

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ-ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

<ΑΣΚΗΣΗ, ΕΡΓΟΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ>



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (SGA) ΚΑΙ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ

ΚΟΥΙΜΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΡΙΟΣ

ΓΥΜΝΑΣΤΗΣ

ΛΑΡΙΣΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2020

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ
“THE SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (SGA) AND
NUTRITION IN A CLINICAL POPULATION OVER 65 YEARS”

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΦΩΤΕΙΝΗ ΜΑΛΛΗ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ,
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΟΥΡΑΝΙΑ ΚΩΤΣΙΟΥ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ, ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΥΠΟΤΡΟΦΟΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΒΑΡΣΑΜΑΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σύμβολα και συντμήσεις ορισμών.....	7
Περίληψη.....	8
Περίληψη στα αγγλικά.....	9
Εισαγωγή.....	10
Γενικό μέρος.....	12
Διατροφή και γήρανση.....	12
Διατροφή και νεφρικές παθήσεις.....	13
Διατροφή και άνοια.....	15
Η μεσογειακή διατροφή (MeDi) και η DASH στην αντιμετώπιση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD).....	18
Διατροφή, υποσιτισμός, κάταγμα του ισχίου. Συμπληρώματα.....	19
Ειδικό μέρος.....	23
Σκοπός.....	23
Υλικό και μέθοδος.....	23
Πρωτόκολλο άσκησης.....	23
Μεθοδολογία.....	24
Δείγμα.....	24
Αποτελέσματα.....	25
Πίνακας 1, Φύλο ασθενών.....	25
Γράφημα 1, Φύλο ασθενών.....	26
Πίνακας 2, Ηλικία ασθενών.....	26
Πίνακας 3, Σωματομετρικά χαρακτηριστικά ασθενών.....	26
Πίνακας 3, ΔΜΣ.....	27
Γράφημα 2, ΔΜΣ.....	27
Πίνακας 4, Κάπνισμα.....	27
Γράφημα 3, Κάπνισμα.....	28
Πίνακας 5, Λόγοι νοσηλείας.....	28

Γράφημα 4, Λόγοι εισαγωγής στο νοσοκομείο.....	29
Πίνακας 6, Συνοσηρότητα.....	29
Γράφημα 5, Συνοσηρότητα.....	30
Πίνακας 7, SGA Raiting.....	30
Γράφημα 6, SGA Raiting.....	31
Πίνακας 8, Απώλεια βάρους το τελευταίο εξάμηνο.....	31
Γράφημα 7, Απώλεια βάρους το τελευταίο εξάμηνο.....	32
Πίνακας 9, Απώλεια βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....	32
Γράφημα 8, Απώλεια βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....	33
Πίνακας 10, Διαιτητική πρόσληψη.....	33
Γράφημα 9, Διαιτητική πρόσληψη.....	34
Πίνακας 11, Λειτουργική ικανότητα.....	34
Γράφημα 10, Λειτουργική ικανότητα.....	35
Πίνακας 12, Λειτουργική ικανότητα τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....	35
Γράφημα 11, Λειτουργική ικανότητα τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....	36
Πίνακας 13, Η σχέση του φύλου με το SGA Raiting.....	36
Πίνακας 14, Η σχέση του φύλου με τους λόγους νοσηλείας.....	37
Πίνακας 15, Η σχέση του φύλου με τη συνοσηρότητα ΑΥ.....	37
Πίνακας 16, Η σχέση του φύλου με τη συνοσηρότητα της καρδιάς, καρδιακής ανεπάρκειας, υπέρτασης.....	38
Πίνακας 17, Η σχέση του φύλου με τη διαφοροποίηση του βάρους το τελευταίο εξάμηνο.....	38
Πίνακας 18, Η σχέση του φύλου με τη διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....	39
Πίνακας 19, η σχέση του ΔΜΣ με το SGA Raiting.....	39
Πίνακας 20, Η σχέση του ΔΜΣ με τους λόγους νοσηλείας.....	40
Πίνακας 21, Η σχέση του ΔΜΣ με τη συνοσηρότητα ΑΥ.....	40
Πίνακας 22, Η σχέση του ΔΜΣ με τη συνοσηρότητα της καρδιάς, καρδιακής ανεπάρκειας υπέρτασης.....	41
Πίνακας 23 Η σχέση του ΔΜΣ με τη διαφοροποίηση του βάρους το τελευταίο εξάμηνο.....	41
Πίνακας 24, Η σχέση του ΔΜΣ με τη διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....	42
Πίνακας 25, Η σχέση της ηλικίας με το SGA Raiting.....	43
Πίνακας 26, Η σχέση της ηλικίας με τους λόγους νοσηλείας.....	43

Πίνακας 27, Η σχέση της ηλικίας με τη συνοσηρότητα ΑΥ.....	44
Πίνακας 28, Η σχέση της ηλικίας με την συνοσηρότητα καρδιάς, καρδιακής ανεπάρκειας, υπέρτασης.....	44
Πίνακας 29, Η σχέση της ηλικίας με τη διαφοροποίηση του βάρους το τελευταίο εξάμηνο.....	45
Πίνακας 30, Η σχέση της ηλικίας με τη διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....	45
Συμπεράσματα.....	46
Συζήτηση.....	46
Βιβλιογραφία.....	48

ΣΥΜΒΟΛΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ ΟΡΙΣΜΩΝ

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

CVD: Cardiovascular Disease - Καρδιαγγειακή νόσος

SGA: Subjective Global Assessment - Συνολική Υποκειμενική Αξιολόγηση

NCD: Noncommunicable Chronic Disease μη μεταδοτική χρόνια ασθένεια

CKD: Chronic Kidney Disease - χρόνια νεφρική νόσος

GFR: Glomerular Filtration Rate - ρυθμός σπειραματικής διήθησης

DM: Diabetes Mellitus - σακχαρώδης διαβήτης

MeDi: Mediterranean Diet - Μεσογειακή διατροφή

DASH: Dietary approaches to stop Hypertension - διατροφικές προσεγγίσεις για διακοπή της υπέρτασης

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality - Οργανισμός για υγιή έρευνα και ποιότητα

MIND: MeDi – DASH

IBD: Inflammatory Bowel Disease - φλεγμονώδη νόσο του εντέρου

ESPEN: Ευρωπαϊκή Παρεντερική Εταιρία και οδηγίες εντερικής διατροφής

LOS: Length of stay - διάρκεια διαμονής

HGS: Handgrip Strength - δύναμη χειρός

EN: Enteral Nutrition - εντερική διατροφή

PN: Parenteral Nutrition - παρεντερική διατροφή

BMI: Body Mass Index - Δείκτης Μάζας Σώματος

FNIH Sarcopenia: Foundation Natural Institute of Health – ίδρυμα φυσικού ινστιτούτου υγείας

RCT: Random Clinical Trial- τυχαίες κλινικές δοκιμές

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υποκειμενική συνολική αξιολόγηση (SGA) χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί η διατροφική κατάσταση ενός ατόμου. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να προβεί στον έλεγχο και στην αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης ασθενών που έχουν ηλικία άνω των 65 ετών, μέσω του ερωτηματολογίου της (SGA) που περιέχει τη καταγραφή στοιχείων για το ιστορικό των ασθενών ενώ επίσης περιέχει τη φυσική εξέταση που θα τους επιβληθεί σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος σύμφωνα με τις οδηγίες του ερωτηματολογίου. Όλα αυτά τα στοιχεία θα συσχετιστούν μεταξύ τους και θα μας δώσουν μια σαφέστατη εικόνα και χρήσιμα συμπεράσματα για τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Στόχος είναι να αναδειχθεί ο πολύ σημαντικός ρόλος της διατροφής στην ανθρώπινη υγεία ενώ ταυτόχρονα η διατροφική αξιολόγηση να αποτελέσει ένα αυτονόητο προληπτικό έλεγχο για την διατροφική κατάσταση των ασθενών έτσι ώστε η διατροφή να αποτελεί ακόμη έναν σύμμαχο για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των διαφόρων χρόνιων παθήσεων που υπάρχουν στις ηλικίες άνω των 65 ετών. Στην μελέτη μας συμμετείχαν 36 ασθενείς (γυναίκες $n=12$ 33,3% άνδρες $n=24$ 66,7%). Οι ηλικίες τους ήταν άνω των 65 ετών με $MO=75,05$ έτη ($TA=10,13$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς είχαν φυσιολογικό βάρος και οι υπόλοιποι άνω του φυσιολογικού. Επίσης σχεδόν οι μισοί ασθενείς έχουν μέτριο επίπεδο διατροφικής πρόσληψης ενώ το 1/3 των ασθενών φαίνεται ότι έχει καλό επίπεδο διατροφικής πρόσληψης. Επιπροσθέτως βρέθηκε ότι τα 3/4 των ασθενών να έχουν χάσει λιγότερο από το 5% του σωματικού βάρους το τελευταίο εξάμηνο και το 1/5 από το 5-10% του σωματικού βάρους. Τα 2/3 του δείγματος των ασθενών δεν είχε καμιά αλλαγή στο βάρος του τις τελευταίες δύο εβδομάδες άλλα είχε σωματικό βάρος κάτω του κανονικού.

Λέξεις κλειδιά: διατροφή, ασθενείς, γήρανση, ασθένεια

SUMMARY

Subjective Global Assessment (SGA) is used to check a person's nutritional status. The purpose of this study is to test and assess the nutritional status of patients over the age of 65 through a questionnaire (SGA) that contains the recording of data on the history of patients and also contains the physical examination that will be imposed on specific parts of the body according to the instructions of the questionnaire. All these elements will be related to each other and will give us a very clear picture and useful conclusions about the nutritional status of patients. The aim is to highlight the very important role of nutrition in human health while at the same time nutritional evaluation is a self-evident preventive test for the nutritional status of patients so that nutrition is another ally for the prevention and treatment of various chronic diseases that are present in those over 65 years of age. 36 patients participated in our study (women n = 12 33.3% men n = 24 66.7%). Their ages were over 65 years with MO = 75.05 years (TA = 10.13). According to the results, less than half of the patients were normal weight and the rest were more than normal. Also, almost half of the patients have a moderate level of nutritional intake while 1/3 of the patients seem to have a good level of nutritional intake. In addition, patients were found to have lost less than 5% of their body weight in the last six months and 1/5 of 5-10% of their body weight. Two-thirds of the patients had no change in their weight in the last two weeks but had a lower body weight than normal.

Keywords: nutrition, patients, aging, disease

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέχρι το 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός των ηλικιωμένων (ατόμων άνω των 60 ετών) προβλέπεται να διπλασιαστεί από 841 εκατομμύρια έως 2 δισεκατομμύρια ή αλλιώς σε 21% του παγκοσμίου πληθυσμού [2]. Επιπλέον ο ηλικιωμένος πληθυσμός ζει περισσότερο: από το 2050 τα άτομα ηλικίας 80 ετών θα είναι 3 φορές ο πληθυσμός του 2013 φτάνοντας τα 392 εκατομμύρια [2]. Αυτή η αλλαγή στη δημογραφία είναι μια παγκόσμια πρόκληση και μπορεί να επηρεάσει την οικονομία την πολιτική την εργασία και την δημοσία υγεία. Επιπλέον όχι μόνο οι ενήλικες θα ξεπερνούν τα μικρά παιδιά για πρώτη φορά στην ιστορία αλλά το μεγαλύτερο μέρος αυτής της αύξησης του πληθυσμού θα συμβεί στις αναπτυσσόμενες χώρες [3]. Κατά τη διάρκεια του 2013-20100 το ήμισυ της αύξησης του παγκοσμίου πληθυσμού θα συμβεί στην Νιγηρία, Ινδία, Ενωμένη Δημοκρατία της Τανζανίας, Δημοκρατική Δημοκρατία του Κονγκό, Νίγηρας Ουγκάντα, Αιθιοπία και Ηνωμένες Πολιτείες[4]. Επειδή οι αναπτυσσόμενες χώρες βιώνουν δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβάσεις πιο γρηγορά , πολλές περιοχές δεν είναι εξοπλισμένες για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της γήρανσης του πληθυσμού [5].

Ο στόχος της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού δεν είναι μόνο η αύξηση των ετών ζωής αλλά επίσης και το σημαντικότερο η παράταση των υγείων ενεργών ετών. Δυστυχώς οι χρόνιες ασθένειες γίνονται όλο και πιο συχνές με την ηλικία και συχνά θεωρείται αναπόφευκτο μέρος της γήρανση. Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι η εξάλειψη των κυρίων παραγόντων κίνδυνου για χρόνια ασθένεια (κάπνισμα, έλλειψη άσκησης, κακή διατροφή) θα μείωνε τον κίνδυνο εμφάνισης CVD, εγκεφαλικού επεισοδίου, και τύπου 2 διαβήτης κατά 80% [6]. Η κατανάλωση ενέργεια και το σωματικό βάρος επηρεάζουν επίσης τη μακροζωία και την ποιότητα των γηρατειών [7].

Η διατροφή είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητου ηλικίας και ομάδας όμως στη γήρανση η διατροφή παίζει πολύ σημαντικό ρολό. Η διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας για την υγιή γήρανση αλλά και την παράταση ενεργών ετών. Επιπλέον οι χρόνιες ασθένειες που γίνονται ολοένα και πιο συχνές σε αυτή την ηλικία έχουν ιδιαίτερες διατροφικές απαιτήσεις. Με τη σωστή διατροφή είναι πολύ πιθανή η εξάλειψη των κυρίων παραγόντων των ασθενειών αυτών. Για να μπορέσει να υπάρξει όμως η καταλληλότερη διατροφή για τον έκαστο ασθενή και να μπορεί να καλύψει τις απαιτήσεις της εκάστοτε ασθένειας που έχει , θα πρέπει να υπάρχει και να μπορεί να εφαρμόζεται μια αξιόπιστη και έγκυρη μέθοδος αξιολόγησης της διατροφικής κατάστασης των νοσοκομειακών χειρουργικών ασθενών.

SGA (ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ)

Η υποκειμενική συνολική αξιολόγηση είναι μια πολύ χρήσιμη εξέταση και μια αξιόπιστη και έγκυρη μέθοδος αξιολόγησης της διατροφικής κατάστασης των νοσοκομειακών χειρουργικών ασθενών. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται και περιγράφεται αυτή η κλινική τεχνική αξιολόγησης της διατροφικής κατάστασης των ασθενών. Η (SGA) είναι μια τεχνική η οποία αξιολογεί τη διατροφική κατάσταση με βάση τα χαρακτηριστικά του ιστορικού των ασθενών και τη σωματική εξέταση που τους γίνεται. Η SGA είναι πλέον μια καλά μελετημένη και καταξιωμένη μέθοδος εκτίμησης και αξιολόγησης της διατροφικής κατάστασης των ασθενών και με τα στοιχεία που παρέχει χρησιμεύει σαν οδηγός και μας δίνει χρήσιμες πληροφορίες για την διατροφική κατάσταση των ασθενών.

Η δοκιμασία διενεργείται με ερωτηματολόγια τα οποία αποτελούνται από τρία σκέλη. Το πρώτο σκέλος είναι το ιστορικό του ασθενούς, το δεύτερο σκέλος έχει σχέση με τη φυσική εξέταση του ασθενούς και το τρίτο σκέλος του ερωτηματολογίου έχει γενικές πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς. Όλα αυτά τα στοιχεία και αυτές οι πληροφορίες θα συσχετιστούν και θα μας δώσουν χρήσιμα αποτελέσματα σχετικά με τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ

Η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για μη προβλέψιμες ασθένειες (NCD) όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος, καρδιαγγειακή νόσος, διαβήτης τύπου 2, γνωστική μείωση, άνοια και καρκίνος [8] τα οποία έχουν υψηλό κόστος διάγνωσης, θεραπείας και φροντίδας. Ως εκ τούτου η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί σοβαρές ανησυχίες σχετικά με τη δημοσιονομική ακεραιότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης [9]. Οι εκτιμήσεις δείχνουν επίσης ότι η οικονομική επιβάρυνση επι του παρόντος κλίνει προς τις πλούσιες βιομηχανικές χώρες λόγω των σχετικά υψηλών εισοδημάτων τους, των υψηλών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και γήρανσης του πληθυσμού τον τελευταίο μισό αιώνα [9]. Για να υπολογίσουμε συνολικά το βάρος των NCD που σχετίζονται με την ηλικία και άλλες ασθένειες είναι δύσκολη υπόθεση. Πολλές NCD είναι εμφανείς έως τη μέση ηλικία σε βιομηχανικές χώρες και αναγνωρίζονται κλινικά μόνο όταν φτάσει ένα άτομο σε μια προχωρημένη ηλικία έχοντας πάρει πολλά χρόνια για να αναπτυχθεί. Επιπλέον η συνολική επιβάρυνση των NCD και η συγκεκριμένες χρόνιες ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία είναι αιτίες για την αύξηση της αναπηρίας και το θάνατο, μείωση της συνεισφοράς στην εργασία και της παραγωγικότητας εξαιτίας του χρόνου που απαιτείται για την φροντίδα του άρρωστου μέλους της οικογένειας [10].

