Załącznik nr 2

W Szpitalu obowiązują następujące diety:

1. Dieta podstawowa (normalna, ogólna)
2. Dieta łatwo strawna (lekkostrawna)
3. Dieta łatwo strawna z ograniczeniem sodu (bezsolna)
4. Dieta łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego (wrzodowa)
5. Dieta łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu (wątrobowa)
6. Dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych (przeciwmiażdżycowa)
7. Dieta łatwo strawna bogatobiałkowa
8. Dieta łatwo strawna niskobiałkowa
9. Dieta ubogoenergetyczna (odchudzająca)
10. Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów (cukrzycowa)
11. Dieta łatwo strawna o zmienionej konsystencji
    a. płynna
    b. płynna wzmocniona
    c. płynna do żywienia przez zgłębnik lub przetokę
12. Dieta łatwo strawna o zmienionej konsystencji / papkowata
13. Dieta łatwo strawna niskoresztkowa
14. Dieta bogatoresztkowa
15. Dieta bezglutenowa
16. Dieta małych dzieci
17. Diety indywidualne, stosowane na zlecenie lekarza np. diety w alergiach, diety w leczeniu chorób powstałych na tle niedoborów pokarmowych.

1. DIETA PODSTAWOWA (normalna, ogólna)

Definicja diety:

Dieta podstawowa (normalna, ogólna) jest to zwykłe, racjonalne, prawidłowe żywienie ludzi zdrowych, a także chorych przebywających na leczeniu w szpitalu, którzy nie wymagają żywienia dietetycznego.

Ogólne zasady diety, sposób przygotowania, stosowane techniki

Pacjenci powinni odżywiać się zgodnie z zasadami racjonalnego żywienia. W żywieniu podstawowym nie ma specjalnych ograniczeń dietetycznych. Żywienie pacjentów szpitalnych, którzy nie muszą stosować konkretnych diet, powinno opierać się na sposobie żywienia człowieka zdrowego z ograniczeniem w diecie potraw ciężkostrawnych, wzdymających i powinno spełniać jednocześnie zalecenia dotyczące prewencji przewlekłych chorób niezakaźnych. Jadłospisy powinny być tak skonstruowane, aby z białka pochodziło 10 – 15 % całodziennej energii, z tłuszczów ogółem nie więcej niż 30% energii, w tym z tłuszczów nasyconych nie więcej niż 10% energii. Dzienna zawartość cholesterolu nie powinna przekraczać 300 mg. W wypadku planowania diet dla chorych w szpitalach należy wziąć pod uwagę fakt, że duży odsetek osób może wykazywać niezadowalający stan odżywienia, posiadać choroby zwiększające zapotrzebowanie na składniki odżywcze lub zmniejszające ich przyswajalność. Uwzględniając powyższe uwarunkowania, aby nie pogłębiać złego stanu odżywienia pacjentów, proponuje się w takim wypadku uznać za poziom docelowy do planowania spożycia w szpitalach normę RDA dla tych składników odżywczych, dla których została ona określona, ponieważ norma ta pokrywa zapotrzebowanie 98% populacji. Dieta powinna dostarczyć takich ilości składników odżywczych, jakie są przewidziane dla niskiej aktywności fizycznej.
Udział błonnika pokarmowego w diecie powinien wynosić nie mniej niż 20 - 25 g/os. dorosłą, w przypadku dzieci 10-21 g./os. w zależności od wieku.

Produkty niewskazane:
W żywieniu podstawowym dozwolone są wszystkie produkty i potrawy oraz wszystkie techniki kulinarne przygotowywania posiłków. Eliminowane są z diety tylko produkty i potrawy indywidualnie źle tolerowane. Unikać należy spożycia nadmiaru tłuszczów (zwłaszcza zwierzęcych - np. boczku, słoniny, smalcu, tłustych wędlin, tłustego mięsa), soli i cukru. Nie zaleca się podawania produktów wzdymających (np: grochu, fasoli).

2. DIETA ŁATWO STRAWNA (lekkostrawna)

Definicja diety:

Dieta łatwo strawna, jest prostą modyfikacją żywienia podstawowego polegającą na eliminacji produktów, potraw, technik przygotowania drażniących przewód pokarmowy - ciężkostrawnych.
Powinna być dietą najczęściej stosowaną w zakładach leczniczych. Żywienie chorych powinno być jak najbardziej zbliżone do żywienia człowieka zdrowego; modyfikacja normalnego żywienia powinna być jak najmniejsza, trwać jak najkrócej i dotyczyć tylko tych chorych, dla których rzeczywiście jest ona niezbędna.

Dieta powinna zawierać :
- białka 10-15 % wartości energetycznej diety dla całej populacji,
- z tłuszczu powinno pochodzić ok. 30% energii,
- węglowodany powinny pokryć resztę zapotrzebowania energetycznego (ok. 55-60%).
- ogólna ilość błonnika pokarmowego nie powinna być nadmiernie ograniczana, jeśli nie ma ku temu wyraźnych wskazań wynikających z zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego i powinna wynosić nie mniej niż 20 - 25 g/os. dorosłą, w przypadku dzieci 10-21 g./os. w zależności od wieku.

Aby zapewnić w diecie odpowiednie ilości składników odżywczych, należy uwzględnić w żywieniu produkty z wszystkich 12 grup produktów.
Prawidłowo skomponowana dieta powinna dostarczyć takich ilości składników odżywczych, jakie są zawarte w normach żywienia na poziomie norm RDA dla tych składników odżywczych, dla których została ona określona i przy niskiej aktywności fizycznej.

Dobór produktów

W diecie wyklucza się:
- produkty i potrawy powodujące nadmierne wydzielanie soków trawiennych (ciężkostrawne, tłuste, ostre, długo zalegające w żołądku),
- zawierające duże ilości włókna pokarmowego,
- produkty i potrawy wzdymające,
- marynaty i używki, ostre przyprawy.

Niewskazane są potrawy wędzone i surowe, cebula, czosnek i ogórki, warzywa kapustne i strączkowe.
Źródłem błonnika powinny być młode, delikatne warzywa, dojrzałe owoce, delikatne pieczywo pszenne lub graham, drobne kasze. Produkty zawierające błonnik (warzywa, owoce) powinny być młode, miękkie, raczej gotowane, nie w formie surówek.

Stosowane techniki przygotowania posiłków
Stosowane techniki kulinarne (poprawiające strawność składników odżywczych, w tym także rozpulchniające i rozdrabniające):
- gotowanie w wodzie i w parze (często połączone z przecieraniem, miksowaniem, rozdrabnianiem),
- pieczenie w folii aluminiowej lub w pergaminie (nie wymaga stosowania tłuszczu, produkt jest miękki, brak chrupiącej skórki),
- spulchnianie potraw przez dodanie do nich ubitych białek jaj lub namoczonej w wodzie lub mleku bułki, tłuszcz do potraw dodaje się po przyrządzeniu,
- do zagęszczania potraw stosujemy zawiesinę z mąki i wody lub z mąki i mleka (nie zasmażki),

- w celu polepszenia tolerancji błonnika pokarmowego usuwa się pestki i skórki, zwłókniałe i twarde części owoców i warzyw, rozdrabnia się je.

Produkty stosowane przy sporządzaniu potraw w diecie łatwo strawnej powinny być bardzo świeże i dobrej jakości. Pokarmy powinny być dobrze ugotowane, miękkie, smaczne, niezbyt słodkie, mało słone, nie kwaśne i nie ostre. Posiłki powinny być ciekawie zestawione, o apetycznym wyglądzie, przyprawione dozwolonymi w diecie łagodnymi przyprawami .

Należy dbać o częste spożywanie posiłków w małych objętościach, najlepiej 5 razy dziennie, podawanych regularnie o określonych godzinach, a kolację spożywać nie później niż 2 godziny przed snem.

3. DIETA ŁATWO STRAWNA Z OGRANICZENIEM SODU (bezsolna)

Definicja diety:

Dieta łatwo strawna z ograniczeniem sodu jest odmianą diety łatwo strawnej, w której ogranicza się sód (w postaci NaCl) do poziomu poniżej 2g/dobę; dla porównania u ludzi zdrowych norma ta wynosi 6g NaCl /dobę.

W schorzeniach przebiegających z obrzękami ograniczenia sodu mogą być większe, o poziomie tych ograniczeń decyduje lekarz.

Ogólne zasady diety: zadanie i skład diety, stosowane techniki

W diecie tej stosuje się takie same zasady, jak w diecie łatwo strawnej, tj.:

- wyklucza się pokarmy ciężkostrawne, tłuste, długo zalegające w żołądku, ostre, wzdymające, z dużą ilością błonnika, potrawy wędzone, marynaty, ostre przyprawy i używki,
- stosuje się takie same techniki kulinarne (gotowanie w wodzie i parze, połączone z przecieraniem, miksowaniem, rozdrabnianiem, pieczenie w folii aluminiowej, rękawie foliowym lub pergaminie); zagęszczanie potraw zawiesinami z mąki i wody, mąki i mleka a nie zasmażkami; dodawanie tłuszczu do gotowej potrawy,
- spożywanie posiłków częściej (4-5 razy dziennie), a w mniejszej objętości; ostatni posiłek należy spożyć ok. 2 godz. przed snem.

W diecie z ograniczeniem sodu ogranicza się ilość soli kuchennej. W niektórych schorzeniach, np.: w nadciśnieniu tętniczym przebiegającym z obrzękami, czy marskością wątroby z wodobrzuszem ogranicza się także podaż płynów, o czym decyduje lekarz.

Potrawy należy przyrządzać bez soli, dobierając tak produkty, aby zawierały w swoim składzie jak najmniejszą ilość chlorku sodu. Nie podaje się produktów, do których w procesie przetwarzania używa się soli kuchennej: wędlin, konserw mięsnych i rybnych, marynat, kiszonek, produktów solonych (ryby, tłuszcze itp.), serów fermentowanych, zup w proszku, przypraw z solą i wszelkich dań gotowych, do których może być dodawana sól. Zabroniony jest alkohol, ze względu na to, iż zwiększone spożycie alkoholu sprzyja częstemu występowaniu udarów, a równocześnie osłabia działanie leków hipotensyjnych. W przebiegu nadciśnienia tętniczego ważna jest właściwa podaż potasu, która redukuje ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych i naczyniowo-mózgowych.

Diety z większymi ograniczeniami podaży sodu wymagają stosowania specjalnego pieczywa, przygotowywanego bez soli, często także ograniczenia podaży mleka.

4. DIETA Z OGRANICZENIEM SUBSTANCJI POBUDZAJĄCYCH WYDZIELANIE SOKU ŻOŁĄDKOWEGO (wrzodowa)

Definicja diety:

Dieta łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego jest odmianą

diety łatwo strawnej. Różnica polega na takim doborze produktów, potraw i technik sporządzania posiłków, które będą oszczędzały chory narząd, a także wiązały kwas solny i ograniczały jego wydzielanie.

Ogólne zasady diety: zadanie i skład diety

Wskazania dietetyczne dotyczą okresu choroby wrzodowej, a także okresu rekonwalescencji. Leczenie dietetyczne ma na celu ograniczenie wydzielania soku żołądkowego, łagodzenie objawów bólowych, wygojenie wrzodu i zapobieganie powikłaniom. W tym celu należy z diety wykluczyć pokarmy silnie pobudzające wydzielanie soku żołądkowego, stanowiące mocne bodźce wydzielnicze (mocne rosoły, buliony mięsne, wywary warzywne, słone i pikantne sosy, kwaśne napoje wody mineralne, soki owocowo – warzywne, piwo, wino, mięso i ryby marynowane i wędzone, potrawy smażone i pieczone, z rusztu i grillowane; sól kuchenną, ostre przyprawy i używki). Podaje się pokarmy, które z jednej strony wiążą nadmiar kwasu solnego (nabiałowe, głównie mleko), a z drugiej hamują wydzielanie soku żołądkowego. Do pokarmów hamujących należą głównie tłuszcze i słabe roztwory cukru. Zasadą diety jest podawanie pokarmów w takiej postaci, aby nie drażniły ścian żołądka ani mechanicznie, ani chemicznie, aby nie wywoływały wzmożonego wydzielania kwasów żołądkowych i aby w miarę możliwości przebywały jak najkrócej w żołądku. Potrawy podaje się w postaci przetartej, papkowatej. Techniki przyrządzania potraw: gotowanie w wodzie i w parze, pieczenie w pergaminie lub w folii lub w rękawie foliowym (w okresie nasilenia objawów należy stosować tylko gotowanie). Warzywa i owoce oraz grube kasze należy przetrzeć. Zupy i sosy podprawiać zawiesinami. Nie wolno podawać potraw smażonych i pieczonych.

Pacjentom należy podawać częste, małe objętościowo posiłki. Ostatni posiłek powinien być podany nie później niż 2 godz. przed snem.

Po wyleczeniu należy zachęcać pacjentów do stosowania się do ogólnych zaleceń prawidłowego żywienia z wyłączeniem produktów i potraw indywidualnie źle tolerowanych.

5. DIETA ŁATWOSTRAWNA Z OGRANICZENIEM TŁUSZCZU (wątrobowa)

Definicja diety:

Dieta łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu jest odmianą diety łatwo strawnej. Różnica polega na zawartości tłuszczu: w diecie łatwo strawnej podaje się go ok. 70-75 g /dobę (tj. 30% zapotrzebowanie kalorycznego), natomiast w diecie łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczu: poniżej 20 % energii (40-50g na dobę). W w/w diecie stosuje się poza tym większe obostrzenia dotyczące doboru produktów, technik sporządzania posiłków, zawartości błonnika i cholesterolu.

Z białka powinno pochodzić 12-18 % energii, a z węglowodanów 65-80 % energii.

Ogólne zasady diety: zadanie i skład diety

W diecie tej tłuszcz jest ograniczony do 40 – 50 g na dobę, zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Jest to tłuszcz zawarty w produktach (mleku, mięsie, wędlinach) oraz tłuszcz dodany do pieczywa i potraw. Należy maksymalnie ograniczyć tłuszcz zwierzęcy, wykluczyć tłuszcze wyodrębnione. Ograniczenie tłuszczu jest konieczne ze względu na upośledzone jego trawienie i wchłanianie w w/w przypadkach chorobowych. Stosuje się tłuszcze lekko strawne o niskim punkcie topnienia jak: masło, margaryny miękkie, oliwa z oliwek, olej słonecznikowy, sojowy. Z diety należy wykluczyć pokarmy długo zalegające w żołądku oraz ostre przyprawy i używki. Ogranicza się również ilość błonnika. Nie podaje się cebuli i czosnku, warzyw wzdymających (wszystkie odmiany kapusty, warzywa strączkowe) i innych ciężko strawnych warzyw i owoców: gruszki, śliwki, czereśnie, orzechy, ogórki, papryka, rzodkiewka itp. Posiłki należy podawać częściej, w mniejszych objętościach - około 5 razy na dobę. Potrawy powinny być ciepłe (nie za zimne i nie za gorące, w temp. ciała lub pokojowej). W diecie stosuje się potrawy gotowane, duszone bez tłuszczu, pieczone w folii aluminiowej, pergaminie lub rękawie foliowym. W ostrych stanach w w/w przypadkach chorobowych należy podawać potrawy tylko gotowane, jako najlżej strawne. Zupy i sosy sporządza się na wywarach warzywnych i podprawia zawiesinami z mąki i mleka (zabronione są zasmażki). Do potraw, w których podstawę stanowią jajka, dodaje się tylko pianę z białka. Dozwolone warzywa i owoce podaje się w postaci gotowanej i rozdrobnionej ewentualnie w postaci surowych, rozcieńczonych soków.

W diecie tzw. wątrobowej szczególną uwagę należy zwrócić na właściwą podaż witamin

przeciwutleniających (karoteny, wit. E i C), kwasów wielonienasyconych omega-3 (zwalczanie stanu zapalnego).
W chorobach pęcherzyka żółciowego eliminuje się źródła cholesterolu, które najbardziej stymulują jego skurcze.
We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego należy wyeliminować z diety mleko i jego przetwory z powodu nietolerancji laktozy (w zależności od indywidualnej tolerancji można podjąć próbę wprowadzenia fermentowanych napojów mlecznych).
Po wyrównanym WZW i w stłuszczeniu wątroby podaż białek należy zwiększyć do 1,5 g/kg m.c.
W cholestazie zwiększa się ograniczenia tłuszczu i cholesterolu.
Jeżeli u pacjentów, u których po posiłkach zawierających tłuszcz wystąpią dolegliwości, należy znacznie ograniczyć ilość tego składnika w diecie. Po ustąpieniu dolegliwości stopniowo wprowadzamy tłuszcze łatwostrawne (śmietanka, mleko, masło) cały czas monitorując, czy nie pojawiają się objawy nietolerancji. Można również podawać średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe (MCT).

