



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ II

Διατροφή και Νοσήματα του Ανώτερου Πεπτικού

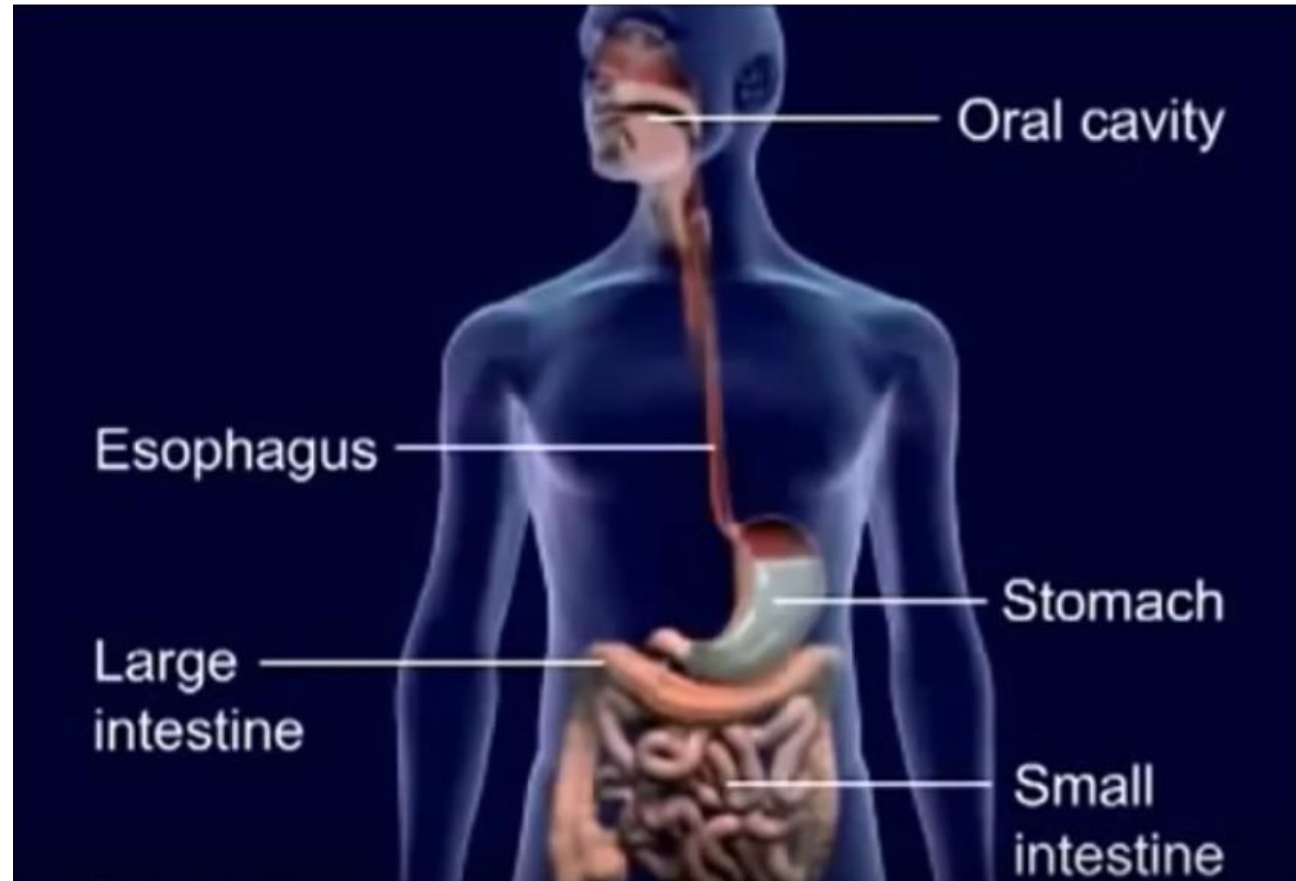
Παναγιώτης Κανέλλος
Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, PhD
Υπότροφος ΕΛΜΕΠΑ

2020

Γαστρεντερικό σύστημα

Κύρια λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος:

- ✓ πέψη & απορρόφηση των προσληφθέντων τροφών
- ✓ αποβολή των άπεπτων ή μη απαραίτητων



Ανώτερο πεπτικό σύστημα

✓ Στόμα-φάρυγγας

✓ Οισοφάγος

✓ Στόμαχος

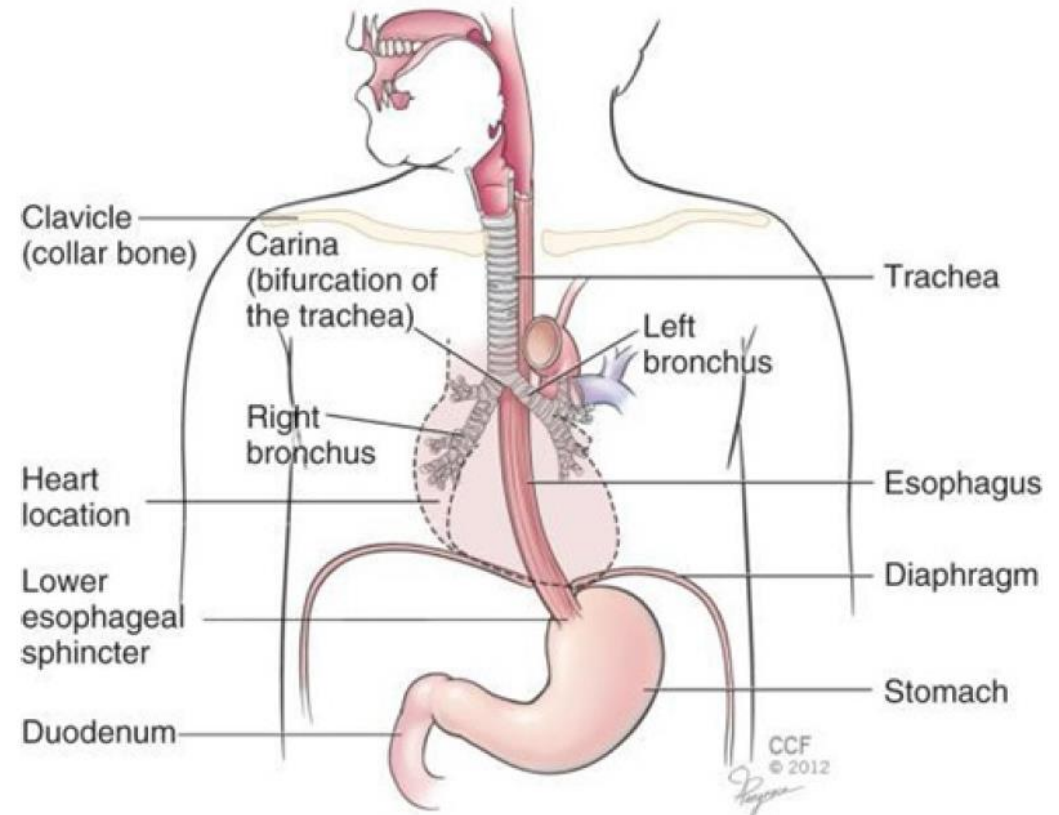


FIG. 26.1 Normal esophagus. Source: (Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio.)

Συνήθη συμπτώματα παθήσεων του ΑΠ

- ❖ Δυσφαγία
- ❖ Δυσκαταποσία
- ❖ Οδυνοφαγία (επώδυνη κατάποση-εμφανίζεται συνήθως 15 sec μετά την κατάποση)
- ❖ Ανορεξία (συχνή σε καρκινώματα στομάχου)
- ❖ Λόξυγκας (βλάβες ΚΝΣ, πνευμ/στρικού, διαφράγματος, πνευμόνων, ιδιοπαθής)
- ❖ Θωρακικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας [οισοφαγικά-θωρακικά- ψυχιατρικά αίτια]
- ❖ Οπισθοστερνικός καύσος (επιδεινώνεται μετά από μεγάλα γέυματα, την κατάκλιση, το κάπνισμα και το αλκοόλ)
- ❖ Ερυγή (ακούσια ή εκούσια αποβολή αερίων στομάχου ή οισοφάγου από το στόμα)
- ❖ Επιγαστραλγία (κοιλιακός πόνος)
- ❖ Αναγωγή (ήπια, αυτόματη παλινδρόμηση μικρών όγκων όξινου υλικού στο στόμα, πικρής γεύσης. Διακρίνεται του εμέτου από την απουσία ναυτίας/ ερυγών)
- ❖ Ναυτία & έμετος

Ναυτία και έμετος

- ❖ Αποτελούν βιολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς
- ❖ Κύρια φυσιολογική λειτουργία του εμέτου είναι η απομάκρυνση τοξικών ή βλαβερών ουσιών από το σώμα μετά την πρόσληψή τους

Αίτια ναυτίας με ή χωρίς έμετο.

Τροφική δηλητηρίαση.

Οξεία γαστρεντερίτιδα.

Απόφραξη του γαστρεντερικού (μηχανικά αίτια).

Παθήσεις, ήπατος, παγκρέατος, χοληφόρων.

Περιτοναϊκός ερεθισμός (π.χ. σκωληκοειδίτιδα).

Παθήσεις κεντρικού νευρικού συστήματος (αυξημένη ενδοκράνια πίεση).

Φάρμακα (πχ δακτυλίτιδα, κλπ).

Ορμονικές ή μεταβολικές διαταραχές (π.χ. Σακχαρώδης διαβήτης, εγκυμοσύνη, ουραιμία).

Μετεγχειρητικές καταστάσεις (γαστρεκτομή).

Ψυχιατρικές ή ψυχολογικές καταστάσεις (βουλιμία, ψυχογενής ανορεξία).

Καρκίνοι (π.χ. στομάχου).

Ακτινοβολία, Χημειοθεραπεία.

Έμετος

- ❖ Βίαιη προώθηση και έξοδος γαστρικού περιεχομένου μέσω του στόματος
- ❖ Αποτέλεσμα σύσπασης κοιλιακών και γαστρικών μυών και χάλασης ΚΟΣ
- ❖ Προηγούνται ερυγές, ναυτία και σιελόρροια
- ❖ Συνήθως συμπτώματα μικρής έντασης και αυτοπεριοριζόμενα
- ❖ Όταν επιμένουν κίνδυνος:
 - ✓ αφυδάτωσης
 - ✓ υποκαλιαιμίας
 - ✓ απώλειας βάρους
 - ✓ κακής θρέψης

Αίτια εμέτου

- ❖ Συναισθηματικές διαταραχές και προβλήματα στον λαβύρινθο
- ❖ Εγχείριση: μετεγχειρητική παρενέργεια
- ❖ Κύηση: πρωινή ή βραδινή αδιαθεσία
- ❖ Φάρμακα: παρενέργειες π.χ. οπιοειδών αναλγητικών
- ❖ Ακτινοβολία - Χημειοθεραπεία
- ❖ Αηδιαστικά θεάματα, οσμές ή αναμνήσεις

Τρόποι περιορισμού της ναυτίας και του εμέτου

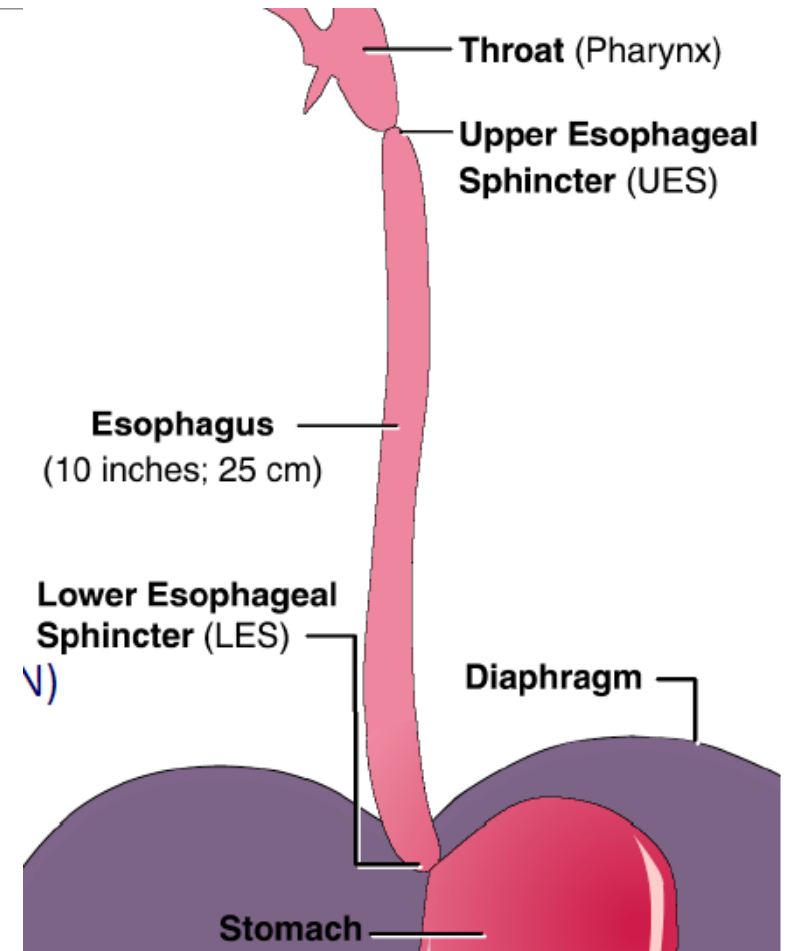
- Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με τα γεύματα. Κατανάλωση υγρών με μικρές γουλιές ή με καλαμάκι ανάμεσα στα γεύματα και τουλάχιστο μία ώρα πριν ή μετά απ' αυτά.
- Κρύα υγρά μπορεί να είναι καλύτερα ανεκτά απ' ότι τα ζεστά.
- Μικρές ποσότητες ανθρακούχων ροφημάτων μειώνουν μερικές φορές το αίσθημα της ναυτίας.
- Κατανάλωση φρυγανιών, κράκερ, ψημένου ψωμιού ή σκέτων (ξηρών) δημητριακών πρωινού, πιθανόν να βοηθήσουν άτομα που αισθάνονται ναυτία, ιδίως τις πρωινές ώρες.
- Αποφυγή τροφίμων που είναι γενικά δύσκολα ανεκτά από πολλούς ανθρώπους, όπως λαχανικά με έντονη μυρωδιά (κρεμμύδια, σκόρδο και αυτά της οικογένειας των κραμβοειδών), καφές, τρόφιμα πλούσια σε καρυκεύματα και μπαχαρικά, καθώς και πολύ λιπαρά και τηγανητά φαγητά. Το άπαχο γάλα καλό είναι να αντικαταστήσει το πλήρες.
- Τα κρύα και χωρίς έντονη μυρωδιά τρόφιμα είναι συνήθως καλύτερα ανεκτά.
- Μικρά και συχνά γεύματα βοηθούν στην αποφυγή της διάτασης του στομάχου, αλλά και παράλληλα στην αποφυγή άδειου στομάχου για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Οι ασθενείς καλό είναι να αποφεύγουν τη μυρωδιά του φαγητού κατά το μαγείρεμα, να καταναλώνουν την τροφή σε καλά αερισμένο χώρο και να αποφεύγουν την κατάκλιση αμέσως μετά τα γεύματα.

Άλλες συστάσεις:

- Αν τα επεισόδια εμέτων είναι σποραδικά, η κατανάλωση τροφίμων, υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες και ιδιαίτερα απλούς, που πέπτονται και απορροφούνται γρήγορα, μπορεί να βοηθήσει.
- Ο ασθενής πρέπει να είναι ήρεμος και να μασάει καλά το φαγητό, να καταναλώνει τρόφιμα και υγρά με αργό ρυθμό, καθώς και να παίρνει βαθιές αναπνοές και να καταπίνει όταν αισθάνεται ναυτία.

Οισοφάγος

- ❖ Μυώδες σωληνώδες όργανο
- ❖ Εκτείνεται από τον φάρυγγα ως τον στόμαχο
- ❖ **Αποτελείται από:**
 1. τον ανώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα (ΑΟΣ)
 2. το σώμα
 3. τον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα (ΚΟΣ)
- ❖ **Βασικές λειτουργίες οισοφάγου:**
 - Κατάποση
 - Αποτροπή παλινδρόμησης γαστρικού περιεχομένου






- κατάποση



- μετακίνηση τροφής από στόμα σε φάρυγγα



- άνοιγμα ΑΟΣ



- εισαγωγή βλωμού σε οισοφάγο




- κύματα μυϊκών συστολών (περισταλτισμός)



- μετακίνηση τροφής προς στομάχο



- άνοιγμα ΚΟΣ



- τροφή σε στομάχο

Λειτουργικές διαταραχές οισοφάγου

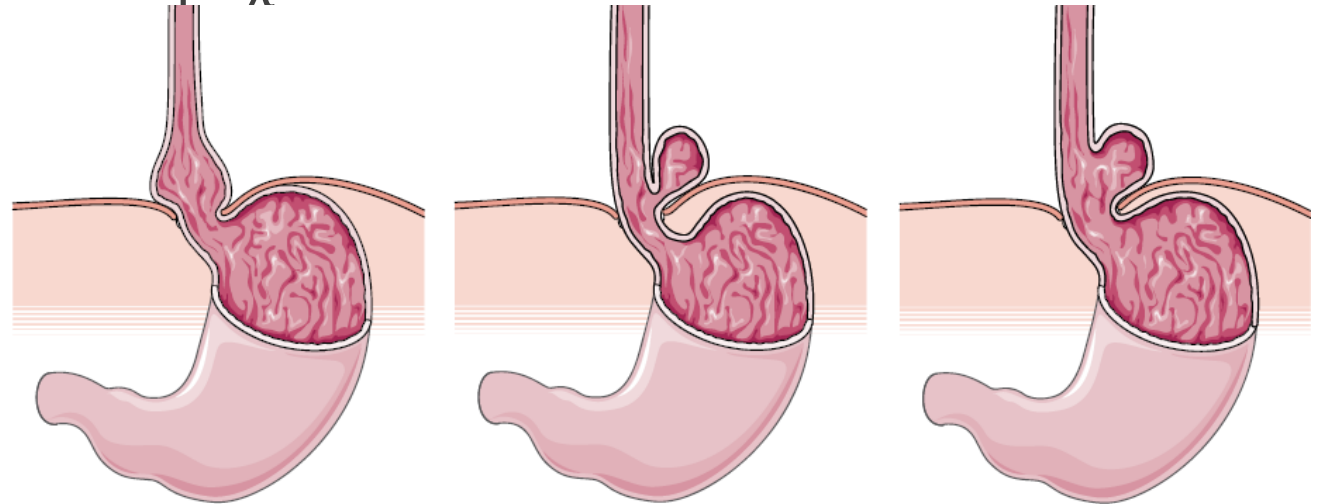
- ❖ Διαφραγματοκήλη (hiatal hernia)
- ❖ Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ)
- ❖ Οισοφαγίτιδα
- ❖ Αχαλασία οισοφάγου

Διαφραγματοκήλη

- ❖ Κάθε μετατόπιση τμήματος του στομάχου προς τον θώρακα, διαμέσου του οισοφαγικού τμήματος του διαφράγματος
- ❖ Επίκτητη ανωμαλία που παρατηρείται μετά την τρίτη δεκαετία της ζωής
- ❖ Αυξάνει με την ηλικία
- ❖ Μεγαλύτερη επίπτωση στις δυτικές χώρες (αύξηση ενδοκοιλιακής πίεσης-παχυσαρκία, δυσκοιλιότητα)

Είδη Διαφραγματοκήλης

- ❖ Ολισθαίνουσα: είναι η συνηθέστερη μορφή στους ενήλικες (90%). Η γαστροοισοφαγική συμβολή μετατοπίζεται μέσα στον θώρακα.
- ❖ Παραοισοφαγική: η γαστροοισοφαγική συμβολή διατηρείται στη θέση της, αλλά μετατοπίζεται τμήμα του θόλου του στομάχου



Ολισθαίνουσα

Παραοισοφαγική

Μικτού τύπου

Διαιτητική αντιμετώπιση

- ❖ Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες συστάσεις
- ❖ Παχυσαρκία → απώλεια βάρους
- ❖ Αποφυγή μεγάλων γευμάτων & γευμάτων αργά το βράδυ
- ❖ Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας (διαιτητικές ίνες-υγρά)
- ❖ Παρουσία ΓΟΠ → αντίστοιχες συστάσεις

Γαστρο-οισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ)

- ❖ Είναι η αναγωγή γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο
- ❖ 20-40% των ενηλίκων αναφέρει συμπτώματα ΓΟΠ
- ❖ Στην παιδική ηλικία 2-20%
- ❖ Οφείλεται σε διατροφή, φάρμακα, διαφραγματοκήλη
- ❖ Η παθολογική συνοδεύεται πάντα από συμπτώματα
- ❖ Μπορεί να συνοδεύεται από ενδοσκοπικές βλάβες (π.χ. οισοφαγίτιδα, στενώσεις, εξελκώσεις, οισοφάγο Barrett's)
- ❖ Βλάβες οφειλόμενες σε HCL και πεψίνη γαστρικού υγρού-οξύτητα
- ❖ Μηχανισμός: παροδική χάλαση ΚΟΣ

Πιθανοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στη ΓΟΠΝ

- ❖ Μειωμένη έκκριση σιέλου
- ❖ Παροδική χαλάρωση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ)
- ❖ Μειωμένη πίεση ΚΟΣ
- ❖ Μειωμένη κάθαρση του οισοφάγου από το οξύ
- ❖ Αυξημένη ευαισθησία του οισοφάγου
- ❖ Θύλακας οξέος
- ❖ Αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση
- ❖ Καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης

Συμπτώματα

Τυπικά:

- ✓ Οπισθοστερνικός καύσος
- ✓ Όξινες αναγωγές

Άτυπα:

- ✓ Θωρακικός πόνος “μη καρδιακής αιτιολογίας”
- ✓ Βράγχος φωνής
- ✓ Λαρυγγίτιδα
- ✓ Χρόνιος βήχας
- ✓ Υπερέκκριση σιέλου
- ✓ Δυσφαγία
- ✓ Σπάνια αιμορραγία

Θεραπεία

- ❖ Εξαρτάται από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων
- ❖ Συντηρητική: τροποποιήσεις στη διατροφή και στον τρόπο ζωής
- ❖ Φαρμακευτική: Επιτυγχάνεται η ύφεση των συμπτωμάτων και η επούλωση της οισοφαγίτιδας
- ❖ Χειρουργική: σπανιότερα

Φαρμακευτική αγωγή

- ❖ **Αντιόξινα:** μειώνουν την οξύτητα, εξουδετερώνουν το HCl
- ❖ **Ανταγωνιστές αντλίας πρωτονίων (PPIs):** ↓ την παραγωγή HCl, ↓ όγκο γαστρικού υγρού
- ❖ **Ανταγωνιστές H₂ υποδοχέων:** ↓ την παραγωγή HCl, ↓ όγκο γαστρικού υγρού
- ❖ **Προκινητικά:** ↑ πίεση ΚΟΣ

Τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής

- ❖ Παχυσαρκία-κοιλιακή παχυσαρκία (↓ ΣΒ)
- ❖ Κάπνισμα
- ❖ Θέση ύπνου
- ❖ Σωματική δραστηριότητα (όχι κοντά στα γεύματα)
- ❖ Αποφυγή χρήσης στενών ρούχων και ζωνών
- ❖ Κατάκλιση στο αριστερό πλευρό
- ❖ Γεύμα πριν την κατάκλιση

ΓΟΠΝ & Παχυσαρκία

- ❖ Συσχέτιση μεταξύ της αύξησης βάρους και των συμπτωμάτων ΓΟΠΝ
- ❖ Η αύξηση βάρους έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο διαβρωτικής οισοφαγίτιδας και οισοφάγου Barrett
- ❖ Ακόμη και μέτρια η αύξηση του σωματικού βάρους μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της ΓΟΠΝ και σε παχύσαρκα και σε μη παχύσαρκα άτομα, ιδιαίτερα στις γυναίκες
- ❖ Η απώλεια βάρους και η μείωση της περιφέρειας της μέσης → μειώνει τα συμπτώματα της ΓΟΠΝ, την έκθεση του οισοφάγου στο οξύ και τα μεταγευματικά επεισόδια παλινδρόμησης

Κάπνισμα & ΓΟΠΝ

- ❖ Σχετίζεται με τη ΓΟΠΝ
- ❖ Αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μη-διαβρωτική ΓΟΠΝ και συμπτώματα παλινδρόμησης
- ❖ Οι καπνιστές εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα παλινδρόμησης από τους μη καπνιστές
- ❖ Η αποχή από το κάπνισμα μειώνει τον αριθμό επεισοδίων παλινδρόμησης μέσα σε 24 ώρες

Θέση ύπνου

- ❖ Ανύψωση του κεφαλιού του κρεβατιού (15 cm)
- ❖ Η χρήση ενός στηρίγματος (σαν σφήνα) σχετίζεται με χαμηλότερη έκθεση στο οξύ σε σύγκριση με την οριζόντια θέση ύπνου
- ❖ Η ανύψωση του κεφαλιού του κρεβατιού μειώνει τον αριθμό των επεισοδίων παλινδρόμησης και του χρόνου έκθεσης στο οξύ

Φυσική δραστηριότητα-Στάση σώματος

- ❖ Η εργασία σε κεκλιμένη θέση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μη διαβρωτική ΓΟΠΝ
- ❖ Τα επεισόδια παλινδρόμησης επιδεινώνονται από την κακή στάση του σώματος
- ❖ Η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση στη ΓΟΠΝ

Γεύμα πριν την κατάκλιση

- ❖ Η κατάκλιση αμέσως μετά την κατανάλωση γεύματος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΓΟΠΝ, ειδικά όταν το διάστημα <3 ώρες
- ❖ Όσο πιο αργά είναι το βραδινό γεύμα, τόσο υψηλότερος ο αριθμός επεισοδίων παλινδρόμησης, ειδικά σε παχύσαρκα άτομα και ασθενείς με διαβρωτική ΓΟΠΝ

Διαιτητική αντιμετώπιση ΓΟΠΝ

❖ Στόχος:

- ✓ μείωση της γαστρικής οξύτητας
- ✓ περιορισμός παραγόντων που χαλαρώνουν τον ΚΟΣ
- ❖ Δεν υπάρχουν **οριστικά** στοιχεία για τον ρόλο της δίαιτας και συγκεκριμένα ορισμένων τροφίμων ή ποτών στις κλινικές εκδηλώσεις της ΓΟΠΝ
- ❖ **Χρήση ημερολογίου κατανάλωσης τροφίμων-ροφημάτων και συμπτωμάτων που την ακολουθούν**

Διαιτητική αντιμετώπιση ΓΟΠΝ

- ❖ Σύσταση της δίαιτας:
- ❖ Μικρά και συχνά γεύματα
- ❖ Αλκοόλ
- ❖ Περιορισμός λίπους (↓ πίεση ΚΟΣ)
- ❖ Γλυκά-σοκολάτα
- ❖ Ανθρακούχα ροφήματα
- ❖ Χυμοί εσπεριδοειδών & τομάτας
- ❖ Καφές
- ❖ Δυόσμος-μέντα-σκόρδο-κρεμμύδι

Είναι
αποτελεσματικά
τελικά;;;

Ο καθολικός αποκλεισμός τροφίμων που **μπορεί** να επιδεινώσουν τα συμπτώματα παλινδρόμησης (σοκολάτα, καφεΐνη, αλκοόλ, όξινα και καυτερά φαγητά) δεν συστήνεται για τη θεραπεία της ΓΟΠΝ

PPIs & απορρόφηση συστατικών

- Μπορεί η μακροχρόνια χορήγηση PPIs να επηρεάσει την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών;

Βιταμίνη B12
Βιταμίνη C
Βιταμίνη D
Σίδηρος

- Η απορρόφηση σιδήρου επηρεάζεται από την έλλειψη του γαστρικού οξέος
- 5 φορές υψηλότερη πιθανότητα να μειωθεί κατά 1 g/dL η αιμοσφαιρίνη και κατά 3% ο αιματοκρίτης σε άτομα υπό PPI θεραπεία
- Προσοχή σε άτομα με κίνδυνο ανεπάρκειας σε σίδηρο ή υπάρχουσα αναιμία

PPIs & απορρόφηση συστατικών

- B12: απαραίτητο το γαστρικό οξύ για την απελευθέρωσή της από την πρωτεΐνη και την προσκόλληση στον ενδογενή παράγοντα για την απορρόφησή της από τον τελικό ειλεό.
- Μεγαλύτερος κίνδυνος στους ηλικιωμένους και όσους έχουν λοίμωξη από H-pylori
- Ωστόσο δεν συστήνεται η λήψη συμπληρωμάτων

- Ασβέστιο & βιταμίνη D: PPIs μπορούν να μεταβάλλουν την απορρόφησή τους
- Μελέτες παρατήρησης: αυξημένος κίνδυνος καταγμάτων ισχίου και σπονδυλικής στήλης
- Case-controls: καμία συσχέτιση
- Έλλειψη RCTs → συστάσεις για συνέχιση θεραπείας υπό στενή παρακολούθηση

Διαχείριση ΓΟΠΝ-Συστάσεις

1. Απώλεια βάρους σε ασθενείς με ΓΟΠΝ που είναι υπέρβαροι ή είχαν πρόσφατη αύξηση βάρους (Σύσταση υπό όρους).
2. Ανύψωση κεφαλής του κρεβατιού και αποφυγή γευμάτων 2-3 ώρες πριν από τον ύπνο σε ασθενείς με νυκτερινή ΓΟΠΝ (Σύσταση υπό όρους).
3. Δεν συνιστάται ο καθολικός αποκλεισμός τροφίμων που μπορούν να προκαλέσουν παλινδρόμηση (συμπεριλαμβανομένων σοκολάτας, καφεΐνης, αλκοόλ, όξινων ή / και πικάντικων τροφίμων) (Σύσταση υπό όρους).
4. Η χορήγηση PPIs 8 εβδομάδων είναι η θεραπεία επιλογής για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και τη θεραπεία της διαβρωτικής οισοφαγίτιδας. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των διαφόρων PPI (Ισχυρή σύσταση).
5. Οι παραδοσιακοί PPIs καθυστερημένης απελευθέρωσης πρέπει να χορηγούνται 30-60 λεπτά πριν από το γεύμα για μέγιστο έλεγχο του pH (Ισχυρή σύσταση). Τα νεότερα PPI μπορεί να προσφέρουν ευελιξία δοσολογίας σε σχέση με το χρονοδιάγραμμα γεύματος (Σύσταση υπό όρους).

Διαχείριση ΓΟΠΝ-Συστάσεις

6. Η θεραπεία με PPIs θα πρέπει να ξεκινά με δοσολογία μία φορά την ημέρα, πριν από το πρώτο γεύμα της ημέρας. Για ασθενείς με μερική ανταπόκριση στη θεραπεία μία φορά την ημέρα, η προσαρμοσμένη θεραπεία με προσαρμογή του χρονισμού της δόσης ή/και η δοσολογία δύο φορές ημερησίως θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με νυχτερινά συμπτώματα μεταβλητά προγράμματα και/ή διαταραχές ύπνου (Ισχυρή σύσταση).
7. Οι μη ανταποκρινόμενοι στη θεραπεία με PPIs πρέπει να παραπέμπονται για αξιολόγηση (Σύσταση υπό όρους).
8. Σε ασθενείς με μερική ανταπόκριση στη θεραπεία PPIs, η αύξηση της δόσης δύο φορές την ημέρα ή η μετάβαση σε διαφορετικό PPI μπορεί να προσφέρει επιπλέον ανακούφιση από τα συμπτώματα (Σύσταση υπό όρους).
9. Η θεραπεία συντήρησης με PPIs πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς που συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα μετά τη διακοπή της PPIs και σε ασθενείς με επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της διαβρωτικής οισοφαγίτιδας και του οισοφάγου Barrett (Ισχυρή σύσταση). Για ασθενείς που χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία με PPIs, πρέπει να είναι χορηγείται στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση (Σύσταση υπό όρους).

Διαχείριση ΓΟΠΝ-Συστάσεις

10. Η θεραπεία με ανταγωνιστές υποδοχέων H_2 (H_2RA) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως επιλογή συντήρησης σε ασθενείς χωρίς διαβρωτική νόσο εάν οι ασθενείς εμφανίσουν ανακούφιση από καούρα. Η θεραπεία με H_2RA πριν τον ύπνο μπορεί να προστεθεί στη θεραπεία με PPIs κατά τη διάρκεια της ημέρας σε επιλεγμένους ασθενείς με αντικειμενικά στοιχεία νυκτερινής παλινδρόμησης αν χρειαστεί, αλλά μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη ταχυφυλαξίας μετά από αρκετές εβδομάδες χρήσης (Σύσταση υπό όρους).
11. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται θεραπεία εκτός από την καταστολή του οξέος, συμπεριλαμβανομένης της προκακινητικής θεραπείας και / ή του baclofen, χωρίς διαγνωστική αξιολόγηση (Σύσταση υπό όρους).
12. Δεν υπάρχει ρόλος για τη σουκραλφάτη σε μη έγκυο ασθενή με ΓΟΠΝ (Σύσταση υπό όρους).
13. Η θεραπεία με PPIs είναι ασφαλής σε έγκυες ασθενείς (Σύσταση υπό όρους).

Οισοφαγίτιδα

- ❖ Φλεγμονή του βλενογόννου του οισοφάγου-ιστολογικές βλάβες
- ❖ Συχνότερη η πεπτική που οφείλεται στην παλινδρόμηση του γαστρικού υγρού
- ❖ Στόχος: Μείωση ΓΟΠ και οξύτητας γαστρικών υγρών
- ❖ **Στην οξεία φάση:**
- ❖ Υδρική δίαιτα ή κατανάλωση μαλακών τροφών
- ❖ Πλήρης αποφυγή όξινων τροφίμων (χυμός λεμονιού, ξύδι, αναψυκτικά)
- ❖ Πλήρης αποφυγή καρυκευμάτων και μπαχαρικών (πιπέρι, ξερή κόκκινη πιπεριά, πάπρικα)
- ❖ Αποφυγή καφέ και αλκοόλ (μειώνει οξύτητα γαστρικών εκκρίσεων)
- ❖ Διατροφικές συστάσεις ΓΟΠΝ

Οισοφαγίτιδα

MANAGEMENT

Behavioral Modification

Avoid:

- Eating within 3-4 hours of bedtime
- Lying down after meals
- Tight-fitting clothing
- Cigarette smoking
- Excess stress

Medical/Surgical Management

- Proton pump inhibitors
- Histamine-2 receptor antagonists
- Antacids
- Prokinetic agents
- Fundoplication

Nutrition Management

Goal:

Decrease exposure of esophagus to gastric contents

Avoid:

- Large meals
- Excess intake of dietary fat
- Alcohol, mint, coffee, and chocolate

Goal:

Decrease acidity of gastric secretions

Avoid:

- Coffee
- Alcohol

Goal:

Prevent pain and irritation

Avoid:

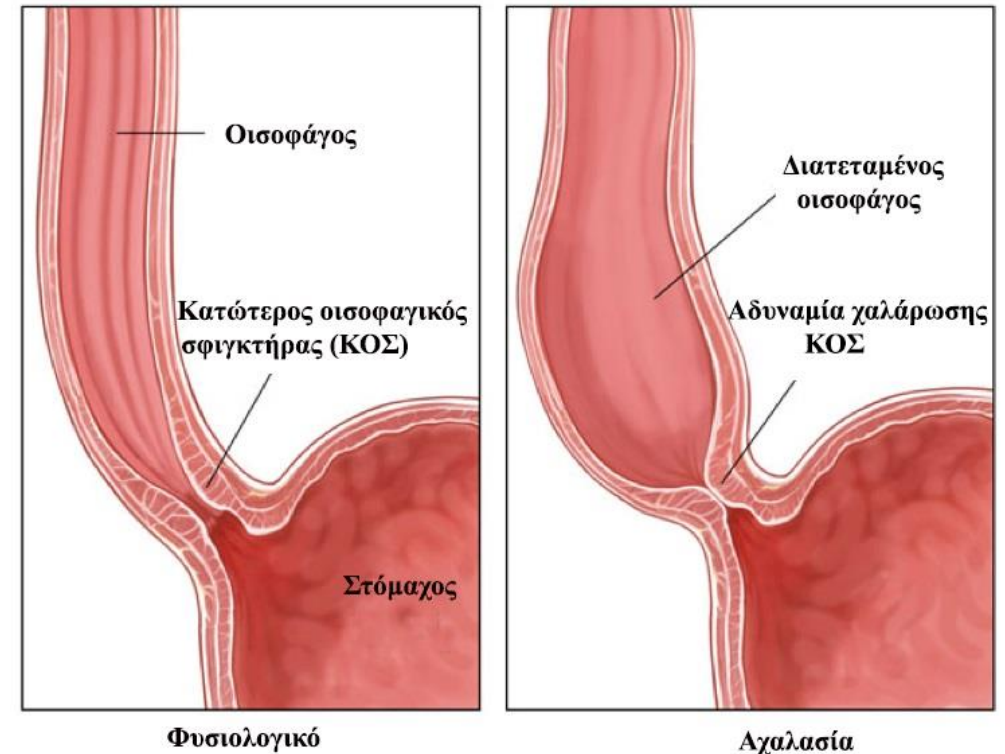
- Any food that the patient feels exacerbates symptoms, especially hot and spicy foods

Αχαλασία οισοφάγου

- ❖ Πρωτοπαθής διαταραχή της κινητικότητας του οισοφάγου συνήθως οφειλόμενη σε φλεγμονώδη εκφύλιση των νευρώνων του τοιχώματος του οισοφάγου με χαρακτηριστικά προοδευτικής και επιδεινούμενης δυσφαγίας
- ❖ Χαρακτηρίζεται από 3 κύριες λειτουργικές διαταραχές:
 - ✓ Απουσία περισταλισμού
 - ✓ Αυξημένη πίεση ηρεμίας ΚΟΣ
 - ✓ Αδυναμία χάλασης ή ατελής χάλαση του ΚΟΣ κατά την κατάποση

Συμπτώματα αχαλασίας

- ❖ Αρχικά συμπτώματα: δυσφαγία και αναγωγή στερεών και υγρών
- ❖ Αίσθημα πληρότητας στον θώρακα
- ❖ Απώλεια βάρους λόγω υποθρεψίας
- ❖ Αναγωγές, οπισθοστερνικός καύσος
- ❖ Αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου οισοφάγου σε ασθενείς με 10ετή και πλέον αχαλασία



Ιατρική αντιμετώπιση

- ❖ Παρηγορητική (άγνωστη αιτιολογία)
- ❖ Φάρμακα για χάλαση λείων μυικών ινών
- ❖ Βίαιες διαστολές (καθετήρες-μπαλόνια)
- ❖ Χειρουργική επιμήκης μυοτομή ΚΟΣ κατά Heller (καλύτερα μακροχρόνια αποτελέσματα από τις διαστολές)
- ❖ Ενδοσκοπική χορήγηση βοτουλινικής τοξίνης A → αναστέλλει την έκλυση ακετυλοχολίνης → ελάττωση πίεσης ΚΟΣ

Διαιτητική αντιμετώπιση

- ❖ Ημιστερεές και υδαρείς τροφές
- ❖ Μικρά και συχνά γεύματα
- ❖ Μείωση πρωτεΐνης και υδατανθράκων και αύξηση λίπους για να μειωθεί η πίεση του ΚΟΣ και να αυξηθεί η ενεργειακή πρόσληψη
- ❖ Οι θερμοκρασίες των τροφών δεν πρέπει να είναι ακραίες
- ❖ Αποφυγή σκληρών και αφυδατωμένων τροφίμων
- ❖ Αποφυγή εσπεριδοειδών χυμών (πρόβλημα πρόσληψης βιταμίνης C), καρυκευμάτων, δυνατού καφέ ή τσαγιού που μπορεί να τραυματίσουν το βλεννογόνο του οισοφάγου
- ❖ Ο ασθενής πρέπει να τρώει αργά και να μασάει καλά την τροφή του

Διαιτητική αντιμετώπιση (καθετήρες)

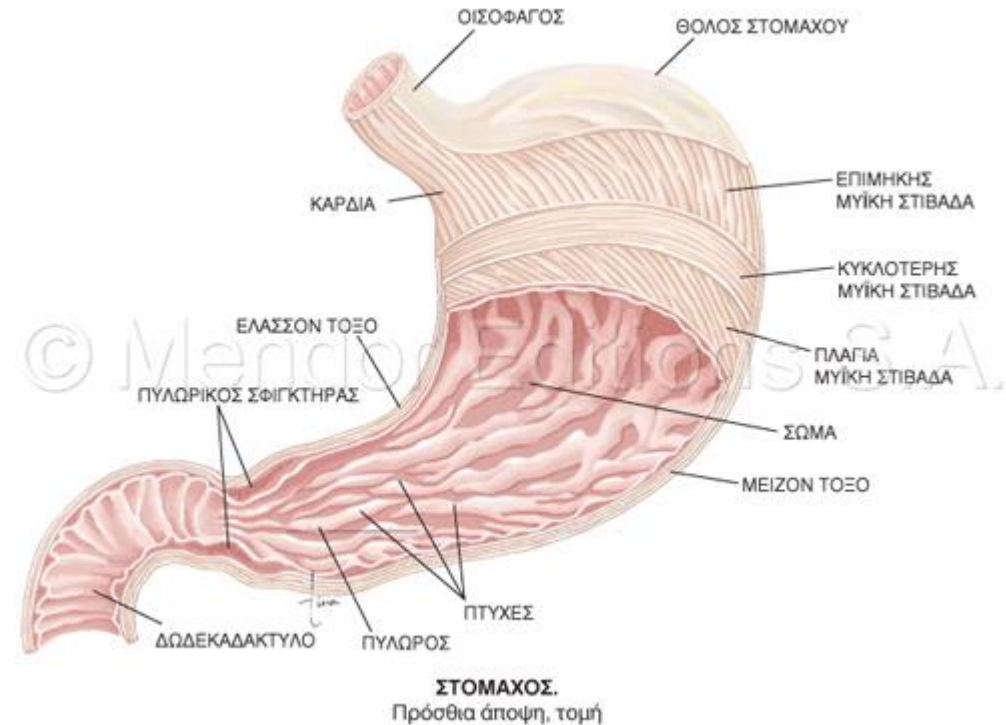
- ❖ Υδρική δίαιτα → Ελαφρά ημιστερή ή μαλακή δίαιτα
- ❖ Αποφυγή:
 - ✓ Σκληρό, αφυδατωμένο κρέας
 - ✓ Κόκαλα ψαριών
 - ✓ Σκληρά / μαστιχώδη τυριά
 - ✓ Ψίχα φρέσκου ψωμιού, ξηρούς καρπούς
 - ✓ Ωμά λαχανικά
 - ✓ Φρούτα με φλούδα/ ίνες εσπεριδοειδών
- ❖ Διεξοδική μάσηση
- ❖ Μικρά και συχνά γεύματα
- ❖ Θερμιδικός εμπλουτισμός γευμάτων και σνακ
- ❖ Κατανάλωση μικρής ποσότητας σόδας ή λεμονάδας μετά το φαγητό για απομάκρυνση τροφών

Δυσφαγία

- ❖ Δυσκολία στη λήψη φαγητού
- ❖ Ανάλογα με τη φάση κατάποσης διακρίνεται σε:
 - ✓ Στοματοφαρυγγική (αδυναμία στην έναρξη κατάποσης)
 - ✓ Οισοφαγική (διακοπή προώθησης της τροφής στον οισοφάγο)
- ❖ Δυσφαγία σε στερεά → μηχανική απόφραξη
- ❖ Σε στερεά και υγρά → νευρομυϊκή διαταραχή
- ❖ Αντιμετώπιση ανάλογα με την αιτία που την προκαλεί

Στόμαχος

- ❖ Όργανο σχήματος ασκού, χωρητικότητας 1,5 λίτρων
- ❖ Λειτουργίες:
 - ✓ Αποθήκευση των καταποθέντων τροφών
 - ✓ Κατακερματισμός στερεών τροφών σε τεμαχίδια διαμέτρου μικρότερης των 2mm
 - ✓ Παραγωγή γαστρικών υγρών
 - ✓ Κένωση



Δυσπεψία

- ❖ Ως δυσπεψία αναφέρεται η μη ειδική, επίμονη δυσφορία του ή πόνος στο άνω κοιλιακό τμήμα.
- ❖ Επηρεάζει περίπου το 20% έως το 40% του γενικού πληθυσμού και μειώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής.
- ❖ Οι υποκείμενες αιτίες της δυσπεψίας μπορεί να περιλαμβάνουν τη ΓΟΠΝ, το πεπτικό έλκος, τη γαστρίτιδα, νόσους της χοληδόχου κύστης ή άλλες παθολογικές καταστάσεις.

Κριτήρια Ρώμης IV για λειτουργική δυσπεψία

1. Ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Ενοχλητική μεταγευματική πληρότητα
- Ενοχλητικός πρόωρος κορεσμός
- Ενοχλητικό επιγάστριο άλγος και
- Ενοχλητικός επιγάστριος καύσος

ΚΑΙ

2. Όχι ενδείξεις δομικής νόσου (μέσω ενδοσκόπησης άνω πεπτικού) που είναι πιθανό να εξηγήσει τα συμπτώματα

Τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται τους τελευταίους 3 μήνες με έναρξη συμπτωμάτων τουλάχιστον 6 μήνες πριν από τη διάγνωση και ο ασθενείς να πληροί τα κριτήρια για σύνδρομο μεταγευματικής δυσφορίας (PDS), σύνδρομο επιγάστριου πόνου (EPS) ή και τα δύο.

Stanghellini et al., 2016

Διαιτητική αντιμετώπιση

- ❖ Μη επαρκή και αντιφατικά αποτελέσματα μελετών για τη διαιτητική αντιμετώπιση.
- ❖ Πιθανή καταλυτική δράση καυτερών, όξινων και λιπαρών τροφίμων.
- ❖ Χρήση ημερολογίου κατανάλωσης τροφίμων-ροφημάτων και συμπτωμάτων που την ακολουθούν.

Οξεία Γαστρίτιδα

- ❖ φάρμακα κυρίως ασπιρίνη
- ❖ οινόπνευμα
- ❖ ακτινοβολία
- ❖ έντονο stress
- ❖ τροφές μολυσμένες με σταφυλόκοκκο
- ❖ Οξεία φλεγμονή και απότομη έναρξη συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό
- ❖ Σοβαρότερη μορφή: οξεία αιμορραγική διαβρωτική γαστρίτιδα, που εκδηλώνεται με αιμορραγία και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών διαβρώσεων στο γαστρικό βλεννογόνο

Αντιμετώπιση

- ❖ Παλαιότερα: δίαιτα μετά γαστρορραγίας βασισμένη σε αυστηρά πρωτόκολλα
- ❖ Σήμερα: NPO έως διακοπή αιμορραγίας
- ❖ Μόνο παρεντερική χορήγηση υγρών & ηλεκτρολυτών
- ❖ 2-5 ημέρες διαυγή υγρά → πλήρης υδρική → ελαφρά

Χρόνια Γαστρίτιδα

- ❖ Επιπολής (αλλοιώσεις στα ανώτερα τμήματα-δεν επηρεάζονται οι γαστρικοί αδένες)
- ❖ Ατροφική (αυτοάνοση ή *H.Pylori*)
- ❖ Βιοψία: ασφαλέστερος τρόπος διάγνωσης
- ❖ ΦΑ: αντιβιοτικά/
αντιόξινα/αντιελκωτικά φάρμακα

Αντιμετώπιση

- ❖ Σε περιόδους έξαρσης → ΟΧΙ όξινα, καρυκεύματα, καφεΐνη, αλκοόλ
- ❖ Σε περιόδους ύφεσης → ισορροπημένη διαίτα
- ❖ Προσοχή στην ανίχνευση ανεπαρκειών σιδήρου, B12 κτλ.

Πεπτικό έλκος

- ❖ Η απώλεια της ακεραιότητας του επιθηλίου του βλεννογόνου που επεκτείνεται σε βάθος τουλάχιστο μέχρι τη βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα και έχει διάμετρο ≥ 5 mm.
- ❖ Τα ΠΕ μπορεί να διαβρώσουν μια αρτηρία και να προκαλέσουν μαζική αιμορραγία που εκδηλώνεται με αιματέμεση ή μέλαινα κένωση (δύσοσμη, ημισχηματισμένη μαύρου χρώματος κένωση που οφείλεται σε αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό).
- ❖ Επίσης τα ΠΕ κυρίως όμως τα δωδεκαδακτυλικά μπορεί να προκαλέσουν διάτρηση προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Αίτια ΠΕ

➤ Λοίμωξη από *Helicobacter pylori*

Θεωρείται πρωταρχική αιτία πεπτικού έλκους

Αυξάνει την έκκριση HCl βλάπτοντας τον ιστό του στομάχου και του 12δάκτυλου προκαλώντας φλεγμονή και έλκη

➤ Μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)

Αναστέλλουν τη σύνθεση προσταγλανδινών και τροποποιούν την εξουδετερωτική ικανότητα του βλεννογόνου

Οι 2 αυτοί παράγοντες ευθύνονται για το 90% των περπτώσεων ΠΕ

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Θεραπευτικοί παράγοντες

1. Αντιόξινα
2. Αναστολείς γαστρικής έκκρισης
3. Φάρμακα που ενισχύουν αντίσταση βλεννογόνου (Κυτταροπροστασία)
4. Αγωγή εκρίζωσης *Helicobacter pylori*

Διαιτητική αντιμετώπιση

Η διαιτητική αντιμετώπιση έχει στόχο:

- 1.Τη μείωση της έκκρισης γαστρικού οξέος
- 2.Την ανακούφιση από τα συμπτώματα
- 3.Τον περιορισμό της βλάβης του βλεννογόνου

εξατομίκευση

- ❖ Γάλα – γαλακτοκομικά
- ❖ Φυτικές ίνες
- ❖ PUFAs
- ❖ Όξινα τρόφιμα (εσπεριδοειδή – αναψυκτικά – λεμόνι – ξύδι)
- ❖ Καρυκεύματα- μπαχαρικά (καυτερό πιπέρι/ καυτερή κόκκινη πιπεριά- αλάτι)
- ❖ Καφεΐνη
- ❖ Αλκοόλ SOS υψηλόβαθμα ποτά
- ❖ Τρόφιμα υψηλά σε πρωτεΐνη και βιτ. C
- ❖ Σχεδιασμός γευμάτων (συχνά ή όχι??)

Πεπτικό έλκος

MANAGEMENT

Medical Management

- If *H. pylori* positive, use antibiotics
- Reduce or withdraw use of NSAIDs
- Use sucralfate, antacids
- Suppress acid secretion with proton pump inhibitors or H₂-receptor antagonists

Behavioral Management

- Avoid tobacco products
- Reduce stress

Nutrition Management

Decrease consumption of:

- Alcohol
- Spices, particularly red and black pepper when inflamed
- Coffee and caffeine

Increase consumption of:

- Omega-3 and Omega-6 fatty acids
- Fermented foods (yogurt, fermented cabbage, miso)
- Cooked, non-spicy, soft foods that are easy to digest

Εγχειρήσεις στομάχου

- Σε επείγουσες καταστάσεις όπως η αιμορραγία και η διάτρηση (στελεχειαία βαγοτομή με πυλωροπλαστική ή συρραφή έλκους)
- Για ΓΟΠΝ
- Για ΠΕ
- Για καρκίνο στομάχου
- Για νοσογόνο παχυσαρκία

Άμεση μετεγχειρητική διατροφή

Παρεντερική χορήγηση υγρών & ηλεκτρολυτών– NPO (3-5 ημέρες)

Πιθανόν και νηστιδοστομία



Νερό σε θερμοκρασία δωματίου

Υγρά φτωχά σε απλούς υδατάνθρακες (τσάι, χαμομήλι, ζωμός, άγλυκο ζελέ ή άγλυκος σουρωμένος χυμός φρούτων)

Ελαφρά Δίαιτα

- ❖ πλούσια σε πρωτεΐνη 1-1.5 γρ/ 1,5 κιλό ΣΒ
- ❖ μέτρια σε λίπος και
- ❖ φτωχή σε απλούς υδατάνθρακες και φυτικές ίνες
- ❖ διαχωρισμός υγρών από στερεά
- ❖ συχνά γεύματα (κάθε 2 ώρες)
- ❖ αποφυγή γάλακτος & ανθρακούχων αναψυκτικών

Σύνδρομο Dumping

- ❖ Είναι ένα σύνολο μεταβολών που αφορά αγγειοκινητικά και γαστρεντερικά συμπτώματα που εκδηλώνονται 15-30 min μετά τη λήψη τροφής
- ❖ Ακολουθεί χειρουργικές επεμβάσεις στομάχου
- ❖ Αιτία είναι η απώλεια της φυσιολογικής ρύθμισης της γαστρικής κένωσης
- ❖ Η κατάργηση του πυλωρικού άντρου και η υψηλή ενδογαστρική πίεση έχουν σαν αποτέλεσμα την ενεργητική προώθηση των τροφών στο έντερο
- ❖ Η ταχεία είσοδος του υπέρτονου γαστρικού περιεχομένου στο έντερο οδηγεί στη διάτασή του και στην πυροδότηση αυτόνομων αντανακλαστικών
- ❖ Προκαλείται γρήγορη έξοδος υγρών από τον ενδαγγειακό χώρο στον αυλό του εντέρου και αύξηση του περιεχομένου του με αποτέλεσμα αυξημένο περισταλτισμό, κωλικοειδή άλγη και διάρροια
- ❖ Αποτέλεσμα η εκδήλωση συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό αλλά και συστηματικά συμπτώματα

Σύνδρομο Dumping

Πρώιμο (10-30 min)

- ❖ Ταχυκαρδία
- ❖ Αίσθημα παλμών
- ❖ Εφίδρωση
- ❖ Αδυναμία
- ❖ Εξάψεις
- ❖ Κόπωση
- ❖ Κεφαλαλγία
- ❖ Ναυτία-έμετος-διάρροια
- ❖ Κωλικοειδή κοιλιακά άλγη
- ❖ Ερυγές
- ❖ Αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο

Όψιμο (90 min-3 h)

- ❖ Υπόταση
- ❖ Ταχυκαρδία
- ❖ Αίσθημα παλμών
- ❖ Εφίδρωση
- ❖ Αδυναμία
- ❖ Εξάψεις

Διαιτητική αντιμετώπιση συνδρόμου Dumping

1. Κατανάλωση 6-8 μικρά γεύματα την ημέρα.
2. Περιορισμός υγρών σε ½ φλιτζάνι ανά γεύμα.
3. Κατανάλωση υγρών τουλάχιστον 30 έως 40 λεπτά πριν και μετά τα γεύματα.
4. Αργή & καλή μάσηση. Πιθανό όφελος από μαλακά, αλεσμένα ή καθαρισμένα τρόφιμα.
5. Αποφυγή ακραίων θερμοκρασιών των τροφίμων (πολύ ζεστά ή πολύ κρύα).
6. Χρήση καρυκευμάτων και μπαχαρικών όσο είναι ανεκτά (πιθανή αποφυγή πιπεριού, καυτερών σαλτσών).
7. Κατάκλιση για 30' μετά το γεύμα.

Διαιτητική αντιμετώπιση συνδρόμου Dumping

8. Περιορισμός τροφίμων και ποτών με απλούς υδατάνθρακες με περισσότερα από 12 γραμμάρια σακχάρων ανά μερίδα (χυμοί φρούτων, Gatorade, Powerade, Kool Aid, γλυκό τσάι, σακχαρόζη, μέλι, ζελέ, σιρόπι καλαμποκιού, μπισκότα, πίτες, ντόνατς). Αύξηση κατανάλωσης τροφίμων με σύνθετους υδατάνθρακες (δημητριακά ολικής αλέσεως, πατάτες).
9. Κατανάλωση τροφίμων με υψηλότερη περιεκτικότητα σε διαλυτές ίνες (μήλα, βρώμη, πατζάρια, καρότα και φασόλια).
10. Κατανάλωση ενός τροφίμου που περιέχει πρωτεΐνες σε κάθε γεύμα.
11. Η προσθήκη μια μερίδας λίπους (ελαιόλαδο, βούτυρο καρπών ή αβοκάντο) ενθαρρύνει την αργή εκκένωση του στομάχου. Ελάττωση τηγανητών τροφίμων, τσιπς, μπισκότων, χοτ-ντογκ και άλλων λιπαρών τροφίμων.
12. Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα ενδέχεται να μην είναι ανεκτά σε δυσανεξία στη λακτόζη. Αργή εισαγωγή τους στη διαίτα εάν ήταν ανεκτά προεγχειρητικά.
13. Αποφυγή αλκοολών σακχάρου όπως σορβιτόλη, ξυλιτόλη, μαννιτόλη και μαλτιτόλη, καθώς μπορεί να επιδεινώνουν τα συμπτώματα.

Βιβλιογραφία

Doerfler, B. and Gonsalves, N. (2016) Nutritional Considerations in Gastroesophageal Reflux Disease and Eosinophilic Esophagitis. In: A.L. Buchman (eds), *Nutritional Care of the Patient with Gastrointestinal Disease* (pp. 161-174). Boca Raton: Taylor & Francis Group

Gyawali, C.P., Fass, R. (2018) Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*, 154(2), pp. 302-318.

Katz, P.O., Gerson, L.B., Vela, M.F. (2013) Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(3), pp. 308-28.

Krause and Mahan's Food & The Nutrition Care Process, 15th Edition.

Moraes-Filho, J.P., Navarro-Rodriguez, T., Barbuti, R., Eisig, J., Chinzon, D., Bernardo, W., Brazilian Gerd Consensus Group. (2010) Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. *Arquivos de Gastroenterologia*, 47(1), pp. 99-115.

Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, Talley NJ. (2016) Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology*, 150(6), pp. 1380-92.

Τζιβράς, Μ., Κουρτέσας Δ., Κοντογιάννη, Μ. (2011) Διαταρχές του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος. Στο: Ζαμπέλας Α. (εκδ.), *Κλινική Διαιτολογία και Διατροφή* (σελ. 577-614). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχλίδης