

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 1. Dieta in diabetul zaharat

Diabetul zaharat este o tulburare complexă ce afectează toate aspectele metabolismului, evoluează în timp și necesită o abordare terapeutică integrativă ce presupune pe lângă alegerea celei mai bune variante/combinatii din paleta de agenți farmacologici disponibili și optimizarea stilului de viață a pacientului.

Puncte cheie:

1. Obținerea țintelor glicemice, lipidice și ale tensiunii arteriale, astfel:

- - HbA1c < 7%
- - TA < 140/80 mmHg
- - LDLc < 100 mg/dl (\*după grupa de risc)
- - TG < 150 mg/dl
- - HDLc > 40 mg/dl pentru bărbați, > 50 mg/dl pentru femei.
- 2. Obținerea și menținerea greutății corporale optime și prevenirea/întârzierea complicațiilor diabetului.
- 3. Satisfacerea nevoilor nutriționale individuale și culturale, ținând cont de nivelul de înțelegere a bolii/noțiunilor, disponibilitatea resurselor și capacitatea de a face schimbări.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## Considerații generale

1. Pentru pacienții cu diabet cu un grad scăzut de școlarizare cât și pentru cei vârstnici, se pot obține rezultate satisfăcătoare abordând un sistem simplu de planificare a meselor ce presupune controlul porțiilor și efectuarea unor alegeri alimentare sănătoase.
2. În cazul pacienților cu suprapondere/obezitate este necesară reducerea consumului caloric zilnic în contextul unor alegeri alimentare sănătoase, pentru a facilita scăderea ponderală. O scădere modestă în greutate poate aduce beneficii clinice în special în fazele incipiente ale bolii. Pentru a obține această scădere ponderală sunt necesare măsuri intensive.
3. Proporția de macronutrienți este stabilită individual pentru fiecare pacient, neexistând o regulă generală care să se poată aplica tuturor.
4. Se poate alege dintr-o varietate de tipare de alimentație, combinând diferite alimente sau grupe alimentare, atâta timp cât se ține cont de preferințele personale (tradiție, cultură, religie, situație economică etc.) și de țintele terapeutice. Modele de dietă cu beneficii pentru diabet sunt: dieta mediteraneeană, dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), dieta vegetariană sau vegană, dieta cu conținut scăzut de grăsimi și carbohidrați

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 5. Carbohidrați:

- factorul decisiv în ceea ce privește cantitatea de glucide recomandată și necesarul de insulină este răspunsul glicemic postprandial.
- monitorizarea consumului de glucide este punctul cheie prin care se poate atinge controlul glicemie, fie că aceasta se face prin calculare sau estimare din experiență.
- pentru cele mai bune rezultate este recomandată obținerea glucidelor din legume, fructe, cereale integrale, legumi- noase și produse lactate semidegresate în detrimentul altor alimente procesate cu un conținut crescut de grăsimi, zahăr și sodiu.
- chiar dacă efectele pe glicemie sunt asemănătoare cu ale carbohidraților de mai sus, trebuie evitat consumul crescut de zahăr și amidon pentru a nu înlocui alte alimente cu beneficii diverse.
- consum de fibre asemănător populației generale (~ 14 g la 1.000 kcal/zi).
- fructoza provenită din surse libere (fructe) determină un control glicemie superior în comparație cu cea obținută din amidon; de asemenea, fructoza liberă nu are efect negativ asupra trigliceridelor atât timp cât consumul nu depășește 12% din totalul energetic. Îndulcitorii calorigici trebuie evitați cât mai mult posibil pentru a reduce riscul de câștig ponderal și deteriorarea profilului de risc cardiovascular, în locul lor fiind utili îndulcitorii hipocalorici, în contextul în care nu se suplimentează altfel aceste calorii lipsă.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

- **6. Proteine**
- pentru pacienții cu diabet fără boală cronică de rinichi se recomandă individualizare proporției de proteine consumate, neexistând date concludente care să indice existența beneficiilor pe controlul glicemiei sau riscul cardiovascular pentru un anumit consum.
- la pacienții cu diabet cunoscuți cu boală cronică de rinichi nu se impune reducerea cantității de proteine, întrucât nu modifică controlul glicemiei, riscul cardiovascular sau viteza de declin a ratei de filtrare glomerulară.
- în cazul pacienților cu diabet, proteinele ingerate determină creșterea răspunsului insulinic, fără a determina și creșterea glicemiei, astfel încât atunci când se tratează sau se previne hipoglicemia, trebuie să se evite sursele de carbohidrați, care conțin de asemenea cantități crescute de proteine.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 7. Grăsimi

- cantitatea optimă de grăsimi din dieta unui pacient cu diabet trebuie individualizată, ținând cont de faptul că mai mare importanță o are calitatea grăsimilor decât cantitatea acestora.
- la pacienții cu DZ2, o dietă de tip mediteraneean, bogată în acizi grași mononesaturați (AGMN), poate aduce beneficii pe controlul glicemie și factorii de risc cardiovascular, astfel fiind indicată în detrimentul unei diete sărace în grăsimi și bogate în carbohidrați.
- suplimentele de acizi grași omega-3 nu au evidența clinică necesară pentru a fi recomandați pentru prevenția sau tratamentul bolilor cardiovasculare la pacienții cu diabet.
- la fel ca pentru populația generală, se recomandă un consum crescut de alimente bogate în acizi grași omega-3 cu lanț lung {EPA și DHA-somon, păstrăv, hering) și acid linolenic (ALA), datorită efectelor benefice pe lipoproteine, prevenției bolii cardiace și efectelor pozitive pe starea de sănătate.
- consumul de pește este recomandat în cel puțin 2 porții pe săptămână '
- este posibilă reducerea modestă a colesterolului total și LDL prin consumul a 1,6-3 g/zi de stanoli/steroli din plante (se găsesc în special în alimente îmbogățite).

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 8. Micronutrienți și suplimente de plante

- consumul de suplimente de minerale și vitamine nu aduce
- beneficii pacienților cu diabet care nu au deficiențe.
- nu se recomandă suplimentare de rutină cu vitaminele E și C deoarece nu există dovezi în privința eficienței; mai mult,
- se pune problema siguranței la administrarea pe termen lung.
- suplimentele naturiste/scoarță sau alte plante nu au suficiente dovezi despre eficiență, astfel încât nu se recomandă.

## 9. Alcool

- se recomandă consumul moderat de alcool (1 porție/zi pt. femei, 2/zi pentru bărbați)
- atenție deosebită trebuie să aibă atunci când consumă alcool pacienții cu diabet care sunt tratați cu insulină sau secretagoge, întrucât se supun riscului de hipoglicemie întârziată.

## 10. Sodiu

- pentru pacienții cu diabet se recomandă consum de sodiu  $< 2,3$  g/zi, cu mențiunea scăderii suplimentare a cantității la pacienții cu hipertensiune arterială (1,5 g/zi).

