

1. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

Γεωργίου Παναγής

Επιμελητής Α, Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων, Θριάσειο Νοσοκομείο

Μετά από ένα εκτεταμένο έγκαυμα υπάρχει έντονος υπερμεταβολισμός. Αυξάνεται η κατανάλωση του οξυγόνου, η ταχύτητα του μεταβολισμού, η απέκκριση αζώτου από τα ούρα, η λιπόλυση και η απώλεια βάρους. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός (BMP) μπορεί μέχρι και να διπλασιαστεί και οι αυξημένες θερμιδικές απαιτήσεις διατηρούνται μέχρι την πλήρη επούλωση του εγκαυματος. Η αύξηση αυτή του μεταβολικού ρυθμού καλύπτεται από κινητοποίηση υδατανθράκων, λίπους και πρωτεϊνών από τις αποθήκες του οργανισμού και καταλήγει σε διαταραχές της θρέψης και απίσχναση του εγκαυματία. Η διαδικασία αυτή μπορεί να αναστραφεί μερικά με την θρεπτική υποστήριξη του ασθενούς.

Πολλές φόρμουλες έχουν σχεδιαστεί για τον υπολογισμό των θρεπτικών αναγκών του εγκαυματία (ΠΙΝΑΚΑΣ). Οι φόρμουλες αυτές αλλάζουν σύμφωνα με την ηλικία του εγκαυματία και είναι σημαντικά διαφορετικές στα παιδιά. Στη σύσταση της διατροφής πρέπει να ληφθούν υπόψη οι αυξημένες ανάγκες του εγκαυματία σε πρωτεΐνες και οι διάφορες φόρμουλες τις συνυπολογίζουν. Οι πρωτεΐνες και συγκεκριμένα οι αλβουμίνες, και ίσως ακόμη πιο ειδικά η προσαλ-βουμίνη, είναι επίσης ένας καλός δείκτης της θρέψης του εγκαυματία και πρέπει να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Οι μη πρωτεϊνικές θερμίδες χορηγούνται σαν υδάνθρακες ή λίπη. Σημαντικό είναι τα συμπληρώματα διατροφής εκτός από την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών, να έχουν σταθμι-σμένη σύσταση ηλεκτρολυτών προς αποφυγήν ηλε-κτρολυτικών διαταραχών, και να περιέχουν διάφορα ιχνοστοιχεία στα οποία ο εγκαυματίας πιθανά να παρουσιάσει έλλειψη.

Η σίτιση του εγκαυματία γίνεται κατά προτίμηση από το στόμα και ξεκινάει 36-48 ώρες μετά το έγκαυμα (αφού ξεπεραστεί η γαστροπληγία του εγκαυματία). Αν η στοματική σίτιση είναι αδύνατη, συνήθως λόγω εγκαυμάτων της στοματικής κοιλότητας και της περιστοματικής χώρας, μπορεί να γίνει εντερική σίτιση με λεπτούς ρινογαστρικούς καθετήρες.

Η παρεντερική διατροφή πρέπει να αποφεύγεται στους εγκαυματίες, και να χρησιμοποιείται μόνο όταν δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις και για σύντομο χρονικό διάστημα.

Φόρμουλα	Θερμιδικές ανάγκες	Πρωτεΐνες/ ημέρα
Harris – Benedict	2 x BMP	3gr x ΣΒ(kg)
Currei	25 kcal/ kg/ ημέρα + 40 kcal/ %ΟΕΣ/ ημέρα	1,5-2gr x ΣΒ(kg)
Wilmore	2000cal x ΟΕΣ/m ²	15gr x ΟΕΣ(m ²)
Sutherland	20/ kg ΣΒ + 70 / % ΟΕΣ	1gr/ΣΒ(kg) + 3gr / %ΟΕΣ

2. ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Κοφινά Κωνσταντίνα,

Κλινική Διαιτολόγος, Msc.clinical nutrition, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

3. ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Κουτρομπέλη Καλλιρρόη,

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής

Η υποθρεψία είναι μια συχνή διαταραχή που επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα του ασθενούς να αμύνεται στους διάφορους λοιμογόνους παράγοντες, καθώς και να αντιμετωπίζει με επιτυχία το χειρουργικό stress και το τραύμα. Από έρευνες που έγιναν σε Ευρωπαϊκά Νοσοκομεία φάνηκε ότι έως το 50% των νοσηλευόμενων ασθενών έχουν διαφόρου βαθμού υποθρεψία.

Κλινικές μελέτες δείχνουν ότι οι διαταραχές της θρέψης σχετίζονται με αύξηση της θνητότητας και της θνησιμότητας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η διατροφική υποστήριξη των ασθενών αυτών είναι απαραίτητη για τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Σήμερα για τη βελτίωση της κατάστασης θρέψης των ασθενών χρησιμοποιείται η εντερική ή η παρεντερική διατροφή ή συνδυασμός τους. Με την παρεντερική διατροφή χορηγούνται άμεσα στην κυκλοφορία όλες οι απαραίτητες θρεπτικές ουσίες για την πλήρη θερμιδική κάλυψη, καθώς και για την ανάπτυξη του οργανισμού. Όμως η μέθοδος αυτή συνοδεύεται από σαφή μειονεκτήματα όπως υψηλό κόστος, σηπτικές και μεταβολικές επιπλοκές.

Αντίθετα η εντερική διατροφή έχει χαμηλό κόστος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα, έχει λιγότερες επιπλοκές και εξασφαλίζει στο μέγιστο βαθμό την ομοιοστασία του οργανισμού. Εντούτοις όλο και περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η εντερική διατροφή αποτυγχάνει να καλύψει πλήρως τις θερμιδικές ανάγκες σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς.