

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ

ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ
ΑΝΘΡΩΠΟΥ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
κα Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
ΚΑΡΑΝΙΚΑ ΝΑΥΣΙΚΑ
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ
ΠΑΤΡΙΑΡΧΕΑ ΕΛΕΝΗ
ΧΑΙΚΑΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1.
- 2.
- 3.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΑΤΡΑ 8 ΜΑΪΟΥ 1992

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

1. Πρόλογος

2. ^υΕισαγωγή

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο Α'

1. Οι εξελίξεις της διατροφής στη διαδρομή των αιώνων

2. Α. Στοιχεία διατροφικής

α. Βιταμίνες (Γενικά)

β. Απαιτήσεις σε βιταμίνες

Κεφάλαιο Β'

Παθήσεις που οφείλονται σ' έλλειψη ή υπερπρόσληψή τους

Κεφάλαιο Γ'

Ενέργεια

Κεφάλαιο Δ'

Υδατάνθρακες

Κεφάλαιο Ε'

Λίπη

Κεφάλαιο ΣΤ'

Πρωτεΐνες

Κεφάλαιο Η'

Το νερό του οργανισμού

α. Ισοζύγιο νερού

β. Η σημασία του νερού για τον ανθρώπινο οργανισμό

γ. Πόσιμο νερό

δ. Διαταραχές του ισοζυγίου νερού στον οργανισμό

1. Αφυδάτωση

2. Υπερυδάτωση

Κεφάλαιο Θ'

Γενικά επρί τροφίμων

α. Τροφές ζωικής προέλευσης

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	625
----------------------	-----

β. Τροφές φυτικής προέλευσης

γ. Ποτά και αλκοόλ

Κεφάλαιο Ι'

Συντήρηση και υγιεινή τροφίμων

Κεφάλαιο Κ'

Πρόσθετα για τρόφιμα

Κεφάλαιο Λ'

Συντηρητικά τροφίμων

Κεφάλαιο Μ'

Υγειονομικός έλεγχος τροφίμων

Κεφάλαιο Ν'

Διατροφή ομάδων ανθρώπων

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο Α'

A1. Μορφές άγχους

A2 Μήπως είναι ο άνθρωπος του STRESS

A3 STRESS και προσωπικότητα

Κεφάλαιο Β'

B1 Κίνδυνοι από το κάπνισμα. Σημασία συνύπαρξης άλλων προδιαθεσικών παραγόντων

B2 Φίλτρο - κάπνισμα - πίπας ή πούρου

B3 Απαγορεύσεις στη χρήση και στη καλλιέργεια του καπνού

Κεφάλαιο Γ'

Αλκοολισμός

Γ1 Χρόνιος αλκοολισμός

Γ2 Οινόπνευμα και ήπαρ

α. Κάτω από ποιές συνθήκες προκαλεί το οινόπνευμα ηπατοπάθεια

β. Τί κσοτολογικές βλάβες προκαλεί το οινόπνευμα στο ήπαρ

Κεφάλαιο Δ'

Διατροφή και καρκίνος

- α. Αλφατοξίνες
- β. Νιτροζαμίνες
- γ. Πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες
- δ. Πρόσθετα τροφίμων
- ε. Ιχνοστοιχεία

Κεφάλαιο Ε'

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

E1. Νόσοι του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου

- α. Ελκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου - Δίαιτα
- β. Οξεία γαστρίτιδα - Δίαιτα
- γ. Χρόνια γαστρίτιδα - Δίαιτα
- δ. Υπερχλωρυδία και αχλωρυδρία - Δίαιτα
- ε. Λειτουργικές διαταραχές του στομάχου

E2. ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

- α. Κολίτιδες - Δίαιτα
- β. Σύνδρομα δυσαπορροφήσεως - Δίαιτες
- γ. Δυσκοιλιότητα - Δίαιτα

E3. ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

- α. Εισαγωγή
- β. Ηπατίτιδες
- γ. Κίρρωση του ήπατος
- δ. Ογκοί ήπατος - Καρκίνος
- ε. Δίαιτα στις ηπατοπάθειες

E4. ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

- α. Χολοκυστίτιδα - Χολολιθίαση - Δίαιτες

Κεφάλαιο ΣΤ'

ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

- α. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια - Δίαιτα

- β. Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια - Δίαιτα
- γ. Χρόνια περιοδική αιματοκάθαρση - Δίαιτα
- δ. Διαβητική νεφροπάθεια - Δίαιτα
- ε. Νεφροπάθεια και νεφρολιθίαση της ουρικής αρθρίτιδας - Δίαιτα

Κεφάλαιο Ζ'

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- α. Αρτηριοσκλήρυνση
- β. Χοληστερόλη - Στεφανιαία νόσος - Αθηροσκλήρωση
- γ. Δίαιτα στην υπέρταση και στην αθηρωμάτωση
- δ. Δίαιτα χρόνιων καρδιακών νοσημάτων
- ε. Ιχνοστοιχεία και κυκλοφορικό σύστημα

Κεφάλαιο Η'

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

- α. Παχυσαρκία - Δίαιτα
- β. Κακοσιτισμός - Δίαιτα
- γ. Αντιαναιμική δίαιτα
- δ. Σακχαρώδης διαβήτης - Δίαιτα

Κεφάλαιο Θ'

ΡΕΥΜΑΤΙΣΜΟΙ - ΔΙΑΙΤΑ

Κεφάλαιο Ι'

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

- α. Αίτια - Μηχανισμοί - Πρόληψη
- β. Συχνότητα και οικονομικό κόστος
- γ. Staphilococcus Aureus
- δ. Clostridium perfringens
- ε. Bacillus cereus
- στ. Clostridium Botulinum
- ι. Escherichia Coli
- η. Vibrio parah aemolyticus
- θ. Salmonella

Κεφάλαιο Κ'

ΑΛΛΕΡΓΙΑ

α. Αλλεργιογόνα από τροφές

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

α. Ιστορική αναδρομή της κοινοτικής νοσηλευτικής

β. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής

γ. Ιστορική ανασκόπηση του ρόλου της διατροφής στην υγεία

δ. Ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής στη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας

ε. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και διατροφή

στ. Ρόλος της διατροφής στην πρωτογενή πρόληψη

ι. Σχέση διατροφής και αγωγής υγείας: οι απόψεις των ειδικών για την κατάσταση διατροφής στην Ελλάδα

η. Δημοπαθολογία και διατροφή

θ. Διατροφική τάσεις στην Ελλάδα

ι. Η μεγάλη έκθεση της Βίλλετ στο Παρίσι για τους καταναλωτές στην ΕΟΚ

κ. Διατροφική πολιτική

λ. Διαφώτιση σε θέματα διατροφής

μ. Επιπτώσεις στη διατροφή από τις διαφημίσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης

ν. Διατροφή κατά ηλικίες

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

1. Συζήτηση - Μέγεθος και υλικό έρευνας

2. Πίνακες και ιστογράμματα

3. Ανάλυση και αποτελέσματα πινάκων και ιστογραμμάτων

4. Ερωτηματολόγιο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

"ΥΜΝΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ"

"Είθε με σε πάντα να ζω, θεά Πανώρια:
Υγεία, και συ να μου 'σαι σύντροφος καλόθελη
όσο ζήσω.
Γιατί, αν υπάρχουν αγαθά, ανθίζουνε με Σένα,
Υγεία τρισμακάριστη, και ξέχωρα δεν είναι, ούτε
του πλούτου η ομορφιά, ούτε γονιών η ελπίδα,
ούτε και η ζηλευτή αρχοντιά, η ισόθεη, ούτε
οι πόθοι, που στα κρυφά ... με μου έρωτα τα
δίχτυα κυνηγάμε, ούτε άλλη απ' τους αθάνατους
σταλμένη στους ανθρώπους καρά, ψυχής
ξεκούρασμα... Με Σένα λάμπουν όλα, κι όλα
ομορφαίνουν, που τα υμνούν γλυκόλογα και οι
Μούσες!
Ομως... δίχως Εσένα, κανείς θνητός δεν
είναι ευτυχισμένος".

Ο παραπάνω ύμνος γράφτηκε πριν 2.500 χρόνια από τον Έλληνα
Αρίφρονα, από την Σικυώνα, αρχαία πόλη της Κορινθίας.

Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

1. Μη τρώτε περισσότερο από όσο χρειάζεστε
2. Ακολουθήστε μικτή διατροφή
3. Μάθετε να μαγειρεύεται καλά.
Να τρώτε με όρεξη και ευδιαθεσία.
4. Συνηθίστε να χρησιμοποιείτε περισσότερο τα φρούτα και τα χορταρικά: για να ενεργοποιείται το έντερο σας για να αυξάνει ο όγκος της καθημερινής τροφής και να σηκώνεστε από το τραπέζι χορτασμένοι χωρίς να αυξήσετε το ποσό των θερμίδων που πρέπει να αποδίδει η καθημερινή σας τροφή.
5. Συνηθίστε να χρησιμοποιείτε για μαγειρικό λίπος το αγνό λάδι ελιάς, καθώς και ορισμένα καλά σπορέλαια.
6. Αυξήστε τη χρήση γάλακτος και των προϊόντων του. Το γάλα αποτελεί αναντικατάστατη τροφή.
7. Συνηθίστε να τρώτε ψωμί που γίνεται από άλευρα τύπου 100%. το σταρένιο και το πυτιρούχο είναι πολυβιταμινούχα.
Αποφεύγεται η χρήση ζαχαρωδών αεριούχων ποτών, αντικαταστήστε τα με άφθονους χυμούς φρέσκων φρούτων.
8. Προτιμήστε από τις ζωϊκές τροφές, το κρέας των ψαριών, των κοτόπουλων και των κουνελιών.
9. Περιορίστε τη χρήση αλατιού, μπαχαρικών και οίνοπνεύματος.
10. Επιδοθείτε περισσότερο στη γυμναστική, άθληση, σπορ. Η χρόνια αποφυγή της φυσικής άσκησης οδηγεί σε εξθασθένηση του μυϊκού συστήματος και της καρδιάς.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διατροφή του ανθρώπου αποτελεί ένα από τα πλέον ενδιαφέροντα κεφάλαια της υγιεινής.

Η σημασία της ορθής διατροφής για τα άτομα, αλλά και για τους λαούς είναι μεγάλη.

Η ανεπαρκής διατροφή τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά υπονομεύει σοβαρά την υγεία των ανθρώπων, μειώνει την αντίσταση του οργανισμού και επιδρά δυσμενώς στην όλη λειτουργικότητα του ανθρώπινου οργανισμού.

Η σωστή διατροφή επομένως, αποτελεί βασικό παράγοντα για τη διασφάλιση της υγείας των ανθρώπων, τη συντήρηση και βελτίωση των ανατομικών και βιολογικών τους χαρακτηριστικών, την ευρυθμία και το δυναμισμό των λειτουργικών τους ικανοτήτων.

Η σχέση αυτή της διατροφής με την υγεία επαληθεύεται από τόσες επιστημονικές παρατηρήσεις, ώστε καταρχήν στη γενική της διατύπωση, να μην αμφισβητείται από κανέναν.

Για πολλές χιλιάδες χρόνια, στις περισσότερες χώρες μέχρι και τη πρώτη δεκαετία μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το φοβερότερο πρόβλημα με το οποίο είχε να λογαριαστεί η ανθρωπότητα συνίστατο στην υπερνίκηση της διατροφικής στέρησης.

Σήμερα υπάρχουν όλες οι αναγκαίες πραγωγικές δυνατότητες για την οριστική επίλυση του προβλήματος της διατροφικής επάρκειας σε παγκόσμια βάση.

Εν πάσει περιπτώσει, στις αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα της διατροφικής στέρησης έχει υπερνικηθεί οριστικά. Το "θαύμα" αυτό των "καταναλωτικών κοινωνιών της αφθονίας", υμνολογήθηκε στην αρχή σε όλους τους τόνους.

Αποδείχτηκε όμως, πολύ σύντομα, πως ο "παράδεισος" έκλεινε μέσα του, όχι μόνο έναν αλλά πολλούς "όφεις" και μάλιστα δηλητηριώδεις.

Τη θέση των δεινών και των ασθενειών που συνόδευσαν παλιά τη διατροφική στέρηση, την υπεραναπλήρωσαν άλλα δεινά και παθήσεις που συνοδεύουν πια την υπερκατανάλωση και μάλιστα όχι εξισορροπημένη στη διατροφή.

Κι αυτά επιπλέκονται από τη συνεχώς εντεινόμενη κακοποίηση του οικολογικού παράγοντα, από την αμφίβολη υγιεινότητα των ουσιών και μεθόδων που χρησιμοποιούνται από τη βιομηχανία τροφίμων και από την ανασφάλεια των τρόπων ελέγχου της παραγωγής των νέων μορφών ενέργειας, όπως π.χ. "Τσερνομπίλ", από το άγχος για τον κίνδυνο εξαφάνισης της ζωής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλοι μπορούν ανεξάρτητα από τα οικονομικά μέσα που διαθέτουν να προσθέσουν "χρόνια στη ζωή και ζωή στα χρόνια" με τη διατροφή και όλοι λίγο πολύ γνωρίζουν πόσο στενά η τροφή είναι συνδεδεμένη με τη ζωντάνια, την απόδοση της εργασίας και γενικότερα με ότι λέγεται καλή υγεία.

Η διατροφή ρυθμίζεται από τα ίδια τα άτομα και οι γνώσεις που έχουν σχέση με τη διατροφή πρέπει να φανούν με οποιοδήποτε τρόπο και με κάθε μέσο στα άτομα.

Είναι φανερό ότι τα επιστημονικά θέματα μπορούν να απλοποιηθούν μέχρι ενός ορίου και να γίνονται κατανοητά από όλο τον κόσμο.

Δεν μπορούν όμως να αποκóπτονται τελείως από την επιστήμη γιατί γίνονται δυσνόητα, κουραστικά και προσφέρουν φευγαλέες ή παραπλανητικές γνώσεις.

Δεν είναι δυνατόν να αντιληφθούμε τη σημασία της διατροφής εάν δεν ξεκινήσουμε από ορισμένες έννοιες και ορισμένες βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται αυτή. Έτσι θα μπορέσουμε να μάθουμε καλύτερα την αξία και τη σημασία των διαφόρων τροφών, τις ανάγκες του οργανισμού στις διάφορες θρεπτικές ουσίες, το ρόλο της μαγειρικής για την καλύτερη προετοιμασία της τροφής. Γνωρίζοντας ποιά είναι η υγιεινή τροφή θα πορούμε να την αναζητήσουμε ή να την εξασφαλίσουμε καλύτερα για τον εαυτό μας, την οικογένειά μας και τους συνανθρώπους μας που δεν είναι σε θέση λόγω ηλικίας, υπανάπτυξης ή εγκατάλειψης να την αποκτήσουν. Θα μπορούμε να εφαρμόσουμε τον καλύτερο δυνατό τρόπο διατροφής στις διάφορες

ηλικίες καθώς επίσης και στις διάφορες παθολογικές καταστάσεις του οργανισμού μας. Θα είναι δυνατόν επίσης να αποφεύγουμε διάφορες παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να οφείλονται σε δυσανεξία ορισμένης τροφής από ορισμένα άτομα, τη χρησιμοποίηση τροφών μολυσμένων με μικρόβια ή τοξικές ουσίες ή εμπλουτισμένες με επιβλαβείς πρόσθετες ουσίες.

Ο άνθρωπος για να καλυτερεύσει την ποιότητα της ζωής του πρέπει να καταλάβει ότι μικρές στιγμιαίες απολαύσεις από διαιτητικές υπερβάσεις και παρεκτροπές είναι δυνατόν να αποβούν ολέθριες μακροπρόθεσμα και να κάνουν τη ζωή δύσκολη και δυσάρεστη.

Με μια καλή, σωστή, μετρημένη και όχι λιγότερο απολαυστική τροφή μπορεί να κάνει ο άνθρωπος η ζωή του ενδιαφέρουσα και ευχάριστη, απαλλαγμένη από μακροχρόνιες επώδυνες εμπειρίες.

Υγεία σημαίνει σώμα αρτημελές και εύρωστο με όλα τα ενδεικτικά σημεία: γερά νεύρα, αντίσταση στις αρρώστιες, δραστήριο και ζωηρό μυαλό.

Σύμφωνα με το Π.Ο.Υ. Υγεία είναι: η πλήρης σωματική, ψυχική και πνευματική ισορροπία του ατόμου σε συνάρτηση με το ατομικό, κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον.

Στο χέρι λοιπόν του καθενός είναι να δημιουργήσει σώμα γερό και αρτημελές, να πολεμήσει τυχόν κληρονομικές προδιαθέσεις, να αποφύγει ασθένειες που οφείλονται στην κακή διατροφή. Μοναδικό λοιπόν "φάρμακο" η τροφή μας. Πρώτος κατάλαβε τη σημασία της τροφής για την υγεία του ατόμου, ο πατέρας της ιατρικής, ο Ιπποκράτης, ο οποίος λέει: "Ας είναι η τροφή το φάρμακό σας και το φάρμακό σας, η τροφή".

Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α

" ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΑΙΩΝΩΝ "

Η διατροφή του ανθρώπου δια μέσου των αιώνων παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις όσον αφορά το είδος και την επάρκειά της.

Όταν πρωτοεμφανίστηκε ο άνθρωπος στη γη είχε φροντίσει για την ικανοποίηση όλων των αναγκών του.

Το περιβάλλον ήταν έτοιμο να θρέψει και να συντηρήσει τον άνθρωπο. Καρποί, σαρκώδεις ρίζες, κόνδυλοι, βολβοί ήταν η ιδεώδης τροφή του ανθρώπου, την οποία έτρωγε ωμή για εκατομμύρια χρόνια.

Σύμφωνα με τον Ευθυμιάδη (έτος 1981, σελ. 13) οι γεωλόγοι διαπίστωσαν ότι σε πολύ απομακρυσμένες περιόδους της εξέλιξης της γης επικρατούσαν στην Ευρασία ευνοϊκές συνθήκες για τη διαβίωση του ανθρώπου.

Το κλίμα ήταν θερμό και το έδαφος σκεπαζόταν με οπωροφόρα δέντρα. Οι άνθρωποι περιφέρονταν στα δάση και έτρωγαν καρπούς. Έτσι ζούσαν για μεγάλο χρονικό διάστημα, το οποίο δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Αλλά όμως πριν 100.000 χρόνια συνέβη μια απότομη μεταβολή του κλίματος.

Η θερμοκρασία κατέβηκε πολύ χαμηλά και ένα μεγάλο τμήμα της επιφάνειας της γης καλύφθηκε με ποταμώνες. Υπολείμματα από αυτούς υπάρχουν ακόμα στις υψηλότερες περιοχές των Άλπεων. Αργότερα, μετά 40.000 χρόνια και 20.000 χρόνια σκεπάστηκε το έδαφος της Ευρασίας με παγετώνες. Στα διαστήματα που μεσολάβησαν, όσοι άνθρωποι είχαν

επιζησει, αναγκάστηκαν από την πείνα να αρχίσουν να τρώνε και κρέας.

Και ανθρώπινες φυλές που κατοικούσαν στην Αφρική, που δεν είχε σκεπαστεί με παγετώνες, είχαν αναγκαστεί από την έλλειψη φυσικής τροφής να φάνε κρέας. Εκτός από αυτό αναγκάστηκαν να φάνε και βρασμένες τροφές.

Από τότε που ο Προμηθέας έκλεψε τη φωτιά από τους Αθανάτους, για να τη δωρίσει στους θνητούς, έχει επιφέρει κακό στην υγεία του ανθρώπου μας λέει ο Ηλίας Πέτρου (1938, σελ. 6).

Έτσι ο άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων άλλαξε ριζικά το φυσικό τρόπο διατροφής του και τρέφεται με ζωϊκές και μετουσιωμένες φυτικές τροφές.

Μεγάλο και ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και αξίζει να σημειωθεί, η διατροφή των αρχαίων πολιτισμών, όπου η μεγαλύτερη ίσως εισφορά τους στο θέμα της διατροφής, είναι ότι κατόρθωσαν να διαθρέψουν μεγάλα σύνολα πληθυσμού, σε μόνομη βάση.

Η δεύτερη, σημαντική εισφορά τους, οφείλεται στην ανάπτυξη της μαγειρικής τέχνης.

Δεν έχουμε επιβεβαιωμένα στοιχεία για όλους τους αρχαίους πολιτισμούς, αλλά για τον αρχαιοελληνικό πολιτισμό υπάρχουν έγκυρες γραπτές μαρτυρίες ("Ομηρικά έπη", "Δειπνοσοφιστές" κ.ο.κ.), σύμφωνα με τις οποίες η μαγειρική τέχνη της εποχής εσίχε φτάσει σε τέτοια τελειότητα, ώστε ο μάγειρας να θεωρείται εφάμιλλος με τον καλλιτέχνη:

"Ουδέν μάγειρος του ποιητού διαφέρει,
 νούς γάρ εστίν εκατέρω τούτων τέχνη".

(Απόφθεγμα του βασιλιά Νικομήδη).

Είχαν δημιουργηθεί οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της μαγειρικής τέχνης, ακόμα και στην καθημερινή οικιακή σίτιση.

Τα παντός είδους εργαλεία και σκεύη, αυξάνουν συνεχώς τη δυνατότητα για επινόηση μιας όλο και μεγαλύτερης ποικιλίας τρόπων ψησίματος.

Επιπλέον, το νερό, το λάδι, το βούτυρο, οι διάφοροι χυμοί και μια ποικιλία σημαντική ειδών διατροφής ζωικής και φυτικής προέλευσης, κατέστησαν αναγκαία την επινόηση μιας ποικιλίας τρόπων αναμιξεων τους για να επιτυγχάνονται διαφορετικά ικανοποιητικά γευστικά αποτελέσματα.

Τις δυνατότητες στο επίπεδο διατροφής όμως μπορούσαν να τις πραγματοποιήσουν μόνο ορισμένα στρώματα από τον ολικό πληθυσμό της κάθε χώρας και αυτό γιατί, η ανάπτυξη όλων των αρχαίων πολιτισμών στηρίχτηκε στο θεσμό της δουλείας και στη συνεχώς αυξανόμενη ανισοκατανομή του πλούτου και της δύναμης.

Η διατροφή των δούλων, κυρίως αυτών που δούλευαν στα μεταλλεία, λατομεία και στις βιοτεχνίες ήταν βασικά φυτική. Αρκετά καλύτερη ήταν η διατροφή για τους οικιακούς δούλους των μεγάλων αρχοντικών.

Ήταν στοιχειώδης και βασικά φυτική για τους άνεργους και στερημένους από ιδιοκτησία ελεύθερους πολίτες. Ήταν επαρκής και μικτή για όσους από τους ελεύθερους πολίτες είχαν περιορισμένης εκτάσεως ιδιοκτησία, περισσότερο φυτική ή ζωική ανάλογα με το είδος παραγωγής τους και περισσότερο ή λιγότερο πλούσια ανάλογα με την έκταση της ιδιοκτησίας τους.

Στα νεώτερα χρόνια η αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για την ανθρώπινη διατροφή, αναφέρει ο Τυλλιανάκης (1982, σελ. 20-21), άρχισε από τον μεγάλο Γάλλο Χημικό τον LAVOISIER, ο οποίος γεννήθηκε το 1743 και θεωρείται ο πατέρας της επιστήμης της διατροφής. Πρώτος έδειξε τη σημασία της αναπνευστικής λειτουργίας σε σχέση με την τροφή.

Μετά από αυτόν, έχουμε 4 φάσεις όσον αφορά τη διατροφή.

- Η πρώτη φάση είναι από τον 18ο αιώνα ως τις αρχές του 20ου αιώνα. Σε αυτό το χρονικό διάστημα δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στο ρόλο των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων, των λιπιδίων, της ενέργειας που περιλαμβάνεται σε κάθε τροφή.

- Η δεύτερη φάση που καλύπτει τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα χαρακτηρίζεται ως "περίοδος βιταμινών". Τα ονόματα που ξεχωρίζουν για τις πρωτοποριακές τους προσπάθειες στη διατροφή είναι του EIJKMAN, WOLBACH, KING, McCOLLUM και DAVIS, OSBORN και MENDEL κ.τ.λ.

- Η τρίτη φάση είναι από το 1940-1955. Το ενδιαφέρον για τη θεραπεία με βιταμίνες έχει φτάσει στο αποκορύφωμα.

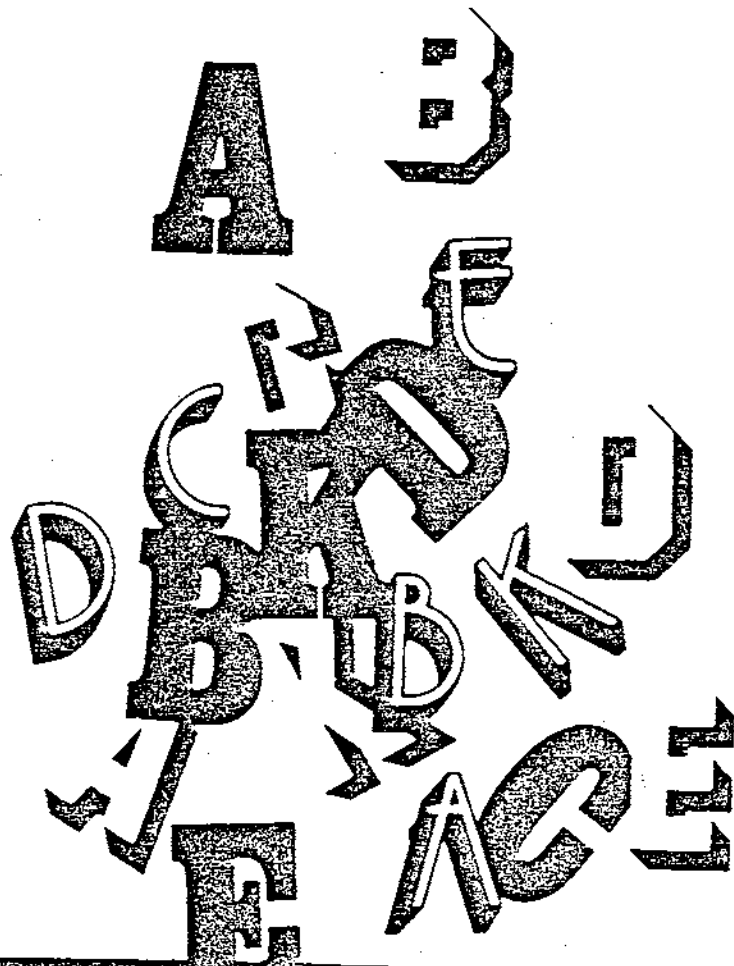
- Η τέταρτη φάση και η τελευταία χαρακτηρίζεται ως "περίοδος απογοήτευσης" και αυτό γιατί η θεραπεία με βιταμίνες είχε αποδειχτεί σαν μη απαραίτητη τώρα το ενδιαφέρον συγκεντρώνονταν προς τα ανακαλυφθέντα αντιβιοτικά και στα εντυπωσιακά τους αποτελέσματα, στη θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων.

Στην Ελλάδα τα τελευταία 30 οι διατροφικές εξελίξεις στον πληθυσμό της ήταν ιδιόρρυθμες.

Για πολλά χρόνια το διατροφικό πρόβλημα του ελληνικού πληθυσμού ήταν η ποσοτική επάρκεια και αυτό λόγω της εκθρικής κατοχής του 1940, που είχε σαν αποτέλεσμα τον υποσιτισμό.

Η οικονομική όμως άνοσος που σημειώθηκε στη χώρα μετά το 1960 μας λέει ο Ευσταθιάδης (Διεθνές Συμπόσιο Αγωγής Υγείας 1984, σελ. 25) συνοδεύεται από σημαντική αύξηση της αγοραστικής δύναμης του καταναλωτή. Αυξάνει έτσι η δαπάνη για αγαθά και υπηρεσίες που καλύπτουν ανάγκες υψηλού βιοτικού επιπέδου.

Τρόφιμα καί βιταμίνες



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Η ζωή δεν μπορεί να διατηρηθεί όταν σε μια διαίτα υπάρχουν πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, ιχνοστοιχεία και λείπουν οι βιταμίνες.

Οι βιταμίνες είναι οργανικές ουσίες, μικρού μοριακού βάρους, απαραίτητες σε ελάχιστες ποσότητες, για την ομαλή διεξαγωγή του μεταβολισμού του οργανισμού. Οι ουσίες αυτές βρίσκονται στις τροφές με τη πρόδρομο ή την τελική βραστική τους μορφή. Δεν είναι δομικά στοιχεία των ιστών και δεν παρέχουν ενέργεια.

Οι βιταμίνες διακρίνονται σε λιποδιαλυτές και υδατοδιαλυτές και χαρακτηρίζονται με γράμματα του λατινικού αλφαβήτου που αποτελούν και την ονομασία τους (Α, Β, C, D, E...). Σήμερα χρησιμοποιείται και η χημική τους ονομασία. Ανακαλύφθηκαν γύρω στο τέλος του περασμένου αιώνα. Η μελέτη της δομής των περισσότερων βιταμινών έγινε από το 1925 μέχρι το 1950.

Ο μηχανισμός δράσεως των ουσιών αυτών, έγινε κατανοητός από τις ανακαλύψεις των Theorell και Wardurg, που απέδειξαν ότι οι βιταμίνες αποτελούν συστατικά των συνενζύμων.

ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Οι ελάχιστες απαιτήσεις είναι το ελάχιστο ποσό εξωγενούς κορηγήσεως της βιταμίνης που απαιτείται για να προφυλάξει το άτομο από συμπτώματα ανεπάρκειας.

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις απαιτήσεις σε βιταμίνες:

1. ηλικία: διαφορετικές ήταν οι προσλήψεις για τους ενήλικες από ότι για τα βρέφη και τα παιδιά.
2. φύλλο: οι γυναίκες έχουν διαφορετικές ανάγκες κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης και θηλασμού

3. περιβαντολλογικοί παράγοντες: α) κλίμα, β) διαίτα
4. ατομικοί παράγοντες: α) φυσική δραστηριότητα, γιατί οι απαιτήσεις είναι ανάλογες της θερμιδικής πρόληψης και εκφράζονται σε μονάδες ανά kcal.
β) βάρος σώματος.
5. Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την περιεκτικότητα, την απορροφητικότητα και τη χρησιμοποίηση των βιταμινών.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Α

Αρχίζουμε με τη βιταμίνη Α, μια που ήταν η πρώτη που ανακαλύφθηκε το 1913.

Παίζει το σπουδαιότερο ρόλο στην υγεία του δέρματος και της όρασης. Ακόμη βοηθάει τον οργανισμό μας να αντιστέκεται στο κρύο, στις μολύνσεις της μύτης, του στόματος, των βρογχοπνευμόνων, των εντέρων. Επίσης συμβάλλει στην ανάπτυξη και στο σχηματισμό των οστών.

ΠΗΓΕΣ: α) Ρετινόλη η A_1 , βρίσκεται στους ζωικούς ιστούς και είναι αλκοόλη της B_1 .

β) Αφυδρορετινόλη η A_2 βρίσκεται κυρίως στο ήπαρ των ψαριών κυρίως του γλυκού νερού.

γ) Β-καροτίνη, είναι μια κίτρινη χρωστική που βρίσκεται στα λαχανικά και σε ορισμένα φρούτα.

Η B_1 είναι ευρέως διαδεδομένη στα τρόφιμα.

Η μαργαρίνη απαιτείται από το νόμο να περιέχει B_1 όπως και το βούτυρο και αυτό επιτυγχάνεται με τη προσθήκη συνθετικής ρετινόλης και Β-καρωτένιου.

Η βιταμίνη αυτή καταστρέφεται από τα χημικά φάρμακα, τα λευκαντικά και το τηγάνισμα.

ΑΠΩΛΕΙΕΣ Β₁ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

Είναι σχετική σταθερή στην επίδραση της θερμοκρασίας αλλά ευαίσθητη στην οξείδωση.

Η καταστροφή της ρετινόλης και των καροτενίων επιτυγχάνεται παρουσία φωτός καθώς είναι ευαίσθητη σε ιονίζουσα ακτινοβολία. Η σύγχρονη τεχνολογία τροφίμων προκαλεί μικρές απώλειες σε Β₁ όπως επίσης και η κονσερβοποίηση.

Η έκταση στην οποία η Β₁ καταστρέφεται κατά τη διάρκεια της παρασκευής στο σπίτι ποικίλλει από διάφορους παράγοντες όπως η θερμοκρασία, η διάρκεια, η παρουσία υγρασίας, η έκθεση στο φως και στον αέρα και το ΡΗ.

ΕΚΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΣ Β₁

Μετρήσεις ορού	Ρετινόλη	Β καροτίνη
ανεπαρκές	10μg/100ml	20μg/100ml
καμηλό	10 - 20	20 - 40
φυσιολογικό	20 - 50	40 - 100

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β₁ (Θειαμίνη)

Η Θειαμίνη είναι απαραίτητη στο μεταβολισμό των υδατανθράκων και την απελευθέρωση ενέργειας.

Επειδή η Θειαμίνη συμμετέχει στο μεταβολισμό των υδατανθράκων και την απελευθέρωση ενέργειας, οι ανάγκες του ατόμου υπολογίζονται ανά kcal και τοποθετούνται σε 0,4mg/1000Kcal. Οι κυριότερες πηγές Β₁ στη διατροφή του ανθρώπου είναι οι πατάτες και τα αγρωστοειδή των οποίων οι κόκκοι περιέχονται στο φύτρο. Οι τροφές ζωικής προέλευσης είναι μικρότερης σημασίας.

Σε πολλές βιομηχανικές περιοχές του κόσμου 15% kcal προέρχεται από σακχαρόζη, 5-10% από άσπρο αλεύρι ή ρύζι, 20% από λίπη και έλαια και 5-10% από οινονευρατώδη.

Απώλειες Β₁ κατά την επεξεργασία τροφίμων

Είναι ευδιάλυτη στο νερό και μερικές απώλειες επέρχονται όταν το νερό της παρασκευής του τροφίμου πετιέται. Καταστρέφεται από τα αλκάλια και από πολύ υψηλές θερμοκρασίες.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η πατάτα περιέχει σημαντική ποσότητα Β₁ και ακόμη, ότι στις αποφλοιωμένες πατάτες που κυκλοφορούν στο εμπόριο, για να μη μαυρίσουν προστίθεται θειώδες οξύ που έχει σαν αποτέλεσμα την καταστροφή της θειαμίνης.

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ Β₁ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

	mg/1000gr	mg/1000Kcal
γάλα	0,04	0,06
κρέας μόσχου	0,06	0,03
κρέας χοίροι	0,58	0,18
ζάχαρη	0	0
πατάτες	0,11	0,46
μπιζέλια	0,32	0,49
πορτοκάλια	0,10	0,28
μαύρο ψωμί	0,24	0,10

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β₂ (Ριβοφλαβίνη)

Η ριβοφλαβίνη παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετατροπή των τροφών σε φυσική ενέργεια, καθώς και στους οξειδωτικούς μηχανισμούς των κυττάρων των ιστών του σώματος.

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΦΗΤΑ ΣΕ Β₂ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

	mg/100g		mg/100g
γάλα	0.15	πατάτες	0.04
τυρί	0.50	λευκό ψωμί	0.08
αυγό	0.47	τσάι	0.90
βοδινό κρέας	0.19	προζύμι	5.90
κατόπουλο	0.17		
σुकώτι	3.10		
νεφροί	1.90		

Η ριβοφλαβίνη είναι σχετικώς σταθερή στη θερμότητα, αλλά πολύ ευαίσθητη στο φως. Οι ανάγκες του ανθρώπου εξαρτώνται από τη πρόσληψη ενέργειας.

Μεγάλη ποσότητα σε Β₂ έχουν οι τροφές ζωικής προέλευσης. Τέλος η επεξεργασία των τροφίμων όπως: κονσερβοποίηση, προοδευτική ψύξη, απόψυξη και αφυδάτωση καταστρέφουν την Β₂.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β₃ (Νιασίνη)

Ανακαλύφθηκε σε μια επιδημία πελάγρας. Είναι απαραίτητο στοιχείο για τη διάσπαση των λιπών, της πρωτεΐνης και των υδατανθράκων.

Διατηρεί υγιές το πεπτικό σύστημα που επηρεάζει τα ούλα, το δέρμα και τα δόντια.

Οι συνηθισμένοι τρόποι μαγειρεύματος προκαλούν μικρή απώλεια (15-20%) νιασίνης και τρυπτοφάνης. Μικρή απώλεια αυτής προκαλούν η θερμότητα και η αποθήκευση.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Β₆ (Πυριδοξίνη)

Υπάρχει σε αρκετές ποσότητες στις τροφές όπως κρέας, ψάρια, αυγά, δημητριακά και ορισμένα λαχανικά. Δρα σαν συνένζυμο πολλών

ενζύμων. Παίρνει μέρος στο μεταβολισμό των αμινοξέων και στην αντίδραση παραγωγής νικοτινικού οξέος από την τρυπτοφάνη. Η Β₃ είναι επίσης απαραίτητη για τον σχηματισμό της αιμοσφαιρίνης.

BIOTINE

Δρα κυρίως στο μεταβολισμό των λιπών. Βοηθά στη σύνθεση αιμογλοβίνης και στην παραγωγή γλυκογόνου.

Βρίσκεται κυρίως στον κρόκο του αυγού και σε μικρότερα ποσά στο γάλα, στους δημητριακούς καρπούς, στα ψάρια, στα φρούτα και στα λαχανικά.

ΦΟΛΙΚΟ ΟΞΥ

Είναι απαραίτητο για το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων, στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών και στη θεραπεία της απλής αναιμίας.

Το πτερυλ-γλουταμινικό οξύ (PGA) είναι το βασικό συστατικό της ομάδας των φολικών στη διαίτα και η ημερήσια πρόσληψη σε φολικό οξύ και 200μg την ημέρα.

BITAMINE C

Η Βιταμίνη C εναποθηκεύεται σε πολύ μικρές ποσότητες στον οργανισμό, αλλά η ποσότητα αυτή είναι επαρκής για να διατηρηθεί η υγεία επί 2 έως 3 μήνες μετά την ολοσχερή διακοπή πρόσληψης ασκορβικού οξέος.

Τροφές πλούσιες σε Β_c είναι τα εσπεριδοειδή και τα λαχανικά. Είναι πολύ ευαίσθητη στην επίδραση του O₂ που καταστρέφει τη βιταμινική της δράση.

Οι ημερήσιες ανάγκες του ατόμου καθορίζονται σε 45 χιλιοστόγραμμα ημερησίως για τον ενήλικα.

Ο καπνιστής όμως χρειάζεται τη διπλάσια ημερησίως ποσότητα

γιατί η νικοτίνη ευνοεί την οξείδωση και καταστροφή του ασκορβικού οξέος στον οργανισμό.

Οι απώλειες των ΒC κατά την προπαρασκευή, ψήσιμο και σερβίρισμα των λαχανικών και φρούτων μπορούν αν ελαττωθούν:

1. Χρησιμοποιώντας φρέσκα λαχανικά και φρούτα
2. Αποφεύγοντας το ξεφλούδισμα
3. Να ψηνονται σε νερό που ήδη βράζει
4. Να χρησιμοποιείται ελάχιστο νερό για το βράσιμο σε κατασρόλα που κλείνει καλά
5. Να σερβίρονται αμέσως

ΒΙΤΑΜΙΝΗ D

Είναι απαραίτητη για το κανονικό μεταβολισμό του ασβεστίου και του φωσφόρου.

Ιδιαίτερα:

- α) προωθεί την ενεργό απορρόφηση ασβεστίου από το έντερο
- β) προωθεί το ενεργό σύστημα μεταφοράς των φωσφορούχων αλάτων στο έντερο
- γ) κινητοποιεί φώσφορο από τα οστά για να διατηρήσει το επίπεδο φωσφόρου στο αίμα
- δ) αυξάνει την επαναπορρόφηση του φωσφόρου από τα νεφρά.

Σημαντικές πηγές ΒD είναι το ήπαρ ιχθίων, οι σαρδέλες και άλλα ψάρια.

Στους ενήλικες η ανεπάρκεια της ΒD προκαλεί την οστεομάλυνση που εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που παραμένουν εν κατακλίσει για πολύ μακρό χρονικό διάστημα.

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΒΔ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

	μg/100gr
γαλα	0.05
τυρί	0.35
αυγό	1.50
σुकώτι	0.75
ρέγγα	22.20
κονσέρβα σολωμού	12.50
κονσέρβα σαρδέλα	7.50
βούτυρο	1.25
μαργαρίνη	8.00
μυρουνέλαιο	212.50

ΒΙΤΑΜΙΝΗ B₁₂ (Κυανοκοβαλαμίνη)

Ανακαλύφθηκε και απομονώθηκε το 1948. Είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία των κυττάρων ειδικά του νευρικού συστήματος και του πεπτικού.

Τροφές πλούσιες σε κυανοκοβαλαμίνη είναι οι τροφές ζωικής προέλευσης και κυρίως το ήπαρ των ζώων όπου εναποθηκεύεται η B₁₂.

Ανάγκες σε B₁₂.

Πειράματα που έγιναν σε ασθενείς και υγιείς ανθρώπους έδειξαν ότι η καθ' ημέρα απώλεια σε B₁₂ κυμαίνεται από 0,25μg έως 1 μg. Έτσι το επίπεδο ασφαλείας ορίζεται:

2μg/ημέρα για ένα φυσιολογικό άτομο

3μg/ημέρα για την έγκυο

2,5μg/ημέρα για την θηλάζουσα μητέρα

Καταστρέφεται από το φως, τα όξινα και αλκαλικά διαλύματα.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Ε (Τοκοφερόλη)

Οι πλουσιότερες πηγές της είναι το λάδι, οι δημητριακοί κρηνοί, και τα αυγά ενώ τα ζωικής προέλευσης λίπη, κρέας, φρούτα και λαχανικά περιέχουν μικρές ποσότητες.

Είναι σταθερή σε θερμοκρασία και βοηθά στο σχηματισμό και τη συντήρηση των μυικών ιστών.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Κ

Είναι απαραίτητη για την πήξη του αίματος. Είναι πολύ διαδεδομένη στα λαχανικά, αλλά και η κλωρίδα του εντέρου μπορεί να βιοσυνθέσει τη Βιταμίνη Κ. Καταστρεφεται από οξέα και αλκάλια. Είναι σταθερή σε θερμότητα, φως και ξηρασία.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΟΥΣ

- | | | |
|--------------------------|----|--|
| Βιταμίνη Α | -> | αλλοιώσεις επιθηλιακών κυττάρων
ξηροφθαλμία
δερματικές βλάβες |
| Βιταμίνη Β ₁ | -> | μπέρι - μπέρι |
| Βιταμίνη Β ₂ | -> | γενική αναιμία
δερματίτιδες
φωτοφοβία
μη κανονική θρέψη |
| Βιταμίνη Β ₆ | -> | ανωμαλίες στο μεταβολισμό ορισμένων αμινοξέων |
| Βιταμίνη Β ₁₂ | -> | πόννοι στο στομάχι και στη γλώσσα
δυσπεψία
μετεωρισμός μετά το φαγητό
δύσπνοια και ανησυχία |
| Βιταμίνη C | -> | σκορβούτο
ανορεξία |

- έλλειψη βάρους
 πόνοι στις αρθρώσεις
 αιμοραγία στα ούλα
- Βιταμίνη D -> ραχιτισμός
 μη κανονική ανάπτυξη των οστών
- Βιταμίνη E -> συντελεί στη στείρωση
- Βιταμίνη K -> είναι αντιαιμορραγική
- Βιταμίνη Π -> η έλλειψη της εμποδίζει τη διαπαιρατότητα των τριχοειδών αγγείων

ΑΒΙΤΑΜΙΝΩΣΕΙΣ

Η ελλιπής χορήγηση ή τέλεια έλλειψη βιταμινών οδηγεί σε αβιταμινώσεις. Αβιταμινώσεις που οφείλονται στη διατροφή είναι σπάνιες στις βιομηχανικές χώρες, λόγω της επαρκούς διατροφής με μικτή τροφή που εγγυάται την πλήρη κάλυψη με βιταμίνες (οι συνθήκες σε πολλές χώρες του τρίτου κόσμου είναι διαφορετικές).

Οι σπουδαιότερες, από κλινική άποψη, αιτίες αβιταμινώσεων είναι οι διαταραχές της απορροφήσεως (κυρίως για λιποδιαλυτές βιταμίνες), οι διαταραχές της κλωρίδας του εντέρου, καθώς η χορήγηση για θεραπευτικούς σκοπούς, υπερβολικών δόσεων ανταγωνιστών των βιταμινών.

ΥΠΕΡΒΙΤΑΜΙΝΩΣΕΙΣ

ΒΙΤΑΜΙΝΗ Α

Η φυσιολογική κατάσταση του οργανισμού δεν επηρεάζεται μόνο από την έλλειψη των βιταμινών, αλλά και από την υπερβολική λήψη τους.

Έτσι, η μεγάλη πρόσληψη βιταμίνης Α, πέρα από το φυσιολογικό

προκαλεί: κεφαλαλγία, εμμέτους, απολέπιση δέρματος, ανορεξία, διόγκωση μακρών οστών, κίρρωση.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ D

Η μεγάλη πρόσληψη βιταμίνης D προκαλεί: υπερασβεστιαϊμία, νεφρολιθίαση, μειωμένη νεφρική λειτουργία.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ K

Σε ψηλές δόσεις προκαλεί ίκτερο.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ C (Ασκορβικό οξύ)

Σε ψηλές δόσεις προκαλεί υπεραξαιουρία.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ* ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Βιταμίνες	Κλινικά συμπτώματα
Ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C)	Στα αρχικά στάδια: γενική αδυναμία, ατονία, γρήγορη κόπωση, υπνηλία, ζαλάδες. Τα συμπτώματα αυτά παρατηρούνται συνήθως την άνοιξη. Αργότερα μελανιάζουν τα χείλη, τα αυτιά, η μύτη και τα νύχια, πρήζονται και αιμορραγούν τα ούλα, το στόμα μυρίζει άσχημα, τα δόντια κουνιούνται και πέφτουν. Η ακραία περίπτωση αβιταμίνωσης C - το σκορβούτο - απαντάται σπάνια. Εμφανίζεται εξάνθημα με έντονο κόκκινο χρώμα στην αρχή, ενώ αργότερα το χρώμα γίνεται μπλε-μαύρο. Εκδηλώνονται αιμορραγία και διαταραχές στην λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα. Παρατηρείται μείωση της αντίστασης του οργανισμού σε διάφορες λοιμώδης νόσους.

<p>Μικοτινικό οξύ (βιταμίνη PP)</p>	<p>Αβιταμίνωση PP - πελάγρα: ερεθιστικότητα, αϋνίες, κατάθλιψη. Ξηρότητα και ωχρότητα των χειλιών, γλώσσα έντονα κόκκινη, με επίχρισμα και πρήξιμο. Ευκοιλιότητα χωρίς βλέννες και αίμα. Μυϊκοί πόνοι. Την άνοιξη και το καλοκαίρι εμφανίζονται στο δέρμα ροζ στίγματα που μεγαλώνουν γρήγορα. Τα προσβλημένα τμήματα του δέρματος διογκώνονται, το δέρμα γίνεται φαιοκάστανο, απολεπίζεται.</p>
<p>Πυριδοξίνη (βιταμίνη B₆)</p>	<p>Σε κανονικές συνθήκες, η αβιταμίνωση B₆ δεν παρατηρείται στους ανθρώπους. Στις έγκυες, στα αρχικά κυρίως στάδια τοξίνωσης παρατηρείται: αυξημένη ερεθιστικότητα, ανορεξία, τάση για εμετό, γαστρεντερικές διαταραχές, φλεγμονώδη συμπτώματα στο βλεννογόνο του στόματος και στο δέρμα. Επίσης παρατηρείται καθυστέρηση στην ανάπτυξη των βρεφών που τρέφονται κυρίως με μίγματα ξηρού γάλακτος.</p>
<p>Ρητινόλη (βιταμίνη A)</p>	<p>Πρώτο σύμπτωμα της έλλειψης βιταμίνης A: καθυστέρηση προσαρμογής στο σκοτάδι, ημεραλωπία, φωτοφοβία. Επίσης παρατηρείται ωχρότητα και ξηρότητα δέρματος, απολέπιση, μπιμπίκια, διάθεση προς πυορραγικές παθήσεις του δέρματος, μαλλιά ξηρά και θαμπά, φλεγμονή στο βλεννογόνο των βλεφαρίδων.</p>
<p>Ριβοφλαβίνη (βιταμίνη B₂)</p>	<p>Παρατηρείται ανορεξία, απώλεια βάρους, κατάρπωση, μυϊκή ατονία. Στο βλεννογόνο των χειλιών εμφανίζονται λεπτές ρωγμές σκεπασμένες με κίτρινη εσχάρα. το δέρμα ξεφλουδίζει, εμφανίζονται οδυνηρά έλκη στην άκρη του στόματος. Τα μάτια τρούζουν και δακρύζουν.</p>

Θεταμίνη (βιταμίνη B ₁)	Σταδιακή απώλεια της όρεξης, διαταραχή της πέψης, τάση για έμετο, δυσκοιλιότητα, ταχεία απώλεια βάρους, μυϊκή ατονία, ανερεθιστικότητα των κάτω άκρων, ζαλάδες. Η κίνηση προκαλεί ταχυκαρδία και δύσπνοια. Επέρχεται ταχεία κόπωση. Η αβιταμίνωση B ₁ - μίερί-μύερί - ποκαλεί παράλυση των κάτω άκρων και μυϊκή εξάντληση.
Χολεκαλσιφερόλη (βιταμίνη D)	Στα παιδιά παρατηρείται: αυξημένη ερεθιστικότητα, γενική αδυναμία, εξίδρωση, ωχρότητα, καθυστέρηση οδοντοφυΐας, ευαισθησία στα κρυολογήματα. Στους ενήλικες παρατηρείται: ατονία, αυξημένη κόπωση, μαυρίζει και καταστρέφεται το σμάλτο των δοντιών, θρυμματίζονται τα δόντια, πόνοι στα οστά της λεκάνης και στους μύες.

Η έλλειψη των άλλων βιταμινών απαντάται σπάνια.

ΠΗΓΕΣ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ

ΠΗΓΕΣ B ₁	ΠΗΓΕΣ B ₁	ΠΗΓΕΣ B ₂	ΠΗΓΕΣ B ₃	ΠΗΓΕΣ B ₅
Μουρουνέλαιο	Μαγιά μύρας	Συκώτι	Συκώτι	Βασ. πολτός
Συκώτι αρνού	Βασ. πολτός	Βασ. πολτός	Σολωμός	Μαγιά μύρας
" μωσαρίσιο	Χοιρινό κρέας	Σουσάμι	Ψάρι, τόνος	Ρύζι αγάλ.
Ραδίκια	Σιτάρι	Μαγιά μύρας	Ξιφίας	Ηλιόσποροι
Καρότα	Χαρούπια	Κριθάρι	Γαλοπούλα	Σόγια
Κάρδαμο	Σουσάμι	Τυριά, γάλα	Κουνέλι	Καλαμπόκι
Γλυκοπατάτα	Φουντούκια	Μανιτάρια	Μαγιά μύρας	Φακές
Μαϊντανός	Φακές	Κρέας βοδινό	Κοτόπουλο	Κρόκος αυγού
Σπανάκι	Αρακάς	Ηλιόσποροι	Πίτουρα σιτ.	Αρακάς
Κόκ. πιπεριές	Καρυδία	Κρέας αρνήσιο	Ηλιόσποροι	Σιτάρι
Αντίδια	Σόγια	Αμύγδαλα	Σαρδέλες	Σίκαλη
Βούτυρο	Ρεβύθια	Κάρδαμο	Σουσάμι	Ρεβύθια
Βερύκοκα	Κριθάρι	Μαϊντανός	Φυστίκια αρ.	Αβοκάντο
Μπρόκολο	Φυστίκια Αιγ.	Φακιές	Μανιτάρια	Μανιτάρια
Καβούρι	Σπαράγγια	Σιτάρι πλήρες	Αμύγδαλα	Κοτόπουλο
Ξιφίας	Σίκαλη	Σαρδέλες	Γαρίδες	Σαρδέλες
Νεκταρίνια	Μπιζέλια	Ξερά δαμάσκηνα	Αρακάς	Γαλοπούλα
Ροδάκινα	Φασόλια	Σπαράγγια	Στρείδια	Καρυδία

Τυριά	Σινάπια	Κοτόπουλο	Χαρούπια	Γλυκοπατατές
2 αυγά	Σταφίδες	Σπανάκι	Φακές, ρεβύθια	Αρνί, μοσχάρι
Ντομάτες	Καλαμπόκι	Σόγια	Πατάτες	Χοιρινό
Σπαράγγια		Ρεβύθια	Σιτάρι, Σόγια	Πατάτες
Αρακάς		Χαρούπια	Μπιζέλια	Κριθάρι
Καρπούζι		Αβοκάντο	Φασόλια	Τυρί
Μπάμιες		Καλαμπόκι	Φράουλες	Αμύγδαλα
Γρέιπ-φρουτ		Σίκαλη	Σπανάκι	Φασόλια
Μαρούλι		Φασόλια	Σταφίδες	Γαρίδες
Ξερά βαμάσκηνα				Γάλα
				Λαχανικά
				Μπρόκολο

ΠΗΓΕΣ Β₂	ΠΗΓΕΣ ΒΙΟΤΙΝΗΣ	ΠΗΓΕΣ ΦΟΛΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ	ΠΗΓΕΣ ΧΟΛΙΝΗΣ
Μαγιά μύρος	Σίκαλη	Μαγιά μύρος	Κρόκος αυγού
Ρύζι	Βασ. πολτός	Ρεβύθια	Ρεβύθια
Σιτάρι	Μαγιά μύρος	Αντίδια	Φακές
Βασ. πολτός	Σόγια	Αβοκάντο	Ρύζι
Σόγια	Συκώτι	Αρακάς, φακές	Συκώτι
Φακές	Βούτυρο	Αυγά	Σιτάρι
Ηλιόσποροι	Ηλιόσποροι	Χουριάδες	Φασολάκια
Σολωμός	Ρύζι	Λάχανο	Αρακάς
Καρύδια	Κρόκος αυγού	Φυστίκια αράπικα	Λάχανο
Κοτόπουλο	Αρακάς	Φουντούκια	Σπανάκι
Μπιζέλια	Φακές	Γκρέιπ-φρουτ	Μαγιά μύρος
Συκώτι	Καρύδια	Μπανάνα	Ηλιόσποροι
Αβοκάντο	Ρεβύθια	Σταφίδες	Φύτρα σπόρων
Χαρούπια	Κριθάρι	Μαρούλι, κρεμμύδια	Κριθάρι
Γαρίδες	Στάρι	Ραπανάκια	Χοιρινό κρέας
Μπανάνες	Σαρδέλες	Πιπεριά	Αρνίσιο κρέας
Γαλοπούλα	Καλαμπόκι	Σίκαλη, Σέλινο	Λιναρόσποροι
Σπανάκι, αρνί	Αμύγδαλα	Πεπόνια, μανταρίνια	Πατάτες
Καλαμπόκι	Φασόλια	Χυμός λεμονιού	Λαχανικά
Πιπεριές	Κουνουπίδι	Αγγούρι	Καρότα
Κάρδαμο	Μανιτάρια	Σύκα	Καλαμπόκι
Κριθάρι	Κυταρίνη	Ντομάτες	Λαχούρι
Πατάτες		Πορτοκάλια	Τυρί
Σαρδέλλες		Σταφύλια	Φρούτα
Σταφίδες		Βατόμουρα	

Φρουτούκια
Αρακάς
Λαχανικά
Γάλα
Βατόμουρα
Πλήρες ψωμί

ΠΗΓΕΣ Β₁₂

Γάλα
Συκώτι
Σαρδέλλες
Μύδια
Σκουμπρί
Καλαμάρια
Σολωμός
Αρνί
Χταπόδι
Ελβετικό τυρί
Αυγά
Μπακαλιάρος
Ειφίιας
Μοσχάρι
Αστακός

ΠΗΓΕΣ ΒC

Σταφίδες άσπρες
Μαϊντανός
Πράσινες πιπεριές
Σινάπια
Γκρέιπ-φρουτ
Φράουλες
Κουνουπίδι
Πορτοκάλια
Λεμόνια
Λάχανο, Συκώτι
Μανταρίνια
Σπανάκι
Σπαράγγια
Αρακάς, ραβίκια
Βατόμουρα
Ραπανάκια
Ντομάτες
Γλυκοπατάτες
Πατάτες, μπάμιες
Σόγια, Ανανάς
Πράσα
Αβοκάντο
Αγγούρια
Νεκταρίνια
Μπιανάνες
Αντίδια
Κολοκύθια, καρότα
Μαρούλι
Μήλα, Αχλάδια
Σταφύλια κ.λ.π.

Φράουλες
Δαμάσκηνα
Αρνί ψητό
Κοτόπουλο ψητό
Βερύκοκα
Αχλάδια.

ΠΗΓΕΣ Β₉

Μουρουνόλαδο
Σαρδέλλες
Σολωμός
Τόνος (ψάρι)
Μύδια
Γαρίδες
Ηλιόσποροι
Αυγά
Βούτυρο
Συκώτι
Φέτα
Παστεριωμένο γάλα
Αγελαδινό γάλα
Κατεργασμένα τυριά

ΠΗΓΕΣ Β₂

Ηλιόσποροι
Σουσαμέλαιο
Καρύδια
Καλαμποκέλαιο
Ελαιόλαδο
Φουντούκια
Φυστίκια
Λεκιθίνη Σβγίας
Βατόμουρα
Σπόρος Σταριού
Σπανάκι
Σπαράγγια
Αμύγδαλα
Αρακάς
Αντίδια, μπράκολο
Βούτυρο
Καλαμπόκι
Αβοκάντο
Ρύζι
Καρύδια
Κάρδαμο
Σταφύλια, μήλα
Συκώτι
Μαρούλια
Καρότα
Βερύκοκα
Κοτόπουλο
Φασόλια

Συνιστώμενες ημερήσιες απαιτούμενες διαιτητικές ποσότητες

ΛΙΠΟΔΙΑΛΥΤΕΣ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ KG	ΑΝΑΣΤΗΜΑ cm	ΕΝΕΡΓΕΙΑ Kcal	ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ	B ₁	B ₇	B ₁₂
ΑΝΔΡΕΣ							
19 - 22	70	177	2900	56	1000	7,5	10
23 - 50	70	178	2700	56	1000	5	10
51 +	70	178	2400	56	1000	5	10
ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
19 - 22	55	163	2100	44	800	7,5	8
23 - 50	55	163	2000	44	800	5	8
50 +	55	163	1800	44	800	5	8

ΥΔΡΟΔΙΑΛΥΤΕΣ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ (συνέχεια)

Αραβικό οξύ	Θεαμίνη	Ριβοφλαβίνη	Νιασίνη	B ₅	B ₁₂	Φολασίνη
ΑΝΔΡΕΣ						
60	1,5	1,7	19	2,2	400	3,0
60	1,4	1,6	18	2,2	400	3,0
60	1,2	1,4	16	2,2,	400	3,0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ						
60	1,1	1,5	14	2,0	400	3,0
60	1,0	1,2	13	2,0	400	3,0
60	1,0	1,2	13	2,0	400	3,0

ΕΝΕΡΓΕΙΑ

Κάθε ζωντανός οργανισμός δέχεται από το εξωτερικό περιβάλλον με τις τροφές διάφορες θρεπτικές ουσίες, οι οποίες περικλείουν ενέργεια η οποία μετατρέπεται μέσα στα κύτταρα σε:

1. Χημική ενέργεια για τη σύνθεση νέων ουσιών
2. Μηχανική ενέργεια για τη συστολή των μυών
3. Θερμική ενέργεια για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος
4. Ηλεκτρική ενέργεια για τη διέγερση των νεύρων του εγκεφάλου
5. Ωσμωτική ενέργεια
6. Άλλες μορφές ενέργειας

Ο βασικός μεταβολισμός τώρα, εξαρτάται από τη σύνθεση του ανθρώπινου σώματος, δηλαδή από το ποσοστό ιστών χωρίς λίπος και

το ποσοστό λίπους.

Σε παχύσαρκα άτομα που έχουν πάνω από 20% λίπους στον οργανισμό ο βασικός μεταβολισμός ανά χιλιόγραμμο βάρους πρέπει να μειωθεί κατά 10% περίπου.

Για τον ίδιο λόγο ο βασικός μεταβολισμός των γυναικών είναι μικρότερος από το βασικό μεταβολισμό των ανδρών για το ίδιο βάρος σώματος (0,95 Kcal/kg/ώρα).

Ετσι για άνδρες: $BM = 2.97 B^0.75 (1+0.01 (Y - 43 . 4))$

για γυναίκες: $BM = 2.74 B^0.75 (1+0.018 (Y - 42 . 1))$

όπου BM ο βασικός μεταβολισμός σε kcal/ώρα, B το βάρος σώματος σε kg και $Y = A/B^{6.33}$ όπου a το αναστήμα σε εκατοστόμετρα.

Το ισοζύγιο ενέργειας ενός ατόμου εκτιμάται από το βάρος σώματος. Η έννοια του ιδεώδους βάρους του σώματος δεν ορίζεται με ακρίβεια, αλλά μακροχρόνιες στατιστικές που προέρχονται κυρίως από τις ασφαλιστικές εταιρείες της Αμερικής έχουν αποδείξει ότι υπάρχει ένα ορισμένο βάρος του σώματος που συνδέεται με τη μικρότερη δυνατόν θνησιμότητα.

Η κατανάλωση ενέργειας στις δραστηριότητες ελαφράς έντασης είναι : 0,3 - 1,4 kcal/ώρα/kg.

για τις εργασίες μέτριας έντασης είναι: 1,5 - 2,9 kcal/ώρα/kg

για τις εργασίες βαρείας έντασης είναι: 3 - 4,9 kcal/ώρα/kg

για τις εργασίες εξαιρετικής έντασης είναι > 5 kcal/ώρα/kg

Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις ενεργειακές ανάγκες είναι η ηλικία, το κλίμα, οι φυσιολογικές καταστάσεις (εγκυμοσύνη, γαλουχία).

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Οι υδατάνθρακες των τροφών είναι μονοσακχαρίτες (γλυκοζη, φρουκτόζη) δισακχαρίτες (κολαμοσάκχαρο ή κοινή ζάχαρη ή λακτιτόζη),

πολυσακχαρίτες (άμυλο, γλυκογόνο).

Αποτελούν την κυρία πηγή ενέργειας του ανθρώπου στην Ελλάδα (50 - 70% της ολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας προέρχονται συνήθως από τους υδατάνθρακες της διατροφής). Το ελάχιστο ημερήσιο ποσό υδατανθράκων που πρέπει απαραίτητα να λαμβάνει ο άνθρωπος τοποθετείται γύρω στα 40 gr.

Η υγειονομική σημασία αυτών έχει δύο σκέλη:

- α. Την επίδρασή τους στην εμφάνιση αρτηριακής αθηρωμάτωσης και
- β. στην επίδρασή τους στην εμφάνιση της τερηδόνας των δοντιών.

Όσον αφορά το πρώτο, οι επιδημιολογικές έρευνες τείνουν να αποδείξουν ότι οι πληθυσμοί που καταναλίσκουν μεγάλες ποσότητες σακχαρώζης έχουν και μεγαλύτερη συχνότητα αθηρωμάτωσης.

Άλλες επιδημιολογικές έρευνες τείνουν να αποδείξουν ότι διατροφή πλούσια σε αβρές ίνες μειώνει την επίπτωση των εκκολημάτων του παχέως εντέρου, της σκοληκοειδίτιδας και των αιμορροειδών δια της μείωσης της ενδοκοιλιακής πίεσης. Όσον αφορά για την επίδραση των υδατανθράκων επί της τερηδόνας των δοντιών, ο μηχανισμός επίδρασης δεν είναι απόλυτα γνωστός, φαίνεται όμως ότι οι υδατάνθρακες υφίστανται στην επιφάνεια των δοντιών ζύμωση που δημιουργεί οξέα τα οποία διαλύουν την αδμαντινή ουσία.

ΛΙΠΗ

Έχουν ιδιαίτερη σημασία γιατί έχουν μεγάλη θερμοδυναμική αξία, μερικά λίπη είναι φορείς βιταμινών και γιατί αυτά σχηματίζουν στον οργανισμό μαλακά στρώματα που προστατεύουν διάφορα ευγενή όργανα, όπως νεφρά, σπλάχνα, κοιλίας κ.τ.λ.

Η κατανάλωση λιπών τείνει να αυξηθεί προοδευτικά και περισσότερο λόγω της τάσης της ανθρώπινης διατροφής προς τις τροφές ζωικής προέλευσης.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η κατανάλωση λιπιδίων συνδέεται στενά με τη παχυσαρκία, γιατί τα λιπίδια είναι συμπυκνωμένα ενεργείας υλικό εφ' όσον 1gr δίνει διπλάσια περίπου ενέργεια από τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες.

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Είναι απαραίτητες γιατί χρησιμεύουν τόσο για την κατασκευή νέων ιστών, όσο και για την αντικατάσταση των φθειρόμενων κυττάρων. Εκτός αυτής της αποστολής τους όμως είναι ακόμη απαραίτητες για την σύνθεση μερικών συστατικών του αίματος, ενζύμων, αντισωμάτων κ.ο.κ.

Τα λευκώματα των τροφών διακρίνονται σε ζωικά και φυτικά.

Αυτά που παίρνει ο άνθρωπος με τις τροφές δεν μπορεί να τα χρησιμοποιήσει αυτούσια, αλλά με την πέψη τα διασπά σε χημικά απλούστερες ουσίες, τα αμινοξέα που με την κυκλοφορία του αίματος φθάνουν στους διάφορους ιστούς. Οι μύες του σώματος αποτελούνται από 75% νερό και κατά 25% στέρεες ουσίες από τις οποίες το 80% είναι λευκώματα. Οι ενήλικοι όταν δεν εργάζονται χρειάζονται 1gr λευκώμα στο 24ωρο για κάθε κιλό βάρους σώματος και όταν εργάζονται χρειάζονται 1,7 gr/kg.

Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι ο άνθρωπος τρέφεται με τη λήψη γευμάτων και όχι μεμονωμένων τροφών. Παίρνει επομένως μείγματα πρωτεϊνών.

Η ανεπάρκεια των πρωτεϊνών τώρα, πλήττει τα 2/3 του πληθυσμού της γης, κυρίως στον τρίτο κόσμο. Στην Ελλάδα σε πολλές περιοχές 29% μόνο των πρωτεϊνών είναι ζωικής προέλευσης ενώ αντίθετα στη Γαλλία είναι 66% και 57% στην Δ. Γερμανία, έτσι στη χώρα μας η βιολογική αξία των πρωτεϊνών που καταναλώνονται είναι μικρότερη σε σχέση με άλλες χώρες.

Πίνακας 1

Συμπτώματα και εκδηλώσεις διαιτητικών ελλειμμάτων

Είδος τροφής	Ποθήρες και συμπτώματα από την έλλειψή τους	Εργαστηριακά ευρήματα
Υδωρ	Δίψα, μειωμένη ιστική σπαργή, ξηρότητα βλεννογόνων, αγγειακό collapse, επηρεασμός νοητικών λειτουργιών	Ηλεκτρολύτες ορού, ωσμωτική πίεση, ολική ποσότητα ύδατος σώματος.
Πρωτεΐνες	Ψυχοκινητικές διαταραχές, διαταραχές χρώματος τριχών που είναι αραιές και σπάνε εύκολα, κοκκώδης αποχρωματισμός δέρματος. Οίδημα, απώλεια μυϊκής μάζας, ηπατομεγαλία, ανάπτυξη.	MAMA, λευκοματίνη ορού, τρανσαμινάση δεσμευτική της ρετινόλης πρωτεΐνη, αναιμία, κρεατινίνη/ύψος, μη απαραίτητα/απαραίτητα αμινοξέα ορού, ουρία ούρων/κρεατινίνη.
Θερμίδες (ενέργεια)	Αδυναμία και μειωμένη φυσική δραστηριότητα, απώλεια υποδόριου λίπου, μείωση μυϊκής μάζας, βραδυκαρδία.	Απώλεια βάρους, MAFB, MAMA, κρεατινίνη/ύψος, BMR.
Λινολεϊκό οξύ	Ξηρότητα δέρματος, επιπεφυκώτων, απολέπιση, πάχυνση δέρματος	Σχέση τριενικών προς τετραενικά λιπαρά οξέα ορού.
Βιταμίνη Α	Ξηρότητα οφθαλμών και δέρματος, ξηροφθαλμία, κηλίδες Bitot, θυλακώδες υπέρκεράτωση	Βιταμίνη Α πλάσματος, χρόνος προσαρμογής στο σκοτάδι.
Βιταμίνη D	Ραχίτιδα και αναστολή της αναπτύξεως στα παιδιά, οστεομαλακία στους ενήλικες.	Αλκαλική φωσφατάση ορού, 25-υδροξυκαλκοσιφερόλη πλάσματος, Ca^{2+} και P ορού.
Βιταμίνη Ε	Αναιμία	α-Τοκοφερόλη πλάσματος, αιμόλυση ερυθρών σε αραιό H_2O_2 .
Βιταμίνη Κ	Αιμορραγική διάθεση	Χρόνος προθρομβίνης

Βιταμίνη C (ασκορβικό οξύ)	Σκορβούτο, πετέχειες, εκχυμώσεις, περιθυλακικές αιμορραγίες σπγγώδη και αιμορραγούντα ούλα (ή απώπωση δοντιών).	Ασκορβικό οξύ πλάσματος, αιμοπετάλια, ολική ποσότητα αίματος και λευκά αιμοσφαίρια, ασκορβικό οξύ ούρων.
Βιταμίνη B ₁ (θειαμίνη)	Beriberi, μυϊκή ευαισθησία και αδυναμία, μείωση αντανakλαστικών, υπαισθησία, ταχυκαρδία, καρδιομεγαλία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.	Πυροφωφορική θειαμίνη ερυθρών και τρανακετολάση, in vitro δράση της πυροφωφορικής θειαμίνης, θειαμίνη ούρων, επίπεδα πυροσταφυλικού και ακετογλουταρικού στο πλάσμα.
Βιταμίνη B ₂ (ριβοφλαβίνη)	Γωνιακή στοματίτιδα, χειλιτίδα, επίπεδη γλώσσα, ατροφία θηλών γλώσσας, αγγείωση κερατοειδούς, γωνιακή βλεφαρίτιδα, διαταραχές εκκρίσεως σμίγματος, δερμάτωση οσχέου (αιδίου).	EGR Δραστικότητα και in vitro EGR στο δινουκλεοτιδιο αβενινο φλαβίνης δραστικότητα της φωφορικής πυριδοζάλης οξειδάσης και in vitro επίδραση ριβοφλαβίνης, ριβοφλαβίνη ούρων.
Νιασίνη	Πελάγρα, πορφυρή και τραχιά γλώσσα, ατροφία θηλών γλώσσας, σκισμές γλώσσας, νοητικές διαταραχές, πελαγροειδής δερμάτωση, διάρροια.	N ¹ -μεθυλοκοτιναμίδη ούρων, σχέση 2-πυριδόνη/N ¹ μεθυλοκοτιναμίδη, ούρων.
Πυριδοξίνη (βιταμίνη B ₆)	ΡΙνοχειλική σμηγματόρροια, γλωσσίτιδα, νεφρολιθίαση, περιφερική νευροπάθεια, μυϊκά τικ, σπασμοί, μικροκυτταρική αναιμία.	Δραστητικότητα EGOF και in vitro επίδραση της φωφορικής πυριδοξίνης στην δραστικότητα της EGOF, δοκιμασία φορτίσεως με τρυπτοφάνη (αποβολή ξανθουρενικού και κινολινικού οξέος στα ούρα) έκκριση βιταμίνης B ₆ στα ούρα.

Φολασίνη	Ωχρότητα, γλωσσίτιδα, στοματίτιδας, διάρροια, αναιμία.	Πυκνότητα φυλλικού στον ορό και στα ερυθρά αιμοσφαίρια, αποβολή φουρμιμινογλουταμινικού οξέος, μετά από φόρτιση με ισοτιδίνη, μακροκυτταρική αναιμία, πολυμορφοκυρηνική λευκοκυττάρωση με υπερκαταστημένα λευκά, μεγαλοβλαστικός μυελός των οστών.
Βιταμίνη B ₁₂	Ωχρότητα, μικρού βαθμού ίκτερος, ανορεξία, διάρροια, παραισθησία, αταξία, οπτική νευρίτιδα νοητικές διαταραχές.	Βιταμίνη B ₁₂ ορού, μορφολογικές διαταραχές περιφερικού αίματος και του μυελού των οστών.
Βιοτίνη	Κόπωση, κατάθλιψη, ναυτία, δερματίτιδα, μυαλγίες.	Βιοτίνη ούρων, ολική βιοτίνη αίματος.
Παντοθενικό οξύ	Κόπωση, διαταραχές ύπνου, μειωμένη ενέργεια, ναυτία.	Ακτινολογική οστεοπενία, Ca ² ορού.
Φωσφόρος	Αδυναμία, οστεομαλακία, φαγοκυττάρωση, καρδιακή λειτουργία, νευρολογικά σύνδρομα.	Ακτινολογική οστεοπενία, P ορού.
Μαγνήσιο	Αναστολή αναπτύξεως, διαταραχές συμπεριφοράς, αδυναμία, τρόμος, τετανία, σπασμοί, καρδιακές αρρυθμίες.	Μαγνήσιο ορού, ούρων και ερυθρών αιμοσφαιρίων.
Σίδηρος	Ωχρότητα, αδυναμία, μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις, γωνιακή στοματίτιδα, ατροφία θηλών γλώσσας, κοιλονυχία	Σίδηρος ορού και μυελού φερριτίνη ορού, μικροκυτταρική υπόχρωμη αναιμία.
Ιώδιο	Βρογχοκήλη, συμπτώματα υποθυρεοειδισμού.	TSH, T ₄ και T ₃ , Ιώδιο ούρων 24ώρου, πρόσληψη RAI.

Ψευδάργυρος	Ψωριακό εξάνθημα, απολεπιστικό έκζεμα, αναστολή, αναπτυξιακή, υπογοναδισμός, καθυστέρηση εφηβείας, καυστέρηση τραυμάτων, υπογευσία, φωτοβοβία.	Ψευδάργυρος πλάσματος και ούρων 24ώρου.
Χαλκός	Ωχρότητα	Ουδετεροπενία, υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, υποσιδηραιμία, οστεοπενία, χαλκός πλάσματος και ούρων, σερουλοπλασμίνη.
Φθόριο	Αυξημένη συχνότητα καταστροφής δοντιών.	
Χρώμιο	Μειωμένη ανοχή γλυκόζης	Χρώμιο ορού και ούρων
Σελήνιο	Καρδιομυοπάθεια, μυαλγίες	Σελήνιο πλάσματος και ερυθρών αιμοσφαιρίων, δραστηριότητα της υπεροξειδάσης της γλουταθειόνης.
Νάτριο	Μυϊκή αδυναμία και κράμπες, σύγχυση, απάθεια, υπόταση, ολιγουρία.	Na ⁺ ορού, ουρία/κρεατινίνη
Κάλιο	Ατονία, πολυουρία, ειλεός, μυϊκή αδυναμία	K ⁺ ορού και ούρων, ⁴⁰ K σώματος παθολογικό ΗΚΓ.
Χλώριο	Μυϊκές κράμπες, απάθεια, ανορεξία, αλκάλωση	Cl ⁻ ορού.

Πίνακας 2

Σύνδρομα που μπορούν να προκληθούν από υπερβολική πρόσληψη ή απορρόφηση διατροφικών στοιχείων κατά τη χορήγηση από το στόμα χορήγηση ή την έγχυση υπερβολικών ποσοτήτων κατά την παρεντερική χορήγηση.

Συστατικό	Εκδηλώσεις υπερπροσλήψεως
Υδρών	Οίδημα, κεφαλαλγία, ναυτία, υπέρταση
Θερμίδες	Παχυσαρκία
Πρωτεΐνες	Επιδείνωση των εγγενών διαταραχών του καταβολισμού αμινοξέων ή παθήσεις αθροίσεως αζώτου.
Λίπος	Σε προδιατεθειμέν άτομα, υπερλιπαιμία
Βιταμίνη Α	Κεφαλαλγία, έμετοι, απολέπιση δέρματος, ανορεξία, διόγκωση μακρών οστών, κίρρωση
Βιταμίνη D	Υπερασβεστιαϊμία, νεφρολιθίαση, μειωμένη νεφρική λειτουργία
Βιταμίνη Κ	Σε ψηλές δόσεις προκαλεί ίκτερο
Ασκορβικό οξύ - Βιταμίνη C	Υπεροξαλουρία
Ασβέστιο	Υπερασβεστιαϊμία, νοητικές διαταραχές, νεφρική δυσλειτουργία
Μαγνήσιο	Διάρροια
Σίδηρος	Αιμοσιδήρωση, αιμοχρωμάτωση
Ψευδάργυρος	Πυρετός, ναυτία, έμετος, διάρροια
Ιώδιο	καταστολή της λειτουργίας του θυρεοειδούς, βρογχοκήλη σπάνια, υπερθυρεοειδισμός
Χαλκός	Νόσος του Wilson, έμετοι
Μαγγάνιο	Γενικευμένη πάθηση του νευρικού συστήματος
Φθόριο	Ανωμαλίες δοντιών, συμπαγέστερα οστά, νευρολογικές διαταραχές
Χλωριούχο νάτριο	Υπέρταση, οίδημα, καρδιακή ανεπάρκεια
Κάλιο	Μυϊκή αδυναμία, αρρυθμία, θάνατος

ΤΟ ΝΕΡΟ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Το νερό είναι το πιο σπουδαίο από τα ανόργανα συστατικά του οργανισμού μας, επομένως είναι απαραίτητο θρεπτικό στοιχείο άνευ του οποίου η ζωή είναι αδύνατος. Το νερό είναι το "αναγκαίο υπόστρωμα" για κάθε ζωή.

Πώς θα ήταν δυνατόν χωρίς νερό τα φυτά να προλάβουν τις θρεπτικές ουσίες από το έδαφος, ή πώς θα μεταφέρονταν τα διάφορα θρεπτικά στοιχεία στα διάφορα σημεία του οργανισμού, χωρίς νερό, δηλαδή, χωρίς κυκλοφορία.

Η ζωή σε κάθε της εκδήλωση φυσική ή χημική έχει ανάγκη νερού. Κατά την έκφραση του Hope Seyler "όλοι οι οργανισμοί ζουν εντός ύδατος και μάλιστα ρέοντος".

Η ολική ποσότητα του νερού του σώματος (ΟΠΝ) είναι το επί τοις εκατό του βάρους του σώματος ενός ατόμου, βάρος του νερού του. Η εκατοστιαία αυτή αναλογία εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο και την ποσότητα του λίπους του οργανισμού. Επειδή ο λιπώδης ιστός είναι ελεύθερος νερού, όσο πιο αδύνατο είναι το άτομο, τόσο η αναλογία της ολικής ποσότητας νερού (ΟΠΝ) προς το βάρος του σώματος θα είναι μεγαλύτερη. Γενικά η ολική ποσότητα νερού (ΟΠΝ) αποτελεί το 75% ως 80% του βάρους των παιδιών, 55 - 60% του βάρους των ενηλίκων και το 45% ως 50% του βάρους των υπερηλίκων.

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται κατά τα 2/3 (63% περίπου) από νερό. Το αίμα αποτελείται κατά 78% από νερό, το πρωτόπλασμα των κυττάρων περιέχει κι αυτό νερό, καθώς επίσης και τα οστά περιέχουν νερό κατά 27%.

Το νερό κατανέμεται σε δύο κύρια θφισμερίσματα. Μέσα στο κύτταρο (ενδοκύτταριο) και έξω από το κύτταρο (εξωκύτταριο).

Το ενδοκύτταριο υγρό αποτελεί το 40% του βάρους του σώματος του ενήλικα. Από το υπόλοιπο 20% και 15% του βάρους είναι

διαμεσοκυττάριο και το 5% πλάσμα. Από το διαμεσοκυττάριο το 10% του κατ' όγκο είναι διακυττάριο.

Το εξωκυττάριο υγρό μοιράζεται σε διάφορα διαμερίσματα, τα πιο μεγάλα από τα οποία είναι ο διαμεσοκυττάριος και ο ενδαγγειακός χώρος. Το νερό του διαμεσοκυττάριου χώρου είναι το εξωκυττάριο περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί το κύτταρο.

Το διαμεσοκυττάριο υγρό και το πλάσμα βρίσκονται σε ισορροπία κατά μήκος του τοιχώματος των τριχοειδών. Υπάρχουν τρία επιπλέον μικρότερα διαμερίσματα μέσα στα οποία κατανέμεται το εξωκυττάριο νερό:

- α) το νερό που βρίσκεται στον πυκνό συνδετικό ιστό, όπως οι χόνδροι και οι τένοντες
- β) το νερό που δεσμεύεται στη μήτρα του οστού και
- γ) το καλούμενο διακυτταρικό νερό που αποτελείται από επιθηλιακές εκκρίσεις, όπως πεπτικά υγρά, ιδρώτας και εγκεφαλονωτιαίο, υπεζωκοτικό, περιτοναϊκό, ενδάθριο και ενδοφθάλμιο υγρό

Η ολική ποσότητα νερού (ΟΠΝ) διατηρείται σταθερή, εφόσον υπάρχει ισοζύγιο ανάμεσα στο προσλαμβανόμενο και το αποβαλλόμενο νερό. Το νερό που χρειάζεται ο οργανισμός καθορίζεται από την ποσότητα που είναι απαραίτητη:

- α) για τη διατήρηση των υγρών του και
- β) για την αναπλήρωση των απωλειών από τους νεφρούς, δέρμα, πνεύμονες και έντερο.

Καθημερινά προσλαμβάνονται κατά μέσο όρο δύο με τρία λίτρα νερού. Σ' αυτό το ποσό συμπεριλαμβάνονται το νερό που πίνουμε, το νερό της τροφής και το νερό οξειδώσεως που αποτελεί το 15% του συνολικού νερού.

Το μεγαλύτερο μέρος του νερού αποβάλλεται από τους νεφρούς

(60%), από τους πνεύμονες (20%), από το δέρμα 15% και από τα κόπρανα 5%.

Η μετακίνηση νερού μεταξύ των διαμερισμάτων του οργανισμού είναι σημαντική. Στο νεφρικό σπείραμα σχηματίζονται καθημερινά 170-175 λίτρα πύουρου. Ο όγκος των εκκρίσεων του στομάχου και του εντέρου είναι 7-8 λίτρα την ημέρα. Και στις δύο περιπτώσεις τα υγρά αυτά επαναρροφώνται σχεδόν εξ ολοκλήρου.

Συνεχής κίνηση νερού γίνεται επίσης μεταξύ του ρητνιακού και του φλεβικού σκέλους των τριχοειδών, επειδή η διαφορά μεταξύ της πίεσης του αίματος και της κολλοειδωμοτικής πίεσης είναι πρώτα θετική και μετά αρνητική.

ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΝΕΡΟΥ

Ισοζύγιο νερού στον οργανισμό διατηρείται με ρύθμιση του προσλαμβανόμενου νερού, από το ερέθισμα της δίψας και της νεφρικής απέκκρισης από την αντιδιουρητική ορμόνη.

Το κέντρο δίψας προκαλεί αίσθημα δίψας όταν το εξωκυτταριο υγρό ελαττωθεί σε όγκο και όταν γίνει υπέρτονο.

Η αντιδιουρητική ορμόνη προάγει την επαναρόφηση νερού στα εσπειραμένα σωληνάρια β' τάξης. Η έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης διεγείρεται από την αύξηση της ωσμωτικής πίεσης των εξωκυτταρίων υγρών.

Ενδεια νερού εξαιτίας μη λήψης παρουσιάζεται πρώτα στο πλάσμα που συνδέεται άμεσα με τις οδούς απέκκρισης. Με τη συμπύκνωση του πλάσματος νερό από το διαμεσοκυτταριο χώρο μετακινείται στον ενδοαγγειακό με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση του διαμεσοκυτταρίου υγρού και μετακίνηση ενδοκυτταρίου νερού στο διαμεσοκυτταριο χώρο. Επομένως, αφού το νερό περνά ελεύθερα όλες τις μεμβράνες, σε περίπτωση στέρησης του, όλα τα διαμερίσματα

παρουσιάζουν ένδεια.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει εξισορρόπηση μεταξύ προσλήψεως και υποβολής νερού προκαλούνται μεταβολές στον όγκο υγρών και συνήθως, στη συγκέντρωση των ηλεκτρολυτών. Με διάφορα ρυθμιστικά κυκλώματα, ο οργανισμός προσπαθεί να επαναφέρει τη φυσιολογική κατάσταση. Τα μεγέθη που υπεισέρχονται είναι ο όγκος του νερού, η πίεση του αίματος και η ωσμωτικότητα.

Η διατήρηση ισοζυγίου στα βρέφη είναι δυσκολότερη από ότι στους ενήλικες. Το μέσο παιδί έχει διαμεσοκυττάριο υγρό ίσο με 25% του βάρους του, ενώ ο ενήλικας 15%. Το υγρό αυτό είναι πολύ δυναμικό και επομένως υπεύθυνο για τις πιο πολλές διεργασίες προσαρμογής, που πρέπει να κάνει ο οργανισμός σε απάντηση προς τις αυξημένες ή ελαττωμένες απαιτήσεις. Το βρέφος ή το μικρό παιδί έχει μεγαλύτερη ποσότητα νερού από τον ενήλικα αναλογικά προς το βάρος του, όμως συμπεριφέρεται με αστάθεια εξαιτίας: α) του υψηλού μεταβολικού ρυθμού του, που προκαλεί ταχύτερη ανταλλαγή των υγρών, β) της αδυναμίας των νεφρών του να συμπυκνώσουν τα ούρα με αποτέλεσμα την αποβολή μεγάλου όγκου και γ) τη σχετικά ψηλή αναλογία νερού στο διαμεσοκυττάριο χώρο όπου η ανταλλαγή γίνεται με μεγάλη ευκολία.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Όταν ο ανθρώπινος οργανισμός στερηθεί για κάποιο χρονικό διάστημα νερό, καταλαμβάνεται από το αίσθημα της δίψας, η οποία αρχίζει με ξηρότητα στόματος και του φάρυγγος, και μεταπίπτει σε γενική δυσφορία.

Η μεγάλη σημασία του νερού, για τον ανθρώπινο οργανισμό, φαίνεται και από το γεγονός ότι ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί ν' αντέξει σε πλοήρη ασιτία για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά δεν

συμβαίνει το ίδιο σε περίπτωση πλήρους στέρησης του νερού.

Ο ενήλικας έχει ανάγκη ημερησίως 2.000 - 3.000 γραμμάρια νερού, από τα οποία πρέπει να προσλαμβάνονται σαν αυτούσιο νερό μόνο περίπου τα 1.800 - 1.900 γραμμάρια, το υπόλοιπο προσλαμβάνεται με τις διάφορες τροφές, παρ' όλα αυτά άλλοτε πίνουμε περισσότερο ή λιγότερο ανάλογα με τις ανάγκες μας.

Προβλήματα στην καλή φυσική κατάσταση του ανθρώπινου οργανισμού δεν προκαλεί μόνο η έλλειψη του νερού, αλλά και η υπερκατανάλωση του, καθώς επίσης και η ακτάλληλες ώρες πρόσληψης του νερού.

Η πρόσληψη νερού κατά την ώρα του φαγητού καθιστά δυσκολότερη την πέψη, εξαιτίας της αραιώσης του γαστρικού υγρού, για αυτό το λόγο θα πρέπει να αποφεύγεται η λήψη νερού κατά την διάρκεια του γεύματος, και ιδίως στα άτομα που επανειλημμένα έχουν παρουσιάσει προβλήματα δυσπεψίας.

Επίσης, άτομα που πάσχουν από κάποιο τύπο αναιμίας ή είναι καρδιοπαθή η υπερκατανάλωση νερού μπορεί να επιφέρει υδραιμία, δυσκολία της κυκλοφορίας και κάματο της καρδιάς.

Αντίθετα, ενδείκνυται μεγάλη λήψη ποσότητας νερού, σε περίπτωση αφυδάτωσης, όπως συμβαίνει κατά την παρατεταμένη διάρροια, γιατί τότε ο οργανισμός χάνει μεγάλη ποσότητα νερού.

ΠΟΣΙΜΟ ΝΕΡΟ

Το νερό δεν είναι πάντα κατάλληλο για ανθρώπινη κατανάλωση. Για να είναι αυτό κατάλληλο για πόση θα πρέπει να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά όσον αφορά τη μακροσκοπική εξέταση του νερού:

1. Να είναι διαυγές, άχρωμο και άοσμο
2. Να έχει ευχάριστη γεύση και να μην είναι ούτε γλυφό, ούτε γλυκό
3. Να διαλύει καλά το σαπούνι, και να βράζει εύκολα τα όσπρια

Το σκληρό νερό, αυτό δηλαδή, που περιέχει άφθονα γαιώδη συστατικά δεν βράζει καλά τα όσπρια.

Εξεταζόμενο δε χημικώς και μικροβιολογικώς για να είναι κατάλληλο για ανθρώπινη κατανάλωση θα πρέπει να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

1. Μετά από πλήρη εξάτμιση του να μην αφήνει περισσότερο από 1/2 γραμμάρια στερεών συστατικών κατά χιλιόγραμμο.

2. Να μην περιέχει οργανικές ουσίες.

3. Τα γαιώδη συστατικά του, δηλαδή τα άλατα, να μην είναι περισσότερα από 0,20gr/kg, και να έχει μόνο ίχνη χλωριούχων, νιτρικών και θειϊκών στοιχείων και

4. Να μην περιέχει ούτε αμμωνία, ούτε υδροθειϊκό ούτε νιτρικό οξύ.

5. Να μην περιέχει παθογόνα μικρόβια. Κοινά μικρόβια, δηλαδή, έστω μη παθογόνα, πρέπει να μην περιέχει περισσότερα των 100 κατά κυβικό εκατοστόμετρο.

Για το λόγο αυτό, το νερό που προορίζεται για ανθρώπινη κατανάλωση, υπόκειται συχνά σε υγειονομικό έλεγχο που περιλαμβάνει φυσική, χημική και μικροβιολογική εξέταση.

Το πόσιμο νερό που παρέχεται από τις δημόσιες υδρεύσεις για ανθρώπινη κατανάλωση είναι υποχρεωτικό να υπόκειται σε φθορίωση.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΙΣΟΖΥΓΙΟΥ ΝΕΡΟΥ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Το ισοζύγιο νερού του οργανισμού διατηρείται σταθερό, όταν υπάρχει συσχετισμός προσλαμβανόμενου και αποβαλλόμενου νερού.

Όταν δεν υπάρχει ρύθμιση του προσλαμβανόμενου και αποβαλλόμενου νερού τότε έχουμε διαταραχές του ισοζυγίου νερού του οργανισμού.

Οι διαταραχές αυτές διακρίνονται σε:

- α. Αφυδάτωση (απώλεια όγκου νερού)
- β. Υπερυδάτωση (αύξηση όγκου νερού)

Ανάλογα με την ωσμωτικότητα οι καταστάσεις αυτές μπορούν επιπλέον να υποδιαιρεθούν σε ισότονες, υπότονες και υπέρτονες.

ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ

Αφυδάτωση καλείται η μεγάλη απώλεια όγκου νερού.

1. Ισότονη αφυδάτωση, μπορεί να προκύψει λόγω εκτεταμένης απώλειας ισότονου υγρού. Αιτία γι' αυτό είναι π.λ. εμετοί, διάρροια, συρίγγια, καθώς και απώλεια αίματος ή πλάσματος. Επίσης η υπερβολική κορήγηση διουρητικών μπορεί να οδηγήσει σε ισότονη αφυδάτωση.

Τα κλινικά συμπτώματα της είναι: δίψα, κόπωση και αδυναμία. Η ελάττωση του όγκου του αίματος οδηγεί σε ταχυκαρδία με τάση καταρρεύσεως. Ο όγκος των ούρων ελαττώνεται πολύ, ενώ οι ουσίες που πρέπει να αποβληθούν από τα ούρα, δεν μπορούν να απεκκριθούν στις ανάγκες ποσότητες και έτσι προκαλείται ουραιμία.

2. Υπότονη αφυδάτωση, προκαείται μετά από μεγάλη ελάττωση του όγκου του εξωκυτταρικού υγρού, εξαιτίας της απώλειας νατρίου.

Για το λόγο αυτό, ο οργανισμός εγκαταλείπει την ωμορρύθμιση και προσπαθεί να κρατήσει σταθερό τον όγκο νερού, αυξάνοντας την επαναρρόφηση νερού. Το υγρό τότε γίνεται υπότονο, εφ'όσον έχουμε συνεχή απώλεια νατρίου (Na^+).

Σαν πρωτογενή αιτία της υπότονης αφυδάτωσης θεωρούνται: οι εμετοί, διάρροια, συρίγγια καθώς και η απώλεια αίματος ή πλάσματος, καθώς και η υπερβολική λήψη διουρητικών ουσιών.

Τα κλινικά συμπτώματα της υπότονης αφυδάτωσης είναι: δίψα, κόπωση και αδυναμία, ταχυκαρδία, εγκεφαλικές διαταραχές (σφαίρεση, πυρετός, παραλήρημα, εγκεφαλικοί σπασμοί), εξ αιτίας της προσβολής

της νευρικής λειτουργίας από την έλλειψη νατρίου στο εξωκυτταρικό υγρό. Συχνά τα συμπτώματα είναι βαρύτερα, αφού η έλλειψη υγρών επιτείνεται με την, για οσμωτικούς λόγους, είσοδο νερού στα κύτταρα.

3. Υπέρτονη αφυδάτωση οφείλεται συνήθως σε μη επαρκή κορήγηση νερού και παρατηρείται είτε σε καταστάσεις λειψυδρίας, είτε σε βαριά αρρώστους και σε βαριά αρρώστους και σε παιδιά που δεν μπορούν να πίνουν αρκετά υγρά. Απώλεια νερού παρατηρείται και σε καταστάσεις υπερβολικής εφίδρωσης, μετά από υπεραερισμό, διάρροιες ή σε πολουουρία (στον οποίο διαβήτη).

Τέτοιες καταστάσεις, δημιουργούνται επίσης στο σακχαρώδη διαβήτη με έντονη γλυκοζουρία. Σ' αυτές τις μορφές αφυδάτωσης είναι ελαττωμένος και ο ενδοκυτταρικός όγκος (γενική αφυδάτωση).

Τα κλινικά συμπτώματά της είναι, εκτός από την έντονη δίψα, και η ελαττωμένη σπαργή του δέρματος, ξηροί βλεννογόνοι, ή ολιγουρία με ούρα υψηλού ειδικούς βάρους, και η ελάττωση του όγκου του ενδαγγειακού υγρού.

ΥΠΕΡΥΔΑΤΩΣΗ

Υπερυδάτωση, καλείται η μεγάλη αύξηση του όγκου του νερού του οργανισμού.

1. Ισότονη υπερυδάτωση. Χαρακτηρίζεται από αύξηση του εξκυτταρικού όγκου υγρού, κυρίως του διάμεσου χώρου.

Αιτία γι' αυτό είναι συνήθως η ανεπαρκής απέκκριση νατρίου ή η υπερβολική κατακράτηση νατρίου. Ο ενδοκυτταρικός όγκος δεν μεταβάλλεται.

Κύριο κλινικό σύμπτωμα είναι τα εκτεταμένα οίδηματα, συνήθως γενικευμένα, με ανάλογη αύξηση βάρους.

2. Υπότονη υπερυδάτωση. Χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι

εκτός από την αύξηση του εξωκυττάριου όγκου υγρού έχει αυξηθεί και ο ενδοκυττάριος όγκος.

Αίτια είναι συνήθως η υπερβολική πρόσληψη νερού, εξ αιτίας, νεφρικών και ηπατικών νόσων, ή λόγω καρδιακής ανεπάρκειας.

Τα κλινικά συμπτώματα προκαλούνται συνήθως από την αύξηση του ενδοκυτταρικού όγκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα: αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, πονοκέφαλοι, ναυτία, εμετοί και σύγχυση.

3. Υπέρτονη υπερυδάτωση είναι σπάνια. Οφείλεται στην πρόσληψη περισσότερου νατρίου παρά νερού π.χ. κατά την πόση θαλασσινού νερού, από τους ναυαγούς, ή κατά την έγχυση υπέρτονου διαλύματος κλωριούχου νατρίου.

Λόγω της αυξημένης ωσμωτικότητας εξέρχεται νερό υπό τα κύτταρα στους εξωκυτταρικούς χώρους, δηλαδή, δημιουργείται κυτταρική αφυδάτωση, με σύγχρονη αύξηση του εξωκυτταρικού υγρού.

Στην κλινική εικόνα δεσπόζουν οι βαριές εγκεφαλικές βλάβες λόγω της κυτταρικής αφυδάτωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΡΟΦΙΜΑ

Τα συνηθισμένα τρόφιμα ζωικής ή φυτικής προέλευσης είναι μίγματα ανόργανων και οργανικών ουσιών. Δηλαδή, των θρεπτικών και συμπληρωματικών ουσιών.

Τα ζωικά τρόφιμα (κρέας, ψάρια, πουλερικά, γάλα και τα προϊόντα του, κ.τ.λ.) έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε νερό (70-90%), πρωτεΐνες (15-25%), λίπη και ανόργανα στοιχεία απαραίτητα για τον άνθρωπο.

Αντίθετα, τα φυτικά τρόφιμα, αποτελούν σπουδαία πηγή υδατανθράκων, ενώ περιέχουν μικρές ποσότητες πρωτεϊνών και λιπών. Ειδικότερα τα δημητριακά περιέχουν υδατάνθρακες βασικά άμυλο σε ποσοστό 70%, πρωτεΐνες (7-10,5%), λίπη (2-4%) και νερό (10-12%).

Τα όσπρια περιέχουν υδατάνθρακες (55-60%), πρωτεΐνες (20-25%), λίπη (2-4%) και νερό (10-12%).

Οι σπόροι και οι ξηροί καρποί περιέχουν λίπη από 15% έως 70% πρωτεΐνες 30% και νερό 5-12%.

Τα λαχανικά και τα φρούτα περιέχουν κυρίως νερό μέχρι και 95%, ανόργανα στοιχεία (0,5-1,5%) και υδατοδιαλυτές βιταμίνες.

ΤΡΟΦΕΣ ΖΩΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

ΓΑΛΑ

Το γάλα είναι μία τροφή με μεγάλη βιολογική αξία για τον άνθρωπο. Η βιολογική αυτή αξία του, οφείλεται στο γεγονός ότι

περιέχει πολλά θρεπτικά συστατικά που βρίσκονται σε 4 διαφορετικές φάσεις.

1η ΦΑΣΗ -> Αέρια : C_{O_2} , O_2 , N

2η ΦΑΣΗ -> Λιπαρή : τριγλυκερίδια, φωσφολιπίδια, κοληστερόλη, λιποδιαλυτές βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, ανόργανα άλατα πρωτείνες των μεμβρανών.

3η ΦΑΣΗ -> Κολλοειδής : καζεΐνες ας, β, α, γ κ.λ.π, φώσφορος, φωσφορικό ασβέστιο, μαγνήσιο, υδατοδιαλυτές βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και ανόργανα άλατα, αλβουμίνες-γλοβουμίνες, ένζυμα, μη πρωτεϊνικό άζωτο.

4η ΦΑΣΗ -> Υγρή : Ιχνοστοιχεία και ανόργανα άλατα, λακτόζη, κιτρικά, υδατοδιαλυτές βιταμίνες.

	10	20	30
K	A-Γ	M-Λ	γάλα γυναίκας
K	A-Γ	M-Λ	πρωτόγαλα γυναίκας
K	A-Γ	M-Γ	γάλα αγελάδας

K = καζεΐνη

A-Γ = αλβουμίνη-γλοβουλίνη

M-Λ = αζωτούχες μη λευκωματώδεις ουσίες

Από το σχήμα αυτό παρατηρούμαι ότι το γάλα της γυναίκας περιέχει πολλές αζωτούχες μη λευκωματώδεις ουσίες, καθώς και αλβουμίνες, γλοβουλίνες σε σχέση με το αγελαδινό γάλα.

Το γάλα πρακτικά περιέχει όλες τις βιταμίνες. Βασικά αποτελεί την πηγή για τις βιταμίνες A, B₁, B₂. Το γάλα δεν είναι μόνο μια άριστη τροφή για τον άνθρωπο αλλά είναι ταυτόχρονα και

ένα άριστο θρεπτικό υπόστρωμα για την ανάπτυξη των μικροοργανισμών όπως βακτήρια.

Σήμερα, γιαυτο το λόγο η παστερίωση είναι υποχρεωτική στη χώρα μας αλλά και να που εμφανίζει εκτός από τα πλεονεκτήματα και ορισμένα μειονεκτήματα που αφορούν κυρίως τη θρεπτική αξία του γάλακτος και βασικά των βιταμινών που είναι ευπαθείς στη θέρμανση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένα άτομα παρουσιάζουν μια δυσανεξία προς τη λήψη γάλακτος. Στα άτομα αυτά υπάρχει έλλειψη, ή μειωμένη δραστηριότητα του εντερικού ενζύμου λακτάση.

στις περιπτώσεις αυτές η λακτόζη του γάλακτος δε διασπάται σε γλυκόζη και γαλακτόζη και δεν απορροφάται.

Η μη απορρόφηση αυτή προκαλεί κολικοειδείς πόνους, κοιλιακή διάταση, αυξημένη κινητικότητα του λεπτού εντέρου με βορβορυγμούς και διάρροια.

Νοσήματα που μεταδίδονται με το γάλα

Νοσήματα που μεταδίδονται με το γάλα είναι:

1. Αυτά που μεταφέρονται από τα ζώα

α. Φυματίωση

β. κυματοειδής πυρετός (brucella)

Η οδος από τους ιστούς των ζώων στο γάλα τους, δεν είναι ακριβώς γνωστή.

Οι αγελάδες υπόκεινται σε λοιμώξεις από στρεπτόκοκκους της ομάδας Β, από σαλμονέλλες, από σταφυλόκοκκους κ.τ.λ.

2. Νοσήματα που μεταδίδονται από άτομα που ασχολούνται με τη διαδικασία αρμέγματος ή επεξεργασία γάλακτος όπως : ο τυφοειδής πυρετός, φυματίωση, δυσεντερία, στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις και η λοιμώδης ηπατίτιδα.

Δοκιμές ασφαλείας

1. Δοκιμασία Ρεδουκτάσης: τα βακτήρια περιέχουν πολλά

ένζυμα. Διάφορες χρωστικές είναι ευαίσθητες στη βακτηριακή αναγωγή και αλλάζουν χρώμα όταν ανάγονται.

2. Δοκιμασία φωσφατάσης επειδή το ένζυμο αυτό είναι πολύ ανθεκτικό από οποιοδήποτε παθογόνο μικρόβιο η καταστροφή του σημαίνει καλή παστερίωση.

ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΙ Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΞΙΑ

Τα τελευταία χρόνια η βιομηχανία γάλακτος έχει γνωρίσει μια αλματώδη πρόοδο.

Η πρόοδος αυτή αφορά την παραγωγή ενός μεγάλου αριθμού προϊόντων, η οποία συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των χωρών που ακολουθούν την πρόοδό της.

Ανθόγαλα

Το γάλα, όταν το αφήσουμε σε ηρεμία ή το φυγοκεντρήσουμε με ειδική ταχύτητα αποκορυφούται, δηλαδή γίνεται αποχωρισμός του ανθογάλακτος (κορυφής) από το ισχυόγαλο. Το ανθόγαλο περιέχει πολύ λίπος.

Το τυρί

Είναι το προϊόν ωριμάνσεως πήγματος γάλακτος. Περιέχει 50% νερό, 25% πρωτείνες υψηλής βιολογικής αξίας, 15% λίπος, καθώς επίσης άλατα και κυρίως ασβέστιο.

Συγκρίνοντάς το με το γάλα μπορούμε να αναφέρουμε τις εξής διαφορές:

1. Δεν περιέχει υδατοδιαλυτές βιταμίνες, αλλά εμπλουτίζεται με βιταμίνες που παράγουν διάφοροι μικροοργανισμοί.
2. Η βιολογική αξία των πρωτεϊνών είναι μικρότερη λίγο από εκείνη του γάλακτος.
3. Το τυρί περιέχει προϊόντα υδρολύσεως της καζεΐνης, πεπτίδια, πολυπεπτίδια και αμινοξέα που του δίνουν ευχάριστη γεύση και

που το καθιστούν πιο εύπεπτο και θρεπτικό.

Μυζήθρα

Η βιολογική της αξία είναι πολύ μεγάλη, διότι αποτελείται από λευκώματα υψηλής βιολογικής αξίας. Περιέχει αλβουμίνη, γλοβουλίνη και λίγο λίπος.

Γιαούρτι

Είναι προϊόν της πήξεως βρασμένου γάλακτος στους 100 °C. Το πήξιμο προκαλείται με τη δράση μικροοργανισμών. Πρέπει να σημειωθεί ότι η τιμή των θερμίδων που περιέχονται μειώνεται κατά 3-4% εξαιτίας της αλλαγής της λακτόζης προς γαλακτικό οξύ.

Η μεταβολή αυτή ως προς το γαλακτικό οξύ, παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα:

- 1) Προστατεύει το προϊόν και αυξάνει την ικανότητα συντηρήσεώς του
- 2) Το όξινο προϊόν είναι πιο ευάριστο
- 3) Αυξάνει την πεπτικότητα των πρωτεϊνών του γάλακτος κατακρημνίζοντας σε μορφή πολύ μικρών πηγμάτων
- 4) Ενεργεί ανασταλτικά στην ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών
- 5) Αυξάνει την ικανότητα κενώσεως του στομάχου
- 6) Αυξάνει τη χρησιμοποίηση του φωσφόρου, του ασβεστίου και σιδήρου
- 7) Προκαλεί την έκκριση του γαστρικού υγρού

Βούτυρο

Είναι προϊόν της αποδόσεως του γάλακτος. Περιέχει το λίπος του γάλακτος καθώς και τις λιποδιαλυτές βιταμίνες Α και D και αποτελεί ένα πολύ καλό συμπλήρωμα του φαγητού.

Σε μια αναλογία 50gr καλύπτει στον ενήλικο το 15% των αναγκών του σε ενέργεια και 20-50% σε βιταμίνη Α.

ΚΡΕΑΣ

Το κρέας ανεξάρτητα από το είδος και το μέρος του ζώου από το οποίο προέρχεται, αποτελείται από τις ίδιες σχεδόν ύλες, σε διαφορετική κατά περίπτωση ποσοτική αναλογία.

Η περιεκτικότητά του σε πρωτεΐνες ποικίλλει, εξαρτώμενη από το λίπος και τα οστά. Γενικά οι πρωτεΐνες ανέρχονται σε 15018%. Περιέχει επίσης σίδηρο, βιταμίνες Β όπως νικοτινικό οξύ, Ριβοφλαβίνη και θειαμίνη κυρίως στο χοιρινό κρέας, λίπος που παρέχει ενέργεια.

Πρέπει να σημειωθεί ότι αποδείχθηκε πρόσφατα πως το κρέας που ψήνεται στη σχάρα περιέχει πολύ μικρές ποσότητες καρκινογόνων ουσιών (όπως το 3,4-βενζοπυρένιο), η ποσότητα των οποίων παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την περιεκτικότητά του κρέατος σε λιπίδια.

ΨΑΡΙΑ

Τα ψάρια που χρησιμοποιούνται στη διατροφή του ανθρώπου διακρίνονται σε ψάρια αλμυρών, γλυκών και υφάλμυρων νερών, ως προς την περιεκτικότητά τους σε λίπος, σε λιπαρά και άπαχα ψάρια.

Ως προς τη θρεπτική τους αξία το κρέας των ψαριών περιέχει περισσότερο νερό και λιγότερο λίπος και η γευστικότητά τους εξαρτάται από την ποσότητα του λίπους.

Η περιεκτικότητά τους σε Βιταμίνη Α ποικίλλει ανάλογα με την περιεκτικότητά σε λίπος. Τα μικρά ψάρια, των οποίων ο σκελετός τρώγεται μαζί με το κρέας, αποτελούν εξαιρετική πηγή ασβεστίου.

ΑΥΓΟ

Για τη διατροφή του ανθρώπου χρησιμοποιούνται σχεδόν αποκλειστικά τα αυγά της κότας. Τα αυγά είναι εξαιρετική πηγή

πρωτεϊνών, σιδήρου και βιταμίνης Α, καθώς επίσης είναι πλούσια σε χοληστερίνη, συμβάλλοντας πιθανώς στην ανάπτυξη της αθηρωμάτωσης. Το ασπράδι του αυγού αποτελείται από 86,7% νερό, πρωτεΐνες 12,3%, υδατάνθρακες 0,5%, ανόργανα άλατα 0,6% και ίχνη λιπών.

Ο κρόκος του αυγού αποτελείται από 49,2% νερό, 15,6% πρωτεΐνες, λιποειδή 33,8%, ανόργανα άλατα 1,2% και ίχνη υδατανθράκων.

ΤΡΟΦΕΣ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΕΩΣ

ΑΓΡΩΣΤΟΕΙΔΗ (Δημητριακά, ρύζι)

Ο κόκος των δημητριακών αποτελείται από:

- α) το εξωσπέρμιο
- β) την αλευρώνη (στοιβάδα πλούσια σε ριβοφλαβίνη και νικοτινικό οξύ)
- γ) το φύτρο
- δ) το ενδοσπέρμιο.

Συνήθως, τα αγρωστοειδή καταναλίσκονται αφού αποφλοιωθούν. Η αποφλοίωση όπως είναι κατανοητό, προκαλεί μείωση της διατροφικής τους αξίας.

ΡΥΖΙ: Είναι τρόφιμο πολύ εύπεπτο και παρασκευάζεται κατά πολλούς τρόπους.

Αποτελεί τον άρτο της κίτρινης φυλής.

Το ρύζι περιέχει 75% υδατάνθρακες και 6% περίπου λεύκωμα. Για τη διατροφή του ανθρώπου, συνδυάζεται με τα άλλα τρόφιμα που περιέχουν λευκώματα και λίπη.

ΑΡΤΟΣ: Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί διάφορα είδη δημητριακών για την παρασκευή του (όπως σιτάρι, κριθάρι, σίκαλη και αραβοσίτι). Είναι η κυριότερη τροφή για τον άνθρωπο και αποτελεί το 80% της τροφής.

Είναι τροφή θρεπτική, παρέχοντας τις αναγκαίες θερμίδες για τους εργαζόμενους κυρίως ενήλικες.

Η θρεπτική και η πεπτική αξία του αλευριού του σιταριού εξαρτάται από τον τρόπο αλέσεως και κοσκινίσματος. Έχουμε έτσι το λευκό αλεύρι που αποτελείται από τα κεντρικά μόνο στοιχεία των κόκκων, χωρίς πίτουρα και το μαύρο, το οποίο περιέχει και τις εξωτερικές στοιβάδες αυτών, με πολλά πίτουρα (85%).

Το πρώτο δεν περιέχει βιταμίνες, άλατα και πολλά από τα λευκώματα ενώ, αντίθετα το δεύτερο περιέχει τις πολύτιμες αυτές ουσίες. Συνεπώς έχει μεγαλύτερη θρεπτική αξία αλλά μειονεκτεί ως προς του ότι αφήνει υπολείμματα περισσότερα λόγω των περιφερικών στοιβάδων των κόκκων οι οποίες δεν απορροφούνται και δεν πέπτονται εύκολα.

ΟΣΠΡΙΑ

Από όλα τα φυτικά τρόφιμα, τα όσπρια περιέχουν μεγάλες ποσότητες πρωτεϊνών, 20% περίπου, αλλά πρέπει να αναφερθεί ότι είναι μικρής βιολογικής αξίας.

Είναι πολύτιμα επίσης από θρεπτικής αξίας γιατί περιέχουν υδατάνθρακες 50-60% και λίπος 3-8% και πάνω. Είναι δύσπεπτα, το λευκωμα αφομοιώνεται και απορροφάται δύσκολα.

Πρέπει να βράζονται καλά, έτσι ώστε να διασπάται η κυτταρίνη η οποία περιέχεται στο περίβλημα αυτών.

ΛΑΧΑΝΙΚΑ ΚΑΙ ΧΟΡΤΑ

Είναι απαραίτητα στοιχεία για την διατροφή μας. Χρησιμοποιούμε τα ήμερα και τα άγρια λαχανικά και διάφορα μέρη αυτών (ρίζες, φύλλα, βολβούς, άνθη).

Περιέχουν: νερό 80-95% και 3% περίπου υδατάνθρακες,

κυτταρίνη και ανόργανα άλατα

Η θρεπτική αξία τους συνεπώς δεν είναι μεγάλη, αλλά παρέχουν στον οργανισμό όπως προαναφέρθηκε πολλά άλατα, όπως σίδηρο.

Γενικό μειονέκτημα των λαχανικών όσων τρώγονται ωμά είναι δυνατόν να γίνουν φορείς παρασίτων (εχινόκοκκων, ταινίας) και μικροβίων (τύφου), γι' αυτό και επί επιδημίας τύφου επιβάλλεται να τρώγονται βρασμένα και όχι ωμά.

ΦΡΟΥΤΑ

Γενικό χαρακτηριστικό των φρούτων είναι ότι περιέχουν νερό μέχρι και 90%.

Υπάρχουν όμως και φρούτα που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες όπως τα σύκα και οι σταφίδες και άλλα πλούσια σε λίπος όπως καρύδια και αμύγδαλα.

Έχουν ιδιαίτερη σημασία στη διατροφή του ανθρώπου γιατί εκτός αυτών που αναφέραμε περιέχουν βιταμίνες και άλατα. Τα φρούτα πρέπει να τρώγονται ώριμα, διότι τα άωρα προκαλούν δυσπεψία και να πλένονται προηγουμένως καλά για να αποφευχθούν τυχόν μολύνσεις από διάφορα παθογόνα μικρόβια και παράσιτα.

Εκτός από τα νωπά φρούτα έχουμε και τους ξηρούς καρπούς οι οποίοι έχουν μεγάλη θρεπτική αξία γιατί περιέχουν σάκχαρο σε μεγάλη ποσότητα.

ΦΥΤΙΚΕΣ ΕΛΑΙΩΔΕΙΣ ΤΡΟΦΕΣ (ΛΑΔΙ)

Είναι από τις πιο θρεπτικές τροφές του ανθρώπου. Το λάδι είναι φυτική λιπαρή ουσία.

Ως έλαια χρησιμοποιούμε συνήθως το ελαιόλαδο και σπάνια τα διάφορα σπορρέλαια.

Το ελαιόλαδο είναι εύγεστο, θρεπτικό και πλούσιο σε

θερμίδες. Τα κακής ποιότητας έλαια έχουν χρώμα πρασινωπό, όψη θολή και γεύση και οσμή δυσάρεστη. Τα καλής ποιότητας έλαια είναι από υγιεινής απόψεως τα καλύτερα για την οικιακή οικονομία λίπος μετά το φυσικό βούτυρο. Το άριστο ελαιόλαδο έχει 1-2% ελαϊκό οξύ.

ΠΟΤΑ ΑΛΚΑΛΟΕΙΔΟΥΧΑ

ΚΑΦΕΣ: Είναι καρπός φυτού που καλλιεργείται στην Αραβία, Αβησσυνία, Βραζιλία κ.λ.π. Υπάρχουν πολλά είδη και ποιότητες. Ο καφές χρησιμοποιείται πάντοτε αφού προηγουμένως έχει καβουρδιστεί και αλεστεί.

Τα συστατικά του καφέ είναι η καφεΐνη και η καφεόνη. Έχει διεγερτική δράση στο νευρικό σύστημα και στην καρδιά, αυξάνει την αρτηριακή πίεση, εξαλείφει το αίσθημα του καμάρου και την ανάγκη προς ύπνο.

Στο πεπτικό σύστημα έχει ευνοϊκή επίδραση και ικανοποιητική αντισηπτική ενέργεια εξ αιτίας του δεψικού οξέος που περιέχει.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι ο καφές που νοθεύεται συνήθως από διάφορα δημητριακά και όσπρια δεν είναι βλαβερός παρά μόνο η γευστικότητά του μεταβάλλεται.

ΤΣΑΙ: Είναι δύο ειδών, το μαύρο και το πράσινο, από τα οποία το μαύρο είναι το πιο αβλαβές.

Περιέχει αλκολοειδές, την τεινή ουσία, και είναι άφθονο σε δεψικό οξύ (13-15%) εις το οποίο οφείλει τις συπτικές του ιδιότητες. Η κατάχρησή του έχει δυσάρεστα επακόλουθα όπως επιφέρει ανωμαλία στο πεπτικό σύστημα και στο νευρικό, σταματά την όρεξη και φέρνει εξάντληση.

ΚΑΚΑΟ: Εξάγεται από τους καρπούς ενός φυτού που ονομάζεται θεόβρωμα κακό. Αφού αποξηρανθεί αλέθεται και από αυτό σχηματίζεται σκόνη.

Το κακό περιέχει νερό 6%, αζωτούχες ουσίες 13-18%, θεοβρωμίνη 15%, λιπαρά 45-49%, σάκχαρο 6%, αμυλώδη 14%, εκχυλισματικές ουσίες 6% και τέφρα 3%.

Είναι πολύ θρεπτικό, γιατί περιέχει μεγάλες ποσότητες λίπους, καθώς επίσης περιέχει οξαλικά άλατα γι' αυτό το λόγο και απαγορεύεται σε ρευματικούς, αρθριτικούς και οξαλουρικούς.

ΑΛΚΟΟΛ

1. Αλκοολούχα ή οινοπνευματώδη ποτά

Ως αλκοολούχα ποτά ή οινοπνευματώδη χαρακτηρίζονται τα ποτά τα οποία περιέχουν στην σύστασή τους αλκοόλη, η οποία είτε αναπτύσσεται αυτόματα εντός αυτών, με την αλκοολική ζύμωση του σακχάρου (οίνος), είτε προστίθεται ως αυτούσιο συστατικό, κατά τη βιομηχανική κατασκευή τους.

Κάθε αλκοολούχο ή οινοπνευματώδες ποτό έχει διαφορετική περιεκτικότητα δε αλκοόλη. Αλλά έχουν μικρή περιεκτικότητα, άλλα μέτρια, και άλλα πολλή υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλη.

Ανάλογα με την περιεκτικότητά τους σε αλκοόλη, και σε συσχετισμό πάντα με την ποσότητα λήψης, προκαλούν ανάλογα μικρές ή μεγάλες οργανικές βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό.

Τα αλκοολούχα ή οινοπνευματώδη ποτά με μικρή περιεκτικότητα αλκοόλης, όπως είναι το κρασί, η μπύρα, και ο μηλίτης, θεωρούνται υγιεινά ποτά, γιατί περιέχουν και υδατάνθρακες και βιταμίνες σε υπολογίσιμες ποσότητες.

Όταν όμως η περιεκτικότητά τους σε αλκοόλη ξεπεράσει τους 15-20 βαθμούς, τότε τα ποτά αυτά είναι πάρα πολύ βλαβερά στον άνθρωπο.

Και κυρίως σε περίπτωση υπερκατανάλωσης τους επιφέρουν τρομακτικές και ολέθριες συνέπειες σε βάρος της πνευματικής και

σωματικής υγείας μας. Και αυτό γιατί το οινόπνευμα έχει την ιδιότητα να απορροφάται αμέσως από το αίμα, με αποτέλεσμα να έχει γρήγορη κυκλοφορία στον οργανισμό μας και έτσι να φθάνει γρήγορα σ' όλα τα όργανα του οργανισμού και να επιδρά πάνω τους. Και τότε, διεγείρει, παραλύει, αδανοποιεί το κεντρικό νευρικό σύστημα και τα εγκεφαλικά κύτταρα, γι' αυτό ορισμένοι όταν πίνουν έστω και λίγο αισθάνονται διέγερση και ζαλάδα.

2. Ιδιότητες των αλκοολούχων ποτών

Σε μικρές δόσεις τα αλκοολούχα ποτά διεγείρουν την κυκλοφορία, και τις πεπτικές λειτουργίες, δίνουν αίσθημα ευεξίας, με την επίδρασή τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα, καθιστούν τον άνθρωπο εύθυμο και αισιόδοξο.

Σε μεγάλες δόσεις όμως προκαλούν πάρα πολλά προβλήματα υγείας στον άνθρωπο.

Ετσι, λοιπόν όταν τα αλκοολούχα ποτά λαμβάνονται με μέτρο, στην κατάλληλη ώρα και ορισμένο είδος δεν είναι καθόλου βλαβερά για τον ανθρώπινο οργανισμό.

3. Ο σωστός τρόπος χρήσης αλκοολούχων ποτών

Για να κανονίσουμε τη σωστή χρήση αλκοολούχων ποτών, πρέπει πρώτα να ορίσουμε από ποιο σημείο η χρήση του αλκοόλ μεταπίπτει σε κατάχρηση. Ο διαχωρισμός χρήσης - κατάχρησης αλκοόλ ποικίλει πάντα, ανάλογα των ατόμων που κάνουν χρήση του.

Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι η μέγιστη επιτρεπόμενη ημερήσια δόση οινοπνεύματος είναι 1 γραμμάριο κατά χιλιόγραμμο βάρους του σώματος, δηλαδή, ένας ενήλικος με σωματικό βάρος 60-70Kg, επιτρέπεται ημερήσια να λαμβάνει 1/2 κιλί ελαφρού οίνου σε καθ' όλα υγιή άνθρωπο. Στα παιδιά απαγορεύεται πλήρως η λήψη αλκοολούχων ποτών.

Παίρνοντας πάντα υπ' όψιν μας την παραπάνω παράμετρο, η

σωστή χρήση αλκοολούχων ποτών προϋποθέτει.

1. Η χρήση αλκοολούχων ποτών χαμηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλη όπως είναι το κρασί, η μπύρα, πρέπει να γίνεται κατά την ώρα του γεύματος.

2. Αλκοολούχα ποτά με μεγαλύτερη περιεκτικότητα αλκοόλης, απ' ότι το κρασί και η μπύρα, όπως είναι το κονιάκ, το ούζο και διάφορα ηδύποτα, πρέπει να λαμβάνονται μόνο μετά το φαγητό, και σε πολύ μικρή ποσότητα (1-2 ποτηράκια).

3. Τα αλκοολούχα ποτά θα πρέπει να αποφεύγονται εξ ολοκλήρου από άτομα που πάσχουν από διάφορες παθήσεις του πεπτικού συστήματος, καθώς και από άτομα που είναι επιρρεπή σε σπλαχνικές αιμορραγίες, γιατί το οινόπνευμα επιταχύνει την κυκλοφορία του αίματος, και έτσι γίνεται δυσκολότερη η αιμοστατική διαδικασία.

4. Οι βλαβερές συνέπειες της υπερκατανάλωσης αλκοολούχων ποτών

Όταν γίνεται υπερκατανάλωση αλκοολούχων ποτών επέρχεται διαταραχή στο πεπτικό σύστημα (έμετοι), σύγχυση της διάννοιας, απώλεια της ισορροπίας και της βουλήσεως καθώς και της λογικής, επακολουθεί δε, μεγάλη κόπωση και ανορεξία η κατάσταση αυτή είναι η γνωστή σ' όλους μας μέθη, η οποία είναι οξεία δηλητηρίαση από αλκοόλ.

Η συνεχής επί μακρό χρονικό διάστημα κατάχρηση αλκοολούχων ποτών επιφέρει τη χρόνια δηλητηρίαση από αλκοόλ, το λεγόμενο αλκοολισμός, ο οποίος εκδηλώνεται πρώτα με χρόνια γαστρεντερίτιδα, και κατόπιν εξελίσσεται με κίρρωση του ήπατος, με ύδρωπο εκφύλιση των σπλάχνων, με τροφώδες παραλήρημα (delirium tremens), με βλάβη των διανοητικών λειτουργιών, και τέλος, στις χειρότερες περιπτώσεις επέρχεται ο θάνατος.

Ο αλκοολισμός επίσης, εξασθενεί την ικανότητα του οργανισμού να αντιδρά κατά των διαφόρων νοσημάτων, και κυρίως κατά της

φυματίωσης, της οποίας και προετοιμάζει τις ιδανικές συνθήκες για να εμφανιστεί.

Η επίδραση του αλκοολισμού πολλές φορές επέρχεται και τους απογόνους του αλκοολικού ατόμου, και δεν είναι λίγες οι φορές που απόγονοι ενός αλκοολικού παρουσιάζουν κάποια διανοητική καθυστέρηση.

Αλκοολικός γίνεται κάποιος με τη συνεχιζόμενη επί μακρό χρονικό διάστημα κατακρηση οινόπνευματοδών ποτών, και ιδιαίτερα αυτών των ποτών που έχουν μεγάλη περιεκτικότητα αλκοόλης.

Καταστρεπτικότερη είναι η χρήση του αλκοόλ όταν γίνεται με άδειο στομάχι, οπότε το οινόπνευμα επιδρά κατευθείαν στο επιθήλιο του στομάχου, οπότε προκαλείται γαστρίτιδα.

Επίσης, η αλκοόλη αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα καρκινογένεσης, ιδιαίτερα όταν αλληλεπιδρά με το κάπνισμα. Κάθε ένας παράγοντας (αλκοόλη - κάπνισμα) ενισχύει το καρκινογόνο αποτέλεσμα του άλλου.

Το ότι το οινόπνευμα ενέχεται σε καρκινογένεση έχει υποτεθεί εδώ και 65 χρόνια. Από τότε αποδείχτηκε ότι ο καρκίνος του στόματος, του φάρυγγος, του λάρυγγος και του οισοφάγου, ήταν συχνότερος σε άνδρες που ασκούσαν επαγγέλματα που ενθάρρυναν την κατανάλωση μεγάλων ποσών αλκοολούχων ποτών.

Επίσης, όπως προαναφέρθηκε, επειδή η υπερκατανάλωση αλκοόλης εκτός των άλλων προκαλεί και σύγχυση της διάννοιας, καθώς και απόλεια της βουλήσεως και της λογικής αποτελεί έναν σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα της αυξησεως των τροχαίων θανατηφόρων ατυχημάτων, που έχουν αφαιρέσει τη ζωή πολλών συνανθρώπων μας.

"ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ"

"Διατηρημένα τρόφιμα", σύμφωνα με τον κώδικα τροφίμων,

καρκτηρίζονται τα βρώσιμα προϊόντα ζωικής ή φυτικής προέλευσης, τα οποία κατέστησαν διατηρήσιμα με μια ή περισσότερες επεξεργασίες.

Η χρήση του αλατιού και του καπνού θεωρούνται τα πρώτα μέσα συντήρησης με ιστορικά δεδομένα και διαδόθηκαν πολύ. Η χρήση πολλών χημικών ουσιών γινόταν χωρίς επιστημονική βάση, γιατί αγνοούσαν τις αλλοιώσεις των τροφίμων.

Στο Μεσαίωνα αυξήθηκαν τα παρασκευασμένα αλατισμένα ψάρια όπου ειδικεύθηκαν οι Σκανδιναυοί και οι λαοί των κάτω χωρών ενώ συγχρόνως παρασκευάζονται αρκετά τα καπνιστά κρέατα και αλλαντικά.

Η συντήρηση σε βιομηχανικό επίπεδο είναι αρκετά πρόσφατη. Το 1820 έγινε για πρώτη φορά στη Βοστώνη η βιομηχανική συντήρηση των φρούτων σε γυάλινα δοχεία.

Τα τρόφιμα μπορούμε να τα διακρίνουμε σε 1) απλά και
2) σύνθετα.

Απλά είναι το νερό, οι βιταμίνες, τα ίχνοστοιχεία, οι πρωτεΐνες, τα λίπη, οι υδατάνθρακες.

Σύνθετα είναι μίγματα απλών ουσιών όπως το ψωμί, το κρέας, το γάλα, το ψάρι.

Τα αίτια που προκαλούν αλλοιώσεις ή μεταβολές στα τρόφιμα είναι πολλά.

- α) Βιολογικά αίτια - μικρόβια, ένζυμα, παράσιτα
- β) Χημικά αίτια - οξυγόνο, νερό
- γ) Φυσικά αίτια - φως και θερμότητα

Τα βιολογικά αίτια είναι τα σπουδαιότερα γιατί ενεργούν ρήγορα. Η ζωή των μικροβίων εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες όπως:

- α) θερμοκρασία

β) υγρασία

γ) ΡΗ

δ) παρουσία ή μη O_2

Τα μικρόβια, ανάλογα με τη συμπεριφορά τους στη θερμότητα διακρίνονται:

1) ψυχρόφιλα ($0-30\text{ }^{\circ}\text{C}$)

2) μεσόφιλα ($10-45\text{ }^{\circ}\text{C}$)

3) θερμόφιλα ($40-55\text{ }^{\circ}\text{C}$)

Οι τρόποι συντήρησης, σύμφωνα με τον κώδικα τροφίμων είναι:

1. Συντήρηση με θερμότητα
 - α) Παστερίωση
 - β) Αποστείρωση
 - γ) Πρόψυξη
2. Συντήρηση με ψύκος
 - α) Πρόψυξη
 - β) Ψύξη
 - γ) Κατάψυξη
 - δ) Υπερκατάψυξη
3. Συντήρηση με αποξήρανση
4. Συντήρηση με αλάτιση
5. Συντήρηση με υποκαπνισμό
6. Συντήρηση με ξύδι, λάδι, οινόπνευμα, ζάχαρη
7. Συντήρηση με χημικά μέσα

Μερικές χρήσιμες οδηγίες για τη σωστή συντήρηση, την πρόληψη αλλοιώσεων και το βασικότερο, την προστασία του καταναλωτή από τις τροφικές δηλητηριάσεις:

Για τα τρόφιμα που συντηρούνται σε κενό αέρος όπως νωπό κρέας και τα προϊόντα του, απαιτείται:

Η ψύξη αυτών σε $0 - +2\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Τα ζαμπόν τοποθετούνται σε ψύξη $0 - +4\text{ }^{\circ}\text{C}$, γιατί πρόκειται για παστεριωμένα προϊόντα.

Η συντήρηση των νωπών πτηνών να γίνεται σε ψύξη 0 μέχρι +2 °C. Προσοχή απαιτείται κατά τους θερμούς μήνες.'

Τα θηράματα πρέπει να εκσπλαχνίζονται αμέσως μετά το θάνατό τους και να ψύχονται στους 0 °C.

Ο συσκευασμένος νωπός κιμάς συντηρείται στα καταστήματα σε ψυγεία με θερμοκρασία 0 - +2 °C.

Τα κατεψυγμένα κρέατα και τα υπερκατεψυγμένα να μην παρουσιάζουν αλλοίωση του χρώματος, να μην αποψύχονται και να επανακαταψύχονται. Το λίπος να μην είναι κίτρινο με δυσάρεστη οσμή.

Να μην τοποθετούνται νωπά κρέατα, σπλάχνα, κοτόπουλα, έντερα, θηράματα, κρεατοσκευάσματα στην κατάψυξη.

Οι κονσέρβες θεωρούνται ακατάλληλες για βρώση όταν παρουσιάζουν διόγκωση ή όταν υπάρχουν ρωγμές. Επίσης, όταν το περιεχόμενό τους παρουσιάζει μη φυσιολογική οσμή, γεύση και χρώμα. Οι κονσέρβες γενικώς να συντηρούνται σε περιβάλλον κάτω των +15 °C.

Ένα ψάρι είναι φρέσκο νωπό όταν:

- δεν έχει δυσάρεστη οσμή
- έχει μάτια στιλπνά, εξέχοντα
- βράγχια κόκκινα
- σάρκα συμπαγή
- σώμα δύσκαμπτο

Πρέπει να προφυλάσσονται από τις ηλικές ακτίνες.

Το νερό για το πλύσιμό τους να είναι πόσιμο.

Τα κατεψυγμένα ψάρια να συντηρούνται σε -18 °C

Απαγορεύεται η απόψυξη και η επανακατάψυξη.

ΓΑΛΑ -> Το γάλα είναι τρόφιμο ευαίσθητο λόγω της υγρασίας του και του PH. Πρέπει να μην αφήνουμε τα δοχεία ή τις φιάλες στο περιβάλλον αλλά να τοποθετούνται στη ψύξη σε θερμοκρασίες μέχρι

+6 °C. Οι ηλιακές ακτίνες αλλοιώνουν τη γεύση του παστεριωμένου γάλακτος. Στα αποστειρωμένα γάλατα αναγράφονται ενδείξεις και ημερομηνίες παραγωγής σε κωδικό αριθμό, η ημέρα, μήνας και ανάλωση. Κατά τη διάνοιξή τους πρέπει να καταναλισκονται γρήγορα.

ΤΥΡΙΑ -> Πρέπει να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής και τεχνολογίας κατά την παρασκευή τους:

Γάλα υγιεινό, σωστή αλάτιση και ωρίμανση καθώς και συντήρηση. Η υψηλή υγρασία ευνοεί τις αλλοιώσεις.

Η ωρίμανσή του γίνεται σε αποθήκες σε θερμοκρασία μέχρι +10 °C. συντήρηση 0 μέχρι +2 °C για τα σκληρά τυριά και +4 °C για τα μαλακά.

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΓΙΑ ΤΡΟΦΙΜΑ

Τα πρόσθετα για τρόφιμα είναι ίσως τα πιο χρήσιμα, τα πιο συζητημένα, τα περισσότερο ελεγμένα και νομοθετημένα από τα υλικά που άνθρωπος προσθέτει στο περιβάλλον του για να αντιμετωπίσει την ανάγκη για τροφή.

Τα πρόσθετα είναι ουσίες ή μίγματα ουσιών, οι οποίες περιέχονται στα τρόφιμα ως αποτέλεσμα της παραγωγής, της κατεργασίας και της συσκευασίας τους.

Στη νεώτερη ιστορία, συγκροτημένη νομοθεσία για τρόφιμα συντάχτηκε στις Ευρωπαϊκές χώρες, με αρχή από την Αγγλία γύρω στα 1860-70. Στην Ελλάδα, το Γενικό κημείο του κράτους ιδρύθηκε το 1929.

Διεθνώς ο οργανισμός τροφίμων και γεωργίας των Εν. Εθνών (FAO) και η Διεθνής Οργάνωση υγείας των Εν. Εθνών (WHO) ιδρύθηκαν το 1945 για να βοηθήσουν τις κυβερνήσεις - μέλη να βελτιώσουν το επίπεδο διατροφής και δημόσιας υγείας. Με πρωτοβουλία αυτών λειτουργεί ανάμεσα σε άλλες επιτροπές σχετικές με τρόφιμα και

επιτροπή ειδικών πάνω στα πρόσθετα που συνεδρίασε για πρώτη φορά στη Γενεύη το 1955.

Θα αναφερθούμε τώρα στις ακόλουθες ομάδων προσθέτων:

Ενζυμα

Βιταμίνες και Αμινοξέα

Ανομικροβιακά πρόσθετα

Αντιοξειδωτικά πρόσθετα

Γαλακτοματοποιητές, Σταθεροποιητές, πηκτικά κ.ο.κ.

Αρώματα, Αρτύματα

Χρώματα

Φωσφορικοί εστέρες

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Χαρακτηρίζονται ανόργανες ή οργανικές ουσίες που η προσθήκη τους στα τρόφιμα αποσκοπεί στην προστασία τους από κάθε μικροβιακή, βακτηριακή ή παρόμοια δράση η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την αλλοίωση και την αποσύνθεση των τροφίμων.

Διοξειδίο του θείου. Με την θείωση επιτυγχάνονται η αναστολή της μικροβιακής ανάπτυξης και της ενζυματικής δράσης. Το θειώδες οξύ χρησιμοποιείται την οινοποίηση καθώς και στην επεξεργασία παραγωγής αφυδατωμένων φρούτων και λαχανικών και στην συντήρηση χυμών φρούτων.

Βενζοϊκό οξύ. Παρεμποδίζει την ανάπτυξη των περισσότερων μικροοργανισμών που προκαλούν ζυμώσεις.

Εστέρες του Ρ-υδροξυ-βενζοϊκού οξέος. Έχουν αντιμικροβιακή δράση που δεν επηρεάζεται από τις αλλαγές του ΡΗ. Χρησιμοποιούνται στα αεριούχα αναψυκτικά, χυμούς φρούτων, στις μαρμελάδες και στα τουρσιά.

Στορβικό οξύ. Σπυδαίο μυκητοκτόνο που χρησιμοποιείται και

σαν συντηρητικό. Εφαρμόζεται στους χυμούς φρούτων, φρουτοσαλάτες και στα αφυδατωμένα φρούτα.

Νιτρώδες νάτριο. Χρησιμοποιείται κυρίως για τη συντήρηση του κρέατος. Τα νιτρώδη είναι λιγότερο τοξικά, αλλά μπορεί εύκολα να αναχθούν σε νιτρικά με ενζυματική δράση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου.

Προπιονικό οξύ. Χρησιμοποιείται σαν αναστολέας της ανάπτυξης μυκήτων στο ψωμί και στα γλυκίσματα.

Αιφενύλιο. Χρησιμοποιείται για να αποφευχθεί ο σχηματισμός της μούχλας στην επιφάνεια ορισμένων νωπών φρούτων.

Νισίνη. Χρησιμοποιείται σε ορισμένες κρέμες και κονσερβοποιημένα τρόφιμα για την αναστολή των κλωστηριδίων και των θερμοφίλων οργανισμών.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΓΙΑ ΚΡΕΑΤΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ

Κατεψυγμένα κρέατα (από χώρες της ΕΟΚ δεν έχουν όρια συντήρησης, συμφ. μ. Π.Δ. 39/91) εφ' όσον τηρείται η θερμοκρασία και η υγρασία των ψυκτικών θαλάμων 18°C και η σχετική υγρασία 85% η διάρκεια συντήρησής τους προς διάθεση στην κατανάλωση, σύμφωνα με Π.Δ. 653/77, υπολογίζεται από τις ημερομηνίες σφαγής ή κατάψυξης ως εξής:

κρέας βοοειδών	16 μήνες + 5μηνο παράταση
κρέας αιγοπροβάτου	12 μήνες + 5μηνο παράταση
κρέας χοίρων	10 μήνες
εδώδιμα παραπροϊόντα (σुकώτι κ.τ.λ.)	9 μήνες
μυαλά μηρυκαστικών	7 μήνες
κρέας πτηνών	14 μήνες + 5μηνο παράταση
θηράματα	10 μήνες
κουνέλια	12 μήνες
λαρδί	5 μήνες
ΖΑΜΠΟΝ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΑ ΨΑΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ Π.Δ. 786/78	9 μήνες
καπνιστά ψάρια	12 μήνες
βακαλάος αλίναστος	10 μήνες
ρέγγες	12 μήνες
λακέρδα	7 μήνες
ταραμάς	12 μήνες

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Ο υγειονομικός έλεγχος των καταστημάτων πώλησεως τροφίμων και χώρων εξυπηρέτησεως του κοινού γίνεται σήμερα από τους αστυιάτρους του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών που υπηρετούν στις Διευθύνσεις ή τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών και των Νομαρχιακών διαμερισμάτων Αττικής.

Τώρα, για τον Υγειονομικό έλεγχο τροφίμων αρμόδια όργανα είναι οι επίτετες δημόσιας Υγείας με την εποπτεία και τις οδηγίες των υγειονολόγων ιατρών.

Κατά τον υγειονομικό έλεγχο τα τρόφιμα χαρακτηρίζονται:

- α) ανάλογα με την επίδρασή τους επί της υγείας του ανθρώπου
- β) ανάλογα με την ποιότητα και το περιεχόμενό τους.

Ο υγειονομικός έλεγχος τροφίμων σαν μέσο προληπτικής ιατρικής θα αποδώσει μόνο όταν όλοι οι υγειονομικοί υπάλληλοι συνειδητοποιήσουν το μέγεθος των ευθυνών τους, βοηθήσουν οι επαγγελματίες και το κοινό να συμμετάσχει ενεργά.

Αλλά για να γίνουν όλα αυτά απαιτείται συστηματική διαπαιδαγώγηση των δύο τελευταίων ομάδων.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΟΜΑΔΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Η διατροφή διαφέρει όσον αφορά τον άνδρα και τη γυναίκα. Οι ανάγκες της γυναίκας είναι μικρότερες από εκείνες του άνδρα τόσο σε πρωτεΐνες, βιταμίνες, όσο και οι ενεργειακές της ανάγκες. Οι μέσες ενεργειακές ανάγκες της γυναίκας είναι 9,2 Μj/ημέρα ενώ για τους άνδρες είναι 11,1 Μj/ημέρα.

Ένα άτομο μπορεί να λαμβάνει τροφή πολύ περισσότερη ή πολύ λιγότερη από το κανονικό.

Αν όμως τρώει πάρα πολύ, που μπορεί αυτό να ξεκινά από κάποιο πρόβλημα το αποτέλεσμα θα είναι η παχυσαρκία. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να ελέγχεται το βάρος σώματος. Πάντως, τα άτομα που προσέχουν το βάρος τους υπολογίζοντας τις ημερήσιες ανάγκες τους σε θερμίδες ή τα άτομα που βρίσκονται σε περιορισμένο θερμιδικό ισοζύγιο για κάποιο λόγο, πρέπει να φροντίζουν να παίρνουν επαρκή ποσότητα πρωτεϊνών, ανόργανων αλάτων και βιταμινών.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΙΑ

Η σωστή διατροφή έχει τη θέση της και στην τρίτη ηλικία. Οι αλλαγές όσον αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες οφείλονται σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις, εφόσον τα άτομα αυτά δεν ζουν ενεργά στην κοινωνική τους ζωή.

Ο FAO υποστηρίζει ότι η μείωση της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης με την πάροδο των ετών θα πρέπει να είναι 7,5% για κάθε δεκαετία μετά το 25ο έτος της ηλικίας. Η μεικτή επιτροπή FAO/Π.Ο.Υ. δίνει τις πιο κάτω θερμιδικές προσλήψεις για τις διάφορες ηλικίες (Τριχόπουλος 1981).

30 - 39 θερμιδική πρόσληψη ενήλικου

40 - 59 ελάττωση κατά 5%

60 - 69 ελάττωση κατά 15%

70 + ελάττωση κατά 25%

Οι ανάγκες του οργανισμού του ηλικιωμένου σε ασβεστίο είναι μεγαλύτερη γιατί έχουμε την εμφάνιση της οστεοπόρωσης. Το διαιτολόγιο του πρέπει:

1. Να έχει όλα τα θρεπτικά συστατικά
2. Να είναι πλούσιο σε κυτταρίνη
3. Το κρέας να είναι πολύ καλά μαγειρεμένο
4. Να μην περιέχει σκληρές τροφές
5. Τα λαχανικά να είναι καλά βρασμένα
6. Να μην περιέχει πολύ λιπαρές τροφές
7. Να έχει ποικιλία και να είναι γευστικό
8. Τα γεύματα να είναι συχνά και μικρά
9. Να παίρνουν σημαντικές ποσότητες νερού.

ΜΥΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Άτομα τα οποία κάνουν έντονη εργασία πρέπει να γνωρίζουν ότι:

πρέπει να λαμβάνουν πολλές θερμίδες.

Στους εργαζόμενους μυικά η αποβολή του ζώτου με τα ούρα είναι μικρή που δείχνει ότι κατά τη μυική εργασία διασπάται μια μικρή ποσότητα πρωτεϊνών.

Πρέπει τα άτομα αυτά να λαμβάνουν θειαμίνη, ριβοφλαβίνη και νικοτινικό οξύ.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η μυική άσκηση κάνει καλό στην πέψη.

Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α

ΑΓΧΟΣ - STRESS

Το άγχος είναι "το θεμελιώδες φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νευρώσεως... ένας κόμβος που συνδέει διάφορα σημαντικότερα ερωτήματα, ένα αίνιγμα του οποίου η λύση θα πρέπει να ρίξει άπλετο φως σ' ολόκληρη τη διανοητική μας ζωή" (Freud). Από την άποψη της κοινωνικής ιστορίας το άγχος λέγεται ότι είναι "το εμφανέστερο ψυχικό χαρακτηριστικό του Δυτικού πολιτισμού" (Willoughby).

Η αυστηρότερη ιατρική σημασία του όρου άγχος είναι κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υποκειμενικό αίσθημα φόβου και δυσάρεστης αναμονής (φοβία), συνήθως με συγκεκριμένο τοπικό περιεχόμενο και συνοδεύεται από τα φυσιολογικά επακόλουθα της ισχυρής συγκινήσεως, δηλ. δυσχέρεια στην αναπνοή, αίσθημα πνιγμονής και παλμών, ανησυχία, αυξημένο μυϊκό τόνο, αίσθημα συσφίξεως στο θώρακα, ζάλη, τρόμο, εφίδρωση και ερύθημα. Με τον όρο τοπικό περιεχόμενο εννοείται η ιδέα, το πρόσωπο ή το αντικείμενο, γύρω από τα οποία περιστρέφεται το άγχος του ατόμου. Οι διάφορες αγγειοκινητικές και σπλαγχνικές μεταβολές, που αποτελούν το υπόστρωμα των συμπτωμάτων, πραγματοποιούνται με το αυτόνομο νευρικό σύστημα, και ιδιαίτερα με το παρασυμπαθητικό του σκέλος, καθώς και με τη συμμετοχή του θυρεοειδούς και των επινεφριδίων.

Μορφές άγχους

Το άγχος εκδηλώνεται με τη μορφή οξέων επεισοδίων, που διαρκούν λίγα μόνο λεπτά και έχουν εμφανή σχέση με ανησυχιακό γεγονός στη ζωή του ασθενούς ή μπορεί να παριστάνει μια ενδηγήτη

συνεχιζόμενη κατάσταση, που διαρκεί βδομάδες μήνες ή χρόνια. Μπορεί να παρατηρηθεί αλληλουχία από οξείας προσβολές (λέγονται και πανικοί) κατά τις οποίες ο ασθενής περιπίπτει σε ανεξήγητη ψυχική κατάσταση και φοβάται το θάνατο την απώλεια του λογικού του, ή της αυτοκυριαρχίας του, την τρέλα, ή νιώθει πως μπορεί να διαπράξει κάποιο φοβερό έγκλημα. Το άτομο ασθμαίνει, έχει ταχυκαρδία, πνίγεται, ιδρώνει, τρέμει, νιώθει γαστρική δυσφορία και έχει ανορεξία. Στην επίμονη, παρατεταμένη μορφή παρατηρούνται μικροτέρου και κυμαινόμενου βαθμού νευρική ανησυχία, ευρεθιστότητα, κόπωση, αϋπνία, δυσανεξία στο μυϊκό έργο και κεφαλαλγία πιεστικού ή εντασιακού τύπου. Οι μεμονωμένες προσβολές άγχους και οι χρόνιες καταστάσεις μεταπίπτουν η μία στην άλλη.

Το επεισόδιο άγχος χωρίς διαταραχή της διαθέσεως (δηλ. κατάθλιψη) ταξινομείται συνήθως ως αγχώδης νεύρωση. Η χρόνια μορφή με προέχον χαρακτηριστικό τη δυσανεξία στο μυϊκό έργο λέγεται νευροκυκλοφορική ασθένεια. Το άγχος όμως μπορεί να συνδυάζεται με άλλα σωματικά συμπτώματα στην υστερία και ν' αποτελεί τον περιοριστικό παράγοντα στη φοβική νεύρωση. Το επίμονο άγχος με αϋπνία, εξάντληση και κόπωση, ανεξάρτητα από την ψυχική διάθεση, πρέπει πάντοτε να εγείρει την υποψία για την παρουσία καταθλιπτικής ψυχώσεως, ιδιαίτερα, όταν εμφανίζεται σε ηλικιωμένους.

Συχνά το άγχος δεν αποτελεί παρά μόνο μία συνιστώσα μιας πολύ βαρύτερης κατάστασης, που μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία ή άλλη αντικοινωνική πράξη.

"Μήπως είσαι ο άνθρωπος του στρες;" της ΛΟΥΤΣΙΑ ΠΟΥΡΙΣΙΟΛ.
(ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, Τρίτη 3 Δεκεμβρίου 1991).

Και οι πλούσιοι κλαίνε και απελπίζονται, όταν δεν μπορούν να δώσουν ένα νόημα στη ζωή τους και γίνονται εύκολη λεία του

στρες, κυρίως αν οι εκλογές τους στον τομέα της εργασίας έχουν αποτέλεσμα μία πτώση των κερδών ή κάτι ανάλογο. Πράγματι, οι στόχοι, οι αξιολογήσεις, οι εκτιμήσεις, οι αξίες, όσον αφορά το επάγγελμα γίνονται καθοριστικές, πέρα από την προσωπικότητα και το περιβάλλον, στο να βρεθεί μία απάντηση στα ερωτήματα γύρω από το στρες.

Ο καθηγητής Τούλιο Μποναρέτι, υπεύθυνος του Διαγνωστικού Θεραπευτικού τμήματος Ψυχολογίας και Νευρολογίας της Κλινικής Ιατρικής Εργασίας του Μιλάνου και οι γιατρίνες Τιτσιάνα Οσόλα και Τζιόνα μαρία Ανιέλι, ψυχολόγοι βασισμένοι στις εμπειρίες των ιατρικών, για παθήσεις του εργασιακού στρες, της κλινικής, ετοίμασαν μία μελέτη, από την οποία προκύπτει ποιά είναι τα "άτομα υψηλού κινδύνου", όσον αφορά το στρες.

1. Αυτοί που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να έχουν έναν έλεγχο πάνω στα γεγονότα της ζωής, αυτοί που έχουν την τάση να αισθάνονται θύματα διάφορων περιστατικών και συνδέουν αυτά τα περιστατικά με την τύχη, τη μοίρα ή με τη θέληση, την ισχύ και την εξουσία κάποιου άλλου ("χώρος εξωτερικού ελέγχου").

2. Οι εσωστρεφείς, αυτοί που έχουν την τάση να στρέφονται κυρίως στον εαυτό τους και στις εμπειρίες τους, οι δειλοί και οι κομπλεξικοί στις σχέσεις τους με τους άλλους.

3. Οι νευρωτικοί, που η προσωπικότητά τους χαρακτηρίζεται από τις διακυμάνσεις στις ψυχικές καταστάσεις την υπεραισθησία απέναντι στους ερεθισμούς του περιβάλλοντος, το μηδαμινό σχεδόν έλεγχο του άγχους, την όχι και μεγάλη αυτοεκτίμηση και τις συνέπειές της σε ότι αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα με όχι υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης επιζητούν την επιδοκιμασία και την αποδοχή των άλλων και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες επιπλοκές, σχετικά με την επαγγελματική και την προσωπική ζωή.

4. Οι υποτονικοί, αυτοί που η προσωπικότητά τους χαρακτηρίζεται από τη χαμηλή στάση στις ψυχικές διαθέσεις, το διάχυτο πεσιμισμό, την έλλειψη προοπτικής, καθώς και από ένα πλέγμα ενοχής που κάνει το άτομο πιο ευάλωτο απέναντι και σε ασήμαντα περιστατικά της ζωής.

5. αυτοί που παρουσιάζουν μια αρνητική συναισθηματική στάση στα διάφορα γεγονότα της ζωής και βλέπουν κυρίως τις πιο δυσάρεστες πλευρές σε ότι αφορά τους εαυτούς τους και τους άλλους, υποτιμώντας τις ικανότητές τους και μη δίνοντας σημασία στις θετικές πλευρές στο χώρο της εργασίας ή στο γενικότερο περίγυρο τους.

6. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από ανταγωνισμό, φιλοδοξία, επιθετικότητα, ανυπομονησία, βιασύνη και από φόβο μη χάσουν το χρόνο τους και από την τάση να μη δίνουν σημασία σε ενδείξεις κόπωσης. Διάφορες έρευνες για το στρες έχουν αποδείξει πόσο σημαντικό είναι να αναφερθούν οι λόγοι και οι αξίες για να απαντηθούν τα ερωτήματα γύρω από το στρες:

"Το παρελθόν των αρχέγονων προγόνων μας", διαβεβαιώνει ο καθηγητής Μποναρέτι, "δημιουργεί τις προϋποθέσεις για τον εαυτό μας, όπως δημιουργεί προϋποθέσεις και η τύχη της παιδικής μας ηλικίας. Οι προϋποθέσεις αυτές μας υποχρεώνουν να έχουμε μια συμπεριφορά μη κατάλληλη με τις σημερινές καταστάσεις. Οι ερεθισμοί κάθε είδους, οι συνεχείς πληροφορίες αυξάνουν την ένταση των νεύρων μας. Ανταγωνισμός και συγκρούσεις συμπλέκονται και δίνουμε βάρος σε επιμέρους μορφές, στιγμιαίες, επειδή οι αξίες με σημασία στη ζωή κλυδωνίζονται, δεν είναι σταθερές. Μα η υγεία είναι σφαιρικό γεγονός και οι αξίες χρησιμεύουν σε μια ψυχοσωματική ευεξία, στο να ξεπερνώνται οι καθημερινές απογοητεύσεις".

Γι' αυτό εκτός από τη μελέτη του εαυτού μας, του τύπου εργασίας και του ενδιαφέροντος, με τον οποίο την εκτελούμε, του ρόλου που αναλαμβάνουμε (αμφιλεγόμενου), σύγκρουσης ή επιβεβαρημένου), της οργάνωσης και των σχέσεων με τους συναδέλφους θα πρέπει να αναλύουμε και την ποιότητα ζωής έξω από τα εργασιακά πλαίσια. "Το να έχεις μια ικανοποιητική ζωή, με την κοινωνική και συναισθηματική έννοια", λέει ο καθηγητής Μποναρέτι, "και να συμμετέχεις σε εξωεργασιακή δράση, κοινωνική, πολιτική, ψυχαγωγική, μπορούν να αποτελέσουν μία σημαντική πηγή συναισθηματικής στήριξης και ένα ισχυρό εναλλακτικό μέσο σε ότι αφορά επιτεύγματα και ψυχική ικανοποίηση".

Ένα ισχυρό φάρμακο για την καταπολέμηση του στρες, σύμφωνα με τον ψυχολόγο και ανθρωπολόγο Μπράνκο, Μπόκουμ, είναι και η ειρωνία. Το να μπορείς να γελάς με τον εαυτό σου, να μην τον παίρνεις πολύ σοβαρά και να μην πηγαίνεις κόντρα στη φύση σου, αναλαμβάνοντας φανταστικούς ρόλους που υπαγορεύονται μόνο από τη φιλοδοξία, είναι ένας από τους λίγους αποτελεσματικούς τρόπους για την καταπολέμηση και εξουδετέρωση αυτού του "δώρου της εξέλιξης".

Για τον Μπόκουμ, το στρες είναι ένα "βιοχημικό" πρόβλημα, που προκύπτει από το προαιώνιο υπαρξιακό ανικανοποίητο του ανθρώπου, που γίνεται αισθητό όταν ο εγκέφαλος αντιλαμβάνεται "τη βιοχημική αστάθεια των "κυττάρων του". Ο άνθρωπος, προκειμένου, ν'αναπαράγει το ανικανοποίητο εφευρίσκει ένα φάσμα ψευδαισθήσεων επιδιώξεως εξουσίας, που μετατρέπονται σε άγχος από φόβο μήπως και δεν πραγματοποιηθούν. Όταν το άγχος φτάνει σε υψηλά επίπεδα, εμφανίζεται το στρες, με όλες τις συνέπειές του. Για να ζούμε καλύτερα, με λίγα λόγια, σύμφωνα με το Γιουγκοσλάβο ερευνητή, θα ήταν αρκετό να αναγνωρίζαμε και να σεβόμαστε τα όριά μας. Με μια φράση το γνώθι σαυτόν. (Από το Salute Corriere).

Stress και προσωπικότητα

- Ο ρόλος του ψυχολογικού παράγοντα στην παθογένεια της στεφανιαίας νόσου έχει επισημανθεί από τις αρχές του 20ου αιώνα και βρίσκεται υπό έρευνα εδώ και αρκετά χρόνια. Στην επίδραση του Stress και μιας ιδιαίτερης συμπεριφοράς αποδίδεται η αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από στεφανιαία νόσο που παρατηρείται σε ομάδες ατόμων συγκριτικά με άλλες πληθυσμιακές ομάδες, που έχουν στον ίδιο βαθμό τους κλασσικούς προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, την υπέρταση και την υπερλιπιδαιμία.

- Το Stress έχει ενοχοποιηθεί για σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες αιφνίδιο θάνατο και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι παρατηρήσεις αναφέρονται σε γεγονότα όπως ο θάνατος συζυγου, αλλαγή κατοικίας, πρόσθετος όγκος εργασίας, αφαίρεση υπηρεσιακών καθηκόντων ή απώλεια γοήτρου, τα οποία προκάλεσαν κατάθλιψη, ανησυχία, θυμό ή κόπωση και συνέβησαν μήνες ή βδομάδες προ του στεφανιαίου επεισοδίου. Η απογοήτευση από ανεργία, επαγγελματική ή οικογενειακή αποτυχία είναι πιθανόν ότι οδηγεί συχνότερα στη στεφανιαία νόσο.

- Η ψυχολογική αντίδραση στα ίδια γεγονότα του περιβάλλοντος διαφέρει από άτομο σε άτομο, και stress παθαίνει εκείνος που τα ερμηνεύει με έντονο συναισθηματισμό.

Προσωπικότητες τύπου A και B

- Πολλοί συγγραφείς πιστεύουν ότι άτομα με προσωπικότητα τύπου A κινδυνεύουν περισσότερο από άτομα με προσωπικότητα τύπου B. Στον τύπου A περιλαμβάνονται φιλόδοξα, ανήσυχια, δραστήρια, επιθετικά άτομα με πολλούς στόχους υπό προθεσμία, τους οποίους είναι δύσκολο να φτάσει κανείς. Αντιδρούν έντονα, σχεδόν εχθρικά, στις αλλαγές του περιβάλλοντος και ομιλούν γρήγορα με έμφαση.

Μελετούν περισσότερο, παίρνουν μεγαλύτερους βαθμούς στα εκπαιδευτήρια και βιάζονται να πετύχουν επαγγελματικά. Εκείνοι που δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά ανήκουν στον τύπο Β. Η σχέση της προσωπικότητας Α με τη στεφανιαία νόσο έχει παρατηρηθεί για τη στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και υποτροπές με θανατηφόρα επεισόδια.

- Από βιοχημικής πλευράς τα άτομα τύπου Α κατά τη διάρκεια stress παρουσιάζουν βραχύτερο χρόνο πήξεως, υψηλότερες τιμές κατεχολαμινών στο αίμα και μετά έντονη άσκηση, αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων συγκριτικά με τα άτομα τύπου Β. Επίσης οι ακραιφνέστεροι του τύπου Α αναφέρεται ότι έχουν υψηλότερα επίπεδα λιπιδαιμίας.

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Αναφέρονται δύο αξιοσημείωτες παρατηρήσεις του Γεωργίου Σαραντίτη στο βιβλίο του "Η κορληστερίνη και ο βιολογικός ρόλος της", Αθήνα, Μάρτιος 1976, σχετικά με τους καπνιστές και το κάπνισμα: "ένας λαός πρέπει να θεωρείται τόσο περισσότερο πολιτισμένος, όσο λιγότερο καπνό καταναλίσκει" και "ο κάθε καπνιστής πρέπει να γνωρίζει ότι ο βαθμός καλής υγείας του είναι αντιστρόφως ανάλογος του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζει".

Γράφτηκε σ' ένα άρθρο της εφημερίδας "ΕΘΝΟΣ", Τρίτη 10 Δεκεμβρίου 1991 "Κόψτε το κάπνισμα εδώ και τώρα. Το μήνυμα προέρχεται από τους οργανισμούς υγείας όλου του κόσμου. Μην καπνίσετε ποτέ!. Είναι επίσης το μήνυμα για τους εφήβους και νέους που θέλουν να γίνουν καπνιστές.

Στην Ελλάδα πάνω από 10.000 θάνατοι το χρόνο οφείλονται στο κάπνισμα. Οι συστηματικοί καπνιστές αφαιρούν 5' ζωής με κάθε ένα τσιγάρο που καπνίζουν.

Ο καπνός που καίγεται περιέχει τρία πολύ επικίνδυνα χημικά συστατικά: τη νικοτίνη, την πίσσα και το μονοξειδίο του άνθρακα.

- Η πίσσα είναι κολλώδες μίγμα ουσιών που εναποτίθεται στους πνεύμονες.

- Το μονοξείδιο του άνθρακα μειώνει τη μεταφορά οξυγόνου στους διάφορους ιστούς και όργανα μέσω των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

- Η νικοτίνη, τέλος, είναι η ουσία που απορροφώμενη από τους πνεύμονες δρα κυρίως στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Επιδρά επίσης στην καρδιά, την πίεση του αίματος και στο κυκλοφορικό σύστημα. Το μεγάλο κακό της νικοτίνης είναι ο ΕΘΙΣΜΟΣ που προκαλεί, δημιουργώντας μεγάλη δυσκολία σ' αυτούς που προσπαθούν να το κόψουν. Η έλλειψη της δόσης της νικοτίνης προκαλεί συνήθως: εκνευρισμό, υπνηλία, υπερκινητικότητα, πονοκεφάλους και πιθανόν, στομαχικές ενοχλήσεις.

Οι κίνδυνοι

- Οι καπνιστές αρρωσταίνουν συχνότερα
- Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι συχνότερες ανάμεσα στους καπνιστές
- Οι καπνιστές έχουν 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάσχουν από χρόνια νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (βρογχίτιδες, τραχειίτιδες, άσθμα, κ.τ.λ.)
- Ο βήχας των καπνιστών που γίνεται μόνιμος, με την πάροδο του χρόνου
- Παθαίνουν ευκολότερα φαρυγγίτιδα - λαρυγγίτιδα, οισοφαγίτιδα
- Το έλκος στομάχου είναι συχνότερο ανάμεσα στους καπνιστές
- Οι άνδρες καπνιστές έχουν χειρότερη παραγωγή σπέρματος
- Το δέρμα των καπνιστών γερνάει γρηγορότερα
- Οι γυναίκες καπνίστριες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών, αυξάνουν κατά 20 φορές τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής

- Οι έγκυες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν δύσκολο ή πρόωρο τοκετό
- Το βάρος του εμβρύου μπορεί να είναι μικρότερο του φυσιολογικού
- Η θνησιμότητα των παιδιών με μητέρες καπνίστριες κατά τη διάρκεια ή και μετά τον τοκετό, είναι 30 φορές μεγαλύτερη απ' ότι όσων δεν καπνίζουν"

Σύμφωνα με το καθηγητή Πώλο Τουτούζα σε σχέση με το κάπνισμα στο βιβλίο του "Καρδιολογία": στο σύνολο οι καπνιστές έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη καπνιστές να πάθουν στεφανιαία ανεπάρκεια. Το κάπνισμα ευθύνεται, ιδίως σε νέα άτομα, για θανατηφόρες κοιλιακές αρρυθμίες και επεισόδια ενδοαρτηριακής θρόμβωσης λόγω δράσεως της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα.

Επίσης το κάπνισμα είναι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες της περιφερικής αποφρακτικής αρτηριοπάθειας και του ανευρύσματος της αορτής. Αν ληφθεί υπόψη και η σχέση του με τον καρκίνο και τη χρόνια πνευμονική νόσο τόσο στους μεσηλικές η θνησιμότητα από οποιαδήποτε αιτία είναι σχεδόν διπλάσια στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Υποστηρίζεται ότι ο συνδυασμός καφέ και τσιγάρου είναι ακόμη πιο επιβλαβής παρά μόνο το κάπνισμα.

Κίνδυνος από το κάπνισμα. Σημασία συνύπαρξης άλλων προδιαθεσικών παραγόντων:

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος είναι έκδηλη σε πληθυσμούς, που καταναλίσκουν άφθονα κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη, δηλαδή ουσίες με τις οποίες ευνοείται η ανάπτυξη της αθηροσκλήρυνσης. Στους Ιάπωνες με τη λιτή διαίτα η σχέση καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου είναι μάλλον ασθενής.

Ο κίνδυνος από το κάπνισμα είναι ανάλογος του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται. Όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο το κάπνισμα σχετίζεται περισσότερο με τον αιφνίδιο θάνατο ιδιαίτερα στα νέα άτομα και το έμφραγμα του μυοκαρδίου παρά με τη στηθάγχη. Ο κίνδυνος του θανατηφόρου ή μη στεφανιαίου επεισοδίου αυξάνεται πολύ περισσότερο αν ο καπνιστής πάσχει από υπερλυπιδαιμία, υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη.

Σε μια εξαετή μελέτη οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στην ηλικία των 40 ετών αναφέρεται ότι: α) Για τα άτομα που δεν καπνίζαν και είχαν χοληστερόλη 185mg/10ml και διαστολική πίεση < 80mmHg η πιθανότητα προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν 7 στους 1000. β) Για τα άτομα που καπνίζαν 40 τσιγάρα την ημέρα και με τις παραπάνω τιμές χοληστερόλης αίματος η πιθανότητα προσβολής ήταν 20 στους 1000. γ) Για τους καπνιστές με χοληστερόλη αίματος 260mmHg περίπου και διαστολική πίεση 95 mmHg η πιθανότητα εμφράγματος ήταν 50 στους 1000.

Φίλτρο - Κάπνισμα πίπας ή πούρου:

Με το φίλτρο δεν φαίνεται να εκμηδενίζονται ούτε καν να περιορίζονται οι κίνδυνοι του καπνίσματος. Ακόμη μηδαμινό είναι το όφελος όταν ο καπνός περιέχει μικρά ποσά νικοτίνης ή πίσσας, γιατί στις περιπτώσεις αυτές έχει παρατηρηθεί ότι ο κόσμος καπνίζει περισσότερα τσιγάρα και εισπνέει βαθύτερα τον καπνό. Το κάπνισμα πίπας και λιγότερο του πούρου, είναι αθώωτερο από το κάπνισμα τσιγάρου, αυτό όμως υποστηρίζουν οι Kuller και συνεργάτες, δεν επιτρέπει στο γιατρό τη σύσταση του αντί του τσιγάρου, διότι μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι από την πίπα ή το πούρο ο καπνιστής διατρέχει μικρότερο κίνδυνο στεφανιαίου επεισοδίου.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Οι πρώτοι περιορισμοί στην καλλιέργεια του καπνού επιβλήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για οικονομικούς λόγους, αλλά οι ίδιοι ακριβώς λόγοι οδήγησαν στη γρήγορη κατάργηση των απαγορεύσεων.

Από τη δεκαετία του 1960 η αναγνώριση του καπνίσματος σαν ενός από τους μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία, ο υπολογισμός της μεγάλης οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται και η τεράστια πίεση από τον ιατρικό κόσμο, υποχρέωσε τις κυβερνήσεις πολλών κρατών να αρχίσουν πάλι τη μάχη κατά του καπνίσματος και να επιδοθούν σε έντονες αντικαπνιστικές εκστρατίες.

Τα σύγχρονα αντικαπνιστικά μέτρα είναι κυρίως η νομοθεσία, η πληροφόρηση και η εκπαίδευση σε θέματα υγείας. Εχει διαπιστωθεί ότι εφόσον αυτά τα μέτρα ξεκινήσουν μαζί, είναι καλά συντονισμένα και οργανωμένα έχουν συνεργική δράση.

(I) Νομοθετικά μέτρα

α. Ενα από τα πρώτα νομοθετικά μέτρα ήταν η υποχρέωση των καπνοβιομηχανιών ν' αναγράφουν στα πακέτα των τσιγάρων προειδοποιήσεις για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Το μέτρο αυτό ισχύει σήμερα σε 40 περίπου χώρες.

Αναφέρονται χαρακτηριστικά παραδείγματα από διάφορες χώρες όπως:

- η Αγγλία: "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΛΑΨΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ"
- οι ΗΠΑ: "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ, ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ, ΕΜΦΥΣΗΜΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΙΠΛΕΞΕΙ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ"
"ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΓΥΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΣΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ, ΠΡΩΩΡΟ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ"
- η Ισλανδία: "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΘΕΤΕΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ"

"ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΤΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ"

- η Νορβηγία: "Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΟΣΗΣΗΣ"
- η Αυστραλία: "ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΕΦΝΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ"

β. Η απαγόρευση της διαφήμισης και της προώθησης των τσιγάρων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

γ. Απαγόρευση της αγοράς και της κατοχής τσιγάρων και των άλλων προϊόντων του καπνού σε άτομα ηλικίας κάτω των 16 ετών.

δ. Απαγόρευση της κυκλοφορίας τσιγάρων που αποδίδουν βλαπτικούς παραγόντες όπως η πίσσα, η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα πάνω από καθορισμένα όρια όπως συμβαίνει στην Αίγυπτο, στο Κουβέιτ, και τη Φιλανδία.

(II) Ενημερωτικά και μορφωτικά προγράμματα

α. Πληροφόρηση:

Με δημοσιεύσεις στις εφημερίδες και τα περιοδικά, τακτικές εκπομπές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

β. προγράμματα διακοπής του καπνίσματος:

Η χρησιμοποίηση τεχνικών δημόσιας εκπαίδευσης για την ενθάρρυνση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα υπήρξε επιτυχής στον Καναδά, τις ΗΠΑ και στην Φιλανδία.

γ. Προγράμματα πρόληψης:

Η αποτροπή των νέων από το ναρχίσουν το κάπνισμα φαίνεται να είναι πιο αποδοτική, παρά τις προσπάθειες να πεισθούν οι ενήλικες καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα.

(III) Οικονομικές παρεμβάσεις

α. Φορολογία

Η αύξηση της φορολογίας είναι το πιο ισχυρό όπλο στον έλεγχο

του καπνίσματος. Κλασσικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου πέντε αυξήσεις στις τιμές των τσιγάρων από το 1971-1978 είχαν σαν συνέπεια τη μείωση της συνολικής κατανάλωσης των τσιγάρων κατά 9%.

β. Αντικατάσταση της καλλιέργειας του καπνού.

Η πλήρης κατάργηση της καλλιέργειας του καπνού είναι μάλλον μια ιδεαλιστική άποψη για το πρόβλημα παρά μια εφικτή πραγματικότητα. Μέχρι σήμερα καμιά χώρα δεν επιχείρησε κάτι τέτοιο. Ίσως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας θα πρέπει να καταρτίσει και να χρηματοδοτήσει σε συνεργασία με τις κυβερνήσεις των κρατών προγράμματα αντικατάστασης της καλλιέργειας του καπνού με άλλα είδη.

Άλλες προτάσεις για την υλοποίηση των οποίων όμως χρειάζονται περισσότερα χρήματα είναι:

- 1) Έκδοση ειδικού τετράπτυχου που θα αναλύει τη σχέση υγείας-καπνίσματος.
- 2) Φιλοτέχνηση αφίσας για το γενικό πληθυσμό της χώρας, η οποία θα τοποθετηθεί στα δημόσια κτίρια, συγκοινωνιακά μέσα, δήμους και κοινότητες.
- 3) Φιλοτέχνηση αφίσας που θα απευθύνεται στους μαθητές, η οποία βοηθά στην "απομυθοποίηση του τσιγάρου".
- 4) Αντικαπνιστικές γελοιογραφίες που θα απευθύνονται σε παιδιά και σε ενήλικες και θα καταχωρηθούν στον τύπο.
- 5) Ειδικά έντυπα με θέμα το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης και οι βλαβερές συνέπειές του.
- 6) αγορά ειδικών αντικαπνιστικών βίντεο από διεθνείς οργανισμούς, που θα προβληθούν από την τηλεόραση, καθώς και η παραγωγή άλλων παρόμοιων από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

θεωρείται η κατάχρηση οινοπνευματωδών, που ασκεί επιβλαβή επίδραση τόσο στην υγεία και ικανότητας εργασία του πότη, όσο και στην οικογενειακή ζωή και στην ευημερία της κοινωνίας.

Από τα τελη του περασμένου αιώνα διαπιστώθηκε ότι η αύξηση της ευημερίας του πληθυσμού ο αλκοολισμος αρχίζει να επεκτείνεται. Η πείρα από τις σύγχρονες υπερανπτυγμένες χώρες επιβεβαιώνει αυτή τη νομοτέλεια. Στις ΗΠΑ, με τη συγκέντρωση της βιομηχανίας και του πληθυσμού στις μεγάλες πόλεις και με την άνοδο της υλικής ευημερίας και του μορφωτικού επίπεδου του πληθυσμού, ο αλκοολισμός διαδίδεται πιο πολύ. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο ότι με την αύξηση του πληθυσμού των πόλεων επεκτείνονται οι κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων διαδίδονται ευχερέστερα οι κακές συνήθειες και οξύνεται η νευροψυχική ένταση, ενώ χαλαρώνεται ο ηθικός-κοινωνικός έλεγχος.

Κοινωνικές είναι και οι ψυχολογικές αιτίες της μέθης. Με τον όρο ψυχολογικές αιτίες εννοείται το σύνολο των κινήτρων που ωθούν ορισμένα άτομα στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Οι δυσκολίες προσαρμογής στο εξωτερικό περιβάλλον, οι συγκρούσεις στα πλαίσια του στενότερου περίγυρου, η δυσαρέσκεια, η μοναξιά, η έλλειψη κατανόησης, η κόπωση, η αναποφασιστικότητα, η συναίσθηση ότι μειονεκτεί σε κάτι, και πολλά άλλα προκαλούν στο άτομο μια ψυχική κατάσταση δυσοφορίας και με την επίδραση του αλκοόλ ανακουφίζεται προσωρινά. Ωστόσο, στην βοήθεια του αλκοόλ δεν καταφεύγουν ούτε πάντοτε, ούτε όλοι όσοι βρίσκονται, σε μια ορισμένη στιγμή, σε δυσαρεστη θέση. αυτό εξαρτάται από την ατομική πείρα, από την ατομική σχέση προς το αλκοόλ καθώς και από τον τρόπο που γίνεται ο κοινωνικός έλεγχος. Μπορεί να ειπωθεί ότι όσο πιο ανεκτική είναι η κοινωνία προς την υπέρμετρη χρήση των οινοπνευματωδών και όσο λιγότερο αποδέχεται το άτομο την αντιαλκοολική θέση της κοινωνίας,

τόσο πιο διαδεδομένος είναι ο αλκοολισμός. Όταν υπάρχει εννιαία στάση της κοινωνίας κατά του αλκοολισμού, πότες γίνονται είτε τα άτομα που απορρίπτουν τον κοινωνικό έλεγχο, είτε εκείνα που ζουν έξω από τους κοινωνικούς κανόνες κοινής παραδοχής.

Πολλοί ερευνητές δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στην ατελή ανάπτυξη της προσωπικότητας των αλκοολικών και στην προδιάθεση μερικών ατόμων προς τον αλκοολισμό. Η προδιάθεση αυτή είναι επίκτητη και μπορεί να μην εκδηλωθεί αν υπάρξει σωστή διαπαιδαγώγηση (επίδραση στενού περιβάλλοντος, γονέων, φίλων) και κατάλληλος κοινωνικός έλεγχος.

Προχωρώντας εκεία διαπιστωθεί ότι ο αλκοολισμός επιδρά καταστρεπτικά σε όλα τα συστήματα και όργανα του ανθρώπου. Η διαταραχή του μεταβολισμού των βιταμινών (ιδιαίτερα της ομάδας Β) και η άμεση τοξική επενέργεια του αλκοόλ οδηγούν στην προσβολή του περιφερειακού νευρικού συστήματος, που εκδηλώνεται υπό μορφή νευρίτιδων, πολυνευρίτιδων και άλλων διαταραχών. Σχεδόν σε όλους όσους κάνουν κατάχρηση οινόπνευματων ποτών παρατηρούνται διαταραχές του νευροφυτικού συστήματος (έντονη υπερίδρωση, παγωμένες παλάμες). Σ'όσους πίνουν επί μακρό χρονικό διάστημα εμφανίζεται συχνά εξασθένηση της όρασης και της αντίδρασης της κόρης του ματιού στο φως. Σ'ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται εξασθένηση της ακοής και της όρασης.

Η επίδραση του αλκοόλ στη βλενογόνο του στομάχου προκαλεί διαταραχές όλων των λειτουργιών του και εμφάνιση χρόνιας αλκοολικής γαστρίτιδας, που συνοδεύεται από σημαντική υποχλωρυδρία ή από ακλωρυδρία. Όσο πιο μακροχρόνιος είναι ο αλκοολισμός, τόσο σοβαρότερες αλλοιώσεις γίνονται στη βλενογόνο του στομάχου.

Ακόμη η επίδραση του αλκοολισμού είναι ιδιαίτερα επιβλαβής στο ήπαρ (αλκοολική κίρρωση του ήπατος), είναι μία από τις

συνηθέστερες αιτίες νόσων του παγκρέταος (παγκρεταϊτίδας, ζαχαροδιαβήτη), της στηθάγχης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

σύμφωνα με τα στοιχεία του Ινστιτούτου καρδιολογίας της ακαδημίας Ιατρικών Επιστημών της ΕΣΣΔ, η αρτηριοσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς και των αγγείων του εγκεφάλου προσβάλλει τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ κατά 4-5 φορές συχνότερα από όσους δεν πίνουν οινοπνευματώδη ποτά. Τα άτομα που κάνουν κατάχρηση οινοπνευματωδών από τη νεανική τους ηλικία προσβάλλονται από αρτηριοσκλήρωση των αγγείων του εγκεφάλου και του μυοκαρδίου από την ηλικία ακόμα των 25-35 ετών. Το αλκοόλ προξενεί βλάβη στους ενδοκρινείς, ιδιαίτερα στους γεννητικούς αδένες. Εξασθένηση της σεξουαλικής λειτουργίας παρατηρείται στο ένα τρίτο των ατόμων που κάνουν καταχρηση αλκοόλ και σε όσους πάσχουν από χρόνια αλκοολισμό.

Τέλος, η διάρκεια ζωής του αλκοολικού είναι κατά 15 χρόνια κάτω του μέσου όρου μακροβιότητας του ανθρώπου.

ΧΡΟΝΙΟΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Είναι ασθένεια που προκαλείται από τη συστηματική κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.

Οι βιολογικές επιπτώσεις του χρόνου αλκοολισμού συνίστανται στη συνεχώς επιδεινούμενη σωματοψυχοκή εξάντληση. Αρχικά εμφανίζεται το νευρασθενικό σύνδρομο (κόπωση, εντάτνληση, διαταραχή της συναισθηματικής ισορροπίας), στο οποίο ρηοστίθεται μετά και αϋπνία, αναρεξία και διάφορες λειτουργικές διαταραχές.

Ο αλκοολισμός βαθμιαία, οδηγεί σε ψυχοπαθητική αλλοίωση, σε μείωση της νοσημοσύνης (εντάτνληση, αφηρημάδα, ελάττωση των δημιουργικών ικανοτήτων, ακόμη και άνοια) σε συναισθηματικές διαταραχές και σε διαταραχές της βούλησης (αστάθεια της ψυχικής

διάθεσης, απότομος χαρακτήρας, ασυνέπεια, έλλειψη αυτοελεγχου, απειθαρχία, ανυπομονησία, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης).

Ακόμη παρουσιάζονται ποικίλλες αλλοιώσεις της προσωπικότητας (περιορισμός κοινωνικών σχέσεων και απασχολήσεων, απώλεια ενδιαφερόντων, αδιαφορία για πνευματική ανάπτυξη, παραμόρφωση των ηθικών πεποιθήσεων, περιφρόνηση των αξιών).

Οι σωματικές διαταραχές είναι πολλαπλές και μπορούν να εμφανιστούν και στο αρχικό ακόμα στάδιο του χρόνιου αλκοολισμού, αν κάποιο σύστημα έχει εξασθενήσει. Συχνά προσβάλλονται το καρδιαγγειακό και το πεπτικό σύστημα για τα οποία έγινε εκτεταμένη αναφορά σε προηγούμενη ενότητα.

ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΚΑΙ ΗΠΑΡ

Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματος συνδέεται συχνά με βλάβη σε ένα ή περισσότερα από όλα σχεδόν τα οργανικά συστήματα. Στο πεπτικό, κύριος εκπρόσωπος σε συχνότητα και σοβαρότητα προσβολής είναι το ήπαρ.

Για να κατανοηθεί η σχέση οινοπνεύματος και ηπατοπάθειας πρέπει να διευκρινιστεί ότι:

- α) 80% περίπου του οινοπνεύματος - που χωρίς να χρειάζεται πέψη απορροφάται με απλή διάχυση, από το δωδεκαδάκτυλο και τη νηστιδα, κυρίως και διανέμεται ταχύτατα στους ιστούς - μεταβολίζεται στο ήπαρ που διαθέτει ηπεροπλία ενζύμων για την οξειδωση του, που γίνεται με απόλυτη προτερειότητα έναντι όλων των άλλων ουσιών που μεταβολίζονται στο ήπαρ.
- β) Το οινόπνευμα δεν αποθηκεύεται και οξειδώνεται υποχρεωτικά.
- γ) Η μεταβολική ικανότητα του ήπατος ενός ατόμου που δεν πίνει είναι 160-180 γραμμάρια την ημέρα.
- δ) Το οινόπνευμα προκαλεί επαγωγή των ενζύμων που

χρησιμοποιούνται στο μεταβολισμό του και γι' αυτό το λόγο ο αλκοολικός, τουλάχιστον την περίοδο που δεν έχει ακόμη ηπατικές βλάβες, μπορεί να μεταβολίσει περισσότερο.

Ποιές είναι οι ενδείξεις ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος σχετίζεται με ηπατοπάθεια;

Ενας κλασικός τρόπος στη μελέτη αυτής της σχέσης είναι η συσχέτιση της θνητότητας από κίρρωση, που εκφράζει τη συχνότητα της ηπατικής βλάβης σε κάποιο βαθμό, προς την κατανάλωση οινοπνεύματος σε κάθε χώρα. Η πολύ στενή σχέση τους διαπιστώνεται εύκολα στον πίνακα I που παρατίθεται (Morgan 1981).

Πίνακας I: Σχέση θνητότητας από κίρρωση και κατανάλωση οινοπνεύματος (Morgan 1981)

	Θάνατοι από κίρρωση σε πληθυσμό 100.000 ηλικίας > 25 χρόνων	Κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνεύματος/έτος (λίτρα καθαρού οινοπνεύματος)
Γαλλία	57,2	16,4
Πορτογαλία	55,1	14,1
Ιταλία	52,1	14,0
Δυτ. Γερμανία	39,6	11,3
Ισπανία	38,8	11,7
Η.Π.Α.	28,6	5,8
Καναδός	19,6	6,5
Σουηδία	15,6	5,7
Ολλανδία	7,4	4,8
Μεγ. Βρετανία	5,7	6,2

Η σχέση αυτή υποστηρίζεται ακόμα από τη σημαντική μείωση της ηπατοπάθειας, γενικά, στην εποχή της ποτοαπαγόρευσης, ενώ στη Γαλλία, μεταξύ 1941 και 1947, η υποχρεωτική μείωση της κατανάλωσης κρασιού από 5 σε 1 λίτρο την εβδομάδα οδήγησε σε ελάττωση της θνητότητας από κίρρωση κατά 80% περίπου και αυτό γιατί ένας μικρός δείκτης, αφού στην κλινική πράξη μη κίρρωτική αλκοολική ηπατοπάθεια είναι τουλάχιστον διπλάσιος συχνότητας.

Παρατηρήσεις σαν τις παραπάνω, όπως και πειραματικές μελέτες σε ζώα, έχουν καταστήσει τη σχέση οινόπνευματος και ηπατοπάθειας αναντίρρητη.

Κάτω από ποιές συνθήκες προκαλεί το οινόπνευμα ηπατοπάθεια;

Με βάση επιδημιολογικές παρατηρήσεις, φαίνεται ότι η παρουσία αλκοολικής ηπατοπάθειας σχετίζεται παγκόσμια, με την περιεκτικότητα σε οινόπνευμα και όχι τον τύπο του οινόπνευματώδους ποτού ή την περιεκτικότητά του σε μη αλκοολούχα συστατικά και άλλες προσθετικές ουσίες.

Η μέθη δεν αποτελεί προϋπόθεση για την ηπατοπάθεια, που αναπτύσσεται σε πολλά επιτυχημένα, ενεργητικά, παραγωγικά άτομα.

Ο σταθερός καθημερινός πότης κινδυνεύει πολύ περισσότερο από τον ευκαιριακό που πίνει π.χ. τα Σββατοκιύριακα και του οποίου η συνολική κατανάλωση είναι ίδια, ίσως γιατί ο δεύτερος δίνει μια ευκαιρία στους ιστούς για αποκατάσταση και ίσως, ακόμα γιατί διατρέφεται καλύτερα.

Αυτό το τελευταίο, η σχέση δηλαδή της διατροφής με την ηπατοτοξικότητα του οινόπνευματος έχει ζητηθεί για πολλά χρόνια.

Τελευταία, μετά τα πειράματα του Lieber και του Rubin, η κατ' ευθείαν ηπατοτοξικότητα του οινόπνευματος έχει γίνει σχεδόν απ' όλους αποδεκτή. Ο πρώτος κατόρθωσε να αναπαραγάγει σε πιθήκους όλα σχεδόν τα στάδια αλκοολικής ηπατοπάθειας και να δείξει ότι

επαρκής διατροφή δεν προσφέρει προστασία, ενώ ο δεύτερος αντικαθιστώντας ισοθερμιδικά υδατάνθρακες με οινόπνευμα, σε δίαιτες που περιείχαν φυσιολογική ή αυξημένη ποσότητα πρωτεϊνών, απέδειξε λιπώδη διήθηση του ήπατος, σε εθελοντές, μετά τρεις εβδομάδες.

Ακόμα, η μεγάλη συχνότητα αλκοολικής ηπατοπάθειας στη Γαλλία και στη Χιλή σχετίζεται με τη μεγάλη κατανάλωση κρασιού σ' αυτές τις χώρες και όχι με τη διατροφή του μεσαίας τάξεως Γάλλου έναντι του φτωχού πληθυσμού της Χιλής. Νωρίτερα επίσης αναφέρθηκε η ελάττωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας στη Γαλλία στο 20 παγκόσμιο πόλεμο με την ελάττωση κατανάλωσης οινοπνεύματος, παρά την επιδείνωση της διατροφής.

Παρά το αναντίρρητο τη ηπατοτοξικότητας του οινοπνεύματος, το ερώτημα της συμμετοχής της διατροφής στη δημιουργία ή τουλάχιστον τον περιορισμό και το βαθμό επανόρθωσης της ηπατικής βλάβης παραμένει και θα μπορούσε ίσως να ισχύει η υπόθεση ενός ερευνητή ότι: υπάρχει μια ποσότητα οινοπνεύματος που γίνεται ανεκτή χωρίς ηπατική βλάβη υπό καλές διαιτητικές συνθήκες. Υπάρχει όμως και ένα όριο τοξικότητας του οινοπνεύματος, πέρα από το οποίο διαιτητικοί χειρισμοί δεν προσφέρουν προστασία.

Κι έτσι φθάνουμε στο όριο τοξικότητας μιλώντας πάντα για το ήπαρ. Γενικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι όσο μεγαλύτερη και μακροχρονέστερη η κατανάλωση τόσο υψηλότερη η συχνότητα και η βαρύτητα της αλκοολικής ηπατοπάθειας.

Η ασφαλής καθημερινή κατανάλωση οινοπνεύματος είναι αβέβαιη. παλιότερα, τα 160 γραμ. συνηθίζονταν να θεωρούνται όριο για την ηπατοτοξικότητα. Σήμερα το όριο έχει κατέβει στα 60 γραμμάρια για τους άνδρες και ακόμα χαμηλότερα, στα 40 ή κατά μερικούς στα 20, για τις γυναίκες. Σημειώνεται ότι τα 60 γραμμάρια, αντιστοιχούν

σε 4 μπουκάλια μπύρα, ή 1 1/2 μπουκάλι κρασί ή 4 διπλά ουίσκι.

10-15% από αυτούς που πίνουν καθημερινά γύρω στο όριο παρουσιάζουν κάποιου βαθμού ηπατοπάθεια μετά 5 περίπου χρόνια. Με την αύξηση της ημερήσιας κατανάλωση μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων και σε μικρότερο χρόνο θα αναπτύξει κάποια βλάβη. Με άλλα λόγια, αυτοί που πίνουν 60-80 γραμμάρια την ημέρα έχουν 14 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν σοβαρή ηπατική βλάβη από εκείνους που πίνουν μέχρι 20 γραμμάρια την ημέρα. Σ' αυτό το επίπεδο, των 60-80 γραμμαρίων, ο κίνδυνος για τις γυναίκες είναι τουλάχιστον 35 φορές μεγαλύτερος. Ιδιαίτερα θα πρέπει να επισημανθεί αυτή η μεγαλύτερη ευαισθησία των γυναικών που αναπτύσσουν ηπατική βλάβη μετά ελαφρότερη και βραχύτερη έκθεση στο οινόπνευμα απ' ό,τι οι αρρενες χωρίς βέβαια γι' αυτό να ευθύνεται μόνο το μικρότερο σωματικό βάρος των γυναικών, όπως έχει υποστηριχθεί. Έχει βρεθεί ακόμα ότι οι γυναίκες έχουν πιο σοβαρή ηπατική βλάβη, και αυτό μπορεί να οφείλεται στην πιο εύκολη προσέλευση για εξέταση των αρρένων, από εργασιακούς ή ασφαλιστικούς λόγους, ενώ οι γυναίκες προσέρχονται μόνο όταν εμφανισθούν συμπτώματα.

Τι ιστολογικές βλάβες κάνει το οινόπνευμα στο ήπαρ:

Η συχνότερη αλλοίωση, που αναπτύσσεται σύντομα, και που σύντομα υποχωρεί με τη διακοπή του οινοπνεύματος, είναι η λιπώδης διήθηση. Μια πολύ ενδιαφέρουσα και χαρακτηριστική πρώιμη αλλοίωση είναι η περικεντρική εκλήρυνση, γύρω από τις κεντρικές φλέβες, που η παρουσία της σε ένα λιπώδες ήπαρ συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για σοβαρότερη ηπατική βλάβη και ανάπτυξη κίρρωσεως. Η αλκοολική ηπατίτις είναι φλεγμονώδης αλλοίωση που είναι προοδευτική, αλλά και αναστρέψιμη και που εκφράζεται παθολογοανατομικά από οίδηματώδη ηπατοκύτταρα, φλεγμονώδη αντίδραση από πολυμορφοπύρρηνα κυρίως και ίνωση, αλλοιώσεις που βρίσκονται κυρίως σε

κεντρολοβιακές περιοχές. Ένα ιδιαίτερο αλλά όχι αποκλειστικό χαρακτηριστικό, μια και παρατηρείται και σε άλλες ηπατοπάθειες, είναι τα σωματίδια Mallory μια άμορφη ηωσινόφιλη ουσία που περιέχεται στα ηπατοκύτταρα. Η αλκοολική ηπατίτις δεν περιλαμβάνει αναγκαστικά λιπώδη διήθηση ή κίρρωση, αν και συχνά συνδυάζεται με αυτές τις καταστάσεις.

Η κίρρωση, τέλος, μικροζώδης συνήθως, εκφράζει ένα προχωρημένο μη ανιστρεπτό στάδιο αλκοολικής ηπατοπάθειας.

Η συχνότητα με την οποία συναντώνται αυτές οι βλάβες σε αλκοολικούς ποικίλλει στις διάφορες χώρες. Μια ιδέα μπορεί να παρθεί από την ανάλυση των βιοψιών 5.000 περίπου αλκοολικών στην Αμερική. Μόνο λιπώδης διήθηση βρέθηκε στο 30%, αλκοολική ηπατίτις χωρίς κίρρωση στο 20%, κίρρωση στο 25%, ενώ το υπόλοιπο 25% δεν παρουσίαζε καμία αλλοίωση.

Η κλινική εμφάνιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας δεν ανταποκρίνεται συχνά στην ιστολογική βλάβη. Ιδιαίτερα πάντως θα πρέπει να τονισθεί η εικόνα οξείας χολοκυστοπάθειας που δίνει τις περισσότερες φορές η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα, με τον έντονο πόνο στο δεξιό υποχόνδριο, τον πυρετό, τη λευκοκυττάρωση και την αυξημένη αλκαλική φωσφατάση που συνοδεύεται από μόνο μέτρια αύξηση τρανσαμινασών.

Πρώιμη διάγνωση της όχι σοβαρής μορφής αλκοολικής ηπατοπάθειας μπορεί να στηριχθεί στη σχέση SGOT/SEPT, που είναι υπέρ της SGOT σε αντίθεση με άλλες ηπατοπάθειες, την αύξηση των χολικών οξέων, ποθού είναι ένας πολύ ευαίσθητος δείκτης ηπατοκυτταρικής βλάβης, όχι πολύ πρακτικός όμως, την αύξηση της γ-GT και την ύπαρξη μακροκυττάρωσης. Από αυτά τα στοιχεία τα τρία πρώτα είναι θετικά στο 50-60% των ασθενών που δεν έχουν ηπατομεγαλία. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι αυξημένη γ-GT, όπως

και μακροκυττάρωση, βρίσκονται συχνά σε αλκοολικούς με φυσιολογικό ήπαρ, είναι δηλαδή περισσότερο δείκτες κατάχρησης οινόπνευματος παρά νόσου.

Θα πρέπει να τονισθεί εδώ ότι η αξία της πρώιμης διάγνωσης ενισχύεται ιδιαίτερα από το ότι η πρόγνωση στην αλκοολική ηπατοπάθεια, πριν το μη αντισρεπτό στάδιο της κίρρωσης, είναι καλύτερη από κάθε άλλη χρόνια ηπατοπάθεια, αν διακοπεί ή τουλάχιστον ελαττωθεί σημαντικά η χρήση οινόπνευματος και αποκατασταθεί καλή διαίτα.

Ως προς το μηχανισμό της ηπατικής βλάβης από το οινόπνευμα, οι σπουδαιότεροι παράγοντες που ενοχοποιούνται και που σχετίζονται με τον μεταβολισμό του οινόπνευματος στο ήπαρ είναι:

- 1) η τοξική δράση της ακεταλδεϋδης
- 2) η διαταραχή του οξειδοαναγωγικού δυναμικού του ηπατοκυττάρου
- 3) η μικροσωμιακή ενεργοποίηση ηπατοτοξινών
- 4) η ενδοκυττάρια αυξημένη πυκνότητα, που υποστηρίζεται από πειράματα κυτταροτοξικότητας κυρίως και από διαταραχές που συχνά παρατηρούνται στο πληθυσμό των κατασταλακτικών T λέμφοκυττάρων σε ασθενείς με αλκοολική ηπατοπάθεια

Μερικοί υποστηρίζουν ότι για την ανάπτυξη κίρρωσεως απαραίτητη προϋπόθεση είναι η παρουσία αλκοολικής ηπατίτιδας. Οι περισσότεροι όμως, με βάση κυρίως πειράματα σε πιθήκους, πιστεύουν ότι η αλκοολική ηπατίτις δεν είναι υποχρεωτικό προστάδιο για την ανάπτυξη κίρρωσεως, η οποία είναι έτσι πιθανό να ανητύσσεται από την παρουσία ελάχιστης φλεγμονής και νέκρωσης που προκαλούν την έναρξη ίνωσης ή και από κατευθείαν επίδραση του οινόπνευματος σε κύτταρα που παράγουν κιλλαγόνο ή έμμεσα, λόγω αυξήσεως π.χ. της ενδοηπατικής πίεσεως από την κατακράτηση πρωτεΐνης.

Συμπληρώνοντας τις ηπατικές βλάβες από την κατάχρηση

οινοπνεύματος, θα πρέπει να γίνει αναφορά στη σχέση του με την ανάπτυξη πρωτοπαθούς ηπατοκυτταρικού καρκίνου, σχέση που υποστηρίζεται από επιδημιολογικές κλινικές και νεκροτομικές μελέτες. Έχει βρεθεί π.χ. αυξημένο ποσοστό καρκίνου ήπατος στη Βουργουνδία όπου είναι γνωστή η υψηλή κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ σε 310 Αμερικανούς ασθενείς με μέτρια μέχρι σοβαρού βαθμού αλκοολική κίρρωση που παρακολουθήθηκαν επί 12 χρόνια αναπτύχθηκε πρωτοπαθής ηπατοκυτταρικός καρκίνος σε 8,4%, ποσοστό διπλάσιο αυτού που συνήθως αναφέρεται σε κίρρωτικούς ασθενείς στην Αμερική. Ακόμα, σε υλικό που αφορά περισσότερες από 20.000 νεκροτομές, διαπιστώθηκε ότι οι μισοί περίπου από τους ασθενείς με ηπάτωμα έκαναν κατάχρηση οινοπνεύματος. υπάρχουν πειραματικές ενδείξεις ότι ενεργοποίηση, από το οινόπνευμα, προκαρκινογόνων ουσιών είναι ένας από τους πιθανούς μηχανισμούς.

Όσα αναφέρθηκαν πρέπει να πείθουν ότι το οινόπνευμα κάνει, σε αντίθεση με παλιό διαφημιστικό σλόγκαν, κακό, τουλάχιστον στο ήπαρ, όταν βέβαια γίνεται κατάχρησή του.

Το πρόβλημα φαίνεται να είναι παγκόσμια μεγάλο, αφού όπως προκύπτει από επίσημα στοιχεία σε πολλές χώρες η κατανάλωση οινοπνευματωδών έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια με συνέπεια στην Αγγλία π.χ. οι εισαγωγές στα νοσοκομεία για προβλήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα όπως και οι θάνατοι από κίρρωση να έχουν σχεδόν διπλασιασθεί την τελευταία δεκαετία, ενώ στη Νέα Υόρκη η αλκοολική ηπατοπάθεια αποτελεί το δεύτερο κύριο αίτιο θανάτου σε άνδρες ηλικίας 25 - 44.

Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία, αλλά μπορεί να λεχθεί ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνευματωδών, που αφορά όλα τα ποτά, έχει σημαντικά αυξηθεί και μας έχει οδηγήσει από την 20η θέση που κατείχαμε στην παγκόσμια κατανάλωση πριν 10 χρόνια στην

δη τώρα, θέση που ασφαλώς εξηγεί και την μεγαλύτερη προσέλευση στα νευρολογικά εξωτερικά ιατρεία που λειτουργούν στη χώρα μας για αλκοολικούς και τις περιπτώσεις αλκοολικής ηπατοπάθειας κάθε μορφής που όλο και συχνότερα εισάγονται στα νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Από τους δυνητικούς κινδύνους που προέρχονται από τα τρόφιμα, εκείνος που προηγείται κατά σειρά σπουδαιότητας για τη δημόσια υγεία είναι η μικροβιακή μόλυνση. Σε απόσταση μεγάλη ακολουθούν οι κίνδυνοι που προέρχονται από τις ποιοτικές και ποσοτικές διατροφικές εκτροπές. Οι κίνδυνοι που προέρχονται από μόλυνση των τροφίμων από περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι 1.000 φορές μικρότεροι και αυτοί που προέρχονται από τη μόλυνσή τους με φυτοφάρμακα και πρόσθετα τροφίμων είναι 100 φορές ακόμη μικρότεροι.

Το τρόφιμο και η διατροφή συχνά και επί πολλά έτη συνδέθηκαν με τον καρκίνο. Η γνώση όμως όσον αφορά την σχέση διατροφής και καρκινογένεσης είναι ανεπαρκής.

Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι το 80-90% όλων των καρκίνων έχουν περιβαλλοντική αρχή. Όλοι οι δυνατοί περιβαλλοντικοί παράγοντες και ιδιαίτερα η τροφή και η διαίτα φαίνεται να σχετίζονται με το 40% των καρκίνων που εμφανίζονται στους άνδρες και στο 60% των γυναικών.

Πρόσφατα ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών δείχνει ότι η διατροφή ενδέχεται να σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του γαστρεντερικού σωλήνα (στόματος, οισοφάγου, στομάχου, παχέος εντέρου και ορθού), του ήπατος και πιθανώς της ουροδόχου κύστεως, του μαστού και του ενδομητρίου. Η ευαισθητοποίηση του επιστημονικού κόσμου στη σημασία που έχει η διατροφή στην καρκινογένεση, προκλήθηκε τόσο από πειραματικά δεδομένα σε ζώα όσο

και από επιδημιολογικές μελέτες.

Οι επιδημιολογικές μελέτες αφορούν τη συχνότητα του καρκίνου σε διάφορα όργανα και σε διάφορους πληθυσμούς, υποδεικνύουν περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να προδιαθέτουν στον καρκίνο ενώ οι μελέτες στα ζώα βοηθούν στο να διευκρινιστούν μηχανισμοί με τους οποίους αυτοί οι περιβαλλοντικοί παράγοντες οδηγούν στην καρκινογένεση. Ειδικές δίαιτες, στις οποίες περιόριζαν τους υδατάνθρακες, έδειξαν στα ποντίκια και στοθες επίμνες μείωση της συχνότητας ορισμένων καρκίνων.

Επίσης, τόσο η ποσότητα όσο και η ποιότητα του λίπους της διαίτας επηρεάζουν την καρκινογένεση στα ζώα. Πρέπει να τονιστεί ότι τα διαφορετικά είδη καρκίνων δεν έχουν μόνο μια αιτία και ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικότερο ρόλο σαν αιτία καρκίνου για τους περισσότερους τύπους αυτού παρά η κληρονομικότητα.

Πολλές πληθυσμιακές μελέτες παρέχουν πειστική μαρτυρία ότι το περιβάλλον και πιθανότατα η διατροφή παίζουν ρόλο στην καρκινογένεση. Η συχνότητα του καρκίνου του οισοφάγου ποικίλει εντυπωσιακά σε διάφορους πληθυσμούς. Η μεγαλύτερη στον κόσμο έχει παρατηρηθεί στο Βόρειο Ιράν, όπου διατρέφονται με ακατέργαστο σιτάρι, λίγα φρούτα ή λαχανικά και καθόλου οινόπνευμα, διότι είναι μουσουλμάνοι και σε περιοχές της Ανατολικής και Νότιας Αφρικής, όπου φαίνεται να υπάρχει μια σχέση προς την κατανάλωση μύρας από καλαμπόκι.

Ο καρκίνος του στομάχου είναι πολύ πιο συνηθής στην Ιαπωνία από ότι στις Η.Π.Α., ενώ ο καρκίνος του παχέος εντέρου, του μαστού και του προστάτου είναι λιγότερο συχνός. Οι Ιάπωνες όμως μετανάστες των Η.Π.Α. και τα παιδιά τους τείνουν να έχουν νοσηρότητα ίδια με αυτή των Αφρικανών αν και η αλλαγή απαιτεί

συνήθως πάνω από μια γενεά για να φανεί, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες θα πρέπει να είναι ένας παράγων όπως η διαίτα, ο οποίος εξακολουθεί να υπάρχει και μετά τη μετανάστευση, σαν παραδοσιακή κληρονομιά. Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει στους Ισραηλίτες, οι οποίοι μεταναστεύουν στο Ισραήλ από την Ευρώπη ή τις Η.Π.Α. Οι μετανάστες από την Ευρώπη ή τις Η.Π.Α. έχουν συχνότητα καρκίνου αντίστοιχη με εκείνη των κρατών από όπου προέρχονται, ενώ τα παιδιά τους που γεννήθηκαν στο Ισραήλ έχουν πολύ χαμηλότερη συχνότητα για τα περισσότερα είδη των καρκίνων.

Η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου μειώθηκε σε όλες τις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στην Ιαπωνία, Ισλανδία και Ανατολική Ευρώπη. Τα αλατισμένα και καπνιστά τρόφιμα, που καταναλίσκουν οι πληθυσμοί των χωρών αυτών, μπορεί να σχετίζονται με τον καρκίνο του στομάχου, γιατί οι τροφές αυτές περιέχουν νιτρώδη και σχηματίζονται στο στομάχι νιτροζαμίνες. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση λαχανικών και φρούτων, πιθανόν λόγω της αντιοξειδωτικής δράσεως της βιταμίνης C, δρουν προφυλακτικά στον καρκίνο του στομάχου στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες μπορεί να ερμηνευτεί από τη μείωση της κατανάλωσης τροφίμων που περιέχουν νιτρώδη, από τη μικρότερη παραγωγή αμινών από βακτηρίδιο λόγω ψύξεως των τροφίμων και τέλος από τη δυνατότητα καταναλώσεως φρούτων και λαχανικών καθ' όλο το χρόνο.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου συνδέεται με τη διαίτα των αναπτυγμένων χωρών. Ο καρκίνος του ορθού πρέπει να διαφορίζεται από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η συχνότητά του συνδέεται επιδημιολογικά με το ποσό του προσλαμβανομένου λίπους με τη Φιλανδία σαν μια αξιοσημείωτη εξαίρεση (υψηλή πρόσληψη λίπους,

αλλά μέτρια νοσηρότητα καρκίνου του παχέος εντέρου).

Η αυξημένη πρόσληψη λίπους, η μικρή περιεκτικότητα κυτταρινούχων τροφών σε μια διατροφή σχετίζεται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μια πιθανή υπόθεση είναι ότι το λίπος της διατροφής αυξάνει την παραγωγή χολικών οξέων και ότι τα καταβολικά προϊόντα του λίπους δυνατόν να ευνοούν την καρκινογένεση.

Η υπόθεση ότι η αυξημένη πρόσληψη κυτταρινούχων τροφών προφυλάσσει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου στηρίζεται στο ότι το έντερο κενούται πιο συχνά και ότι τα κόπρανα παραμένουν σχετικά λιγότερο χρόνο μέσα σ' αυτό. Έτσι τα ενδογενή ή εξωγενή καρκινογόνα που δυνατόν να υπάρχουν στα κόπρανα έχουν μικρότερο χρόνο να δράσουν στο παχύ έντερο διότι αποβάλλονται με τα κόπρανα.

Εξάλλου το είδος των βακτηριδίων που είναι παρόντα στον εντερικό αυλό ελέγχονται βασικά από το είδος της διατροφής και διαφέρουν ανάλογα με αυτή. Ο Hill βρήκε στα κόπρανα των πληθυσμών που έχουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου ορισμένα κλωστηρίδια τα οποία έχουν την ικανότητα να οξειδώσουν τα χολικά άλατα σε καρκινογόνες ουσίες.

Οι περισσότεροι καρκίνοι είναι συνδεδεμένοι με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον με ειδικά διαιτητικά σχήματα. Από την άλλη μεριά υπάρχουν αρκετές καρκινογόνες ουσίες στις τροφές. Η δυσκολία έγκειται στο ότι οι δύο αυτές πλευρές του θέματος δεν συνδέονται μεταξύ τους, γιατί από τη μια μεριά οι καρκίνοι σχετίζονται με διαιτητικά σχήματα αλλά όχι με ειδικές καρκινογόνες ουσίες, ενώ η σύνδεση ενός διαιτολογικού καρκινογόνου με οποιοδήποτε καρκίνο είναι μεθοδολογικά δυσχερής.

Η σχέση διαιτητικών παραγόντων προς τον καρκίνο δεν είναι απλή αλλά εξαρτάται από συνδυασμό τοξικών παραγόντων, συμπαραγόντων και φυσικές ή επίκτητες ιδιομορφίες του ξενιστού.

Αφλατοξίνες

Οι αφλατοξίνες είναι καρκινογόνες ουσίες διότι προκαλούν καρκίνο στο ήπαρ των ψαριών και στους επίγονες σε συνθήκες εργαστηρίου. Παράγονται από τον μύκητα *Aspergillus Flavus* ο οποίος αναπτύσσεται στα δημητριακά, στα φυστίκια και σ' άλλες τροφές. Σε περιοχές της Αφρικής όπου ο καρκίνος του ήπατος έχει πολύ μεγάλη συχνότητα, διαπιστώθηκε αυξημένη συγκέντρωση αφλατοξίνης στα καταναλισκόμενα τρόφιμα. Παρ' όλα αυτά σε ατομική βάση δεν έχει διαπιστωθεί σχέση της αφλατοξίνης και του καρκίνου του ήπατος και το θέμα διερευνάται ακόμα.

Νιτροζαμίνες

Οι νιτροζαμίνες είναι ισχυρά καρκινογόνα για τα ζώα και τόσο αυτές όσο και οι πρόδρομες μορφές τους απαντούν συχνά στα τρόφιμα. Σχηματίζονται από νιτρώδη και αλκίνες σε διάφορες συνθήκες π.χ. κατά την παρασκευή τροφής, κατά την αποθήκευσή της κ.λ.π. Η βιταμίνη C παρεμποδίζει τον σχηματισμό νιτροζαμινών.

Το γεγονός ότι οι Ιάπωνες π.χ. έχουν υψηλή νοσηρότητα από καρκίνο του στομάχου και καταναλίσκουν παστά ψάρια που είναι μεγάλη πηγή νιτροζαμινών, αποτελεί την ισχυρότερη ένδειξη για τη συσχέτιση καρκίνου και νιτροζαμινών.

Οπωσδήποτε το γεγονός ότι οι νιτροζαμίνες είναι ισχυρός καρκινογόνος παράγοντας στα ζώα, απετέλεσε το κίνητρο της θεωρήσεώς τους σαν πιθανό καρκινογόνο των ανθρώπων.

Πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες

Είναι καρκινογόνοι στα ζώα. Τα καπνιστά λόγω του τρόπου παρασκευής τους περιέχουν πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες.

Πρόσθετα τροφίμων

Τα πρόσθετα τροφίμων είναι μια ποικιλία ουσιών τα οποία προστίθενται στις τροφές για να βελτιώσουν τη γεύση και την

εμφάνισή τους όπως και για λόγους συντήρησης.

Το πιο σημαντικό πρόβλημα που αφορά τα πρόσθετα τροφίμων είναι τα τεχνητά γλυκαντικά κυκλαμικά και σακχαρίνη. Και οι δύο αυτές ουσίες προκαλούν καρκίνο στην ουροδόχο κύστη πειραματοζώων. Στα κυκλαμικά φαίνεται ότι ο ενεργός μεταβολίτης είναι η κυκλοξαμίνη. Έτσι παρ' όλο ότι η καρκινογόνος ιδιότητα των κυκλαμικών στον άνθρωπο δεν παρατηρήθηκε εν τούτοις απαγορεύτηκε η χρήση του ως πρόσθετο τροφίμων. Επίσης υπάρχουν περιορισμοί στη χρήση της σακχαρίνης κυρίως στις Η.Π.Α. και Καναδά, επειδή από επιδημιολογικές έρευνες προέκυψαν ενδείξεις ότι προκαλεί καρκίνο της κύστεως κυρίως στους άνδρες.

Ιχνοστοιχεία

Τα ιχνοστοιχεία μπορεί να έχουν καρκινογόνο δράση αλλά αυτό δεν έχει αποδειχθεί. Προσλαμβάνονται είτε με τροφή είτε με το πόσιμο νερό. Πολλές συσχετίσεις έχουν γίνει σχετικά με τα ιχνοστοιχεία και τον καρκίνο, μια όμως συσχέτιση που έγινε στη Φορμόζα φαίνεται να είναι βάσιμη. Σε μια περιοχή της Φορμόζας υπάρχει στο νερό των πηγαδιών αρσενικό σε σχετικά υψηλή συγκέντρωση. Ο πληθυσμός της περιοχής αυτής έχει αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού και κυρίως του δέρματος.

Η βιταμίνη Α φαίνεται ότι προστατεύει στον καρκίνο του πνεύμονος και άλλους καρκίνους του καλυπτηρίου επιθηλίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΝΟΣΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Α) ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΚΟΣ

Το πεπτικό έλκος είναι μια περιγεγραμμένη διάβρωση, που περιλαμβάνει τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο ή και τον μυϊκό χιτώνα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η συνήθης εντόπιση του είναι στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, μπορεί όμως να συμβεί σε οποιαδήποτε περιοχή που εκτίθεται στο γαστρικό υγρό, όπως ο οισοφάγος, η νηστίδα ή μετά γαστρική χειρουργική. Πεπτικό έλκος αναπτύσσεται, όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων ξεπεράσει τη βλεννογόνια άμυνα, όπως σε υπερκλωρυδρία, ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννης.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση έλκους θεωρούνται: α) Η κληρονομικότητα β) οι διάφορες λοιμώξεις γ) το ψυχικό stress δ) ορισμένες χημικές ουσίες και κυρίως μερικά φάρμακα, όπως π.χ. η ασπιρίνη και τα αντιρευματικά φάρμακα, που πρέπει κανείς να τα παίρνει μόνο ύστερα από συνεννόηση με το γιατρό του.

Ενοχοποιούνται επίσης στατιστικώς, είτε σαν παράγοντες συμβάλλοντες στην εμφάνιση του έλκους είτε σαν επιβαρυντικοί μετά την εμφάνισή του, τα δυνατά αλκοολούχα ποτά και το κάπνισμα (ιδιαίτερα όταν γίνεται κατάχρηση τους), καθώς και τα πολύ όξινα,

αλμυρά, αρωματικά και ερεθιστικά εδέσματα και ποτά.

Το πεπτικό έλκος διακρίνεται σε γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος βάσει του σημείου εντοπισμού του. Συγκεκριμένα το γαστρικό έλκος συνοδεύεται από φυσιολογικά ή χαμηλά επίπεδα παραγωγής του υδροχλωρικού οξέως. Ο μηχανισμός πρόκλησής του έχει σχέση με τη διάχυση του οξέως πίσω στο γαστρικό βλενογόνο, του οποίου προκαλεί τη βλάβη. Το γαστρικό έλκος συνήθως εντοπίζεται πάνω και κοντά στο έλασσον τόξο του στομάχου και πιο συχνά στο πίσω τοίχωμά του.

Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και στα δύο φύλα. Είναι όμως 2-3 φορές συχνότερο στους άνδρες, που έχουν περάσει τα 40 χρόνια.

Το δωδεκαδακτυλικό έλκος έχει σχέση με την παραγωγή περίσσειας οξέος και συμβαίνει συχνότερα σε νεαρούς και μεσήλικες άνδρες. Εντοπίζεται στην πρώτη μοίρα του βολβού του δωδεκαδακτύλου και συχνότερα στην πρόσθια επιφάνεια. Το stress μπορεί να αποτελεί παράγοντα που προκαλεί την ανάπτυξή του. Το συγκινησιακό, ψυχολογικό ή φυσικό stress διεγείρει το παρασυμπαθητικό που αυξάνει την έκκριση του οξέος. Το φυσικό stress εξαιτίας βαριών εγκαυμάτων προκαλεί το έλκος του Curling, ενώ αλλοιώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, το έλκος του Cushing.

Τα συμπτώματα του έλκους είναι: Ενοχλήματα συνήθως περιοδικά (φθινόπωρο-άνοιξη, διάρκειας 10-20 ημερών και παρουσιάζουν πόνο στο στομάχι, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικό καύσωνα, μετεωρισμό και δυσκοιλιότητα. Σε περίπτωση έλκους του στομάχου ο πόνος εμφανίζεται 30 λεπτά μετά το φαγητό, ενώ σε δωδεκαδακτυλικό έλκος 3-5-6 ώρες μετά το φαγητό.

Επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν από το έλκος είναι οι ακόλουθες:

α) γαστροραγία

- β) διατροφή
- γ) πυλωρική στένωση
- δ) η κακοήθης εξαλλαγή του έλκους του στομάχου.

Η επιτυχής καταπολέμηση του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου προϋποθέτει:

Την ομαλοποίηση στη διαβίωση του ελκοπαθή, με τη συστηματική τήρηση εναρμονισμένων προς την πάθησή του κανόνων γενικής υγιεινής, το ανέβασμα του ηθικού του και τη συστηματική τόνωση της αισιοδοξίας, που θα τον οπλίσει με την αναγκαία υπομονή, και επιμονή για τη μακροχρόνια και επιτυχή καταπολέμηση της πάθησής του.

Τη φαρμακευτική αγωγή, ανάλογα με το είδος και το βαθμό της πάθησής του και -σε κάθε περίπτωση- σύμφωνα με τις υπεύθυνες επιλογές του θεράποντα γιατρού και με αυστηρή τήρηση των αντίστοιχων οδηγιών του.

Τη διαιτητική αγωγή, σύμφωνα με τα γενικά χαρακτηριστικά των διάφορων μορφών της νόσου, καθώς και με τις ειδικές υποκειμενικές προϋποθέσεις του κάθε ελκοπαθή. Και αυτό γιατί ο κάθε ελκοπαθής εμφανίζει ιδιομορφία και εξατομικευμένη ευαισθησία στις διάφορες τροφές (πράγμα άλλωστε που συμβαίνει και στους υγιείς). Π.χ. μπορεί κάποιος ελκοπαθής να φάει στιφάδο, ή τζατζίκι, χωρίς να τον πειράξει, ενώ αντίθετα να τον πειράξει το γάλα. Τέτοιες παραδοξότητες παρατηρούνται συχνά στους ελκοπαθείς, είναι όμως βέβαιο ότι η συστηματική διατροφή με "αντίθετα" (επιβαρυντικά για το έλκος, σύμφωνα με τους κανόνες της διαιτητικής επιστήμης) φαγητά, όχι μόνο δεν εννοεί την επούλωση του έλκους, αλλά και την καθιστά αδύνατη μερικές φορές.

2. ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Το θεμέλιο της θεραπείας του έλκους υπήρξε για πολλές δεκαετίες η εφαρμογή διάφορων διαιτητικών κανόνων.

Επιστεύετο ότι το γάλα και άλλες "ελαφρες" τροφές ελαττώνουν τη γαστρική έκκριση και δεσμεύουν το υδροχλωρικό οξύ του στομάχου σε τέτοιο βαθμό που να προωθείται η επούλωση του έλκους. Στην πραγματικότητα, όπως απέδειξαν συστηματικές μελέτες των τελευταίων 10-20 ετών, καμιά διαίτα δεν αυξάνει την τάση επούλωσης των ελκών. αυτή η διαπίστωση που ήλθε σαν έκπληξη ανάγκασε το γνωστό επιδημιολόγο Doll να δηλώσει: "δεν βλέπω κανένα λόγο για να εξακολουθήσω να συμβουλεύω τους αρρώστους να περιπλέκουν τη ζωή τους εφαρμόζοντας κάποια ειδική διαίτα". αφού λοιπόν δεχόμαστε τώρα ότι οι διαίτες δεν έχουν επουλωτική δράση, τίθεται το ερώτημα: χρειάζεται καθόλου να δίνουμε συμβουλές διαιτητικής φύσεως στους ελκοπαθείς; Η απάντηση είναι καταφατική για ορισμένες φάσεις της φυσικής ιστορίας της νόσου.

Η διαιτητική αγωγή που θα παρατεθεί στη συνέχεια, θα εκτεθεί εξειδικευμένα (κατά τις βασικές κατηγορίες του έλκους) δηλαδή: "η διαιτητική στην παρόξυνση του έλκους", "η διαιτητική στα μεσοδιαστήματα της ηρεμίας".

1. Η διαιτητική στην παρόξυνση του έλκους:

Στην οξεία φάση του έλκους, που υπάρχει μεγάλη υπερέκκριση γαστρικού υγρού και οίδημα του δωδεκαδακτύλου ή του πυλωρικού άντρου, είναι σκόπιμο να επιτρέπονται μόνο τροφές σε υγρή (γάλα ή ρευστά πρωτεϊνούχα χρώματα) ή ημίρρευστη κατάσταση (κρέμες, κουάκερ, ζελέδες).

Αναλυτικότερα κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως ενδείκνυται:

α) Δίαιτα με γάλα

Χορηγείται κάθε ώρα 1/2 φλυτζάνι γάλα από τις 7.30 π.μ. μέχρι 9.30 μ.μ., το γάλα αυτό μπορεί να είναι πλήρες γάλα ή αποβουτυρωμένο γάλα ή ροφήματα με γάλα. στους παχύσαρκους ασθενείς πρέπει να χορηγείται μόνο αποβουτυρωμένο γάλα. Η διαίτα αυτή περιορίζεται σε λίγες μόνο ημέρες γιατί είναι διατροφικά ανεπαρκής για τους ενήλικες.

β) αυστηρή διαίτα νοσοκομείου

Τρία μικρά γεύματα που αποτελούνται από υγρά, μαλακά και φτωχά σε στερεό υπόλειμμα τρόφιμα δίνονται σαν συμπλήρωμα της προηγούμενης διαίτας με γάλα. Τα κρέατα απαγορεύονται, ενώ επιτρέπονται ο χυμός, ο κυλός, και ο πουρές των φρούτων και λαχανικών. Το στερεό υπόλειμμα είναι ασήμαντο.

2. Η διαίτιτική στα μεσοδιαστήματα της ηρεμίας

Κατά την περίοδο της ανάρρωσης η κορήγηση μικρών γευμάτων σε συχνά (δίωρα) διαστήματα ανακουφίζει από τα συμπτώματα του έλκους. αυτό οφείλεται στη βουσημυτική δράση της τροφής πάνω στην όξινη γαστρική εκκρίση.

Τα συμπτώματα του έλκους επιδεινώνονται από τη λήψη καφέ, τηγανιτών και άλλων "πικάντικων" τροφών που καλό είναι να αποφεύγονται. Επίσης είναι ευνόητο ότι όσες τροφές προκαλούν ενοχλήματα σε συγκεκριμένους ασθενείς (κρεμμυδια, αεριούχα ποτά κ.τ.λ.) πρέπει να αποφεύγονται από αυτούς.

Το κάπνισμα πρέπει να αποφεύγεται γιατί έχει αποδειχθεί ότι επιβραδύνει την επούλωση των ελκών. Επίσης, τα πυκνά οινοπνευματώδη ποτά και ορισμένα φάρμακα όπως η ασπιρίνη και άλλες γαστροτοξικές ουσίες (βουταζολιδίνη) πρέπει να αποφεύγονται από τους ελκοπαθείς γιατί προκαλούν γαστροραγίες και επειδίνωση των συμπτωμάτων. Καφές και τσάι επιτρέπονται σε μικρές ποσότητες. Το ίδιο ισχύει και για ελαφρό κρασί που μπορεί να επιτραπεί σε μικρές

ποσότητες μαζί με τα γεύματα.

συμπερασματικά λοιπόν μπορεί να λεχθεί ότι στους ελκοπαθείς καμία δίαιτα δεν προωθεί την επούλωση του έλκους αλλά εύπεπτες τροφές που δεν περιέχουν ερεθιστικές ουσίες είναι σκόπιμο να κορηγούνται σε φάσεις παροξυσμού των συμπτωμάτων της νόσου.

Επιπρόσθετα θεωρείται σκόπιμο να παρατεθούν συνοπτικά ορισμένες γενικές οδηγίες καθώς και οι ομάδες τροφίμων που πρέπει να αποφεύγονται προς τους ελκοπαθείς με απώτερο σκοπό την προαγωγή και διατήρηση της καλής υγείας τους.

Γενικές οδηγίες

- Διατηρείται το σωστό σωματικό σας βάρος.
- Το διαιτολόγιό σας να στηρίζεται πάντοτε στην ποικιλία.
- Αυξάνετε την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.
- Η επιλογή της τροφής να γίνεται ανάλογα με την ανεκτικότητα σας στις διάφορες τροφές.
- Να παίρνετε μικρά και συχνά γεύματα
- Μην τρώτε γρήγορα και να μασάτε καλά την τροφή σας.
- Το περιβάλλον σας κατά τη διάρκεια του φαγητού να είναι ήρεμο.
- Η παρασκευή του φαγητού να είναι απλή. αποφεύγεται τις τηγανητές τροφές.
- Αποφεύγεται το κάπνισμα.

Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται

- Καφές, τσάι, οινοπνευματώδη ποτά και αναψυκτικά που περιέχουν cola.
- Γλυκά κουταλιού και όσα περιέχουν ξηρούς καρπούς.
- Λαχανικά: κρεμμύδια, μπρόκολα, λάχανα, κουνουπίδι, γογγύλια, πιπεριές.
- φρούτα: σκληρά, άγουρα και με σπόρους.

- Πιτυρούχο ψωμί, σκληρά δημητριακά.
- Οσπρια.
- Παχιά κρέατα, αλαντικά, καπνιστά, παστά.
- Παχιά και πικάντικα τυριά.
- Ξηροί καρποί.
- Πικάντικες σούπες και σάλτσες.
- Ισχυρά μπαχαρικά και καρικεύματα, πιπέρι, μουστάρδα, ξύδι, τουρσί, ελιές, σκόρδο.

Απ' όσα εξετάστηκαν πιο πάνω, γίνεται φανερό ότι η χρόνια δίαιτα του ελκοπαθή -κατά τη διάρκεια της ασυμπτωματικής του κατάστασης (με επουλωμένο έλκος του)- είναι πραγματικά ελαφριά και περιέχει τις δυνατότητες για μια απρόσκοπτη ζωή, με κανονικές δραστηριότητες και χωρίς μεγάλες στερήσεις σε κάθε φύσης -ακόμα και γαστρονομικής- απολαύσεις. Αρκεί μόνο να αποφεύγονται οι παρεκτροπές και να τηρούνται οι βασικοί κανόνες που παρατέθηκαν προηγούμενα.

Βέβαια, πρέπει εδώ να τονισθεί ότι: η ζωή του κάθε ανθρώπου -κατά συνέπεια και του ελκοπαθή- δεν είναι δυνατό να αποκτήσει την ακριβή και από πριν ρυθμισμένη κανονικότητα ενός ωρολογιακού μηχανισμού ή ενός αυτοματοποιημένου κομπιούτερ.

Ο κάθε ελκοπαθής, όχι μόνο θα αναγκάζεται, αλλά και θα πρέπει να παραβιάζει κάθε τόσο τα ρυθμισμένα από πριν στάνταρ της κανονικής του ζωής και διαίτας. Έτσι, κάποτε, θα πιεί περισσότερο, θα γευτεί και φαγητά από τον "απαγορευμένο κήπο της εδέμ", έξω από το κανονικό με μια καλή παρέα ή σε μια γιορταστική βραδιά. Αρκεί αυτό να μην είναι κάτι που επαναλαμβάνεται με μεγάλη συχνότητα, να μην καταλήγει σε οργιαστική κρεπάλη. Αν μετά από κάθε τέτοιο "ξέδωμα", επακολουθεί -στις αμέσως επόμενες μέρες_ μια επανορθωτική προσεκτικότερη δίαιτα, τότε οι έκτεκτες αυτές

υπερβάσεις της κανονικής διαίτας δεν θα βλάψουν τον ελκοπαθή.

B) ΟΞΕΙΑ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ

Πρόκειται για οξεία φλεγμονή του βλεννογόνου του στομάχου, που μπορεί να προκληθεί από πολλούς παράγοντες:

- α) Από τη λήψη μεγάλης ποσότητας οινοπνευματωδών (αλκοολική ή τοξική γαστρίτιδα).
- β) Από τη λήψη φαρμάκων (φαρμακευτική γαστρίτιδα).
- γ) Από τη δράση μικροβίων ή ιών (μιακροβιακή ή ιογενείς γαστρίτιδα).

Τα συνήθη συμπτώματά της είναι: Βάρος ή και πόνος στο στομάχι, ρεψίματα, εμετοί και γενική αδιαθεσία.

Ευτυχώς, η οξεία γαστρίτιδα περνάει γρήγορα, μόλις σταματήσει η δράση του βλαπτικού αιτίου που την προκάλεσε. επειδή όμως ο βλεννογόνος του στομάχου είναι πολύ ερεθισμένος, χρειάζεται ειδική και πολύ αυστηρή στις πρώτες ημέρες διαιτητική αντιμετώπιση, που προσδιορίζεται στο διαιτητικό πρόγραμμα που ακολουθεί.

2. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΞΕΙΑΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ

ΠΡΩΤΗ ΗΜΕΡΑ

Απόλυτη νηστεία. Το στομάχι δεν ανέχεται τίποτα (πολλές φορές ούτε νερό).

2η ΚΑΙ 3η ΗΜΕΡΑ

Οτιδήποτε θα λαμβάνεται σε μικρές, συχνά επαναλαμβανόμενες δόσεις και εφόσον δεν υπάρχει έμετος: νερό, γάλα, τσάι, ελαφρές σούπες, κρέμες, αυγά μελάτα, γιαούρτι, κομπόστα.

ΜΕΤΑ ΤΗΝ 4η ΗΜΕΡΑ

Βαθμιαία επάνοδος στην κανονική δίαιτα: πατατόσουπα, χορτόσουπα, πουρέ, κοτόπουλο, και κρέας ή ψάρι σάχαρ, πιλάφι, χυμούς φρούτων, φρούτα.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ 10 ΗΜΕΡΕΣ

- Αποφύγετε τα οινοπνευματώδη ποτά και ιδιαίτερα τα βαριά.
- Μην τρώτε τροφές ύποπτης καθαριότητας ή μαγιάτικες.
- Αποφύγετε τα φάρμακα.
- Αν επαναληφθεί παρόμοιο επεισόδιο οξείας γαστρίτιδας, μέσα σε μια εβδομάδα, να συμβουλευτείτε το γιατρό σας.

Γ) ΧΡΟΝΙΑ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ

Η χρόνια γαστρίτιδα είναι συχνότερη στα ηλικιωμένα άτομα. Είναι η χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου του στομάχου, που οφείλεται στη συνεχή φράση των ίδιων παραγόντων που ευθύνονται και για την οξεία γαστρίτιδα (τοξικών ή φαρμακευτικών ή μικροβιακών), καθώς επίσης και στις μόνιμες διατροφικές καταχρήσεις ερεθιστικών τροφών, καρυκευμάτων, καφέδων, καπνού κ.λ.π.

Διακρίνεται σε υπερτροφική και ατροφική χρόνια γαστρίτιδα.

Η υπερτροφική με υπερέκριση γαστρικού υγρού και υδροχλωρικού οξέως έχει τα ίδια συμπτώματα με την οξεία, αλλά αυτά παρατείνονται.

Η ατροφική (τελεία ατροφία του βλεννογόνου και των αδένων) συναντιέται στην κακοήθη και σιδηροπενική αναιμία, στον διαβήτη, στον υπερθυρεοειδισμό, στο γαστρικό έλκος, στο καρκίνωμα, στην κίρρωση, στη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και στη χρόνια ουραιμία. Το γαστρικό υγρό περιέχει νερό και βλέννη. Οι πιο πολλοί άρρωστοι είναι ασυμπτωματικοί και παρουσιάζουν ήπια δυσπεπτικά φαινόμενα.

2. Η ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ

Επειδή με τον τύπο αυτό της γαστρίτιδας συνυπάρχει υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος, η όλη θεραπευτική αγωγή πρέπει να αποσκοπεί στην αποφυγή των παραγόντων που αυξάνουν την έκκρισή του, καθώς και όσων ερεθίζουν τη φλεγμονή του βλεννογόνου, με πρώτο στόχο την άμεση διακοπή δράσης του κυρίως ενοχοποιημένου παράγοντα (π.χ. των φαρμάκων, ή του καπνού, του αλκοόλ).

3. Η ΔΙΑΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΤΡΟΦΙΑΗ ΧΡΟΝΙΑ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ (ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΑΧΥΛΙΑ)

Στην περίπτωση της γαστρικής αχυλίας υπάρχει ελαττωμένη έκκριση και αραγωγή υδροχλωρικού οξέος. Κατά συνέπεια δυσχεραίνεται η πέψη των λευκωμάτων στο στομάχι.

Το γαστρικό υγρό παίζει σπουδαίο ρόλο στην πέψη των λευκωμάτων και αφού λείπει κατά τη γαστρική αχυλία, θα υποχρεωθεί ο άρρωστος να περιορίσει την ποσότητα των πλούσιων σε λευκωμάτων τροφών. Μπορεί να παίρνει μικρή ποσότητα από κρέας τρυφερό, ψιλοκομμένο, σε μορφή λεπτού κιμά, το οποίο μπορεί να πεφθεί από το λίγο γαστρικό υγρό, που είναι δυνατό να εκκρίνεται και από το εντερικό υγρό.

Επομένως, η διαίτα του αχυλικού θα βασιστεί κυρίως στα αμυλώδη και γενικά υδατανθρακούχα τρόφιμα και στα λίπη καλής ποιότητας. Ακόμη ο αχυλικός μπορεί να πίνει ελαφρό καφέ και τσai, μικρές ποσότητες κόκκινου κρασιού και να χρησιμοποιεί μικρή ποσότητα μαγειρικού αλατιού.

Η πέψη των λευκωμάτων διευκολύνεται σημαντικά αν χορηγηθούν υδροχλωρικό οξύ και πεψίνη, οπότε -κατά τη διάρκεια της λήψεώς τους- μπορεί να εμπλουτίζεται το διαιτολόγιο με την ανάλογη προσθήκη των τόσο αναγκαίων για την ενδυνάμωση του οργανισμού του αρρώστου λευκωμάτων.

Γενικά απαγορεύονται όλες οι τροφές που ερεθίζουν το στομάχι και το έντερο, όπως είναι τα σκληρά κρέατα, τα όσπρια, οι σκληρές φυτικές ίνες, τα κουκούτσια, οι φλούδες των σπόρων, των φρούτων και των λαχανικών.

Δ) ΥΠΕΡΧΛΩΡΙΔΙΑ ΚΑΙ ΑΧΛΩΡΥΔΡΙΑ

Πρόκειται για διαταραχή του μηχανισμού παραγωγής υδροχλωρικού οξέος, προς αντίθετες κατευθύνσεις: υπερέκκρισης (υπερπαραγωγής) ή αντιθέτως ελαττωμένης έκκρισης (και παραγωγής).

Συνυπάρχουν με τη μια ή με την άλλη μορφή, με όλες τις παθήσεις του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Μπορεί όμως να παρουσιαστούν και σαν σευτεροπαθείς καταστάσεις άλλων παθήσεων π.χ. χολοκυστίτιδας, διαβήτη, ηπατικών και νεφρικών παθήσεων.

Στην περίπτωση που δεν διαπιστώνεται η συνύπαρξη μιας από τις παραπάνω παθήσεις, τότε η υπερχλωρυδρία ή η αχλωρυδρία -αν εμφανίζονται σε χρονίζουσα κατάσταση- αποτελούν πρόδρομο ευγενές έδαφος για την ανάπτυξη της χρόνιας υπερπλασιαστικής γαστρίτιδας, η πρώτη, ή της ατροφικής χρόνιας γαστρίτιδας, η δεύτερη.

Η διαβητική αγωγή, στην περίπτωση υπερχλωρυδρίας, είναι ταυτοσημα σχεδόν μ'αυτήν της υπερπλαστικής χρόνιας γαστρίτιδας. Στην περίπτωση της αχλωρυδρίας, της ατροφικής γαστρίτιδας.

Ε. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**1. ΔΥΣΠΕΨΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΛΚΟΣ (ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ)**

Ορισμένα άτομα, κάτω από την επίδραση ψυχικών κυρίως παραγόντων (άγχους, στενοχώριας, φόβου) παρουσιάζουν ενοχλήματα από το στομάχι που μοιάζουν με αυτά του έλκους ή της γαστρίτιδας, χωρίς να υπάρχει έλκος ή γαστρίτιδα. αυτό δεν σημαίνει ότι τα ενοχλήματα είναι φανταστικά απλώς, δεν οφείλονται σε "οργανική" πάθηση, αλλά, σε νευροφυτικής αιτίας λειτουργικές διαταραχές (σπασμός, συστροφή στομάχου).

Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται λόγος για "νεύρωση του

στομάχου" ή -με τον πιο μοντέρνο ιατρικό όρο- για "δυσπεψία χωρίς έλκος".

Εδώ, η διαίτα επιβάλλεται. Δεν πρέπει να πάει κανείς κόντρα στην ευαισθησία του στομαχιού του, ακόμη, και όταν είναι σίγουρος πως δεν έχει τίποτα το "οργανικό".

Έτσι, να χρειάζεται εφαρμογή αυστηρά προσδιορισμένου διαιτολογίου, συνιστώνται τα εξής:

α) Η αποφυγή των ερεθιστικών και δύσπεπτων φαγητών.

β) Η αποφυγή μεγάλης ποσότητας οινοπνευματωδών.

γ) Να μην τρώει ο άρρωστος πολύ γρήγορα, να μη γεμίζει απότομα το στομάχι του, να μασάει πολύ καλά την τροφή του.

δ) Αν παρουσιάζει έντονη ανορεξία συνοδευόμενη από ελαττωμένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος, να μη διστάσει να κάνει χρήση ορεκτικών καθώς και ελαφρών αλκοολούχων ποτών, τα φαγητά του να είναι καλομαγειρεμένα και καλοσερβιρισμένα.

2. ΨΥΧΙΚΟΣ ΕΜΕΤΟΣ

Παρατηρείται συνήθως σε άτομα με αγχώδη, νευρική, μπορεί όμως να συμβεί σε οποιοδήποτε φυσιολογικό άτομο εξαιτίας υπερέντασης. Οι ψυχικοί έμετοι είναι, μικροί σε ποσότητα γι' αυτό η θρέψη του ατόμου πολύ λίγο επηρεάζεται.

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ -

A) ΚΟΛΙΤΙΔΕΣ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΟΛΙΤΙΔΕΣ

Οι κολιτιδες διακρίνονται σε :

α) Κοινές κολίτιδες :

- Οξεία κολίτιδα
- Χρόνια κολίτιδα

Αυτές οφείλονται σε διάφορους παθογόνους μικροοργανισμούς, όπως στο σταφυλόκοκκο, το στρεπτόκοκκο, τον εντερόκοκκο αλλά και σε διάφορους ιούς όπως τον εντεροϊό.

β) Ειδικές κολίτιδες

- Αιμορραγική ή ελκώδης κολίτιδα
- Νοσος του Crohn

Οι ειδικές είναι λίγες αλλά βαριές παθήσεις του εντέρου, που οφείλονται σε διάφορα αίτια και δημιουργούν ειδική χαρακτηριστική φλεγμονή του παχέως εντέρου. Οι δύο αυτές ασθένειες περιλαμβάνονται σε έναν και μοναδικό ιατρικό όρο και ονομάζονται "φλεγμονώδης νόσος του εντέρου" επειδή έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά.

γ) Το "ευερέθιστο έντερο" ή "σπαστική" ή "κινητική" κολίτιδα.

Πρόκειται για μια λειτουργική διαταραχή του εντέρου, η οποία είναι ψυχική αντίδραση στο άγχος.

Στην πραγματικότητα το έντερο είναι υγιές και δεν πάσχει.

Η παραπάνω αναφορά στη διάκριση των διαφόρων κολπίτιδων έγινε περισσότερο ενημερωτικά. Εκτενέστερα θα μας απασχολήσουν μόνο η ελκώδης κολίτιδα και το ευερέθιστο έντερο γιατί είναι οι πιο συχνές παθήσεις του παχέως εντέρου και θεωρείται σκόπιμη μια αναφορά στη διαιτητική αγωγή.

2. ΔΙΑΙΤΑ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΚΟΛΙΤΙΔΕΣ)

α) Ευερέθιστο έντερο

Ο όρος "κολίτις" χρησιμοποιείται από αρρώστους και γιατρούς

για μια σειρά από νοσηρές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από κοιλιακό πόνο και διαταραχές των κενώσεων. Στο ένα άκρο του φάσματος ανήκουν διαταραχές της κινητικότητας του εντέρου χωρίς οργανικό υπόστρωμα ενώ στην άλλη άκρη βρίσκονται βαριές φλεγμονώδεις καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή του αρρώστου. Οι λειτουργικές διαταραχές δεν πρέπει να λέγονται "κολίτιδες" αλλά να καλύπτονται κάτω από τον ευρύ όρο "ευερέθιστο έντερο".

Οι λειτουργικές διαταραχές περιλαμβάνουν διάφορες υποομάδες:

α) Ψυχολογικής βάσεως σπασμοί του εντέρου, β) δυσανεξία στο γάλα (υπολακτασία) ή άλλες τροφές, γ) Αλλεργία σε τροφές ή φάρμακα κ.α. Η μεγαλύτερη ομάδα είναι εκείνη του ψυχογενούς ευερέθιστου εντέρου. Σ' αυτούς τους αρρώστους αναπτύσσονται ισχυρές πιέσεις μέσα στον αυλό του εντέρου γι' αυτό είναι σκόπιμο να χορηγείται διαίτα πλούσια σε άπεπτα συστατικά έτσι που οι πιέσεις στο έντερο να εμποδίζονται να ανεβαίνουν σε μεγάλα ύψη. Τα φρούτα, τα λαχανικά, το μαύρο ψωμί περιέχουν άπεπτα στοιχεία σε μεγάλη αναλογία και πρέπει να χορηγούνται ελεύθερα με την προϋπόθεση ότι οι ασθενείς τα ανέχονται ικανοποιητικά.

Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει διεθνώς η χορήγηση απέπτων υπολειμμάτων του αλευριού (BRAN). Αυτές οι πιτυρούχες ουσίες απορροφούν νερό γεμίζουν τον αυλό του εντέρου και αυξάνουν την ταχύτητα διαδρομής του εντερικού περιεχομένου. Οι ουσίες αυτές είναι πολύ χρήσιμες για την καταπολέμηση της χρόνιας καθ' εξη δυσκοιλιότητας ιδίως όταν συνδιάζονται με χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων υγρών από το στόμα.

Οι άρρωστοι με ευερέθιστο έντερο είναι σκόπιμο να αποφεύγουν το γάλα γιατί σε μεγάλο ποσοστό απ' αυτούς υπάρχει ανεπάρκεια του ενζύμου λακτάση (υπολακτασία) έτσι που τελικά η πέψη γάλακτος γίνεται παθολογικά με παραγωγή γαλακτικού οξέος και άλλων ουσιών

που προκαλούν διάρροια, κοιλιακό πόνο και άλλα συμπτώματα. Το τυρί και το γιαούρτι γίνονται συνήθως καλώς ανεκτά και δεν χρειάζεται να τα αποφεύγουν οι άρρωστοι εκτός αν υπάρχει ατομική δυσανεξία.

β) Αιμορραγική ή ελκώδης κολίτιδα

Από τις διάφορες μορφές γνησίων κολίτιδων ως πρότυπο θεωρείται η αιμορραγική ή ελκώδης κολίτιδα.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από αποβολή αιματηρώνδιάρροϊκών κενώσεων με απώλεια λευκωμάτων και άλλων χρησιμων ουσιών έτσι που οι άρρωστοι χάνουν βάρος και παρουσιάζουν αναιμία, αβιταμινώσεις κ.α.

Σε τέτοιους αρρώστους η διαίτα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες αλλά εύπεπτη και μη ερεθιστική. Αντίθετα από την περίπτωση των λειτουργικών παθήσεων στις φλεγμονώδεις παθήσεις δεν πρέπει να δίνεται διαίτα πλούσια σε υπόλειμμα γιατί το παχύ έντερο λόγω της εκτεταμένης φλεγμονής του πρέπει να διατηρείται σε υπολειτουργία. Σ'ένα ποσοστό αρρώστων με ελκώδη κολίτιδα, υπάρχει υπολακτασία γι'αυτό καλύτερα να αποφεύγεται το γάλα για μια δοκιμαστική περίοδο σε χρόνιες μορφές της νόσου και πάντοτε στις περιόδους παροξύνσεως.

Η διαίτα σ'αυτούς τους αρρώστους πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες και βιταμίνες και χαμηλή σε λίπος και υπόλειμμα.

Επίσης η διαίτα δεν πρέπει να περιέχει μπαχαρικά και άλλα "πικάντικα" συστατικά (κρεμμύδια, σκόρδα...) που προκαλούν γενικά δυσπεψία και επιτείνουν τα συμπτώματα που ήδη υπάρχουν στους αρρώστους με φλεγμονώδεις νόσους του πεπτικού σωλήνος.

Β. ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΕΩΣ**Α. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ Η ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ**

Η κοιλιοκάκη είναι μία αρρώστια άγνωστης αιτιολογίας, όπου ο άρρωστος παρουσιάζει αδυναμία απορρόφησης τροφών και θρεπτικών παραγόντων. Δεν απορροφούνται οι υδατάνθρακες, τα λευκώματα και τα λίπη. Οι άρρωστοι αυτοί πρέπει εφ' όρου ζωής να κάνουν δίαιτα και να τρώνε τροφή "ελεύθερη γλουτένης", πράγμα που μπορεί να βελτιώσει πολύ την κατάσταση τους.

Β. ΣΤΕΑΤΟΡΡΟΙΑ

Πρόκειται για δυσαπορρόφηση των θρεπτικών ουσιών από το λεπτό έντερο. Οι αιτίες της στεατορροίας είναι δύο ειδών: είτε ανεπάρκεια έκκρισης παγκρεατικών ενζύμων, είτε αδυναμία απορρόφησης από το λεπτό έντερο λόγω βλάβης ή έλλειψης του βλεννογόνου του.

Γ. ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΕΩΣ (ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΓΛΟΥΤΕΝΗ)

Η γλουτένη μία σύνθετη πρωτεΐνη που υπάρχει σε ορισμένα δημητριακά (σιτάρι, βρώμη, κριθάρι) είναι υπεύθυνη για την ατροφία του βλεννογόνου που παρατηρείται σε αρρώστους με εντεροπάθεια από γλουτένη, ιδιοπαθής στα στεατόρροια ή κοιλιοκάκη. Η στέρηση ουσιών που περιέχουν γλουτένη, από τη δίαιτα των ασθενών, οδηγεί σε υποχώρηση των αλλοιώσεων του λεπτού εντέρου, και ύφεση του συνδρόμου δυσαπορρόφησης που παρατηρείται σ' αυτή τη νόσο. Η αποφυγή τροφών που περιέχουν αλεύρι από τα παραπάνω δημητριακά φαίνεται απλή υπόθεση. Όμως το πρόβλημα είναι περίπλοκο γιατί σε πολλές άλλες τροφές υπάρχει αλεύρι σε μικρές ποσότητες (παγωτά, σούπες σε κονσέρβα, καφές κ.λ.π).

Σε ορισμένους αρρώστους η ευαισθησία απέναντι στη γλουτένη είναι τόσο μεγάλη ώστε ακόμη και ελάχιστες ποσότητες μπορεί να

προκαλέσουν υποτροπή της νόσου που εκδηλώνεται με διάρροια, απώλεια βάρους, αναιμία κ.α.

Το ρύζι και το καλαμπόκι δεν περιέχουν γλουτίνη και μπορούν να χρησιμοποιούνται ελεύθερα.

Στα σύνδρομα δυσαπορροφήσεως παρατηρείται κατά κανόνα μεγάλη απώλεια λίπους στα κόπρανα που συμπαράσχει πρωτεΐνες, ηλεκτρολύτες, βιταμίνες. Έτσι, γενικώς είναι σκόπιμο σε κάθε σύνδρομο δυσαπορροφήσεως να χορηγείται δίαιτα φτωχή σε λίπος και πλουσία σε λευκώματα, υδατάνθρακες και βιταμίνες.

Συγκεκριμένα οι ομάδες τροφίμων που απαγορεύονται στη δίαιτα περιορισμένη σε γλουτένη είναι:

Απαγορεύονται

Ποτά και ροφήματα που περιέχουν δημητριακούς καρπούς (σιτάρι, σίκαλι, βρώμη, κριθάρι).

Κρέας, όλα όσα μαγειρεύονται με αλεύρι σιταριού, σίκαλης, βρώμης και κριθαριού. Κρέας και τυρί κατεργασμένα με τα παραπάνω υλικά.

Γάλα, σοκολατούχο, προϊόντα γάλακτος που περιέχουν δημητριακούς καρπούς, και κριθάρι.

Ψωμί, όλα που είναι φτιαγμένα από το αλεύρι σιταριού, σίκαλης, βρώμης και κριθαριού. Μακαρόνια, σπαγγέτι και χυλοπίτες φτιαγμένα από αλεύρι σιταριού, σίκαλης, βρώμης και κριθαριού.

Σούπες, που περιέχουν αλεύρι από παρόμοια υλικά. σούπες εμπορίου.

Διάφορα, σάλτσες εμπορίου, τουρσιά και καρικεύματα που περιέχουν παρόμοιο αλεύρι.

ΔΕ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ - ΔΙΑΙΤΑ

Δυσκοιλιότητα είναι η μη συχνή ή δύσκολη κένωση του εντέρου.

Και όταν λέμε μη συχνή, εννοούμε ότι το άτομο έχει λιγότερες από 3 κενώσεις την εβδομάδα.

Η δυσκοιλιότητα μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες:

- α) Σε δίαιτα φτωχή σε υπόλειμμα, δηλαδή φτωχή σε φυτικές ίνες, φτωχή σε νερό, ή άλλα ποτά.
- β) Μπορεί επίσης να οφείλεται σε έλλειψη άσκησης.
- γ) Στα ταξίδια, όπου πολλά άτομα που αναγκάζονται να καταφύγουν σε ξένα αποχωρητήρια, παθαίνουν αναστολή της κένωσης και παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα.

Πολλοί άνθρωποι διαπιστώνουν ότι παρά το ότι η δίαιτά τους είναι πλούσια σε υπόλειμμα, εν τούτοις έχουν δυσκοιλιότητα. Ακριβώς εδώ πρέπει να διευκρινιστεί ότι η δίαιτα η πλούσια σε υπόλειμμα είναι χρήσιμη και αποτελεσματική σε δυσκοιλιότητα που οφείλεται ακριβώς στην έλλειψή του και όχι σε όλες τις μορφές δυσκοιλιότητας.

Τροφές πλούσιες σε υπόλειμμα είναι:

- Κάθε είδους κόρτα βρασμένα
- Ωμά λαχανικά και σαλάτες (κυρίως λάχανο και μαρούλι)
- Φρούτα (και κυρίως δαμάσκηνα, μήλα, πορτοκάλια, μανταρίνια, σταφύλια με τα κουκούτσια)
- Το μαύρο ψωμί, το κριθινό ψωμί με βάση το πιτυρούχο αλεύρι.
- Σπόροι των δημητριακών
- Πατάτες, μαρμελάδες.

Οι τροφές αυτές πρέπει να αποτελούν τη βάση της διατροφής του δυσκοίλιου. Η δίαιτα αυτή θα εφαρμοστεί μόνο σε άτομα που η δυσκοιλιότητά τους οφείλεται ακριβώς στην έλλειψη τέτοιας τροφής, υπό την προϋπόθεση ότι αν κάποια τροφή τους ενοχλεί θα την αποφεύγουν και ότι παίρνουν με τη δίαιτα αυτή άφθονα υγρά.

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κυριότερες παθήσεις του ήπατος είναι:

1) Οι ηπατίτιδες, (ιός Α και Β αλλά και άλλοι ιοί όπως π.χ. κίτρινος πυρετός, λοιμώδης μονοκυρήνωση...). Υπάρχουν επίσης ηπατίτιδες από διάφορα κοινά μικρόβια (φυματίωση, βουκέλλωση, παρασιτώση...).

2) Το ήπαρ υπερφορτώσεως, δηλαδή όταν εναποτίθενται στο ήπαρ διάφορες ουσίες, όπως π.χ. λίπος, άμυλο, σάκχαρο, γλυκογόνο...

3) Κίρρωση του ήπατος, που μπορεί να προκύψει από πολλές αιτίες (ηπατίτιδα, αλκοολισμός, χολόσταση...).

4) Οι όγκοι του ήπατος, καλοήθεις (όπως π.χ. ο εκινόκοκκος, τα αιμογγειώματα κ.λ.π) και κακοήθεις (καρκίνος).

5) Οι παρασιτώσεις του ήπατος (έλμινθες, ασκαρίδες, ελονοσία, αμοιβάδωση...).

6) Οι αιμολυτικοί ίκτεροι, όπως π.χ. η Μεσογειακή αναιμία...

7) Οι ηπατοπάθειες των τοξικομανών

Δεν θεωρείται σκόπιμο να αναλυθεί παρακάτω κάθε κατηγορία ηπατοπάθειας και αυτό επειδή υπάρχουν μερικές κατηγορίες ηπατοπαθειών, όπως π.χ. οι αιμολυτικοί ίκτεροι, όπου η διαίτα είναι περιττή. Οι ηπατοπάθειες στις οποίες θα γίνει περισσότερο εκτεταμένη αναφορά -επειδή η διαίτά τους είναι απαραίτητη και σχεδόν πανομοιότυπη- είναι οι εξής:

α) Ηπατίτιδες

β) Κίρρωση του ήπατος

γ) Καρκίνος του ήπατος

A. ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

Ηπατίτιδα είναι η φλεγμονή του ήπατος. Ο πιο συνηθισμένος τύπος ηπατίτιδας είναι οι λοιμώδης.

Η λοιμώδης ηπατίτιδα διακρίνεται στον τύπο Α και Β. Οι παθολογοανατομικές μεταβολές που παρατηρούνται και στους δύο τύπους ηπατίτιδας περιλαμβάνουν διαφόρων βαθμών νέκρωση των παρεγχυματικών κυττάρων και κυτταρική μονοπυρηνική εξίδρωση.

Το δικτυωτό πλαίσιο συνήθως διατηρείται αν και μπορεί να συμπυκνωθεί. Η επούλωση γίνεται από τα επιζώντα κύτταρα συνήθως χωρίς παραμόρφωση της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής.

Ο τύπος Α ονομάζεται και επιδημική ηπατίτιδα ή ηπατίτιδα μικρού χρόνου επώασης. Ο ιός τύπου Α έχει πύλη εισόδου τον γαστρεντερικό σωλήνα αλλά και τις λύσεις συνέχειας του δέρματος. Υπάρχει στον γαστρεντερικό σωλήνα και το αίμα κατά την προδρομική και οξεία φάση της ικτερικής νόσου. Επίσης στα κόπρανα και το αίμα στον ανικτερικό τύπο της νόσου. Τέλος, σπάνια υπάρχει στους ασυμπτωματικούς φορείς.

Το στάδιο επώασης είναι 2-6 εβδομάδες. Συμβαίνει συνήθως σε περιοχές, όπου δεν εφαρμόζονται υγειονομικά μέτρα. Παρουσιάζεται συχνότερα το φθινόπωρο και νωρίς το χειμώνα και προσβάλλει κυρίως παιδιά και νεαρούς ενήλικες.

Ο τύπος Β της ηπατίτιδας ονομάζεται ηπατίτιδα από ομόλογο ορό ή ηπατίτιδα μεγάλης περιόδου επώασης ή ηπατίτιδα θετικού αυστραλιανού αντιγόνου. Είναι λοίμωξη του ήπατος που οφείλεται σε ιό, ο οποίος μεταδίδεται με ενοφθαλμισμό του μολυσμένου αίματος ή των προϊόντων του. Η μετάδοσή του γίνεται μέσω μεταγγίσεων, λύσεων συνέχειας του δέρματος, σεξουαλικής επαφής, αιμοδυσίλισης.

Η ηπατίτιδα τύπου Β μπορεί ακόμα να μεταδοθεί μέσω της γαστρεντερικής οδού. Ο ιός είναι όμοιος με εκείνον της επιδημικής

ηπατίτιδας αλλά διαφορετικός ανοσιολογικά και υπάρχει μικρή ανοσία ανάμεσα στις δυο νόσους.

Ο ιός βρίσκεται μόνο στο αίμα και στους ιστούς του μολυσμένου ατόμου και δεν αποβάλλεται από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Το στάδιο επώασης είναι 6 εβδομάδες έως 6 μήνες.

Τόσο τα παθολογοανατομικά ευρήματα όσο και τα κλινικά συμπτώματα είναι όμοια με εκείνα της επιδημικής ηπατίτιδας.

Τα συμπτώματα είναι : ανορεξία, πυρετός, τάση για έμετο-έμετος, υπέρχρωση των ούρων (σαν κονιάκ), αποχρωματισμός των κοπράνων (σαν στόκος), ίκτερος. Δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν όλα τα συμπτώματα.

Ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται σε ιδιαίτερο δωμάτιο του νοσοκομείου ή στο σπίτι του ή σε νοσοκομείο λοιμωδών νόσων για τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου. Η αρρωστία συνήθως μετά 10-20 μέρες, περνάει μόνη της (χρειάζεται βέβαια διαίτα και ιατρική παρακολούθηση). Μπορεί όμως να μεταπέσει σε χρόνια μορφή (χρόνια ηπατίτιδα) και αυτή με τη σειρά της μπορεί να μεταπέσει σε κίρρωση, ανάλογα με τη μορφή της.

Γεγονός είναι ότι όσον καιρό ο άρρωστος πάσχει από ηπατίτιδα (οποιασδήποτε μορφής, οξεία ή χρόνια), πρέπει να κάνει τη διαίτα που συνιστάται και χρειάζεται όχι μόνο ιατρική παρακολούθηση από ειδικό γαστρεντερολόγο ή ηπατολόγο αλλά και ειδικές εξετάσεις (βιοψία ήπατος, λαπαροσκόπηση, αξονική τομογραφία κ.τ.λ.).

B. ΚΙΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ηπατική κίρρωση είναι μία χρόνια διάχυτη ηπατική νόσος που περιλαμβάνει εκφύλιση και νέκρωση των ηπατικών κυττάρων.

Το παρέγχυμα του ήπατος καταστρέφεται και αντικαθίσταται από

συνδετικό ιστό, που βέβαια δεν επιτελεί τις κανονικές λειτουργίες.

Ο πιο κοινός τύπος κίρρωσης είναι εκείνος που οφείλεται στον χρόνιο αλκοολισμό (κίρρωση του Laennec, αλκοολική κίρρωση, λιπώδης κίρρωση). Της κίρρωσης του Laennec, συχνά προηγείται αλκοολική ηπατίτιδα και σχετίζεται με τη λιπώδη διήθηση του ήπατος. Η ατελής θρέψη αποτελεί ενοχοποιητικό παράγοντα. Ενώ η αλκοολική κατάχρηση είναι η πιο συχνή αιτία της κίρρωσης, αυτή μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες.

Η μετανεκρωτική κίρρωση ακολουθεί την ηπατική βλάβη, που μπορεί να οφείλεται σε ιογενή λοίμωξη του ήπατος ή σε τοξική επίδραση χημικών ουσιών.

Η χολική κίρρωση (Biliary cirrhosis) είναι αποτέλεσμα του κοληδόχου πόρου ή ενδοηπατικής κολόστασης άγνωστης αιτιολογίας.

Η αιματοχρωμάτωση οδηγεί σε ηπατική βλάβη και κίρρωση εξαιτίας εναπόθεσης της αιμοσιδηρίνης στον ηπατικό ιστό.

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια οδηγεί σε ηπατική συμφόρηση και κίρρωση (καρδιακή κίρρωση).

Η ηπατική κίρρωση ακόμα, έχει σχέση με με μεταβολικές διαταραχές, μολυσματικές νόσους, διηθητικές νόσους και γαστρεντερικές διαταραχές.

Όλες οι μορφές της ηπατικής κίρρωσης οδηγούν στη διαταραχή των λειτουργιών του ήπατος. έτσι μειώνονται οι μεταβολικές, συνθετικές, εναποθηκευτικές και αποτοξινωτικές του λειτουργίες με τις ανάλογες συνέπειες. Ακόμα μειώνεται και η ικανότητα του ήπατος να απομακρύνει την χολερυθρίνη από την κυκλοφορία.

Η κίρρωση του ήπατος εμφανίζει τα συμπτώματα μιας χρόνιας ηπατικής ανεπάρκειας : ανορεξία, ίκτερος, άτριχο δέρμα, γυναικομαστία, ατροφία των όρχεων, απώλεια βάρους, αδυναμία, εύκολη κόπωση, υπέρχρωση ούρων, ερυθρωπές (ηπατικές παλάμες).

Ενας κίρρωτικός μπορεί να ζήσει αρκετά χρόνια, εφ' όσον η κατάσταση του αντιρροπείται καλά.

Της αντιρρόπησης μπορεί να εμφανιστεί: με επίταση του ήκτερου, με ολιγουρία, με μια μικροδιάρροια που προηγείται του ασκίτη δηλ. της ανάπτυξης υγρού μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και τέλος με κίρροραγία, δηλαδή αιμορραγία που εκδηλώνεται σαν γαστροραγία (αποβολή αίματος από το στόμα ή και μέλαινες κενώσεις από το έντερο).

Αν παρουσιαστούν συμπτώματα ρήξης της αντιρρόπησης η δίαιτα του κίρρωτικού όπως και κάθε άλλη θεραπεία θα καθοριστούν από το γιατρό.

Γ. ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ - ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι κακοήθεις όγκοι αναλογούν στο 1-2% όλων των καρκίνων στην ευρώπη και την Αμερική. Στην Ασία και την Αφρική, όπου υπάρχουν καρκινογόνες ουσίες στην τροφή, τα ηπατικά καρκινώματα αναλογούν στο 20-30% των κακοηθειών.

Ο καρκίνος του ήπατος, είναι για την Ελλάδα ο χαρακτηριστικότερος καρκίνος. Είναι 5 φορές συχνότερος στη χώρα μας απ' ότι στις περισσότερες χώρες της Δ.Ευρώπης και της Β.Αμερικής. Τουλάχιστον 600 νέες περιπτώσεις σημειώνονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα και από αυτές ελάχιστες έχουν σχετικά καλή πρόγνωση.

Ο καρκίνος στο ήπαρ μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή μεταστατικός (οι μεταστατικοί ηπατικοί όγκοι προέρχονται συνήθως από καρκίνωμα των πνευμόνων, του γαστρεντερικού συστήματος ή του μαστού). Η επιβίωση φθάνει σπανιότατα το 1 έτος.

Ο καρκίνος του ήπατος αναπτύσσεται συχνότερα σε ήδη κίρρωτικούς αρρώστους και αιτιολογικά φαίνεται ότι έχει σχέση με

τον ιό της ηπατίτιδας Β. Άλλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες μεγάλης στατιστικής σημασίας είναι το κάπνισμα τσιγάρων, η μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και στις Αφρικάνικες χώρες η χρόνια λήψη μυκοτοξικών με την τροφή.

Τα κυριότερα συμπτώματα του καρκίνου του ήπατος είναι : πόνος, φούσκωμα, ανορεξία, απώλεια βάρους, αίσθημα βάρους στο στομάχι. Ικτερος μπορεί να εκδηλωθεί. Αυτό εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου. Όταν ο καρκίνος μεταναστεύει στο ήπαρ, το οποίο δεν παρουσιάζει καμιά προηγούμενη παθολογία, προκαλεί αύξηση του μεγέθους του ήπατος, κοιλιακό οίδημα, πόνο και ίκτερο.

Δυστυχώς η θεραπεία δεν έχει αξιολογικό ανασταλτικό χαρακτήρα στην εξέλιξη της νόσου ενώ η διαίτα δεν παίζει κανένα απολύτως ρόλο στη διαδρομή της νόσου.

Δ. Η ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΙΣ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Ο ηπατοπαθής έχει κατά κανόνα βαθμό ηπατικής ανεπάρκειας είτε παροδικής (ηπατίτιδα) είτε μόνιμης (κίρρωση).

Εκείνα που επιβαρύνουν το ήπαρ είναι τα λίπη και τα οινοπνευματώδη. Τα οινοπνευματώδη απαγορεύονται αυστηρώς για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται ενώ τα λίπη αποφεύγονται αλλά δεν απαγορεύονται εντελώς, έτσι ώστε το διαιτολόγιο του ηπατοπαθούς (σύμφωνα με τις τελευταίες απόψεις) μπορεί να περιέχει μικρές ποσότητες λιπαρών (κατά προτίμηση ελαιόλαδο ωμο ή φρέσκο ανάλτο βούτυρο (αμαγείρευτο). Τα αμυλώδη σε κάθε τους μορφή αποτελούν τη βάση της διατροφής ενός ηπατοπαθούς. Ακόμη η διαίτα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες.

Ο ηπατοπαθής πρέπει να γνωρίζει και να εφαρμόζει τις ακόλουθες γενικές οδηγίες:

- 1) Απαγορεύονται τα οινοπνευματώδη ποτά.

- 2) Αποφύγετε τη λήψη υπερβολικών ποσοτήτων υγρών.
- 3) Περιορίστε την κατανάλωση κρέατος και αποφύγετε τις λιπαρές τροφές όπως: παχιά κρέτα και γαλακτομικά προϊόντα, αυγά, μπέικον, αλλαντικά, ξηρούς καρπούς, γλυκίσματα, παγωτά σοκολάτα.
- 4) Εμπλουτίστε το διαιτολόγιό σας καθημερινά με άφθονα λαχανικά και φρούτα.
- 5) Προτιμάτε το μαύρο ψωμί (ολικής αλέσεως).
- 6) Αποφύγετε το πολύ αλάτι και την πολύ ζάχαρι.

ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΘΟΡΩΝ

ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ - ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η χολοκυστίτιδα είναι μια φλεγμονή της χοληδόχου κύστης, που συνήθως είναι αποτέλεσμα παρουσίας χολολίθων στη χοληδόχο κύστη (χολολιθίαση). Η χολολιθίαση, έχει σαν συνέπεια την διαταραχή της ροής της χολής προς το έντερο αφ'ενός και αυξημένο κίνδυνο φλεγμονής, διαπύρωσης ή απόφραξης της χοληδόχου κύστης αφετέρου. Αλλά, ακόμη μακρινόθεσμα και τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου της χοληδόχου κύστης, πάνω στο έδαφος της χολοιθίαςης.

Ενας από τους επιβαρυντικούς παράγοντες για την εμφάνιση χολολιθίαςης είναι η διατροφή: ο ρόλος της χοληστερίνης και του λίπους θεωρείται από πολλούς θεμελιώδης. Επίσης ενχοποιείται η υπερθερμιδική διαίτα (δηλαδή το πολύ φαγητό).

Τα συμπτώματα της χολολιθίαςης ανήκει ο πόνος της χολής, ο καλούμενος "κωλικός του ήπατος". Είναι πόνος δυνατό, που συνοδεύεται από τάση για εμετό και εντοπίζεται στο μάχι ή δεξιότερα στο υποχόνδριο, μπορεί να επεκτείνεται σε όλη την

κοιλιά και αντανακλά πίσω την πλάτη ή στο δεξιό ώμο. Ο πόνος αυτός μπορεί να δυνοδέυεται από ρίγος, πυρετό, υπέρχρωση ούρων και ανορεξία.

Η "κρίση" της χολολιθίασης μπορεί να σημαίνει:

- 1) φλεγμονή του ήψη ερεθισμένου από τις πέτρες τοιχώματος της χοληδόχου κύστης, δηλαδή οξεία χολοκυστίτιδα (πόνος-πυρετός).
- 2) Μετακίνηση μικρής πέτρας από την κύστη και ενοφήνωση της στον κυστικό πόρο, με αποτέλεσμα να μη φεύγει η χολή από την κύστη και να πρηστεί πολύ. (ίδρωτας χοληδόχου με κύριο σύμπτωμα τον πόνο και κύριο εύρημα τη διόγκωση της κύστης).
- 3) Ενοφήνωση μεγαλύτερης πέτρας στο χοληδόχο πόρο και κύρια συμπτώματα : πόνο, ίκτερο, πιθανό πυρετό με ρίγος).

Γεγονός είναι ότι επί πόνου χρειάζεται ειδική διαίτα. Άλλη είναι η διαίτα της χολολιθίασης σε ηρεμία και άλλη στην περόξυνση. Παρατίθενται λοιπόν οι δύο αυτές δίαιτες που πρέπει να ακολουθήσει ο άρρωστος, ανάλογα με ποιά κατάσταση βρίσκεται.

Α. Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΟΞΥΝΣΗ

Η διαίτα θα βασιστεί στις ακόλουθες αρχές :

Μετά από μια κρίση κωλικού, επώδυνη παρόξυνση οξείας και υποξείας χολοκυστίτιδας πριν από όλα, πρέπει να τεθεί το όργανο σε ανάπαυση. έτσι, απαγορεύονται όχι μόνο τα λίπη αλλά και τα λευκώματα γιατί και αυτά έχουν κάποια χολοκυστοκινητική ασθενή δράση.

Η διατροφή πρέπει να αποτελείται αποκλειστικά από υδατάνθρακες, στην αρχή με μορφή ζακχαρούχων, αφεψημάτων, χυμών φρούτων και σούπας χορταρικών. Μετά χορηγείται σούπα κουάκερ, προστίθεται ζυμαρικά και ρύζι, πουρές πατατας, κομπόστες, ζελές φρούτων και φρυγανιές από άσπρο ψωμί ή μπισκότα.

Όλα αυτά είναι τροφές βασικά υδατανθρακούχες και πέπτονται χωρίς τη βοήθεια της κολής.

Κατά της φλεγμονής συνίσταται διαίτα φτωχή σε αλάτι. Στη συνέχεια θα προστεθούν στη διαίτα λευκώματα και προοδευτικά θα ακολουθήσει η διαίτα της χολολιθίασης σε ηρεμία.

B. Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ΣΕ ΗΡΕΜΙΑ

Η χολοκυστοκινητική επίδραση των λιπών είναι το κυριότερο σημείο της διαιτητικής στη χολοκυστοπάθεια. Η κακοδιαθεσία και οι πόνοι ύστερα από λιπαρό γεύμα, οφείλονται σε κινητική διέγερση του ήπατος, που ήδη είναι ερεθισμένο και υπερευαίσθητο.

Από τη γενική κατηγορία των λιπών, τα ζωικής προέλευσης λίπη- εκτός από τη χολοκυστοκινητική τους επίδραση- πρέπει να αποφεύγονται από τη διαίτα του χολολιθισιακού και για άλλου δύο λόγους:

- α) Επειδή περιέχουν πολλή χολυστερίνη, που αποτελεί το βασικό δομικό υλικό των περισσότερων χολόλιθων.
- β) επειδή λόγω της ελαττωμένης ροής της κολής δυσχεραίνεται η πέψη τους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία δυσπεπτικών συμπτωμάτων που επιβαρύνουν την ήδη ευαίσθητη κατάσταση του ήπατος και των χοληφόρων.

Για τον ίδιο λόγο -επειδή δημιουργούν μετεωρισμό- πρέπει να αποφεύγονται, ακόμη και από τις υδατανθρακούχες τροφές, όσες περιέχουν σκληρούς, κυτταρινούχους φλοιούς και άπεπτες ίνες (όσπρια και ορισμένα σκληρά λαχανικά).

Γενικά η διαίτα του χολολιθισιακού θα βασιστεί κυρίως στους εξευγενισμένους υδατάνθρακες και στις άπαχες λευκωματούχες τροφές, με κατάργηση των οίνοπνευματωδών και βραστικό περιορισμό του αλατιού.

Με το ακόλουθο πλάνο προσδιορίζονται οι τροφές που απαγορεύονται στη διαίτα των ηρεμών σταβίων της κολολιθίασης που αναφέρονται στον περιορισμό των λιπών:

ΔΙΑΙΤΑ ΦΤΩΧΗ ΣΕ ΛΙΠΟΣ

Τροφές που απαγορεύονται

- Λάδι όχι πάνω από 3 κουτ. γλυκού την ημέρα.
- Τηγανητές τροφές
- Κονσερβοποιημένες με λίπος τροφές
- Πλήρες γάλα, γαλακτοκομικά προϊόντα και παρασκευάσματα από πλήρες γάλα, σοκολατούχο γάλα
- Παχιά κρέατα: αρνι, κατσίκι, χοιρινό, λουκάνικα, μπέικον, αλλαντικά, κρόκος αυγού, πρόχειρα φαγητά με κρέας (σάντουιτς), σολομός
- Σούπες με ζωμό κρέατος ή λίπος ή κρέμα
- Πατατόκια, γαριδάκια, ζυμαρικά με λίπος ή πλήρες γάλα
- Ελιές, ξηροί καρποί, καρύδια, αβοκάντο
- Σοκολάτα, κακάο και τα παρασκευάσματα από αυτά.
- Γλυκά που περιέχουν: πλήρες γάλα, σοκολάτα, κακάο ξηρούς καρπούς, σαντιγύ, κρόκους αυγών
- Πιπέρι
- Χορταρικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΟΙ ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

1. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

A. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση, στην οποία η σπειραματική διήθηση δεν μπορεί να απαλλάξει τον οργανισμό από τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού, με αποτέλεσμα την αύξησή τους στο αίμα και την πρόκληση διαταραχών τόσο των υγρών και ηλεκτρολυτών όσο και της οξεοβασικής ισορροπίας.

Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να είναι οξεία, ή χρόνια, συγγενής ή επίκτητη, μόνιμη ή ανατάξιμη. Υπάρχουν πολλές αιτίες που την προκαλούν, όμως γενικά προκαλείται από καταστάσεις που οδηγούν σε ελάττωση της αιματικής ροής στους νεφρούς, σε πρωτοπαθή βλάβη των νεφρών ή σε αποφραξη, στην απέκκριση των ούρων.

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να είναι ή τύπου που χαρακτηρίζεται από εκφυλιστικές και νεκρωτικές μεταβολές στα νεφρικά εσπειραμένα σωληνάρια ή λειτουργικού τύπου. Έχει τυπικά τρεις φάσεις:

- α) Η πρώτη είναι η ολιγουρική φάση που αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Τα ούρα τις πρώτες ημέρες είναι περίπου 50-150ml το 24ωρο. Ο μέσος όρος διάρκειας της φάσης αυτής σε βαριές περιπτώσεις είναι 10-12 ημέρες.
- β) Η δεύτερη κλινική φάση είναι η διουρητική. Το ποσό των ούρων

αυξάνει βαθμιαία στα 2-6 λίτρα. Το επίπεδο των προϊόντων του υπόλοιπου αζώτου προοδευτικά πέφτει και σταθεροποιείται μέσα στα φυσιολογικά όρια.

γ) Η τρίτη είναι η φάση ανάρρωσης. Μπορεί να διαρκέσει από 6-12 μήνες. Κατά τη διάρκεια της η νεφρική λειτουργία αποκαθίσταται.

B. ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΗΝ Ο.Ν.Α.

Η διαίτα αποβλέπει στην αποτροπή των κινδύνων της υπερυδατώσεως, της οξεώσεως, της υπεργλυκαιμίας, και στην ελάττωση του ρυθμού της αυξήσεως των τελικών ("ουραιμικών") προϊόντων του μεταβολισμού των πρωτεϊνών.

Στον άρρωστο κορηγούνται τόσα υγρά (κυρίως υδατανθρακούχα) όσα αντιστοιχούν στις εμφανείς απώλειες "συν" 50 κ.εκ. για τις άλλες απώλειες υγρών. Η σίτιση από το στόμα είναι πάντοτε προτιμότερη από την παρεντερική εφόσονβ δεν υπάρχουν ναυτία και έμετοι.

Το ημερήσιο ποσό των κορηγούμενων θερμίδων κυμαίνεται από 1000-1500 θερμίδες και η τροφή πρέπει να περιέχει περιορισμένο λεύκωμα (30gr) ελάχιστο νάτριο και καθόλου κάλιο.

Ως δείκτης για τη κορήγηση υγρών χρησιμεύει το βάρος του αρρώστου. Ημερήσια πώλεια βάρους μεγαλύτερη των 250 γραμμαρίων, επιτρέπει την αύξηση του ποσού των προσλαμβανομένων υγρών.

Όταν η κορήγηση της τροφής και των υγρών από το στόμα είναι αδύνατη ή προβληματική, τότε το συνολικό ποσό των επιτρεπόμενων θερμίδων κορηγείται ενδοφλεβίως υπό μορφή διαλυμάτων δεξτρόζης.

Χορήγηση λευκωμάτων σε ποσότητα μεγαλύτερη των 30gr επιτρέπεται μόνο όταν αρχίσει να μειώνεται η τιμή της ουρίας (=100 mg%). Στο στάδιο της ολιγοσανουρίας απαγορεύεται αυστηρά η χορήγηση

τροφών που περιέχουν κάλιο.

2. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

A. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ Χ.Ν.Α

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η προοδευτική μη ανατάξιμη ελάττωση, της νεφρικής λειτουργίας που μπορεί να αναπτυχθεί ύπουλα σε μια περίοδο πολλών τών ή να είναι το επακόλουθο οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Οι νεφρόνες βαθμιαία καταστρέφονται. Ο άρρωστος παρουσιάζει τέτοιες διαταραχές που αν δεν ληφθούν μέτρα μπορεί να καταλήξει σε ουραιμία.

Ουραιμία είναι το πολύπλοκο κλινικό σύνδρομο που έχει σχέση με τα τελευταία στάδια νεφρικής νόσου. Το ουραιμικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από τη μεγάλη ανύψωση του αζώτου της ουρίας του ορού, ανύψωση της κρεατίνης του ορού, ανύψωση του νατρίου, καλίου, μαγνησίου, φωσφορικής και θειικής ρίζας του ορού και πτώση του επιπέδου του ασβεστίου και κλωρίου του ορού.

Σήμερα η ΧΝΑ διακρίνεται αδρά σε δύο φάσεις:

- α) Στην πρώιμη ΧΝΑ με κρεατινίνη ορού 2-4mg/100ml
- β) Στην προχωρημένη ΧΝΑ με επίπεδα κρεατινίνης σταθερά άνω των 4mg/100ml. Την προχωρημένη ΧΝΑ ακολουθεί μία τρίτη φάση, που αποτελεί το τελικό στάδιο. Τούτο αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή μεθόδων εξωνεφρικής κάθαρσης (αιμοκάθαρσης ή χρόνιας περιτοναϊκής κάθαρσης).

B. ΔΙΑΙΤΑ - Χ.Ν.Α

Η διαίταν της ΧΝΑ διαφέρει σε πολλά σημεία από τη διαίτα της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Και τούτο γιατί η χρονιότητα μιας νεφροπάθειας επιβάλλει:

- α) Την καλύτερη θερμιδική κάλυψη
- β) Την κορήγηση επαρκών ποσοτήτων πρωτεϊνών
- γ) Την κορήγηση απαραίτητων (βασικών) αμινοξέων
- δ) Τη λήψη συμπληρωματικών ποσοτήτων βιταμινών και ορισμένων αλάτων.

Όταν η ανεπάρκεια των χρονίων νεφροπαθών βρίσκεται σε στάδιο "αντιρροπούμενο" (δηλ. που δεν χρειάζεται θεραπεία με "τεχνητό νεφρο") τότε, τρία σημεία έχουν ξεχωριστή σημασία:

- α) Το ποσό των θερμιδων
- β) Το ποσό των πρωτεϊνών
- γ) Το είδος των πρωτεϊνών

Ός προς το ποσό των προσλαμβανομένων θερμιδων αυτές πρέπει να κυμαίνονται από 2500-3500 κατά 24ωρο, ανάλογα με την ηλικία, το σωματικό βάρος και την επαγγελματική δραστηριότητα. Οι μη πρωτεϊνικές θερμίδες (υδατάνθρακες) έχουν μεγαλύτερη αξία για τους χρόνιους νεφροπαθείς, που δεν υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Για τούτο η κυριότερη πηγή των θερμιδων των χρόνιων ουραιμικών αρρώστων πρέπει να είναι οι υδατάνθρακες, το λάδι και οι μικρές ποσότητες οίνοπνευματωδών ποτών.

Ός προς το ποσό των προσλαμβανομένων λευκώματων εξαρτάται από το πόσο πολύ έχει μειωθεί η νεφρική λειτουργία. Η πυκνότητα της ουρίας δεν αποτελεί πάντα τον καλύτερο δείκτη. Οποσδήποτε όμως, 35 γραμμάρια λευκώματος κάθε 24ωρο είναι απαραίτητα για τη διατήρηση σταθερού ισοζυγίου του αζωτου.

Ας σημειωθεί ότι ένα άλλο πρακτικό κριτήριο είναι η κορήγηση 0.5 γραμμαρίου λευκώματος κατά χιλιογράμμο βάρους, σε περίπτωση που η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι της τάξεως του 50%. Και, ότι ο περιορισμός του λευκώματος πρέπει να είναι ακόμα μεγαλύτερος σε προχωρημένες μορφές νεφρικής ανεπάρκειας (ρυθμός

σπειραματικής διηθήσεως (<50%).

Στις τελευταίες περιπτώσεις ο περιορισμός του λευκόματος μπορεί να φθάσει ως τα 20 γραμμάρια το 24ωρο με μια απαραίτητη προϋπόθεση: Τη κορήγηση άφθονων θερμίδων από υδατόνθρακες και λίπη.

Ως προς το είδος του λευκόματος πρέπει να τονιστεί ότι ο χρόνιος ουραιμικός ασθενής πρέπει να μη στερείται τις ελάχιστες ημερήσιες δόσεις των λεγόμενων "βασικών αμινοξέων". Τα τελευταία, που θεωρούνται λευκώματα υψηλής βιολογικής αξίας, αφθονούν στα ζωικά λευκώματα όπως στα αυγά, στο γάλα και στο κρέας.

Με βάση τα προαναφερθέντα έχουν προταθεί διάφορες δίαιτες, όπως η γνωστή δίαιτα GIORDANO - GIOVANETTI, που περιέχει τα ακόλουθα βασικά αμινοξέα: βανιλίνη, ισολευκίνη, φαινυλαλαγίνη, μεθειονίνη, θρεονίνη, λυσίνη, λευκίνη, τρυπτοφάνη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπάρχουν πολλοί παράγοντες όπως οι ουραιμικές τιξίνες, που μεταβάλλουν το φυσιολογικό μεταβολισμό των αμινοξέων και των πρωτεϊνών με αποτέλεσμα την καθυστερημένη ανάπτυξη την απώλεια βάρους και σοβαρές διαταραχές της θρέψεως. Είναι φανερό ότι ο αυστηρός περιορισμός των προσλαμβανόμενων πρωτεϊνών "PER SE", επιτείνει (μαζί με τον αυξημένο μεταβολισμό) την περιγραφείσα κλινική εικόνα).

Η περιεκτικότητα της δίαιτας σε κλωριούχο νάτριο, εξαρτάται από το κατά πόσο η ΧΝΑ συνοδεύεται από υπέρταση, οιδημάτα, και καρδιακή ανεπάρκεια. Ο περιορισμός του -ή ακόμη χειρότερα η πεντελής στέρησή του- αποτελεί θεραπευτικό σφάλμα, όταν δεν συνυπάρχουν οι προαναφερθείσες διαταραχές. Πολύ περισσότερο όταν η ΧΝΑ χαρακτηρίζεται από απώλεια μεγάλων ποσοτήτων νατρίου στα ούρα, που οδηγεί σε νατριοπενία και σε επιδείνωση της νεφρικής

ανεπάρκειας.

Γ. ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥΣ

1. ΤΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΧΕΙ Η ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΝΑ;

Οι νεφροί στην ΧΝΑ δεν έχουν την ικανότητα να αποβάλλουν τα άχρηστα προϊόντα που παράγονται στον οργανισμό όταν λαμβάνονται ορισμένες τροφές. Για το λόγο αυτό η διαίτα στη ΧΝΑ έχει πρωταρχική σημασία.

2. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΙΑΣ Η ΑΛΛΩΝ ΕΠΙΒΛΑΒΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΑΙΜΑ;

Είναι γνωστό ότι όταν λαμβάνονται μεγάλες ποσότητες λευκωματούχων τροφίμων, προκαλείται αύξηση της ουρίας και άλλων άχρηστων ουσιών στο αίμα.

3. ΠΟΙΟ ΛΕΥΚΩΜΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΤΙΜΑΤΑΙ;

Στην περίπτωση που οι νεφροί δεν έχουν την ικανότητα να αποβάλλουν την ουρία και τις άλλες επιβλαβείς ουσίες που παράγονται όταν λαμβάνονται λευκώματα, τότε παραμένουν στον οργανισμό και κυκλοφορούν στο αίμα. Εδώ το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει μόνο μια απαραίτητη ποσότητα λευκώματος και κυρίως ζωικού (π.χ. αυγό, κρέας, γάλα). Περιορίζονται στο ελάχιστο οι τροφές που περιέχουν φυτικό λεύκωμα (π.χ. όσπρια, δημητριακά, ψωμί κ.τ.λ.)

4. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΙΑΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ;

Είναι οι τροφές που δεν περιέχουν λεύκωμα αλλά περιέχουν υδατάνθρακες και λιπίδια.

5. ΠΟΙΕΣ ΤΡΟΦΕΣ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΣ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ;

α) Γλυκά κουταλιού, βανίλια, σκληρές καραμελες

β) Μαρμελάδες, μέλι, ζάχαρι

γ) Αεριούχα αναψυκτικά

6. ΠΟΙΕΣ ΤΡΟΦΕΣ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΣ ΛΙΠΙΔΙΑ;

α) Λάδι (ελαιόλαδο ή σπορέλαιο)

β) Βούτυρο ή μαργαρίνη

7. ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ ΚΑΙ ΛΙΠΙΔΙΑ;

Είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί το ποσό των θερμίδων που χρειάζεται ο οργανισμός για τις ανάγκες του. Εφόσον τα λευκώματα περιορίζονται, οι θερμίδες αυτές εξασφαλίζονται κυρίως από τα λιπίδια και τους υδατάνθρακες.

8. ΠΑΙΖΕΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΤΩΝ ΦΑΓΗΤΩΝ;

Είναι ελεύθερος, δηλαδή επιτρέπονται τα τηγανητά, τα ψητά, τα κοκκινιστά κ.λ.π. Αλλά συνιστάται να χρησιμοποιείται αρκετό λάδι, βούτυρο ή άλλο είδος στα φαγητά.

9. ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΤΑΙ Η ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ;

Περιορίζεται συνήθως σε άτομα που έχουν ολιγουρία. Ο περιορισμός του καλίου στα άτομα αυτά έχει πρωταρχική σημασία γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάθουν υπερκαλιαιμία, η οποία με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ανακοπή. Τροφές καλιούχες είναι: γάλα, πατάτες, φισούρτι, αχλάδι, ροδάκινο, βερύκοκα, μπανάνες, πορτοκάλι, χουρμάδες, σταφύδες, φασόλια, καρότα, πατζάρια.

3. ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΚΑΘΑΡΣΗ - ΔΙΑΙΤΑ

Οι χρόνια νεφροπαθείς που έχουν βαριά νεφρική ανεπάρκεια (έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας 90% ή και άνω) για να διατηρηθούν στη ζωή πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία με "τεχνητό

νεφρό".

Αντίθετα από τη συντηρητική αγωγή της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σ'αυτές τις περιπτώσεις δεν χρειάζεται περιορισμός στα λευκώματα. Επίσης, επιβάλλεται μεγάλη προσοχή, στα προσλαμβανόμενα υγρά. Τέλος, απαιτείται μεγαλύτερη πρόσληψη ορισμένων αλάτων και βιταμινών, όπως π.χ. σιδήρου, ασβεστίου, θειαμίνης, ριβοφλαμίνης, πυριδοξίνης, φυλικού οξέος.

Ειδικότερα οι νεφροπαθείς που κερδίζουν βάρος από αιματοκάθαρση σε αιματοκάθαρση, πρέπει να πίνουν ελάχιστα υγρά σε μικρό ποτήρι και μόνο όταν διψούν. Επίσης πρέπει να χρησιμοποιούν πάγο και λεμόνι για να ξεδιψούν. Τέλος, πρέπει να τρώνε δύο αυγά, άφθονα φρούτα και πολλά λαχανικά που είναι πλούσια σε πολλές από τις προαναφερθείσες ουσίες, η έλλειψη των οποίων δημιουργεί σοβαρά επιγενή προβλήματα.

4. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ - ΔΙΑΙΤΑ

Για τη διαίτα της διαβητικής νεφροπάθειας ισχύει ότι και για το σακχαρώδη διαβήτη, αλλά με τις ακόλουθες διαφορές.

Όταν ο διαβήτης, που είναι δεύτερη κατά σειρά συχνότητας αιτία νεφρωσικού συνδρόμου, συνοδεύεται από λευκωματουρία μαζική, τότε κορηγούνται περισσότερες πρωτείνες και περιορίζεται το κλωριούχο νάτριο.

Όταν ο διαβήτης συνοδεύεται από νεφρική ανεπάρκεια και υπέρταση, τότε κορηγούνται, τότε κορηγούνται λιγότερες πρωτείνες και κλωριούχο νάτριο και περισσότεροι υδατάνθρακες.

Ειδικότερα η διαίτα της διαβητικής νεφροπάθειας πρέπει να περιλαμβάνει σταθερό ποσό υδατανθράκων (180-250 γραμμάρια το 24ωρο) και λίπους, ανάλογα φυσικά με την περίπτωση. Στο στάδιο της πρωτεϊνουρίας της διαβητικής νεφροπάθειας πρέπει να

χορηγούνται αρκετές πρωτεΐνες (1 γραμμάριο κατά χιλιόγραμμο βάρους), ενώ στο στάδιο της αζωθαιμίας οι πρωτεΐνες πρέπει να περιορίζονται στο ήμισυ (μισό γραμμάριο κατά χιλιόγραμμο βάρους).

5. ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ ΤΗΣ ΟΥΡΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΟΣ - ΔΙΑΙΤΑ

Το ουρικό οξύ αποτελεί άκρηστο μεταβολικό προϊόν, που προέρχεται από τη διάσπαση πυρινοπρωτεϊνών εξωγενούς (από τις τροφές) ή ενδογενούς (από την αποδόμηση των ιστών) προελεύσεως.

Η νεφροπάθεια της ουρικής αρθρίτιδας οφείλεται στην παθολογική αύξηση του ουρικού οξέος στο πλάσμα και στην αύξηση της ενεργητικής επαναρροφήσεώς του από τα αιμοφόρα σωληνάρια. Η τελευταία ευθύνεται για την εναπόθεση κρυσταλλών του ουρικού οξέος στο νεφρικό παρέγχυμα.

Τόσο η νεφροπάθεια της ουρικής αρθρίτιδας όσο και "η ουρική" λιθίαση, από την οποία πάσχουν το 10-30% των αρρώστων που έχουν ουρική αρθρίτιδα χαρακτηρίζονται από αύξηση της οξύτητας (ελάττωση του PH) των ούρων.

Ο περιορισμός των πλούσιων σε πυρινοπρωτεΐνες λευκωμάτων, η χορήγηση άφθονων υγρών και αλκαλοποίηση των ούρων, αποτελούν τρία θεραπευτικά "αξιώματα" για την ορθή αντιμετώπιση της νεφροπάθειας της ουρικής αρθρίτιδας και της ουρικής λιθιάσεως. με την χορήγηση άφθονων υγρών επιδιώκεται η εξασφάλιση διουρήσεως μεγαλύτερης από 2 λίτρα το 24ωρο.

Ακόμα συνιστάται αποφυγή γάλακτος, φρούτων, (εκτός από μούρα, δαμάσκηνα φράσκα και Ξηρά), λαχανικών, ειδικών οσπρίων και πράσινων λαχανικών.

Η περιοριστική σε πουρίνες διαίτα μπορεί να χορηγηθεί σαν συμπλήρωμα στη θεραπεία με φάρμακα για την αντιμετώπιση της αύξησης του ουρικού οξέος στο αίμα.

Η αύξηση του ουρικού οξέος στο αίμα μπορεί να εξηγηθεί με τις παρακάτω θεωρίες:

- 1) Ελαττωμένη καταστροφή ουρικού οξέος στον οργανισμό.
- 2) Αυξημένη παραγωγή αυτού.
- 3) Ελαττωμένη αποβολή αυτού στα ούρα.

Γενικά θεωρείται ότι υπερβολική πρόσληψη αλκοόλης δεν αποτελεί πρωταρχική αιτία αλλά ότι τα αλκοολούχα ποτά, οι δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος και η παχυσαρκία είναι δυνατόν να επιβαρύνουν την υπάρχουσα κατάσταση.

Όπως αναφέρθηκε οι πηγές του ουρικού οξέος είναι η ενδογενής και η εξωγενής. Οι δυο αυτές πηγές αποτελούν τη δεξαμενή του ουρικού οξέος στον οργανισμό που περίπου είναι 1,2gr. Μικρό μέρος του ποσού αυτού καταστρέφεται, ενώ ένα μεγαλύτερο μέρος αποβάλλεται στα ούρα. Στην ουρική αρθρίτιδα έχει αποδειχθεί ότι η δεξαμενή αυτή ανέρχεται στα 30gr. Η αύξηση αυτή προέρχεται από ενδογενή μεταβολικά αίτια και περιορίζει τη θεραπευτική αξία της διαιτητικής αγωγής.

Η διαιτητική αγωγή σε σχέση με την ποσότητα λήψης σε πουρίνες διακρίνεται σε δίαιτα ελεύθερη σε πουρίνες και σε δίαιτα χαμηλή σε πουρίνες. Μια δίαιτα χωρίς πουρίνες, μπορεί να κρατήσει πολύ χωρίς εμπόδιο. Τα λευκώματα που δεν έχουν πουρίνες είναι το ίδιο χρήσιμα σε έναν οργανισμό υγιή με εκείνα που περιέχουν πουρίνες. Επομένως, μπορούν άνετα να χρησιμοποιηθούν.

Ελεύθερη δίαιτα σε πουρίνες: Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οξεία φάση της νόσου. Απαγορεύονται οι 2 και 3 ομάδες τροφίμων (αναλύονται παρακάτω σε πίνακα), επιτρέπεται 1 αυγό/ημέρα, φυστικοβούτυρο, τυρί και άλλα προϊόντα γάλακτος αντικαθιστούν το κρέας, το ψάρι και τα πουλερικά. Τα τρόφιμα της ομάδος 1 χορηγούνται ελεύθερα.

Χαμηλή δίαιτα σε πουρίνες: Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε υποξεία ή χρόνια φάση της νόσου. Τρόφιμα της ομάδας 3 απαγορεύονται αυστηρά, της ομάδας 2 περιορίζονται ενώ της ομάδας 1 χορηγούνται ελεύθερα. (βλέπε ομάδες τροφίμων στον παρακάτω πίνακα).

