουμε πως το διαιτολόγιο για την κάθε ημέρα, για συγκεκριμένο ασθενή είναι δεδομένο, είναι πραγματικά σπουδαίο να γνωρίζει κανείς τις ποσότητες και τις ώρες κατανάλωσης των γευμάτων, καθώς επίσης και εάν παρεμβάλλονται άλλα εξωνοσοκομειακά γεύματα ενδιάμεσα. Έτσι γίνονται καλύτερα αντιληπτές οι προτιμήσεις κάθε ασθενούς, οι ιδιαιτερότητες στον τρόπο διατροφής του και από τι προήλθαν τυχόν διατροφικά, σχετιζόμενες με την διαταραχή, επιπλοκές .^{9,49,51,52,53,54}

Εργαστηριακοί δείκτες

Διάφορες ελλείψεις συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών μπορούν να εντοπιστούν μέσω βιοχημικών και αιματολογικών εξετάσεων. Σύμφωνα με τον Lehmann, (1989) ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην αλβουμίνη ορού, καθώς αποτελεί την πιο διαδεδομένη μέτρηση σε έρευνες και χρησιμοποιείται κατά κόρον στην πράξη. Η αλβουμίνη είναι μια πρωτεΐνη με σχετικά μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής και μειώνεται βαθμιαία, χαμηλά επίπεδά της στο αίμα σχετίζονται σχεδόν πάντα με εμφανή σημάδια υποσιτισμού. Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες η αλβουμίνη ορού μεμονωμένα δεν αποτελεί απόδειξη υποσιτισμού, διότι η μείωση της στο αίμα μπορεί να έχει πολλαπλή αιτιολογία. Παρόλα αυτά χρησιμοποιείται σαν ένδειξη που μαζί με άλλα στοιχεία συνάδει στην πιθανή ύπαρξη υποσιτισμού. Η χρησιμότητα της διαφαίνεται στην μακροχρόνια παρακολούθηση της διαιτητικής αγωγής, που λαμβάνει ο ασθενής.⁵⁴

Ένας άλλος δείκτης που χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς είναι η προαλβουμίνη ορού. Το

πλεονέκτημα της έναντι στην αλβουμίνη ορού είναι ο μικρότερος χρόνος ημίσειας ζωής και συνεπώς δίνει πιο αξιόπιστη ένδειξη των αποθεμάτων σπλαχνικών πρωτεϊνών.¹⁷

Σύμφωνα με τον Closs (1993) πλέον η επιστημονική κοινότητα στρέφεται προς την τρανσφερρίνη ορού, ως πιο αξιόπιστη μέτρηση των πρωτεϊνικών αποθεμάτων.^{17,55}

Προβλήματα στη διάγνωση του υποσιτισμού

Πολλές έρευνες τα τελευταία 30 χρόνια επικεντρώνουν το ενδιαφέρον στον υποσιτισμό^{16,20,21,33,37} Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι ο υποσιτισμός έχει αρνητική επίδραση στη κλινική έκβαση, στην γενικότερη υγεία και φαίνεται να συμβάλλει σε δυσανάλογα μεγάλη χρησιμοποίηση των συστημάτων υγείας. (Consumer's Association, 1999)

Σύγχρονες ενδείξεις μέσω ερευνών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ακόμα και σήμερα ο υποσιτισμός παραμένει ένα αξιοσημείωτο πρόβλημα ανάμεσα στους νοσηλευόμενους ασθενείς, το οποίο μπορεί να μην διαγνωστεί.^{33,40,50}

Πίνακας 2 ⁵	Ορολογία II
Διάγνωση/ Περιγραφή	Κριτήρια/ Χαρακτηριστικά
Kwashiorkor	1.φυσιολογικά ανθρωπομετρικά στοιχεία: βάρος >90% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος 2.μειωμένα επίπεδα σπλαχνικών πρωτεϊνών: αλβουμίνη ορού<3.0gr/dl, τρανσφερρίνη <180mg/dl 3.οίδημα, μυϊκός καταβολισμός, αδυναμία, νευρολογικές αλλαγές, δευτερογενείς μολύνσεις

Marasmus	1.μειωμένα επίπεδα στις τιμές των ανθρωπομετρικών στοιχείων: βάρος <80% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος ή/και απώλεια σωματικού βάρους>10% του συνήθους σωματικού βάρους μέσα σε 6 μήνες 2.σχετική διατήρηση σπλαχνικών πρωτεϊνών: αλβουμίνη ορού>3.0gr/dl 3. καταβολισμός μυϊκού και λιπώδους ιστού, λήθαργος, γενική αδυναμία, απώλεια βάρους.
PEM Protein Energy Malnutrition Πρωτεϊνικοθερμιδικός Υποσιτισμός	1.μειωμένα επίπεδα στις τιμές των ανθρωπομετρικών στοιχείων: βάρος <60% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος 2.μειωμένα επίπεδα σπλαχνικών πρωτεϊνών: αλβουμίνη ορού<3.0gr/dl 3.συνδιασμός συμπτωμάτων Kwashiorkor-Marasmus, αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων και ελλιπής επούλωση πληγών
Υποσιτισμός μετρίου βαθμού	1.μειωμένα επίπεδα στις τιμές των ανθρωπομετρικών στοιχείων: βάρος 60%-75% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος 2.σχετική διατήρηση σπλαχνικών πρωτεϊνών: αλβουμίνη ορού 3.0gr/dl-3.5gr/dl
Υποσιτισμός ήπιου βαθμού	1.μειωμένα επίπεδα στις τιμές των ανθρωπομετρικών στοιχείων: βάρος 75%-90% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος 2.σχετική διατήρηση σπλαχνικών πρωτεϊνών: αλβουμίνη ορού 3.5gr/dl-5.0gr/dl

Οι βασικές αιτίες που οδηγούν σ' αυτό είναι:

- Έλλειψη παγκόσμιας συμφωνίας σχετικά με τον ορισμό του υποσιτισμού.

- Έλλειψη σαφών, προσδιορισμένων και κοινά αποδεκτών κριτηρίων αξιολόγησης του υποσιτισμού.
- Διαφορές ανάμεσα στα νοσοκομεία που σχετίζονται με τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών (πχ ηλικία ασθενών, αριθμός κλινών, κτλ)
- Διαφορές στην μεθοδολογία.
- Αναξιοπιστία μεθοδολογίας (μη εγκυρότητα)^{40,56}

Σύμφωνα με τους Corish et al. (2000) και McWhirter et al. (2000) τα όρια των ανθρωπομετρικών στοιχείων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σαν διαγνωστικοί δείκτες αλλά για την εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχει ένα άτομο να υποσιτιστεί (πχ μικρός, μέτριος, μεγάλος κίνδυνος). Αυτή η θεώρηση συμφωνεί και με την πρόταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1995)^{16,20}

Αιτίες

Συνήθεις αιτίες που οδηγούν σε υποσιτισμό:

Ψυχοσωματικοί παράγοντες

Ποικίλα προβλήματα υγείας μπορούν να προκαλέσουν ή να συνεισφέρουν στον υποσιτισμό. Η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας όπως καρκίνος, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακά προβλήματα, χρόνιες αναπνευστικές ή γαστρεντερικές διαταραχές αποτελούν την υπ' αριθμόν ένα αιτία του υποσιτισμού, είτε λόγω μείωσης της όρεξης και προαγωγής της ανεπαρκούς διαιτητικής πρόσληψης, είτε λόγω διάφορων επιπλοκών σχετιζόμενων με τον γαστρεντερικό σωλήνα που αφορούν την κατάποση, την πέψη και την απορρόφηση και οδηγούν σε αυξημένες απώλειες

(δυσφαγία, δυσκαταποσία, έμετοι, διάρροια, στεατόρροια, δυσαπορρόφηση κτλ).^{16,57}

Για παράδειγμα αναπνευστική ανεπάρκεια μπορεί να μειώσει την όρεξη ή να επιβαρύνει την πέψη λόγω δύσπνοιας, βήχα ή αυξημένη παραγωγή βλέννας. Η αναπνευστική δυσχέρεια αυξάνει τις ενεργειακές απώλειες. Οι Hunter et al. (1981) βρήκαν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης υποσιτισμού, ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια απόφραξη των αεραγωγών. Ασθένειες του γαστρεντερικού σωλήνα (για παράδειγμα ασθένεια Crohn, ελκώδης κολίτιδα, εκκολπωματίτιδα) μπορούν να μεταβάλουν την απορρόφηση ή να επηρεάσουν το μεταβολισμό, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης υποσιτισμού.⁵⁸ Οι Driscoll και Rosenberg (1978) εκτιμούν ότι το 50 % των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου που θα νοσηλευτούν, θα παρουσιάσουν μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών και ενέργειας.⁵⁹

Ασθενείς που έχουν υποστεί καρδιακή προσβολή διατρέχουν άμεσα κίνδυνο υποσιτισμού, σαν αποτέλεσμα δυσφαγίας ή δυσκολίας στην αυτοεξυπηρέτηση. Λόγω δυσχέρειας στην εκφορά του λόγου και πνευματικής ανικανότητας μειώνεται η ικανότητα τους να εκφράσουν ή να αναγνωρίσουν τις διατροφικές τους ανάγκες. Οι Axelsson et al. (1989) βρήκαν ότι οι 27 από 32 ασθενείς με καρδιακή προσβολή (μέσης ηλικίας 73 χρόνων) νοσηλευόμενοι για περισσότερο από τρεις εβδομάδες είχαν προβλήματα σίτισης που περιελάμβαναν ανορεξία ή δυσφαγία.⁶⁰

Η σχιζοφρένεια και άλλες συγχυτικές καταστάσεις προάγουν εμφανείς δυσκολίες και ενοχλήσεις στην διαδικασία της σίτισης. Όπως για παράδειγμα πρόσληψη ακατάλληλης τροφής. Σε εξέλιξη οι παραπάνω καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε προοδευτική μείωση του ενδιαφέροντος για τροφή και μειωμένη ικανότητα θρέψης.^{17,60}

Επίσης διάφορες καταστάσεις προκαλούν αυξημένες μεταβολικές ανάγκες και εάν δεν δοθεί η δέουσα σημασία στην άμεση διατροφική

υποστήριξη των ασθενών, είναι πολύ πιθανή η ανάπτυξη υποσιτισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων καταστάσεων είναι η ύπαρξη τραύματος, εγκαύματος και η ανάπτυξη σήψης.^{44,46} Καθώς επίσης η μετεγχειρητική περίοδος είναι μία περίοδος όπου πρέπει να εντείνεται το ενδιαφέρον για την σίτιση των ασθενών, διότι είναι πολύ επιρρεπείς σε ανεπάρκειες και σε μακροχρόνια βάση σε υποσιτισμό. Επιπρόσθετα, οι σοβαρές λοιμώξεις, και η ανάπτυξη μολύνσεων αποτελούν καταστάσεις που απαιτούν αυξημένη πρόσληψη ενέργειας και θρεπτικών συστατικών.^{24,44,58,61,62,63,64}

Άλλη μία πιθανή αιτία υποσιτισμού είναι η φαρμακευτική αγωγή. Συνήθως οι ασθενείς λαμβάνουν πολλά και δυνατά φάρμακα ταυτόχρονα. Αυτό πολλές φορές οδηγεί σε μείωση της όρεξης και ανάπτυξη μεταλλικής γεύσης στο στόμα. Επίσης συχνά αναπτύσσονται ανεπιθύμητες ενέργειες, παρενέργειες ή δυσάρεστα συμπτώματα λόγω της αλληλεπίδρασης φαρμάκων και διατροφής (πχ. έμετοι, διάρροια, ναυτία, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός). Μια χαρακτηριστική περίπτωση αποτελεί η θεραπεία με κορτικοστεροειδή που πολύ συχνά επιφέρουν οίδημα.¹⁶

Στους νοσηλευόμενους όλα αυτά μπορούν να συνυπάρχουν. Σε μακροχρόνια βάση εκθέτουν τους ασθενείς σε ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη υποσιτισμού.

Ελλειπείς Παροχές Υποστήριξης

Μετά από μακροχρόνιες και πολυσχιδείς έρευνες έχουν διαπιστωθεί και εντοπισθεί κάποια «δομικά σφάλματα» που δεν έχουν καταφέρει ακόμη οι οργανισμοί των νοσοκομείων να διαφοροποιήσουν, ώστε να επέλθει καλύτερη διατροφική φροντίδα για τους ασθενείς.⁶⁵

- Έλλειψη απόδοσης της δέουσας σημασίας από το νοσοκομείο στην διατροφική φροντίδα των ασθενών.

Στις μέρες μας έχει γίνει κοινώς παραδεκτή η αξία της διατροφής των ασθενών, ως μέσο πρόληψης αλλά και θεραπείας. Η αναμόρφωση του τμήματος διατροφής δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως «ξενοδοχειακό προσόν» αλλά ως άκρως απαραίτητο συστατικό στην καλή έκβαση της νοσοκομειακής περίθαλψης.⁶⁶

- Έλλειψη καθορισμένου καταμερισμού εργασίας και ευθυνών στο σχεδιασμό και έλεγχο της διατροφικής φροντίδας.

Για να επιτευχθεί ένα καλό επίπεδο διατροφικής φροντίδας κρίνεται απαραίτητο να διευκρινισθούν οι αρμοδιότητες ιθυνόντων. Πρέπει να «διαμοιραστούν οι ευθύνες», ώστε να είναι ευκρινές το πεδίο δράσης του κάθε επαγγελματία υγείας στο κομμάτι της διατροφής. Φυσικά, η πλήρης διατροφική υποστήριξη, δεν μπορεί να περιορίζεται στα πλαίσια μόνο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.⁶⁶

- Έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών προσωπικού, που σχετίζονται με την διατροφή.

Οι επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με την διατροφή είναι απαραίτητο να συνεργάζονται προς την επίτευξη ενός κοινού στόχου: Την προαγωγή σωστής διατροφικής φροντίδας του ασθενούς. Για να συμβεί αυτό στο ισχύον καθεστώς των νοσοκομείων πρέπει να δοθούν κίνητρα στο προσωπικό, να διευθετηθούν οι αρμοδιότητες και να αφεθεί έδαφος για ανάληψη πρωτοβουλίας.⁶⁷

- Ανεπαρκής γνώση και δια βίου εκπαίδευση του προσωπικού σε σχέση με την διατροφή.

Η σίτιση των ασθενών στα νοσοκομεία επιτελούνταν πολύ πριν αναπτυχθεί η επιστήμη της διατροφής. Συνεπώς, από την πείρα του κάθε επαγγελματία που εμπλέκεται στο θέμα της διατροφής, έχει την ικανότητα να σιτίσει τους ασθενείς. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το κάνει και σωστά. Κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη σύγχρονου προγράμματος δια βίου εκπαίδευσης του προσωπικού, ώστε τίποτα που άπτεται της υγείας του ανθρώπου να μην γίνεται εμπειρικά. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρχει άρτια καταρτισμένο προσωπικό, με γνώσεις στα συνεχώς εξελισσόμενα δεδομένα της διατροφής και τις τεχνικές υποστήριξης της.⁴⁵

- Απουσία συμμετοχής των ασθενών στη διαμόρφωση των γευμάτων τους.

Το διαιτολόγιο του νοσοκομείου πρέπει να είναι ευέλικτο, ώστε να δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να ορίζει σε ένα βαθμό την διατροφή του. Εάν του δίνονται δύο ή περισσότερες δυνατές επιλογές τότε μπορούν να ληφθούν υπ' όψιν οι προτιμήσεις και οι απέχθειες, τα πιστεύω και τα θρησκευτικά ταμπού. Επίσης, εφόσον δεν υπάρχει περιορισμός υγείας ο ασθενής θα έχει την δυνατότητα να καθορίζει το μέγεθος της μερίδας του. Με αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής εντάσσεται στην «αλυσίδα της διατροφής» και μπορεί να αντιληφθεί την σπουδαιότητα της σωστής και υγιεινής διατροφής, από την έμφαση που δίνεται σε αυτή. Επίσης, ο ασθενής ερχόμενος σε επαφή με τον διαιτολόγο, μόνος του ή σε ομάδα εκπαιδεύεται σε σωστές επιλογές και μεταφέρει ακούσια ή εκούσια αυτές τις συνήθειες και στο σπίτι του.^{7,56}

Πρακτικά Σφάλματα

Έχουν εντοπισθεί όμως και «λάθη ρουτίνας» που δυσχεραίνουν τη διατροφική κατάσταση των ασθενών.

- Έλλειψη ανθρωπομετρικών μετρήσεων.

Τα ανθρωπομετρικά στοιχεία του εκάστοτε ασθενούς κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του πρέπει να είναι γνωστά για την σωστή αξιολόγηση της διατροφικής του κατάστασης αλλά και για τον επιτυχή σχεδιασμό εξατομικευμένου διαιτολογίου. Δυστυχώς στις περισσότερες των περιπτώσεων, δεν πραγματοποιούνται μετρήσεις ούτε καν για τα βασικά ανθρωπομετρικά στοιχεία που είναι το ύψος και το σωματικό βάρος των ασθενών. Έτσι τελικά γίνεται μια υποκειμενική εκτίμηση όσο αφορά το βάρος αλλά και το ύψος των ασθενών από το νοσηλευτικό, το ιατρικό ή το διαιτολογικό προσωπικό και βάσει αυτών των εκτιμήσεων δίνεται ή τροποποιείται η διαιτητική εντολή.⁶⁷

- Παραμέληση των προσωπικών αναγκών των ασθενών.

Είναι μάλλον απογοητευτικό το γεγονός ότι δεν δίνεται σημασία στις προσωπικές επιλογές και προτιμήσεις των ασθενών. Πολλές φορές μάλιστα δεν αξιολογείται η προηγηθείσα της νοσηλείας, διατροφική κατάσταση των ασθενών. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην υπάρχει εξατομίκευση όσον αφορά το καθορισμό της κατάλληλης διατροφικής παρέμβασης ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς αλλά ανάλογα με τις οδηγίες για την κάθε ασθένεια. Το βασικό μειονέκτημα αυτής της τακτικής είναι ότι παραλείποντας τις προτιμήσεις του ασθενούς μπορεί

τελικά αυτός να μείνει ασίτιστος ή να φέρει φαγητό απ' το σπίτι του ή ακόμα και να αγοράζει απ' έξω καταστάσεις δηλαδή που δεν μπορούμε να ελέγξουμε και που μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς για τον ασθενή.⁶⁶

Αξιίζει να σημειωθεί ότι ειδικά στις μέρες μας έχει πολύ μεγάλη σημασία η γνώση των διατροφικών επιλογών των ασθενών λόγω της ύπαρξης πολλών μεταναστών, που σε αρκετές περιπτώσεις είναι και διαφορετικής θρησκείας και συνεπώς ακολουθούν διαφορετική διατροφή από την μεσογειακή. Για παράδειγμα στη χώρα μας κατοικούν αρκετοί μουσουλμάνοι για τους οποίους το μοσχάρι θεωρείται απαγορευμένο. Επομένως ελλείψει στοιχείων προσωπικών διατροφικών επιλογών και πεποιθήσεων ο μουσουλμάνος ασθενής μπορεί να θεωρηθεί ότι μπορεί να λάβει μια ελεύθερη διατροφή που την συγκεκριμένη μέρα να περιλαμβάνει μοσχάρι και τελικά να μείνει νηστικός, αφού σίγουρα θα προτιμήσει να μην φάει από το να «προδώσει» τα πιστεύω του.^{15,26,45,68}

- Καθυστέρηση στην έναρξη της διατροφικής υποστήριξης των ασθενών, με παρατεταμένη χρήση ορών.

Πληθώρα ερευνών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι καθυστέρηση στην έναρξη της διατροφικής υποστήριξης των ασθενών λόγω για παράδειγμα χειρουργικής επέμβασης ή για την διεξαγωγή διαγνωστικών τεστ συνδέεται με παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας των ασθενών. Για την μείωση λοιπόν του χρόνου νοσηλείας των ασθενών αλλά και του κόστους που αυτή συνεπάγεται απαιτείται όσο το δυνατόν πιο σύντομη διατροφική υποστήριξη των ασθενών θέτοντας σε λειτουργία το γαστρεντερικό σωλήνα γεγονός που είναι σημαντικό και για την αποφυγή μυϊκού καταβολισμού.^{32,38,69}

- Αδιαφορία για την ψυχολογία του ασθενούς, χάριν διευκόλυνσης νοσοκομειακών πρακτικών.

Πολλές φορές δεν λαμβάνεται καθόλου υπ' όψιν το ψυχολογικό μέρος της διατροφικής υποστήριξης των ασθενών και αυτό έχει να κάνει κυρίως με την εντερική και παρεντερική σίτιση.^{32,38,69}

- Παλαιωμένες πρακτικές διανομής

Ένας από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση υποσιτισμού στους ασθενείς δεν είναι τόσο η αδυναμία παροχής τροφής αλλά αδυναμίας διανομής του γεύματος με κατάλληλο τρόπο στον εκάστοτε ασθενή.

Η ανελαστικότητα που προκαλείται λόγω οικονομικών πόρων έχει σαν αποτέλεσμα τα γεύματα να ανταποκρίνονται στη «ρουτίνα» του νοσοκομείου αλλά όχι στις ανάγκες του ασθενούς για επαρκή διατροφή. Το μέγεθος της μερίδας, η θερμοκρασία που βρίσκονται τα τρόφιμα, το άρωμα αυτών αλλά και συχνά η μορφή τους προκαλούν απέχθεια στους ασθενείς. Επιπλέον ορισμένες φορές δεν δίνεται η σημασία που θα έπρεπε στα προβλήματα μάσησης ή και κατάποσης που μπορεί να παρουσιάζει κάποιος ασθενής και έτσι να μην μπορεί να καταναλώσει κάποια τρόφιμα που του σερβίρονται καθημερινά^{14,16,18,33,40, 45,48, 68,70, 71}

Αποτελέσματα Υποσιτισμού στην έκβαση της θεραπευτικής αγωγής

Ο μη θεραπευμένος πρωτεϊνοθερμιδικός υποσιτισμός αυξάνει την νοσηρότητα διότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων, τα έλκη κατάκλισης, την κατάθλιψη, την κόπωση και την τοξικότητα των

φαρμάκων. Επίσης μειώνει την ανοχή σε πολύ έντονες θεραπείες όπως χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία^{25,51}

- Κακή πρόγνωση

Η φτωχή πρόγνωση των υποσιτισμένων ασθενών έχει αναγνωρισθεί^{20,54}. Ο Bastow και οι συνεργάτες του (1983) αποκαλύπτουν πως το 18% των ασθενών με κάταγμα ισχίου, οι οποίοι ήταν σοβαρά υποσιτισμένοι, πέθαναν, σε σχέση με το 4 % που ήταν σε αρκετά καλή διατροφική κατάσταση.⁷² Ο Friedman και οι συνεργάτες του (1985) βρήκαν ότι το 50% που υπέστησαν σοβαρό αυτοκινητιστικό δυστύχημα, ανάμεσα στους υποσιτισμένους ασθενείς, πέθαναν μέσα σε διάρκεια 90 ημερών, έναντι του 16% που ήταν καλύτερα σιτισμένοι.

- Χειμερινή θνησιμότητα

Η χειμερινή θνησιμότητα είναι πολύ διαδεδομένη σε ηλικιωμένους ασθενείς, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ο Lennard-Jones (1992) έστρεψε την προσοχή του στην πιθανή σχέση με τον υποσιτισμό. Το χαμηλό βάρος ελαττώνει την θερμική προστασία του σώματος, αυξάνοντας τον κίνδυνο χαμηλής θερμοκρασίας σώματος το χειμώνα και ενδεχομένως στην συνεισφορά αυτού σε πτώσεις και ασθένειες.⁶³ Ο Lehmann (1991) παρατηρεί ότι το κάταγμα μηρού αποτελεί πλέον αναγνωρισμένο επακόλουθο του υποσιτισμού.

- Εξασθένηση ανοσοποιητικού συστήματος

Η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος είναι άλλο ένα αποτέλεσμα του υποσιτισμού στους ηλικιωμένους. Οι Roebotan και Chandra (1994) σημειώνουν ότι οι λοιμώξεις είναι πολύ διαδεδομένες στους ηλικιωμένους και αποτελούν την τέταρτη κατά σειρά αιτία

θανάτου, αποκαλύπτουν πρόσφατα στοιχεία και υποστηρίζουν την υπόθεση ότι ο υποσιτισμός ασκεί αρνητική επίδραση στην απάντηση του ανοσοποιητικού συστήματος και αντίθετα η διατροφική υποστήριξη και διόρθωση αυτού, προάγει την άμυνα του οργανισμού.³⁵

- Έλκη κατάκλισης

Έχει βρεθεί ότι ο υποσιτισμός αποτελεί μία από τις πέντε βασικές αιτίες ελκών κατάκλισης. Οι άλλες είναι ακινησία, αδυναμία, ακράτεια και «αδύναμη συναίσθηση». Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν την τάση να αναπτύσσουν έλκη κατάκλισης. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα είναι σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ελκών, όπως επισημαίνει ο Closs (1993), αναφερόμενος στην έρευνα Versluyen's (1986), όπου από τους 100 ασθενείς οι 66 εμφάνισαν έλκη κατάκλισης. Σύμφωνα με την ανασκόπηση που έκανε ο Closs (1993) συστήνει συστηματικό έλεγχο για ανάπτυξη υποσιτισμού και κίνδυνο εμφάνισης ελκών κατάκλισης σε ορθοπεδικά τμήματα.^{55,73}

- Διάρκεια νοσηλείας

Ο Lennard-Jones (1992) σημειώνει ότι έρευνες σε παθολογικές, χειρουργικές και ορθοπεδικές κλινικές αποτελούν αδιάψευστα στοιχεία ότι υποσιτισμένος ασθενής τείνει να παραμένει στο νοσοκομείο για περισσότερο καιρό.⁶³ Ο Robinson και οι συνεργάτες του (1987) παραθέτουν ότι διαπίστωσαν ότι στους 100 ασθενείς που εισήχθησαν σε μια γενική παθολογική κλινική (USA), ο μέσος όρος παραμονής υποσιτισμένου ασθενή ήταν 15 ημέρες σε σχέση με 10 ημέρες παραμονής των ασθενών με καλό διατροφικό προφίλ.⁴² Ο Bastow και οι συνεργάτες του (1983) είδαν ότι η ανάρρωση από την ασθένεια ή την εγχείρηση μπορεί να χρειαστεί διπλάσιο χρόνο σε ασθενή με κίνδυνο

υποσιτισμού κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο πως σε αυτήν την περίπτωση είναι δύσκολο να διευκρινισθεί ποια είναι η αιτία και ποιο το αποτέλεσμα.^{43,72}

- Επανεισαγωγή στο νοσοκομείο

Ο ρυθμός επανεισαγωγής ασθενών στο νοσοκομείο είναι υψηλός και ενδεχομένως ο υποσιτισμός να έχει αυξημένη ευθύνη για αυτό⁴⁴. Ο Sullivan (1999) βρήκε ότι 28 από 98 ηλικιωμένους ασθενείς που εισήχθησαν σε γηριατρικό τμήμα του νοσοκομείου (USA), είχαν το λιγότερο άλλη μία επανεισαγωγή στο νοσοκομείο σε διάστημα 3 μηνών και ο υποσιτισμός αναγνωρίστηκε ως μία από τις σοβαρότερες αιτίες.¹⁹

Υπερσιτισμός

Υπάρχει μία εξίσου νοσηρή και δύσκολη στην αντιμετώπιση της κατάσταση, όπως ο υποσιτισμός, η οποία έχει βάση σε αντίστοιχες αιτιάσεις όπως ο υποσιτισμός.

Ως υπερσιτισμός ορίζεται μια διατροφική κατάσταση αυξημένης πρόσληψης τροφής, η οποία εν δυνάμει προκαλεί διάφορα σοβαρά προβλήματα, οδηγώντας σε παχυσαρκία και άλλες άρρηκτα συνδεδεμένες ασθένειες, όπως διαβήτη, αθηροσκλήρωση και υπέρταση. Μπορεί να επιφέρει κακή θεραπευτική έκβαση με αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας²

Οι αιτίες διαφαίνεται να είναι πολλές και πολυποίκιλες, με σοβαρότερη αυτών την ιατρογενή προέλευση του υπερσιτισμού. Συνήθως η ελλιπής γνώση του προσωπικού του νοσοκομείου και η απουσία διατροφικής αξιολόγησης των ασθενών, οδηγεί στην πρόκλητη «υπερφαγία» των ασθενών. Δηλαδή, προσπαθώντας την αποφυγή ενδεχόμενου

υποσιτισμού ή για την θεραπεία τυχόν υπάρχοντος ο ασθενής σιτίζεται περισσότερο από το συνιστώμενο, με αποτέλεσμα σε μακροχρόνια βάση αυτό να οδηγεί σε δημιουργία υπέρβαρων ή ακόμη και παχύσαρκων ατόμων, με διάφορες άλλες παρελκόμενες ασθένειες.

Οι αιτίες και τα αποτελέσματα αυτής της κατάστασης απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση, αλλά δεν κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω αναφορά αυτού στην παρούσα εργασία, διότι υπερβαίνει τους σκοπούς της, ως μια όχι και τόσο συνηθούς κατάσταση νοσηλευομένων ασθενών.¹⁷

Τρίτη Ηλικία

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε πληθώρα δεδομένων που αφορούσαν την τρίτη ηλικία, συνεπώς κρίθηκε σκόπιμο να γίνει ιδιαίτερη αναφορά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Ο όρος τρίτη ηλικία αναφέρεται σε άτομα άνω των 65 ετών, καθώς αυτή είναι η ηλικία που συνήθως χρησιμοποιείται ως όριο για τον διαχωρισμό του ενήλικα από τον υπερήλικα. Μετά από ευρύτερη διερεύνηση του θέματος, διαπιστώθηκε πως ο πληθυσμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Στην Ευρώπη το 22% των κατοίκων είναι άνω των 60 ετών και όπως διαφαίνεται το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί σε 27% μέχρι το 2020.^{4,74,75}

Στην Ελλάδα ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών εκτιμάται ότι αποτελεί το 18% του γενικού πληθυσμού. Η δε αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας κατά την τελευταία πενταετία (75000 άτομα το έτος) αντιστοιχεί κατά 43% σε άτομα άνω των 65 ετών (στοιχεία ΕΣΥΕ). Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται κυρίως στην βελτίωση των διαγνωστικών διαδικασιών και στην ανάπτυξη περισσότερο αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων.

Σύμφωνα με τον Hamway (1998) το 70% των νοσηλευόμενων ασθενών ανήκουν στην τρίτη ηλικία και αυτό θεωρείται λογικό διότι το γήρας επιφέρει περιορισμό των φυσιολογικών εφεδρειών σε όλα τα όργανα.^{3,74,75} Έτσι όταν το ηλικιωμένο άτομο νοσεί εμφανίζει επιβάρυνση από διάφορα οργανικά συστήματα που δεν σχετίζονται άμεσα με την ασθένεια του. Αυτό εκθέτει τον ηλικιωμένο σε κίνδυνο από πολλαπλές ταυτόχρονα καταστάσεις νοσηρότητας. Επίσης, η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει πολλά φάρμακα, που συχνά παρουσιάζουν παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους. Συνεπώς αυτό καθιστά έναν ηλικιωμένο περισσότερο «φιλάσθενο» εν συγκρίσει με έναν ενήλικα.

Η μέτρια απώλεια βάρους είναι συχνό εύρημα κατά το γήρας. Ενώ στα νεαρά άτομα ή τα μεσήλικα άτομα το 40% είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, σε άτομα μεγαλύτερα των 70 ετών η παχυσαρκία ανευρίσκεται μόνο στο 10 % των ατόμων, ενώ το 40% εμφανίζουν μέτρια ή έντονη απίσχναση. Διαπιστώνοντας, από όσα προηγήθηκαν, ότι ο υποσιτισμός αποτελεί μια πολυπαραγοντική και μακροχρόνια κατάσταση αναζητήθηκαν οι αιτίες όπου οι ηλικιωμένοι ασθενείς προσέρχονται συχνά στο νοσοκομείο είτε υποσιτισμένοι, είτε στα όρια εμφάνισης υποσιτισμού και αυτό οδηγεί μέσα στο νοσοκομείο το πρόβλημα να γίνεται εντονότερο.^{3,75,76} Οι αιτίες που συμβαίνει αυτό είναι πολλές και πολυποίκιλες:

1. Τεχνικοί λόγοι

Οι ηλικιωμένοι συχνά δεν μπορούν να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις, λόγω γρήγορης κόπωσης. Έτσι η απόσταση καταστημάτων τροφίμων ορισμένες φορές αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τα καθημερινά ψώνια και πολλά τρόφιμα που καταναλώνονται φρέσκα απουσιάζουν από το τραπέζι. Ένα τέτοιο

παράδειγμα αποτελούν τα λαχανικά και τα φρούτα. Επίσης, υπάρχουν πολλές φορές δυσχέρειες στην συντήρηση τροφίμων.

Οι τεχνητές οδοντοστοιχίες είναι ακόμη ένας λόγος που δυσκολεύει την πρόσληψη τροφής, διότι ιδιαίτερα σκληρά τρόφιμα δεν μπορούν να καταναλωθούν.

2. Οικονομικοί λόγοι

Το κόστος πολλών ομάδων τροφίμων είναι απαγορευτικό για τη μεγαλύτερη μερίδα ηλικιωμένων ατόμων και έτσι οι αναγκαστικές επιλογές του δεν φτάνει πάντα να καλύψει τις ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του ψαριού, όπου πολλές φορές λόγω κόστους απουσιάζει ή δεν αποτελεί συχνή επιλογή τους, παρά το γεγονός ότι είναι πολύ πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά.

3. Διαταραχές αισθητήρων οσφρήσεως-γεύσης

Με την πάροδο του χρόνου επέρχεται η φυσική μείωση των αισθήσεων και κυρίως η ικανότητα διάκρισης λεπτών γεύσεων και οσμών. Αυτό καθιστά το φαγητό λιγότερο νόστιμο και συνεπώς λιγότερο επιθυμητό. Πολλά φάρμακα επίσης αποτελούν αιτία απώλειας της γεύσης και οδηγούν σε μειωμένη πρόσληψη τροφής. Παρόμοια επιδρούν και το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ.

4. Κατανάλωση κρέατος

Η μειωμένη κατανάλωση κρέατος αποτελεί σύνηθες φαινόμενο σε υπερήλικα άτομα. Το 17% από δείγμα ανδρών από τα ΚΑΠΗ Αθήνας, δεν καταναλώνει ποτέ μοσχαρίσιο κρέας, ενώ το 36% του ίδιου δείγματος καταναλώνει μόλις 1-3 φορές το μήνα.³⁴ Συνήθως η αποφυγή είναι αναμενόμενη λόγω ηλικίας, αλλά ορισμένες

φορές είναι και ιατρογενής (παροδικές ουραιμίες, αντιβιοτικά, δακτυλίτιδα). Επίσης είναι χαρακτηριστική η ανάπτυξη της στα πρώιμα στάδια νεοπλασιών.

5. Χρόνια νοσήματα

Διάφορα χρόνια νοσήματα που δυσχεραίνουν τη ζωή των ηλικιωμένων οδηγούν σε υπερκαταβολισμό και χρειάζεται αύξηση στην πρόσληψη τροφής, ώστε να μην επέλθει απώλεια βάρους ή να μην αναπτυχθεί υποσιτισμός. Επίσης, οι λοιμώξεις που κατά καιρούς εμφανίζονται δημιουργούν αντίστοιχο πρόβλημα, καθώς επίσης και η ανάπτυξη νεοπλασιών. Δεν πρέπει να υποτιμάται η μέτρια ή μεγαλύτερη μείωση της κατανάλωσης από τους υπερήλικες που εμφανίζεται λόγω υποβόσκουσας ή μη, κατάθλιψης.^{3,73}

Ο παρακάτω πίνακας παραθέτει συγκεντρωτικά τις συνέπειες που επιφέρει το γήρας στην διατροφή:

Πίνακας 3³ Συνέπειες του γήρατος στην διατροφή	
Αλλαγές	Διατροφικές συνέπειες
Ελάττωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού κατά περίπτωση 2% ανά δεκαετία, μετά την ηλικία των 30 ετών.	Οι καθημερινές θερμιδικές ανάγκες ελαττώνονται. Πιθανότητα αύξησης βάρους και παχυσαρκίας.
Ελαττωμένη αίσθηση γεύσης και όσφρησης.	Έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό, ανορεξία. Αύξηση κατανάλωσης άλατος και ζάχαρης.
Κακή όραση, ειδικά σε χαμηλό φωτισμό.	Δυσκολίες στην αγορά ή την προετοιμασία του φαγητού, δυσκολία στην σίτιση.
Περιοδοντίτιδα (σε ποσοστό περίπου 80 % των ηλικιωμένων) η οποία προκαλεί ενοχλήσεις και απώλεια δοντιών.	Δυσκολίες στην σίτιση, περιορισμένες επιλογές τροφών. Συχνά αποφεύγονται τα ωμά φρούτα και λαχανικά και τα πλούσια σε φυτικές ίνες όσπρια, τα οποία αντικαθίστανται με μαλακότερες, φτωχές σε θερμίδες τροφές. Μπορεί να προκληθεί αύξηση ή απώλεια βάρους, καθώς και δυσκοιλιότητα.

Ελαττωμένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος (που χρειάζεται για την απορρόφηση της βιταμίνης B ₁₂), πεψίνη (πρωτεολυτικό ένζυμο) και χολής (απαραίτητη για την απορρόφηση των λιπών.	Μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου, σιδήρου, ψευδαργύρου, πρωτεϊνών, λιπιδίων, λιποδιαλυτών βιταμινών, βιταμίνης B ₁₂ .
Αυξημένο ποσοστό δυσανεξίας στην λακτόζη.	Ελαττωμένη κατανάλωσης γάλακτος, χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου που πιθανά συμβάλει στην οστεοπόρωση.
Ελαττωμένη κινητικότητα γαστρεντερικού συστήματος.	Δυσκοιλιότητα που μπορεί να προκαλέσει ανορεξία, αιμορροΐδες, εκκολπωμάτωση.
Ελαττωμένο αίσθημα δίψας.	Αφυδάτωση.
Ελαττωμένη ποσότητα νερού σώματος.	Αφυδάτωση. Ελάττωση όγκου αίματος.
Αυξημένη συχνότητα χρόνιων νοσημάτων.	Ανορεξία, ανάγκη ειδικής διαίτας, νοσηλεία ή ειδικών εξετάσεων που μπορεί να εμποδίσουν την πρόσληψη τροφής.
Συχνή χρήση φαρμάκων ή συνδυασμού πολλών φαρμάκων.	Πιθανότητα ανορεξίας, ελαττωμένης απορρόφησης θρεπτικών συστατικών, δυσκοιλιότητα, παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων.
Μειωμένη κινητικότητα, αδυναμία.	Δυσκολία στην αγορά και προετοιμασία τροφής (ειδικά τα φρέσκα φρούτα και τα λαχανικά καθώς και τα γαλακτοκομικά είναι ογκώδη και βαριά, και άρα δύσκολα στην μεταφορά τους).
Αλλαγές εισοδήματος.	Λόγω οικονομικής δυσχέρειας αποφεύγεται η αγορά ακριβών τροφών.
Έλλειψη κοινωνικότητας, μοναξιά.	Απάθεια για φαγητά, αύξηση κατανάλωσης οينوπνεύματος, κάπνισμα.
Επιρρέπεια στις διαφημίσεις τροφών και συμπληρωμάτων διατροφής που επιδεικνύουν βελτίωση από τις κακουχίες του γήρατος.	Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων καταναλώνει συμπληρώματα διατροφής των οποίων η θρεπτική αξία είναι αμφιλεγόμενη και υπάρχει πιθανότητα λήψης τοξικών ποσοτήτων βιταμινών Α και D.
Σύγχυση, απώλεια μνήμης.	Πιθανότητα να ξεχάσει κάποιος τη λήψη γευμάτων ή να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες τροφής.

Οι αλλαγές λόγω ηλικίας είτε σε επίπεδο φυσιολογικών λειτουργιών, είτε σε επίπεδο κοινωνικοοικονομικών παραγόντων επιφέρουν αλλαγές στην

πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, όπως επισημαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4 ³ Γενικές επισημάνσεις που αφορούν στην πρόσληψη θρεπτικών συστατικών κατά την τρίτη ηλικία		
Θρεπτικό συστατικό	Επίδραση της ηλικίας	Σχόλια
Ενέργεια	Μειώνεται	Η φυσική δραστηριότητα επηρεάζει την μείωση αυτή
Φυτικές ίνες	Μειωμένη Πιθανότητα δυσκοιλιότητας	Ανεπαρκής πρόσληψη υγρών και μειωμένη φυσική δραστηριότητα επιτείνουν το πρόβλημα
Πρωτεΐνη	Πρέπει να μείνει σταθερή ή να αυξηθεί ελαφρά	Όσπρια και δημητριακά, φτωχά σε λίπος και πλούσια σε φυτικές ίνες είναι καλές πηγές και πρωτεΐνης
Βιταμίνη Α	Αυξάνεται η απορρόφηση	Δεν είναι απαραίτητη συνήθως η λήψη συμπληρωμάτων
Βιταμίνη D	Συνήθως η πρόσληψη μειώνεται, καθώς και η σύνθεση από την επιδερμίδα	Μικρή και καθημερινή έκθεση στον ήλιο είναι αρκετή
Νερό	Μειωμένη αίσθηση δίψας και αυξημένη απέκκριση στα ούρα αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης αφυδάτωσης	6-8 ποτήρια υγρών την ημέρα είναι αρκετά
Σίδηρος	Προβλήματα παρουσιάζονται συνήθως λόγω χρόνιων απωλειών αίματος και μειωμένου γαστρικού οξέος	Το γαστρικό οξύ είναι απαραίτητο για την απορρόφηση. Διάφορα φάρμακα μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση. Το κρέας και η βιταμίνη C αυξάνουν την απορρόφηση του σιδήρου
Ψευδάργυρος	Τόσο η πρόσληψη όσο και η απορρόφηση είναι μειωμένες, αλλά μειωμένες είναι και οι ανάγκες	Φάρμακα επηρεάζουν την απορρόφηση. Η όρεξη και η αίσθηση της γεύσης μπορεί να μειωθούν
Ασβέστιο	Η πρόσληψη μπορεί να είναι χαμηλή. Συχνή οστεοπόρωση	Αν δεν ανέχεται ο οργανισμός το γάλα, πρέπει να βρεθούν άλλες πηγές

Το Τμήμα Διατροφής Νοσηλευτικής Μονάδας

Η διατροφή αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια. Για να έχουμε μια σφαιρικότερη και πληρέστερη άποψη για την διατροφή των νοσηλευόμενων ασθενών δεν θα πρέπει να εξετάσουμε μόνο το τελικό προϊόν που είναι ότι σερβίρεται στο πιάτο αλλά όλη η πορεία μέχρι αυτό το σημείο.

Στα πλαίσια, λοιπόν, της παρούσας εργασίας κρίνεται χρήσιμη η παρουσίαση του αρμόδιου τμήματος στα Νοσοκομεία για την διατροφή των νοσηλευόμενων ασθενών. Για το λόγο αυτό θα γίνει μία συνοπτική αναφορά στη δομή και τη λειτουργία του όπως και στις δραστηριότητες που έχει.

Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων νοσηλευόμενων ασθενών με ειδική ή ελεύθερη διαιτητική αγωγή και με την πληροφόρηση καθώς και την εκπαίδευση αυτών, ανήκουν στο Τμήμα ή Γραφείο Διατροφής του εκάστοτε νοσοκομείου.

Η οικονομική λειτουργία και η διοίκηση του τμήματος εντάσσονται στις δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας, ενώ η επιστημονική δραστηριότητα των Κλινικών Διαιτολόγων εντάσσεται στις δραστηριότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας του κάθε νοσοκομείου (Ν.1397/83). Σύμφωνα με το Ν.2889/2001, οι διαιτολόγοι και οι τεχνολόγοι τροφίμων υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, ενώ το Τμήμα Διατροφής εντάσσεται οργανικά στην Τεχνική και Ξενοδοχειακή Υπηρεσία.

Η εγκύκλιος Α2γ/οικ.2468/87 του Υπουργείου Υγείας ορίζει τον τρόπο άσκησης του έργου, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του προσωπικού που στελεχώνει τα Τμήματα ή τα αυτοτελή Γραφεία Διατροφής των

Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. (τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού μπορούν να καθοριστούν επίσης με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου).^{77,78,79}

Στελέχωση Τμήματος Διατροφής

1. Προϊστάμενος
2. Διαιτολόγος
3. Γραφείο διαχείρισης τροφίμων
4. Αποθήκη τροφίμων
5. Μαγειρείο
6. Υπεύθυνος τραπεζοκόμων
7. Προσωπικό εστίασης
8. Επόπτης Δημόσιας Υγείας
9. Τεχνολόγος Τροφίμων⁷⁷

Συγκεκριμένα ο διαιτολόγος είναι αυτός που συντάσσει διατροφικά σχήματα ειδικών διαίτων σύμφωνα με τις οδηγίες για την πορεία της νόσου, διατηρεί διατροφικό ιστορικό για κάθε ασθενή με διαιτητικό πρόβλημα, εκπαιδεύει και πληροφορεί ασθενείς με χρόνιο διατροφικό πρόβλημα είτε είναι νοσηλευόμενοι ή των εξωτερικών ιατρείων, παρακολουθεί την ιατρική επίσκεψη και συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την καλή παροχή διατροφικής φροντίδας, συμμετέχει στις επιστημονικές δραστηριότητες του νοσοκομείου που αφορούν την διατροφή, συμμετέχει στην Επιτροπή ποιοτικού ελέγχου των τροφίμων. Όπως είναι λοιπόν εμφανές, ο διαιτολόγος είναι αυτός που είναι ή θα έπρεπε να είναι υπεύθυνος για την διατροφή του εκάστοτε ασθενή.⁸⁰

Συστήματα Διανομής Γευμάτων

Επιγραμματικά αναφέρονται παρακάτω τα 2 κύρια συστήματα διανομής γευμάτων που εφαρμόζονται στα περισσότερα Νοσοκομεία της Ελλάδας, ανάλογα με τις επισιτιστικές ανάγκες του κάθε Νοσοκομείου, τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τις συμβάσεις με προμηθευτές και την επάρκεια προσωπικού του Τμήματος Διατροφής

Το **Περιφερειακό Σύστημα Διανομής (ΠΣΔ)**: Εφαρμόζεται στα περισσότερα ελληνικά νοσοκομεία. Σε κάθε πτέρυγα του Νοσοκομείου υπάρχει μια μικρή περιφερειακή κουζίνα και κάποιο προσωπικό εστίασης. Η κουζίνα αυτή παραλαμβάνει έτοιμο μαγειρεμένο φαγητό από την κεντρική κουζίνα το οποίο τοποθετεί σε ατομικούς δίσκους και διανέμει στις κλίνες. Στην περιφερειακή κουζίνα γίνεται και «αναθέρμανση» του φαγητού, εφόσον χρειάζεται, και ορισμένες φορές η προετοιμασία σκευασμάτων. Τα είδη ατομικής εστίασης καθαρίζονται στην περιφερειακή κουζίνα ενώ επιστέφονται στην κεντρική τα σκεύη που περιείχαν έτοιμο φαγητό.

Το **Κεντρικό Σύστημα Διανομής (ΚΣΔ)**: Εφαρμόζεται σε ελάχιστα ελληνικά νοσοκομεία. Υπάρχει μόνο κεντρική κουζίνα από την οποία ξεκινά η διανομή όλων των γευμάτων προς τις κλίνες κάθε πτέρυγας. Το προσωπικό εστίασης του Τμήματος Διατροφής μεταφέρει τους δίσκους με ειδικά διαμορφωμένα καρότσια στις πτέρυγες όπου και το διανέμει στις κλίνες σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό της εκάστοτε πτέρυγας. Τα είδη ατομικής εστίασης επιστρέφουν στην κεντρική κουζίνα όπου και καθαρίζονται.

Αναφέρεται ότι σε πολύ λίγα νοσοκομεία γίνεται ανάθεση της τροφοδοσίας έτοιμου φαγητού σε εταιρεία catering και κατόπιν κεντρική ή περιφερειακή διανομή των γευμάτων.^{77,80}

Πλεονεκτήματα ΚΣΔ έναντι στο ΠΣΔ

1. Η διανομή γίνεται ταχύτερα στο ΚΣΔ γιατί έχει λιγότερα στάδια
2. Το φαγητό «ταλαιπωρείται» λιγότερο στο ΚΣΔ διότι υπάρχουν λιγότερα στάδια μεταφοράς του. Έτσι προστατεύεται περισσότερο από τυχόν επιμολύνσεις, ενώ διατηρείται η θερμοκρασία του.
3. στο ΚΣΔ εποπτεύεται καλύτερα η ροή όλων των διεργασιών.
4. στο ΚΣΔ υπάρχει κεντρικός έλεγχος για τις ποσότητες της ατομικής μερίδας καθώς και της ποιότητας στα γεύματα που διανέμονται
5. Στο ΚΣΔ ο διαιτολόγος εποπτεύει ευκολότερα την προετοιμασία των δίσκων ειδικής δίαιτας
6. στο ΚΣΔ υπάρχει κεντρικός έλεγχος για τον καθαρισμό των σκευών εστίασης.
7. Αναπτύσσεται πνεύμα ομαδικής εργασίας ανάμεσα στο προσωπικό εστίασης.
8. ίδιες απαιτήσεις προσωπικού κουζίνας, αλλά περιορισμός της απαίτησης προσωπικού εστίασης, περίπου στο μισό.

Το ΠΣΔ είναι πιο διαδεδομένο από το ΚΣΔ στα ελληνικά Νοσοκομεία. Ο λόγος είναι ότι τα περισσότερα νοσοκομεία εφαρμόζουν παραδοσιακές μεθόδους λειτουργίας. Οι σύγχρονες ανάγκες για αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας απαιτούν και την βελτίωση των συστημάτων διανομής γευμάτων. Το ΚΣΔ υπερτερεί του ΠΣΔ σε πολλές απόψεις. Η αλλαγή από το ΠΣΔ στο ΚΣΔ είναι εφικτή στα περισσότερα νοσοκομεία διότι δεν απαιτεί μεγάλες τροποποιήσεις στον εξοπλισμό και εγκαταστάσεις. Τέλος το ΚΣΔ είναι πιο συμβατό με το σύστημα ασφάλειας τροφίμων HACCP και συνεπώς απαραίτητο για την συμμόρφωση με τις κρατικές, ευρωπαϊκές και διεθνείς απαιτήσεις για την ασφάλεια.⁷⁷

Μέρος Β΄

Από διαιτολογικής σκοπιάς το μεγαλύτερο ενδιαφέρον συγκεντρώνουν οι δίαιτες που συντάσσονται στο νοσοκομείο και το διαιτολόγιο μέσα από το οποίο αυτές υλοποιούνται. Υπάρχουν πολλές κατηγορίες διαιτών ανάλογα με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει κάθε ασθενής, με τα ιδιαίτερα συμπτώματα που μπορεί να έχει και την διατροφική του κατάσταση πριν και κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Η δίαιτα που λαμβάνει κάθε ασθενής στο νοσοκομείο, συνήθως δεν παραμένει σταθερή από την αρχή μέχρι το πέρας της νοσηλείας του. Το διατροφικό σχήμα που συντάσσεται για κάθε ασθενή ξεχωριστά, είναι εξελικτικό και μεταλλάσσεται ανάλογα με την βελτίωση της νόσου, των επιπλοκών που μπορεί να εμφανίσει και των ιδιαίτερων αναγκών κάθε ασθενούς (πχ προετοιμασία για χειρουργείο). Συνήθως κατά την διάρκεια της νοσηλείας η δίαιτα τείνει να γίνεται ολοένα λιγότερο αυστηρή και μέχρι το τέλος της νοσηλείας πρέπει να έχει αποκατασταθεί η φυσιολογική διατροφή του ασθενούς, ώστε να μπορεί να διατρέφεται έτσι και μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο^{81,82,83,84,85,86,87}. Ένα πολύ διαδεδομένο διατροφικό σχήμα που εφαρμόζεται ευρέως είναι για παράδειγμα:

Ο ασθενής ξεκινά με πλήρη υδρική θεωρώντας ότι εισήχθη σε οξεία φάση.

Πλήρης υδρική → υδρική → ελαφρά-ά → ελαφρά -β΄ → ελεύθερη

Στις σελίδες που ακολουθούν γίνεται αναφορά στις ομάδες ειδικών διαιτών που συντάσσονται και εφαρμόζονται στα Ελληνικά νοσοκομεία. Τέλος, έμφαση δίνεται σε κάποιες μεγάλες κατηγορίες ασθενών, που χρήζουν ιδιαίτερης διατροφικής προσέγγισης. Παρουσιάζεται η νόσος, οι διεθνείς συστάσεις για την διατροφική αντιμετώπιση της και τέλος

παρουσιάζονται ενδεικτικά διαιτολόγια, μέσα από τα οποία εφαρμόζονται οι διαιτητικές οδηγίες, από δύο κατηγορίες νοσοκομείων:

✓ Με διορισμένο κλινικό διαιτολόγο

Νοσοκομείο Α και Β

✓ και χωρίς κλινικό διαιτολόγο

Νοσοκομείο Γ

Αυτή η διαδικασία δεν γίνεται με σκοπό να διαφανεί η «υπεροχή» των νοσοκομείων με διαιτολόγο, αλλά χωρίς καμία διάθεση έπαρσης, να γίνει φανερό πόσο απαραίτητη είναι αυτή η ειδικότητα μέσα σε ένα νοσοκομείο. Αυτός είναι και ο λόγος όπου δεν φαίνεται το όνομα των νοσοκομείων.

Τα δεδομένα είναι ενδεικτικά, αποτελούν μέρος του ετήσιου μενού που συντάσσεται στα νοσοκομεία στην αρχή κάθε χρόνου, επιλέχθηκαν τυχαία τα διαιτολόγια που χρησιμοποιήθηκαν (ποια εβδομάδα του χρόνου) και οι αναλύσεις δεν προήλθαν από κανενός είδους στατιστική ή άλλη ανάλυση, απλά γίνεται μια αδρή σύγκριση μεταξύ των συστάσεων και των δεδομένων που εφαρμόζονται στα νοσοκομεία. Αυτό δεν αποκλείει την περίπτωση παραλείψεων ή παρερμηνειών.

Ειδικές δίαιτες

Οι διατροφικές ανάγκες των νοσηλευομένων ασθενών ποικίλουν και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ίδια την νόσο, την πορεία της και την διατροφική κατάσταση των ατόμων.

Στόχος της διαιτητικής φροντίδας είναι η εξασφάλιση της επαρκούς πρόσληψης τροφής για την διατήρηση του βάρους, η ελαχιστοποίηση ελλείψεων θρεπτικών συστατικών, η πρόληψη και η καθυστέρηση εμφάνισης αναιμίας ή άλλων διατροφικών ελλείψεων, η επιδιόρθωση,

εάν είναι δυνατόν, των διατροφικών ελλείψεων, ο έλεγχος του σακχάρου του αίματος και της υπερλιπιδαιμίας, η επούλωση τραυμάτων κατά την διάρκεια της ανάρρωσης, η μείωση παραγωγής άχρηστων υλικών που θα αποβληθούν από τους νεφρούς και η μείωση της θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό η διατροφική φροντίδα αποτελεί ένα βασικό υποστηρικτικό μέσο , που μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της επιθυμητής λειτουργικότητας αλλά και της ποιότητας ζωής.^{77,82,85,87}

Είδη Διαίτων

Οι τροποποιημένες δίαιτες χρησιμοποιούνται από άτομα με ειδικές δυσκολίες στην πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση ή μεταβολισμό των τροφών, που συνήθως παρέχονται στις κανονικές δίαιτες.

Μερικές τροποποιημένες δίαιτες που χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική είναι:

1. Υδρική δίαιτα: Περιλαμβάνει τροφές που είναι σε υγρή μορφή σε θερμοκρασία δωματίου, όπως γάλα, τσάι, ζελέ κτλ. παρέχει υγρά και μερικούς ηλεκτρολύτες με ελάχιστο υπόλειμμα. Συνήθως χρησιμοποιείται κατά την προεγχειρητική ή πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, στα προβλήματα πεπτικού (στένωση οισοφάγου), κατάγματα γνάθου κτλ

2. Πολτώδης δίαιτα: Περιλαμβάνει υγρά και μαλακές στέρεες τροφές (πουρές). Όταν χρησιμοποιούνται κρέατα, λαχανικά και φρούτα είναι αλεσμένα ή πολτοποιημένα. Η δίαιτα αυτή μπορεί να είναι θρεπτικά πλήρης, με εξαίρεση τις φυτικές ίνες. Είναι χαμηλή σε υπόλειμμα. Απαιτεί λίγη μάσηση και η συνήθης χρήση της αφορά την

προεγχειρητική ή μετεγχειρητική περίοδο, δυσφαγία, οδοντικά προβλήματα, προβλήματα του πεπτικού (κίρσοι οισοφάγου) κτλ.

3. Ελαφρά (Α΄) δίαιτα: Περιλαμβάνει υγρές και στερεές τροφές τρυφερές, φτωχές σε φυτικές ίνες όπως: βραστά τρυφερά κρέατα, βραστά λαχανικά, ψητά φρούτα ή κομπόστα. η θρεπτικότητα αυτής της δίαιτας είναι αντίστοιχη με της πολτώδους. Είναι φτωχή σε υπόλειμμα. Λόγω του ότι οι τροφές που χρησιμοποιούνται δεν είναι δύσκολες στη μάσηση και στην πέψη η δίαιτα μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μετεγχειρητική περίοδο, σε οδοντικά προβλήματα, διαφραγματοκήλη, σε προβλήματα του πεπτικού, εκκολπωματίτιδα κτλ.

4. Ελαφρά (Β΄) δίαιτα: Περιλαμβάνει κρέατα και δημητριακά βραστά ή ψητά, λαχανικά βραστά ή ωμά, φρούτα ωμά, ψητά ή κομπόστα. κατά την παρασκευή των τροφίμων δεν προστίθεται αλάτι. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά. Ανάλογα με τη νόσο μπορεί να τροποποιηθεί και να χρησιμοποιηθεί ως εξής:

- **Ήπια δίαιτα στο πεπτικό έλκος,** αποφεύγοντας τις τροφές που πιθανά προκαλούν γαστρικούς ερεθισμούς. Είναι σημαντικό οι τροφές να σερβίρονται σε πολλά μικρά γεύματα και σνακ κατά την διάρκεια της ημέρας, ώστε να ρυθμίζονται οι γαστρικές εκκρίσεις. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.

- **Δίαιτα χαμηλή σε φυτικές ίνες ή χαμηλή σε υπόλειμμα,** που χρησιμοποιείται σε υποτροπή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, εκκολπωματίτιδα. Αποφεύγονται οι μηχανικής φύσης ερεθισμοί του γαστρεντερικού σωλήνα. Επειδή το γάλα περιορίζεται σε 1-2 μερίδες ημερησίως, θα πρέπει να υπολογίζεται η πρόσληψη ασβεστίου. Μπορεί να είναι θρεπτικά πλήρης, εκτός των φυτικών ινών.

- **Δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες**, για τη δυσκοιλιότητα, εκκολπωματίτιδα, αιμορροΐδες. Δεν αποκλείεται κανένα φαγητό, αντίθετα δίνεται έμφαση στη χρήση των δημητριακών ολικής αλέσεως, στα ωμά ή ελαφρώς μαγειρεμένα λαχανικά, ωμά φρούτα. Ενθαρρύνεται η λήψη τουλάχιστον 8 φλιτζανιών υγρών την ημέρα για την ενυδάτωση των φυτικών ινών και την παραγωγή μαλακών κοπράνων. Από θρεπτική άποψη είναι πλήρης.
- **Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες** για εγκαύματα, τραυματισμούς, σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπεία με κορτικοστεροειδή (τα στεροειδή αυξάνουν την μετατροπή των πρωτεϊνών σε γλυκόζη), ηπατίτιδα. Ειδικότερα αυξάνει το μέγεθος της μερίδας του κρέατος, των γαλακτοκομικών προϊόντων, των αυγών. Για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών αναγκαία είναι η επαρκής πρόσληψη λίπους και υδατανθράκων. Είναι θρεπτικά πλήρης.
- **Δίαιτα φτωχή σε πρωτεΐνες**, που χρησιμοποιείται σε νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, όπου υπάρχει περιορισμένη ικανότητα μεταβολισμού ή απέκκρισης του αζώτου που ελευθερώνεται από τη διάσπαση των πρωτεϊνών. Στόχος της διατροφικής φροντίδας είναι η μείωση της παραγωγής των άχρηστων ουσιών, που αποβάλλονται από τους νεφρούς, αποφυγή υπέρμετρης κατακράτησης υγρών και ηλεκτρολυτών που οδηγούν σε υπέρταση. Περιορίζεται η πρόσληψη κρέατος, πουλερικών, ψαριών, αυγών, γαλακτοκομικών προϊόντων, δημητριακών και αμυλούχων λαχανικών.
- **Δίαιτα διαβητικών**, η οποία είναι κατάλληλη για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας, καθορίζοντας την ποσότητα των τροφών που καταναλώνει ο ασθενής καθώς και την ποσότητα των υδατανθράκων κατανεμημένων σε 3-6 (ή περισσότερα) γεύματα και σνακ σε προγραμματισμένες ώρες κατά την διάρκεια της ημέρας. Η διαίτα είναι

επίσης χαμηλή σε χοληστερόλη και κορεσμένα λίπη για ελάττωση των επιπλοκών του διαβήτη. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.

- **Δίαιτα φτωχή σε σάκχαρα.** Συνήθως χρησιμοποιείται σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσανοχή στη γλυκόζη. Περιορίζονται τα απλά σάκχαρα. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- **Άλιπος δίαιτα,** χρησιμοποιείται σε οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, διάρροια. Περιλαμβάνει άπαχα κρέατα βραστά ή ψητά στον ατμό, άπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά νερόβραστα, καλοβρασμένα τρυφερά λαχανικά με λίγο ελαιόλαδο, φρούτα ψητά ή κομπόστα.
- **Δίαιτα καρδιοπαθών,** για ασθενείς με καρδιολογικό ιστορικό. Είναι δίαιτα φτωχή σε κορεσμένα λίπη, χοληστερόλη και αλάτι, αποφεύγοντας τα μεγάλα γεύματα που αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό. Περιλαμβάνει επίσης ωμά ή βραστά λαχανικά και ωμά ή μαγειρεμένα φρούτα. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- **Δίαιτα περιορισμού ή αποκλεισμού λακτόζης,** όταν υπάρχει έλλειψη λακτάσης (που μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής ή γενετικά καθορισμένη είτε δευτεροπαθής λόγω καταστροφής του εντερικού βλεννογόνου από γαστρεντερίτιδα, κοιλιοκάκη, ακτινοθεραπείες εντέρου κτλ). περιορίζονται το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, εκτός από τα σκληρά τυριά. Μερικά άτομα μπορούν να ανεχθούν μικρές ποσότητες γάλακτος και κατεργασμένων προϊόντων του γάλακτος. Μπορεί να είναι πλήρης, αλλά πρέπει να υπολογιστεί η πρόσληψη ασβεστίου.
- **Δίαιτα χωρίς γλουτένη,** για ασθενείς που πάσχουν από εντεροπάθεια λόγω ευαισθησίας στη γλουτένη (κοιλιοκάκη). Η πρόσληψη γλουτένης, μιας πρωτεΐνης που βρίσκεται στα περισσότερα δημητριακά, προκαλεί καταστροφή του εντερικού βλεννογόνου στα

άτομα με αυτή τη πάθηση. Αποφεύγεται το σιτάρι, το κριθάρι, η σίκαλη, η βρώμη καθώς και όλα τα προϊόντα που παρασκευάζονται από τα δημητριακά αυτά.

- **Δίαιτα φτωχή σε φαινυλαλανίνη**, για τα άτομα που πάσχουν από φαινυλκετουρία (PKU).
- **Δίαιτα φτωχή σε τυραμίνη ή σε αναστολέα της μονοαμινικής οξειδάσης (MAOI)**. Χρησιμοποιείται για όσο χρονικό διάστημα το άτομο παίρνει MAOI, μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που περιλαμβάνει τη φαινελζίνη, τη ισοκαρβοξυσίδη, τη τρανυλοκυπρομίνη. Ο σχηματισμός ντοπαμίνης και τυραμίνης λόγω προχωρημένης ηλικίας, διάσπασης πρωτεϊνών και σήψης των τροφών μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία και υπερτασική κρίση. Αποφεύγονται το συκώτι, τα οиноπνευματώδη, οποιεσδήποτε παστές, ζυμωμένες ή καπνιστές πρωτεϊνικές τροφές (τυριά, καπνιστά ή αποξηραμένα κρέατα, παστά αποξηραμένα ή καπνιστά ψάρια, παστός μπακαλιάρος), τα εκχυλίσματα του κρέατος, το γιαούρτι, η σάλτσα σόγιας, η σοκολάτα, το σπιτικό ζυμωμένο ψωμί, οι μπανάνες, το αβοκάντο, τα σύκα, οι σταφίδες, η φάβα και οι μελιτζάνες. Περιορίζουμε σε 1 μικρό πορτοκάλι και ½ του φλιτζανιού ντομάτα την ημέρα. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.

Δίαιτες που χρησιμοποιούνται σε διαγνωστικές ασθένειες.

1. **Δίαιτα δοκιμασίας 5-υδροξυ-ινδολοξικού οξέος (5-HIAA)**. Ακολουθείται για 3 μέρες περίπου πριν και κατά τη διάρκεια της 24^{ης} συλλογής ούρων για 5-HIAA. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση και παρακολούθηση των καρκινοειδών, τα οποία εκκρίνουν σεροτονίνη που μεταβολίζεται στο ήπαρ σε 5-HIAA. Παραλείπονται τροφές που

περιέχουν σεροτονίνη: αβοκάντο, μπανάνες, μελιτζάνες, δαμάσκηνα, ντομάτες και καρύδια.

2. Δίαιτα 300gr υδατανθράκων. Ακολουθείται για 3 μέρες περίπου πριν από την δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη, γιατί δίαιτα φτωχή σε υδατάνθρακες μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ψευδώς παθολογική δοκιμασία. Μια ισορροπημένη δίαιτα περιλαμβάνει 300gr υδατανθράκων ή περισσότερο.

3. Δίαιτα δοκιμασίας βανιλνομανδελικού οξέος (VWA). Ακολουθείται για 3 περίπου μέρες πριν και κατά τη διάρκεια της 24^{ης} συλλογής ούρων για το VWA. Η δοκιμασία χρησιμοποιείται στη διάγνωση του φαιοχρωμοκυττώματος, έναν όγκο των επινεφριδίων, που εκκρίνει υψηλά επίπεδα επινεφρίνης ή και νορεπινεφρίνης. Το VWA είναι ένα προϊόν του μεταβολισμού αυτών των ουσιών. Μερικές φορές αυξάνουν τα επίπεδα του VWA. Αποκλείεται από τη διατροφή τα μήλα, οι μπανάνες, τα εσπεριδοειδή, η βανίλια και οι τροφές που περιέχουν βανίλια, οι ντομάτες και τα κολοκύθια.

4. Δίαιτα 100gr λίπους. Ακολουθείται για 3 μέρες πριν και 3 μέρες κατά την διάρκεια της 72^{ης} συλλογής κοπράνων για ανίχνευση λίπους. Χρησιμοποιείται στη διερεύνηση στεατόρροιας και δυσασπορρόφησης. Οι ενήλικες δεν θα πρέπει να αποβάλλουν περισσότερο από 5 gr λίπους ημερησίως με τα κόπρανα. Τα παιδιά δεν θα πρέπει να αποβάλλουν περισσότερο από 5-7 gr λίπους ημερησίως. Το ημερήσιο διαιτολόγιο πρέπει να περιέχει 100 gr λίπους χρησιμοποιώντας μαργαρίνη, βούτυρο, λάδι, κρέας, πλήρες γάλα, αυγά κτλ. καταγράφονται σε ημερολόγιο οι τροφές που καταναλώνονται και το λίπος των κοπράνων εκφράζεται σαν ποσοστό της πρόσληψης αυτού.⁷⁷

Εντερική- Παρεντερική Διατροφή

Αναλύοντας το κομμάτι της διατροφής ασθενών στα νοσοκομεία θα ήταν παράληψη να μην αναφερθεί κανείς στην εντερική ή στην παρεντερική κάλυψη των αναγκών των ασθενών, όταν δεν είναι εφικτή η «από του στόματος σίτιση»^{81,86,87}.

