

## Η διατροφή των υπερηλικών

### Περίληψη

Δ.Θ. Καραμήτσος

Σε αυτό το ενημερωτικό άρθρο παρουσιάζονται τα ειδικά προβλήματα διατροφής των υπερηλικών και η αντιμετώπισή τους. Στην τρίτη ηλικία υπάρχουν μεταβολές στη φυσιολογία της πέψης, είναι συχνά ορισμένα νοσήματα, αλλά και κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη θρέψη. Τα ακωτέρω απαιτούν αντιμετώπιση και παροχή ειδικών διατροφικών συμβουλών.

Στη σημερινή εποχή σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού έχει πιθανότητες να φθάσει σε μεγάλη ηλικία. Ο Ελληνικός πληθυσμός χαρακτηρίζεται από αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας<sup>1</sup>. Κατά την παροχή ιατρικών φροντίδων σε άτομα της τρίτης ηλικίας πάντοτε χρειάζονται μερικές γνώσεις των προβλημάτων που υπάρχουν στη διατροφή των ηλικιωμένων. Οι οδηγίες διατροφής των υπερηλικών έχουν στόχο να προλαβαίνουν ή να επιβραδύνουν την εξέλιξη προβλημάτων υγείας, που προκύπτουν από κακές συνήθειες διατροφής ή από υποσιτισμό.

Στο κείμενο που ακολουθεί εκτίθενται οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στην τρίτη ηλικία και οι συνέπειες που αυτές συνεπάγονται στη διατροφή, αναφέρονται οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή των ηλικιωμένων, οι δυσχέρειες που προκαλούνται από προγενέστερες συνήθειες διατροφής, συζητούνται οι θερμιδικές ανάγκες των ηλικιωμένων και η ανάγκη για επαρκή πρόσληψη βιταμινών και μετάλλων. Τέλος παρέχονται διαιτολογικές συστάσεις και αδρά υποδείγματα διατροφής ηλικιωμένων ατόμων ή ασθενών.

### Φυσιολογικές μεταβολές στην 3η ηλικία

Με την πρόοδο της ηλικίας παρατηρούνται αρκετές μεταβολές στις λειτουργίες του οργανισμού που θεωρούνται «φυσιολογικές» ή αναμενόμενες συνέπειες του γήρατος<sup>2</sup>. Έτσι έχουμε:

- 1) Μείωση της γευστικής ικανότητας και της οσμής.
- 2) Μείωση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος στο στομάχι και πεπτικών ενζύμων γενικά.
- 3) Συχνή συνύπαρξη χολολιθίασης ή μειωμένης λειτουργίας της χοληδόχου κύστεως (χολοκυστοατονία).
- 4) Δυσκοιλιότητα που αποδίδεται στην ατονία του μυϊκού

συστήματος των εντέρων, τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα και την κατανάλωση τροφών που δεν αφήνουν αρκετό εντερικό υπόλειμμα.

5) Αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου, καθώς οι ηλικιωμένοι συνήθως προσλαμβάνουν λιγότερες πρωτεΐνες. Η μείωση των πρωτεϊνών έχει δυσμενείς συνέπειες στην αποκατάσταση καταγμάτων οστών, την επούλωση τραυμάτων, την αντίσταση στις λοιμώξεις και προδιαθέτει σε αναιμία.

6) Μείωση αποθεμάτων λιποδιαλυτών βιταμινών, είτε όταν οι υπερήλικες αποφεύγουν λιπαρές τροφές, είτε όταν δεν απορροφούν κανονικά το λίπος και μαζί με αυτό τις λιποδιαλυτές βιταμίνες. Ευτυχώς τέτοιες ελλείψεις βιταμινών δεν είναι συχνές<sup>3</sup>.

7) Μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού, κυρίως λόγω της απώλειας των μεταβολικά πλέον ενεργών ιστών, όπως είναι οι μύες και αύξησης ανενεργών ιστών, όπως είναι το λίπος<sup>4</sup>.

8) Μειονεκτικό ανοσολογικό σύστημα. Γνωρίζουμε επίσης ότι η κακή διατροφή (υποθρεψία) μειώνει την κυτταρική ανοσία.

9) Σακχαρώδη διαβήτη. Σε ποσοστό 8-10% οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν ήπιο σακχαρώδη διαβήτη. Η αυξημένη συχνότητα διαβήτη οφείλεται στην μειωμένη ευαισθησία των ιστών στη δράση της ινσουλίνης, που είναι αποτέλεσμα της ελάττωσης της μυϊκής μάζας και της μυϊκής δραστηριότητας. Το 1/3 των διαβητικών είναι άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών, (στατιστική από προσωπικό αρχείο).

10) Συστολική υπέρταση. Οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να εμφανίζουν συστολική υπέρταση (ως συνέπεια της σκλήρυνσης της αορτής), η οποία επηρεάζεται άμεσα από την πρόσληψη χλωριούχου νατρίου, για τον επιπρόσθετο λόγο της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας λόγω νεφροσκλήρυνσης<sup>5</sup>.

11) Αδυναμία κανονικής μάσησης, λόγω κακής καταστάσεως των οδόντων ή κακής εφαρμογής της τεχνητής οδοντοστοιχίας. Αυτή η αδυναμία τους υποχρεώνει σε αποφυγή τροφών που απαιτούν δυνατή μάσηση π.χ. οι υπερήλικες αποφεύγουν να τρώνε κρέας, χόρτα, σκληρά φρούτα κλπ.

12) Μείωση του αισθήματος της δίψας<sup>5</sup>.

### Κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή των ηλικιωμένων

Ηλικιωμένοι που διαβιούν μέσα σε οικογένειες συνήθως διατρέφονται καλύτερα από ότι οι

υπερήλικες που ζούνε μόνοι τους ή που ζούνε σε οίκους ευγηρίας. Οι υπερήλικες που ζούνε μόνοι τους συνήθως έχουν άλλοτε άλλο βαθμό κατάθλιψης. Ο υπερήλικας που δεν έχει καλή ψυχική διάθεση, δεν έχει καλή όρεξη και συνήθως υποσιτίζεται ή σιτίζεται μονομερώς. Η οικονομική κατάσταση του υπερήλικα επίσης επηρεάζει την επιλογή τροφής. Έτσι τροφές ακριβές, αλλά και θρεπτικά σημαντικές, όπως το κρέας, συχνά αποφεύγονται για οικονομικούς λόγους. Έτοιμα φαγητά από εστιατόρια ή καταστήματα fast food αποτελούν συχνή επιλογή των ηλικιωμένων. Με τον τρόπο αυτό όμως τρώνε συνήθως περισσότερο αλάτι από ότι πρέπει και ποιοτικά κατώτερες τροφές.

Εξάλλου, υπερήλικες που ζούνε μόνοι τους αποφεύγουν να μαγειρέψουν, γιατί η μικρή ποσότητα που χρειάζονται για την ατομική τους διατροφή, και η έλλειψη διάθεσης δρα ανασταλτικά<sup>3</sup>.

Ποσοστό 10% των υπερηλικών έχει πρόβλημα υποθεψίας.

### Προγενέστερες συνήθειες διατροφής

Οι συνήθειες διατροφής ενός ατόμου συχνά παραμένουν και στην τρίτη ηλικία. Μπορεί να είναι συνήθειες καλές ή κακές, πάντως εφόσον παραμένουν είναι δύσκολο να μεταβληθούν. Οι παλιές συνήθειες διατροφής διατηρούνται καλύτερα στους υπερήλικες που δεν μένουν μόνοι τους. Οι ηλικιωμένοι είναι δύσκολο να αλλάξουν προτιμήσεις και αντιλήψεις σε θέματα διατροφής και δεν είναι καλοί αποδέκτες διδασκαλίας. Η αλλαγή στις συνήθειες της διατροφής τους - όταν συμβαίνει - συνήθως γίνεται από την πίεση ειδικών συνθηκών και αναγκών.

### Η μείωση της θερμιδικών αναγκών στην τρίτη ηλικία

Στην τρίτη ηλικία έχουμε συνήθως μειωμένες θερμιδικές ανάγκες<sup>4</sup>. Η μείωση των θερμιδικών αναγκών οφείλεται στους παρακάτω παράγοντες:

- 1) Μειωμένος βασικός μεταβολισμός
- 2) Μειωμένη φυσική δραστηριότητα
- 3) Αύξηση του σωματικού βάρους με την πρόοδο της ηλικίας.

Η μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού (κατανάλωση θερμίδων σε κατάκλιση) υπολογίζεται ότι είναι περίπου 5% στην τρίτη ηλικία και



με βάση αυτό το δεδομένο και τη μείωση της σωματικής δραστηριότητας ο FAO υποστηρίζει ότι για κάθε 10ετία μετά το 25ο έτος οι ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες μειώνονται κατά 7,5%.

Μια επιτροπή FAO και WHO συνέστησε τις παρακάτω θερμιδικές προσλήψεις κατά ηλικία:

Ηλικία	Θερμιδική πρόσληψη
30-39	Θερμιδική πρόσληψη ενήλικου (ΘΠΕ)
40-59	μείωση κατά 5% ΘΠΕ
60-69	μείωση κατά 15% ΘΠΕ
70 και άνω	μείωση κατά 25% ΘΠΕ

### Υπολογισμός θερμιδικών αναγκών

Οι ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες του υπερήλικα είναι το άθροισμα των βασικών θερμιδικών αναγκών και της κατανάλωσης θερμίδων με τις διάφορες δραστηριότητες. Οι τελευταίες ελαττώνονται πολύ στην τρίτη ηλικία και σε μερικές περιπτώσεις είναι ελάχιστες.

Οι βασικές θερμιδικές ανάγκες είναι συνάρτηση της ηλικίας, του βάρους, του ύψους και του φύλου. Ο υπολογισμός των βασικών θερμιδικών αναγκών (ΒΘΑ) μπορεί να γίνει με τη χρησιμοποίηση ειδικών τύπων, όπως οι παρακάτω των Harris-Benedict:

$$\text{ΒΘΑ Ανδρών} = 66 + (13,7 \times \text{Kg βάρους}) + (5 \times \text{ύψους}) - (6,8 \times \text{Ηλικία})$$

$$\text{ΒΘΑ Γυναικών} = 665 + (9,6 \times \text{Kg βάρους}) + (1,7 \times \text{ύψους}) - (4,7 \times \text{Ηλικία})$$

Η εκτίμηση των θερμιδικών αναγκών ενός ατόμου δεν είναι εύκολο να γίνει πάντοτε με ακρίβεια. Αν όμως καθοριστεί ένα διαιτολόγιο που να περιέχει συγκεκριμένο ποσό θερμίδων, η παρακολούθησή του βάρους του ατόμου κατά τακτά διαστήματα δείχνει αν η δίαιτα που ακολουθεί το άτομο είναι επαρκής, οπότε το βάρος παραμένει σταθερό, ή ανεπαρκής, οπότε το άτομο χάνει βάρος. Ανάλογα με το αποτέλεσμα που έχει ένα διαιτολόγιο στο βάρος του ατόμου, γίνονται κατά την πορεία της παρακολούθησης τροποποιήσεις. Σε ηλικιωμένα άτομα που ζούνε μαζί με άλλα άτομα της οικογένειάς τους υπάρχει το πρόβλημα του αυξημένου σωματικού βάρους. Ο υπε-

ρήλικας όμως που ζει μόνος του, καθώς και οι άνθρωποι που έχουν ξεπεράσει τα 75 χρόνια ζωής, συνήθως έχουν μικρότερο βάρος του μέσου όρου ή χάνουν βάρος. Αυτό οφείλεται σε δύο παράγοντες. Πρώτον, στο ότι οι παχύσαρκοι σπάνια γίνονται υπερήλικες, γιατί έχουν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα και δεύτερον, γιατί ο ηλικιωμένος που ζει μόνος του έχει συνήθως ανεπαρκή διατροφή και προοδευτικά χάνει βάρος.

Εκτός από την ολική ελάττωση του βάρους που παρατηρείται στους υπερήλικες έχουμε και μεταβολή στη σχέση βάρους μυϊκής μάζας προς βάρος λίπους, γιατί ελαττώνεται η μυϊκή μάζα και αυξάνεται το λίπος. Αυτό μπορεί να το παρακολουθεί ο ιατρός με μετρήσεις της περιμέτρου του βραχίονος και του πάχους πτυχής δέρματος. Η συνεχιζόμενη μυϊκή δραστηριότητα εμποδίζει την ελάττωση της μυϊκής μάζας.

Ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται κατά μέσον όρο περίπου 2000 θερμίδες ημερησίως. Το ποσό αυτό μπορεί να είναι μικρότερο για γυναίκες και άτομα μικρού ύψους ή να είναι περισσότερο για άνδρες, άτομα μεγάλου ύψους ή άτομα που εξακολουθούν να έχουν σημαντική φυσική δραστηριότητα.

### Ανάγκες σε πρωτεΐνες

Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες ανάγκες σε πρόσληψη πρωτεϊνών. Έτσι ενώ πριν από τα 75 έτη της ηλικίας η ελάχιστη ανάγκη πρωτεϊνικής πρόσληψης υπολογίζεται σε 0,8 g/Kg ιδανικού βάρους, μετά τα 75 έτη συστήνεται περισσότερη πρωτεΐνη δηλαδή 1 g/Kg ιδανικού βάρους<sup>6</sup>.

Τροποποιήσεις του συνιστώμενου ποσού πρωτεΐνης μπορεί να γίνουν σε ειδικές συνθήκες όπως π.χ. σε μετεγχειρητική περίοδο ή σε νοσήματα όπως ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια ή σε καταστάσεις που συνοδεύονται από απώλεια πρωτεϊνών.

### Βιταμίνες και μέταλλα

Οι απαιτήσεις του οργανισμού του ηλικιωμένου σε βιταμίνες και μέταλλα δεν είναι διαφορετικές από τις απαιτήσεις που υπήρχαν σε μικρότερη ηλικία. Αν όμως η διατροφή δεν είναι ποιοτικά ή ποσοτικά επαρκής μπορεί να δημιουργηθεί πρόβλημα επαρκούς εφοδιασμού του οργανισμού με βιταμίνες και μέταλλα κυρίως δε ασβέστιο, σίδηρο και ψευδάργυρο. Υπερήλικες που καταναλίσκουν μια ισορροπημένη και επαρκή σε



θερμίδες διαίτα δεν έχουν ελλείμματα βιταμινών και δεν χρειάζονται πρόσθετη χορήγησή τους πλέον των ποσών που παίρνουν με την τροφή<sup>7</sup>.

Η μείωση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος μπορεί να ευνοήσει τη δυσαπορρόφηση του σιδήρου και σε συνδυασμό με την μειωμένη ερυθροποίηση της τρίτης ηλικίας να οδηγήσει σε σιδηροπενική αναιμία. Σε ποσοστό 30% η αναιμία υπερηλικών μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη πρόσληψη και απορρόφηση σιδήρου χωρίς να υπάρχει νόσος<sup>8</sup>.

