

TÁPLÁLKOZÁSI AKADEÉMIA

Hírlevél

I. évfolyam 3. szám, 2008. március



Tisztelt Olvasó!

A **Táplálkozási Akadémia** című hírlevél célja az, hogy az újságírók számára hiteles információkat nyújtson az egészséges táplálkozásról, életmódról, valamint a legújabb tudományos kutatási eredményekről.

A hírlevélben olvasható anyagok szabadon használhatók. Kérjük, hogy forrásként jelölje meg hírlevelünket!

Az elmúlt évek során örömmel tapasztaltuk, hogy Önök közül egyre többen használták a Táplálkozás és Tudomány egyes részleteit, sőt akár egy teljes lapszám anyagát. Köszönjük, hogy segítették munkánkat, és cikkeikben megjelölték hírlevelünket forrásként.

Idén, a megújulás jegyében megváltozott külsővel indítjuk útjára hírlevelünket, amely – mint az MDOSZ által szervezett újságíróknak szóló tréning is – a Táplálkozási Akadémia nevet kapta. Az azonos elnevezést az indokolta, hogy mind a hírlevélnek, mind az újságíróknak szóló tréningnek a fő célja a média képviselők oktatása. A hagyományokat megtartva továbbra is a táplálkozástudomány olyan témáiról írunk hírlevelünkben, amelyek széles érdeklődésre tarthatnak számot, és segítik Olvasóinkat a hiteles informálódásban.

Tudvalevő, hogy a tápláltsági állapot alapvetően kihat a szervezet védekező rendszerére, s így a különböző betegségek kialakulásának esélyére, valamint a gyógyulásra is. A hosszabb intézményi terápiák, gondozás viszont sokszor nem kedveznek – a gyakran egyébként sem kielégítő – tápláltsági állapotnak. Márciusi hírlevelünkben arról olvashatnak, hogy az étvágytalanság, az akaratlan fogyás, és az egyre romló állapot alultápláltsághoz vezető „ördögi körének” kialakulása miként befolyásolható.

Kérdéseivel, valamint további szakanyagok elérhetősége érdekében forduljon bizalommal a szerkesztőbizottsághoz, illetve a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének szakembereihez!

Jó munkát kíván:

a szerkesztőbizottság

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA

Hírlevél

I. évfolyam 3. szám, 2008. március

Megfelelő táplálás, jobb életkilátás

Egészségünk szempontjából a tápláltsági állapot meghatározó jelentőségű, mivel romlása maga után vonja különböző betegségek megjelenését, szövődmények kialakulásához, korábbi halálozáshoz vezethet. Ezért nemcsak a szakembereknek, hanem az érintett családtagoknak is hasznos lehet tisztában lenni a tápláltságot meghatározó szempontokkal, hogy még idejében meg lehessen előzni, illetve fordítani a hanyatlás folyamatát. Nézzük meg, hogy mit jelent az alultápláltság, ki számít veszélyeztetettnak, melyek a legjellemzőbb tünetek, és milyen segítő megoldások léteznek a tápláltsági állapot javítására.

Az alultápláltság „melegágya”

Minden olyan kóros állapotot hibás-tápláltságnak (malnutríciónak) nevezünk, amelyet az energia és/vagy a tápanyagok nem megfelelő mennyisége, vagy aránya jellemez, tehát ilyen értelemben az elhízás és az alultápláltság is malnutríció. Mivel a köznapi használatban a fogalom az alultápláltsághoz kötődik, jelen hírlevelünkben is úgy használjuk azt.

Az alultápláltság gyakorisága **kórházakban** 28-50% között mozog, de nagy arányban fordul elő a **szociális otthonok** (az időskorúak-, a pszichiátriai betegek- és a fogyatékosok otthonai) intézményeiben, valamint a **házi betegápolásban** is. Kialakulásában sok

tényező szerepet játszhat. A **fokozottabb energiaigénnyel járó állapotok** – pl. tartós láz – és a nagyobb mértékű **tápanyagvesztések** – pl. vérzés, sebek, krónikus hányás, hasmenés – jellemzően növelik az alultápláltság kockázatát. Az **elégtelen folyadék- és táplálékfelvétel, az emésztés-, illetve a felszívódás zavara** – pl. gyulladással járó bélbetegségekben, hasnyálmirigy gyulladással – a túl szigorú, egyoldalú diéták szintén hozzájárulnak a tápláltsági állapot romlásához. Ismeretesebb kifejezetten alultápláltságra hajlamosító **megbetegedések** is, mint pl. a daganatos, különösen a gyomor- és bélrendszert érintő és egyéb idült betegségek (idegrendszeri-, szív-, tüdőbetegségek, stb.). A tápláltsági állapot alakulására nézve kritikusnak számítanak a **műtétek, orvosi beavatkozások** előtti, és az azokat követő időszakok. Gyakran a terápiák részét képező – a tápanyagok hasznosulását befolyásoló – **gyógyszeres kezelések** is negatívan befolyásolhatják a tápláltsági állapotot.

A fekvőbeteg- és a gondozást nyújtó bentlakásos intézetek **idegen környezete**, a megszokottól eltérő ízek és étkezési időpontok, az étkeztetés rendszere már önmagukban is egyfajta stresszt jelenthetnek az ott lakók életében. Mindemellett az **idősebbek** nehezebben alkalmazkodnak a megváltozott körülményekhez. Tápláltságukat/kondíciójukat befolyásolhatja a tompuló szaglász és ízérzés, a rágási-, nyelési nehezítettség, a rosszabb

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA

Hírlevél

I. évfolyam 3. szám, 2008. március

kézügyesség és koordináció. A mentális (agyi) funkciók romlása, az önellátási akadályozottság vagy képtelenség, valamint a depresszió következtében is csökkenhet az étkezés iránti érdeklődésük.

Árulkodó jelek

Bizonyára van, aki számára meglepően hangzik, de pontos tápláltsági állapot első ránézésre nem állapítható meg, mert – bár függ tőle, de – a tápláltsági állapot nem azonos a testtömeggel. Lehetnek azonban kisebb-nagyobb változások, melyekre különösebb vizsgálódás nélkül is felfigyelhetünk. A bőr alatti zsírszövet mennyisége ugyanis fokozatosan csökken alultápláltság esetén, s így a szemek alatti zsírszövetvesztés hatására a szem beesetté, karikássá, a pofatáji zsírszövet fogyatkozása következtében a bőr lazává, táskássá válhat. Az alultápláltság előrehaladottabb állapotára jellemző az izomszövet csökkenése, melynek egyik tünete, hogy a halánték területe horpadttá alakul. Sokatmondó lehet – mérsékelt vagy súlyos alultápláltságra utalhat – azonban már az is, ha azt tapasztaljuk, hogy az egyébként mozgásszervi betegségben nem szenvedő ember a fekvő helyzetből nehezen tud felülni.

Vizsgálati módszerek

Egy-egy rendszeresen ismételt vizsgálati módszer alapvető fontosságú az alultápláltság szűrése, kockázatának megítélése

szempontjából. Összetett betegségek esetében azonban megbízhatóbb – a relatív tápanyaghiányt is jelző – eredményt kaphatunk, ha több dimenzióban vizsgálódunk.

Az *antropometriai (testméréstani)* vizsgálatok közül legáltalánosabb a testtömeg és a magasság mérése. Ezek alapján meghatározható a BMI (Body Mass Index), azaz a testtömegindex, ami a kg-ban mért testtömeg és a magasság méterben kifejezett négyzetének a hányadosa. A 20 alatti BMI rizikótenyezőnek számít, a 18,5-nél kisebb érték pedig alultápláltságnak. Még egy túlsúlyos emberről (25 feletti BMI esetén) is kiderülhet azonban, hogy bizonyos szempontból alultáplált – pl. akarattól független jelentősebb súlyvesztés miatt mennyiségileg, illetve a fehérje-, vitamin- vagy ásványi anyag hiány miatt minőségileg. Fontos megjegyezni, hogy az ödéma (folyadék gyülem) alultápláltság következtében is kialakulhat, de más betegségekre is visszavezethető. Ilyen állapotban ránézésre jó a kondíció, normál a súly, ezért megtévesztő lehet. A bőrredő vastagság meghatározott helyeinek mérésével (bőrredőmérő használatával) megállapítható a bőr alatti zsírszövet mennyisége és eloszlása, ami alapján következtetni lehet az egész test zsírtartalmára. A testzsírszázalékot az ún. bioelektromos impedancia analízissel (BIA-módszerrel) szintén meghatározhatjuk. Működési elve azon alapul, hogy a test

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA

Hírlevél

I. évfolyam 3. szám, 2008. március

elektromos ellenállása arányos a test zsírtartalmával.