Το κομμάτι της εντερικής και παρεντερικής διατροφής είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο, μόλις την τελευταία δεκαετία στην χώρα μας. Η ανάπτυξη τέτοιων μεθόδων σίτισης κρίνεται άκρως απαραίτητη διότι διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτή η θρεπτική κάλυψη των ασθενών, γεγονός που αποδεικνύεται απαραίτητο για την καλή έκβαση της θεραπευτικής αγωγής.^{88,89,90}

Στα περισσότερα Ελληνικά νοσοκομεία δεν έχει συνταχθεί πρωτόκολλο εντερικής και παρεντερικής σίτισης. Μετά όμως από προσωπική επαφή και συζήτηση με τους υπεύθυνους για την εφαρμογή εντερικής και παρεντερικής σίτισης στα νοσοκομεία από όπου αντλήθηκαν τα διαιτολόγια των ασθενών, πήραμε τις εξής πληροφορίες:

Στα νοσοκομεία Α και Β, η εντερική ή παρεντερική στήριξη του ασθενούς ανήκει στην καλή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ του διαιτολόγου και της ιατρικής ομάδας. Ο διαιτολόγος είναι υπεύθυνος, ύστερα από «εσωτερική» συνεννόηση (διότι από τον νόμο, ως υπεύθυνος ορίζεται ο θεράπον ιατρός), για τις ποσότητες και το είδος των σκευασμάτων που θα χορηγηθούν, την περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά που θα περιέχουν και επίσης είναι αρμόδιος να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε διατροφικά σχετιζόμενη επιπλοκή εμφανισθεί (πχ. διάρροιες).

Στο νοσοκομείο Γ η εντερική και παρεντερική σίτιση υπάγεται στα καθήκοντα των ιατρών, εφόσον δεν υπάρχει διαιτολόγος για να χειριστεί ένα τόσο σπουδαίο θέμα.

Ελεύθερη Δίαιτα

Η ελεύθερη δίαιτα είναι ή αλλιώς θα πρέπει να στηρίζεται στις συστάσεις για τον γενικό πληθυσμό, με σκοπό την προώθηση ή/και βελτίωση της υγείας⁹¹.

Ενέργεια

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι ημερήσιες βασικές ενεργειακές απαιτήσεις ενός ατόμου ηλικίας άνω των 60ετών καθορίζονται από τον τύπο.^{5,91}

$E=(8.8*\text{βάρος})+(1.128*\text{ύψος})-1071$, για άντρες

$E=(9.2*\text{βάρος})+(637*\text{ύψος})-302$, για γυναίκες

Συντελεστής φυσικής δραστηριότητας:

Ανάλογα με την φυσική δραστηριότητα του ατόμου ο βασικός μεταβολικός του ρυθμός, θα πρέπει να πολλαπλασιαστεί με τον κατάλληλο συντελεστή φυσικής δραστηριότητας και έτσι θα προκύψουν οι ημερήσιες συνολικές ενεργειακές του απαιτήσεις.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ο συντελεστής φυσικής δραστηριότητας για κλινήρη ή κατάκοιτα άτομα είναι 1.2, για άτομα με καθιστική ζωή ή ελάχιστη φυσική δραστηριότητα 1.4-1.5 κτλ.

Σημειώνεται ότι υπάρχουν περαιτέρω συντελεστές παραγόντων στρες (για παράδειγμα σε τραύμα, περιτονίτιδα, έγκαυμα, λοιμώξεις κτλ, κατάγματα) οι οποίοι πρέπει να συνυπολογιστούν⁵.

Πρωτεΐνη

Οι συστάσεις για πρωτεΐνη για τον γενικότερο πληθυσμό έχουν καθοριστεί έτσι ώστε να παρέχουν μία ασφαλή πρόσληψη και είναι, για

ηλικιωμένα άτομα 0.8-1.0gr ανά κιλό σωματικού βάρους ημερησίως ή 12%E περίπου.

Λίπος

Συστήνεται ημερήσια πρόσληψη ολικού λίπους λιγότερο από 30%E, κορεσμένων λιπαρών οξέων όχι πάνω από 10%E και χοληστερόλης <300mg.

Υγρά

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στο ισοζύγιο υγρών και στην κάλυψη των απαιτήσεων του οργανισμού. Ένας εύχρηστος τύπος για τον υπολογισμό των απαιτήσεων σε υγρά ενός ατόμου είναι: **1ml ανά kcal.**⁵

Μετά από προσεκτική διερεύνηση των διαθέσιμων διαιτολογίων διαπιστώθηκαν τα εξής:

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Β

Διαπιστώθηκε ότι το διαιτολόγιο είναι συμβατό με τις διεθνείς συστάσεις όπως περιγράφονται παραπάνω. Η διατροφή είναι ισορροπημένη και την διακρίνει ποικιλία.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Όπως διαπιστώνεται από το διαθέσιμο διαιτολόγιο που αποτελεί ένα υπόδειγμα ελεύθερης δίαιτας υπάρχουν κάποιοι «έμμεσοι» αυστηροί περιορισμοί όπως για παράδειγμα στο κρέας (60-90gr σε κάθε γεύμα) ενώ απ' την άλλη συστήνεται κατανάλωση ορισμένων τροφίμων όπως αναψυκτικά και ζάχαρη, που μπορεί να παρερμηνευτούν και να

οδηγήσουν σε υπέρμετρη πρόσληψη εφόσον δεν υπάρχει διαιτολόγος που θα κάνει τις απαραίτητες διευκρινήσεις.

Κυκλοφορικό Σύστημα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι αποτέλεσμα μειωμένης αιματικής ροής στο δίκτυο των καρδιακών αγγείων. Η κύρια αιτία των καρδιαγγειακών είναι η αθηροσκλήρωση, η οποία περιλαμβάνει αλλαγές τόσο στη δομή αλλά και στη σύσταση των εσώτατων και εσώτερων στιβάδων των μεγάλων αρτηριών. Η αθηροσκλήρωση είναι συνεπώς η κύρια αιτία καρδιακής κρίσης, καρδιακής προσβολής και γάγγραινας των άκρων. Οι αρτηρίες που προσβάλλονται κυρίως είναι η κοιλιακή, η στεφανιαία και η εγκεφαλική.^{5,92}

Αίτια καρδιακής ανεπάρκειας:

- Πρωτοπαθής δυσλειτουργία του μυοκαρδίου (μυοκαρδιοπάθεια με διάταση, ισχαιμική καρδιοπάθεια)
- Υπέρμετρος κοιλιακός φόρτος
Υπερφόρτιση πίεσης (υπέρταση, στένωση αορτής)
Υπερφόρτιση όγκου (ανεπάρκεια της αορτής ή της μιτροειδούς)
- Περιοριστικές παθήσεις
Μυοκαρδιακές (περιοριστική ή διηθητική μυοκαρδιοπάθεια)
Περικαρδιακές (συμπίεση, επιπωματισμός)
- Ηλεκτρικές διαταραχές (ταχυκαρδίες, κολποκοιλιακός αποκλεισμός)⁹²

Παράγοντες κινδύνου:

Μη τροποποιήσιμοι:

Μεγάλη ηλικία

Ανδρικό φύλο

Οικογενειακό ιστορικό

Τροποποιήσιμοι:

Υπέρταση

Υπερχοληστερολαιμία (LDL)

Κάπνισμα

Δυσανεξία της γλυκόζης

Άλλοι τροποποιήσιμοι:

Παχυσαρκία

Καθιστική ζωή ⁹²

Δίαιτα για Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Στόχοι διαιτητικής Παρέμβασης:

- Μείωση του καρδιακού έργου
- Μείωση οιδημάτων
- Βελτίωση του αναπνευστικού πηλίκου
- Βελτίωση διατροφικής κατάστασης
- Αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και βελτίωση της ποιότητας ζωής.⁵

Σχεδιασμός γευμάτων εντός του νοσοκομείου:

Ενέργεια

Οι ενεργειακές απαιτήσεις ενός ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια εξαρτώνται από το παρόν σωματικό του βάρος, τη φυσική του δραστηριότητα και την σοβαρότητα της ασθένειας. Συνήθως είναι 20%-30% πάνω από τις βασικές ενεργειακές απαιτήσεις λόγω αύξησης του καρδιακού και αναπνευστικού έργου και του μεταβολικού ρυθμού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει να λαμβάνουν μικρά συχνά γεύματα λόγω του ότι είναι καλύτερα ανεκτά και δεν επιβαρύνουν την καρδιακή λειτουργία ^{2,5}

Πρωτεΐνη

Οι πρωτεϊνικές απαιτήσεις ενός ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια κυμαίνονται από 0,8 έως 1 gr πρωτεΐνης ανά κιλό σωματικού βάρους, εάν ο ασθενής σιτίζεται από στόματος ή 1,5 gr/kg εάν σιτίζεται παρεντερικά.²

Λίπος

Συστήνεται ημερήσια πρόσληψη ολικού λίπους λιγότερο από 30%E, κορεσμένων λιπαρών οξέων όχι πάνω από 10%E και χοληστερόλης <300mg.²

Υδατάνθρακες

Το ποσό υδατανθράκων της δίαιτας καθορίζεται από την τιμή του αρτηριακού pCO₂ και την παρουσία υπεργλυκαιμίας, καθώς η υπολειτουργία που μπορεί να παρουσιάζει το πάγκρεας όπως επίσης και

η φαρμακευτική αγωγή δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία υπερινσουλιναιμία και ινσουλिनoαντίσταση.²

Νάτριο

Λόγω της μειωμένης αιματική ροής στους νεφρούς προκαλείται έκκριση αλδοστερόνης και αντιδιουρητικής ορμόνης, με αποτέλεσμα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια να παρατηρείται κατακράτηση υγρών και νατρίου. Για το λόγο αυτό στους ασθενείς αυτούς συστήνεται δίαιτα χαμηλή σε νάτριο. Αν και το ποσοστό περιορισμού εξαρτάται από την κατάσταση του κάθε ασθενή, γενικά συστήνεται δίαιτα με 2gr νατρίου.^{2,5}

Υγρά

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια η κατανάλωση υγρών περιορίζεται στα 1000-2000ml ημερησίως, ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ασθενούς και την χρήση διουρητικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα θα πρέπει να περιοριστεί και η κατανάλωση τροφίμων με μεγάλο περιεχόμενο υγρών. Το ισοζύγιο υγρών πρέπει να παρακολουθείται και να ρυθμίζεται μέσω μετρήσεων των ηλεκτρολυτών ορού.^{2,5}

Η παρατήρηση των διαθέσιμων διαιτολογίων οδηγεί στα εξής συμπεράσματα:

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Α

Διαπιστώθηκε ότι το διαιτολόγιο είναι συμβατό με τις διεθνείς συστάσεις όπως περιγράφονται παραπάνω. Η διατροφή είναι ισορροπημένη.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Όπως διαπιστώνεται από το διαθέσιμο διαιτολόγιο (που ισχύει για το νοσοκομείο αλλά δίνεται και στον ασθενή) η διαιτητική υποστήριξη είναι αρκετά ικανοποιητική. Βασική έλλειψη είναι η επιμόρφωση και η προσωπική επαφή με τον ασθενή, γεγονός που αναπληρώνεται όσο είναι δυνατόν από γραπτές οδηγίες. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάποιες από τις οδηγίες χρήζουν αναθεώρησης και είναι αναίτιες όπως για παράδειγμα σύσταση για κατανάλωση ψωμιού της προηγούμενης μέρας χωρίς να προσδιορίζεται ποσότητα ενώ περιορίζονται τα ζυμαρικά. Επίσης δίνεται σύσταση για έλαια ως απαραίτητα, χωρίς να προσδιορίζεται η μορφή τους (ελαιόλαδο, σπορέλαια κτλ). από την άλλη κάποιες συστάσεις είναι ιδιαίτερα αυστηρές, για παράδειγμα απαγορεύονται τα όσπρια προφανώς προς μη επιβάρυνση του καρδιακού έργου.

Αξιοσημείωτη είναι η οδηγία για μικρά και συχνά γεύματα.

Υπερλιπιδαιμία

Στόχοι διαιτητικής παρέμβασης:

- Βελτίωση επιπέδων λιποπρωτεϊνών και λιπιδίων σε άτομα με δυσλιποπρωτεϊναιμία
- Ελαχιστοποίηση ή μείωση άλλων διατροφικά σχετιζόμενων παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου
- Βοήθεια για την αποφυγή ή/και καθυστέρηση της ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου.⁵

Περιγραφή διαιτητικής θεραπείας:

Οι βασικοί άξονες της διαιτητικής θεραπείας είναι η μείωση του διαιτητικού λίπους, των κορεσμένων λιπαρών οξέων και της χοληστερόλης σε συνδυασμό με επαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών όπως αντιοξειδωτικά, φυλλικό οξύ, βιτ. B6, βιτ. B12^{12,25,32},

Συγκεκριμένα οι συστάσεις βασίζονται στην δίαιτα TLC (Therapeutic Lifestyle Changes):

Πίνακας 5 TLC (Therapeutic Lifestyle Changes)	
Συστατικό	Συνιστώμενη ποσότητα
Κορεσμένα λιπαρά οξέα (SFA)	<7%E
Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (PUFA)	≤10%E
Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (PUFA)	≤20%E
Ολικό λίπος (FAT)	25-35%E

Υδατάνθρακες (CHO)	50-60%E
Φυτικές ίνες (FIBER)	20-30gr
Πρωτεΐνη (PRO)	≅15%E
Χοληστερόλη (CHOLESTEROL)	≤200mg
Ενέργεια (E)	Πρόσληψη επαρκούς ποσού ενέργειας με σκοπό την διατήρηση επιθυμητού βάρους.

Μετά από παρατήρηση των διαιτολογίων προκύπτει:

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Β

Διαπιστώθηκε ότι το διαιτολόγιο είναι συμβατό με τις διεθνείς συστάσεις όπως περιγράφονται παραπάνω. Η διατροφή είναι ισορροπημένη και υπάρχει ποικιλία τροφίμων, γεγονός που κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Για την περίπτωση της υπερλιπιδαιμίας είναι διαθέσιμες μόνο οι οδηγίες που δίνονται στον ασθενή. Παρακάτω αναφέρονται κάποια σημεία που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής:

Συστήνεται δίαιτα περιορισμένου λίπους, όπως συστήνεται και από τους διεθνείς οργανισμούς. Αποκλείονται τηγανητά, «γιαχνιστά» και σάλτσες όπως επίσης και τα εντόσθια, κάποια λιπαρά ψάρια και λίπη ζωικής προέλευσης.

Γενικά οι συστάσεις είναι αρκετά ικανοποιητικές

Διαβήτης

Η μείωση που παρατηρείται στην ανοχή γλυκόζης και σχετίζεται με το γήρας, οδηγεί σε μία αύξηση στα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος κατά 1.5g/dl ανά δεκαετία. Επικρατεί διχογνωμία σχετικά με το εάν αυτή η δυσχέρεια στην ανοχή της γλυκόζης οφείλεται σε μειωμένη παραγωγή ινσουλίνης ή σε μειωμένη δράση της. Αναδρομικές έρευνες έχουν δείξει ότι καλά επίπεδα γλυκόζης πλάσματος μειώνουν τις επιπτώσεις και τη σοβαρότητα των επιπλοκών του διαβήτη. Η θεραπεία της δυσανοχής της γλυκόζης στους ηλικιωμένους περιλαμβάνει διαιτητική παρέμβαση, άσκηση και φαρμακευτική αγωγή.^{2,3,92,93}

Στόχοι διαιτητικής παρέμβασης:

- Επίτευξη και διατήρηση επιθυμητών επιπέδων γλυκόζης αίματος και λιπιδίων, μέσω σωστών επιλογών τροφίμων.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας γενικότερα.
- Ενθάρρυνση ατόμων να αυτορυθμίζουν τον διαβήτη με παροχή πληροφοριών για αύξηση των ικανοτήτων και των γνώσεών τους.
- Παροχή επαρκούς ποσού ενέργειας και θρεπτικών συστατικών για επίτευξη ή/ και διατήρηση επιθυμητού σωματικού βάρους.
- Επιμόρφωση με σκοπό την πρόληψη και θεραπεία των επιπλοκών (υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία κτλ)
- Πρόληψη ή καθυστέρηση των μακροχρόνιων επιπλοκών του διαβήτη (νεφροπάθεια, νευροπάθεια, καρδιαγγειακά κτλ).^{2,5}

Σχεδιασμός γευμάτων εντός του νοσοκομείου:

Ο American Diabetes Association (ADA) και ο Canadian Diabetes Association (CDA) δεν συστήνουν κάποιο συγκεκριμένο διαιτολόγιο. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται δίαιτες «χωρίς ζάχαρη» ή «άνευ σακχάρων», διότι αυτοί οι όροι αντικατοπτρίζουν την λανθασμένη και αναχρονιστική αντίληψη ότι ο διαβήτης μπορεί να ρυθμιστεί με ένα πρότυπο πλάνο γευμάτων και ότι η ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος μπορεί να επιτευχθεί απλά αποκλείοντας την ζάχαρη από την διατροφή.

Παραδοσιακά στα νοσοκομεία χρησιμοποιούνται διαιτολόγια συγκεκριμένων θερμίδων βασισμένα στο σύστημα καταμερισμού των ισοδυνάμων υδατανθράκων (κανόνας δεκάτων για ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη/διαβήτη τύπου I, κανόνας έκτων για διαβήτη τύπου II που ρυθμίζεται μέσω διατροφής, κανόνας ενάτων για διαβήτη τύπου II που ρυθμίζεται με λήψη αντιδιαβητικών δισκίων).

Αν ο ασθενής δεν έχει άλλα προβλήματα υγείας που να απαιτούν τροποποίηση των συστάσεων, η διατροφή των διαβητικών ασθενών δεν έχει διαφοροποιήσεις στα θρεπτικά συστατικά από αυτή του γενικού πληθυσμού (ελεύθερη διατροφή).^{2,5}

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου B

Διαπιστώθηκε ότι το διαιτολόγιο είναι συμβατό με τις διεθνείς συστάσεις όπως περιγράφονται παραπάνω. Η διατροφή είναι ισορροπημένη. Οι οδηγίες δίνονται προφορικά από το προσωπικό του τμήματος διατροφής, εφόσον υπάρχει διορισμένος διαιτολόγος. Μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι δεν φαίνεται να γίνεται καταμερισμός των γραμμαρίων υδατανθράκων βάση κάποιου κανόνα, άπλά γίνονται κάποιες μικρές

τροποποιήσεις στην ελεύθερη δίαιτα όπως για παράδειγμα στο πρωινό δεν δίνεται μαρμελάδα.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Όπως διαπιστώνεται από το διαθέσιμο διαιτολόγιο (που ισχύει για το νοσοκομείο αλλά δίνεται και στον ασθενή) η διαιτητική υποστήριξη είναι αρκετά ικανοποιητική. Άξιο προσοχής είναι το γεγονός ότι γίνεται κάποιος καταμερισμός των γραμμαρίων υδατανθράκων. Αυτό θα ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικό εάν αυτός ο καταμερισμός βασιζόταν σε πιο σύγχρονα δεδομένα. Ουσιώδης έλλειψη είναι αυτή του διαιτολόγου καθώς σε ένα νόσημα σαν το διαβήτη που χρήζει συστηματικής διαιτητικής παρακολούθησης η επιμόρφωση και η προσωπική επαφή με τον ασθενή είναι ζωτικής σημασίας και δυστυχώς δεν είναι εύκολο να αναπληρωθεί από γραπτές οδηγίες, διότι οι ανάγκες του κάθε ασθενούς ποικίλουν.

Νεφρικό Σύστημα

Η λειτουργία των νεφρών και η σπειραματική διήθηση μειώνονται έως και 60% ανάμεσα στα 30-80 έτη, γεγονός που οφείλεται κυρίως σε συγκεκριμένες χρόνιες καταστάσεις, σε μείωση στον αριθμό των νεφρώνων καθώς και σε μειωμένη αιματική ροή. Αυτό καθιστά το ηλικιωμένο άτομο λιγότερο ικανό να ανταποκριθεί σε αλλαγές στο ισοζύγιο υγρών και στην οξεο-βασική ισορροπία. Ο μεταβολισμός των υπέρμετρων ποσοτήτων προϊόντων μεταβολισμού των πρωτεϊνών και των ηλεκτρολυτών γίνεται πλέον πολύ δύσκολος. Η νεφροπάθεια των ηλικιωμένων μπορεί να οφείλεται σε χρόνια υπερκατανάλωση πρωτεϊνών (Rudman, 1988). Σύμφωνα με μελέτες καταναλωτών, η μέση πρόσληψη πρωτεΐνης στην Αμερική είναι 1.5% μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη ποσότητα (RDA).^{2,3,5}

Τα κύρια νεφρικά σύνδρομα είναι:

- Οξύ νεφριτιδικό σύνδρομο
- Νεφρωσικό σύνδρομο
- Ταχέως εξελισσόμενη νεφρική ανεπάρκεια
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Νεφρολιθιασικό σύνδρομο
- Σωληναριακές διαταραχές
- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Αίτια:

- Αποφρακτική ουροπάθεια

- Κακοήθης υπέρταση
- Ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα
- Θρομβωτική θρομβοκυτταροπενική πορφύρα/ αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο
- Αθηρωματώδης εμβολική νόσος
- Αμφοτερόπλευρη στένωση της νεφρικής αρτηρίας
- Σκληροδερμία
- Πολλαπλό μυέλωμα⁹²

Στην παρούσα εργασία θα γίνει αναφορά στην διατροφική υποστήριξη ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια, προ τελικού σταδίου. Η κάλυψη όλων των παθήσεων του νεφρικού συστήματος, υπερβαίνει σε μέγεθος και σε στόχο τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Επιλέχθηκε αυτή η ασθένεια των νεφρών διότι συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον από διαιτολογικής άποψης, καθώς χρειάζεται άμεση παρέμβαση, αρκετή εκπαίδευση και η διατροφική υποστήριξη είναι καθοριστική για την έκβαση της ασθένειας.