Η μειωμένη πρόσληψη ψευδαργύρου έχει ενοχοποιηθεί για την καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων<sup>9</sup>. Παρατεταμένη για χρόνια μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου φαίνεται να έχει σχέση με την απασβεστοποίηση της οστεοπόρωσης. Σήμερα θεωρείται σκόπιμο να υπάρχει αυξημένη πρόσληψη ασβεστίου μετά το 40ο έτος για να προληφθεί η γεροντική οστεοπόρωση<sup>10</sup>.

Έλλειψη φθορίου έχει ενοχοποιηθεί για περιοδικά προβλήματα, ενώ κανονική πρόσληψη φθορίου θεωρείται ότι προλαβαίνει την οστεοπόρωση<sup>11</sup>.

Το αν πρέπει να χορηγούνται βιταμίνες στους υπερήλικες αδιακρίτως αποτέλεσε αντικείμενο διχογνωμίας. Βιταμίνες που κατά κανόνα λείπουν από το μειωμένο και μονότονο διαιτολόγιο των ηλικιωμένων είναι οι βιταμίνες C, B1, B2, B12, το νικοτινικό οξύ και το φολικό οξύ<sup>12</sup>.

Γενικά συμπτώματα έλλειψης βιταμινών είναι αίσθημα κόπωσης, ανορεξία, άγχος και ευερεθιστότητα. Έλλειψη βιταμίνης D παρατηρείται σε ηλικιωμένους που παραμένουν σε σκοτεινά δωμάτια και σε όσους πάσχουν από σύνδρομο δυσαπορρόφησης λίπους. Σε υπερήλικες με διατροφή που χαρακτηρίζεται από ποικιλία και επαρκείς θερμίδες δεν υπάρχει έλλειψη βιταμινών. Κάτω από αυτό το πρίσμα θεωρείται ότι είναι πιο επικίνδυνο να παίρνουν βιταμίνες A και D από ότι να μην παίρνουν<sup>13</sup>. Αν δεν υπάρχουν νοσήματα τα οποία τροποποιούν τις ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνες θεωρείται απαραίτητη η ελάχιστη πρόσληψη βιταμίνης A 5000 IU, βιταμίνης C 150 mg για άνδρες και 75 mg για γυναίκες<sup>12</sup>. Ενίσχυση του διαιτολογίου με πρόσθετες βιταμίνες και μέταλλα απαιτείται όταν οι θερμίδες 24ώρου δεν ξεπερνούν τις 1200<sup>12</sup>.

#### Διαιτολογικές συστάσεις σε ηλικιωμένους

Η διαίτα των ηλικιωμένων δεν πρέπει να

διαφέρει ουσιωδώς από τη διαίτα του λοιπού πληθυσμού. Διάφοροι παράγοντες όπως πρέπει να ληφθούν υπόψη, ώστε η διατροφή των ηλικιωμένων να είναι επαρκής θερμιδικά, να παρέχει τις απαραίτητες πρωτεΐνες (15-20% των θερμίδων), αρκετούς υδατάνθρακες (55-60%) και λίπος (25-30%). Η διατροφή στην τρίτη ηλικία περιλαμβάνει κατ' ανάγκη λιγότερο λίπος, γιατί υπάρχει αδυναμία πέψης μεγαλύτερων ποσοτήτων. Πάντως δεν πρέπει να επιχειρείται ελαχιστοποίηση ή κατάργηση του λίπους από τη διατροφή, γιατί το λίπος εκτός από την προσφορά θερμίδων, συμβάλλει και στη δημιουργία εύγεστων παρασκευασμάτων. Η διαίτα πρέπει να έχει ποικιλία, ώστε να περιέχει όλες τις βιταμίνες και αρκετό σίδηρο και ασβέστιο.

Τα προσλαμβανόμενα υγρά πρέπει να είναι αρκετά, ώστε να αποβάλλονται ούρα τουλάχιστον 1500 ml/24h. Για να υπάρχει ένα τέτοιο ποσό ούρων απαιτείται πρόσληψη τουλάχιστον 2000 ml υγρών. Πηγή υγρών μπορεί να είναι το νερό, οι χυμοί φρούτων, το γάλα, ο καφές, το τσάι, τα φρούτα, τα λαχανικά. Ένας τρόπος εκτίμησης των απαραίτητων υγρών είναι να υπολογίζεται ότι χρειάζεται 1 ml νερού για κάθε μία θερμίδα. Πολλοί ηλικιωμένοι έχουν μείωση του αισθήματος της δίψας και κινδυνεύουν από αφυδάτωση σε καταστάσεις απώλειας υγρών όπως π.χ. τις θερμές μέρες του έτους, από απορρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη ή από λήψη διουρητικών. Ωστόσο, από την άλλη πλευρά χρειάζεται προσοχή στην υπερβολική κατανάλωση υγρών, ιδίως όταν υπάρχει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ή ηπατική νόσος. Αν υπάρχει επίσης ακράτεια ούρων ή προστατισμός είναι σκόπιμο να μη γίνεται υπερβολική κατανάλωση υγρών, η οποία θα αυξήσει την ενοχλητική συμπτωματολογία του αρρώστου.

Ο καφές επιτρέπεται, αρκεί να μη προκαλεί εκνευρισμό και αυπνία. Για την αποφυγή αυπνίας πρέπει να αποφεύγεται η λήψη καφέ μετά το μεσημέρι ή τις βραδυνές ώρες. Βέβαια δεν πρέπει να λησμονείται ότι καφεΐνη περιέχεται και στο κακάο και τη σοκολάτα. Επίσης διάφορα αφεψήματα έχουν διεγερτικές ιδιότητες και αν υπάρχει νευρική ή αυπνία πρέπει να αποφεύγονται. Κατευναστική δράση έχει το φλαμούρι και το χαμομήλι.

Τα οινοπνευματώδη ποτά σε μικρές δόσεις, ιδίως πριν από τα γεύματα, έχουν κάποια θέση υπό την έννοια ότι ανοίγουν την όρεξη, βελτιώνουν τη διάθεση και καταπολεμούν τον εκνευρι-



σμό<sup>14</sup>. Πρέπει πάντως να αποφεύγεται κατάχρηση οίνοπνεύματος. Γυναίκες που μένουν μόνες έχουν αυξημένη πιθανότητα να γίνουν αλκοολικές από τη συνεχή λήψη οίνοπνεύματος σε ποσότητα μεγαλύτερη των 60 ml/24h. Η εξάρτηση από το οινόπνευμα μπορεί στις γυναίκες να εμφανιστεί μετά από μια τριετία συνεχούς χρήσης αλκοόλ.

Το αλάτι από τη διατροφή του ηλικιωμένου δεν πρέπει να λείπει εντελώς. Βέβαια, στην αντιμετώπιση της υπέρτασης και της καρδιακής ανεπάρκειας το αλάτι περιορίζεται. Τους θερινούς μήνες, όμως, ιδιαίτερα στη χώρα μας, ο αυστηρός περιορισμός άλατος και ενδεχομένως παράλληλη λήψη διουρητικών, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρής μορφής υπονατρίαμια.

Όταν υπάρχουν προβλήματα με τα δόντια των ηλικιωμένων είναι αδύνατη η κανονική μάσηση του κρέατος. Στις περιπτώσεις αυτές συστήνουμε την προτίμηση κυμά, ψαριού και αυγών. Επίσης τα σκληρά φρούτα μπορεί να τρώγονται υπό μορφή κομπόστας ή αλεσμένα.

Για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας χρειάζεται να υπάρχουν φυτικές ίνες στο έντερο. Συστήνουμε για το λόγο αυτό να μη λείπει η σαλάτα από τα γεύματα, την προτίμηση άρτου ολικής αλέσεως (πιτυρούχου) και φρούτων με πολλές φυτικές ίνες όπως τα αχλάδια, ροδάκινα. Τις κενώσεις ευνοούν ιδιαίτερα τα ακτινίδια, τα δαμάσκηνα και τα σύκα.

#### Αδρό σχέδιο διατροφής

*Γάλα:* Δύο ποτήρια γάλα το 24ωρο. Αν δεν θέλει γάλα ο ηλικιωμένος συστήνουμε την υποκατάσταση του από ισοδύναμης αξίας τροφή π.χ. 45 γρ. τυρί.

*Κρέας, κότα, ψάρι:* 120-150 γρ. το 24ωρο. Αν δεν υπάρχει κρέας μπορεί να αντικαθίσταται με όσπρια. Χρειάζεται τότε συμπλήρωμα από λίγο τυρί ή ένα αυγό ώστε η τροφή να παρέχει ανάλογο ποσό πρωτεΐνης όπως το κρέας.

*Αυγά:* Επιτρέπονται 3-5 αυγά την εβδομάδα.

*Βούτυρο ή Μαργαρίνη:* 2 κουταλάκια του γλυκού το 24ωρο.

*Δημητριακά:* Δύο μερίδες (ψωμί ή ζυμαρικό ή ρύζι).

*Φρούτα:* Δύο φρούτα το 24ωρο. Τουλάχιστον 200 γρ.

*Λαχανικά:* Μια ή δύο μερίδες.

#### Διατροφή παχύσαρκου ηλικιωμένου

Συστήνεται διαιτολόγιο 1000-1200 θερμίδων

και χορηγείται παράλληλα συνταγή πολυβιταμινούχου σκευάσματος. Στο διαιτολόγιο πρέπει να περιέχονται ένα ποτήρι γάλα, ένα γιαούτι, 30 γρ. τυρί, 150 γρ. κρέας (κότα ή ψάρι) 120 γρ. ψωμί ή αντίστοιχης αξίας πατάτα ή ρύζι ή ζυμαρικό, σαλάτα με ελάχιστο λαδί, δύο μερίδες φρούτου.

Η ολιγοθερμική διαίτα έχει ένδειξη και στους παχύσαρκους διαβητικούς της τρίτης ηλικίας.

#### Η διαίτα σε σχέση με τη χοληστερίνη

Οι υπερήλικες δεν πρέπει να άγχονται για τα επίπεδα της χοληστερίνης τους, δεδομένου ότι αν η υπερλιπιδαιμία προϋπήρχε από πολλά χρόνια, δεν θα έφταναν στην τρίτη ηλικία και αν είναι πρόσφατο φαινόμενο, δεν προλαβαίνει να τους βλάψει. Είναι σφάλμα π.χ. να καταργούν τελειώς τα αυγά και το τυρί από τη διατροφή τους.

#### Η διαίτα σε σχέση με τη αρχόμενη αζωθαιμία

Αν υπάρχει μικρού βαθμού αζωθαιμία π.χ. ουρία αίματος 80-100 mg/dl πρέπει να γίνεται μικρός περιορισμός των λευκωμάτων και αντιρροπιστική αύξηση των υδατανθράκων. Ο περιορισμός των λευκωμάτων όμως δεν πρέπει να φτάνει σε ακρότητες πλήρους στέρησης λευκωμάτων που έχουν, όπως είναι φυσικό, δυσμενείς συνέπειες στο ισοζύγιο του αζώτου.

#### Διατροφή υπερηλικών διαβητικών

Περίπου 50% των διαβητικών υπερηλικών μπορούν να ελέγχουν ικανοποιητικά το διαβήτη τους μόνο με διαίτα, 20% αυτών χρειάζονται επιπροσθέτως υπογλυκαιμικά φάρμακα per os και 30% χρειάζονται ινσουλινοθεραπεία, (προσωπική στατιστική). Τα κριτήρια της ρύθμισης του διαβήτη δεν πρέπει να είναι ιδιαίτερα αυστηρά π.χ. τιμές σακχάρου κάτω των 180 mg/dl θεωρούνται αποδεκτές. Στη διαίτα των διαβητικών δίδονται αναλογίες θρεπτικών συστατικών όπως π.χ. οι παρακάτω:

Υδατάνθρακες 55-60%, Πρωτεΐνες 15-20%, Λίπος 20-25%.

#### Συμπεράσματα

Στις περισσότερες περιπτώσεις με κατάλληλη οικογενειακή φροντίδα δεν υπάρχουν προβλήματα στη διατροφή των υπερηλικών. Σε υπερήλικες που ζούνε μόνοι τους ή σε ιδρύματα, υπάρχουν συχνά ελλείψεις θρεπτικών συστατικών, βιταμινών και ιχνοστοιχείων και απαιτείται ειδική

αντιμετώπιση. Αν συνυπάρχουν ασθένειες που απαιτούν ειδικό διαιτολόγιο, γίνεται η κατάλληλη προσαρμογή του διαιτολογίου.

### Abstract

**Karamitsos DT. Nutrition in the elderly. Hellen Diabetol Chron 1997; 10(2): 138-143.**

In this informative article the special problems of nutrition in the elderly are described. There are alterations of digestion's physiology, diseases very common in the elderly and social reasons that effect the nutrition state of the advanced age people. These problems need special consideration and appropriate nutritional advises.

### Βιβλιογραφία

1. Μπένος Α, Κατσουγιαννόπουλος Β. Οι ροπές γεννητικότητας στην Ελλάδα. *Ελλ Ιατρ* 1992; 58: 192-197.
2. *Geriatric Nutrition*. In BT Burton and WR Foster, eds, Human Nutrition, Mc Graw-Hill Book Bompany, NY, 1988: 240-247.
3. Baker H, Frank O, Thind IS, Jaslow SP, Louria DB. Vitamin profile in elderly persons living at home or in nursing homes versus profile in healthy young subjects. *J Am Ger Soc* 1979; 27: 444-450.
4. Tremoliers J, Geissler-Blum C. Nutrition and metabolism. In HP Von Hahn, ed, Practical Geriatrics, Kar-ger, Basel, 1975: 55-75.
5. Tarazi RC, Margini F, Dustan HP. The role of F aortic distensibility in hypertension. In P Milliez and M Safar, ed. *Advances in Hypertension*, vol 2, Elmsford, NY, 1975.
6. Epstein M, Hollemberg NK. Age as a determinant of renal sodium conservation in normal men. *J Lab Clin Med* 1976; 87: 411-417.
6. Young VR, Pellet PL. Protein intake and requirements with reference to diet and health. *Aa J Clin Nutr* 1987; 45: 1223-1229.
7. Combs GF. The vitamins: Fundamental aspects in nutrition and health. NY, Academic press 1992.
8. Monsen ER. Iron nutrition and absorption: dietary factors which impact iron bioavailability. *J Am Diet Assoc* 1988: 786-91.
9. Moser-Veillon PB. Zinc consumption patterns and dietary recommendations. *J Am Diet Assoc* 1990: 1089-92.
10. Weaver CM. Calcium bioavailability and its relation to osteoporosis. *Proc Soc Exp Biol Med* 1992; 200: 157-161.
11. Schultz D. Fluoride FDA consumer, Washington, DC, The food and drug administration, 1992.
12. Filer Lj. Recommended daily allowances: how did we get where we are. *Nutr Today* 1991; 26: 21-23.
13. Johnson LE. Vitamin nutrition in the elderly. In J. Morley, Z. Glick and LZ Rubenstein, eds, *Geriatric Nutrition*. Raven Press, NY, 1995: 79-106.
14. *Nutrition and alcohol*. In BT Burton and WR Foster, eds. Human Nutrition, Mc Graw-Hill Book Bompany, NY, 1988: 467-474.

### Όροι ευρετηρίου

Θερμίδες  
Πρωτεΐνες  
Βιταμίνες  
Μέταλλα

### Key words

Calories  
Proteins  
Vitamins  
Minerals