

Cuprins

<i>Introducere</i>	9
Echilibrul alimentar	17
Fundamente	17
Repartizarea calitativă a unei rații tip	18
Obezitatea comună	31
Prima consultație	31
A doua consultație	34
Ținerea sub observație a curei de slăbire	38
Regimul pentru slăbit: baze fundamentale	39
Obezitatea la copil	41
Dislipidemiile	49
Baze fiziopatologice	49
Baze dietetice	54
Diabetul	73
Dietoterapia diabetului insulino-dependent	74
Dietoterapia diabetului adultului	78
Tratamentul hipoglicemiei	80
Guta și hiperuricemia	87
Baze fiziopatologice	87
Cazuri particulare	89
Regimuri sărace în sodiu	95
Fundamente	95
Hipertensiunea arterială	96
Insuficiența cardiacă	98
Aportul de sare	98
Ținerea sub observație a regimului desodat	99
Tipuri de regim propuse și punerea lor în practică	99
Litiazile urinare	113
Bazele regimului	113
Punerea în practică	114
Tipuri de litiază	116

Nefropatiile	129
Baze teoretice	129
Aplicații practice	133
Refluxul gastroesofagian	143
Baze fiziopatologice	143
Corecții alimentare	143
Bolile stomacului	151
Reguli generale	151
Ulcerul gastroduodenal	153
Gastritele	165
Gastrectomiile	168
Bolile ficatului și ale vezicii biliare	177
Ciroza	177
Hepatitele icterigene	180
Litiază biliară	181
Dischineziile biliare	181
„Insuficiența hepatică” : „crizele de ficat”	182
Alergiile alimentare	183
Pancreatita	189
Baze fiziopatologice	189
Cele 5 puncte ale regimului	189
Colopatiile	195
Colopatiile funcționale	195
Colopatia simplă nedureroasă cu constipație	197
Colopatiile cu diaree	199
Colopatiile – cazuri particulare	199
Alimentația și bolile neurologice	217
Vitaminele, sărurile minerale și bolile sistemului nervos	218
Alimentația și memoria	222
Alimentația și boala Parkinson	223
Alimentația și migrena	224
Crizele comițiale	224
Alimentația și prevenirea accidentelor vasculare cerebrale	224
Boala Alzheimer	225
Anencefalia și Spina bifida	228
Bolile neuromusculare	228
Stările febrile	229
Baze teoretice	229
Repere practice	230
Osteoporoza și osteomalacia	237
Osteoporoza	237
Osteomalacia	240

Anemiile	247
Baze teoretice	247
Repere practice	250
Denutrițiile	255
Evaluarea denutriției	255
Consecințele denutriției	257
Strategia terapeutică	258
Cancerile și denutriția	262
Hrănirea artificială și chimioterapia	263
Denutriția și bronhopneumopatia obstructivă	263
SIDA și denutriția	264
Denutriția la persoanele în vârstă	267
Sarcina și alăptarea	269
Sarcina normală la femeia normală – baze teoretice	269
Cazurile particulare de sarcină normală	272
Sarcina patologică	273
Persoanele în vârstă și bătrînii	285
Baze fiziopatologice	285
Punerea în practică	286
Adolescenții	295
Baze teoretice	296
Repere practice	298
Tulburările de comportament alimentar	299
Anorexia mintală	299
Bulimia	301
Sportivii	303
Baze teoretice	303
Repere practice ale regimului pentru sportivi	305
Alimentația și prevenirea	311
Alimentația și prevenirea cancerului	311
Rolul alimentației în apariția și prevenirea bolilor cardiovasculare	314
Alimentația și medicamentele	319
Interacțiuni particulare ale medicamentelor și alimentelor	320
Modificări ale stării nutriționale prin medicamente	321
Cele 11 puncte ale unei strategii elementare pentru o prevenție de masă	323
<i>Index</i>	325

Regimuri sărace în sodiu

În ciuda aportului diureticelor, regimurile mai mult sau mai puțin desodate rămân indispensabile în afecțiunile edematoase și, în pofida controverselor actuale, în hipertensiune.

Fundamente

În cele ce urmează este vorba despre sodiu, ionul cel mai important din mediul extracelular, și nu despre „clorură”: nu trebuie deci să mai vorbim despre un regim declorurat, ci despre un regim desodat.

Un gram de clorură de sodiu conține 400 mg de sodiu, adică 17 mmol.

Atunci când rinichiul nu mai este perfuzat suficient, sodiul nu mai este eliminat normal. Urmarea este o creștere a concentrației de sodiu, responsabilă de o creștere pasivă a volumului lichidelor extracelulare și în special a volumului sangvin.

Cu cât retenția de sodiu este mai mare, cu atât volumul de apă reținută este mai mare : 140 mmol de sodiu = 1 litru de apă.

Dar dacă, în final, cauza edemelor este una singură (retenția de sodiu), căile care duc la această relație sînt mai multe. Se cuvine deci să fim prudenți în prescrierea unui regim desodat, altfel există riscul de a agrava cauza principală, prin perturbarea volemiei eficace.

Independent de eficacitatea sa în toate cazurile cu edem, regimul hiposodat este – experiența o dovedește – la fel de activ în tratamentul tensiunii arteriale. Dar mecanismele acesteia se bazează pe date prea complexe (hipertensiunile, de exemplu, nu sînt însoțite de hipervolemie) ca să impună, fără discernămint, un regim sărac în sodiu tuturor hipertensivilor.

Regimurile desodate sînt în general bine tolerate. Bine folosite, acestea sînt suficient de active. Dar se întîmplă să fim obligați să le asociem diuretice : în acest caz, ținerea sub observație trebuie accentuată pentru că riscăm o pierdere de sodiu prea importantă, factor al unor grave dereglări (deshidratare extracelulară, hiperhidratare intracelulară).

De fiecare dată cînd apare o creștere a lichidelor extracelulare :

- Afecțiuni renale (cf. dietetica insuficiențelor renale) :
 - Glomerulonefrita edematoasă :
 - regimul desodat este strict, asociat cu o reducere mai mare sau mai mică a aportului de lichide.
 - Sindroamele nefrotice :
 - regim strict desodat, dacă există edeme ;

- asociat cu o creștere a aportului proteic (dacă proteinuria este mai mare de 5 g pe zi) echilibrat de eventuala asociere cu o retenție azotată.
- Insuficiența renală cronică :
 - regim relativ desodat, în caz de edem ;
 - relativ, chiar normal din punct de vedere al conținutului de sodiu, în celelalte cazuri.
- Ciroze decompensate în puseu ascito-edematos (cf. dietetica bolilor de ficat) : regim desodat strict asociat cu un aport proteic crescut (și adesea un aport de potasiu).
- Insuficiență cardiacă decompensată :
 - orice asistolie cere un regim desodat strict ;
 - la fel și în cazul stenozei mitrale edematoase și al infarctului miocardic ;
 - acesta nu este însă justificat în cazul cardiopatiilor valvulare și arteriale.
- Edeme de carență :
 - regim relativ desodat la început ;
 - normalizat rapid cât privește cantitatea de sodiu, în paralel cu aportul progresiv de apă și proteine.
- Tratamentele cu corticoizi :
 - regim relativ desodat, mai ales preventiv.
- Caz particular : tratamentele cu litiu
Teoretic, regimul desodat ar trebui să fie contraindicat pentru că produce o reabsorbție tubulară crescută nu numai a sodiului, ci și a litiului, cu risc de supradozaj. Practic, un regim relativ desodat, atent supravegheat, permite evitarea retenției de apă și diminuarea dozelor de litiu.

Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială are cauze multiple și, chiar dacă apariția unei hipertensiuni nu este determinată în principal de factorii nutriționali, ei joacă totuși un rol important în acest sens.

Factorii nutriționali trebuie luați în considerare atât în prevenirea, cât și în tratamentul acestei boli atât de frecvente.

Obezitatea

Creșterea în greutate este un element predictiv al unei creșteri a tensiunii arteriale.

Atunci când obezii slăbesc, tensiunea lor arterială tinde să se normalizeze, independent de consumul de sare.

Mecanismul invocat este o creștere a activității sistemului nervos simpatic atunci când se consumă alimente în exces.

Această hiperreactivitate simpatică antrenează o vasoconstricție, o creștere a contractilității și a frecvenței cardiace, o creștere a volumului sangvin, o creștere a reabsorbției renale a sodiului și o creștere a reninei și angiotensinei.

Mai ales în cazul obezității androide (raport talie/șold mai mare de 0,90 la bărbați și 0,80 la femei: grăsime acumulată predominant în partea superioară a corpului) se observă, cel mai adesea, un hiperinsulinism cu creșterea reabsorbției renale a sodiului și un răspuns presor.

Hipertensivul trebuie deci să-și mențină o greutate normală sau să slăbească dacă acest lucru este necesar.

Pentru a preveni hipertensiunea, trebuie să se recomande exercițiile fizice și o rație calorică în raport cu consumul de energie.

Sodiul

Prevalența hipertensiunii este strâns corelată cu consumul de sare.

Astfel, hipertensiunea este practic necunoscută la populațiile care consumă foarte puțină sare. Este adevărat că aceste populații depun, de asemenea, mai mult efort fizic, consumă mai mult calciu și potasiu și mai multe fructe și legume.

Alimentația modernă industrială conține cantități excesive de sare. Această alimentație este nocivă numai pentru persoanele ai căror rinichi nu pot elimina toată sarea consumată. 30-40% dintre hipertensivi sînt sensibili la sare.

Etichetele ar trebui să menționeze conținutul de sare al alimentelor. Aceste informații sînt într-adevăr indispensabile pentru persoanele cărora li s-a prescris un regim hiposodat.

În ziua de azi, pentru hipertensiunea arterială nu se mai prescriu regimuri stricte fără sare, ci un regim cu un conținut moderat de sare: 5-6 grame de sodiu. Acest regim este obținut permițînd folosirea unei cantități normale de sare la gătit, dar interzicînd adăugarea ulterioară de sare.

Din cauză că funcțiile renale se alterează cu vîrsta, persoanele în vîrstă sînt mai sensibile la efectele consumului de sare. Prescrierea unui regim hiposodat persoanelor în vîrstă se va face totuși cu prudență, pentru că o restricție sodată prea îndelungată și prea severă poate duce la o alterare a sistemului nervos, precum și la deshidratare, inapetență, slăbiciune musculară, alterarea libidoului și hipotensiune.

Potasiul

Cercetările au demonstrat că tensiunea arterială scade la pacientul hipertensiv atunci cînd alimentația este bogată în potasiu.

Consumul de alimente bogate în potasiu trebuie să fie totuși evitat în cazul persoanelor cu insuficiență renală.

Alimentele bogate în potasiu sînt: carnea, legumele uscate, majoritatea legumelor proaspete, cartofii, fructele uscate, vinul, ciocolata, bananele, soia, măslinile verzi.

Calciul

Au fost evidențiate corelații între un consum ridicat de calciu și o diminuare a reacției la sare. Aporturile de calciu de peste 800 mg pe zi sînt asociate cu o frecvență mai mică de

apariție a hipertensiunii arteriale. În practică, hipertensivii trebuie să aibă grijă să consume suficient de multe produse lactate, dar cu limitarea consumului excesiv de brânzeturi.

Lipidele

Un aport suplimentar de acid linoleic, sub formă de ulei vegetal bogat în acizi grași polinesaturați, atrage o scădere a tensiunii arteriale la persoana cu tensiune normală sau cu hipertensiune moderată.

Aportul de acizi grași cu lanț lung provenind din uleiuri de pește duce tot la o scădere a tensiunii arteriale.

Alcoolul

5% din cazurile de hipertensiune sînt legate de consumul excesiv de alcool. De asemenea, consumul de alcool în exces nu este recomandat niciunui hipertensiv.

Insuficiența cardiacă

Dietetica urmărește reducerea aportului de sodiu, dar și combaterea denutriției și hidratarea suficientă.

În formele foarte grave ale bolii, aportul de clorură de sodiu este redus la 2 g/zi; în celelalte cazuri, este suficientă o reducere la 4-6 g/zi; acest obiectiv este atins limitînd felurile de mîncare bogate în sodiu și lactatele. Bolnavul trebuie învățat să citească etichetele produselor din comerț și să se dezobișnuiască să adauge sare la masă.

Unul din riscurile regimurilor desodate prea stricte este favorizarea denutriției, un puternic factor predictiv al mortalității independent de vîrsta pacientului.

Aportul de sare

Sodiul provine:

- 2/5 din adaosul de sare, adică 1,6-2,4 g de sodiu (sau 4-6 g de NaCl, în funcție de obiceiul fiecăruia);
- 3/5 din sodiul conținut în alimente, adică 2,4-3,6 g (în total, 4-6 g de NaCl la 24h).

Cum nevoile fiziologice sînt evaluate la 3,5 g pe zi, ne putem da seama că prin eliminarea sării adăugate se poate ajunge totuși la o rație medie de 3 g, ceea ce înseamnă 50% peste aportul de sodiu al unui regim ușor desodat, care înseamnă un aport de 1,5-2 g de sodiu.

În concluzie, a scrie pe o rețetă numai „renunțați la sarea de aseasonare” este o greșeală.

Ținerea sub observație a regimului desodat

În cazul în care e prea permisiv, greșit întocmit sau greșit urmat, regimul este ineficient. În cazul în care este prea strict sau nepotrivit, el poate duce :

- fie, mai ales la pacienții în vîrstă, la lipsa poftei de mîncare, care duce la anorexie și la astenie. De unde și necesitatea de a rafina regimul.
- fie, mai ales în insuficiența renală cronică, la accidente prin hiponatremie și hemoconcentrație :
 - deshidratarea extracelulară : uscăciune a pielii, cefalee, colaps cardiovascular ;
 - hiperhidratarea intracelulară : greață, vomismente, cefalee, obnubilație, convulsii, comă.

Ținerea sub supraveghere, mai ales dacă i se asociază prescrierea de diuretice, implică deci :

- controale dietetice frecvente ;
- controale biologice frecvente (ionograme sangvine și urinare, pentru a ține sub observație în special sodiul și potasiul ; eliminarea ureei urinare, hematocrit, volemie, coeficientul de epurare a ureei).

Tipuri de regim propuse și punerea lor în practică

- Trebuie ținut minte, înainte de toate, că este vorba doar de reducerea consumului de sodiu. Numai că sodiul este prezent în numeroase alimente. Trebuie deci avut grijă să nu se elimine, în mod inoportun, o serie de nutrienți indispensabili ;
- Există trei tipuri de regimuri :
 - ușor desodat, cu un aport de 1.000-1.500 pînă la 2.000 mg de sodiu ;
 - relativ desodat, cu un aport de 400-1.000 mg de sodiu ;
 - strict desodat, cu un aport 250-400 mg de sodiu.
- Oricare ar fi aportul de sodiu, trebuie să avem în vedere :
 - un aport cantitativ suficient, în medie de 2.000 Cal ;
 - o repartizare calitativă cît mai apropiată posibil de standardele subiectului normal :
 - 15 % proteine ;
 - 30 % lipide ;
 - 55 % glucide ;
 din care 5 % alcool (maxim și facultativ), ținînd cont, bineînțeles, de imperativele legate de fiecare boală ; de exemplu :
 - eliminarea alcoolului în cazul cirozei ;
 - ajustarea rației de lipide la hipertensivul cu ateroscleroză dislipidemică ;
 - creșterea proteinelor în nefroze sau denutriții etc.
- Mîncarea puțin sărată este fadă, trebuie deci să-i dăm gust folosind :
 - acizi : oțet, lămîie, suc de struguri cruzi etc. ;
 - aliacee : usturoi, hașmă, ceapă, arpagic, ceapă-ciorască etc ;

- mirodenii : piper, paprică, cuișoare, curry, șofran, scorțișoară, ardei iute, muștar fără sare ;
- plante aromatice : busuioc, baraboi, chimen, tarhon, dafin, mentă, pătrunjel, cimbru, salvie, cimbrisor, vanilie etc.
- Se pot folosi, de asemenea, înlocuitori de sare care nu conțin sodiu (Bouillet, Diasal, E-Sal, Asodil), dar cu condiția să fie consumați în cantități rezonabile, deoarece conțin săruri de potasiu. Sarea de țelină este interzisă.
- Produsele de regim desodate din Franța trebuie să corespundă normelor decretului din 25/3/1966 :
Denumirea lor trebuie să cuprindă mențiunea „regim sărac în sodiu sau cu conținut redus de sare”. Orice altă denumire nu este legală. Conținutul lor în sodiu nu poate depăși 120 mg la 100 g de produs. Eticheta trebuie să specifice conținutul maxim de sodiu, exprimat în mg la 100 g de produs. Această mențiune trebuie să fie imediat urmată de expresia „de inclus în cantitatea de sodiu zilnică prescrisă de medic”.
Denumirea „foarte sărac în sodiu” corespunde produselor al căror conținut în sodiu este mai mic de 40 mg la 100 g.
 - lapte : Bouillet, Pennac, Asodlait, Regisvelt ;
 - suc de fructe : Yin (de roșii) ;
 - condimente : Bornibus, Charasse, Aponacl ;
 - alimente fără sare (mezeluri, conserve de pește etc.) : Alidose, Charasse, Prodirex, Bouillet (supă), Aponacl ;
 - proteine extrase din lapte : Hyperprotidine (30 mg).

Trebuie găsit sodiul ascuns :

- în medicamente (infuzii laxative, sirop de tuse, nitrați, sulfati, bicarbonați, citrat de sodiu etc.) ;
- în pasta de dinți sărată, în pastilele Vichy ;
- în câțiva îndulcitori (Sucedulcor : 18 mg/comprimat, Sucrum : 20 mg/comprimat) ;
- în apa dedurizată care, în cea mai mare parte, ar trebui să fie destinată utilizării menajere, și nu consumului alimentar.

Consumul zilnic mediu Regim ușor desodat					
Alimente	Cantitate	Proteine	Lipide	Glucide	Sodiu (mg)
Lapte sau iaurt semidegresat	300	17	10	20	150
Brânză	25	6	6	-	200
Carne, pește sau ouă (4/săptămână)	200	40	20	-	240
Pâine sărată	180	12		99	900
Cartofi, paste, orez sau legume uscate (greutatea după preparare)	300	6	-	60	-