



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ –
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Κρίσιμα σημεία ελέγχου στη διαδικασία
επανασίτισης ασθενών με Νευρική Ανορεξία»**



Φοιτήτρια: Γιαννιώτη Πολυχρονία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Χατζή Βασιλική

ΣΗΤΕΙΑ, 2013



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF
CRETE – BRANCH OF SITIA
SCHOOL OF HEALTH AND WELFARE
DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS

UNDERGRADUATE THESIS

**“Critical control points in refeeding process in
patients with Anorexia Nervosa”**



Student: **Giannioti Polichronia**

Supervisor: **Chatzi Vasiliki**

SITIA, 2013

Περίληψη

Με το πέρασμα των δεκαετιών, το φαινόμενο της Νευρικής Ανορεξίας βρίσκει ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό υποστηρικτών με ακραία κατάληξη ακόμη και το θάνατο. Οι επιστήμονες στο χώρο της υγείας διερευνούν και αναλύουν κάθε νέο ερευνητικό δεδομένο, ώστε να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής, αλλά και να εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότερη θεραπεία της.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη διαδικασία της επανασίτισης στην Ψυχογενή Ανορεξία, εστιάζοντας στα σημεία που απαιτείται έλεγχος για την ορθή λήψη αποφάσεων, προκειμένου να αποφευχθούν επιπλοκές που σχετίζονται κυρίως με το σύνδρομο επανασίτισης.

Συγκεκριμένα, ιδιαίτερα κρίσιμο σημείο για την πορεία και εξέλιξη της νόσου αποτελεί η επιλογή του κατάλληλου χώρου (νοσοκομείο, κλινική αποκατάστασης, οικία κλπ) προκειμένου να εξασφαλιστεί η ασφαλής αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της κλινικής και ψυχικής κατάστασής του, η ενδονοσοκομειακή έναρξη σίτισης είναι συγκριτικά περισσότερο επιθετική.

Ιδιαίτερα σημαντικός επίσης, είναι ο έγκυρος και όσο το δυνατό περισσότερο ακριβής προσδιορισμός των ενεργειακών αναγκών του ασθενούς. Η έμμεση θερμιδομέτρηση παρουσιάζεται ως η πλέον έγκυρη, ωστόσο όταν αυτό δεν είναι εφικτό, γίνεται χρήση εξισώσεων υπολογισμού του ΒΜΡ.

Η αποκατάσταση του βάρους σχετίζεται με τη μείωση των σωματικών συμπτωμάτων και τη μεταβολή των δυσπροσαρμοστικών μοτίβων σκέψης. Η θεραπεία επιλογής είναι η σίτιση από το στόμα με συνεπικουρική χρήση συμπληρωμάτων και με ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη, που συμβάλλει καθοριστικά στην επιτυχή της έκβαση. Η ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για υποτροπή.

Λέξεις - Κλειδιά: Ψυχογενής Ανορεξία, Σύνδρομο Επανασίτισης, Θεραπεία, Συστάσεις

Abstract

Through the decades, phenomenon of Anorexia Nervosa finds even larger supporter group, although associated with the extreme outcome of death. Health professional investigate all update research evidence, so as to decrease its high incidence and ensure the effectiveness of treatment.

This thesis deals with the refeeding process in Anorexia Nervosa, focusing on the critical control points required for sound decision making, in order to avoid complications, mainly related with the refeeding syndrome.

Specifically, a high critical point on the disease development is the selection of a suitable place (hospital, rehabilitation clinic, home etc.) to ensure the safe treatment of the patient. Depending on the severity of the clinical and mental condition, inpatient initiation of feeding is usually comparatively more energy aggressive.

Excessively important is also the valid and as precise as possible determination of patient's energy needs. Indirect calorimetry is concerned to be the most valid method, however when this is not possible, use of equations for BMR estimation is preferred.

It turns out that body weight restoration is related to the reduction of physical symptoms and changing maladaptive patterns of thinking. The selective treatment is the oral feeding with adding supplements, in combination with the simultaneous psychological support that contributes decisively to a successful outcome. Rapid weight gain may act as a risk factor for relapse.

Keywords: Anorexia Nervosa, Refeeding Syndrome, Treatment, Recommendations.

Περιεχόμενα:

Περίληψη	3
Abstract	4
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1^ο: Ανασκόπηση Νευρογενούς Ανορεξίας	10
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	10
1.2 Δημογραφικά στοιχεία.....	12
1.3 Διαγνωστικά Κριτήρια Νευρογενούς Ανορεξίας.....	13
Κεφάλαιο 2^ο: Αξιολόγηση της Θρεπτικής Κατάστασης Ανορεκτικού Ασθενούς ... 16	
2.1 Διατροφικό και ιατρικό ιστορικό.....	16
2.2 Κλινική κατάσταση ασθενούς και αξιολόγηση κινδύνου με βάση τα βιοχημικά και μεταβολικά προβλήματα.....	18
2.3 Εκτίμηση διατροφικών αναγκών και υπολογισμός ενεργειακών απαιτήσεων με χρήση εξισώσεων.....	20
Κεφάλαιο 3^ο: Επιπλοκές κατά τη σίτιση	24
3.1 Σύνδρομο Επανασίτισης και τρόποι αποφυγής ή αντιμετώπισής του.....	24
3.2 Επιπλοκές και ανεπιθύμητες συνέπειες.....	25
3.3 Αύξηση σωματικού βάρους	30
3.4 Χρήση Συμπληρωμάτων.....	33
Κεφάλαιο 4^ο: Συστάσεις διαχείρισης Ανορεκτικού Ασθενούς	37
4.1 NICE-National Institute of Clinical Excellence.....	37
4.2 Royal College of Psychiatrists.....	38
4.3 American Psychiatric Association.....	40
4.4 Σχεδιασμός Διαιτολογίου επανασίτισης για ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία .	43

Συμπεράσματα.....	47
Βιβλιογραφία.....	48

Εισαγωγή

Η Ψυχογενής ή Νευρική Ανορεξία εμφανίζεται από τον 14^ο αιώνα σε νεαρές καθολικές μοναχές, που εμφανίζονται ιδιαίτερα αδυνατισμένες και επιδίδονται σε εκούσια, παρατεταμένη νηστεία, χωρίς να έχουν αντίληψη της σοβαρότητας της κατάστασής τους. Ωστόσο, επίσημα στην ιατρική βιβλιογραφία ο όρος εισάγεται για πρώτη φορά το 1873 από τον Sir William Gull μέσα από την εργασία του με τίτλο «Anorexia Nervosa» (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica) (Grila & Mitchell, 2010).

Η Νευρική Ανορεξία, γνωστή παγκοσμίως ως Anorexia Nervosa, είναι μία διατροφική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται κυρίως από άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς φυσιολογικού βάρους και ένα μανιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους σε συνδυασμό με μια διαστρεβλωμένη εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του. Η στρεβλή εικόνα, μπορεί να διατηρείται από διάφορες προκαταλήψεις σχετικά με το σώμα του ασθενούς, το φαγητό γενικότερα και την διατροφή του ειδικότερα.

Οι πάσχοντες από Νευρική Ανορεξία συνεχίζουν να έχουν το αίσθημα της πείνας, αλλά περιορίζουν τους εαυτούς τους επιτρέποντας μόνο ελάχιστες ποσότητες φαγητού. Η μέση ημερήσια πρόσληψη θερμίδων για άτομα με ανορεξία είναι 600-800 θερμίδες, αλλά υπάρχουν και ακραίες περιπτώσεις ολικής αθρεψίας. Πρόκειται για μια σοβαρή ψυχική ασθένεια με υψηλό ποσοστό παρενεργειών και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχικές ασθένειες, που αγγίζει το 20%. Η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στην εφηβεία. Παρόλο που μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους κάθε ηλικίας, φυλής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, η νευρική ανορεξία επηρεάζει τις γυναίκες 10 φορές περισσότερο από τους άντρες.

Με το πέρασμα των δεκαετιών, το φαινόμενο της Νευρικής Ανορεξίας (ΝΑ) παρασύρει όλο και μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων, που οδηγούνται ακόμα και στην ακραία κατάληξη του θανάτου. Επιστήμονες στο χώρο της υγείας, όπως γιατροί, ψυχίατροι, διαιτολόγοι, διερευνούν και αναλύουν καθετί νέο που προκύπτει, ώστε να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής, αλλά και να εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότερη θεραπεία της. Η διατροφική παρέμβαση πρέπει πάντα να συνδέεται

με την ενδυνάμωση της συνολικής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς (Attia & Walsh, 2009). Βασικός στόχος στην περίπτωση αυτή είναι να διορθωθεί η σύσταση σώματος και να επιτευχθεί σταθεροποίηση ενός υγιούς βάρους στον ασθενή, εξασφαλίζοντας επαρκή κυτταρική λειτουργία (American Dietetic Association, 2011).

Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι πιθανό να υπάρξει επικάλυψη ως προς το περιεχόμενο της αξιολόγησης για το σχεδιασμό της διατροφικής αποκατάστασης, από την ψυχολογική παρέμβαση. Ωστόσο, πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ένας ψυχολόγος μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή, να παρακινήσει την σκέψη του σχετικά με τη διατροφή, το βάρος και την αυτό-αξία του συνολικά. Παράλληλα, το έργο του διαιτολόγου είναι να παρέχει υγιείς διατροφικές κατευθυντήριες γραμμές και να χρησιμεύσει ως κατευθυντήριο γνώμονας για τα διατροφικά πρότυπα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε πρόσληψη βάρους και βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης του οργανισμού (Grila & Mitchell, 2010).

Στόχος της παρούσας πτυχιακής είναι να εστιάσει στα προβλήματα που ανακύπτουν κατά την επανασίτιση ασθενών με Νευρική Ανορεξία και να παρουσιάσει τις διαφορετικές προσεγγίσεις που προτείνονται από τους αρμόδιους φορείς και οργανισμούς (American Psychiatry, 2006; NICE, 2004).

Η απόφαση για την εναρκτήρια θερμιδική κάλυψη, αλλά και ίδια η διαδικασία επανασίτισης των ασθενών (τόπος, χρόνος, ρυθμός αύξησης βάρους), αποτελούν δύσκολα, αλλά συνάμα καθοριστικά μέρη της θεραπείας, διακυβεύοντας σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και τη ζωή ασθενών (NICE, 2004). Κοινά χαρακτηριστικά της χρόνιας ανορεξίας είναι η περιορισμένη όρεξη, οι μειωμένες ενεργειακές απαιτήσεις, ο μειωμένος βασικός μεταβολικός ρυθμός, κυρίως λόγω της χρόνιας ασιτίας (American Dietetic Association, 2011). Ο κίνδυνος πρόκλησης του συνδρόμου επανασίτισης αποτελεί επίσης πρόβλημα, κυρίως λόγω μεταβολής των υγρών και των ηλεκτρολυτών του οργανισμού και η αντιμετώπισή του είναι καθοριστικής σημασίας, αφού δυνητικά μπορεί να απειλήσει τη ζωή του ατόμου (Mehanna et al., 2009).

Το σύνδρομο επανασίτισης συνδέεται με τη δημιουργία περιφερικού οιδήματος, το οποίο επίσης μπορεί να προκληθεί από την αλόγιστη χρήση καθαρτικών και τους

αυτοπροκαλούμενους εμετούς, στους οποίους συχνά οδηγούνται οι πάσχοντες (Cockfield & Philpot, 2009).

Επειδή λοιπόν για όλες τις παραπάνω παραμέτρους προτείνονται διαφορετικοί τρόποι προσέγγισης βάσει διαφορετικών κριτηρίων, σκοπό της παρούσας πτυχιακής θα αποτελέσει η παρουσίαση αυτών που επικρατούν, καθώς και οι προϋποθέσεις εφαρμογής τους.

Κεφάλαιο 1: Ανασκόπηση Νευρογενούς Ανορεξίας

1.1 Ιστορική αναδρομή

Το χρονικό της νευρικής ανορεξίας ξεκινάει με περιγραφές, που τη συνδέουν με την θρησκευτική νηστεία, όπως αυτές περιγράφηκαν εν συντομία στο εισαγωγικό σημείωμα. Αυτές οι πρώτες αναφορές χρονολογούνται από την ελληνιστική εποχή και συνεχίζουν να εμφανίζονται κατά την περίοδο του Μεσαίωνα. Ένας αριθμός από γνωστές ιστορικές προσωπικότητες, όπως η Αικατερίνη της Σιένα και η Μαρία, η βασίλισσα της Σκωτίας πιθανολογείται ότι έχουν βιώσει την πάθηση (Herworth, 1999) (Dr James, 1985) Οι πρώτες ιατρικές περιγραφές ασθενειών, που ανήκουν στο φάσμα της ανορεξίας, αποδίδονται στο Άγγλο γιατρό Richard Morton (1689).

Ωστόσο, δεν ήταν νωρίτερα από τα τέλη του 19ου αιώνα, που η νευρική ανορεξία έγινε ευρέως αποδεκτή από τον ιατρικό κόσμο στο σύνολό του ως αναγνωρισμένη και αποδεκτή ως προς τα συμπτώματα της κατάστασης. Το 1873, ο Sir William Gull, ένας από τους προσωπικούς γιατρούς της Βασίλισσας Βικτωρίας, δημοσίευσε μια πρωτοποριακή μελέτη, στην οποία καθιέρωσε τον όρο Νευρική Ανορεξία, παραθέτοντας μέσα στις σελίδες του μια σειρά από λεπτομερείς περιγραφές περιπτώσεων και θεραπείες. Την ίδια χρονιά, ο Γάλλος γιατρός Ernest-Charles Lasègue δημοσίευσε παρόμοια στοιχεία, βασισμένα στην έρευνα συγκεκριμένων περιπτώσεων, σε ένα έγγραφο με τίτλο *De l'Anorexie Histerique*.

Σε μεγάλο βαθμό, η πλήρης συνειδητοποίηση, αποδοχή και ενημέρωση του ιατρικού κόσμου πάνω στην κρισιμότητα της κατάστασης περιορίζεται και καθυστερεί μέχρι το τέλος του 20ου αιώνα. Ρηξικέλευθο ήταν το έργο, που δημοσίευσε το 1978 ο Γερμανός-Αμερικανός ψυχαναλυτής Hilde Bruch με τίτλο, *The Golden Cage*, το οποίο έγινε γρήγορα δημοφιλές και μελετούσε το αίνιγμα της νευρικής ανορεξίας. Το βιβλίο αυτό προκάλεσε την ευρεία ευαισθητοποίηση σχετικά με τη νόσο των κοινών αναγνωστών, δηλαδή αυτών που δεν ανήκαν στους ιατρικούς κόλπους. Για την ιστορία, ένα άλλο σημαντικό γεγονός, που συντέλεσε στην αφύπνιση του κόσμου ήταν ο θάνατος της δημοφιλούς τραγουδίστριας Karen Carpenter, το 1983, γεγονός που καλύφθηκε εκτεταμένα από τα ΜΜΕ, φωτίζοντας παράλληλα τα ζητήματα των διατροφικών

διαταραχών. Το ζήτημα της εμμονής με την εξωτερική εικόνα συνδέθηκε με την υποβολή του σώματος σε υπερβολική νηστεία μόλις μετά τα μέσα της δεκαετίας του '60, οπότε και συμπεριλήφθηκε πλέον ως διαγνωστικός παράγοντας στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση.