Νεφρική Ανεπάρκεια Προ Τελικού Σταδίου:

Ως νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η προοδευτική και ανεπανόρθωτη απώλεια την νεφρικής λειτουργίας. Η απώλεια ποσοστού <75% του GFR (Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης) συνήθως δεν συνεπάγεται έντονα συμπτώματα, λόγω προσαρμογής. Η προ τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από μείωση της ικανότητας των νεφρών να αποβάλει τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, όπως γίνεται αντιληπτό από την αύξηση της κρεατινίνης ορού. Αύξηση της κρεατινίνης ορού από 0,7 mg/dl σε 1,4 mg/dl, υποδεικνύει απώλεια

περίπου 50% GFR, και απαραίτητη η θεραπευτική παρέμβαση σε αυτό το αρχικό στάδιο.^{2,5,92}

Στόχοι Διαιτητικής παρέμβασης:

- Να προληφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τα συμπτώματα της ουραιμίας, με μείωση της συσσώρευσης άχρηστων αζωτούχων προϊόντων
- Να καθυστερήσει η περαιτέρω απόπτωση της νεφρικής λειτουργίας, καθώς και η ανάγκη για αιμοδιάλυση.
- Να προληφθεί ο δευτεροπαθής υπερπαραθυροειδισμός
- Να βελτιωθεί η μεταβολική οξέωση
- Να ελεγχθεί η υπέρταση με την ελαχιστοποίηση της των ενοχλήσεων από υγρά και ηλεκτρολύτες
- Να διατηρηθούν μέσα σε ανεκτά όρια (διότι τα φυσιολογικά είναι πολλές φορές ανέφικτα) οι βιοχημικοί δείκτες και το επίπεδο υγρών του ασθενούς.
- Να καλυφθούν οι διατροφικές ανάγκες και να προληφθεί η εμφάνιση υποσιτισμού σε ασθενείς με εξασθενημένη λειτουργία νεφρών. Να συνταχθεί ένα πλάνο διατροφής, που να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενή σε όλα τα θρεπτικά συστατικά, το οποίο να είναι κατανοητό και εφαρμόσιμο από τον ίδιο.^{2,5}

Συστάσεις:

Η δίαιτα είναι ελεγχόμενη για δύο βασικά θρεπτικά συστατικά: την πρωτεΐνη και τον φώσφορο. Τα επίπεδα του νατρίου, καλίου, υγρών και

θερμίδων βασίζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά. Απαραίτητη κρίνεται η προσωπική επαφή με τον ασθενή, ώστε να γίνει επιμόρφωση και να επιλυθούν όλες του οι απορίες.

Πίνακας 6⁵ Συστάσεις για νεφροπάθεια προ τελικού σταδίου	
Θρεπτικά συστατικά	Συστάσεις
Πρωτεΐνη	0,6 gr/kg σωματικού βάρους ανά ημέρα εάν το GFR,25 ml/min 0,8 gr/kg ιδανικού σωματικού βάρους (I.B.)* ή προσαρμοσμένου σωματικού βάρους (Π.Β.) [∞]
Ενέργεια Κανονικό βάρος	35 Kcal/kg (145 kJ) για ασθενείς <60 ετών 30-35 Kcal/kg (125-145 kJ) για ασθενείς >60 ετών
Παχύσαρκοι	20-30 Kcal/kg (80-125 kJ) ιδανικού σωματικού βάρους (I.B.) ή προσαρμοσμένου σωματικού βάρους (Π.Β.)
Ελλειποβαρείς καταβολικοί	ή 45 Kcal/kg (190 kJ) ιδανικού σωματικού βάρους (I.B.)
Λίπη (% της συνολικής ενέργειας) Πολυακόρεστα/ Κορεσμένα λιπαρά οξέα	30-40% 1,0:1,0
Υδατάνθρακες	Το υπόλοιπο των μη πρωτεϊνικών θερμίδων
Φώσφορος	8-12 mg/ kg (0,25-0,39 mmol) ιδανικού σωματικού βάρους (I.B.) [ή 1200 mg (38,7 mmol) ημερησίως [♦]
Ασβέστιο	1200-1600 mg (30-40mmol) ημερησίως
Νάτριο	1000-3000 mg (44-130 mmol) ημερησίως. Σε σπάνιες περιπτώσεις πρόσθετο νάτριο είναι απαραίτητο.
Κάλιο	Γενικά δεν υπόκειται σε περιορισμό, εκτός εάν τα επίπεδα καλίου ορού είναι ψηλά ή η αποβολή ούρων δεν υπερβαίνει το 1 L ημερησίως
Υγρά	Γενικά δεν υπόκειται σε περιορισμό. Ρύθμιση υγρών με βάση την αποβολή ούρων γίνεται μόνο σε περίπτωση οιδήματος ή καρδιακής ανεπάρκειας

*	Βασισμένο στο ιδανικό βάρος (I.B.) ή επιθυμητό βάρος (E.B.) όπως ορίζεται από τους πίνακες βάρους-ύψους που χρησιμοποιήθηκαν από την μελέτη MDRD.
∞	Το πάνω όριο για αυτό το εύρος είναι προτιμότερο να ακολουθείται από διαβητικούς ή υποσιτισμένους νεφροπαθείς.
♦	Πρόσληψη 5-10 mg (0,16-0,32 mmol) συστήνεται συνήθως από την βιβλιογραφία, αλλά αυτό το εύρος είναι εφικτό μόνο σε συνδυασμό με συμπληρώματα πολύ χαμηλά σε πρωτεΐνη με αμινοξέα και κετο-ανάλογα.

Η επάρκεια των θρεπτικών συστατικών και το διατροφικό προφίλ πρέπει να ελέγχεται τακτικά, προκειμένου η εισαγωγή στην διάλυση να γίνει στον κατάλληλο χρόνο (όταν είναι απαραίτητη).

Καθώς η λειτουργία των νεφρών επιδεινώνεται υπάρχει μια σταδιακή μείωση της πρόσληψης πρωτεΐνης, λόγω ανορεξίας που σχετίζεται με την ουραιμία, ιδιαίτερα όταν η κάθαρση της κρεατινίνης γίνεται με ρυθμό μικρότερο των 25ml/min. Το ισοζύγιο αζώτου (I.A.) πρέπει να υπολογίζεται τακτικά, ώστε να ελέγχεται η κατάσταση του ασθενούς. Για τον υπολογισμό χρησιμοποιείται το ιδανικό βάρος (I.B.) και είναι απαραίτητη η μέτρηση αποβολής ούρων 24-ώρου για την ανάλυση της πρωτεΐνης και την μέτρηση της τιμής ουρίας ούρων. Ο πιο διαδεδομένος τρόπος υπολογισμού είναι η φόρμουλα Maroni:

$$I.A. = 6,25 \times [N \text{ ουρίας ούρων (g/day)} + 0,031 \text{ I.B. (Kg)} + \text{Απώλεια Πρωτεΐνης ούρων (g/day)}]$$

Ή

$$I.A. = 6,25 \times [0,028 \text{ N ουρίας ούρων (mmol/day)} + 0,031 \text{ I.B. (Kg)} + \text{Απώλεια Πρωτεΐνης ούρων (g/day)}]$$

Οι διεθνείς οδηγίες συστήνουν αυτός ο έλεγχος του διατροφικού προφίλ να γίνεται κάθε 3 μήνες.⁵

Ασθενείς με χρόνια ουραιμία έχουν την τάση να αναπτύσσουν ανεπάρκεια υδατοδιαλυτών βιταμινών λόγω αυστηρής δίαιτας και ανορεξίας λόγω ουραιμίας. Η χρήση συμπληρωμάτων βιταμινών, είναι θεμιτή όταν κρίνεται απαραίτητη. Οι ανάγκες σε ιχνοστοιχεία για ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια δεν είναι σαφώς προσδιορισμένα και η προσέγγιση για την κάλυψη των αναγκών τους, πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Επίσης συμπληρώματα για σίδηρο, ασβέστιο, βιταμίνη D και ψευδάργυρο μπορεί να είναι απαραίτητα.

Μετά από ενδελεχή εξέταση των διαιτολογίων των ασθενών που ήταν διαθέσιμα, προέκυψαν τα εξής:

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Α

Διαπιστώθηκε ότι το διαιτολόγιο είναι συμβατό με τις διεθνείς συστάσεις όπως περιγράφονται παραπάνω. Η διατροφή είναι ισορροπημένη. Ορισμένα σημεία που αξίζει να αναφερθούν είναι ότι εφαρμόζεται δίαιτα «μετρημένης πρωτεΐνης» και «χαμηλοφωσφορική». Η διατροφή δεν στερείται γεύσης, παρότι άναλος. Επίσης υπάρχει πάντα επιδόρπιο, το οποίο είναι εξαιρετικά ενθαρρυντικό για κάποιον που πρέπει να ακολουθήσει αυτήν την διατροφή. Επιμόρφωση γίνεται από το προσωπικό του τμήματος διατροφής, εφόσον ο διαιτολόγος είναι διαθέσιμος και έχει εξειδικευτεί στην διατροφική υποστήριξη παθήσεων των νεφρών.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Όπως διαπιστώνεται από το διαθέσιμο διαιτολόγιο (που ισχύει για το νοσοκομείο αλλά δίνεται και στον ασθενή) η διαιτητική υποστήριξη είναι

σύμφωνη με τις διεθνείς συστάσεις, όπως παρουσιάζονται παραπάνω. Εφαρμόζεται δίαιτα «μετρημένης πρωτεΐνης» και όπως διαφαίνεται «χαμηλοφωσφορική». Επίσης είναι άναλος, συνεπώς και η πρόσληψη νατρίου είναι ικανοποιητική. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν γίνεται σύσταση για υγρά.

Όμως, σε μία χρόνια και τόσο «απαιτητική» διαιτητικά παρέμβαση, όπως γίνεται σε αυτήν την κατηγορία ασθενών η συζήτηση με τον διαιτολόγο είναι απαραίτητη, προκειμένου να γίνει σαφής η σπουδαιότητα της διατροφικής υποστήριξης στην καθυστέρηση στην περαιτέρω μείωση της νεφρικής λειτουργίας και συνεπώς στην «είσοδο» στη αιμοδιάλυση. Έτσι στο νοσοκομείο Γ, παρά την κατάρτιση ικανοποιητικών διαιτολόγων η έλλειψη διαιτολόγου είναι καθοριστική σε αυτήν την περίπτωση.

Γαστρεντερικό Σύστημα

Κατά το γήρας λαμβάνουν χώρα πληθώρα αλλαγών στο γαστρεντερικό σύστημα, που επηρεάζουν την διαιτητική πρόσληψη, την πέψη και την απορρόφηση (Lovat, 1996).

Οι διαταραχές της γεύσης και της όσφρησης επηρεάζουν αρνητικά την όρεξη και την λήψη τροφής, κατάσταση που παρατηρείται έως και στο 50% των ηλικιωμένων ατόμων, ενώ η μειωμένη παραγωγή σιέλου ευοδώνει την ανάπτυξη οδοντικής πλάκας, προκαλεί ξηροστομία και δυσκολεύει την κατάποση.

Οι πιο έντονες επιδράσεις του γήρατος αφορούν το στομάχι. Αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παρουσιάζουν, η ναυτία και η δυσκοιλιότητα, προβλήματα που σχετίζονται με κακές διατροφικές συνήθειες, παρενέργειες φαρμακευτικών ουσιών κτλ.

Οι παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος είναι πολλές και αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους. Δεν υπάρχουν γενικές συστάσεις, αλλά συστάσεις για κάθε πάθηση ξεχωριστά. Το πιο σπουδαίο όμως για αυτήν τη κατηγορία ασθενών είναι να αξιολογούνται ξεχωριστά, διότι λόγω διαφορετικής συμπτωματολογίας που εμφανίζεται σε κάθε ασθενή της ίδιας πάθησης, η διαιτητική παρέμβαση πρέπει να είναι πλήρως εξατομικευμένη.

Στην παρούσα εργασία θα γίνει αναφορά στην διαιτητική υποστήριξη ασθενών με πεπτικό έλκος, διότι είναι μια πολύ διαδεδομένη ασθένεια στις μέρες μας και η παρέμβαση συγκεντρώνει αρκετό ενδιαφέρον. Ο ισόβιος επιπολασμός της πεπτικής ελκοπάθειας είναι περίπου 10%, ίσος στα δύο φύλλα. Εξάλλου είναι οι μόνες δίαιτες που είναι διαθέσιμες σε ένα νοσοκομείο, καθώς για τα υπόλοιπα γαστρεντερικά προβλήματα δεν

φαίνεται να υπάρχει έτοιμο διαιτολόγιο, αλλά συντάσσεται μετά από αξιολόγηση του ασθενούς και συζήτηση με τον διαιτολόγο.^{2,3}

Πεπτικό Έλκος

Φυσιολογικά ο βλεννογόνος του στομάχου προστατεύεται από τις διαδικασίες της πέψης (έκκριση πεψίνης και υδροχλωρικού οξέος), με την παραγωγή βλέννας, την παραγωγή διττανθρακικών ιόντων προς εξουδετέρωση οξέος, απομάκρυνση περίσσειας οξέος με την φυσιολογική αιματική ροή και άμεση αναγέννηση τραυματισμένων κυττάρων του στομάχου.² Το πεπτικό έλκος αντιπροσωπεύει μια διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος-πεψίνης και των αμυντικών μηχανισμών του βλεννογόνου. Πρωταρχικό γεγονός για το σχηματισμό έλκους είναι η διάσπαση των παραγόντων της άμυνας του υγιούς βλεννογόνου, διότι σε μεγάλη αναλογία ασθενών η έκκριση υδροχλωρικού οξέος βρίσκεται εντός φυσιολογικών ορίων.¹¹ Δηλαδή το πεπτικό έλκος αποτελεί μια καταστροφή του στομαχικού τοιχώματος, σε πλάτος ή βάθος, από τις φυσιολογικές εκκρίσεις αυτού. Οι ασθενείς που είναι επιρρεπείς σε πεπτικά έλκη συνήθως έχουν ελλείψεις μηχανισμούς προστασίας του πεπτικού βλεννογόνου από την πεψίνη και το υδροχλωρικό οξύ, μειωμένη έκκριση προστατευτικής βλέννας και φτωχή διατροφή. Άλλη μια συνήθης αιτία πεπτικού έλκους είναι η παρουσία στα κύτταρα του στομάχου του ελικοβακτηριδίου *H. Pylori*.⁵

Στόχος Διαιτητικής παρέμβασης:

Ο βασικός στόχος της διαιτητικής παρέμβασης του πεπτικού έλκους, είναι να αποφεύγεται η μεγάλη διακύμανση στην έκκριση υδροχλωρικού οξέος και ο ερεθισμός του γαστρικού επιθηλίου.⁵

Συστάσεις:

Η διαιτητική παρέμβαση δρα υποστηρικτικά, στην κατά βάσιν φαρμακευτική θεραπεία, που συστήνεται για το πεπτικό έλκος και πρέπει να διαφοροποιείται ανάλογα με την αντίδραση και την ανεκτικότητα του ασθενούς σε διάφορες τροφές. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται αυστηρή δίαιτα περισσότερο για ψυχολογικούς λόγους.

Περιγραφή Δίαιτας:

Η δίαιτα ελκοπαθούς είναι απόλυτα συνυφασμένη με την φαρμακευτική θεραπεία. Δεν υπάρχουν αποδείξεις για δίαιτες που μειώνουν την γαστρική έκκριση ή αυξάνουν το ρυθμό ίασης. Έτσι εφαρμόζεται μια ισορροπημένη διατροφή η οποία να μπορεί να συνδυάζεται με την φαρμακευτική θεραπεία (αντιόξινα, ανταγωνιστές υποδοχέα H₂, αναστολείς αντλίας πρωτονίων). Σε γενικές γραμμές:

- Ισορροπημένη δίαιτα. Κάλυψη αναγκών προς αποφυγή ελλείψεων και υποσιτισμού.
- Αποφυγή αλκοόλ, καπνίσματος, σαλικυλικού οξέος (ασπιρίνη) και άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων (NSAID).
- Αποφυγή φαγητών και καρυκευμάτων που ερεθίζουν το στομάχι, όπως καφεΐνη, μαύρο πιπέρι, σκόρδο και πάπρικα.

- Αποκλεισμός τροφίμων που προκαλούν επανειλημμένα ενοχλήσεις.
- Υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ συστάσεων για τη λήψη γευμάτων. Προτείνεται αποφυγή τακτών γευμάτων και κατανάλωση τροφής, πριν τον ύπνο, προς αποφυγήν αυξημένων γαστρικών εκκρίσεων. Σύμφωνα με άλλες έρευνες μικρά και τακτά γεύματα επιφέρουν μειωμένες εκκρίσεις και έτσι δεν ερεθίζουν το βλεννογόνο.
- Πρόσληψη πρωτεϊνών ρυθμίζει προσωρινά τις γαστρικές εκκρίσεις, αλλά διεγείρει την έκκριση γαστρίνης και πεψίνης. Η μέχρι πρόσφατα χρήση γάλακτος και γιαουρτιού στην διαιτητική υποστήριξη του πεπτικού έλκους, ως μέσον προστασίας του βλεννογόνου, καταρρίπτεται. (Dial et al,1995)
- Ανάλογα με τον ασθενή πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση τροφίμων χαμηλού PH (όπως τα εσπεριδοειδή), που επιφέρουν πολλές φορές αίσθημα καύσου.
- Υπό διερεύνηση βρίσκεται η θετική επίδραση της χρήσης αντιόξινων, ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων. (Sabanah, 1997, Dugan et al.,1997)^{2,5}

Μετά από προσεκτική εξέταση των διαιτολογίων των ασθενών που ήταν διαθέσιμα, προέκυψαν τα εξής:

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Β

Διαπιστώθηκε ότι το διαιτολόγιο είναι συμβατό με τις διεθνείς συστάσεις όπως περιγράφονται παραπάνω. Η διατροφή είναι ισορροπημένη. Ορισμένα σημεία που αξίζει να αναφερθούν είναι ότι οι σαλάτες είναι πάντα βραστές, ώστε να είναι πιο εύπεπτες και να μην επιβαρύνεται το γαστρεντερικό σύστημα. Παρόλα αυτά δεν αναφέρεται να αποκλείονται συγκεκριμένες κατηγορίες λαχανικών (πχ. κραμβοειδή), που είναι

γνωστό ότι προκαλούν μετεωρισμό. Επίσης το φρούτο δίνεται πάντα υπό μορφή κομπόστας, προφανώς για αποφυγή ερεθισμού του πεπτικού συστήματος. Απουσιάζουν οι σάλτσες και τα πικάντικα φαγητά, όπως ενδείκνυται από τις διεθνείς συστάσεις. Η δίαιτα αποκλεισμού φαίνεται να εξατομικεύεται για κάθε ασθενή.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Όπως διαπιστώνεται από το διαθέσιμο διαιτολόγιο (που ισχύει για το νοσοκομείο αλλά δίνεται και στον ασθενή) οι οδηγίες είναι γραπτές και έτσι ενημερώνεται ο ασθενής, ελλείψει αρμοδίου. Το διαιτολόγιο αλλά και οι οδηγίες που δίνονται είναι ικανοποιητικά κοντά στις διεθνείς συστάσεις. Αξιοσημείωτο να αναφερθεί είναι οι περιορισμοί είναι περισσότερο αυστηροί (πχ. απαγόρευση κραμβοειδών λαχανικών) και ισχύουν για όλους. Δικαίως συμβαίνει αυτό εφόσον δεν είναι δυνατή η εξατομίκευση του διαιτολογίου, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς. Χαρακτηριστική είναι η ελευθερία στην κατανάλωση γλυκών, που δεν αντιπαρέρχεται με τις συστάσεις για το πεπτικό έλκος, είναι όμως αντίθετη με τις διεθνείς συστάσεις για υγιεινή διατροφή. Συστήνονται γεύματα κάθε 3 ώρες. Ωστόσο, τα δεδομένα που έχει στηριχθεί η κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε θρεπτικά συστατικά, πρέπει να αναθεωρηθούν (RDA, 1979).

Ηπατικό σύστημα

Το ήπαρ αποτελεί το μεγαλύτερο όργανο του σώματος, περίπου 1,5 kg. Ο ρόλος του είναι πολύ σημαντικός σε πολλές βασικές φυσιολογικές διαδικασίες, όπως στην ομοιοστάση της γλυκόζης, στην σύνθεση πρωτεϊνών του πλάσματος, λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών, στην σύνθεση και έκκριση χολικών οξέων, στον μεταβολισμό στεροειδών, στην εναποθήκευση βιταμινών (B₁₂, A, D, E και K), στην ενεργοποίηση των μετάλλων, καθώς και στο βιολογικό μετασχηματισμό, την αποτοξίνωση και την απέκκριση πολλών ενδογενών και εξωγενών ουσιών (μετατροπή αμμωνίας σε ουρία). Οι κλινικές εκδηλώσεις των παθήσεων του ήπατος παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία και μπορεί να μην είναι εμφανείς. Διαγνωστικά στοιχεία της ύπαρξης, της βαρύτητας και της αιτιολογίας των ηπατοπαθειών μπορούν να προσφέρουν τόσο η προσεκτική λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση, όσο και διάφορες συνήθως εργαστηριακές εξετάσεις.

Στην παρούσα εργασία θα γίνει αναφορά στις διαιτητική υποστήριξη ασθενών με ηπατίτιδα, διότι δεν αποτελεί μια ασθένεια, αλλά περιλαμβάνει μια πληθώρα πολύ διαδεδομένων παθήσεων του ήπατος, όπου η διαιτητική παρέμβαση συγκεντρώνει μεγάλο ενδιαφέρον.^{2,5,92}

Ηπατίτιδα

Ο όρος «ηπατίτιδα» χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα κλινικοπαθολογοανατομικών καταστάσεων που οφείλονται στη βλάβη την οποία προκαλεί η δράση στο ήπαρ ιών, τοξινών, φαρμακολογικών και ανοσολογικών παραγόντων. Οι ασθενείς που υποφέρουν από ηπατίτιδα, παρουσιάζουν μια πληθώρα μεταβολικών διαταραχών, που

συχνά είναι επιβλαβείς στο διατροφικό τους προφίλ. Ο πρωτεϊνοθερμιδικός υποσιτισμός είναι σύνηθες εύρημα στους ηπατοπαθείς. Δεν είναι μόνο η ίδια η ασθένεια που τον προκαλεί, αλλά και τα συμπτώματα που επιφέρει, όπως ανορεξία, ναυτία, έμετοι, δυσπεψία, δυσαπορρόφηση ή πολύ αυστηρές δίαιτες. Η επαναλαμβανόμενη προσβολή από ηπατίτιδα, μπορεί να οδηγήσει σε ηπατική ανεπάρκεια και τελικά σε κίρρωση. Η κίρρωση αποτελεί μια μη αντιστρεψιμή καταστροφή ηπατοκυττάρων, που συνήθως συμβαίνει μετά από χρόνια ηπατική δυσλειτουργία. Ως αποτέλεσμα της κίρρωσης, μπορεί να αναπτυχθεί πυλαία υπέρταση.^{5,92}

Αιτιολογία:

Λόγω της ποικιλομορφίας που περιλαμβάνει η ηπατίτιδα, είναι ενδιαφέρουσα η αιτιολογία που μπορεί να την προκαλέσει. Μία από τις πιο διαδεδομένες αιτίες ηπατοπάθειας είναι η κατάχρηση αλκοόλ. Άλλες αιτίες είναι η ιογενής προέλευση (ηπατίτιδα A, B, C, D και E), η χρήση φαρμάκων ή η χαμηλή αιματική ροή στο ήπαρ, ως αποτέλεσμα υπότασης. Επίσης, η πρωτοπαθής χολική κίρρωση καθώς και η σκληρωτική χολαγγειίτιδα, μπορεί να προκαλέσουν ηπατική ανεπάρκεια. Τέλος, υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ οξείας και χρόνιας ηπατίτιδας, ανάλογα με την διάρκεια και την «ένταση» της νόσου.⁵

Επιπλοκές:

Οι επιπλοκές που εκδηλώνονται κατά την ηπατική νόσο απαιτούν ειδικούς διατροφικούς χειρισμούς, γι αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν.