Ομάδα 1 (ασήμαντες) 0-15mg	Ομάδα 2 (μέτριες) 50-150mg	Ομάδα 3 (ψηλές) ποσότητες 150-800mg
τυρί	κρέας	κυνήγι
αυγά	ψάρι, οστρακοειδή	εντόσθια
ψωμί	κότα	κίνα
δημητριακά	όσπρια	ρέγγες, σαρδέλες
φρούτα	σπαράγγια	αντζούγιες, σκουμπριά
χορταρικά	σπανάκι	ζωμός κρέατος
(εκτός αυτά της ομ.2)	μπιζέλια	εκχυλίσματα κρέατος
ζάχαρη		
γάλα		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ

ΡΕΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

Α. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΡΕΥΜΑΤΙΣΜΩΝ

Η λέξη ρευματισμός κύβει συχνά την άγνοια των γιαιτρών και περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές καταστάσεις, που χαρακτηρίζονται από πόνους των αρθρώσεων, ή των μυών και περιορισμό των κινήσεων, οφειλόμενο στον πόνο ή την αγκύλωση. Δεν υπάρχει λοιπόν ρευματισμός αλλά ρευματισμοί.

Χρησιμο στην διαιτητική είναι να γνωρίζει κανείς τις τρεις κατηγορίες ρευματισμών:

- 1) Την οξεία ρευματική πολυαρθρίτιδα, που προκαλεί υψηλό πυρετό και είναι επικίνδυνη, λόγω των παθήσεων της καρδιάς που ακολουθούν. Η δίαιτά της είναι όπως σε όλες τις φλεγμονώδεις παθήσεις.
- 2) Τις υποξείες μονοαρθρίτιδες, φύσεως μολυσματικής. Σ' αυτές πρέπει να γνωρίζει κανείς την αιτία που τις, προκαλεί: το γονόκοκκο, το βάκιλλο του Koch κ.λ.π. και ανάλογα να θεραπεύσει αυτή την αιτία. Σ' αυτές καλά αποτελέσματα έχει η αποχλωρωτική δίαιτα, που στηρίζεται στη κορήγηση αλατιού στον αποχλωρωμένο οργανισμό.
- 3) Τους χρόνιους ρευματισμούς που χωρίζονται: α) Σε χρόνιες αρθρίτιδες με λοιμώδη παράγοντα. Εδώ η θεραπευτική ψάχνει να βρει μια πρωτοπαθή εστία μόλυνσης και να τη θεραπεύσει. Η δίαιτα μπορεί να βοηθήσει στη θεραπευτική αυτή αγωγή,

ενισχύοντας την γενική άμυνα του οργανισμού στη χρόνια φλεγμονή. β) Σε αρθροπάθειες οφειλόμενες σε ειδική διάθεση του ατόμου. Στις αρθροπάθειες που οφείλονται σε εκφυλιστική αλλοίωση των αρθρώσεων, υπάρχουν τροφικές διαταραχές. Η διατητική εδώ απίζει σπουδαιότερο ρόλο. Δυστυχώς, είναι δύσκολο να αποδειχθεί, σαν αίτιο των αρθροπαθειών αυτών, μια καθορισμένη διαταραχή του μεταβολισμού όπως π.χ. μια λιποείδωση, ένας διαβήτης, ουρική αρθρίτιδα. Καλύτερα είναι να αναζητηθούν επίμονα οι ενδεχόμενες εκδηλώσεις μιας τροφικής, βιταμινικής ή άλλης έλλειψης, ή μιας ηπατοεντερικής διαταραχής, που θα μας επιτρέψουν την εφαρμογή αποτελεσματικής θεραπείας.

Β. ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Όπως υπάρχει όχι ένας ρευματισμός αλλά πολλοί, έτσι υπάρχουν και διάφορες αντιρρευματικές δίαιτες και στην κάθε περίπτωση, πρέπει να εφαρμόζεται η κατάλληλη από αυτές. Ο Besse αντι να περιγράψει χωριστά τη διατητική κάθε κλινικής μορφής, χωρίζει τους πάσχοντες από ρευματισμούς σε υπερτροφόμενους .

Οι πρώτοι ανήκουν στους αρθριτικούς. Είναι άρρωστοιπληθωρικοί, παχύσαρκοι με κουρασμένο συκώτι, υπερτασικοί, και μερικές φορές λιθισιακοί.

Οι δεύτεροι αντίθετα, βλέπουν τη γενική τους κατάσταση να χειροτερεύει, από τη ρευματική προσβολή και τα πυρετικά κύματα. Έχουν ανάγκη τροφής άφθονης και τονωτικής που να είναι ισοσταθμισμένη και να προσφέρει πολλές θερμίδες. Η διατροφή πρέπει να αποτελείται από συμπυκνωμένες τροφές και λευκώματα μεγάλης βιολογικής αξίας, με πολλές βιταμίνες και άλατα.

Η δίαιτα του παχύσαρκου συχνότατα αναγράφεται στις θεραπείες του ρευματισμού. Πραγματικά, έχει τις περισσότερες ενδείξεις, αλλά θα είναι λάθος να χρησιμοποιηθεί αυτόματα σε όλους τους αρρώστους που παραπονιούνται από πόνους των αρθρώσεων ή των μυών. Η αυστηρή της μορφή, που εφαρμόζεται στην αρχή της θεραπείας, μπορεί να συνοψιστεί στη γαλακτοφαγία ή γαλακτοφυτοφαγία, που περιορίζει το πλήθος των πεπτικών λειτουργιών και αυξάνει την ανεκτικότητα στα δραστικά φάρμακα, αφήνοντας ανέπαφη την αντιτοξική δύναμη του οργανισμού.

Αργότερα, εφαρμόζεται η φυτοφαγία, που βρίσκει εδώ μια από τις σπουδαιότερες ενδείξεις της, λόγω της αποχλωρωτικής ενέργειας, της μικρής συγκέντρωσης θρεπτικών στοιχείων και του πλούτου σε βιταμίνες υδροδιαλυτές. Αυτή η δίαιτα μοιάζει με τη δίαιτα της ουρικής αρθρίτιδας που τη συμμετοχή της πάντα υποψιαζόμαστε.

Δίαιτα ανασβεστώσεως

Επιπρόσθετα η δίαιτα των ρευματισμών δεν μπορεί να χωριστεί από την ασβέστωση. Δίαιτα "ανασβεστώσεως", που να μπορεί να δώσει ασβεστιο στα αφοιλαττωμένα οστά δεν υπάρχει. Το πρόβλημα της διατητικής είναι απλό και συνίσταται στη κορήγηση τροφών πλούσιων σε ασβέστιο. Το ασβέστιο όμως των τροφών πολύ δύσκολα μπορεί να προσηλωθεί, σαν φωσφορικό ασβέστιο, στα οστά.

Για την κορήγηση λοιπόν μιας αποτελεσματικής ανασβεστωτικής δίαιτας πρέπει να γνωρίζει κανείς τα εξής:

1) Το ασβέστιο έχει στενή σχέση με το φώσφορο και τη βιταμίνη D.

2) Η δίαιτα ανασβεστώσεως πρέπει να έχει αναλογία ασβεστίου προς φώσφορο όση περίπου και ο οργανισμός μας (δηλ. 2-2,15).

3) Όταν η τροφή δεν έχει αρκετό ασβέστιο, όση βιταμίνη D και

αν ληφθεί δεν μπορεί να αντισταθμίσει την στέρηση του ασβεστίου.

4) Ιδιαίτερη σημασία στην ανασβεστοτική δίαιτα έχει το γάλα και τα παράγωγά του εκτός από το βούτυρο.

5) Τα λίπη, εκτός από την περιεκτικότητά τους σε βιταμίνες Α και D, είναι απαραίτητα για την απορρόφηση του ασβεστίου.

6) Τα δημητριακά θεωρούνται ανασβεστοτικά.

7) Η πολλή τροφή, όταν είναι αλκαλική, εμποδίζει την απορρόφηση του φωσφόρου.

8) Η βιταμίνη C (ασκορβικό οξύ) συντελεί στη στερέωση του ασβεστίου.

9) Χωρίς κανένα εμπόδιο μπορεί να οριστεί δίαιτα πλούσια σε ασβέστιο, έστω και αν δεν υπάρχει βεβαιότητα για τη χρησιμότητά της ή την ανασβεστοτική της ικανότητα, γιατί ο οργανισμός απαλλάσσεται πολύ εύκολα από το ασβέστιο που παίρνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η

ΑΛΛΕΡΓΙΑ

Ως αλλεργία ορίζεται η παθολογική (αυξημένη) ευαισθησία του οργανισμού στην επίδραση ορισμένων παραγόντων του περιβάλλοντος (χημικών ουσιών, μικροβίων και των προϊόντων της ζωικής δραστηριότητάς τους, τροφίμων κ.α) που ονομάζονται αλλεργιογόνα.

Αλλεργιογόνα μπορεί να είναι οι πιο ποικιλόμορφες ενώσεις, από τις πιο απλές χημικές ουσίες, όπως το βρώμιο και το ιώδιο, ως τις πιο σύνθετες, όπως οι πρωτεΐνες, πολυσακχαρίτες και οι διάφοροι συνδυασμοί τους. Ορισμένα αλλεργιογόνα εισχωρούν στον οργανισμό απέξω (εξωγενή), αλλά, σχηματίζονται από τον ίδιο τον οργανισμό (ενδογενή ή αυταλλεργιογόνα).

Τα εξωγενή αλλεργιογόνα διαιρούνται στις εξής ομάδες:

- 1) Βιολογικά αλλεργιογόνα: μικρόβια, ιοί, μύκητες, έλμινθες, παρασκευάσματα για ορούς και εμβόλια.
- 2) Φαρμακευτικά αλλεργιογόνα: αλλεργική αντίδραση μπορεί να προκαλέσει στην πράξη οποιοδήποτε φαρμακευτικό παρασκεύασμα (κωδεΐνη, ασπιρίνη).
- 3) αλλεργιογόνα του σπιτιού: Το κυριότερο από αυτά είναι η σκόνη του σπιτιού δηλ. σωματίδια σκόνης από τάπητες, ενδύματα κ.τ.λ.
- 4) αλλεργιογόνα που οφείλονται στην εισπνοή γύρης.
- 5) αλλεργιογόνα από τροφές (η συγκεκριμένη κατηγορία αλλεργιογόνων θα αναλυθεί περισσότερο παρακάτω γιατί είναι η μόνη που προσεγγίζει το θέμα μας).

6) Βιομηχανικά αλλεργιογόνα: πρόκειται για τις επαγγελματικές αλλεργικές τοξικές δερματίτιδες, που προκαλούνται από τοπικό ερεθισμό με ερεθιστικές χημικές ουσίες.

7) Ιδιαίτερη ομάδα αλλεργιογόνων αποτελούν οι φυσικοί παράγοντες: θερμοκρασία, ψύχος, μηχανικοί ερεθισμοί.

ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ ΑΠΟ ΤΡΟΦΕΣ

Αλλεργιογόνες μπορεί να είναι σχεδόν όλες οι τροφές, ιδιαίτερα όμως το γάλα, τα αυγά, το κρέας, το ψάρι, οι ντομάτες, τα εσπεριδοειδή, η σοκολάτα, η φράουλα, τα καβούρια. Η κατάσταση που αναπτύσσεται, όταν εισχωρήσουν στον οργανισμό αλλεργιογόνα μέσω του γαστρεντερικού σωλήνα, λέγεται τροφική αλλεργία.

Σε διάκριση από την τελευταία, οι αλλεργικές παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα που οφείλονται σε αλλεργιογόνα, που εισέδυσαν στον οργανισμό από άλλη οδό, ονομάζονται γαστρεντερικές αλλεργίες. Ένα αλλεργιογόνο, π.χ. που εισχώρησε στον οργανισμό από τον βλεννογόνο των αναπνευστικών οδών, ενδέχεται να προκαλέσει αλλεργική αντίδραση σε οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα.

Αλλεργικές αντιδράσεις κατά την τροφική αλλεργία μπορεί να αναπτυχθούν λίγα λεπτά μετά την εισχώρηση στο γαστρεντερικό σωλήνα τροφικού αλλεργιογόνου. Έτσι κατά την αλλεργία που οφείλεται στο γάλα, ύστερα από μερικά λεπτά μπορεί να εκδηλωθεί εμετός και ξαφνική διάρροια. Λίγο αργότερα ενδέχεται να εμφανιστούν και άλλα συμπτώματα, όπως κνίδωση και πυρετός.

Κάποτε τα πρώτα συμπτώματα αλλεργικής αντίδρασης του γαστρεντερικού σωλήνα εκδηλώνονται ύστερα από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Συνήθως η τροφική αλλεργία οφείλεται σε διαταραχή της

λειτουργίας του γαστρεντερικού σωλήνα.

Στην τροφική αλλεργία των παιδιών συμβάλλει η υπερβολική τροφή. Πολύ συχνά τα τροφικά αλλεργιογόνα προκαλούν στα παιδιά αλλεργική διάθεση.

Η δυσανεξία (μη ανεκτικότητα) ορισμένων τροφών δε σχετίζεται πάντα με αλλεργικές αντιδράσεις. Ενδέχεται να οφείλεται σε ανεπάρκεια μερικών ενζύμων στα υγρά της πέψης, που έχει ως συνέπεια της διαταραχή της και γαστρεντερικές ανωμαλίες, που είναι όμοιες με εκείνες της τροφικής αλλεργίας.

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ: ΑΙΤΙΑ, ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ, ΠΡΟΛΗΨΗ

Παρά την πρόοδο στην Υγιεινή, οι τροφικές δηλητηριάσεις έχουν αυξηθεί την τελευταία δεκαετία. Τα νοσοκομεία και ιδρύματα πλήττονται σχετικά συχνά από επιδημίες τροφικών δηλητηριάσεων με δυσάρεστα και σοβαρά, μερικές φορές αποτελέσματα.

Γιατί τα νοσοκομεία αποτελούν ένα μεγάλο εστιατόριο με ιδιομορφίες, οι οποίες αυξάνουν τις πιθανότητες προκλήσεως επιδημιών αλλά και με "πελάτες" το νοσηλευτικό προσωπικό και ιδίως τους αρρώστους, οι οποίοι έχουν μεγαλύτερη ευασθησία (ελαττωμένη αντίσταση) από το γενικό πληθυσμό.

Ο κυριότερος μηχανισμός ποροκλήσεως τροφικών δηλητηριάσεων είναι ο λανθασμένος χειρισμός των τροφίμων και ιδίως η συντήρηση των έτοιμων φαγητών για αρκετή ώρα σε θερμοκρασία που επιτρέπει τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων.

Ακόμα, η μόλυνση των έτοιμων για κατανάλωση τροφίμων από τα ωμά με τα χέρια ή τους πάγκους τα σκεύη και μηχανήματα επεξεργασίας των τροφίμων δεν είναι σπάνιες αιτίες στα τόσο μεγάλα μαγειρεία των νοσοκομείων.

Τέλος η συντήρηση των έτοιμων ζεστών φαγητών στις κουζίνες εστιατόρια του προσωπικού ή των τμημάτων των ασθενών σπανίως γίνεται σε ελεγχόμενη θερμοκρασία, τουλάχιστον 60°.

Δυστυχώς, στον μη σωστό χειρισμό των τροφίμων έχει προστεθεί και η επιδημία σαλμονέλλωσης από τα αυγά, τα οποία είναι τώρα μολυσμένα στον κρόκο. Χρειάζονται λοιπόν πρόσθετα μέτρα πρόληψης για τον σωστό χειρισμό: α) των σφαγμένων κοτόπουλων που χρησιμοποιούν τα μαγειρεία (είναι πιο συχνά φορείς σαλμονελλών) και β) στα αυγά, τα οποία ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ ΝΑ ΚΑΤΑΝΑΛΙΣΚΟΝΤΑΙ ΩΜΑ, (μελάτα) ή και να χρησιμοποιούνται σε τρόφιμα και γλυκά χωρίς να βράζονται καλά.

Τέλος, μόνο η εκπαίδευση των χειριστών τροφίμων στους κανόνες υγιεινής τροφίμων μπορεί να εξασφαλίσει την πρόληψη των τροφικών δηλητηριάσεων αλλά και η ορθή οργάνωση των μαγειρείων και του συστήματος διανομής και συντηρήσεως των έτοιμων φαγητών μέσα στο νοσοκομείο.

(Δελτίο ελληνικής Μικροβιολογικής εταιρείας (1991) 36,586,587).

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

Τα τροφογενή νοσήματα παρουσιάζουν προοδευτική αύξηση σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες τα τελευταία χρόνια και είναι από τα κύρια αίτια νοσηρότητας με τεράστιες οικονομικές επιπτώσεις. Επιπλέον, χρόνια προβλήματα δημιουργούνται σε ένα αριθμό κρουσμάτων (2-3%), ενώ σε τροφιμογενή αίτια οφείλεται και ένα μικρό ποσοστό θανάτων (0,03_{0/00}).

Η συχνότητα των τροφικών δηλητηριάσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθεί και τα στατιστικά δεδομένα, ακόμη και από προηγμένες χώρες παρουσιάζουν ένα μικρό μόνο ποσοστό της πραγματικής. Αυτό

οφείλεται κυρίως στην έλλειψη καλά οργανωμένων υπηρεσιών δημόσιας υγείας στη μη διεύρυνση καταγραφή και αναφορά των περιστατικών από τους γιατρούς και τη μη επίσκεψη των ασθενών στο γιατρό, όταν τα συμπτώματα είναι ήπια.

Ενώ για το χρονικό διάστημα 1973-1987 δηλώθηκαν στις ΗΠΑ 7.458 επιδημίες με 237.545 κρούσματα, τα ετήσια περιστατικά εκτιμώνται σε 6,3 εκατομμύρια (περιστατικά γνωστής αιτιολογίας μόνο) έως 81 εκατομμύρια, ανάλογα με τη μέθοδο υπολογισμού. Βάσει των εκτιμήσεων αυτών αντιστοιχούν 2.500-32.500 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους ετησίως.

Τα μικρόβια είναι τα κύρια αίτια των τροφικών δηλητηριάσεων (80-90%) και μαζί με τους ιούς ξεπερνούν το 95% των περιστατικών ενώ τα χημικά αίτια αποτελούν μόνο το 4% περίπου. Όμως η αιτιολογία ενός μεγάλου αριθμού επιδημιών (50-60%) παραμένει άγνωστη.

Τρόφιμα ζωικής προέλευσης (κρέας, πουλερικά, γάλα και αυγά) είναι υπεύθυνα για το 85% των τροφικών δηλητηριάσεων. *Salmonella*, *Campulobacter* και *Staphylococcus aureus* ευθύνονται για περισσότερα από το 80% των περιστατικών.

Ιδιαίτερης σημασία για τη δημόσια υγεία είναι η *Salmonella enteritidis* PT4 που σχετίζεται με τα πουλερικά και αυγά και είναι ο ορρότυπος που απομονώνεται πιο συχνά από τον άνθρωπο σήμερα.

Επίσης, το *Campylobacter* που σε πολλές χώρες έχει ξεπεράσει σε συχνότητα τη *Salmonella* και η λιστερίωση που αν και δεν είναι συχνή είναι σοβαρή νοσος με υψηλή θνησιμότητα.

Οι κακοί χειρισμοί των τροφίμων, που έχουν σαν αποτέλεσμα την πρόκληση διάφορων τροφικών δηλητηριάσεων γίνονται κυρίως σε χώρους μαζικής σίτισης, ίσως εστιατόρια, νοσοκομεία, ιδρύματα, καντίνες, σχολεία, και τα στήματα και ακολουθούν τα σπίτια των

καταναλωτών και η βιομηχανία επεξεργασίας τροφίμων.

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στις τροφικές δηλητηριάσεις είναι η προετοιμασία του φαγητού πολύ πριν την κατανάλωση (συνήθως περισσότερα από 12 ώρες) και η συντήρηση του σε θερμοκρασία περιβάλλοντος το ανεπαρκές ψήσιμό του, ξαναζέσταμα, κρύωμα και ξεπάγωμα και η κακή ατομική υγιεινή των χειριστών τροφίμων κ.α.

Το ετήσιο συνολικό κόστος των τροφιμογενών δηλητηριάσεων υπολογίζεται στις ΗΠΑ σε 12,7 δισ. δολάρια, για 7,1 εκατομμύρια περιστατικά και στον Καναδά σε 2,2 δισ. δολάρια για 2,5 εκατομμύρια περιστατικά. *Salmonella*, *Campylobacter*, *Staphylococcus* συμβάλλουν περίπου στο 80% του κόστους των δηλητηριάσεων από μικρόβια.

Οι σαλμονελλώσεις που υπολογίζονται περίπου σε 3 εκατομμύρια, στοιχίζουν ετησίως στις ΗΠΑ 4 δισ. δολάρια, ενώ τα 600.000 περιστατικά καμπυλοβακτηριδίων υπολογίζεται ότι κόστισαν το 1989 90 εκατ. λίρες στην Αγγλία.

Αξίζει, τέλος, να επισημανθεί ότι οι εκπτώσεις των τροφικών δηλητηριάσεων στο νοσοκομειακό χώρο είναι βαρύτερες από ότι στο γενικό πληθυσμό, λόγω της μειωμένης αντίστασης πολλών ασθενών έναντι των μολύνσεων και το συνολικό κόστος μπορεί να είναι εξαιρετικά μεγάλο.

(Δελτίο ελληνικής Μικροβιολογικής εταιρείας (1991) 36,596-598).

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Στις τροφικές δηλητηριάσεις περιλαμβάνονται νοσήματα που προκαλούνται από τη λήψη:

- α) μολυσμένης τροφής ή νερού
- β) χημικών ή φυτικών δηλητηρίων

γ) τοξινών που παράγονται από μικρόβια (σταφυλοκοκκική εντεροτοξίνη - τοξίνη αλλαντιάσεως).

Οι τροφές αποτελούν επίσης το μέσο μεταφοράς για πολλά άλλα λοιμώδη νοσήματα όπως π.χ. τυφοπαράτυφικών λοιμώξεων, συγκελώσεων, βρουκέλλωσης, λοιμώδους ηπατίτιδας, χολέρας, τρυκίνωσης κ.λ.π χωρίς βέβαια να αποτελούν τροφικές δηλητηριάσεις.

Οι τροφικές δηλητηριάσεις χαρακτηρίζονται συνήθως από ξαφνική εμφάνιση της νόσου εντός μικρού χρονικού διαστήματος. Η διάγνωση στηρίζεται σε επιδημιολογικά στοιχεία κυρίως.

A. ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΑΠΕ STAPHYLOCOCCUS AUREUS (ΧΡΥΣΙΖΟΝΤΑ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ)

Πρόκειται περί δηλητηριάσεως που οφείλεται στη λήψη τροφής που περιέχει εξωτοξίνη που παρήχθει από τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

Ο μικρός χρόνος επώσεως και τα συμπτώματα μοιάζουν με το σύνδρομο που προκαλείται από τη λήψη χημικών δηλητηρίων. Η διάγνωση τίθεται από τα επιδημιολογικά στοιχεία και από την απομόνωση μεγάλου αριθμού παθογόνου σταφυλόκοκκου, που παράγει εντεροτοξίνη (Α, Β, C, D και Ε), από τα κόπρανα και τα εμέσματα.

Η τυποποίηση του σταφυλόκοκκου (φαγότυπος, αντοχή στα αντιβιοτικά και είδος εντεροτοξίνης που παράγει θεωρείται απαραίτητη για επιδημιολογικούς σκοπούς.

Μερικές φορές το σύνδρομο αποδίδεται σε σταφυλόκοκκους που δεν παράγουν ηηκτάση. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ελέγχονται για παραγωγή λυσοζύμης στην οποία αποδίδεται η πρόκληση του συνδρόμου. Οι σταφυλόκοκκοι έχουν την ικανότητα να αναπτύσσονται και να παράγουν εξωτοξίνη παρουσία υψηλής πυκνότητας άλατος (10-20%). Ανέχονται την παρουσία νεομυκίνης, πολυμυξίνης, τελουρικού,

κλωριούκου υδραργύρου.

Υπόδοχο: Ο άνθρωπος ο οποίος φιλοξενεί τον παθογόνο σταφυλόκοκκο στη μύτη του. Από εκεί μεταφέρεται στο δέρμα. Οι φορείς των σταφυλόκοκκων φθάνουν τα 50%. Παθογόνοι σταφυλόκοκκοι βρίσκονται στο κρέας, πουλερικά λαχανικά κ.λ.π. Επιζούν στη θερμοκρασία ψυγείου. Οι ιδανικές συνθήκες για παραγωγή εντεροτοξίνης είναι θερμοκρασία 37-40°C, και, ΡΗ 6,0-8,0. Η χαμηλότερη θερμοκρασία που μπορεί να αναπτυχθεί ο σταφυλόκοκκος είναι 6,6°C.

ΟΙΚΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΩΝ ΣΤΙΣ ΤΡΟΦΕΣ

Για να θεωρηθεί υπεύθυνος για τη δηλητηρίαση ο σταφυλόκοκκος που βρέθηκε σε μια τροφή πρέπει να ληφθεί υπόψη:

- 1) η παραγωγή από το στέλεχος εντεροτοξίνης
- 2) ο αριθμός των μικροοργανισμών/γραμ. ο οποίος πρέπει να φθάνει τουλάχιστον τις 500.000 έως 1 εκατομμύριο/γραμ.
- 3) η παρουσία αριθμού και τύπου ανταγωνιστικών μικροοργανισμών.

Εχει βραθεί ότι οι σταφυλόκοκκοι είναι αδύνατο να ανταγωνιστούν τους μικροοργανισμούς που βρίσκονται φυσιολογικά (σαν προφυτική κλωρίς *Acinacobacter - bacillus*, *Lactobacillus*), στις φρέσκιες και κατεψυγμένες τροφές, αφού αυτοί δημιουργούν συνθήκες που δεν ευνοούν την ανάπτυξη των σταφυλόκοκκων.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

1. Φύλαξη τροφών στο ψυγείο (αποφυγή πολ/μού των τυχαι ευρισκομένων μικροβίων).
2. Παροδικό αποκλεισμό των χειριστών των τροφών που πάσχουν από πυοδερματίτιδα, ερυπεκτύκτιδα, ή σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις αναπνευστικών οδών.

3. Ατομική υγιεινή (πλύσιμο χεριών κ.λ.π)
4. Καθαριότητα σκευών
5. Αναφορά στο τοπικό υγειονομικό κέντρο των τεκμηριωμένων ή υπόπτων περιπτώσεων.

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ

Προσδιορίζεται

1. Η κλινική εικόνα των περιπτώσεων που ενόσησαν
2. Χρόνος επώασης
3. Ο τόπος εμφάνισης της επιδημίας
4. Ο πληθυσμός που εμφανίζει πιθανότητα μόλυνσης
5. συλλέγονται δείγματα κοπράνων και εμέτων για εργαστηριακό έλεγχο (μη απομόνωση σταφυλόκοκκου δεν αποκλείει την ύπαρξη εντεροτοξίνης).
6. λαμβάνεται πλήρης κατάλογος των τροφών που ελήφθησαν από τους νοσήσαντες και έλεγχος του τρόπου παρασκευής και διατήρηση των τροφών.
7. Μελετώνται μάρτυρες δηλ. μη νοσήσαντες σε σχέση με τις τροφές που έλεβαν.
8. Ελέγχονται οι χειριστές τροφών (χέρια - μύτες)

B. ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM PERFRINGENS (WELCHII) -

ΚΛΩΣΤΡΗΔΙΟ ΤΟ ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΟ

Πρόκειται περί ηπίου συνδρόμου που χαρακτηρίζεται από ξαφνικούς κοιλιακούς κωλικούς και συνοδεύεται από διάρροια και ναυτία ενώ οι έμετοι συνήθως λείπουν. Το σύνδρομο είναι διάρκειας 1-2 ημερών και καλής συνήθως πρόγνωσης.

Οφείλεται σε ένα gram θετικό αναερόβιο σπορογόνο βακτήριο,

πολύ διαδεδομένο στη φύση και το οποίο παράγει έξι διάφορα είδη τοξινών Α, Β, C, D, E και F. Επίσης βρίσκεται στον εντερικό σωλήνα ανθρώπου και ζώων.

δηλητηριάσεις προκαλεί συνήθως ο τύπος Α ενώ ο C και ο E προκαλεί νευρωτική εντερίτιδα. Στις τροφές σε περίπτωση επιδημίας βρίσκεται μεγάλος αριθμός του μικροοργανισμού ($=10^6/\text{gr}$).

Σχεδόν πάντα οι τροφές έχουν διατηρηθεί σε ακατάλληλες συνθήκες. Επειδή είναι σπορογόνο επιβιώνει σε δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες όπως π.χ. ξηρασία, και τοξικά σκευάσματα.

Ο μικροοργανισμός αυτός είναι μεσόφιλος (ιδανική θερμοκρασία 37-45°C. ενώ κάτω των 20°C δεν αναπτύσσεται. Στους -17, 7°C μόνο 4% των μικροβιακών κυττάρτων επιβιώνει για 180 ημέρες. Οι σπόροι διαφέρουν ως προς την αντοχή τους και τη θερμοκρασία. Αποξηραμένοι σπόροι επιβιώνουν κατά 40% για 90 ημέρες και 11% για 180 ημέρες. Το *Cl. perfringens* είναι ανθεκτικό στην πολυμιξίνη, κυκλοστερίνη και αναστέλλεται με 5% NaCl.

Η εντεροτοξίνη του παράγεται σύγχρονα με την παραγωγή σπόρων (MB 36.000). Είναι θερμοευαίσθητη (καταστρέφεται στους 60°C για 10 λεπτά).

Χρόνοι επώασης: 8-16 ώρες

Η διάγνωση τίθεται από:

1. Τα επιδημιολογικά στοιχεία
2. Την καλλιέργεια τροφών και έλεγχο παραγωγής αντιτοξίνης (παραγωγή λεκιθινάσης)
3. Τον έλεγχο οροτύπων.

Ο έλεγχος κοπράνων δεν έχει διαγνωστική αξία αφού μικρός αριθμός *Cl. perfringens* αποβάλλεται και σε υγιή άτομα.

Προφύλαξη:

1. Σερβίρισμα ζεστών φαγητών αμέσως μετά την παρασκευή. Εάν χρειαστεί ξαναζέσταμα πρέπει να γίνει ταχύτατα. Δεν πρέπει να μαγειρεύεται το κρέας και τα πουλερικά την μια ημέρα και να ξαναζεσταίνονται την επομένη.
2. Προσοχή στην ατομική υγιεινή και την καθαριότητα των σκευών της κουζίνας.

Για τις υπόλοιπες προφυλάξεις ισχύουν ότι στις τροφικές δηλητηριάσεις από σταφυλόκοκκο.

Γ. ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ BACILLUS CEREUS

Η τροφική αυτή δηλητηρίαση οφείλεται στη λήψη τροφών μολυσμένων με μεγάλο αριθμό (10^6 - 10^8 /gr). *B.cereus* που χαρακτηρίζεται από ξαφνική ναυτία εμέτους κωλικούς και διάρροια. Μετά την καλλιέργεια της τροφής και των κοπράνων η ανάπτυξη του μικροοργανισμού, η βιοχημική και ορολογική τακτοποίηση του (O-H antigens) θεωρείται απαραίτητη. Ο *B.cereus* είναι σπορογόνος αναερόβιος βάκιλος που βρίσκεται παντού στη φύση. Οι σπόροι του είναι θερμοανθεκτικοί τα δε συμπτώματα οφείλονται σε εντεροτοξίνη.

Τροφές μολυσμένες με *B.cereus* είναι ρύζι, λαχανικά, και κρέας.

Επίθεση: 2-6 ώρες

Προφύλαξη:

Τροφές που μπορούν να μολυνθούν με *B.cereus* όπως π.χ. λαχανικά δεν πρέπει να φυλάσσονται σε θερμοκρασία δωματίου μετά το ψήσιμο αλλά να φυλάσσονται στο ψυγείο. Οι σπόροι επιζούν του βρασμού και πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Το ξαναζέσταμα πρέπει να γίνεται ταχύτατα ώστε να αποφεύγεται ο πολλαπλασιασμός των

μικροβίων.

Η παραγωγή τοξίνης εννοείται με ΡΗ 8 και θερμοκρασία 32°C.

Α. ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ CL. BOTULINUM (ΑΛΛΑΝΤΙΑΣΗ)

Η αλλαντίαση είναι σοβαρή δηλητηρίαση (όχι λοίμωξη) που χαρακτηρίζεται από αδυναμία, εξαιρετική ξηρότητα στόματος, δυσλπωπία, δυσφαγία, δύσπνοια, αναπνευστική δυσφορία και παραλύσεις. Η κλινική αντιμετώπιση αφορά κυρίως το νευρικό σύστημα. Η διάρροια και ο έμετος δυνατόν να υπάρχουν αρχικά. Η θνητότητα είναι μεγάλη περίπου 1/3 των ασθενών πεθαίνουν μέσα σε 3-7 ημέρες από αναπνευστική ανεπάρκεια.

Συνήθως η αλλαντίαση οφείλεται στη λήψη τροφής που περιέχει τοξίνη που παρήχθη από ένα ανασερόβιο σπορογόνο βακτήριο το *cl. botulinum* που βρίσκεται στο έδαφος και στο γαστρεντερικό σωλήνα ζώων και ψαριών.

Διάγνωση:

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση της ειδικής τοξίνης στο αίμα, στα κόπρανα ή στις τροφές. Η απομόνωση του μικροοργανισμού από τις τροφές δεν παίζει ρόλο διαγνωστικό.

Οι σπόροι των πρωτεολυτικών στελεχών είναι πλέον θερμοανθεκτικοί από αυτούς των μη πρωτεολυτικών στελεχών. Η άριστη θερμοκρασία ανάπτυξης του μικροοργανισμού είναι 35-37°C ενώ για την παραγωγή τοξίνης 25-30°C.

Το άριστο ΡΗ 6, 8-7. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα δεν αναπτύσσονται κατω από ΡΗ 4,7. Το μεγαλύτερο ΡΗ που επιτρέπει την ανάπτυξη όλων των στελεχών είναι 8,5.

Οι τοξίνες της αλλαντίαςης (Α, Β, C, D, E) είναι θερμοευαίσθητες αδρανοποιούμενες στους 80°C για 10 λεπτά.

Είναι σταθερές στη θερμοκρασία δωματίου και σε ΡΗ κάτω των

7,0. Οι περισσότερες δηλητηριάσεις οφείλονται στον τύπο Α, Β ή Ε και λίγες στον τύπο F.

Ο τύπος Ε συνδέεται με δηλητηριάσεις από ψάρια. Η τοποθέτηση των τροφών στο ψυγείο δεν προστατεύει απαραίτητα την παραγωγή τοξίνης.

Τρόπος μετάδοσης:

Λήψη τροφής από κονσέρβες χωρίς προηγούμενο επαρκές ψήσιμο. Οι περισσότερες δηλητηριάσεις οφείλονται σε κονσέρβες οικιακής κατασκευής όπως π.χ. φρούτων ή λαχανικών.

Χρόνος επώασης

24 ώρες μετά την λήψη της μολυσμένης τροφής. Γενικά όσο μικρότερος ο χρόνος τόσο υψηλότερη θνητότητα.

Προφύλαξη

1. Έλεγχος παρασκευής των κονσερβών και συντηρημένων τροφών
2. Πληροφόρηση όσων παρασκευάζουν οικιακές κονσέρβες στο να τηρούν τους σωστούς κανόνες παρασκευής τους (χρόνος-πίεση-θερμοκρασία που χρειάζεται για την καταστροφή των σπόρων)
3. Βράσιμο του περιεχομένου της κονσέρβας για 5 τουλάχιστον λεπτά πριν σερβιριστεί.
4. Κατά το άνοιγμα των κονσερβών έλεγχος παρουσίας αλλοίωσης ή δυσάρεστης οσμής.

Έλεγχος ασθενών και περιβάλλοντος

1. Αναφορά στην τοπική αρχή Υγιεινής των πραγματικών υπόπτων περιπτώσεων.
2. Η μολυσμένη τροφή πρέπει να αποστειρώνεται πριν πεταχθεί ή θάβεται βαθιά στο χώμα. Τα σκεύη επίσης που χρησιμοποιήθηκαν πρέπει να αποστειρώνονται.
3. Όσοι άνθρωποι από το περιβάλλον έφαγαν από την τροφή, αλλά δεν νόσησαν ακόμη, πρέπει να τύχουν θεραπευτικής

αντιμετώπισης που συνίσταται σε χορήγηση καθαρτικών, αντιτοξίνης και σωστή παρακολούθησή τους.

4. Στους πάσχοντες χορηγείται ενδομυϊκώς και ενδοφλεβίως αντιτοξίνη (Α, Β και Ε).
5. Επιδημιολογική μελέτη των ασθενών και του περιβάλλοντός τους.

Ε. ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ESCHERICHIA COLI (ΚΟΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ)

Τα κολοβακτηρίδια διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

1. Ομάδα 1η: Εντεροπαθογόνα (EPEC). Προκαλούν γαστρεντερίτιδα των βρεφών και ανήκουν σε ορισμένους ορολογικούς τύπους με αντιγόνα Ο και Β.

2. Ομάδα 2η: Εντεροτοξικά (ETEC). Παράγουν τοξίνες και προκαλούν γαστρεντερίτιδες σε όλες τις ηλικίες. Χαρακτηριστική είναι η "διάρροια των ταξιδιωτών".

3. Ομάδα 3η: Εντεροδυσεντερικά. Προκαλούν διαρροϊκά σύνδρομα που μοιάζουν με συγγελώσεις (δυσεντερία).

Υπόδοχο: Μολυσμένα άτομα (πιθανώς ασυμπτωματικά)

Επώαση: 12-72 ώρες

Οδός μετάδοσης: Διά των κοπράνων από την μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια του τοκετού. Το εντεροπαθογόνο κολοβακτηρίδιο παράγει τουλάχιστον δύο τοξίνες μία θερμοευαίσθητη και μία θερμοανθεκτική.

Προφύλαξη

1. Γενικά προφυλακτικά μέτρα πρόληψης των νοσημάτων στοματοπρωκτικής διασποράς.
2. Αναφορά στην τοπική αρχή υγιεινής.
3. Απομόνωση των ήδη μολυσμένων ασθενών
4. Ιδιαίτερη προσοχή στα νεογέννητα λόγω της σοβαρότητας που

εμφανίζει η κατάσταση τους όταν μολυνθούν με κολοβακτηρίδιο.

Ζ. ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ VIBRIO PARAHAENOLYTICUS

Το vibrio parahaenolyticus βρίσκεται σχεδόν αποκλειστικά στις θαλασσινές τροφές. Όταν ενοχοποιούνται μη θαλασσινές τροφές πρόκειται περί δευτερογενούς επιμόλυνσης από προϊόντα θαλάσσης. Είναι Gram - (αρνητικό) βακτήριο που αναπτύσσεται σε θερμοκρασία 22-42°C με άριστη θερμοκρασία 35-37°C και υψηλότερη 42-44°C. Αναπτύσσεται σε PH5-11 (άριστο PH 7,1-7,7).

Μπορεί να αναπτυχθεί παρουσία 5-10% NaCl ενώ ταχύτατα πεθαίνει σε απεσταγμένο νερό.

Επίθεση:

Η διάγνωση τίθεται αφ' ενός μεν από την κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από διάρροια και πόνους στις περισσότερες περιπτώσεις ενώ η ναυτία, ο έμετος, ο πυρετός είναι σπανιότερα συμπτώματα, αφ' ετέρου δε από την απομόνωση των χαρακτηριστικών στελεχών που δίνουν θετική την αντίδραση Kanagawa (τα παθογόνα στελέχη παράγουν χαρακτηριστική αιμολυτική αντίδραση Kanagawa Phenomenon).

Υπόδοχο: Βρίσκεται σχεδόν αποκλειστικά στο θαλάσσιο περιβάλλον στους θερινούς μήνες που ανεβαίνει η θερμοκρασία >19-20°C, βρίσκεται ελεύθερο στο θαλάσσιο νερό και μολύνει τα όστρακα και τα ψάρια.

Οδός μεταφοράς: Η λέψη ανεπαρκώς ψημένης τροφής (μη καταστροφή των vibrio) προκαλεί την διάρροια εφόσον ο αριθμός είναι ικανός (>10⁶).

Προφύλαξη:

1. Καλό ψήσιμο θαλασσινής τροφής

2. Διατήρηση της θαλασσινής τροφής (ψημένης ή άψητης) σε ψυγείο πριν από τη λήψη της.
 3. Διαπαιδαγώγηση των ασχολουμένων με την αλιεία και φύλαξη των θαλασσινών τροφών όσον αφορά τα σωστά προφυλακτικά μέτρα.
- Οι δηλητηριάσεις από το *V. parahaemolyticus* ενώ είναι σπάνιες στην Αμερική και Ευρώπη είναι αρκετές στην Ιαπωνία.

Η. Η ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ SALMONELLA

Το σύνδρομο αυτό οφείλεται στη λήψη τροφής που περιέχει ικανοποιητικό αριθμό σαλμονελλών.

Επώση: 8-48 ώρες (συνήθως 12-24) ώρες.

Τα συμπτώματα είναι διάρροια κυρίως αλλά και ναυτία, εμετοί, κοιλιακοί πόνοι και πονοκέφαλος που διαρκούν συνήθως 2-3 μέρες.

Η θνητότητα ποικίλει από 5-8% το πρώτο έτος ζωής μέχρι 2% για παιδιά μέχρι 15 ετών. Τη μεγαλύτερη θνητότητα (21%) μεταξύ των ειδών των σαλμονελλών προκαλεί η *S. choleraesuis*. 5% των ασθενών γίνονται φορείς μέχρι της πλήρους ανάρρωσης. Επειδή για την πρόκληση της σαλμονέλλωσης είναι απαραίτητα τα ζώντα μικροβιακά κύτταρα, η νόσος αυτή ανήκει στις λοιμώξεις.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε αύξηση των δηλητηριάσεων με σαλμονέλλες που μπορεί να αποδοθεί:

1. Στην αυξημένη μαζική παραγωγή
2. Στις ακατάλληλες μεθόδους διατήρησης
3. Στη συνήθεια που συνεχώς αυξάνεται της λήψης μισοψημένης τροφής και,
4. Στην ελαττωμένη αντοχή στις λοιμώξεις

Υπόδοχο: Άγρια και οικιακά ζώα (πουλερικά, ποντίκια, χελώνες,

σκυλί, γάτα κ.λ.π.) αλλά και ο άνθρωπος (άρρωστοι ή αναρρωνύοντες). Υπάρχουν σπανίως χρόνιοι φορείς.

Οδός μεταφοράς: Λήψη τροφής μολυσμένης από κόπρανα μολυσμένων ανθρώπων ή ζώων.

Νοσοκομειακές επιδημίες συμβαίνουν από οργανισμούς ανθεκτικούς στο περιβάλλον. Η μετάδοση με επαφή (διά των χεριών) είναι ένας σημαντικός τρόπος μετάδοσης.

Προφύλαξη:

1. Καλό ψήσιμο κρέατος
2. Αποφυγή λήψης άψητων αυγών
3. τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής
4. Αναφορά στην τοπική αρχή υγιεινής
5. Απομονωση ασθενών
6. Καλλιέργεια κοπράνων για τεκμηρίωση ή αποκλεισμό φορέων

Το campylobacter jejuni προκαλεί οξεία διάρροια αλλά δεν θεωρείται ότι συμπεριφέρεται σαν μικροοργανισμός που προκαλεί τροφική δηλητηρίαση.

Παθογόνο	Επιδημιολογία	Πυρετός	Διάρροια	Εμετός	Παράσιτος	Παθολογία	Κλινικά χαρακτηριστικά
ταφυλόκοκκος	1 - 8 (σπανίως)	+++	+	-	-	Αναπτύσσεται στο κρέας, στα γαλακτοκομικά, στα είδη ζαχαροπλαστικής και παρύνει εντεροτοξίνη.	Η εντεροτοξίνη αιφνίδια έναρξη, εμετός μέσα στα 24 ώρες και κλινική ανδροση 24-28 ώρες. Συμβαίνει σε άτομα που τρώνε από τον ερεθισμό στο ίδιο φαγητό. Δεν χρειάζεται καμία θεραπεία εκτός από αποκατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών.
Bacillus cereus	2-16	+++	++	-	-	Ξαναξισταμένο τηγανητό ρύζι προκαλεί εμετό και διάρροια.	Μετά περίοδο επώασης 2-8 ώρες, κυρίως εμετός. Μετά περίοδο επώασης 8-16 ώρες κυρίως διάρροια.
Clostridium perfringens	8-16	±	+++	-	-	Clostridia αναπτύσσονται στο ξαναξισταμένο κρέας.	Αιφνίδια έναρξη με υπερβολική διάρροια. Σποραδικοί εμετοί. Ανάρρωση συνήθως γίνεται χωρίς θεραπεία μέσα σε 1-4 μέρες. Μεγάλος αριθμός κλωστριδίων στην καλλιέργεια του φαγητού και στα κόπρανα των αρρώστων.
Clostridium botulinum	24-96	±	Σπάνια	-	-	Clostridia αναπτύσσονται στις τροφές υπό αναερόβιες συνθήκες και παράγουν τοξίνη.	Η τοξίνη απορροφάται από το έντερο και προκαλεί ανεπάρκεια της αναπνευστικής ανεπάρκειας και χορήγηση πολυασθενούς αντιτοξίνης. Η τοξίνη βρίσκεται στην τροφή. Συχνότητα θνησιμότητας μεγάλη.

6-9	++	+	+	Οργανισμοί αναπτύσσονται στα θαλασσινά στο έντερο παράγουν τοξίνη ή προσβάλλουν το επιθήλιο.	Η τοξίνη προκαλεί υπερκρίση.	στο λεπτό έντερο. (Διάρροια ταξιδιωτών)	μόλυνση και τα νεογέννητα. Έτους μεγάλους και "Διάρροια ταξιδιωτών". Συνήθως σταματά μόνη της μέσα σε 1-3 μέρες. Δεν χρησιμοποιούνται αντιμικροβιακά φάρμακα.
24-72	++	±	+	Οργανισμοί αναπτύσσονται στο επιφανειακό επιθήλιο του εντέρου S. dysenteriae παράγει τοξίνη	Οι οργανισμοί εισβάλλουν στα επιθηλιακά κύτταρα. Μολυσματική δόση <10 ³ οργανισμοί	Διάρροια	Αιφνίδια έναρξη διάρροιας σε ομάδα που καταναλώνει το ίδιο φαγητό, κυρίως καβούρια και άλλα θαλασσινά. Η ανάρρωση συνήθως γίνεται μέσα σε 1-3 μέρες. Καλλιέργειες των φαγητών και των κοπράνων θετικές.
8-48	++	±	+	Οργανισμοί αναπτύσσονται στο έντερο. Δεν παράγει τοξίνη	Μολυσματική δόση >10 ⁵ οργανισμοί.	Βαθιαίτα αιφνίδια έναρξη διάρροιας και χαμηλός πυρετός. Οχι αντιμικροβιακά φάρμακα εντός αν πρόκειται για συστηματική νόσο. Η καλλιέργεια κοπράνων είναι θετική.	Βαθιαίτα αιφνίδια έναρξη διάρροιας και χαμηλός πυρετός. Οχι αντιμικροβιακά φάρμακα εντός αν πρόκειται για συστηματική νόσο. Η καλλιέργεια κοπράνων είναι θετική.
2-10 μέρες	+++	-	++	Η μόλυνση γίνεται από το στόμα με φαγητό. Οργανισμοί αναπτύσσονται στο λεπτό έντερο.	Προσβολή στη βλεννογόνο μεμβράνη. Παράγεται τοξίνη α-βέβαιη	Πυρετός, διάρροιας. Συνήθως σταματά μόνη της. Για καλλιέργεια χρειάζονται 43°C. Ερυθρομικίνη σε οξείες περιπτώσεις. Ανάρρωση σε 5-8 ημέρες.	Πυρετός, διάρροιας. Συνήθως σταματά μόνη της. Για καλλιέργεια χρειάζονται 43°C. Ερυθρομικίνη σε οξείες περιπτώσεις. Ανάρρωση σε 5-8 ημέρες.

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ 1966-1970

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΙΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΟΙΣ †
ΚΡΕΑΤΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΖΩΩΝ	40,0‡
ΠΟΥΛΕΡΙΚΑ	21,0‡
ΚΡΕΜΕΣ	9,8‡
ΔΙΑΦΟΡΑ ΓΛΥΚΙΣΜΑΤΑ	7,9‡
ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΓΑΛΑΚΤΕΡΑ	5,0‡
ΨΑΡΙΑ ΚΑΙ ΘΑΛΑΣΣΙΝΑ	4,8‡
ΠΑΓΩΤΑ	2,1‡
ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΑ	9,4‡
9ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ)	

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΙΜΟΥ 1948-1960

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΙΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΟΙΣ †
ΚΡΕΑΣ	22‡
ΤΥΡΙ ΚΑΙ ΓΑΛΑΚΤΟΜΙΚΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ	20‡
ΨΑΡΙΑ	11‡
ΠΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΙΣΜΑΤΑ	4‡
ΑΥΓΑ	3‡
ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΑ	0,5-1‡
ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΑ	23-39‡

(Ι.Παναβασιλείου, πρακτικά, 1ο Εθνικό Συμπόσιο Μικροβιολογίας)

*Ερευνες που έγιναν στην περιοχή Αττικής και Θεσσαλονίκης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ'

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

α. Ορισμός και συχνότητα

Παχυσαρκία υπάρχει όταν το ποσοστό του λιπώδους ιστού, σε σχέση με το συνολικό βάρος του σώματος, είναι περισσότερο από 20% στους άνδρες και 25% στις γυναίκες. Η παχυσαρκία που υπάρχει για πολλά χρόνια μπορεί να οδηγήσει σε νόσους άλλων οργάνων (π.χ. καρδιάς, αγγείων, πνεύμονος) και στη μείωση της διάρκειας ζωής. Η παχυσαρκία γι' αυτό το λόγο πρέπει να θεωρηθεί σαν "παράγοντας κινδύνου".

Αξίζει να σημειωθούν τα λόγια του Ιπποκράτη "η παχυσαρκία δεν είναι αρρώστια μόνο αυτή η ίδια αλλά και προάγγελος γι' άλλες αρρώστιες" μα και του Αριστοτέλη "τα παχιά άτομα γερνούν νωρίς, γι' αυτό και πεθαίνουν νωρίς".

Ο προσδιορισμός της συνολικής μάζας του λιπώδους ιστού, στην πράξη, γίνεται με τη μέτρηση του πάχους των πτυχών του δέρματος. Σε μερικές περιοχές του σώματος (κάτω από την κλείδα ή τον βραχίονα πάνω από τον τρικέφαλο μυ) το πάχος της πτυχής του δέρματος κατά την ανασήκωση βρίσκεται σε καλή συσχέτιση με το σύνολο της μάζας του λίπους. Αν το πάχος της υποκλείδας πτυχής είναι σε ενήλικες πάνω από 22 mm, τότε πρόκειται για παχυσαρκία.

Το βάρος του σώματος μπορεί επίσης να χρησιμεύσει σαν μέτρο της παχυσαρκίας. Η υπέρβαση του κανονικού βάρους κατά 10% (κατά Broca) ή του ιδανικού βάρους κατά 20% (κατά Framingham) είναι χαρακτηριστικό παχυσαρκίας. Με τη χρήση του κριτηρίου του

Framingham, το 20% έως 30% των ανδρών και τα 30% έως 40% των γυναικών θεωρούνται παχύσαρκα.

β. Ο λιπώδης ιστός στην παχυσαρκία

Η εναπόθεση λίπους στους ιστούς μπορεί να επιτευχθεί είτε με αύξηση του αριθμού των κυττάρων του λιπώδους ιστού ή με παθολογική μεγένθυση τους. Ο λιπώδης ιστός αυξάνεται με κυτταρική διαίρεση, κυρίως στην πρώτη παιδική ηλικία (μέχρι το 2ο χρόνο της ζωής και στην εφηβεία, δηλαδή από τον 10ο έως 16ο χρόνο της ζωής, κατόπιν ο αριθμός των κυττάρων του λιπώδους ιστού παραμένει σταθερός). Η υπερβολική λήψη τροφής στην περίοδο του πολλαπλασιασμού του αριθμού των κυττάρων του λιπώδους ιστού, οδηγεί σε αύξηση του αριθμού των κυττάρων (υπερπλασία) στους εφήβους, καθώς και στους ενήλικες, η υπερβολική λήψη τροφής προκαλεί μεγέθυνση των κυττάρων του λιπώδους ιστού (υπερτροφία) με αύξηση της περιεκτικότητας των κυττάρων σε τριγλυκερίδια.

Τα μεγεθυνημένα κύτταρα του λιπώδους ιστού δεν αντιδρούν στην ινσουλίνη και στη λιπολυτική δράση των κατεχολαμινών. Πιθανώς να περιέχουν λιγότερους υποδοχείς ή οι υπάρχοντες υποδοχείς ν' αντιδρούν χειρότερα.

Έτσι, στην παχυσαρκία διακρίνουμε δύο τύπους, τον υπερπλαστικό, με αύξηση κυρίως του αριθμού των κυττάρων και τον υπερτροφικό, με μεγέθυνση των λιποκυττάρων. Ο υπερπλαστικός τύπος αρχίζει συνήθως στην παιδική ή νεανική ηλικία και δεν επηρεάζεται πολύ από τον περιορισμό της τροφής, αφού για την ελάττωση του λιπώδους ιστού απαιτείται η σμίκρυνση των λιποκυττάρων σε μέγεθος κάτω του φυσιολογικού. Ο υπερτροφικός τύπος παρουσιάζεται στους ενήλικες και συνήθως αντιδρά καλά σε διαιτητικά μέτρα: η ελάττωση της κορηγήσεως θερμίδων οδηγεί σε επιστράτευση των εφεδρειών,

οπότε το μέγεθος των λιποκυττάρων μικραίνει.

γ. Αίτια της παχυσαρκίας

Είναι πάντοτε η διαταραχή του ισοζυγίου ενέργειας, κατά την οποία αιτία η κορήγηση ενέργειας (=πρόσληψη τροφής) είναι μεγαλύτερη από την κατανάλωση ενέργειας, δηλαδή μια απλή συνέπεια του νόμου της διατηρήσεως της ενέργειας. Και οι δύο παράγοντες - η πρόσληψη τροφής και η κατανάλωση ενέργειας - συμμετέχουν στη γένεση της παχυσαρκίας.

Η πρόσληψη τροφής συνήθως καθορίζεται από τα υποθαλαμικά κέντρα πείνας και κορεσμού. Σε πολλούς παχύσαρκους η λειτουργία των κέντρων αυτών είναι παθολογική, με αποτέλεσμα αύξηση της προσλήψεως τροφής και σαν επακόλουθο, αύξηση του όγκου του λιπώδους ιστού. Στον υπερτροφικό τύπο υπάρχει επιπλέον ελαττωμένη ευαισθησία των μεγάλων λιποκυττάρων στην ινσουλίνη, με αποτέλεσμα μειωμένο μεταβολισμό της γλυκόζης. Επειδή αυτό επιδρά στη συνέχεια στο κέντρο κορεσμό, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος.

Η κατανάλωση ενέργειας δεν παριστάνει σταθερό μέγεθος. Η ενέργεια που κορηγείται με την τροφή χρησιμοποιείται για κάθε είδος εργασία, για τη σύνθεση των ουσιών του σώματος και για την παραγωγή θερμότητας. Το ποσοστό της ενέργειας για την τελευταία φαίνεται ότι διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο. Σε υγιείς ιδίας ηλικίας και ίδιου φύλου, με παρόμοια σωματική, επιβάρυνση, παρατηρείται διατήρηση σταθερού βάρους, δηλαδή εξισορρόπηση της προσλήψεως και της καταναλώσεως ενέργειας, στην περιοχή των 7.100 KJ (1700 Kcal) έως 15900 (3800 Kcal) την ημέρα. Η αυξημένη κορήγηση τροφής δεν οδηγεί πάντοτε σε αντίστοιχη αύξηση του βάρους, αλλά μπορεί πολλές φορές να εξισορροπηθεί με αυξημένη παραγωγή θερμότητας (κατανάλωση πολυτελείας).

Οι προσαρμοστικές αυτές επεξεργασίες διαταράσσονται στην παχυσαρκία. Πλούσια σε θερμίδες τροφή δεν οδηγεί σε αύξηση της παραγωγής θερμότητας, αλλά σε αύξηση της μάζας του λιπώδους ιστού. Σε συνθήκες διατηρήσεως σταθερού περιβάλλοντος οι παχύσαρκοι προσλαμβάνουν συχνά λιγότερη τροφή (θερμίδες) παρά τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Γι' αυτό η κορήγηση ροφής κανονικής από ενεργειακή άποψη, στους παχύσαρκους, οδηγεί σε αποταμίευση ενέργειας στη μορφή λίπους.

Σε μερικούς παχύσαρκους η έλλειψη κινήσεως έχει πολύ μικρότερη σημασία από τη ρύθμιση της παραγωγής θερμότητας. Για να χάσει ένα παχύσαρκο άτομο 1kgg του λίπους του σώματός του, πρέπει να περπατήσει 200 km.

Σαν αιτίες παχυσαρκίας πρέπει να ληφθούν υπ' όψη και οι ορμονικοί παράγοντες (νόσος Cushing, υποπυρεοειδισμός, υποφυσιογενής παχυσαρκία). Συχνότερα όμως παρατηρούνται διαταραχές στη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων σαν αποτέλεσμα της παχυσαρκίας. Στις παχυσαρκίες παρατηρείται συνήθως αυξημένη συγκέντρωση ινσουλίνης στο αίμα, οι δε υποδοχείς ινσουλίνης αντιδρούν χειρότερα στην ινσουλίνη. Ο συνεχής ερεθισμός των κυττάρων των νησισίδων του παγκρέατος μπορεί να οδηγήσει τελικά σε εξάντληση και έτσι σε διαβήτη.

Υπάρχουν όμως και γενετικοί παράγοντες. Παρατηρήσεις σε μονοζωγενή δίδυμα και σε θετὰ παιδιά οικογενειών παχυσαρκών δείχνουν, ότι, παράλληλα με τις συνήθειες διατροφής των οικογενειών, θα πρέπει να συμμετέχουν και γενετικοί παράγοντες στη δημιουργία παχυσαρκίας.

δ. Μορφές παχυσαρκίας

Ι. Παχυσαρκία από επιβράδυνση των καύσεων

Αυτοί οι παχύσαρκοι δεν καίνε αυτά που τρώνε, αλλά τα εναποθηκεύουν. Είναι μαλακοί, άτονοι, νωθροί και αδρανείς. Γρήγορα κουράζονται γιατί ο οργανισμός τους δεν αποδίδει αρκετή ενέργεια. Για να προμηθευτούν θερμίδες αυξάνουν το ποσό της τροφής του, αλλά, επειδή η ικανότητα τους να ξοδεύσουν ενέργεια είναι ελαττωμένη, παχαίνουν ακόμα περισσότερο. Η φυσική δραστηριότητα δεν μπορεί πια ν' αυξήσει την κατανάλωση ενέργειας.

Γενικά, αυτοί οι παχύσαρκοι πάσχουν από διάφορες ενδοκρινικές ανεπάρκειες (θυρεοειδούς, ωοθηκών ή όρχεων). Ο βασικός μεταβολισμός τους είναι χαμηλός. Αυτά τα άτομα δε βελτιώνονται από τον αυστηρό περιορισμό στην τροφή τους, παρά μόνο αν η κατάλληλη ορμονοθεραπεία επαναφέρει τις καύσεις στο φυσιολογικό τους όριο.

II. Παχυσαρκία από ανικανότητα στην καύση των λιπών

Ο οργανισμός καίει εύκολα τους υδατάνθρακες και τα λευκώματα που του δίνουν, αλλά δεν μπορεί να κάψει τα λιπώδη, που μένουν άχρησιμοποίητα και συσσωρεύονται στο δέρμα. Ο βασικός μεταβολισμός είναι χαμηλός.

Οι παχύσαρκοι αυτοί αγαπούν τα αμυλώδη και τα γλυκά όχι από λαιμαργία, αλλά σαν τη μόνη διαθέσιμη πηγή ενέργειας. Οι περιορισμοί στις τροφές δύσκολα γίνονται ανεκτοί ένα τυχαίο αδυνάτισμα πραγματοποιείται σε βάρος των ευγενών ιστών και όχι του λιπώδους ιστού.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις οφείλει ο γιατρός να υποπτευθεί ανεπάρκεια και με μια λεπτομερή εξέταση του αρρώστου να βρει το αίτιο της ανικανότητας της χρησιμοποίησης των λιπών, ώστε να καταπολεμηθεί αυτό πρώτα και μετά να εφαρμόσει την κατάλληλη διαίτα.

III. Παχυσαρκία νευρικής φύσης

Η παχυσαρκία αυτή φυσικά είναι ενδογενής (οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές) και συχνά μικτή (ενδογενής και εξωγενής - οφείλεται στην υπερίτιση). Ο μεταβολισμός των λιπών δεν εξαρτιέται αποκλειστικά από τις μετατροπές των τροφών και τις εσωτερικές οξειδώσεις, αλλά και από έναν ευαίσθητο νευροφυτικό οργανισμό που δέχεται την επίδραση των ενδοκρινών αδένων και ρυθμίζει την ανάλυση και σύνθεση των λιπών.

Μόλις επέλθει μια διαταραχή σ' αυτό το νευροφυτικό σύστημα και υπερσχύσει η σύνθεση των λιπών αρχίζει η συσσώρευση του λίπους. Ο Lichwitz μιλάει για τέτοιες περιπτώσεις ενδογενούς παχυσαρκίας με εξωτερική προέλευση δηλ. από τις τροφές.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν μπορεί να γίνει τίποτα. Συνήθως όμως συνυπάρχει κάποιο στοιχείο από τα προαναφερθέντα που η κατάλληλη θεραπεία του οδηγεί σε κάποιο θετικό αποτέλεσμα.

IV. Παχυσαρκία από κατακράτηση

Αυτή δεν οφείλεται σε γενική διαταραχή του μεταβολισμού, αλλά είναι πάθηση του κυτταρολιπώδους ιστού που συχνά οφείλεται στην επίδραση μιας τοπικής διαταραχής του νευροφυτικού συστήματος.

Αυτά τα άτομα παρουσιάζουν φυσιολογικό βασικό μεταβολισμό. Το βασικό στοιχείο της θεραπείας τους είναι η φυσιοθεραπεία.

ε) Αποτελέσματα παχυσαρκίας (εκδηλώσεις και επιπλοκές)

Η παχυσαρκία συντομεύει τη διάρκεια της ζωής. Κατά κύριο λόγο προσβάλλεται η καρδιά και το κυκλοφορικό του αρρώστου, λόγω του ότι τα τοιχώματα των αγγείων δείχνουν πρώιμες αρτηριοσκληρυντικές βλάβες με όλες τις συνεπειές τους (υπέρταση, ανεπάρκεια σταφανισίων, έμφραγμα του μυοκαρδίου).

Η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και αρτηριοσκλήρυνσεως δεν έχει ακόμη τελείως ξεκαθαριστεί. Πιθανώς να παίζει σημαντικό ρόλο η υπερτριγλυκεριδαιμία (αύξηση της VLDL), η αύξηση των λιπαρών οξέων στον ορό και η αυξημένη σύνθεση κοληστερίνης στο ήπαρ. Με την απώλεια βάρους, τα κλάσματα των λιπών στο αίμα επανέρχονται προς το φυσιολογικό.

Οι διαταραχές στη λειτουργία των πνευμόνων κατά την παχυσαρκία οφείλονται σε μηχανικά αίτια. Λόγω περιορισμού των αναπνευστικών κινήσεων δημιουργείται υποαερισμός στις κυψελίδες με αύξηση της pCO_2 και υπνηλία (σύνδρομο Pickwick).

Εται αναφέρονται πιο συγκεκριμένα σαν μεταβολικές συνέπειες της παχυσαρκίας: α) Υπερινσουλιναίμια, β) Σακχαρώδης διαβήτης. Αν και μικρό μέρος των παχυσαρκών είναι διαβητικοί, δευνο συμβαίνει και το αντίθετο. Οι ασθενείς με μη κετωτικό ινσουλινοεξαρτημένο διαβήτη αποτελούν περίπου τα 90% του πληθυσμού διαβητικών των ΗΠΑ και τα 80-90% των μη κετωτικών διαβητικών είναι παχύσαρκοι. Η συμμετοχή της παχυσαρκίας σ' αυτούς τους ασθενείς είναι σημαντική επειδή επηρεάζει κυρίως την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη. Η παχυσαρκία επιδεινώνει το διαβήτη και σε πολλές περιπτώσεις ο διαβήτης να βελτιωθεί με την ελάττωση του σωματικού βάρους.

γ) Υπερλιποπρωτεϊναιμία

Η υπερβολική παχυσαρκία προκαλεί μηχανικό και φυσικό stress που επιδεινώνει ή προκαλεί άμεσα αριθμό παθήσεων που περιλαμβάνουν την οστεοαρθρίτιδα (ειδικά του ισχίου) και την ισχιαλγία. Επιπλέον οι κίρσοι των κάτω άκρων, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, οι κοιλιοκήλες και διαφραγματοκήλες και η χολολιθίαση είναι συχνότερη απ' όσο σε άτομα με φυσιολογικό βάρος.

Σαν εκδηλώσεις και επιπλοκές της παχυσαρκίας αναφέρονται:

α) Υπέρταση: Σε πολύ παχύσαρκα άτομα, η χρήση συνηθισμένου

μεγεθους περιχειρίδας μανομέτρου οδηγεί σε τιμές, που είναι ψευδώς υψηλές, γι' αυτό πάντοτε πρέπει να χρησιμοποιείται μεγάλου μεγέθους περιχειρίδια. Μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της υπερτάσεως και της παχυσαρκίας έχει παρατηρηθεί, ακόμα και όταν έχουν πραγματοποιηθεί ακριβείς μετρήσεις. Μείωση του βάρους οδηγεί σε σημαντική μείωση της πίεσεως του αίματος, ανεξάρτητα από τις μεταβολές του ισοζυγίου του Νατρίου.

β) Σύνδρομο υποαερισμού (Σύνδρομο Pickwick) που είναι ετερογενής ομάδα παθήσεων με διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις. Η υπερβολική υπνηλία, που μπορεί να εμφανιστεί σε παχύσαρκους, είναι μια εκδήλωση της νυκτερινής απνοιας που παρτηρείται κατά τον ύπνο. Στα άτομα αυτά μόλις αρχίσει ο ύπνος η απόφραξη των ανώτερων αναπνευστικών οδών οδηγεί σε υποξαιμία και υπερκαπνία, με αποτέλεσμα αφύπνιση και επάνοδο στην φυσιολογική αναπνοή. Πολλά τέτοια επεισόδια συμβαίνουν κάθε νύχτα, προκαλώντας χρόνια στέρηση του ύπνου, με αποτέλεσμα την υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο συνδυασμός της παχυσαρκίας με την προκαλούμενη από τον ύπνο κάλαση των φαρυγγικών μυών πιστεύεται, ότι είναι η αιτία της διαλείπουσας αποφράξεως των ανώτερων αναπνευστικών οδών. Σπανιότερα, αυτά τα επεισόδια απειλούν τη ζωή (προκαλώντας σοβαρή καρδιακή αρρυθμία).

γ) Αρτηριοσκλήρωση: Η παχυσαρκία είναι ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Οι περισσότεροι από τους κινδύνους που αποδίδονται στην παχυσαρκία οφείλονται στην υπέρταση, στην υπερλιπιδωπρωτεϊναιμία και το σακχαρώδη διαβήτη που αναπτύσσονται εξαιτίας της. Ανεξάρτητα, όμως, απ' αυτό, τσαν οι διαταραχές αυτές απομονωθούν ως παράγοντες κινδύνου, αυτή καθ' εαυτή η παχυσαρκία εξακολουθεί ν' αποτελεί κίνδυνο, ο οποίος

βέβαια είναι μικρότερος.

Διαιτητική αγωγή παχύσαρκου

Θερμίδες, τόσες όσες το σώμα χρειάζεται να χρησιμοποιήσει το λίπος για ενέργεια και καύση. Οι kcal κανονίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του σώματος και όχι της όρεξης. Τα περισσότερα διαιτολόγια είναι 800-1500 kcal. Εξαρτάται από το βαθμό και την ταχύτητα της απώλειας του βάρους.

Η περισσότερο συνηθισμένη δίαιτα είναι των 1200 kcal. Για τις γυναίκες ποικίλει μεταξύ των 1000 - 1400 kcal ανάλογα με τη δραστηριότητά τους και για τους άνδρες 1500-2000 kcal με μέσο όρο 1800 kcal (για άνδρα με συνηθη δραστηριότητα).

Πρωτεΐνες: απαιτούνται 1-1,5 gr/kgr ιδεώδους βάρους και να είναι ζωικής προέλευσης. Αυγά, κρέας, ψάρι ικανοποιούν το αίσθημα του κορεσμού περισσότερο από τροφές άφθοντες σε υδατάνθρακες όπως λαχανικά και φρούτα.

Υδατάνθρακες και λίπη: Το ποσό των kcal ελαττώνεται ε ταυτόχρονη μείωση των λιπών και των υδατανθράκων. Όταν καθοριστεί το ποσό των πρωτεϊνών οι υπόλοιπες kcal καλύπτονται από υδατάνθρακες και λίπη.

Βιταμίνες και άλατα: Μολονότι το συνολικό ποσό της τροφής ελαττώνεται οι τροφές πρέπει να είναι πλούσιες σε άλατα και βιταμίνες. Εάν η δίαιτα είναι πολύ χαμηλή 800 kcal, απαραίτητα είναι να δίνονται σκευάσματα αλάτων και βιταμινών.

Από τα ανόργανα άλατα το μαγειρικό αλάτι περιορίζεται για ν' αποφεύγεται η δίψα και για ν' απελευθερώνονται τα υγρά από τους ιστούς.

Επιτρέπονται: Γάλα, κατά προτίμηση αποβουτυρωμένο, αυγά, πλην των τηγανιτών, κρέας, ψάρι, πουλερικά - χωρίς λίπος (ψητά ή βραστά), λαχανικά, φρούτα, καφές, τσάι (χωρίς ζάχρη), ψωμί και

ζυμαρικά σε περιορισμένη ποσότητα όπως και το βούτυρο.

ΚΑΚΟΣΙΤΙΣΜΟΣ

Είναι η κατάσταση του σώματος η οποία προέρχεται ή από ανπαρκή ποσότητα τροφής ή μη κανονική χρήση ενός ή περισσότερων θρεπτικών συστατικών.

Ισχνότητα: Ανήκει στον κακοσιτισμό. Το βάρος του σώματος είναι 10-15% κάτω του φυσιολογικού. Επειδή η ισχνότητα είναι συχνά σύμπτωμα ασθένειας γι' αυτό επιβάλλεται και ιατρική εξέταση. Στα ισχνά άτομα η αντίσταση του οργανισμού είναι χαμηλή, η ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι καθυστερημένη και η δραστηριότητα είναι μειωμένη. Γενικά ο ισχνός κουράζεται πιο εύκολα και είναι ευπαθής στις λοιμώξεις.

1. Αίτια:
 - α) Μη επαρκής πρόσληψη ποιοτικής και ποσοτικής τροφής για την αντιμετώπιση του οργανισμού.
 - β) Κακή απορρόφηση και αφομοίωση της προσλαμβανόμενης τροφής.
 - γ) Κακή εκλογή τροφής.
 - δ) Ασθένειες όπως, φυματίωση, υπερθυρεοειδισμός.
 - ε) Ψυχοπαθολογικές ανωμαλίες.

2. Θεραπευτική αγωγή: Καθορίζεται η αιτία της ισχνότητας. Εάν πρόκειται για ασθένεια είναι απαραίτητη η θεραπεία της. Τα γεύματα πρέπει να είναι καλά προγραμματισμένα και ελκυστικά σερβιρισμένα.

Διαιτητική αγωγή

Θερμίδες: 500 - 1000 kcal περισσότερες των κανονικών. Σε πολλές περιπτώσεις πρέπει να γίνει αύξηση των kcal από 30-100% άνω της κανονικής ποσότητας για να εξασφαλιστεί ποσότητα λίπους, η οποία μπορεί ν' αποθηκευτεί για ν' αποφύγουμε τις γαστρεντερικές

διαταραχές.

Πρωτείνες: Απαιτείται αύξηση αυτών για να γίνει διόρθωση των ιστών του σώματος. Επειδή μετά μεγάλη περίοδο κακοσιτισμού είναι δύσκολο να πεμφθούν οι πρωτείνες και μπορεί να προκληθούν έμετοι ή και διάρροια, γι' αυτό κορηγούνται ενέσεις αμινοξέων. Η αύξηση της πρωτεΐνης γίνεται και αυτή βαθμιαία.

Λίπη και Υδατάνθρακες: Αυξάνονται ιδιαίτερα οι τροφές που περιέχουν πολλές kcal όπως τα γλυκίσματα, λίπη, αμυλούχες τροφές, ψωμί, ζυμαρικά κ.λ.π.

Αλατα και βιταμίνες: Αυξάνονται και ιδιαίτερα η θειαμίνη η οποία δίνεται και σε σκεύασμα για να διεγείρει την όρεξη. Γι' αύξηση των kcal και πρωτεϊνών έχουν προγραμματιστεί ενδιάμεσα γεύματα τα οποία περιλαμβάνουν τις εξής τροφές.

	KCAL	ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ
I) 1 ποτήρι γάλα 2450 gr κρέμα	325	8
1 φέτα ψωμί	60	2
15 gr βούτυρο	100	
	485	10gr
II) 4 φέτες ψωμί	240	8
1 αυγό	80	6
1 φλυτζάνι γάλα	160	9
	480	23gr

ΔΙΑΙΤΑ ΑΝΤΙΑΝΑΙΜΙΚΗ - ΑΝΑΙΜΙΑ

Η ανιμία επέρχεται με την ελάττωση του ποσού της αιμοσφαιρίνης ή με την ελάττωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή με την ελάττωση του μεγέθους αυτών ή τον συνδυασμό και των δύο.