Ενδιαφέρον έχει και η ιστορία της εξελικτικής πορείας του όρου Νευρική Ανορεξία. Ο όρος εισήχθη το 1873 από τον Sir William Gull, όπως προηγούμενα αναφέρθηκε, που ήταν ο προσωπικός γιατρός της Βασίλισσας Βικτωρίας. Ο όρος ανορεξία ετυμολογικά, είναι ελληνικής προέλευσης, από το πρόθεμα $\alpha\nu\alpha-$, το οποίο υποδηλώνει άρνηση, και το ουσιαστικό Όρεξις-, που σημαίνει «όρεξη». Έτσι μεταφράζεται σε «νευρική απουσία της όρεξης». Συχνά ονομάζεται και Ψυχογενής.

Στις αρχικές αναφορές το 1868, ο Gull αναφέρθηκε στην κατάσταση αυτή ως Πεπτική Υστερία (Apepsia Hysterica), αλλά στη συνέχεια ο όρος μετεξελίχθηκε σε Ανορεξική Υστερία και εν τέλει, θεμελιώθηκε φτάνοντας ως τις μέρες μας με την ονομασία Νευρική Ανορεξία. Σε ένα έγγραφο, που δημοσιεύθηκε το 1873, ο Γάλλος γιατρός Ernest-Charles Lasègue δημοσίευσε ένα δοκίμιο με τίτλο *De l'Anorexie Histerique*. Τόσο η χρήση, όσο και η ύστερη εγκατάλειψη, του όρου Hysterica είναι εξαιρετικά ενδιαφέροντα, δεδομένου, ότι στη βικτοριανή εποχή ο όρος ήταν ευρέως συνυφασμένος με τη γυναικεία συμπεριφορά. Το 1873, ο Gull αναφέρει (Sir William, 1894):

«Θα μπορούσαμε να ονομάσουμε την κατάσταση αυτή υστερία, απαιίδευτα, χωρίς να δεσμευόμαστε με την ετυμολογική αξία της λέξης ή υποστηρίζοντας, ότι προσιδιάζει όσο αφορά τα συμπτώματα της υστερίας. Προτιμώ, ωστόσο, το γενικότερο όρο «ανορεξία», εφόσον, η νόσος εμφανίζεται σε άνδρες όσο και σε γυναίκες, και μπορεί να χαρακτηριστεί περισσότερο κεντρική παρά περιφερική. Η σημασία της διάκρισης τέτοιων περιπτώσεων είναι προφανής. Διαφορετικά, η πρόγνωση θα είναι λανθασμένη, και η θεραπεία θα κατευθυνθεί προς λάθος κατεύθυνση».

1.2 Δημογραφικά στοιχεία

Ο ακριβής αριθμός των ατόμων που προσβάλλονται από διατροφικές διαταραχές είναι άγνωστος, καθώς σε μια τέτοια κατάσταση ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται σε υποκλινικό στάδιο για σημαντικό χρονικό διάστημα, προτού γίνει επισήμως η διάγνωση. Το άτομο μπορεί να κινείται μυστικά και να επιδίδεται σε ακραίες διατροφικές συμπεριφορές, χωρίς να γίνεται αντιληπτός από το περιβάλλον, γι' αυτό και πολλές περιπτώσεις δεν καταγράφονται ποτέ.

Παρόλο που η Νευρική Ανορεξία «χτυπάει» ανθρώπους από κάθε υπόβαθρο, το πλέον σύνηθες είναι να συναντάται η νόσος στις βιομηχανοποιημένες σύγχρονες κοινωνίες. Στατιστικά, η πλειοψηφία των ασθενών με νευρική ανορεξία είναι γυναίκες, σε ποσοστό που αγγίζει το 95%. Επισήμως, η Νευρική Ανορεξία εκτιμάται ότι αγγίζει το 1% του γυναικείου πληθυσμού στις νεανικές και ευαίσθητες ηλικίες από 16 έως 25 ετών, ενώ στο σύνολό τους οι διατροφικές διαταραχές (διεθνώς γνωστές ως EDNOS) συμπεριλαμβανομένης της βουλιμίας (American Dietetic Association, 2011), καταλαμβάνουν το 3,2% του συνόλου στις ηλικίες από 18 έως 30.

Οι άντρες προσβάλλονται σπανιότερα από τις γυναίκες, ωστόσο το ίδιο δε συμβαίνει και με τους ομοφυλόφιλους άντρες, οι οποίοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν, σύμφωνα με μελέτες που εξετάσαν τις διατροφικές συνήθειες και το βαθμό ικανοποίησης από την εξωτερική εικόνα (Olivardia et al., 1995).

Μολονότι, η ανορεξία τυπικά θεωρείται νόσος των Καυκάσιων, οι διατροφικές διαταραχές και το ζήτημα αισθήματος δυσαρέσκειας για την εικόνα του σώματος, φαίνεται να είναι φαινόμενα κοινά στους πληθυσμούς και συναντώνται συνολικά σε χώρες της Αφρικής, της Αμερικής, της Ασίας, όπως επίσης και στους Ισπανικούς πληθυσμούς. Άλλοι παράγοντες κινδύνου, ας μας επιτραπεί ο όρος, για τη Νευρική Ανορεξία, περιλαμβάνουν τις γυναίκες, που ανήκουν στη μεσαία προς ανώτερη οικονομικά τάξη, η συμμετοχή σε δραστηριότητες, στις οποίες εκτιμάται και επιβραβεύεται η λεπτότητα, παραδείγματος χάριν το μπαλέτο, η ρυθμική γυμναστική και το μόντελινγκ. Βεβαίως, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κάποιας διατροφικής διαταραχής, πολλαπλασιάζει τις πιθανότητες και αποτελεί παράγοντα κινδύνου.

Σε κάθε περίπτωση, επεισόδιο Νευρικής Ανορεξίας μπορεί να προκαλείται από μια κατάσταση έντονου άγχους. Σε ποσοστά, η Νευρική Ανορεξία μπορεί να σχετίζεται με ψυχιατρικά διαγνωσμένες νόσους, συμπεριλαμβανομένων κατά 25% της ψυχαναγκαστικής διαταραχής και από 50% έως 75% μπορεί να συνοδεύει τη δυσθυμία και την κατάθλιψη (Walsh, 2011).

Σχετικά με το ζήτημα της πλήρους ανάρρωσης από τη νόσο, τα ποσοστά φτάνουν περίπου στο 40% με 45%. Βελτιώνεται ικανοποιητικά ένα 30%, ενώ το 25% των πασχόντων ακολουθεί μια μακροχρόνια πορεία ανάρρωσης. Ενδεικτικό της ψυχογένειας της Νευρικής Ανορεξίας είναι το μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας, που σήμερα αγγίζει το 10% με 15% και αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό από οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Οι αιτίες θανάτου είναι η πείνα, η αυτοχειρία και οι πιθανές ιατρικές επιπλοκές (American Dietetic Association, 2006). Η θνησιμότητα αυξάνει σε περιπτώσεις όπου τα άτομα βιώνουν τη Νευρική Ανορεξία πρώτη φορά ήδη σε προχωρημένη ηλικία, νοσούν για χρόνια ή ταλαιπωρούνται από σοβαρή απώλεια βάρους (Eckert et al., 1995).

Συνολικά, οι στατιστικές δείχνουν ότι η χειρότερη και λιγότερο ευοίωνα πρόγνωση συσχετίζεται με το πόσο χαμηλό είναι το αρχικό βάρος, με τις διαταραγμένες σχέσεις μέσα στην οικογένεια, με το φύλο, καθώς στους άντρες παρατηρείται δυσκολότερη ανάρρωση, η παρουσία του εμετού, η χρόνια παρουσία των συμπτωμάτων, που εξουθενώνει τον οργανισμό, ή/και η αποτυχία να ανταποκριθεί ο ασθενής στις προηγούμενες θεραπείες (Walsh et al., 2000).

1.3 Διαγνωστικά Κριτήρια Νευρογενούς Ανορεξίας

Συλλέχθηκαν τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια (DSM-IV), τα οποία παρατίθενται ως εξής:

- Άρνηση να διατηρήσει κανείς το κιλά του σώματος πάνω από το 85% του φυσιολογικού βάρους για την εκάστοτε ηλικία και το ύψος.

- Έντονος φόβος και άγχος να μην αυξηθεί το βάρος, παρά το ότι το άτομο μπορεί να είναι λιποβαρές.
- Διαταραχές στον τρόπο με τον οποίο το σωματικό βάρος ή το σχήμα του σώματος γίνεται αντιληπτό από τον πάσχοντα, αδικαιολόγητη επιρροή της εικόνας του σώματος για την αυτό-αξιολόγηση, ή άρνηση αποδοχής της σοβαρότητας της τρέχουσας κατάστασης του χαμηλού σωματικού βάρους.
- Αμηνόρροια σε εκτεταμένο βαθμό (όταν έχει διακοπεί για τουλάχιστον 3 διαδοχικούς μήνες η έμμηνος ρύση ή αν προκαλείται περιόδους μόνο μετά από χορήγηση μιας ορμόνης, όπως τα οιστρογόνα) (American Dietetic Association, 2006).

Τα δερματολογικά σημάδια της ανορεξίας:

- Ξηρό δέρμα
- Δερματίτιδα
- Φλεγμονή, ιδιαίτερα στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών.
- Μελαγχρωματική κνήφη (prurigo pigmentosa)
- Διάχυτη αλωπεκία (effluvium telogen = είδος σταδιακής λέπτυνσης της τρίχας που οδηγεί σε τριχόπτωση)
- Ακροκυάνωση
- Παρωνυχία
- Οίδημα
- Καροτένωση (κιτρίνισμα του δέρματος από υπερβολική κατανάλωση λαχανικών που περιέχουν Α- και Β- καροτίνη, λουτεΐνη, λυκοπένιο, κρυπτοξανθίνη και ζεαξανθίνη, π.χ. καρότα, μήλα κ.α.)
- Χιονίστρες
- Κνησμός
- Ερύθημα (ερυθρότητα του δέρματος)
- Ακμή
- Πετέχεια (δερματική ασθένεια που περιλαμβάνει πορφυρά σημάδια στο δέρμα.)

- Ραβδώσεις στο δέρμα
- Εντεροπαθική ακροδερματίτιδα ή σύνδρομο του Μπραנט (συγγενής ανεπάρκεια ψευδαργύρου)
- Υπέρχρωση
- Δικτυωτή πελίδνωση
- Γωνιακή χειλίτιδα
- Πελλάγρα

Πιθανές ιατρικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας σε πρώτο στάδιο:

- Δυσκοιλιότητα
- Διάρροια
- Αστάθεια ηλεκτρολυτών
- Τερηδόνα

Εκτός από τις δομημένες συνεντεύξεις με σκοπό την επίτευξη διάγνωσης για όλη την γκάμα των ψυχικών διαταραχών, όπως η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη (DSM-IV) (Walsh et al., 2000), έχουν σχεδιαστεί επίσης δομημένες κλινικές συνεντεύξεις ειδικά για την αξιολόγηση των διατροφικών διαταραχών (American Psychiatric Association, 1994), όπως η Εξέταση Διατροφικών Διαταραχών. Οι δομημένες κλινικές συνεντεύξεις απαιτούν εντατική εκπαίδευση, προκειμένου η αξιολόγηση να είναι αξιόπιστη. Συμπληρωματικά, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να επιλέγουν και μη δομημένη κλινική συνέντευξη με ψυχομετρικές αυτοαναφορικές αξιολογήσεις (Grila & Mitchell, 2010).

Κεφάλαιο 2: Αξιολόγηση της Θρεπτικής Κατάστασης Ανορεκτικού Ασθενούς

2.1 Διατροφικό και ιατρικό ιστορικό

Εφόσον οι ασθενείς συχνά αποκρύπτουν ότι πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, είναι ευθύνη του γιατρού να είναι υποψιασμένος σε μια τέτοια πιθανότητα, ιδίως σε περιπτώσει νεαρών γυναικών. Χαμηλό βάρος και σημαντική ελάττωση του βάρους προοδευτικά ή επίσης, ανησυχία που εκφράζεται από την οικογένεια πρέπει να εγείρουν σοβαρές υποψίες.

Αναλύοντας την παραπάνω επιγραμματική αναφορά των κριτηρίων, τα συχνότερα συμπτώματα στη Νευρική Ανορεξία είναι η αμηνόρροια, η κοιλιακή δυσφορία, το πρήξιμο ή η δυσκοιλιότητα, και μηδενική ανοχή στο κρύο. Ένα διατροφικό ιστορικό πρόσληψης τροφής αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών σε ασθενείς με Νευρική Ανορεξία. Αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωριστούν συγκεκριμένες ελλείψεις σε πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και μικροθρεπτικά συστατικά (Reiter & Graves, 2012). Παρότι οι ασθενείς υπερεκτιμούν χαρακτηριστικά την ενεργειακή τους πρόσληψη, το σωματικό βάρος είναι ένας εύκολα μετρήσιμος δείκτης της ενεργειακής έλλειψης (Winston et al., 2006). Μαζί με τις πληροφορίες για την πρόσληψη τροφών, το διαιτητικό ιστορικό θα πρέπει να εμπεριέχει πληροφορίες και για άλλους παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφική αντιμετώπιση, όπως η συχνότητα της περιόδου, η υπερκινητικότητα, η αϋπνία, η κατανάλωση καφεΐνης, η πρόσληψη υγρών, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και οι συνήθειες σωματικής άσκησης (Walsh et al., 2000).

Οι βασικές ερωτήσεις, που θα βοηθούσαν τον ειδικό να εντοπίσει τις διατροφικές πρακτικές είναι: «Τι φάγατε χτες;» «Παίρνετε διουρητικά, διαιτητικά χάπια, καθαρτικά ή επιδίδεστε σε υπερφαγία;». Τη στάση του ασθενούς και την αντίληψή του για την εικόνα που έχει για το σώμα του μπορεί να την εντοπίσει με την ερώτηση: «Πιστεύετε ότι είστε αδύνατος (πολύ αδύνατος);» Σε μια πρώτη εξέταση της φυσικής του κατάστασης, ο

ασθενής μπορεί να παρουσιάζει υπόταση και βραδυκαρδία. Επιπλέον, το χρώμα του δέρματος μπορεί να μοιάζει χλωμό, κιτρινωμένο, ενώ πιθανώς να εμφανίζεται και τριχοφυΐα (laguno hair).