Αν και η οικονομική αναδιοργάνωση της υγείας είναι από τους πιο απαραίτητους πόρους, θα ήταν πολύ καλή και βοηθητική μια αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας με έμφαση στις προληπτικές προσεγγίσεις επιλογής του τρόπου ζωής για τις NCD και άλλες ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία και απαιτείται φροντίδα για μια βιώσιμη, εφικτή και προσιτού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης [11]. Πρέπει επομένως να αναθεωρήσουμε τα τρέχοντα στοιχεία στην επιστήμη διατροφικών μεθόδους υγιούς γήρανσης που συνεπάγεται με αυξημένα ενεργά χρόνια ζωής ενώ πρέπει να εστιάσουμε και σε ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφή στον ηλικιωμένο πληθυσμό [1]. Ο στόχος της υγιούς γήρανσης δεν είναι μόνο η αύξηση των ετών ζωής αλλά επίσης και η παράταση των υγιών ενεργών ετών. Δυστυχώς οι χρόνιες ασθένειες γίνονται όλο και πιο συχνές με την ηλικία και πιο συχνά θεωρούνται αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης. Ωστόσο η συσσώρευση έρευνας δείχνει ότι η εξαιτίας της αύξησης του επιπολασμού πολλών από αυτών των καταστάσεων σε νεότερες ηλικίες, είναι όχι μια φυσιολογική λειτουργία της γήρανσης αλλά μάλλον μια συνέπεια ανεπαρκούς πρακτικής σημαντικών συμπεριφορών υγείας. Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι η εξάλειψη των κύριων παραγόντων κινδύνου για χρόνια ασθένεια (κάπνισμα, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, κακή διατροφή) θα μείωνε το κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου,

και τύπου 2 διαβήτη κατά 80% [6]. Αυτός ο τομέας χρειάζεται πρόσθετη έρευνα για να διευκρινιστεί αναλυτικότερα ο ρόλος της διατροφής στη βελτίωση της γήρανσης.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την επανεξέταση των μελετών για τις επιπτώσεις των διάφορων διατροφικών παρεμβάσεων για την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου πέτρας στα ούρα και την υποτροπή τους, διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο του σχηματισμού πέτρας στα ούρα αλλά δεν υπάρχει οριστική συναίνεση στη βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαιτητικών παρεμβάσεων και συστάσεων σχετικά με συγκεκριμένες δίαιτες γι' αυτούς του ασθενείς. Τα συμπεράσματα που υπήρξαν για τα γενικά μέτρα που πρέπει να έχουν οι ασθενείς αυτοί είναι ότι θα πρέπει να προβούν σε αξιολόγηση της κατάστασης, να προσέχουν τη διατροφή τους, ενώ βασικός παράγοντας της συντηρητικής διαχείρισης είναι η αναγκαστική αύξηση στην πρόσληψη υγρών για επίτευξη ημερησίας ούρησης 2 λίτρων. Στην υπερκαλοουρία δίαιτες με περιεκτικότητα σε ασβέστιο >1g / ημέρα (και χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο και πρωτεΐνες) θα μπορούσε να είναι προστατευτική έναντι του κινδύνου σχηματισμού λίθων. Επίσης ο περιορισμός του διαιτητικού άλατος είναι χρήσιμος για τον περιορισμό του ασβεστίου στα ούρα και επομένως μπορεί να είναι χρήσιμος για την πρωτοβάθμια και δευτερογενή πρόσληψη στη νεφρολιθίαση. Η χαμηλή φυσιολογική πρόσληψη πρωτεΐνης μειώνει την καλυουρία και θα μπορούσε να είναι χρήσιμη για την πρόληψη και τη διατήρηση της οστικής μάζας. Τα ω3 λιπαρά οξέα και το πίτουρο διαφορετικής προελεύσεως μειώνουν την καλσιουρία, αλλά η επίδραση τους στην πρόληψη του κινδύνου της πέτρα στα ούρα είναι αβέβαιη. Τα αθλητικά ποτά δεν έχουν επίδραση στη πρόληψη κινδύνου της πέτρας στα ούρα. Στην υπεροξαλοουρία μια δίαιτα χαμηλή σε οξαλικό και πρόσληψη ασβεστίου από κανονική έως υψηλή (800-1200mg / ημέρα για ενήλικες) μειώνει την απέκκριση οξαλικού στα ούρα, αντίθετα η δίαιτα πλούσια σε οξαλικό και η δίαιτα χαμηλή σε ασβέστιο αυξάνει το οξαλικό στα ούρα. Ένας περιορισμός στη πρόσληψη της πρωτεΐνης μπορεί να μειώσει την απέκκριση οξαλικού στα ούρα αν και μια χορτοφαγική διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του οξαλικού ουροποιητικού. Η προσθήκη πίτουρου σε δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε οξαλικά άκυρα επηρεάζει την επίδραση της μείωσης του οξαλικού ούρων. Η πρόσληψη πυριδοξίνης μειώνει την απέκκριση οξαλικού. [12]

Στην υποκυτταρίτιδα η χορήγηση αλκαλικών κιτρικών συνίσταται για την ιατρική θεραπεία νεφρικών πετρών που σχηματίζουν υποκυτταρίτιδα αν και η συμμόρφωση σε αυτή τη θεραπεία περιορίζεται από γαστρεντερικές παρενέργειες και κόστος. Αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (εξαιρουμένων

εκείνων με υψηλή περιεκτικότητα σε οξαλικό) αυξάνει την έκκριση των κιτρικών και συνεπάγεται με σημαντική προστασία από τον σχηματισμό λίθων. Επίσης τα εσπεριδοειδή και μη εσπεριδοειδή είναι φυσικές πηγές διαιτητικών κιτρικών, και έχουν γίνει πολλές μελέτες που έδειξαν την δυνατότητα αυτών των φρούτων ή και των χυμών τους στην αύξηση επιπέδου κιτρικού στα ούρα.[12]

Ηλικιωμένοι: Σε ηλικιωμένους ασθενείς οι διατροφικές συμβουλές για την πρόληψη της πέτρας στα νεφρά θα πρέπει να εξεταστούν κάποιες συγκεκριμένες πτυχές της γήρανσης. Συνίσταται υψηλότερη πρόσληψη καλίου, μαγνησίου, κιτρικού άλατος για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου για σχηματισμό λίθων αλλά και για την πρόληψη της απώλειας της οστικής μάζας και συχνότητας υπέρτασης, αν και η περισσότερη αιμοδυναμική ευαισθησία στη πρόληψη νατρίου και μειωμένη νεφρική λειτουργία των ηλικιωμένων πρέπει να ληφθούν υπόψιν. Μια δίαιτα πλούσια σε ασβέστιο (1200mg/ημέρα) είναι χρήσιμη για τη διατήρηση της σκελετικής ευεξίας και για την πρόληψη των νεφρών αν και ένα υψηλότερο συμπλήρωμα θα μπορούσε να προκαλέσει αύξηση του κινδύνου τόσο για το σχηματισμό λίθων στα νεφρά όσο και για καρδιαγγειακά νοσήματα. Χαμηλότερης περιεκτικότητας σε ζωικές πρωτεΐνες σε συνδυασμό με υψηλότερη πρόσληψη φυτικών προϊόντων, μειώνουν το φορτίο οξέος ενώ δεν υπάρχουν ιδιαίτερες αντενδείξεις στους ηλικιωμένους ασθενείς αν και συνολικά η διατροφική κατάσταση πρέπει να διατηρηθεί.[12]

Στη διατροφή των διαβητικών ασθενών πρέπει οι υδατάνθρακες να μην υπερβαίνουν το 45% της ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων. Ωστόσο εάν προέρχονται από φυτικές ίνες και έχουν χαμηλό γλυκαιμικό ευρετήριο αυτό το ποσοστό μπορεί να φτάσει το 60%. Ο κίνδυνος λευκωματουρίας είναι μεγαλύτερος σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλης ποσότητας πρωτεϊνών στην καθημερινή τους διατροφή. Αυτός ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα υψηλός σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν το 20% ή περισσότερη από την καθημερινή τους ενέργεια από πρωτεΐνες. Αυτός ο κίνδυνος μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερος σε άτομα που πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση. Έχει αποδειχθεί ότι η μείωση της καθημερινής πρόσληψης της πρωτεΐνης σε 0,6g - 0,7g / ημέρα οδηγεί σε μείωση της εξέλιξης της CKD κατά 44% [13]. Σε όλους τους ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια η καθημερινή κατανάλωση πρωτεΐνης πρέπει να μειωθεί στα 0,8-1g /kg σωματικής μάζας σώματος[14.15]. Εάν το GFR είναι κάτω από 60ml/ min / /1,73m² και σε περίπτωση εμφάνισης πρωτεϊνουρίας πρέπει να είναι λιγότερο από 0,8g/kg σωματικής μάζας το περίπου 10% πρόσληψης θερμίδων[16]. Οι ασθενείς χωρίς αλβουμινουρία πρέπει να αποφεύγουν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες ειδικά τις ζωικές. Οι πρωτεΐνες πρέπει να φτάσουν έως και το 20% της διατροφής τους και γιαυτό θα πρέπει να περιοριστούν οι πρωτεϊνικές τροφές σε ένα γεύμα την ημέρα. Ο προτιμώμενος τύπος πρωτεΐνης είναι αυτός που προέρχεται από τα φυτά[16]. Μείωση της πρόσληψης αλατιού είναι μια αποδεδειγμένη υποτασική παρέμβαση που έχει καρδιαγγειακά και νεφρικά οφέλη και ως εκ τούτου οι ασθενείς με διαβήτη θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο μείωσης της ημερήσιας πρόσληψης αλατιού

σε 5-6g ή ακόμη και λιγότερων για να επιβραδύνει την εξέλιξη της νεφρικής ασθένειας[17]. Επιπλέον η παχυσαρκία και η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της διαβητικής νεφροπάθειας[18]. Έτσι η μείωση της πρόσληψης θερμίδων και η μείωση της πρόσληψη αλκοόλ μπορεί να ωφελήσει αυτούς τους ασθενείς σε μεγάλο βαθμό. Πολλοί ερευνητές έχουν αποδείξει ότι τα αντιοξειδωτικά διατροφής έχουν θετική επίδραση στη νεφρική λειτουργία στη διαβητική νεφροπάθεια[19.20] το ίδιο συμβαίνει και με την σωματική άσκηση[21]. Το κάπνισμα είναι ανεξάρτητος παράγοντας ανάπτυξης και εξέλιξης του CKD σε DM ασθενείς τύπου 2 [22]. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο της διαβητικής νεφροπάθειας[19]. Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται, η διαβητική νεφροπάθεια θα είναι όλο και πιο συχνό φαινόμενο, επομένως οι γιατροί θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσουν αυτό το πρόβλημα από τα πρώτα στάδια του. Διαφοροποίηση φυσιολογικής πορείας γήρανσης και νεφροπάθειας σε διαβητικό ασθενή θα πρέπει να εκτελείται ευρέως. Ο εκφυλισμός των νεφρών που προκαλείται από η γήρανση είναι αναπόφευκτη και η πλήρης ανάρρωση από ήδη ανεπτυγμένη νεφρική νόσος είναι αδύνατη, αλλά μια επαρκής θεραπεία σε συνδυασμό με τις κατάλληλες ενέργειες μπορεί να επιβραδύνουν σημαντικά την ανάπτυξη του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Έγκαιρη ανίχνευση και ιατρική περίθαλψη στους ηλικιωμένους ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια είναι ένας από τους βασικά στοιχεία της «υγιούς γήρανσης»[23].

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΝΝΟΙΑ

Μια μεσογειακή δίαιτα MeDi μπορεί να βοηθήσει στην προστασία από την άνοια. Η συγκεκριμένη δίαιτα βασίζεται στη υψηλή πρόσληψη λαχανικών, φρούτων, οσπρίων, πατάτας, δημητριακά ολικής αλέσεως, και ξηρών καρπών σε συνδυασμό με χαμηλή -μέτρια κατανάλωση ψαριών, πουλερικών, κόκκινου κρέατος και κρασιού. Το ελαιόλαδο είναι η κύρια πηγή ακόρεστων λιπαρών οξέων[24]. Σε αρκετές πρόσφατες μελέτες για τον πληθυσμό, μια μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με βραδύτερη γνωστική μείωση, μειωμένος κίνδυνος AD, μετάβαση μεταξύ ήπιας γνωστικής εξασθένησης (MCI) σε AD και μείωση θνησιμότητα σε ασθενείς με AD [25.26]. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτών των πληθυσμιακών μελετών επιβεβαιώνονται από συστηματικές κριτικές και μετα-αναλύσεις που δείχνουν ότι η τήρηση της μεσογειακής διατροφής σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο γνωστικής πτώσης, MCI, AD και εξέλιξης από MCI σε AD [27.28]. Σε μια μελέτη έξι χρόνων που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία διαπιστώθηκε μείωση της ανάπτυξης της αδυναμίας σε ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες που τηρούσαν τη μεσογειακή διατροφή [29]. Επιπλέον, στη μελέτη FINGER διαπιστώθηκε επιβραδυντική γνωστική μείωση σε ηλικιωμένα άτομα χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό μεσογειακής διατροφής, άσκησης, κοινωνικοποίησης, ηλεκτρονικών παιχνιδιών και θεραπεία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου [30]. Σε

μια πρόσφατη δοκιμή τυχαιοποιημένου ελέγχου (RCT) με 6.5 χρόνια παρακολούθησης, διατροφική παρέμβαση με βελτιωμένο MeDi, συμπεριλαμβανομένου του εξαιρετικού παρθένου ελαιόλαδου ή οι ξηροί καρποί φαινόταν να βελτιώνουν την παγκόσμια γνώση [31]. Αυτά τα στοιχεία επιβεβαιώνουν ότι ένα διατροφικό μοντέλο με βάση τη μεσογειακή διατροφή, που χαρακτηρίζεται από υψηλότερη πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων (MUFA), n-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, ψάρια, υψηλά επίπεδα αντιοξειδωτικών από φρούτα και λαχανικά και αλκοόλ ότι η κατανάλωση σε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα όλων αυτών των διατροφικών στοιχείων μπορεί να έχει προστατευτική δράση κατά της AD και της άνοιας [25]. Αυτές οι μελέτες αποδίδουν την αποτελεσματικότητα κυρίως στο εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο[38].

Άλλες θεωρούμενες δίαιτες όπως η σκανδιναβική διατροφή συσχετίστηκαν με προληπτικά αποτελέσματα κατά της γνωστικής εξασθένησης. Αυτή η διατροφή βασίζεται σε τοπικά προϊόντα των σκανδιναβικών χωρών που αυξάνουν τις πολυφαινόλες και τα αντιοξειδωτικά. Επιπλέον βασίζεται σε σίκαλη, βρόμη και κριθάρι ως προϊόντα σιτηρών. Η πηγή ακόρεστων λιπαρών οξέων είναι ελαιοκράμβη[32]. Στην Ασία επίσης μια διατροφή που χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση φρούτων, ξηρών καρπών, σπόρων, τσαγιού, λαχανικών, οστρακοειδή, γάλα και ψάρια συσχετίστηκαν αντιστρόφως ανάλογα με τον επιπολασμό της αδυναμίας[33].

Σε οποιαδήποτε από τις προαναφερθείσες δίαιτες τα φρούτα και τα λαχανικά φάνηκαν να διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της γνωστικής παρακμής. Αυτό σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά τους επειδή είναι πλούσιες σε βιταμίνες μέταλλα και αντιοξειδωτικά, έχουν χαμηλή ενεργειακή πυκνότητα και είναι πηγές διαιτητικών ινών[34,35]. Αυτές οι ενώσεις μπορούν να ρυθμίσουν διαφορετικές διεργασίες όπως αποτοξινωτικά ένζυμα, υποστηρίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα, ρυθμίζουν τη σύνθεση χοληστερόλης και ενεργούν ως αντιοξειδωτικά[36]. Επιπροσθέτως αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη πρόσληψη λαχανικών σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο άνοιας και βραδύτερο ρυθμό γνωστικής μείωσης σε μεγαλύτερες ηλικίες[34,35,37].

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην ανάπτυξη της γνωστική επιδείνωσης είναι ότι το οξειδωτικό στρες και η προστασία μιτοχονδρίων θα μπορούσε να είναι σημαντικός στόχος για την πρόληψη της θεραπείας και την άνοια. Αυτή η σχέση έχει διερευνηθεί ειδικά στην περίπτωση της άνοιας του αλτσχάιμερ. Κατά συνέπεια η αύξηση των αντιοξειδωτικών στη διατροφή μπορεί να είναι από τις θεραπευτικές στρατηγικές για τη διαχείριση των ασθενών αυτών. Υπάρχουν μελέτες που έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα των αντιοξειδωτικών στη ρύθμιση του οξειδωτικού στρες. Από την άλλη πλευρά η ακατάλληλη χρήση αντιοξειδωτικών θα μπορούσε να έχει παρενέργειες και τοξικότητα σε υψηλές δόσεις. Ωστόσο απαιτούνται περισσότερες μελέτες και κλινικές δοκιμές για την αύξηση των κλινικών στοιχείων[38].

Ένα άλλο διατροφικό σύμπλεγμα με δυνατότητα μείωσης του κινδύνου άνοιας είναι το DASH(Dietary approaches to stop Hypertension, διατροφικές προσεγγίσεις για διακοπή της υπέρτασης). Αυτή η δίαιτα αποτελείται από συνδυασμό υψηλής πρόσληψης σε λαχανικά και φρούτα και χαμηλής πρόσληψης λιπαρών. Η DASH βρέθηκε ότι μειώνει την αρτηριακή πίεση το ίδιο αποτελεσματικά όσο και το φάρμακο για μονοθεραπευτικές δοκιμές υπέρτασης[39]. Η αρτηριακή πίεση είναι ένας παράγοντας για το ποια δίαιτα θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο άνοιας. Ένας οργανισμός υγειονομικής περιθάλψης (AHRQ) σε συστηματική ανασκόπηση το 2017 βρήκε θετικά στοιχεία από προοπτικές μελέτες κοόρτης και μικτά αποτελέσματα από RCTs σχετικά με τη σχέση της διαχείρισης της αρτηριακής πίεσης και τον κίνδυνο άνοιας[40]. Επιπλέον έχει αποδειχτεί ότι η DASH έχει συσχετιστεί με καλύτερη γνωστική δοκιμαστική απόδοση[41] καθώς και βραδύτερη γνωστική μείωση[42] σε προοπτική μελέτη κοόρτης.

Η δίαιτα MIND (μεσογειακή δίαιτα MeDi, DASH για νευροεκφυλιστική καθυστέρηση) είναι μια μικτογενής δίαιτα μεταξύ των μεσογειακής και της DASH και εστιάζει σε φυτικά τρόφιμα και περιορισμένης πρόσληψης κορεσμένων λιπών παρόμοιες με τις δίαιτες της μεσογειακής και της DASH. Σε αντίθεση όμως με αυτές τις δύο δίαιτες η MIND καθορίζει την κατανάλωση πράσινων φυλλωδών λαχανικών και μούρων και δεν προσδιορίζει την υψηλή κατανάλωση φρούτων την ημέρα (3-4 μερίδες/ημέρα και στις δύο DASH και μεσογειακή) υψηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων (2+μερίδες/ημέρα σε DASH), υψηλή κατανάλωση πατάτας (2 μερίδες/ημέρα μεσογειακή) ή υψηλή κατανάλωση ψαριών (>6 γεύματα/εβδομάδα σε μεσογειακή)[43]. Σε μελέτη με 960 συμμετέχοντες αναφέρθηκε η κατανάλωση μιας καθημερινής μερίδας πράσινων φυλλωδών λαχανικών σχετίζεται με βραδύτερη γνωστική μείωση της παγκόσμιας γνωστικής βαθμολογίας για γνωστικές δοκιμές σε διάστημα 5 ετών. Εξετάστηκαν θρεπτικά συστατικά όπως η βιταμίνη K, λουτεΐνη, νιτρικά άλατα, φολικό οξύ, καμπεφερόλη, και άλφα-τοκοφερόλη και το καθένα συσχετίστηκε με βραδύτερη γνωστική μείωση[44]. Αυτό σύμφωνα με τα προηγούμενα ευρήματα δείχνει ότι η υψηλή πρόσληψη λαχανικών (αλλά όχι η πρόσληψη φρούτων) σχετίζεται με βραδύτερο ρυθμό γνωστικής μείωσης των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα άτομα που κατανάλωσαν 2 ή και περισσότερες μερίδες λαχανικών ημερησίως ισοδυναμούσαν με 5 χρόνια νεότερης ηλικίας σε γνωστικές δοκιμές[45].

Από τους διαφορετικούς τύπους λαχανικών τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά έδειξαν τον ισχυρότερο συνδυασμό[45]. Επιπλέον σε μια άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η υψηλή και μέτρια προσήλωση στη MIND σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη κινδύνου άνοιας[43]. Υπάρχουν λόγοι και υποψίες ότι μελέτες σχετικά με την διατροφή και την άνοια θα μπορούσαν να εκτιμήσουν εσφαλμένα και για τις δύο περιπτώσεις την πραγματική επίδραση της διατροφής στο κίνδυνο της άνοιας. Οι περισσότερες μελέτες διερεύνησης έχουν συσχετιστεί μεταξύ διατροφής και κινδύνου άνοιας σε ηλικιωμένα άτομα, στους οποίους μπορεί να είναι περιορισμένη η δυνατότητα τροποποίησης της πορείας της νόσου με τη διατροφή.

Εάν αυτές οι παρεμβάσεις γινόταν σε νεαρότερη ηλικία, η επίδραση της διατροφής στη γνωστική μείωση μπορεί να ήταν μεγαλύτερη από αυτή που παρατηρείται στις μέχρι τώρα μελέτες[46]. Τέλος αν και τα περισσότερα εργαλεία διατροφικής αξιολόγησης έχουν κάποια εγκυρότητα στην απεικόνιση των δια βίου συμπεριφορών ακόμα και όταν καταγράφονται στο τέλος της ζωής τους μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν επαρκώς τις χρονικές διακυμάνσεις στη διατροφή από ένα έτος σε ετήσια βάση και δεν είναι σαφές εάν η διατροφική πρόσληψη κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων κρίσιμων περιόδων μπορεί να επηρεάσει τον κίνδυνο άνοιας σε μεγαλύτερο βαθμό παρά σε άλλες χρονικές περιόδους[47].

Η μεσογειακή δίαιτα (MeDi) και η DASH στην αντιμετώπιση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD)

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ασθενών με IBD (Inflammatory Bowel Disease, φλεγμονώδη νόσου του εντέρου) αυξάνεται επίσης και πρέπει να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της διαχείρισης αυτής της πληθυσμιακής ομάδας. Δεδομένου ότι υπάρχουν πολλές σημαντικές διαφορές στα κλινικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ασθενών με IBD, θα πρέπει να γίνει η κατάλληλη διατροφική παρέμβαση η οποία αποτελεί ένα κρίσιμο στοιχείο της θεραπείας. Παρόλο που δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με τη συγκεκριμένη θεραπευτική επίδραση της οποιαδήποτε διατροφής κατά τη διάρκεια της IBD, φαίνεται λογικό λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα που παρουσιάζονται σε αυτή την εργασία να προωθήσει ενεργά μια υγιεινή διατροφή σε ηλικιωμένους ασθενείς με IBD με ιδιαίτερη έμφαση στο DASH ή στη μεσογειακού τύπου διατροφή. Ασθενείς με IBD > 60ετών διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής ασθένειας, διαβήτη τύπου 2 και αρτηριακής υπέρτασης. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο αυτά τα δύο παρόμοια είδη διατροφής μπορούν να καλύψουν όχι μόνο διατροφικές απαιτήσεις που χαρακτηρίζουν μια χρόνια φλεγμονώδη κατάσταση, αλλά λόγω των αντιφλεγμονωδών ιδιοτήτων τους μπορούν να βελτιώσουν τις μεταβολικές ανωμαλίες που είναι χαρακτηριστικές σε ηλικιωμένους. Επομένως φαίνεται λογικό να υποστηρίξουμε αυτούς τους τύπους δίαιτας παράλληλα με την κλασική θεραπεία του IBD και ακόμη και ανεξάρτητα από τις επακόλουθες γαστρεντερικές διαταραχές ή οποιαδήποτε άλλη ασθένεια ο μόνος θεωρητικός περιορισμός της DASH ή της μεσογειακής διατροφής στο IBD είναι το υψηλό ποσό των δημητριακών ολικής αλέσεως, ξηρών καρπών και σπόρων οσπρίων που μπορούν να διεγείρουν το έντερο με περισταλτικότητα και να αυξήσουν τη συχνότητα των κινήσεων του εντέρου. Γι' αυτό συνίσταται η κατανάλωση των συγκεκριμένων τροφών κατά τη διάρκεια μια έκρηξης IBD, ενώ σε ασθενείς με ύφεση θα πρέπει να καθοριστεί ατομικά η ποσότητα αυτών των προϊόντων που μπορούν να προσλάβουν.[48]

ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ - ΚΑΤΑΓΜΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ-ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ

Ο υποσιτισμός είναι ένα πρόβλημα υγείας που ερευνάται πολύ στη γηριατρική έρευνα[50.51] ενώ έχει μεγάλη επίδραση σε ηλικιωμένα άτομα. Αυξάνει τις δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη και σχετίζεται με υψηλή θνησιμότητα. Η διατροφική παρέμβαση βοηθά στην πρόληψη επιπλοκών σε γηριατρικούς ασθενείς με κάταγμα του ισχίου. Στη συγκεκριμένη μελέτη γίνεται προσπάθεια για την αξιολόγηση της κατάστασης των ηλικιωμένων με κάταγμα του ισχίου, τι επιπλοκές έχει καθώς και τη θνησιμότητα από αυτό το πρόβλημα υγείας[49].

Τα αποτελέσματα από μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με κάταγμα του ισχίου έχουν ανθρωπομετρικούς δείκτες υποσιτισμού. Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα με χειρότερη διατροφική κατάσταση έχουν περισσότερες επιπλοκές και αυξημένη θνησιμότητα. Υπάρχει μεταβλητότητα σε σχέση με τους κύριους στόχους και το είδος της διατροφικής παρέμβασης και στην ποσότητα των θερμίδων που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτές τις μελέτες. Παρόλα αυτά όμως είναι όμως είναι αποδεδειγμένη και βέβαιη ότι η συνολική διατροφική παρέμβαση συμβάλει στη μείωση των επιπλοκών και αποφυγής απώλειας βάρους σε ηλικιωμένα άτομα με κάταγμα του ισχίου[49].

Ο επιπολασμός του υποσιτισμού σε ηλικιωμένους οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στη κακή διατροφική πρόσληψη, η οποία είναι λιγότερη από αυτή που απαιτείται[50]. Η κακή διατροφική πρόσληψη οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως σε αλλοιώσεις σε αισθητήρια όργανα, απώλεια δοντιών, έλλειψη κύριου φροντιστή, και σε ορισμένες περιπτώσεις σε αρνητικές επιπτώσεις φαρμάκων[52]. Αυτές οι αλλαγές στη διατροφική πρόσληψη στο γηριατρικό σύνδρομο που ορίζεται ως ανορεξία της γήρανσης[53]. Τα ελλείματα των θερμίδων ή των πρωτεϊνών μπορούν να συμβάλουν στη παθοφυσιολογία καταγμάτων, επειδή αποτελούν βασικές αιτίες για τη σαρκωπενία και την οστεοπόρωση η οποία μειώνει την αντίσταση των οστών στο τραύμα αυξάνοντας τον κίνδυνο κατάγματος[54].

Αυτή η μεταβλητότητα στις παραμέτρους διατροφικής κατάστασης σε ασθενείς με κάταγμα του ισχίου είναι ο λόγος της έλλειψης παγκόσμιας συναίνεσης ως προς το καλύτερο μέτρο για τη διάγνωση υποσιτισμού πρωτεΐνης-ενέργειας και περιορίζει τη σύγκριση διαφόρων μελετών και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να καθυστερήσει την κλινική απόφαση για συνταγογράφηση διατροφικής θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς[49].

Σε αρκετές μελέτες παρατηρήθηκε χαμηλότερη βαθμολογία σε δείκτες διατροφής όπως ο ΔΜΣ σε γηριατρικούς ασθενείς που πέθαναν μετά από κάταγμα του ισχίου σε σύγκριση με εκείνους που έζησαν[55]. Όμως θα μπορούσε να μειωθεί η θνησιμότητα με επαρκή διατροφική παρέμβαση[56]. Επιπλέον ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι εάν το συμπλήρωμα διατροφής ενδείκνυται για όλους τους ασθενείς με κάταγμα του ισχίου ή μόνο για ασθενείς με υποσιτισμό. Τα συμπληρώματα

απέτρεψαν την απώλεια βάρους τόσο σε υποσιτισμένους όσο και σε μη υποσιτισμένους ασθενείς. Αυτή η συσχέτιση σχετίζεται άμεσα με τη χορηγούμενη δόση[57]. Μια υψηλότερη πρόσληψη πρωτεΐνης σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο επιπλοκών μετά τη χειρουργική επέμβαση[58] και μειωμένη επαρκής πρόσληψη ενέργειας την ανάπτυξη επιπλοκών και συσχέτιστηκε με μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο[59]. Επομένως τα αποτελέσματα αυτής της επισκόπησης υποστηρίζουν τις ενδείξεις της Ευρωπαϊκής Παρεντερικής Εταιρίας και οδηγίες εντερικής διατροφής (ESPEN) σύμφωνα με τις οποίες οι ηλικιωμένοι ενήλικες ασθενείς με κάταγμα του ισχίου θα πρέπει να λαμβάνουν συμπληρώματα διατροφής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους[60].

Ο επιπολασμός του υποσιτισμού είναι πολύ υψηλός στους ηλικιωμένους ενώ αυξάνεται περισσότερο σε συνδυασμό με τις συνοσηρότητες σε γηριατρικούς ασθενείς. Ο υποσιτισμός σχετίζεται με λειτουργικές αλλοιώσεις και αυτό μπορεί να είναι η αιτία καθώς και η συνέπεια για την ύπαρξη καταγμάτων. Η πρόληψη του υποσιτισμού θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση της συχνότητας των καταγμάτων καθώς και στη καλύτερη λειτουργική ανάκαμψη μετά από κάταγμα του ισχίου. Πολλές εκστρατείες πρόληψης πτώσης καθώς και συμβουλές για υγιή και ενεργή γήρανση έχουν συμβάλει στη μείωση συχνότητας καταγμάτων του ισχίου. Η τήρηση και η συμπερίληψη στα σχέδια φροντίδας στους γηριατρικούς ασθενείς με κάταγμα του ισχίου καθώς και των κατάλληλων διατροφικών αξιολογήσεων θα μπορούσε να έχει σημαντική συμβολή στην καλύτερη λειτουργική ανάκαμψη και στη μείωση της θνησιμότητας.[49]

Η υγιή γήρανση είναι ένας σημαντικός στόχος τόσο των Ευρωπαϊκών όσο και των παγκόσμιων αρχών[61,62] ενώ με την αυξανόμενη διάρκεια ζωής στους περισσότερους δυτικούς πληθυσμούς, είναι πολύ σημαντικό να αποφευχθεί η αναπηρία όσο το δυνατόν περισσότερο. Η σαρκοπενία είναι μια μυϊκή πάθηση που σχετίζεται με την ηλικία που είναι συχνά πρόδρομος της αδυναμίας, της κινητικής αναπηρίας και του πρόωρου θανάτου. Εντοπίζεται με μεγάλη συχνότητα στους ηλικιωμένους πληθυσμούς και εξαιτίας αυτής της ασθένειας προκαλούνται σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Οι πιθανές θεραπείες βρίσκονται σε έρευνες που πραγματοποιούνται τώρα αλλά μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν σημαντικές μελέτες που να δίνουν σαφείς οδηγίες για φάρμακα που θα μπορούσαν να συμβάλουν στη διαχείριση της σαρκοπενίας[63]. Με την πρόσφατη ενημέρωση από το έργο της FNIIH Sarcopenia φαίνεται να υπάρχει μια ευρεία υποστήριξη για την ύπαρξη μια σημαντική κλινικής κατασκευής για την αντιμετώπιση της χαμηλής μυϊκής μάζας και αδυναμίας[64]. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η σαρκοπενία είναι μια θεραπευτική κατάσταση. Μια από τις λύσεις είναι η συνταγογράφηση ενός προγράμματος άσκησης όμως πολλά ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν την απαραίτητη σωματική και ψυχική ενέργεια και έτσι δεν μπορούν να συμμετάσχουν. Για αυτά τα άτομα ένα φαρμακευτικό προϊόν θα μπορούσε να βοηθήσει αρκετά και πράγματι πολυάριθμοι πράκτορες βρίσκονται σε αξιολογήσεις φαρμακευτικών μεθόδων για τη θεραπεία της σαρκοπενίας όπως της τεστοστερόνης, της δευδροεπιανδροστερόνης, του οιστρογόνου, της

αυξητικής ορμόνης, της γκρελίνης, αναστολέα ενζύμου μετατροπής αγγειοτασίνης, εικοσαπεντανοϊκός διαμορφωτής υποδοχέων οξέος και ραδονίνης[65]. Άλλες θεραπείες περιλάμβαναν διάφορα στοματικά συμπληρώματα διατροφής (πρωτεΐνες, αμινοξέα, βιταμίνη D κ.λπ.). Το πρόβλημα της δημόσιας υγείας που σχετίζεται με τη σαρκοπενία είναι σημαντικό[66] αλλά λόγω της αβεβαιότητας στη διάγνωση της σαρκοπενίας η επικράτηση και η επιδημιολογία της καθώς και το μέγεθος του προβλήματος της δεν είναι καθόλου σαφές. Σε πολλά αναφερόμενα έγγραφα από το 2004 το κόστος που καταλογίζεται στη σαρκοπενία για εκτιμήσεις προόδου σε αναπηρία καθώς και η επιβάρυνση του κόστους με βαθμολογία αναπηρίας εκτιμήθηκε σε 18,5 δολάρια δισεκατομμύρια ετησίως στις ΗΠΑ[67]. Σε σύγκριση το αποδοτικό κόστος της οστεοπόρωσης σύμφωνα με το Αμερικάνικο Εθνικό Ίδρυμα ανέρχεται σε 13,8 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως επηρεάζοντας περίπου επηρεάζοντας περίπου 2 εκατομμύρια Αμερικανούς (80% από αυτούς γυναίκες).