Ο ρόλος της διατροφής στην οξεία ηπατίτιδα είναι υποστηρικτικός και επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών είναι απαραίτητη για διευκολυνθεί η ηπατική αναγέννηση. Σε σπάνιες περιπτώσεις η οξεία ηπατίτιδα μπορεί να επιφέρει «κεραυνοβόλο» ηπατική ανεπάρκεια που επισείει ηπατική εγκεφαλοπάθεια και εκτεταμένη ηπατοκυτταρική νέκρωση.

Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα (ασκίτης), περιφερικά οιδήματα, νεφρική δυσλειτουργία, εγκεφαλικό οίδημα, αιμοδυναμική αστάθεια, σοβαρή υπογλυκαιμία και ανοσοκαταστολή. Συνήθως η «κεραυνοβόλος» ηπατική ανεπάρκεια απαιτεί χορήγηση παρεντερικής σίτισης, λόγω της σοβαρότητας της νόσου.

Ο μεταβολικός ρυθμός μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί στην ηπατική δυσλειτουργία. Ο ελαττωμένος μεταβολισμός υδατανθράκων επιδρά στην παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ και μπορεί να μειώσει την ανοχή σε αυτήν. Επίσης οι ηπατοπαθείς είναι συνήθως «υπερινσουλιναιμικοί», αυξάνεται ο πρωτεϊνικός καταβολισμός και μειώνονται τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Οι ασθενείς, επίσης, έχουν μειωμένη ικανότητα παραγωγής γλυκογόνου. Οι παραπάνω μεταβολές κάνουν τα επίπεδα γλυκόζης ορού ευμετάβλητα. Σε κατάσταση νηστείας συχνά παρατηρείται έντονη υπογλυκαιμία, σε περιπτώσεις οξείας, «κεραυνοβόλους» και αλκοολικής προέλευσης ηπατίτιδες. Δυσανορρόφηση λίπους παρατηρείται συχνά στην κίρρωση και είναι πιο έντονη σε ασθενείς με συνυπάρχουσα χολόσταση. Δυσανοχή λίπους μπορεί να παρατηρηθεί λόγω μειωμένης έκκρισης χολής, φαρμακευτικής θεραπείας ή σχετικών με το αλκοόλ γαστρεντερικών «ανωμαλιών». Η στεατόρροια είναι μια συνήθης επιπλοκή, που προκαλεί ελλείψεις λιποδιαλυτών βιταμινών. Στην ηπατική εγκεφαλοπάθεια απαιτείται μείωση της πρωτεΐνης, ανάλογη με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η

νόσος και υπάρχει τάση για χορήγηση διακλαδισμένων αμινοξέων (BCAAs- Branched-Chain Amino Acids), αλλά η θετική τους επίδραση παραμένει διφορούμενη.^{2,5}

Στόχος Διαιτητικής παρέμβασης:

- Προαγωγή και εξισορρόπηση του ισοζυγίου αζώτου
- Προαγωγή αναγέννησης ήπατος και παρεμπόδιση επιθετικής μεταβολικής διαταραχής που συνήθως συμβαίνει, όταν υπάρχει ηπατική νόσος.
- Πρόληψη εμφάνισης πρωτεϊνοθερμιδικού υποσιτισμού και άλλων ανεπαρκειών σε θρεπτικά συστατικά.^{2,5}

Διαιτητική παρέμβαση:

Η από του στόματος σίτιση ενδείκνυται για ασθενείς με ηπατικές νόσους, όπως ηπατίτιδα ή κίρρωση. Σε περίπτωση κρίσιμης κατάστασης ασθενούς, λόγω της νόσου, όπου δεν μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες εναλλακτικά, συστήνεται η λήψη εντερικής ή παρεντερικής διατροφής. Η διατροφική υποστήριξη πρέπει να είναι εξατομικευμένη ανάλογα με την πάθηση και την σοβαρότητα αυτής. Τα υγρά, οι ηλεκτρολύτες, οι βιταμίνες και τα μέταλλα ρυθμίζονται κατά περίπτωση.^{2,5}

Ενέργεια

Μείωση βάρους εμφανίζεται συνήθως στο 60 % των ασθενών με σοβαρή ηπατική νόσο. Επειδή ο βασικός μεταβολισμός ηρεμίας δεν είναι ίδιος για όλους, συστήνεται η μέτρηση αυτού με έμμεση θερμιδομετρία. Αν αυτή δεν είναι διαθέσιμη, τότε συστήνονται 25-35 kcal/kg σωματικού βάρους με προσαύξηση κατά 20% του βασικού μεταβολικού ρυθμού,

όπως υπολογίζεται από την εξίσωση *Harris-Benedict. Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι κίρρωτικοί ασθενείς δεν έχουν ανάγκη από προσ αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη και ότι ο ασκίτης επιφέρει μόνο μία μικρή αύξηση στην ενεργειακή δαπάνη (Dolz et. al, 1991). Αυτή η ενεργειακή κατανάλωση, που αναφέρεται παραπάνω, φαίνεται να καλύπτει όλους τους ασθενείς με ηπατική νόσο, παρόλο που μπορεί να αυξηθεί στο 150%-175% της βασικής ενεργειακής δαπάνης, όταν οι ασθενείς υποφέρουν από διάφορους παράγοντες stress όπως λοιμώξεις, επιμολύνσεις, δυσανορρόφηση ή διαβιούν μια μετεγχειρητική περίοδο. Το ίδιο ισχύει και κατά την προσπάθεια διόρθωσης ανεπαρκειών (Hasse et al.,1997). Ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα έχουν μεγαλύτερες ενεργειακές ανάγκες από άλλους ηπατοπαθείς, ώστε να διευκολύνεται η ηπατική αναγέννηση. Η εκτίμηση του ξηρού βέρους είναι απαραίτητη προς αποφυγή της «υπερφαγίας». ^{2,5}

Πρωτεΐνη

Έρευνες προτείνουν 0,8 gr/kg πρωτεΐνης ημερησίως, όμως για να εξασφαλισθεί ισορροπημένο ισοζύγιο αζώτου συστήνεται 1,2 gr/kg -1,5 gr/kg πρωτεΐνης ημερησίως (Nielsen et al.,1995). Ο περιορισμός πρωτεΐνης, που θεωρείται εμπειρικά ότι προλαμβάνει τον κίνδυνο ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ή την πρόοδο της ηπατικής δυσλειτουργίας, μπορεί να προκαλέσει αποσύνθεση μυϊκού ιστού και περαιτέρω υποσιτισμό σε ασθενής με ηπατική νόσο. Κίρρωτικοί ασθενείς καθώς και ασθενείς με σήψη, σοβαρό ασκίτη, λοιμώξεις και γαστρεντερικές αιμορραγίες, μπορούν να ανεχτούν μέχρι και 1,5 gr/kg πρωτεΐνης ημερησίως. Ο πρωτεϊνικός περιορισμός πρέπει να αποφεύγεται και συμπληρώματα διακλαδισμένων αμινοξέων (BCAA) πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο σε περίπτωση ασθενούς με ηπατική

εγκεφαλοπάθεια, όπου η πρόσληψη πρωτεΐνης δεν καλύπτει τις συνιστώμενες ποσότητες.^{2,5}

Υδατάνθρακες

Η ηπατική δυσλειτουργία προκαλεί διαταραχή στον μεταβολισμό των υδατανθράκων και μπορεί να επιφέρει υπό ή υπεργλυκαιμία. Η γλυκόζη ορού πρέπει να ελέγχεται και να ρυθμίζεται με ινσουλίνη, όπου είναι απαραίτητο. Μείωση υδατανθράκων ή απλών σακχάρων συνήθως δεν ενδείκνυται, διότι αποτελούν πηγή ενεργειακής κάλυψης.^{2,5}

Λίπη

Συνήθως δεν υπάρχει περιορισμός στα λίπη, εκτός και αν ο ασθενής εμφανίσει στεατόρροια. Το 25% έως 40 % της ενέργειας πρέπει να καλύπτεται από την πρόσληψη λίπους. Περιορισμός συνιστάται μόνο για την περίοδο δυσαπορρόφησης λίπους και στεατόρροιας, ώστε να μειωθεί η σύνθεση και η έκκριση της χολής. Εάν η δυσαπορρόφηση ή η στεατόρροια επιμείνουν τότε μπορούν να δοθούν τριγλυκερίδια μεσαίας αλύσου (MCTs - Medium-Chain Triglycerides), πρέπει όμως να αναφερθεί ότι δεν περιέχουν τα απαραίτητα λιπαρά οξέα (προτείνονται 15 ml – που αποδίδουν 115 Kcal- 3 φορές την ημέρα).^{2,5}

Υγρά

Το επίπεδο υγρών πρέπει να ελέγχεται με καταγραφή της πρόσληψης και της αποβολής τους. Οι τιμές των ηλεκτρολυτών είναι επίσης απαραίτητες για τη ρύθμιση του επιπέδου. Μπορεί να χρειαστεί περιορισμός σε περίπτωση εμφάνισης ασκίτη.⁵

Ηλεκτρολύτες

Τα επίπεδα όλων των ηλεκτρολυτών πρέπει να ελέγχονται και να χρησιμοποιείται συμπλήρωμα όπου είναι απαραίτητο.

Περιορισμός νατρίου ίσως να είναι απαραίτητος για να «ανακουφισθεί» η κατακράτηση υγρών, σε περίπτωση εμφάνισης οιδήματος ή ασκίτη. Μία δίαιτα με 2gr (87 mEq ή mmol) νατρίου είναι συνήθως επαρκής. Είναι όμως αξιοσημείωτο, ότι αυστηρός περιορισμός νατρίου (44- 87 mEq ή mmol), μπορεί να μειώσει την από του στόματος πρόσληψη τροφής. Η πρόσληψη καλίου πρέπει να είναι επαρκής ώστε να προληφθεί πιθανότητα υποκαλιαιμίας, όταν η νεφρική λειτουργία είναι ικανοποιητική και χρησιμοποιούνται κάλιο-συντηρητικά διουρητικά.⁵

Βιταμίνες

Ανεπάρκειες βιταμινών είναι συνήθεις σε ασθενείς με ηπατική νόσο, ιδιαίτερα αλκοολικής αιτιολογίας. Πρέπει να χορηγείται συμπλήρωμα υδατοδιαλυτών βιταμινών με ιδιαίτερη έμφαση στο φυλλικό οξύ, την βιταμίνη B₁₂ και την θειαμίνη. Ανεπάρκεια B₆ εμφανίζεται στο 25% των αλκοολικών που υποφέρουν από ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Πολυβιταμινούχο σκεύασμα μπορεί να είναι απαραίτητο, ανάλογα με το διαιτολογικό ιστορικό του ασθενούς. Λιποδιαλυτές βιταμίνες σε υδατοδιαλυτή μορφή χορηγούνται σε περίπτωση στεατόρροιας ή σε διαγνωσμένη ανεπάρκεια. Συμπλήρωμα βιταμίνης K είναι πολύ πιθανό να είναι απαραίτητο.⁵

Μέταλλα

Τα ιχνοστοιχεία πρέπει να αναπληρώνονται όταν βρεθεί ανεπάρκεια. Θεραπεία με σίδηρο μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με αιμοχρωμάτωση ή αιμοσιδήρωση, είναι όμως απαραίτητη σε ασθενείς με αιμορραγία του γαστρεντερικού σωλήνα.^{2,5}

Μετά από εξέταση των διαιτολογίων των ασθενών που ήταν διαθέσιμα, προέκυψαν τα εξής:

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Β

Διαπιστώθηκε ότι το διαιτολόγιο είναι συμβατό με τις διεθνείς συστάσεις όπως περιγράφονται παραπάνω. Η διατροφή είναι πλήρης και ισορροπημένη. Ορισμένα σημεία που αξίζει να αναφερθούν είναι ότι δεν παρατηρείται μείωση πρωτεΐνης, το οποίο συμφωνεί με τις νέες συστάσεις, όπου δεν συστήνεται περιορισμός. Επίσης υδατανθρακική πηγή είναι πάντα διαθέσιμη, ακόμη και απλά σάκχαρα χορηγούνται (πχ. μαρμελάδα), παρά την αναμενόμενη διαταραχή στα επίπεδα γλυκόζης. Αξιοσημείωτο είναι ότι δίνεται ακόμη και χοιρινό κρέας, δηλαδή δεν υπάρχει περιορισμός ούτε στο λίπος. Η δίαιτα γνωρίζουμε ότι είναι άναλος. Το διαιτολόγιο των ηπατοπαθών, όπως παρουσιάζεται, αποδεικνύει ότι δίνεται πρωτίστη σημασία στην ενεργειακή κάλυψη του ασθενούς και στην αποφυγή άλλων διατροφικών ελλείψεων, δεδομένο που συμφωνεί με τις νεότερες διεθνείς συστάσεις για τις παθήσεις του ήπατος. Επίσης γίνεται εύκολα αντιληπτό πως τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζει κάθε ασθενής διαφοροποιούν το διαιτολόγιο του αντίστοιχα, μετά από συζήτηση με τον διαιτολόγο.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Όπως διαπιστώνεται από το διαθέσιμο διαιτολόγιο οι οδηγίες είναι γραπτές και έτσι ενημερώνεται ο ασθενής, ελλείψει αρμοδίου. Η δίαιτα είναι «υπερλευκωματούχος» και «υψηλοθερμιδική». Προφανώς αυτό συμβαίνει προς πρόληψη τυχόν υποσιτισμού. Όμως, έτσι δεν

προλαμβάνεται ο κίνδυνος «υπερφαγίας», διότι όπως φαίνεται από τα παραπάνω οι ασθενείς δεν έχουν πάντα ανάγκη από αυξημένες θερμίδες. Το διαιτολόγιο είναι ενδεικτικό και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε τρόφιμα που «επιτρέπονται» και «απαγορεύονται». Ο περιορισμός στην πρόσληψη του λίπους κρίνεται αυστηρός, ιδιαίτερα εάν δεν είναι γνωστή η ύπαρξη στεατόρροιας. Επίσης αποκλείονται από την διατροφή ορισμένα συνοδευτικά, που ίσως δεν χρήζουν τόσης σημασίας (πχ απαγόρευση μουστάρδας ή πιπεριού), ενώ σε έναν υποσιτισμένο ασθενή, ενδεχομένως να ενίσχυαν την υψηλότερη πρόσληψη, καθιστώντας το φαγητό πιο νόστιμο.

Χοληδόχος Κύστη

Το ήπαρ παράγει 500-1500 ml χολής την ημέρα. Ο κυριότερος φυσιολογικός ρόλος του χοληφόρου δέντρου και της χοληδόχου κύστης συνίσταται στην συμπύκνωση της χολής και την μεταφορά της, στον κατάλληλο χρόνο και σε κατάλληλες ποσότητες, στο έντερο όπου τα χολικά οξέα συμμετέχουν στην φυσιολογική πέψη του λίπους. Η λοίμωξη ή η απόφραξη της χοληδόχου κύστης και των χοληφόρων οδών προκαλούν πόνο και δυσκινησία.⁹²

Οι παθήσεις της χοληδόχου κύστης είναι πολύ διαδεδομένες στην σημερινή εποχή. Οι πιο κοινές παθήσεις είναι η χολολιθίαση, η χολοκυστίτιδα και η χολαγγειίτιδα. Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, δίαιτα και ορισμένες φορές χειρουργική επέμβαση. Δεν αναφέρεται ιδιαίτερη διαιτητική αντιμετώπιση της χολολιθίασης ή της χολαγγειίτιδας, είναι όμως αρκετά σημαντική η διατροφική υποστήριξη των ασθενών με χολοκυστίτιδα.^{2,59,92,94}

Χολοκυστίτιδα:

Η φλεγμονή της χοληδόχου κύστης είναι γνωστή ως χολοκυστίτιδα και μπορεί να είναι χρόνια ή οξεία. Συνήθως προκαλείται από απόφραξη των χοληφόρων οδών, με λίθους (λιθισιακή χολοκυστίτιδα) και επιφέρει επιστροφή της χολής. Η χολερυθρίνη, που αποτελεί την πιο βασική χρωστική της χολής, δίνει το «πρασινίζον» χρώμα σε αυτήν. Όταν το χολικό σύστημα αποφράσσεται και εμποδίζεται η χολή να φτάσει στον εντερικό αυλό, επιστέφει στην κυκλοφορία του αίματος. Λόγω της σύστασης της –πλούσια σε χολερυθρίνη-, όταν μπει στην γενική

κυκλοφορία προκαλεί κιτρινισμό του δέρματος και των οφθαλμών, δηλαδή τα τυπικά σημάδια του ίκτερου.

Οξεία χολοκυστίτιδα, απουσία λίθων (μη λιθισιακή χολοκυστίτιδα) μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις για τον ασθενή, όπως σήψη ή ακόμη και γάγγραινα. (Adam and Roddi, 1991). Μη λιθισιακή χολοκυστίτιδα φαίνεται να προκαλείται όταν η χοληδόχος κύστη και η χολή αδρανοποιούνται. Τα τοίχωμα της κύστης φλεγμαίνουν και διατείνονται και μπορεί να παρουσιαστεί λοίμωξη. Τέτοια επεισόδια οξείας φάσης επιφέρουν στον ασθενή ανορεξία, ναυτία, έμετους, πυρετό και μετεωρισμό. Τις περισσότερες φορές η χειρουργική επέμβαση καθίσταται απαραίτητη, εάν και υπάρχει και συντηρητική θεραπεία.^{2,59,92,94}

Διαιτητική παρέμβαση:

Όταν βρίσκετε σε οξεία φάση ο ασθενής, «η από του στόματος» σίτιση διακόπτεται. Η χορήγηση παρεντερικής διατροφής ενδείκνυται σε υποσιτισμένους ασθενείς, διότι σε αυτή τη φάση προβλέπεται «τίποτα από του στόματος» (Nil per os, NPO). Όταν ξαναρχίσει η σίτιση χορηγείται υδρολυμένο συμπλήρωμα, χαμηλό σε λιπαρά ή από του στόματος δίαιτα με περιεκτικότητα 30-45 gr λιπαρών την ημέρα.^{59,94}

Όταν ο ασθενής υποφέρει από χρόνια χολοκυστίτιδα και αυτή βρίσκεται σε ύφεση τότε συστήνεται χαμηλή σε λίπος διατροφή, όπου μόνο το 25%-30% των συνολικών θερμίδων πρέπει να προέρχεται από αυτό. Αυστηρότερος περιορισμός θα επιφέρει χειρότερα αποτελέσματα, διότι η συνιστώμενη ποσότητα λίπους βοηθά να παραμένει ενεργή η χοληδόχος κύστη και να διοχετεύεται η χολή.

Ο βαθμός δυσανοχής σε ορισμένα τρόφιμα εξαρτάται από τον κάθε ασθενή. Υπάρχουν τρόφιμα που προκαλούν μετεωρισμό και είναι

ενοχλητικά, αλλά αυτά αποκλείονται από την διατροφή μετά από συζήτηση μαζί του.

Ενδεχομένως να είναι απαραίτητη η χορήγηση λιποδιαλυτών βιταμινών σε υδατοδιαλυτή μορφή σε ορισμένους ασθενείς με χρόνια χολοκυστίτιδα και σε όσους υπάρχει υποψία δυσαπορρόφησης λίπους.²

Μετά από προσεκτική παρατήρηση των διαθέσιμων διαιτολογίων των νοσοκομείων, διαπιστώθηκαν τα εξής:

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Β

Το διαιτολόγιο που χορηγείται σε ασθενής με χολοκυστίτιδα δεν έχει ιδιαίτερους περιορισμούς. Είναι θρεπτικά πλήρες και παρέχει στους ασθενείς κάλυψη των διατροφικών τους αναγκών. Είναι αξιοσημείωτο ότι δεν δίνονται ωμά λαχανικά, διότι είναι πιο εύκολο να προκαλέσουν γαστρεντερικές διαταραχές, που αποτελούν επιπλοκή της χολοκυστίτιδας, οι οποίες ελαχιστοποιούνται με το βράσιμο των λαχανικών. Για τον ίδιο λόγο αποφεύγονται τα ωμά φρούτα και δίνονται σε μορφή κομπόστας. Σημειώνεται ότι δεν γίνεται περιορισμός του λίπους, καθότι χορηγείται χοιρινό κρέας. Είναι, όμως γνωστό ότι από το κομμάτι χοιρινού που δίνεται έχει αφαιρεθεί το «ορατό» λίπος και η μαγειρική παρασκευή δεν επιβαρύνει περαιτέρω. Συνεπώς δεν αποτελεί κίνδυνο για τον ασθενή η παρουσία χοιρινού στο διαιτολόγιο.

Διαιτολόγιο Νοσοκομείου Γ

Όπως διαπιστώνεται από το διαθέσιμο διαιτολόγιο οι οδηγίες είναι γραπτές και έτσι ενημερώνεται ο ασθενής, ελλείψει αρμοδίου. Το διαιτολόγιο είναι ενδεικτικό και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε τρόφιμα

που «επιτρέπονται» και «απαγορεύονται». Οι περιορισμοί είναι αρκετά αυστηροί και εμπεριέχουν τρόφιμα που δεν υποδεικνύονται από την διεθνή βιβλιογραφία (πχ αλάτι, πεπόνι και καρπούζι). Επίσης ο περιορισμός λίπους δεν είναι σαφής, διότι απαγορεύεται για παράδειγμα το παχύ κρέας, αλλά το τυρί φέτα, που είναι εξίσου πλούσιο σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, επιτρέπεται. Τέλος διαφαίνεται κάποιοι περιορισμοί να μην έγκειται εξ' ολοκλήρου στην χολοκυστίτιδα, αλλά στην αποφυγή πρόκλησης μετεωρισμού, που συχνά απαντάται παράλληλα με αυτήν.

Συζήτηση

Μετά από την ανάλυση των διαιτολογίων για κάθε πάθηση και σε κάθε νοσοκομείο (με ή χωρίς διορισμένο διαιτολόγο), όπως επίσης μετά από τη σύγκριση αυτών με τις διεθνείς συστάσεις και μεταξύ τους προκύπτουν ορισμένα σημεία στα οποία θα πρέπει να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον.

Στα νοσοκομεία Α και Β που είναι γνωστή η ύπαρξη διορισμένου διαιτολόγου, η διαιτητική προσέγγιση φαίνεται να είναι περισσότερο εποικοδομητική και ουσιώδης. Αυτό συμβαίνει λόγω δυνατότητας για προσωπική επαφή με τον ασθενή.

Η απουσία διαιτολόγου στο νοσοκομείο Γ, στερεί από τους ασθενείς την πολύτιμη διαδικασία της επιμόρφωσης και της επίλυσης τυχόν αποριών. Επίσης, η έλλειψη ατόμου με αποκλειστική ενασχόληση την διατροφή των ασθενών, μειώνει τις πιθανότητες εξατομίκευσης και προσωπικής επαφής με τον ασθενή με κίνδυνο πρόκλησης επιπλοκών (πχ. διάρροιες). Οι γραπτές οδηγίες που δίνονται στον ασθενή στο νοσοκομείο Γ δεν είναι αρκετά επεξηγηματικές και όπως διαφαίνεται τα δεδομένα στα οποία έχει στηριχθεί η σύνταξη αυτών, δεν είναι τα πιο πρόσφατα. Ο γενικός αποκλεισμός τροφίμων δυνητικά στερεί άνευ λόγου «μη επιβαρυντικά» τρόφιμα για κάποιους ασθενείς και καθιστά άνοστη τη διατροφή τους.