Επιπρόσθετα, ευρήματα εξετάσεων μπορεί να είναι ο ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός και το περιφερικό οίδημα. Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας είναι κοινή στη Νευρική Ανορεξία, καθώς η απώλεια βάρους οδηγεί σε μια δυσαναλογία ως προς το μέγεθος της αριστερής κοιλίας και της μιτροειδούς βαλβίδας (Johnson et al., 1986). Αυτή η πρόπτωση δε φαίνεται να είναι αναστρέψιμη ακόμα και μετά την πρόσληψη βάρους. Τέλος, όσο αφορά τη διαδικασία της διάγνωσης του ανορεκτικού από τον ειδικό, η εργαστηριακή αξιολόγηση του ατόμου είναι σημαντική και θα πρέπει να περιλαμβάνει μια πλήρη μέτρηση αίματος, ηλεκτρολυτών, μαγνησίου και ασβεστίου.

Απαραίτητη είναι η ιατρική αξιολόγηση στα ακόλουθα σημεία (Grila & Mitchell, 2010):

- Ζωτικά σημεία (σφυγμός, η πίεση του αίματος, τη θερμοκρασία, αναπνοή)
- Ηλεκτρολύτες, γλυκόζη, ασβέστιο, μαγνήσιο, φωσφόρος
- Αμυλάση
- Γενική εξέταση αίματος για διαφορική διάγνωση
- Τεστ λειτουργίας του θυρεοειδούς (T3, T4, TSH)
- Αλβουμίνη, Τρανσφερίνη
- Πηλίκο BUN / κρεατινίνης
- Εξέταση ούρων, κοπράνων
- Δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας (SGOT, SGPT, χολερυθρίνη)
- Μέτρηση οστικής πυκνότητας
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

2.2 Κλινική κατάσταση ασθενούς και αξιολόγηση κινδύνου με βάση τα βιοχημικά και μεταβολικά προβλήματα

Ο ασθενής με Ψυχογενή Ανορεξία πρέπει να βρίσκεται υπό στενή παρακολούθηση για τον κίνδυνο αφυδάτωσης, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, νεφρικών και καρδιακών προβλημάτων, αρρυθμίας, καθώς και για τον κίνδυνο του συνδρόμου επανασίτισης, το οποίο θα αναλύσουμε εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται για τη θεραπεία ασθενών που βρίσκονται σε επίπεδα χαμηλότερα του 70% του ιδανικού σωματικού βάρους ή όταν το χαμηλό βάρος συνοδεύεται από βραδυκαρδία, υπόταση, υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, ή υποφωσφαταιμία (American Dietetic Association, 2001). Επιπλέον, σε περιπτώσεις, που η πρότερη θεραπεία δεν απέδωσε τα αναμενόμενα ή για ψυχολογικούς λόγους, όταν ελλοχεύει κίνδυνος αυτοτραυματισμού ή ακόμα και αυτοχειρίας.

Εξετάζοντας στενότερα τους κινδύνους με βάση τα βιοχημικά και μεταβολικά προβλήματα, πίσω από μια εμμένουσα υποκαλιαιμία, μπορεί να υπάρχει υπομαγνησιαιμία. Συχνή λοιπόν, θα πρέπει να είναι η παρακολούθηση τόσο για υποφωσφαταιμία, όσο για υπομαγνησιαιμία, υποκαλιαιμία, και άλλες διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Επιπλέον, για τους ασθενείς που επιδίδονται σε εμετούς, η συχνότερη διαταραχή, που συναντάται και πρέπει να αντιμετωπιστεί, είναι η μεταβολική αλκάλωση.

Η αρνητική επίδραση και οι κίνδυνοι για την υγεία των ασθενών με Νευρική Ανορεξία, δεν διαρκούν μόνο για όσο διάστημα νοσεί ο ασθενής, αλλά μπορούν να επιφέρουν και μακροχρόνιες επιπτώσεις. Δεδομένου για παράδειγμα, ότι η ΝΑ είναι μια γυναικεία ως επί το πλείστο νόσος, που εμφανίζεται κυρίως κατά την περίοδο της διαμόρφωσης της μέγιστη οστικής μάζας, οι επιδράσεις επί του οστού μπορεί να είναι σοβαρότατες, εξουθενωτικές και μη αναστρέψιμες (Katzman, 2005). Αν και πρόκειται για σκευάσματα οιστρογόνων, τα αντισυλληπτικά, χορηγούμενα κυρίως από το στόμα, συνταγογραφούνται ευρέως στις γυναίκες με ΝΑ, με σκοπό να βελτιωθεί η οστική τους απώλεια. Ωστόσο, το όφελος της θεραπείας αυτής είναι αμφίβολο, παρουσιάζοντας αρκετά μειονεκτήματα (Golden et al., 2002). Κι αυτό, γιατί ο γιατρός καθορίζει σε έναν βαθμό την επίτευξη ενός υγιούς βάρους, από τη φυσική επανάληψη των ρύσεων, η οποία

διακόπτεται με τη χορήγηση των αντισυλληπτικών και κατά συνέπεια, χάνεται ένα εμφανές κίνητρο για την αποκατάσταση του σωματικού βάρους (Leslie et al., 2010).

Από τη στιγμή που η σοβαρότητα και η σφοδρότητα των διατροφικών διαταραχών ποικίλει, οι σημαντικές αποφάσεις για τη δημιουργία του θεραπευτικού πλάνου θα πρέπει να λαμβάνονται κατά περίπτωση. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΝΑ είναι δυνατό να αναρρώνουν εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, χωρίς να χρειάζονται επιστάμενη παρακολούθηση.

Η μάζα σώματος, παρότι σημαντική ένδειξη, δεν πρέπει να είναι το μοναδικό μέτρο για να κρίνει ο ειδικός τον βαθμό κινδύνου, σωματικού ή ψυχολογικού. Η δυσκολία για τον καθορισμό των κινδύνων, έγκειται στο γεγονός, ότι τα μετρήσιμα μεγέθη, όπως η μάζα σώματος, δεν μπορούν να συνδεθούν άμεσα, για παράδειγμα, με τον κίνδυνο θανάτου. Μελετώντας τα στατιστικά στοιχεία, οι περιπτώσεις αιφνίδιου θανάτου από ΝΑ δε σχετίζονται ξεκάθαρα με την ηλικία του ασθενούς και το διάστημα που διήρκεσε η νόσος (Cockfield & Philpot, 2009). Αντί αυτού, χαμηλά ποσοστά αλβουμίνης και σωματικό βάρος μικρότερο του 60% του ιδανικού βάρους ($\Delta\text{ΜΣ} < 12 \text{ kg/m}^2$), είναι οι καλύτεροι δείκτες.

Σε μία από τις λίγες μακροχρόνιες μελέτες για τη θνησιμότητα σε ασθενείς που παρακολούθηθηκαν από 5 μέχρι και 20 χρόνια μετά τη θεραπεία, έχει βρεθεί ότι η θνησιμότητα είναι απρόβλεπτη, με το 40% των θανάτων να συναντάται σε ασθενείς, των οποίων η θεραπεία χαρακτηρίστηκε ότι είχε «κακή έκβαση» στα 5 χρόνια παρακολούθησης. Παραδόξως όμως, το 40% χαρακτηρίστηκε ως «ενδιάμεσο αποτέλεσμα», καθώς υπήρξε και ένας θάνατος στην ευοίωνη κατηγορία με το «καλό αποτέλεσμα» (Ratnasuriya et al., 1991). Από αυτούς τους θανάτους, το 50% αποδόθηκε σε ηλεκτρολυτικές ανισορροπίες και το 50% στην αυτοκτονία. Σύμφωνα και με τα παραπάνω ευρήματα, θεωρείται ότι η αντίδραση του κάθε οργανισμού στην ανορεξία ποικίλει εξαιρετικά. Γι' αυτό και η πιθανότητα ενός αιφνίδιου θανάτου είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Οι πιθανότητες αυτές στηρίζονται στην κρίση βεβαίως, του γιατρού, μαζί με την αξιολόγηση των εξής παραμέτρων: συχνός εμετός, κατάχρηση καθαρτικών, φτωχή πρόσληψη υγρών, χρόνια ασιτία, συγκεκριμένοι περιορισμοί στις ομάδες τροφών

(υψηλών σε πρωτεΐνη και χαμηλών σε υδατάνθρακες), ραγδαία απώλεια βάρους (>0.5 kg/εβδομάδα) (Cockfield & Philpot, 2009).

2.3 Εκτίμηση διατροφικών αναγκών και υπολογισμός ενεργειακών απαιτήσεων με χρήση εξισώσεων

Η θεραπευτική αγωγή του ασθενούς με Νευρική Ανορεξία περιλαμβάνει μια συντονισμένη και αυστηρή προσπάθεια για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης και την αποκατάσταση τελικά, του σωματικού βάρους, με παράλληλη εντατική ψυχοθεραπευτική αρωγή. Η ανάρρωση δηλαδή, δεν επιτυγχάνεται απλώς και μόνο με την πρόσληψη βάρους. Ο διατροφολόγος στο σημείο αυτό συμπορεύεται με τον ψυχοθεραπευτή. Η παρούσα εργασία ωστόσο, εστιάζοντας στην επανασίτιση, αναλύει κυρίως το ζήτημα της διατροφικής αποκατάστασης και τα προβλήματα γύρω από αυτήν.

Για την ομαλή αποκατάσταση του βάρους απαιτείται επαρκής πρόσληψη ενέργειας, ούτως ώστε αυτό να αυξάνεται σταδιακά, παράλληλα με διατροφική συμβουλευτική για την παροχή καθοδήγησης, επιβεβαίωσης και βοήθειας με συγκεκριμένες επιλογές τροφίμων. Η συνολική πορεία της διατροφικής συμβουλευτικής απεικονίζεται με την παρακολούθηση της διατροφικής συμπεριφοράς, θέτοντας στόχους βαθμιδωτά, εφαρμόζοντας στρατηγικές που σχεδιάζει ο ειδικός, ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής στη συνέχιση και τον εμπλουτισμό της διατροφής του.

Τυπικά, ο ασθενής είναι τρομοκρατημένος από την αύξηση του σωματικού του βάρους και αντιμάχεται με την πείνα του τρώγοντας ακατάσχετα (binge eating) (Rock, 1999), αλλά με εξαιρετικά περιορισμένες επιλογές για να καταστεί δυνατή η επαρκής πρόσληψη ενέργειας. Έτσι, η εξατομικευμένη καθοδήγηση και η δημιουργία ενός ευέλικτου πλάνου γευμάτων, το οποίο θα προσφέρεται σε συνδυασμό με ένα επεξηγηματικό πλαίσιο για τις επιλεγμένες τροφές, μπορεί να είναι πολύ χρήσιμο.

Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός (BMR – Basal Metabolic Rate) δείχνει τις θερμίδες που χρειάζεται ένα άτομο κάτω από συνθήκες ανάπαυσης (κανονική

θερμοκρασία σώματος και χώρου, χωρίς την επίδραση σωματικού ή ψυχολογικού στρες) (Walker & Heubeger, 2009). Η ενεργειακή δαπάνη ηρεμίας (REE – Resting Energy Expenditure) ορίζεται λιγότερο αυστηρά από το BMR, καθώς δεν ελέγχει θερμοκρασία ή στρες, παρόλο που στην πράξη το BMR και το REE χρησιμοποιούνται ως ισοδύναμες. Η συνολική ενεργειακή δαπάνη (TEE – Total Energy Expenditure) ορίζεται, ως η συνολική ποσότητα ενέργειας που καταναλώνεται ανά ημέρα και επομένως, καθορίζεται από το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και το μεταβολικό ρυθμό ηρεμίας.

Ένας τρόπος για την εκτίμηση του βασικού μεταβολικού ρυθμού και της συνολικής δαπανώμενης ενέργειας είναι οι μέθοδοι έμμεσης θερμιδομετρίας, οι οποίες βασίζονται στη μέτρηση της κατανάλωσης οξυγόνου και παραγωγής διοξειδίου του άνθρακα. Όταν η εφαρμογή έμμεσης θερμιδομετρίας δεν είναι εφικτή ή κατάλληλη, ο BMR μπορεί να εκτιμηθεί χρησιμοποιώντας προτεινόμενες εξισώσεις. Αυτές οι φόρμουλες περιλαμβάνουν τον υπολογισμό της τιμής του BMR, βάσει γνωστών παραγόντων που τον καθορίζουν, όπως το βάρος, το ύψος και η ηλικία.

Η πλέον χρησιμοποιούμενη εξίσωση, αυτή των Harris - Benedict, υπολογίζει τον BMR για τους άνδρες και τις γυναίκες ξεχωριστά, λόγω διαφορετικών φυσιολογικών χαρακτηριστικών και ποσοστού επί των δαπανωμένων θερμίδων. Από μελέτες έχει επίσης βρεθεί ότι ορισμένες εξισώσεις είναι ακριβείς για ανορεξικούς εφήβους, αλλά όχι για νεαρές ενήλικες γυναίκες με NA. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι ο BMR είναι σημαντικά χαμηλότερος σε ασθενείς με ανορεξία, σε σύγκριση με το βάρος θεραπευμένων ασθενών ή/και ομάδων ελέγχου. Μερικοί μελετητές θεωρούν ότι ο BMR είναι μειωμένος στην ανορεξία, λόγω μείωσης της άπαχης μάζας σώματος (LBM – lean body mass), αν και άλλοι υποστηρίζουν, ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα τριωδοθυρονίνης (T3) ή μειωμένη έκκριση νορεπινεφρίνης.

Τα ευρήματα ωστόσο άλλων ερευνητών έρχονται σε αντίθεση με τις προηγούμενες υποθέσεις. Σύμφωνα με τη μελέτη των Obarzanek et al. (1994), η βασική μεταβολική θερμοκρασία (BMT – body metabolic temperature) ανά κιλό σωματικού βάρους δε βρέθηκε σημαντικά διαφορετική μεταξύ υγιών εθελοντών και ασθενών μετά την εισαγωγή τους κατά τη διάρκεια επανασίτισης, ή με την επίτευξη του στόχου βάρους,

όπου και δε βρέθηκαν στατιστικά διαφοροποιημένες οι τιμές νορεπινεφρίνης πλάσματος και των ορμονών του θυρεοειδούς. Επιπλέον, αν και η REE φαίνεται να αυξάνεται κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας, η REE ανά κιλό μάζας σώματος παρέμεινε αμετάβλητη μετά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους.

Προηγούμενες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η εξίσωση Harris & Benedict υπερεκτιμά σημαντικά το BMR σε ασθενείς με ανορεξία πριν από την επανασίτιση. Σε μία μελέτη των Vaisman et al. (1988), ο BMR βρέθηκε μειωμένος, από 49% έως 91% της προβλεπόμενης από την εξίσωση Harris & Benedict, σε ασθενείς με ανορεξία στην οξεία φάση της ασθένειας. Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης ωστόσο, ο BMR είναι δυνατό να αυξάνει, εν μέρει λόγω του άγχους, του κοιλιακού πόνου, της σωματικής δραστηριότητας, ή/και με το κάπνισμα. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο BMR ενώ είναι μικρότερος από τον προβλεπόμενο κατά την έναρξη της θεραπείας επανασίτισης, ωστόσο αυξάνει σημαντικά κατά τη διάρκεια αύξησης του βάρους (Forman-Hoffman et al., 2006).

Για την ενεργειακή πρόσληψη υπολογίζουμε ως εξής (Walker & Heuberger, 2009):

Ενεργειακή πρόσληψη (kcal/ημέρα) = [ημερήσια ενέργεια παρεχόμενη από τα γεύματα (kcal/ημέρα)] x [ημερήσια τιμή πρόσληψης τροφής (%)] + [ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη μέσω ρινογαστρικού σωλήνα σίτισης (kcal)]

Η περίσσεια ενέργειας (kcal/ημέρα) εκτιμάται αφαιρώντας το σύνολο της ενέργειας που δαπανάται από το μέσο όρο της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. Το σύνολο των δαπανών ενέργειας υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας την κατανάλωση ενέργειας εν ηρεμία (REE) από το φυσικό επίπεδο δραστηριότητας (PAL).

Περίσσεια ενέργειας (kcal/ημέρα) = [μέσος όρος ημερήσιας προσλαμβανόμενης ενέργειας (kcal)] – REE x PAL

Τύπος του Schebendach (Schebendach et al., 1995):

$$\text{REE (kcal/ημέρα)} = 1.84 \times \text{REE} - 1435$$

Τύπος των Harris & Benedict (για τις γυναίκες) (Harris & Benedict, 1918):

$$\text{REE (kcal/ημέρα)} = 655.1 + 9.563 \times \text{βάρος (kg)} + 1.850 \times \text{ύψος (cm)} - 4.676 \times \text{ηλικία (χρόνια)}$$

Κεφάλαιο 3: Επιπλοκές κατά τη σίτιση

3.1 Σύνδρομο επανασίτισης και τρόποι αποφυγής ή αντιμετώπισής του

Το σύνδρομο επανασίτισης παρατηρήθηκε και περιγράφηκε για πρώτη φορά μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, σε κρατούμενους που παρουσίασαν καρδιακές και νευρολογικές ανωμαλίες με την επανέναρξη της σίτισης, μετά από μακρές περιόδους πείνας.

Σε μια προσπάθεια ορισμού του συνδρόμου, σύμφωνα με το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιάτρων (Winston et al., 2006), αυτό χαρακτηρίζεται ως μια σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση μετατόπισης υγρών και ηλεκτρολυτών, που σχετίζονται με μεταβολικές ανωμαλίες σε υποσιτιζόμενους ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε επανασίτιση, είτε αυτή διενεργείται δια του στόματος, εντερικά, ή παρεντερικά. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου επανασίτισης είναι άγνωστη.

Ο κίνδυνος που συνοδεύει το σύνδρομο επανασίτισης συσχετίζεται άμεσα με το βαθμό της απώλειας βάρους. που έχει υποστεί ο ασθενής ως αποτέλεσμα της ΝΑ. Έτσι, γίνεται αντιληπτό γιατί οι ασθενείς με βάρος μικρότερο του 30% του ιδανικού τους (IBW) θα πρέπει να επανασιτίζονται αρχικά στα πλαίσια νοσοκομειακής νοσηλείας (Grila & Mitchell, 2010).

Κριτήρια από τις κατευθυντήριες οδηγίες του National Institute for Health and Clinical Excellence για την αναγνώριση ασθενών σε υψηλό κίνδυνο για προβλήματα κατά την επανασίτιση (συστάσεις επιπέδου D):

Είτε ο ασθενής έχει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Δείκτη Μάζας Σώματος (kg/m^2) μικρότερο από 16.
- Ακούσια απώλεια βάρους μεγαλύτερη της τάξης του 15% κατά τους τελευταίους τρεις με έξι μήνες.
- Ελάχιστη ή καμία θρεπτική πρόληψη για περισσότερο από 10 μέρες.

- Χαμηλά επίπεδα καλίου, φωσφόρου, μαγνησίου πριν από τη σίτιση.

Είτε ο ασθενής έχει δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Δείκτη Μάζας Σώματος (kg/m^2) μικρότερο από 18.5.
- Ακούσια απώλεια βάρους μεγαλύτερη της τάξης του 10% κατά τους τελευταίους τρεις με έξι μήνες.
- Ελάχιστη ή καμία θρεπτική πρόληψη για περισσότερο από 5 μέρες.
- Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών ή φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων ινσουλίνης, αντιόξινων, διουρητικών, φαρμάκων χημειοθεραπευτικής αγωγής (Mehanna et al., 2008).

3.2 Επιπλοκές και ανεπιθύμητες συνέπειες

Εξετάζοντας τις πιθανές επιπλοκές του συνδρόμου και το βαθμό επικινδυνότητάς τους για τη ζωή του ασθενούς, σημειώνουμε την πιθανή *καρδιαγγειακή κατάρρευση* ως την πλέον δυσοίωνη έκβαση. Πιο εκτεταμένα, η κατάρρευση αυτή είναι πολυπαραγοντική.

Αρχικά, η μειωμένη μάζα της καρδιάς που συνοδεύει την απώλεια βάρους καθιστά δύσκολη τη διαχείριση της αύξησης του συνολικού κυκλοφορικού όγκου του αίματος που παρατηρείται με την επανασίτιση. Ακόμη και αν η μάζα της καρδιάς δεν επανέλθει αμέσως στα κανονικά μεγέθη, παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους, οι πρώτες εβδομάδες της επανασίτισης απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή αναφορικά με τη συνολική καρδιαγγειακή κατάσταση του ασθενούς, μέχρις ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία ομαλοποίησης (Solomon & Kirby, 1990).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου είναι η *υποφωσφαταιμία*. Η υποφωσφαταιμία μπορεί να εξελιχθεί ταχύτατα κατά την επανασίτιση. Εάν είναι σοβαρή, μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια, όπως περιγράφηκε στην παραπάνω παράγραφο, παραλήρημα ή και κρίση επιληψίας. Εύλογα, οι υποθρεπτικοί ασθενείς είναι πιθανότερο να έχουν έλλειψη σε φώσφορο. Οι αλλαγές στα επίπεδα ορού του φωσφόρου, καθώς και σε αυτά των καλίου και μαγνησίου, είναι σημαντικές στο

σύνδρομο επανασίτισης. Τα χαμηλά επίπεδα φωσφόρου προκαλούνται λόγω της περιεκτικότητας γλυκόζης στα τρόφιμα (Grila & Mitchell, 2010). Η πρόσληψη φορτίου γλυκόζης αυξάνει την απελευθέρωση ινσουλίνης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί μετατοπίσεις στα επίπεδα φωσφόρου και καλίου στον ενδοκυτταρικό χώρο.

Επιπρόσθετα, στο εναρκτήριο στάδιο της επανασίτισης αυξάνεται ο μεταβολισμός των υδατανθράκων κι αυτό μπορεί να προκαλέσει εξάντληση των αποθεμάτων του φωσφόρου. Επιπλέον, πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων υδατανθράκων, όπως αυτή που συμβαίνει στη διαδικασία της επανασίτισης, μπορεί να επιφέρει κατακόρυφη πτώση των επιπέδων ορού φωσφόρου (Winston et al., 2006). Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να παρέχονται επαρκείς ποσότητες φωσφόρου από τη διατροφή. Πρακτικά, αναφερόμενοι στην πρώτη εβδομάδα της επανασίτισης, αυξημένος λόγος φωσφόρου προς υδατάνθρακα μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στη διατροφή 600 ml γάλακτος ημερησίως (το λιγότερο) και αποφεύγοντας τη χρήση ζάχαρης, καθώς και τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη. Ακόμη, έχει υποστηριχθεί και η προφυλακτική χρήση συμπληρωμάτων φωσφόρου, χωρίς ωστόσο να έχει αξιολογηθεί η θέση αυτή επαρκώς (Fisher et al., 2000).

Παράλληλα, κι άλλες βιοχημικές ανωμαλίες είναι κοινές, συμπεριλαμβανομένων της διαταραχής του νατρίου και της ισορροπίας των υγρών, αλλαγές του μεταβολισμού όσο αφορά όχι μόνο τη γλυκόζη, τις πρωτεΐνες και το λίπος, αλλά παρατηρείται ακόμα και μεταβολή στα επίπεδα θειαμίνης. Επιπλέον, η χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών μπορεί να περιπλέξει το πρόβλημα και να προκύψουν περαιτέρω βιοχημικές ανωμαλίες, όπως για παράδειγμα, η υποκαλιαιμία, η υποασβεστιαίμια και η υπομαγνησιαίμια. (Mehanna et al., 2009; American Association, 2011)

Ειδικότερα, οι μεταβολικές απαιτήσεις της επανασίτισης μπορεί να αποκαλύψουν κρυμμένες ελλείψεις, και οι σύνθετες μεταφορές ηλεκτρολυτών μεταξύ ενδοκυτταρικών και εξωκυτταρικών χώρων μπορεί να περιπλέξουν ακόμη περισσότερο τη βιοχημική εικόνα (Solomon & Kirby, 1990). Γι' αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι μετρήσεις των ηλεκτρολυτών ορού μπορεί να είναι παραπλανητικές, καθώς μπορεί να κρύβουν μία σημαντική έλλειψη ολόκληρου του σώματος. Η αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών μπορεί να γίνεται από το στόμα ή με ενδοφλέβια αντικατάσταση, ανάλογα με τη

σοβαρότητα. Η ενδοφλέβια αντικατάσταση πρέπει να γίνεται κάτω από την επίβλεψη ιατρού, ενώ συνίσταται η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση σε όλες τις διαταραχές ηλεκτρολυτών και κατά τη διάρκεια της ενδοφλέβιας αντικατάστασης.

Συγκεκριμένα, η *υποκαλιαιμία* μπορεί να οφείλεται σε απώλεια καλίου και δευτερευόντως στην κακή χρήση καθαρτικών ή στη μεταβολική αλκάλωση εξαιτίας των εμετών. Η επαρκής ημερήσια πρόσληψη καλίου θεωρείται κατ' ελάχιστο 65 mmol και είναι απαραίτητη από την αρχή της επανασίτισης. Αυτό πρακτικά μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στη διατροφή τουλάχιστο 600 ml γάλακτος την ημέρα, αραιωμένο χυμό φρούτων, πατάτες και λαχανικά. Ορισμένοι ασθενείς αφομοίωναν μεγάλες ποσότητες καλίου, λόγω της εκτεταμένης κατανάλωσης καφέ, ο οποίος περιέχει υψηλά επίπεδα καλίου. Εάν μειωθεί η πρόσληψη καφέ, τότε πρέπει να δοθεί προσοχή στην προστασία των επιπέδων καλίου. Αυτό επιτυγχάνεται με τη μείωση της καθαρτικής συμπεριφοράς και παρέχοντας διαιτητικό κάλιο από άλλες πηγές (Winston et al., 2006).

Εξαιρετικά συνήθης επιπλοκή είναι η *υπομαγνησισαιμία*, η οποία μπορεί επίσης να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της επανασίτισης και δημιουργεί την ανάγκη για χορήγηση συμπληρωμάτων από το στόμα. Πάρα ταύτα, τα συμπληρώματα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, διότι υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί διάρροια, που μπορεί να επιφέρει επιπλέον προβλήματα στα υγρά και τους ηλεκτρολύτες. Ακόμη, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές στα επίπεδα ασβεστίου, *υποασβεστιαμία* δηλαδή, αν και δεν είναι συνήθης.

Ανωμαλίες της *ηπατικής λειτουργίας* μπορούν να εμφανιστούν κατά την εισαγωγή του ασθενή ή κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μέσα από τον έλεγχο των ηπατικών ενζύμων με εξαιρετικά υψηλά επίπεδα ασπαραγινικής τρανσαμινάσης (Jones et al., 1999). Η αιτία αυτού είναι ανεξακρίβωτη, αλλά μπορεί να αντιπροσωπεύει λιπώδη διήθηση του ήπατος. Κατά πάσα πιθανότητα, αυτό είναι καλοήθες, αλλά θα πρέπει να αποκλείονται άλλες αιτίες της δυσλειτουργίας του ήπατος (Winston et al., 2006).

Η *καθυστερημένη γαστρική κένωση* είναι αποτέλεσμα, σε σημαντικό αριθμό ασθενών, του γρήγορου αισθήματος κορεσμού και του αισθήματος πληρότητας στην κοιλιά ή μετεωρισμού. Σπάνια, μπορεί να προκληθεί γαστρική διάταση ή ακόμη και

ρήξη, ειδικά εάν το γαστρικό τοίχωμα είναι λεπτό ή έχει τραυματιστεί προηγουμένως (Winston et al., 2006). Κρίνεται απαραίτητο να τεθούν όρια στα γεύματα που καταναλώνονται, έτσι ώστε να καταναλώνονται με αργό ρυθμό. Είναι επίσης, περισσότερο βολικό για τον ασθενή να διαιρέσει το φαγητό της ημέρας σε 6 γεύματα και σνακ, παρά σε λιγότερα και μεγαλύτερα γεύματα. Η μετοκλοπραμίδη μπορεί να χρησιμοποιηθεί συνήθως σε μειωμένη δοσολογία των 5mg τρεις φορές ημερησίως, αλλά αυτό συχνά δεν επιφέρει το μέγιστο αποτέλεσμα. Συχνά οι ασθενείς ενοχλούνται από κολικούς κοιλιακούς πόνους, γεγονός που σπάνια ανταποκρίνεται σε αντισπασμωδικά φάρμακα και αντιμετωπίζεται καλύτερα με εφησυχασμό (Cockfield & Philpot, 2009).

Η *δυσκοιλιότητα* μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερος ενοχλητική και επίμονη ως πρόβλημα για κάποιους ασθενείς, ειδικότερα σε εκείνους, που έχουν κάνει χρήση, και μάλιστα κακή χρήση, καθαρτικών ουσιών. Συνήθως, αυτό αντιμετωπίζεται συνδυάζοντας ικανοποιητική ποσότητα υγρών και διαιτητικών ινών, με παράλληλη χρήση μαλακτικών των κοπράνων ή καθαρτικών, τα οποία αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων.

Ανάλογα με την περίπτωση, η διατροφική αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας μπορεί να βοηθήσει. Πιο συγκεκριμένα, άφθονες ποσότητες υγρών, τακτικό φαγητό και όταν κριθεί από το διαιτολόγο ασφαλές, συστήνονται επαρκείς ποσότητες διαιτητικών ινών. Σε καμία περίπτωση, δε συνίσταται η χρήση καθαρτικών που διεγείρουν την εντερική κινητικότητα (Winston et al., 2006; Grila & Mitchell, 2010).

Συνεχίζοντας την εξέταση των κινδύνων και επιπλοκών που προκύπτουν κατά την επανασίτιση, προχωρούμε στο *οσμωτικό στρες*. Η σοβαρή ασιτία καταστρέφει την ακεραιότητα του εντερικού τοιχώματος και επιτρέπει την αυξημένη οσμωτική κίνηση του νερού μέσα στο έντερο μετά τη λήψη τροφής. Τα συμπτώματα που προκαλεί είναι ναυτία, φούσκωμα, διάρροια και λιποθυμικές τάσεις, ιδιαίτερα εάν δίνονται στον ασθενή μεγάλες ποσότητες υδατανθράκων (Reiter & Graves, 2010). Ο περιορισμός του οσμωτικού φορτίου του φαγητού μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Πιο πρακτικά, η περιεκτικότητα νατρίου στη διατροφή μπορεί να περιοριστεί με τη χρήση μίας δίαιτας «χωρίς πρόσθετο αλάτι» (60-70 mmol νατρίου την ημέρα). Οι χυμοί φρούτων πρέπει να αραιώνονται με 50% νερό και άλλα υψηλής περιεκτικότητας σε

ζάχαρη ποτά πρέπει να αραιώνονται καλά ή και να αποφεύγονται. Η χρήση μεγάλων ποσοτήτων ζάχαρης ή τεχνητών γλυκαντικών ουσιών πρέπει να αποφεύγεται και όποια διατροφικά συμπληρώματα πρέπει να είναι ισοτονικά (Winston et al., 2006).

Κλείνοντας το κεφάλαιο με τις κυριότερες επιπλοκές κατά την έναρξη της επανασίτισης, θα αναφερθούμε στο λεγόμενο *οίδημα επανασίτισης*. Ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν περιφερικό οίδημα στην πρώτη και κρίσιμη αυτή φάση. Περισσότερο σύνηθες είναι να αναπτυχθεί σε ασθενείς που έχουν κάνει κακή χρήση καθαρτικών ή προκαλούσαν εμετούς πριν τη νοσηλεία τους. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε ραγδαία αύξηση βάρους, αλλά συνήθως αρχίζει να υποχωρεί μετά από 7-10 ημέρες. Το οίδημα της επανασίτισης πρέπει να διακριθεί από εκείνο της καρδιακής ανεπάρκειας, όπου άλλες ενδείξεις είναι απύσες. Καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί περιστασιακά και είναι πιο πιθανή όταν οι ασθενείς σιτίζονται τεχνητά, και πιο συγκεκριμένα παρεντερικά. Η αιτιολογία του οιδήματος της επανασίτισης προς το παρόν είναι άγνωστη και πιστεύεται ότι η δυσκολία ρύθμισης της αντιδιουρητικής ορμόνης και έκκρισης αλδοστερόνης μπορεί να εμπλέκονται. Η υπολευκωματιναιμία δεν εμφανίζεται ως κύριος παράγοντας στις περισσότερες περιπτώσεις (Derman & Kilic, 2009).

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος συνίσταται η συμβουλευτική και ο καθησυχασμός. Τα διουρητικά πρέπει να αποφεύγονται εάν είναι δυνατό μιας και μπορεί να προκαλέσουν έξαρση του προβλήματος, ενώ μπορεί να βοηθήσει η εξασφάλιση επαρκούς πρόσληψης πρωτεΐνης. Ο περιορισμός νατρίου έχει υποστηριχθεί πως προλαμβάνει ή θεραπεύει το οίδημα επανασίτισης, αν και δεν υπάρχουν αποδείξεις μέσα από έρευνες για να υποστηρίξουν αυτή την πρακτική (Winston et al., 2006). Ορισμένοι ασθενείς μπορεί όντως να υποφέρουν από μείωση αλάτων και νερού, ειδικά εκείνοι που έχουν πρόσφατα εισαχθεί και έχουν ιστορικό χρήσης καθαρτικών. Σε αυτούς, η μείωση νατρίου μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενή υπεραλδοστερονισμό και σε νεφρική απώλεια καλίου με συνέπεια την πρόκληση υποκαλιαιμίας. Μπορεί επομένως, η ομάδα αυτή να χρειάζεται αποκατάσταση του κυκλοφορικού όγκου και προσεκτική αποκατάσταση των επιπέδων νατρίου (Robinson, 2000; American Dietetic Association, 2011).

Σε περιπτώσεις όπου το οίδημα που παρουσιάζεται είναι σοβαρό, χαμηλή δόση διουρητικών μπορεί να χορηγηθεί κατά τις πρωινές ώρες για την ανακούφιση του ασθενούς. Σε εξαιρετικά σοβαρές περιπτώσεις και όταν το οίδημα εμμένει, μπορούν να χορηγηθούν ένζυμα της κατηγορίας ACE ή χρήση βεραταμίλης (Ehrlich et al., 2006). Το οίδημα ωστόσο φαίνεται να υποχωρεί αυθόρμητα στις περισσότερες περιπτώσεις, ο καθησυχασμός και η ψυχολογική στήριξη συμβάλλουν στην ανακούφιση του ασθενούς.

3.3 Αύξηση σωματικού βάρους

Από κλινικής άποψης, αν οι μετρήσεις βάρους δείξουν μια αύξηση μεγαλύτερη από 1,5 κιλό εβδομαδιαίως, συνήθως αυτή δε συνοδεύεται από ισάξια κάλυψη των αναγκών θρεπτικά. Πέραν της γενικής αριθμητικής καθοδήγησης, για την ομαλή αύξηση βάρους υπάρχουν κλινικές παράμετροι που χρήζουν στενής παρακολούθησης. Ειδικότερα, τα ζωτικά σημεία του ασθενούς προσφέρουν καθημερινά χρήσιμες πληροφορίες για την πορεία της κατάστασής του. Σε ένα γενικό επίπεδο, οι ασθενείς με ΝΑ παρουσιάζουν βραδυκαρδία, (δηλαδή, έναν καρδιακό ρυθμό μικρότερο από 60 παλμούς το λεπτό). Παρότι υπάρχουν κι άλλες αιτίες για την ταχυκαρδία (δηλαδή την κατάσταση όπου η καρδιακή συχνότητα εμφανίζεται μεγαλύτερη από 100 σφυγμούς/λεπτό), η παρουσία αυξημένης καρδιακής συχνότητας, ακόμη κι ανάμεσα στο διάστημα 80 – 90 σφυγμών, κατά τη διάρκεια της επανασίτισης μπορεί να είναι προμήνυμα του συνδρόμου επανασίτισης, όπως συζητήθηκε προηγουμένως.

Είναι συνηθισμένη πρακτική σε πολλές μονάδες να τίθεται ένα βάρος ως στόχος στην αρχή της θεραπείας. Αυτό εξυπηρετεί δυο λόγους, προσφέροντας αφενός κάποιες κατευθυντήριες γραμμές στο θεραπευτικό πρόγραμμα και αφετέρου, καθησυχάζοντας το άγχος του ασθενή, που συχνά φοβάται την αντιστροφή της κατάστασής του, με τον απώτερο φόβο μη καταλήξει υπέρβαρος. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη συμφωνία μεταξύ των διεθνών ινστιτούτων και οργανισμών αντιμετώπισης ανορεκτικών περιστατικών για το πώς πρέπει να καθοριστεί ο στόχος του βάρους.

Μία λογική κοινή πρακτική είναι η θέσπιση ενός χαμηλό φυσιολογικού βάρους σώματος, όπως ο ΔΜΣ 19 kg/m^2 ή ΔΜΣ 20 kg/m^2 ως στόχος. Βεβαίως, διαμορφώνεται κατά περίπτωση και εξατομικεύεται. Για παράδειγμα διαφοροποιείται εάν το πρότερο βάρος του ασθενή πριν νοσήσει ήταν ιδιαίτερος υψηλότερο ή χαμηλότερο από αυτό του στόχου (Winston et al., 2006). Μπορεί ορισμένες φορές να πρέπει να συμφωνηθεί ένα χαμηλότερο βάρος, στα πλαίσια ενός ιδιαίτερου θεραπευτικού πλάνου. Επίσης, υπάρχουν «ανυπάκουες» περιπτώσεις, όπου ο ασθενής έχει επανειλημμένα αποτύχει να κρατήσει ένα φυσιολογικό βάρος, οπότε αυτό διαμορφώνεται προς τα κάτω, για να είναι πιο εφικτό για τον ασθενή να το επιτύχει. Όπως σημειώνεται σε ορισμένες μονάδες φροντίδας, ο στόχος του βάρους συχνά είναι ένα εύρος τιμών βάρους, παρά ένα συγκεκριμένο βάρος.

Οι πρώτες 7 με 10 μέρες της επανασίτισης είναι οι κρίσιμότερες για την πορεία της θεραπείας, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος του συνδρόμου. Σε προτεραιότητα κατά αυτό το εναρκτήριο διάστημα πρέπει να τεθούν: η σταθεροποίηση των ηλεκτρολυτών, η εξέταση της ηπατικής λειτουργίας και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Γι' αυτό, στις πρώτες 10 ημέρες της επανένταξης στη διατροφή, στόχος είναι η ιατρική σταθεροποίηση, σε αντίθεση με την αύξηση του βάρους, καθώς και η βελτίωση της ανοχής του ασθενούς στη θερμιδική πρόσληψη, που θα ενισχύσει με τη σειρά της την ασφαλή αποκατάσταση του βάρους. Επί του παρόντος, όπως αναφέραμε παραπάνω, δεν υπάρχει μια συνεκτική προσέγγιση για την υποστήριξη των βέλτιστων πρακτικών αποκατάστασης, καθώς τα αποδεικτικά στοιχεία είναι περιορισμένα. Ωστόσο, στα περισσότερα προγράμματα νοσηλείας η επανασίτιση ξεκινά με ένα θερμιδικό πρόγραμμα $2092 - 2929 \text{ kJ}$ ($500 - 700 \text{ kcal}$) την ημέρα (Marcason, 2002), ανάλογα με το βάρος σώματος και την μέχρι πρότινος πρόσληψη. Συστήνεται η προσεκτική διαχείριση των ηλεκτρολυτών, μαζί με την χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων (Grila & Mitchell, 2010), ζήτημα που θα καλυφθεί στην επόμενη ενότητα του κεφαλαίου.

Η μεταβολή του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της επανασίτισης είναι απρόβλεπτη. Κι αυτό διότι το βάρος μπορεί να πέσει ως αποτέλεσμα της μείωσης πρόσληψης υγρών σε σχέση με την προηγούμενη υπερφόρτωση ή υπερενυδάτωση (NICE, 2004). Επίσης, το βάρος μπορεί να πέσει ως αποτέλεσμα της ξαφνικής αύξησης των ενεργειακών απαιτήσεων, σε συνδυασμό με το χαμηλό επίπεδο

της ενέργειας, που καταναλώνεται σε αυτή την αρχική φάση. Αύξηση του βάρους δεν επιχειρείται μέχρι να ολοκληρώσει ο ασθενής 2 ή 3 εβδομάδες σε θεραπεία.

Καθόλου παραδόξως, μερικά άτομα μπορεί να κερδίσουν βάρος γρήγορα από την αρχή ακόμα, για μία ποικιλία λόγων, π.χ. προηγούμενη αφυδάτωση, ταχεία απώλεια βάρους ή παχυσαρκία. Η χορήγηση υγρών και ενέργειας θα πρέπει να παρακολουθείται και να ρυθμίζεται συχνά, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος του συνδρόμου επανασίτισης και να εξασφαλιστεί ασφαλής ρυθμός στην αύξηση του σωματικού βάρους (Cockfield & Philpot, 2009).

Στη συνέχεια, ακολουθεί μία περίοδος σταθερής αποκατάστασης, με μικρή αύξηση, έως ότου επιτευχθεί ένα ασφαλέστερο βάρος, εξασφαλίζοντας ουσιαστικά μια σημαντική μείωση του φυσικού κινδύνου. Μόλις το αποτέλεσμα αυτό επιτυγχάνεται, το ποσοστό κέρδους βάρους μπορεί να αυξηθεί έως 0,5 - 1 kg/εβδομάδα, το οποίο συνήθως απαιτεί αύξηση 10460 – 12552 kJ (2500 με 3000 kcal) / εβδομάδα (NICE, 2004). Βάσει της εμπειρικής γνώσης των Cockfield και Philpot, η πρόσληψη μπορεί να ρυθμιστεί στη συνέχεια ώστε να εξασφαλιστεί επαρκής αύξηση του σωματικού βάρους, με την προσαύξηση κατά 837 - 1255 kJ (200 - 300 kcal) / ημερησίως. Συνίσταται κέρδος βάρους 0,5 - 1 kg εβδομαδιαίως.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα πάλι με τους Cockfield και Philpot, αν και στο ζήτημα αυτό εντοπίζεται σχετική έλλειψη μελετών, ωστόσο δύο από τις σημαντικότερες κατέληξαν σε συμπεράσματα που βρίσκονται σε σύμπνοια (Lay et al., 2002; Herzog et al., 2004). Οι εν λόγω μελέτες υποστήριξαν ότι οι ασθενείς που παίρνουν βάρος γρήγορα (> 750 γρ./ εβδομάδα) είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ταχεία απώλεια βάρους κατά την αποθεραπεία. Εύλογα, μια βραδύτερη πρόσληψη βάρους (500 γρ./εβδομάδα) έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη διατήρησή του.

Επιπλέον, επισημαίνεται η προσοχή εναντίον της γρήγορης και απότομης αύξησης του βάρους σε κατάσταση ενδονοσοκομειακής παρακολούθησης και προτείνεται η ταχεία αύξηση του βάρους μόλις στην έναρξη της θεραπείας, ακολουθούμενη όμως στη συνέχεια από μείωση του ποσοστού αύξησης. Αυτή η

διαδικασία θα μπορούσε να αυξήσει την πιθανότητα σταθεροποίησης, για τη μετέπειτα συντήρηση του σωματικού βάρους (Cockfield & Philpot, 2009).

Η εμπειρική γνώση έχει δείξει ότι ο καθορισμός του στόχου σε ένα φυσιολογικό βάρος έχει ως αποτέλεσμα παράταση του χρόνου νοσηλείας. Γι' αυτό προτείνεται να δοθεί εξιτήριο πριν το σημείο αυτό στον ασθενή, δηλαδή πριν την επίτευξη του φυσιολογικού του βάρους. Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι ενδείξεις που υποστηρίζουν χειρότερη έκβαση και υψηλότερη συχνότητα επανάληψης της νοσηλείας εάν δοθεί εξιτήριο σε χαμηλό βάρος, είναι σχετικά περιορισμένες (Baran et al., 1995).

Υπογραμμίζεται λοιπόν, ότι ο **στόχος** αντιπροσωπεύει το ελάχιστο υγιές βάρος παρά το ιδανικό. Επιπρόσθετα, η επιστροφή της εμμήνου ρύσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως φυσιολογικός δείκτης της επαρκούς ανάκτησης βάρους. Ωστόσο, οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν ενημέρωση έγκαιρα ότι πιθανώς να καθυστερήσει η έμμηνος ρύση για αρκετούς μήνες από τη στιγμή της απόκτησης υγιούς βάρους. Μία διαφορετική προσέγγιση είναι να ζητήσουμε από τον ασθενή να φτάσει το ΔΜΣ στα 19 kg/m² και έπειτα να ξεκινήσει διαδοχικές εξετάσεις υπερήχων στις ωοθήκες (Winston et al, 2006). Η προσέγγιση αυτή μπορεί να προλάβει διαφωνίες που προκύπτουν ανάμεσα στον ειδικό και στον ασθενή, όταν ο πρώτος προσδιορίζει το «υγιές» βάρος.

3.4 Χρήση συμπληρωμάτων

Εάν η διατροφική αποκατάσταση και η ανάκτηση βάρους επιτυγχάνεται με μια ισορροπημένη, πλούσια σε μικροθρεπτικά συστατικά διατροφή, τότε το πιθανότερο είναι να παρέχονται επαρκείς ποσότητες βιταμινών κατά τη διάρκεια της επανασίτισης. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς μετά από ένα πρόγραμμα βραχυπρόθεσμης επανασίτισης να παρουσιάζονται επίμονα χαμηλά επίπεδα ερυθρών αιμοσφαιρίων και συγκέντρωσης φυλλικού οξέος και όχι μόνο. Η χορήγηση μιας καθημερινής πολυβιταμίνης, στα συνιστώμενα επίπεδα (κι όχι περισσότερο) των απαραίτητων βιταμινών και ανόργανων συστατικών, θεωρείται εξαιρετικά βοηθητική και δεν εμπερικλύει κίνδυνο τοξικότητας ή πρόκλησης ανεπιθύμητων παρενεργειών. Τα ποσά

των μικροθρεπτικών συστατικών, που συνταγογραφούνται με το προϊόν δεν πρέπει να υπερβαίνουν το 100% της συνιστώμενης ημερήσιας πρόσληψης, η οποία αναφέρεται στη διατροφική ετικέτα του συμπληρώματος (Grila & Mitchell, 2010).

Η έλλειψη ψευδαργύρου μπορεί να προκαλέσει αλλοίωση της αίσθησης της γεύσης, καθώς και ποικιλία νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Πιθανολογείται πως η χρήση συμπληρωμάτων αυξάνει το ρυθμό αύξησης βάρους, χωρίς όμως να έχει κάτι τέτοιο ακόμα επιβεβαιωθεί. Η χρήση σε επίπεδο ρουτίνας των συμπληρωμάτων ψευδαργύρου θεωρείται ότι δεν μπορεί να συστήνεται (Birmingham et al., 1994).

Μία σημαντική μερίδα ασθενών με νευρική ανορεξία έχουν έλλειψη θειαμίνης (Winston & Wells, 2002) και η αύξηση του μεταβολισμού των υδατανθράκων που εμφανίζεται κατά την επανασίτιση μπορεί να εξαντλήσει τα αποθέματά της. Η προφυλακτική χρήση per os συμπληρωματικής θειαμίνης συνιστάται για τους εσωτερικούς ασθενείς και εκείνους που υποβάλλονται σε σχήμα ταχείας αύξησης βάρους. Λόγω της απουσίας δεδομένων αναφορικά με τη δοσολογία της θειαμίνης, συστήνονται 25mg την ημέρα. Βέβαια, στις περιπτώσεις επιβεβαιωμένης έλλειψης, μπορεί να χρειαστούν υψηλότερες δοσολογίες, από τη στιγμή που πρόκειται για επιβεβαιωμένη βιοχημικά έλλειψη.

Η έλλειψη ριβοφλαβίνης μπορεί να προκαλέσει γωνιώδη στοματίτιδα και η έλλειψη σιδήρου αντίστοιχα γλωσσίτιδα. Η έλλειψη βιταμίνης C μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία στα ούλα (Winston et al., 2006). Αυτά τα προβλήματα μπορεί να χρειαστούν συγκεκριμένα διατροφικά συμπληρώματα. Οι ανάγκες για βιταμίνη D είναι υψηλότερες από το μέσο όρο στη νευρική ανορεξία, λόγω του κινδύνου οστεοπόρωσης (Zipfel et al., 2002), ενώ υπάρχει διχογνωμία σχετικά με τη χορήγηση της βιταμίνης D στην επανασίτιση.

Μια άλλη κατηγορία διατροφικής υποστήριξης είναι τα συμπληρώματα υγρών. Αξίζει να αναφερθεί ότι η χρήση υγρών διατροφικών συμπληρωμάτων αντί φαγητού γενικά δε συνιστάται, διότι παρεμβαίνουν στην ομαλή εξέλιξη της διαίτας και καθυστερούν την επιστροφή φυσιολογικής γαστρεντερικής λειτουργίας (Rock, 1999). Εντούτοις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε ορισμένες συγκεκριμένες περιστάσεις, όπως

για να παρέχουν επιπρόσθετη ενεργειακή πρόσληψη. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής μαθαίνει να καταναλώνει φυσιολογικές ποσότητες, λαμβάνοντας ταυτόχρονα την επιπλέον ενεργειακή πρόσληψη μέσω των διαλυμάτων, χωρίς να πρέπει να τρώει μια αφύσικα για τα δεδομένα του μεγάλη ποσότητα φαγητού. Περιστασιακά, τα συμπληρώματα σε υγρή μορφή μπορεί να προσλαμβάνουν ρόλο «φαρμάκου», παρά φαγητού, γεγονός που τα κάνει περισσότερο αποδεκτά από τον ασθενή. Τοιουτοτρόπως, είναι δυνατό να έχουν ένα βραχυπρόθεσμο ρόλο στη θεραπεία ενός εξωτερικού ασθενή.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τα προϊόντα τύπου light (χαμηλότερης προσφερόμενης ενέργειας), που συχνά οι πάσχοντες από ΝΑ τείνουν να καταναλώνουν και να προτιμούν. Η συμπερίληψή τους σε ένα νοσοκομειακό πρόγραμμα είναι δύσκολο να δικαιολογηθεί στον ασθενή και τον οδηγεί λανθασμένα στην αντίληψη ότι είναι αναγκαία στη διατροφή του. Από την άλλη πλευρά, για τους εξωτερικούς ασθενείς ο στόχος είναι η σταδιακή αντικατάστασή των χαμηλότερης ενεργειακής περιεκτικότητας προϊόντων με άλλα πιο κατάλληλα. Σε μετέπειτα στάδιο, όταν έχει επιτευχθεί υγιές βάρος, είναι αποδεκτό για τον ασθενή που βρίσκεται στην ανάρρωση να χρησιμοποιεί προϊόντα που υπάρχουν ήδη στο σπίτι και καταναλώνονται από κοινού με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, είτε αυτά αποτελούν προϊόντα χαμηλής ενέργειας ή χαμηλού λίπους (Winston et al., 2006).

Στη συνέχεια, παρατίθεται πίνακας με την πρόσληψη αναφοράς βιταμινών και μετάλλων στις γυναίκες, όπως αναθεωρήθηκε από το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιάτρων το 2008:

Βιταμίνες ή μέταλλα	Ημερήσια πρόσληψη		
	Ηλικία 11-14 ετών	15-18 ετών	19-50 ετών
Θειαμίνη, mg	0.7	0.8	0.8
Ριβοφλαβίνη, mg	1.1	1.1	1.1
Νιασίνη, mg	12	14	13
Βιταμίνη B ₆ , mg	1.0	1.2	1.2
Βιταμίνη B ₁₂ , μg	1.2	1.5	1.5
Φολικό οξύ, μg	200	200	200
Βιταμίνη C, mg	35	40	40
Βιταμίνη A, μg	600	600	600
Ασβέστιο, mg (mmol)	800 (20.0)	800 (20)	700 (17.5)
Φώσφορος, mg (mmol) ¹	625 (20.0)	625 (20.0)	550 (17.5)
Μαγνήσιο, mg (mmol)	280 (11.5)	300 (12.3)	270 (10.9)
Νάτριο, mg (mmol) ²	1600 (70)	1600 (70)	1600 (70)
Κάλιο, mg (mmol) ³	3100 (80)	3500 (90)	3500 (90)
Χλώριο, mg (mmol) ⁴	2500 (70)	2500 (70)	2500 (70)
Σίδηρος, mg (μmol)	14.8 (260)	14.8 (260)	14.8 (260)
Ψευδάργυρος, mg (μmol)	9.0 (140)	7.0 (110)	7.0 (110)
Χαλκός, μg (μmol)	0.8 (13)	1.0 (16)	1.2 (19)
Σελήνιο, μg (μmol)	45 (0.6)	60 (0.8)	60 (0.8)
Ιώδιο, μg (μmol)	130 (1.0)	140 (1.1)	140 (1.1)

1. Η αναφορά πρόσληψης θρεπτικών συστατικών για το φώσφορο έχει τεθεί ίση με το ασβέστιο σε μοριακό επίπεδο.

2. Νάτριο 1 mmol = 23 mg.

3. Κάλιο 1 mmol = 39 mg.

4. Αντιστοιχεί στο νάτριο, 1 mmol = 35.5 mg.

Κεφάλαιο 4: Συστάσεις διαχείρισης Ανορεκτικού Ασθενούς

4.1 NICE – National Institute of Clinical Excellence

Η επανένταξη στη σίτιση πρέπει να πραγματοποιείται με προσοχή. Προηγούμενες κατευθυντήριες γραμμές τόνιζαν τη σημασία επαρκούς αντικατάστασης των ηλεκτρολυτών, βιταμινών και μετάλλων πριν από την έναρξη της σίτισης, εντερικά ή παρεντερικά. Οι δυνητικοί κίνδυνοι παρατείνουν την περίοδο υποσιτισμού που ο ασθενής πρέπει να υπομείνει. Οι νεότερες οδηγίες του NICE υποδεικνύουν ότι όσο η αποκατάσταση συμβαίνει παράλληλα με τη σίτιση, η διαδικασία αρκεί.

Η χορήγηση βιταμινών για αποκατάσταση των ελλείψεων πρέπει να αρχίσει αμέσως, ιδίως θειαμίνης, για τη μείωση της επίπτωσης της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke ή του συνδρόμου Korsakoff, με δια στόματος χορήγηση 200 - 300 mg ημερησίως, αλλά και πολυβιταμινούχο σκεύασμα μία φορά την ημέρα. Από τη στιγμή που θα γίνει η έναρξη της αποκατάστασης των αναγκών σε βιταμίνες, θα πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον 10 ημέρες.

Εάν τα επίπεδα των βασικών ηλεκτρολυτών βρεθούν να είναι χαμηλά, μπορούν να αποκατασταθούν μέσω του στόματος, εντερικά ή ενδοφλέβια, ανάλογα με το πόσο χαμηλά είναι και ποιες μέθοδοι επανασίτισης είναι διαθέσιμες και κατάλληλες. Υπάρχουν ελάχιστα ποιοτικά στοιχεία για να επιβεβαιώσουν τους καλύτερους τρόπους αντικατάστασης, (ένας από τους βασικούς τομείς, στους οποίους η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί), ωστόσο οι συστάσεις του NICE είναι οι ακόλουθες: το κάλιο (2-4 mmol / kg ΣΒ / ημέρα), το φώσφορο (0,3 - 0,6 mmol / kg ΣΒ / ημέρα) και το μαγνήσιο (0,2 mmol / kg ΣΒ/ ημέρα ενδοφλεβίως ή 0.4 mmol / kg ΣΒ / ημέρα από το στόμα) (Mehanna et al., 2009).

Η πορεία της επανασίτισης υπό τις κατευθυντήριες γραμμές του NICE εξαρτάται από τη σοβαρότητα του υποσιτισμού πριν την έναρξη της επανασίτισης. Σε ασθενείς με μέτριο κίνδυνο, δηλαδή σε ασθενείς που έχουν σιτιστεί ελάχιστα ή τίποτα για περισσότερο από 5 ημέρες, η σύσταση αφορά σε πρόσληψη του 50% την ημερήσιων απαιτήσεων σε ενέργεια. Αν μετά από προσεκτική παρακολούθηση της κλινικής και

βιοχημικής κατάστασης, όλα βαίνουν καλώς, το ποσοστό αυτό μπορεί να αρχίσει να αυξάνεται. Εάν ο ασθενής περιπέσει σε κάποια από τις κατηγορίες υψηλού κινδύνου, θα πρέπει να γίνει η αποκατάσταση της ενέργειας σταδιακά με μέγιστο συντελεστή τα 10 kcal / kg ΣΒ κάθε 24 ώρες. Στη συνέχεια μπορεί να αυξηθεί το ποσοστό, ώστε να καλυφθούν ή υπερκαλυφθούν όλες τις ανάγκες μέσα στις επόμενες 4 έως 7 ημέρες, και όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους βιοχημικούς δείκτες και την ισορροπία των υγρών.

Σε εξαιρετικά υποσιτισμένους ασθενείς ($\Delta M\Sigma \leq 14 \text{ kg/m}^2$ ή αμελητέα πρόσληψη για δύο εβδομάδες ή και περισσότερο), οι οδηγίες του NICE αναφέρουν ότι η επανασίτιση πρέπει να ξεκινήσει με μέγιστο τα 5 kcal/kg ΣΒ/24 ώρες, με παρακολούθηση για τον κίνδυνο καρδιακών αρρυθμιών. Η διαδικασία της αποκατάστασης περιλαμβάνει και τον κυκλοφορικό όγκο, αλλά πρέπει να ληφθεί μέριμνα, ώστε να μην επιβαρυνθεί ο ασθενής.

Όσο αφορά τα επίπεδα των ηλεκτρολυτών, αυτά θα πρέπει να ελέγχονται καθημερινά για την πρώτη εβδομάδα, και στη συνέχεια 3 φορές μέσα δεύτερη εβδομάδα. Τέλος, για την εκτίμηση των βλαβών είναι χρήσιμος ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών σε δείγμα ούρων (Mehanna et al., 2009).

4.2 Royal College of Psychiatrists

Μελετώντας τις συστάσεις του Βασιλικού Κολλεγίου Ψυχιάτρων, παρακάτω αναφέρονται οι βασικότερες εξ αυτών σχετικά με την επανασίτιση ασθενών με ΝΑ. Αρχικά, η ποσότητα φαγητού, που δίνεται πρέπει να είναι περιορισμένη στην αρχή και έπειτα θα αυξάνεται με αργό ρυθμό. Η σύσταση σε γενικές γραμμές για την αύξηση βάρους είναι της τάξης 0,5 – 1 kg την εβδομάδα.

Οι ασθενείς στα πρώτα στάδια της επανασίτισης πρέπει να παρακολουθούνται στενά για την ανίχνευση βιοχημικών διαταραχών, καρδιαγγειακών διαταραχών και διαταραχών της ισορροπίας των υγρών. Επιπλέον, η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση συνιστάται ακόμη περισσότερο όταν συντρέχει και διαταραχή

ηλεκτρολυτών και κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας αντικατάστασής τους, κάτι που υπογραμμίζεται από όλους τους οδηγίες που μελετήθηκαν.

Αναφορικά με τη χρήση συμπληρωμάτων μικροθρεπτικών συστατικών, συνιστάται και στους ασθενείς εντός, αλλά και εκτός (εξωτερικά ιατρεία) νοσοκομείου. Η χρήση συμπληρώματος θειαμίνης από το στόμα συνιστάται στους εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, που υποβάλλονται σε ταχεία αύξηση βάρους. Εναλλακτικά, η εντερική σίτιση πρέπει να εφαρμόζεται από ειδική κλινική ομάδα με εμπειρία και εξειδίκευση στην εφαρμογή της. Απαιτείται στενή παρακολούθηση των ασθενών και των επιπέδων των ηλεκτρολυτών τους, προκειμένου να εντοπίζονται και να διορθώνονται άμεσα οι ελλείψεις. Επιπλέον, η εντερική σίτιση πρέπει να αρχίζει αργά, χρησιμοποιώντας μία ισοτονική τυποποιημένη τροφή 1 kcal/ml (4.2 kJ/ml), που διανέμεται μέσω ενός ρινογαστρικού σωλήνα μικρής διαμέτρου.

Παρεντερική χορήγηση βιταμινών Β και C πρέπει να δίνεται πριν ξεκινήσει η εντερική σίτιση και εάν είναι δυνατό και έπειτα. Συμπληρώματα φωσφόρου συνιστώνται πριν την έναρξη της εντερικής σίτισης, ενώ ένα επιπρόσθετο συμπλήρωμα μετάλλων μπορεί επίσης να χρειαστεί. Όταν εφαρμόζεται εντερική σίτιση καλό είναι πάντα να λαμβάνεται διαιτολογική συμβουλή και επίσης συνιστάται οι μονάδες που την εφαρμόζουν να έχουν γραπτό πρωτόκολλο.

Για τους εξωτερικούς ασθενείς δε συνιστάται αύξηση βάρους άνω του 0,5 kg ανά εβδομάδα. Για όσους εξωτερικούς ασθενείς αυξάνουν το βάρος τους κατά 0,3 kg την εβδομάδα ή παραπάνω, οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά.

Όσο αφορά ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, είναι πιθανώς σωστό να επιδιώκεται ένα χαμηλό αλλά ασφαλές βάρος, έτσι ώστε να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής. Σε περίπτωση διατροφικών περιορισμών λόγω θρησκείας, αυτοί πρέπει να είναι σεβαστοί, εκτός και αν αποτελούν απειλή για την ανάρρωση. Πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση, έτσι ώστε να είναι βέβαιο πως τα φάρμακα και τα διατροφικά συμπληρώματα συνδυάζονται με τις θρησκευτικές ή πολιτισμικές πρακτικές του ασθενούς.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται από το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιάτρων στην εντερική σίτιση. Γενικά φαίνεται να έχει περιορισμένο ρόλο, αλλά μπορεί να καταστεί αναγκαία κατά συνθήκη. Συνήθως, προτιμάται η ρινογαστρική οδός, αλλά και η ρινονηστιδική σίτιση μπορεί να διορθώσει προβλήματα προερχόμενα από την καθυστερημένη γαστρική κένωση. Το ζήτημα είναι ότι οι κλασικές τροφές σωλήνα δεν περιέχουν αρκετό φώσφορο για να καλύψουν τις ανάγκες των σοβαρά μη σιτιζόμενων ασθενών και έτσι συνιστώνται συμπληρώματα. Επίσης, συμπληρώματα βιταμινών συμπλέγματος Β και C συνιστώνται στο προπαρασκευαστικό στάδιο του προγράμματος επανασίτισης. Ενδεχομένως, κάποιο ακόμη συμπλήρωμα μετάλλων να χρειαστεί. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια εντερικής σίτισης μπορεί να αναπτυχθεί υπεργλυκαιμία.

Η κατηγορία των παιδιών και των εφήβων πρέπει να αντιμετωπίζεται σε ξεχωριστή και κατάλληλη για την ηλικία τους μονάδα, όπου το κλινικό προσωπικό, που θα στελεχώνει την υπηρεσία πρέπει να είναι έμπειρο στη συνεργασία με την ομάδα αυτή. Ο ΔΜΣ πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στους νέους. Ο καθορισμός του επιδιωκόμενου βάρους στα παιδιά και τους εφήβους πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις προ της νόσου θέσεις βάρους και ύψους, το γονεϊκό βάρος και ύψος, καθώς και το εύρος φυσιολογικού βάρους για την εκατοστιαία θέση ύψους. Ο στόχος του βάρους πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά κατά τη διάρκεια της επανασίτισης των παιδιών και των εφήβων, ώστε να λαμβάνεται υπόψη η ανάπτυξη. Τέλος, η εφηβική ανάπτυξη πρέπει να διατηρείται, όπου δυνατό, μεταξύ της μέσης τιμής και των δύο σταθερών αποκλίσεων στις καμπύλες αναφοράς (Winston et al., 2006).

4.3 American Psychiatric Association - APA

Η επιλογή της ειδικής θεραπείας για τη νευρική ανορεξία, βάσει των συστάσεων του APA ακολουθεί συγκεκριμένα κριτήρια (American Dietetic Association, 2006). Οι στόχοι της διαδικασίας επανασίτισης είναι:

1) η αποκατάσταση υγιούς βάρους στους ασθενείς, που σχετίζεται με την επιστροφή των εμμηνορρυσιακών κύκλων, την κανονική ωορρηξία σε γυναίκες ασθενείς, την κανονική

σεξουαλική ορμή και τα επίπεδα ορμονών σε άνδρες ασθενείς, καθώς και την κανονική σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη και σωματική ανάπτυξη στα παιδιά και τους εφήβους,

2) η θεραπεία των σωματικών επιπλοκών,

3) η ενίσχυση των κινήτρων των ασθενών να συνεργαστούν για την αποκατάσταση των υγιών διατροφικών συνηθειών και να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία τους,

4) η παροχή εκπαίδευσης όσο αφορά την υγιεινή διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες,

5) η παροχή βοήθειας στον ασθενή να επανεκτιμήσει και να αλλάξει στον πυρήνα τις συνειδησιακές δυσλειτουργίες, τις στάσεις, τα κίνητρα, τις συγκρούσεις και τα συναισθήματα που συνδέονται με τη διατροφική διαταραχή,

6) η αντιμετώπιση ψυχιατρικών παθήσεων που συνυπάρχουν, συμπεριλαμβανομένης της δυσθυμίας, και τη βοήθεια ανάκτησης της αυτοεκτίμησης,

7) η επιστράτευση της οικογένειας για υποστήριξη και η παροχή συμβουλών σε οικογενειακό επίπεδο, και τέλος,

8) η πρόληψη της υποτροπής (Yager, 2006).

Για άτομα που είναι σοβαρά ελλιποβαρή, καθώς και για παιδιά και εφήβους που το βάρος τους έχει παρεκκλίνει από την ομαλή πορεία επί των καμπυλών ανάπτυξης συστήνεται ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση. Για τους εσωτερικούς ασθενείς, η διαφορά μεταξύ υγιούς βάρους-στόχου και του βάρους κατά την έξοδο από τη μονάδα μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την ικανότητα των ασθενών να τραφούν, τα κίνητρα και την ικανότητά τους να συμμετάσχουν στη μετέπειτα παρακολούθηση των προγραμμάτων, καθώς και την πορεία της μετέπειτα παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένης της μερικής νοσηλείας.

Η αύξηση βάρους έχει ως αποτελέσματα βελτιώσεις στις περισσότερες φυσιολογικές και ψυχολογικές επιπλοκές της ασιτίας. Είναι σημαντικό να ενημερώνονται

οι ασθενείς αναφορικά με τις διαφορετικές πορείες που μπορεί να έχει η πρόωρη ανάκαμψη (American Psychiatric Association, 2000).

Καθώς αρχίζουν οι ασθενείς να ανακάμπτουν και να αισθάνονται το σώμα τους να αυξάνει, ειδικά καθώς πλησιάζουν αριθμούς που ενδεχομένως αντιπροσωπεύουν «φοβικά βάρη» (phobic weights), όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Αμερικάνικος Σύλλογος Ψυχιάτρων (APA), μπορεί να αντιμετωπίσουν μια αναζωπύρωση άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ευερεθιστότητα, και μερικές φορές αυτοκτονικές σκέψεις. Αυτά τα συμπτώματα της διάθεσης, εκτός αυτών, που σχετίζονται με ψυχαναγκαστικές σκέψεις προς το φαγητό και καταναγκαστικές συμπεριφορές, αν και συχνά δεν εξαλείφονται, συνήθως μειώνονται με τη συνεχή αύξηση του σωματικού βάρους και τη διατήρησή του (Yager, 2006).

Η αρχική επανασίτιση μπορεί να σχετιστεί με ήπια παροδική κατακράτηση υγρών, αλλά οι ασθενείς, που ξαφνικά σταματούν να παίρνουν καθαρτικά ή διουρητικά μπορεί να παρουσιάσουν σημαντική υποτροπή της κατακράτησης υγρών για αρκετές εβδομάδες (Bender, 2012). Καθώς εξελίσσεται η αύξηση του σωματικού βάρους, πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν επίσης, ακμή και ευαισθησία μαστού, καθώς και αισθήματα δυστυχίας και αποθάρρυνσης για τις θεαματικές αλλαγές στο σχήμα του σώματός τους. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν κοιλιακό πόνο και φούσκωμα με τα γεύματα από την καθυστερημένη γαστρική κένωση, που συνοδεύει τον υποσιτισμό. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να ανταποκριθούν σε προ- παράγοντες κινητικότητας. Η δυσκοιλιότητα μπορεί να βελτιωθεί με μαλακτικά κοπράνων. Εάν δεν αντιμετωπιστούν, μπορεί να εξελιχθούν σε επίμονη δυσκοιλιότητα και, σπάνια, με οξεία απόφραξη του εντέρου.

Είναι σημαντικό τα προγράμματα επανασίτισης να λειτουργήσουν παράλληλα με την γαλούχηση του συναισθηματικού πλαισίου. Για παράδειγμα, είναι χρήσιμο το προσωπικό που περιθάλπει τους ασθενείς να μεταφέρει σ' αυτούς την πρόθεσή του να ασχοληθεί μαζί τους και να μην τους αφήσει να πεθάνουν, ακόμα και όταν η ασθένεια αποτρέπει τους ασθενείς από τη φροντίδα του εαυτού τους. Είναι επίσης, χρήσιμο για το προσωπικό να κάνει σαφές ότι δεν επιθυμεί εμπλοκή σε διαμάχες ελέγχου και τιμωρίας

όταν πραγματοποιεί παρεμβάσεις, τις οποίες μπορεί οι ασθενείς να βιώνουν ως απωθητικές (American Psychiatric Association, 2006).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που συστήνει ο APA αφορούν στους στόχους που θα βοηθήσουν τους ασθενείς με ΝΑ 1) να κατανοήσουν και να συνεργαστούν με τη διατροφική και σωματική τους αποκατάσταση, 2) να κατανοήσουν και να αλλάξουν τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές, που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές τους, 3) να βελτιώσουν την αλληλεπίδρασή τους σε διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο και 4) να αντιμετωπίσουν την ψυχοπαθολογία και τις ψυχολογικές συγκρούσεις, που ενισχύουν ή διατηρούν τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές (Yager, 2006).

4.4 Σχεδιασμός Διαιτολογίου επανασίτισης για ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία

Για να επιτευχθεί ο στόχος, που είναι η επαρκής διατροφική πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών, χρειάζεται μία δίαιτα με υψηλή θρεπτική πυκνότητα (nutrient dense) στο σύνολο. Κατόπιν συζήτησης με τον ασθενή, επιλέγονται τρόφιμα, τα οποία το άτομο νιώθει, ότι μπορεί να ανεχθεί και τα οποία συμφωνούν με τις πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου, καθώς αυτές αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που δεν πρέπει να παραβλέπονται από το διαιτολόγο.

Σχεδιάζοντας τη δίαιτα πρέπει να δοθεί προσοχή σε μια κανονική και σταθερή πρόσληψη υδατανθράκων, ώστε να προληφθούν απότομες αυξομειώσεις βάρους, στην επαρκή πρόσληψη πρωτεΐνης, ιδιαίτερα για τους χορτοφάγους και εκείνους που αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά ή για αυτούς που έχουν αυξημένες πρωτεϊνικές ανάγκες (π.χ. στη λοίμωξη), στην επαρκή πρόσληψη των απαραίτητων λιπαρών οξέων, την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών αναγκαίων για την ενίσχυση της οστικής πυκνότητας (ασβέστιο, βιταμίνη D, μαγνήσιο). Επιπρόσθετα, σημασία πρέπει να δίνεται στο σίδηρο και τον ψευδάργυρο, ιδιαίτερα για όσους δεν καταναλώνουν κόκκινο κρέας, καθώς και στην πρόσληψη λιποδιαλυτών βιταμινών (Winston et al., 2006). Όταν οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά είναι δύσκολο να καλυφθούν μέσα από τη δίαιτα, τότε

συμπληρώματα διατροφής μπορούν να προσφέρουν λύση, για σύντομο συνήθως διάστημα.

Η διατροφική θεραπεία περιλαμβάνει ενισχυμένη ποικιλία τροφίμων, απευαισθητοποίηση από εξαρτήσεις ή ελλείψεις σε συγκεκριμένες τροφές και βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής σε κοινωνικό πλαίσιο (social eating). Κοινή πρακτική αποτελεί η χρήση δομημένων πλάνων κατανάλωσης τροφών για να επιτευχθεί πρόσληψη των απαραίτητων ουσιών με συνέπεια, περιορίζοντας τη διατροφική αυτοσυγκράτηση και την υπερφόρτωση από υγρά. Σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση, δεν έχει βρεθεί ακόμη το διατροφικό πλάνο που θα μπορούσε να είναι αποτελεσματικό σε κάθε άτομο.

Δύο συνήθειες βάσεις για την ανάπτυξη των διαιτολογίων επανασίτισης είναι το MyPyramid και το Exchange Lists for Meal Planning, που βοηθούν στον προγραμματισμό των γευμάτων. Παρά το γεγονός ότι το MyPyramid δεν προτείνεται ως «θεραπευτική δίαιτα», μπορεί να είναι κατάλληλη για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών μεταξύ των ατόμων που υποφέρουν από διαταραχή. Ωστόσο, οι Krebs-Smith και Kris-Etherton (2007) επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες της διατροφής πρέπει να γνωρίζουν ορισμένα σημαντικά σημεία, που σχετίζονται με τη χρήση του. Για την ιστορία, το MyPyramid είναι ένα πρόγραμμα του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ και έχει σχεδιαστεί για να καθοδηγήσει το ευρύ κοινό στην επιλογή τροφίμων, με σκοπό την παροχή θρεπτικής επάρκειας και τη μείωση του κινδύνου χρόνιων ασθενειών (Reiter & Graves, 2012).

Οι Λίστες Ανταλλαγής από την άλλη, αναπτύχθηκαν ως μια κοινή προσπάθεια μεταξύ της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας και της Αμερικανικού Διαιτολογικού Οργανισμού. Τροφές από κάθε ομάδα τροφίμων μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο «ανταλλαγής» με άλλο φαγητό που ανήκει στην ίδια διατροφική ομάδα. Επιπλέον, προστίθενται παράλληλα, με ελεγχόμενο τρόπο λίπη, γλυκαντικές ουσίες, και άλλα, για να επιτευχθεί η πρόσληψη καθορισμένης ενέργειας και μακροθρεπτικών συστατικών.

Το MyPyramid προσφέρει πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα για έναν ασθενή με ΝΑ που μπαίνει στο πρόγραμμα της επανασίτισης. Το πλάνο αυτό δηλώνει εμφατικά ότι τα θρεπτικά συστατικά πρέπει να προέρχονται από τροφές πλούσιες σε τέτοια, καθότι οι πηγές παρέχουν μια ποικιλία από υγιεινά οφέλη για τη συνολική αναδόμηση του οργανισμού, παράλληλα με την πρόσληψη των θρεπτικών συστατικών. Επιπλέον, το MyPyramid προωθεί τη σημασία του μέτρου και την ποικιλία στην επιλογή των τροφίμων, καθώς και την ισορροπία μεταξύ πρόσληψης ενέργειας και σωματικής δραστηριότητας.

Σε περίπτωση, που ο ειδικός επιλέξει να χρησιμοποιήσει το MyPyramid ως σχεδιαστικό σκελετό για το διαιτολόγιο, πρέπει να γνωρίζει, ότι υπάρχουν διαθέσιμα 12 επίπεδα ενεργειακής πρόσληψης μέχρι το όριο των 3200 kcal / ημερησίως (Reiter & Graves, 2012). Σύμφωνα με τις συστάσεις, προτείνονται τρόφιμα περιορισμένης επεξεργασίας, δίχως προσθήκη αλατιού και μια επιλογή τροφίμων με πυκνή θρεπτική σύσταση, που είναι απαλλαγμένα από κάθε προστιθέμενο λίπος ή ενέργεια προερχόμενη από γλυκαντικές ουσίες.

Πολλά άτομα με διατροφικές διαταραχές θα χρειαστούν σε κάποιο σημείο της διαδικασίας επανασίτισης ένα διαιτολόγιο, που παρέχει περισσότερες από 3200 kcal / ημερησίως. Ο διαιτολόγος είναι αυτός, που κατέχει τις δεξιότητες για την τροποποίηση των υφιστάμενων και γενικής φύσεως σχεδίων για την κάλυψη των εξατομικευμένων αναγκών. Η ενεργειακή πρόσληψη είναι η βάση για τα 12 διατροφικά μοτίβα, που είναι διαθέσιμα. Αυτό μπορεί να ενισχύσει το θερμιδικό υπολογισμό και τον έλεγχο του σωματικού βάρους.

Οι κατευθυντήριες γραμμές προέρχονται από οργανισμούς και συλλόγους επαγγελματιών υγείας, όπως η American Diabetes Association, American Heart Association, American Heart Association, American Institute for Cancer Research, American Dietetic Association και NICE, που υπογραμμίζουν στις συστάσεις τους παρόμοια ποσοστά για τα μακροθρεπτικά συστατικά (π.χ., 15% -21% των θερμίδων από πρωτεΐνη, 28% -31% από τα λίπη, και το 53% -58% από υδατάνθρακες) με τις συστάσεις του MyPyramid.

Όποιο και αν είναι το σύστημα, που διαλέγει ο θεραπευτής, οφείλει να λαμβάνει υπόψη του τις πρόσφατες γνώσεις που προκύπτουν για το σχεδιασμό διαιτολογίου και να επανεκτιμά συνεχώς την κατάσταση του ασθενούς, ώστε να τον οδηγήσει τον ασθενή στη βελτίωση και σταθεροποίηση της διατροφής του (Reiter & Graves, 2012).

Συμπεράσματα

Η Νευρική Ανορεξία είναι δεμένη ταυτοτικά στους ασθενείς, καθότι Ψυχογενής, κι αυτό συχνά κρίνεται θεμελιώδες και περισσότερο επιζήμιο για τον πάσχοντα από τις ίδιες τις φυσικές παρενέργειες της νόσου ή τον κίνδυνο θανάτου. Η αποκατάσταση του βάρους σχετίζεται με την εμφανή μείωση των σωματικών συμπτωμάτων, αλλά και τη μεταβολή των δυσπροσαρμοστικών μοτίβων σκέψης, και θεωρείται απαραίτητη για την αποτελεσματική ψυχοθεραπεία. Οι δυο αυτές διαδικασίες θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα. Παρόλα αυτά, η αποκατάσταση ενός υγιούς βάρους είναι δύσκολη ως διαδικασία, λόγω των φυσικών συμπτωμάτων που ακολουθούν την αστία, όπως καθυστερημένη γαστρική κένωση, πρώιμος κορεσμός και άλλες διαταραχές συμπεριφοράς και ψυχολογικών παραγόντων, και επομένως η ρύθμιση της κατάστασης απαιτεί προσεκτική εξέταση.

Αποφθεγματικά, η ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους και το χαμηλό βάρος κατά την έξοδο από την εκάστοτε νοσοκομειακή μονάδα, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για υποτροπή και πρόκληση συνδρόμου επανασίτισης, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν όλες οι επίσημες πηγές, που μελετήθηκαν. Οι ανωμαλίες στη σύσταση του σώματος μπορούν να διορθωθούν με ασφάλεια μόνο όταν οι κυτταρικοί μηχανισμοί έχουν διορθωθεί επαρκώς. Μία απλοϊκή προσέγγιση στη διόρθωση των μη φυσιολογικών τιμών στα βιοχημικά του αίματος είναι ρισκοκίνδυνη. Η διατροφή με την χρήση συμπληρωμάτων είναι η επιλεγόμενη θεραπεία, ενώ η διατροφή μέσω του σωλήνα συνίσταται μόνο ως μια σωτήρια παρέμβαση και έσχατη λύση.

Εξίσου σημαντική για την επανασίτιση είναι και η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, για την οποία απαιτείται η συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας προσέγγισης. Οι διαιτολόγοι, που ειδικεύονται στις διατροφικές διαταραχές είναι σε ιδανική θέση για να υποστηρίξουν τους ασθενείς, καθώς ανακτάται το βάρος και «ομαλοποιείται» η διατροφή. Ωστόσο, εντοπίζεται ένα σοβαρό ερευνητικό έλλειμμα αναφορικά με τις δυνατές διατροφικές παρεμβάσεις.

Βιβλιογραφία

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 2011; 111(8):1236-1241.

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 2006; 106:2073-2082.

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders not otherwise specified (EDNOS). *Journal of the American Dietetic Association*, 2001; 101(7):810-819.

American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. *American Journal of Psychiatry*, 2006; 163(7 Suppl):4-54.

American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC, 1994.

Attia E & Walsh T. Behavioral Management for Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 2009; 360(5):500-6.

Baran SA, Weltzin TE & Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152(7): 1070–2.

Birmingham CL, Goldner EM & Bakan R. Controlled trial of zinc supplementation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1994; 15(3):251–255.

Cardi V et al. Mealtime Support in Anorexia Nervosa: A Within-Subject Comparison Study of a Novel Vodcast Intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2012; 81(1):54–55.

Cockfield A & Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa managing anorexia from a dietitian's perspective (in Symposium 8). Proceedings of the Nutrition Society, 2009; 68(3): 281–288.

Derman O & Kiliç EZ. Edema can be a handicap in treatment of anorexia nervosa. The Turkish Journal of Pediatrics, 2009; 51(6):593-597.

Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. Psychological Medicine, 1995; 25(1):143–55.

Ehrlich S, Querfeld U, Pfeiffer E. Refeeding oedema: an important complication in the treatment of anorexia nervosa. European Child and Adolescent Psychiatry, 2006; 15(4):241-243.

Fisher M, Simpser E & Schneider M. Hypophosphatemia secondary to oral refeeding in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 2000; 28(2):181–187.

Forman-Hoffman VL, Ruffin T & Schultz SK. Basal metabolic rate in Anorexia Nervosa patients: using appropriate predictive equations during the refeeding process. Annals of Clinical Psychiatry, 2006; 18(2): 123 – 127.

Grila C & Mitchell J. The Treatment of Eating Disorders (A Clinical Handbook). New York: The Guildford Press, 2010.

Golden NH, Lanzkowsky L, Schebendach J, Palestro CJ, Jacobson MS, Shenker IR. The effect of estrogen-progestin treatment on bone mineral density in anorexia nervosa. Journal of Pediatric and Adolescence Gynecology, 2002;15(3):135-143.

Harris JA, Benedict FG. A biometric study of human basal metabolism. Proceedings of the National Academy of Science of the USA, 1918; 4(12):370–373.

Herzog T, Zeek A, Hartman A & Nickel T. Lower targets for weekly weight gain leads to better results in in-patient treatment of anorexia nervosa: A pilot study and review. European Eating Disorders Review, 2004; 12(3): 164–168. In: Cockfield A & Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa managing anorexia from a dietitian's

perspective (in Symposium 8). *Proceedings of the Nutrition Society*, 2009; 68(3): 281–288.

Johnson GL, Humphries LL, Shirley PB, Mazzoleni A & Noonan JA. Mitral valve prolapse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Archives of Internal Medicine* 1986;146(8):1525–9.

Jones SC, Pieri LF & Losowsky MS. Abnormalities of liver function in severe anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 1999; 7(1):28–36.

Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 2005; 37(suppl):52-59.

Krebs-Smith SM & Kris-Etherton P. How does mypyramid compare to other population-based recommendations for controlling chronic disease? *Journal of the American Dietetic Association*, 2007; 107(5):830-837.

Lay B, Jennen-Steinmertz C, Reindhard I & Schmidt MH. Characteristics of inpatient weight gain in adolescent anorexia nervosa: Relation to speed of relapse and re-admission. *European Eating Disorders Review*, 2002; 10(1):22–40. In: Cockfield A & Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa managing anorexia from a dietitian's perspective (in Symposium 8). *Proceedings of the Nutrition Society*, 2009; 68(3): 281–288.

Leslie A et al. Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Clinics Proceedings*, 2010; 85(8):746-751.

Marcason W. Nutrition therapy and eating disorders: what is the correct calorie level for clients with anorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 2002; 102(5):644.

Mehanna HM, Moledina J & Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *British Medical Journal*, 2008; 336:1495-1498.

Mehanna HM, Nankivell P, Moledina J & Travis J. Refeeding syndrome – awareness, prevention and management. *Head & Neck Oncology*, 2009; 1:4.

NICE guideline 9. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: National Institute for Clinical Excellence, January 2004.

Olivardia R, Harrison GP, Mangweth B & Hudson JI. Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry*. 1995;152(9):1279-1285.

Obarzanek E, Lesem MD & Jimerson DC. Resting metabolic rate of anorexia nervosa patients during weight gain. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1994, 60(5):666–675.

Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI & Russel GF. Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 1991; 158:495-502.

Robinson PH. The gastrointestinal tract in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2000; 8(2):88–97.

Rock CL. Nutritional and Medical Assessment and Management of Eating Disorders. *Nutrition in Clinical Care*, 1999; 6(2): 332-343.

Schebendach J et al. Indirect calorimetry in the nutritional management of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1995;17(1):59–66.

Solomon SM & Kirby DF. The refeeding syndrome: a review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 1990; 14(1): 90–97.

Vaisman N, Rossi MF, Goldberg E, Dibden LJ, Wykes LJ & Pencharz PB: Energy expenditure and body composition in patients with anorexia nervosa. *The Journal of Pediatrics*, 1988; 113(5): 919–924.

Walker R & Heuberger R. Predictive Equations for Energy Needs for the Critically Ill. *Respiratory Care*, 2009; 54(4):509–521.

Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders: The Role of the Primary Care Physician. *Journal of the Society of General Internal Medicine*, 2000; 15(8):577-590.

Walsh BT. The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiology & Behavior*, 2011; 104(4):525-529.

Winston P et al. Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, Λονδίνο: Royal College of Psychiatrists, 2006.

Πηγές από το διαδίκτυο:

Bender KJ (2012), Refeeding Regimens for Anorexia Challenged, διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://www.psychiatrictimes.com>.

Reiter CS & Graves L (2012), Nutrition in Clinical Practice, διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: ncp.sagepub.com.

Yager J (2006), Treatment of Patients with Eating Disorders, Third Edition, διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://psychiatryonline.org>.