Habár többen nem szívelelik az olykor „időrablónak” tűnő **kérdőíveket**, mégis nagyon fontos, hogy a páciensek és hozzátartozóik tisztában legyenek azzal, hogy az intézmények elsősorban ezek – pl. MNA, NRS2002, MUST, SGA, Nottingham score – segítségével végeznek tápláltságra vonatkozó rizikósűrést. A kérdőívek hasonlóak, általában rögzítik a megmért testtömeget, az elmúlt időszak (3 - 6 hónap) alatt bekövetkezett nem kívánt testtömeg változást, valamint rákérdeznek a táplálékfelvételt befolyásoló tényezőkre, (étvágy, esetleg az émelygés, a hányinger, a hányás gyakoriságára, a nyelési nehézségre). A táplálási team ezek alapján tudja meghatározni a terápiás lépéseket és nyomon követést.

Fontos lenne, hogy a családtagok, a házi orvosok, vagy az otthonápolást segítők is rendszeresen, célzott kérdésekkel szűrjék az ápoltakat. Például:

- Fogyott-e akaratlanul az elmúlt fél évben?
- Étvágytalannak érzi-e magát?
- Kevesebbet eszik-e, mint 1 hónappal azelőtt?
- Volt-e tartósan hányingere, émelygése?

Általánosságban, a fenti szempontok alapján megfogalmazható egyfajta besorolás az alultápláltság kockázatára nézve:

Kis rizikót jelent, ha valaki megfelelő mennyiségben és minőségben táplálkozott és nem, vagy csak 5%-nál kevesebbet veszített a

testtömegéből. Pl. 55 kg-ról lefogyott 2 kg-ot, BMI 20-25.

Közepes rizikónak számít, ha étvágytalan és 5-10% közötti a testtömeg veszítése. Pl. 60 kg-os 4 kg-ot fogyott, vagy BMI 18,5-20 közötti.

Nagy rizikóról beszélünk, ha 10%-nál több a testtömegvesztés. 70 kg-os 8 kg-ot fogyott, és/vagy BMI kisebb 18,5, és/vagy álkapocstörés, nyelési képtelenség stb.

Bár a **biokémiai vizsgálatok** értékét (szérum összfehérje, albumin, transferrin, stb.) a különböző betegségek és gyógyszerek is befolyásolják, nyomon követésük – más paraméterekkel összefüggésben vizsgálva – mégis fontos információkkal szolgálhat a tápláltsági állapotra nézve.

Az **izomerő** vizsgálata (pl. kézszorítás marokerő-műszerrel) a statikus izomerőt, a harántcsíkolt izomzat teljesítőképességét méri, amelynek révén az erőnlétet – közvetett módon a tápláltsági állapotot is – jelzi.

„Elixír” a diétában

A dietetikusok feladata a megfelelő, személyre szabott étrend összeállítása, minél változatosabb élelmiszerekből, ételekből összeválogatva. Emellett nem ritkán szükség van a legyengült, önálló ételfogyasztásra képtelen beteg etetésére is.

Az alultáplált, étvágytalan, leromlott állapotú beteg ember egyszerre csak kevés ételmezt képes elfogyasztani. Ezért fontos, hogy viszonylag kis térfogatban – adott esetben a

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA

Hírlevél

I. évfolyam 3. szám, 2008. március

nyelési nehezítettség könnyítésére folyékony formában – nagy energia- és tápértékű táplálékot kínálunk részükre. Léteznek élelmiszerek – az ún. speciális **orvosi célra készült tápszerek** – amelyek azok számára javasoltak, akiknél a természetes étkezés valamilyen szempontból zavart vagy korlátozott, és a tápanyagok felhasználása nem kielégítő. Ezek a tápszerek, amelyek a beteg emberek diétás ellátására szolgálnak, különleges eljárással készülnek – nagy energiasűrűségűek (1 ml-nyi mennyiségük általában 1-1,5 kcal energiát tartalmaz, összehasonlításként pl. a tej 0,6 kcal/ml) és tápanyag összetételük (a fehérje-, a zsír-, a szénhidrát-, a vitamin- és az ásványi anyagtartalmuk) is optimális arányú.

A tápszerek között – tápanyagtartalom szempontjából – vannak *teljes értékűek*, amelyek orvosilag indokolt esetben kizárólagos táplálékforrással is szolgálhatnak. Léteznek azonban olyan tápszerek is, amelyek csak *egyes tápanyagok forrásai*, ezért csak kiegészítésre használhatóak.

A speciális gyógyászati célra szánt tápszerek alkalmazása mindenféleképpen javasolt az alultápláltság szempontjából nagyrizikójú esetekben, de közepes rizikó esetén is tanácsolható az étrendbe iktatásuk. Hasznos lehet tápszert fogyasztani a műtét megelőző és az azt követő időszakban egyaránt, valamint a hosszabb betegségek utáni lábadozás periódusában is. Fogyaszthatóak szájsebészeti műtéteket követően, rágási nehezítettség

mellett, és minden egyéb esetben, amikor folyékony étrendre lehet szükség. Segítségükkel rostszegény diétában, a gasztroenterológiai vizsgálatokra (pl. kolonoszkópiára) való felkészítéskor adva elkerülhető a koplalás. A felfekvések megelőzésében és kezelésében is – mint ahogyan arról már múlt havi hírlevelünkben bővebben szoltunk – a kiegészítő tápszeres táplálás indokolt lehet. A *standard tápszerek* mellett, ma már léteznek az ún. *betegség-specifikus tápszerek* is, melyek pl. cukorbetegség, bizonyos vesebetegségek esetén alkalmazhatóak. Egyes tápszerekhez patikákban is hozzá lehet jutni. Általános támogatással háziorvos felírhatja, a kiemelt támogatáshoz azonban már szakorvosi javaslat szükséges. Fontos, hogy a tápszerek kiválasztásában, adagolásában és felhasználásában mindenképpen kérje ki a dietetikus, illetve az orvos véleményét!

Az elmondottakból kitűnik, hogy az alultápláltság megelőzése, kezelése többértű, a terápiás team összehangolt munkáját, és a hozzátartozók segítő közreműködését igénylő feladat. A gyógyításban elkötelezettek megfelelő felkészültsége, táplálkozástanai képzése ezért kiemelten fontos szempont kell, hogy legyen az egészségügyben. Hiszen még egy jó tápszer is csak akkor ér célra, ha van mellé kellő szakértelem, amely megmondja,

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA

Hírlevél

I. évfolyam 3. szám, 2008. március

hogy mit, mennyit, mikor és hogyan adjunk

belőle a rászorulóknak.

IMPRESSZUM:

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA
hírlevél

kiadja:

Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

szerkesztőbizottság:

Prof. Dr. Biró György
Antal Emese (MDOSZ elnök)
Szász-Gyöző Zsuzsanna (dietetikus - MDOSZ)

lektorálta:

Prof. Dr. Biró György
Antal Emese (MDOSZ elnök)
Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége
1092 Budapest, Ferenc krt. 2-4. 3/24.
Tel.: 06 1 269-2910
Fax: 06 1 210-9075
e-mail: mdosz@mdosz.hu
www.diet.hu

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA

Hírlevél

I. évfolyam 3. szám, 2008. március

Irodalomjegyzék:

Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection. Council of Europe Publishing, 2002

Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? JPEN 1987;11: 8-13.

Kondrup J, Allsion SP, Elia M, Vellas B, Plauth M.: ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr 2003; 22: 415-21

Beck AM, Nilson Balknas U, Füst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, Melchior J-C, Mikkelsen BE, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Øien H, Ovesen L: Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. Clin Nutr 2001; 20: 455-460

Lelovics Zsuzsanna, Dr. Figler Mária.: Vegyük észre a rászorulókat!, Gyógyszerész Továbbképzés, 1 (4), 37-39, 2007.

Mendl Edina, Bodai Viktória, Lelovics Zsuzsanna: Tápláltsági állapot felmérése hemodializált betegek körében, Új Diéta, 2, 6-7, 2007.