Οι ενήλικες ηλικιωμένοι πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένοι στη σημασία της υγιεινής διατροφής και του σωματικού βάρους. Θα πρέπει να γνωρίζουν τη σημασία της επαρκούς μυϊκής μάζας και της μυϊκής λειτουργίας και τους κινδύνους που συνδέονται με αύξηση της μάζας του λίπους. Θα πρέπει να καταλάβουν ότι η αναλογία λίπους και μυών αυξάνεται υπέρ του λίπους και κινδυνεύουν να μην είναι σε θέση να σηκωθούν από μια καρέκλα ή να περπατούν με ασφάλεια έχοντας επίσης υψηλή πιθανότητα εμφάνισης άλλων προβληματικών χρόνιων παθήσεων. Θα πρέπει να εφαρμοστούν αποτελεσματικές στρατηγικές για την προ-σαρκοπενία και την σαρκοπενία, τη διατροφική υποστήριξη και για την εκπαίδευση για τη μείωση της καθιστικής συμπεριφοράς καθώς και να γίνει ενθάρρυνση της άσκησης. Τα προληπτικά προγράμματα σωματικής δραστηριότητας, τα φαρμακευτικά συμπληρώματα και οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις καθώς και η υγιεινή διατροφή εάν εφαρμοστούν με το κατάλληλο και σωστό τρόπο, θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικές λύσεις για την αντιμετώπιση της σαρκοπενίας[68].

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε είχε σκοπό να προσδιορίσει τους παράγοντες που συμβάλουν στον υποσιτισμό των ασθενών κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο και να αξιολογήσει επίσης την επίδραση που έχει στους ασθενείς αυτούς η διάρκεια παραμονής (LOS). Για τα νοσοκομεία αποτελεί προτεραιότητα η μικρότερη διάρκεια παραμονής (LOS) των ασθενών όμως αυτή μπορεί να παραταθεί από τον υποσιτισμό. Η μελέτη αυτή διεξήχθη σε 18 νοσοκομεία του Καναδά σε ασθενείς άνω των 18 ετών που εισήχθησαν στα νοσοκομεία για πάνω από 2 ημέρες. Εξαιρέθηκαν από τη μελέτη οι ασθενείς οι οποίοι βρισκόταν σε μονάδα εντατικής θεραπείας, μαιευτική μονάδα, ψυχιατρική μονάδα ή ανακουφιστική πτέρυγα ή μονάδα ιατρικής πτέρυγας. Η κύρια διατροφική αξιολόγηση που επιβλήθηκε στους ασθενείς ήταν η (SGA). Επιπλέον στους ασθενείς πραγματοποιήθηκε και η ανοχή στη λαβή (HGS) όπως ΚΑΙ ο (ΔΜΣ) για να αξιολογηθούν άλλες πτυχές της διατροφής. Επιπροσθέτως συλλέχθηκαν πρόσθετες πληροφορίες από

ανασκόπηση των διαγραμμάτων των ιστορικών των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Σε αυτή τη μελέτη ο επιπολασμός του υποσιτισμού και της παχυσαρκίας ήταν 45% και 32% αντιστοίχως. Ο υποσιτισμός αντικατοπτρίζει πολύπλοκες ασθένειες και κοινωνικές ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με την ηλικία. Υποσιτισμός κατά την είσοδο και κακή πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σχετίζεται με παρατεταμένη (LOS), υποδηλώνοντας ότι η άμεση διατροφική φροντίδα η παρέμβαση και η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται στο αρχικό στάδιο της εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο. Αν και η διατροφική υποστήριξη συσχετίστηκε με παρατεταμένη (LOS) αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει τη χρήση EN(εντερικής διατροφής) και PN(παρεντερικής διατροφής) σε ασθενείς που έχουν ήδη υποσιτιστεί ως αποτέλεσμα προηγούμενων επιπλοκών και μπορεί να προτείνουν καθυστέρηση στην έναρξη της διατροφικής υποστήριξης. Η παρατεταμένη LOS ιδιαίτερα σε εκείνους που λαμβάνουν EN και PN μπορεί να αντανακλούν μια ειδική ομάδα ασθενών που είχαν προηγούμενες ιατρικές ή χειρουργικές επιπλοκές, οι οποίες οδηγούν σε απώλεια βάρους και φτωχή ανάκαμψη, ενεργοποίηση διαβούλευσης για την διατροφική υποστήριξη. Το πλεονέκτημα της μελέτης αυτής είναι το μεγάλο αντιπροσωπευτικό της δείγμα από διάφορα νοσοκομεία και η αξιολόγηση πολλαπλών διατροφικών πτυχών και συντελεστών. Επιπλέον τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες συμβάλουν στον υποσιτισμό καθώς και άλλοι παράγοντες διατροφής στο νοσοκομείο (πρόσληψη τροφής <50% κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας διαμονής και χρήση της διατροφικής υποστήριξης) σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με την παρατεταμένη απώλεια. Η παχυσαρκία ή άλλες κατηγορίες ΔΜΣ δεν σχετίζονται με LOS, καθώς ο ΔΜΣ δεν αποτελεί καλό δείκτη της συνολικής διατροφικής κατάστασης και μπορεί να επηρεαστεί από κάποιο οίδημα[69].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι να προβεί στον έλεγχο της διατροφικής κατάστασης των ασθενών μέσω του ερωτηματολογίου της SGA που περιέχει την καταγραφή στοιχείων για το ιστορικό των ασθενών όπως και γενικά στοιχεία των ασθενών, ενώ επίσης περιέχει τη φυσική εξέταση που θα τους επιβληθεί σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος. Όλα αυτά τα στοιχεία θα συσχετιστούν μεταξύ τους και θα μας δώσουν μια σαφέστατη εικόνα και χρήσιμα συμπεράσματα για τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Επιπροσθέτως, σκοπός είναι η διατροφική αξιολόγηση να αποτελέσει έναν προληπτικό έλεγχο για την διατροφική κατάσταση των ασθενών έτσι ώστε η διατροφή να αποτελεί ακόμη έναν σύμμαχο για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων που υπάρχουν στις ηλικίες άνω των 65 ετών.

Υλικό και Μέθοδος

Πρωτόκολλο άσκησης

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν ερευνητικού περιεχομένου. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια με την κλινική τεχνική που ονομάζεται υποκειμενική συνολική αξιολόγηση (SGA) η οποία αξιολογεί τη θρεπτική κατάσταση με βάση το ιστορικό του ασθενούς και τη σωματική εξέταση που θα του επιβληθεί.

Στη πρώτη κατηγορία του ερωτηματολογίου τα πέντε χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ιστορικού του ασθενούς που εξετάζονται στη μέθοδο του SGA είναι: α) Η απώλεια βάρους στο τελευταίο εξάμηνο β) η διατροφική πρόσληψη του ασθενή γ) η παρουσία κάποιου γαστρεντερικού συμπτώματος δ) η λειτουργική ικανότητα του ασθενούς ε) και το τελευταίο χαρακτηριστικό του ιστορικού του ασθενούς είναι η ασθένεια του ασθενούς όπως και οι διατροφικές ανάγκες που προκύπτουν από την ασθένεια.[70]

Στη δεύτερη κατηγορία του ασθενούς υπάρχουν τέσσερα χαρακτηριστικά στοιχεία της φυσικής εξέτασης που σημειώνονται είτε ως φυσιολογικό (O), ήπια (I+), μέτρια (2+) ή σοβαρή (3+). Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η απώλεια βάρους του υποδόριου λίπους που μετρείται στη περιοχή του τρικέφαλου και του στήθους. Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι η μυϊκή απώλεια στο τετρακέφαλο και

στο δελτοειδή όπου καθορίζεται με την απώλεια όγκου και τον τόνο που είναι ανιχνεύσιμος με ψηλάφηση. Το τρίτο χαρακτηριστικό είναι η παρουσία οιδήματος στη ιερή περιοχή και το πέμπτο η παρουσία οιδήματος στους ασκίτες.[70]

Στη Τρίτη κατηγορία του ερωτηματολογίου και με βάση τα χαρακτηριστικά του ιατρικού του ασθενούς και την κλινική εξέταση διαμορφώνεται μια βαθμολογία που υποδεικνύει τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς. Αυτές οι κατηγορίες είναι τρεις: 1) τρέφονται καλά 2) μέτριος ή ύποπτος υποσιτισμός 3) σοβαρός υποσιτισμός [70]. Επιπλέον στο ερωτηματολόγιο έχει προστεθεί και μια επιπλέον κατηγορία που μας δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τα γενικά στοιχεία του ασθενούς που συμπεριλαμβάνει στοιχεία σχετικά με το ονοματεπώνυμο, ηλικία, φύλο, βάρος, ύψος, καπνιστική συνήθεια (πρώην/νυν/ ποτέ καπνιστής/ έτη καπνίσματος/ πόσα πακέτα την ημέρα), λόγοι νοσηλείας και προηγούμενη νοσηλεία τον τελευταίο χρόνο όπως επίσης και για ποιο λόγο, συννοσηρότητα και ποια άλλα νοσήματα έχει.

Σε αυτή τη μελέτη τα αποτελέσματα μπορούν να επηρεαστούν από διάφορες παραμέτρους γι' αυτό και πρέπει να χρησιμοποιηθούν όσο καλύτερα γίνεται η εμπειρία και η γνώση του εξεταστή. Από τα αποτελέσματα που θα υπάρξουν σε συνδυασμό με το BMI και το είδος της ασθένειας του κάθε ασθενούς, θα έχουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τις διατροφικές ανάγκες που υπάρχουν. Από τη δοκιμασία του ερωτηματολογίου αποκλείστηκαν ασθενείς που βρισκόταν: 1) σε κωματώδη κατάσταση 2) προερχόταν από πρόσφατη χειρουργική επέμβαση 3) Είχαν ψυχικές διαταραχές 4) Ήταν σε συνεχή περιπατητική, περιτοναϊκή κάθαρση.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 36 ασθενείς (100%). Από αυτούς τους ασθενείς οι άνδρες ήταν 24 (66,7%) και οι γυναίκες ήταν 12 (33,3%).
- Οι ηλικίες των ασθενών που απευθύνεται η εργασία είναι για ασθενείς άνω των 65 ετών. Ο μικρότερος σε ηλικία ασθενής είναι 51 ετών και ο μεγαλύτερος 91 ετών με μέση ηλικία 75,05 έτη (TA=10,13).
- Το μέσο βάρος των ασθενών ήταν τα 72.55 κιλά (TA=11,18). Ο ασθενής με το μικρότερο βάρος είναι 54 κιλά και ο ασθενής με το μεγαλύτερο βάρος είναι 100 κιλά.

- Το μέσο ύψος των ασθενών είναι 1.68 (TA=,066). Ο ασθενής με το μικρότερο ύψος είναι 1,52 μέτρα σε ύψος και ο ασθενής με το μεγαλύτερο είναι 1,85 μέτρα σε ύψος.
- Η μέση τιμή το ΔΜΣ είναι 25,77 (TA= 4,61). Η μικρότερη τιμή του δείκτη είναι 19,6 και η μεγαλύτερη τιμή είναι 38,52.
- Οι λόγοι νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο ήταν: ΔΕ Μορς, εξεργασία πνεύμονα, παρόξυνση ΧΑΠ, CAP, αλλεργία, λοίμωξη αναπνευστικού, πνευμονία ΔΕ, δύσπνοια, βρογχικό άσθμα, πνευμονία αυτομηκαθορισμένων μικροοργανισμών, ΧΑΠ-αλμόφυρτα, πνευμονική εμβολή, κακοήθης νεόπλασμα βρόγχων πνευμόνων, θωρακικό άλγος, λοίμωξη αναπνευστικού, αναπνευστική ανεπάρκεια, παγκρεατίτιδα, ΧΑΠ, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, λοίμωξη κατωτέρου αναπνευστικού, απόστημα.
- Επιπλέον οι συνοσηρότητες που παρουσιάζονται είναι: ΑΥ, άσθμα, ΧΑΠ, ΚΑΑ, Parkinson, άνοια, καταρράκτης, διαβήτης, μυοσδιπλαστικό σύνδρομο, θυρεοειδής, πέτρες στη χολή, καρδιαγγειακές ασθένειες, κοίλη, θυρεοειδής, οστεοπόρωση, καταρράκτης, υπέρταση, ΧΑΜ, διαβήτης, ΑΕΕ, άνοια, δύσπνοια.

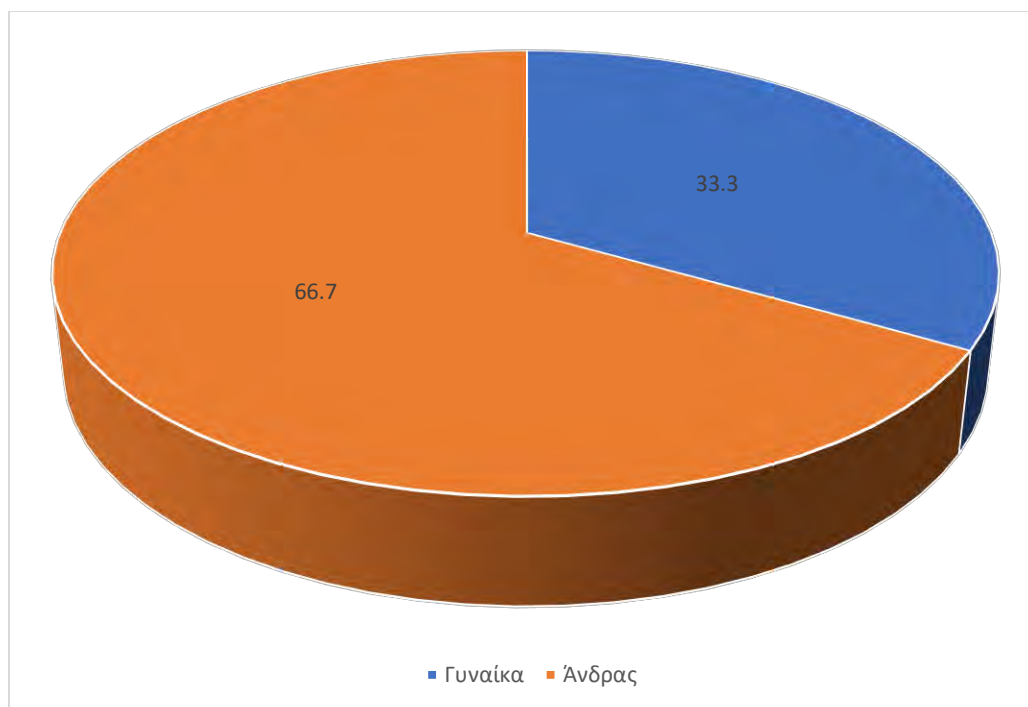
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αποτελέσματα

Πίνακας 1

Φύλο ασθενών

	N	%
Γυναίκα	12	33,3
Άνδρας	24	66,7
Total	36	100,0



Γράφημα 1. Φύλο ασθενών

Πίνακας 2

Ηλικία ασθενών

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
51,00	91,00	75,05	10,13

Σύμφωνα με τον πίνακα 2, η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 75,05 έτη (TA = 10,13). Ο μικρότερος σε ηλικία είναι 51 ετών και ο μεγαλύτερος είναι 91 ετών.

Πίνακας 3

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών

	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
Βάρος	54,00	100,00	72,55	11,18
Ύψος	1,52	1,85	1,68	,066
ΔΜΣ	19,60	38,52	25,77	4,61

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, το μέσο βάρος των ασθενών είναι τα 72,55 κιλά (TA = 11,18). Ο ασθενής με το μικρότερο βάρος είναι 54 κιλά και ο ασθενής με το μεγαλύτερο ύψος είναι 100 κιλά. Ακόμα, το μέσο ύψος

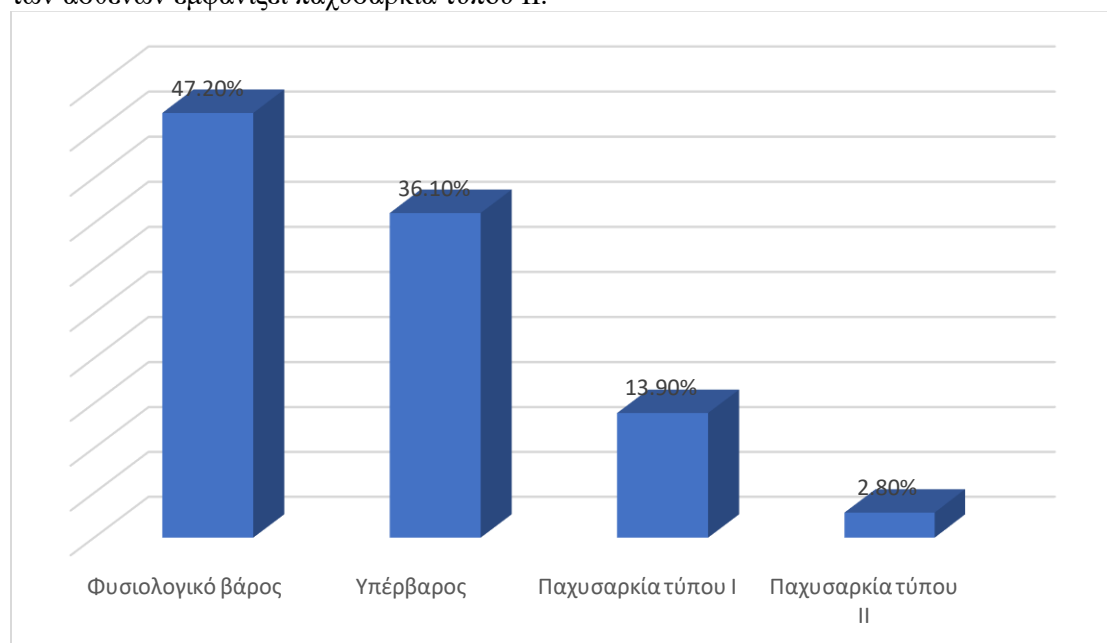
των ασθενών είναι το 1,68 μέτρα (TA = ,066). Ο ασθενής με το μικρότερο ύψος είναι 1,52 μέτρα σε ύψος και ο ασθενής με το μεγαλύτερο ύψος είναι 1,85 μέτρα σε ύψος. Τέλος, η μέση τιμή του ΔΜΣ είναι 25, 77 (TA = 4,61). Η μικρότερη τιμή του δείκτη είναι 19,6 και η μεγαλύτερη είναι 38,52.