Τα αίτια που είναι δυνατό να προκαλέσουν τις διάφορες

αναιμίες καθώς και τα συμπτώματά τους δε θα μας απασχολήσουν εδώ, γιατί φορούν τους ειδικούς γιατρούς, που μόνο αυτοί μπορούν να διαγνώσουν μια αναιμία και να ορίσουν την θεραπεία της.

Παρακάτω απλώς θα αναπτυχθούν ορισμένες διαιτητικές αρχές, που πρέπει να έχει υπόψη του κάθε άτομο για την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου.

Η διαίτα, πρέπει, να είναι πλούσια σε όλα τα θρεπτικά συστατικά και να περιέχει σε αφθονία αυτά που χρειάζονται για την κατασκευή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και της αιμοσφαιρίνης δηλαδή:

- 1) Να είναι πλούσια σε λευκώματα υψηλής βιολογικής αξίας, που υπάρχουν στα ζωϊκής προέλευσης τρόφιμα.
- 2) Να περιέχει τα μεταλλά, που είναι απαραίτητα όπως σίδηρο, χαλκό, μάνγγανιο.

Ο χαλκός βρίσκεται κυρίως στα φρούτα (ροδάκινο, βερύκοκκο, φράουλες, πορτοκάλια, σταφύλια) και σε μεγάλη ποσότητα στο συκώτι.

Ο σίδηρος βρίσκεται σε μεγάλη ποσότητα στο συκώτι, στα διάφορα σπλάχνα, στα κόκκιμα κρέατα, κρόκο αυγού, στις φακές, αρακά, στους ξηρούς καρπούς, στο σπανάκι, στα θαλασσινά, στο μαύρο ψωμί.

Επίσης απαραίτητο είναι και το ασβέστιο για την απορρόφηση του σιδήρου και του χαλκού, διότι συνεργάζεται με το σίδηρο για το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

- 3) Να περιλαμβάνει όλες τις βιταμίνες και κυρίως του συμπλέγματος Β, την βιταμίνη C και την Α.

Η Α συντελεί στην χρησιμοποίηση του Fe, ενώ η Β₁₂, η φολασίνη, η βιταμίνη C βοηθά τα κύτταρα των αιμοποιητικών οργάνων στο σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων και προλαμβάνει τις αιμορραγίες.

Η Α βρίσκεται κυρίως στα λίπη ζωϊκής προελεύσεως δηλ. γάλα,

βούτυρο, κρόκο αυτού, σукώτι, των διαφόρων ζώων και περισσότερο των ψαριών.

Επίσης υπάρχει άφθονη υπό μορφή καροτίνης στα καρότα, μαϊντανό, σπανάκι, λάχανο.

Η Β βρίσκεται με μεγάλες ποσότητες στα σιτηρά και η C στα φρούτα και τα χορταρικά.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

A) Η ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο όρος "διαβήτης" χρησιμοποιείται για πολλές παθήσεις. Έτσι υπάρχει: "σακχαρώδης διαβήτης", "άπιος διαβήτης", "διαβήτης με φωσφατουρία" ή με "αμινοξουρία" κ.ά. Όταν όμως κάποιος μεταχειρίζεται μόνο τη λέξη "διαβήτης" τότε εννοεί το σακχαρώδη διαβήτη, που άλλωστε αποτελεί την πιο συχνή μορφή του διαβήτη.

Ο διαβήτης συνίσταται στη μερική ή ολική ελάττωση της ικανότητας χρησιμοποίησης των υδατανθράκων από τον οργανισμό, που έτσι συσσωρεύονται στο αίμα, προκαλούν υπεργλυκαιμία και τελικά ζαχαρουρία. Επειδή ζαχαρουρία μπορεί να προκληθεί και από πάθηση των νεφρών (το νεφρικό διαβήτη, που δεν έχει καμιά σχέση με το ζαχαροδιαβήτη), γι' αυτό, ασφαλής διάγνωση για την ύπαρξη διαβήτη τίθεται μόνο όταν το ζάχαρο στο φλεβικό αίμα βρεθεί πάνω από 1,40 τοις χιλίοις (σε νηστεία) ή από 1,70 τοις χιλίοις (μετά από γεύμα).

Οι μορφές του διαβήτη, που θα αναλυθούν παρακάτω, είναι βασικές δύο:

- α) Ο καλοήθης ή παχύς διαβήτης, όταν η διαταραχή της ανταλλαγής της ύλης αφορά μόνο τους υδατάνθρακες
- β) Βαρύς ή ισχνός διαβήτης, όταν η διαταραχή της ανταλλαγής της

ύλης επεκτείνεται, πρόσθετα, στα λευκώματα και στα λίπη. Ο βαρύς διαβήτης είναι δυνατόν να συνοδευτεί από οξέωση, που - αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα - μπορεί να οδηγήσει στο διαβητικό κώμα, σε πολλές περιπτώσεις - πριν από την ανακάλυψη της ινσουλίνης - θανατηφόρο.

Εκτός από τις δύο αυτές μορφές του διαβήτη υπάρχουν άτομα που εμφανίζουν ζαχαρουρία εμπά από πολύ φαγητό. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται σαν προδιαβητικό στάδιο και θεωρείται κληρονομική.

ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα τελικά αίτια της δημιουργίας του σακχαρώδη διαβήτη δεν τα έχει ακόμη προσδιορίσει η επιστήμη. Παρ' όλα αυτά ο ρόλος της διατροφής στο διαβήτη επιβεβαιώθηκε από συστηματικές παρατηρήσεις και στατιστικές.

Βέβαια, προϋπόθεση για κάθε διαβήτη, αποτελεί η ανεπάρκεια στη λειτουργικότητα της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος.

Συγκεκριμένα, η ενδοκρινής μοίρα του παγκρέατος παράγει δύο ορμόνες: την ινσουλίνη και το γλυκογόνο. Αν' αυτές η ινσουλίνη είναι αναγκαία για την πλήρη καύση του σακχάρου και κατά συνέπεια ρίχνει την τιμή του στο αίμα. Αντίθετα το γλυκογόνο αυξάνει την τιμή του σακχάρου στο αίμα. Η εναρμονισμένη λοιπόν δράση των δύο ορμονών αποτελεί προϋπόθεση για τη διατήρηση σε σταθερά επίπεδα της τιμής του σακχάρου στο αίμα.

Ελαττωμένη έκκριση γλυκογόνου προκαλεί υπογλυκαιμία και αντίθετα ανεπάρκεια στην παραγωγή και έκκριση ινσουλίνης, προκαλεί υπεργλυκαιμία και στη συνέχεια ζαχαρουρία, δηλαδή σακχαρώδη διαβήτη. Τα αίτια όμως αυτής της διαταραχής του ρυθμιστικού μηχανισμού της ισορροπημένης έκκρισης των δύο αυτών ορμονών δεν

έχουν ακόμα βρεθεί.

Στατιστικά ωστόσο, θεωρούνται ως βέβαιοι επιβαρυντικοί παράγοντες για τον "παχύ διαβήτη": η κληρομικότητα, το αυξημένο σωματικό βάρος, η πολυφαγία, ,ιδιαίτερα με πλούσιες σε υδατάνθρακες τροφές. Οσον αφορά τον "ισχνό διαβήτη" τα αίτια της αντίστοιχης βλάβης του παγκρέατος παραμένουν άγνωστα.

Γ. Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Για τον διαβητικό άρρωστο, η διαίτα αποτελεί και αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αγωγής. Προ της ανακαλύψεως της ινσουλίνης η διαίτα ήταν το μόνο θεραπευτικό μέσο. Σήμερα η χρήση της ινσουλίνης και των αντιδιαβητικών δισκίων καθόλου δεν μείωσε τη σημασία της διαίτης. Αντιθέτως, κανένας διαβητικός δεν μπορεί να ρυθμιστεί ικανοποιητικά όση ινσουλίνη και αν κάνει και οποιαδήποτε δισκία και αν χρησιμοποιήσει αν συγχρόνως δεν ακολουθεί το σωστό διαιτολόγιο.

Η διαίτα υπολογίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς σε θερμίδες, πρωτεΐνες, λίπος και υδατάνθρακες που βασίζονται στην ηλικία, φύλο, ύψος, ιδεώδες βάρος (όταν λέμε ιδεώδες βάρος εννοούμε το βάρος που πρέπει να έχει το άτομο ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και ο ύψος του) και φυσική δραστηριότητα.

Η διαβητική διαίτα όταν παρέχει λιγότερο από 1000 θερμίδες ημερησίως μπορεί να είναι διατροφικά ανεπαρκής. Είναι στην κρίση του γιατρού να καλύψει αυτήν την ανεπάρκεια χορηγώντας βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Τύποι Διαβήτη

Πριν εφαρμόσει κανείς οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή για μια παθολογική διαταραχή, και συγκεκριμένα την διαιτητική αγωγή στον διαβήτη, πρέπει να γνωρίζει τους παθογενετικούς μηχανισμούς της διαταραχής και σε ποιόν από αυτούς έχει επίδραση η συγκεκριμένη θεραπεία.

Ο διαβήτης από απόψεως παθογενετικών μηχανισμών μπορεί να χωριστεί αδρά σε δύο κατηγορίες :

α) Στην πρώτη κατηγορία, η βλάβη αφορά το πάγκρεας το οποίο δεν μπορεί να εκκρίνει επαρκή ινσουλίνη, η έλλειψη δε της ινσουλίνης είναι υπεύθυνη για την διαταραχή του μεταβολισμού στους περιφερειακούς ιστούς.

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από αύξηση του σακχάρου του αίματος λόγω αναστολής της εισόδου του στους ιστούς ελλείπει ινσουλίνης, αύξηση της λιπολύσεως στον λιπώδη ιστό με αποτέλεσμα έκχυση ελεύθερων λιπαρών οξέων στο αίμα, και αύξηση του καταβολισμού των πρωτεϊνών με αποτέλεσμα έκχυση λαφθονων αμινοξέων στο αίμα τα οποία τελικώς μπορούν να μετατραπούν σε γλυκόζη. Ο τύπος αυτός του διαβήτη ονομάζεται νεανικός ή ινσουλινοεξαρτώμενος ή επιρρεπής προς κετοοξέωση.

β) Στη δεύτερη κατηγορία, όπου ανήκει και η πλειονότητα των διαβητικών, η βλάβη του παγκρέταος είναι πολύ μικρότερη (πάντοτε υπάρχει παγκρεταιική βλάβη), τουλάχιστον στα αρχικά στάδια, με τέτοιο τρόπο ώστε αρκετή ινσουλίνη φέρεται στην κυκλοφορία. Η ινσουλίνη όμως αυτή δεν είναι αρκετά δραστική στους περιφερικούς ιστούς, πιθανότατα γιατί δεν μπορεί να καθηλωθεί ικανοποιητικά στην κυτταρική μεμβράνη των κυττάρων πάνω στα οποία πρέπει να δράσει. Οι περιφερικοί ιστοί δηλαδή εμφανίζονται λιγότερο σαιίσθητοι στην δράση της υπάρχουσας ινσουλίνης. Ο μεταβολισμός εμφανίζει τις ίδιες διαταραχές όπως και στην πρώτη κατηγορία με

τη διαφορά ότι αυτές δεν είναι τόσο έντονες επειδή η έλλειψη της ινσουλίνης δεν είναι απόλυτη. Ο τύπος αυτός του διαβήτη ονομάζεται τύπος ενηλικού ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή μη επιρρεπής προς κετοξέωση.

Στο διαβήτη του "ενηλικού" το κύριο αίτιο που προκαλεί την μειωμένη ευαισθησία στην δράση της ινσουλίνης είναι η παχυσαρκία. Όσο πιο παχύσαρκο είναι το άτομο τόσο λιγότερο ευαίσθητοι είναι οι ιστοί του στη δράση της ινσουλίνης, τόσο πιο πολύ ινσουλίνη πρέπει να εκκρίνει το πάγκρεας για να μπορέσει να ρυθμίσει τον μεταβολισμό. Και αν το πάγκρεας έχει την δυνατότητα και τις εφεδρείες να εκκρίνει την ινσουλίνη που χρειάζεται δεν εμφανίζεται διαβήτης (περίπτωση παχυσάρκου μη διαβητικού), αν όμως υπάρχει μία μειονεκτικότητα στο πάγκρεας, η αυξημένη περιφερική ζήτηση ινσουλίνης μερικώς μόνο καλύπτεται και έτσι αρχίζει η εκτροπή του μεταβολισμού από το φυσιολογικό (διαβήτης παχυσάρκου).

Η μείωση του σωματικού βάρους αποκαθιστά την ευαισθησία των περιφερικών ιστών στην ινσουλίνη, επομένως και όταν το πάγκρεας εμφανίζει μια μειονεκτικότητα στην έκκριση της ινσουλίνης, η αύξηση της ευαισθησίας των ιστών στη δράση της ινσουλίνης που επέρχεται με την απώλεια βάρους μπορεί να καταστήσει επαρκή την υπάρχουσα ινσουλίνη και να αποκαταστήσει την μεταβολική διαταραχή.

Δίαιτα δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και στέρηση. Ο διαβητικός μπορεί να χρησιμοποιεί σχεδόν όλες τις τροφές φθάνει να παίρνει την ποσότητα που πρέπει και την ώρα που πρέπει. Η δίαιτα πρέπει να περιέχει τις θερμίδες που απαιτούνται για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του ατόμου ενώ συγχρόνως η ποιοτική της σύνθεση πρέπει να είναι τέτοια ώστε να περιέχει τις απαραίτητες πρώτες ύλες για τις συνθετικές λειτουργίες του οργανισμού. Επιπροσθέτως η σύνθεσή της και η κατανομή της στο 24ωρο πρέπει να είναι τέτοια

ώστε να προκαλεί την ελάχιστη δυνατή μεταβολή του σακχάρου του αίματος.

Οι θερμιδικές ανάγκες των διαβητικών δεν διαφέρουν από εκείνες των φυσιολογικών ατόμων, υπολογίζονται κατά τον ίδιο τρόπο. Τα παιδιά τόσο τα διαβητικά, όσο και τα μη διαβητικά έχουν ανάγκες περισσότρων θερμίδων λόγω της συνεχούς αύξησως αφ' ενός και της αυξημένης μυϊκής δραστηριότητας αφ' ετέρου. Θα πρέπει να υπολογίσουμε περί τις 40 θερμίδες ανά χιλιόγραμμο βάρους το 24ωρον.

Ο παχύσαρκος διαβητικός: Το 80% περίπου των διαβητικών με διαβήτη τύπου "ενηλικίου" είναι παχύσαρκοι, στόχος επομένως της διαιτητικής αγωγής είναι η μείωση του σωματικού βάρους στο "ιδανικό" ούτως ώστε να αποκατασταθεί και η ευαισθησία των περιφερικών ιστών στην υπάρχουσα ινσουλίνη και τελικώς η ρύθμιση του μεταβολισμού να πλησιάσει κατά το δυνατόν το φυσιολογικό. Επομένως στον παχύσαρκο διαβητικό πρέπει να υπολογισθούν οι ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες και στη συνέχεια να του δοθεί ένα διαιτολόγιο που να περιέχει λιγότερες θερμίδες από όσες χρειάζεται. Έτσι θα αναγκασθεί να χρησιμοποιήσει "αποθηκευμένη" ενέργεια, δηλαδή λίπος, με αποτέλεσμα μείωση του σωματικού βάρους. Ένα κιλό αποθηκευμένου λίπους έχει περίπου 8.000 θερμίδες (8 και όχι 9 θερμίδες το γραμμάριο επειδή αποθηκεύεται μαζί με λίγο νερό). Επομένως αν κορηγήσουμε διαιτολόγιο που να περιέχει 800 θερμίδες λιγότερες το 24ωρο από όσες χρειάζεται το άτομο, θα περιμένουμε απώλεια βάρους περί το 1 κιλό κάθε 10 μέρες. Όταν επιτευχθεί το "ιδανικό βάρος" τότε πρέπει να αυξηθούν οι θερμίδες ώστε να παίρνει όσες καταναλίσκει οπότε θα υπάρχει θερμιδικό ισοζύγιο και το βάρος θα διατηρείται σταθερό.

Ο ινσουλινοεξηρητημένος διαβητικός. Χωρίς να αποκλείεται να

είναι και παχύσαρκος συνήθως ο ινσουλινοεξαρτημένος διαβητικός είναι κανονικού βάρους ή κάτω του κανονικού τουλάχιστον κατά τη διάγνωση. Επομένως στην περίπτωση αυτή θα υπολογισθούν οι θερμιδικές ανάγκες του ατόμου και θα καλυφθούν πλήρως από το διαιτολόγιο, αν το σωματικό βάρος είναι το "ιδανικό", ούτω ώστε να διατηρηθεί στα ίδια επίπεδα. Αν το σωματικό βάρος είναι κάτω του "ιδανικού" θα χορηγηθούν περισσότερες θερμίδες απ' όσες υπολογίστηκαν για της ημερήσιες ανάγκες, ούτως ώστε να αυξηθεί το σωματικό βάρος και να φθάσει στο "ιδανικό". Όταν επιτευχθεί το "ιδανικό βάρος" θα πρέπει να μειωθούν οι θερμίδες του διαιτολογίου αλλιώς θα καταλήξει ο διαβητικός στην ανεπιθύμητη παχυσαρκία.

Ποιοτική σύνθεση της διαίτης

Οι αντιλήψεις της Ιατρικής όσον αφορά την περιεκτικότητα της διαίτης του διαβητικού σε υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη έχουν αλλάξει κατά καιρούς.

Πρόκειται για δύο πίνακες που προσδιορίζουν τις τροφές που επιτρέπονται, τις απαγορευόμενες, καθώς και τις τροφές περιορισμένης χρήσης, στη διαίτα του διαβητικού.

Πίνακας επιτρεπόμενων τροφών

στον καλοήγη διαβήτη

- Κρέατα: Όλα τα είδη
- Ψάρια - θαλασσινά: Όλα τα ψάρια και τα αστρακόδερμα (αστακοί, καβούρια, караβίδες, γαρίδες)
- Γαλακτοκομικά: Το γάλα (σε περιορισμένη χρήση), το ανθόγαλο, το γιαούρτι, όλα τα τυριά.
- Αυγά και λίπη: Ζωμός κρέατος, χορτόσπουρες (όχι από πατάτα) χωρίς αλεύρι, σάλτσα κρέατος, μαγιονέζα, σάλτσα με αυγά.

- Ξηροί καρποί: Καρύδια, αμύγδαλα, φυστίκια, φουντούκια
- Χορταρικά: Όλα, εκτός από τα μη επιτρεπόμενα (βλ. επόμενο πίνακα)
- Φρούτα: Λεμόνια, κίτρα και γενικά όσα δεν περιέχουν πολύ σάκχαρο.
- Ποτά και γλυκαντικά: Καφές, τσάι, αφεψήματα σκέτα ή με ζαχαρίνη, κρασιά χωρίς ή με ελάχιστο σάκχαρο.

Πίνακας απαγορευόμενων και υπο περιορισμένη χρήση τροφών στην ελαφριά δίαιτα του καλοήθη διαβήτη

<p>Τροφές απαγορευμένες</p> <p>Σάκχαρα: ζάχαρι, μέλη, μαρμελάδα</p> <p>Αμυλώδη: Όλα τα δημητριακά και το αλεύρι που γίνεται απ' αυτά, ρύζι, καλαμπόκι, ζυμαρικά, ψωμί άσπρο ή μαύρο</p> <p>Γλυκά: Μπισκότα, διάφορα γλυκά, παστες, σοκολάτα, παγωτά, κρέμες, ρυζόγαλα κλπ.</p> <p>Χορταρικά: Τα ηηρά και οι τηγανιτές πατάτες</p> <p>Φρούτα: Κάστανα, σύκα, βαμάσκηνα, σταφύλια, ανανάδες, μπανάνες, φρούτα καμωμένα γλυκό, κομπόστα, ζελέ.</p> <p>Ποτά: γλυκά κρασιά, μπύρα, χυμοί φρούτων με ζάχαρη</p> <p>Σοπύνες-σάλτες: όσες περιέχουν αλεύρι.</p>	<p>Τροφές περιορισμένης χρήσης</p> <p>Τα αλλαντικά: αν περιέχουν αλεύρι.</p> <p>Αμυλώδη: Τα ειδικά για διαβητικούς σκευάσματα (ψωμιά, παξιμάδια) σόγια.</p> <p>Το γάλα και τα ανάλατα τυριά</p> <p>Χορταρικά: αγκινάρες, κοκκινογούλια, καρότα, μπιζέλια, πατάτα βραστή.</p> <p>Φρούτα: α) να είναι φρέσκα, β) να προτιμούνται όσα περιέχουν λίγο σάκχαρο, γ) να γίνεται χρήση όσο ανεβαίνει η περιεκτικότητα τους σε σάκχαρο.</p> <p>Ροφήματα: Κακό χωρίς ζάχαρη.</p>
---	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Κ'

ΝΟΣΟΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Ο όρος "αθηροσκλήρυνση" χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1829 από τον Lobstein και καθορίζει για νόσο των αρτηριών η οποία εκφράζεται με αύξηση της ανθεκτικότητας των τοιχωμάτων των αγγείων.

Σην αύξηση ανθεκτικότητας συνυπάρχουν τροποποιήσεις του μήκους της εσωτερικής διαμέτρου των αγγείων. Από λειτουργικής πλευράς υπάρχει μια ελάττωση της ελαστικότητας και συσταλτικότητας των αγγείων. Η κυτταρολογική εξέταση δείχνει μείωση των μυϊκών και ελαστικών στοιχείων και αύξηση του συνδετικού ιστού και τη κολλαγόνου.

Η αθηροσκλήρυνση παρουσιάζεται σαν μια νόσος μεγάλου και μέσου μεγέθους αρτηριών σε μια διάταξη περιφερειακή ή εστιακή, με βραδεία και προοδευτική εξέλιξη όπου πλήττει όλα τα άτομα.

Μορφολογικά η αθηροσκλήρυνση παρουσιάζεται με μια μορφή εκφυλιστική με την εμφάνιση, στον εσωτερικό και ενδιάμεσο χιτώνα, πτυχών ινο-λιπιδικών: "Αθηρώματα".

Αιτιολογία

Αν και υπάρχουν πολλά δεδομένα που απορρέουν από τις παρατηρήσεις που έγιναν, η αιτιολογία είναι ακόμη αβέβαια:

- δεν παρατηρήθηκε ποτέ σε νεογνά και μικρά παιδιά,
- οι πρώτες εκδηλώσεις εμφανίζονται στην 1η-2η δεκαετία της ζωής και επιδεινώνεται με την πάροδο των ετών,
- στις γυναίκες κατά την αναπαραγωγική ηλικία είναι λιγότερο

- εμφανείς από ό,τι στους άνδρες,
- σε πληθυσμούς που τρέφονται ελάχιστα παρουσιάζονται λιγότερα σημεία από εκείνους που τρέφονται υπερβολικά,
 - τα άτομα που κάνουν καθιστική εργασία είναι περισσότερο ευάλωτα από αυτά που κάνουν χειρωνακτική εργασία,
 - οι αθηρωματικές πλάκες υπάρχουν περισσότερο σε σημεία με αιμοδυναμικές διαταραχές,
 - η παχυσαρκία, η υπέρταση, το κάπνισμα, η υπερχοληστερολαιμία είναι προδιαθεσικοί παράγοντες,
 - οικογενής υπερχοληστερολαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, υπθυρεοειδισμός, λιποειδής νέφρωση, που οδηγούν σε αύξηση των λιπιδίων του ορού, χαρακτηρίζονται από πρώιμες και σοβαρές αθηρωματικές βλάβες,
 - ο υπερθυρεοειδισμός, η κίρρωση ήπατος, η νοσηλασματική καχεξία, η πλημμελής θρέψη, που οδηγούν σε μείωση των λιπιδίων του ορού, χαρακτηρίζονται από μετριώτατες αθηρωματικές βλάβες,
 - στις αθηρωματικές πλάκες υπάρχουν μεγάλες ποσότητες λιπιδίων που χημικά είναι ίδια με τα λιπίδια του ορού.

Οι πρόσφατες επιστημονικές γνώσεις τείνουν να θεωρήσουν την αθηροσκλήρυνση σαν αποτέλεσμα της δράσης τεσσάρων πιθανών παραγόντων. 1) Γήρανση, 2) αιμορραγία ενδοτοιχωματική, 3) σχηματισμός θρόμβων, 4) εναπόθεση λιπιδίων.

Αυτά τα στοιχεία μαζί με άλλα που ακόμα δεν έχουν επισημανθεί από μόνα τους ή σε συνδυασμό είναι η αιτία μιας εκφυλλιστικής διαδικασίας υπεύθυνης για τη νόσο, η οποία είναι τόσο συχνή και διαδεδομένη που δεν αποφεύγεται από κανένα άτομο.

Σήμερα η πιο αποδεκτή θεωρία είναι η λιπιδική και στηρίζεται σε μερικές σημαντικές παρατηρήσεις.

- η χοληστερόλη, στο πειραματόζωο όπου χορηγήθηκε σε υψηλές δόσεις προκάλεσε βλάβες στα αγγεία ανάλογες μ' εκείνες που προκαλεί η αθηροσκλήρυνση στον άνθρωπο.
- διάφορες ασθένειες οι οποίες έχουν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, παρουσιάζουν πρώιμη και βαριά αθηροσκλήρυνση.
- έρευνες σε άτομα που πάσχουν από τεφανιαία αθηροσκλήρυνση απέδειξαν μια στενή σχέση ανάμεσα σε χοληστερολαιμία και στεφανιαία νόσο.
- το πιο εμφανές μορφολογικό ευρημα σε μια αθηροσκληρωτική βλάβη είναι η παρουσία στον εσωτερικό χιτώνα των αφρωδών κυττάρων, τα οποία ονομάζονται έτσι από την παρουσία σταγονιδίων λίπους στο κυτταρόπλασμα (ελεύθερη και συνδεδεμένη χοληστερόλη, φωσφολιπίδια, τριγλυκερίδια).

Χοληστερόλη, στεφανιαία νόσος και αθηροσκλήρωση

Εχει βρεθεί συσχέτιση ανάμεσα στη συγκέντρωση των λιπιδίων του ορού και στη νοσηρότητα από στεφανιαία νόσο και αθηροσκλήρωση. Η χοληστερόλη ήταν εκείνο το λιπίδιο το οποίο συσχετίστηκε περισσότερο απ' όλα τ' άλλα με τη στεφανιαία νόσο.

Εν τούτοις και άλλοι παράγοντες, όπως η σχέση χοληστερόλη: φωσφολιπίδια, η συγκέντρωση των λιποπρωτεϊνών Σφ 12-400, των τριγλυκεριδίων, δείχνουν θετική συσχέτιση με την αθηροσκλήρωση. Άτομα που πάσχουν από αθηροσκλήρωση μπορεί να έχουν μια από τις παρακάτω ανωμαλίες:

1. υψηλή συγκέντρωση στον ορό του VLDL (κυρίως τριγλυκερίδια), με φυσιολογική συγκέντρωση LDL που περιέχουν κυρίως χοληστερόλη.
2. υψηλή συγκέντρωση LDL (χοληστερόλη) με φυσιολογική συγκέντρωση VLDL (τριγλυκερίδια).

3. υψηλή συγκέντρωση και των LDL και των VLDL

Από τους παράγοντες που μειώνουν τη συγκέντρωση της χοληστερόλης στο πλάσμα, εκείνη που μελετήθηκε πολύ είναι η υποκατάσταση των κορεσμένων λιπών της τροφής με πολυακόρεστα. Τα λάδια εκείνα τα οποία απαντούν στη φύση και μειώνουν τη συγκέντρωση της χοληστερόλης είναι το αραχιδέλαιο, το βαμβακέλαιο, το αραβοσιτέλαιο, το ηλιανθέλαιο, ενώ το βούτυρο αυξάνει τη συγκέντρωση τη χοληστερόλης. Στον πίνακα φαίνεται η υψηλή αναλογία του λινολεϊκού οξέος στην πρώτη ομάδα και τη μικρή ή πλήρης ελλείψη αυτού στο βούτυρο.

Ο μηχανισμός που τα ακόρεστα λιπαρά οξέα μειώνουν τα επίπεδα της χοληστερόλης δεν είναι σαφής. Εν τούτοις, υπάρχουν διάφορες υποθέσεις, όπως π.χ. υποστηρίζεται ότι ευνοούν την απέκκριση της χοληστερόλης από το έντρο και ότι προκαλούν την οξειδωση της χοληστερόλης σε χολικά οξέα. Είναι πιθανό επίσης οι εστέρες της χοληστερόλης με πολυακόρεστα λιπαρά οξέα να μεταβολίζονται πιο εύκολα στο ήπαρ και τους άλλους ιστούς.

	Κεκορεσμένα			Ακόρεστα		
	Παλμιτικό	Στεατικό	Άλλα	Ολεϊκό	Λινολεϊκό	Άλλα
Ζωϊκά λίπη						
Λαρδί	29,8	12,7	1,0	47,8	3,1	5,6
Κότα	25,6	7,0	0,3	37,4	21,8	5,9
Γάλα	25,2	9,2	25,6	29,5	3,6	7,2
Μόσχος	29,2	21,0	3,4	41,1	1,8	3,5
Φυτικά λίπη						
Αραβοσιτέλαιο	8,1	2,5	0,1	30,1	56,3	2,9
Αραχιδέλαιο	6,3	4,9	5,9	61,1	21,8	
Βαμβακέλαιο	23,4	1,1	2,7	22,9	47,8	2,1
Ιογέλαιο	9,8	2,4	1,2	28,9	50,7	7,0

Ελαιόλαδο	10,0	3,3	0,6	77,5	8,6
Καφιδέλαιο	10,5	2,3	78,4	7,4	ίχνη 1,3

Πίνακας: Ανάλυση λιπαρών οξέων ζωικής και φυτικής προελεύσεως οι (τιμές εκφράζονται σε εκατοστιαία αναλογία βάρους).

Εχει αποδειχθεί ότι τα κεκορεσμένα λιπαρά οξέα προκαλούν υψηλότερα έκκριση VLDL από το ήπαρ αυτή που προκαλούν τα ακόρεστα λιπαρά οξέα. Επίσης τα κεκορεσμένα λιπαρά οξέ προκαλούν το σχηματισμό μικρότερων σωματιδίων VLDL τα οποία περιέχουν περισσότερη χοληστερόλη και μεταβολίζονται στους εξωηπατικούς ιστούς με αργότερο ρυθμό απ' ότι τα μεγαλύτερα σωματίδια.

Η αύξηση των λιπαρών οξέων του πλάσματος αυξάνει επίσης τη δημιουργία λιποπρωτεϊνών από το ήπαρ, γεγονός που σημαίνει αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων του πλάσματος. Παράγοντες που συντελούν σε υψηλότερες συγκεντρώσεις λιπαρών οξέων είναι οι ακραίες συγκληνισιακές καταστάσεις, η νικοτίνη, ο καφές και η διατροφή σε τακτές ώρες έναντι μιας πλέον συνεχούς.

Τα αποτελέσματα μιας διατροφής με πολλούς υδατάνθρακες και λίγα λίπη είναι αύξηση των λιπιδίων του πλάσματος. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη σύνθεση χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών από το ήπαρ και στη μείωση του ρυθμού απομακρύνσεώς τους από την κυκλοφορία.

Η σακκαρόζη (και η φρουκτόζη) είναι εκείνοι οι υδατάνθρακες οι οποίοι αυξάνουν περισσότερο από όλους τους άλλους τα λιπίδια. Εχει καταδειχτεί θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση της σάκχαρης και της αρτηριοσκληρώσεως.

Στην υπερχοληστερόλαιμία μόνο όταν η διαιτητική αντιμετώπιση αποτύχει, τότε καταφεύγει κανείς στη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπλοκάρουν το σχηματισμό χοληστερόλης σε διάφορα στάδια της βιοσυνθετικής της πορείας ή εμποδίζουν την επαναρρόφηση των χολικών αλάτων από το έντερο.

Πολλά από τα φάρμακα που μειώνουν τη συγκέντρωση των λιπιδίων στον ορό έχουν παρενέργειες, και πιστεύεται ότι άμεση παρεμβολή φαρμάκου στη σύνθεση της χοληστερόλης πρέπει ν' αποφευχθεί. Από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται η σιτοστρόλη δρα εμποδίζοντας την εστεροποίηση της χοληστερόλης στο γαστρεντερικό σωλήνα, μειώνοντας έτσι την απορρόφησή της. Η θυροξίνη, η νεοζωκίνη και ίσως η κλιφιμπράτη αυξάνουν την απέκκριση δια των κπράνων της χοληστερόλης και των χολικών οξέων. Η χολεστυραμίνη εμποδίζει την επαναρρόφηση των χολικών αλάτων. Η κλοφιμπράτη αφ' ενός αναστέλλει την έκκριση των VLDL από το ήπαρ, αφ' ετέρου αναστέλλει την ηπατική σύνθεση της χοληστερόλης.

Δίαιτα υπερχοληστεριναιμίας - οδηγίες

Τροφές που πρέπει ν' αποφεύγονται:

- Οινοπνευματώδη ποτά
- Πλήρες γάλα και προϊόντα με πλήρες γάλα
- Κρέας με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος: Αρνί, βοδινό, κατσίκι, χοιρινό, σκυώτι, νεφρά, μυαλά και άλλα όργανα ζώων, κρόκος αυγού, αλλαντικά.
- Βούτυρο και υποκατάστατα βουτύρου (υδρογονωμένα λάδια)
- Μεγάλες ποσότητες ζάχαρης
- Γλυκά που περιέχουν βούτυρο, αυγά και γάλα
- Παγωτά (εκτός αν γίνονται με αποβουτυρωμένο γάλα και λίγη ζάχαρη)
- Ετοιμα τρόφιμα που περιέχουν ζωικά λίπη

ΑΝΤΙΘΕΤΑ

- Εμπλουτισμός του διαιτολογίου καθημερινά με άφθονα λαχανικά, φρούτα, δημητριακά και όσπρια
- Λήψη αποβουτυρωμένου γάλακτος
- Τυρί με λίγο λίπος και γιαούρτι με αποβουτυρωμένο γάλα

- Κατανάλωση συχνά ψαριού (4-5 γεύματα εβδομαδιαίως), κοτόπουλο (αφού αφαιρεθεί το δέρμα) και περιορισμένα άπαχου μοσχαριού
- ΠΡΟΣΟΧΗ, ΠΑΝΤΑ ΣΤΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΤΤΩΝ ΚΙΛΩΝ

ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ

1. Εισαγωγικά

Η υπέρταση είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου θανάτου από καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικότερα από εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια και καρδιακή ανεπάρκεια.

Η αθηρωμάτωση είναι το παθολογοανατομικό υπόστρωμα της αρτηριοσκληρώσεως και συνδυάζεται συχνά με την υπέρταση. παρ' όλο που ο μηχανισμός της αθηρωμάτωσης των αρτηριών δεν είναι απόλυτα γνωστός υπάρχουν πολλές ενδείξεις για το ότι στην ανάπτυξη της αθηρωματικής πλάκας στο τοίωμα της αρτηρίας σημαντικό ρόλο παίζουν τα λιπίδια του αίματος. Σ' ένα ποσοστό του πληθυσμού, που γίνεται μεγαλύτερο όσο περνάει η ηλικία, τα λιπίδια που κυκλοφορούν στο αίμα είναι αυξημένα. Αυτή είναι η υπερλιπιδαιμία ή υπερλιποπρωτεϊναιμία, που διακρίνεται σε διάφορους τύπους ανάλογα με το είδος των λιπιδίων που κατά κύριο λόγο είναι αυξημένο. Στους συχνότερους τύπους, τον τύπο ΙΙβ και τον τύπο ΙV, αυξάνουν η χοληστερίνη (κατ' εξοχήν στον τύπο ΙΙβ) και τα τριγλυκερίδια (κατ' εξοχήν στον τύπο ΙV). Η υπερλιπιδαιμία οδηγεί στην αθηρωμάτωση αλλά προδιαθέτει και στην υπέρταση.

Τόσο στην υπέρταση, όσο και στην αθηρωμάτωση η διαίτα παίζει βασικό ρόλο στην πρόληψη - στο ιδανικό βάρος ανάλογα με το φύλο, το ύψος και τη σωματική κατασκευή - είναι κοινός αντικειμενικός στόχος της διαίτας στην υπέρταση, αλλά και στην αθηρωμάτωση. Στην υπέρταση ιδιαίτερη σημασία έχει ο διαιτητικός περιορισμός του

νατρίου, ενώ η αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας προϋποθέτει περιορισμό στη διαιτητική πρόσληψη των κορεσμένων λιπαρών οξέων, της χοληστερίνης και πολλές φορές και των υδατανθράκων.

2. Υποθερμιδική δίαιτα

2.1 Γιατί επιβάλλεται η καταπολέμηση της παχυσαρκίας στην υπέρταση και την αθηρωμάτωση;

Υπάρχει μια σαφής συσχέτιση μεταξύ σωματικού βάρους και υπέρτασως. Όσο μεγαλύτερο είναι το σωματικό βάρος απ' το ιδανικό, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για την εμφάνιση υπέρτασως. Ακόμα περισσότερο, η ελάττωση του σωματικού βάρους έχει αποδειχτεί πως μπορεί να οδηγήσει σε ελάττωση της αρτηριακής πίεσως σε υπέρτασικά άτομα. Αλλωστε, η παχυσαρκία είναι γνωστός προδιαθεσικός παράγοντας για τις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Η ίδια η παχυσαρκία προδιαθέτει σε διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και στην ανάπτυξη θρομβώσως μέσα στ' αγγεία.

2.2 Πώς ετοιμάζεται ένα υποθερμιδικό διαιτολόγιο;

Για να γίνει κατορθωτή η ελάττωση του σωματικού βάρους, οι θερμίδες που προσφέρονται με την τροφή πρέπει να είναι λιγότερες απ' τις θερμίδες που έχει ανάγκη το άτομο. Οι θερμιδικές ανάγκες καθορίζονται απ' το φύλο, την ηλικία, τη σωματική δραστηριότητα και τη σωματική κατασκευή. Τις περισσότερες φορές η δίαιτα 800 - 1200 θερμίδων την ημέρα είναι αποτελεσματική στο να ελαττώσε με ικανοποιητικό ρυθμό το σωματικό βάρος. Στην υποθερμιδική δίαιτα πρέπει να εξασφαλίζεται η πρόσληψη το ελάχιστο 2 γραμμάριου λευκώματος κατά κιλό σωματικού βάρους την ημέρα. Ο αριθμός των θερμίδων συμπληρώνεται με υδατάνθρακες και λίπη σε αναλογία 1:1. Η μέση μερίδα των συνηθισμένων τροφίμων δίνει τις εξής θερμίδες:

<u>Κάτω από 50</u>	<u>50 - 100</u>	<u>Πάνω από 100</u>
Λαχανικά	Φρούτα	Πατάτες
Συκώτι	Ψωμί-Φρυγανιές	Ζυμαρικά-ρύζι
Αστακός-γαριδες	Μπισκότα	Γάλα
Βούτρο	Αλιπο γάλα	Γιαούρτι
Ελιές	Κρέας - ψαρι	Λουκάνικα-σαλάμι
	Αυγά	Τυρί

Παραδείγματα ολιγοθερμιδικής δίαιτας είναι τα παρακάτω:

	<u>800 θερμίδες</u>	<u>1200 θερμίδες</u>
Ψωμί ¹	1/2 φέτα	2 φέτες
Φρούτο	3 μερίδες	3 μερίδες
Αυγό	1	1
Λίπη, λάδι, βούτυρο	Οχι	5 κουταλάκια
Κρέας ή ψάρι ²	120 γραμ.	170 γραμ.
Γάλα άλιπο	2 κούπες	2 κούπες
Λαχανικά (σαλάτα)	1 κούπα	1 κούπα
Λαχανικά μαγειρεμένα	1 κούπα	1 1/2 κούπα

(1) Το ψωμί μπορεί ν' αντικατασταθεί με μαγειρεμένο δημητριακό:
1 φέτα ψωμί ισοδυναμεί με 1/2 κούπα δημητριακού.

(2) Μπορεί ν' αντικατασταθεί με τυρί: 100 γραμ. με 1 κομμάτι τυρί.

Η δίαιτα χωρίς αλάτι, όπως και τα διουρητικά μπορούν να προκαλέσουν εντυπωσιακή αλλά προσωρινή απώλεια βάρους.

Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ πως πολλές τροφές ή ποτά που μπορεί να καταναλώνονται περιστασιακά εκτός των κυρίως γευμάτων συνεισφέρουν σημαντικά σε θερμίδες. Έτσι, μια μπύρα δίνει γύρω στις 120 θερμίδες, μια κόκα-κόλα 150, μια μπανάνα ή ένα αχλάδι 100, μια σοκολάτα με φουντούκια γύρω στο 250, ένα κομμάτι τούρτα

γύρω τις 500, ένα γαλακτομπούρεκο 350, ένα παγωτό γύρω στις 200, 10 τσιπς γύρω στις 90 κ.ο.κ.

Η περιστασιακή κατανάλωση τέτοιων είναι ένας βασικός λόγος για την αποτυχία μιας διαιτητικής προσπάθειας για απώλεια βάρους.

3. Αναλη δίαιτα στην υπέρταση

3.1 Ποιά είναι η σημασία της αναλης δίαιτας στην υπέρταση;

Υπάρχουν σήμερα πολλές ενδείξεις για το ότι ο περιορισμός του νατρίου στην τροφή επιβάλλεται στους υπέρτασικούς αρρώστους. Οι ενδείξεις αυτές προέρχονται από επιδημιολογικές μελέτες, αλλά κι από κλινικές παρατηρήσεις. Έτσι, είναι γνωστό πως σε πρωτόγονους λαούς που δεν χρησιμοποιούν αλάτι η συχνότητα της υπέρτασως είναι σχεδόν μηδέν. Ακόμα έχει παρατηρηθεί πως αν σ' ένα υπέρτασικό άρρωστο ελαττωθεί η περιεκτικότητα του φαγητού σε αλάτι στο μισό, προκαλείται σημαντική ελάττωση της πίεσώς του, έστω κι αν δεν χορηγηθούν αντιυπέρτασικά φάρμακα. Αυτός φαίνεται πως είναι και ο λόγος που οι περισσότεροι υπέρτασικοί άρρωστοι όταν μπουν σε νοσοκομεία και τρώνε απ' το ανάλατο φαγητό της διανομής, παρουσιάζουν ελάττωση της πίεσως τους κάτω απ' τα επίπεδα που είχαν έξω απ' το νοσοκομείο. Αλλωστε, ένα σημαντικό φαρμακευτικό μέσο για την αντιμετώπιση της υπέρτασης είναι τα διουρητικά, που αποσκοπούν ακριβώς στο να ελαττώσουν την περιεκτικότητα του οργανισμού σε αλάτι, διώχοντας το απ' τους νεφρούς.

3.2 Έχει κινδύνους η αναλη δίαιτα για τον υπέρτασικό άρρωστο;

Σε υπέρτασικούς αρρώστους που έχουν νεφρική βλάβη και χάνουν νάτριο απ' τους νεφρούς, η αυστηρή αναλη δίαιτα μπορεί να προκαλέσει έλλειμα νατρίου στον οργανισμό και να οδηγήσει σε ελάττωση της αιματώσεως των νεφρών και επιδείνωση της νεφρικής ανεπάρκειας. Αυτή, όμως, η ομάδα των αρρώστων αποτελεί ένα πολύ

μικρό ποσοστό στο σύνολο των υπερτασικών.

3.3 Πώς μπορεί να περιοριστεί το αλάτι στη διαίτα;

Υπάρχει μεγάλη διακύμανση στην περιεκτικότητα της καθημερινής τροφής σε αλάτι που εξαρτάται από τις διαιτητικές συνήθειες του κάθε ατόμου. Συνηθισμένη ημερήσια πρόσληψη είναι τα 8-10 γραμ., αλλά μερικά άτομα μπορεί να καταναλώνουν μέχρι και 30 γραμ. Θεωρητικά, άναλη διαίτα θα ήταν η διαίτα που δεν θα περιείχε καθόλου αλάτι. Μια τέτοια διαίτα είναι όμως ανέφικτη στην πράξη, επειδή όλες σχεδόν οι τροφές περιέχουν από μόνες τους αλάτι (χλωριούχο νάτριο). Και η πιο αυστηρή άναλη διαίτα δύσκολα μπορεί να ελαττώσει το αλάτι του 24ώρου στην τροφή κάτω από 1 γραμ.

Οι συνηθισμένες τροφές μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με την περιεκτικότητά τους σε αλάτι ως εξής: (περιεκτικότητα μιας μέσης μερίδας).

<u>120-1000 χλστγρ. και πάνω</u>	<u>50-125 χλστγρ.</u>	<u>Κάτω από 50 χλστγρ.</u>
Τυριά	Ψωμί	Φρούτα
Κράκες-τσιπς-γαριδάκια	Βούτυρο	Καφές
Σάλτσες (κέτσαπ, κ.λ.π.)	Φρέσκο κρέας ή	Λάδι
Συντηρημένο κρέας ή	ψάρι	Τσάι
ψάρι	Αυγό	Λαχανικά
Τροφές που έχουν γίνει	Γάλα	Χορταρικά
με σόδα ή μπέικιν πάουντερ	Σοκολάτα	Ρύζι
Λαχανικά συντηρημένα	Παγωτό	
ή σε κονσέρβα	Σπανάκι, καρότα	

Μια διαίτα με περισσότερο αλάτι (γύρω στα 5-6 γραμ. το 24ωρο), που τις περισσότερες φορές είναι αρκετή (αλλά και ανεκτή) για τον υπερτασικό είναι η εξής:

- Δεν προστίθεται καθόλου αλάτι στο τραπέζι
- Αποφεύγονται α αλμυρά φαγητά (αλμυρά τυριά, σαρδέλλες, τσιπς,

αλατισμένοι ξηροί καρποί κ.λ.π.)

Αυστή άναλη δίαιτα (1 γραμ. αλατιού) είναι η εξής:

- Δεν προστίθεται καθόλου αλάτι στο μαγείρεμα
- Αποφεύγονται το γάλα, το τυρί, το παγωτό, το βούτυρο
- Αποφεύγονται οι συντηρημένες τροφές, εκτός από τα φρούτα και τους φρουτοχυμούς και κυρίως οι σάλτσες όπως η κέτσαπ, και το ζύδι.
- Χρησιμοποιούνται ανάλατο ψωμί και ανάλατα κράκερς.

3.4 Ποιά σημασία έχει το κάλιο στη δίαιτα του υπερτασικού;

Μια συνηθισμένη κατηγορία φαρμάκων που παίρνουν πολλοί υπερτασικοί είναι τα διουρητικά. Τα φάρμακα αυτά μαζί με το νάτριο διώχνουν και κάλιο από τους νεφρούς. Έτσι, ο υπερτασικός άρρωστος που βρίσκεται σε μακροχρόνια αγωγή με διουρητικά φάρμακα κινδυνεύει να αναπτύξει έλλειμα καλίου και να νοιώθει εναντλημένος και αδύναμος. Αυτός είναι ο λόφος που σ' αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει ν' αναπληρώνεται το κάλιο που χάνεται στα ούρα με κάλιο απ' τις τροφές. η μόνη περίπτωση που η διασθητική χορήγηση καλίου πρέπει ν' αποφεύγεται είναι η περίπτωση της ολιγουρίας σε άρρωστους με νεφρική ανεπάρκεια.

Τροφές με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλιο (300-500 χλστγρ. σε συνηθισμένη μερίδα) είναι : γάλα, γιαούρτι, ροδάκινα, βερύκοκκα, αχλάδια, μπανάνες, χουρμάδες, πορτοκάλια, σταφίδες, μαγειρεμένο κρέας ή ψάρι, φυστίκια, καρύδια, φασόλια, παντζάρια, καρότα, σέλινο, πατάτες. Μικρότερη περιεκτικότητα έχουν (150-300 χλστγρ.) τα πεπόνια, τα μανταρίνια, τα καρπούζια, ο χυμός πορτοκαλιών, το λάχανο, η ντομάτα, τα κολοκύθια.

4. Δίαιτα στην υπερλιπιδαιμία

4.1 Ποιά είναι η σημασία της σχέσεως κορεσμένων-πολυκορεστών

Λιπαρών οξέων στη δίαιτα:

Τα λιπαρά οξέα της συνηθισμένης τροφής υπάρχουν σε αναλογία 1 (πολυακόρεστα) προς 5 (κορεσμένα) (0,2:1). Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες έχουν δείξει πως αν η αναλογία αυτή τροποποιηθεί σε 2 (πολυακόρεστα) προς 1 (κορεσμένα), η συχνότητα της αρτηριακής αθηρωμάτωσης ελαττώνεται αξιολογικά. Το βούτυρο και γενικά τα ζωικά λίπη έχουν αναλογία πολυακόρεστων - κορεσμένων από 0,1 ως 0,3 προς 1. Πρέπει λοιπόν ν' αντικατασταθούν με φυτικά λίπη που έχουν αντίστροφη σχέση. Στο λάδι της ελιάς π.χ. η αναλογία αυτή είναι 0,6 προς 1, αλλά ακόμα καλύτερη αναλογία έχουν τα σπορελαία: βαμβακοσπορέλαιο 2:1, σογιέλαιο 3,5:1, αραβοσιτέλαιο και λάδι από ηλιόσπορους 5,3:1.

4.2 Ποιά είναι η σημασία της χοληστερίνης:

Στις πιο συχνές μορφές υπερλιπιδαιμίας πρέπει να ελαττώνεται η χοληστερίνη που κυκλοφορεί στο αίμα. Αυτό μπορεί να γίνει με φάρμακα αλλά πρέπει να επιδιώκεται κυρίως με τη δίαιτα. Ιδιαίτερα στον τύπο ΙΙβ η χοληστερίνη της τροφής του 24ωρου πρέπει να ελαττώνεται κάτω απ' τα 300 χλστγρ. Στον τύπο ΙV ο περιορισμός μπορεί να είναι πιο ελαστικός. Η χοληστερίνη της τροφής του 24 ωρου μπορεί να φθάνει τα 500 χλστγρ.

Η περιεκτικότητα των διαφόρων τροφών σε χοληστερίνη παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία. Γενικά, πλούσιες σε χοληστερίνη είναι οι τροφές που έχουν ζωική προέλευση. Αλλά και μεταξύ τους υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Έτσι, τα 100 γραμ. μυαλά έχουν 2 γραμ. χοληστερίνη, 100 γραμ. αυγού 0,5 περίπου γραμ., τα 100 γραμ. βουτύρου 1/4 του γραμ., τα 100 γραμ. κρέας ή ψάρι, 70 χλστγρ., τα 100 γραμ. γάλα 85 χλστγρ. χοληστερίνης κ.ο.κ. Τα εντόσθια είναι πιο πλούσια σε χοληστερίνη απ' όσο το κρέας, το κοτόπουλο είναι λιγότερο απ' όσο το βοδινό, το χοιρινό ή το ρνίσιο κρέας και ο

αστακός πιο πλούσιος απ' τα ψάρια.

4.3 Πρέπει να περιορίζονται οι υδατάνθρακες στην υπερλιπιδαιμία;

Ο περιορισμός των υδατανθράκων πετυχαίνει την απώλεια σωματικού βάρους που είναι απαραίτητη όταν το σωματικό βάρος είναι μεγαλύτερο απ' το φυσιολογικό. Εκτός, όμως, απ' τις περιπτώσεις που η υπερλιπιδαιμία συνυπάρχει με διαβήτη, ο περιορισμός των υδατανθράκων είναι επιτακτικός σε ορισμένες περιπτώσεις υπερλιπιδαιμίας και μόνο προκειμένου να επιτευχθεί ελάττωση των λιπιδίων που κυκλοφορούν στο αίμα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση της υπερλιπιδαιμίας τύπου IV, όπου πρέπει να γίνεται περιορισμός των υδατανθράκων στο 40% περίπου του συνόλου των θερμίδων της διαίτας, ακόμα και όταν δεν χρειάζεται να εφαρμοστεί υποθερμιδική διαίτα. Στον τύπο IIB ο περιορισμός των υδατανθράκων μπορεί να είναι πιο ελαστικός και ν' αποφεύγονται μόνο η καθαρή ζάχαρη και τα πυκνά γλυκίσματα.

Δίαιτα χρόνιων καρδιακών νοσημάτων

Γενικά χαρακτηριστικά της διαίτας είναι:

1. Καταπολέμηση της παχυσαρκίας, διότι ο ασθενής πρέπει να έχει το φυσιολογικό βάρος, αλλά προτιμότερο να είναι 2-3 κιλά κατω από το φυσιολογικό.
2. Απαιτείται περιορισμός των λευκωμάτων και των λιπών διότι κουράζουν τις λειτουργίες της καρδιάς και γι' αυτό πρέπει να δίνονται οι αναγκαίες ποσότητες.
3. Οι υδατάνθρακες πρέπει να είναι η κύρια πηγή ενέργειας διότι πέτονται γρηγορότερα από τα λίπη και τα λευκώματα.
4. Περιορισμός του άλατος.
5. Τα γεύματα δεν πρέπει να είναι ογκώδη διότι διατείνεται το στομάχι και πιέζεται η καρδιά.

6. Πρέπει να καταπολεμείται η δυσκοιλικότητα διότι τα άτομα αυτά δεν πρέπει να πιέζονται.
7. Απαγορεύονται α) τα καρυκεύματα, τα γιαχνί, τα τηγανητά και τα οينوπνευματώδη ποτά, β) το τσάι και ο καφές που επιταχύνουν τους παλμούς της καρδιάς, γ) οι τροφές οι πλούσιες χλωριούχο νάτριο όπως σπανάκι, θαλασσινά, παστά, διατηρημένα, αλλαντικά και τουρσιά, δ) οι τροφές που προκαλούν ζυμώσεις στο έντερο και κατά συνέπεια ανύψωση του διαφράγματος όπως τα όσπρια, τα κραμβοειδή, το κρεμμύδι, το πολύ φρέσκο ψωμί.

Να αποφευχθούν τα παχειά κρέατα, όπως αρνί, χοιρινό, παχιά ψάρια, τα νερά σφάγια, τα παχιά τυριά, το κυνήγι, τα εντόσθια, τα μυαλά, τα αυγά, τα λίπη, οι ελιές, η ζάχαρη, τα γλυκά του κουταλιού, οι παστες, σοκολάτες, το κακάο.

Επιτρέπονται: Γάλα αγελαδινό ή απβουτυρωμένο, τυριά άπαχα γενικά ανάλατα (φέτα, μυζήθρα), ψωμι κατά προτίμηση μαύρο, φρυγανιές, παξιμάδια, κρέατα άπαχα (βραστά ή ψητά ή σάλας σε περιορισμένη ποσότητα), ψάρια άπαχα (βραστά ή σάλας), κοτόπουλο ψητό ή σάλας, ζυμαρικά, ρύζι, πατάτα με λίγο λάδι ή μαργαρίνη, χορτατικά άφθονα κατά προτίμηση ωμά ή βραστά με λίγο λάδι.

ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ιχνοστοιχεία καλούνται τα στοιχεία εκείνα που βρίσκονται στον ανθρώπινο οργανισμό μόνο σε ίχνη, δηλαδή τα σπανιότερα συστατικά του ανθρώπινου σώματος.

Τα ιχνοστοιχεία μπορεί να διακριθούν σε απαραίτητα ή χρήσιμα για τη ζωή, όπως ο σίδηρος και το ιώδιο, ή σε μη απαραίτητα ή και τοξικά, όπως ο μόλυβδος. Φυσικά, το ίδιο ιχνοστοιχείο μπορεί σε μικρές δόσεις να είναι απαραίτητο και σε μεγάλες τοξικό.

Ιχνοστοιχεία και κυκλοφορικό σύστημα

Ορισμένα ιχνοστοιχεία θεωρούνται ευεργετικά με την έννοια ότι προλαμβάνουν ή αναστέλλουν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Σ' αυτά το μαγγάνιο, το χρώμιο, βανάδιο, καθώς και το κοβάλτιο από το στόμα, που υποτίθεται ότι προλαμβάνουν την αρτηριοσκλήρυνση, το πυριτίο και ο χαλκός, που ενισχύουν την ελαστικότητα των αγγείων, το φθόριο που προλαμβάνει την ασβέστωση της αορτής, κι ο ψευδάργυρος που πιθανόν προλαμβάνει την υπέρταση.

Δυσμενής επίδραση έχουν κυρίως το κάδμιο, που προκαλεί υπέρταση κι αρτηριοσκλήρυνση, το κοβάλτιο (υπέρταση) και το αρσενικό και το φθόριο που σε μεγάλες δόσεις προκαλούν νέκρωση του μυοκαρδίου.

Τα παραπάνω συμπεράσματα στηρίζονται σ' εργασίες σε πειραματόζωα ή σ' επιδημιολογικές μελέτες. Μόνο για το κάδμιο φαίνεται ότι η βλαπτική του δράση είναι πολύ καλά τεκμηριωμένη.

Καρκινογόνα ιχνοστοιχεία

Μερικά ιχνοστοιχεία έχουν κατηγορηθεί σαν καρκινογόνα, γιατί η χορήγηση τους σε πειραματόζωα έχει συνοδευθεί από ανάπτυξη νεοπλασμάτων.

Η καρκινογόνα δράση τους δεν έχει αποδειχθεί τελεσίδικα στα πειραματόζωα και πολύ περισσότερο στον άνθρωπο.

Καρκινογόνος δράση υποστηρίχθηκε για το κοβάλτιο, το σίδηρο, τον ψευδάργυρο, το νικέλιο, το κάδμιο, το χρώμιο, το αρσενικό, το βηρύλλιο και το σελήνιο. Καρκίνος των πνευμόνων από νικέλιο και χρώμιο έχει περιγραφεί.

Αντίθετα, έχει υποστηριχθεί ότι ο χαλκός προλαμβάνει την καρκινογένεση από DMAB (p-dimethylaminodenzene) σ' επίμυες.

Σαν ιχνοστοιχεία αναφέρονται τα εξής:

1. Αργίλλιο (Al), 2. Αρσενικό (As), 3. Βανάδιο (V), 4. Βηρύλλιο (Be), 5. Βόριο (B), 6. Θείο (S), 7. Ιώδιο (I), 8. Κάδμιο (Cd), 9. Κοβάλτιο (Co), 10. Μαγγάνιο (Mn), 11. Μαγνήσιο (Mg), 12. Μολυβδένιο (Mo), 13. Μόλυβδος (Pb), 14. Νικέλιο (Ni), 15. Πυρίτιο (Si), 16. Σελήνιο (Se), 17. Σίδηρος (Fe), 18. Στρόντιο (Sr), 19. Τιτάνιο (Ti), 20. Φθόριο (F), 21. Χαλκός (Cu), 22. Χρώμιο (Cr), 23. Ψευδάργυρος (Zn).

Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ρ Ι Τ Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Λ'

6

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η κοινοτική νοσηλευτική σαν έννοια ήταν γνωστή από πολύ παλιά σαν όρος όμως είναι τελείως πρόσφατη. Για να διαμορφωθεί στην σημερινή της μορφή πέρασε από τέσσερα (4) στάδια:

Πρώτο (1ο) στάδιο: 1859-1900.

Στη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου η κοινοτική νοσηλευτική προσέφερε τις θεραπευτικές της φροντίδες εθελοντικά. Το έτος 1859 ο William Ratbone, Άγγλος φιλάνθρωπος αναγνωρίζοντας ο ίδιος τη σημασία της νοσηλείας στο σπίτι, από κάποια προσωπική του εμπειρία, προσέλαβε την αδελφή Mary Robinson με σκοπό να προφέρει τις υπηρεσίες της σε μια ομάδα φτωχών στο Liverpool. Έτσι έχουμε το πρώτο ξεκίνημα του θεσμού.

Συγχρόνως αναπτύσσεται ο θεσμός και στις ΗΠΑ με την Francis Root. Παράλληλα με τη φροντίδα που παρείχαν στους ασθενείς τους, οι κοντικές νοσηλεύτριες τους δίδασκαν καθαριότητα και τρόπους υγιεινής διαβίωσης.

Η Florence Nightingale τις ονόμασε νοσηλεύτριες υγείας (health nurses) και το όραμά της ήταν μια μέρα να μην υπάρχουν νοσηλεύτριες μόνο για τους αρρώστους, αλλά και για τους υγιείς.

Δεύτερο (2ο) στάδιο: 1900 - 1930

Από τις αρχές του αιώνα μας, η κοινοτική νοσηλευτική βελτιώθηκε, ξεπέρασε τη φιλανθρωπική της μορφή και παράλληλα άρχισε ν' ασχολείται και με τον υγιή πληθυσμό. Στις ΗΠΑ η κοινοτική νοσηλευτική άρχισε να εστιάζεται στη δημόσια υγεία (public health) έτσι ο ρόλος της κοινοτικής (επισκέπτριας)

νοσηλεύτριας άρχισε να επεκτείνεται.

Τρίτο (3ο) στάδιο: 1930-1970

Στην περίοδο αυτή η δημόσια υγιεινή αναπτύσσεται περαιτέρω και ο ρόλος της επισκέπτριας-κοινοτικής νοσηλεύτριας διαγράφεται εντονότερα. Στην Ελλάδα ο θεσμός άρχισε το έτος 1923, αφορμή ήταν η επιδημία του Δαγγείου πυρετού που μάστιζε την Ελλάδα. Τότε διαφάνηκε η ανάγκη για εκπαίδευση νοσηλευτών σε θέματα δημόσιας υγείας.

Το 1930 ζητήθηκε από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Ε.Ε.Σ.) η ίδρυση σχολής βοηθών νοσηλευτών δημόσια υγιεινής.

Το 1937 ιδρύθηκε στην Υγειονομική σχολή Αθηνών, η Ανωτέρα Σχολή επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων τριετούς φοίτησης που έδινε πτυχίο γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτικής δημόσιας υγιεινής.

Το 1960 τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή το πρόγραμμα δημόσιας υγιεινής της νοσηλευτικής σχολής του Ε.Ε.Σ. και το 1962 ιδρύεται η Ανωτέρα Σχολή Αδελφών και Επισκεπτριών του Π.Ι.Κ.Π.Α.

Η περίοδος αυτή ήταν ορόσημο για την περαιτέρω εξέλιξη της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Τέταρτο (4ο) στάδιο: 1970 μέχρι σήμερα

Από το 1970 και μετά, η κοινοτική νοσηλευτική πήρε τη σημερινή της μορφή. Τόπος δράσης της είναι η κοινότητα και αντικείμενό της ο πληθυσμός της κοινότητας άρρωστος και υγιής.

Το 1978 με τη διεθνή συνδιάσκεψη Alma-ata διαμορφώθηκε η ιδέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής αναβαθμίστηκε.

Το 1972 στην Ελλάδα οι 3 σχολές (Ε.Ε.Σ. Π.Ι.Κ.Π.Α και Υγειονομικής Σχολής Αθηνών) μετατράπηκαν με διάταγμα σε σχολές τετραετούς φοίτησης. Στον 4ο χρόνο οι σπουδάστριες έπαιρναν την ειδικότητα της δημόσιας υγιεινής.

Το 1985 όλες οι σχολές εντάχθηκαν στη Σ.Ε.Υ.Π. του ΤΕΙ και τα προγράμματα τροποποιήθηκαν.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Οι νέες τάσεις που παρουσιάστηκαν, στο χώρο της υγείας, μετά το 1970 επηρέασαν και τη Νοσηλευτική, η οποία επαναξιολογώντας τις προτεραιότητές της, διεύρηνε το πεδίο της, και επαναπροσδιόρισε τους στόχους της.

Η νοσηλευτική όλο και περισσότερο εγκαταλείπει το μοντέλο που έχει σαν βάση τον άρρωστο και το νοσοκομείο και προσεγγίζει το μοντέλο σε επίκεντρο την υγεία και την κοινότητα. Στόχος της δεν είναι μόνο η νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο που νοσεί, αλλά και η δημιουργία προϋπόθεσεων για την πρόληψη της νόσου "Πεδίο δράσης της δεν είναι μόνο ο χώρος της νοσοκομείου (δευτοβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα υγείας), αλλά και η κοινότητα μέσα στην οποία ζει και εργάζεται το άτομο (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας).

Έτσι λοιπόν μέσα από αυτές τις νέες τάσεις που διαμορφώθηκαν στον κλάδο της Νοσηλευτικής, δημιουργήθηκε ένας καινούργιος θεσμός ο θεσμός της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Η κοινοτική νοσηλευτική έχει σαν αποδέκτες τον πληθυσμό της κοινότητας όλων των ηλικιών σ' οποιαδήποτε κατάσταση υγείας κι αν βρίσκεται.

Η κοινοτική νοσηλευτική προσφέρει ολιστική φροντίδα, δηλαδή, βιολογική, ψυχολογική, και κοινωνική και καλύπτει το άτομο πλήρως, οποιαδήποτε στιγμή, παρέχοντας του, τις αναγκαίες πληροφορίες και εξασφαλίζοντας όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες.

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο της φιλοσοφίας της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι ότι ωθεί το άτομο να απαλλαγεί από τις συνέπειες της αρρώστειάς του όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, διδάσκοντας του την αυτοφροντίδα και την αυτοεξυπηρέτηση.

Τα μέσα που χρησιμοποιεί η κοινοτική νοσηλευτική για να επιτύχει τον τελικό της σκοπό που είναι η κοινοτική υγεία, είναι:

- α. αγωγή υγείας
- β. παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- γ. συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες υγείας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η σωστή διατροφή είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που συντελούν στη διασφάλιση της υγείας των ανθρώπων, στη συντήρηση και στη βελτίωση των ανατομικών και βιολογικών τους χαρακτηριστικών την ευρυθμία και τον δυναμισμό των λειτουργικών τους ικανοτήτων.

Η σχέση αυτή της διατροφής με την υγεία έχει επαληθευθεί από πολλές επιστημονικές παρατηρήσεις, ώστε δεν υπάρχει περίπτωση να αμφισβηθεί.

Ενώ για πολλές χιλιάδες χρόνια πριν - στις περισσότερες χώρες μέχρι και την πρώτη δεκαετία μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, τα προβλήματα υγείας που σχετίζονταν άμεσα με τη διατροφή οφείλονταν στη στέρηση της τροφής. Σήμερα στις αναπτυγμένες τουλάχιστον χώρες - γιατί ακόμη και σήμερα στις χώρες του "Τρίτου Κόσμου" υπάρχει το φλέγον πρόβλημα της πείνας- καθημερινά εκδηλώνονται συμπτώματα ασθενειών που ανάμεσα στους αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησής τους σημαντικό ρόλο παίζει και η διατροφή, όχι όμως πια λόγω στερητικής διατροφής, αλλά εξ αιτίας υπερκατανάλωσης διαφόρων τροφίμων.

Κι έτσι τη θέση των δειών και των ασθενειών που καταδυνάστευαν και ταλαιπωρούσαν παλιά τους ανθρώπους λόγω της στρητικής διατροφής, την υπερανάπληρσαν άλλα δεινά και παθήσεις που συνδέονται πια με την υπερκατανάλωση - και μάλιστα όχι

εξισορροπημένη στη διατροφή.

Κι έτσι καθημερινά έχουμε εκδηλώσεις εμφραγμάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων, σακχαρώδους διαβήτη και άλλων μοντέρνων ρευματοαρθριτικών και ψυχονευρικών εκφυλιστικών νοσημάτων που συνεχίζουν με μεγαλύτερο ζήλο απ' ότι η πείνα και η φυματίωση - το μακάβριο χορό του θανάτου.

Εκταταμένες κλινικές παρατηρήσεις καθώς και σχετικές πειραματικές έρευνες, συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει βέβαιος και στενός συσχετισμός ανάμεσα στα νοσήματα που προαναφέραμε και στον τρόπο της διατροφής. Αν και δεν έχει ακόμα αποδειχθεί πλήρως η ακριβής αιτιατή σχέση (ποιά, δηλαδή, είδη τροφίμων είναι "υπευθυνα" και με ποιόν ακριβώς τρόπο, για το καθένα από τα νοσήματα αυτά), θεωρείται ωστόσο βέβαιο, ότι το γενεσιουργό τους υπόβαθρο βρίσκεται ή είναι στενά συσχετισμένο με τις ποσοτικές και ποιοτικές διατροφικές εκτροπές: με την υπερκατανάλωση "κορεσμένων" ζωικών λιπών ή και πρωτεϊνών - για πολλούς ερευνητές - και για άλλους - με την υπερκατανάλωση "επεξεργασμένων" υδατανθράκων.

Η κατάσταση αυτή αποτελεί αντιστροφή του φυσικού νόμου: Τρώμε για να ζήσουμε, για να νιώθουμε γεροί, βιολογικά και λειτουργικά ικανοί. Είναι εντελώς αδιανόητο, η βασική προϋπόθεση της ζωής και της υγείας μας - η τροφή - να μας οδηγεί στην αρρώστεια και - τελικά - στο θάνατο.

Ειδικότερα στην Ελλάδα, όπως διαπιστώνεται από μελέτες τα τελευταία 25 χρόνια το μέσο Ελληνικό διαιτολόγιο χαρακτηρίζεται από αυξημένη πρόσληψη, από υπερβολική κατανάλωση πρωτεϊνών και λιπιδίων, και κυρίως ζάχαρη, ενώ, αντίθετα, η κατανάλωση στα δημητριακά και όσπρια έχει παρουσιάσει σημαντική μείωση.

Οι παραπάνω ποιοτικές εκτροπές, στις οποίες τείνει όλο και

περισσότερο η χώρα μας τα τελευταία χρόνια - εξαιτίας της όλο και μεγαλύτερης διείσδυσης στη χώρα μας του ευρωπαϊκού τρόπου διατροφής, και λόγω των διαφημιστικών μηνυμάτων των ραδιοτηλεοπτικών μέσων που επηρεάζουν άμεσα τον πληθυσμό σχετικά με τον τρόπο της διατροφής τους - καθημερινά στο χώρο μας εμφανίζονται πολλές εκδηλώσεις σύγχρονων νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων, όπως είναι τα καρδιαγγειακά, ορισμένα κακοήθη νεοπλασμάτα, σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση κ.ά., τα οποία καθημερινά εμφανίζουν ανοδική πορεία.

Τί πρέπει λοιπόν, να κάνουμε για να ξαναδώσουμε στην τροφή μας το φυσικό της προορισμό; Ποιά είναι η "φυσική" η σωστή διατροφική αγωγή, αυτή που θα διασφαλίζει την υγεία και τον δυναμισμό μας που θα κλείνει το δρόμο στην παχυσαρκία, στο διαβήτη, στα εμφράγματα και στα τόσα άλλα μοντέρνα νοσήματα του καιρού μας, που εκφυλίζουν την υγεία, δυναστεύουν την χαρά και θανατώνουν την ζωή τόσων και τόσων ανθρώπων.

Σ' όλα αυτά τα παραπάνω φλέγονται ερωτήματα που έχουν άμεση σχέση με την διατήρηση και παραγωγή της δημόσιας υγείας, έρχεται να δώσει απαντήσεις, και λύσεις, η κοινοτική νοσηλευτική που έχει ως στόσο, να καλύτερεύσει τον τρόπο ζωής των ανθρώπων, ν' αποφύγει κινδύνους παίρνοντας δραστικά μέτρα πρόσληψης, καθώς επίσης επιδιώκει να οργανώσει εξοπλισμένες υπηρεσίες για τη σωστή και αποτελεσματική εξυπηρέτηση του συνόλου.


Όπως αναφέρει ο Κυριόπουλος (στο Διεθνές Συμπόσιο 1984) ότι η κοινωνική Ιατρική - που φορέας της είναι και η κοινοτική Νοσηλευτική - στον τομέα της περίθαλψης αποτελεί μια "ολοκληρωμένη στρατηγική" που αντιλαμβάνεται το θέμα της υγείας από μια νέα "κοινωνικο-οικολογική πλευρά". Η κοινωνική Ιατρική αναφέρεται στη σημασία της εκπαίδευσης για την υγεία.

Σύμφωνα με τον Κυρίπουλο, η εκπαίδευση για την υγεία, στηρίζεται σε δύο "συνιστώσες" την υπευθυνότητα και τη συμμετοχή, και επιδιώκει την αλλαγή του πληθυσμού, να θέλει να είναι υγιές, να γνωρίζει πως θα παραμείνει υγιές, τί πρέπει να κάνει ατομικά και συλλογικά για να παραμείνει υγιές και να προσφέρει την βοήθεια, όταν του την ζητούν.

Η εκπαίδευση για την υγεία στηρίζεται σε μια διαδικασία "μάθησης - διδασκαλίας - μάθησης" και προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει το σύνολο του πληθυσμού για την προαπση της υγείας.

Για να πετύχει τους σκοπούς της η εκπαίδευση για την υγεία, πρέπει να στηρίζεται σε μια οργανωμένη βάση, να βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και η αξιολόγησή της να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια.

Επίσης για την επίτευξη των σκοπών της εκπαίδευσης για την υγεία απαιτείται σωστός σχεδιασμός και καλή και αποελεσματική διαχείριση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία πρέπει να βασίζονται σε προτεραιότητες που έχουν αναγνωρισθεί, οι στόχοι τους να είναι απλοί και ρεαλιστικοί, και για την πραγματοποίησή τους, να χρησιμοποιούνται συμμετοχικές διαδικασίες και να παρέχονται ευκαιρίες δράσης και σ' άλλα, -εκτός των επαγγελματιών υγείας - επαγγέλματα, όπως στους εκπαιδευτικούς, στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε, η διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας της υγείας των ανθρώπων, κατά πολύ σωστό τρόπο, η Αγωγή Υγείας με τη διαμόρφωση "σωστής διατροφικής συμπεριφοράς" και διοχετεύει

συνεχώς μηνύματα στους ανθρώπους, ώστε να τα εμπεδώσουν και να τα κάνουν κτήμα τους.

Τα μηνύματα αυτά θα πρέπει να είναι απλά διατυπωμένα, ώστε να γίνονται κατανοητά, απ' όλους, ανεξάρτητα από το επίπεδο μόρφωσης τους, και εφ' όσον απόσκοπούν μόνο στην απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων για προάσπιση της υγείας.

Σύμφωνα με τον Δ. Τριχόπουλο τα μηνύματα που δίνονται στον πληθυσμό όσον αφορά τη σωστή διατροφή θα πρέπει να στηρίζονται στις παρακάτω οκτώ αρχές:

- α. Τρώτε όσο χρειάζεται
- β. Φροντίστε η καθημερινή σας διαίτα να έχει ποικιλία και τα γεύματα να γίνονται σε κανονικά διαστήματα
- γ. Τρώτε περισσότερα φρούτα και λαχανικά
- δ. Παίρνετε κανονικό πρωινό
- ε. Τρώτε σε ευχάριστο περιβάλλον
- στ. Αποφεύγετε το πού αλάτι
- η. Αποφεύγετε τα οίνοπνευματώδη και τα σακχαρούχα αναψυκτικά
- θ. Αποφεύγετε τα πολλά λιπίδια

Οι παραπάνω οκτώ αρχές πρέπει να γίνουν συνείδηση και τρόπος ζωής όλων των ανθρώπων, γιατί η σωστή διατροφή είναι υπόθεση του κάθε ανθρώπου που θέλει να είναι υγιής και ευτυχισμένος, αλλά και της ίδιας της Πολιτείας που έχει ανάγκη και υποχρέωση ν' αποτελείται από δημιουργικά υγιή μέλη.

Το νοσηλευτικό προσωπικό και ιδιαίτερα, ο κοινοτικός νοσηλευτικής και η κοινοτική νοσηλεύτρια, είναι τα πιο κατάλληλα πρόσωπα, για να εκπονήσουν και να πραγματοποιήσουν προγράμματα κατάλληλα, για την σωστή ενημέρωση του πληθυσμού, σχετικά με τη διατροφή, γιατί το νοσηλευτικό προσωπικό:

- α. Προσφέρει τις φροντίδες του σ' όλα τα επίπεδα φροντίδας

της υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).

β. Εργάζεται πλέον σ' όλους τους τομείς και τους χώρους υγείας (Κέντρα Υγείας, σχολεία, τόπο εργασίας).

γ. Ερχεται σε άμεση επαφή με τον πληθυσμό στο σύνολό του, και γνωρίζει το οικονομικό, κοινωνικό και μορφωτικό του επίπεδο, και επίσης είναι γνώστης της κατάστασης υγείας του πληθυσμού για μεγάλο χρονικό διάστημα.

δ. Κατέχει πολλές πληροφορίες που αφορούν το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα.

ε. Παίζει το ρόλο του συνδέσμου μεταξύ των ατόμων, των οικογενειών και της υγειονομικής ομάδας, καθώς και των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών.

ζ. Λαμβάνει μέρος στην ανάπτυξη των γενικών και τοπικών προγραμμάτων.

Απαραίτητα εφόδια για την επίτευξη του έργου της κοινοτικής νοσηλεύτριας, και συγκεκριμένα την διαφώτιση του πληθυσμού γύρω από την υγιεινή διατροφή του είναι η άρτια εκπαίδευση, και η σωστή επικοινωνία, και η ψυχική καλλιέργεια που θα βοηθήσουν να πλησιάσει τους κατοίκους και να συνδιαλεγει μαζί τους.

Η επαγγελματική της τοποθέτηση όπου κι αν είναι κάθε φορά την βοηθάει να τους πλησιάσει, γιατί η θέση της νοσηλεύτριας είναι πάντα κοντά στον άνθρωπο.

Όταν το πεδίο δράσης της νοσηλεύτριας είναι η κοινότητα θα πρέπει πρωταρχικώς να:

α. καθορίσει και να αναλύσει τον πληθυσμό στον οποίο θα απευθυνθεί και

β. να προσδιορίσει την έκταση του προβλήματος και τις ανάγκες του πληθυσμού.

Για την ανάλυση του πληθυσμού συγκεντρώνει στοιχεία που

αφορούν την γεωγραφική θέση της κοινότητας, την μορφολογία του εδάφους τις κλιματολογικές συνθήκες, την οικονομική κατάσταση του πληθυσμού, τις πηγές εσόδων, το είδος της γεωργικής και κτηνοτροφικής παραγωγής.

Πρέπει επίσης να γνωρίζει το μορφωτικό επίπεδο, την νοοτροπία, τις διατροφικές συνήθειες και της ιδιαιτερότητες και τα έθιμά τους.

Ως πηγές συγκέντρωσης των παραπάνω στοιχείων, μπορεί να χρησιμοποιήσει ο φορέας της κοινοτικής νοσηλευτικό το Υπουργείο Υγείας, την Νομαρχία, την Υγειονομική υπηρεσία, ακόμη μπορεί να ζητήσει πληροφορίες από παλαιότερους συναδέλφους, από την βιβλιογραφία, επίσης μπορεί να ζητήσει πληροφορίες από τους ίδιους τους κατοίκους της κοινότητας.

Αφού συγκεντρώσει τα στοιχεία αυτά, από τις προαναφερθείσες πηγές, θα είναι πλέον σε θέση, να διαπιστώσει αν υπάρχει διατροφικό πρόβλημα στην κοινότητα ή όχι, και στην περίπτωση που υπάρχει, να καταστρώσει κάποιο σχέδιο δράσης, για να επιλύσει το πρόβλημα διατροφής του πληθυσμού της κοινότητας για την οποίας είναι υπεύθυνη.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας χαρακτηρίζεται από την προσωπική προσφορά περίθαλψης, τη στενή επικοινωνία, την εξασφάλιση συνέχειας στην περίθαλψη που είναι όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη και προσπελάσιμη από άτομα κάθε κοινωνικο-οικονομικής τάξης.

Η διατροφή είναι αναπόσπαστο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γιατί οι πιο συχνές και σοβαρές ασθένειες της σημερινής κοινωνίας σχετίζονται στενά μ' αυτήν. Πιο ουσιώδες είναι το

γεγονός ότι η πρόληψη των νοσημάτων αυτών βασίζεται κυρίως στη διατροφή.

Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση υγείας στο ζήτημα διατροφής είναι αποφασιστικής σημασίας κυρίως στους νέους γιατί οι διαιτητικές συνήθειες που αποκτούνται κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας ακολουθούν με πολύ μικρές διαφοροποιήσεις τους νέους για όλη την υπόλοιπη ζωή τους. Η υιοθέτηση ενός ορθού διατροφικού σχήματος από τους νέους είναι εξαιρετικά σημαντική αν όχι καθοριστική για τη σωστή και επαρκή θρέψη του ατόμου.

Ο ΣΤΟΧΟΣ των προγραμμάτων διατροφής στην Π.Φ.Υ. είναι:

1. Εκτίμηση της θρέψης του ατόμου με τις ακόλουθες μεθόδους
 - α. Διαιτολογικό ιστορικό
 - β. Σωματομετρικές μετρήσεις (ανάστημα, βάρος, δερματικές πτυχές, περίμετρος βραχίονα, κεφαλής κ.λ.π.).
 - γ. Κλινική εξέταση για προβλήματα θρέψης.
 - δ. Βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις
 - ε. Απεικονιστικές μέθοδοι (υπέρηχοι, Ν.Π.Ρ. κ.λ.π.)
2. Θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων θρέψης
3. Πρωτοβάθμια πρόληψη προβλημάτων θρέψης

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι νέες τάσεις στη νοσηλευτική δίνουν έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Γιατί είναι πλέον φανερό ότι με την πρόληψη προάγεται και διαφυλάσσεται καλύτερα η Υγεία αλλά και το κόστος της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι πολύ μικρότερο από εκείνο της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας.

Έτσι η νοσηλευτική καλείται σήμερα ν' αγκαλιάσει το κοινωνικό σύνολο και να προσφέρει τις υπηρεσίες της στην κοινότητα και στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής για να ενθαρρύνει

τον τομέα της πρόληψης πρέπει να γνωρίζει ότι τα προληπτικά μέτρα που αφορούν την πρόληψη έχουν τη μεγαλύτερη συλλογική αποτελεσματικότητα στο επίπεδο Υγείας στον πληθυσμό.

Η πρόληψη διακρίνεται σε: α) πρωτογενής πρόληψη, β) δευτερογενής πρόληψη, γ) τριτογενής πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη είναι τα μέτρα και οι προσπάθειες που καταβάλλονται για να μην εκτεθεί το άτομο, η ομάδα ή η οικογένεια στον αιτιολογικό παράγοντα της νόσου. Μέτρα πρωτογενούς πρόληψης είναι οι εμβολιασμοί, η αποφυγή του καπνίσματος.

Η δευτερογενής πρόληψη είναι το σύνολο των μέτρων που λαμβάνονται για να διαγνωσθεί μια νόσος έγκαιρα πριν εμφανισθούν τα κλινικά της σημεία.

Η τριτογενής πρόληψη επιδιώκει την ελάττωση της επίπτωσης στην ποιότητα ζωής του ατόμου και της οικογένειας του μιας ήδη υπάρχουσας νοσηρής κατάστασης ή αναπηρίας.

Στους χώρους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της πρωτογενούς πρόληψης ο λόγος της διατροφής είναι ακόμα στοιχειώδης και περιορισμένος. Συνδέεται όμως άμεσα με τις οικογενειακές, γεωγραφικές συνήθειες, την ιστορία και την κουλτούρα ενός λαού. Καθώς και με τις συγκεκριμένες γεντικές του ιδιομορφίες που απορρέουν από την οικο-γεωγραφία και αυτή την κουλτούρα. Αυτές οι δύο συνιστώσες (οικογεωγραφία και κουλτούρα) πρέπει να διερευνηθούν και να καταγραφούν προκειμένου να προσανατολιστεί κανείς προς ένα μοντέλο εθνικής πολιτικής για τη διατροφή. Αυτό το μοντέλο είναι ιδιαίτερα απαραίτητο για τον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα της διατροφής, αλλά και για άλλους τομείς της γεωργίας και της οικονομίας γενικότερα.

Οι δύο συνιστώσες της διατροφής πρέπει να διερευνηθούν και θα πρέπει να προταθούν λύσεις. Γιατί μέχρι είναι μια μακρόχρονη

ερευνητική εργασία. Γιατί μέχρι τώρα οι γνώσεις μας για τη σημασία της διατροφής προέρχονται από έρευνες για συγκεκριμένες ασθένειες και αναγκαστικά η αντίληψή μας έχει διαμορφωθεί από μικρά ή μεγαλύτερα κομμάτια της νοσολογίας και της σύνδεσης της με τη διατροφή. Γνωρίζουμε δηλαδή για τη διατροφή και τον καρκίνο του παχέος εντέρου ή γνωρίζουμε για τη διατροφή και τις μυοκαρδιοπαθειες.

Πρέπει όμως ν' αρχίσουμε να προετοιμαζόμαστε για κάποια συγκεκριμένη κατεύθυνση μαζίματος, και αυτός ακριβώς είναι ένας από τους δύο μεγάλους στόχους της πρωτογενούς πρόληψης σε σχέση με τη διατροφή. Να καθορίσει δηλαδή η έρευνα σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης ποιά είναι τα επιστημονικά πεδία αιχμής που πρέπει να διερευνηθούν.

ΣΧΕΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:

ΟΙ ΑΠΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η διατροφή αποτελεί αναμφισβήτητα έναν από τους βασικότερους παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο υγείας των ανθρώπων.

Πολλές έρευνες που έχουν γίνει (επιδημιολογικές κλινικές και πειραματικές) ενοχοποιούν την κακή διατροφή, στις αναπτυγμένες χώρες για πολλά σύγχρονα νοσήματα και παθολογικές καταστάσεις. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η διατροφή παίζει σημαντικότερο ρόλο στην αιτιολογία νοσημάτων που αθροιστικά ευθύνονται για περισσότερο από τα δύο τρίτα της θνησιμότητας των ενηλικών στην Ελλάδα (Α. Τριχοπούλου, 1986, σελ. 163).

Η αυξημένη θερμιδική πρόληψη που οφείλεται στην κατανάλωση πρωτεϊνών, λιπιδίων (κυρίως ζωικής προέλευσης), ζάχαρης (Βεζονάκης, 1986, σελ. 82) αλλά και η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις βασικές ομάδες τροφίμων (Α. Τριχοπούλου, 1986, σελ. 163)

χαρακτηρίζουν το διατροφικό μοντέλο που ακολουθείται τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες.

Κι αυτό φυσικά οφείλεται στη διαφημιστική πίεση που χαρακτηρίζει την αγορά αλλά και στο ότι ο άνθρωπος δεν τρώει μόνο από πείνα αλλά και από ευχαρίστηση αναζητώντας μέσα από την διατροφή ικανοποίηση και διεξόδους σε ώρες ανίας.

Δυστυχώς τα τελευταία μόλις χρόνια, η Ελλάδα προσπαθεί να γίνει ακόλουθος του διατροφικού αυτού μοντέλου και το πετυχαίνει, αποκτώντας φυσικά και τις νοσολογικές του συνέπειες. Για πολλά χρόνια το διατροφικό πρόβλημα των Ελλήνων ήταν ποσοτική επάρκεια ενώ από ποιοτική άποψη η διατροφή τους βασικά στηριζόταν στα όσπρια, στα φρούτα στα λαχανικά και στο λάδι (9Α. Τριχοπούλου, 1986, σελ. 163).

Σήμερα όμως πολλά παραδοσιακά τρόφιμα εγκαταλείπονται από τον Έλληνα που νομίζει πως μ' αυτή του την ενέργεια μετακινείται σ' άλλο κοινωνικό επίπεδο. Ακόμη πολλές φορές νομίζει πως τρώγοντας και πίνοντας ένα ξενόφερτο προϊόν γίνεται "πολιτισμένος".

Στα βόρεια ευρωπαϊκά κράτη και στις ΗΠΑ - μαθαίνουμε από τον Κουμεντάκη (91986, σελ. 424)- άρχισε να εγκαταλείπεται προοδευτικά το διατροφικό αυτό μοντέλο, αφού πρώτα σκενδηλιοποίησαν τις δυσμενείς συνέπειες και παρατηρείται μια ανοδική πορεία προς έναν τρόπο διατροφής όμοιον με τον Ελληνικό παραδοσιακό.

Επειδή στη χώρα μας βρισκόμαστε στο σταυροδρομίο επιρροών, αλλαγής των ηθών και εθίμων και όλα αυτά έχουν άμεση αντανάκλαση στην διατροφική μας συμπεριφορά, είναι επιτακτική ανάγκη η ενημέρωση του κοινού για υγιεινή και σωστή διατροφή. Δεν υπάρχει λόγος να περάσουμε τον δρόμο εμπειριών που πέρασαν άλλα κράτη, ενώ "εμείς ακριβώς τώρα εγκαταλείπουμε το σημείο στο οποίο αυτοί γυρνούν" μας λέει δικαιολογημένα ο Παν. Κουμεντάκης.

Η Αγωγή Υγείας είναι απαραίτητη αυτή ακριβώς τη στιγμή για να ενημερώσει τον ελληνικό λαό ότι ο παραδοσιακός τρόπος διατροφής που είναι μέσα στα ιδανικά πρότυπα διατροφής, αν μην τον εγκαταλείψουν γιατί το σίγουρο είναι ότι θα ζαναεπιστρέψουν σ' αυτόν μετά από περιπετειές υγείας που μπορούν κάλλιστα ν' αποφύγουν.

Να ενημερώσει το λαό ότι οι αρρώστιες των υπερβολών και καταχρήσεων είναι πάρα πολλές κι ότι όσοι ακολουθούν λιτό, βασικά φυτοφαγικό διαιτολόγιο δεν πίνουν και καπνίζουν ασκούνται καθημερινά, είναι αυτοί που δεν έχουν κίνδυνο προσβολής απ' αυτές.

Η Αγωγή Υγείας είναι μια προσπάθεια με διεθνή χαρακτήρα, των σπουδασμένων γιατρών και ειδικών σε θέματα υγείας, ώστε να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αποκτήσουν συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής, το οποίο θ' αποτελείται κυρίως από φρυτολαχανικά, δημητριακά, λιγότερα κρέατα, λίπη και ζαχαρώδη.

Αν και αργοπορημένα, μέσα από προγράμματα της Αγωγής της Υγείας καταβάλλονται προσπάθειες για ενημέρωση των ανθρώπων για τη διατροφή τους και γενικότερα την υγεία τους.

Η προσπάθεια αυτή είναι αξιόλογη και πρέπει να δυναμώνει συνεχώς με την βοήθεια κάθε Κυβέρνησης, των μελετητών και λειτουργών Υγείας, καθώς και των ίδιων των ανθρώπων. Είναι δικαίωμα όλων ν' απολαμβάνουμε στην καθημερινή μας διατροφή τ' αγαθά που μας προσφέρει η γη και υποχρέωση μας να φροντίζουμε την υγεία μας, προσφέροντας στο σώμα μας τις ευεργεσίες μέσω μιας καλής διατροφής (Κουμεντακης, 1986, σελ. 424-425).

Η φροντίδα για την υγεία πρέπει να αποτελεί μάθημα από το νηπιαγωγείο μέχρι το τελευταίο έτος των πανεπιστημιακών σπουδών. Ένα μάθημα στο οποίο να συμπεριλαμβάνεται η δαιτητική γιατί σ' αυτές τις ηλικίες είναι εύκολο ν' απαντηθούν βασικές διατροφικές

συνήθειες οι οποίες θα γίνουν τρόπος ζωής για μια ολόκληρη ζωή.

ΔΗΜΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οι περισσότεροι επιστήμονες και ειδικοί, συμφωνούν ότι η διατροφή όπως έχει διαμορφωθεί στα τελευταία 50 χρόνια ενοχοποιείται για την αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης νοσημάτων όπως, ο διαβήτης, η υπέρταση και μερικά από τα νεοπλασμάτα που αθροιστικά ευθύνονται για περισσότερο από τα 3/4 της θνησιμότητας στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου.

Μεταβολές στη νοσολογία του Ελληνικού πληθυσμού όπως:

- Αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου
- Αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης καρκίνου του μαστού
- Αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης θανάτων από Ι.Κ.Ν. (60% της όλης θνησιμότητας)
- Αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης των εγκεφαλικών επεισοδίων
- Αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης της υπέρτασης
- Αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης της παχυσαρκίας
- Αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης του διαβήτη

Μπορεί να θεωρηθεί ότι συσχετίζονται με διαφοροποιήσεις στη διατροφή που παρατηρούνται στις προτιμήσεις των Ελλήνων καταναλωτών τα τελευταία χρόνια

Παράγοντες που επηρέασαν τις επιλογές Ελλήνων καταναλωτών στη διατροφή είναι:

- Η αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών τα τελευταία 30 χρόνια
- Η αλματώδης πρόοδος στην Τεχνολογία
- Η αλλαγή στις κοινωνικές συνθέσεις
- Η αλλαγή στις συνήθειες της ζωής και της εργασίας
- Η αστικοποίηση

- Η διαφήμιση
- Η πληροφόρηση για τη διατροφή και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
- Το εμπόριο των διαιτητικών συμβουλών
- Το εμπόριο των διαιτητικών συμπληρωμάτων

Οι διατροφικές εκτροπές που παρατηρούνται στους ενήλικες, αφορούν κυρίως:

- Την υπέρβαση των ενεργειακών αναγκών του οργανισμού
- Την υπεροχή κατανάλωση πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας
- Την υπεροχή κατανάλωση λιπιδίων
- Την υπεροχή κατανάλωση επεξεργασμένων υδατανθράκων

Αν όμως πραγματικά η διατροφή έχει μια τόσο σημαντική σύνδεση με την υγεία θα πρέπει να γίνει παρέμβαση για αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς.

Γι' αυτό πρέπει να κινηθούν κάποιες διαδικασίες, να ανηπυχθούν μηχανισμοί, να καταστραφούν πολιτικές, να σχεδιαστούν προγράμματα που θα συμβάλλουν στην ανακαίτηση της αύξησης της συχνότητας εκδήλωσης των νοσημάτων που προαναφέραμε. Και όχι μόνο αυτο αλλά στόχος είναι να προστατέψουμε και να προάγουμε την υγεία. Αυτό είναι που προσδοκούμε από την πρωτιβάθμια φροντίδα υγείας.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως διαπιστώνεται από μελέτες τα τελευταία 25 χρόνια το μέσο Ελληνικό διαιτολόγιο χαρακτηρίζεται από αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, από υπερβολική κατανάλωση πρωτεϊνών και λιπιδίων, κυρίως ζάχαρη ενώ, αντίθετα, η κατανάλωση στα δημητριακά και τα όσπρια έχει παρουσιάσει σημαντική μείωση.

Οι παραπάνω ποιοτικές εκτροπές, στις οποίες τείνει ολοένα και περισσότερο η χώρα μας τα τελευταία χρόνια, έχουν ενοχοποιηθεί

στις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης για την εκδήλωση πολλών "σύγχρονων" νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων, όπως είναι τα καρδιαγγειακά, ορισμένα κακοήθη νεοπλασμάτα, σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση και άλλα τα οποία, όπως επισημαίνεται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, εμφανίζουν ανοδική πορεία.

Η ΜΕΓΑΛΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΒΙΛΕΤ ΣΤΟ ΠΑΡΙΣΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ ΤΗΣ ΕΟΚ:

"Η ΕΥΡΩΠΗ ΣΤΟ ΤΡΑΠΕΖΙ"

(Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 28 Ιουλίου 1991)

Βασικό θέμα του μηνιαίου αφιερώματος του "Κέντρου Επιστημών" στη Βιλέτ για την κατανάλωση, ήταν η διατροφή. Το "Εθνικό Συμβούλιο Τεχνών Διατροφής" αφιέρωσε ένα ειδικό συνέδριο στο θέμα αυτό, με συζητήσεις στοργυλής τραπέζης που αφορούσαν "Τις συνήθειες διατροφής στην Ευρώπη" και "Τί θα αλλάξει για τους Ευρωπαϊκούς καταναλωτές το 1993".

Στο συνέδριο έλαβαν μέρος εκπρόσωπος διαφόρων οργανισμών και οργανώσεων από χώρες της Κοινότητας, που αναφέρθηκαν στις βασικές τάσεις της κατανάλωσης στην Ευρώπη, με στοιχεία για το ποιός τρώει τί και σε τί ποσότητα.

Στο συνέδριο για τη διατροφή ενδιαφέρον είχε στις συζητήσεις η αντιπαράθεση απόψεων που εμφανίστηκε ανάμεσα σε εκπροσώπους χωρών της Βόρειας και Νότιας Ευρώπης. Σύμφωνα με όσα ακούστηκαν, οι Βόρειες χώρες της Ευρώπης δίνουν περισσότερο βάρος στο θέμα της γρήγορης διατροφής, ενώ στις μεσογειακές χώρες, η διατροφή είναι συνώνυμη με την τέχνη της γαστρονομικής έκφρασης, με κάποιες πολιτισμικές παραδόσεις και με την καλλιέργεια των γευστικών απολαύσεων.

Ο πόλεμος Βορρά - Νότου σ'ο,τι αφορά τη διατροφή παίρνει λοιπόν τις διαστάσεις της αντιπαράθεσης ανάμεσα στην κουλτούρα του "φαστ-φουντ" και τον μεσογειακού πολιτισμού. "Η καλοζωία είναι συνώνυμη με την καλοφαγία. Πες μου τί έχεις στο πιάτο σου, να σου πω ποιός είσαι", είπε με λυρικό τόνο ένας από τους ομιλητές, υπερασπίζοντας την άποψη ότι η μεσογειακή κουζίνα, με το ελαιόλαδο π.χ., είναι η καλύτερη για να ζήσει κανείς πιο καλά και περισσότερο. Οι βορειοευρωπαίοι υποστήριξαν ότι "ολοένα περισσότερο, η διατροφή αποκτά διεθνή χαρακτήρα και δεν αντιπροσωπεύει πια το τί τρώει ένα άτομο, αυτό που είναι". Τη μια ημέρα τρώς παραδοσιακά, την άλλη εξωτικά, την τρίτη πρόχειρα. Ανάλογα με τις περιστάσεις.

Τεχνική παρατήρηση πάντως είναι ότι στην Ευρώπη επικρατεί για την καθημερινή διατροφή το πρόχειρο γεύμα και για το Σαββατοκύριακο η γαστρονομική απόλαυση.

Σχετικ με το τί θ' αλλάξει στη διατροφή των Ευρωπαίων για το 1993 ειπώθηκαν τα εξής:

"Υπάρχει σίγουρα μια αντιπαράθεση, Βορρά - Νότου, μια αντίθεση ανάμεσα σε δύο πολιτισμούς, αλλά η διαφορά, η ποικιλία φέρνουν και το γαστρονομικό πλούτο στην Ευρώπη, ο οποίος πρέπει να περιφρουρηθεί γιατί αν η Ευρώπη είχε ένα μόνο πιάτο θα ήταν μια γευστική φυλακή. Είναι αναγκαίο να προστατευτούν η παραγωγή κάθε χώρας, ο πλουραλισμός προϊόντων και γεύσεων και δεν θα έπρεπε να περιχαρακωθεί ο καταναλωτής σε οδηγίες πολύ καθορισμένες σχετικά με τη διατροφή τους".

Γενικά συμπεράσματα ήταν η ανάγκη "επιμόρφωσης για τη γεύση", η ανάγκη επιστροφής σε αυθεντικές "εθνικές" γεύσεις επιστροφής σε αυθεντικές "εθνικές" γεύσεις και η εξασφάλιση της υγιεινής διατροφής.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάσθηκαν στο συνέδριο, τρεις είναι οι κυριότερες τάσεις είναι οι κυριότερες τάσεις κατανάλωσης στην Ευρώπη. Φαγητό ολοένα πιο γρήγορα, πιο πρακτικά, με λιγότερες θερμίδες. Ένας Γάλλος περνάει σήμερα 90 λεπτά. Την ημέρα στο τραπέζι και αυτό είναι ρεκόρ στην Ευρώπη. Στην Ολλανδία 73 λεπτά αρκούν. Στο σπίτι οι Ευρωπαίοι τρέφονται κατά προτίμηση με προϊόντα γρήγορης διατροφής (κατεψυγμένα, κονσέρβες, έτοιμα πιάτα). Η τάση προς την ελαφρά διατροφή δημιούργησε τρεις κατηγορίες τροφίμων. Τα προϊόντα "λάιτ", τα ειδικά διαιτητικά προϊόντα που περιέχουν βιταμίνες, μαγνήσιο..., τα φυσικά ή βιολογικά προϊόντα.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Διατροφική πολιτική είναι ένα πλέγμα εκπαιδευτικών, οικονομικών, τεχνικών και νομοθετικών μέτρων, που αποσκοπούν στην εναρμόνιση των διατροφικών αναγκών του πληθυσμού και της προβλεπόμενης ζήτησης τροφίμων με την προγραμματιζόμενη προσφορά. Η ανάγκη για την ανάπτυξη πολιτικής διατροφής και τροφίμων σε εθνικό επίπεδο αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά επίσημα τη δεκαετία του 1930 από την Κοινωνία των Εθνών, συζητήθηκε η ανάγκη πολιτικής τροφίμων τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε διεθνικό.

Αν η ανάγκη ανάπτυξης διατροφικής πολιτικής έχει επισημανθεί επανειλημμένα και πολλά χρόνια, σε παγκόσμια κλίμακα, η νομοθετική κάλυψη του θεσμού έγινε πρώτη φορά στη Νορβηγία το 1975 και πολύ πρόσφατα στη Δανία. Άλλες χώρες, όπως ο Καναδάς, οι ΗΠΑ, η Βρετανία, η Ολλανδία και Δυτική Γερμανία έχουν ασχοληθεί συστηματικά με το θέμα της διατροφικής πολιτικής, αλλά οι προσπάθειες τους υπολείπονται πολύ έναντι εκείνων της Νορβηγίας και της Δανίας.

Οι στόχοι της διατροφικής πολιτικής με βάση το μοντέλο που διαμορφώθηκε στη Νορβηγία, μπορεί να πραγματοποιηθούν όταν:

1. δημιουργούνται στα ενθαρρυντικά υγιείς διατροφικές συνήθειες στον πληθυσμό
2. η διαφορούμενη πολιτική είναι σε συμφωνία με τις συστάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Τροφίμων
3. η διατροφική πολιτική στοχεύει σε αυξημένη παραγωγή και κατανάλωση εγχώριων τροφίμων και σε γρήγορη αύξηση του βαθμού αυτάρκειας στην προμήθεια τροφίμων
4. για λόγους περιφερειακού ανέπτυξης δίνεται προτεραιότητα στη χρησιμοποίηση των πηγών παραγωγής τροφίμων των οικονομικά ασθενέστερων περιοχών της χώρας.

Τα συγκεκριμένα μέτρα διατροφικής πολιτικής μπορούν να χωριστούν στις ακόλουθες ομάδες που επικεντρώνονται αντίστοιχα:

- α) στην αγροτική και αλιευτική πολιτική
- β) στην πολιτική τιμών και επιδότησης τροφίμων
- γ) στην βιομηχανική επεξεργασία και στις εισαγωγές τροφίμων
- δ) στη διάθεση και πώληση των τροφίμων
- ε) στην σύνθεση των τροφίμων
- στ) στην έρευνα στους τομείς της διατροφής και των τροφίμων.

Ένας άλλος στόχος ενός προγράμματος διατροφικής πολιτικής πρέπει να είναι η διαμόρφωση καταναλωτικών συνηθειών με βάσεις αναφοράς στους κανόνες υγιεινής διατροφής. Επιπλέον οι επιδοτήσεις μπορεί να κλιμακωθούν ώστε να προάγουν την κατανάλωση των περισσότερων ωφέλιμων τροφίμων από τις ομάδες πληθυσμού που έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες (π.χ. κατανάλωση δημητριακών από πολυμελείς οικογένειες χαμηλής στάθμης).

1. Γενικά

Η διατροφή είναι από τα κυριότερα μέσα προφύλαξης της υγείας του ανθρώπου. Η διατροφή θεωρείται από τους πιο αποτελεσματικούς παράγοντες που συντελούν στην κανονική ανάπτυξη του σώματος, στην κίνηση και εκτέλεση εργασιών και ακόμη υποστηρίζεται ότι παίζει ρόλο στην πνευματική ανάπτυξη και στην εν γένει συμπεριφορά της ανθρώπινης υπάρξεως. Θεωρείται δηλαδή η διατροφή, η βάση για ένα υγιή πληθυσμό.

Τα τελευταία χρόνια, μεγάλη προσοχή για τη βελτίωση της διατροφής δίδεται από τα προγράμματα των Διεθνών Οργανισμών, όπως του Οργανισμού Τροφών και Γεωργίας (FAO), της Παγκόσμιας Οργανώσεως Υγείας (WHO) και του παγκόσμιου Συμβουλίου Τροφών και επίσης από τα Εθνικά Προγράμματα καθενιάς χώρας. Βασικό μέρος στα ανωτέρω προγράμματα κατέχει η εκπαίδευση στη διατροφή που πρέπει να εφαρμόζεται σε όλα τα επίπεδα.

Ο σκοπός της εκπαίδευσως είναι να βελτιωθεί η διατροφή του πληθυσμού και να γίνουν οι επιθυμητές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες. Απώτερος ακόμη σκοπός είναι η προαγωγή της υγείας και η προφύλαξη από αρρώστειες που προκαλούνται από τη μη κατάλληλη διατροφή.

Οι συνήθειες στη διατροφή που περνάνε από γενιά σε γενιά είναι συνδυασμός πολλών διαφορετικών παραγόντων, μορφωτικών, κοινωνικών, συναισθηματικών και οικονομικών. Εάν υπάρχουν συνήθειες διατροφής που πρέπει ν' αλλάξουν, οι υπεύθυνοι για την αλλαγή θα πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συνήθειες αυτές. Πεποιθήσεις και γενικά διάφορες αντιλήψεις γύρω από τις τροφές έχουν επίδραση στη δημιουργία συνηθειών και στην επιλογή τους. Ανεξάρτητα δε από τις υπάρχουσες συνήθειες, σήμερα έχουν επέλθει αλλαγές και συνεχώς επέρχονται με αργό ή γρήγορο

ρυθμό, ενώ μερικές παραμένουν. Για την αλλαγή των συνηθειών έχει επιδράσει η τεχνολογική εξέλιξη και η ανάπτυξη της βιομηχανίας τροφίμων που έφεραν στη διάθεση του καταναλωτικού κοινού αφθονία τροφών για να επιλέξει.

Καθώς το επίπεδο ζωής οικονομικά βελτιώνεται, οι συνήθειες γύρω από τις τροφές αλλάζουν και συνήθως οι φτωχοί μιμούνται το διαιτολόγιο των πλουσίων, ενώ οι μεγαλύτερες ευκαιρίες για επικοινωνίες, ταξίδια κ.λ.π., διευρύνουν τους ορίζοντες στον τομέα της διατροφής.

Η βελτίωση των οικονομικών έφερε τη χρησιμοποίηση περισσότερων ζωικών πρωτεϊνών, λαχανικών, και φρούτων. Οι υπεύθυνοι για θέματα διατροφής (γιατροί, διαιτολόγοι, επισκέτρες, κοινωνικοί λειτουργοί, στελέχη της Οικιακής Οικονομίας) πρέπει να γνωρίζουν την κατάσταση διατροφής των ανθρώπων και βασικά να είναι ενήμεροι για τα λάθη που γίνονται στην επιλογή των τροφών και στη χρησιμοποίησή τους, να εξετάζουν τις αιτίες που τα προκαλούν για να βρίσκουν τους κατάλληλους τρόπους για να τα διορθώσουν.

Οι πιο συνηθισμένες αιτίες για τα σφάλματα και τις κακές συνήθειες στον τομέα διατροφής είναι η άγνοια, η προκατάληψη και η εμμονή στις παλιές συνήθειες.

Οι άνδρες είναι πιο σταθεροί στη διατήρηση παλαιών συνηθειών από τις γυναίκες, ακθώς και οι ηλικιωμένοι περισσότερο από τους νέους. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για ν' αλλάξουν οι συνήθειες διατροφής είναι η σωστή πληροφόρηση και η εκπαίδευση, η οποία πρέπει ν' απευθύνεται σε άνδρες και σε γυναίκες. Οι πιο πάνω αιτίες είναι πολύ μεγαλύτερο εμπόδιο για τη βελτίωση της διατροφής απ' ό τι είναι η φτώχεια. Εάν η ενημέρωση είναι αυτή που πρέπει να είναι, οι άνθρωποι μπορούν να διατρέφονται σωστά, έστω και αν τα οικονομικά τους είναι μειωμένα. Ασφαλώς, για τους φτωχούς, η

αύξηση των οικονομικών είναι απαραίτητη για να βελτιωθεί η διατροφή τους.

2. Τα εθνικά προγράμματα στη διαφώτιση διατροφής

Οι υπεύθυνοι για τη διαφώτιση πρέπει να έχουν επαρκή πληροφόρηση, όπως π.χ. για τα γενικά στοιχεία διατροφής του πληθυσμού, σε τί υπολείπεται, τι λαθη γίνονται κ.ο.κ. Η ύπαρξη Εθνικών Προγραμμάτων Διατροφής σε κάθε χώρα, που αποσκοπούν στη γενική ενημέρωση, είναι απαραίτητο και πολύτιμο βοήθημα για τους ασχολούμενους με την εκπαίδευση στη διατροφή.

Τα Εθνικά Προγράμματα Διατροφής βασίζονται σε μελέτες που αφορούν τις συνήθειες διατροφής του πληθυσμού της χώρας, τις ποσότητες και τα είδη τροφών που καταναλίσκονται από τις διάφορες ομάδες του πληθυσμού. Η ΕΣΥΕ, με την έρευνα των οικογενειακών προϋπολογισμών του 1974, μελέτησε και έδωσε σχετικά στοιχεία για την κατανάλωση των τροφίμων. Η συμμετοχή καταλλήλων προσώπων στον Εθνικό Προγραμματισμό είναι απαραίτητη στη χώρα μας, αλλά και στις χώρες που δεν υπάρχουν Εθνικά Προγράμματα χρησιμοποιούνται οι πίνακες που έχει ετοιμάσει ο FAO που δίνουν πληροφορίες για την κατανομή των διαφόρων ειδών τροφίμων, την περιεκτικότητα των τροφών σε θρεπτικά συστατικά και άλλα στοιχεία.

3. Διαφώτιση

↓
Οι ειδικές συνήθειες κάθε μιας χώρας, ο αριθμός των ατόμων που έχουν εκπαιδευθεί στη διατροφή, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης τους, παίζουν αποφασιστικό ρόλο στη διαφώτιση του πληθυσμού στα θέματα διατροφής. Η εκπαίδευση διατροφής για να έχει αποτελέσματα θα πρέπει να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό της

χώρας, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, οικονομική και κοινωνική κατάσταση και να τεθεί στα προγράμματα όλων των βαθμίδων σχολικής εκπαίδευσης. Αυτό γίνεται σε πολλές χώρες του κόσμου.

Ανάγκη για ενημέρωση στα θέματα διατροφής έχουν ακόμη και οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους και έχουν περιορισμένα οικονομικά, οικογένειες με λίγα χρήματα, πολλές γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης και γαλουχίας, τα παιδιά και ειδικότερα τα κορίτσια που για να χάσουν βάρος ακολουθούν συχνά επικίνδυνες δίαιτες, δεν τρώνε ακρετά κ.λ.π. Δεν θα πρέπει να γίνεται διάκριση στην εκπαίδευση της διατροφής μεταξύ των δύο φύλων. Όταν και οι άνδρες πεισθούν για τα πλεονεκτήματα της σωστής διατροφής, μπορεί η όλη εκπαίδευση στη διατροφή να είναι πιο αποτελεσματική.

4. Μέθοδοι και εποπτικά μέσα διδασκαλίας

Η επιλογή των μεθόδων και των μέσων που χρησιμοποιούνται στην εκπαίδευση διατροφής, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ανάγκη εκπαιδεύσεως που έχει κάθε ομάδα εκπαιδευομένων και από το μέγεθος αυτής.

Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου και των μέσων είναι μεγάλης σημασίας. Εάν δεν χρησιμοποιηθεί η κατάλληλη μέθοδος, μπορεί η εκπαίδευση ν' αποτύχει.

Για ένα ευρύ κοινό και για μεγάλες ομάδες εκπαιδευομένων, η πιο κατάλληλη μέθοδος είναι η ομιλία. Για να μεταδοθούν τα μηνύματα και οι νέες γνώσεις μ' επιτυχία, η ομιλία πρέπει να είναι καλά προετοιμασμένη και πλαισιωμένη με τα κατάλληλα οπτικοακουστικά μέσα διδασκαλίας, όπως πίνακες, διαγράμματα, φωτογραφίες, φιλμ, φωτεινές εικόνες, φανελογράφο, ακόμη και αυτούσιες τσρφές όπου είναι δυνατό αυτό να γίνει. Με την ομιλία

υπόκειται η προσοχή του ακροατηρίου για θέματα και προβλήματα διατροφής τα οποία μπορεί οι εκπαιδευόμενοι να μη γνώριζαν προηγούμενα. Εάν βέβαια τα προβλήματα τους αφορούν άμεσα θα κινητοποιηθεί η σκέψη τους και το ενδιαφέρον τους για την επίλυσή τους.

Για μικρότερες ομάδες εκπαιδευομένων, η πιο κατάλληλη μέθοδος είναι η συγκέντρωση και επίδειξη. Στις μικρότερες ομάδες η εκπαίδευση της διατροφής είναι η πιο αποτελεσματική γιατί οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να λάβουν μέρος στη συζήτηση και να πουν απόψεις τους. Και στις συγκεντρώσεις αυτές μπορεί να χρησιμοποιηθούν τα μέσα διδασκαλίας που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Προσωπικές επαφές και επισκέψεις στα σπίτια από τους υπεύθυνους εκπαιδευτές, είναι πολύ αποτελεσματικές για την αλλαγή των συνηθειών διατροφής, γιατί εκεί γίνεται συζήτηση με τα άτομα για τα θέματα και τα προβλήματα διατροφής που τους αφορούν άμεσα.

Οι μέθοδοι και τα χρησιμοποιούμενα μέσα πρέπει να παρακινούν τους ανθρώπους στο να νιώσουν την ανάγκη γι' αλλαγή συνηθειών και υιοθέτηση νέων ιδεών.

Οι εκπαιδευτές πάντα θα πρέπει να θυμούνται ότι οι συνηθειες γύρω από τις τροφές και τη διατροφή είναι παό τις πιο σταθερές και ριζωμένες βαθιά στον άνθρωπο συνηθειες και γι' αυτό χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για την αλλαγή τους. Δεν θα ξεχνούν οι εκπαιδευτές ότι οι άνθρωποι μαθαίνουν με ευκολία αυτό που θέλουν να μάθουν, και ότι οι αλλαγές στη διατροφή για να γίνουν αποδεκτές πρέπει να προέρχονται σταδιακά και να παρακολουθείται η εφαρμογή τους. Θα ωφελήσει την εκπαίδευση και η χρησιμοποίηση εκ μέρους των εκπαιδευτών, προσωπικών παραδειγμάτων γύρω από τις συνηθειες διατροφής

5. Αξιολόγηση

Όπως κάθε διαφωτιστικό πρόγραμμα, έτσι και τα προγράμματα διατροφής πρέπει να περιλαμβάνουν από την αρχή και αξιολόγηση, που θα αξιολογεί το περιεχόμενο, τις μεθόδους και τα βοηθήματα που θα χρησιμοποιηθούν για να εκτιμηθεί η όλη εκπαιδευτική προσπάθεια.

Συστηματική αξιολόγηση στα εφαρμοζόμενα προγράμματα διατροφής στη χώρα μας δεν υπάρχει.

Η χρησιμοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, όπως της τηλεόρασης, του ραδιοφώνου, του τύπου και των διαφόρων περιοδικών, είναι απαραίτητη. Τα μέσα αυτά, εκτός του ότι βοηθούν στην ενημέρωση του πληθυσμού στα θέματα και προβλήματα διατροφής, αυξάνουν και την αποτελεσματικότητα και των άλλων μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς για την προώθηση των θεμάτων διατροφής.

Οι υπεύθυνοι για τη διαφώτιση στα θέματα διατροφής θα πρέπει συνεχώς να παρακολουθούν τις εξελίξεις της επιστήμης της διατροφής, να ενημερώνονται για τα τελευταία δεδομένα, για να είναι σε θέση να ενημερώνουν τον πληθυσμό. Οι υπηρεσίες και οι οργανισμοί που ασχολούνται σε κάθε χώρα με τη διατροφή, θα πρέπει από κοινού να οργανώνουν εκπαιδευτικές συναντήσεις, όπως συσκέψεις, σεμινάρια, ομιλίες για την ολη ενημέρωση, συζήτηση και συντονισμό της διαφώτισης στα θέματα διατροφής σε εθνικό επίπεδο.

Για τη χώρα μας, η εκπαίδευση στα θέματα διατροφής είναι πρώτης ανάγκης. Η διαφώτιση του πληθυσμού θα πρέπει να μεθοδευθεί, να γίνει με πολλούς και ποικίλους τρόπους και οι υπεύθυνοι στον τομέα της διατροφής φορείς, θα πρέπει να αναλάβουν τις ευθύνες τους.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Οι επιπτώσεις στην Υγεία από τις διαφημίσεις στην τηλεόραση είναι πολλαπλές. Αναφέρονται στην εκλογή τρόπου διατροφής όπως επίσης και στη χρησιμοποίηση κοινών φαρμάκων και γενικά προϊόντων που έχουν σχέση με την υγιεινή. Αναφέρονται επίσης σε ορισμένα είδη που απευθύνονται στους μεγάλους, αλλά επηρεάζουν άμεσα και τα παιδιά με τον τρόπο που παρουσιάζονται όπως π.χ. ο καπνός, τα οίονοπνευματώδη. Ένας μέσος τηλεθεατής βλέπει και ακούει 22.000 διαφημιστικά μηνύματα το χρόνο.

Τα είδη διατροφής: Παροτρύνεται το κοινό να τρώει σοκολάτες, τσιπς, τσίχλες, αναψυκτικά. Όλα αυτά είναι αμφίβολης θρεπτικής αξίας, αλλά το χειρότερο είναι ότι χαλάνε τα δόντια, το στομάχι, ελαττώνουν την όρεξη για το κανονικό φαγητό και κάνουν τά άτομα παχύσαρκα, ιδιαίτερα όσα έχουν τάση για παχυσαρκία.

Καπνός - Οίονοπνευματώδη: όσον αφορά τη διαφήμιση του καπνού ευτυχώς έχουμε απαλλαγεί περίπου 3 χρόνια. Η διαφήμιση του τσιγάρου απαγορεύτηκε οριστικά από την τηλεόραση. Δεν ισχύει το ίδιο όμως και για τα οίονοπνευματώδη ποτά, για τα οποία υπάρχουν διαφημίσεις γοητευτικές που προσπαθούν να πείσουν πως με ένα ποτήρι Χ κρασιού, η ζωή γίνεται αυτόματα ρόδινη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ατόμων επηρεάζονται από τις διαφημίσεις και χρησιμοποιούν τα διαφημιστικά προϊόντα και ιδιαίτερα τα άτομα χαμηλών τάξεων τα χρησιμοποιούν σε μια αναλογία 20-30% περισσότερο.

Φυσικά, δεν είναι δυνατό να δοθούν λύσεις σ' ένα πρόβλημα πούπλοκο, πολύπλευρο, αμφιλεγόμενο. Πρέπει πάντως να συνειδητοποιήσουμε μερικά πράγματα σαν άτομα και σαν κοινωνικό σύνολο:

1. Πρέπει να εξασκεείται πίεση από το κοινό στον κρατικό φορέα

των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης για την απαγόρευση διαφημίσεων που παροτρύνουν τα άτομα για ανθυγιεινή διατροφή, όπως τσίχλες, οινόπνευματώδη, σοκολάτες...

2. Να απαγορευθούν οι διαφημίσεις που παραπληροφορούν τον ενήλικα λέγοντάς του ότι το συγκεκριμένο τρόφιμο του προσφέρει π.χ. υγεία και ζωντάνια ενώ στην ουσία του προσφέρει χρωστικές και ζάχαρη.

3. Να ζητηθεί η συνεργασία των μέσων μαζικής ενημέρωσης για να περάσουν στον πληθυσμό μηνύματα υγιεινής διατροφής με διαφημίσεις στην τηλεόραση και το ράδιο, δημοσίευση άρθρων και δημιουργία εκλαϊκευμένων εντύπων.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΕΣ

A) ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΑ

(από 18 - 64 ετών)

Ο σκοπός της επιστήμης της διατροφής είναι ο καθορισμός του είδους και του ποσού του τροφίμου το οποίο προάγει την υγεία. Έτσι, η διατροφή σαν επιστήμη δεν αναφέρεται μόνο σε προβλήματα υποσιτισμού, αλλά και σε αυτά που υπερσιτισμού, της γεύσεως και της διαθεσιμότητας των τροφίμων. Οποσδήποτε, ορισμένες ουσίες είναι απαραίτητες σε οποιαδήποτε διαίτα.

Μια ιδανική διαίτα περιλαμβάνει εκτός από το νερό επαρκείς θερμίδες και τα 5 διατροφικά στοιχεία που είναι:

Υδατάνθρακες

Λίπη

Πρωτεΐνες

Ιχνοστοιχεία

Βιταμίνες

Η επιτυχία μιας δίαιτας βασίζεται στην ποικιλία, δηλαδή ένα υγιές άτομο πρέπει σε κάθε γεύμα του να περιλαμβάνει όλα τα διατροφικά στοιχεία.

Οι αναλογίες των υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών στη δίαιτα ενός φυσιολογικού ατόμου πρέπει να είναι:

1. 45-50% της ολικής θερμιδικής προσλήψεως να προέρχεται από υδατάνθρακες
 - α. 5 - 10% ολιγοσαχαρίτες
 - β. 90% πολυσαχαρίτες

2. 30-35% της ολικής θερμιδικής προσλήψεως να προέρχεται από λίπος
 - α. 1 : 1 : αναλογία κορεσμένων προς μονοακόρεστα προς πολυακόρεστα με αναλογία πολυακορέστων προς κορεσμένα 1 : 0

3. 15-25% της ολικής θερμιδικής προσλήψεως να προέρχεται από πρωτεΐνες

Το πρόβλημα της διατροφής στα οικονομικά ανεπτυγμένα κράτη δεν είναι πια πρόβλημα επάρκειας τροφής, αλλά τί και πόσο πρέπει να φάει κανείς. Όσο ανεβαίνει το βιοτικό επίπεδο ενός πληθυσμού, τόσο η κατανάλωση των λιπών και των πρωτεϊνών αυξάνει. Έτσι, ενώ στα πλούσια κράτη δεν τρώνε λιγότερους υδατάνθρακες απ' ό,τι στα φτωχά, εν τούτοις η αναλογία σε υδατάνθρακες ως προς τη συνολική θερμιδική πρόσληψη είναι μειωμένη. Στις πλούσιες χώρες π.χ. η κατανάλωση θερμιδικής πρόσληψης, ενώ στις φτωχές το 80%. Μια δίαιτα η οποία περιέχει 350 ή 400 g υδατανθράκων δίνει από αυτούς 1.400 - 1.600 θερμίδες που αντιστοιχούν στα 70-80% μιας δίαιτας

2.000 kcal/ημέρα, αλλά το αυτό ποσό υδατανθράκων σε μία διαίτα 3.000 kcal την ημέρα αντιστοιχεί στο 50% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης.

Η αναλογία ολιγοσακχαριτών προς πολυσακχαρίτες στους προσλαμβανόμενους υδατάνθρακες με τη διαίτα τα τελευταία χρόνια σχετίστηκε με διάφορα νοσήματα του παχέος εντέρου. Η υπόθεση αυτή στηρίχθηκε στο ότι η αυξημένη πρόσληψη κυτταρινούχων τροφών (που υπάγονται στους πολυσακχαρίτες) προφυλάσσει διότι το έντερο με μια τέτοια διαίτα κενούται πιο συχνά.

Η σημασία δε της πρόσληψης ολιγοσακχαριτών συνδυάζεται με αυτή της ζάχαρης. Στη σύνταξη δε ενός διαιτολογίου πρέπει κανείς να παίρνει υπόψη του την "κρυμμένη ζάχαρη", δηλαδή εκείνη που βρίσκεται σε τρόφιμα και που συνήθως δε σκεφτόμαστε ότι υπάρχει, όπς π.χ. στα αναψυκτικά ή σε διάφορες κονσέρβες όπου προστίθεται σαν συντηρητικό ή βελτιωτικό της γεύσης.

Η παρουσία του λίπους σε μια διαίτα είναι απαραίτητη, όχι μόνο γιατί με το λίπος παίρνουμε τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και τις λιποδιαλυτές βιταμίνες, αλλά και γιατί μια τροφή χωρίς λίπος δεν είναι καθόλου γευστική και η γεύση είναι ένας παράγοντας που δεν πρέπει να παραμελείται στη διατροφή. Είναι δύσκολο να φτιάξει κανείς ένα εύγεστο ημερήσιο διαιτολόγιο 2.500 kcal χρησιμοποιώντας λιγότερο από 60-70 gr λίπους. Οποσδήποτε όμως, η χρήση πάνω από 100 gr λίπους σε ημερήσια λήψη 2.500 kcal είναι άχρηστη και για πολλούς επικίνδυνη. Στη σύνταξη ενός διαιτολογίου θα πρέπει πάντα να παίρνουμε υπόψη μας το "κρυμμένο λίπος", δηλαδή το λίπος εκείνο που δεν το προσθέτουμε σε λάδι, βούτυρο ή μαργαρίνη, αλλά σε άλλη άλλοτε αναλογία βρίσκεται σε όλα τα τρόφιμα.

Οι πρωτεΐνες, παρ' όλη τη μεγάλη τους βιολογική αξία, σαν πηγή ενέργειας είναι λιγότερο σπουδαιες απ' το λίπος και τους

υδατάνθρακες. Η συμμετοχή τους όμως στην ολική πρόσληψη ενέργειας κυμαίνεται 10-15% και σε ορισμένες φτωχές χώρες είναι κι κάτω από 6% ενώ στις πλούσιες φτάνει το 20%.

Στα ιχνοστοιχεία υπάγονται μερικά μέταλλα τα οποία βρίσκονται σε ελάχιστες ποσότητες στον οργανισμό, η βιολογική τους αξία είναι μεγάλη και θεωρείται ότι είναι το ανόργανο αντίστοιχο των βιταμινών. Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να υποδηλώνεται η βιολογική τους αξία και η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη συγκέντρωση που αυτά απαντούν στον οργανισμό.

Σε μια πρόσφατη έκθεσή της, η επί της διατροφής Επιτροπή της Γερουσίας των ΗΠΑ συνιστά τους παρακάτω διαιτητικούς στόχους:

1. Αύξηση της καταναλώσεως των λιπών ώστε ν' αποτελούν το 50% της θερμιδικής πρόσληψης.
2. Μείωση της συνολικής καταναλώσεως των λιπών, ώστε ν' αντιπροσωπεύουν από 40%, τα 30% της θερμιδικής πρόσληψης.
3. Μείωση της καταναλώσεως των κορεσμένων λιπών (ζωικές τροφές) ώστε ν' αποτελούν το 10% περίπου της θερμιδικής πρόσληψης και αντιστάθμιση τους με πολυακόρεστα ή μονοακόρεστα λίπη, τα οποία πρέπει επίσης να αποτελούν το 20% της θερμιδικής πρόσληψης.
4. Μείωση της προσλαμβανόμενης ημερήσιας χοληστερόλης σε 300 mg περίπου.
5. Μείωση της καταναλώσεως της ζάχαρης κατά 40% περίπου, κατά τρόπο ώστε να μην προέρχονται απ' αυτή παραπάνω από 15% των θερμίδων που παίρνουμε κάθε μέρα.
6. Μείωση της κατανάλωσης του αλατιού κατά 50-85%, δηλαδή σε 3gr περίπου την ημέρα.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων η επιτροπή συνιστά:

1. Αύξηση της καταναλώσεως φρούτων, λαχανικών και δημητριακών

2. Μείωση της κατανάλωσης του κρέατος και αύξηση αυτής των πουλερικών και των ψαριών
3. Μείωση της κατανάλωσης τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος και μερική αντικατάσταση των κορεσμένων λιπών σε πολυακόρεστα.
4. Αντικατάσταση του πλήρους γάλακτος με αποβουτυρωμένο.
5. Μείωση της κατανάλωσης βουτύρου, αυγών και άλλων τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε χοληστερόλη.
6. Μείωση της κατανάλωσης ζάχαρης και τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη.
7. Μείωση της κατανάλωσης αλατιού και τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι.

10% ΚΟΡΕΣΜΕΝΑ

20% ΠΟΛΥ-

ΚΑΙ ΜΟΝΟ

ΑΚΟΡΕΣΤΑ

30% ΛΙΠΟΣ

12% ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ

40-45%

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

58% ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

15% ΖΑΧΑΡΗ

Το δίπλα σχήμα δείχνει αναλογίες του λίπους, και των υδατανθρακών στη διαίτα ενός φυσιολογικού ενήλικου ατόμου, που εκφράζονται σε εκατοστιαία αναλογία της θερμιδικής πρόσληψης

B) ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι διαιτητικές συνήθειες του υγιούς υπερήλικα (65+ ετών)

σπανίως αλλάζουν από αυτές της προηγούμενης ζωής του. Οι αλλαγές συνήθως οφείλονται σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις, εφόσον το άτομο δεν ζει ενεργό κοινωνική ζωή. Οι διαιτητικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι όμοιες με αυτές των ενηλίκων με μόνη διαφοροποίηση τη μείωση του ποσού των λαμβανομένων θερμίδων με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό οφείλεται σε,

1. Μεταβολές του βάρους του σώματος (το βάρος συνήθως αυξάνεται)
2. Μεταβολές της σύνθεσης του σώματος (εναπόθεση περισσότερου λιπώδους ιστού)
3. Μείωση του βασικού μεταβολισμού
4. Μείωση της φυσικής δραστηριότητας (λόγω ηλικίας, λόγω φύσης εργασίας) κλπ.

Ο FAO υποστηρίζει ότι η μείωση της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης με την πάροδο των ετών θα πρέπει να είναι 7,5% για κάθε δεκαετία μετά το 25ο έτος της ηλικίας.

Η μικτή επιτροπή FAO/ΠΟΥ δίνει τις πιο κάτω θερμιδικές προσλήψεις για τις διάφορες ηλικίες (Τριχόπουλος, 1981).

Ηλικία: 30 - 39 θερμιδική πρόσληψη ενηλίκου

"	40-59	ελάττωση κατά 5%	
"	60-69	"	15%
"	70+	"	25%

Η θερμιδική πρόσληψη επηρεάζεται από τη φυσική δραστηριότητα του ατόμου και γι' αυτό οι προσλαμβανόμενες θερμιδες πρέπει να ρυθμίζονται σε ατομική βάση. Η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους είναι δηλωτικό της επάρκειας της θερμιδικής πρόσληψης. Οι θερμιδικές απαιτήσεις των υπερηλίκων κυμαίνονται στο επίπεδο των 2000 kcal/s.

Οι ανάγκες σε λευκώματα δεν μειώνονται, αλλά η χρησιμοποίηση

των λευκωμάτων επό τον ίδιο τον οργανισμό στα ηλικιωμένα άτομα είναι περιορισμένη. Το Εθνικό Συμβούλιο Ερευνών των ΗΠΑ συνιστά για τους υπερήλικες την ίδια ημερήσια πρόσληψη σε λευκώματα που ισχύει για τους ενήλικες 25 ετών, δηλαδή 0,9 gr λευκώματος τη μέρα σε κάθε kgρ σωματικού βάρους.

Οι αναλογίες στο διαιτολόγιο των υπερηλικών σε υδατάνθρακες και λίπη πρέπει να είναι οι ίδιες με τους ενήλικες. Δηλαδή το 50-55% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης να προέρχεται από υδατάνθρακες, το 30% από λίπη και το 15% από λευκώματα. Η λογική κατανάλωση λίπους κάνει τα γεύματα πιο εύγεστα και ορεκτικά.

Οι ανάγκες του οργανισμού του ηλικιωμένου σε ασβέστιο δεν διαφέρουν από τις ανάγκες των νέων ατόμων, παρατηρείται όμως στην ηλικία αυτή μεγάλη οστεοπόρωση, γιατί συνήθως οι ηλικιωμένοι παίρνουν ανεπρκή ποσότητα ασβεστίου. Από τις φτωχές διαειτες συνήθως λείπει ο σίδηρος και το ασβέστιο. Η διαφώτιση των ενηλικών να παίρνουν τροφές που περιέχουν σίδηρο και ασβέστιο βοηθάει στην πρόληψη επιπτώσεων της έλλειψης των αλάτων αυτών.

Αν και οι υπερήλικες παρουσιάζουν βαθμιαία ελάττωση των αποθηκευμένων βιταμινών στους ιστούς εν τούτοις δεν έχουν διαφορετικές απαιτήσεις σε βιταμίνες από τους υγιείς ενήλικες. Οι αβιταμινώσεις που παρατηρούνται σε ορισμένους υπερήλικες οφείλονται μάλλον σε κακή διατροφή παρά σε αυξημένες ανάγκες της ηλικίας αυτής.

Το διαιτολόγιο του υπερήλικα τις περισσότερες φορές, παρουσιάζει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά.

1. Ανεπαρκές σε Βιταμίνη C, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εκχυμώσεων που οφείλονται σε ευθραστότητα των τριχοειδών.
2. Ανεπαρκείς σε Βιταμίνη A, με αποτέλεσμα σχίσιμο του δέρματος γύρω από τα χείλη.

3. Ανεπαρκές σε βιταμίνη Β, με αποτέλεσμα την εμφάνιση γλωσσίτιδας ή στοματίτιδας.
4. Ανεπαρκές σε ανόργανα άλατα σιδήρου (Fe) και ασβεστίου (Ca). Έτσι έχουμε με την αφαλάτωση των οστών με αποτέλεσμα ευπάθεια σε κατάγματα.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή των ηλικιωμένων είναι,

1. Μακροχρόνιες συνήθειες διατροφής
2. Όταν το άτομο ζει μόνο του και παίρνει τα γεύματα χωρίς τη ζεστασιά της συντροφιάς. Λείπει, δηλαδή η κοινωνική πλευρά των γευμάτων.
4. Ελαττωμένη ή διαφοροποιημένη ποσότητα σιέλου. Αυτό μπορεί να προκαλέσει στη μάσηση.
5. Ελλειψη της γνώσης για το ποιά τρόφιμα πρέπει να επιλέγονται, σ'ένα πλήρες διαιτολόγιο.
6. Δυσκολία προμήθειας τροφίμων.
7. Μικρό εισόδημα.
8. Τρόπος παρασκευής της τροφής.
9. Ελλειψη κινήτρων για προγραμματισμό και προετοιμασία γευμάτων.
10. Μειωμένη διάθεση για τροφή, που οφείλεται στη μείωση των γευστικών καλύκων και της αίσθησης της οσμής.

Η μοναξιά, το άγχος, η ανία, η ανασφάλεια, η απάθεια, επιπλέκουν το όλο πρόβλημα της διατροφής, γιατί δημιουργούν ένα φαύλο - κύκλο -λίγα χρήματα, διστάζει να τα ξοδέψει, δεν τρέφεται ικανοποιητικά, αισθάνεται αδύναμος εξασθενημένος και απαθής, έχει λιγότερα ενδιαφέροντα και κίνητρα στη ζωή.

Τα προβλήματα της διατροφής των ηλικιωμένων μπορούν να μειωθούν σε μεγάλο βαθμό με τη δραστηριοποίηση προγραμμάτων, όπως:

1. Παράδοση ετοιμών γευμάτων στο σπίτι.

2. Οικονομική ενίσχυση του υπερήλικα.
 3. Χορήγηση απαρσκευάστων τροφών για την προετοιμασία γευμάτων στο σπίτι.
 4. Συμβουλές και ενημέρωση του υπερήλικα σε θέματα διατροφής. Οι συμβουλές θα αναφέρονται σε θέματα σύνθεσης διαιτολογίου, αλλά και τρόπου παρασκευής της τροφής, αφού προηγουμένως η νοσηλεύτρια κατανοήσει και συνειδητοποιήσει την κατάσταση που βρίσκεται και τους περιορισμούς στους οποίους υπόκειται.
 5. Οργάνωση και προγραμματισμό φιλικών επισκέψεων
 6. Όταν οι υπερήλικες φιλοξενούνται σε ίδρυμα να λαμβάνουν ενεργό συμμετοχή στον προγραμματισμό του διαιτολογίου τους και την παρασκευή των γευμάτων.
- Το διαιτολόγιο του υπερήλικα πρέπει,
1. Να έχει όλα τα θρεπτικά συστατικά - λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, άλατα και νερό-, για την κάλυψη όλων των βιολογικών του αναγκών.
 2. Να είναι πλούσιο σε κυτταρίνη για τη διευκόλυνση της κένωσης του εντέρου.
 3. Το κρέας να είναι πολύ καλά μαγειρεμένο, για να είναι μαλακό ή να προσφέρεται σε μπιφτέκι.
 4. Να αποτελείται από τροφές που να μαγειρεύονται έτσι, ώστε να είναι εύπεπτο.
 5. Να μην περιέχει σκληρές τροφές.
 6. Όταν περιέχει λαχανικά, να είναι βρασμένα για να είναι εύπεπτα.
 7. Να αποφεύγονται οι σούπες και οι πολύ ρευστές τροφές γιατί δεν μπορεί να τις χρησιμοποιεί εύκολα, λόγω της αστάθειας των κινήσεων των χεριών.

8. Να μην περιέχει πολλές λιπαρές τροφές.
9. Να έχει ποικιλία και να είναι γευστικό. Μια καινούργια γεύση, κάτι πιο πικάντικο, συχνά αποδεικνύεται πως είναι το ερεθισμα που χρειάζεται, για να αντικμετωθισθεί η ανορεξία και η έλλειψη ενδιαφέροντος στο φαγητό, και
10. Να προσφέρεται σε μικρές ποσότητες και σε περισσότερα από τα κανονικά γεύματα (συχνά, μικρά γεύματα).

Η παχυσαρκία συνήθως είναι αποτέλεσμα κακής διατροφής. Ερευνες δείχνουν ότι οι γέροντες δύσκολο να χάσουν βάρος, γιατί είναι δύσκολο να αλλάξουν συνήθειες διατροφής ετών. Η ρεαλιστική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι η βαθμιαία μείωση του σωματικού βάρους με την υιοθέτηση σωστών συνηθειών διατροφής.

Τρεις ομάδες πληθυσμού θεωρούνται πιο ευαίσθητες από πλευράς διατροφής: η έγκυος γυναίκα, το παιδί και ο υπερήλικας. Για την έγκυο γυναίκα και το παιδί υπάρχουν περισσότερες γνώσεις αλλά και διάθεση από μέρος της κοινωνίας να τις χρησιμοποιήσει. Το ίδιο όμως δε συμβαίνει με τη γεροντική ηλικία. Ωστόσο, η γεροντική ηλικία αποτελεί την κορωνίδα μιας ζωής και έχει το δικαίωμα να ζητήσει από την κοινωνία, ό,τι της προσέφερε. Η εξασφάλιση διατροφής που δημιουργεί προϋποθέσεις για καλύτερη ποιότητα ζωής ή για την παράτασή της, αποτελεί βασική υποχρέωση της κοινωνίας γι' αυτούς που βρίσκονται στην τελευταία και ίσως τη δυσκολότερη φάση της ζωής τους.

Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ε Τ Α Ρ Τ Ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΜΕΤΕΘΕΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στα πλαίσια της έρευνας για τις διατροφικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού συμπληρώθηκαν 600 ερωτηματολόγια με τυχαία δειγματοληψία στα παρακάτω διαμερίσματα:

1. Αθήνας: 102 απαντήσεις
2. Κεντρικής Ελλάδος: 99 απαντήσεις
3. Πελοποννήσου: 107 απαντήσεις
4. Βόρειας Ελλάδος: 125 απαντήσεις
5. Βορειοδυτικής Ελλάδος: 69 απαντήσεις
6. Κρήτης: 53 απαντήσεις και
7. Νησιά του Αιγαίου: 45 απαντήσεις

Στο σύνολο 600 ατόμων απάντησαν 263 άνδρες και 337 γυναίκες.

Για την διευκόλυνση της διεξαγωγής των στατιστικών στοιχείων, θεωρήθηκε απαραίτητο να γίνει:

α) Ομαδοποίηση κατά ηλικίες

Συγκεκριμένα, απαντήθηκαν 444 ερωτηματολόγια από άτομα ηλικίας από 18 - 45 ετών, 97 ερωτηματολόγια από 46-64 ετών και 59 ερωτηματολόγια από 65 ετών και άνω.

β) Διαχωρισμός κατά περιοχές όπου: στις αστικές πάρθηκαν 385 δείγματα, στις ημιαστικές 111 δείγματα και στις αγροτικές 104 δείγματα.

γ) Από τα στοιχεία που καταχωρήθηκαν στον Η/Υ, προέκυψαν ο Μέσος όρος βάρους ανδρών που είναι 76 kgf και ο Μέσος όρος ύψους 1.75cm και για τις γυναίκες ο Μέσος όρος βάρους και ύψους αντίστοιχα είναι: 62 kgf και 1.65 cm.

δ) Ομαδοποίηση κατά επαγγέλματα όπου:

Ελεύθεροι επαγγελματίες απάντησαν 93

Δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι απάντησαν 133

Συνταξιούχοι απάντησαν 59

Ανεργοί απάντησαν 31

Αγρότες απάντησαν 25

Οικιακά απάντησαν 83

Μαθητές/φοιτητές απάντησαν 121

Εκπαιδευτικοί απάντησαν 34 και

Εργάτες απάντησαν 21

ε) Ομαδοποίηση κατά βαθμίδες εκπαίδευσης όπου απάντησαν:

αγράμματοι: 27

υποχρεωτική εκπαίδευση: 104

μέση εκπαίδευση: 265 και

τριτοβάθμια εκπαίδευση: 204

Στη συνέχεια, μετά την ομαδοποίηση που έγινε για τον παραπάνω λόγο που προαναφέρθηκε, θεωρήθηκε σωστό να αναφερθούν ορισμένα γενικά στατιστικά στοιχεία που προέκυψαν από την καταχώρηση αυτών, για την καλύτερη κατανόηση της έρευνας.

Έτσι, από το γενικό σύνολο των ατόμων προέκυψαν:

έγγαμοι και έγγαμες: 270

άγαμοι και άγαμες: 279

διαζευγμένοι-ες: 18

χήροι-ες: 33

Από αυτούς:

α) 71 άτομα έχουν παιδιά

521 άτομα δεν έχουν παιδιά

β) Ασχολούνται με ημερήσια εργασία οι 510, με νυχτερινή εργασία οι 18 και σε συνδυασμό τω δύο οι 72.

γ) Στον ελεύθερο χρόνο τους κοιμούνται οι 160, διασκεδάζουν οι

195, αθλούνται οι 75, διαβάζουν του 106 και ασχολούνται με αγροτικές εργασίες και άλλες δραστηριότητες οι 64.

δ) Καπνίζουν στο σύνολό τους 294 άτομα, ενώ δεν καπνίζουν 306 άτομα και πρέπει να τονιστεί ότι ο Μέσος όρος τσιγάρων που καπνίζεται ημερησίως είναι 27.

Σαν συνηθέστερη αιτία καπνίσματος αναφέρθηκε η συνήθεια από 255 άτομα.

ε) Γίνεται μεγάλη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών από 72 άτομα, ενώ τα υπόλοιπα 528 καταναλώνουν αλκοόλ σε πολύ μικρές ποσότητες.

στ) Σχετικά με τον αριθμό των ημερησίων γευμάτων προέκυψε ότι 21 άτομα λαμβάνουν μόνο ένα γεύμα, 317 άτομα 2 γεύματα και 262 άτομα 3 γεύματα.

Ακόμη, λαμβάνουν πλήρες πρωινό 208 άτομα, αφεψήματα 345 άτομα και καθόλου πρωινό 47 άτομα.

Και τέλος πρέπει να πούμε ότι λαμβάνουν τα βραδυνά τους γεύματα μεταξύ 8.00-10.00 μ.μ. από τα 600 τα 491 άτομα.

	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΡΩΤ/ΣΗΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΠΕΛΟΠΟΝ- ΝΗΣΟΣ	ΒΟΡΕΙΟΣ ΕΛΛΑΔΑ	Β.Δ. ΕΛΛΑΔΑ	ΚΡΗΤΗ	ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΑΝΔΡΕΣ	36	39	53	58	31	23	23
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	66	60	54	67	38	30	22
ΣΥΝΟΛΑ	102	99	107	125	69	53	45

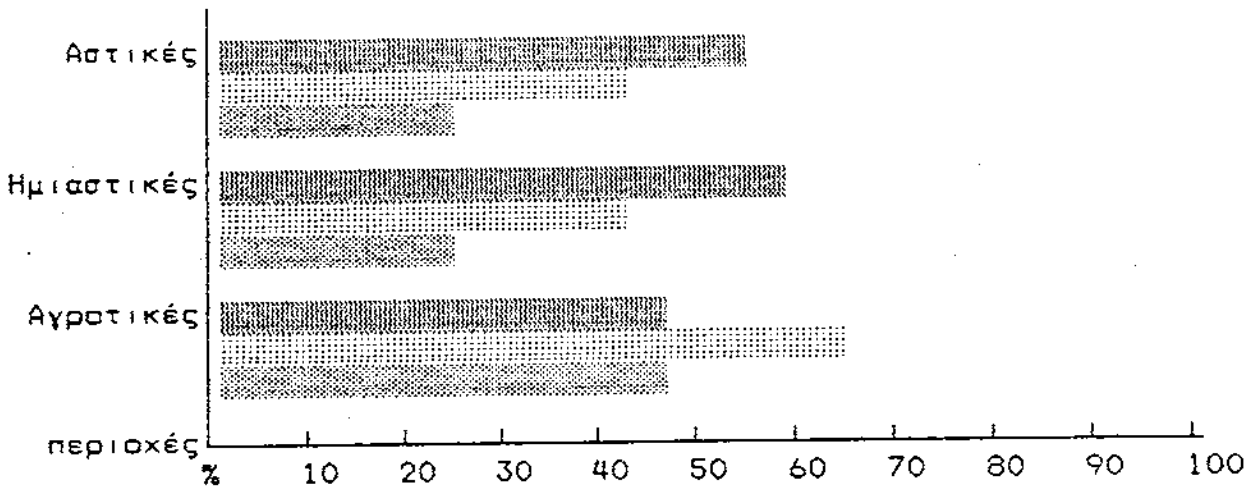
ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ = 600

	ΑΣΤΙΚΕΣ		ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ		ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
18 ΕΩΣ 45	124	155	40	55	28	42
46 ΕΩΣ 64	30	38	7	5	8	9
65 ΚΑΙ ΑΝΩ	19	19	2	2	5	12
ΣΥΝΟΛΑ	173	212	49	62	41	63

ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ = 600

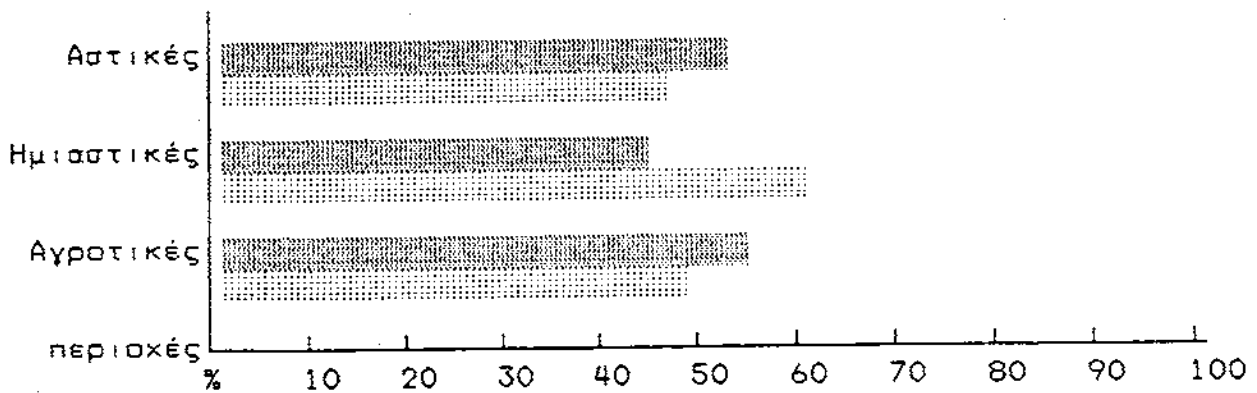
249

3



Ποσοστά ατόμων με ιδανικές αναλογίες %.
▨=18 έως 45, ▩=46 έως 64, ▧=65 και άνω (ετών).

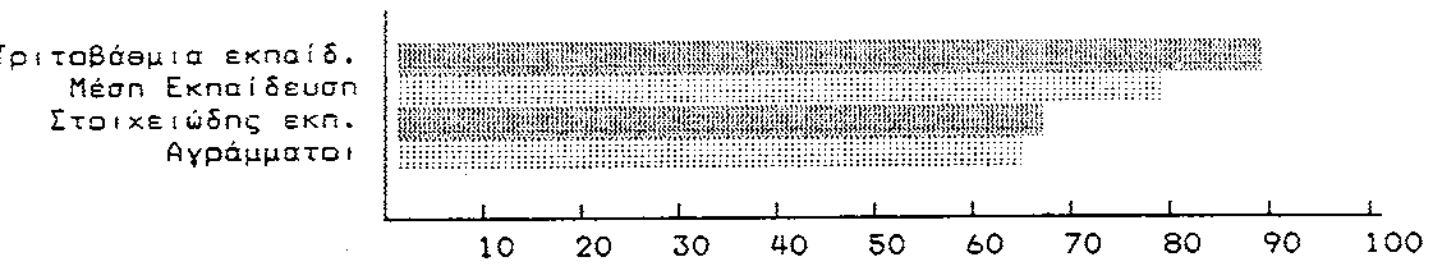
4



Ποσοστά ατόμων με ιδανικές αναλογίες %.
▨=Ανδρες, ▩=Γυναίκες.

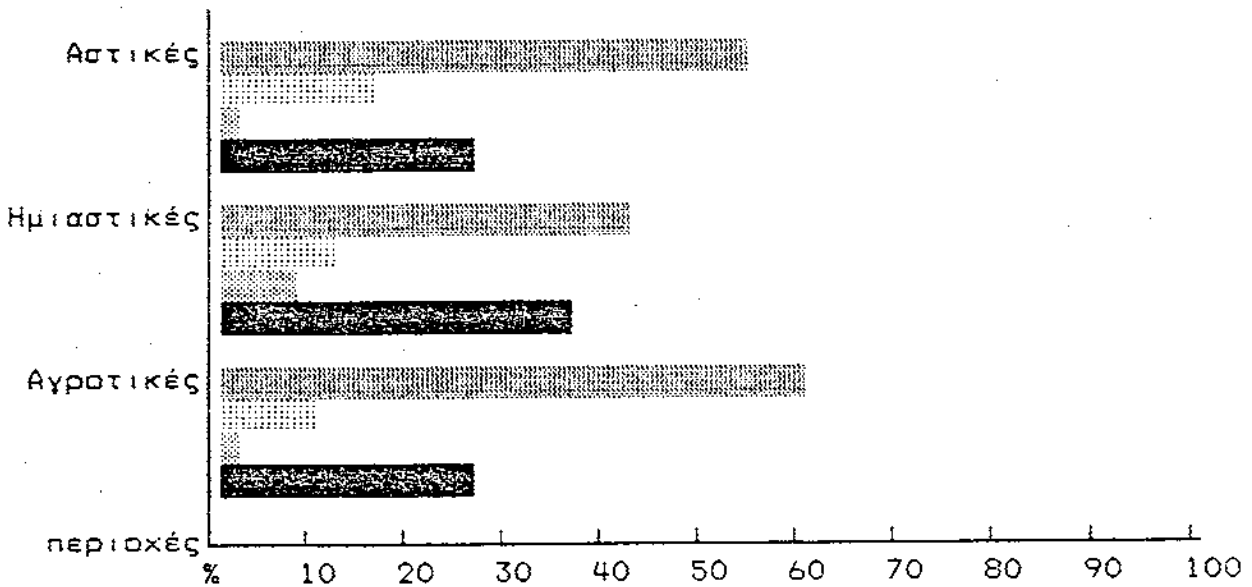
250

5



Ποσοστά ενημερωμένων ατόμων / επίπεδα γνώσεων %.

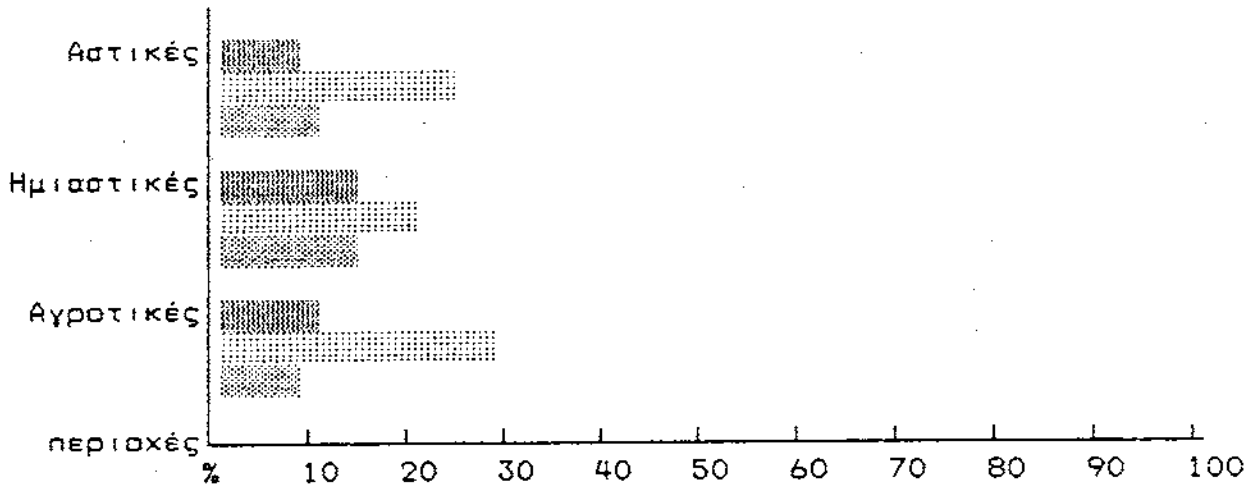
6



Πηγές ενημέρωσης / περιοχή %.

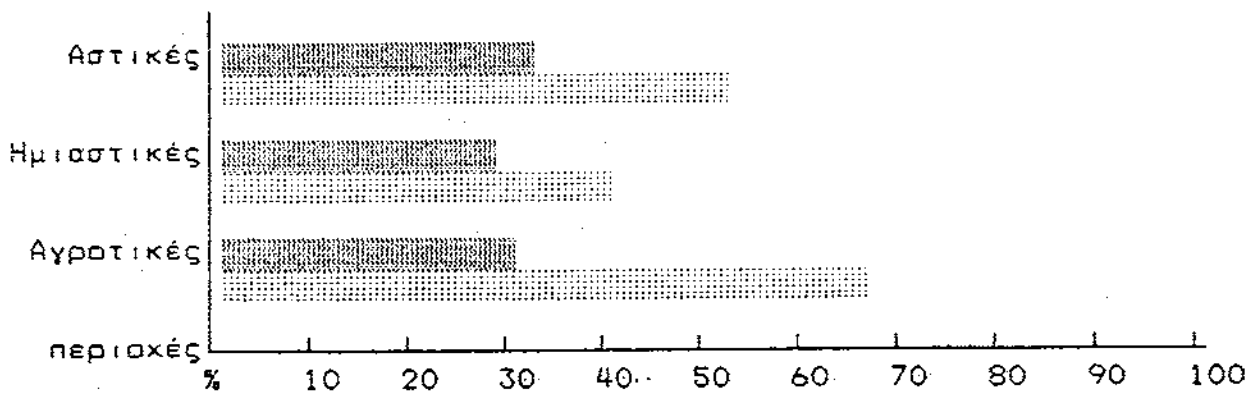
▨=Μέσα μαζ. ενημ., ▤=Εγκυκλοπ., ▧=Σεμινάρια, ▩=Αλλη πηγή.

	ΣΠΙΤΙ	ΕΣΤΙΑΤ.	ΠΡΟΧΕΙΡΟ
ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	80	5	8
ΔΗΜΟΣ./ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛ.	121	8	4
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	59	0	0
ΑΝΕΡΓΟΙ	27	3	1
ΑΓΡΟΤΕΣ	25	0	0
ΟΙΚΙΑΚΑ	83	0	0
ΜΑΘΗΤΕΣ, ΦΟΙΤΗΤΕΣ	86	26	9
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ	34	0	0
ΕΡΓΑΤΕΣ	20	0	1
ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΑ ΓΕΥΜΑΤΑ (ΑΡΙΘ. ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ)			



Προγραμματισμός γευμάτων %.

▨=Μένουν μόνοι, ▩=Μένουν με την οικογένεια, ▤=Συγκατοικούν με άλλους.



Περιπτώσεις όπου το κόστος επηρεάζει την διατροφή %.

▨=Εισόδημα >100 000, ▩=Εισόδημα <100 000.

	ΓΑΛ/ΚΑ	ΚΡΕΑΣ	ΛΑΧΑΝ.	ΔΗΜΗΤ/ΚΑ	ΓΛΥΚΑ
ΑΣΤΙΚΕΣ	2.60	5.25	6.26	3.37	1.96
ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ	2.49	5.29	6.40	3.34	1.78
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ	2.36	5.41	6.21	2.91	1.54
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (Μ.Ο. ΗΜΕΡΩΝ)					

	ΓΑΛ/ΚΑ	ΚΡΕΑΣ	ΛΑΧΑΝ.	ΔΗΜΗΤ/ΚΑ	ΓΛΥΚΑ
18 ΕΩΣ 45	2.56	5.24	6.21	3.20	2.13
46 ΕΩΣ 64	2.52	5.53	6.46	3.75	1.36
65 ΚΑΙ ΑΝΩ (ΕΤΩΝ)	2.42	5.27	6.47	3.14	0.63
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (Μ.Ο. ΗΜΕΡΩΝ)					

954

12

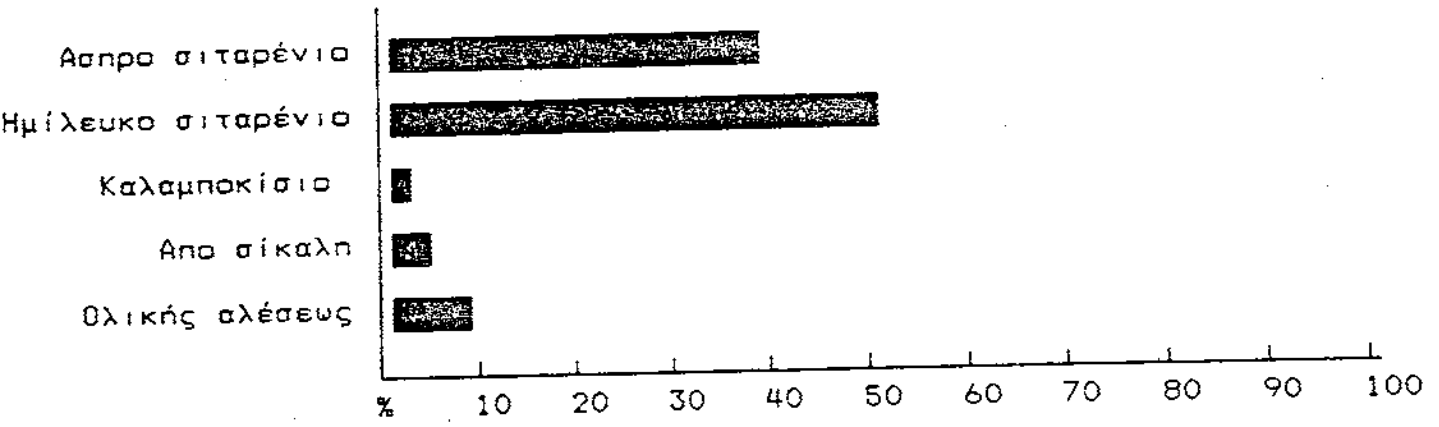
ΑΤΟΜΑ ΜΕ :	ΓΑΛ/ΚΑ	ΚΡΕΑΣ	ΛΑΧΑΝ.	ΔΗΜΗΤ/ΚΑ	ΓΛΥΚΑ
ΕΙΣΟΔΗΜΑ > 100 000	2.4	5.2	6.2	3.2	1.7
ΕΙΣΟΔΗΜΑ < 100 000	2.6	5.3	6.3	3.3	1.9
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (Μ.Ο. ΗΜΕΡΩΝ)					

13

ΑΤΟΜΑ ΜΕ :	ΓΑΛ/ΚΑ	ΚΡΕΑΣ	ΛΑΧΑΝ.	ΔΗΜΗΤ/ΚΑ	ΓΛΥΚΑ
ΙΔΑΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΟΓΙΕΣ	2.7	5.3	6.4	3.1	1.7
ΜΗ ΙΔΑΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΟΓ.	2.4	5.3	6.1	3.4	1.9
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ (Μ.Ο. ΗΜΕΡΩΝ)					

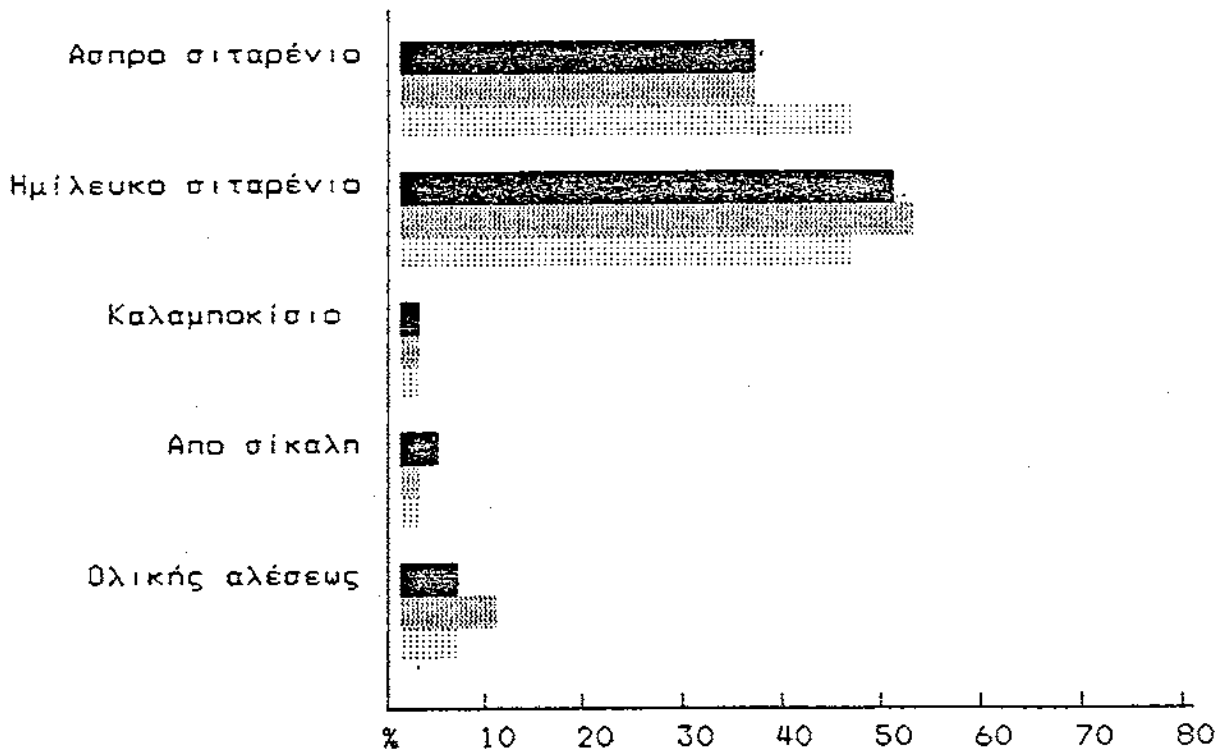
255

14



Ψωμί που προτιμούν %.

15

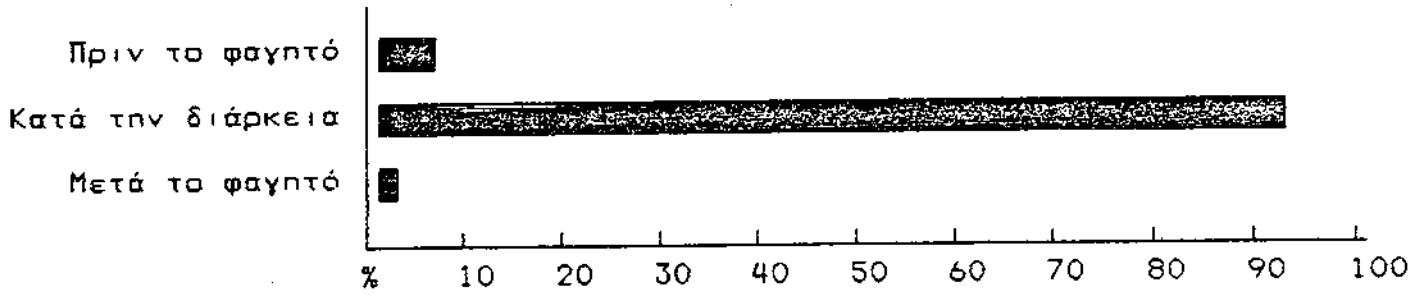


Ψωμί που προτιμούν κατά περιοχές %.

■=Άστικές, ▨=Ημιαστικές, ▩=Αγροτικές.

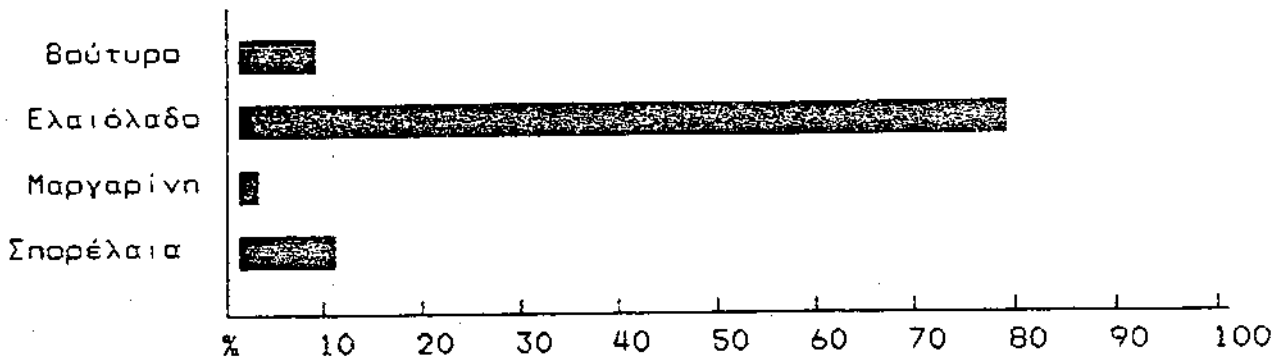
956

16



Συνηθίζουν να τρώνε τη σαλάτα %.

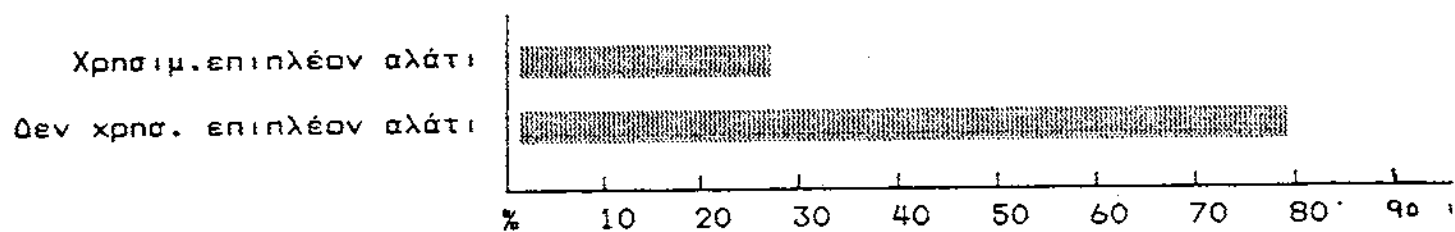
17



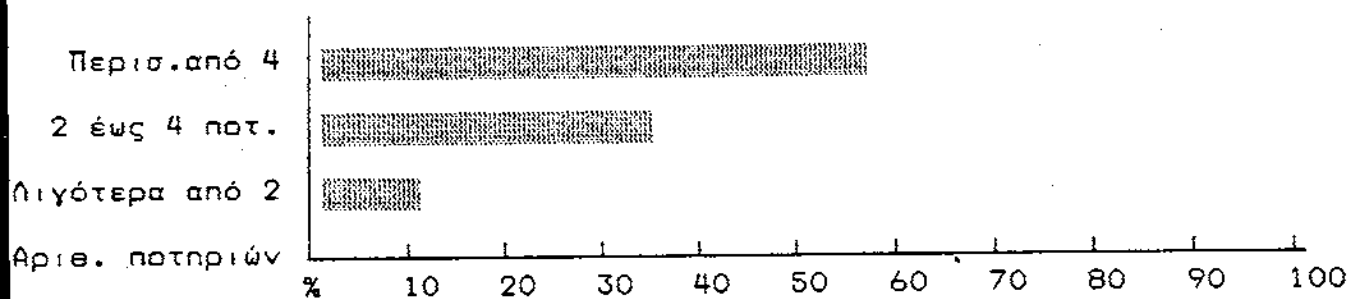
Χρησιμοποιούν %.

257

18



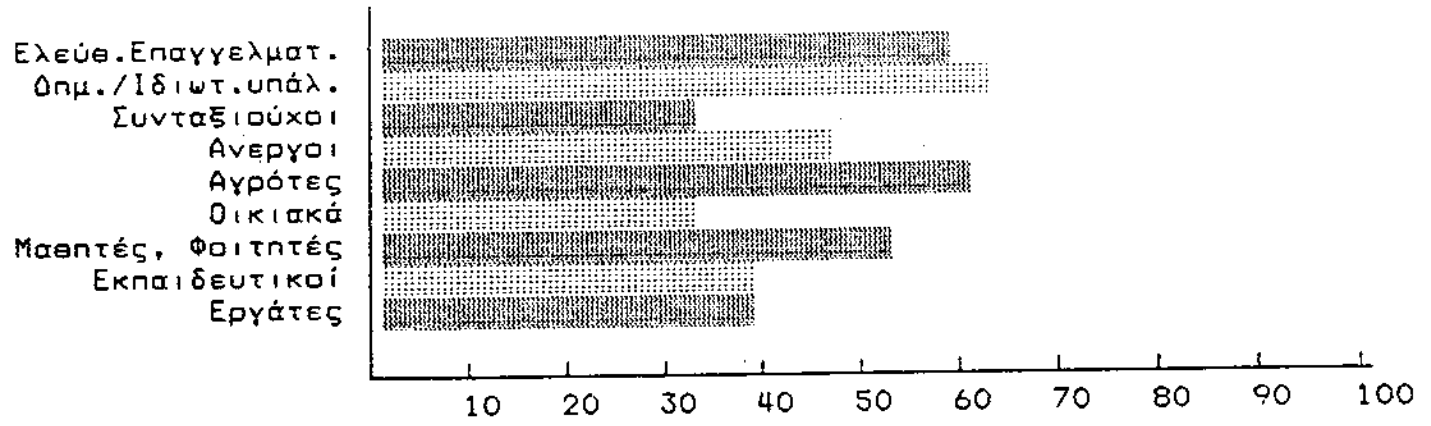
19



Ημερήσια κατανάλωση νερού σε ποτήρια %.

258

20



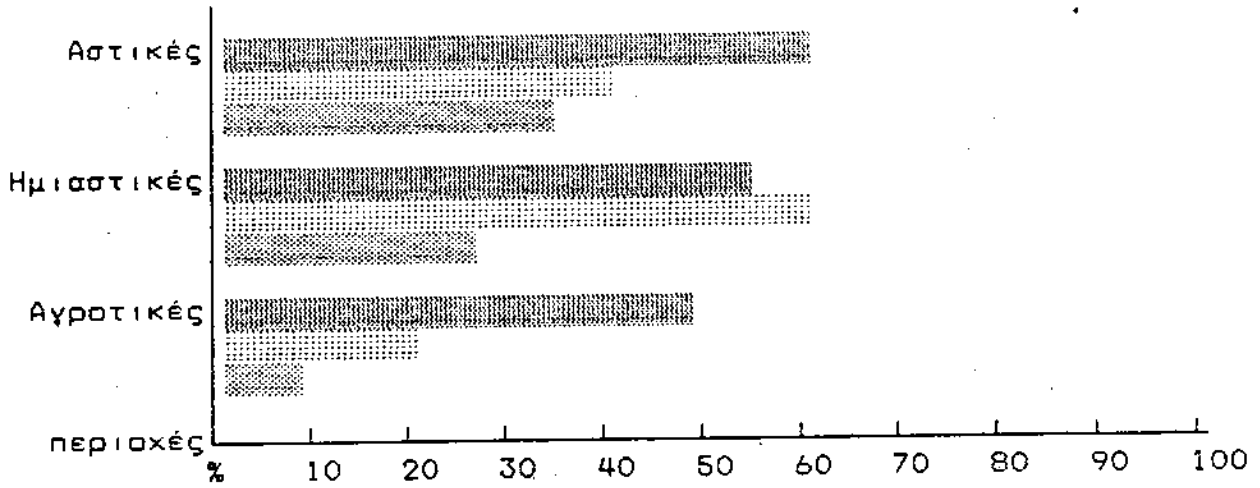
Ποσοστά καπνιστών / επάγγελμα %.

21

ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8	8 ΩΡΕΣ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8
2.63	2.27	2.46
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΙΣ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		

253

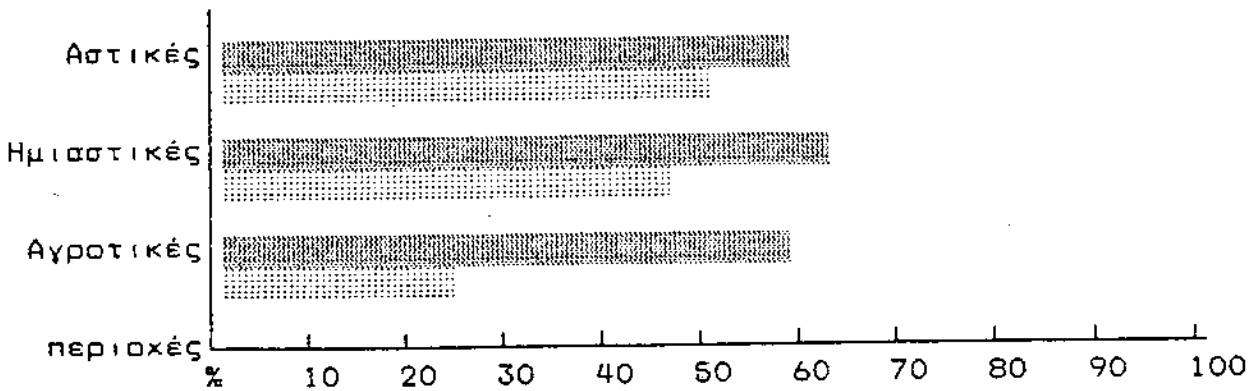
22



Ποσοστά καπνιστών %.

▤=18 έως 45, ▥=46 έως 64, ▧=65 και άνω (ετών).

23

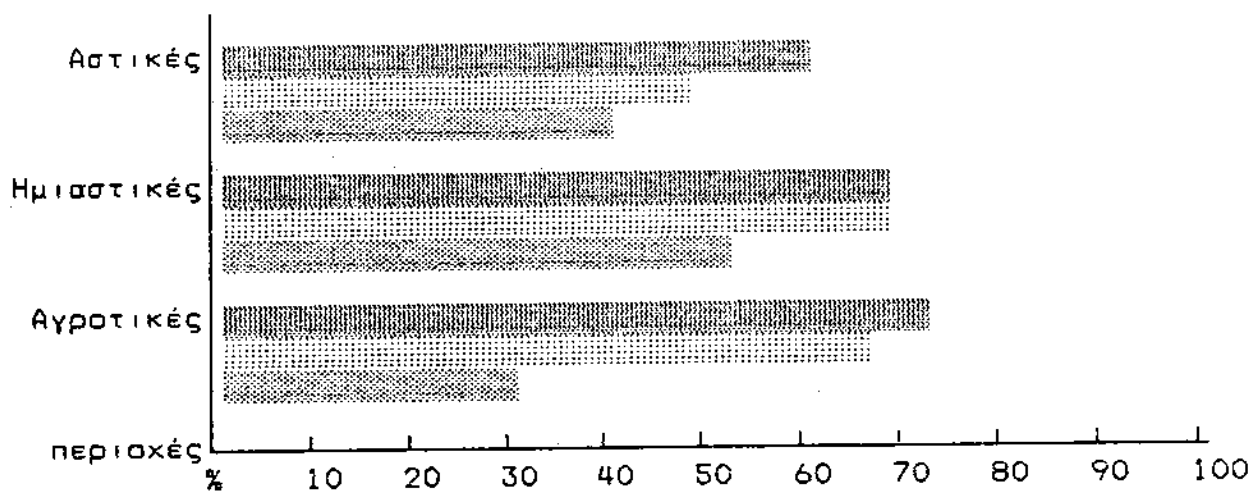


Ποσοστά καπνιστών %.

▤=Άνδρες, ▥=Γυναίκες

260

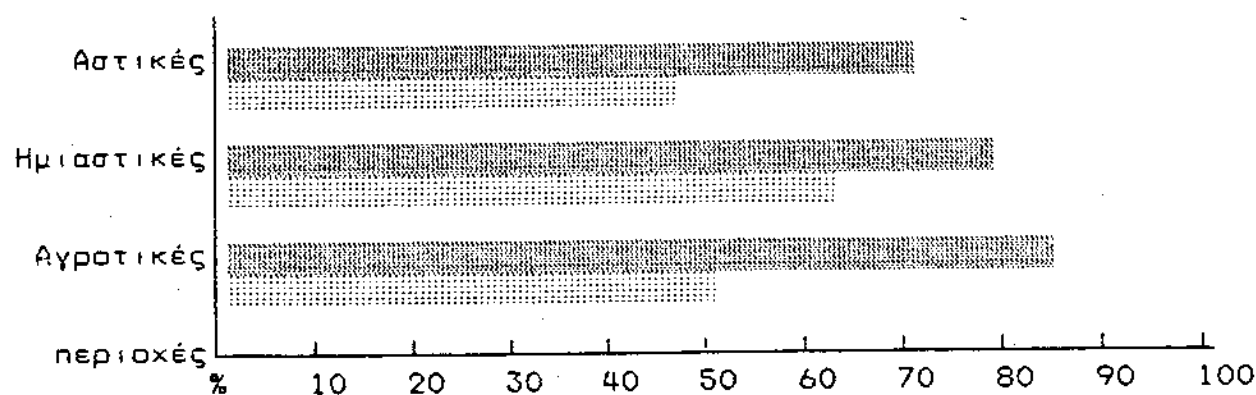
24



Ποσοστά καταναλωτών Αλκοόλ %.

▤=18 έως 45, ▥=46 έως 64, ▧=65 και άνω (ετών).

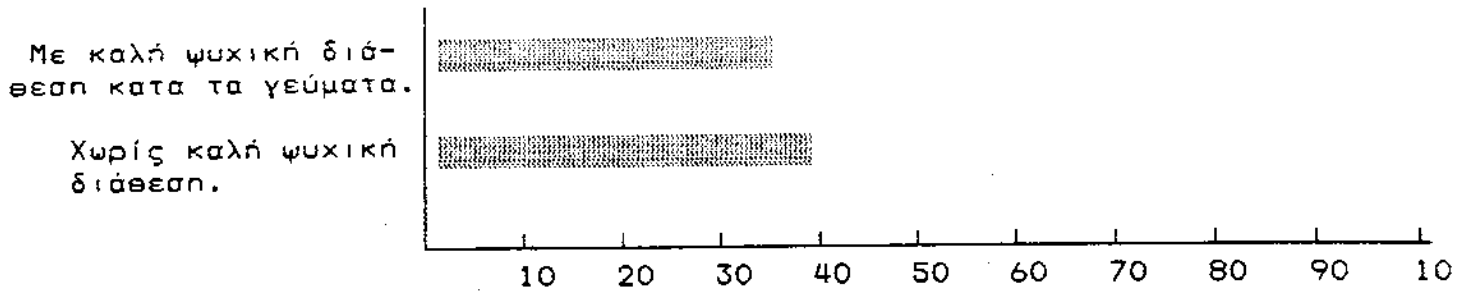
25



Ποσοστά καταναλωτών Αλκοόλ %:

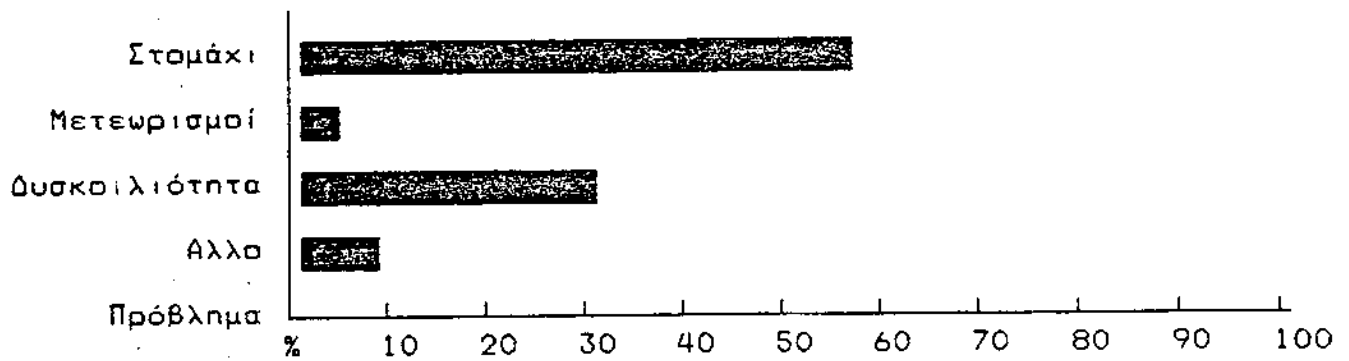
▤=Ανδρες, ▥=Γυναίκες

26
26



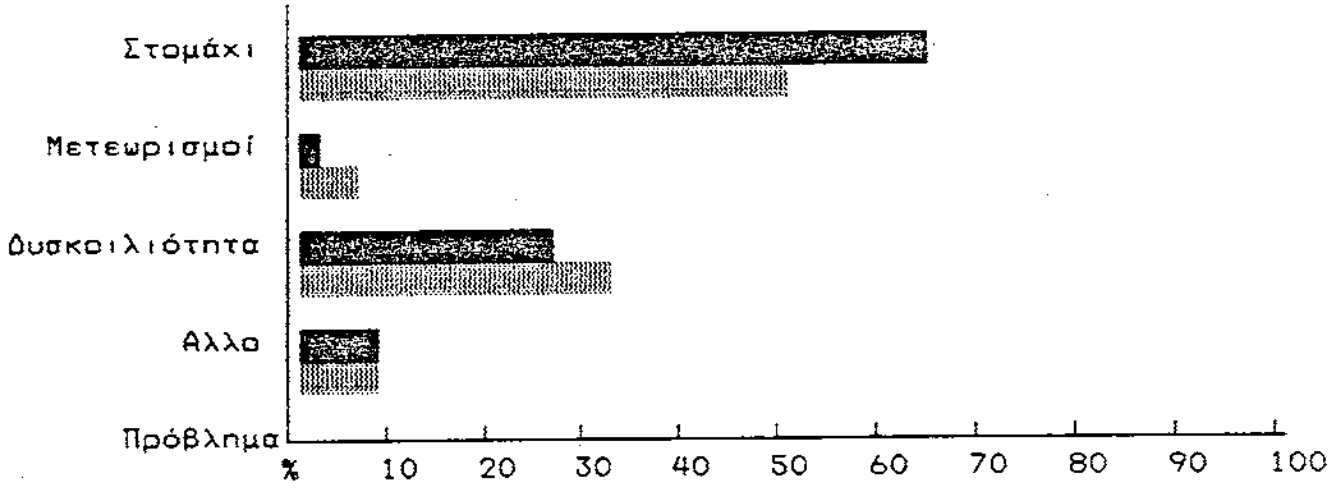
Ατομα με προβλήματα στο στομάχι %.

27



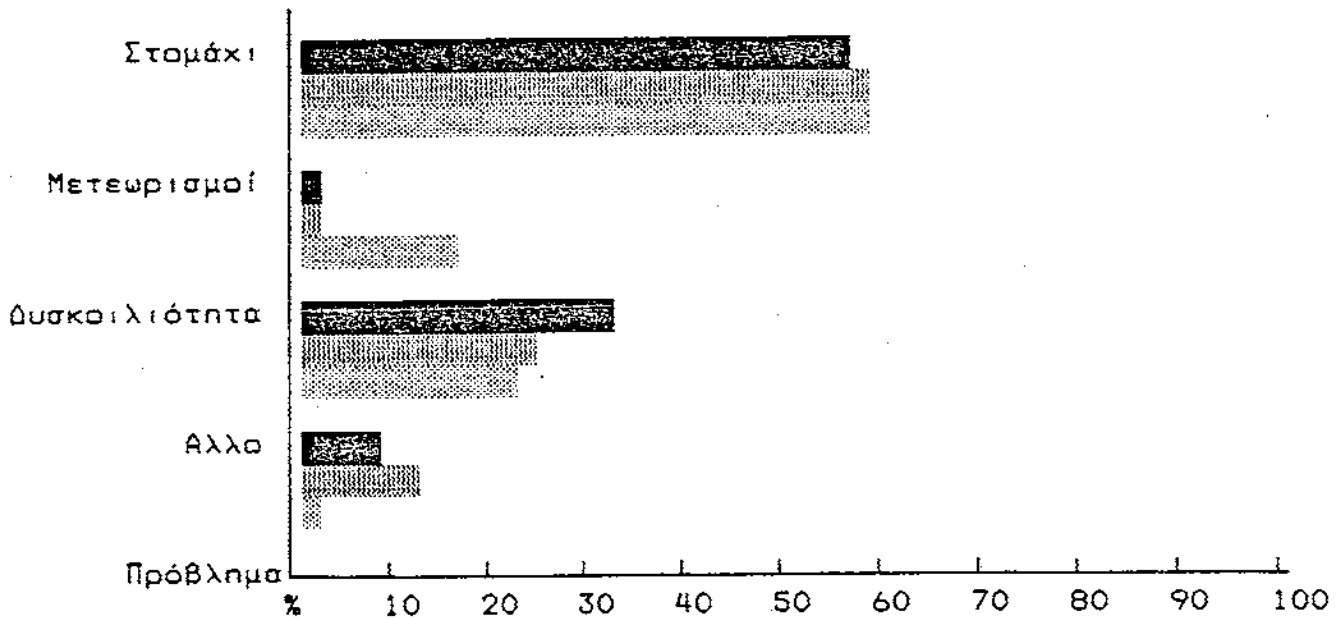
Ποσοστά εμφάνισης προβλημάτων από κακή διατροφή %.

269
28



Ανάλυση προβλημάτων από κακή διατροφή, ■=Ανδρες ▨=Γυναίκες

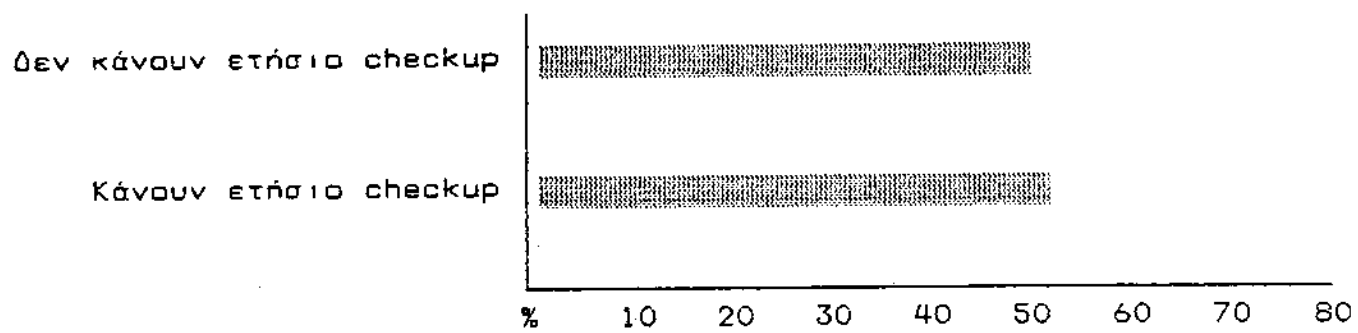
29



Ανάλυση προβλημάτων από κακή διατροφή,
■=18 έως 45, ▨=46 έως 64, ▩=65 και άνω (ετών).

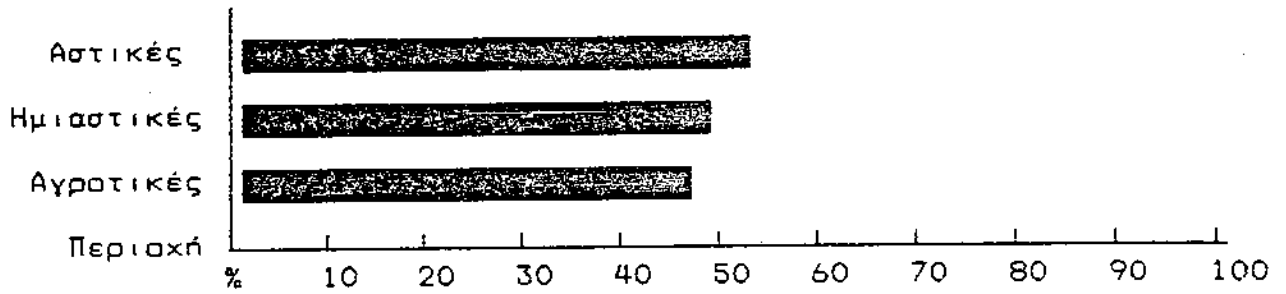
263

30



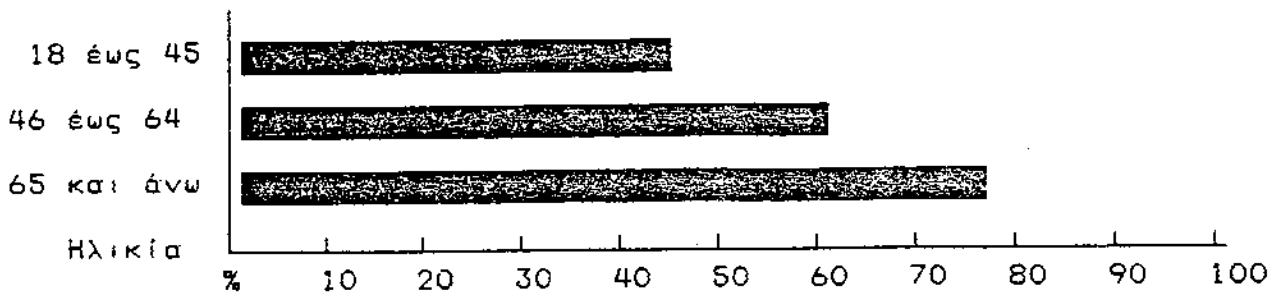
264

31



Κάνουν ετήσιο checkup %.

32



Κάνουν ετήσιο checkup %.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Εικονίζεται το σύνολο των τυχαίων δειγμάτων, που συμπληρώθηκαν από άνδρες και γυναίκες ανά ορισμένα διαμερίσματα της Ελλάδος.

Πίνακας 2: Εικονίζεται το σύνολο των τυχαίων δειγμάτων ομαδοποιημένα κατά ηλικίες ανά αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

Διάγραμμα 1: Συμπεραίνεται ότι στις αστικές περιοχές, άτομα ηλικίας 18-45 ετών έχουν ιδανικότερες αναλογίες, σε ποσοστό 55%, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικίες, καθώς επίσης και στις ημιαστικές περιοχές τις ιδανικότερες αναλογίες έχουν τα άτομα της ίδιας ηλικίας σε ποσοστό 58%.

Ενώ, στις αγροτικές περιοχές παρατηρείται ότι τις ιδανικότερες αναλογίες έχουν τα άτομα ηλικίας 46-64 ετών, σε ποσοστό 64%.

Διάγραμμα 2: Παρατηρείται ότι τα μεν ποσοστά ανδρών με τις ιδανικότερες αναλογίες στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές είναι 53% και 55% αντίστοιχα, σε σχέση με τις ημιαστικές περιοχές που εμφανίζουν ένα 44%.

Τα δε ποσοστά γυναικών με τις ιδανικότερες αναλογίες στις αστικές και αγροτικές περιοχές είναι 48% και 49% αντίστοιχα, ενώ στις ημιαστικές περιοχές είναι 61%.

Διάγραμμα 3: Συμπεραίνεται ότι, άτομα που ανήκουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, είναι περισσότερο ενημερωμένα σε θέματα υγείας και διατροφής σε ποσοστό 89%, σε σχέση με τις υπόλοιπες βαθμίδες εκπαίδευσης (δηλ. μέση εκπαίδευση 79%, στοιχειώδη

εκπαίδευση 67%, αγράμματοι 65%).

Πίνακας 3: Εικονίζεται ο αριθμός των ατόμων ανά επάγγελμα σε συνάρτηση με το χώρο όπου λαμβάνουν το μεσημβρινό γεύμα τους (σπίτι, εστιατόριο, πρόχειρο).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ανεξάρτητα απασχολήσεως, τα περισσότερα άτομα γευματίζουν σπίτι.

Διάγραμμα 5: Συμπεραίνεται ότι στις αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές ο προγραμματισμός των γευμάτων απαντάται συχνότερα σε άτομα που μένουν με την οικογένειά τους σε ποσοστά: (αστικές 25%, ημιαστικές 21% και αγροτικές 29,5%), παρά σε άτομα που μένουν μόνα ή συγκατοικούν με άλλους.

Διάγραμμα 6: Φαίνεται ότι στις αστικές, ημιαστικές, αγροτικές περιοχές σε ποσοστά 53%, 41%, 68% αντίστοιχα, το κόστος επηρεάζει τη διατροφή ατόμων με εισόδημα < 100.000 δρχ. πολύ περισσότερο απ' ότι στα άτομα με εισόδημα > 100.000 δρχ.

Πίνακας 4: Εικονίζεται η εβδομαδιαία κατανάλωση τροφίμων (Μ.Ο. ημερών) σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

Πίνακας 5: Εικονίζεται η εβδομαδιαία κατανάλωση τροφίμων (Μ.Ο. ημερών) ανά ηλικίες.

Αξίζει να τονιστεί ότι ανεξάρτητα ηλικίας έχουμε μειωμένη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και αυξημένη κατανάλωση κρέατος και λαχανικών.

Πίνακας 6: Προκύπτει ότι η εβδομαδιαία κατανάλωση τροφίμων (Μ.Ο. ημερών) σε άτομα με εισόδημα > ή < 100.000 δρχ. δεν εμφανίζει αξιοσημείωτες διαφορές.

Πίνακας 7: Αξίζει να σημειωθεί ότι η εβδομαδιαία κατανάλωση τροφίμων (Μ.Ο. ημερών) σε άτομα με ή χωρίς ιδανικές αναλογίες (βάρους - ύψους) είναι κατά προσέγγιση η ίδια

Διάγραμμα 7: Παρατηρείται ότι το είδος του ψωμιού που κατέχει

την πρώτη θέση στις προτιμήσεις του ελληνικού πληθυσμού είναι το ημίλευκο σιταρένιο σε ποσοστό 50%, τη δεύτερη θέση το άσπρο σιταρένιο σε ποσοστό 38%, την τρίτη θέση το ολικής αλέσως σε ποσοστό 6%, την τέταρτη θέση το σικάλεως σε ποσοστό 4% και την τελευταία θέση το καλαμποκίσιο σε ποσοστό 25. (Τα αποτελέσματα των ποσοστών είναι κατά προσέγγιση).

Διάγραμμα 8: Παρατηρείται ότι το είδος ψωμιού που καταναλίσκεται περισσότερο στις αστικές περιοχές είναι το ημίλευκο σιταρένιο σε ποσοστό 50%, στις ημιαστικές περιοχές το ημίλευκο σιταρένιο σε ποσοστό 52,5% και στις αγροτικές περιοχές το άσπρο σιταρένιο και το ημίλευκο σιταρένιο σε ίδια ποσοστά 47%. Στα υπόλοιπα είδη ψωμιού τα ποσοστά κατανάλωσης κυμαίνονται από 0% έως 11%.

Διάγραμμα 9: Προκύπτει ότι το 91,5% των ατόμων συνηθίζουν να τρώνε τη σαλάτα κατά τη διάρκεια του φαγητού, το 7% πριν το φαγητό και τέλος το 1,5% μετά το φαγητό.

Διάγραμμα 10: Συμπεραίνεται ότι, το ελαιόλαδο χρησιμοποιείται από ένα ποσοστό ατόμων 79%, τα σπορέλαια από ένα ποσοστό ατόμων 11%, το βούτυρο σε ποσοστό ατόμων 8% και η μαργαρίνη σε ποσοστό ατόμων 2%.

Διάγραμμα 11: Παρατηρείται ότι ένα ποσοστό ατόμων 77% δεν χρησιμοποιεί περισσότερο αλάτι ενώ ένα 23% χρησιμοποιεί επιπλέον αλάτι.

Διάγραμμα 12: Συμπεραίνεται ότι καταναλώνονται ημερησίως περισσότερο από 4 ποτήρια νερό σε ποσοστό 56%, 2-4 ποτήρια σε ποσοστό 33% και λιγότερα από 2 ποτήρια σε ποσοστό 11%.

Διάγραμμα 13: Προκύπτει ότι τα ποσοστά καπνιστών/επάγγελματιες είναι: Δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 61%, αγρότες σε ποσοστό 60%, ελεύθεροι επαγγελματίες σε ποσοστό 57%, άνεργοι

σε ποσοστό 46%, εκπαιδευτικοί και εργάτες σε ίδια ποσοστά 37%, συνταξιούχοι και οικιακά σε ίδια ποσοστά 32%, μαθητές-φοιτητές σε ποσοστά 52%.

Πίνακας 8: Εικονίζεται ο μέσος όρος γευμάτων ανάλογα με τις ώρες εργασίας των ατόμων.

Διάγραμμα 14: Παρατηρείται ότι στις αστικές και αγροτικές περιοχές άτομα ηλικίας 18-45 ετών καπνίζουν σε ποσοστό 58% και 46% αντίστοιχα, ενώ στις ημιαστικές παρατηρείται διαφορά ως προς τις ηλικίες δηλαδή εδώ άτομα ηλικίας 46-64 καπνίζουν σε ποσοστό 59%.

Κρίνεται αναγκαίο να τονιστεί ότι τα ποσοστά καπνιστών ηλικίας 65 ετών και άνω είναι 33% στις αστικές περιοχές σε σχέση με τις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές που είναι πολύ μικρότερα.

Διάγραμμα 15: Συμπεραίνεται ότι και στις τρεις περιοχές αυτοί που καπνίζουν σε ποσοστό μεγαλύτερο είναι οι άνδρες από ότι οι γυναίκες. Σημαντική μείωση ποσοστού γυναικών που καπνίζουν (23%) παρατηρείται στις αγροτικές περιοχές έναντι των ανδρών (57%).

Διάγραμμα 16: Παρατηρείται ότι στις αστικές περιοχές άτομα ηλικίας 18-45 ετών καταναλώνουν αλκοόλ σε ποσοστό 60%, 46-64 ετών σε ποσοστό 47% 65 και άνω ετών σε ποσοστό 39%.

Στις ημιαστικές περιοχές άτομα από 18-64 ετών καταναλώνουν την ίδια ποσότητα αλκοόλ σε ποσοστό 67%. Από 65 και άνω σε ποσοστά 51%.

Στις αγροτικές περιοχές άτομα ηλικίας 18-45 ετών καταναλώνουν αλκοόλ σε ποσοστό 71%, από 46-64 ετών σε ποσοστό 66% και από 65 ετών και άνω σε ποσοστό 30%.

Διάγραμμα 17: Συμπεραίνεται ότι και στις τρεις περιοχές αυτοί που καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ είναι οι άνδρες από ότι οι γυναίκες με σημαντική αύξηση στις αγροτικές περιοχές σε ποσοστό 83%.

Διάγραμμα 18: Παρατηρείται ότι άτομα χωρίς καλή ψυχική διάθεση κατά τη λήψη γευμάτων, παρουσιάζουν προβλήματα στο στομάχι σε ποσοστό 37%.

Διάγραμμα 19: Συμπεραίνεται ότι εξ αιτίας κακής διατροφής παρουσιάζονται προβλήματα στο στομάχι σε υψηλό ποσοστό ατόμων δη. 56%, δυσκοιλιότητα σε ποσοστό ατόμων 30%, μετεωρισμοί σε ποσοστό 5% και διάφορα άλλα προβλήματα σε ποσοστό 9%.

Διάγραμμα 20: Συμπεραίνεται ότι από κακή διατροφή προβλήματα στο στομάχι παρουσιάζεται ένα ποσοστό 65% των ανδρών και ένα ποσοστό 52% των γυναικών.

Δυσκοιλιότητα παρουσιάζει ένα ποσοστό 33% των γυναικών και 27% των ανδρών.

Μετεωρισμό παρουσιάζει ένα 8% των γυναικών και ένα 3% των ανδρών.

Και τέλος διάφορα άλλα προβλήματα παρουσιάζει ένα 9% των ανδρών και των γυναικών.

Διάγραμμα 21: Παρατηρείται ότι από κακή διατροφή παρουσιάζουν προβλήματα στο στομάχι άτομα ηλικίας 18-45 ετών σε ποσοστό 58% και από 46 ετών και άνω ένα ποσοστό 60%.

Εμφανίζουν δυσκοιλιότητα άτομα ηλικίας 18-45 ετών σε ποσοστό 33%, από 46-64 ετών σε ποσοστό 25% και από 65 ετών και άνω σε ποσοστό 23%.

Εμφανίζουν μετεωρισμό άτομα ηλικίας 18-64 ετών σε ποσοστό 3% και από 65 ετών και άνω σε ποσοστό 18%.

Άλλα προβλήματα παρουσιάζουν άτομα ηλικίας 18-45 ετών σε ποσοστό 9%, από 46-64 ετών σε ποσοστό 13% και από 65 ετών και άνω σε ποσοστό 3%.

Διάγραμμα 22: Παρατηρείται ότι ένα ποσοστό ατόμων 51% κάνει ετήσιο Check-up, ενώ ένα 49% δεν κάνει ετήσιο check-up.

Διάγραμμα 23: Παρατηρείται ότι στις αστικές περιοχές κάνει ετήσιο check-up ένα ποσοστό ατόμων 53%, στις ημιαστικές περιοχές ένα ποσοστό ατόμων 49% και στις αγροτικές ένα ποσοστό 47%.

Διάγραμμα 24: Συμπεραίνεται ότι άτομα ηλικίας 18-45 ετών κάνουν ετήσιο check-up σε ποσοστό 45%, 46-64 ετών σε ποσοστό 62% και από 65 ετών και άνω σε ποσοστό 78%.

<< ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ >>

Η σωστή διατροφή αποτελεί βασικό παράγοντα για τη διασφάλιση της υγείας των ανθρώπων, τη συντήρηση και βελτίωση των ανατομικών και βιολογικών τους χαρακτηριστικών, την ευρυθμία και το δυναμισμό των λειτουργικών τους ικανοτήτων.

<< Σώστε την υγεία σας με υγιεινή διατροφή, αλλά και γευστική >>

- 1η: Φύλο: άνδρας γυναίκα
- 2η: Ηλικία:
- 3η: Τόπος μόνιμης κατοικίας:
- 4η: Πόσα κιλά είστε; Τι ύψος έχετε;
- 5η: Πιστεύετε ότι οι αναλογίες που έχετε είναι ιδανικές; ΝΑΙ ΟΧΙ
- α. Αν ναι, το καταφέρνετε με κάποια συγκεκριμένη διατροφή; ΝΑΙ ΟΧΙ
- β. Αν όχι, κάνετε κάτι γι' αυτό ή υπάρχει κάποια πάθηση όπως, π.χ. θυρεοειδής, σακχαρώδης διαβήτης κ.ο.κ.; *(υπογραφήτε)*
- 6η: Είστε: άγαμος-η έγγαμος-η διαζευγμένος-η χήρος χήρα
- 7η: Έχετε παιδιά; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, πόσα; Αναφέρατε.....
- 8η: Μένετε μόνος-η; Με την οικογένειά σας;
- Ευκατοικείτε με άλλους;
- 9η: Τι εργασία κάνετε; (αναφέρατε).....
- Έχετε μηνιαίο εισόδημα: α. Πάνω από 100.000 δρχ.
- Κάτω από 100.000 δρχ.
- 10η: Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο; α. αγράμματος
- β. Δημοτικό: 1,2,3,4,5,6, (πόσες από αυτές;)
- γ. Απόφοιτος Γυμνασίου: 1,2,3 τάξεις (πόσες από αυτές;)
- δ. Απόφοιτος Λυκείου: 1,2,3, τάξεις (>> >> >>)
- ε. Πτυχιούχος ανώτερης σχολής ανώτατης σχολής
- ιδιωτικής σχολής κρατικής σχολής
- (αναφέρατε ποιας).....
- 11η: I. Πόσες ώρες απασχολείστε καθημερινά με διάφορες δραστηριότητες, όπως π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακή ενασχόληση;
- α. Λιγότερες από 8 ώρες; 8 ώρες; Περισσότερες από 8 ώρες
- II. Εργάζεστε την: α. ημέρα; β. νύκτα; γ. και τα δύο;
- 12η: Τον ελεύθερο χρόνο σας: α. κοιμάστε; β. διασκεδάσετε;
- γ. αθλήσετε; δ. διαβάσετε; ε. ασχολείστε με αγροτικές εργασίες
- Αν τίποτα απ' όλα αυτά, αναφέρατε τι κάνετε;.....
-
- 13η: Καπνίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ
- α. Αν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως;.....
- β. Σε τι οφείλεται το ότι καπνίζετε;.....
- ε. σε συνήθεια; II. σε αμηχανία;

III. στο ότι πιστεύετε ότι έτοιμοι θα αδυνατίσετε;

IV. στο ότι πιστεύετε ότι σας ξεκουράζει;

V στο ότι πιστεύετε ότι ενισχύεται έτοιμο η προσωπικότητά σας;

Πίνετε αλκοολούχα ποτά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τι είδος: κρασί; μπύρα; ούισκυ; βότκα; κ.τ.λ.

Αναφέρατε ποσότητα.....

14η: Γνωρίζετε τις συνέπειες που μπορεί να έχουν εις βάρος της υγείας σας η κατάχρηση σε οινοπνευματώδη ποτά και κάπνισμα, όπως:

α. χρόνια γαστρίτιδα β. δυσκολία στην πέψη των τροφών

γ. ναυτία από το κάπνισμα

Σημειώστε αν έχετε κάποια από τα παραπάνω προβλήματα.

15η: Είσατε ενημερωμένος-η για τη σωστή διατροφή σε σχέση με την ποιότητα, περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά και την αλληλεδραση μεταξύ των τροφών; ΝΑΙ ΟΧΙ

II. Αν είσατε ενημερωμένος-η, από που:

α. Μέσα μαζικής ενημέρωσης β. Εγκυκλοπαίδειες

γ. Σεμινάρια δ. Άλλες πηγές πληροφόρησης

16η: Πόσα γεύματα λαμβάνετε ημερησίως; (αναφέρατε).....

17η: Τι περιλαμβάνει η πρωινή σας διατροφή;

α. πλήρες πρωινό (γάλα, χυμός, αυγό, ψωμί, βούτυρο, μέλι, μαρμελάδα)

β. αφέψημα (τσάι , καφές , κακάο , σοκολάτα

γ. τίποτα απ' όλα αυτά

18η: Εάν δεν παίρνετε πρωινό, σε τι πιστεύετε ότι οφείλεται αυτό:

α. συνήθεια , β. έλλειψη χρόνου , γ. πρωινή κακοδιαθεσία

δ. πληροφορίες για χάσιμο σωματικού βάρους

19η: Στο μεσοδιάστημα πρωινού-μεσημεριανού γεύματος, συνηθίζετε να τρώτε κάτι; ΝΑΙ ΟΧΙ ; Αν ναι, τι;.....

20η: Εάν μέχρι το μεσημεριανό γεύμα δεν τρώτε τίποτα

α. υπάρχει ατονία; β. υπάρχει απόδοση στην εργασία σας;

γ. έχετε πρόβλημα στο στομάχι; δ. τίποτα από τα παραπάνω. ΝΑΙ

21η: Μεσημεριανό γεύμα: α. τρώτε στο σπίτι; ΝΑΙ ΟΧΙ

β. τρώτε στο εστιατόριο; ΝΑΙ ΟΧΙ

γ. τρώτε κάτι πρόχειρο; ΝΑΙ ΟΧΙ

22η: I. Τι ώρα συνηθίζετε να παίρνετε το βραδινό σας φαγητό;.....

II. Συνηθίζετε να τρώτε το ίδιο με το μεσημεριανό σας φαγητό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

III. Μαγειρεύετε ξεχωριστό φαγητό για το βράδυ; ΝΑΙ ΟΧΙ

IV. Τρώτε κάτι ελαφρύ, όπως, σαλάτα, φρυγανιά με τυρί, γλαούο-τε, φρούτο κ.τ.λ.; ΝΑΙ ΟΧΙ

23η: Σας έχει παρουσιαστεί κατά καιρούς κάποιο πρόβλημα στην υγεία

από τη μη κανονική διατροφή (πολλά λίπη, μπαχαρικά κ.λ.π.) όπως,
π.χ. στομάχι, μετεωρισμοί, δυσκοιλιότητα κ.λ.π.; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, αναφέρατε το πρόβλημα.....

24η: Γνωρίζετε τι αξία έχουν για τον ανθρώπινο οργανισμό οι θρεπτι-
κές ουσίες, δηλ. βιταμίνες, υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες, ανόρ-
γα αλάτα κ.λ.π.; ΝΑΙ ΟΧΙ

25η: Μετά από τα κύρια γεύματά σας αναπαύεστε σωματικά και πνευματι-
κά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι για ποιο λόγο: α. δεν υπάρχει διαθέσιμος χρόνος; ΝΑΙ ΟΧΙ
β. έχετε δευτερεύουσες δραστηριότητες; ΝΑΙ ΟΧΙ

26η: Κατά τη διάρκεια των γευμάτων σας, η ψυχική σας διάθεση είναι
καλή; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν είναι καλή, οφείζεται μήπως:

α. στο ότι είστε κουρασμένος-η; β. στο ότι είστε ταραγμένος-η;
γ. >> >> >> βιαστικός-ή; δ. στο ότι νιώθετε μοναξιά;

27η: Γνωρίζετε ότι τα λίπη, τα βαριά φαγητά, τα γλυκά και γενικά τα
ζαχαρούχα τρόφιμα πρέπει να αποφεύγονται στην αρχή των γευμάτων
γιατί σταματούν την όρεξη και δυσκολεύουν την πέψη των τροφών;
ΝΑΙ ΟΧΙ

28η: Σημειώστε πόσες φορές καταναλώνετε εβδομαδιαία:

κρέας γαλακτοκομικά προϊόντα ψάρια όσπρια
πουλερικά αλλαντικά αυγά φρούτα ζυμαρικά
πράσινα λαχανικά γλυκά και χορταρικά

29η: Η οποιοδήποτε τύπου σαλάτα είναι υποχρεωτική καθημερινά για
σας στα κύρια γεύματά σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

30η: Συνηθίζετε να τις τρώτε: α. προ φαγητού;

β. κατά τη διάρκεια του φαγητού; γ. μετά το φαγητό;

30η: Κάθε μέρα πόσα ποτήρια νερό πίνετε; α. 4-8 ποτήρια;

β. 2-4 ποτήρια; γ. λιγότερα από τα αναγραφόμενα;

31η: Ποιο είναι το είδος του ψωμιού που προτιμάτε;

α. ψωμί άσπρο σιταρένιο; β. ημίλευκο σιταρένιο (χωριάτικο);

γ. καλαμποκίσιο; δ. ψωμί από σίκαλη; ε. ολικής αλέσεως;

32η: Σημειώστε ποιες από τις παρακάτω ανάγκες του οργανισμού σε ασβέ-
στιο γνωρίζετε: α. το γάλα που είναι απαραίτητο για τα παιδιά;

β. για τη δημιουργία γερών δοντιών στα παιδιά

γ. για την αύξηση ασβεστίου στα οστά

δ. για την έγκυο και το έμβryo

33η: I. Σε κάθε γεύμα σας βάζετε περισσότερο αλάτι από το κανονικό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

II. Τι προτιμάτε περισσότερο; α. τη γλυκιά γεύση;

- β. την αλμυρή γεύση; γ. καμιά;
- 34η: Ποια από τα παρακάτω λίπη χρησιμοποιείτε περισσότερο;;
α. βούτυρο β. ελαιόλαδο γ. μαργαρίνη δ. σπορέλαια
- 35η: Προγραμματίζετε εβδομαδιαία το είδος των γευμάτων σας ή αυτά είναι τυχαία; (απογραφή)
- 36η: Η διατροφή σας εξαρτάται από το κόστος των διαφόρων ειδών διατροφής ανάλογα με την εποχή; ΝΑΙ ΟΧΙ
- 37η: Είναι βασική προϋπόθεση για σας να υποβάλλεστε σε ορισμένες βασικές εξετάσεις (cheque-up) κάθε χρόνο για τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργάνων σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Ποιες από αυτές συνηθίζετε; α. γενική αίματος ,
β. γενική ούρων , γ. ακτινογραφία θώρακος ,
δ. καρδιογράφημα , ε. βιοχημικές εξετάσεις (σάκχαρο, ουρία, χοληστερίνη, κρεατινίνη, τρανσαμινάσες κ.τ.λ.) ,
στ. γυναικολογική εξέταση , ζ. τεστ (test) Παπανικολάου κ.ο.κ.

Ευχαριστούμε

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βλάχου Σοφία - Δανιήλ Αργυρώ: Γυναίκα και το κάπνισμα, πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Πατρών, Πάτρα 1990
- Braker M.O.: Υγεία με σωστή διατροφή, (μετάφραση υπό: Βάγια Καρίση - Πραματευτάκη), εκδόσεις Νότος Ε.Π.Ε., Αθήνα 1977
- Dorris Grant και Jean Joys: Συνδυασμοί τροφών, (μετάφραση υπό: Μπαρουζή Γ), έκδοση 1η, εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ, Αθήνα 1986
- Dorris Grant και Jean Joys: Συνδυασμοί τροφών - Μαγειρική, (μετάφραση υπό: Μπαρουζή Γ.), έκδοση 2η, εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ, Αθήνα 1987
- Harrison R.: Εσωτερική Παθολογία, τόμος Α', έκδοση 10η, εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Κ., Αθήνα 1986.
- Harrison R.: Εσωτερική Παθολογία, τόμος Β', έκδοση Β', εκδόσεις Παρισιάνος Γρηγ. Κ., Αθήνα 1982
-
- Καφάτος Γ.Α., Γοντίκας Α., Χασαπίδου Μ., Διακονισάκης Κ.,: Διατροφή και Παχυσαρκία, Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Κρήτης τμήμα ~~Ιατρικής~~ Κοινωνικής Ιατρικής, Κρήτη 1989
- Καυγά - Παλτόγλου Άννα: Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής Β', Αθήνα 1990
- Karlson Petter, Wolfrang Gerok, Werner Grob: Κλινική Παθολογική Βιοχημεία (Μετάφραση - επιμέλεια υπό καθηγητού Πανεπιστημίου Αθηνών) Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, έκδοση 1η, Αθήνα 1980
- Κονδάκης Ξενοφών - Παπαετροπούλου ΜαρίαΥγιεινή ΙΙ, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1987
- Μαλγαρινού Μαρία-Γούλια Ειρήνη: Η νοσηλεύτρια κοντά στον

υπερήλικα, Έκδοση 2η, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως
Αδελφών Νοσοκόμων: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1988

Μητσοστεργίου Παναγιώτα: Κάπνισμα και βλάβες στις μικρές
αεροφόρους οδούς, πτυχιακή εργασία Τ.Ε.Ι., Πάτρα 1988

Μούσουρα - Οικονόμου Α: Ειδικές δίαιτες, Σημειώσεις - εκδόσεις
Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1988

Μπαζαίος Κ.: Οι τροφές που χαρίζουν υγεία, Εκδόσεις Nutricare,
Κέντρο μελετών και εφαρμογών διατροφής, Αθήνα 1985

Μπαζαίος Κ.: Συνδυασμοί και βιταμίνες (τα μυστικά της υγιεινής
διατροφής), Έκδοση 2η, Αθήνα 1981

Ντόκου Α.: Φυσική θεραπευτική και Ιριδοδιάγνωση - Φυσική Υγιεινή
- Υγιεινή Διαιτητική - Υγιεινή Μαγειρική, έκδοση 3η, Αθήνα
1983

Οικονομίδη Α.: Σημειώσεις Υγειονομικής Νομοθεσίας της Ελλάδας,
Έκδοση Γ, εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Αθήνα 1965

Παπαδόπουλος Ν.Γ. - Ζάχος Δημ. Η.: Ψυχολογία, έκδοση 2η, Κέντρο
ψυχολογικών μελετών, Αθήνα

Πέτρου Ηλίας: Φυσική Υγιεινή, έκδοση 2η, Αθήνα 1935

Πέτρου Ηλίας: Υγιεινή Μαγειρική (με αναλυτική Χημεία των
τροφών) Αθήνα 1938

Πλέσσας Σταύρος Τ.: Διαιτητική του ανθρώπου, εκδόσεις Φάρμακον -
Τόμος Α, Αθήνα 1988

Σαχίνη Α. - Καρδάση - Πάνου: Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, τόμος Α, επανέκδοση,
BHTA, medical arts, Αθήνα 1985

Σαχίνη Α. - Καρδάση - Πάνου: Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, τόμος Β', μέρος 2ο,
έκδοση Α', εκδόσεις BHTA, medical arts, Αθήνα 1985

Sneddon Russel I.: Ελκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου - Πρόληψη,

Θεραπεία χωρίς φάρμακα, (μετάφραση υπό Μπαρουζή Γ.) έκδοση
2η, εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ, Αθήνα

Τουτούζας Παύλος: Καρδιολογία, Εκδόσεις Παρισσιάνος Γρηγ. Κ., Αθήνα
1987

Τριχοπούλου - Πολυχρονοπούλου Αντωνία: Υγιεινή Διατροφή και
Διαιτολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιάνος Κ., Αθήνα 1980

Τριχοπούλου Α. - Τριχόπουλος Δ.: Προληπτική Ιατρική, ενότητα 3η,
εκδόσεις Παρισσιάνος Γρηγ. Κ., Αθήνα 1986

Χαρτοκόλλης Πέτρος: Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, εκδόσεις Θεμέλιο,
Πάτρα 1986

ΑΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ

Δελτιον Ελληνικής Μικροβιολογικής εταιρείας, τόμος 36, τεύχος Νο
5, (Κεφ. Τροφικές Δηλητηριάσεις), σελ. 586 - 597, Αθήνα 1991

Greek journal of clinical Pathology, αριθμός φύλλου 13-14-15,
τόμος 2ος (σελ. 6-7, 44-47), Αθήνα 1991

Ενημερωτικό φυλλάδιο Νοσοκομείου Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού,
Διαιτολογικό τμήμα (Κεφ. Ανταναιμική Δίαιτα - Δίαιτα
χρόνιων καρδιακών νοσημάτων), Αθήνα 1992

Ενημερωτικό φυλλάδιο του Περιφερειακού, Πανεπιστημιακού,
Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (Ρίο), τμήμα Διατροφής, (Κεφ.
Δίαιτα για ουρικό οξύ), Αθήνα 1991

Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 45, τεύχος 4ο, τριμηνιαία έκδοση της
ενωσης επιστημονικού προσωπικού θεραπευτηρίου Ευαγγελισμού,
Αθήνα 1983

Ισοβιητική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος 1ος, εκδόσεις Καπόπουλος
1981, Αθήνα 1981.

Υγεία και Διατροφή, τόμος 1ος, εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα

Υγεία και Διατροφή, τόμος 2ος, εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα

Υγεία και Διατροφή, τόμος 3ος, εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα