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

- Exemplu de dieta aproximativ 1400 kcal la un pacient cu DZ tip 2 în tratament cu ADO
- Mic dejun:
  - - 200 g legume crude
  - - 2 felii pâine integrală (1 felie= 20 g) sau 30 g fulgi de ovăz
  - - 200 ml lactate (lapte dulce/bătut/iaurt/sana/chefir- semi-degresate, natur, fără zahăr)
  - - 50 g brânză telemea proaspătă sau 100 g brânză de vaci (fără smântână)
  - - 3 felii mușchi file sau 1 ou fiert în coajă/omletă/ochi (fără ulei) de 3-4 ori pe săptămână
- Gustare 1:
  - - 200 g fructe verzi, tari, necoapte, de sezon, locale (sau 1 dată/săpt 100-150 g banană, struguri, fructe coapte)
  - - 30 g nuci/alune de pădure/caju/fistic/migdale crude
- Prânz:
  - - 250 ml supă/ciorbă legume/zarzavat cu 50 g orez/cartof/ fidea/tăieței sau 1 felie pâine/gălușcă
  - - 100 g carne pasăre {de curte)/mușchi slab porc/vită/pește
  - - 100 g cartofi/orez integral/paste integrale/mămăligă/fasole boabe/mazăre sau 250 g mâncare legume/zarzavat
  - - 200 g salată verde/vară/asortată/varză etc. sau 150 g salată rădăcinoase
- Gustare 2:
  - - 200 g fructe verzi, tari, necoapte, de sezon, locale (sau 1 dată/săpt. 100-150 g banană, struguri, fructe coapte)
  - - 30 g nuci/alune de pădure/caju/fistic/migdale crude
- Cină:
  - - 50 g brânză telemea proaspătă sau 100 g brânză de vaci/ carne/pește
  - - 200 g mâncare legume/zarzavat/grătar/supă/ciorbă (ciuperci, dovlecei, vinete, ardei, conopidă, broccoli, bame, fasole păstăi, spanac, morcov, varză etc.)
  - - 200 g salată verde.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

**Insulinoterapia** -atunci cand pacientul urmeaza un tratament cu insulina, pentru obtinerea echilibrului glicemic si evitarea episoadelor de hipoglicemie este cruciala ajustarea dozei de insulina rapida la cantitatea de carbohidrati ingerata la fiecare masa : 1 U de insulina neutralizează efectul a aprox. 10 g HC ingerați.

- Aceasta rată se poate calcula individual la fiecare pacient conform urmatoarei formule:

$$500/ \text{DTI}(\text{doza totala de insulina}) = X \text{ g HC}$$

$$\text{Ex : DTI} = 64 \text{ UI}$$

$500/64=7,8 \text{ g}$  , 1 unitate de insulina metabolizează 7,8 g HC.Astfel pt un prânz de 50 g HC trebuie administrat  $50 \times 7,8 = 7 \text{ UI}$ .

De asemenea, este important de determinant factorul de corecție, adică valoarea cu care scade glicemia 1 unitate după următoarea formulă:

$$1800/\text{DTI} = Y \text{ mg/dl}$$

Exemplu:  $1.800/64 = 28 \text{ mg/dl}$  --> 1 unitate de insulină scade glicemia cu 28 mg/dl.

În concluzie, dacă un pacient pornește de la o glicemie înainte masa de prânz de 200 mg/dl, pentru a ajunge la o glicemie postprandială de aprox.140mg/dl,doza de insulină administrată la un prânz cu 50 g HC doza este de  $7\text{UI}+2\text{UI} = 9\text{UI}$ .



# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 2 Dieta in dislipidemii

- Tulburările metabolismului lipidic sunt des întâlnite atât în populația generală, cât și la persoanele cu diabet, obezitate și boli cardiovasculare, înrăutățind astfel prognosticul, motiv pentru care trebuie luate cât mai curând măsuri pentru tratarea lor. Primul pas este reprezentat de optimizarea stilului de viață ce presupune terapie medicală nutrițională și activitate fizică.
- Pacienții cu dislipidemie sunt îndemnați să consume zilnic o dietă redusă caloric, bogată în fucte, legume, cereale integrale, pește și carne slabă și de asemenea să reducă aportul de grăsimi trans, saturate și colesterol în timp ce cresc aportul de stanoli și steroli din plante la aprox. 2 g/zi și de fibre la aprox. 25 g/zi.
- De asemenea, este recomandată reducerea aportului de alcool și glucide simple (dulciuri, băuturi răcoritoare îndulcite etc.) întrucât acestea determină creșterea valorilor trigliceridelor. Activitatea fizică joacă și ea un rol important, determinând creșterea valorilor HDL, care la  $>60$  mg/dl scade un factor de risc cardiovascular din profilul pacientului.

# **Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice**

## **3. Dieta in suprapondere si obezitate**

Excesul ponderal influențează negativ numeroase aspecte ale stării de sănătate afectând astfel sistemul locomotor, digestiv, cardiovascular, metabolismele, sistemul nervos, respirator, urinar, țesutul cutanat etc. De aceea, este necesar ca un pacient cu suprapondere sau obezitate să fie evaluat și îndrumat corespunzător în vederea obținerii și apoi a menținerii unei greutate corporale optime. În primul rând, pacientul trebuie evaluat din punct de vedere medical pentru a stabili dacă este afectat de intoleranțe sau alergii alimentare sau de probleme articulare/respiratorii/cardiovasculare ce îi pot limita mobilitatea, aceasta având un rol cheie în managementul excesului corporal. În al doilea rând, se estimează sau se determină rata metabolică bazală individuală, pe baza căreia se decide aportul caloric zilnic, astfel încât să se creeze un deficit caloric care să faciliteze scăderea ponderală. În acest sens, pentru obținerea unei scăderi în greutate de 0,5 kg într-o săptămână; este necesară reducerea aportului zilnic de calorii cu 500 kcal față de consumul bazal, iar pentru pierderea a 1 kg/săpt. este nevoie de reducerea aportului caloric cu 1.000 kcal.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

Este important de precizat că cea mai eficientă scădere ponderală are loc la începutul programului, pe parcurs urmând ca metabolismul să se adapteze la noile condiții și rata succesului să scadă, întrucât organismul uman este construit astfel încât să poată supraviețui în cele mai vitrege condiții, când disponibilitatea de energie externă este scăzută, și nu să poată scădea repede în greutate pentru că ar ajunge într-un moment critic în care dacă nu există surse alimentare îndeplătește o perioadă îndelungată, ar muri lipsindu-i un capital de resurse depozitate pe care le-ar fi putut consuma în acea perioadă. Pe lângă totalul caloric consumat într-o zi trebuie acordată atenție deosebită atât intervalului orar în care se consumă aceste calorii, cât și calității lor. Pacientul supraponderal sau obez este sfătuit să aibă un program regulat de mese, cu 3 mese principale și 2 gustări, începând cât mai devreme în zi. Explicația pentru acest aspect stă în faptul că în prima parte a zilei (începând cu ora 6-7) începe secreția hormonilor de contrareglare (cortizol, catecolamine) care facilitează procesele metabolice și trezirea, determinând astfel consumul (și nu depozitarea) alimentelor ingerate. Pe măsură ce se avansează în zi, acești hormoni sunt secretați din ce în ce mai puțin, urmând ca ceea ce este consumat în a doua parte a zilei să fie depozitat pentru a crea disponibilitate energetică pe perioada nopții, atunci când organismul nu se mai alimentează. De asemenea, este indicat ca mesele să aibă un interval de 2,5-3 h între ele, pentru a menține un influx relativ constant de calorii și a evita apariția senzației de foame. În cazul în care se întârzie aportul energetic, organismul intră într-un mod de alarmă pentru că a fost privat de energia pe care era obișnuit să o primească și ceea ce va primi cu prima ocazie va depozita în loc să consume. Dacă aceste considerente generale sunt respectate și micul dejun se ia la în jurul orei 7:30-8, cina se poate lua astfel la maximum 18-18:30.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

În ceea ce privește calitatea macroelementelor, trebuie punctat că nu toate glucidele servesc aceleași funcții, acest aspect fiind adevărat și pentru lipide și proteine.

1. Glucidele: pentru o funcționare cât mai bună a organismului în contextul scăderii ponderale, se indică consumul de carbohidrați complecși, care sunt digerați mai greu și astfel eliberați treptat în circulație, nesolicitând suplimentar pancreasul: legume, leguminoase, cereale integrale. În ceea ce privește glucoza liberă, se recomandă cea care se găsește în mod natural în fructe. Ca regulă generală, pentru a facilita scăderea ponderală se recomandă un aport global mai scăzut de glucide.
2. Proteinele: cele de calitate superioară există în ouă, carne și pește. Proteine există, de asemenea, în brânzeturi și lactate și unele legume/leguminoase.
3. Lipidele: este recomandată evitarea și/sau reducerea lipidelor saturate trans și a colesterolului, care există în mod natural în carnea grasă, carnea roșie, margarine solide, alimente prăjite. Lipidele sănătoase sunt cele din pește, nuci, semințe, avocado și alte surse vegetale.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

- Distribuția corectă a alimentelor și macronutrienților pe parcursul zilei este asemenea importantă, urmând un model de piramidă în ceea ce privește conținutul în carbohidrați și momentul zilei : la micul dejun, gustarea de dimineață și prânz se pot consuma alimente bogate în carbohidrați (făinoase, lactate, leguminoase, fructe), urmând ca la gustarea de după amiaza și seara să se consume indeosebi alimente cu conținut glucidic redus, bogate în legume și grăsimi sănătoase (legume, carne, pește, nuci). În afară de dieta specifică, este necesar ca persoana care dorește să piardă greutatea în exces să efectueze activitate zilnică 30-45 min., prin care să piardă suplimentar aprox. 200 kcal.
- Pe lângă kaloriile pierdute zilnic prin această metodă, activitatea fizică efectuată cu regularitate determină în timp îmbunătățirea metabolismului și astfel creșterea ratei metabolice bazale, permițându-i persoanei să-și poată reorganiza meniul în faza de menținere a greutății (după atingerea țintei), putând adăuga aprox. 100-200 kcal la dieta zilnică, fără să crească în greutate.
- Procesul de atingere a greutății optime este totuși complex, îndelungat și anevoios, astfel fiind indicat ca acesta să se desfășoare ciclic: o perioadă de aprox. 3-6 luni de scădere ponderală activă (10% din greutate), urmată de o perioadă de 9-6 luni de menținere, după care se reiau procesele până la atingerea greutății dorite.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

Exemplu regim aprox. 1000 kcal..

Mic dejun:

- 200 g legume crude
- 2 felii pâine integrală (1 felie=20 g) sau 30 g fulgi de ovăz

- 200 ml lactate (lapte dulce/bătut/iaurt/sana/chefir, semidegresate, natur, fără zahăr)

+1 din:

- 50 g brânză telemea/cașcaval/mozzarella
- 3 felii mușchi file/pastramă
- 1 ou fiert/omletă/ochi(fără ulei) de 3-4 ori

pe săptămână

Gustare 1:

- 200 g fructe verzi, tari, necoapte

Prânz:

- 250 ml supă/ciorbă legume/zarzavat
- 100 carne pasăre (de curte)/mușchi slab porc/vită/pește
- 100 orez integral/paste integrale/mămăligă/cartofi/fasole boabe/mazăre sau 200 g mâncare legume/zarzavat
- 200 g salată verde/vară/asortată/varză etc.

Gustare 2:

- 20 g nuci/alune de pădure/caju/fistic/migdale crude

Cină:

- 50 g brânză telemea sau 100 g carne/pește
- 200 g mâncare legume/zarzavat/grătar/supă/ciorbă (ciuperci, dovlecei, vinete, ardei, conopidă, broccoli, bame, fasole păstăi, spanac, morcov, varză etc.)
- 200 g salată verde.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 4. Dieta în hiperuricemie

- O dietă cu un conținut crescut de alimente bogate în purine poate duce la acumularea metaboliților acestora în organism la hiperuricemie, creând probleme importante de sănătate ca: afectarea articulațiilor cu durere importantă, deformarea articulațiilor, impotență funcțională și formarea și depunerea de cristale urice la nivelul rinichilor sub formă de pietre.
- Managementul pacientului cu hiperuricemie este complex și presupune optimizarea greutății corporale, practicarea cu regularitate a efortului fizic, consumul crescut de carbohidrați complecși, hidratarea corespunzătoare, evitarea grăsimilor trans saturate și a colesterolului și scăderea consumului de proteine animale.
- O persoană care are un nivel ridicat al acidului uric sangvin trebuie sfătuită să urmeze o dietă săracă în purine, ceea ce presupune un aport scăzut de băuturi alcoolice (bere, țărnie), anșoa, sardine, hering, macrou, midii, ton, sosuri de friptură, organe (creier, rinichi, ficat), produse ce conțin drojdie. Un conținut crescut de purine se găsește și în sparanghel, spanac, mazăre, conopidă și ciuperci. Trei elemente care în unele studii au avut dovezi de scădere a nivelului de acid uric sunt cireșele, cafeaua și consumul crescut de vitamina C.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 5 Dieta în litiaza renală

Litiaza renală este o afecțiune foarte frecventă în populație și poate fi prevenită și parțial tratată prin adoptarea unui regim specific. Este indicat un consum crescut de apă/lichide (ajustat în funcție de caz) minimum 2 l/zi, evitarea dietelor strict vegetariene sau a excesului de proteine animale, sare și vitamina C și D, creșterea consumului de alimente ce conțin fitați (leguminoase, fasole, cereale integrale, tărațe) și evitarea pe cât de mult posibil a substanțelor citotoxice (analgizice, pesticide, solvenți organici).

În funcție de natura lui, **prezența unui tip de calcul presupune anumite indicații dietetice:**

- Ph scăzut: scăderea consumului de proteine animale, creșterea consumului de sucuri de citrice, băuturi răcoritoare.
- Ph crescut: evitarea dietelor vegetariene, a sucului de citrice și a băuturi răcoritoare.
- Calciu: creșterea consumului de lichide, scăderea celui de sodiu, proteine animale și controlul aportului vitamina D și suplimentelor de Ca.
- Oxalat: scăderea consumului de alimente bogate în oxalat (spanac, sfeclă, nuci, cartofi dulci, rubarbă, pătrunjel, arpagic verde, ciocolată, ceai verde) și acid ascorbic (aport de vit. C > 2 g/zi).
- Citrat: creșterea consumului de alimente bogate în citrat și de băuturi ce conțin acid citric
- Fitați: consumului de alimente ce conțin fitați.
- Urat: scăderea aportului de alcool și alimente bogate în purine.



# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 6 Dieta in bolile cardiovasculare

- Persoanele care suferă de afecțiuni cardiovasculare sunt îndrumate sa evite excesul de sodiu alimentar.
- Ghidurile internaționale recomandă pentru persoanele cu hipertensiune și insuficiență cardiacă o dietă specifică ce vizează toate componentele ei, nu doar reducerea consumului de sare. În principiu, este vorba de același stil de viață indicat populației generale și include consumul crescut de fructe, legume crude și lactate sărace în grăsimi pe lângă care se acceptă o cantitate moderată de cereale integrale, pește, carne de pasăre și nuci. De asemenea, se accentuează importanța consumului de alimente bogate în elemente ce ajută la normalizarea tensiunii arteriale, ca potasiu, calciu și magneziu.
- În ceea ce privește consumul de sodiu, este recomandat ca acesta să nu depășească 1.500 mg/zi sau, în cazuri extreme, 1.000 mg/zi. Cea mai evidentă metodă prin care se poate obține această limită este să nu se adauge sare în mâncare, nici în timpul gătirii și nici în farfurie.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

- Următoarea modificare o reprezintă evitarea alimentelor cu conținut crescut de sare ca murăturile, produsele afumate și marinate, măslinile, brânzeturile, dar și chipsurile, produsele din comerț și fast food. Nevoia fiziologică de sodiu a organismului este acoperită integral din sodiu! conținut în alimente în mod natural, nevoia de a adăuga ținând doar de gustul dobândit, tradiție, cultură etc.
- Pentru a facilita menținerea consumului de sare sub limita indicată, sunt de ajutor atât adăugarea de condimente/ierburi aromatice în mâncăruri, cât și înlocuirea sării de masă pe bază de sodiu cu cea cu un conținut crescut de potasiu care are până la 1/3 mai puțin sodiu decât cea obișnuită.

## **Alimentele indicate pentru consum și cantitatea recomandată sunt după cum urmează:**

- cereale integrale: 6-8 porții/zi
- legume: 4-5 porții/zi
- fructe: 4-5 porții/zi
- lactate: 2-3 porții/zi
- carne slabă, pasăre, pește: <6 porții/zi
- nuci, semințe, leguminoase: 4-5/săptămână grăsimi: 2-3 porții/zi
- dulciuri: <5 porții/săptămână
- consum redus de alcool.

# **Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice**

## **7. Dieta in boala cronica de rinichi**

- Pacienții care suferă de boală cronică de rinichi sunt predispuși la numeroase complicații pe parcursul evoluției bolii, fiind astfel necesară o intervenție medical-nutrițională eficientă pentru a preveni aceste complicații, pe lângă tratamentul medicamentos.
- Cele 3 aspecte asupra cărora acești pacienți trebuie să-și îndrepte atenția sunt consumul de potasiu, fosfor și lichide. Aceste 3 elemente sunt necesare și indispensabile bunei funcționări a organismului, dar, întrucât capacitatea rinichilor de epurare a produșilor de metabolism și a apei în exces este deteriorată, se impun metode de scădere a cantității lor. Pentru aceasta, se pot prescrie liganzi de fosfor sau potasiu, dar este totodată necesar ca pacientul să reducă aportul acestora din alimentație.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

- 1. Potasiu-** Acest mineral se găsește în aproape toate alimentele, în porții variabile. În exces, acesta poate determina crampe și slăbiciune musculară și tulburări de ritm cardiac. Astfel este indicată scăderea consumului de alimente bogate în potasiu, ca: banane, pepene, portocale, prune, stafide, spanac, cartofi, roșii, dovleac, fasole uscată, orez sălbatic/brun și tărate/cereale integrale. Alimente cu conținut scăzut de potasiu ce se pot consuma în siguranță sunt: merele, strugurii, ananasul, căpșunile, conopida, ceapa, ardeii, ridichile, dovlecelul, salata verde, produsele făinoase cu făină albă, orez alb, vită, pui.
- 2. Fosforul-** Disponibilitatea acestui mineral este de asemenea mare, dar excesul lui poate determina fragilitate osoasă și risc crescut de fracturi. Alimentele ce aduc un aport scăzut de potasiu sunt: porumbul, grișul, orezul, pâine cu maia, franțuzească sau italienească, limonadă, băuturi colorate deschise. Cele care ar trebui evitate sunt: pâinea integrală, cerealele integrale, fulgii de ovăz, nucile și semințele de floarea soarelui, băuturile închise la culoare.
- 3. Lichidele-** Ca și în cazul mineralelor, și echilibrul hidric este afectat în boala cronică de rinichi, astfel încât, dacă nu este ajustat corespunzător, excesul poate determina creșterea tensiunii arteriale, edeme, insuficiență cardiacă și hidrotorax. În acest caz se impune reducerea aportului nu numai de apă, dar și de alimente care au un conținut crescut apă, ca multe fructe și legume, supe, înghețată, produse care conțin gelatină etc. Întrucât consumul de apă este redus, este indicată și scăderea consumului de sare pentru a nu provoca sete suplimentară. Ca măsuri ajutătoare de calmare a setei când nu se permite aport suplimentar de apă, pacientul este îndrumat să mestecă gumă, să își perieze dinții cu pastă de dinți mentolată sau să facă gargară cu apă de gură, să țină în gură un cub de gheață sau bomboane mentolate (eventual fără zahăr, dacă este cazul).

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 8. Dieta în bolile hepatice

### Alimente de evitat:

- prima recomandare în ceea ce privește un stil de viață sănătos la un pacient care suferă afectare hepatică este evitarea consumului de alcool.
- produsele cu gluten: acesta poate determina o reacție inflamatorie puternică ce poate afecta proprietatea intestinului subțire de a bloca absorbția unor substanțe toxice în sânge.
- alimentele tip fast-food: în contextul unei boli cronice ce solicită intens organismul, este de preferat să i se ofere acestuia principii nutritive de cea mai înaltă calitate în schimbul caloriilor de proastă calitate, ce nu facilitează decât câștigul ponderal, un alt element dăunător în situația dată.
- făina albă rafinată: un aliment cu valoare nutritivă scăzută, dar calorică crescută.
- uleiuri rafinate/hidrogenate.
- brânzeturi/produsele lactate: acestea sunt greu de digerat și aduc o povară suplimentară ficatului.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

- sucurile de fructe/băuturi răcoritoare, din cauza conținutului crescut de zahăr ce încarcă ficatul.
- îndulcitorii artificiali: sunt substanțe greu de procesat. alimente procesate: conțin o cantitate crescută de conservanți, aditivi și chimicale.

## **Alimente recomandate:**

- varietăți de nuci și fasole
- legume și zarzavaturi (cartofi cu moderație), suc din acestea
- legume crucifere: broccoli, conopidă, varză kale
- supă de legume
- fructe: mere, avocado, lămâie, limonadă
- ierburi aromatice, usturoi, ceapă
- ceaiuri de plante
- ulei extravirgin de măsline și ulei de in.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## Recomandări în ciroza hepatică:

- aport caloric zilnic crescut "35-40 kcal/kgc/zi pentru a preveni malnutriția
- scăderea ușoară a aportului total de proteine, dar de asemenea și a proporției proteinelor animale pe baza creșterii proteinelor vegetale și a celei de carbohidrați complecși.
- legume gătite la abur (în loc de legume crude) sau suc de legume: morcovi, castravete, sfeclă, spanac, pătrunjel, țelină.
- evitarea condimentelor iuți, prăjite, cu multe grăsimi și sare (accentuează edemele).
- alimente benefice: broccoli, varză de Bruxelles, conopidă, ceapă, usturoi, fasole uscată, linte, varză, ardei gras, cereale integrale, anghinare, sfeclă, salată verde.
- suplimentarea alimentației cu preparate de aminoacizi cu catenă ramificată, antioxidanți (N-acetil cisteină}, vitamine hidra- (în special grupul B) și lipo-solubile (A, D, K), prebiotice și probiotice.

În ceea ce privește obiceiurile alimentare, este indicat ca mesele să fie mici cantitativ, dar mai dese, și ultima cu cel puțin 5 ore înainte de culcare; pentru a ușura procesul de digestie, pacientul se poate ajuta de suplimente digestive la fiecare masă, pe lângă deprinderea obiceiului de a mesteca de multe ori pentru a asigura omogenizarea alimentelor cu enzimele salivare.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 9. Dieta in litiaza biliară

Dintre multiplele cauze care duc la litaza biliară, unele sunt modificabile (alimentația, greutatea corporală), iar altele nemodificabile (sexul, istoricul familial de litiază biliară). În ceea ce privește alimentația, pentru a scădea riscul de formare a calculilor biliari este important de reținut că aportul de colesterol și grăsimi trans și saturate trebuie scăzut, iar cel de fibre crescut.

- Atenție deosebită este necesară pacienților care se află într-un program de scădere ponderală, întrucât o scădere rapidă poate determina acumularea în exces a produșilor de metabolism hepatic în vezica biliară, într-un ritm mai alert decât poate aceasta procesa și elimina, ducând astfel la formarea calculilor.
- Alimente indicate: proteine vegetale (fasole boabe, linte, năut), nuci, alimente bogate în calciu și vitamina C, cantități moderate de cafea și alcool.
- Alimente interzise: prăjeli, alimente procesate (gogoși, plăcinte, prăjituri), lactate integrale, carne roșie grasă.



# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 10. Dieta în ulcerul gastro-intestinal si gastrită

Cauza principală a ulcerului gastro-intestinal este prezența bacteriei *Helicobacter pylori* și într-o măsură foarte mică hiperaciditatea prezentă la acest nivel. Totuși, singurul aspect asupra căruia se poate acționa prin alimentație este limitarea hipersecreției de acid clorhidric în vederea reducerii durerii ce apare la nivelul mucoasei gastrice și/sau duodenale; de asemenea, se urmărește promovarea reparării la nivelul acesta. Distribuția principiilor nutritive nu diferă față de cea a unei persoane sănătoase, cu mențiunea că aportul proteic poate fi de maximum 1,2 g/kgc/zi în faza acută și până la 1,5 g/kgc/zi în faza de recuperare. În ceea ce privește carbohidrații, se recomandă ca aportul dizaharidelor să fie ușor scăzut pentru a reduce procesele de fermentație, iar în ceea ce privește lipidele, să se evite cele saturate. Studiile arată că o dietă bogată în fibre solubile și insolubile scad riscul de a dezvolta ulcer și, chiar dacă la un moment dat se credea că laptele ajută la vindecarea ulcerului, studii ulterioare nu au găsit dovezi în acest sens. Consumul crescut de alimente ce conțin vitamina A și ceai verde are de asemenea rolul de a scădea riscul unei persoane de a suferi de ulcer.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

- Alimente interzise: prăjeli, lămâie, piper, ardei iute, muștar, ciocolată, ceai negru, băuturi carbogazoase.
- Alimente permise cu precauție: brânzeturi grase, portocală, ananas, fructul pasiunii, fasole boabe, carne grasă, organe, dulciuri concentrate, suc de citrice, maioneză, ketchup, aditivi de aromă pentru mâncăruri, condimente.
- Alimente permise: lactate, iaurt, nuci, uleiuri vegetale, mere, pepene, banană, papaya, morcovi, sfeclă, fasole păstăi, spanac, ridichi, dovlecel, praz, fasole uscată, linte, soia, năut, carne slabă de vită și porc, pui, pește, sucuri naturale.
- Comportamente la risc: consumul de alcool și fumatul întrețin ulcerul și gastrita și trebuie evitate.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 11. Dieta in sindromul diareic

Episoadele diareice pot avea cauze și durate extrem de variate și apar la un moment dat în viață la majoritatea oamenilor, motiv pentru care managementul lor este deosebit de important, înce- pând cu alimentația, întrucât aceasta este necesară permanent și conținutul ei poate ameliora sau agrava simptomele, ducând la deshidratare suplimentară și dezechilibru hidoelectrolitic; în baza acestui motiv, aportul de lichide/apă trebuie să fie suficient (8-10 pahare/zi}. Pe lângă recomandările generale se adaugă cea pentru consumul moderat de iaurt, întrucât acesta conține probiotice care reglează flora bacteriană din intestin, putând să scurteze peri- oada de boală. Atenție specială la posibilele cazuri de intoleranță la gluten sau lactază care pot provoca episoade foarte frecvente și trenante de diaree, tratamentul fiind totuși foarte simplu, îndepăr tând alimentele ce conțin aceste elemente.

- Alimente indicate: banane, orez simplu, mere coapte, cartofi fierți, pâine prăjită, paste, griș, fulgi de porumb, biscuiți simpli, covrigei, pui fiert/la cuptor, supă clară de pui, legume gătite (mor- covi, fasole verde, sparanghet ciuperci, sfeclă, dovlecel}.
- Alimente interzise: grăsimi, prăjeli, sosuri, lapte, unt, înghețată, brânză, alcool, cafea și băuturi cu cafeină, îndulcitori artificiali (bomboane, gumă, băuturi răcoritoare), varză, fasole, broccoli, conopidă, condimente, piper, ardei iute.

# Principii de alcătuire a regimului în diferite boli cronice

## 12. Dieta în constipație

Constipația afectează un număr crescut de oameni, creând, pe lângă disconfort, balonare, dureri abdominale și serioase probleme de sănătate ca hemoroizii interni și externi și fisurile anale. Pentru a avea un tranzit intestinal normal este necesar să se intervină asupra a trei aspecte: dietă, lichide și activitate fizică. Pentru a facilita obținerea consistenței optime a conținutului colonie este necesar un aport crescut de fibre și, de asemenea, de apă/lichide, întrucât fibrele nedigerabile din alimentație rețin lichidele din intestin și scad consistența bolului fecal, facilitându-i astfel transportul. Necesarul de fibre pe zi este de 25 g pentru femei și 38 g pentru bărbați. Dieta zilnică trebuie să conțină multe fructe (kiwi, pere, prune, fructe de pădure) și legume crude, cereale integrale (paste și pâine din făină integrală, orez integral, fulgi de ovăz integral). Alte alimente bogate în fibre sunt: fasolea boabe, broccoli, nuci și semințe crude. De asemenea, se poate adăuga în mâncare pulbere de semințe de in, foarte bogate în fibre. Este important ca introducerea unei cantități crescute de fibre în dietă să se facă treptat pentru a se evita pe cât posibil balonarea secundară consumului acestora.

- Aportul de fibre fără un aport corespunzător de lichide nu va duce la rezultatele scontate, motiv pentru care se subliniază importanța hidratării optime aprox. 2 l/zi.
- Activitatea fizică are, de asemenea, rolul să stimuleze motilitatea tractului intestinal, fiind astfel recomandată cel puțin 30 de minute zilnic.

# PREZENTARE DE CAZ

- Pacienta Z. R., în vârstă de 71 de ani

- Icter sclero-tegumentar intens;
- Prurit generalizat;
- Febră, astenie, grețuri, vărsături, dureri hipocondru drept;
- Urini hipercrome, scaune acholice;
- Scădere în greutate

# Antecedente personale

- HTA esențială, grad 2, risc înalt;
- Colecistectomie (1961);
- Accident ischemic tranzitoriu (1990);



# Antecedente heredo-colaterale

- Părinți hipertensivi

# Condiții de muncă

- Neagă consumul de alcool și nicotină

# Istoricul bolii

- Pacienta în vârstă de 71 de ani, colecistectomizată în 1961, cunoscută hipertensivă, se prezintă cu icter sclerotegmentar, însoțit de prurit generalizat, fatigabilitate, greață, vărsături. Ulterior a fost trimisă la clinica de Gastro-enterologie pentru investigație.

# Diagnostic prezumtiv

- Sindrom icteric-obstructiv;
- HTA esențială, grad 2, risc înalt;

# Examen obiectiv

- Starea generală: influențată, G: 65 kg, Î: 1,60 m;
- Tegumente și mucoase:
  - intens icterice;
  - cicatrice abdominală mediană postcolicistectomie

- Sistem ganglionar limfatic: nepalpabil, nedureros;
- Sistemul osteo-articular: integru-morfofuncțional;
- Aparat respirator: relații normale;
- Aparat cardio-vascular: zgomote cardiace ritmice, fără sufluri, bine bătute, TA: 140/100 mmHg, FC: 80bpm, puls periferic prezent la artera pedioasă.

- Aparat digestiv: abdomen moale, elastic, mobil cu respirația, nedureros spontan și la palpare, tranzit intestinal prezent (scaune acholice), ficat și splina nepalpabile;
- Aparat genito-urinar: urină hipercromă, Giordano negativ

# Investigații de laborator

- H: 3,7 – 3,61 – 3,06 mil. / mmc;
- Hb: 11,4 – 11 – 9,51 g%;
- Ht: 31 – 29,3 – 24,9 %;
- L: 9300 – 9870 – 9690/ mmc;
- Glicemie: 191 – 134 mg %;
- Uree: 107 – 73 mg %,
- Creatinină: 1,9 – 1,75 – 1,8 mg %;
- ASAT: 31 – 29 – 30 Ui/l;
- ALAT: 55 – 27 – 21 Ui/l;
- BT: 21 – 20,03 – 20 mg %;
- BD: 12,5 mg / dl;
- GGTP: 95 – 69 U / l;
- Na: 123 – 137 mmol / l;
- K: 3,4 – 4 mmol / l;



# Examene paraclinice

- EKG: ritm sinusual regulat, ax electric deviat stânga;
- Undă T negativă în DII, DIII, AVF,  $V_1 - V_6$ ;
- ERCP: papilă de aspect normal, se canulează selectiv calea biliară principală cu sfincterotomul și se injectează substanța de contrast cu evidențierea unui coledoc de circa 3 cm, care se îngustează în porțiunea terminală;
- CT: dilatarea coledocului

# Diagnostic pozitiv

- Colangiocarcinom de coledoc distal protezat endoscopic;
- Icter obstructiv;
- Insuficiență renală cronică în stadiu de retenție azotată fixă;
- Diabet zaharat tip 2, tratat cu dietă;
- Anemie normocromă, normocitară, formă ușoară;
- HTA esențială, grad 2, risc înalt;
- Cardiopatie ischemică cronică silențioasă;

# Diagnostic diferențial

- Strictură ductală;
- Ciroză biliară;
- Hepatită alcoolică și virală;
- Cancer de cap de pancreas;
- Boli infecțioase (leptopsiroză);
- Chisturi coledociene;
- Coledocolitiaza

# Tratament

- Se practică sfincterotomie endoscopică retrogradă, se pătrunde cu fir ghid și pe firul ghid se plasează un stend de 11,5 fr/10 cm cu flux biliar prezent;
- Recomandări:
  - dietă hiposodată, hipoglucidică, hidratare;
  - Ursofalk: tb 250 mg 2-0-2;
  - Lanzul 30 mg 1 cp./zi timp de 6 săpt.;
  - Betaloc-zok 100 mg 1-0-1;
  - Tertensif SR 1,5 mg 1-0-0;
  - Enalapril 20 mg 1-0-0;
  - Preductal MR 35 mg 1-0-1;

Efectuarea lunară BT, BD, TGO, TGP, FA, GGTP

Dispensarizare gastroenterologică

# Complicații

- Infecția arborelui biliar, colangită;
- 10-20 % apare ciroza;
- Extensia în ficat, vena portă, ganglioni limfatici regionali.

# PREZENTARE DE CAZ

Pacienta B.L. în vârstă de 52 ani

Se prezintă pentru:

- Dureri la nivelul etajului abdominal superior
- Vărsături postprandiale tardive, cu resturi alimentare
- Crampe musculare
- Astenie marcată

# Antecedente personale

Nu prezintă antecedente familiale sau personale fiziologice deosebite

Antecedente personale patologice:

- Ulcer duodenal diagnosticat de 15 ani
- Hipertensiune arterială esențială stadiul II diagnosticată în urmă cu 7 ani
- Bronșită cronică diagnosticată în urma cu 5 ani
- Este mare fumătoare (1-1 ½ pachete pe zi)



# Istoricul bolii

În urmă cu 15 ani, în urma unui episod dureros abdominal sugestiv, s-a stabilit diagnosticul de ulcer duodenal, confirmat prin examen baritat

Pacienta a urmat un tratament antisecretor timp de 4 săptămâni, cu evoluție favorabilă imediat, dar cu frecvente crize dureroase ulterior(2-3/an)

# Istoricul bolii

De aproximativ 5 ani, are fenomene de insuficiență evacuatorie gastrică, confirmată endoscopic

I se propune o intervenție chirurgicală, dar refuză

# Istoricul bolii

De 3 săptămâni prezintă:

- Vărsături postalimentare tardive, abundente, cu alimente parțial digerate
- Astenie marcată
- Mialgii

# Examenul obiectiv

- Stare generală alterată
- Dureri musculare la palparea maselor musculare mari (centuri)
- Reflexe osteotendinoase discret diminuate
- Torace normal conformat
- Murmur vezicular aspru
- Raluri ronflante supraadăugate

# Examenul obiectiv

IMC=29,5

TA= 140/70mmHg

Alura ventriculară=65/min.

Abdomen voluminos, țesutul adipos fiind bine reprezentat

Clapotaj prezent

# Diagnosticul clinic de etapă

1. Ulcer peptic
2. Insuficiență evacuatorie gastrică
3. Hipertensiune arterială esențială stadiul II
4. Bronșită cronică

# Investigații

Uree =240mg%

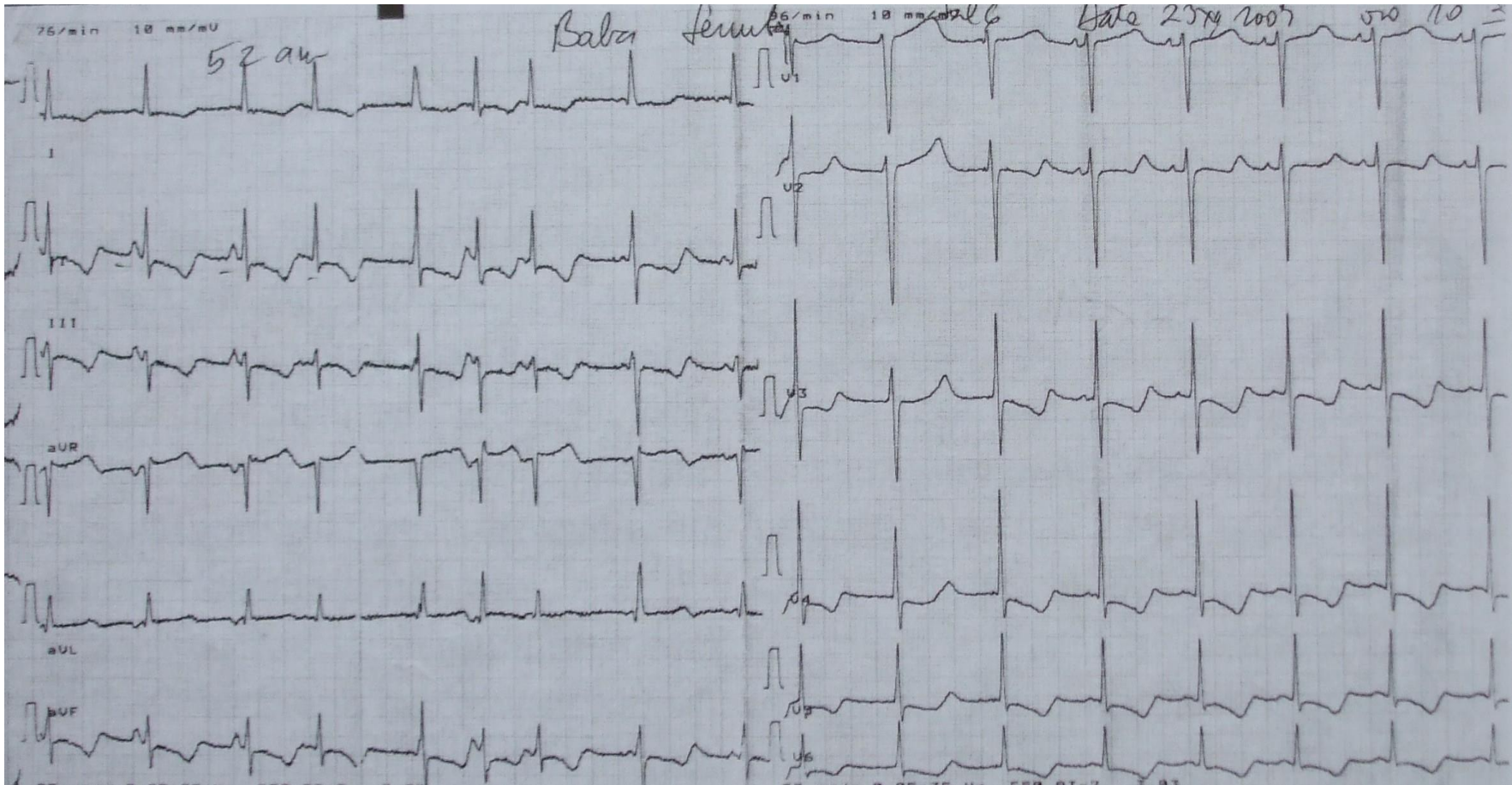
Creatinină =6.1mg%

CPK =981mg%

LDH =715mg%

K seric =2.3mEq/L

# Electrocardiograma



Extrasistole joncțională, subdenivelare segment ST, unde T negativ



# Investigații

Radiografia toracică evidențiază doar un desen interstițial accentuat

Tranzitul baritat relevă tranzit esofagian bun, un stomac mult dilatat cu resturi alimentare, cu peristaltism diminuat și fără tranzit pilorobulbar în timpul examinării.

# Investigații

Ecografia abdominală arată un colecist cu pereții îngroșați, cu multiple imagini hiperecogene cu con de umbră posterior, coledoc ușor dilatat (1 cm), fără dilatarea căilor biliare intrahepatice.

Stomac plin cu conținut mixt, mult dilatat, cu mișcări peristaltice și antiperistaltice.

Pancreasul nu poate fi apreciat.

# Investigații

Gastroscopic se constată:

- Esofag cu reflux mixt, lichidian și alimentar
- La joncțiunea esogastrică se evidențiază o mucoasă neregulată, cu eroziuni acute și cronice friabile
- Stomacul plin cu lichid și resturi alimentare în cantitate de circa 2,5 L, cu pilor stenozat ce nu permite trecerea endoscopului

Concluzie: Esofagită gradul IV, stenoză piloro-duodenală, insuficiență evacuatorie gastrică

# Diagnostic pozitiv

1. Ulcer gastroduodenal cronic
2. Stenoză duodenală bulbară cu insuficiență evacuatorie gastrică
3. Nefropatie hipokalemică
4. Miopatie hipokalemică
5. Litiază veziculară
6. Hipertensiune arterială esențială stadiul II
7. Hipercolesterolemie
8. Bronșită cronică acutizată

# Diagnostic diferențial

Neoplasmul gastric – prin endoscopie cu biopsie

Limfomul gastric – prin endoscopie cu biopsie

Litiază biliară - prin ecografie

Pancreatita cronică

Dispepsia funcțională

# Diagnostic diferențial

Miopatia este sugerată de către astenia musculară generalizată implicând grupele musculare mari proximale, iar reflexele osteotendinoase sunt normale sau puțin modificate.

# Diagnostic diferențial

Nefropatia hipokalemică se diagnostichează pe baza contextului clinic și biochimic sugestiv, excluzând alte cauze de nefropatii tubulo-interstițiale, de tipul celor infecțioase.

# Tratament

Evitarea alimentelor acide, iuți piperate

Nu cafea în plin puseu ulceros

Interzicerea fumatului

Interzicerea consumului de:

- Aspirină
- Antiinflamatorii nesteroidiene
- Corticoizi



# Tratament

Tratamentul a constat în perfuzii endovenose pentru reechilibrare hidroelectrolitică și acidobazică, monitorizare cardiacă, cu evoluție favorabilă a parametrilor

Normalizarea potasemiei, a ureei și creatininei serice, a enzimelor musculare, normalizarea traseului EKG

De asemenea s-a decis efectuarea intervenției chirurgicale.

# Tratament

Ranitidină 150 mg 2x1/zi

Omez 20mg 1/zi

Indapamid 1,5mg 1/zi

Prestarium 2,4mg 2x1/zi

Norvasc 5mg 1/zi

# Tratament

Obiectivele tratamentului ulcerului duodenal (ca și al ulcerului gastric) sunt următoarele: combaterea durerii, grăbirea vindecării (cicatrizării), prevenirea complicațiilor, prevenirea recidivelor.

# Prognostic

Prognosticul este posibil nefavorabil din cauza neacomplianței pacientei la tratament.

Există riscul apariției complicațiilor stomacului operat, inclusiv gastrita sau ulcerul de bont, mai ales în condițiile în care pacienta continuă să fumeze.

# Particularitatea cazului

Este remarcabilă starea de nutriție bună a pacientei în ciuda severității stenozei și a vechimii bolii

Asocierea complicațiilor hipokalemiei crește severitatea cazurilor

Este de remarcat asocierea nefropatiei și a miopatiei hipokalemice la o pacientă cu hiperemesis

# PREZENTARE DE CAZ

Pacient I.H.,in varsta de 55 de ani,inginer,mediul urban

- Motivele prezentarii la medic :
  - controlul tensiunii arteriale
  - polakiurie nocturna ( 2-3 mictiuni pe noapte )
  - usor disconfort mictional sub forma de arsura

# ANTECEDENTE

- HC : - mama : - nesemnificativ
  - tata : - BPOC , Glaucom ochiul stang
- PP : - Varicela
  - Apendicectomie ( la 40 de ani )
  - Hipertensiune arteriala esentiala gr.I  
(150-85 mmHg)



# Conditii de viata si de munca

- Fumator : - 10 tigari/ zi
- Alcool : - ocazional
- Cafea : - 3 cafele/ zi
- Alimentatie : -necorespunzatoare
- Spatiul de locuit : - corespunzator
- Locul de munca : -stres/mult zgomot

# Istoricul bolii

- Pacientul se prezinta la medicul de familie acuzand de 2 saptamani urmatoarele simptome : -polakiurie nocturna (2-3 mictiuni)  
-usor disconfort mictional sub forma de arsura.
- Pacientul este cunoscut hipertensiv de 5 ani

# Examen obiectiv

- T = 177cm , G = 107 kg , IMC = 34,2
- Aparat cardio-vascular : -zgomote cardiace ritmice, bine batute, FC = 72b/min
- T.A. = 150/85 mmHg
- ECG – traseu normal
- Giordano - negativ bilateral
- Tuseu rectal : -prostata usor marita de volum, disparitia partiala a santului median, nedureroasa la palpare , consistenta ferma,elastica

# Diagnostic prezumtiv

- Hipertensiune arteriala esentiala gr I
- Obezitate gr.I
- Adenom de prostata

# Investigatii de laborator

- Hemoleucograma completa – normala
- Glicemie 78 mg/dl
- Colesterol total = 227 %
- HDLc = 33%
- LDLc = 121%
- TG = 215%
- GOT- 46u/l ; GPT- 29 u/l
- Creatinina - 0,9 mg/dl; Acid uric – 5,5 mg/dl;  
Uree serica – 26 mg/dl
- PSA (antigenul prostatic specific) – 1,36 ng/dl

# Investigatii de laborator

- Examen sumar de urina – normal
- Urocultura – normal
- Uree/Creatinina urinare : 24 g/24h – 1,47 g/24h
- Ionograma - Na = 135 mmol/l  
urinara        - K    = 70 mmol/l  
                  - Cl   = 90 mmol/l  
                  - Ca   = 121 mmol/l

# Investigatii paraclinice

- Ecografie : - prostata de 42/38/37 mm cu lob median de 1,6/1,3 dezvoltare endovezical, fara calculi
  - calcul unic in rinichiul stang(3mm)
- Eco-cord : - normal
- Fund de ochi : - normal

# Diagnostic de certitudine

- Hipertensiune arteriala esentiala gr.I
- Adenom periuretral incipient
- Litiaza renala stanga
- Obezitate gr I
- Dislipidemie mixta



# Diagnostic diferential

- Cancerul de prostata (doar prin ex.histopat.)
- Prostatita acuta (febra,frisoane uneori)
- Scleroza de col
- Litiaza prostatica (semn clinic major la TR-”semnul sacului cu nuci”)
- Disfunctiile vezicale neurologice congenitale sau dobandite (vezica are frecvent contractii slabe si reziduu mare)
- Prostatita cronica/Prostatodinia/Prostatita cronica granulomatoasa – doar prin ex. Histopatologic fiind greu de diagnosticat

# Evolutie

- Sub tratament - favorabila ( urmarire la 6 luni )
- Fara tratament - evolutie lenta cu perioade de exacerbari si uneori remisii
  - in timp : - complicatii ale aparatului urinar si chiar evol.spre cancer de prostata

# Complicatii

- Retentia acuta de urina
- Hematurie
- Litiaza vezicala
- Diverticuli vezicali
- Infectia urinara
- Infectia adenomului de prostata( Adenomita )
- Orhiepididimitele acute si cronice
- Pielonefritele acute si cronice

# Tratament

## Igieno-dietetic

- Renuntarea la fumat
- Exercițiu fizic ( alergare usoara -30 min/zi)
- Regim hiposodat/hipolipidic/hipoglucidic
- Evitarea frigului si a umezelii
- Cura de diureza 2-3 litri/zi
- Evitarea stresului

# Tratament

## Medicamentos

- HTA - Tertensif 1,5 mg 1 cpr/zi
- Dislipidemie - Crestor 10 mg 1 cpr/zi
- Adenom de prostata - Tamsulosin( OMNIC )  
0,4-0,8 mg/zi  
- Finasterida( PROSCAR )  
5 mg/zi