

Dieta pri jetrnih obolenjih

Asist. dr. Bogomil Vargazon

Moderna farmacevtska industrija je v zadnjih desetletjih ustvarila številna nova zdravila s specifičnim učinkom pri najrazličnejših boleznih. Kljub temu je še veliko obolenj, za katera ne poznamo ustreznega zdravila in kjer skušamo zato z drugimi ukrepi ustvariti v bolnem organizmu take pogoje, ki najbolje podpirajo naravno težnjo po ozdravljenju ali vsaj zboljšanju nastale okvare. Med te sodita tudi najpogostejši obolenji jeter — akutni hepatitis in ciroza. V zadnjem času opažamo nenehno naraščanje primerov akutnega hepatitisa, ki se pojavlja v nekaterih — največkrat celo zdravstvenih — kolektivih tudi v epidemični obliki. Čeprav od dejanskih obolenj velik del gotovo niti ni bil prijavljen, nam podatki Centralnega higienskega zavoda vendarle kažejo stalno dviganje obolenosti. Tako je bilo leta 1950 v LR Sloveniji prijavljenih 294, lani pa že 556 primerov. Iz izkustva vemo, da preide v sicer majhnem odstotku bolezni v kronično obliko in pozneje v cirozo. Zato je v naslednjih letih pričakovati tudi precej večje število cirotikov, kar že opazujemo pri nekaterih pacientih, ki so preboleli akutni hepatitis. Poleg tega vzročnega faktorja ne smemo v naši domači patologiji prezreti vpliva, ki ga ima prekomerno uživanje alkoholnih pijač pri sicer kakovostno neustrezni prehrani — predvsem zaradi pomanjkanja beljakovin, kar je tudi eden glavnih razlogov za nastanek ali hitro poslabšanje že prisotne ciroze.

Zdravstveni delavci z večjimi izkustvi prav dobro vedo, da se akutno vnetje v mnogih primerih zazdravi brez posebne terapije. Žal pa v začetku obolenja nikoli ne moremo predvideti, ali bo nadaljnji potek bolezni lahek ali težak. Prav zato je iz preventivnih razlogov že od vsega početka utemeljeno intenzivno zdravljenje. Čeprav bi bilo želeli, da bi bil vsak primer akutnega hepatitisa po možnosti sprejet v bolnico, nam pa številke kažejo, da je velik del teh bolnikov ostal v domači oskrbi. Iz statistike zadnjih šestih let je razvidno, da v tem obdobju od 1989 prijavljenih primerov hepatitisa 834 ni bilo hospitaliziranih. Prav ti razlogi so nam dali tudi povod za kratek prikaz o načelih sodobnega zdravljenja omenjenih hepatopatij.

Glavni pripomoček terapije je počitek in dieta, katere načela so šele v zadnjem času dobila trdno eksperimentalno osnovo. Ni še dolgo tega, ko se je pri akutnem hepatitisu prepovedovalo uživanje kakršnih koli živalskih beljakovin in je bila hrana sestavljena pretežno iz ogljikovih hidratov. To je bila res »dieta« v svojem prvotnem pomenu restrikcije ali omejitve, medtem ko gre pri moderni »dieti« jetrnih obolenj predvsem za izdatno kvalitativno izboljšanje bolnikove prehrane. Dejanska »omejitev« — tako po količini kot kakovosti — bo na mestu le v prvih dneh hepatitisa, ko so v ospredju močnejše subjektivne bolnikove težave in dispeptične motnje, kot izguba apetita, navzeja, bruhanje, tiščanje v predelu želodca in jeter, driske in podobno. Na srečo traja tako stanje navadno le nekaj dni in se mi zato zdi tudi nepravilno v tem obdobju siliti bolnika s hrano ali mu jo celo dajati skozi želodčno sondo, kakor delajo ponekod v zamejstvu.

V tej začetni fazi serviramo le okusno pripravljena lahka jedila po želji, sestavljena iz ogljikovih hidratov z obilico sladkorja in dodatkom sadnih sokov. Če bolnik prenese, mu damo tudi posneto mleko. Zelo primerna in lahko pre-

bavljiva so n. pr. nastrgana jabolka s sladkorjem. Poleg tega dajemo vedno i. v. tudi večje množine hipertonične glukoze, čeprav se sicer ogljikovi hidrati izdatneje kopičijo v jetrih preko prebavil, od koder prihajajo v jetra direktno skozi portalno veno, vendar z njimi zmanjšamo pretvorbo glikogena v glukozo.

Pogoj za funkcijo jetrne celice pa je, da je v njej dovolj glikogena. Zato tudi hrani dodajamo velike količine ogljikovih hidratov.

Ko prenehajo te večje začetne subjektivne motnje — običajno se istočasno pojavi zlatenica — preidemo na dieto, ki mora vsebovati zadostne množine beljakovin in ogljikovih hidratov z zmerno omejitvijo maščob. Predvsem se izogibamo maščob, ki se pri kuhanju kemično izpremenijo, in dajemo prednost svežim tolščam, kot olju, surovemu maslu in smetani, s katero naj se beli ob koncu kuhanja. Taka dieta naj ima vrednost vsaj okrog 2300—2400 kalorij in naj vsebuje približno 80 g beljakovin, 350 g ogljikovih hidratov in 60—70 g tolšč. Nekateri avtorji se sicer zavzemajo še za višje kalorične vrednosti (do 3000 kalorij ali celo več) z večjimi množinami beljakovin (150 g) in opazujejo pri tem tudi neznatno skrajšanje obolenja. Dieta je sestavljena v glavnem takole: mleko, lahko prebavljive močnate in mlečne jedi, riž, krompir — razen ocvrtega (pommes frites) — ovseni kosmiči, zdrob, razne testenine, ter več sladkorja, marmelade in medu. Z zadostnimi količinami sadnih sokov, sadja in sadežev (razen orehov in lešnikov), zelenjave in mleka krijemo tudi potrebe po vitaminih. Beljakovine nadoknadimo deloma z mlekom, dalje z mladim nepikantnim sirom, skuto, jajci, perutnino, ribami ter drugimi lahkiimi vrstami mesa, bodisi kuhanega, dušenega ali pečenega »a la nature«, medtem ko cvrtje, paniranje ali praženje ni primerno. Izogibamo se vseh konzerviranih jedil ter prepovedujemo prekajeno in mastno meso, zelo pikanten ali začinjen sir, pečene, ocvrte in z več maščobe prirejene močnate jedi, vse vrste začimbe, kot poper, papriko, gorčico, močno prežganje in — kar najbrž ne bi bilo potrebno posebej omenjati — vse alkoholne pijače.

To dieto dajemo toliko časa, dokler traja ikterus in dokler bolezen ne preide v rekonvalescenco. Pri tem se povsem upravičeno vprašamo, kakšno hrano bomo predpisali potem in za koliko časa. Običajno priporočamo vsaj za 6 mesecev tako sestavljeno dieto, s katero še najbolj zanesljivo skušamo preprečiti nastanek ciroze in ki jo dajemo tudi bolnikom, pri katerih je to obolenje bilo že ugotovljeno — namreč tako imenovano hiperproteinsko dieto. Objavila sta jo pred 15 leti Patek in Post in se zato tudi imenuje Patekova dieta. Glavna značilnost hiperproteinske diete je povečana množina beljakovin (preko 100 g), ki jih dajemo poleg ostalih hranil v obliki zvišane množine mleka, mladega sira in mesa. Pri tem moramo upoštevati tudi dejstvo, da so predpisane beljakovine kvalitetno polnovredne in da vsebujejo v zadostni meri tako imenovane esencialne aminokisliline. Razen tega bo hiperproteinska dieta le takrat učinkovita, če bo istočasno tudi visoko kalorična, kar le težko dosežemo pri bolnikih, če nimajo apetita. Največja težava take prehrane je pa njena visoka cena, ki jo marsikateri bolnik le s težavo zmora za daljše obdobje.

Pred najtežji dietetični problem smo postavljeni takrat, ko se ciroza dekompenzira (zmanjšanje beljakovin v plazmi, ascites, edemi, ikterus itd.) in je indicirana neslana hiperproteinska dieta. Ker gre povečini za ležeče bolnike brez apetita, jim bomo le s težavo vsilili obilne obroke z visoko kalorično vrednostjo. Dnevna kalorična potreba organizma mora namreč biti zagotovljena

v tolikšni meri z ostalo beljakovinsko hrano, da služijo sprejete beljakovine res le za obnovo celičnih proteinov. Druga težava je v tem, da glavna hranila, ki pridejo v poštev za obogatitev obrokov z beljakovinami, vsebujejo obenem tudi precej soli, kot n. pr. ravno sir. Sicer veljajo tudi pri cirozi ista dietna načela, kot smo jih navedli pri prehrani bolnika s hepatitisom.

Četudi zdravimo dekompenzirano cirozo po vseh sodobnih smernicah dietetike in nudimo istočasno še vse druge adjuvanse, je njena prognoza slaba, a preostala življenjska doba prav kratka. V celoti torej tudi velja pravilo: Bolje preprečiti kakor zdraviti! S preventivnimi ukrepi zato skušajmo zmanjšati obolevnost za akutnim hepatitisom, obenem pa se dosledno borimo tudi proti alkoholizmu, kar bo v prihodnosti gotovo zmanjšalo sedanje visoko število jetrnih bolnikov.

LITERATURA:

1. Current Therapy, Saunders 1956.
2. Demole M.: Gastroenterologia, 76, 199, 1950—1951.
3. Demole M.: Schw. Med. Wochschr. No 1, 6, 1955.
4. Demole M.: Praxis, 45, 369, 1956.
5. Treatment of Infective Hepatitis — Lancet, 270, 269, 1956.

* Po teh načelih se ravna dietetika hepatitisa in ciroze na Interni kliniki v Ljubljani. — Op. ured.

Sterilizacija

Zelenjenje

Pri sterilizaciji sadja s tem uničimo bakterije in tvori brezračni prostor, ki je okužba z mikrobi iz zunanjosti prepreči.

Pomanjkljivost tega postopka, posebno A, B₁ in C.

Še dalj časa kot v sopari steriliziramo v električnih in plinskih pečicah, za kar potrebujemo posebno časovno tabelo.

Pri vsakem sistemu sterilizacije so vitamini uničeni in tudi aroma in okus sta precej izpremenjena.

Če hočemo uničiti bakterije na zelenjavi in mesu, jih moramo sterilizirati pri višjih temperaturah in v daljših časovnih intervalih.

Nasprotno pa se bakterije na sadju uničijo s kratkotrajnim segrevanjem od 70° do 80°. Zato je sadje bolj priporočljivo vroče polniti, ker traja manj časa, čeprav ga segrevamo do vrenja.

temperatura nad 80° do 100° C. in vsebino kozarca rmetično zaprt. S tem

segrevanju uničijo vita-