Πίνακας 3

ΔΜΣ

Φυσιολογικό βάρος (18,5 - 24,99)		Υπέρβαρος (25- 29,99)		Παχυσαρκία τύπου I (30 - 34,99)		Παχυσαρκία τύπου II(35 - 39,99)	
N	%	N	%	N	%	N	%
17	47,2%	13	36,1%	5	13,9%	1	2,8%

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, το 47,2% των ασθενών έχουν φυσιολογικό βάρος, το 36,1% των ασθενών έχουν άνω του φυσιολογικού βάρος, το 13,9% των ασθενών εμφανίζει παχυσαρκία τύπου I και το υπόλοιπο 2,8% των ασθενών εμφανίζει παχυσαρκία τύπου II.



Γράφημα 2. ΔΜΣ

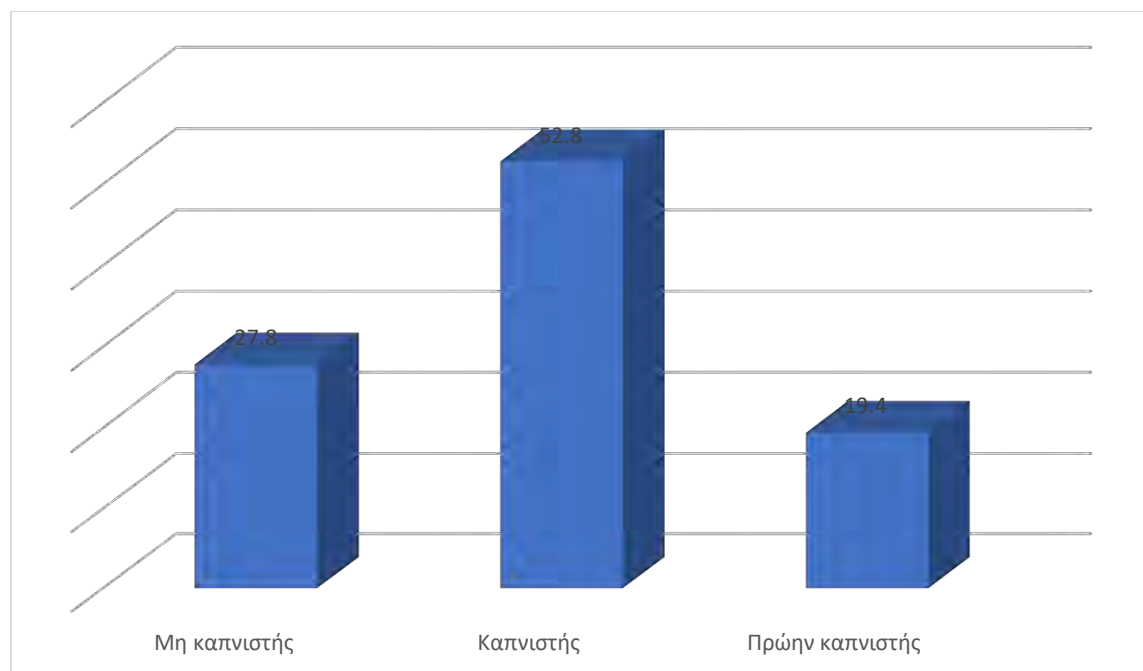
Πίνακας 4

Κάπνισμα

	N	%
Μη καπνιστής	10	27,8

Καπνιστής	19	52,8
Πρώην καπνιστής	7	19,4
Σύνολο	36	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 4, το 52,8% των ασθενών είναι καπνιστές, το 19,4% των ασθενών είναι πρώην καπνιστές και το 27,8% των ασθενών είναι μη καπνιστές.



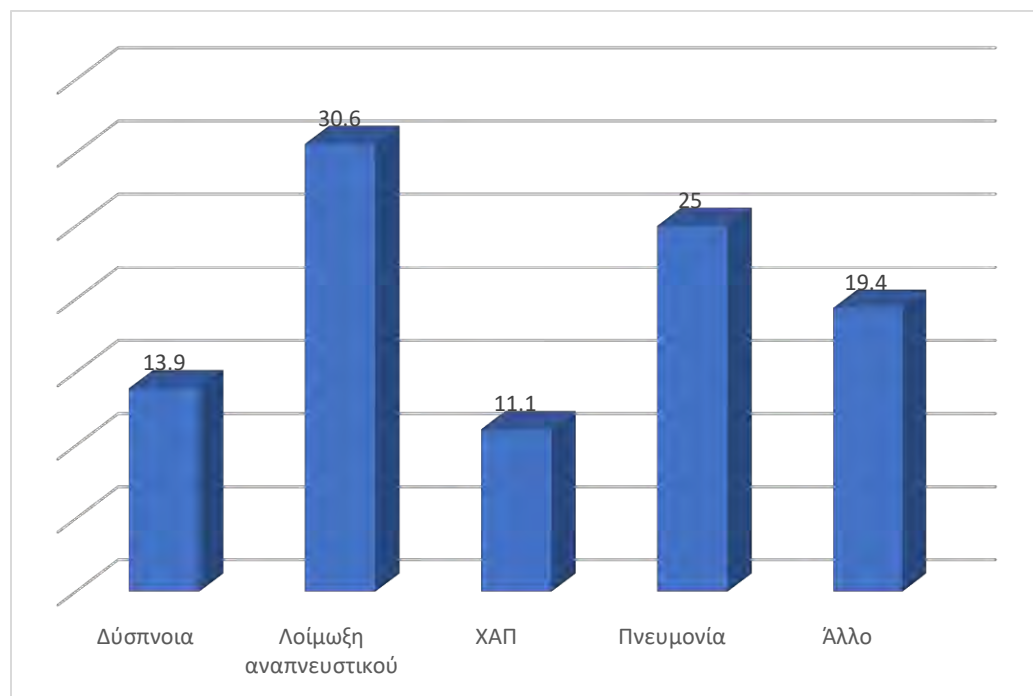
Γράφημα 3. Κάπνισμα

Πίνακας 5

Λόγοι νοσηλείας

	N	%
Δύσπνοια	5	13,9
Λοίμωξη αναπνευστικού	11	30,6
ΧΑΠ	4	11,1
Πνευμονία	9	25,0
Άλλο	7	19,4
Total	36	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 5, το 30,6% των ασθενών εισήχθη στο νοσοκομείο με λοίμωξη του αναπνευστικού, το 25% των ασθενών εισήχθη λόγω πνευμονίας, το 13,9% των ασθενών εισήχθη με δύσπνοια, το 11,1% των ασθενών εισήχθη με ΧΑΠ και το 19,4% των ασθενών εισήχθη για άλλους λόγους (CAP, Αλλεργία, Βρογχικό άσθμα, ΔΕ Μοσς, θωρακικό άλγος, κακοήθες νεόπλασμα βρογ, Λεμφοδικοπαθικά, Μεσοβε).



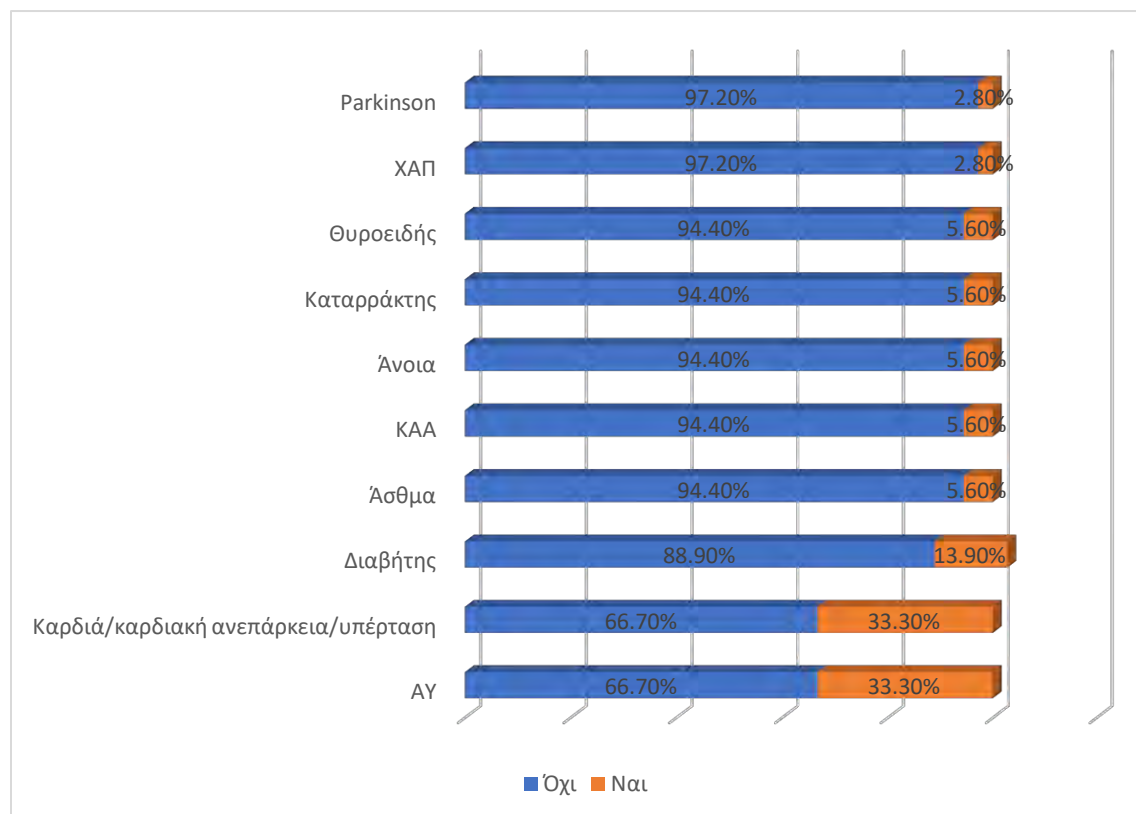
Γράφημα 4. Λόγοι εισαγωγής στο νοσοκομείο

Πίνακας 6

Συνοσυρότητα

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
ΑΥ	24	66,7%	12	33,3%
Καρδιά/καρδιακή ανεπάρκεια/υπέρταση	24	66,7%	12	33,3%
Διαβήτης	31	88,9%	5	13,9%
Άσθμα	34	94,4%	2	5,6%
ΚΑΑ	34	94,4%	2	5,6%
Άνοια	34	94,4%	2	5,6%
Καταρράκτης	34	94,4%	2	5,6%
Θυροειδής	34	94,4%	2	5,6%
ΧΑΠ	35	97,2%	1	2,8%

Σύμφωνα με τον πίνακα 6, το 33,3% των ασθενών πάσχει από ΑΥ, ένα ακόμα 33,3% των ασθενών πάσχει από την καρδιά του, υπέρταση, το 11,1% έχει διαβήτη, το 5,6% έχει άσθμα, το 5,6% έχει ΚΑΑ, το 5,6% των ασθενών άνοια, το 5,6% των ασθενών πάσχει από καταρράκτη, το 5,6% των ασθενών έχει θυροειδή, το 2,8% των ασθενών έχει ΧΑΠ και το 2,8% των ασθενών έχει Parkinson.



Γράφημα 5. Συνοσυρότητα

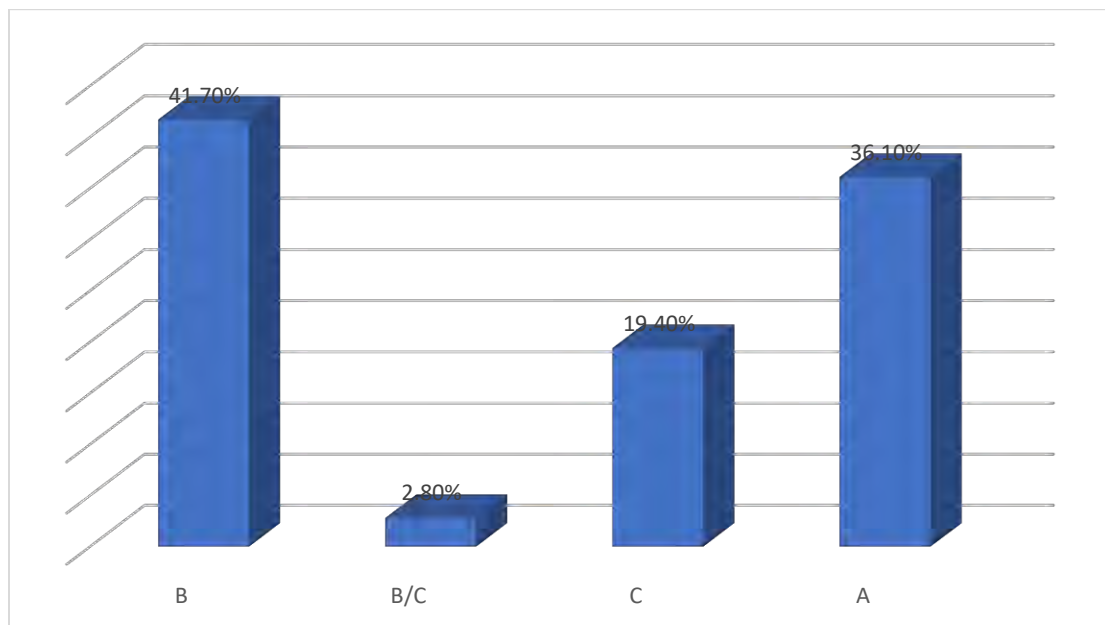
Πίνακας 7

SGA rating

B		B/C		C		A	
N	%	N	%	N	%	N	%
15	41,7%	1	2,8%	7	19,4%	13	36,1%

Σύμφωνα με τον πίνακα 7, το 36,1% των ασθενών ανήκει στην κατηγορία Α (καλό επίπεδο διατροφικής πρόσληψης, κάτω του 5% μείωση βάρους), το 41,7% των ασθενών ανήκει στην κατηγορία Β (μέτρια διατροφική πρόσληψη, μείωση βάρους από 5 – 10%), το 19,4% των ασθενών ανήκει στην κατηγορία Γ

(κακή διατροφική πρόσληψη, μείωση βάρους άνω του 10%) και το 2,8% των ασθενών ανήκει στην κατηγορία Β και Γ.



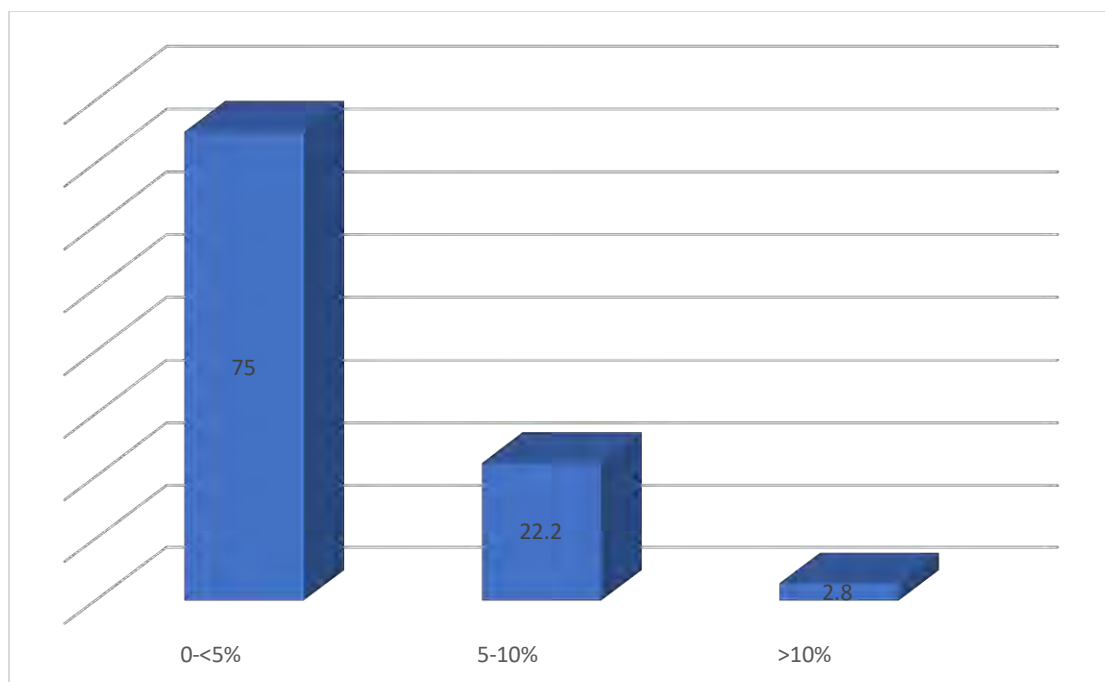
Γράφημα 6. SGA rating

Πίνακας 8

Απώλεια βάρους (WT) το τελευταίο εξάμηνο

	N	%
>10%	1	2,8
0-<5%	27	75,0
5-10%	8	22,2
Total	36	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 8, το 75% των ασθενών έχει χάσει λιγότερο από το 5% του σωματικού του βάρους το τελευταίο εξάμηνο, το 22,2% των ασθενών έχει χάσει από 5 – 10% του σωματικού του βάρους και το υπόλοιπο 2,8% των ασθενών έχει χάσει πάνω από το 10% του σωματικού του βάρους.



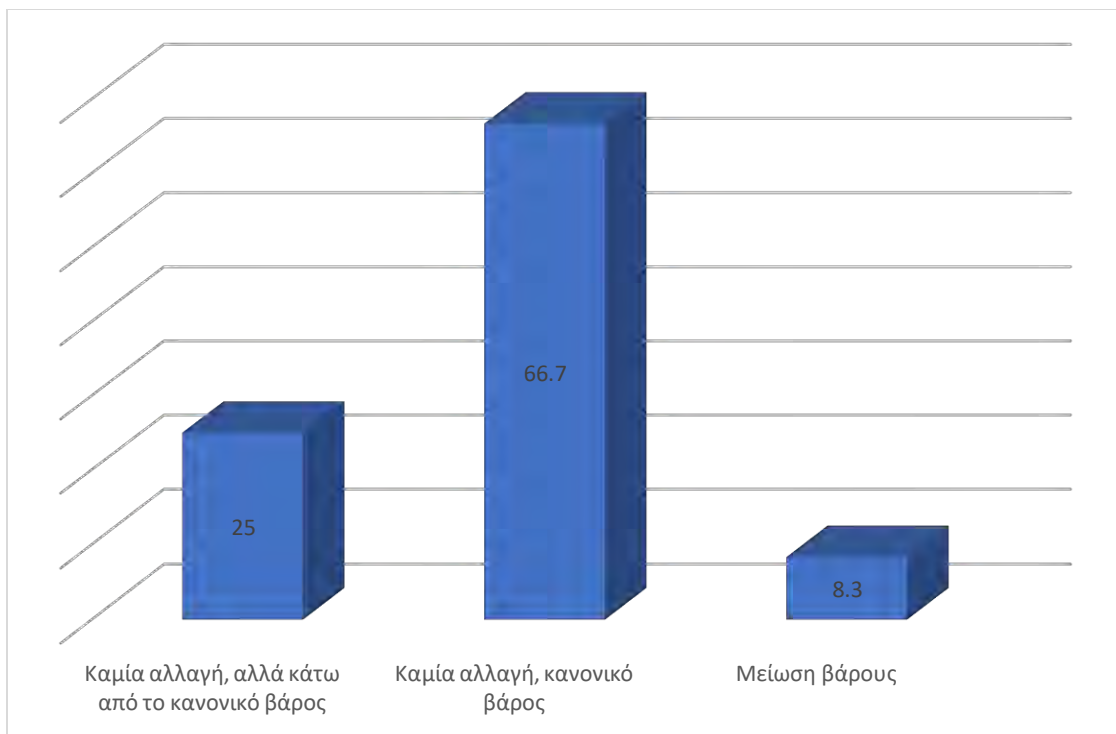
Γράφημα 7. Απώλεια βάρους (WT) το τελευταίο εξάμηνο

Πίνακας 9

Απώλεια βάρους (WT) τις τελευταίες δύο εβδομάδες

	N	%
Καμία αλλαγή, αλλά κάτω από το κανονικό βάρος	9	25,0
Καμία αλλαγή, κανονικό βάρος	24	66,7
Μείωση βάρους	3	8,3
Σύνολο	36	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, το 66,7% των ασθενών δεν έχει καμία αλλαγή στο βάρος του ενώ παράλληλα έχει κανονικό βάρος, το 25% των ασθενών δεν έχει καμία αλλαγή στο βάρος του τις τελευταίες δύο εβδομάδες αλλά έχει σωματικό βάρος κάτω του κανονικού και το 8,3% των ασθενών παρουσιάζει μείωση του βάρους του τις τελευταίες 2 εβδομάδες.



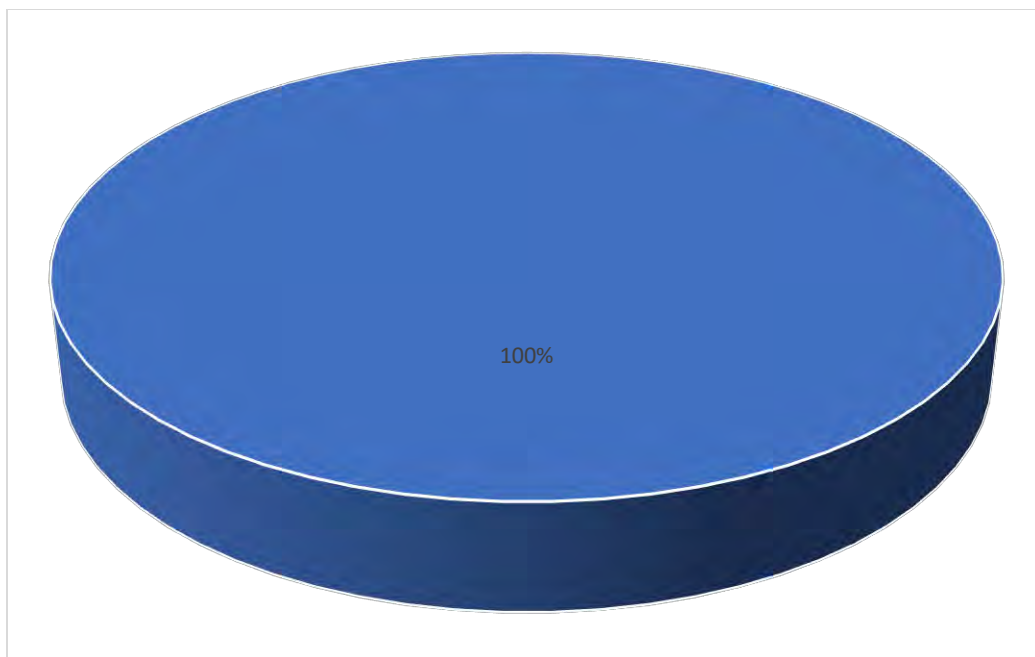
Γράφημα 8. Απώλεια βάρους (WT) τις τελευταίες δύο εβδομάδες

Πίνακας 10

Διατητική πρόσληψη

	N	%
Καμία Αλλαγή	36	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 10, το σύνολο των ασθενών δεν είχαν καμία αλλαγή στην διατητική πρόσληψη τους.

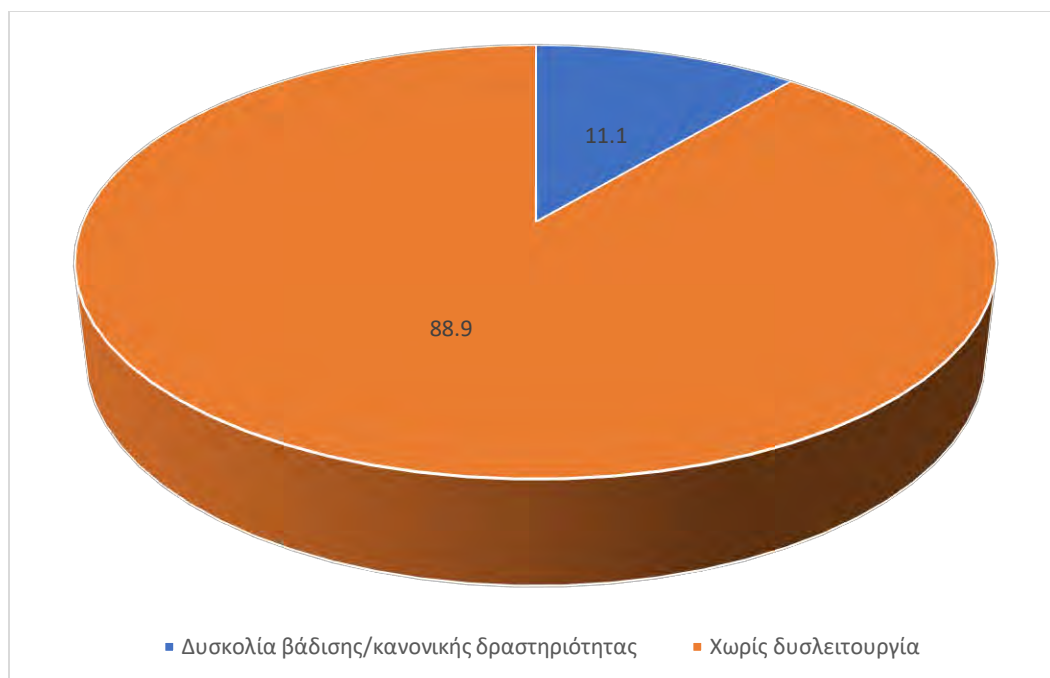


Γράφημα 9. Διαιτητική πρόσληψη

Πίνακας 11
Λειτουργική ικανότητα

	N	%
Δυσκολία βάρδισης/κανονικής δραστηριότητας	4	11,1
Χωρίς δυσλειτουργία	32	88,9
Total	36	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 11, το 88,9% των ασθενών δεν εμφανίζει καμία δυσλειτουργία ως προς την λειτουργική τους ικανότητα ενώ το 11,1% των ασθενών εμφανίζει δυσκολία βάρδισης / κανονικής δραστηριότητας.



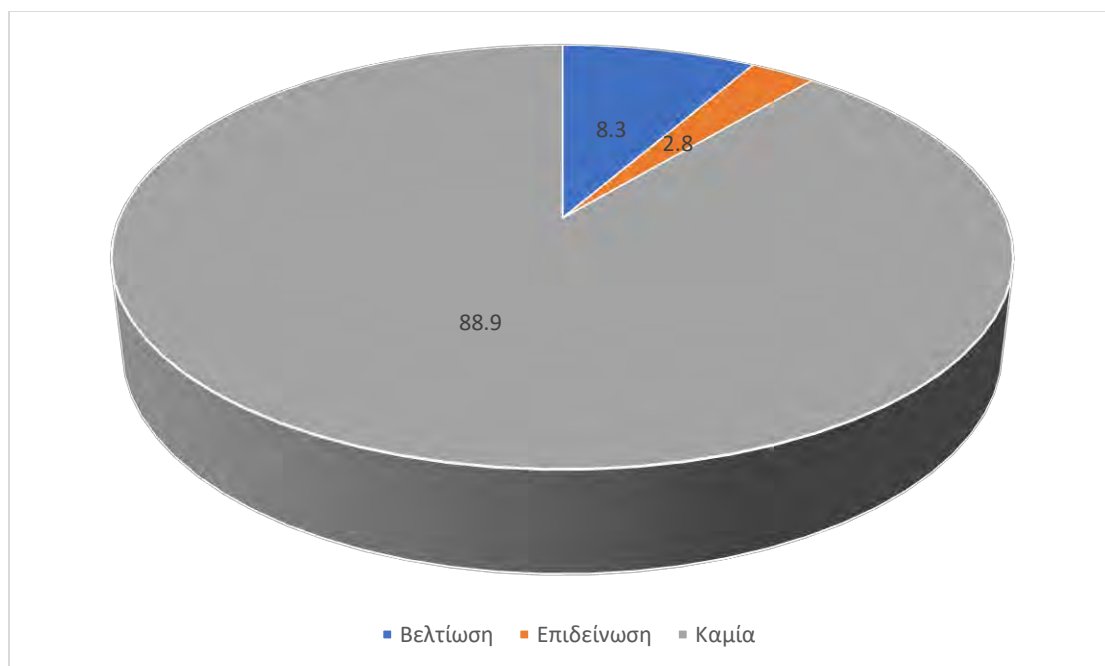
Γράφημα 10. Λειτουργική ικανότητα

Πίνακας 12

Λειτουργική ικανότητα τις τελευταίες 2 εβδομάδες

	N	%
Βελτίωση	3	8,3
Επιδείνωση	1	2,8
Καμία	32	88,9
Total	36	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 12, το 88,9% των ασθενών δεν εμφάνισε καμία αλλαγή ως προς την λειτουργική τους ικανότητα τις τελευταίες 2 εβδομάδες, το 8,3% των ασθενών εμφάνισε βελτίωση και το 2,8% των ασθενών εμφάνισε επιδείνωση.



Γράφημα 11. Λειτουργική ικανότητα τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Πίνακας 13
 Η σχέση του φύλου με το SGA rating

			SGA rating			
			B	C	A	Total
Φύλο	Γυναίκα	N	4	3	4	11
		%	36,4%	27,3%	36,4%	100,0%
	Άνδρας	N	11	4	9	24
		%	45,8%	16,7%	37,5%	100,0%
Total		N	15	7	13	35
		%	42,9%	20,0%	37,1%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(2) = .585$, $p = .747$.

Πίνακας 14

Η σχέση του φύλου με τους λόγους νοσηλείας

		Λόγοι νοσηλείας					Total	
		Δύσπνοια	Λοίμωξη αναπνευστικού	ΧΑΠ	Πνευμονία	Άλλο		
Φύλο	Γυναίκα	N	3	4	0	2	3	12
		%	25,0%	33,3%	0,0%	16,7%	25,0%	100,0%
	Άνδρας	N	2	7	4	7	4	24
		%	8,3%	29,2%	16,7%	29,2%	16,7%	100,0%
Total		N	5	11	4	9	7	36
		%	13,9%	30,6%	11,1%	25,0%	19,4%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(4) = 4.431$, $p = .351$.

Πίνακας 15

Η σχέση του φύλου με την συνοσυρότητα ΑΥ

		ΑΥ		Total	
		Όχι	Ναι		
Φύλο	Γυναίκα	N	6	6	12
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Άνδρας	N	18	6	24
		%	75,0%	25,0%	100,0%
Total		N	24	12	36
		%	66,7%	33,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1) = 2.250$, $p = .134$.

Πίνακας 16

Η σχέση του φύλου με την συνοσυρότητα της καρδιάς / καρδιακής ανεπάρκειας/ υπέρτασης

			Καρδιά/καρδιακή ανεπάρκεια/υπέρταση		Total
			Όχι	Ναι	
Φύλο	Γυναίκα	N	11	1	12
		%	91,7%	8,3%	100,0%
	Άνδρας	N	13	11	24
		%	54,2%	45,8%	100,0%
Total	N		24	12	36
	%		66,7%	33,3%	100,0%

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1) = 5.063$, $p = .024$. Το 45,8% των ανδρών έναντι του 8,3% των γυναικών εμφανίζουν προβλήματα με την καρδιά/ καρδιακή ανεπάρκεια και υπέρταση.

Πίνακας 17

Η σχέση του φύλου με την διαφοροποίηση του βάρους το τελευταίο εξάμηνο

			WT last semester		Total
			0-<5% απώλεια	5-10% απώλεια	
Φύλο	Γυναίκα	N	9	3	12
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	Άνδρας	N	18	5	23
		%	78,3%	21,7%	100,0%
Total	N		27	8	35
	%		77,1%	22,9%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1) = .048$, $p = .827$.

Πίνακας 18

Η σχέση του φύλου με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες δύο εβδομάδες

		WT last 2weeks				
		Καμία αλλαγή, αλλά κάτω από το κανονικό βάρος	Καμία αλλαγή, κανονικό βάρος	Μείωση βάρους	Total	
Φύλο	Γυναίκα	N	4	8	0	12
		%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	Άνδρας	N	5	16	3	24
		%	20,8%	66,7%	12,5%	100,0%
Total		N	9	24	3	36
		%	25,0%	66,7%	8,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(2) = 2.000$, $p = .368$.

Πίνακας 19

Η σχέση του ΔΜΣ με το SGA rating

		SGA rating				
			B	C	A	Total
ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	N	6	6	5	17
		%	35,3%	35,3%	29,4%	100,0%
	Υπέρβαρος ή Παχυσαρκία τύπου I ή II	N	9	1	8	18
		%	50,0%	5,6%	44,4%	100,0%
Total		N	15	7	13	35
		%	42,9%	20,0%	37,1%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(2) = 4.839$, $p = .089$.

Πίνακας 20

Η σχέση του ΔΜΣ με τους λόγους νοσηλείας

			Λόγοι νοσηλείας					Total
			Λοίμωξη Δύσπνοια αναπνευστική		Πνευμονία ΧΑΠ		Άλλο	
			α	ού	α			
ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	N	4	5	0	5	3	17
		%	23,5%	29,4%	0,0%	29,4%	17,6%	100,0%
	Υπέρβαρος ή Παχυσαρκία τύπου I ή II	N	1	6	4	4	4	19
		%	5,3%	31,6%	21,1%	21,1%	21,1%	100,0%
Total		N	5	11	4	9	7	36
		%	13,9%	30,6%	11,1%	25,0%	19,4%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $\chi^2(2) = 6.052$, $p = .195$.

Πίνακας 21

Η σχέση του ΔΜΣ με την συνοσυρότητα ΑΥ

			ΑΥ		Total
			Όχι	Ναι	
ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	N	12	5	17
		%	70,6%	29,4%	100,0%
	Υπέρβαρος ή Παχυσαρκία τύπου I ή II	N	12	7	19
		%	63,2%	36,8%	100,0%
Total		N	24	12	36
		%	66,7%	33,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $\chi^2(1) = .223$, $p = .637$.

Πίνακας 22

Η σχέση του ΔΜΣ με την συνοσυρότητα της καρδιάς/ καρδιακής ανεπάρκειας/ υπέρτασης

			,Καρδιά/καρδιακή ανεπάρκεια/υπέρταση		Total
			Όχι	Ναι	
ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	N	9	8	17
		%	52,9%	47,1%	100,0%
	Υπέρβαρος ή Παχυσαρκία τύπου I ή II	N	15	4	19
		%	78,9%	21,1%	100,0%
Total	N		24	12	36
	%		66,7%	33,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1)= 2.731, p =.098$.

Πίνακας 23

Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους το τελευταίο εξάμηνο

			WT last semester		Total
			0-<5% απώ	5-10% απώ	
ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	N	11	5	16
		%	68,8%	31,3%	100,0%
	Υπέρβαρος ή Παχυσαρκία τύπου I ή II	N	16	3	19
		%	84,2%	15,8%	100,0%
Total	N		27	8	35
	%		77,1%	22,9%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1)= 1.117, p =.278$.

Πίνακας 24

Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες

Πίνακας 24		Πίνακας 24		Πίνακας 24	
		Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες	Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες	24	
				Μείωση βάρους	
Πίνακας 24	Πίνακας 24	4	11	2	17
24	Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες	23,5%	64,7%	11,8%	100,0%
Πίνακας 24	Πίνακας 24	5	13	1	19
	Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες	26,3%	68,4%	5,3%	100,0%
Πίνακας 24	Πίνακας 24	Πίνακας 24	24	3	36
	Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες	Η σχέση του ΔΜΣ με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες	66,7%	8,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(2) = .502$, $p = .778$.

Πίνακας 25

Η σχέση της ηλικίας με το SGA rating

			SGA rating			
			B	C	A	Total
Ηλικία	<=65	N	3	0	3	6
		%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	65+	N	12	7	10	29
		%	41,4%	24,1%	34,5%	100,0%
Total		N	15	7	13	35
		%	42,9%	20,0%	37,1%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(2) = 1.857$, $p = .395$.

Πίνακας 26

Η σχέση της ηλικίας με τους λόγους νοσηλείας

			Λόγοι νοσηλείας					
			Λοίμωξη		ΧΑΠ	Πνευμονία	Άλλο	Total
			Δύσπνοια	αναπνευστικού				
Ηλικία	<=65	N	1	2	0	0	3	6
		%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	65+	N	4	9	4	9	4	30
		%	13,3%	30,0%	13,3%	30,0%	13,3%	100,0%
Total		N	5	11	4	9	7	36
		%	13,9%	30,6%	11,1%	25,0%	19,4%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(4) = 6.115$, $p = .191$.

Πίνακας 27

Η σχέση της ηλικίας με την συνοσυρότητα ΑΥ

			ΑΥ		Total
			Όχι	Ναι	
Ηλικία	<=65	N	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	65+	N	21	9	30
		%	70,0%	30,0%	100,0%
Total		N	24	12	36
		%	66,7%	33,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1) = .900$, $p = .343$.

Πίνακας 28

Η σχέση της ηλικίας με την συνοσυρότητα καρδιάς / καρδιακής ανεπάρκειας / υπέρτασης

			Καρδιά/καρδιακή ανεπάρκεια/υπέρταση		Total
			Όχι	Ναι	
Ηλικία	<=65	N	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	65+	N	21	9	30
		%	70,0%	30,0%	100,0%
Total		N	24	12	36
		%	66,7%	33,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1) = .900$, $p = .343$.

Πίνακας 29

Η σχέση της ηλικίας με την διαφοροποίηση του βάρους το τελευταίο εξάμηνο

		WT last semester		Total	
		0-<5% απώλεια	5-10% απώλεια		
Ηλικία	<=65	N	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	65+	N	24	5	29
		%	82,8%	17,2%	100,0%
Total		N	27	8	35
		%	77,1%	22,9%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(1) = 3.026$, $p = .082$.

Πίνακας 30

Η σχέση της ηλικίας με την διαφοροποίηση του βάρους τις τελευταίες 2 εβδομάδες

		WT last 2weeks			Total	
		Καμία αλλαγή, αλλά κάτω από το κανονικό βάρος	Καμία αλλαγή, κανονικό βάρος	Μείωση βάρους		
Ηλικία	<=65	N	0	5	1	6
		%	0,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	65+	N	9	19	2	30
		%	30,0%	63,3%	6,7%	100,0%
Total		N	9	24	3	36
		%	25,0%	66,7%	8,3%	100,0%

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών από τον έλεγχο chi square, $X^2(2) = 2.700$, $p = .259$.

Συμπεράσματα

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε το 1/3 ασθενών να έχουν εισήχθη στο νοσοκομείο με λοίμωξη του αναπνευστικού, το ¼ λόγω πνευμονίας και το 1/7 λόγω δύσπνοιας. Ακόμα, το 90% σχεδόν των ασθενών δεν εμφάνισε καμία δυσλειτουργία ως προς την λειτουργική τους ικανότητα στο παρελθόν αλλά ούτε τις τελευταίες 2 εβδομάδες.

Επίσης, λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς είχαν φυσιολογικό βάρος κι οι υπόλοιποι άνω του φυσιολογικού. Επιπλέον, βρέθηκε το 1/3 των ασθενών να έχει καλό επίπεδο διατροφικής πρόσληψης και σχεδόν οι μισοί ασθενείς να έχουν μέτριο επίπεδο. Μάλιστα, το σύνολο των ασθενών δεν είχε καμία αλλαγή στην διαιτητική πρόσληψη τους.

Επιπρόσθετα βρέθηκε τα ¾ των ασθενών να έχουν χάσει λιγότερο από το 5% του σωματικού του βάρους το τελευταίο εξάμηνο και το 1/5 από 5 – 10% του σωματικού του βάρους. Τα 2/3 του δείγματος των ασθενών δεν είχε καμία αλλαγή στο βάρος του ενώ παράλληλα είχε κανονικό βάρος και το ¼ των ασθενών δεν είχε καμία αλλαγή στο βάρος του τις τελευταίες δύο εβδομάδες αλλά είχε σωματικό βάρος κάτω του κανονικού. Από τον έλεγχο chi square βρέθηκε το 45,8% των ανδρών έναντι του 8,3% των γυναικών να εμφανίζουν προβλήματα με την καρδιά / καρδιακή ανεπάρκεια και την υπέρταση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνολο των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν αναπνευστικά προβλήματα και αυτό γιατί το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς της πνευμονολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας. Επιπλέον στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών δεν εμφανίζεται κάποια δυσλειτουργία σε σχέση με τη λειτουργική τους ικανότητα. Στη μελέτη αυτή στην οποία το κύριο αντικείμενο της είναι ο κλινικός πληθυσμός γίνεται αναφορά πόσο σημαντικό ρόλο μπορεί να παίξει η διατροφή σε αυτήν την ηλικία όπως και στις διάφορες χρόνιες ασθένειες. Στη μελέτη μας γίνεται αναφορά για την άνοια, τις νεφρικές παθήσεις, τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τον υποσιτισμό και επεξηγείται πως με τη σωστή διατροφική πρόληψη, η διατροφή μπορεί να αποτελέσει έναν αξιόπιστο σύμμαχο για οποιαδήποτε ασθένεια. Γενικά είναι πιθανόν να αλλάζουν οι διατροφικές απαιτήσεις ανάλογα με τους μη ρυθμισμένους μεταβολισμούς που προκαλεί μια χρόνια νόσος. Πολλές χρόνιες ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία άνω των 65 ετών συμπεριλαμβανομένων της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, διαβήτη τύπου 2, καρκίνου, και άλλες ασθένειες που δεν αναφέρονται σε αυτή εδώ την εργασία, μπορεί να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με μια επαρκή και υγιεινή διατροφή.

Μάλιστα μια καλύτερα εξειδικευμένη, υποστηριζόμενη και ολοκληρωμένη υποδομή του συστήματος υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας στη διατροφική φροντίδα της γήρανσης του πληθυσμού. Είναι αναγκαίο και απαιτείται η ενσωμάτωση διατροφικών αξιολογήσεων για την προληπτική διατροφική φροντίδα των ασθενών ενώ με την εφαρμογή αυτών των διατροφικών αξιολογήσεων θα υπάρξει σημαντική συμβολή στην αποφυγή και στη ελαχιστοποίηση διαφόρων επιπτώσεων που σχετίζονται και προέρχονται από μια ακατάλληλη διατροφική πρόσληψη. Αυτό θα βοηθούσε και τις διάφορες εταιρίες διατροφής έτσι ώστε να βγάλουν πιο επαρκή και αποτελεσματικά συμπληρώματα ενώ θα είναι και μια πολύ σημαντική βοήθεια για τους επαγγελματίες υγείας και τους ειδικούς της διατροφής.

Στη παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε περιγραφή και αξιολόγηση της υποκειμενικής συνολικής αξιολόγησης για την διατροφική αξιολόγηση του δείγματος των ασθενών. Η εφαρμογή του ερωτηματολογίου έγινε με τη βοήθεια δύο νοσηλευτών. Η SGA είναι μια τεχνική που μπορεί να διδαχθεί εύκολα σε όλους τους επαγγελματίες υγείας στη φροντίδα χειρουργικών ασθενών. Είναι μια αξιολογη μέθοδος διατροφικής αξιολόγησης καθώς περιγράφονται και συσχετίζονται στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς καθώς και από τη φυσική εξέταση που του εφαρμόζεται. Η SGA είναι μια διατροφική αξιολόγηση που μπορεί να προβλέψει διάφορες μελλοντικές επιπλοκές στους ασθενείς ενώ από τα αποτελέσματα της είναι μπορούν να υπάρξουν χρήσιμα συμπεράσματα για την αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών μέσω μια κατάλληλης διατροφικής πρόσληψης. Με τη κατάλληλη και σωστή εφαρμογή της από αυτούς που εφαρμόζουν αυτή τη διατροφική αξιολόγηση, η συγκεκριμένη τεχνική μπορεί να αποτελέσει μια έγκυρη και αξιόπιστη μέθοδος της διατροφικής κατάστασης των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Julie Shlisky,³ * David E Bloom,⁴ Amy R Beaudreault,⁵ Katherine L Tucker,⁶ Heather H Keller,⁷ Yvonne Freund-Levi,^{8–10} Roger A Fielding,¹¹ Feon W Cheng,¹³ Gordon L Jensen,¹⁴ Dayong Wu,¹² and Simin N Meydani¹²
2. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2013 [Internet]. 2013. ST/ESA/SER.A/348. [cited 2016 Jun 24]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/Data/WorldPopulationAgeingReport2013.pdf>.
3. National Institute on Aging. Global health and aging [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2011. NIH Publication No.: 11-7737. [cited 2016 Jun 24]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-andaging/preface>
4. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2015 revision, key findings and advance tables. 2015. Working Paper No.: ESA/P/WP.241. New York: United Nations. [cited 2016 Jun 24]. Available from: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf.
5. WHO. Obesity and overweight [Internet] [cited 2016 Sep 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
6. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment [Internet]. Geneva (Switzerland): WHO; 2005. [cited 2016 Jun 24]. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.
7. Colman RJ, Beasley TM, Kemnitz JW, Johnson SC, Weindruch R, Anderson RM. Caloric restriction reduces age-related and all-cause mortality in rhesus monkeys. *Nat Commun* 2014;5:3557.
8. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, Jay Olshansky S, editors. Global population ageing: peril or promise [Internet]. Geneva (Switzerland): World Economic Forum; 2011. [cited 2016 Jun 24]. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf
9. World Economic Forum. The Human Capital Report [Internet]. Geneva (Switzerland): World Economic Forum; 2013.[cited 2016 Jun 24]. Available from: <http://reports.weforum.org/human-capital-index-2013/>
10. Bloom DE, Eggleston KN. The economic implications of population ageing in China and India: introduction to the special issue. *J Econ Ageing* 2014;4:1–7

- 11.** Fried L, Paccaud F. The public health needs for an ageing society [editorial]. *Public Health Rev* [Internet] 2011;32(2):351–5. [cited 2016 Jun 24]. Available from: http://www.publikealthreviews.eu/upload/pdf_files/8/PHR_32_2_Editorial.pdf
- 12.** Domenico Prezioso 1, Pasquale Strazzullo 1, Tullio Lotti 1, Giampaolo Bianchi 2, Loris Borghi 3, Paolo Caione 4, Marco Carini 5, Renata Caudarella 6, Giovanni Gambaro 7, Marco Gelosa 8, Andrea Guttilla 9, Ester Illiano 1, Marangella Martino 10, Tiziana Meschi 3, Piergiorgio Messa 8, Roberto Miano 11, Giorgio Napodano 12, Antonio Nouvenne 3, Domenico Rendina 1, Francesco Rocco 8, Marco Rosa 2, Roberto Sanseverino 12, Annamaria Salerno 13, Sebastiano Spatafora 14, Andrea Tasca 15, Andrea Ticinesi 3, Fabrizio Travaglini 5, Alberto Trinchieri 16, Giuseppe Vespasiani 11, Filiberto Zattoni 9
- 13.** Pedrini M.T., Levey A.S., Lau J., Chalmers T.C., Wang P.H.: The effect of dietary protein restriction on the progression of diabetic and nondiabetic renal diseases: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1996;124(7):627-632.
- 14.** Pijls L.T., de Vries H., Donker A.J., van Eijk J.T.: The effect of protein restriction on albuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized trial. *Nephrol Dial Transplant*. 1999;14:1445–1453.
- 15.** Hansen H.P., Tauber-Lassen E., Jensen B.R., Parving H.H.: Effect of dietary protein restriction on prognosis in patients with diabetic nephropathy. *Kidney Int* 2002;62(1):220-228.
- 16.** Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2017. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego [2017]. Guidelines on the management of diabetic patients. A position of Diabetes Poland]. *Via Medica* 2017;3(A).
- 17.** Suckling R.J., He F.J., MacGregor G.A.: Altered dietary salt intake for preventing and treating diabetic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(12):CD006763 doi:10.1002/14651858.CD006763.pub2.
- 18.** Hall M.E., do Carmo J.M., da Silva A.A., Juncos L.A., Wang Z., Hall J.E.: Obesity, hypertension, and chronic kidney disease. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2014;7:75- 88 doi:10.2147/IJNRD.S39739.
- 19.** Sahni N., Gupta K.L., Rana S.V., Prasad R., Bhalla A.K.: Intake of antioxidants and their status in chronic kidney disease patients. *J Ren Nutr* 2012;22(4):389-399 doi:10.1053/j.jrn.2011.09.002.
- 20.** Szulińska M, Stępień M, Kręgielska-Narożna M, Suliburska J, Skrypnik D, Bąk-Sosnowska M, Kujawska-Łuczak M, Grzymisławska M, Bogdański P.: Effects of green tea supplementation on inflammation markers, antioxidant status and blood pressure in NaCl-induced hypertensive rat model. *Food Nutr Res* 2017;61(1):1295525; doi: 10.1080/16546628.2017.1295525

- 21.** Szulińska M, Skrypnik D, Ratajczak M, Karolkiewicz J, Madry E, Musialik K, Walkowiak J, Jakubowski H, Bogdański P.: Effects of Endurance and Endurance strength Exercise on Renal Function in Abdominally Obese Women with Renal Hyperfiltration: A Prospective Randomized Trial. *Biomed Environ Sci* 2016;29(10):706-712.
- 22.** Baggio B., Budecovic A., Vortre M.D., Soller A., Bonseghin M., Fioretto P.: Effects of cigarette smoking on glomerular structure and function in type 2 diabetes patients. *J Am Soc Nephrol* 2002;13(11):2730-2736.
- 23.** Klaudia Nadolnik¹ , Damian Skrypnik² , Katarzyna Skrypnik³ , Paweł Bogdański² ¹ Faculty of Medicine I, Poznan University of Medical Sciences, Poznan, Poland ² Department of Treatment of Obesity, Metabolic Disorders and Clinical Dietetics, Poznan University of Medical Sciences, Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznan, Poland ³ Institute of Human Nutrition and Dietetics, Poznan University of Life Science, Poznan, Poland
- 24.** Panza, F.; Solfrizzi, V.; Giannini, M.; Seripa, D.; Pilotto, A.; Logroscino, G. Nutrition, frailty, and Alzheimer's disease. *Front. Aging Neurosci.* 2014, 6, 221.
- 25.** Solfrizzi, V.; Panza, F.; Frisardi, V.; Seripa, D.; Logroscino, G.; Imbimbo, B.P.; Pilotto, A. Diet and Alzheimer's disease risk factors or prevention: The current evidence. *Expert Rev. Neurother.* 2011, 11, 677–708.
- 26.** Tangney, C.C. Dash and mediterranean-type dietary patterns to maintain cognitive health. *Curr. Nutr. Rep.* 2014, 3, 51–61.
- 27.** Psaltopoulou, T.; Sergentanis, T.N.; Panagiotakos, D.B.; Sergentanis, I.N.; Kosti, R.; Scarmeas, N. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Ann. Neurol.* 2013, 74, 580–591.
- 28.** Singh, B.; Parsaik, A.K.; Mielke, M.M.; Erwin, P.J.; Knopman, D.S.; Petersen, R.C.; Roberts, R.O. Association of mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *J. Alzheimers Dis.* 2014, 39, 271–282.
- 29.** Talegawkar, S.A.; Bandinelli, S.; Bandeen-Roche, K.; Chen, P.; Milanese, Y.; Tanaka, T.; Semba, R.D.; Guralnik, J.M.; Ferrucci, L. A higher adherence to a mediterranean-style diet is inversely associated with the development of frailty in community-dwelling elderly men and women. *J. Nutr.* 2012, 142, 2161–2166.
- 30.** Ngandu, T.; Lehtisalo, J.; Solomon, A.; Levalahti, E.; Ahtiluoto, S.; Antikainen, R.; Backman, L.; Hanninen, T.; Jula, A.; Laatikainen, T.; et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise,

cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (finger): A randomised controlled trial. *Lancet* 2015, 385, 2255–2263.

31. Martinez-Lapiscina, E.H.; Clavero, P.; Toledo, E.; Estruch, R.; Salas-Salvado, J.; San Julian, B.; Sanchez-Tainta, A.; Ros, E.; Valls-Pedret, C.; Martinez-Gonzalez, M.A. Mediterranean diet improves cognition: The predimed-navarra randomised trial. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2013, 84, 1318–1325.
32. Bauer, J.M.; Morley, J.E. The relevance of healthy diets for the prevention of frailty and cognitive impairment. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care* 2018, 21, 1–3.
33. Lo, Y.L.; Hsieh, Y.T.; Hsu, L.L.; Chuang, S.Y.; Chang, H.Y.; Hsu, C.C.; Chen, C.Y.; Pan, W.H. Dietary pattern associated with frailty: Results from nutrition and health survey in Taiwan. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2017, 65, 2009–2015.
34. Angelino, D.; Godos, J.; Ghelfi, F.; Tieri, M.; Titta, L.; Lafranconi, A.; Marventano, S.; Alonzo, E.; Gambera, A.; Sciacca, S.; et al. Fruit and vegetable consumption and health outcomes: An umbrella review of observational studies. *Int. J. Food Sci. Nutr.* 2019.
35. Loef, M.; Walach, H. Fruit, vegetables and prevention of cognitive decline or dementia: A systematic review of cohort studies. *J. Nutr. Health Aging* 2012, 16, 626–630.
36. Lampe, J.W. Health effects of vegetables and fruit: Assessing mechanisms of action in human experimental studies. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999, 70, 475S–490S.
37. Jiang, X.; Huang, J.; Song, D.; Deng, R.; Wei, J.; Zhang, Z. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of cognitive impairment and dementia: Meta-analysis. *Front. Aging Neurosci.* 2017, 9, 18.
38. María Elena Gómez-Gómez 1 and Sara C. Zapico 2,3,* 1 CENAC Clinical Analysis Laboratories, Plaza Merced, 2, 33401 Avilés, Asturias 33401, Spain; Sealen2000@hotmail.com 2 International Forensic Research Institute and Chemistry Department, Florida International University, 11200 SW 8 St., CP323, Miami, FL 33199, USA 3 Anthropology Department, Smithsonian Institution, NMNH, MRC 112, 10th and Constitution Ave, NW, PO Box 37012, Washington, DC 20560, USA * Correspondence: scasadoz@fiu.edu; Tel.: +1-3053487014
39. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 1997;336:1117–24. [PubMed: 9099655] A major study showing the DASH diet effectively (and quickly within 2 weeks) lowered blood pressure, with an effect size comparable to pharmacologic management (monotherapy).

Though not directly linking DASH to dementia risk, it is important insofar as it shows the DASH diet is effective in what it purports to do: Lower BP.

40. • National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Sciences Policy, Committee on Preventing Dementia and Cognitive Impairment. Preventing cognitive decline and dementia: a way forward [online] Downey A, Stroud C, Landis S, Leshner AI, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017 Accessed at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436397/>. Accessed March 16, 2018. This is a thorough and highly useful systematic review evaluating the evidence between various lifestyle risk factors and subsequent dementia / cognitive impairment risk
41. Wengreen H, Munger RG, Cutler A, et al. Prospective study of dietary approaches to stop hypertension- and Mediterranean-style dietary patterns and age-related cognitive change: the Cache County Study on Memory, Health and Aging. *Am J Clin Nutr.* 2013;98:1263–71. [PubMed: 24047922]
42. Tangney CC, Li H, Wang Y, et al. Relation of DASH- and Mediterranean-like dietary patterns to cognitive decline in older persons. *Neurology.* 2014;83:1410–6. [PubMed: 25230996]
43. • Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Bennett DA, Aggarwal NT MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer’s disease. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc.* 2015;11:1007–14. An important study of the MIND diet and dementia risk.
44. Morris MC, Wang Y, Barnes LL, Bennett DA, Dawson-Hughes B, Booth SL. Nutrients and bioactives in green leafy vegetables and cognitive decline: prospective study. *Neurology.* 2017 10.1212/WNL.0000000000004815.
45. Morris MC, Evans DA, Tangney CC, Bienias JL, Wilson RS. Associations of vegetable and fruit consumption with age-related cognitive change. *Neurology.* 2006;67:1370–6. [PubMed: 17060562]
46. • Yannakoulia M, Kontogianni M, Scarmeas N Cognitive health and Mediterranean diet: just diet or lifestyle pattern? *Ageing Res Rev.* 2015;20:74–8. [PubMed: 25461244] This is an useful commentary regarding the MeDi diet which brings up the valuable point that MeDi is more than a diet and is also a lifestyle pattern.
47. Chen Zhao^{1,2}, James M. Noble^{1,2,3}, Karen Marder^{1,2,3}, Jacob S. Hartman⁴, Yian Gu^{2,3,5}, Nikolaos Scarmeas^{1,2,3,6}
48. Piotr Eder ^{*,†} , Alina Niezgódka [†] , Iwona Krela-Kaźmierczak , Kamila Stawczyk-Eder, Estera Banasik and Agnieszka Dobrowolska

49. Vincenzo Malafarina 1,2,* ID , Jean-Yves Reginster 3,4,5, Sonia Cabrerizo 6 , Olivier Bruyère 3,4 , John A. Kanis 7,8, J. Alfredo Martinez 1,9,10,11,12 ID and M. Angeles Zulet 1,9,10,11
50. Agarwal, E.; Miller, M.; Yaxley, A.; Isenring, E. Malnutrition in the elderly: A narrative review. *Maturitas* 2013, 76, 296–302.
51. Granic, A.; Mendonça, N.; Hill, T.; Jagger, C.; Stevenson, E.; Mathers, J.; Sayer, A. Nutrition in the Very Old. *Nutrients* 2018, 10, 269.
52. García Lázaro, M.; Montero Pérez-Barquero, M.; Carpintero Benítez, P. Importancia de la malnutrición y otros factores médicos en la evolución de los pacientes con fractura de cadera. *An. Med. Interna* 2004, 21, 557–563.
53. Malafarina, V.; Uriz-Otano, F.; Gil-Guerrero, L.; Iniesta, R. The anorexia of ageing: Physiopathology, prevalence, associated comorbidity and mortality. A systematic review. *Maturitas* 2013, 74, 293–302.
54. Huang, Z.; Himes, J.H.; McGovern, P.G. Nutrition and subsequent fracture risk among a national cohort of white women. *Am. J. Epidemiol.* 1996, 144, 124–134.
55. Foss, N.B.; Kehlet, H. Mortality analysis in hip fracture patients: Implications for design of future outcome trials. *Br. J. Anaesth.* 2005, 94, 24–29.
56. Duncan, D.G.; Beck, S.J.; Hood, K.; Johansen, A. Using dietetic assistants to improve the outcome of hip fracture: A randomised controlled trial of nutritional support in an acute trauma ward. *Age Ageing* 2006, 35, 148–153.
57. Bruce, D.; Laurance, I.; McGuinness, M.; Ridley, M.; Goldswain, P. Nutritional supplements after hip fracture: Poor compliance limits effectiveness. *Clin. Nutr.* 2003, 22, 497–500.
58. Botella-Carretero, J.I.; Iglesias, B.; Balsa, J.A.; Arrieta, F.; Zamarrón, I.; Vázquez, C. Perioperative oral nutritional supplements in normally or mildly undernourished geriatric patients submitted to surgery for hip fracture: A randomized clinical trial. *Clin. Nutr.* 2010, 29, 574–579.
59. Anbar, R.; Beloosesky, Y.; Cohen, J.; Madar, Z.; Weiss, A.; Theilla, M.; Koren Hakim, T.; Frishman, S.; Singer, P. Tight Calorie Control in geriatric patients following hip fracture decreases complications: A randomized, controlled study. *Clin. Nutr.* 2014, 33, 23–28.
60. Volkert, D.; Berner, Y.N.; Berry, E.; Cederholm, T.; Bertrand, P.C.; Milne, A.; Palmblad, J.; Schneider, S.; Sobotka, L.; Stanga, Z.; et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: Geriatrics. *Clin. Nutr.* 2006, 25, 330–360.

- 61.** European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. A Europe 2020 Initiative. http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing. Accessed 21 Nov 2014
- 62.** AginginMotion.org. <http://aginginmotion.org/>. Accessed 19 Nov 2014
- 63.** Jean-Yves Reginster¹ • Cyrus Cooper^{2,3} • René Rizzoli⁴ • John A. Kanis⁵ • Geoff Appelboom⁶ • Ivan Bautmans⁷ • Heike A. Bischoff-Ferrari⁸ • Maarten Boers⁹ • Maria Luisa Brandi¹⁰ • Olivier Bruyère¹ • Antonio Cherubini¹¹ • Bruno Flamion¹² • Roger A. Fielding¹³ • Andrea Ildiko Gasparik¹⁴ • Luc Van Loon¹⁵ • Eugene McCloskey⁵ • Bruce H. Mitlak¹⁶ • Alberto Pilotto¹⁷ • Suzanne Reiter-Niesert¹⁸ • Yves Rolland¹⁹ • Yannis Tsouderos²⁰ • Marjolein Visser^{21,22} • Alfonso J. Cruz-Jentoft²³
- 64.** Studenski SA, Peters KW, Alley DE et al (2014) The FNIH sarcopenia project: rationale, study description, conference recommendations, and final estimates. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 69(5):547–558
- 65.** Cooper C, Dere W, Evans W et al (2012) Frailty and sarcopenia: definitions and outcome parameters. *Osteoporos Int* 23(7):1839–1848
- 66.** Beaudart C, Rizzoli R, Bruyere O et al (2014) Sarcopenia: burden and challenges for public health. *Arch Public Health* 72(1):45
- 67.** Janssen I, Shepard DS, Katzmarzyk PT et al (2004) The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *J Am Geriatr Soc* 52(1):80–85
- 68.** Fairhall N, Sherrington C, Lord SR et al (2014) Effect of a multifactorial, interdisciplinary intervention on risk factors for falls and fall rate in frail older people: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 43(5):616–622
- 69.** Johane P. Allard, MD¹ ; Heather Keller, RD, PhD² ; Khursheed N. Jeejeebhoy, PhD, MD³ ; Manon Laporte, RD, MSc⁴ ; Don R. Duerksen, MD⁵ ; Leah Gramlich, MD⁶ ; Helene Payette, PhD⁷ ; Paule Bernier, RD⁸ ; Elisabeth Vesnaver, PhD⁹ ; Bridget Davidson, RD, MHSc¹⁰; Anastasia Teterina, PhD¹¹; and Wendy Lou, PhD¹²
- 70.** ALLAN S. DETSKY, M.D., PH.D., JOHN R. MCLAUGHLIN, M.Sc., JEFFREY P. BAKER, M.D., NANCY JOHNSTON, B.Sc.N., SCOTT WHITTAKER, M.D., RENA A. MENDELSON, Sc.D., AND KHURSHEED N. JEEJEEBHOY, M.B.B.S.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Όνομα:

Ημερομηνία

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	A	B	C
<p>ΒΑΡΟΣ Συνηθισμένο WT..... Τρέχον WT..... Αλλαγή WT το τελευταίο εξάμηνο Ποσότητα απώλειας WT.....%απώλειαWT..... 0-<5% απώλεια 5-10% απώλεια >10% απώλεια</p> <p>Αλλαγή WT τις τελευταίες 2 εβδομάδες Ποσό..... Καμιά αλλαγή; Κανονικό βάρος Αύξηση σε 5% Αύξηση (1 επίπεδο παραπάνω) Καμιά αλλαγή, αλλά κάτω από το συνηθισμένο WT Αύξηση σε 5-10% Μείωση</p>	*	*	*
<p>ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ Καμιά αλλαγή; Επαρκής Καμιά αλλαγή; Ανεπαρκής</p> <p>Αλλαγή Διάρκεια της αλλαγής..... ΥΠΟ βέλτιστη διατροφή Υγρική δίαιτα Υγρική δίαιτα (υποθερμιδική) Νηστεία</p> <p>Οριακή πρόσληψης; Αύξηση Οριακή πρόσληψης; Μείωση Ανεπαρκής πρόσληψη; Καμιά αλλαγή Ανεπαρκής πρόσληψη; Αύξηση Ανεπαρκής πρόσληψη; Μείωση</p>	*	*	*
<p>ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Συχνότητα (ποτέ, καθημερινά, όχι. φορές/εβδ.) Διάρκεια (<2wk, >2wk)</p> <p>Ναυτία</p> <p>Εμετός</p> <p>Διάρροια</p>			

Ανορεξία			
Καμία; Διακοπτόμενη		*	
Μερική (καθημερινά >2 εβδομάδες)			*
Όλα (καθημερινά >2 εβδομάδες)			*
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ			
Χωρίς δυσλειτουργία	Διάρκεια της αλλαγής	*	
Δυσκολία βάδισης/Κανονικής δραστηριότητας			*
Κρεβάτι/καρέκλα-κυριαρχούμενος			*
Αλλαγή τελευταίων 2 εβδ.			
Βελτίωση		*	
Καμιά αλλαγή			*
Επιδείνωση			*

This is a consensus document from Dietitian/ Nutritionists from the Nutrition Education Materials Online, "NEMO", team.

Disclaimer: <http://www.health.qld.gov.au/masters/copyright.asp>

Posted: May 2009

Due for Review: April 2019

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	A	B	C
ΥΠΟΔΟΡΙΟ ΛΙΠΟΣ			
Κάτω από τα μάτια	Ελαφρώς διογκωμένη περιοχή		Κοίλο βλέμμα, κατάθλιψη, μαύροι κύκλοι
Τρικήφαλος μυς	Μεγάλο διάστημα μεταξύ δαχτύλων		Πολύ μικρό διάστημα μεταξύ δαχτύλων ή επαφή δαχτύλων
Δικέφαλος μυς	Μεγάλο διάστημα μεταξύ δαχτύλων		Πολύ μικρό διάστημα μεταξύ των δαχτύλων ή επαφή δαχτύλων
ΜΥΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ			
Κρόταφος	Καλός καθορισμένος μυς/επίπεδος	Ελαφρά κοίλανση	Κοίλανση
Κλείδα	Δεν είναι ορατό στους άνδρες μπορεί να είναι ορατό αλλά όχι εμφανή στις γυναίκες	Κάποια προεξοχή; μπορεί να μην είναι ολόκληρη κατά μήκος	Προεξέχοντα/διακεκριμένα κόκκαλα
Ωμος	Στρογγυλεμένο	Δεν έχει τετράγωνη όψη; Το ακρώμιο μπορεί να προεξέχει ελαφρώς	Πλατύ βλέμμα; Οστά εμφανή
Ωμοπλάτη/Νευρώσεις	Τα οστά δεν είναι εμφανή; Δεν υπάρχουν σημαντικές καταπιέσεις	Ήπια κατάθλιψη ή το οστό μπορεί να παρουσιαστεί ελαφρώς; Όχι σε όλες τις περιοχές	Οστά εμφανή; Σημαντική κατάθλιψη

Τετρακέφαλο	Καλά στρογγυλεμένοι; Δεν υπάρχουν καταπίσεις	Ήπια κατάθλιψη	Κατάθλιψη; Λεπτός
Κνήμη	Καλά ανεπτυγμένο		Λεπτή; Χωρίς κανένα ορισμό μυών
Γόνατο	Τα οστά δεν είναι εμφανή		Οστά εμφανή
Ενσωματωμένος μυς μεταξύ αντίχειρα και δείκτη	Ο μυς προεξέχει; Μπορεί να είναι επίπεδος στις γυναίκες		Επίπεδη ή συμπιεσμένη περιοχή
ΟΙΔΗΜΑ (σχετικά με τον υποοιστισμό)	Κανένα σημάδι	Ήπια έως μέτρια	Σοβαρό
ΑΣΚΙΤΕΣ (σχετικά με τον υποοιστισμό)	Κανένα σημάδι	Ήπια έως μέτρια	Αυστηρός
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	A	B	C

Adapted from: Detsky et al., 1994⁸; Baxter Healthcare Corporation, 1993; McCann, 1996 (Ferguson, Bauer, Banks, Capra, 1996)□

This is a consensus document from Dietitian/ Nutritionists from the Nutrition Education Materials Online, "NEMO", team.

Disclaimer: <http://www.health.qld.gov.au/masters/copyright.asp>

Posted: May 2009

Due for Review: April 2019

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- 1) Ονοματεπώνυμο:.....
- 2) Ηλικία:.....
- ...
- 3) Φύλο:.....
- 4) Βάρος:.....
- 5) Ύψος:.....
- 6) Καπνιστική συνήθεια (πρώην/νυν/ ποτέ καπνιστής/ έτη καπνίσματος/ πόσα πακέτα την ημέρα):.....
.....
.....
.....
.....
- 7) Λόγοι νοσηλείας και προηγούμενη νοσηλεία το τελευταίο χρόνο και για ποιο λόγο:.....
.....
.....
.....
.....
- 8) Συνοσηρότητα και ποια άλλα νοσήματα έχει:.....
.....