Είναι εμφανές ότι το έργο του διαιτολόγου που αφορά την εκπαίδευση, πληροφόρηση και ενημέρωση των ασθενών, των οποίων το νόσημα χρήζει συστηματικής διαιτητικής παρακολούθησης και όχι μόνο, είναι πραγματικά αναντικατάστατο και ζωτικής σημασίας για την βελτίωση ή/και την διατήρηση της υγείας του εκάστοτε ασθενούς.

Θα πρέπει να γίνεται προσαρμογή στις συστάσεις και τα διαιτολόγια ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς, καθώς αυτές μπορεί να διαφέρουν σημαντικά.

Τόσο τα διαιτολόγια όσο και οι συστάσεις οφείλουν να είναι έγκυρες, όσο το δυνατόν περισσότερο ανανεωμένες και εναρμονισμένες με τα διεθνή δεδομένα.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να αναφερθεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που συναντάται στα νοσοκομεία και αφορά στην ασφάλεια των τροφίμων και κατ' επέκταση των γευμάτων που χορηγούνται στους ασθενείς.

- Η σίτιση των ασθενών δεν αποτελεί αποκλειστική δραστηριότητα της νοσοκομειακής μονάδας. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να συντονίζεται και να εναρμονίζεται με τις υπόλοιπες δραστηριότητες.
- Η εφαρμογή αποτελεσματικής εκπαίδευσης είναι αρκετές φορές ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του μεγάλου αριθμού του προσωπικού με διαφορετικές ειδικότητες που εμπλέκονται με το σύστημα και πολλές φορές δεν είναι εξειδικευμένο σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Τα κεφάλαια που μπορούν να ξοδευτούν για την αγορά εργαστηριακού εξοπλισμού ελέγχου της ποιότητας των τροφίμων είναι περιορισμένα.
- Οι προμήθειες των τροφίμων καλύπτουν μεγάλο φάσμα της αγοράς με αποτέλεσμα οι κίνδυνοι να είναι περισσότεροι.
- Τα γεύματα διαφοροποιούνται πολύ τακτικά, ανάλογα με τις ανάγκες σίτισης, με αποτέλεσμα το τελικό προϊόν που προσφέρεται να μην είναι τυποποιημένο.
- Υπάρχει μεγάλος αριθμός μεθόδων παρασκευής τροφών, συνταγές και υλικά που χρησιμοποιούνται, γεγονός που δυσχεραίνει τον έλεγχό τους.
- Οι ασθενείς έχουν ιδιαίτερες ανάγκες όσον αφορά το είδος και την ασφάλεια των τροφίμων, με τα οποία σιτίζονται.^{77,95,96}

Εν κατακλείδι η ύπαρξη διαιτολόγου σε κάθε νοσοκομείο είναι καίριας σημασίας και θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που φροντίζει για την ίαση του κάθε ασθενούς.

Βιβλιογραφία

1. Evaluation de l'état nutritionnel. Les grands problèmes actuels. Cours de l'O.M.S. *Bulgarie* 1977
2. L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump, Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy, W. B. Saunders Company, *U.S.A.* 2000, 10th edition.
3. Αντώνης Ζαμπέλας, Η Διατροφή στα Στάδια της Ζωής, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, *Αθήνα* 2003, 1^η έκδοση.
4. Burkley BM. Healthy aging: aging safe. *Eur Heart J* 2001(suppl N) N6-N10.
5. The Chicago Dietetic Association, The South Suburban Dietetic Association, Dieticians of Canada, Manual of Clinical Dietetics, The American Dietetic Association, *USA* 2000, 6th edition.
6. Wellman N. (2004) Nutrition Care Alerts Promote Health and Function. *Geriatric Times* I, 2
7. Jonkers- Scuintema C.G., Hospital Malnutrition. A Challenge for the clinical dietitian
8. Gazzotti C., Arnaud- Battandier F., Parello M., Farine S., Seidel L., Albert A., Petermans J. (2003) Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalisation: Results from a randomised controlled clinical trial. *Age and Aging* 32, 321-325
9. Edigton J., Boorman J., Durrant E.R., Perkins A.(2003) Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. *Nutr* 19,115-9.
10. Thompson R., Summerbell C., Hooper L., Higgins J., Little P., Talbot D., Ebrahim S. (2003) Relative efficacy of different methods of dietary advice: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 77, 1052S-1057S
11. Nicholas L, Pond D., Roberts D., (2003) Dietitian-general practitioner interface: A pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am J Clin Nutr* 77, 1039S-1042S
12. Gordon M. (2000) Problems of an Aging Population in an Era of Technology *J Can Dent Assoc* 66, 320-322
13. Drummond S., Kirk T., Hendry J., Jackson J., Panton S., Gray F., (2003) Effectiveness of dietary advice given by community dieticians to men with elevated blood cholesterol in a clinical setting: a pilot study. *J Hum Nutr Dietet* 16,81-83

14. Henkin Y., Shai I., Zuk R., Brickner D., Zuilli I., Neumann L., Shany S. (2000) Dietary Treatment of Hypercholesterolemia: Do Dietitians do It Better? A Randomized, Controlled Trial *The American Journal of Medicine* 109
15. Lennard- Jones JE., Arrowsmith H., Davinson C., Denham AF., Michelright A (1995) Screening by nurses and junior doctors to detect malnutrition when patient first assessed in hospital. *Clinical Nutrition* 14, 336-340.
16. Corish C.A., Kennedy N.P. (2000) Protein-energy undernutrition in hospital in-patients, *British Journal of Nutrition*, 83, 575-591
17. Tierney A. (1996) Undernutrition and elderly hospital patients: A review. *Journal of Advanced Nursing* 23, 228-236.
18. Zawada T. (1996) Malnutrition in the elderly. Is it simply a matter of not eating enough? *Postgraduate medicine* 100
19. Sullivan DH., Sun S., Walls RC., (1999) Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients: A prospective study *JAMA* 281, 2013-2019
20. Bistrian BR, Blackburnh GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J (1976) Prevalence of malnutrition in general medical patients. *Journal of the American Medical Association* 253, 1576-1570.
21. Bienia R., Ratcliff S., Barbour G.L., Kummer M (1982) malnutrition in the hospitalized geriatric patient. *Journal of the American Geriatric Society* 30, 433-436.
22. Corish C. A., Flood P., Kennedy N.P. (2004) Comparison of nutritional risk screening tools in patients on admission to hospital *J Hum Nutr Dietet* 17, 133-139
23. Shahar S., Chee K. Y., Chik W.C., (2002) Food intakes and preferences of hospitalised geriatric patients. *BMC Geriatrics* 2,3-9
24. Shenkin A., Celebrad G., Elia M., Isaksson B. (1996) Laboratory assessment of protein-energy status. *Clinical Chimica Acta* 253, 1-56.
25. Keller H.H. (1993) Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? *Journal of the American Geriatric Society* 41, 1212-1218.
26. Goodinson S. M., (1987c) Biochemical assessment of nutritional status. *Profecional Nurse* 3(2), 48-51.
27. Battezzati A., Viganò R. (2001) Indirect calorimetry and nutritional problems in clinical practice. *acta Diabetol* 38, 1-5.
28. Reilly HM, Martineau JK., Maran A., Kennedy H. (1995) Nutritional Screenin- evaluation and implementation of a simple nutritional risk score. *Clinical Nutrition* 14, 269-273.

29. Frisancho AR. (1981) New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *American Journal of Clinical Nutrition* 34, 2540-2545.
30. World Health Organization (1995) *Physical status: The use and Interpretation of Anthropometry*. World Health Organization Technical Report no. 854. Geneva: WHO
31. Dempsey D.T., Mullen J.L., Busby GP. (1998) The link between nutritional status and clinical outcome: can nutritional intervention modify it? *American Journal of Clinical Nutrition* 47, 352-356.
32. Chumlea WC, Roche AF., Murherjee D (1986) Some anthropometric insides of body composition for elderly adults. *Journal of Gerontology* 41, 36-39.
33. Kelly I.E., Tessier S., Cahill A., Morris S.E., Crumley A., McLaughlin D., McKee R. F., Lean M.E.J. (2000) Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions. *Q J Med* 93, 93-98
34. Τριχοπούλου Α., Γναδελλης Χ., Πολυχρονόπουλος Ε. (1996) Κοινωνικό-οικονομικά Χαρακτηριστικά και Διατροφικές Συνήθειες των ηλικιωμένων στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας (ΚΑΠΗ). Εθνικό Κέντρο Διατροφής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και Ελληνική Εταιρία Διατροφής Και Τροφίμων.
35. Roebotan B.V., Chandra R.K. (1994) relationship between nutritional status and immune function of elderly people. *Age and Aging* 24, 49-53.
36. Bishop CW, Bowen PE, Ritchley SI (1981) Norms for Nutritional assessment of American adults by upper arm anthropometry. *Am J Clin Nutr* 34, 183-186.
37. Hill GL (1992) Body composition research: implications for the practice of clinical nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 16, 197-218.
38. Dudek SG. (2000) Malnutrition in hospitals. Who's assessing what patients eat? *Am J Nurs* 100,36-42.
39. Shenkin A (1998) Micronutrients in adult nutritional support: requirements and benefits. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 1, 15-19.
40. Stratton R.J., Elia M. (2000) How much undernutrition is there in hospitals? *British Journal of Nutrition* 84, 257-259
41. Sullivan DH., Walls RC. (1998) Protein-Energy Undernutrition and the Risk of Mortality within Six Years of Hospital Discharge. *Journal of the American College of Nutrition* 17, 571-578

42. Robinson G, Goldstein M, Levine GM (1987) Impact of nutritional status DRG length of stay. *JPEN* 11, 49-51.
43. McAleese P, Odling-Smee W (1994). The effect of complications on length of stay. *Annals of surgery* 220. 740-744.
44. Shaw-Stiffel TA, Zarney LA, Pleban WE, Rosman DD, Rudolf RA., Bernstein LH (1993) Effects of nutrition status and other factors on length of hospital stay after major gastrointestinal surgery. *Nutrition* 9,140-145.
45. Loser C. (2001) Malnutrition in the hospital-prevalence, clinical consequences, economic relevance. *Dtsch Med Wochenschr* 126, 729-34.
46. Barna M. (2002) Role of nutritional care in hospitals in the prevention of disease-related malnutrition. *Orv Hetil* 143, 2571-7
47. Holmes S. (2003) Undernutrition in hospital patients. *Nursing Standard* 17,19, 45-52
48. Corish C. A., Flood P., Mulligan S., Kennedy N.P. (2000) Apparent low frequency of undernutrition in Dublin hospital in-patients: Should we review the anthropometric thresholds for clinical practice. *Brit Journal of Nutrition* 84, 325-335
49. Fridman P.J., Campell A.J., Caradoc-Davies T.H., (1985) Prospective trial of a new diagnostic criterion for severe wasting malnutrition in the elderly. *Age and Aging* 14, 149-154
50. Bettany EA, Powel –Tuck J. (1995) Malnutrition: incidence, diagnosis, causes, effects and indications for nutritional support. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 7, 494-500.
51. Coats KG., Morgan SL, Bartolucci AA., Weincier RL (1993) Hospital-associated malnutrition: a re-evaluation 12 years later. *Journal of the American Dietetic Association* 93, 27-33.
52. Ulibarri Perez J.I., Cesar MJ., Benavent EG., Alvarez-Estrada A. (2002) Early detection and control of hospital malnutrition. *Nutr Hosp* 17, 139-46.
53. Fernandez C., Gonzalez I., Juarez F.M. (2003) Detection of malnutrition on admission to hospital. *Nutr Hosp* 18, 95-100.
54. Lehman A.B. (1991a) Nutrition in old age: an update and questions for future research: part 1 *Reviews in Clinical Gerontology* 1,18-22
55. Closs SJ. (1993) Orthopaedics. Malnutrition: The key to pressure sores? *Nurs Stand.* 8,32-36.

56. Holmes S. (1998) The aetiology of malnutrition in hospital. *Prof Nurse* 13, S5-8.
57. Agus M., Swaid F., Larson C., Eckert E., Ludwig D. (2000) Dietary composition and physiologic adaptation to energy restriction. *Am J Clin Nutr* 71, 901-7.
58. Hunter A., Carey M., Larsh H. (1981) The Nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Reviews of Respiratory Disease* 124 (4),376-381
59. Driscoll H., Rosenberg I. (1978) Total parenteral nutrition in inflammatory bowel disease. *Medical Clinics of North America* 62,185.
60. Axelsson K., Asplund K., Norberg A., Eriksson S. (1989) Eating problems and nutritional status during hospital stay of patients with severe stroke. *Journal of the American Dietetic Association* 89, 1092-95.
61. Hamilton K., Spalding D., Steele C., Waldron S. (2002) An audit of nutritional care delivered to elderly inpatients in community hospitals *J Hum Nutr Dietet* 15, 49-58.
62. Shenkin A (1997) Impact of disease on markers of macronutrient status. *Proceedings of the Nutrition Society* 56, 433-441.
63. Lehnard- Johnes J.E. (1992) A positive Approach to Nutrition as treatment. Report of a working Party of the Role of Enteral and Parenteral Feeding in hospital and at home. King's Fund. London.
64. Bistrian BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R (1974) Protein status of general surgical patient. *Journal of the American Medical Association* 253, 858-860.
65. Detsky AS, Smalley PS (1994) Is this patient malnourished? *Journal of the American Medical Association* 271, 54-58.
66. Kenneth J. Ellis, Jerry D. Eastman, Human Body Composition *In Vivo* methods, Models and Assessment, Plenum Press, N. York 1993.
67. Sylvia Escott-Stump, Nutrition and Diagnosis related care, Williams & Willkins , *Baltimore Philadelphia* 1997, 4th edition.
68. Alison SP. (1995) Cost-effectiveness of nutritional support in the elderly. *Proceedings of the Nutrition Society* 54, 693-699.
69. Forse R.A., Shizgal HM (1980) *The assessment of malnutrition. Surgery* 88, 17-24.
70. Stanga Z., Zurflüh Y., Roselli M., Sterchi A.B., Tanner B., Knecht G. (2003) Hospital Food: A survey of patients' perceptions *Clinical Nutrition* 22, 241-246

71. Tierney A.J., Worth A., Closs S. J., King C., Macmillian M. (1994) Older patients' experiences of discharge from hospital. *Nursing Times* 90(21), 36-39.
72. Bastow M.D., Radwlings J., Allison S.P. (1983) Benefits of supplementary tube feeding after fractured neck of femur: a randomized control trial. *British medical Journal* 287, 1589-1592.
73. Lumbers M., Driver LT, Howland RJ, Older MWJ, Williams CM (1996) Nutritional status and clinical outcome in elderly female surgical orthopedic patients. *Clinical Nutrition* 15, 101-107.
74. Barer M.L., Evans R.G., Hertzman C. (1995). Avalanche or Glacier? Health care and the Demographic Rhetoric. *Canadian Journal on Aging* 14, 193-224
75. Kathleen C. Niebert et al., Nutrition Care of the Older Adult, The American Dietetic Association, *Chicago 1998*.
76. Lehmann A.B. (1989) Review: undernutrition in elderly people. *Age and Aging* 18, 339-353.
77. Μπόσκου Γεώργιος, Σημειώσεις «Οργάνωση και διαχείριση μονάδων διατροφής», *Αθήνα 2004*.
78. McClelland A., Williams P. (2003) Trend to better nutrition on Australian Hospital menus 1986-2001 and the impact of cook-chill food service systems *J Hum Nutr Dietet* 16,245-256
79. Katzman C. N. (1999) Hospital dishes up patient service. *Modern Healthcare* 50,20-27
80. Cillis, Bonnie P, Caggiula, Arlene W, Chiavacci, Anne T, Coyne, Terry et al (1995) Nutrition intervention program of the Modification of Diet in Renal Disease Study : A self-management approach *Journal of the American Dietetic Association* 11 1288-1299
81. Holmes S. (2003) Undernutrition in hospital patients. *Nurs. Stand.* 17, 45-52.
82. Allison SP (1992) The use and limitations of nutritional support. *Clinical nutrition* 11, 319-330.
83. Butterworth CE (1974) The Skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 9, 4-8.
84. Edington J, Kon P., Martin CN (1996) Prevalence of malnutrition in general practice. *Clinical Nutrition* 15, 60-63.
85. Allison SP, Rawlings J., Field J, Bean N., Stephen AD., Nutrition in the elderly hospital patient Nottingham studies. *Nutr Health Aging* 4, 54-7.

86. Powell-Tuck (1997) Penalties of hospital undernutrition *J. R. Soc. Med.* 90, 8-11.
87. Kotler D.P. (2000), Cachexia. *Ann Intern Med* 133,622-634
88. McGlone PC., Dickerson JWT., Davies JL. (1995) The feeding of patients in hospital: A Review. *Journal of the Royal Society of Health* 115, 282-288.
89. Bistrian BR (1990) Recent advances in Parenteral and Enteral nutrition: A personal Perspective. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 34, 2530-2539.
90. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition 17, 5S-11S.
91. Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, Cipriani L., Landi F., Carbonin P. (1996) Energy intake and in-hospital starvation. A clinically relevant relationship. *Actives of Internal Medicine* 156.425-429.
92. Adreoli, Bennett, Carpenter, Plum, Cecil Βασική Παθολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000, 4^η έκδοση.
93. Connor H. (2003) The dieticians challenge: the implementation of nutritional advice for people with diabetes. *J Hum Nut Dieted* 16,421-452
94. Townsend S., Palmer D., Mackie J. (1997) Inadequate oral intake in surgical patients: a rational indication for nutritional support. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 10, 193-195.
95. Jeejeebhoy N.K. (2003) Hospital malnutrition: is a disease or lack of food? *Clin Nutr* 22,219-220.
96. McWhirter JP., Pennigton CR. (1994) Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *British Medical Journal* 308, 945-948.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ελεύθερη Δίαιτα

ΠΡΩΙ: Γάλα 200 γρ., Φρυγανιά 1 τεμάχιο, Μαρμελάδα 1 τεμάχιο,
Μαργαρίνη 1 τεμάχιο

ΜΕΣ: **Κοτόπουλο ψητό με φασολάκια ή μπάμιες**

Ανάλυση: Κοτόπουλο ψητό $\frac{1}{4}$, με 150 γρ. φασολάκια ή μπάμιες,
10 γρ. λάδι, ντομάτα 20 γρ., σαλάτα και 15 γρ. λάδι, λεμόνι $\frac{1}{4}$ και
ψωμί 1 τεμάχιο και φρούτο 1 τεμάχιο.

ΒΡΑΔ: **Μακαρόνια με κιμά**

Ανάλυση: Μακαρόνια 70 γρ., λάδι 10 γρ., κιμάς μοσχαρίσιος
80 γρ., λάδι 5 γρ., ντομάτα 20 γρ., τυρί 10 γρ., σαλάτα και 15 γρ.
λάδι, λεμόνι $\frac{1}{4}$ και ψωμί 1 τεμάχιο και φρούτο 1 τεμάχιο.

Ελεύθερη Δίαιτα

ΠΡΩΙ: Γάλα 1 φλιτζάνι, Ζάχαρη 1 κουταλιά, Χυμός πορτοκάλι ½ φλιτζάνι, Ψωμί 1 φέτα, Μέλι 1 κουταλιά, Μαργαρίνη ή Βούτυρο 1 κουταλιά.

ΜΕΣ: **Μοσχαράκι Ψητό**

Ανάλυση: 60-90 γρ. μοσχάρι, γαρνιτούρα από ρύζι και αρακά, ½ ντομάτα και ½ μαρούλι, Ψωμί 1 φέτα, ½ φλιτζάνι από αναψυκτικά που επιτρέπονται.

ΒΡΑΔ: **Κοτόπουλο Ψητό**

Ανάλυση: 60-90 γρ. κοτόπουλο, ½ φλιτζάνι πατάτα (πουρέ), ½ φλιτζάνι αρακά, Ψωμί 1 φέτα, ½ φλιτζάνι ζελέ.

Μενού καρδιοπαθούς

Πρωινό: Γάλα –Φρυγανιές-Μαρμελάδα

Ημέρες	Μεσημέρι	Βράδυ
Δευτέρα	Ψάρι φούρνου Πατάτες βραστές Παντζάρια σαλάτα Φρούτο	Τυρί Κριθαράκι τυρί Αγγούρι-ντομ. σαλάτα Γιαούρτι 0% Φρούτο
Τρίτη	Κοτόπουλο Πατάτα πουρέ Μαρούλι σαλάτα Φρούτο	Τυρί Πιλάφι Χόρτα-κολοκύθια Γιαούρτι 0% Φρούτο
Τετάρτη	Ψάρι φούρνου Πατάτες βραστές Παντζάρια σαλάτα Φρούτο	Τυρί Σπαγγετίνη τυρί Αγγούρι-ντομ. σαλάτα Γιαούρτι 0% Φρούτο
Πέμπτη	Κοτόπουλο ψητό Πιλάφι Μαρούλι σαλάτα Φρούτο	Τυρί Πατάτες ψητού Χόρτα-κολοκύθια Γιαούρτι 0% Φρούτο
Παρασκευή	Μπιφτέκια φούρνου Πουρέ Μαρούλι σαλάτα Φρούτο	Τυρί Σπαγγετίνη τυρί Αγγούρι-ντομ. σαλάτα Γιαούρτι 0% Φρούτο
Σάββατο	Ψάρι σχάρας Πατάτες βραστές Παντζάρια σαλάτα Φρούτο	Τυρί Πιλάφι Αγγούρι-ντομ. σαλάτα Γιαούρτι 0% Φρούτο
Κυριακή	Χοιρινό ψητό Πατάτες βραστές Παντζάρια σαλάτα Φρούτο	Τυρί Νούγες τυρί Χόρτα-κολοκύθια Γιαούρτι 0% Φρούτο

* Όλα τα γεύματα συνοδεύονται από ψωμί

Νοσοκομείο Γ

Δίαιτα καρδιοπαθούς

Τα φαγητά σας: Με λίγο αλάτι, ελάχιστο, ανάλατα.

Επιτρέπονται:

1. Άρτος: Κυρίως της προηγούμενης ημέρας
2. Γαλακτερά: Περιορισμένα, προτιμάται το γιαούρτι
3. Κρέατα: Βόιον, μόσχου, κοτόπουλο, ψάρια (ψητά ή βραστά)
4. Ζυμαρικά: Σε μικρές ποσότητες
5. Χόρτα- λαχανικά: Αντίδια, ραδίκια, κολοκυθάκια, καρότα, ντομάτες (απαραίτητες σε κάθε γεύμα), πατάτες
6. Έλαια: Απαραίτητα
7. Φρούτα: Φρούτα ώριμα, κομπόστες
8. Καφές: Έναν ημερησίως
9. Κάπνισμα: Κατά το δυνατόν πλήρης διακοπή

Απαγορεύονται:

1. Όσπρια: γενικώς
2. Κραμβοειδή: λάχανο, κουνουπίδι, μπρόκολο
3. Ζωικά λίπη:
4. Αρνίσιο κρέας:
5. Γλυκά: προς αποφυγήν της παχυσαρκίας
6. Άρτος ζεστός:
7. Γενικώς φαγητά: τηγανητά, γιαχνιστά, σάλτσες, μπαχαρικά

Οδηγίες: Μην τρώτε μεγάλες ποσότητες. Λιγότερο φαγητό σε περισσότερα γεύματα. Δηλαδή 1)πρωί 2)10 π.μ. 3)γεύμα 4)Απόγευμα 5)Δείπνο (κυρίως ελαφρά)

Νοσοκομείο Β

Μενού για υπερλιπιδαιμία

Πρωινό: Γάλα –Φρυγανιές-μαρμελάδα

Ημέρες	Μεσημέρι	Βράδυ
Δευτέρα	Κοτόπουλο Φασολάκια Σαλάτα νωπή	Μακαρόνια Ντομάτα Σαλάτα νωπή Γιαούρτι
Τρίτη	Χοιρινό Πατάτες φούρνου Σαλάτα βραστή	Μπιφτέκι Πατάτες βραστές Σαλάτα νωπή
Τετάρτη	Κοτόπουλο βρ. Ζυμαρικό Σαλάτα νωπή	Σπανακόρυζο Γιαούρτι
Πέμπτη	Κοτόπουλο Πατάτες φούρνου Σαλάτα Βραστή	Πένες σάλτσα Ντομάτα- τυρί Σαλάτα νωπή
Παρασκευή	Χοιρινό Ρύζι Σαλάτα νωπή	Αρακάς Γιαούρτι
Σάββατο	Μπιφτέκι Ρύζι Σαλάτα νωπή	Κοτόπουλο Πουρέ Σαλάτα νωπή

Κυριακή	Μοσχάρι Πατάτες Σαλάτα βραστή	Σουτζουκάκια Ρύζι Σαλάτα νωπή
---------	-------------------------------------	-------------------------------------

* Όλα τα γεύματα συνοδεύονται από ψωμί και φρούτο

Δίαιτα υπερλιπιδαιμίας

Επιτρέπονται:

1. Ροφήματα: Τσάι, χαμομήλι, γάλα αποβουτυρωμένο
2. Κρέατα: Βόιον, μόσχου, κοτόπουλο, ψάρια (ψητά ή βραστά)
3. Λίπη: μόνο φυτικά, κυρίως σπορέλαια
4. Τυρί: άσπρο αποβουτυρωμένο, μυζήθρα
5. Αυγά: μόνο το ασπράδι
6. Ζυμαρικά: γενικώς
7. Χόρτα-Λαχανικά: γενικώς
8. Σούπες- Χορτόσουπες: λαδερές
9. Γλυκά κουταλιού:
10. Φρούτα: γενικώς, κομπόστες

Απαγορεύονται:

1. Ζωικά λίπη: βούτυρο, χοιρινό, λίπος κτλ
2. Κρέατα: χοιρινό
3. Ψάρια: στρείδια, μύδια, σκουμπρί, κέφαλοι
4. Εντόσθια: μυελός, ήπαρ, νεφρά
5. Κρόκος αυγού:
6. Σοκολάτα-κακάο:
7. Οινοπνευματώδη ποτά
8. Γενικώς φαγητά: τηγανητά, γιαχνιστά, σάλτσες

Μενού διαβητικού

Πρωινό: Γάλα –Φρυγανιές-Τυρί

Ημέρες	Μεσημέρι	Βράδυ
Δευτέρα	Κοτόπουλο Φασολάκια Σαλάτα νωπή	Μακαρόνια Κιμά Σαλάτα νωπή
Τρίτη	Χοιρινό Πατάτες φούρνου Σαλάτα βραστή	Μπιφτέκι Πουρέ Σαλάτα νωπή
Τετάρτη	Μοσχάρι Κριθαράκι Σαλάτα νωπή	Σπανακόρυζο Τυρί
Πέμπτη	Κοτόπουλο Πατάτες φούρνου Σαλάτα Βραστή	Πένες σάλτσα Ντομάτα- τυρί Σαλάτα νωπή
Παρασκευή	Χοιρινό Ρύζι Σαλάτα νωπή	Αρακάς Τυρί
Σάββατο	Παστίτσιο Σαλάτα νωπή	Κοτόπουλο Πουρέ Σαλάτα νωπή
Κυριακή	Μοσχάρι	Σουτζουκάκια

	Πατάτες Σαλάτα βραστή	Ρύζι Σαλάτα νωπή
--	--------------------------	---------------------

* Όλα τα γεύματα συνοδεύονται από ψωμί και φρούτο

Μενού διαβητικού

(Δίαιτα με 15 ισοδύναμα ή 150 γρ. υδατανθράκων)

ΠΡΩΙ:	γάλα 1 ποτήρι (200 γρ.)
(4 ισοδ.)	ψωμί 60 γρ. ή φρυγανιές 3 μικρές βούτυρο ή μαργαρίνη, τυρί ή αυγό (ελεύθερα εφ’ όσον δεν έχετε αυξημένη χοληστερίνη)
ΔΕΚ:	καφές ή τσάι (χωρίς ζάχαρη)
(1 ισοδ.)	μπισκότα 2 μικρά άγλυκα ή ημίγλυκα ή 1 φρούτο*.
ΜΕΣ:	κρέας ή ψάρι ή κιμά ή κοτόπουλο (ελεύθερα σε λογική ποσότητα)
(5 ισοδ.)	λαχανικά ή σαλάτα (ελεύθερα) ψωμί 3 μικρές φέτες (60 γρ.) ή πατάτες, 3 μεγέθους αυγού ή ζυμαρικά, 3 κουταλιές της σούπας μαγειρεμένα ή όσπρια, 6 κουταλιές της σούπας μαγειρεμένα σούπα 1 ή 1 φρούτο*
ΒΡΑΔ:	κρέας ή ψάρι ή κιμά ή κοτόπουλο (ελεύθερα)
(4 ισοδ.)	ψωμί 3 μικρές φέτες (60 γρ.) ή πατάτες, 3 μεγέθους αυγού ή ζυμαρικά, 3 κουταλιές της σούπας μαγειρεμένα ή όσπρια, 6 κουταλιές της σούπας μαγειρεμένα σούπα 1 ή 1 φρούτο*
ΠΡ. ΥΠΝΟΥ:	γάλα 1 ποτήρι
(1 ισοδ)	γιαούρτι 1 μικρό κεσεδάκι

* μπορείτε να φάτε 1 μέτριο σε μέγεθος μήλο, πορτοκάλι, ροδάκινο, αχλάδι, 2 μανταρίνια, 1 φέτα καρπούζι ή πεπόνι

Δίαιτα νεφροπαθούς

(Δίαιτα 1600 Θερμίδων με 40γρ. πρωτεΐνης)

- ΠΡΩΙ: $\frac{1}{2}$ φλιτζάνι γάλα πλήρες
2 κουταλιές ζάχαρη ή μέλι ή μαρμελάδα
 $\frac{1}{2}$ φέτα (15 γρ.) ψωμί ή 1 μικρή φρυγανιά
1 κουταλάκι μαργαρίνη ή βούτυρο
1 φρούτο
- ΜΕΣ: 60 γρ. κρέας ή ψάρι ή κοτόπουλο ή τυρί άπαχο ή 1 φλιτζάνι
όσπρια ή 1 αυγό και 30 γρ. τυρί
1 $\frac{1}{2}$ φλιτζάνι λαχανικά
3 κουταλάκια λάδι
1 λεπτή φέτα ψωμί 30 γρ. ή 2 μικρές φρυγανιές
 $\frac{1}{2}$ φλιτζάνι ρύζι ή ζυμαρικά ή 1 μικρή πατάτα (100 γρ.)
1 φρούτο
1 επιδόρπιο
- ΒΡΑΔ: 30 γρ. κρέας ή ψάρι ή κοτόπουλο ή τυρί ή $\frac{1}{2}$ φλιτζάνι
όσπρια ή 1 αυγό
1 $\frac{1}{2}$ φλιτζάνι λαχανικά
3 κουταλάκια λάδι
1 λεπτή φέτα ψωμί 30 γρ. ή 2 μικρές φρυγανιές
1 φρούτο
1 επιδόρπιο
- ΠΡ. ΥΠΝ.: $\frac{1}{2}$ φέτα ψωμί 15 γρ. ή 1 μικρή φρυγανιά
1 κουταλάκι μαργαρίνη ή βούτυρο
1 επιδόρπιο

Δίαιτα νεφροπαθούς

(Δίαιτα με 40-50γρ. πρωτεΐνης)

- ΠΡΩΙ: καφές ή τσάι ή χαμομήλι με αρκετή ζάχαρη
βούτυρο φρέσκο ανάλατο-μαρμελάδα ή μέλι
ψωμί 50 γρ. (ανάλατο σε υπερτασικά άτομα)
- ΔΕΚ: χυμός φρούτων με αρκετή ζάχαρη ή 1 φρούτο ή κομπόστα ή
κέικ ειδικό ή μπισκότα ειδικά ή κρέμα ειδική.
- ΜΕΣ: κρέας 60 γρ. ή ψάρι 80γρ. ή κοτόπουλο 80 γρ. (μαγειρεμένα)
πιλάφι ή πατάτες
λαχανικά-σαλάτα εποχής με αρκετό λάδι
ψωμί 50 γρ
1 φρούτο εποχής ή κομπόστα
- ΑΠΟΓ: χυμός φρούτων ή τσάι ή κρέμα συν μπισκότα ειδικά
- ΒΡΑΔ: πιλάφι ή πατάτες ή χορτόσουπα
1 αυγό (βραστό ή τηγανητό ή ποσέ) ή 1 γιαούρτι μικρό ή
40 γρ. τυρί
λαχανικά-σαλάτα εποχής με αρκετό λάδι
ψωμί 50 γρ
1 φρούτο εποχής ή χυμός φρούτων ή κομπόστα

Δίαιτα για πεπτικό έλκος

Πρωινό: Γάλα –Φρυγανιές-Μαρμελάδα

Ημέρες	Μεσημέρι	Βράδυ
Δευτέρα	Κοτόπουλο Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή	Ρύζι Γιαούρτι
Τρίτη	Χοιρινό Πατάτες Σαλάτα βραστή	Μπιφτέκι Πουρέ
Τετάρτη	Μοσχάρι Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή	Ρύζι Τυρί
Πέμπτη	Κοτόπουλο Πατάτες Σαλάτα βραστή	Μπιφτέκι Ζυμαρικό
Παρασκευή	Χοιρινό Ρύζι Σαλάτα βραστή	Κοτόπουλο Ζυμαρικό
Σάββατο	Μπιφτέκι Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή	Κοτόπουλο Πουρέ
Κυριακή	Μοσχάρι Πατάτες Σαλάτα βραστή	Μπιφτέκι Ρύζι

*Όλα τα γεύματα συνοδεύονται από ψωμί
Το μεσημέρι κρέμα, το βράδυ κομπόστα

Νοσοκομείο Γ

Δίαιτα για πεπτικό έλκος

Αρχές διαιτητικής θεραπείας ασθενών με πεπτικό έλκος
βασισμένες στην ελεύθερη διαίτα

Ο ασθενής με πεπτικό έλκος θα πρέπει να ακολουθεί τις παρακάτω οδηγίες:

1. Συχνά γεύματα, τουλάχιστον κάθε τρεις ώρες.
2. Μικρά γεύματα για να αποφεύγεται η διάταση του στομάχου.
3. Αποφυγή καφέ, τσάι, αναψυκτικών, ιδιαίτερα αυτών με το συνθετικό cola (Coca-cola, Pepsi- cola κτλ), άλλα ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη ή αλκοόλη. Ο καφές ντεκαφεϊνέ επιτρέπεται σε μικρές ποσότητες μόνο και μετά από έλεγχο.
4. Περιορισμός ή διακοπή καπνίσματος.
5. Αποφυγή λήψης μεγάλης δόσης ασπιρίνης ή άλλων φαρμάκων, τα οποία είναι γνωστό ότι προκαλούν βλάβη στο βλεννογόνο του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου.
6. Αποφυγή κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας από μπαχαρικά και καρυκεύματα.
7. Αποφυγή από τροφές και υγρά που προκαλούν δυσπεψία.
8. Τα γεύματα να γίνονται σε ατμόσφαιρα ήρεμη και το δυνατόν ευχάριστη.

Παρακάτω αναφέρονται οι τροφές που επιτρέπονται και απαγορεύονται με αντίστοιχα ισοδύναμα τους:

Ομάδα Τροφίμων	Ποσότητα	Επιτρέπονται	Απαγορεύονται
Γάλα	2 ισοδ. ή περισσότερα	Όλα τα γάλατα και τα προϊόντα τους	κανένα
Λαχανικά	2 ισοδ. ή περισσότερα	Όλοι οι χυμοί λαχανικών. Όλα τα φρέσκα και τα μαγειρεμένα λαχανικά	Αυτά που προκαλούν αέρια (μπρόκολο, λάχανο, κρεμμύδι, κουνουπίδι, αγγούρι)
Ψωμί- Δημητριακά	2 ισοδ. ή περισσότερα	Λευκά εμπλουτισμένα και όλα τα δημητριακά	Πολύσπορα δημητριακά, πιτυρούχα ψωμιά
Φρούτα	4 ισοδ. ή περισσότερα	Όλοι οι χυμοί φρούτων. Όλα τα φρέσκα, ξερά και σε κομπόστα φρούτα	Κανένα
Πατάτες ή υποκατάστατα	1 ισοδ. ή περισσότερα	Πατάτες, ραφιναρισμένο ή εμπλουτισμένο ρύζι, καλαμπόκι, μακαρόνια, χυλοπίτες και άλλα	Οποιοδήποτε από τα είδη τηγανιτά (πατατάκια, γαριδάκια)

		δημητριακά	
Κρέας ή υποκατάστατα	6 ισοδ. ή περισσότερα	Όλα τα κρέατα, πουλερικά, ψάρια και οστρακοειδή, αυγά, τραγανό μπέικον. Τυριά, λείο μαλακό βούτυρο από φυστίκια. Υποκατάστατα κρέατος από σόγια, μπιν και άλλα	Οποιοδήποτε από τα είδη αυτά τηγανιτό η πολύ πικάντικα. Βούτυρο από φυστίκια και σε σβώλους.
Λίπος	6 ισοδ. ή περισσότερα	Βούτυρο ή εμπλουτισμένη μαργαρίνη, ελαφρά πικάντικη γαρνιτούρα όπως μαγιονέζα Γαλλική, Ιταλική με ξύδι και λάδι. Όλα τα λίπη και τα λάδια.	Γαρνιτούρες πολύ πικάντικες
Σούπες	Ελεύθερα	Ελαφρά πικάντικη σούπα	Σούπες πολύ πικάντικες
Επιδόρπια-γλυκά	1 ισοδ. ή περισσότερα	Όλα εκτός από εκείνα που απαγορεύονται	Κανένα εκτός από εκείνα που περιέχουν ξηρούς καρπούς.
Ποτά- ροφήματα	Ελεύθερα	Καφές ντεκαφεϊνέ* (προσοχή), κακάο, χυμοί φρούτων και άλλα αναψυκτικά εκτός από την σειρά cola και άλλα που περιέχουν καφεΐνη.	Καφές, τσάι, αλκοόλη, και αναψυκτικά που περιέχουν cola.
Διάφορα	Περιορισμένα	Ιωδιούχο αλάτι, σκευάσματα που δίνουν γεύση. Χόρτα αρωματικά, μουστάρδα, μπαχαρικά, σάλτσα ντομάτας, ξύδι εφ' όσον είναι ανεκτά.	Πολύ πικάντικα είδη, μπαχαρικά και καρυκεύματα. Ισχυρά στη γεύση όπως σκόρδο, καυτερές πιπεριές, καυτερή σάλτσα ή πιπέρι, ποπ- κόρν, ξηροί καρποί και ινδική καρύδα.

* Έχει αποδειχθεί ότι ο καφές ντεκαφεϊνέ προκαλεί αύξηση στην γαστρική έκκριση (Conn 1980), γι αυτό είναι προτιμότερο να χορηγείται με προσοχή.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Σύνθεση κατά προσέγγιση			
Υδατάνθρακες (gr)	Πρωτεΐνες (gr)	Λίπη (gr)	Θερμίδες (Kcal)
280	95	85	2265

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΉ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΙΤΑΣ:

Η δίαιτα αυτή καλύπτει όλες τις διατροφικές απαιτήσεις του ατόμου (RDA 1979) με πιθανή εξαίρεση τον σίδηρο για τις γυναίκες, Η θερμιδική πρόσληψη αφορά ασθενή (άντρα) με περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, όταν όμως ο τελευταίος αυξήσει τη δραστηριότητα του θα πρέπει να αυξηθούν και οι διαιτητικές του προσλήψεις.

Νοσοκομείο Β

Μενού ηπατοπαθούς

Πρωινό: Γάλα –Φρυγανιές-Μαρμελάδα

Ημέρες	Μεσημέρι	Βράδυ
Δευτέρα	Κοτόπουλο Φασολάκια Σαλάτα νωπή	Μακαρόνια Κιμά Σαλάτα νωπή
Τρίτη	Χοιρινό Πατάτες φούρνου Σαλάτα βραστή	Μπιφτέκι Πουρέ Σαλάτα βραστή
Τετάρτη	Μοσχάρι Κριθαράκι Σαλάτα νωπή	Σπανακόρυζο Τυρί
Πέμπτη	Κοτόπουλο Πατάτες φούρνου Σαλάτα Βραστή	Πένες σάλτσα Ντομάτα- τυρί Σαλάτα νωπή
Παρασκευή	Χοιρινό Ρύζι Σαλάτα νωπή	Αρακάς Τυρί
Σάββατο	Μπιφτέκι Ζυμαρικό Σαλάτα νωπή	Κοτόπουλο Πουρέ Σαλάτα νωπή

Κυριακή	Μοσχάρι Πατάτες Σαλάτα νωπή	Σουτζουκάκια Ρύζι Σαλάτα νωπή
---------	-----------------------------------	-------------------------------------

* Όλα τα γεύματα συνοδεύονται από ψωμί και φρούτο ή κομπόστα ή ζελέ

Νοσοκομείο Γ

Μενού ηπατοπαθούς

(πλούσια σε λεύκωμα και θερμίδες)

Επιτρέπονται:

Ψωμί ή φρυγανιές. Πράσινα χόρτα ή ντομάτες. Πατάτες βραστές ή πουρέ κουάκερ. Ζυμαρικά ή ρύζι με φρέσκο βούτυρο ωμό. Γάλα ή γιαούρτι ή τυρί άπαχο. Ρυζόγαλο ή κρέμα με αυγό βραστό. Αυγά βραστά ή ποσέ. Κρέας ή ψάρι άπαχο σχάρας ή βραστό. Λάδι ή βούτυρο 4 κουταλιές ημερησίως για όλα τα φαγητά. Φρούτα ωμά, κομπόστες, μαρμελάδα, καφές ή τσάι.

Απαγορεύονται:

Οινοπνευματώδη ποτά. Παχύ κρέας ή ψάρι ή τυρί. Μυαλά, εντόσθια κυνήγι, κονσέρβες, αλλαντικά, θαλασσινά, μουστάρδα, πιπέρι, αλμυρά. Σοκολάτα, ξηροί καρποί.

Υπόδειγμα Γευμάτων:

ΠΡΩΙ: γάλα με ζάχαρη. Φρυγανιά, μαρμελάδα.

ΔΕΚ: Ψωμί με τυρί ή γάλα

ΜΕΣ: κρέας ή ψάρι. Χόρτα. Φρούτο

ΑΠΟΓ: Ρυζόγαλο ή κρέμα

ΒΡΑΔ: Ζυμαρικά ή ρύζι, αυγό, τυρί, φρούτο

Οδηγίες:

Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει 300 γρ. κρέας ή ψάρι ή τυρί ημερησίως. Σε σοβαρές περιπτώσεις χρόνιας ηπατίτιδας επιβάλλεται περιορισμός των λευκωμάτων προς αποφυγήν κώματος. Επί ασκίτου επιβάλλεται επίσης περιορισμός αλατιού.

Μενού χολοκυστοπαθούς

Πρωινό: Γάλα –Φρυγανιές-Μαρμελάδα

Ημέρες	Μεσημέρι	Βράδυ
Δευτέρα	Κοτόπουλο Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή Κομπόστα	Ρύζι Γιαούρτι Σαλάτα βραστή Κομπόστα
Τρίτη	Χοιρινό Πατάτες Σαλάτα βραστή Κομπόστα	Μπιφτέκι Πουρέ Σαλάτα βραστή Κομπόστα
Τετάρτη	Μοσχάρι Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή Κομπόστα	Ρύζι Γιαούρτι Σαλάτα βραστή Κομπόστα
Πέμπτη	Κοτόπουλο Πατάτες Σαλάτα βραστή Κομπόστα	Μπιφτέκι Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή Κομπόστα
Παρασκευή	Χοιρινό Ρύζι Σαλάτα βραστή Κομπόστα	Κοτόπουλο Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή Κομπόστα
Σάββατο	Μπιφτέκι Ζυμαρικό Σαλάτα βραστή Κομπόστα	Κοτόπουλο Πουρέ Σαλάτα βραστή Κομπόστα
Κυριακή	Μοσχάρι Πατάτες Σαλάτα βραστή Κομπόστα	Μπιφτέκι Ρύζι Σαλάτα βραστή Κομπόστα

*Όλα τα γεύματα συνοδεύονται από ψωμί

Μενού χολοκυστοπαθούς

Επιτρέπονται:

Ψωμί άσπρο ή φρυγανιές. Γάλα ή γιαούρτι άπαχο. Ρυζόγαλο ή κρέμα ή κορνφλάουρ. Τυρί λευκό άπαχο, ιδίως φέτα η φρέσκια μυζήθρα. Ζυμαρικά ή ρύζι καλοβρασμένα με λίγο φρέσκο βούτυρο ωμό. Κρέας άπαχο σχάρας ή βραστό. Ψάρι άπαχο, ιδίως λυθρίνι, μπαρμπούνι, γλώσσα η βακαλάος. Πατάτες βραστές ή πουρέ. Χόρτα τρυφερά καλοβρασμένα. Κομπόστες, μαρμελάδα. Χαμομήλι ή ελαφρύ τσάι.

Απαγορεύονται:

Οινοπνευματώδη ποτά. Παχύ κρέας ή ψάρι ή τυρί ή αυγά. Κονσέρβες, αλλαντικά, αλμυρά, θαλασσινά, κυνήγι. Μελιτζάνες, μπάμιες, λάχανο, αγγούρι, ελιές. Ξηροί καρποί, όσπρια, πεπόνι, καρπούζι. Σοκολάτα ή γλυκό από σοκολάτα.

Υπόδειγμα Γευμάτων:

ΠΡΩΙ: γάλα με ζάχαρη, φρυγανιά, μαρμελάδα.

ΜΕΣ: κρέας ή ψάρι, χόρτα βραστά, τυρί, φρούτα.

ΒΡΑΔ: Ζυμαρικά ή ρύζι, γιαούρτι, κομπόστες.