6.. DIETA O KONTROLOWANEJ ZAWARTOŚCI KWASÓW TŁUSZCZOWYCH (przeciwmiażdżycowa)

Definicja diety:

Dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych jest odmianą racjonalnego żywienia, polegającą na ograniczeniu w pożywieniu nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu i cukrów prostych oraz zwiększonej ilości błonnika pokarmowego.

Ogólne zasady diety: zadanie diety, skład diety, stosowane techniki

Zadaniem diety o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych jest obniżenie poziomu lipidów (szczególnie cholesterolu frakcji LDL) w surowicy krwi. Dieta pod względem zawartości składników odżywczych jest zgodna z wytycznymi racjonalnego żywienia. Najistotniejszą cechą tej diety jest ograniczenie nasyconych kwasów tłuszczowych (NKT) i częściowe zastąpienie ich jednonienasyconymi (JKT) kwasami tłuszczowymi oraz wielonienasyconymi (WKT) kwasami tłuszczowymi – głównie kwasem linolowym. Ograniczenie w diecie nasyconych kwasów tłuszczowych ma zapobiegać wzrostowi stężenia cholesterolu we krwi. Taka dieta obniża ponadto pogotowie prozakrzepowe krwi. Tłuszcze w diecie o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych powinny dostarczać 25-35% energii, tj. tyle, ile w racjonalnym żywieniu. Należy jednak zwrócić uwagę na rodzaj tłuszczu. Przyjmuje się, że udział poszczególnych kwasów tłuszczowych w diecie powinien wynosić jak 1 : 1: 1 (tzn. 1/3 tłuszczu powinny stanowić NKT (nasycone kwasy tłuszczowe) 1/3 - JKT (jednonienasycone kwasy tłuszczowe), 1/3 – WKT (wielonienasycone kwasy tłuszczowe). Aby uzyskać podany stosunek kwasów tłuszczowych, należy zwiększyć w diecie dość znacznie ilość olejów roślinnych bogatych w WKT (olej sojowy, słonecznikowy) oraz oliwę i olej rzepakowy a także margaryny miękkie w celu wzbogacenia diety w JKT. Równocześnie, aby zubożyć dietę w NKT, trzeba wyeliminować wszystkie dodawane do niej tłuszcze zwierzęce, takie jak masło, smalec słoninę oraz ograniczyć tłuste produkty pochodzenia zwierzęcego głównie tłuste mięsa, wędliny, drób, śmietanę, sery żółte itp. W omawianej diecie ogranicza się ponadto produkty zwierzęce bogate w cholesterol, aby ilość cholesterolu nie przekraczała 300mg. dziennie. Największe ilości cholesterolu zawierają: żółtka jaj, masło, śmietana, podroby i ich przetwory. Rozróżnia się dwie frakcje cholesterolu: cholesterol „dobry" – HDL i cholesterol „zły" – LDL. Nadmiar „złego" cholesterolu wnika w ścianki tętnic i odkłada się w ich nabłonku, powodując zwężanie i zarastanie tętnic, co w konsekwencji może doprowadzić do zawału, wylewu i tętniaków naczyń krwionośnych. „Dobry" cholesterol przeciwdziała temu procesowi, kierując „zły" cholesterol do wątroby, gdzie zostaje on przetworzony na kwasy żółciowe. Korzystne jest więc względnie wysokie stężenie cholesterolu frakcji HDL i jak najniższe frakcji LDL. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe to m.in. kwasy Omega-3 i Omega-6. Zaleca się spożywanie w codziennych dietach ludzi dorosłych kwasów EPA i DHA (kwasy Omega –3) ok. 1g. dziennie, natomiast w grupach podwyższonego ryzyka chorób układu krążenia, nowotworowych, reumatoidalnych oraz neurodegeneracyjnych do 1,5g dziennie. Źródłem obu tych kwasów są ryby morskie: śledź, makrela, dorsz, flądra, łosoś, halibut (spożywane powinny być 2X po 100 g. w tygodniu; ryby morskie mogą być tłuste = im tłustsze, tym lepsze). Kwasy Omega-6 występują w oleju słonecznikowym , kukurydzianym , sojowym, sezamowym, a także w oleju z wiesiołka, nasion winogron, ogórecznika i arachidowym. Oleje roślinne bogate w te kwasy należy spożywać na surowo; nie powinno się ich używać do smażenia. Ważna jest odpowiednia proporcja kwasów Omega –6 do kwasów Omega –3; powinna ona wynosić 4-5:1 i stosunek

ten ma duży wpływ na rolę, jaką mogą one odegrać w ustroju. Pomocne we wchłanianiu kwasów Omega-3 będą w diecie zielone warzywa.

Należy zastosować ograniczenia spożycia węglowodanów łatwo wchłanialnych, ponieważ generują wysoką glikemię poposiłkową, wzrost poziomu TG, VLDL, wzrost poziomu insuliny.

Powinno się podwyższyć podaż błonnika, zwł. rozpuszczalnego - pektyn, beta-glukanów, inuliny).

Posiłki powinny być kontrolowane pod kątem objętości. Nie wolno dopuścić do przejadania, gdyż nawet jednorazowy bardzo obfity posiłek może prowadzić do wzrostu potencjalnie aterogennych VLDL, LDL i cholesterolu ogółem. Posiłki więc powinny być częste i małe objętościowo.

Stosując reżim dietetyczny przez dłuższy czas można zmniejszyć ryzyko zawałów serca u osób nie mających objawów choroby wieńcowej, jak również zapobiegać ponownym zawałom u ludzi, którzy już zawał przebyli. Pacjenci otyli powinni także dokonać redukcji nadwagi.

7. DIETA ŁATWO STRAWNA BOGATOBIAŁKOWA

1. Definicja diety

Dieta łatwo strawna bogatobiałkowa jest odmianą diety łatwo strawnej, w której zostaje zwiększona ilość białka do 1,5 – 2 g/kg. m. c. (16-20 % energii) o wysokiej wartości odżywczej w porównaniu z zapotrzebowaniem człowieka zdrowego, które wynosi 1 g/ kg. m. c.

Ogólne zasady diety: zadanie diety, skład diety, stosowane techniki
Zadaniem diety bogatobiałkowej jest dostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości białka o wysokiej wartości odżywczej, przede wszystkim dla celów anabolicznych: dla budowy i odbudowy komórek i tkanek ustroju, tworzenie białka ciał odpornościowych, enzymów, hormonów. Ilość białka w diecie zwykle wynosi 1,5 – 2 g/1kg wagi ciała należnej (może to być np. 100 –120 lub 150g/dobę, co stanowi 16 -20 % energii). W związku z tym dieta jest bogata w produkty pochodzenia zwierzęcego: mleko, sery, jaja, mięso i jego przetwory, ryby. Dieta bogatobiałkowa musi mieć dostateczną wartość energetyczną; przy niedoborze składników energetycznych białko może zostać wykorzystane jako materiał energetyczny. Dieta bogatobiałkowa podstawowa i wszystkie jej warianty powinny mieć cechy diety łatwo strawnej. Chorzy wymagający diety bogatobiałkowej bardzo często mają zmniejszony apetyt, stąd też posiłki powinny być urozmaicone i smaczne. Należy też dopilnować, aby chorzy je rzeczywiście spożyli.

8. DIETA NISKOBIAŁKOWA

Definicja diety:
Dieta niskobiałkowa jest odmianą diety łatwo strawnej, w której zmniejsza się ilość białka w stosunku do zapotrzebowania człowieka zdrowego (zmniejszony udział białka o 30 %).

Ogólne zasady diety: zadanie i skład diety, stosowane techniki
Dietą niskobiałkową jest taka dieta, która dostarcza ok. 40 g białka, podczas gdy dieta bardzo niskobiałkowa zawiera jedynie 20 g białka. W których przypadkach chorobowych należy stosować dietę niskobiałkową i jaka ma być w niej zawartość białka, decyduje lekarz. Uważa się, że stosuje się ją w niewydolności nerek, a także wątroby. Zadaniem diety niskobiałkowej jest utrzymanie możliwie dobrego stanu odżywienia chorego, przez dostarczanie potrzebnej ilości energii, składników mineralnych i witamin, przy zmniejszonej ilości białka w stosunku do zapotrzebowania człowieka zdrowego. Dieta niskobiałkowa ma także za zadanie odciążyć chory narząd, dzięki czemu jest możliwość opóźnienia postępu choroby. Zalecając dietę niskobiałkową dążymy do zmniejszenia lub zapobieżenia podwyższeniu poziomu toksycznych metabolitów azotu. Stosując dietę niskobiałkową należy stale kontrolować ilość i jakość spożywanego białka oraz

prowadzić stałą kontrolę elektrolitów, takich jak: sód, potas, wapń, fosfor, oraz kontrolę pobieranych płynów.

Białko ogranicza się do najczęściej do 0,6 g. /kg m.c. jednak poziom białka w diecie chorego wyznacza lekarz we współpracy z dietetykiem biorąc poda uwagę stan pacjenta, jakość sprawowanej nad nim opieki (czy sposób żywienia i stan odżywienia pacjenta jest regularnie monitorowany i czy pacjent ma zapewnioną opiekę dietetyka nefrologicznego). Podkreśla się, iż podaż białka 0,55-0,6 g / kg m.c. na dobę może równoważyć bilans azotowy pod warunkiem, że stan pacjenta jest stabilny.

Dieta niskobiałkowa jest ustalana indywidualnie, gdyż ilość białka musi być ograniczana w stopniu zależnym od tolerancji tego składnika przez organizm chorego. Ilość białka w diecie może być zmieniana w czasie trwania choroby. Przy dużych ograniczeniach białka, jego zawartość powinna być niższa aniżeli 0,5 g. na kilogram masy należnej ciała. Dieta dostarcza wówczas tylko 20 – 30 g białka. Mniej drastyczne ograniczenia pozwalają na ułożenie diety dostarczającej 40 – 50 g białka. Produkty będące źródłem białka (mleko, sery, jaja, mięso, ryby) powinny być spożywane równocześnie z produktami bogatymi w węglowodany, aby organizm mógł wykorzystać białko do syntezy tkankowej, a nie jako materiał energetyczny. W każdym przypadku stosowania diety niskobiałkowej należy dążyć do tego, aby ok. 75% ogólnej ilości białka stanowiło białko pełnowartościowe - pochodzenia zwierzęcego. W dietach bogatoenergetycznych o zawartości tylko 20 g białka nie da się osiągnąć tak wysokiego procentu białka zwierzęcego. Produkty zbożowe stanowią główne źródło węglowodanów i obok tłuszczów dostarczają najwięcej energii; są także źródłem białka roślinnego. W dietach o dużym ograniczeniu białka (20 –30 g), muszą one być pozbawione tego składnika, aby można było w zamian dostarczyć choć niewielkie ilości produktów zwierzęcych zawierających białko pełnowartościowe. Skrobia - pszenna i ziemniaczana, prawie pozbawiona białka, musi wówczas zastąpić mąkę pszenną, a specjalne,, bezbiałkowe ,, pieczywo- pieczywo zwykłe. Bez takiej zamiany same produkty roślinne (zbożowe, ziemniaki, warzywa, owoce) dostarczają takiej ilości białka, która może przekroczyć ustalony dzienny limit białkowy. W chorobach wymagających zastosowania diety niskobiałkowej zachodzi często potrzeba dokładnej kontroli gospodarki elektrolitowej. W takich przypadkach konieczna jest indywidualizacja diety. W diecie niskobiałkowej stosowane rodzaje produktów i ich ilości muszą być ściśle zgodne z podanymi w przyjętej dziennej racji pokarmowej. W przeciwnym razie ilość białka może ulec niekorzystnej, a nawet niebezpiecznej dla zdrowia zmianie.

W dietach o znacznych ograniczeniach białek (zawierających 20-25 g. białka na dobę) należy rozważyć podawanie chorym ketoanalogi aminokwasów lub niezbędne aminokwasy. Takie ograniczenie białka powinno trwać najkrócej, jak to tylko możliwe.
U pacjentów z obniżonym stężeniem we krwi wodorowęglanów (HCO3) nie zaleca się podaży białka poniżej 0,75 g / kg m.c. na dobę gdyż u chorych z przewlekłą choroba nerek, u których dochodziło do utraty beztłuszczowej masy ciała może pojawić się kwasica metaboliczna, stany zapalne i oporność na działanie hormonów anabolicznych.

Zamienniki warzywne i owocowe:

Warzywa bogate w witaminę C	100g pomidorów odpowiada 100g soku pomidorowego lub 60g kalafiora
Owoce bogate w witaminę C	50g malin lub porzeczek lub truskawek lub czarnych jagód świeżych odpowiada 50 g w/w owoców mrożonych lub z kompotu lub 100g pomarańczy lub cytryny
Warzywa bogate w karoten	100g marchwi lub dyni odpowiada 100g kabaczka lub 70g cykorii lub 50g szpinaku lub 40g sałaty lub 30g fasolki szparagowej lub 25g koperku lub 20g koncentratu pomidorowego 30%
Warzywa inne	50g buraków odpowiada 50g selera lub 50g pietruszki lub50g pora lub 50g szparagów

Owoce inne	100g jabłka odpowiada 100g arbuza lub melona lub moreli lub żurawin lub jeżyn lub białych porzeczek lub winogron lub 70g truskawek lub 50g truskawek lub 50g brzoskwiń lub wiśni lub 500g soku z jabłek

W diecie stosuje się techniki sporządzania jak w diecie łatwo strawnej, a więc: gotowanie w wodzie i parze, duszenie bez uprzedniego obsmażania, pieczenie w pergaminie lub w folii aluminiowej.

9. DIETA UBOGOENERGETYCZNA (odchudzająca)

Definicja diety
Dieta ubogoenergetyczna jest dietą o zmniejszonej wartości energetycznej w stosunku do zapotrzebowania danego pacjenta, dającą ujemny bilans energetyczny.

U osób z nadwagą i otyłością i współistniejącymi zaburzeniami przemiany węglowodanów, lipidów, chorobami serca, wskazana jest dieta ubogoenergetyczna, bogatoresztkowa z ograniczeniem węglowodanów łatwo przyswajalnych.

Ogólne zasady diety: zadanie diety, skład diety, stosowane techniki
Zadaniem diety ubogoenergetycznej jest zmniejszenie masy ciała u osoby z nadwagą lub otyłością.
Jest to dieta indywidualna, inna dla każdego pacjenta, opracowywana w zależności od wzrostu pacjenta, jego wieku, płci, masy ciała, indywidualnych ograniczeń dietetycznych i schorzeń współtowarzyszących. Rozpoczynając terapię odchudzającą należy ustalić z pacjentem sposób postępowania dotyczącego redukcji masy ciała. Od samego początku pacjent musi mieć świadomość, że całe postępowanie wynika z chęci schudnięcia. Cele powinny być realistyczne, a cały proces rozłożony na krótkie i odległe etapy. Świadomość, że nawet utrata masy ciała rzędu kilku kilogramów polepsza stan zdrowia i że nie jest konieczne osiągnięcie idealnej (czy też należnej) masy ciała, pomaga w konsekwentnym przestrzeganiu zaleceń.
Często uzyskanie należnej masy ciała jest nierealnym celem do osiągnięcia, z w związku z tym dąży się do poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia zaburzeń metabolicznych.
Cele praktyczne obejmują uzyskanie i utrzymanie redukcji masy ciała o 5-15 % masy wyjściowej i utrzymanie tego efektu w długim okresie. Utrata 5-10% wyjściowej masy ciała powoduje korzyści dla zdrowia poprzez zmniejszenie ryzyka powikłań otyłości oraz zgonu i poprawiając samopoczucie.

Cel redukcji masy ciała uzyskuje się przez ograniczenia energetyczności przyjmowanych posiłków, a deficyt kaloryczny ustala się na poziomie 500-1000 kcal/dobę w stosunku do zapotrzebowania energetycznego organizmu (w odniesieniu do masy ciała rzeczywistej). Taki deficyt energetyczny pozwala na utratę masy ciała rzędu 0,5-1 kg w ciągu tygodnia. Jest to bezpieczne tempo odchudzania, które polega na redukcji tkanki tłuszczowej.
Dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, ze względu na intensywny wzrost i rozwój organizmu, nie są wskazane większe ograniczenia energetyczności diety niż 300-500 kcal/dobę.
Ograniczenia pożywienia odbywają się proporcjonalnie kosztem wszystkich makroskładników diety i proporcje powinny zostać zachowane, a więc z białka powinno pochodzić od 10 do 15 % energii w diecie, z tłuszczu 25-30 % energii, pozostałą część powinny pokryć węglowodany (55-60%), przy czym ilość energii z cukrów dodanych nie powinna przekraczać 10 %.
Wartość energetyczna diety nie powinna być niższa od wartości podstawowej przemiany materii pacjenta, w przeciwnym razie dojdzie do obniżenia poziomu metabolizmu.
Dietoterapia otyłości powinna uwzględnić niewielkie kalorycznie i objętościowo, ale częste posiłki (optymalnie 5 w ciągu dnia). Ma to na celu wyrównanie przyswajania składników pokarmowych, szczególnie tłuszczów i węglowodanów, oraz zapewnienie lepszej kontroli uczucia łaknienia. Dzięki czemu osoba stosująca dietę uczy się również prawidłowych nawyków żywieniowych.

Kolacja powinna być zjedzona na 3-4 godziny przed snem.

U osób ze znaczną otyłością w warunkach szpitalnych istnieje możliwość zastosowania diety bardzo

niskokalorycznej (VLCD), lub gdy BMI>30 kg/m2, i jeśli dieta niskokaloryczna i zwiększona aktywność fizyczna nie przynoszą oczekiwanych efektów.
VLCD jest zwykle dietą niskotłuszczową i/lub niskowęglowodanową, o zwiększonym udziale energii z białka i znacznym udziale błonnika pokarmowego. Oparta jest o środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.
Dieta ta dostarcza zwykle 400 – 800 kcal/dobę. Tak duże ograniczenie wartości energetycznej pożywienia nie powinno być stosowane dłużej niż przez 3 tygodnie, po tym czasie energetyczność diety należy stopniowo zwiększać (np. o 200-400 kcal/tydzień)
VLCD praktykowana jest według schematu: 2-6 tygodni stosowania typowych diet bardzo niskoenergetycznych, na zmianę z trwającą 2-4 tygodnie dietą niskoenergetyczną dostarczającą 800-1400 kcal, składająca się zarówno z preparatów przemysłowych i produktów naturalnych.
Diety VLCD przynoszą bardzo dobre efekty redukcji masy ciała w pierwszych 4 miesiącach, znajdują więc zastosowania w sytuacjach, kiedy pacjent musi szybko schudnąć, np.: na potrzeby zabiegu operacyjnego.
Jednak zredukowaną masę ciała bardzo trudno utrzymać na uzyskanym poziomie, ponadto wartość energetyczna diety jest znacznie poniżej zapotrzebowania energetycznego pacjenta dorosłego, przez co powoduje obniżenie tempa jego metabolizmu.

W warunkach żywienia zbiorowego trudno zastosować poradnictwo indywidualne, w związku z tym standardowo stosuje się diety o wartości 1200-1500 kcal. Nie powinno się rekomendować diet o wartości poniżej 1200 kcal, ponieważ nie jest możliwe właściwe zbilansowanie ich pod kątem zawartości składników odżywczych z produktów naturalnych.

Ograniczając kaloryczność diety należy pamiętać o odpowiedniej ilości balastu (błonnika). Pożywienie powinno mieć dostatecznie dużą objętość, aby pacjent nie odczuwał głodu. Stosuje się tylko potrawy gotowane w wodzie i na parze. Zabrania się spożywania potraw smażonych, pieczonych i duszonych w tradycyjny sposób. Nie planuje się zup i sosów. Warzywa podaje się w postaci surówek lub gotowane, tzw. z wody, nie zaprawiane mąką i tłuszczem. Potrawy przyrządza się bez tłuszczu, a dozwoloną jego ilość dodaje się do gotowych potraw. Przyprawy stosuje się w ilościach umiarkowanych, raczej łagodne i działające moczopędnie (seler, pietruszka, koperek, sok z cytryny, kwasek cytrynowy, wanilia, cynamon). Ograniczamy również sól kuchenną i inne przyprawy zawierające sól. Nie należy używać cukru i słodyczy – ewentualnie można użyć niewielką ilość słodziku.

10. DIETA Z OGRANICZENIEEM ŁATWO PRZYSWAJALNYCH WĘGLOWODANÓW (cukrzycowa)

Definicja diety:

Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów jest odmianą diety łatwo strawnej, w której modyfikacja polega na znacznym ograniczeniu, a nawet wykluczeniu węglowodanów łatwo przyswajalnych.

Ogólne zasady diety: skład diety, stosowane techniki

Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów powinna być jak najbardziej zbliżona do prawidłowego żywienia zdrowego człowieka. Dieta ta powinna wykazywać cechy diety łatwo strawnej bez ograniczeń podaży błonnika. Zasadnicza modyfikacja polega na ograniczeniu łatwo przyswajalnych węglowodanów, a więc cukrów w związku z tym także słodyczy i przetworów zawierających znaczny dodatek cukru. Ogranicza się również tłuszcze, szczególnie zwierzęce i cholesterol (ze względu na profilaktykę powikłań naczyniowych). Należy również unikać tłustych mięs, wędlin, serów, mleka i jego przetworów zawierających tłuszcz. Białko chorzy mogą spożywać na poziomie zalecanym człowiekowi zdrowemu, tj. 1 g /kg wagi ciała (należnej, nie rzeczywistej), co stanowi 10-15 % (wyjątkowo 20 %) zapotrzebowania energetycznego. Umiarkowana hiperglikemia może zwiększać tempo metabolizmu białka, co może sugerować zwiększone zapotrzebowanie na ten składnik. Ilość białka w diecie zwiększa się u kobiet w ciąży, karmiących oraz u dzieci i młodzieży. Białko pochodzenia zwierzęcego powinno stanowić u osób dorosłych co najmniej 50% białka ogółem. Przy współistniejącej nefropatii ilość białka ustala się zgodnie

z ograniczeniami związanymi z niewydolnością nerek (od 0,6 do 1 g. na kg. m. c.)
U chorych z cukrzycą typu 2 leczonych doustnymi lekami możliwe jest zazwyczaj zastosowanie diety według wzorca przyjętego w szpitalu. Biorąc pod uwagę, że pacjenci z tym typem diety są zazwyczaj otyli, potrzebne są warianty diety o zróżnicowanej wartości energetycznej. Odchudzanie pacjenta z cukrzycą typu 2 jest jednym z podstawowych warunków skutecznej terapii. U chorych leczonych insuliną często zachodzi potrzeba indywidualizacji diety. Bardzo ważna jest kontrola ilości i jakości spożywanych posiłków i potraw, oraz ich rozłożenie w czasie na posiłki w ciągu całego dnia. Uwaga ta dotyczy szczególnie produktów, które są źródłem węglowodanów. Chorzy na cukrzycę nie powinni jednorazowo spożywać zbyt dużych porcji pożywienia, ani nie przebywać zbyt długo na czczo. Każdego dnia spożycie powinno być wyrównane, czyli zgodne z całodzienną racją pokarmową. Ilość posiłków w ciągu dnia powinna być jednakowa, a także powinny one być spożywane o stałych porach. Zalecane jest spożywanie 5 – 6 posiłków w czasie doby.
Węglowodany o niskim indeksie glikemicznym powinny pokrywać 40-50 % wartości energetycznej diety chorych na cukrzycę.
Należy maksymalnie ograniczyć spożycie izomerów trans kwasów tłuszczowych ze względu na ich wpływ na wzrost oporności tkanek na insulinę i negatywny wpływ na gospodarkę lipidową.

Przygotowując potrawy należy:
- stosować gotowanie w wodzie i parze, pieczenie w pergaminie, duszenie bez uprzedniego obsmażania,
- nie rozgotowywać produktów zbożowych i jarzyn „na miękko" – potrawy bardziej rozgotowane powodują szybszy wzrost cukru we krwi,
- przy podprawianiu potraw używać chudego mleka, kefiru, jogurtu zamiast śmietany i zasmażek,
- unikać potraw smażonych,
- ograniczyć spożycie soli kuchennej do 5-6 g na dobę; u osób z umiarkowanym nadciśnieniem tętniczym nie przekraczać 4,8 g na dobę, u chorych z nadciśnieniem i nefropatią – 4 g na dobę.
- unikać słodkich napojów,

U wielu osób spożycie mleka na śniadanie jest powodem podwyższenia wartości cukru we krwi po śniadaniu – lepiej jest wówczas pić mleko np. wieczorem. Węglowodany powinny pokrywać 55-60% ogólnego zapotrzebowania energetycznego. Należy unikać spożywania węglowodanów prostych: cukru, miodu, dżemu, słodyczy, które powodują wzrost poziomu cukru we krwi. Źródłem węglowodanów powinny być produkty zbożowe, warzywa, owoce. Ilość węglowodanów w diecie nie może być mniejsza niż 150g, ani większa niż 250g tylko przy ciężkiej pracy można przekroczyć normę dzienną 300g.

Włókno pokarmowe jest szczególnie ważne w diecie ze względu na spowalnianie tempa trawienia i wchłaniania węglowodanów z przewodu pokarmowego, dzięki czemu korzystnie wpływa na profil glikemii. Zalecana zawartość błonnika to 25-40 g. na dobę. Szczególnie zalecane są frakcje rozpuszczalne w wodzie (pektyny, beta-glukany).

11. DIETA ŁATWO STRAWNA O ZMIENIONEJ KONSYSTENCJI

Definicja diety:

a. dieta płynna – jest to podawanie choremu płynów obojętnych lub innych napojów: woda przegotowana, napar rumianku, gorzka herbata itp., oraz w miarę możliwości elektrolitów,

b. dieta płynna wzmocniona – jest odmianą diety łatwo strawnej polegającą na nadaniu pokarmom konsystencji płynnej,

c. dieta płynna do żywienia przez zgłębnik lub przetokę – jest to dieta płynna wzmocniona, o takiej konsystencji, aby łatwo przechodziła przez zgłębnik. Może być także oparta jest na przemysłowych preparatach do żywienia enteralnego.

Ogólne zasady diety: skład diety, dobór produktów, stosowane techniki

a. Głównym zadaniem diety płynnej jest złagodzenie pragnienia i dostarczenie niezbędnej ilości płynów i w miarę możliwości elektrolitów, nie bierze się natomiast od uwagę wartości energetycznej i odżywczej diety. Skład diety płynnej: płyny obojętne: woda przegotowana, napar rumianku lub innych ziół (wg wskazań lekarza), słaba herbata bez cukru, niegazowana woda mineralna (wg wskazań lekarza) - ponadto: gorzka lub lekko osłodzona herbata, herbata z cytryną, kawa, odtłuszczony rosół (wg wskazań lekarza), bardzo rozcieńczony kleik (przecedzony, nie przecierany), klarowny sok owocowy rozcieńczony.

Ilość porcji płynu początkowo powinna być niewielka (30-60 ml) i podawana częściej, np. co godzinę, później ilość płynu jest zwiększana, podaje się je też ok. 5-6x dziennie. Po 1-2 dniach, w miarę poprawy stanu zdrowia chorego (na zlecenie lekarza) można dietę rozszerzyć, przechodząc na dietę płynną wzmocnioną.

W biegunkach istnieje ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych, dlatego wskazane jest stosowanie doustnych płynów nawadniających.

b. Dieta płynna wzmocniona w odróżnieniu od diety płynnej dostarcza wystarczających ilości energii i składników odżywczych. Dieta płynna wzmocniona ma chronić jamę ustną i cały przewód pokarmowy przed podrażnieniem mechanicznym, chemicznym i termicznym. Dieta ma być łatwo strawna, uboga w błonnik (produkty zawierające błonnik są zmiękczone przez gotowanie i rozdrobnione przez zmiksowanie lub przecieranie). Pokarmy stałe są po rozdrobnieniu odpowiednio rozcieńczane dla nadania posiłkom konsystencji płynnej. Potrawy mają smak łagodny, nie należy dodawać drażniących przypraw. Temperatura podawanych pokarmów powinna być albo równa pokojowej (20-25°C), albo zbliżona do temperatury ciała (ok. 37°C).

c. Dieta płynna do żywienia przez zgłębnik lub przetokę

Dieta do żywienia przez zgłębnik lub przetokę musi być:

- łatwo strawna, nie powodująca wzdęć, biegunek, zaparć, dobrze tolerowana, nie wywołująca wymiotów,
- mieć konsystencję płynną, łatwo przechodzącą przez zgłębnik.

Najczęściej stosuje się trzy rodzaje pożywienia do podawania przez zgłębnik lub przetokę:

- mleko z dodatkiem takich produktów jak kasze, czerstwa bułka, sucharki, biszkopty (są to kleiki przetarte lub zmiksowane lub sucharki, bułka, biszkopty rozmoczone w mleku, również zmiksowane)
- pożywienie mieszane: tj. pożywienie na bazie mleka oraz zupy lub buliony z dodatkiem kasz, warzyw, ziemniaków, mięsa (bardzo dokładnie zmiksowane),
- gotowe preparaty przemysłowe – albo w postaci płynnej albo w postaci sproszkowanej (preparat miesza się z odpowiednią ilością mleka lub wody).

Proporcje białek, tłuszczów i węglowodanów w takiej diecie powinny być zbliżone do tych, które zaleca się w żywieniu człowieka zdrowego. Stężenie składników odżywczych w diecie powinno być takie, aby 1ml pożywienia dostarczał 1 kcal. Całodobowa racja pokarmowa powinna wynosić ok. 2l i dostarczać ok. 2000 kcal. Niższe stężenia będą powodowały głodzenie pacjenta (przy tej samej objętości), lub zwiększenie objętości dla dostarczenia takiej samej ilości energii i składników odżywczych. Większe stężenia natomiast powodować będą biegunkę lub uniemożliwiać podawanie przez zgłębnik. Początkowo pożywienie podaje się w małych porcjach (80-85 ml) co godzinę, później po ok. 330-350 ml 6X dziennie, z przerwą nocną. Sposób dawkowania zależy od stanu zdrowia pacjenta i od tolerancji podawanego pożywienia - zawsze ustala lekarz. Przed podaniem pożywienie należy podgrzać do temp. 30-37°C. W miarę poprawy stanu ogólnego chorego przechodzi się na dietę płynną wzmocnioną. Jeżeli pozwala na to stan pacjenta, rozpoczyna się żywienie z wykorzystaniem diety łatwo strawnej.

12. DIETA ŁATWO STRAWNA O ZMIENIONEJ KONSYSTENCJI - PAPKOWATA

Definicja diety:

Dieta łatwo strawna o zmienionej konsystencji - papkowata jest modyfikacją diety łatwo strawnej, polegającą na tym , że produkty i potrawy podawane są w takiej formie, że nie wymagają gryzienia i żucia (są rozgotowane, mielone, przetarte lub miksowane).

Ogólne zasady diety: zadanie, skład diety, stosowane techniki

Dieta papkowata nie różni się od diety łatwo strawnej wartością energetyczną i zawartością składników odżywczych; powinna wykazywać cechy prawidłowego żywienia ludzi zdrowych. Pokarmy nie mogą podrażniać chorego przełyku ani mechanicznie, ani chemicznie, ani termicznie. Potrawy powinny być dobrze rozgotowane, zmielone, przetarte lub nawet zmiksowane; mieć smak łagodny, dieta powinna być pozbawiona ostrych, drażniących przypraw. Temperatura potraw nie powinna być zbyt wysoka. Techniki sporządzania posiłków stosuje się w zależności od stanu chorego: od gotowania w cięższych przypadkach – do stosowania technik takich jak w diecie łatwo strawnej: duszenia bez uprzedniego podsmażania, pieczenia w pergaminie lub folii aluminiowej lub w rękawie foliowym.

13. DIETA UBOGORESZTKOWA

Definicja diety:

Dieta niskoresztkowa jest odmianą diety łatwo strawnej, oszczędzającą chore jelita. Różnica polega na wykluczeniu pokarmów, które wzmagają perystaltykę jelit; przede wszystkim zawierających błonnik.

Ogólne zasady diety: zadanie i skład diety, stosowane techniki

Dieta niskoresztkowa nie powinna zawierać pokarmów, które wzmagają perystaltykę jelit (przede wszystkim zawierających błonnik: warzywa, owoce, pieczywo razowe, grube kasze). Ilość błonnika w diecie powinna wynosić poniżej 10g /na dobę, natomiast norma dla zdrowego, dorosłego człowieka to min. 25 g. na osobę dorosłą, 10-21 g na dobę w ciągu dnia. Pożywienie nie powinno podrażniać śluzówki jelit mechanicznie, chemicznie ani termicznie. Dieta powinna być bogata w białko, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, składniki mineralne i witaminy. Ilość tłuszczów, zwłaszcza o wysokim punkcie topnienia, ogranicza się, ponieważ chorzy źle je znoszą. Należy również ograniczyć mleko, nawet czasem znacznie. Ograniczamy też cukier i potrawy z jego dodatkiem, a podczas biegunek wykluczamy; nie podaje się wówczas także chłodnych napojów. Potrawy podajemy tylko gotowane, w wodzie i parze; rozdrobnione (przecierane, mielone). Zabrania się podawania potraw smażonych i pieczonych w zwykły sposób oraz zasmażanych i pikantnych.

14. DIETA BOGATORESZTKOWA

Definicja diety:

Dieta bogatoresztkowa, to dieta zawierająca zwiększoną ilość nie trawionych w przewodzie pokarmowym człowieka polisacharydów roślinnych (błonnika, hemicelulozy, ligniny, pektyn, gum). Dieta bogatoresztkowa charakteryzuje się zwiększoną ilością tych substancji (40-60 gramów dziennie), przy ok. 25-40g w diecie człowieka zdrowego.

Ogólne zasady diety: dobór produktów, sposób przygotowania, stosowane techniki

W diecie bogatoresztkowej nie ma specjalnych ograniczeń dietetycznych; pacjenci powinni odżywiać się zgodnie z zasadami racjonalnego żywienia. Modyfikacja żywienia podstawowego w diecie bogatoresztkowej polega na zwiększeniu w całodziennym pożywieniu ilości błonnika i płynów (błonnik z 25 g do ok. 40-60 g na dobę; płyny należy zwiększyć do 2,5 l/dobę). Ilość błonnika w diecie można zwiększyć zastępując pieczywo jasne pieczywem ciemnym, włączając do diety kasze gruboziarniste (gryczaną, jęczmienną, ryż brązowy, płatki owsiane), spożywając duże ilości warzyw i owoców (w sumie około 1 kg dziennie). Duża

część warzyw i owoców powinna być spożywana na surowo. Poleca się owoce suszone. Produktem skutecznym w walce z zaparciami są otręby, zwłaszcza pszenne Są one bogatym źródłem błonnika nierozpuszczalnego, który wiąże duże ilości wody, zwiększając masę stolca a ponadto stymuluje motorykę jelita. Otręby mogą być spożywane jako dodatek do surówek, przecierów owocowych, napojów mlecznych, płatków na mleku, jako dodatek do panierki. Przyjmując otręby, należy pić dużo płynów; nieprzestrzeganie tego zalecenia może pogłębić zaparcia. Zwraca się również uwagę na konieczność ostrożnego i stopniowego zwiększania ilości warzyw i owoców w całodziennej diecie. Dotyczy to zwłaszcza osób, które spożywały dotychczas warzywa i owoce w ograniczonych ilościach. Początkowo warzywa i owoce powinny być podawane w umiarkowanych ilościach (najlepiej gotowane, rozdrobnione).
Po okresie adaptacji, spożycie tych produktów powinno być stopniowo zwiększane, aż do ilości odpowiadającej diecie bogatoresztkowej; stopniowo należy też wprowadzać do jadłospisów owoce i warzywa surowe, nie przecierane, ze skórką. Poleca się spożywanie zsiadłego mleka, kefirów, jogurtów, śmietanki, musów owocowych, kompotu z suszonych śliwek, soków owocowych i warzywnych, naparów z ziół oraz wodę mineralną. W diecie należy ograniczyć produkty zawierające garbniki: mocna herbata, kakao, kawa ziarnista, czekolada oraz czarne jagody, borówki i gruszki. Niewskazane są również kisiele, budynie, galaretki, drobnoziarniste kasze, delikatne produkty mączne, produkty wzdymające (np. świeże pieczywo, kapusty, groch). Posiłki należy podawać częściej, ale w mniejszych ilościach (5 x dziennie), o stałej porze. W każdym posiłku powinny znaleźć się warzywa lub owoce. Potrawy mogą być przyrządzane różnymi metodami (gotowanie, pieczenie, duszenie, smażenie).

Należy mieć na uwadze, że spożywanie większych ilości błonnika może wpływać na zmniejszenie wchłaniania składników mineralnych (gł. wapnia, magnezu, żelaza, cynku, miedzi, fosforu), dlatego należy kontrolować ich ilość w diecie.

15. DIETA BEZGLUTENOWA

Definicja diety:

Dieta bezglutenowa jest dietą, w której wyklucza się gluten, będący mieszaniną białek roślinnych: gluteniny i gliadyny, występującą w ziarnach zbóż: pszenicy, żyta, jęczmienia i owsa.

Ogólne zasady diety: zadanie i skład diety bezglutenowej, stosowane techniki:
Dieta bezglutenowa polega na całkowitej eliminacji z pożywienia produktów zawierających gluten czyli na wykluczeniu pokarmów z dodatkiem naturalnych bądź przetworzonych zbóż: pszenicy, żyta, jęczmienia. Obecnie dowiedzione jest, że owies nie jest przeciwwskazany w żywieniu chorych z celiakią. Po upływie 6 miesięcy od rozpoczęcia stosowania diety bezglutenowej dozwolone jest stopniowe włączanie do diety owsa w okresie klinicznej remisji celiakii, jeśli wiadomo, że produkt nie jest zanieczyszczony innymi zbożami. W trakcie wprowadzania owsa należy monitorować chorych, gdyż istnieją rzadkie przypadki nietolerancji owsa. Dieta bezglutenowa powinna być normokaloryczna, normobiałkowa, normotłuszczowa. Powinna być indywidualnie dostosowana do potrzeb i uwzględniać ewentualne dodatkowe wymogi, np. konieczność wyłączenia laktozy. Należy pamiętać o dostarczeniu odpowiedniej ilości pełnowartościowego białka. Ponadto u chorych na celiakię często obserwuje się niedobory witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K), witaminy B12 oraz wapnia, żelaza i kwasu foliowego. Wynika stąd celowość suplementacji preparatami witaminowymi. U dzieci szczególny nacisk należy położyć na wyrównanie niedoborów witaminy D ze względu na ryzyko krzywicy.
Techniki przygotowania posiłków – stosowane jak w diecie łatwo strawnej: gotowanie w wodzie i parze, duszenie bez tłuszczu, pieczenie w pergaminie lub w folii aluminiowej. W leczeniu celiakii zaleca się nieprzerwane stosowanie diety bezglutenowej do końca życia. Zapobieganie chorobie trzewnej polega natomiast na wyeliminowaniu glutenu z diety w wieku niemowlęcym. Należy pamiętać, że wiele gotowych produktów spożywczych dostępnych w sprzedaży może zawierać gluten tylko jako jeden ze składników obecnych w produkcie (na przykład zagęszczacze na bazie skrobi pszennej w jogurtach lub bulionach).
Wolne od glutenu są produkty oznakowane „Przekreślonym kłosem„ lub napisem „Produkt bezglutenowy”. Produkty z natury bezglutenowe mogą być oznakowane napisem „Z natury wolne od glutenu„. Gdy nie ma takich napisów, należy zachować ostrożność i dokładnie czytać etykiety, gdyż gluten może być dodawany do niektórych produktów, jako substancja dodatkowa lub wchodzić w skład dodatków do żywności, będących

mieszaninami. Jeżeli nie ma pewności, że dany produkt nie zawiera glutenu, bezpieczniej jest z niego zrezygnować. Ostrożność należy zachować w podawaniu konserw, koncentratów, półproduktów, potraw wieloskładnikowych gotowych do spożycia.

16. DIETA MAŁYCH DZIECI

Definicja diety:

Dieta małych dzieci jest to żywienie dzieci w wieku od 1 do 3 lat.

Ogólne zasady diety

W wieku 1-3 lat istotnej zmianie podlegają zwyczaje żywieniwe – jest to okres przejściowy między dietą niemowlęcą a dietą dorosłego człowieka. Przestrzeganie odpowiednich zasad żywienia może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu 2 i otyłości. Pełnowartościowy dobowy jadłospis dziecka 1-3 letniego powinien uwzględniać produkty z 6 grup:

1. mięso, ryby, wędliny, jaja,
2. mleko i przetwory mleczne,
3. warzywa i owoce,
4. produkty zbożowe,
5. tłuszcze,
6. cukier i słodycze.

Korzystnie jest spożywanie przez dziecko w ciągu dnia 5 posiłków. Należy unikać podjadania między posiłkami oraz oglądania telewizji lub zabawy w czasie posiłków. Dobrze jest kierować się apetytem dziecka w regulowaniu ilości zjadanych pokarmów, co zapobiegnie jego przekarmianiu lub niedożywianiu. Należy także oceniać rozwój fizyczny dziecka i modyfikować zalecenia żywieniwe w przypadku stwierdzenia zaburzeń rozwoju.

Zalecenia podaży składników odżywczych:

Jadłospisy powinny być tak skonstruowane, aby całodzienna racja pokarmowa dostarczała ok. 1000 kcal (jest to wartość uśredniona dla grupy).
W planowaniu diety nie należy przekraczać wartości uśrednionej 15 % energii z białka. Jednak normy mówią o wartości 5 % dla normy EAR i 8 % dla normy RDA. Oznacza to zalecenia spożycia białka na poziomie 1 – 1,5 g białka w przeliczeniu na kilogram masy ciała. Wzrost procentowego udziału energii pochodzącej z tego składnika do 15 % wymuszałby konieczność zalecenia powyżej 3 g/kg.m.c., co nie znajduje uzasadnienia fizjologicznego.
Można więc przyjąć rozpiętość 5 – 15 % energii z białka. Udział białka w diecie powinien wynosić wg. normy RDA 14 g/os w ciągu doby.
Maksymalny udział energii z tłuszczu powinien wynosić 40 % energii z diety, podstawowe zapotrzebowanie powinno mieścić się w granicach 30 – 35 % energii z diety.Zbyt małe spożycie tłuszczu – poniżej 25 % energii z diety wiąże się u dzieci z niskim poziomem witamin rozpuszczalnych w tłuszczach
Węglowodany powinny pokryć resztę zapotrzebowania energetycznego, ok. 56 – 60 – 70 % energii z diety, co stanowi ok. 140 – 160 g. na dobę. Cukry dodane nie powinny przekraczać 10 % energii z diety.
Błonnik – nie mniej niż 10 g/dobę.
Z diety należy wykluczyć produkty i potrawy indywidualnie źle tolerowane, alergizujące.

Produkty wskazane:

- produkty zbożowe z pełnego przemiału, grube kasze i makarony, razowe pieczywo,

- mleko i przetwory mleczne – dla dzieci powyżej 24 miesiąca życia-ze zmniejszoną zawartością tłuszczu,

- wszystkie warzywa i owoce (także strączkowe),

- chude mięso i przetwory,

- ryby,

- tłuszcze roślinne jako najkorzystniejsze do przygotowywania potraw.

Produkty przeciwwskazane:

- tłuste produkty (zwłaszcza zwierzęce - np. boczek, słonina, smalec, tłuste wędliny, tłuste mięsa),
- słone przekąski,
- słodycze, słodkie napoje.

17. DIETY INDYWIDUALNE, STOSOWANE NA ZLECENIE LEKARZA NP. DIETY W ALERGIACH, DIETY W LECZENIU CHORÓB POWSTAŁYCH NA TLE NIEDOBORÓW POKARMOWYCH.

DIETA W ALERGII

Dieta w alergii jest dietą indywidualną, dla każdego pacjenta inną. Najczęstszym alergenem mogą być:
- mleko i jego przetwory; także inne produkty, do których jest dodawane mleko (lub masło, śmietana, sery, mleko w proszku itp.),
- pszenica i wszystkie produkty pochodzące z pszenicy, a także produkty, do których jest dodawana mąka pszenna,
- jaja i produkty, do których są dodawane jaja,
- orzechy, cytrusy, mięso wieprzowe, mięso wołowe, ryby, produkty sojowe (także olej sojowy), niektóre owoce, produkty wieloskładnikowe, wysoko przetworzone (soki, przyprawy, dania gotowe, konserwy itp.).

W diecie dla alergika wyklucza się produkty, na które chory jest uczulony.

DIETY W NIEDOKRWISTOŚCIACH

Definicja diety:
Zasadą diety jest dostarczenie organizmowi pokarmów mających dodatni wpływ na proces powstawania hemoglobiny.

Ogólne zasady diety:

Niedokrwistość z niedoboru żelaza lub miedzi

Niedokrwistość jest stanem chorobowym, w którym dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny, hematokrytu i liczby czerwonych ciałek krwi poniżej wartości prawidłowych dla wieku i płci.

Często leczenie niedokrwistości z niedoboru żelaza wymaga leczenia preparatami farmakologicznymi. Poza wodorotlenkiem żelaza nie powinny być one przyjmowane razem z posiłkami, ponieważ zawarte w pokarmach związki takie jak fityniany, fosforany, taniny, szczawiany zmniejszają wchłanianie żelaza.

Dieta jest pomocniczym elementem w leczeniu niedokrwistości z niedoboru żelaza.
Powinna spełniać założenia żywienia podstawowego. W diecie zwiększamy ilość białka o wysokiej wartości biologicznej, żelaza, miedzi, witaminy C. Posiłki należy tak komponować, aby w posiłkach zawierających żelazo były czynniki podnoszące jego wchłanianie, a należy unikać czynników obniżających jego wchłanianie.

Czynniki podnoszące wchłanianie żelaza:
- obecność witaminy C,
- niektóre aminokwasy obecne w mięsie,

Czynniki obniżające wchłanianie żelaza:
- fityniany (obecne w produktach zbożowych z pełnego przemiału, kaszach, orzechach, strączkowych,
- szczawiany (zawarte w burakach, szpinaku, szczawiu, rabarbarze, kakao),
- taniny (w herbacie, kakao),
- fosforany,
- zasadowe pH,
- wapń,
- polifenole,
- błonnik.

Komponując posiłki należy mieć na uwadze, iż żelazo hemowe (pochodzące z mięsa) wchłania się kilka razy lepiej, niż niehemowe-hemowe do 20%, niehemowe do 5 %.
Źródłem żelaza są: wątroba wieprzowa i wołowa, wszystkie podroby, pasztety, kaszanka, mięso wieprzowe, cielęce, wołowe, fasola biała, zarodki pszenne.

Niedokrwistość z niedoboru miedzi daje obraz kliniczny taki jak z niedoboru żelaza, często jest więc błędnie diagnozowana.
Najczęściej na niedokrwistość z niedoboru miedzi narażone są niemowlęta z małą masa urodzeniową i wcześniaki, mające małe zapasy miedzi z życia płodowego oraz starsze kobiety.
Do niedoborów miedzi może prowadzić także suplementacja cynkiem lub cynkiem i żelazem.
Najlepszym źródłem miedzi są: wątroba, warzywa, owoce, rośliny strączkowe, produkty zbożowe z niskiego przemiału, grube kasze.

Niedokrwistość megaloblastyczna
Niedokrwistość megaloblastyczna jest wywołana niedoborem w organizmie witaminy B12 lub kwasu foliowego. Ich niedobór może skutkować pojawianiem się we krwi erytrocytów makrocytowych, a w cięższych przypadkach także anizocytozy i poikilocytozy.

Niedokrwistość z niedoborów witaminy B12
Przyczynami niedoborów może być ścisły wegetarianizm, alkoholizm, czy zaburzenia wchłaniania.
W leczeniu niedokrwistości z niedoboru witaminy B12 podaje się ją w dawce leczniczej w preparatach farmakologicznych. Uzyskanie dawek leczniczych w diecie nie jest możliwe.
Dieta w niedokrwistości z niedoboru witaminy B12 ma cechy żywienia podstawowego, ze szczególnym uwzględnieniem podaży i właściwych źródeł żelaza.
Należy także pamiętać, że nie zawsze możliwa jest modyfikacja żywienia tak, aby podaż witaminy B12 była adekwatna do potrzeb organizmu (wegetarianizm).
Witamina B_{12} występuje w produktach pochodzenia zwierzęcego, jak: wątroba, nerki, mięso, jaja i fermentowane sery.

Niedokrwistość z niedoborów kwasu foliowego
Dieta uboga w świeże warzywa, zmniejszone wchłanianie, alkoholizm, zwiększona ucieczka kwasu foliowego z organizmu np. na skutek dializ, czy zwiększone zapotrzebowanie na ten składnik np. w okresie ciąży, laktacji, chorób nowotworowych mogą przyczyniać się do niedoborów kwasu foliowego, a w konsekwencji niedokrwistości.
Leczenie najczęściej wymaga podawania preparatów kwasu foliowego, a dieta jest jedynie elementem pomocniczym w terapii. Postepowanie dietetyczne wymaga zwiększenia ilości produktów, będących bogatym źródłem kwasu foliowego oraz dobrania takich technik obróbki kulinarnej, które minimalizują jego

straty.
Kwas foliowy jest wrażliwy na działanie wysokich temperatur, promieni słonecznych i środowiska kwaśnego.

4. Produkty wskazane:
Niedokrwistość z niedoboru żelaza lub miedzi
Źródłem żelaza są: wątroba wieprzowa i wołowa, wszystkie podroby, pasztety, kaszanka, mięso wieprzowe, cielęce, wołowe, fasola biała, zarodki pszenne.

Najlepszym źródłem miedzi są: wątroba, warzywa, owoce, rośliny strączkowe, grube kasze.

Niedokrwistość megaloblastyczna
Witamina B12 występuje w produktach pochodzenia zwierzęcego, jak: wątroba, nerki, mięso, jaja i fermentowane sery.

Najlepsze źródła kwasu foliowego: suche ziarno fasoli i grochu, ciemnozielone warzywa liściaste, brukselka, bób, zielony groszek, kalafior, brokuły, kiełki zbóż, kiwi, mango, awokado, papaja, wątroba, wołowina, drób, wieprzowina.