UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ" DIN TIMIȘOARA

Coordonatori:

Adelina-Raluca Marinescu

Elena-Voichița Lăzureanu

DIETOTERAPIA

ȘI PARTICULARITĂȚI DE ÎNGRIJIRE

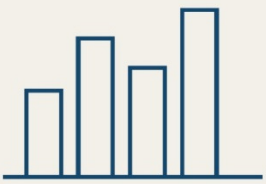
ÎN BOLILE INFECȚIOASE

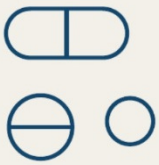
ÎNDREPTAR DE LUCRĂRI PRACTICE

Cazuri clinice comentate · Calculul rației pe macro - și micronutrienți

Scheme de suplimentare vitaminică







GHIDURI ȘI ÎNDRUMĂTOARE DE LABORATOR

Editura „Victor Babeș"
Timișoara, 2026

Editura „Victor Babeş”

Piața Eftimie Murgu nr. 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

https://www.umft.ro/ro/organizare-evb/

Director: Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu

Colecția: GHIDURI ŞI ÎNDRUMĂTOARE DE LABORATOR

Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Adrian Vlad

Referent științific: Prof. univ. dr. Cătălin Marian

Indicativ CNCSIS: 324

© 2026

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate. Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

ISBN 978-606-786-661-2

Coordonatori:

Ș.L. DR. ADELINA-RALUCA MARINESCU

PROF. UNIV. DR. ELENA-VOICHIȚA LĂZUREANU

Autori:

Ș.L. dr. Dorin Novăcescu

Ș.L. dr. Talida-Georgiana Novăcescu

Asist. univ. dr. Ioana-Melinda Grădiștean

Asist. univ. dr. Alexandra Herlo

CUVÂNT ÎNAINTE

Îndreptar de lucrări practice

Un îndreptar de lucrări practice nu se citește, ci se folosește, iar diferența nu este una de nuanță. O carte de curs își atinge scopul în momentul în care a fost înțeleasă; un îndreptar, abia atunci când a fost lucrat efectiv: cu pasaje subliniate, cu calcule refăcute pe margine și cu observații consemnate în grabă, între două cazuri.

Am construit acest material pornind de la o constatare simplă, verificată an de an: cunoașterea teoretică nu se convertește de la sine în deprindere practică. Studentul care poate expune impecabil principiile unei diete de eliminare se blochează, în fața pacientului, la prima întrebare care nu seamănă cu cea din manual. Anamneza alimentară, jurnalul alimentar, estimarea aportului, adaptarea consistenței și a ritmului prizelor alimentare, comunicarea unei restricții fără a induce teama față de alimente - toate acestea sunt deprinderi, iar deprinderile se formează prin repetare ghidată, nu prin lectură.

Lucrările propuse urmăresc, de aceea, aceeași logică pe care o veți folosi mai târziu în practică: se pleacă de la un pacient, se adună datele, se formulează o ipoteză, se construiește un plan și, esențial, se stabilește cum va fi urmărit acest plan. Ultimul pas este cel mai des omis și cel care face diferența între o recomandare scrisă și o intervenție nutrițională reală.

O parte dintre exerciții se referă la contextul bolilor infecțioase, unde deciziile se iau rapid și unde regulile de igienă și de siguranță alimentară nu suportă compromisuri. Altele privesc intoleranțele și alergiile, unde timpul lucrează altfel, iar rigoarea se măsoară în consecvența cu care este condusă eliminarea și, mai ales, reintroducerea controlată.

Recomandăm parcurgerea acestui îndreptar împreună cu volumul de curs, la care face trimitere permanent. Recomandăm, de asemenea, ca fiecare student să își adauge propriile note. Peste ani, ele vor fi partea cea mai valoroasă a acestei cărți.

Vă dorim spor la lucru.

Prof. Univ. Dr. Elena Voichița Lăzureanu

Timișoara, 2026

CUPRINS

CAPITOLUL 1 DATE GENERALE ÎN CREAREA REGIMULUI ALIMENTAR 8

Ș.L. dr. Adelina-Raluca Marinescu 8

1.1. CERINȚE ALIMENTARE ÎN PREVENIREA BOLILOR INFECȚIOASE 9

1.2. CARENȚA DE VITAMINA D.....11

1.3. REZISTENȚA LA INSULINĂ.....14

1.4. OBEZITATEA ȘI MALNUTRIȚIA PROTEIN-CALORICĂ.....15

1.5. SINDROMUL DIAREIC ȘI REGIMUL ALIMENTAR19

1.6. INTOLERANȚA LA GLUTEN ÎNTRE MIT ȘI ADEVĂR 26

1.7. BOLILE HEPATICE CRONICE COMPLICATE CU STEATOZĂ HEPATICĂ TRATAMENT VERSUS ALIMENTAȚIE.....33

1.8. ALERGIA LA PROTEINA LAPTELUI DE VACĂ ...39

CAPITOLUL 2 DIETOTERAPIA LA PACIENTUL CU INFECȚIE HIV ȘI SINDROM METABOLIC - PREZENTARE DE CAZ 46

Prof. univ. dr. Elena Voichița Lăzureanu.....46

2.1. CAZ 1 46

2.2. Recomandări nutriționale la pacientul seropozitiv cu dislipidemie, obezitate viscerală și diabet zaharat51

CAPITOLUL 3 DIETOTERAPIA ȘI PATOLOGIILE CRONICE INFECȚIOASE - PREZENTĂRI DE CAZ 73

Asist. univ. dr. Alexandra Herlo 73

3.1. CAZ 2 73

3.2. Recomandări nutriționale în hepatita cronică B asociată cu boala hepatică steatotică metabolică și comorbidități.....85

CAPITOLUL 4 DIETOTERAPIA ȘI PATOLOGIILE INFECȚIOASE ACUTE - PREZENTĂRI DE CAZ.....107

Asist. univ. dr. Ioana-Melinda Grădiștean.....107

4.1. CAZ 3. 107

4.2. CAZ 4. 112

4.3. Recomandări nutriționale, dietoterapie și suplimentare în tiroidita autoimună Hashimoto.....127

CAPITOLUL 5 DIETOTERAPIA ÎN BOLILE DIAREICE 139

Ș.L. dr. Talida-Georgiana Novăcescu.....139

5.1. CAZ 5. 139

5.2. Recomandări nutriționale în enterocolita acută, anemia feriprivă și subponderalitate 157

CAPITOLUL 6 DIETOTERAPIA ȘI PATOLOGIILE SECUNDARE URINARE - PREZENTĂRI DE CAZ.....167

Ș.L. dr. Dorin Novăcescu.....167

6.1. CAZ 6. 167

6.2. Recomandări nutriționale, suplimente și ghiduri în infecțiile urinare recurente.....176

BIBLIOGRAFIE 195

CAPITOLUL 1
Date generale în crearea regimului alimentar

Ș.L. dr. Adelina-Raluca Marinescu

Un regim alimentar echilibrat, cu aport nutritiv corespunzător, susține starea de sănătate în ansamblu și favorizează funcționarea normală a apărării imune. Alimentația sănătoasă nu oferă, prin ea însăși, protecție sigură față de bolile infecțioase și nici nu împiedică producerea infecției; are însă o contribuție majoră la capacitatea organismului de a se apăra.

Funcția imună se desfășoară optim atunci când alimentația aduce suficiente vitamine și minerale, precum și antioxidanți și alți nutrienți indispensabili. Fructele, legumele și alimentele integrale furnizează micronutrienți – vitamina C, vitamina D, zinc, antioxidanți – a căror implicare în răspunsul imun este bine documentată.

Trebuie avut în vedere că alimentația sănătoasă nu acționează izolat, ci se integrează într-un ansamblu mai larg de măsuri, alături de vaccinare, igienă corectă și aplicarea recomandărilor de sănătate publică. Felul în care ne hrănim poate influența evoluția bolii pe mai multe căi:

- Suport pentru sistemul imunitar: aportul suficient de nutrienți indispensabili, între care vitaminele și mineralele, asigură o activitate imună normală. Fără o nutriție corespunzătoare, celulele imune nu pot fi generate în cantitate suficientă și nu își pot exercita funcțiile. Un sistem imun în bună stare reacționează mai prompt și reușește să elimine mai ușor agenții patogeni.
- Controlul procesului inflamator: răspunsul imun poate fi perturbat de o inflamație persistentă, de lungă durată. Unele tipare de alimentație, cum este dieta mediteraneană – axată pe legume, fructe, cereale integrale și grăsimi de bună calitate –

s-au dovedit asociate cu un efect antiinflamator, util în ținerea sub control a inflamației.

- Menținerea unei greutăți sănătoase: s-a constatat că obezitatea este factor de risc pentru evoluția severă a unor boli precum COVID-19 sau alte infecții virale. Alimentația echilibrată, asociată cu mișcare practicată regulat, ajută la controlul greutății și scade riscul complicațiilor asociate obezității.
- Sănătatea intestinală: alimentația corectă întreține microbiota intestinală, cu implicații importante pentru imunitate. Consumul de alimente care conțin fibre, prebiotice și probiotice favorizează un microbiom bogat în specii și aflat în echilibru.
- Hidratare: un aport de lichide suficient este indispensabil stării generale de sănătate. Hidratarea corectă permite organismului să funcționeze normal și păstrează integritatea mucoaselor respiratorii, care constituie o barieră în calea infecțiilor.

Nutriția are o pondere însemnată atât în menținerea sănătății, cât și în managementul bolilor, motiv pentru care trebuie integrată în tratamentul complet al bolilor infecțioase, împreună cu intervențiile medicale alopate (antibioterapie, terapie antivirală, vaccinare și alte tratamente). Pacienții cu boli infecțioase trebuie să respecte indicațiile și schema terapeutică stabilite de medici și de ceilalți specialiști, beneficiind în același timp de un sprijin nutrițional potrivit, astfel încât vindecarea și starea de sănătate să fie optimizate.

1.1. CERINȚE ALIMENTARE ÎN PREVENIREA BOLILOR INFECȚIOASE

În cursul unei boli infecțioase, o alimentație echilibrată și densă nutritiv devine determinantă pentru susținerea imunității și pentru vindecare. Componentele dietei care contribuie la buna funcționare a apărării imune și la scăderea riscului infecțios sunt următoarele:

- Proteine: necesare pentru formarea, refacerea și reînnoirea țesuturilor, celulele imune fiind incluse. Ca surse se recomandă peștele, carnea slabă, ouăle, produsele lactate, leguminoasele și nucile.
- Vitamine: vitamina C are acțiune antioxidantă și sprijină activitatea imună; o conțin citricele, fructele de pădure și unele legume (roșiile, ardeii, legumele cu frunze verzi). Vitamina D are o funcție vitală în reglarea răspunsului imun și provine din expunerea la soare, din peștele gras și din alimentele îmbogățite cu această vitamină (de exemplu, anumite lactate). Vitamina A contribuie la păstrarea integrității mucoaselor, care se opun pătrunderii agenților patogeni. În alimentele de origine vegetală (morcovi, cartofi dulci, spanac, pepene galben) este prezentă sub formă de carotenoizi cu rol de provitamină A, iar în cele de origine animală (ficat, gălbenuș de ou, lactate, pește) sub formă preformată – retinol și esteri de retinil.
- Minerale: zincul este indispensabil activității normale a celulelor imune; îl aduc în alimentație carnea, crustaceele, nucile, semințele, leguminoasele și lactatele. Seleniul: are efect antioxidant și contribuie la buna funcționare imună; surse bune sunt nucile braziliene, peștele, carnea de pui și cerealele integrale.
- Acizi grași Omega-3: au efect antiinflamator și sprijină funcția imună; surse bune sunt peștele gras (somon, macrou, sardine), semințele de in și de chia, nucile etc.
- Lichide: aportul hidric corespunzător are o importanță vitală pentru sănătate și pentru desfășurarea normală a funcțiilor organismului, inclusiv pentru deplasarea celulelor imune și integritatea mucoaselor. Opțiuni potrivite sunt apa, supa de legume și ceaiurile de plante.
- Fibre: alimentația care include din abundență leguminoase, cereale integrale, fructe și legume furnizează atât fibre solubile,

cât și insolubile; acestea mențin sănătatea intestinului, favorizând înmulțirea bacteriilor intestinale benefice, și sprijină imunitatea.

- Probiotice: prezente în produsele fermentate (iaurt, chefir, varză murată, kimchi), favorizează un microbiom intestinal echilibrat, cu importanță majoră pentru imunitate.
- Antioxidanți: conținuți de numeroase fructe și legume, neutralizează radicalii liberi, scad stresul oxidativ și sprijină astfel apărarea imună.
- Consum moderat de alcool: alcoolul consumat în exces diminuează capacitatea de apărare imună, iar moderația rămâne principiul de bază pentru sănătate.
- Limitarea zaharurilor adăugate și alimentelor procesate: un regim încărcat cu zahăr adăugat și produse procesate poate întreține inflamația și poate afecta defavorabil funcția imună.
- Dieta corespunzător echilibrată: prin alimente variate, cu un conținut bogat de vitamine, minerale și macronutrienți, organismul primește întreaga paletă de componente de care are nevoie.

Necesarul nutrițional diferă de la un individ la altul, de aceea trebuie avute în vedere atât cerințele proprii fiecărui pacient, cât și tipul bolii infecțioase. Alimentația sănătoasă, oricât de importantă, reprezintă doar una dintre componentele menținerii sănătății. La prevenirea bolilor infecțioase contribuie decisiv și odihna nocturnă suficientă, mișcarea regulată, controlul stresului și respectarea regulilor de igienă.

1.2. CARENȚA DE VITAMINA D

Carența de vitamina D reprezintă o problemă importantă de sănătate publică la nivel european, mai ales în zonele cu insolație redusă, precum latitudinile nordice, și afectează deopotrivă copiii și adulții:

Prevalența: depinde de aria geografică, de anotimp, de vârstă și de stilul de viață. Riscul este, în general, mai ridicat la populațiile de la latitudini înalte, cum sunt cele din nordul Europei.

Factorii de risc: insolație insuficientă, obiceiuri culturale (de exemplu, vestimentația sau petrecerea majorității timpului în spații închise), alimentație săracă în surse de vitamina D, obezitate, vârstă avansată, unele boli (de exemplu, sindroamele de malabsorbție).

Impactul asupra sănătății: carența are consecințe negative, între care afectarea musculo-scheletică, cu rahitism la copil și osteomalacie la adult. Concentrațiile scăzute de vitamina D s-au asociat, de asemenea, cu un risc mai mare de osteoporoză și fracturi, slăbiciune musculară, afecțiuni autoimune și cardiovasculare, anumite forme de cancer și infecții respiratorii.

Sănătatea musculoscheletică: cea mai bine documentată funcție a vitaminei D privește sănătatea osoasă și prevenția osteoporozei și a fracturilor. Un nivel insuficient de vitamina D reduce absorbția calciului și mineralizarea osoasă, cu creșterea riscului de boli ale osului.

Funcția imună: carența de vitamina D poate altera imunitatea și crește vulnerabilitatea la infecții, mai ales la cele respiratorii. Datele recente indică faptul că un status optim al vitaminei D ar putea scădea riscul și gravitatea infecțiilor respiratorii, însă subiectul necesită studii suplimentare.

Strategiile de sănătate publică: combaterea carenței de vitamina D presupune măsuri ample de sănătate publică, precum încurajarea expunerii la soare prin activități desfășurate afară, fortificarea unor alimente cu vitamina D, suplimentarea prin programe destinate grupurilor cu risc crescut (sugari, gravide, vârstnici etc.) și informarea populației despre cât de importantă este, pentru sănătate, menținerea unui nivel adecvat al vitaminei D.

Principalele cauze ale carenței de vitamina D:

- Expunere limitată la lumina solară: pentru cei mai mulți oameni, soarele reprezintă sursa principală de vitamina D. Locuirea la latitudini mari, timpul îndelungat petrecut în spații închise, vestimentația care acoperă aproape toată suprafața pielii și folosirea cremelor de protecție solară scad expunerea și, implicit, sinteza cutanată a vitaminei D.
- Variație sezonieră: intensitatea expunerii solare se modifică pe parcursul anului, iar la latitudini mari radiația UVB este redusă în lunile de iarnă. Din acest motiv, nivelul vitaminei D tinde să scadă iarna, mai ales în zonele cu anotimpuri bine delimitate.
- Pigmentarea pielii: la persoanele cu pielea închisă la culoare, conținutul mai mare de melanină limitează capacitatea pielii de a produce vitamina D atunci când aceasta este expusă la soare. Din acest motiv, deficiența de vitamina D apare mai frecvent la cei cu un fototip închis, mai ales dacă trăiesc în zone cu insolație redusă.
- Vârstă: la vârstnici, sinteza cutanată a vitaminei D este mai puțin eficientă, deoarece pielea se subțiază odată cu înaintarea în vârstă, iar timpul petrecut la soare scade. Acestor modificări li se pot adăuga un aport alimentar redus sau o absorbție deficitară a vitaminei D, ceea ce amplifică riscul de deficit.
- Obezitate: fiind liposolubilă, vitamina D poate fi reținută în țesutul adipos aflat în exces, ceea ce îi scade biodisponibilitatea. Ca urmare a acestei sechestrări, concentrațiile circulante de vitamina D sunt frecvent mai mici la persoanele obeze, chiar în condițiile unei expuneri solare suficiente.
- Aport alimentar: puține alimente conțin în mod natural cantități importante de vitamina D, astfel că majoritatea dietelor nu o asigură din abundență. Printre sursele bogate se numără peștele gras (somon, macrou, ton), lactatele fortificate, ouăle și

cerealele îmbogățite. Cei care consumă rar astfel de alimente au un risc crescut de a dezvolta deficit de vitamina D.

- Tulburări de malabsorbție: în unele boli, cum sunt boala celiacă, boala inflamatorie intestinală sau fibroza chistică, absorbția vitaminei D și a celorlalte vitamine liposolubile aduse prin alimentație este perturbată, astfel încât deficiența se poate instala chiar dacă aportul este corespunzător.
- Medicamente: unele clase terapeutice, între care anumite anti-convulsivante, glucocorticoizii, antifungicele și antiretroviralele, pot modifica absorbția sau metabolizarea vitaminei D și favorizează astfel apariția deficienței.
- Factori genetici: susceptibilitatea fiecărei persoane la deficitul de vitamina D poate fi influențată de variante ale genelor care intervin în metabolismul acesteia. Unele polimorfisme modifică producerea, transportul sau activarea vitaminei D și cresc, la anumiți indivizi, riscul de deficiență.

Studiile despre efectul pe care îl are suplimentarea cu vitamina D în infecțiile respiratorii au adus date utile despre posibilele ei beneficii: scăderea riscului de infecții respiratorii (răceala comună, gripa și pneumonia), modularea răspunsului imun (prin ameliorarea funcției celulelor imunității înnăscute și limitarea inflamației excesive), eficiență la grupurile de populație expuse unui risc crescut de infecții respiratorii (vârstnici, pacienți cu boli cronice și persoane cu imunitate compromisă), variații sezoniere (suplimentarea poate avea o importanță aparte iarna, când expunerea la soare scade); doza și durata optime (unele studii arată că dozele mai mari ar putea fi mai eficiente, mai ales atunci când valorile de pornire ale vitaminei D sunt scăzute).

1.3. REZISTENȚA LA INSULINĂ

Prin rezistență la insulină se înțelege o stare în care celulele organismului răspund mai slab la acțiunea insulinei, hormon secretat de pancreas. Rolul insulinei este de a facilita preluarea glucozei din sânge de către celule, care o folosesc apoi pentru producerea de energie.

Când există rezistență la insulină, semnalul insulinic nu mai este preluat eficient de celule, glucoza se acumulează în sânge și glicemia crește. Pancreasul încearcă să compenseze prin secreția unei cantități mai mari de insulină, pentru a forța pătrunderea glucozei în celule. În timp, această suprasolicitare poate epuiza pancreasul, iar hiperglicemia persistentă definește diabetul zaharat tip 2.

La apariția rezistenței la insulină pot contribui obezitatea, sedentarismul, alimentația bogată în grăsimi și predispoziția genetică. Frecvent, ea coexistă cu alte tulburări metabolice, precum dislipidemia și hipertensiunea arterială, și reprezintă una dintre componentele sindromului metabolic.

Un stil de viață sănătos, bazat pe o alimentație echilibrată, activitate fizică regulată și menținerea unei greutăți corporale optime, permite controlul rezistenței la insulină. Tratamentul poate cuprinde, de asemenea, medicamente care cresc sensibilitatea celulelor la insulină sau care diminuează producția hepatică de glucoză.

Depistarea și controlul precoce al rezistenței la insulină sunt necesare pentru a împiedica progresia spre diabet zaharat tip 2, dar și pentru a scădea riscul altor complicații asociate. Stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice revine unui specialist, de exemplu medicului endocrinolog sau diabetologului.

1.4. OBEZITATEA ȘI MALNUTRIȚIA PROTEIN-CALORICĂ

Obezitatea reprezintă acumularea în exces a țesutului adipos, cu risc pentru starea de sănătate. Evaluarea se face, de regulă, cu ajutorul indicelui de masă corporală (IMC), care raportează greutatea la înălțime. Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS):

- Supraponderea corespunde unui IMC de 25-29.9.
- Obezitatea corespunde unui IMC de 30 sau mai mare.

IMC-ul nu este însă singurul parametru folosit în evaluarea obezității. Circumferința abdominală, raportul talie/șold și procentul de

țesut adipos aduc, la rândul lor, informații utile despre modul în care grăsimea este distribuită în organism și despre riscurile pentru sănătate care decurg de aici.

Riscuri pentru sănătate legate de obezitate:

- Persoanele obeze au un risc crescut de boli cardiovasculare: hipertensiune arterială, boală coronariană, accident vascular cerebral.
- Grăsimea corporală în exces, mai ales cea abdominală, reprezintă unul dintre principalii factori de risc pentru instalarea rezistenței la insulină, respectiv a diabetului zaharat tip 2.
- Tulburări musculo-scheletice: suprasolicitarea articulațiilor portante la persoanele obeze favorizează afectarea articulară, mai ales osteoartrita.
- Obezitatea se asociază cu afecțiuni ale aparatului respirator, între care apneea de somn și sindromul obezitate-hipoventilație.
- Obezitatea a fost corelată cu unele forme de cancer, printre care cel mamar, colonic și endometrial.
- Sindromul metabolic: reunește mai multe tulburări (hipertensiune arterială, hiperglicemie, valori anormale ale colesterolului și acumulare de grăsime în regiunea taliei) și crește riscul de diabet, de accident vascular cerebral și de boli cardiace.
- Sănătatea mintală poate avea de suferit în obezitate, cu apariția unor tulburări psihologice precum depresia, anxietatea sau scăderea stimei de sine.

Cauzele obezității:

- Predispoziția la câștig ponderal excesiv poate fi influențată genetic, prin efecte asupra metabolismului, a stocării grăsimilor și a apetitului.

- Factorii de mediu (stilul de viață, cu alimentație nepotrivită, inactivitate fizică și comportament sedentar) contribuie semnificativ la apariția obezității.
- Creșterea în greutate poate fi favorizată de factori psihologici, de exemplu stresul sau alimentația emoțională.
- Câștigul ponderal poate fi favorizat de unele afecțiuni, cum sunt hipotiroidismul și sindromul ovarelor polichistice, dar și de anumite medicamente.

Obezitatea este o boală complexă, cu determinism multifactorial, iar managementul și tratamentul ei trebuie să fie cuprinzătoare. Intervenția nu se poate limita la componenta fizică, ci trebuie să vizeze și factorii psihologici, comportamentali și sociali care favorizează apariția și menținerea bolii.

Malnutriția protein-calorică se instalează când organismul nu primește suficiente proteine și calorii față de necesarul său. Ea poate fi consecința unui aport alimentar insuficient, a unei diete de calitate slabă sau a creșterii necesarului nutrițional în contextul unei boli ori al unor leziuni.

Cauze:

- aport alimentar inadecvat
- nevoi nutriționale crescute
- malabsorbție
- factori socio economici: posibilități reduse de acces la servicii medicale, la educație și la hrană nutritivă
- opțiuni alimentare dezechilibrate nutrițional

Malnutriția protein-calorică este o afecțiune severă, ale cărei consecințe se pot menține mult timp. Identificarea ei precoce și intervenția promptă permit prevenirea și tratarea acesteia, favorizând recuperarea și ameliorând evoluția generală a pacienților.

Un aport insuficient de proteine expune la numeroase riscuri și complicații. Proteinele intervin în multe funcții ale organismului, cum sunt creșterea și refacerea țesuturilor, sinteza enzimelor și a hormonilor sau buna funcționare a sistemului imunitar. Riscurile potențiale ale deficitului proteic sunt:

- Reducerea masei musculare scheletice, cu afectarea funcției
- Imunitate compromisă, cu susceptibilitate crescută la infecții și refacere întârziată
- Tulburări de creștere și dezvoltare, cu afectare cognitivă
- Edeme prin retenție hidrică
- Afectarea părului, a pielii și a unghiilor - alopecie, piele uscată, descuamată și cu elasticitate scăzută, unghii casante
- Inflamație și leziuni ale ficatului (ficat gras)
- Dezechilibre hormonale
- Afectarea sănătății osoase, cu risc crescut de osteoporoză și fracturi
- Afectarea vindecării rănilor: refacere lentă după traumatisme
- Malnutriție generală

Pentru o stare generală bună de sănătate este necesar un aport proteic adecvat. Dieta trebuie să fie echilibrată și să conțină suficiente proteine provenite din surse variate, precum peștele, carnea slabă, leguminoasele, produsele lactate, semințele și nucile, astfel încât să fie evitate consecințele negative ale deficitului proteic. Dacă există suspiciunea unui aport insuficient de proteine sau de calorii, se recomandă consultarea unui specialist în domeniul sănătății sau a unui nutriționist, care poate oferi sfaturi individualizate și un plan alimentar adaptat.

1.5. SINDROMUL DIAREIC ȘI REGIMUL ALIMENTAR

1.5.1. Definiție, clasificare și relevanță clinică

Sindromul diareic este definit, conform Organizației Mondiale a Sănătății, prin emisia a trei sau mai multe scaune moi sau apoase în 24 de ore ori prin creșterea semnificativă a frecvenței și scăderea consistenței scaunelor față de tiparul obișnuit al individului. În funcție de durată se disting diareea acută (sub 14 zile), diareea persistentă (14–30 de zile) și diareea cronică (peste 4 săptămâni). Din perspectivă fiziopatologică, mecanismele implicate – frecvent intricate – sunt osmotic (prezența în lumen a unor solviți neabsorbabili, de exemplu lactoza în deficitul secundar de lactază), secretor (activarea adenilat-ciclazei de către enterotoxine, precum toxina holerică sau toxina termolabilă a *Escherichia coli* enterotoxigene), inflamator-exsudativ (leziuni ale mucoasei produse de germeni invazivi: *Shigella*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Clostridioides difficile*) și prin tulburări de motilitate. Înțelegerea mecanismului dominant orientează atât conduita terapeutică, cât și intervenția dietetică.

În Clinica de Boli Infecțioase, sindromul diareic reprezintă unul dintre cele mai frecvente motive de internare, iar dietoterapia constituie o componentă esențială a managementului, alături de rehidratare și de tratamentul etiologic acolo unde este indicat.

1.5.2. Epidemiologie europeană

Datele de supraveghere publicate de Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentară (EFSA) și de Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) în raportul comun „One Health” pentru anul 2024 arată că infecția cu *Campylobacter* rămâne cea mai frecvent raportată zoonoză în Uniunea Europeană (168.396 cazuri confirmate, 55,3 cazuri la 100.000 de locuitori), urmată de salmoneloză (79.703 cazuri, 18,6/100.000), infecțiile cu *E. coli* producătoare de toxină Shiga (11.738 cazuri) și listerioză (3.041 cazuri invazive, cu cea mai ridicată rată de spitalizare și letalitate). Pentru toate aceste patologii, tendința ultimilor cinci ani este de

creștere semnificativă. La acestea se adaugă etiologiile virale – norovirusul, principala cauză de gastroenterită epidemică la adulți și în colectivități, și rotavirusul, a cărui incidență la copil a scăzut marcat în țările europene care au introdus vaccinarea sistematică –, precum și infecția cu *Clostridioides difficile*, în creștere în mediul spitalicesc și comunitar, favorizată de consumul de antibiotice și de inhibitori ai pompei de protoni. Parazitozele (*Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*) trebuie luate în considerare în diareea persistentă, la călători și la persoanele imunocompromise.

1.5.3. Evaluarea statusului de hidratare și a riscului nutrițional

Prima etapă a evaluării nutriționale constă în aprecierea gradului de deshidratare, întrucât aceasta – și nu diareea în sine – reprezintă principalul determinant al morbidității și mortalității. Cele mai fidele semne clinice sunt pierderea ponderală acută, prelungirea timpului de reumplere capilară, scăderea turgorului cutanat, respirația anormală și, la sugar, deprimarea fontanelei. Deshidratarea se clasifică în minimă (sub 3% din greutatea corporală), ușoară–moderată (3–9%) și severă (peste 9%). Pacienții cu risc nutrițional crescut sunt sugarii și copiii mici, vârstnicii (la care senzația de sete este atenuată și rezerva funcțională renală este diminuată), gravidele, persoanele cu malnutriție preexistentă, cu boli cronice sau cu imunodepresie (infecție HIV, transplant, chimioterapie), precum și pacienții cu diaree persistentă, la care se instalează un cerc vicios malnutriție–alterarea barierei intestinale–prelungirea infecției.

1.5.4. Rehidratarea orală – fundamentul terapiei

Rehidratarea orală cu soluții hipoosmolare reprezintă intervenția cu cel mai înalt nivel de dovezi în diareea acută, indiferent de etiologie. Soluția recomandată de OMS conține 75 mmol/l sodiu, 75 mmol/l glucoză și are o osmolaritate de 245 mOsm/l, în timp ce ESPGHAN recomandă pentru Europa soluții cu 60 mmol/l sodiu și osmolaritate de 200–250 mOsm/l. Principiul fiziologic este cotransportul sodiu–glucoză la nivelul enterocitului, mecanism care

rămâne funcțional chiar și în diareea secretorie severă. Soluțiile hipoosmolare reduc volumul scaunelor, incidența vărsăturilor și necesarul de rehidratare intravenoasă. Sucurile de fructe, băuturile răcoritoare carbogazoase, ceaiul îndulcit și băuturile „pentru sportivi” nu sunt adecvate, întrucât au osmolaritate ridicată și conținut redus de sodiu, putând agrava pierderile osmotice. Rehidratarea se realizează în 3–4 ore (50–100 ml/kg pentru deshidratarea ușoară–moderată), urmată de înlocuirea pierderilor curente (aproximativ 10 ml/kg pentru fiecare scaun apos și 2 ml/kg pentru fiecare episod de vărsătură), în cantități mici și frecvente. Calea enterală pe sondă nazogastrică este superioară căii intravenoase în caz de eșec al administrării orale, iar rehidratarea intravenoasă se rezervă deshidratării severe, șocului, ileusului sau vărsăturilor incoercibile.

1.5.5. Principiile regimului alimentar în diareea acută

Ghidurile europene (ESPGHAN/ESPID) și nord-americane (ACG, IDSA) converg asupra unei schimbări de paradigmă față de practica tradițională a „repausului digestiv”. Principiile actuale sunt următoarele:

- Realimentarea precoce: alimentația obișnuită, adaptată vârstei, trebuie reluată în primele 4–6 ore de la inițierea rehidratării. Postul prelungit („dieta hidrică”) este contraindicat, întrucât privează enterocitul de nutrienții luminali necesari regenerării, întârzie refacerea dizaharidazelor din marginea în perie și accentuează pierderea ponderală.
- Alăptarea se continuă fără întrerupere pe toată durata bolii, inclusiv în timpul rehidratării; la sugarul alimentat cu formulă, aceasta nu se diluează și nu se înlocuiește de rutină cu o formulă specială.
- Formulele fără lactoză pot fi luate în considerare doar la copiii spitalizați cu diaree acută, la care reduc modest durata bolii; la pacientul ambulator nu sunt necesare.

- Dietele restrictive de tip BRAT (banane, orez, mere rase, pâine prăjită) nu sunt recomandate: deși alimentele respective sunt bine tolerate, regimul este sărac în proteine, lipide și energie și, menținut mai mult de 24–48 de ore, agravează statusul nutrițional.
- Alimentele bine tolerate și recomandate sunt cele bogate în glucide complexe (orez, cartofi, paste, pâine, cereale), carnea slabă, peștele, ouăle, iaurtul și produsele lactate fermentate, legumele preparate termic, fructele (banane, mere, piersici) și supele de legume; nu există dovezi că restricția lipidelor ar fi benefică.
- Se evită alimentele cu conținut ridicat de zaharuri simple (sucuri, dulciuri, băuturi îndulcite), îndulcitorii poliolici (sorbitol, manitol, xilitol – cu efect laxativ osmotic), cofeina în exces și alcoolul, care stimulează motilitatea și secreția intestinală.
- Mesele mici și frecvente (5–6 pe zi) sunt mai bine tolerate decât mesele voluminoase, întrucât reduc încărcătura osmotică și reflexul gastro-colic.

Această abordare, susținută de meta-analize care demonstrează că realimentarea precoce nu prelungește diareea și îmbunătățește curba ponderală, contrastează cu practica încă răspândită în România a „regimului de tranziție" prelungit, bazat pe supa de morcovi, orez fiert și brânză de vaci. Alimentele respective pot fi utilizate cu succes în primele 24 de ore, însă constituie doar puntea către alimentația completă, nu o dietă în sine.

1.5.6. Intoleranța secundară la lactoză și realimentarea după enterocolită

Enterocolitele infecțioase, îndeosebi cele virale, produc o atrofie tranzitorie a vilozităților intestinale, cu scăderea activității lactazei – enzimă localizată la vârful vilozității și, prin urmare, prima afectată și ultima refăcută. Consecința este intoleranța secundară la lactoză, manifestată prin scaune apoase, acide, spumoase, meteorism și

eritem perianal, cu durată de 1–4 săptămâni. În această perioadă se recomandă limitarea laptelui dulce, cu menținerea produselor fermentate (iaurt, chefir, brânzeturi maturate), în care lactoza este parțial hidrolizată de flora lactică, sau utilizarea laptelui delactozat. Această entitate trebuie diferențiată de alergia la proteina laptelui de vacă (vezi subcapitolul 1.8), pentru a evita excluderile alimentare nejustificate și prelungite. Deficitul secundar de lactază este tranzitoriu, iar reintroducerea progresivă a laptelui după remisiunea simptomelor este întotdeauna necesară.

1.5.7. Terapii adjuvante cu impact nutrițional

Probioticele au un efect strict tulpină-dependent. Poziția ESPGHAN din 2023 emite recomandări slabe, bazate pe dovezi de certitudine redusă, pentru *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745, *Lacticaseibacillus rhamnosus* GG, *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938 și pentru combinația *L. rhamnosus* 19070-2 cu *L. reuteri* DSM 12246, ca adjuvant al rehidratării, cu o reducere a duratei diareei de aproximativ 24 de ore; utilizarea altor tulpini sau a preparatelor fără dovezi documentate este descurajată. Studiile nord-americane de amploare nu au confirmat beneficiul *L. rhamnosus* GG, ceea ce impune prudență în extrapolarea rezultatelor. Suplimentarea cu zinc reduce durata și severitatea diareei doar la copiii din regiuni cu prevalență ridicată a deficitului de zinc și nu este recomandată în populația europeană bine nutrită. Racecadotrilul (inhibitor de encefalinază, cu efect antisecretor) și diosmectita pot fi luate în considerare ca adjuvante, iar ondansetronul în doză unică facilitează rehidratarea orală la pacientul cu vărsături. Loperamida este contraindicată la copil și în diareea febrilă sau cu sânge. Antibioticele nu sunt indicate de rutină în diareea acută comunitară; excepțiile sunt reprezentate de shigeloză, holeră, infecția cu *C. difficile*, formele severe de campilobacterioză sau salmoneloză la pacientul cu risc, diareea călătorului moderată-severă și infecțiile la gazda imunocompromisă.

1.5.8. Situații particulare

Infecția cu Clostridioides difficile. Ghidul ESCMID din 2021 recomandă fidaxomicina ca tratament de primă linie, vancomicina orală ca alternativă și transplantul de microbiotă fecală pentru formele recurente multiple. Din perspectivă nutrițională, nu există un regim specific, însă se recomandă menținerea aportului energetic și proteic, evitarea postului, hidratarea adecvată și reintroducerea progresivă a fibrelor fermentabile după remisiune; utilizarea probioticelor în scop terapeutic nu este susținută de dovezi suficiente.

Diareea la pacientul imunocompromis. La persoana cu infecție HIV, la pacientul transplantat sau sub chimioterapie, spectrul etiologic se lărgește (*Cryptosporidium*, microsporidii, citomegalovirus, *Mycobacterium avium*), diareea are tendință la cronicizare, iar malnutriția protein-calorică se instalează rapid. Suportul nutrițional trebuie inițiat precoce: alimente cu densitate energetică și proteică ridicată, suplimente nutritive orale, iar în cazurile refractare nutriție enterală sau parenterală. Siguranța alimentară (evitarea apei nesigure, a produselor lactate nepasteurizate, a cărnii și ouălor insuficient preparate termic) capătă la acești pacienți valoare de măsură terapeutică.

Diareea călătorului. Este predominant bacteriană (*E. coli* enterotoxigenă), autolimitată, iar prevenția se bazează pe regula „fierbe, gătește, curăță de coajă sau renunță”. Profilaxia antibiotică nu se recomandă de rutină, iar tratamentul se axează pe rehidratare, la care se pot adăuga loperamida (în absența febrei și a sângelui în scaun) și, în formele moderate-severe, azitromicina.

Vârstnicul. Riscul de deshidratare, de hipernatremie sau hiponatremie, de insuficiență renală acută și de interacțiuni medicamentoase (diuretice, inhibitori ai enzimei de conversie, metformin) este considerabil; monitorizarea aportului hidric, temporizarea diureticelor și evaluarea precoce a ionogramei sunt esențiale.

1.5.9. Consecințele pe termen lung și dietoterapia diareei persistente

Aproximativ 10% dintre pacienții cu gastroenterită bacteriană dezvoltă sindrom de intestin iritabil post-infecțios, riscul fiind de patru ori mai mare decât în populația generală și crescând cu severitatea episodului acut, cu sexul feminin, cu prezența anxietății și cu tratamentul antibiotic. Alte mecanisme ale diareei prelungite sunt deficitul secundar de dizaharidaze, malabsorbția acizilor biliari, supra-popularea bacteriană a intestinului subțire și, la copil, sensibilizarea tranzitorie la proteine alimentare. În aceste situații, intervenția dietetică se ierarhizează: în prima etapă, un regim echilibrat, cu mese regulate, limitarea alcoolului, a cofeinei și a alimentelor ultraprocesate; în etapa a doua, la pacientul cu simptome persistente, o dietă cu conținut redus de oligo-, di- și monozaharide fermentabile și polioli (FODMAP), aplicată în trei faze (excludere 4–6 săptămâni, reintroducere sistematică, personalizare) sub supravegherea dieteticianului; fibrele solubile (psyllium, ovăz, pectine) ameliorează consistența scaunelor și sunt preferate celor insolubile. Este esențial ca orice diaree cu durată de peste 4 săptămâni, cu scădere ponderală, anemie, sânge în scaun sau simptome nocturne să fie investigată pentru boală celiacă, boală inflamatorie intestinală, infecții parazitare și cauze neoplazice înainte de a fi etichetată drept funcțională (vezi cazul 4).

1.5.10. Prevenție

Igiena mâinilor, siguranța alimentară (cele „cinci chei” ale OMS: menținerea curățeniei, separarea alimentelor crude de cele preparate, gătirea completă, păstrarea la temperaturi sigure, utilizarea apei și a ingredientelor sigure), vaccinarea anti-rotavirus la sugar, alăptarea exclusivă în primele 6 luni de viață și utilizarea judicioasă a antibioticelor și a inhibitorilor pompei de protoni reprezintă cele mai eficiente măsuri de prevenție. Probioticele pot fi luate în considerare pentru prevenția diareei asociate antibioticelor (*S. boulardii*, *L. rhamnosus* GG), însă nu înlocuiesc administrarea rațională a acestora. O dietă bogată în fibre, alimente fermentate și polifenoli, care susține

diversitatea microbiotei intestinale, contribuie la rezistența la colonizare împotriva patogenilor enterici și reprezintă, în esență, dimensiunea preventivă a dietoterapiei în bolile infecțioase digestive.

1.6. INTOLERANȚA LA GLUTEN ÎNTRE MIT ȘI ADEVĂR

1.6.1. Glutenul și spectrul afecțiunilor asociate

Glutenul este complexul proteic de depozit al endospermului cerealelor din tribul Triticeae, alcătuit din prolamine (gliadine în grâu, secaline în secară, hordeine în orz) și gluteline. Rezistența sa la digestia proteolitică generează peptide bogate în prolină și glutamină (precum peptidul 33-mer al α-gliadinei), care, la persoanele predispuse genetic, sunt deamidate de transglutaminaza tisulară de tip 2 și prezentate limfocitelor T prin intermediul moleculelor HLA-DQ2 sau HLA-DQ8. Din perspectivă clinică, este esențial să se distingă trei entități cu mecanisme, criterii de diagnostic și implicații dietetice diferite, conform clasificării de la Oslo:

- Boala celiacă – enteropatie autoimună cronică, indusă de gluten, cu autoanticorpi anti-transglutaminază tisulară (anti-tTG), dependentă de HLA-DQ2/DQ8 (prezente la peste 95% dintre pacienți) și caracterizată histologic prin limfocitoză intraepitelială, hiperplazie criptică și atrofie vilozitară; îi sunt asociate dermatita herpetiformă și ataxia glutenică.
- Alergia la grâu – reacție de hipersensibilitate IgE-mediată la proteinele grâului, cu debut rapid (urticarie, angioedem, bronhospasm, anafilaxie), inclusiv forma particulară de anafilaxie indusă de efort dependentă de grâu (mediată de ω-5 gliadină) și astmul brutarilor.
- Sensibilitatea non-celiacă la gluten/grâu – sindrom caracterizat prin simptome intestinale și extraintestinale asociate temporal cu ingestia de gluten, la persoane la care boala celiacă și alergia la grâu au fost excluse, fără markeri serologici sau histologici specifici.

1.6.2. Epidemiologia bolii celiace – „aisbergul" european

Meta-analiza lui Singh și colab. a estimat o seroprevalență globală de 1,4% și o prevalență a bolii confirmate bioptic de 0,7%, cu valori de aproximativ 0,8% în Europa, un raport femei:bărbați de circa 1,5:1 și o creștere constantă a incidenței în ultimele decenii, atribuibilă atât ameliorării diagnosticului, cât și unor factori de mediu. Finlanda raportează prevalențe de peste 2%, iar studiile de screening pediatric din Italia au identificat valori de 1,6%. În România, primul studiu prospectiv bazat pe screening serologic, efectuat pe 713 adulți, a raportat o prevalență confirmată histologic de 1,26%, cu vârstă medie semnificativ mai mică și indice de masă corporală mai redus la persoanele afectate. Pentru fiecare caz diagnosticat se estimează că există alte 3–5 cazuri nediagnosticate, ceea ce justifică metafora „aisbergului celiac": partea vizibilă este reprezentată de formele clasice, cu diaree, steatoree, scădere ponderală și malabsorbție, în timp ce formele non-clasice (anemie feriprivă refractară, osteoporoză precoce, hipertransaminazemie neexplicată, infertilitate, stomatită aftoasă recurentă, neuropatie periferică, fatigabilitate cronică) și cele silențioase, depistate prin screening la grupurile de risc, sunt mult mai frecvente la adult. Grupurile cu risc crescut, la care se recomandă testarea serologică, includ rudele de gradul I (prevalență 5–10%), pacienții cu diabet zaharat tip 1 (3–10%), tiroidită autoimună, deficit selectiv de IgA, sindrom Down, sindrom Turner, hepatită autoimună și boală inflamatorie intestinală.

1.6.3. Infecțiile ca factor declanșator – interfața cu bolile infecțioase

Boala celiacă ilustrează exemplar interacțiunea dintre genom, dietă și infecții. Studii experimentale și epidemiologice au demonstrat că anumite infecții virale enterice pot rupe toleranța orală față de gluten: reovirusurile induc, la gazda cu HLA-DQ predispozant, un răspuns inflamator de tip 1 împotriva antigenelor alimentare, iar cohorta norvegiană MIDIA a evidențiat că frecvența infecțiilor cu enterovirus în primii ani de viață se asociază cu un risc crescut de

boală celiacă ulterioară. Infecțiile repetate cu rotavirus au fost, la rândul lor, asociate cu un risc mai mare de autoimunitate celiacă. În ceea ce privește momentul introducerii glutenului în alimentația sugarului, studiile randomizate europene PreventCD și CELIPREV au demonstrat că nici introducerea precoce (la 4 luni), nici cea tardivă (la 12 luni) nu modifică riscul cumulativ de boală, în timp ce studiul TEDDY a arătat că o cantitate mare de gluten consumată în primii ani de viață se asociază cu un risc crescut. Recomandarea actuală ESPGHAN este de a introduce glutenul între 4 și 12 luni, în cantități moderate, fără a se putea formula însă o strategie preventivă bazată pe dietă.

1.6.4. Diagnosticul – de ce dieta fără gluten nu se începe niciodată „de probă”

Dogma fundamentală, cu implicații directe pentru dietetician, este că toate investigațiile diagnostice se efectuează în timp ce pacientul consumă gluten. Excluderea glutenului, chiar și de câteva săptămâni, negativează serologia și normalizează parțial histologia, transformând un diagnostic simplu într-o problemă clinică laborioasă, care impune reexpunerea la gluten („gluten challenge”: minimum 3 g gluten pe zi, echivalentul a 1–2 felii de pâine, timp de 2–8 săptămâni). Ghidul actualizat al Societății Europene pentru Studiul Bolii Celiace (ESsCD 2025) stabilește următorul algoritm la adult:

- Testul serologic de primă intenție este determinarea anticorpilor IgA anti-tTG printr-un test ELISA validat, întotdeauna împreună cu dozarea IgA totale; în deficitul de IgA se utilizează testele IgG (anti-tTG, anti-peptide deamidate de gliadină). Determinarea de rutină a anticorpilor anti-endomisium nu mai este recomandată, fiind rezervată cazurilor echivoce.
- Confirmarea histologică rămâne standardul: minimum patru biopsii din duodenul II și două din bulbul duodenal, interpretate conform clasificării Marsh-Oberhuber.

- Elementul cu adevărat nou îl reprezintă diagnosticul fără biopsie, acceptat cu anumite condiții la adulții cu vârsta sub 45 de ani: titrul IgA anti-tTG trebuie să depășească de cel puțin 10 ori (≥10 ×) limita superioară a valorilor normale și să fie confirmat pe un al doilea eșantion de sânge, pacientul să nu prezinte semne de alarmă (hemoragie digestivă, disfagie, scădere ponderală inexplicabilă), iar decizia să fie luată împreună cu acesta; recomandarea preia practica pediatrică ESPGHAN din 2020, care admite, pe baza aceluiași prag serologic, renunțarea la biopsie la copii.
- Testarea HLA-DQ2/DQ8 are valoare predictivă negativă înaltă și se utilizează pentru excluderea bolii la pacienții deja pe dietă fără gluten, în discordanțele sero-histologice și în screeningul rudelor.
- Testele din salivă sau materii fecale, testele de „intoleranță alimentară" bazate pe IgG și testele rapide neconfirmate nu au valoare diagnostică.

1.6.5. Tratamentul: excluderea strictă și pe viață a glutenului din alimentație

Singura terapie eficientă în boala celiacă este, în continuare, dieta fără gluten, care trebuie respectată riguros și pe termen nelimitat, deoarece chiar cantități foarte mici de gluten (de ordinul a 10–50 mg/zi) sunt suficiente pentru a menține leziunile mucoasei. Conform Regulamentului (UE) nr. 828/2014, mențiunea „fără gluten" este permisă doar produselor cu conținut sub 20 mg/kg, iar mențiunea „conținut foarte scăzut de gluten" produselor cu conținut sub 100 mg/kg, în timp ce Regulamentul (UE) nr. 1169/2011 impune evidențierea cerealelor care conțin gluten pe eticheta oricărui aliment. Baza alimentației trebuie formată din produsele care nu conțin în mod natural gluten, și nu din cele procesate etichetate „fără gluten": orezul, porumbul, meiul, hrișca, sorgul, teff-ul, quinoa și amarantul, apoi cartofii, leguminoasele, legumele și fructele, precum și carnea, ouăle, peștele și lactatele. Ovăzul necontaminat, certificat fără gluten, poate

fi introdus de la momentul diagnosticului, conform ghidului ESsCD 2025, fiind o sursă valoroasă de fibre solubile, cu monitorizarea răspunsului clinic. Sursele ascunse de gluten (sosuri, condimente, mezeluri, supe instant, bere, malț, sos de soia, agenți de îngroșare, unele medicamente și suplimente) și contaminarea încrucișată în bucătărie și în alimentația publică reprezintă cauzele cele mai frecvente ale expunerii inadvertente.

Dieteticianul are un rol central în prevenirea consecințelor nutriționale ale dietei fără gluten. Studiile europene au demonstrat că produsele industriale fără gluten au, în medie, un conținut mai ridicat de lipide, zaharuri simple și sare, un indice glicemic mai mare și un conținut mai redus de proteine, fibre, fier, folați și vitamine din grupul B decât corespondentele lor convenționale; în plus, produsele pe bază de orez pot aduce un aport suplimentar de arsenic. Consecințele sunt creșterea ponderală, deteriorarea profilului lipidic și glicemic și constipația, frecvent observate la 1–2 ani de la inițierea dietei. La diagnostic se evaluează sistematic feritina, sideremia, folații, vitamina B12, vitamina D, calciul, zincul și, la adult, densitatea minerală osoasă (DXA). Monitorizarea aderenței se realizează prin evaluare dietetică structurată, prin serologie la 6–12 luni și, mai nou, prin determinarea peptidelor imunogene din gluten în urină sau materii fecale. Persistența simptomelor sub dietă (boală celiacă non-responsivă) are drept cauză, în majoritatea cazurilor, expunerea inadvertentă la gluten, urmată de sindromul de intestin iritabil asociat – pentru care ghidul ESsCD 2025 recomandă dieta cu conținut redus de FODMAP –, intoleranța la lactoză, suprapopularea bacteriană a intestinului subțire, insuficiența pancreatică exocrină, colita microscopică și, rar, boala celiacă refractară. Terapiile farmacologice aflate în cercetare (inhibitorul de transglutaminază ZED1227, endopeptidazele degradatoare de gluten, nanoparticulele inductoare de toleranță) sunt concepute ca adjuvante ale dietei, nu ca substitute ale acesteia.

1.6.6. Sensibilitatea non-celiacă la gluten – între mit și adevăr

Adevărul: există pacienți fără boală celiacă și fără alergie la grâu care prezintă simptome reproductibile după ingestia de grâu. Criteriile de la Salerno impun documentarea răspunsului simptomatic la excluderea glutenului (reducere cu cel puțin 30% a scorului simptomatic în 6 săptămâni) și confirmarea prin test de provocare dublu-orb, placebo-controlat, cu 8 g gluten pe zi. Mecanismele propuse includ activarea imunității înnăscute de către inhibitorii de amilază-tripsină din grâu, efectul osmotic-fermentativ al fructanilor (oligozaharide din categoria FODMAP, prezente în grâu, secară și orz) și tulburările interacțiunii intestin–creier.

Mitul: amploarea fenomenului. Deși 6–13% dintre adulții europeni se autodeclară sensibili la gluten, atunci când sunt supuși testelor dublu-orb, mai puțin de 20% dintre aceștia prezintă simptome specific induse de gluten, iar aproximativ 40% reacționează identic sau mai intens la placebo. Studiul norvegian al lui Skodje și colab. a demonstrat că fructanii, și nu glutenul, induc simptomele la persoanele cu sensibilitate autoraportată. Cel mai riguros studiu de până acum – un trial randomizat, dublu-orb, multicentric, efectuat în Țările de Jos și Regatul Unit – a arătat că anticiparea negativă (efectul nocebo) are un efect mai mare asupra simptomelor gastrointestinale decât ingestia efectivă de gluten, combinația dintre așteptare și expunere generând cel mai intens răspuns simptomatic. Concluzia practică este că, în absența bolii celiace sau a alergiei la grâu, dieta fără gluten nu trebuie recomandată fără o evaluare structurată; la majoritatea pacienților, o dietă cu conținut redus de FODMAP, urmată de reintroducere, oferă o ameliorare comparabilă, cu restricții mai puține și cu un impact nutrițional mai mic.

1.6.7. Dieta fără gluten la persoanele sănătoase: un „mit al sănătății”

Piața europeană a produselor fără gluten a crescut exponențial, alimentată de percepția publică – nesusținută de dovezi – că glutenul ar fi intrinsec nociv, că excluderea sa ar favoriza scăderea ponderală

sau ar ameliora performanța fizică. Studiile de cohortă (inclusiv analiza a peste 100.000 de participanți din cohortele americane ale profesioniștilor din sănătate) nu au evidențiat niciun beneficiu cardiovascular sau metabolic al reducerii aportului de gluten la persoanele fără boală celiacă, ci, dimpotrivă, o asociere cu un aport mai redus de cereale integrale și fibre. Excluderea nejustificată a glutenului implică un cost financiar de 2–3 ori mai mare, o dietă cu diversitate mai redusă, un risc de deficite nutriționale și – aspectul cel mai important din perspectiva clinicianului – invalidarea testelor diagnostice pentru boala celiacă. Mesajul educațional pe care dieteticianul trebuie să îl transmită este lipsit de echivoc: dieta fără gluten este un tratament medical, cu indicații precise, nu un stil de viață „mai sănătos".

1.6.8. Algoritm practic pentru dietetician

- Pacient cu simptome sugestive și consum curent de gluten: se solicită IgA anti-tTG și IgA totală înainte de orice modificare a dietei; se menține aportul de gluten până la finalizarea investigațiilor (inclusiv a biopsiei, dacă este indicată).
- Pacient care a exclus deja glutenul: testare HLA-DQ2/DQ8; dacă este pozitiv, reexpunere la gluten sub supraveghere, urmată de serologie și eventual biopsie.
- Boală celiacă confirmată: dietă strict fără gluten, educație structurată, corectarea deficitelor, evaluare DXA la adult, screeningul rudelor de gradul I, monitorizare la 6–12 luni.
- Boală celiacă și alergie la grâu excluse, simptome persistente: evaluare pentru sindrom de intestin iritabil, dietă cu conținut redus de FODMAP cu reintroducere sistematică; dieta fără gluten doar în cadrul unui protocol de excludere–reexpunere documentat.

1.7. BOLILE HEPATICE CRONICE COMPLICATE CU STEATOZĂ HEPATICĂ TRATAMENT VERSUS ALIMENTAȚIE

1.7.1. O nouă nomenclatură pentru o boală veche

Un consens internațional elaborat în 2023 de mai multe societăți științifice a renunțat la denumirea „boala ficatului gras non-alcoolic" (NAFLD) în favoarea celei de boală steatozică a ficatului asociată disfuncției metabolice (MASLD – *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*); diagnosticul presupune steatoză hepatică documentată imagistic sau histologic, însoțită de minimum un criteriu cardiometabolic: indice de masă corporală ≥25 kg/m² ori circumferința taliei ≥94 cm (bărbați), respectiv ≥80 cm (femei); glicemie bazală (à jeun) ≥100 mg/dl, hemoglobină glicozilată ≥5,7% sau diabet zaharat tip 2; valori tensionale ≥130/85 mmHg sau terapie antihipertensivă; trigliceridemie ≥150 mg/dl sau terapie hipolipemiantă; colesterol HDL ≤40 mg/dl la sexul masculin, respectiv ≤50 mg/dl la sexul feminin. Pentru forma progresivă, cu componentă inflamatorie, se folosește termenul de steatohepatită legată de disfuncția metabolică (MASH), în timp ce MetALD îi include pe pacienții care asociază disfuncție metabolică și un consum de alcool de 140–350 g/săptămână la femei, respectiv 210–420 g/săptămână la bărbați. Noua terminologie este relevantă deoarece un pacient cu hepatită cronică virală poate avea simultan MASLD, iar cele două procese se potențează reciproc.

1.7.2. Epidemiologie: Europa și România

MASLD afectează 30–38% din populația adultă a globului și 25–30% din populația europeană, cu valori mai ridicate în sudul și estul continentului; steatohepatita este prezentă la aproximativ 5% din populația generală, iar boala a devenit indicația cu cea mai rapidă creștere pentru transplantul hepatic în Europa. Cauza principală de deces a acestor pacienți rămâne însă cardiovasculară. Un document de poziție multidisciplinar românesc publicat în 2026 estimează o prevalență națională de 30–33% la adulți, corespunzând unui număr de 4,5–5,1 milioane de persoane cu MASLD, dintre care 225.000–

410.000 cu steatohepatită și fibroză, și propune o cale națională de îngrijire bazată pe depistarea activă cu ajutorul scorului FIB-4. Studiile populaționale din nord-estul României au evidențiat, prin elastografie tranzitorie, o prevalență alarmantă a fibrozei semnificative în populația aparent sănătoasă, jumătate dintre cazuri fiind atribuibile steatozei metabolice.

1.7.3. Steatoza în hepatitele cronice virale

În hepatita cronică C, steatoza are o componentă „virală" – caracteristică genotipului 3, care interferează direct cu metabolismul lipidic al hepatocitului și care regresează după răspunsul virusologic susținut la tratamentul cu antivirale cu acțiune directă – și o componentă metabolică, dependentă de rezistența la insulină a gazdei, care persistă după vindecarea virusologică și impune intervenție nutrițională. În hepatita cronică B, prevalența steatozei variază între 14% și 70%, cu o medie de aproximativ 30%, reflectând mai degrabă profilul metabolic al populației decât un efect direct al virusului. Relația este paradoxală: steatoza pare să inhibe replicarea virală și se asociază cu rate mai mari de pierdere a antigenului HBs, în timp ce factorii de risc cardiometabolici – componenta definitorie a MASLD – se asociază constant cu progresia fibrozei, cu un risc crescut de carcinom hepatocelular și cu mortalitate mai mare. Prin urmare, la pacientul cu hepatită B sub terapie cu analogi nucleozidici/nucleotidici (entecavir, tenofovir) și viremie nedetectabilă, persistența hipertransaminazemiei trebuie să ridice suspiciunea unei componente metabolice, iar controlul virusologic nu scutește de intervenția asupra stilului de viață. Evenimentele hepatice sunt determinate în primul rând de stadiul fibrozei, ceea ce face din evaluarea non-invazivă a acesteia elementul central al stratificării riscului.

1.7.4. Stratificarea riscului: de la FIB-4 la elastografie

Ghidul comun EASL–EASD–EASO din 2024 recomandă depistarea activă a fibrozei la persoanele cu diabet zaharat tip 2, cu

obezitate și factori de risc metabolici asociați, cu transaminaze crescute sau cu steatoză imagistică, printr-o abordare secvențială: scorul FIB-4 [(vârsta × AST)/(trombocite × √ALT)], cu prag inferior de 1,3 (2,0 la persoanele peste 65 de ani) pentru excluderea fibrozei avansate și prag superior de 2,67 pentru risc înalt, urmat de elastografie tranzitorie (VCTE) la pacienții cu valori intermediare sau înalte; o rigiditate hepatică sub 8 kPa exclude fibroza avansată, în timp ce valori de peste 12–15 kPa sugerează boală hepatică cronică avansată compensată, care impune supraveghere pentru carcinom hepatocelular (ecografie la 6 luni) și screening pentru varice esofagiene. Biopsia hepatică rămâne rezervată cazurilor cu diagnostic incert sau candidaților la terapii farmacologice care necesită confirmarea histologică a steatohepatitei.

1.7.5. Intervenția nutrițională: baza tratamentului în toate stadiile

Ghidul european din 2024 reafirmă că modificarea stilului de viață reprezintă piatra de temelie a tratamentului, indiferent de stadiul bolii și de existența terapiilor farmacologice. Recomandările cu cel mai înalt nivel de dovezi sunt:

- Scăderea ponderală, la pacientul cu exces ponderal, printr-un deficit energetic de 500–1000 kcal/zi, cu un ritm de 0,5–1 kg/săptămână: o reducere de ≥5% din greutatea inițială ameliorează steatoza, ≥7% permite regresia steatohepatitei, iar ≥10% se asociază cu regresia fibrozei. La pacientul normoponderal (MASLD „lean”), o scădere ponderală de 3–5% obținută prin dietă și exercițiu fizic este de asemenea benefică.
- Dieta mediteraneană, recomandată explicit ca model alimentar de elecție, întrucât reduce conținutul lipidic hepatic și ameliorează sensibilitatea la insulină chiar și în absența scăderii ponderale: consum abundent de legume, fructe, leguminoase, cereale integrale, nuci și semințe, ulei de măsline extravirgin ca sursă principală de lipide, pește de 2–3 ori pe săptămână, lactate fermentate cu moderație, carne roșie și

procesată rar. Studiile europene au asociat consumul ridicat de carne roșie și procesată cu MASLD și rezistența la insulină.

- Reducerea drastică a fructozei și a zaharurilor adăugate, în special sub forma băuturilor îndulcite cu zahăr, care alimentează lipogeneza *de novo*; aportul de zaharuri libere trebuie limitat la sub 10% din energie, ideal sub 5%.
- Înlocuirea acizilor grași saturați cu acizi grași mono- și polinesaturați: studiile de supraalimentare controlată efectuate în Suedia au demonstrat că surplusul caloric din grăsimi saturate crește conținutul lipidic hepatic într-o măsură mult mai mare decât surplusul echivalent din grăsimi polinesaturate.
- Distribuția macronutrienților este secundară deficitului energetic: dietele hipoglucidice și cele hipolipidice au eficiență comparabilă în condiții izocalorice, alegerea fiind dictată de preferințele și aderența pacientului; restricția calorică intermitentă și alimentația cu restricție temporală nu s-au dovedit superioare restricției calorice continue, dar reprezintă alternative valide pentru unii pacienți, cu prudență la cei cu ciroză sau sub insulinoterapie.
- Aportul de fibre de minimum 25–30 g/zi, din cereale integrale, leguminoase, legume și fructe întregi, cu efect asupra microbiotei, a glicemiei postprandiale și a sațietății.
- Consumul de cafea (fără zahăr și fără frișcă) nu trebuie restricționat: datele observaționale asociază consumul a cel puțin trei cești pe zi cu un risc redus de fibroză și de carcinom hepatocelular.
- Alcoolul trebuie descurajat la toți pacienții cu steatoză, chiar și în cantități considerate „moderate”, iar la cei cu fibroză avansată sau ciroză abstinența trebuie să fie completă și definitivă; în hepatitele virale cronice, alcoolul are efect sinergic asupra progresiei fibrozei și a carcinogenezei.

- Activitatea fizică – minimum 150–300 de minute pe săptămână de efort aerob moderat, la care se adaugă exerciții de rezistență de 2–3 ori pe săptămână – reduce conținutul lipidic hepatic independent de scăderea ponderală și previne pierderea masei musculare în timpul restricției calorice.

1.7.6. Nutriția în boala hepatică avansată: paradoxul obezității sarcopenice

Pe măsură ce boala progresează spre ciroză, obiectivele nutriționale se reorientează. Pentru pacientul cu ciroză, ghidul ESPEN privind nutriția clinică în bolile hepatice indică un necesar energetic de 30–35 kcal/kg/zi și 1,2–1,5 g/kg/zi proteine, fără a limita aportul proteic nici în prezența encefalopatiei hepatice (proteinele de origine vegetală și cele din lactate fiind mai bine tolerate); hrana se distribuie în 3–5 mese principale, la care se adaugă o gustare seara târziu, cu 50 g glucide complexe și 10–15 g proteine, menită să contracareze catabolismul nocturn accelerat propriu ficatului cirotic – la acești pacienți, 8–10 ore de post au același efect metabolic ca 2–3 zile de inaniție la o persoană sănătoasă. La pacientul cirotic obez, ESPEN recomandă o restricție energetică moderată (deficit de 500–800 kcal/zi), cu aport proteic de minimum 1,5 g/kg greutate ideală, pentru a obține scădere ponderală fără accentuarea sarcopeniei. În ascită se aplică o restricție moderată de sodiu (aproximativ 2 g sodiu, echivalent cu 5 g sare pe zi), evitând restricțiile severe care compromit palatabilitatea și aportul alimentar. Deficitele de vitamine liposolubile, zinc, magneziu și vitamină D sunt frecvente și trebuie corectate. Evaluarea masei și forței musculare (dinamometrie, indicele muscular scheletic) face parte din evaluarea nutrițională standard, sarcopenia fiind un predictor independent al decompensării și al mortalității.

1.7.7. Tratamentul farmacologic: adjuvant, nu substitut

Anul 2024 a marcat intrarea MASLD în era terapiilor specifice. Resmetiromul, agonist selectiv al receptorului β al hormonilor tiroidieni cu acțiune hepatică, a demonstrat în studiul MAESTRO-

NASH rezoluția steatohepatitei la 26–30% dintre pacienți (față de 10% sub placebo) și ameliorarea fibrozei la 24–26% (față de 14%) la 52 de săptămâni; a fost aprobat de FDA în 2024 și a primit autorizație de punere pe piață condiționată din partea Comisiei Europene în august 2025, pentru adulții cu steatohepatită non-cirotică și fibroză moderată-avansată (F2–F3). Semaglutida 2,4 mg, agonist al receptorului GLP-1, a obținut în studiul ESSENCE rezoluția steatohepatitei la aproximativ 63% dintre pacienți (față de 34%) și ameliorarea fibrozei la 37% (față de 22%), fiind aprobată pentru această indicație de FDA în august 2025 și, ulterior, autorizată în Uniunea Europeană (sub denumirea comercială Kayshild) pentru aceeași populație non-cirotică cu fibroză F2–F3. Ambele terapii sunt indicate exclusiv în asociere cu dieta și activitatea fizică, nu sunt aprobate în ciroză și necesită confirmarea stadiului fibrozei înainte de inițiere. Alte opțiuni includ pioglitazona la pacientul cu diabet zaharat tip 2, tirzepatida și agoniștii GLP-1 pentru controlul obezității și al diabetului (cu beneficiu hepatic mediat de scăderea ponderală), inhibitorii SGLT2, vitamina E (800 UI/zi, la pacientul non-diabetic, non-cirotic, cu steatohepatită confirmată) și chirurgia metabolică, care determină rezoluția steatohepatitei la majoritatea pacienților cu obezitate și ameliorarea fibrozei. Statinele pot fi administrate fără risc atât în MASLD, cât și în ciroza compensată, și se folosesc pentru reducerea riscului cardiovascular de fiecare dată când există indicație; a renunța la ele din cauza hipertransaminazemiei reprezintă o greșeală frecventă, cu consecințe costisitoare. Suplimentele cu efect „hepatoprotector” larg utilizate în practica din România și din Europa de Est – silimarina, fosfolipidele esențiale, acidul ursodeoxicolic în afara indicațiilor colestatice – nu dispun de dovezi histologice de eficacitate în MASLD, la fel ca acizii grași omega-3 (utili doar pentru hipertrigliceridemie), vitamina D și probioticele.

1.7.8. Tratament versus alimentație: o falsă dilemă

Sinteza dovezilor actuale este lipsită de ambiguitate. Intervenția nutrițională și activitatea fizică sunt singurele măsuri eficace în toate

stadiile bolii, de la steatoza simplă la ciroza compensată, sunt lipsite de efecte adverse, ameliorează simultan comorbiditățile cardiometabolice și, în plus, constituie condiția obligatorie pentru eficacitatea și pentru prescrierea terapiilor farmacologice, care se adresează exclusiv pacienților cu steatohepatită și fibroză semnificativă. La pacientul cu hepatită cronică virală, tratamentul antiviral controlează componenta infecțioasă, dar nu și pe cea metabolică: un pacient cu hepatită B sub entecavir sau cu hepatită C vindecată, dar cu steatoză, obezitate abdominală și dislipidemie, rămâne expus riscului de progresie și de carcinom hepatocelular. Rolul dieteticianului este, prin urmare, integrat în echipa multidisciplinară: evaluarea nutrițională structurată, prescrierea unui plan alimentar individualizat de tip mediteranean cu deficit energetic controlat, monitorizarea lunară a aderenței și a compoziției corporale, prevenirea sarcopeniei, educația privind alcoolul și zaharurile adăugate, precum și recomandarea vaccinării împotriva hepatitei A, a gripei și a infecției pneumococice la toți pacienții cu boală hepatică cronică, la care infecțiile intercurente reprezintă cauze frecvente de decompensare.

1.8. ALERGIA LA PROTEINA LAPTELUI DE VACĂ

1.8.1. Definiție și delimitare de intoleranța la lactoză

Alergia la proteina laptelui de vacă (APLV) este o reacție adversă reproductibilă, mediată imunologic, față de proteinele laptelui de vacă – cazeinele (α*s*1, α*s*2, β și κ, care reprezintă aproximativ 80% din proteinele laptelui și sunt termostabile) și proteinele din zer (β-lactoglobulina, α-lactalbumina, albumina serică bovină, lactoferina, cu termolabilitate mai mare). Ea trebuie diferențiată riguros de intoleranța la lactoză, tulburare non-imunologică datorată deficitului de lactază, care nu comportă risc de anafilaxie și nu impune excluderea proteinelor laptelui. Non-persistența lactazei la vârsta adultă are o distribuție geografică marcată în Europa, cu prevalențe sub 10–15% în țările nordice și de 30–50% în sudul și estul

continentului, în timp ce APLV este predominant o afecțiune a sugarului și a copilului mic, foarte rară la adult. Confuzia dintre cele două entități este una dintre cele mai frecvente surse de excluderi alimentare nejustificate.

1.8.2. Clasificare fiziopatologică și tablou clinic

- Forme IgE-mediate: debut în primele minute până la două ore de la ingestie, cu urticarie, angioedem, vărsături, wheezing, rinoconjunctivită și, în formele severe, anafilaxie; risc de reacție severă la cantități minime.
- Forme non-IgE-mediate (celular-mediate): debut întârziat, la ore–zile după ingestie, cu manifestări predominant digestive – proctocolita alergică (scaune cu striuri de sânge la sugarul cu stare generală bună, frecvent alăptat exclusiv), enteropatia indusă de proteine alimentare (diaree cronică, malabsorbție, faliment al creșterii) și sindromul de enterocolită indus de proteine alimentare (FPIES), caracterizat prin vărsături repetitive la 1–4 ore de la ingestie, paloare, letargie, hipotensiune, uneori leucocitoză și methemoglobinemie, tablou frecvent confundat cu sepsis sau cu gastroenterita infecțioasă în serviciile de urgență și de boli infecțioase.
- Forme mixte: dermatita atopică moderat-severă și esofagita eozinofilică.

Consensul internațional privind FPIES subliniază că absența febrei, a markerilor inflamatori specifici infecției și repetabilitatea episoadelor la reexpunere sunt elementele care orientează diagnosticul diferențial față de enterocolita infecțioasă, cu implicații directe pentru practica din Clinica de Boli Infecțioase.

1.8.3. Epidemiologie: dovezile cohortei EuroPrevall

Cohorta de naștere EuroPrevall, care a inclus 12.049 de copii din nouă țări europene, a stabilit cu rigoare incidența APLV confirmate prin test de provocare dublu-orb, placebo-controlat: 0,54% (interval de încredere 95%: 0,41–0,70%) în primii doi ani de viață, cu variații

naționale de la aproximativ 1% în Țările de Jos și Regatul Unit la sub 0,3% în Lituania, Germania și Grecia; 23,6% dintre cazuri nu prezentau IgE specifice (forme non-IgE-mediate). La un an de la diagnostic, 69% dintre copii tolerau laptele de vacă – toți cei cu forme non-IgE-mediate și 57% dintre cei cu forme IgE-mediate. Aceste cifre contrastează puternic cu prevalența percepută de părinți, care ajunge la 10–17%, și demonstrează că APLV este, în Europa, o boală mult mai rară decât sugerează practica prescrierii de formule speciale. Toleranța se instalează la majoritatea copiilor până la vârsta de 3–6 ani; persistența este prezisă de titruri ridicate de IgE specifice, de sensibilizarea la cazeină, de asocierea cu alte alergii alimentare și cu astmul.

1.8.4. Supradiagnosticul – o problemă de sănătate publică

Poziția ESPGHAN din 2024 afirmă explicit că supradiagnosticul APLV este mult mai frecvent decât subdiagnosticul, ambele având consecințe potențial nocive, și că modificările consistenței scaunelor, regurgitațiile, colicile, aversiunea față de alimentație sau prezența ocazională a unor striuri de sânge în scaun sunt fenomene frecvente la sugar, care în general nu trebuie considerate diagnostice pentru APLV, indiferent de consumul anterior de lapte de vacă. Analiza sistematică a ghidurilor publicate între 2012 și 2019 a evidențiat că majoritatea au fost elaborate cu sprijin financiar din partea producătorilor de formule și că simptomele considerate sugestive sunt, de fapt, întâlnite la majoritatea sugarilor sănătoși, în paralel cu o creștere de câteva ori a prescrierii formulelor speciale în Regatul Unit, fără o creștere corespunzătoare a incidenței bolii. Excluderea nejustificată a laptelui de vacă are un cost nutrițional (aport redus de calciu, vitamină D, proteine, iod, riboflavină), un cost al creșterii (faliment al creșterii documentat la copiii cu diete de excludere), un cost financiar și psihosocial și, paradoxal, un cost imunologic: întârzierea expunerii la alergen poate favoriza pierderea toleranței și instalarea unei sensibilizări IgE-mediate.

1.8.5. Diagnosticul

Diagnosticul se bazează pe o anamneză structurată (natura simptomelor, latența față de ingestie, reproductibilitatea, cantitatea declanșatoare, forma laptelui – crud, fermentat, copt), examen clinic cu evaluarea creșterii și, în funcție de mecanismul suspectat, pe următoarele investigații:

- În formele IgE-mediate: testul cutanat prick și dozarea IgE specifice pentru lapte și pentru componentele moleculare (cazeina Bos d 8 – predictor al persistenței și al reactivității la laptele copt; β-lactoglobulina Bos d 5; α-lactalbumina Bos d 4), testul de activare a bazofilelor în centre specializate și, ca standard de referință, testul de provocare orală. Sensibilizarea (test pozitiv) nu echivalează cu alergia clinică.
- În formele non-IgE-mediate: dieta de eliminare diagnostică timp de 2–4 săptămâni, urmată obligatoriu de reintroducerea laptelui (test de provocare) pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului; ameliorarea sub excludere fără recidivă la reexpunere infirmă APLV. La sugarul alăptat exclusiv, excluderea laptelui din dieta mamei se recomandă doar în prezența unei suspiciuni clinice bine fundamentate. Scorul CoMiSS (Cow's Milk-related Symptom Score, prag ≥10 în versiunea revizuită din 2022) este un instrument de conștientizare și de monitorizare, nu un test diagnostic.
- Nu au valoare diagnostică și nu trebuie recomandate: determinarea IgG/IgG4 specifice alimentelor, testele comerciale de „intoleranță alimentară”, testele electrodermale sau analiza părului. Atunci când tabloul clinic este echivoc, testul de provocare cu lapte delactozat (care conține integral proteinele laptelui) permite diferențierea de intoleranța la lactoză: persistența simptomelor confirmă mecanismul alergic, iar dispariția lor indică deficitul de lactază.

1.8.6. Managementul dietetic

Excluderea proteinelor laptelui de vacă – inclusiv a laptelui altor rumegătoare (capră, oaie, bivoliță), a căror reactivitate încrucișată depășește 90% – rămâne baza tratamentului, însă trebuie concepută ca o intervenție limitată în timp, cu reevaluare periodică a toleranței:

- Sugarul alăptat: continuarea alăptării este prioritară; dacă excluderea maternă a laptelui este necesară, mama primește consiliere dietetică și suplimentare cu calciu (1000 mg/zi) și vitamină D.
- Sugarul alimentat cu formulă: formula extensiv hidrolizată (din cazeină sau din proteine din zer) este prima opțiune, fiind tolerată de peste 90% dintre sugarii cu APLV; formula pe bază de aminoacizi se rezervă anafilaxiei, FPIES sever, esofagitei eozinofilice, formelor cu faliment al creșterii, alergiilor alimentare multiple și lipsei de răspuns la formula extensiv hidrolizată. Formula din proteine hidrolizate de orez este acceptată ca alternativă atunci când conținutul de arsenic este cunoscut și redus. Formula de soia poate fi utilizată după vârsta de 6 luni, cu riscul co-alergiei în formele non-IgE-mediate. Formulele parțial hidrolizate nu au niciun rol terapeutic, iar băuturile vegetale (ovăz, migdale, cocos, orez) nu sunt adecvate ca substitut al laptelui sub vârsta de 12 luni, ideal sub 2 ani, băutura de orez fiind contraindicată sub 5 ani din cauza arsenicului anorganic.
- Copilul peste 1–2 ani și adultul: băuturile vegetale îmbogățite cu calciu (minimum 120 mg/100 ml), preferabil din soia sau mazăre pentru conținutul proteic, pot înlocui parțial laptele; aportul de calciu conform valorilor de referință EFSA (450 mg/zi la 1–3 ani, 800 mg/zi la 4–10 ani, 1150 mg/zi la 11–17 ani, 950 mg/zi la adult) se asigură din surse non-lactate (sardine și somon cu oase, tofu preparat cu săruri de calciu, tahini, migdale, legume cu frunze verzi, fasole albă, ape minerale bogate în calciu,

disponibile pe scară largă în România) și, la nevoie, prin suplimentare cu calciu și vitamină D.

- Citirea etichetelor: laptele figurează printre cei 14 alergeni cu declarare obligatorie conform Regulamentului (UE) nr. 1169/2011; sursele ascunse includ zerul, cazeinatul, lactalbumina, lactoglobulina, ghee-ul, unele produse „non-lactate” și, în cazul lactozei industriale, posibile urme proteice, relevante doar în formele IgE-mediate severe.
- Monitorizarea creșterii la fiecare vizită și evaluarea dietetică structurată sunt obligatorii, dieta de excludere fiind asociată cu risc documentat de malnutriție la copiii europeni.

1.8.7. Reintroducerea, „scara laptelui” și terapiile active

Toleranța trebuie reevaluată la fiecare 6–12 luni. În formele non-IgE-mediate ușoare, reintroducerea se poate face la domiciliu, gradual, după modelul „scării laptelui” (iMAP Milk Ladder), care parcurge etape de la produsele coapte cu conținut mic de lapte (biscuiți, brioșe) la produsele coapte cu conținut mare, apoi la lactatele fermentate și, în final, la laptele pasteurizat. În formele IgE-mediate, reintroducerea se realizează sub supraveghere medicală; aproximativ 70–75% dintre copiii cu APLV IgE-mediată tolerează laptele extensiv tratat termic, iar includerea acestuia în dietă accelerează instalarea toleranței față de laptele nefiert. Ghidul EAACI din 2025 privind managementul alergiei alimentare IgE-mediate sugerează imunoterapia orală cu lapte la copiii cu alergie persistentă, în general după vârsta de 4 ani, când probabilitatea rezoluției spontane scade, exclusiv în centre specializate, dat fiind riscul de reacții adverse, inclusiv de esofagită eozinofilică; omalizumabul este sugerat ca terapie imunomodulatoare, însă la momentul redactării dispune de aprobare pentru alergia alimentară doar în Statele Unite.

1.8.8. Prevenție

Ghidul EAACI privind prevenția alergiei alimentare recomandă promovarea alăptării, evitarea suplimentării cu formulă pe bază de

lapte de vacă în prima săptămână de viață la sugarul alăptat (măsură asociată cu reducerea riscului de APLV), absența oricărei restricții alimentare la mamă în sarcină și lactație, introducerea alimentelor complementare – inclusiv a celor alergenice – în jurul vârstei de 4–6 luni și menținerea expunerii regulate; formulele hidrolizate nu sunt recomandate în scop preventiv, iar pentru probiotice, prebiotice sau vitamina D nu există dovezi suficiente.

1.8.9. Interfața cu bolile infecțioase

În practica clinicii de boli infecțioase, APLV intervine în trei situații-cheie. În primul rând, diagnosticul diferențial: FPIES și proctocolita alergică mimează enterocolita infecțioasă, iar prezența sângelui în scaun la sugarul cu stare generală bună, afebril, cu coproculturi negative, impune luarea în considerare a etiologiei alergice. În al doilea rând, evitarea confuziei cu intoleranța secundară la lactoză de după gastroenteritele acute (vezi subcapitolul 1.5): aceasta este tranzitorie, se tratează prin reducerea temporară a lactozei și nu justifică trecerea la o formulă extensiv hidrolizată sau excluderea de durată a lactatelor. În al treilea rând, relația bidirecțională cu microbiota: nașterea prin cezariană, antibioterapia în perioada neonatală și infecțiile repetate din primul an se asociază cu disbioză și cu risc crescut de alergie alimentară, în timp ce alăptarea și diversificarea precoce, cu expunere la alimente fermentate și la fibre, favorizează instalarea toleranței orale. Mesajul central pentru dietetician este acela că APLV este o boală reală, dar rară, cu evoluție naturală favorabilă, în care dieta de excludere trebuie să fie bine fundamentată, complet echilibrată nutrițional și cât mai scurtă posibil.

CAPITOLUL 2
Dietoterapia la pacientul cu infecție HIV și sindrom metabolic - prezentare de caz

Prof. univ. dr. Elena Voichița Lăzureanu

2.1. CAZ 1: bărbat în vârstă de 45 de ani, cu domiciliul în mediul urban, urmărit în Clinica de Boli Infecțioase din cadrul Spitalului „Victor Babeș" Timișoara pentru infecție HIV stadiul B2, asociată cu dislipidemie mixtă și diabet zaharat de tip 1 insulino-necesitant

Din antecedentele personale patologice reținem infecția HIV depistată la 25.11.2016, la vârsta de 35 de ani, într-un stadiu de prezentator tardiv (CD4 = 223/mm^3 și ARN-HIV = 1.330.685 copii/mL la prima determinare), diabet zaharat de tip 1 insulino-necesitant cu durată de peste 10 ani, dislipidemie mixtă aflată în tratament cu atorvastatină 80 mg/zi din 2023, sifilis tratat în 2025 și infecție COVID-19 în septembrie 2020. Pacientul este nefumător, iar tensiunea arterială măsurată la prezentare a fost 128/78 mmHg.

De reținut în cadrul cazului prezentat este faptul că pacientul se află sub tratament antiretroviral de 10 ani, cu patru scheme succesive (tabelul 2.1), și că modificarea din octombrie 2023 a vizat exclusiv profilul metabolic, nu eșecul virusologic: supresia virală este susținută din 2019 (tabelul 2.2).

Tabel 2.1. Schemele antiretrovirale utilizate

Perioada	***Schema***	***Substanțe active***	***Observații metabolice***
12/2016 - 02/2018	*AZT/3TC + DRV/r*	*zidovudină, lamivudină, darunavir potențat cu ritonavir*	*Regim potențat; inhibitor de protează*
03/2018 - 03/2020	*ABC/3TC + ATV/r*	*abacavir, lamivudină, atazanavir potențat cu ritonavir*	*Regim potențat*
04/2020 - 09/2023	*EVG/c/FTC/TAF*	*elvitegravir potențat cu cobicistat, emtricitabină, tenofovir alafenamidă*	*Cobicistat (inhibitor CYP3A4) și TAF; creșteri lipidice și ponderale*
din 10/2023	*DTG/3TC*	*dolutegravir, lamivudină*	*Dublă terapie, fără TAF și fără cobicistat; dolutegravir neutru metabolic*

Tabel 2.2. Evoluția imuno-virusologică

Data	*CD4 (celule/mm³)*	*ARN-HIV (copii/mL)*
12/2016	*223*	*1.330.685*
12/2017	*662*	*107*
05/2018	*400*	*580*
05/2019	*533*	*nedetectabil*
11/2022	*548*	*nedetectabil*
02/2023	*496*	*nedetectabil*
07/2025	*614*	*nedetectabil*
07/2026	*622*	*nedetectabil*

Anamneză nutrițională inițială:

- Fiziologic: G = 105 kg (2023), Î = 180 cm, IMC = 32,4 kg/m² (obezitate gradul I), circumferință abdominală (CA) = 128 cm, raport talie/înălțime = 0,71.
- Stil alimentar: fără program al meselor - pacientul mânca „pe unde apuca", cu una sau două mese consistente pe zi, frecvent seara, alimente de tip fast-food și preparate cumpărate gata preparate, cu conținut ridicat de grăsimi saturate și de glucide rafinate; aport redus de legume, fructe și pește.
- Hidratare: insuficientă, cu consum de băuturi dulci în locul apei.
- Repaus nocturn: 6 ore pe noapte, cu adormire târzie.
- Efort fizic: sedentarism; exclusiv mers pe jos nestructurat, fără antrenament de rezistență.
- Medicație cronică: tratament antiretroviral (DTG/3TC din 10/2023); insulinoterapie bazal-bolus; atorvastatină 80 mg/zi din 2023.

Evoluția ponderală (tabelul 2.3) arată o creștere de 16 kg între 2019 și 2023, sub schema care conținea tenofovir alafenamidă, urmată de o scădere de 15 kg după schimbarea schemei și modificarea stilului de viață. Profilul lipidic (tabelul 2.4) și indicii aterogeni derivați (tabelul 2.5) urmează aceeași dinamică.

Tabel 2.3. Evoluția ponderală, indicele de masă corporală și schema antiretrovirală

An	Greutate	IMC (kg/m²)	Interpretare OMS	Schema ARV
2016	88 kg	27,2	Supraponderal	AZT/3TC + DRV/r
2019	89 kg	27,5	Supraponderal	ABC/3TC + ATV/r
2023	105 kg	32,4	Obezitate gradul I	EVG/c/FTC/TAF
2026	90 kg	27,8	Supraponderal	DTG/3TC

Tabel 2.4. Profilul lipidic în dinamică (mg/dl)

Parametru	03/2020	03/2023	01/2025	02/2025	07/2026
Colesterol total	179	229	191	182	184
LDL-colesterol	142	165	129	139	107
HDL-colesterol	39,7	42,6	33,2	38,9	38,2
Trigliceride serice	181	310	210	180	136
Colesterol non-HDL	139	186	158	143	146
Schema ARV	ABC/3TC + ATV/r	EVG/c/FTC/TAF	DTG/3TC	DTG/3TC	DTG/3TC
Statină	nu	nu	da	da	da

Tabel 2.5. Indici aterogeni derivați, calculați din valorile măsurate

Index	Formulă	03/2020	03/2023	02/2025	07/2026	Prag de risc
Colesterol non-HDL	CT - HDL	139	186	143	146	sub 100 la risc foarte înalt
Castelli I	CT / HDL	4,51	5,37	4,68	4,82	sub 4,5
Castelli II	LDL / HDL	3,58	3,87	3,57	2,80	sub 3,0
Raport TG/HDL	TG / HDL	4,56	7,27	4,62	3,56	sub 3,0
AIP	log□□ (TG/HDL), mmol/l	0,299	0,502	0,305	0,192	peste 0,21 = risc înalt
Index TyG	ln (TG × glicemie / 2)	9,96	10,33	9,59	9,57	peste 8,8 = insulinorezistență
VAI (2026)	indice de adipozitate viscerală	-	-	-	2,75	sub 1,92
LAP (2026)	lipid accumulation product	-	-	-	96,7	sub 30-40

Se propune următorul stil alimentar la pacient.

Stil alimentar/meniu: în urma anamnezei, am stabilit împreună cu pacientul un plan alimentar de tip mediteranean, cu reducerea glucidelor rafinate și a acizilor grași saturați, organizat în 3 mese principale și o gustare, la ore fixe, corelate cu schema de insulină. Pornind de la o greutate de 90 kg și de la nivelul crescut de activitate fizică adoptat de pacient, necesarul energetic de menținere a fost

estimat la aproximativ 2600 kcal/zi, iar ținta stabilită a fost de 2100 kcal/zi, ceea ce corespunde unui deficit de circa 500 kcal/zi și unei scăderi ponderale de aproximativ 0,5 kg/săptămână, până la o circumferință abdominală sub 102 cm.

Repartiția macronutrienților convenită: proteine 1,2-1,6 g/kg greutate actuală (110-145 g/zi, aproximativ 22% din energie), glucide 35-40% din aport (circa 185-210 g/zi), cu indice glicemic redus și fibre de 30-35 g/zi, lipide circa 38-40% din energie, cu acizi grași saturați sub 7% și accent pe ulei de măsline, pește gras, nuci și semințe. Glucidele se distribuie uniform pe cele trei mese principale (aproximativ 55-60 g la mesele principale și 25-30 g la gustare), pentru a permite menținerea unui raport insulină/glucide stabil.

Tabel 2.6. Propuneri alimentare caz 1 - variante de mic dejun

Varianta 1	***Varianta 2***	***Varianta 3***
fulgi de ovăz 50 g	*ou 60 g*	*pâine integrală 60 g*
lapte 1,5% 200 g	*albuș de ou 66 g*	*avocado 60 g*
iaurt grecesc 2% 100 g	*spanac 100 g*	*ou fiert 60 g*
afine 100 g	*ardei gras 100 g*	*roșii 150 g*
semințe de dovleac 15 g	*pâine integrală 60 g*	*semințe de in 10 g*
	ulei de măsline 10 g	
497,4 kcal	*410,7 kcal*	*410,4 kcal*
G 63,7 g; L 15,8 g; P 28,6 g; F 8,3 g	*G 35,3 g; L 18,6 g; P 26,5 g; F 8,4 g*	*G 39 g; L 21,1 g; P 19,7 g; F 12,6 g*

Toate cele trei variante conțin între 45 și 60 g de glucide, ceea ce permite administrarea aceleiași doze de insulină prandială la micul dejun, indiferent de varianta aleasă - un avantaj practic la pacientul cu diabet de tip 1.

Tabel 2.7. Propuneri alimentare caz 1 - variante de gustare

Varianta 1	***Varianta 2***	***Varianta 3***
iaurt grecesc 2% 150 g	*humus 60 g*	*pâine integrală 40 g*
zmeură 100 g	*morcov 100 g*	*brânză de vaci slabă 100 g*
migdale 15 g	*ardei gras 100 g*	*roșii 100 g*
	castraveți 100 g	*măsline 15 g*
248,3 kcal	*186,6 kcal*	*210,6 kcal*
G 21 g; L 11 g; P 19,4 g; F 8,4 g	*G 27,8 g; L 6,4 g; P 7,3 g; F 9 g*	*G 23,7 g; L 4,9 g; P 18,6 g; F 4,4 g*

Tabel 2.8. Propuneri alimentare caz 1 - variante de masă principală

Varianta 1	***Varianta 2***	***Varianta 3***
somon 150 g	*piept de curcan 150 g*	*file de cod 180 g*
quinoa crudă 60 g	*linte fiartă 200 g*	*cartofi 200 g*
broccoli 200 g	*rucola 50 g*	*fasole verde 200 g*
ulei de măsline 10 g	*roșii 150 g*	*ulei de măsline 15 g*
suc de lămâie 15 g	*ulei de măsline 15 g*	*usturoi 5 g*
692,5 kcal	*575,1 kcal*	*503,7 kcal*
G 52,8 g; L 34,6 g; P 44,7 g; F 9,4 g	*G 47,9 g; L 18,7 g; P 56,2 g; F 18,4 g*	*G 50,7 g; L 16,9 g; P 40 g; F 9,9 g*

Anamneză nutrițională de control, la 12 luni:

- G = 90 kg (–15 kg față de 2023), IMC = 27,8 kg/m², CA = 128 cm, raport talie/înălțime = 0,71.
- Stil alimentar: 3 mese pe zi la ore relativ fixe, cu renunțarea la produsele de tip fast-food și la băuturile îndulcite.
- Repaus nocturn: 8 ore pe noapte.
- Efort fizic: aproximativ 20.000 de pași pe zi, fără antrenament de rezistență asociat.
- Biologic: LDL-colesterol 107 mg/dl, trigliceride 136 mg/dl, colesterol non-HDL 146 mg/dl, CD4 622/mm³, ARN-HIV nedetectabil.
- Propunere de completare a investigațiilor: hemoglobină glicozilată, profil glicemic cu monitorizare continuă a glicemiei, insulinemie à jeun nu este interpretabilă la pacientul insulino-tratat, apolipoproteina B, lipoproteina (a), raport albumină/creatinină urinar, 25-OH-vitamina D, enzime hepatice și, la 10 ani de la diagnosticul diabetului, examen oftalmologic și evaluarea neuropatiei.

Cazul ilustrează trei pârghii terapeutice care au acționat simultan: modificarea schemei antiretrovirale, introducerea statinei și schimbarea stilului de viață. Secțiunea următoare detaliază fundamentarea fiecăreia și rolul intervenției nutriționale, singura care acționează asupra adipozității viscerale și a insulinorezistenței.

2.2. Recomandări nutriționale la pacientul seropozitiv cu dislipidemie, obezitate viscerală și diabet zaharat

2.2.1. Riscul cardiovascular la persoana care trăiește cu HIV

Persoanele care trăiesc cu HIV au un risc cardiovascular mai mare decât populația generală de aceeași vârstă, prin cumularea factorilor de risc clasici cu inflamația cronică reziduală, activarea imună persistentă și efectele metabolice ale unor antiretrovirale. Studiul REPRIEVE, realizat pe peste 7700 de participanți cu infecție HIV și risc cardiovascular scăzut sau intermediar, a arătat că administrarea unei statine (pitavastatină) a redus semnificativ incidența evenimentelor cardiovasculare majore față de placebo, susținând ideea că riscul estimat prin scorurile clasice este subevaluat la această populație. Ghidul Societății Europene Clinice SIDA recomandă evaluarea periodică a riscului cardiovascular, a profilului lipidic, a glicemiei și a greutății la toate persoanele cu HIV, precum și intervenția asupra factorilor modificabili.

La pacientul din cazul 1, riscul este cumulativ: diabet zaharat de tip 1 cu durată de peste 10 ani, dislipidemie mixtă, obezitate viscerală severă și expunere de 7 ani la scheme antiretrovirale cu impact metabolic. Scorurile clasice de risc nu includ durata infecției HIV sau tipul de schemă, motiv pentru care indicii derivați din profilul lipidic, prezentați în tabelul 2.5, aduc informație suplimentară.

2.2.2. Efectele metabolice ale claselor de antiretrovirale

Nu toate antiretroviralele au același profil metabolic. Inhibitorii de protează potențați cu ritonavir sau cobicistat se asociază cu creșteri ale trigliceridelor și ale colesterolului total. Tenofovirul alafenamidă (TAF) produce, comparativ cu tenofovir disoproxil fumarat, valori mai mari ale colesterolului total, LDL și trigliceridelor, precum și creștere ponderală. Analiza combinată a studiilor randomizate de inițiere a terapiei a identificat ca factori de risc pentru creșterea ponderală inhibitorii de integrază și tenofovirul alafenamidă, alături de valorile

joase ale CD4 și de viremia mare la diagnostic - toate prezente la acest pacient, care a fost un prezentator tardiv.

Studiul TANGO a comparat trecerea la dolutegravir/lamivudină cu menținerea unei scheme pe bază de TAF la pacienți cu supresie virusologică: la 48 de săptămâni, grupul care a schimbat schema a avut scăderi semnificativ mai mari ale colesterolului total, LDL, trigliceridelor și ale raportului colesterol total/HDL, iar la 96 și 144 de săptămâni eficacitatea virusologică s-a menținut, în timp ce diferențele lipidice s-au atenuat. Studiul PASO-DOBLE, care a comparat dolutegravir/lamivudină cu bictegravir/emtricitabină/TAF, a arătat la 48 de săptămâni o creștere ponderală medie mai mică în brațul cu dublă terapie.

Două observații sunt importante pentru dietetician. Prima: amplitudinea ameliorării la acest pacient (trigliceride –56%, LDL –35% în trei ani) depășește cu mult efectul mediu raportat în studii, pentru că punctul de plecare a fost mult mai patologic decât media populației incluse în trialuri, iar statina și modificarea stilului de viață au acționat în aceeași perioadă. A doua: schimbarea schemei a eliminat cobicistatul, inhibitor al citocromului CYP3A4, care limita alegerea și doza statinei - un efect indirect, dar decisiv pentru tratamentul dislipidemiei.

2.2.3. Interacțiuni între medicamente, alimente și suplimente

Dolutegravirul formează complexe cu cationii polivalenți. Rezumatul caracteristicilor produsului precizează că antiacidele care conțin cationi polivalenți și suplimentele de calciu, fier, magneziu sau zinc se administrează la cel puțin 2 ore după sau la 6 ore înainte de dolutegravir; alternativ, suplimentele de calciu sau fier pot fi luate în același timp cu dolutegravirul, dacă sunt administrate împreună cu alimente. Această regulă se extinde practic la lactatele consumate în cantitate mare și la apele minerale bogate în calciu sau magneziu luate odată cu comprimatul.

Atorvastatina, metabolizată de CYP3A4, interacționează cu sucul de grepfrut, care îi crește concentrația plasmatică și riscul de efecte adverse musculare; la doza de 80 mg/zi, consumul regulat de grepfrut sau de suc de grepfrut trebuie evitat. Sunătoarea (Hypericum perforatum), prezentă în multe ceaiuri și suplimente, scade concentrațiile mai multor antiretrovirale și este contraindicată. Tabelul 2.9 sintetizează recomandările practice.

Tabel 2.9. Interacțiuni relevante pentru planul alimentar al cazului 1

Medicament	***Interacțiune***	***Recomandare practică***
Dolutegravir	*Complexare cu calciu, magneziu, fier, zinc, aluminiu*	*Suplimentele și antiacidele la 2 ore după sau la 6 ore înainte de comprimat; cu alimente, suplimentele de calciu sau fier pot fi luate simultan*
Dolutegravir	*Alimentele cresc absorbția*	*Administrare la aceeași oră în fiecare zi, de preferință cu o masă*
Atorvastatină 80 mg	*Suc și fruct de grepfrut (inhibiție CYP3A4)*	*Se evită consumul regulat de grepfrut*
Atorvastatină	*Alcool, exces de fructoză*	*Alcool zero sau minim; fără băuturi îndulcite*
Orice ARV	*Sunătoare (Hypericum perforatum)*	*Contraindicată; se verifică toate ceaiurile și suplimentele*
Insulină	*Alcool, efort fizic, mese neregulate*	*Risc de hipoglicemie; mese la ore fixe și ajustarea dozelor*

2.2.4. Ținta lipidică și pârghia nutrițională

Ghidul european pentru managementul dislipidemiilor stabilește ținte de LDL-colesterol în funcție de categoria de risc: sub 70 mg/dl la risc înalt și sub 55 mg/dl la risc foarte înalt, cu o reducere de cel puțin 50% față de valoarea inițială. Pacientul din cazul 1, cu diabet cu durată de peste 10 ani și factori de risc multipli, se încadrează cel puțin în categoria de risc înalt, iar valoarea actuală de 107 mg/dl rămâne peste țintă.

Dieteticianul trebuie să cunoască limitele propriei intervenții: modificările alimentare reduc LDL-colesterolul, în medie, cu 5-15%, în funcție de aderență și de punctul de plecare, în timp ce diferența necesară la acest pacient este de aproximativ 35%. Prin urmare, intervenția nutrițională nu înlocuiește intensificarea tratamentului hipolipemiant, dar o completează și acționează asupra

componentelor pe care medicamentul nu le atinge: trigliceridele, HDL-colesterolul, adipozitatea visceralã și insulinorezistența. Măsurile cu cel mai bun raport efect/efort sunt: acizii grași saturați sub 7% din aport, eliminarea acizilor grași trans, fibrele solubile 10-25 g/zi (ovăz, orz, leguminoase, mere, citrice), steroli și stanoli vegetali aproximativ 2 g/zi din alimente îmbogățite, nuci 30 g/zi, pește gras de 2-3 ori pe săptămână și scăderea ponderală.

2.2.5. Particularitățile diabetului zaharat de tip 1

Spre deosebire de diabetul de tip 2, în care restricția energetică și scăderea ponderală ameliorează direct controlul glicemic, în diabetul de tip 1 instrumentul principal este corelarea dozei de insulină prandială cu conținutul de glucide al mesei. Standardele actuale recomandă educația pentru numărarea glucidelor ca element central al terapiei nutriționale, cu ajustarea raportului insulină/glucide și a factorului de corecție împreună cu medicul diabetolog. Pentru dietetician, aceasta înseamnă că planul alimentar trebuie să ofere mese cu conținut glucidic cunoscut și reproductibil, nu doar o valoare energetică.

La acest pacient, deficitul energetic necesar scăderii ponderale se obține prin reducerea lipidelor saturate și a glucidelor rafinate, nu prin omiterea meselor, care ar crește riscul de hipoglicemie. Proteinele și lipidele unei mese întârzie și prelungesc creșterea glicemică, de aceea mesele bogate în proteine și grăsimi pot necesita ajustări ale dozei sau ale momentului administrării, stabilite de medic. Indicele glicemic redus al surselor de glucide (leguminoase, cereale integrale, legume) atenuează excursiile glicemice postprandiale, iar fibrele au, în plus, efect favorabil asupra LDL-colesterolului.

Alcoolul merită o discuție separată: inhibă gluconeogeneza hepatică și poate produce hipoglicemii tardive, la câteva ore după consum, inclusiv nocturne. La pacientul cu insulinoterapie și dislipidemie, recomandarea este de abstinență sau de consum minim, întotdeauna împreună cu alimente și cu monitorizarea glicemiei.

2.2.6. Efortul fizic la pacientul cu diabet de tip 1: beneficii și limite

Pacientul a trecut de la sedentarism la aproximativ 20.000 de pași pe zi. Schimbarea explică o parte importantă din scăderea ponderală, dar necesită două corecții. Prima ține de siguranță: declarația de consens privind managementul efortului fizic în diabetul de tip 1 descrie riscul de hipoglicemie în timpul și până la 24 de ore după efortul aerob prelungit și recomandă reducerea insulinei bazale sau prandiale și aportul suplimentar de glucide, în funcție de glicemia de dinaintea efortului și de durata acestuia. Un volum zilnic de 20.000 de pași la un pacient insulino-tratat impune, așadar, ajustarea dozelor împreună cu medicul și monitorizarea glicemiei înainte, în timpul și după efort, precum și disponibilitatea unei surse rapide de glucide.

A doua corecție ține de eficiență: beneficiul pe mortalitate al numărului de pași atinge un platou în jurul valorii de 8.000-10.000 de pași pe zi la adultul sub 60 de ani, iar volumele foarte mari nu aduc un beneficiu suplimentar demonstrat, în schimb cresc riscul de abandon, de suprasolicitare articulară și de hipoglicemie. Mai util decât creșterea numărului de pași este adăugarea a două ședințe săptămânale de antrenament de rezistență, absente în prezent, care protejează masa musculară în timpul deficitului energetic și ameliorează sensibilitatea la insulină.

2.2.7. Obezitatea viscerală și masa musculară

Cel mai important mesaj al cazului este disocierea dintre indicele de masă corporală și adipozitatea viscerală: la un IMC de 27,8 kg/m², circumferința abdominală rămâne 128 cm, raportul talie/înălțime 0,71, indicele de adipozitate viscerală 2,75 și LAP 96,7. Scăderea ponderală obținută nu s-a tradus într-o normalizare a distribuției țesutului adipos, iar riscul cardiometabolic rămâne ridicat. Obiectivul următoarei etape nu mai este greutatea, ci circumferința abdominală sub 102 cm și raportul talie/înălțime sub 0,50.

În același timp, trebuie prevenită obezitatea sarcopenică, definită prin asocierea excesului de masă grasă cu reducerea masei și funcției musculare. Măsurile recomandate sunt un aport proteic de 1,2-1,6 g/kg/zi, distribuit în porții de 25-35 g la fiecare masă, și exercițiile de rezistență. Evaluarea funcției musculare (forța de prehensiune, testul ridicării de pe scaun) se repetă la 3 luni.

2.2.8. Somnul

Durata somnului a crescut de la 6 la 8 ore pe noapte, o schimbare cu efect metabolic documentat: privarea de somn reduce toleranța la glucoză și sensibilitatea la insulină, crește apetitul prin modificarea nivelurilor de leptină și grelină și favorizează creșterea ponderală. Menținerea celor 8 ore, cu ore de culcare regulate, este parte din planul terapeutic, nu o recomandare generală de igienă.

2.2.9. Rețete adaptate cazului 1

Rețetele de mai jos respectă principiile de mai sus: conținut glucidic cunoscut, pentru calculul dozei de insulină, acizi grași saturați reduși, fibre crescute. Valorile sunt calculate orientativ pe porție, pe baza bazei de date USDA FoodData Central, pentru ingredientele crude.

2.2.10. Rețeta 1. Salată de linte cu ton, rucola și legume (prânz)

Ingrediente: linte fiartă 200 g; ton în suc propriu, scurs 100 g; rucola 40 g; roșii 150 g; castraveți 100 g; ceapă roșie 30 g; ulei de măsline 12 g; suc de lămâie 15 g; pătrunjel 10 g.

Mod de preparare: Lintea fiartă se amestecă cu legumele tăiate cubulețe și cu tonul, apoi se adaugă dressingul din ulei de măsline, suc de lămâie și piper. Se servește imediat sau se transportă în caserolă, cu dressingul separat.

Valori nutriționale orientative / porție: 525 kcal; glucide 55,6 g; lipide 14,4 g; proteine 47,3 g; fibre 19,6 g.

Observații pentru dietetician: Masă cu conținut glucidic predictibil, bogată în fibre solubile și proteine; indicele glicemic redus al lintei atenuează excursia glicemică postprandială.

2.2.11. Rețeta 2. Macrou la cuptor cu legume mediteraneene (cină, 2 porții)

Ingrediente (2 porții): file de macrou 300 g; dovlecel 300 g; ardei gras 200 g; vinete 200 g; roșii 200 g; ceapă 100 g; ulei de măsline 25 g; usturoi 10 g; suc de lămâie 20 g; pătrunjel 15 g.

Mod de preparare: Legumele tăiate cuburi se amestecă cu uleiul, usturoiul și cimbrul și se coc la 200°C 20 de minute. Se adaugă fileurile de macrou stropite cu lămâie și se mai coc 15 minute. Se presară pătrunjel la servire.

Valori nutriționale orientative / porție: 549,9 kcal; glucide 27,9 g; lipide 34,7 g; proteine 33,7 g; fibre 9 g.

Observații pentru dietetician: Peștele gras aduce acizi grași omega-3 cu efect pe trigliceride; conținutul glucidic redus al porției permite o doză mică de insulină prandială, de stabilit cu medicul.

2.2.12. Rețeta 3. Piept de pui cu quinoa și broccoli (prânz sau cină)

Ingrediente: piept de pui 150 g; quinoa crudă 60 g; broccoli 200 g; ardei gras 100 g; ulei de măsline 12 g; usturoi, cimbru 5 g.

Mod de preparare: Quinoa se clătește și se fierbe 15 minute. Pieptul de pui se condimentează și se gătește pe grătar sau la cuptor 18-20 de minute. Broccoli și ardeiul se fierb la abur 5-6 minute. Se servesc stropite cu ulei de măsline.

Valori nutriționale orientative / porție: 613,3 kcal; glucide 59,4 g; lipide 20,7 g; proteine 49,1 g; fibre 11,6 g.

Observații pentru dietetician: Combinație cu aport proteic mare (peste 40 g pe porție), utilă pentru protejarea masei musculare în deficit energetic.

2.2.13. Rețeta 4. Tocăniță de năut cu legume (prânz, variantă vegetariană, 3 porții)

Ingrediente (3 porții): năut fiert 450 g; dovlecel 300 g; ardei gras 200 g; ceapă 150 g; morcov 150 g; roșii pasate 400 g; ulei de măsline 25 g; usturoi 10 g; pătrunjel 15 g.

Mod de preparare: Ceapa și morcovul se înăbușă în ulei cu puțină apă, se adaugă ardeiul, dovlecelul, roșiile pasate și năutul și se fierb 25 de minute la foc mic. Usturoiul și pătrunjelul se adaugă la final.

Valori nutriționale orientative / porție: 447,3 kcal; glucide 68,8 g; lipide 13,3 g; proteine 18,7 g; fibre 18,8 g.

Observații pentru dietetician: Sursă de fibre solubile, cu efect demonstrat asupra LDL-colesterolului; conținutul glucidic pe porție este indicat pentru calculul dozei de insulină.

2.2.14. Rețeta 5. Omletă cu spanac, ciuperci și pâine integrală (mic dejun)

Ingrediente: ou 60 g; albuș de ou 66 g; spanac 100 g; ciuperci 100 g; pâine integrală 60 g; ulei de măsline 10 g; roșii 100 g.

Mod de preparare: Ciupercile se călesc în ulei, se adaugă spanacul până se înmoaie, apoi oul bătut cu albușurile. Se gătește la foc mic 4-5 minute. Se servește cu pâine integrală prăjită și roșii.

Valori nutriționale orientative / porție: 419,7 kcal; glucide 36,5 g; lipide 18,8 g; proteine 29,5 g; fibre 8,5 g.

Observații pentru dietetician: Mic dejun cu conținut glucidic mic și constant, provenit aproape integral din pâine, ceea ce simplifică dozarea insulinei.

2.2.15. Rețeta 6. Iaurt cu zmeură, semințe de in și migdale (gustare)

Ingrediente: iaurt grecesc 2% 150 g; zmeură 100 g; semințe de in măcinate 10 g; migdale 10 g.

Mod de preparare: Se amestecă iaurtul cu semințele de in și se adaugă zmeura și migdalele tocate.

Valori nutriționale orientative / porție: 272,8 kcal; glucide 22,8 g; lipide 12,8 g; proteine 20,2 g; fibre 10,5 g.

Observații pentru dietetician: Gustare cu aproximativ 20 g de glucide, potrivită între prânz și cină sau înainte de efortul fizic prelungit, pentru prevenirea hipoglicemiei.

2.2.16. Exemplu de zi alimentară

Tabelul 2.10 prezintă o zi de aproximativ 2100 kcal, construită din variantele și rețetele de mai sus, cu glucidele distribuite relativ uniform pe mesele principale. Coloana glucidelor este cea folosită pentru calculul dozelor de insulină prandială, stabilite împreună cu medicul diabetolog.

Tabel 2.10. Exemplu de zi alimentară pentru cazul 1 (aproximativ 1940 kcal; 180 g glucide)

Ora	*Masa*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
08:00	*Mic dejun: Rețeta 5 - omletă cu spanac, ciuperci și pâine integrală*	*419,7*	*36,5*	*18,8*	*29,5*	*8,5*
13:00	*Prânz: Rețeta 1 - salată de linte cu ton și legume + 1 măr (150 g)*	*603*	*76,3*	*14,7*	*47,7*	*23,2*
16:30	*Gustare: Rețeta 6 - iaurt cu zmeură, in și migdale*	*272,8*	*22,8*	*12,8*	*20,2*	*10,5*
19:30	*Cină: Rețeta 2 - macrou la cuptor cu legume (1 porție) + 40 g pâine integrală*	*644,4*	*44,5*	*35,5*	*39*	*11,8*
	TOTAL ZI	*1939,9*	*180,1*	*81,8*	*136,4*	*54*

2.2.17. Monitorizarea nutrițională

Tabel 2.11. Plan de monitorizare pentru cazul 1

Parametru	***Frecvență***	***Obiectiv***
Circumferință abdominală, raport talie/înălțime	*Lunar*	*CA sub 102 cm; raport sub 0,50*
Greutate, IMC	*Lunar*	*Scădere lentă, de 0,25-0,5 kg/săptămână, fără pierdere de masă musculară*
Forța de prehensiune, testul ridicării de pe scaun	*La 3 luni*	*Menținerea sau ameliorarea funcției musculare*
Profil lipidic, colesterol non-HDL, apolipoproteina B	*La 3 luni după fiecare ajustare terapeutică*	*LDL sub 70 mg/dl; trigliceride sub 150 mg/dl*
Hemoglobină glicozilată, profil glicemic	*La 3 luni*	*Ținte individualizate, stabilite de diabetolog; fără hipoglicemii severe*
CD4, ARN-HIV	*La 6 luni*	*Menținerea supresiei virusologice*
Jurnal alimentar cu numărarea glucidelor, jurnal de activitate	*La fiecare consultație*	*Aport glucidic constant pe mese; 8.000-10.000 de pași plus 2 ședințe de rezistență pe săptămână*
Tensiune arterială, funcție renală, 25-OH-vitamina D	*La 6 luni*	*Valori în limite normale*

2.2.18. Fișă de recomandări pentru pacient

Tabel 2.12. Fișă de recomandări pentru pacientul cu HIV, dislipidemie și diabet de tip 1

Domeniu	***Ce fac***	***Ce evit***
Mesele	*3 mese la ore fixe și o gustare; cântăresc sau estimez glucidele fiecărei mese*	*Sărirea meselor, mâncatul neregulat, mesele foarte târzii*
Glucide	*Cereale integrale, leguminoase, legume, fructe întregi, 30-35 g fibre/zi*	*Băuturi îndulcite, sucuri, produse de patiserie, pâine albă*
Grăsimi	*Ulei de măsline, pește gras de 2-3 ori/săptămână, 30 g nuci/zi*	*Mezeluri, prăjeli, fast-food, unt și smântână în cantitate mare*
Medicație	*Comprimatul antiretroviral la aceeași oră, cu o masă; statina seara*	*Suplimente de calciu, magneziu sau fier odată cu antiretroviralul; grepfrut; sunătoare*
Efort fizic	*8.000-10.000 de pași pe zi și 2 ședințe de forță pe săptămână; verific glicemia înainte și după efort*	*Efort prelungit fără glucide la îndemână și fără ajustarea insulinei*
Somn	*8 ore pe noapte, cu ore regulate de culcare*	*Culcarea după miezul nopții, ecrane în pat*
Alcool	*Abstinență sau consum minim, întotdeauna cu mâncare*	*Consumul pe stomacul gol - risc de hipoglicemie tardivă*

2.2.19. Întrebări de autoevaluare

- De ce circumferința abdominală de 128 cm are, la acest pacient, o valoare prognostică mai mare decât IMC-ul de 27,8 kg/m²?
- Ce componente ale schemei EVG/c/FTC/TAF explică profilul lipidic nefavorabil și de ce eliminarea cobicistatului a facilitat tratamentul hipolipemiant?
- Cum programați administrarea unui supliment de calciu la un pacient tratat cu dolutegravir?
- Care este contribuția realistă a intervenției nutriționale la scăderea LDL-colesterolului și ce înseamnă aceasta pentru atingerea țintei de sub 70 mg/dl?
- Ce riscuri specifice are un volum de 20.000 de pași pe zi la un pacient cu diabet de tip 1 insulino-tratat?
- Construiți trei variante de mic dejun cu același conținut de glucide și explicați de ce acest lucru este util în diabetul de tip 1.
- Ce indici derivați din profilul lipidic ați urmări la acest pacient și ce informație aduc în plus față de LDL-colesterol?

2.2.20. Puncte-cheie

- La pacientul seropozitiv, schema antiretrovirală este un factor de risc cardiovascular modificabil, nu doar instrumentul supresiei virusologice.
- Indicele de masă corporală normalizat nu înseamnă adipozitate viscerală normalizată: obiectivul următoarei etape este circumferința abdominală, nu greutatea.
- Intervenția nutrițională reduce LDL-colesterolul cu 5-15% și nu înlocuiește intensificarea tratamentului hipolipemiant, dar este singura pârghie asupra adipozității viscerale și a insulinorezistenței.

- În diabetul de tip 1, planul alimentar trebuie să ofere mese cu conținut glucidic cunoscut și constant, corelate cu schema de insulină.
- Efortul fizic se recomandă împreună cu ajustarea insulinei și cu monitorizarea glicemiei; peste 8.000-10.000 de pași pe zi, beneficiul suplimentar este incert, iar riscul de hipoglicemie crește.
- Suplimentele cu calciu, magneziu, fier sau zinc, grepfrutul și sunătoarea interacționează cu tratamentul și se verifică la fiecare consultație.

2.2.21. Evaluarea nutrițională specifică a persoanei care trăiește cu HIV

Evaluarea nutrițională la persoana cu HIV depășește măsurarea greutății. Pe lângă antropometria clasică (greutate, înălțime, IMC), sunt necesare circumferința abdominală, raportul talie/înălțime și, acolo unde este disponibilă, estimarea compoziției corporale prin bioimpedanță sau absorbțiometrie dual cu raze X. Motivul este dublu: redistribuția țesutului adipos, descrisă istoric sub forma lipodistrofiei asociate vechilor scheme, poate persista, iar creșterea ponderală survenită după inițierea terapiei moderne se produce preponderent pe seama țesutului adipos visceral. Evaluarea funcției musculare, prin forța de prehensiune și testul ridicării de pe scaun, completează tabloul și permite identificarea precoce a obezității sarcopenice.

Anamneza alimentară urmărește, în plus față de structura meselor: orarul administrării antiretroviralelor în raport cu mesele, consumul de suplimente și de ceaiuri din plante, consumul de alcool, siguranța alimentară la domiciliu, accesul economic la alimente și, la pacientul cu diabet, metoda de estimare a glucidelor. Deficitele de micronutrienți sunt frecvent raportate la această populație, iar tabelul 2.13 rezumă pe cele cu relevanță practică.

Tabel 2.13. Micronutrienți urmăriți la persoana care trăiește cu HIV

Micronutrient	***Motivul urmăririi***	***Surse alimentare***	***Observații***
Vitamina D	*Prevalență mare a deficitului; rol imunomodulator și osos*	*Pește gras, gălbenuș, alimente fortificate*	*Dozare la 6-12 luni; corectarea deficitului documentat*
Calciu	*Risc crescut de osteopenie și osteoporoză*	*Lactate, pește cu oase, legume verzi, ape minerale*	*Suplimentele se separă de dolutegravir*
Vitamina B12	*Deficit mai frecvent; manifestări neurologice*	*Carne, pește, ouă, lactate*	*Se dozează la simptome sugestive sau la anemie*
Zinc	*Rol imun; aport adesea insuficient*	*Carne, fructe de mare, semințe, leguminoase*	*Suplimentare doar la deficit documentat*
Seleniu	*Status antioxidant*	*Pește, ouă, cereale integrale, nuci braziliene*	*Fereastră terapeutică îngustă; fără doze mari*
Fier	*Anemie frecventă, de etiologie multifactorială*	*Carne roșie slabă, leguminoase, legume verzi*	*Suplimentele se separă de dolutegravir*

2.2.22. Siguranța alimentară la pacientul imunodeprimat

Riscul de toxiinfecție alimentară severă crește la valori ale CD4 sub 200/mm³, situație în care se recomandă evitarea alimentelor crude de origine animală. Pacientul din cazul 1 are, în prezent, o reconstrucție imună foarte bună (CD4 = 622/mm³), însă regulile de igienă alimentară rămân utile, mai ales în contextul diabetului, care crește el însuși susceptibilitatea la infecții: prepararea termică completă a cărnii, a peștelui și a ouălor, evitarea laptelui și a brânzeturilor nepasteurizate, spălarea legumelor și a fructelor, separarea tocătoarelor pentru carne crudă, răcirea rapidă a mâncării gătite și consumul ei în 2-3 zile, atenție la termenul de valabilitate și la lanțul de frig.

2.2.23. Hipoglicemia: prevenție și tratament

Orice plan de scădere ponderală la un pacient insulino-tratat crește riscul de hipoglicemie, mai ales în condițiile unui volum mare de activitate fizică. Dieteticianul trebuie să recunoască simptomele (tremurături, transpirații, foame bruscă, palpitații, confuzie, iritabilitate) și să cunoască regula practică de corecție: 15 g de glucide cu

absorbție rapidă, urmate de o nouă măsurare a glicemiei după 15 minute și de repetarea administrării dacă valoarea rămâne scăzută, apoi o gustare cu glucide complexe și proteine dacă următoarea masă este la mai mult de o oră distanță. Tabelul 2.14 prezintă echivalențele a 15 g de glucide rapide.

Tabel 2.14. Echivalențe a 15 g de glucide cu absorbție rapidă pentru corecția hipoglicemiei

Produs	***Cantitate***
Glucoză în tablete sau gel	*15 g, conform ambalajului*
Suc de portocale sau de mere	*150 ml*
Băutură îndulcită, neacidulată	*150 ml*
Zahăr dizolvat în apă	*3 linguriță rase (15 g)*
Miere	*1 lingură (15 g)*
Stafide sau fructe uscate	*20 g*

Reguli practice pentru efortul fizic prelungit: glicemia se măsoară înainte de efort; sub 90 mg/dl se consumă 15-30 g de glucide înainte de începerea activității; la efort aerob de peste 60 de minute se adaugă 15-30 g de glucide pe oră; monitorizarea se repetă la final și înainte de culcare, din cauza riscului de hipoglicemie nocturnă tardivă. Ajustarea dozelor de insulină bazală și prandială în zilele cu efort crescut se face exclusiv de medicul curant.

2.2.24. Programul de activitate fizică propus

Tabel 2.15. Exemplu de program săptămânal de activitate fizică pentru cazul 1

Zi	***Activitate***	***Observații***
Luni	*Mers alert 60-75 minute (aproximativ 8.000-10.000 de pași)*	*Glicemie înainte și după*
Marți	*Antrenament de rezistență, 30-40 minute (presă pentru picioare, ramat, împins, genuflexiuni cu sprijin)*	*2-3 serii x 8-12 repetări; se reduce doza de insulină conform indicației medicului*
Miercuri	*Mers alert 60 minute*	*Gustare cu 15-30 g glucide dacă glicemia este sub 90 mg/dl*
Joi	*Antrenament de rezistență, 30-40 minute*	*Se alternează grupele musculare*
Vineri	*Mers alert 60 minute sau bicicletă*	*Hidratare adecvată*
Sâmbătă	*Activitate recreativă: drumeție, înot, grădinărit*	*Monitorizare glicemică mai frecventă la efort neobișnuit*
Duminică	*Mers ușor 30 minute, mobilitate și stretching*	*Zi de recuperare*

Reducerea volumului zilnic de la 20.000 la 8.000-10.000 de pași, cu adăugarea a două ședințe de forță, menține cheltuiala energetică, scade riscul de hipoglicemie și de suprasolicitare și protejează masa musculară - obiectivul central la un pacient care a pierdut 15 kg.

2.2.25. Rețete suplimentare

2.2.26. Rețeta 7. Păstrăv la cuptor cu cartofi dulci și salată de varză (cină)

Ingrediente: păstrăv 180 g; cartof dulce 180 g; varză albă 150 g; morcov 80 g; ulei de măsline 12 g; suc de lămâie 15 g; mărar sau pătrunjel 10 g.

Mod de preparare: Cartoful dulce se taie felii, se stropește cu jumătate din ulei și se coace la 200°C 25 de minute. Peștele se asezonează cu lămâie și se coace 15 minute. Varza și morcovul se taie fideluță și se amestecă cu restul uleiului, suc de lămâie și mărar.

Valori nutriționale orientative / porție: 591,9 kcal; glucide 54,2 g; lipide 23,8 g; proteine 41,7 g; fibre 11,8 g.

Observații pentru dietetician: Cartoful dulce are indice glicemic mai mic decât cartoful alb la aceeași cantitate de glucide; peștele aduce acizi grași omega-3.

2.2.27. Rețeta 8. Chili vegetarian de fasole cu legume (prânz, 4 porții)

Ingrediente (4 porții): fasole roșie fiartă 600 g; roșii pasate 400 g; ardei gras 250 g; ceapă 150 g; morcov 150 g; usturoi 10 g; ulei de măsline 30 g; pătrunjel 15 g.

Mod de preparare: Ceapa, morcovul și ardeiul se înăbușă în ulei, se adaugă usturoiul, boiaua, chimionul și o linguriță de chili, apoi roșiile pasate și fasolea. Se fierbe la foc mic 25-30 de minute.

Valori nutriționale orientative / porție: 361,6 kcal; glucide 56,9 g; lipide 8,7 g; proteine 17,8 g; fibre 14,5 g.

Observații pentru dietetician: Aport mare de fibre solubile, cu efect demonstrat asupra LDL-colesterolului; se poate pregăti pentru 2-3 zile, util pentru un pacient cu program neregulat.

2.2.28. A doua zi alimentară

Tabelul 2.16 propune o a doua variantă de zi, cu aceeași distribuție a glucidelor pe mese, construită din rețetele 3, 7 și 8.

Tabel 2.16. Exemplu de zi alimentară pentru cazul 1 (aproximativ 1793 kcal; 200 g glucide)

Ora	*Masa*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
08:00	*Mic dejun: terci de ovăz cu lapte, iaurt, afine și semințe de dovleac*	*497,4*	*63,7*	*15,8*	*28,6*	*8,3*
13:00	*Prânz: Rețeta 8 - chili de fasole (1 porție) + 150 g salată verde cu 10 g ulei de măsline*	*484,2*	*62,6*	*19,3*	*21,7*	*17*
16:30	*Gustare: 150 g iaurt grecesc cu 100 g zmeură și 10 g migdale*	*219,4*	*19,9*	*8,5*	*18,3*	*7,8*
19:30	*Cină: Rețeta 7 - păstrăv cu cartof dulce și salată de varză*	*591,9*	*54,2*	*23,8*	*41,7*	*11,8*
	TOTAL ZI	*1792,9*	*200,4*	*67,4*	*110,3*	*44,9*

2.2.29. Mituri frecvente discutate cu pacientul

Tabel 2.17. Afirmații frecvente și răspunsul fundamentat

Afirmație	*Ce arată datele*
„Dacă viremia este nedetectabilă, nu mai am alte riscuri.”	*Supresia virusologică nu anulează riscul cardiovascular crescut, care rămâne superior populației generale și necesită intervenție proprie.*
„Am slăbit 15 kg, deci problema metabolică s-a rezolvat.”	*Circumferința abdominală de 128 cm și indicii de adipozitate visceralăarată că riscul persistă; obiectivul este talia, nu cântarul.*
„Statina îmi strică ficatul, mai bine țin dietă.”	*Dieta reduce LDL-colesterolul cu 5-15%; diferența până la țintă necesită tratament. Monitorizarea hepatică de rutină este suficientă la majoritatea pacienților.*
„Fac 20.000 de pași, pot mânca orice.”	*Volumul mare de efort nu compensează un aport dezechilibrat și crește riscul de hipoglicemie la pacientul insulino-tratat.*
„Suplimentele naturale sunt sigure.”	*Sunătoarea scade concentrațiile antiretroviralelor, iar suplimentele cu calciu, magneziu sau fier reduc absorbția dolutegravirului dacă sunt luate simultan.*
„Pot sări peste masă dacă nu mi-e foame.”	*În diabetul de tip 1 cu insulinoterapie, omiterea meselor dezechilibrează raportul insulină/glucide și crește riscul de hipoglicemie.*

2.2.30. Lista de cumpărături săptămânală

Tabel 2.18. Listă orientativă de cumpărături pentru o săptămână (o persoană, aproximativ 2100 kcal/zi)

Categorie	***Produse***
Legume	*3-4 kg: roșii, castraveți, ardei, spanac, rucola, broccoli, conopidă, dovlecel, vinete, varză, morcov, ceapă, usturoi, verdeață*
Fructe	*1,5-2 kg: mere, citrice, kiwi, fructe de pădure (proaspete sau congelate)*
Proteine	*Pește 700-900 g (macrou, păstrăv, somon, cod), piept de pui sau curcan 600 g, 10 ouă, ton în suc propriu, linte, năut, fasole*
Lactate	*Iaurt grecesc 2% (5-6 caserole), brânză de vaci slabă, lapte 1,5%*
Cereale	*Pâine integrală, fulgi de ovăz, quinoa, hrișcă, orez brun*
Grăsimi și semințe	*Ulei de măsline extravirgin, nuci, migdale, semințe de in și de dovleac, măsline*
De evitat la raft	*Băuturi îndulcite, sucuri de fructe, mezeluri, produse de patiserie, grepfrut, ceaiuri cu sunătoare*

2.2.31. Estimarea porțiilor fără cântar

Cântărirea alimentelor este metoda cea mai exactă pentru numărarea glucidelor, dar nu este întotdeauna posibilă, mai ales pentru un pacient care mănâncă frecvent în afara casei. Tabelul 2.19 oferă repere vizuale, utile în educația terapeutică; ele se verifică periodic prin cântăriri de control, pentru a evita derapajul estimărilor.

Tabel 2.19. Repere vizuale pentru estimarea porțiilor

Aliment	***Reper vizual***	***Cantitate aproximativă***	***Glucide (g)***
Paste sau orez fierte	*Un pumn strâns*	*150 g*	*aprox. 35-40*
Cartofi fierți	*Două ouă de găină*	*150 g*	*aprox. 25*
Pâine integrală	*O felie de grosimea degetului mic*	*40 g*	*aprox. 17*
Leguminoase fierte	*Jumătate de pumn*	*100 g*	*aprox. 13-20*
Carne sau pește	*Palma fără degete*	*120-150 g*	*0*
Brânză	*Două degete alăturate*	*30 g*	*sub 1*
Ulei de măsline	*O lingură*	*10-12 g*	*0*
Nuci sau migdale	*O palmă făcută căuș, pe jumătate plină*	*25-30 g*	*aprox. 4-6*
Fruct	*Un pumn*	*150 g*	*aprox. 15-20*

2.2.32. Variante de cină cu conținut glucidic redus

Tabel 2.20. Propuneri alimentare caz 1 - variante de cină (conținut glucidic redus)

Varianta 1	***Varianta 2***	***Varianta 3***
ouă 120 g	*file de cod 180 g*	*piept de pui 150 g*
ciuperci 150 g	*conopidă 250 g*	*avocado 60 g*
spanac 100 g	*fasole verde 150 g*	*rucola 50 g*
roșii 150 g	*ulei de măsline 15 g*	*roșii 150 g*
ulei de măsline 12 g	*suc de lămâie 15 g*	*castraveți 100 g*
pâine integrală 40 g		*ulei de măsline 10 g*
		pâine integrală 40 g
459,5 kcal	*392,5 kcal*	*517,7 kcal*
G 31,8 g; L 25,9 g; P 29,2 g; F 8,2 g	*G 24 g; L 17,3 g; P 39,6 g; F 9,1 g*	*G 32,9 g; L 24,8 g; P 43,5 g; F 9,8 g*

Aceste variante conțin între 20 și 35 g de glucide și sunt utile în zilele cu efort fizic redus sau atunci când glicemia de seară este mai mare decât ținta, cu condiția ca ajustarea insulinei să fie stabilită de medic.

2.2.33. Educația terapeutică și aderența pe termen lung

Rezultatele obținute de acest pacient - 15 kg în minus, trigliceride normalizate, LDL în scădere - au fost susținute de trei schimbări simultane. Riscul etapei următoare este regăsirea obiceiurilor anterioare după ce motivația inițială scade. Experiența clinică și datele privind menținerea scăderii ponderale arată că factorii care susțin rezultatul pe termen lung sunt: automonitorizarea (greutate săptămânală, circumferință abdominală lunară, jurnal alimentar intermitent), obiective mici și verificabile stabilite la fiecare consultație, planificarea meselor pentru zilele cu program neregulat și sprijinul din partea echipei medicale.

Pentru acest pacient, obiectivele următoarelor 6 luni pot fi formulate astfel: circumferință abdominală sub 115 cm la 3 luni și sub 110 cm la 6 luni; menținerea a trei mese pe zi cu aport glucidic estimat; două ședințe de antrenament de rezistență pe săptămână; păstrarea celor 8 ore de somn; prezentarea la controlul lipidic și la evaluarea diabetologică la 3 luni. Consultațiile de dietetică se programează lunar în primele 3 luni, apoi trimestrial.

Comunicarea cu pacientul respectă două principii: informația se oferă fără judecată asupra stilului de viață anterior, iar schimbările se introduc gradual, câte una sau două pe consultație. Pentru un pacient care a trăit 10 ani cu o boală cronică și care a acceptat deja patru scheme terapeutice succesive, povara terapeutică este mare, iar un plan alimentar rigid are șanse mici de a fi urmat.

2.2.34. Calculul pas cu pas al indicilor derivați

Indicii din tabelul 2.5 se obțin din analize uzuale și din două măsurători antropometrice, fără costuri suplimentare. Pentru studentul la nutriție și dietetică, exercițiul de calcul este util pentru că arată ce informație se pierde atunci când se raportează doar LDL-colesterolul. Se folosesc valorile pacientului din iulie 2026: colesterol total 184 mg/dl, LDL 107 mg/dl, HDL 38,2 mg/dl, trigliceride 136 mg/dl, circumferință abdominală 128 cm, IMC 27,8 kg/m².

- Colesterol non-HDL = colesterol total − HDL = 184 − 38,2 = 145,8 mg/dl. Pragul recomandat la risc înalt este sub 100 mg/dl, deci valoarea rămâne net peste țintă.
- Castelli I = colesterol total / HDL = 184 / 38,2 = 4,82 (prag sub 4,5).
- Castelli II = LDL / HDL = 107 / 38,2 = 2,80 (prag sub 3,0, atins pentru prima dată).
- Raport trigliceride/HDL = 136 / 38,2 = 3,56 (prag sub 3,0); valorile peste prag se asociază cu particule LDL mici și dense și cu insulinorezistență.
- AIP = log□□ (trigliceride/HDL exprimate în mmol/l). Conversia se face împărțind trigliceridele la 88,57 și colesterolul la 38,67: 136/88,57 = 1,54 mmol/l și 38,2/38,67 = 0,99 mmol/l; raportul 1,56, iar logaritmul zecimal este 0,19. Valoarea coboară din categoria de risc înalt (peste 0,21) în cea intermediară.
- Indicele TyG = ln (trigliceride × glicemie à jeun / 2), ambele în mg/dl; valoarea de 9,57 depășește pragul de 8,8, ceea ce

confirmă persistența insulinorezistenței în pofida ameliorării lipidice.

- VAI și LAP folosesc circumferința abdominală alături de trigliceride și HDL; la acest pacient, valorile de 2,75 și 96,7 depășesc de câteva ori pragurile, ceea ce traduce cantitativ ceea ce arată și circumferința de 128 cm.

Concluzia practică a exercițiului: LDL-colesterolul a scăzut și Castelli II a intrat sub prag, dar toți indicii care includ trigliceridele, HDL-ul sau circumferința abdominală rămân patologici. Intervenția următoare nu trebuie, deci, orientată doar spre LDL, ci spre reducerea adipozității viscerale și a insulinorezistenței, adică exact spre componentele asupra cărora acționează dieta și activitatea fizică.

2.2.35. Ajustarea planului alimentar în zilele cu efort crescut

Tabel 2.21. Adaptarea aportului în funcție de volumul de efort (dozele de insulină se modifică doar de medic)

Situație	***Aport suplimentar de glucide***	***Observații***
Zi obișnuită, sub 8.000 de pași	*Fără suplimentare*	*Se respectă planul de 2100 kcal*
Mers alert 60 de minute	*15-30 g înainte, dacă glicemia este sub 90 mg/dl*	*Gustare cu glucide complexe și proteine după efort*
Efort aerob peste 60 de minute	*15-30 g pe oră de efort*	*Monitorizare la 30-45 de minute*
Antrenament de rezistență	*De regulă fără suplimentare*	*Glicemia poate crește tranzitoriu la efort intens*
Efort de seară	*Gustare cu glucide complexe și proteine înainte de culcare*	*Risc de hipoglicemie nocturnă tardivă*
Efort neplanificat, intens	*15-30 g înainte și monitorizare frecventă*	*Se evită efortul la glicemie peste 250 mg/dl cu cetonurie*

2.2.36. Rețeta 9. Salată de quinoa cu năut, legume și verdeață (prânz la pachet, 2 porții)

Ingrediente (2 porții): quinoa crudă 100 g; năut fiert 200 g; roșii 200 g; castraveți 150 g; ardei gras 150 g; ceapă roșie 50 g; ulei de măsline 20 g; suc de lămâie 20 g; pătrunjel 15 g.

Mod de preparare: Quinoa se clătește și se fierbe 15 minute, apoi se răcește. Se amestecă cu năutul, legumele tăiate cubulețe, ceapa tocată mărunt, uleiul, sucul de lămâie și pătrunjelul. Se păstrează la frigider până la 2 zile.

Valori nutriționale orientative / porție: 503,8 kcal; glucide 74,1 g; lipide 16,3 g; proteine 18,7 g; fibre 15 g.

Observații pentru dietetician: masă transportabilă, cu conținut glucidic cunoscut și indice glicemic redus; potrivită pentru zilele în care pacientul mănâncă în afara casei, situație care a stat la baza tiparului alimentar dezorganizat de la prima evaluare.

2.2.37. Întrebări de aprofundare și aplicații practice

Întrebările de mai jos presupun aplicarea datelor cazului și pot fi folosite ca temă de seminar sau ca grilă de evaluare practică.

- Calculați necesarul energetic de menținere pentru un bărbat de 90 kg și 180 cm, cu aproximativ 10.000 de pași pe zi, apoi stabiliți deficitul care asigură o scădere de 0,5 kg pe săptămână.
- Argumentați de ce aportul proteic se menține la 1,2-1,6 g/kg în timpul deficitului energetic și care sunt consecințele unui aport mai mic.
- Explicați unui pacient, în două fraze, de ce circumferința abdominală de 128 cm contează mai mult decât indicele de masă corporală de 27,8 kg/m².
- Construiți un mic dejun de 45-55 g glucide folosind pâine integrală, ouă și legume și calculați conținutul de fibre.
- Ce ajustări propuneți în ziua cu antrenament de rezistență, în privința meselor și a monitorizării glicemice?
- Cum explicați pacientului regula de administrare a dolutegravirului față de iaurt, lactate și suplimentul de calciu?

- Enumerați trei surse de fibre solubile și cantitatea zilnică necesară pentru un efect măsurabil asupra LDL-colesterolului.
- Ce întrebări din anamneză orientează spre hipoglicemii nocturne nerecunoscute?
- Stabiliți trei obiective verificabile pentru consultația de control de la 3 luni și indicatorii prin care le evaluați.
- Ce informații solicitați medicului diabetolog înainte de a modifica repartiția glucidelor pe mese?

CAPITOLUL 3
Dietoterapia și patologiile cronice infecțioase - prezentări de caz

Asist. univ. dr. Alexandra Herlo

3.1. CAZ 2: femeie în vârstă de 66 de ani, cu domiciliul în mediul urban, spitalizată în intervalul 06-15.03.2025 în Clinica de Boli Infecțioase din cadrul Spitalului Victor Babeș Timișoara, cu diagnosticul de hepatită cronică cu virus hepatitic B și steatoză hepatică recent diagnosticată

Din antecedentele heredocolaterale: mama cardiacă, tatăl BPOC cu apnee în somn, neoplasm pulmonar.

De profesie pensionară (fostă învățătoare la ciclul gimnazial).

Din istoricul pacientei reținem că urmează de aproximativ 5 ani tratament cu Entecavir pentru infecția cu virusul hepatitic B, cu viremie nedetectabilă, că are HTA cunoscută de circa 3 ani, tratată cu antihipertensive, și astm bronșic de aproximativ 10 ani.

3.1.1. Anamneză nutrițională inițială:

- Fiziologic: G=86 kg, Î=158 cm, IMC=34,45 (obezitate gradul I), CA=112 cm, CB=104 cm, IAF=1,08.
- Stil alimentar: două mese pe zi (o gustare târzie la ora 10.00–11.00 și masa principală după ora 19.00, frecvent după ora 20.00), bazate pe preparate tradiționale bogate în grăsimi saturate (tocănițe, ciorbe drese cu smântână, carne de porc, mezeluri, brânzeturi grase, prăjeli); produse de patiserie sau biscuiți la ceaiul de după-amiază; compot sau suc de fructe 0,5–1 l/zi și 2–3 cafele cu zahăr și lapte; consum ocazional de vin (1–2 pahare/săptămână); aport redus de pește (de 1–2 ori pe lună), de legume crude și de leguminoase; preferință pentru alimentele sărate (murături, telemea); nu utilizează suplimente „hepatoprotectoare” din plante.

- Hidratare: apă plată = 0,5–0,8 l/zi.
- Repaus nocturn: 7–8 ore/noapte, în intervalul 23.00–7.00; somn fragmentat, cu sforăit relatat de familie și somnolență diurnă.
- Efort fizic: sedentarism, 1500–2500 pași/zi; dispnee de efort la urcatul a două etaje; gonartroză bilaterală care limitează mersul pe distanțe lungi; fără hobby-uri care să presupună activitate fizică incidentă.
- Medicație cronică: entecavir 0,5 mg/zi; antihipertensive (blocant al receptorilor de angiotensină și diuretic tiazidic); corticosteroid inhalator în asociere cu beta-agonist cu durată lungă de acțiune (ICS/LABA), cu 2–3 cure scurte de corticoterapie orală în ultimul an pentru exacerbări; fără tratament hipolipemiant.

Parametrii biologici modificați sunt prezentați în tabelul 3.1.

Tabel 3.1. Modificări biologie caz 2

	06.03.2025	*14.03.2025*	*2.06.2025*
Leucocite *VN: 4.000–10.000/µL* *Formula leucocitară, VN: neutrofile 55–65%; limfocite 30–40%; monocite 5.5–10%*	*8.050* *N=59.5%* *Ly=37.1%* *Mo=3.4%↓*	*8.490* *N=53.3%* *Ly=33.3%* *Mo=13.4%↑*	*5.400* *N=56%* *Ly=23.6%↓* *Mo=10.4%↑*
Eritrocite *VN: 4.7–5.6 milioane/µL*	*4.440.000*	*4.500.000*	*5.400.000*
Hemoglobina (Hb) *VN: 14–17.2 g/dL*	*11*	*11.5*	*13.7*
Hematocrit (Ht), VN: 42–51%	*37.5*	*38.2*	*40.3*
Trombocite, VN: 150.000–400.000/µL	*180.000*	*157.000*	*280.000*
Timp Quick (TP), VN: 9.8–12.1 s	*12*	*12*	*12.1*
INR *VN: 0.8–1.2*	*0.96*	*0.94*	*0.90*
Fibrinogen *VN: 1.8–3.5 g/L*	*3.27*	*2.11*	*3.2*

Acid lactic *VN: 4.5–19.8 mg/dL*	*6.19*	*11*	*18.8*
D-dimeri, VN < 0.5 µg/mL	*1.28↑*	*1↑*	*0.6*
AST (TGO), VN: 0–40 U/L	*120*	*121*	*58.4*
ALT (TGP), VN: 0–41 U/L	*133*	*124*	*60*
Uree serică, VN: 0–50 mg/dL	*40*	*10*	*24.1*
Glucoză serică *VN: 74–106 mg/dL*	*86*	*87*	*97*
HbA1c (hemoglobină glicată), VN: 0–6.5%	*6.2*	*6*	*5.7*
Creatinină serică *VN: 0.70–1.2 mg/dL*	*1.1*	*1.2*	*0.6*
Bilirubina totală *VN: 0–1.2 mg/dL*	*0.83*	*0.89*	*0.49*
Bilirubina directă (conjugată) *VN: 0–0.2 mg/dL*	*0.38↑*	*0.2*	*0.10*
Lactat-dehidrogenaza (LDH), VN: 135–225 U/L	*254↑*	*189*	*150*
Sodiu seric (Na^+) *VN: 136–145 mmol/L*	*137.43*	*140*	*140.75*
Potasiu seric (K^+) *VN: 3.50–5.1 mmol/L*	*4.93*	*4.8*	*3.6*
Feritină serică *VN: 30–400 µg/L*	*70*	*80*	*121*
Fier seric (sideremie) *VN: 33–193 µg/dL*	*55*	*52*	*120*
IL-6 *VN: 0–7 pg/mL*	*3*	*2*	*3*
PCR (proteina C reactivă) *VN: 0–5 mg/L*	*6.73↑*	*13↑*	*2*
Procalcitonină (PCT) *VN: < 0.5 ng/mL*	*0.02*	*0.05*	*0.20*
Calciu total seric *VN: 8.8–10.4 mg/dL*	*9*	*8.2*	*8.9*
Magneziu seric *VN: 1.6–2.6 mg/dL*	*1.6*	*1.7*	*2.2*
Colesterol total *VN: < 200 mg/dL*	*327↑*	*279↑*	*189*

Trigliceride serice *VN: < 150 mg/dL*	*115*	*105*	*60*
Lipide totale serice *VN: 600–800 mg/dL*	*890↑*	*890↑*	*600*
HDL-colesterol *VN: 20–60 mg/dL*	*45*	*45*	*57*
LDL-colesterol *VN: < 100 mg/dL*	*189↑*	*163↑*	*120↑*
Vitamina D (25-OH) *VN: 30–55.5 ng/mL*	*< 10↓*	*15↓*	*35↓*

Ecografie abdominală efectuată la internare: ficat steatozic intens hiperecogen, cu structură globuloasă, splină crescută în dimensiuni globuloasă.

Se propune următorul stil alimentar la pacientă.

Stil alimentar/meniu: pe baza anamnezei efectuate la externare, am convenit cu pacienta asupra unui meniu parțial controlat, de tip mediteranean și adaptat bucătăriei tradiționale românești, pe care să îl respecte în următoarele 12 săptămâni, alături de câteva reguli privind schimbarea stilului de viață. Mesele principale au fost construite pornind de la preparate cunoscute de pacientă, modificate astfel: grăsimile saturate au fost înlocuite cu ulei de măsline, s-a mărit ponderea peștelui, a leguminoaselor și a legumelor, iar cantitatea de sare a fost redusă. Deoarece pacienta acceptă introducerea micului dejun, am stabilit 3 mese principale și o gustare, servite la orele 8.00, 13.00, 16.30 (gustare) și cel târziu 19.30, cu un interval de post nocturn de minimum 12 ore.

Conform profilului pacientei:

GI = 158 – 105 = 53 kg, ceea ce corespunde unui NE = 53 × 30 = 1590 kcal (de menținere).

Cele 4 mese vor totaliza aproximativ 1400 kcal – un deficit de 500–600 kcal față de aportul actual estimat –, pentru o scădere ponderală de aproximativ 0,5 kg/săptămână, cu obiectivul de 7–10%

din greutatea inițială (6–8,5 kg) în 6–12 luni, pragul la care ghidul EASL–EASD–EASO 2024 documentează regresia steatozei, a inflamației și chiar a fibrozei.

Am stabilit, de asemenea, câteva obiective suplimentare:

- ora de culcare cel târziu 23.00; screening pentru apnee obstructivă în somn (chestionarul STOP-Bang) și trimitere la somnologie (poligrafie), dat fiind riscul înalt.
- număr de pași: creștere progresivă de la 2000 la 6000/zi în 8 săptămâni, cu o plimbare în ritm alert de 20–30 de minute în 5 zile/săptămână și exerciții de rezistență (benzi elastice, ridicări de pe scaun) de 2 ori/săptămână, adaptate gonartrozei.
- apă plată: 1,5–2 l/zi; înlocuirea compotului și a sucurilor cu apă sau ceai neîndulcit; cafea 2–3 cești/zi, fără zahăr, cu puțin lapte 1,5% (consumul regulat de cafea este asociat cu un risc mai mic de fibroză în bolile hepatice cronice).
- alcool: zero, în contextul hepatitei cronice B cu steatoză (vezi subcapitolul 1.7).
- sare sub 5 g/zi (sodiu sub 2 g/zi): renunțarea la murături, mezeluri și telemea sărată; înlocuirea lor cu ierburi aromatice, lămâie, usturoi.
- suplimentare: vitamina D3 – 50.000 UI/săptămână timp de 8 săptămâni, apoi 2000 UI/zi (deficit sever, 25(OH)D sub 10 ng/mL); omega-3 (1–2 g EPA+DHA/zi, dacă aportul de pește nu ajunge la 2–3 porții/săptămână); probiotic; fără „hepatoprotectoare” din plante sau suplimente neverificate.
- consult cardiologic/hepatologic pentru inițierea terapiei cu statină (LDL-colesterol 189 mg/dl, hipertensiune arterială, obezitate abdominală) – statinele sunt sigure atât în MASLD, cât și în hepatita cronică B compensată.
- consult pneumologic pentru optimizarea controlului astmului și limitarea curelor de corticoterapie sistemică.

- vaccinare anti-hepatită A, antigripală anuală și antipneumococică, conform recomandărilor pentru pacienții cu boală hepatică cronică.

Meniul zilnic cuprinde cu aproximație:

- 1400 kcal, repartizate astfel: glucide 45% (în principal complexe, cu indice glicemic scăzut; fără zaharuri adăugate; fructoză numai din fructe întregi, cel mult 2–3 porții/zi), lipide 30–32% (mai ales acizi grași mononesaturați – ulei de măsline extravirgin, măsline, nuci – și polinesaturați omega-3 – pește gras de 2–3 ori/săptămână; acizii grași saturați sub 7–8% din aportul energetic) și proteine 23–25% (≈1,5 g/kg greutate ideală), pentru menținerea masei musculare pe parcursul scăderii în greutate.
- glucide = 150–160 g, lipide = 45–50 g, proteine = 75–85 g.
- fibre (solubile și insolubile) = 30–35 g.
- 1 mic dejun x 300 kcal (tabel 3.2) + 1 gustare x 150–200 kcal (tabel 3.3) + 2 mese principale x 300–450 kcal (tabel 3.4; la prânz se pot adăuga 40 g pâine integrală, ≈100 kcal).

Tabel 3.2. Propuneri alimentare caz 2 – variante mic dejun (≈300 kcal).

Variante mic dejun		
Terci de ovăz cu măr și nuci	***Omletă cu spanac (1 ou + 2 albușuri)***	***Iaurt grecesc cu fructe de pădure și semințe***
35 g fulgi de ovăz	*60 g ou fiert*	*150 g iaurt grecesc 2%*
150 ml lapte 1,5%	*66 g albuș de ou*	*100 g fructe de pădure*
100 g măr	*100 g spanac (crud)*	*20 g fulgi de ovăz*
10 g nuci	*5 g ulei de măsline*	*10 g semințe de in măcinate*
	40 g pâine integrală	
	100 g roșii	

VNP: 319,1 kcal	***VNP: 312,5 kcal***	***VNP: 293,7 kcal***
46,2 g C; 11,2 g L; 11,5 g P; 6,6 g F	*26,2 g C; 13,3 g L; 22,1 g P; 6,0 g F*	*35,3 g C; 8,9 g L; 20,2 g P; 8,8 g F*
Brânză de vaci cu legume	***Pâine integrală cu avocado și ou***	***Chefir cu banană și migdale***
150 g brânză de vaci slabă	*40 g pâine integrală*	*200 ml chefir 2,5%*
40 g pâine integrală	*50 g avocado*	*100 g banană*
100 g castraveți	*60 g ou fiert*	*20 g migdale*
100 g ardei gras	*100 g roșii*	
20 g măsline		
VNP: 304,0 kcal	***VNP: 291,0 kcal***	***VNP: 308,8 kcal***
33,7 g C; 7,5 g L; 25,0 g P; 5,8 g F	*26,4 g C; 15,1 g L; 13,1 g P; 7,2 g F*	*35,1 g C; 15,3 g L; 11,9 g P; 5,1 g F*

Tabel 3.3. Propuneri alimentare caz 2 – variante gustări (≈150–200 kcal).

Variante gustări		
Iaurt grecesc 2% cu afine	***Măr cu nuci***	***Migdale***
150 g iaurt grecesc 2%	*150 g măr*	*30 g migdale*
100 g afine	*15 g nuci*	
VNP: 166,5 kcal	***VNP: 176,1 kcal***	***VNP: 173,7 kcal***
20,4 g C; 3,1 g L; 15,5 g P; 2,4 g F	*22,8 g C; 10,1 g L; 2,7 g P; 4,6 g F*	*6,5 g C; 15,0 g L; 6,4 g P; 3,8 g F*
Legume crude cu humus și măsline	***Pâine integrală cu brânză de vaci și roșii***	***Chefir cu semințe de in***
100 g morcov	*40 g pâine integrală*	*200 ml chefir 2,5%*
100 g castraveți	*50 g brânză de vaci slabă*	*10 g semințe de in măcinate*
50 g humus	*100 g roșii*	
20 g măsline		
VNP: 162,0 kcal	***VNP: 163,0 kcal***	***VNP: 157,4 kcal***
21,6 g C; 7,2 g L; 5,7 g P; 6,9 g F	*23,2 g C; 2,7 g L; 11,0 g P; 3,8 g F*	*10,9 g C; 9,2 g L; 8,4 g P; 2,7 g F*

Tabel 3.4. Propuneri alimentare caz 2 – variante rețete mese principale.

Variante rețete mese principale		
Ciorbă de pește cu legume (4 porții)	***Tocăniță de pui cu ciuperci și mămăligă (4 porții)***	***Macrou la cuptor cu legume mediteraneene (2 porții)***
600 g păstrăv (crud)	*500 g piept de pui (crud)*	*300 g macrou (crud)*
100 g ceapă	*300 g ciuperci*	*200 g dovlecel*
150 g morcov	*100 g ceapă*	*150 g ardei gras*
100 g țelină rădăcină	*150 g ardei gras*	*150 g roșii cherry*
100 g ardei gras	*200 g roșii pasate*	*100 g ceapă*
200 g roșii	*10 g usturoi*	*10 g usturoi*
200 g cartofi (cruzi)	*20 g ulei de măsline*	*15 g ulei de măsline*
20 g leuștean/pătrunjel	*20 g pătrunjel*	*20 ml lămâie (suc)*
15 g ulei de măsline	*600 g mămăligă*	
30 ml lămâie (suc)		
VNP: 306,2 kcal	***VNP: 379,9 kcal***	***VNP: 457,2 kcal***
21,2 g C; 9,4 g L; 33,6 g P; 4,3 g F	*38,2 g C; 10,1 g L; 34,9 g P; 5,5 g F*	*17,5 g C; 29,1 g L; 31,4 g P; 4,5 g F*
Ghiveci de legume cu năut (4 porții)	***Salată de linte cu legume și ton (2 porții)***	***Curcan la cuptor cu legume rădăcinoase (4 porții)***
400 g năut fiert	*300 g linte fiartă*	*500 g piept de curcan (crud)*
300 g vinete	*150 g ton conservă în apă (scurs)*	*200 g morcov*
300 g dovlecel	*100 g ardei gras*	*200 g țelină rădăcină*
200 g ardei gras	*100 g castraveți*	*150 g păstârnac*
300 g roșii	*150 g roșii*	*200 g sfeclă (crudă)*
150 g ceapă	*50 g ceapă roșie*	*100 g ceapă*
10 g usturoi	*20 g pătrunjel*	*10 g usturoi*
30 g ulei de măsline	*15 g ulei de măsline*	*25 g ulei de măsline*
20 g pătrunjel	*20 ml lămâie (suc)*	
VNP: 311,3 kcal	***VNP: 379,6 kcal***	***VNP: 302,6 kcal***
44,7 g C; 10,9 g L; 12,4 g P; 13,4 g F	*41,5 g C; 9,2 g L; 34,8 g P; 14,8 g F*	*24,1 g C; 8,0 g L; 32,9 g P; 6,0 g F*

Fasole bătută cu ceapă călită și salată de sfeclă (4 porții)	***Sărmăluțe de curcan în foi de varză dulce (6 porții)***	***Piept de pui la grătar cu salată de varză și morcov (2 porții)***
600 g fasole albă fiartă	*600 g piept de curcan tocat (crud)*	*300 g piept de pui (crud)*
200 g ceapă	*250 g orez brun fiert*	*300 g varză*
10 g usturoi	*900 g varză*	*100 g morcov*
30 g ulei de măsline	*200 g ceapă*	*100 g castraveți*
400 g sfeclă fiartă	*100 g morcov*	*15 g ulei de măsline*
20 ml lămâie (suc)	*400 g roșii pasate*	*20 ml lămâie (suc)*
	25 g ulei de măsline	*10 g mărar*
	20 g mărar	
VNP: 343,6 kcal	***VNP: 286,5 kcal***	***VNP: 316,1 kcal***
53,5 g C; 8,4 g L; 17,0 g P; 12,4 g F	*28,3 g C; 7,0 g L; 28,6 g P; 6,5 g F*	*16,4 g C; 11,8 g L; 36,7 g P; 5,5 g F*

Anamneză nutrițională de control la 12 săptămâni:

G=80,5 kg (−5,5 kg; −6,4%), Î=158 cm, CA=105 cm (–7 cm), CB=100 cm (–4 cm), IMC=32,25 (–2,2), IAF=1,05 (–0,03)

- pacienta raportează ameliorarea dispneei de efort și a somnolenței diurne, tranzit intestinal regulat și un control mai bun al tensiunii arteriale (medicul curant a redus doza de diuretic).
- aderență bună la mesele principale și la micul dejun; dificultăți în respectarea cantității de pâine și în renunțarea la produsele de patiserie la vizitele în familie.
- propunere de repetare a analizelor la 3 luni (vezi tabelul 3.1, coloana 2.06.2025), cu adăugarea: indice HOMA-IR, insulinemie, apolipoproteina B, HbA1c, 25(OH)D, ADN-VHB cantitativ, AgHBs cantitativ, alfa-fetoproteină, elastografie tranzitorie (FibroScan) cu parametru de atenuare controlată (CAP) și ecografie abdominală de supraveghere la 6 luni.

Titlul subcapitolului 7 – „tratament versus alimentație” – este ilustrat clar de acest caz. Entecavirul controlează replicarea virală (viremie nedetectabilă de 5 ani), dar nu influențează componenta metabolică a bolii hepatice: persistența hepatocitolizei (TGO/AST 120 U/L, TGP/ALT 133 U/L) la o pacientă cu supresie virală eficientă reflectă, cel mai probabil, steatohepatita asociată disfuncției metabolice (MASH), nu activitatea hepatitei B. Pacienta îndeplinește criteriile de MASLD conform nomenclaturii din 2023 (steatoză documentată imagistic plus cel puțin un factor de risc cardiometabolic – aici IMC 34,45 kg/m², circumferință abdominală 112 cm, hipertensiune arterială, HbA1c 6,2% și HDL-colesterol 45 mg/dl), coexistentă cu o hepatită cronică B controlată terapeutic. Steatoza este prezentă la aproximativ 30% dintre pacienții cu hepatită cronică B și se asociază cu un risc mai mare de fibroză avansată, de carcinom hepatocelular și de mortalitate de cauză hepatică, în ciuda supresiei virale.

Un element esențial este stratificarea riscului de fibroză. Scorul FIB-4, calculat din datele de la internare – (66 × 120) / (180 × √133) ≈ 3,8 – depășește pragul de 2,67 (respectiv 2,0, prag ajustat pentru vârsta peste 65 de ani) și, împreună cu splenomegalia și cu trombocitele la limita inferioară a normalului (157.000/µL), ridică suspiciunea de boală hepatică cronică avansată compensată (cACLD). Conform algoritmului EASL–EASD–EASO 2024, elastografia tranzitorie (VCTE) este obligatorie: o rigiditate hepatică ≥ 8 kPa impune trimiterea la hepatolog, iar valorile ≥ 12–15 kPa sugerează ciroza compensată – situație în care se modifică substanțial atât recomandările nutriționale (aport proteic 1,2–1,5 g/kg, gustare târzie înainte de culcare, evitarea perioadelor de post mai lungi de 12 ore, screening pentru varice esofagiene și carcinom hepatocelular), cât și opțiunile farmacologice, resmetiromul și semaglutida nefiind aprobate în ciroză. Interpretarea FIB-4 la această pacientă necesită totuși prudență: hepatita B poate crește aminotransferazele independent de fibroză, iar vârsta de 66 de ani

reduce specificitatea scorului – argumente suplimentare pentru evaluarea elastografică.

Intervenția nutrițională propusă urmează principiile ghidului european: deficit energetic moderat, tipar alimentar mediteranean, excluderea alcoolului și a băuturilor îndulcite, minimum 150 de minute de activitate fizică de intensitate moderată pe săptămână. O scădere ponderală de 7–10% se asociază cu rezoluția steatohepatitei la peste 60% dintre pacienți și cu regresia fibrozei la aproximativ 45%, fiind cea mai eficientă intervenție documentată până în prezent, superioară oricărui medicament. Adaptarea la bucătăria tradițională românească este esențială pentru aderența unei paciente de 66 de ani: ciorbele fără rântaș și fără smântână, tocănițele cu ulei de măsline, peștele la cuptor, fasolea bătută, ghiveciul de legume, mămăliga în porții controlate și salatele de crudități reproduc structura dietei mediteraneene cu ingrediente locale. Cafeaua, fără zahăr, poate fi menținută, consumul regulat fiind asociat cu un risc mai mic de fibroză.

Dislipidemia severă (colesterol total 327 mg/dl, LDL-colesterol 189 mg/dl) la o pacientă hipertensivă, cu obezitate abdominală și prediabet (HbA1c 6,2%), impune terapie hipolipemiantă, principala cauză de deces la pacienții cu MASLD fiind cea cardiovasculară. Statinele sunt sigure și recomandate în MASLD, inclusiv la pacienții cu aminotransferaze crescute, și nu sunt contraindicate în hepatita cronică B compensată; teama nejustificată de hepatotoxicitate duce frecvent la subtratarea acestor pacienți. Evoluția la 3 luni – colesterol total 189 mg/dl, LDL-colesterol 120 mg/dl, HbA1c 5,7%, aminotransferaze în scădere (TGO 58,4 U/L, TGP 60 U/L) – reflectă atât efectul intervenției nutriționale, cât și al terapiei inițiate.

Deficitul sever de vitamina D (25(OH)D sub 10 ng/mL la internare) are o etiologie multifactorială: obezitatea (sechestrare în țesutul adipos), sedentarismul, expunerea solară redusă, corticoterapia repetată și boala hepatică cronică (reducerea 25-hidroxilării). Corecția

cu doze de încărcare, urmate de doze de întreținere, împreună cu un aport adecvat de calciu (1000–1200 mg/zi, preferabil din alimente), este justificată la o pacientă postmenopauzală cu risc de osteoporoză secundară – recomandarea de osteodensitometrie DXA fiind susținută și de curele repetate de corticosteroizi. Normalizarea 25(OH)D (35 ng/mL la 2.06.2025) confirmă eficiența schemei.

Sforăitul, somnolența diurnă, obezitatea și hipertensiunea arterială definesc un risc înalt de apnee obstructivă în somn – factor independent de progresie a MASLD prin hipoxia intermitentă –, iar antecedentele paterne (BPOC cu apnee în somn) susțin această suspiciune. Astmul tratat cu cure repetate de corticosteroizi sistemici contribuie la creșterea ponderală, la rezistența la insulină și la steatoză; optimizarea controlului astmului este, așadar, o măsură cu impact hepatic indirect. Pacienții cu boală hepatică cronică au un risc crescut de forme severe de hepatită A, gripă și infecții pneumococice, motiv pentru care vaccinarea face parte din managementul standard al cazului.

Păstrarea masei musculare este o prioritate specifică pacientei vârstnice cu obezitate: scăderea ponderală rapidă și restricția calorică sub 1200 kcal/zi favorizează obezitatea sarcopenică, ea însăși factor de prognostic negativ în bolile hepatice. De aceea, aportul proteic a fost stabilit la 1,5 g/kg greutate ideală, distribuit uniform pe mese, iar programul de activitate fizică include exerciții de rezistență, conform recomandărilor ESPEN. Pe termen lung, menținerea rezultatelor depinde de consolidarea noilor obiceiuri în mediul familial, de monitorizarea periodică (greutate, circumferință abdominală, profil metabolic, elastografie anuală) și de coordonarea între hepatolog, cardiolog, pneumolog și dietetician – modelul de îngrijire multidisciplinară recomandat pacienților cu MASLD și comorbidități multiple.

3.2. Recomandări nutriționale în hepatita cronică B asociată cu boala hepatică steatotică metabolică și comorbidități

3.2.1. Obiectivele dietoterapiei

Cazul 2 ilustrează o situație tot mai frecventă în practica de boli infecțioase: o hepatită cronică virală controlată terapeutic, pe fondul căreia boala hepatică steatotică asociată disfuncției metabolice (MASLD) devine principalul determinant al evoluției hepatice. Tratamentul antiviral și intervenția nutrițională acționează pe mecanisme diferite și complementare. Prin urmare, planul dietetic nu se limitează la „protejarea ficatului", ci urmărește simultan mai multe obiective, ordonate după impactul lor asupra prognosticului:

- scăderea ponderală progresivă, cu reducerea circumferinței abdominale și păstrarea masei musculare;
- un model alimentar de tip mediteranean, cu reducerea zaharurilor adăugate, a fructozei din băuturi, a grăsimilor saturate și a produselor ultraprocesate;
- abstinența completă de la alcool și evitarea suplimentelor cu potențial hepatotoxic;
- reducerea aportului de sodiu, pentru controlul hipertensiunii arteriale;
- corectarea deficitului de vitamina D și asigurarea unui aport adecvat de calciu, în contextul corticoterapiei repetate și al postmenopauzei;
- respectarea regulilor de administrare a medicației (entecavir, antihipertensive, corticosteroizi inhalatori);
- adaptarea recomandărilor la vârsta, gonartroza, apneea în somn suspectată și obiceiurile alimentare familiale ale pacientei.

3.2.2. Bazele științifice ale intervenției nutriționale în MASLD

Ghidul european EASL-EASD-EASO din 2024 consideră modificarea stilului de viață piatra de temelie a tratamentului în MASLD, indiferent de stadiul bolii. Recomandările includ scăderea

ponderală la persoanele supraponderale sau obeze, un tipar alimentar de tip mediteranean, limitarea produselor ultraprocesate și a băuturilor îndulcite, evitarea alcoolului și creșterea activității fizice, adaptată posibilităților fiecărui pacient. Ghidul practic ESPEN de nutriție clinică în bolile hepatice recomandă la pacienții supraponderali o dietă hipocalorică, asociată cu activitate fizică, cu scopul unei scăderi ponderale de 7-10%, și subliniază că la pacienții cu ciroză, dimpotrivă, restricția energetică și proteică devine periculoasă.

Relația dintre mărimea scăderii ponderale și ameliorarea histologică a fost documentată într-un studiu prospectiv cu biopsie hepatică la începutul și la sfârșitul unui an de intervenție asupra stilului de viață: proporția pacienților cu rezoluția steatohepatitei și cu regresia fibrozei a crescut odată cu procentul de greutate pierdut, cele mai bune rezultate fiind obținute la cei care au scăzut cel puțin 10% din greutate. Pentru pacienta din cazul 2, care a pierdut 6,4% în 12 săptămâni, mesajul educațional este că rezultatul obținut este real și măsurabil, dar că beneficiul hepatic maxim apare la continuarea efortului, nu la oprirea lui.

Compoziția dietei contează și independent de greutate. Într-un studiu randomizat încrucișat, pacienții cu MASLD care au urmat 6 săptămâni o dietă mediteraneană au prezentat o reducere mai mare a conținutului hepatic de grăsime și o îmbunătățire a sensibilității la insulină comparativ cu o dietă săracă în grăsimi și bogată în carbohidrați, deși greutatea a scăzut similar în cele două perioade. Fructoza și zaharoza adăugate, în special sub formă de băuturi, stimulează lipogeneza de novo hepatică, cresc acumularea de trigliceride în ficat și favorizează rezistența la insulină, astfel încât reducerea lor este una dintre cele mai eficiente măsuri alimentare în MASLD. La pacienta din cazul 2, consumul de 0,5-1 l de compot sau suc pe zi și cafelele cu zahăr reprezentau o sursă importantă de fructoză și zaharoză, iar înlocuirea lor cu apă și ceai neîndulcit are un efect metabolic direct.

Tabel 3.5. Principalele recomandări de stil de viață în MASLD și aplicarea lor în cazul 2

Recomandare	***Fundamentare***	***Aplicare în cazul 2***
Scădere ponderală de 7-10% (cel puțin 5% pentru reducerea steatozei)	*Ghidurile EASL-EASD-EASO 2024 și ESPEN 2020; ameliorare histologică proporțională cu scăderea ponderală*	*Țintă de 6-8,5 kg în 6-12 luni; 5,5 kg obținute în 12 săptămâni*
Tipar alimentar mediteranean	*Reducerea steatozei și creșterea sensibilității la insulină, inclusiv în absența unei scăderi ponderale mari*	*Rețete tradiționale românești adaptate cu ulei de măsline, pește, leguminoase și legume*
Eliminarea băuturilor îndulcite și a zaharurilor adăugate	*Fructoza stimulează lipogeneza de novo hepatică*	*Compotul și sucurile înlocuite cu apă; cafea fără zahăr*
Evitarea alcoolului	*Efect sinergic cu factorii metabolici și virali asupra progresiei fibrozei*	*Abstinență completă*
Activitate fizică regulată, inclusiv exerciții de rezistență	*Reduce steatoza și ajută la păstrarea masei musculare*	*Plimbări progresive și exerciții adaptate gonartrozei*
Evitarea produselor ultraprocesate	*Densitate energetică mare, zaharuri și grăsimi saturate*	*Renunțarea la patiserie, biscuiți și mezeluri*

3.2.3. Particularități nutriționale în hepatita cronică B

Administrarea entecavirului. Rezumatul caracteristicilor produsului precizează că entecavirul se administrează pe stomacul gol, cu mai mult de 2 ore înainte și la mai mult de 2 ore după o masă, deoarece alimentele reduc absorbția medicamentului. Noul program de mese al pacientei (8:00, 13:00, 16:30 și 19:30) trebuie armonizat cu această regulă. O variantă practică este administrarea comprimatului seara, la ora 22:00, la mai mult de 2 ore după cină, fără gustare ulterioară, cu condiția ca pacienta să nu mănânce în primele 2 ore după comprimat; alternativ, comprimatul se poate lua dimineața, la trezire, cu cel puțin 2 ore înainte de micul dejun. Ora aleasă se păstrează constantă, iar orice modificare se discută cu medicul infecționist.

Aflatoxinele. Aflatoxinele sunt micotoxine produse de mucegaiurile din genul Aspergillus, care contaminează în special

porumbul, arahidele, alunele, nucile, fisticul, condimentele și fructele uscate depozitate în condiții de umiditate și căldură. Agenția Internațională pentru Cercetarea Cancerului clasifică aflatoxinele drept carcinogene pentru om (grupa 1) și descrie o interacțiune cu infecția cronică cu virusul hepatitic B în creșterea riscului de carcinom hepatocelular. Pentru o pacientă cu hepatită cronică B și consum tradițional de mămăligă, recomandările sunt concrete: mălaiul, nucile și semințele se cumpără în ambalaje intacte, de la producători controlați, se păstrează în recipiente închise, la loc uscat și răcoros, se consumă în termen, iar orice produs cu aspect mucegăit, gust amar sau miros de stătut se aruncă în întregime, nu doar partea vizibil alterată.

Cafeaua. O meta-analiză doză-răspuns a studiilor observaționale a arătat că un consum mai mare de cafea, atât cu cofeină, cât și decofeinizată, se asociază cu un risc mai mic de carcinom hepatocelular. Datele sunt observaționale și nu demonstrează cauzalitatea, dar susțin menținerea cafelei în dieta pacientei, cu condiția eliminării zahărului și a limitării laptelui integral și a frișcăi.

Suplimentele din plante și produsele „hepatoprotectoare”. Suplimentele alimentare și produsele din plante reprezintă o cauză importantă și în creștere a leziunilor hepatice induse de medicamente și suplimente, cu tablouri clinice care variază de la creșterea asimptomatică a aminotransferazelor la insuficiență hepatică acută. La pacientul cu boală hepatică cronică, o hepatocitoliză apărută după un astfel de produs poate fi confundată cu reactivarea virală sau cu progresia MASLD. EFSA a concluzionat că extractele de ceai verde administrate ca suplimente, la doze de epigalocatechin-galat de cel puțin 800 mg/zi, s-au asociat cu creșterea semnificativă a aminotransferazelor, în timp ce consumul de ceai verde ca băutură nu ridică probleme de siguranță. Tabelul 3.6 sintetizează produsele care necesită prudență.

Tabel 3.6. Suplimente și produse care necesită prudență la pacientul cu boală hepatică cronică

Produs	***Motivul prudenței***	***Recomandare***
Extracte concentrate de ceai verde (produse „de slăbit")	*Hepatotoxicitate documentată la doze mari de catechine*	*Se evită; ceaiul verde ca băutură este acceptabil*
Produse multi-ingredient pentru slăbit sau „detoxifiere"	*Compoziție variabilă, contaminanți, ingrediente nedeclarate*	*Se evită*
Suplimente cu curcumină în doze mari, în special cu piperină	*Cazuri raportate de leziune hepatică*	*Doar la recomandarea medicului; condimentul în mâncare este sigur*
Vitamina A în doze mari	*Hepatotoxicitate dependentă de doză*	*Fără suplimente cu doze mari; aport din alimente*
Niacină cu eliberare prelungită	*Hepatotoxicitate dependentă de doză*	*Doar la indicație medicală*
Armurariu (Silybum marianum) și alte produse „hepatoprotectoare"	*Beneficiu clinic nedemonstrat; pot întârzia tratamentele eficiente*	*Nu se recomandă; se discută cu hepatologul*
Suplimente cu fier, fără deficit documentat	*Supraîncărcarea cu fier poate agrava leziunea hepatică*	*Doar la deficit confirmat*

3.2.4. Sodiul, potasiul și hipertensiunea arterială

Reducerea sodiului este una dintre intervențiile nutriționale cu cel mai bine demonstrat efect asupra tensiunii arteriale. În studiul DASH-Sodium, reducerea progresivă a aportului de sodiu a scăzut tensiunea arterială atât în cadrul unei alimentații obișnuite, cât și în cadrul dietei DASH, bogate în legume, fructe și lactate slabe, efectele celor două intervenții fiind aditive. OMS recomandă adulților un aport de sodiu sub 2 g/zi, echivalentul a mai puțin de 5 g de sare, iar ghidul Societății Europene de Hipertensiune din 2023 recomandă restricția sodiului în jurul valorii de 2 g/zi și creșterea aportului de potasiu din legume și fructe la pacienții hipertensivi fără boală renală cronică avansată.

Dieta tradițională românească are câteva surse majore de sodiu, adesea subestimate de pacienți: brânzeturile sărate de tip telemea, murăturile, mezelurile, pâinea, conservele, zacuscile din comerț și cuburile sau pudrele pentru supă. Tabelul 3.7 oferă valori orientative, calculate pe baza USDA FoodData Central pentru produse

echivalente; conținutul real variază mult între produse, iar pacienta trebuie învățată să citească eticheta, pe care cantitatea de sare se obține înmulțind sodiul cu 2,5.

Tabel 3.7. Conținutul orientativ de sodiu și sare al unor alimente frecvente în alimentația tradițională (valori aproximative; variază în funcție de produs)

Aliment	***Sodiu (mg/100 g)***	***Sare (g/100 g)***	***Porție uzuală și sare / porție***
Cub sau pudră pentru supă (produs uscat)	*aprox. 20.000*	*aprox. 50*	*10 g - aprox. 5 g sare*
Salam uscat	*aprox. 1800-2200*	*aprox. 4,5-5,5*	*50 g - aprox. 2,5 g sare*
Măsline verzi în saramură	*aprox. 1500*	*aprox. 3,8*	*30 g - aprox. 1,1 g sare*
Brânză sărată tip telemea / feta	*aprox. 1100*	*aprox. 2,8*	*50 g - aprox. 1,4 g sare*
Castraveți murați	*aprox. 800-900*	*aprox. 2-2,2*	*100 g - aprox. 2 g sare*
Șuncă presată	*aprox. 1200*	*aprox. 3*	*50 g - aprox. 1,5 g sare*
Caşcaval / brânză maturată	*aprox. 650*	*aprox. 1,6*	*30 g - aprox. 0,5 g sare*
Pâine albă	*aprox. 480*	*aprox. 1,2*	*100 g - aprox. 1,2 g sare*
Brânză de vaci slabă	*aprox. 360*	*aprox. 0,9*	*100 g - aprox. 0,9 g sare*

Pentru interpretarea etichetelor se pot folosi pragurile utilizate în sistemul de etichetare de tip „semafor” din Marea Britanie: un produs are conținut ridicat de sare peste 1,5 g/100 g și redus la cel mult 0,3 g/100 g; conținut ridicat de zaharuri peste 22,5 g/100 g și redus la cel mult 5 g/100 g; conținut ridicat de grăsimi saturate peste 5 g/100 g și redus la cel mult 1,5 g/100 g. Aceste praguri, ușor de memorat, ajută pacienta să aleagă între produse similare la cumpărături.

Substituenții de sare și medicația antihipertensivă. Substituenții de sare pe bază de clorură de potasiu au redus accidentul vascular cerebral, evenimentele cardiovasculare și mortalitatea într-un studiu randomizat mare, dar din studiu au fost excluși pacienții cu boală renală severă și cei tratați cu diuretice economisitoare de potasiu sau

cu suplimente de potasiu. Pacienta din cazul 2 primește un blocant al receptorilor de angiotensină, care poate crește potasemia, și un diuretic tiazidic, care o poate scădea. Utilizarea substituenților de sare se discută, de aceea, cu medicul curant, pe baza potasemiei și a funcției renale. Ierburile aromatice, usturoiul, ceapa, sucul și coaja de lămâie, oțetul, boiaua și piperul sunt alternativele sigure pentru reducerea sării. Diureticul tiazidic poate favoriza hiponatremia la vârstnici, motiv pentru care hidratarea recomandată (1,5-2 l/zi) se monitorizează împreună cu ionograma serică.

3.2.5. Astmul, corticoterapia și sănătatea osoasă

Obezitatea se asociază cu astm mai greu de controlat, iar strategia GINA recomandă includerea scăderii ponderale și a activității fizice în planul de tratament al pacienților cu astm și obezitate. Curele scurte repetate de corticosteroizi orali cresc apetitul, favorizează retenția hidrosalină, hiperglicemia și redistribuția abdominală a țesutului adipos, contribuind astfel direct la steatoza hepatică. În zilele de corticoterapie orală se recomandă menținerea strictă a meselor la ore fixe, evitarea dulciurilor și a băuturilor îndulcite, reducerea suplimentară a sării și, la pacienta cu prediabet, monitorizarea glicemiei, conform indicației medicului.

Glucocorticoizii reprezintă cea mai frecventă cauză de osteoporoză secundară. Ghidul Colegiului American de Reumatologie pentru prevenția și tratamentul osteoporozei induse de glucocorticoizi recomandă, la adulții tratați cu glucocorticoizi, optimizarea aportului de calciu și de vitamina D, alături de un stil de viață adecvat (limitarea alcoolului, renunțarea la fumat, activitate fizică cu încărcare, prevenția căderilor) și de evaluarea riscului de fractură. Aportul de calciu se asigură preferabil din alimente: lactate slabe (iaurt, chefir, lapte 1,5%, brânză de vaci), pește consumat cu oase (sardine), legume cu frunze verzi, migdale și ape minerale bogate în calciu. Brânzeturile maturate aduc calciu, dar și sodiu și grăsimi saturate, motiv pentru care se folosesc în porții mici. Aportul de referință EFSA pentru calciu la adultul peste 25 de ani este de 950 mg/zi. Corticosteroizii inhalatori,

la dozele uzuale, au efecte sistemice mult mai reduse; clătirea gurii după inhalare previne candidoza orofaringiană, care poate afecta gustul și alimentația.

3.2.6. Obezitatea sarcopenică și aportul proteic la vârstnic

La vârsta de 66 de ani, cu sedentarism, gonartroză și cure repetate de corticosteroizi, pacienta are un risc crescut de obezitate sarcopenică, adică de asociere între excesul de țesut adipos și reducerea masei și funcției musculare. Consensul ESPEN și EASO propune un algoritm de diagnostic care începe cu screeningul (IMC sau circumferința abdominală crescute, împreună cu factori clinici sugestivi sau chestionare pentru sarcopenie) și continuă cu evaluarea funcției musculare (de exemplu forța de prehensiune sau testul ridicării de pe scaun) și a compoziției corporale. Dieteticianul poate aplica testele simple de funcție la consultație și poate urmări evoluția lor în timpul scăderii ponderale.

Grupul de studiu PROT-AGE recomandă persoanelor vârstnice sănătoase un aport proteic de 1,0-1,2 g/kg corp/zi, cu valori mai mari la cele cu boli acute sau cronice, și distribuirea proteinelor în porții de aproximativ 25-30 g pe masă, care conțin circa 2,5-2,8 g de leucină, pentru stimularea eficientă a sintezei proteice musculare. Asocierea dintre aportul proteic adecvat și exercițiile de rezistență este cea care protejează masa musculară în timpul dietei hipocalorice. În meniul pacientei, proteinele sunt distribuite pe cele trei mese principale: ouă, iaurt grecesc sau brânză de vaci la micul dejun; pește, carne slabă sau leguminoase la prânz și la cină.

Scăderea ponderală are și un beneficiu articular direct. În studiul randomizat IDEA, adulții supraponderali și obezi cu gonartroză care au urmat o intervenție combinată de dietă și exercițiu fizic timp de 18 luni au obținut o scădere ponderală mai mare, reducerea încărcării articulare a genunchiului, a markerilor inflamatori și a durerii și îmbunătățirea funcției, comparativ cu exercițiul fizic singur. Pentru pacientă, această informație poate crește motivația, deoarece durerea de genunchi era unul dintre motivele sedentarismului.

Tabel 3.8. Surse de proteine potrivite pentru pacienta cu MASLD și hipertensiune (valori orientative)

Aliment	***Porție***	***Proteine / porție (g)***	***Observații***
Piept de pui sau curcan (crud)	*120 g*	*aprox. 27-28*	*Carne slabă; se evită pielea și prăjirea*
Pește (păstrăv, cod, crap, macrou)	*150 g*	*aprox. 27-30*	*Pește gras de 2-3 ori/săptămână pentru omega-3*
Brânză de vaci slabă	*150 g*	*aprox. 18-19*	*Mai puțin sodiu decât telemeaua*
Iaurt grecesc 2%	*150 g*	*aprox. 15*	*Calciu și proteine la micul dejun sau la gustare*
Ouă	*2 bucăți (120 g)*	*aprox. 15*	*Pot fi consumate zilnic, în cadrul unei diete sărace în grăsimi saturate*
Linte (fiartă)	*200 g*	*aprox. 18*	*Fibre și proteine; înlocuiește carnea de 2-3 ori/săptămână*
Năut sau fasole (fierte)	*200 g*	*aprox. 18-19*	*Se asociază cu legume și ulei de măsline*
Chefir 2,5%	*250 ml*	*aprox. 8*	*Gustare cu calciu*

3.2.7. Somnul, orarul meselor și apneea în somn

Reducerea greutății corporale reprezintă o parte importantă a tratamentului în sindromul de apnee obstructivă de somn. În cadrul studiului Sleep AHEAD, la pacienții obezi cu diabet de tip 2 și apnee de somn, intervenția intensivă de modificare a stilului de viață a dus la o pierdere în greutate mai mare și la o scădere a indicelui de apnee-hipopnee, față de grupul care a primit educație standard. Rezultatele nu înlocuiesc evaluarea somnologică recomandată pacientei, dar arată că planul nutrițional contribuie direct și la această comorbiditate.

Mutarea mesei principale de după ora 20:00 la cel târziu 19:30 are mai multe beneficii: reduce refluxul gastroesofagian nocturn (care poate agrava și simptomele astmului), îmbunătățește calitatea somnului și aliniază aportul alimentar cu perioada de sensibilitate mai bună la insulină din prima parte a zilei. Alcoolul, exclus deja din motive hepatice, relaxează musculatura căilor aeriene superioare și agravează apneea, un argument suplimentar pentru abstinență. Cafeaua se consumă în prima parte a zilei, pentru a nu afecta somnul.

3.2.8. Strategii comportamentale pentru menținerea aderenței

Dificultățile raportate de pacientă la controlul de 12 săptămâni (cantitatea de pâine și produsele de patiserie la vizitele în familie) sunt tipice și previzibile. Standardele Asociației Americane de Diabet recomandă abordări practice și individualizate, precum metoda farfuriei, care nu necesită cântărirea alimentelor. Farfuria de aproximativ 23 cm se împarte vizual astfel: jumătate legume fără amidon (salate, legume la cuptor sau fierte), un sfert proteine slabe (pește, carne slabă, ouă, leguminoase) și un sfert glucide complexe (pâine integrală, mămăligă, cartofi, hrișcă, orez brun), cu apă ca băutură și o cantitate mică de ulei de măsline.

Pentru mesele în familie și sărbătorile tradiționale, care pot anula în câteva zile progresul de câteva săptămâni, se pot negocia cu pacienta câteva reguli simple:

- pacienta nu vine flămândă la masa în familie: consumă înainte gustarea planificată;
- începe masa cu o porție mare de salată sau o supă de legume fără smântână, apoi alege o singură porție din felul principal;
- alege o singură felie de pâine sau o porție mică de mămăligă, nu ambele;
- pentru desert, alege o porție mică dintr-un singur preparat, consumată la finalul mesei, nu separat la ceai;
- își aduce propria contribuție la masă (de exemplu o salată de legume, pește la cuptor sau fructe proaspete), pentru a avea o variantă sigură;
- sărbătorile sunt tratate ca excepții planificate: a doua zi se revine la meniul obișnuit, fără compensare prin înfometare;
- familia este informată asupra diagnosticului și a obiectivelor, pentru a transforma presiunea socială în sprijin.

Automonitorizarea (cântărirea săptămânală în aceeași zi și la aceeași oră, măsurarea circumferinței abdominale lunar și notarea

pașilor) și stabilirea unor obiective mici, măsurabile, pentru fiecare consultație sunt instrumente eficiente, mai ales la pacienții vârstnici, care preferă reguli clare.

3.2.9. Ce se modifică dacă elastografia confirmă ciroza compensată

Scorul FIB-4 crescut și splenomegalia ridică suspiciunea de boală hepatică cronică avansată. Dacă elastografia confirmă ciroza, principiile nutriționale se schimbă în câteva puncte esențiale, iar dieteticianul trebuie să recunoască momentul în care planul de scădere ponderală standard devine inadecvat. Ghidul practic ESPEN recomandă la pacienții cu ciroză evaluarea malnutriției și a sarcopeniei, un aport proteic mai mare, evitarea perioadelor lungi fără alimente prin mese mici și frecvente și o gustare târzie, înainte de culcare, bogată în glucide complexe și proteine. La pacientul cirotic obez, scăderea ponderală rămâne posibilă, dar se face treptat, cu deficit energetic moderat și cu aport proteic crescut, pentru a nu accentua sarcopenia.

Tabel 3.9. Comparație între recomandările nutriționale în MASLD fără ciroză și în ciroza compensată la pacientul cu obezitate

Element	***MASLD fără ciroză***	***Ciroză compensată cu obezitate***
Obiectiv ponderal	*Scădere de 7-10%*	*Scădere ponderală treptată, sub supraveghere, cu protejarea masei musculare*
Aport energetic	*Deficit de aproximativ 500-600 kcal/zi*	*Deficit moderat; se evită restricțiile severe*
Proteine	*Aproximativ 1,0-1,5 g/kg, distribuite pe mese*	*Aproximativ 1,2-1,5 g/kg; nu se restricționează proteinele*
Orarul meselor	*3 mese și o gustare; post nocturn acceptabil*	*Mese mici și frecvente; gustare târzie înainte de culcare; se evită postul prelungit*
Sodiu seric (Na^+)	*Sub 2 g/zi (hipertensiune arterială)*	*Restricție moderată la ascită, fără diete foarte hiposodate care reduc aportul alimentar*
Screening suplimentar	*Risc cardiovascular, diabet*	*Malnutriție, sarcopenie, varice esofagiene, carcinom hepatocelular*

În cazul 2, programul actual include un post nocturn de minimum 12 ore. Dacă se confirmă ciroza, acest element se revizuiește: gustarea de seară se mută mai aproape de culcare și se construiește din glucide complexe și proteine (de exemplu iaurt cu fulgi de ovăz), respectând în continuare intervalul de peste 2 ore față de administrarea entecavirului, eventual prin mutarea comprimatului dimineața, înainte de micul dejun.

3.2.10. Activitatea fizică adaptată vârstei și gonartrozei

Ghidurile OMS privind activitatea fizică recomandă adulților și vârstnicilor cel puțin 150-300 de minute pe săptămână de activitate aerobă de intensitate moderată, exerciții de întărire musculară de cel puțin două ori pe săptămână și, la vârstnici, activități variate care includ echilibrul, pentru prevenția căderilor; orice creștere a activității față de nivelul de pornire aduce beneficii, chiar dacă țintele nu sunt atinse imediat. Ghidul EASL-EASD-EASO subliniază că activitatea fizică reduce steatoza hepatică și independent de scăderea ponderală.

Tabel 3.10. Exemplu de program săptămânal de activitate fizică pentru pacienta din cazul 2

Zi	***Activitate***	***Durată și intensitate***
Luni	*Mers în ritm alert pe teren plat*	*25-30 minute; poate vorbi, dar nu poate cânta*
Marți	*Exerciții de rezistență: ridicări de pe scaun, benzi elastice pentru brațe și picioare, ridicări pe vârfuri cu sprijin*	*2 serii x 10-12 repetări, 20 minute*
Miercuri	*Mers alert sau bicicletă staționară (încărcare redusă pe genunchi)*	*25-30 minute*
Joi	*Exerciții de echilibru și mobilitate (stat într-un picior cu sprijin, mers pe vârfuri și pe călcâie)*	*15-20 minute*
Vineri	*Exerciții de rezistență (ca marți)*	*2-3 serii x 10-12 repetări, 20 minute*
Sâmbătă	*Plimbare în familie sau înot / gimnastică în apă*	*30-40 minute*
Duminică	*Activitate ușoară, plimbări scurte după mese*	*2-3 x 10 minute*

Plimbările scurte, de 10 minute după mesele principale, reduc creșterea postprandială a glicemiei și sunt ușor de integrat în rutina unei paciente pensionare. Înainte de creșterea intensității, dispneea de efort impune evaluare cardiologică și pneumologică; bronhodilatatorul de urgență se ține la îndemână, conform planului de acțiune pentru astm.

3.2.11. Siguranța alimentară la pacientul cu boală hepatică cronică

Pacienții cu boală hepatică cronică sunt mai vulnerabili la unele infecții transmise prin alimente. Vibrio vulnificus, prezent în fructele de mare crude sau insuficient preparate termic (în special stridii), poate produce la acești pacienți infecții severe, cu septicemie și mortalitate ridicată, motiv pentru care CDC recomandă persoanelor cu boală hepatică evitarea fructelor de mare crude. Hepatita A, transmisă prin apă și alimente contaminate, este prevenită prin vaccinarea deja recomandată pacientei și prin igiena alimentară. Recomandările practice includ: prepararea termică completă a peștelui și a fructelor de mare, evitarea preparatelor de tip sushi cu pește crud, a laptelui și a brânzeturilor nepasteurizate, spălarea legumelor și fructelor, păstrarea mâncării gătite la frigider în cel mult 2 ore și consumul ei în 2-3 zile.

Tabel 3.11. Listă orientativă de cumpărături pentru o săptămână (o persoană, meniu de aproximativ 1400 kcal)

Categorie	***Produse recomandate***
Legume	*2-3 kg legume variate: roșii, castraveți, ardei, varză, conopidă, dovlecel, vinete, morcov, țelină, fasole verde, salată, verdeață (pătrunjel, mărar, leuștean)*
Fructe	*1-1,5 kg: mere, citrice, fructe de pădure (proaspete sau congelate), fructe de sezon*
Proteine	*Pește 450-600 g (păstrăv, crap, cod, macrou), piept de pui sau curcan 400-500 g, 10-12 ouă, linte și năut uscate sau conservate fără sare*
Lactate	*Iaurt grecesc 2% (4-5 caserole), brânză de vaci slabă 500 g, chefir, lapte 1,5%*
Cereale	*Pâine integrală (porționată și congelată), fulgi de ovăz, hrișcă, mălai, orez brun*
Grăsimi și semințe	*Ulei de măsline extravirgin, nuci și migdale nesărate (în ambalaje intacte), semințe de in*
Condimente	*Usturoi, lămâi, oțet, cimbru, boia, piper, dafin; fără cuburi de supă și amestecuri cu sare*

3.2.12. Rețete tradiționale adaptate

Rețetele de mai jos completează variantele din tabelele 3.2-5c și păstrează gustul bucătăriei românești, cu ulei de măsline în locul untului și untului de porc, fără rântaș și smântână, cu puțină sare și cu multe legume. Valorile nutriționale sunt calculate orientativ pe porție, pe baza USDA FoodData Central, pentru ingredientele crude (cu excepția celor menționate ca fierte).

Rețeta 1. Ciorbă de perișoare de curcan cu legume și leuștean (5 porții)

Ingrediente (5 porții): carne tocată de curcan 400 g; orez 50 g; ou 60 g; ceapă 150 g; morcov 200 g; ardei gras 150 g; țelină rădăcină 100 g; pătrunjel rădăcină 100 g; roșii pasate 300 g; dovlecel 200 g; leuștean și pătrunjel verde 20 g; 15 g ulei de măsline; suc de lămâie (în loc de borș cu sare) 40 ml.

Mod de preparare: Legumele tăiate cubulețe se pun la fiert în 2,5 l de apă. Carnea tocată se amestecă cu orezul spălat, oul, jumătate din ceapa tocată mărunt, piper și cimbru, fără sare, și se formează perișoare mici, care se adaugă în supa care clocotește. Se fierbe la foc mic 25-30 de minute, se adaugă roșiile pasate, uleiul și dovlecelul și se mai fierbe 10 minute. La final se acrește cu suc de lămâie și se adaugă leușteanul. Se servește fără smântână; la nevoie se adaugă o lingură de iaurt.

Valori nutriționale orientative / porție: 257,2 kcal; glucide 27,2 g; lipide 6,1 g; proteine 24,5 g; fibre 5,3 g.

Observații pentru dietetician: Leușteanul, lămâia și legumele rădăcinoase oferă gust intens, ceea ce permite reducerea importantă a sării. Borșul din comerț poate conține sare adăugată; dacă se folosește, se reduce sarea din rețetă.

Rețeta 2. Plachie de crap cu ceapă, roșii și ardei (2 porții)

Ingrediente (2 porții): file de crap (sau păstrăv) 400 g; ceapă 200 g; roșii 300 g; ardei gras 150 g; usturoi 10 g; ulei de măsline 20 g; pătrunjel, cimbru 15 g; suc de lămâie 20 ml.

Mod de preparare: Ceapa și ardeiul tăiate julien se înăbușă în jumătate din ulei cu puțină apă, fără să se rumenească. Se adaugă roșiile tăiate cubulețe, usturoiul și cimbrul și se lasă 10 minute. Sosul se pune într-o tavă, deasupra se așază peștele stropit cu restul uleiului și suc de lămâie și se coace la 190°C 20-25 de minute. Se servește cu pătrunjel și o porție de legume fierte sau salată.

Valori nutriționale orientative / porție: 445 kcal; glucide 22,5 g; lipide 21,9 g; proteine 39,4 g; fibre 5,5 g.

Observații pentru dietetician: Varianta tradițională prăjită este înlocuită cu coacerea în sos de legume; peștele de apă dulce este accesibil și familiar pacientei. Pentru mai mulți acizi grași omega-3 se poate folosi macrou sau păstrăv.

Rețeta 3. Ghiveci de legume cu năut (4 porții)

Ingrediente (4 porții): vinete 300 g; dovlecel 300 g; ardei gras 200 g; ceapă 150 g; morcov 150 g; fasole verde 200 g; roșii pasate 400 g; năut fiert 400 g; ulei de măsline 25 g; usturoi 10 g; pătrunjel, mărar 20 g.

Mod de preparare: Ceapa și morcovul se înăbușă în ulei cu puțină apă, apoi se adaugă treptat legumele tăiate cuburi, în ordinea timpului de fierbere (fasole verde, vinete, ardei, dovlecel). Se adaugă roșiile și năutul și se coace acoperit la 180°C 40-45 de minute sau se fierbe la foc mic. Usturoiul și verdeața se adaugă la final.

Valori nutriționale orientative / porție: 349,7 kcal; glucide 56,2 g; lipide 9,9 g; proteine 14,6 g; fibre 16,8 g.

Observații pentru dietetician: Masă vegetariană completă, bogată în fibre și potasiu, recomandată de 1-2 ori pe săptămână. Poate fi servită rece a doua zi, ca salată.

Rețeta 4. Mămăligă cu brânză de vaci slabă, iaurt și salată de roșii (mic dejun sau cină ușoară)

Ingrediente: mălai (cântărit crud) 40 g; brânză de vaci slabă 100 g; iaurt grecesc 2% 80 g; roșii 150 g; castraveți 100 g.

Mod de preparare: Mălaiul se fierbe în 160 ml apă, amestecând, 10-15 minute. Se servește cu brânza de vaci amestecată cu iaurtul, mărar și piper, alături de salata de roșii și castraveți stropită cu oțet sau lămâie.

Valori nutriționale orientative / porție: 317,2 kcal; glucide 46 g; lipide 4,4 g; proteine 25,7 g; fibre 5,2 g.

Observații pentru dietetician: Păstrează un preparat foarte apreciat de pacientă, dar în porție controlată și cu brânză de vaci slabă în locul telemelei sărate sau al smântânii. Mălaiul se depozitează corect, pentru prevenția contaminării cu aflatoxine.

Rețeta 5. Cod la cuptor cu piure de conopidă și fasole verde (cină)

Ingrediente: file de cod 150 g; conopidă 250 g; iaurt grecesc 2% 30 g; ulei de măsline 10 g; fasole verde 150 g; usturoi 5 g; suc și coajă de lămâie 10 ml.

Mod de preparare: Codul se asezonează cu coajă de lămâie, usturoi, piper și jumătate din ulei și se coace la 190°C 15-18 minute. Conopida se fierbe până devine moale și se pasează cu iaurtul și restul uleiului. Fasolea verde se fierbe la abur 6-8 minute.

Valori nutriționale orientative / porție: 351,9 kcal; glucide 26,5 g; lipide 12,7 g; proteine 37,5 g; fibre 9,2 g.

Observații pentru dietetician: Cină bogată în proteine și săracă în energie și sodiu, potrivită pentru ultima masă a zilei; piureul de conopidă înlocuiește piureul clasic cu unt și lapte integral.

Rețeta 6. Mâncare de linte cu legume și cimbru (4 porții)

Ingrediente (4 porții): linte brună (crudă) 250 g; ceapă 150 g; morcov 150 g; țelină 100 g; roșii pasate 400 g; ulei de măsline 20 g; usturoi 10 g; pătrunjel, cimbru, foi de dafin 20 g.

Mod de preparare: Lintea se spală și se fierbe cu foile de dafin 20 de minute. Separat, legumele tăiate mărunt se înăbușă în ulei cu puțină apă. Se adaugă lintea scursă, roșiile și cimbrul și se fierbe împreună 15 minute. Usturoiul și pătrunjelul se adaugă la final.

Valori nutriționale orientative / porție: 342,6 kcal; glucide 57,5 g; lipide 6,2 g; proteine 18,4 g; fibre 10,9 g.

Observații pentru dietetician: Alternativă la tocănița cu carne de porc; lintea aduce proteine, fibre solubile cu efect favorabil asupra colesterolului și potasiu, fără grăsimi saturate.

Rețeta 7. Mere coapte cu nucă și scorțișoară (gustare, 2 porții)

Ingrediente (2 porții): mere (2 bucăți) 300 g; miez de nucă 20 g; scorțișoară 2 g.

Mod de preparare: Merele se spală, se scoate cotorul și se umplu cu nucă tocată și scorțișoară. Se coc la 180°C 25-30 de minute. Se servesc calde sau reci.

Valori nutriționale orientative / porție: 145,9 kcal; glucide 22,9 g; lipide 6,8 g; proteine 2 g; fibre 4,8 g.

Observații pentru dietetician: Înlocuiește produsele de patiserie de la ceaiul de după-amiază; fără zahăr adăugat. Poate fi servit cu 2-3 linguri de iaurt pentru un aport suplimentar de proteine.

Rețeta 8. Hrișcă cu iaurt, măr și semințe de in (mic dejun)

Ingrediente: hrișcă decorticată 35 g; iaurt grecesc 2% 150 g; măr 100 g; semințe de in măcinate 5 g.

Mod de preparare: Hrișca se fierbe în 100 ml apă 12-15 minute și se lasă să se răcească. Se amestecă cu iaurtul, mărul ras sau tăiat cubulețe și semințele de in; se poate adăuga scorțișoară.

Valori nutriționale orientative / porție: 308,2 kcal; glucide 46,1 g; lipide 6,3 g; proteine 20,9 g; fibre 7,3 g.

Observații pentru dietetician: Mic dejun sățios, bogat în proteine și fibre, cu indice glicemic moderat; alternativă la variantele din tabelul 3.2.

Rețeta 9. Salată de vinete cu ulei de măsline și roșii (4 porții)

Ingrediente (4 porții): vinete coapte (cântărite crude) 800 g; ceapă 60 g; ulei de măsline extravirgin 20 g; suc de lămâie 20 ml; roșii (pentru servire) 300 g; pătrunjel 10 g.

Mod de preparare: Vinetele se coc pe plită sau în cuptor până se înmoaie complet, se curăță și se lasă la scurs 30 de minute. Se toacă cu cuțitul de lemn, apoi se amestecă treptat cu uleiul de măsline, sucul de lămâie și ceapa tocată foarte mărunt, cu puțină sare și piper. Se servește cu roșii felii și pătrunjel.

Valori nutriționale orientative / porție: 115,7 kcal; glucide 16,6 g; lipide 5,6 g; proteine 2,9 g; fibre 7,3 g.

Observații pentru dietetician: Varianta tradițională cu maioneză sau ulei de floarea-soarelui în cantitate mare este înlocuită cu ulei de măsline dozat; se servește cu legume crude sau cu o felie de pâine integrală, ca prim fel ori gustare.

Rețeta 10. Supă cremă de dovlecel și morcov cu iaurt (4 porții)

Ingrediente (4 porții): dovlecel 800 g; morcov 200 g; ceapă 100 g; cartof 150 g; ulei de măsline 15 g; usturoi 5 g; iaurt grecesc 2% 120 g; mărar 15 g.

Mod de preparare: Ceapa se înăbușă în ulei cu puțină apă, se adaugă morcovul, cartoful și dovlecelul tăiate cuburi și 1 l de apă. Se fierbe 20-25 de minute, se adaugă usturoiul și se pasează. Se servește cu o lingură de iaurt și mărar, fără smântână.

Valori nutriționale orientative / porție: 151,6 kcal; glucide 21,7 g; lipide 5,1 g; proteine 7,1 g; fibre 4,8 g.

Observații pentru dietetician: Supă cu densitate energetică foarte redusă, utilă ca prim fel pentru creșterea sațietății; poate înlocui ciorbele drese cu smântână din alimentația anterioară a pacientei.

3.2.13. Exemple de zile alimentare

Tabelele 3.12 și 5l prezintă două zile construite din rețetele de mai sus, în jurul valorii de 1400 kcal stabilite pentru pacientă, cu mesele la orele convenite și cu intervalul necesar pentru administrarea entecavirului seara, la ora 22:00.

Tabel 3.12. Exemplu de zi alimentară pentru cazul 2 (distribuție energetică: glucide 41%, lipide 31%, proteine 27%)

Ora	***Masa***	***Kcal***	***Glucide (g)***	***Lipide (g)***	***Proteine (g)***	***Fibre (g)***
08:00	*Mic dejun: Rețeta 8 - hrișcă cu iaurt, măr și semințe de in*	*308,2*	*46,1*	*6,3*	*20,9*	*7,3*
09:30	*Cafea cu 30 ml lapte 1,5%, fără zahăr*	*16,1*	*1,5*	*0,5*	*1,1*	*0*
13:00	*Prânz: Rețeta 1 - ciorbă de perișoare (1 porție) + pâine integrală 40 g + salată de castraveți și roșii 200 g cu ulei de măsline 5 g*	*433,2*	*51,2*	*12,8*	*31,3*	*9,7*
16:30	*Gustare: Rețeta 7 - măr copt cu nucă (1 porție)*	*145,9*	*22,9*	*6,8*	*2*	*4,8*
19:30	*Cină: Rețeta 2 - plachie de crap (1 porție)*	*445*	*22,5*	*21,9*	*39,4*	*5,5*
22:00	*Entecavir cu apă (la mai mult de 2 ore după cină)*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
	TOTAL ZI	***1348,4***	***144,2***	***48,3***	***94,7***	***27,3***

Tabel 3.13. Exemplu de zi alimentară pentru cazul 2 (distribuție energetică: glucide 49%, lipide 21%, proteine 30%)

Ora	*Masa*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
08:00	*Mic dejun: Rețeta 4 - mămăligă cu brânză de vaci și salată*	*317,2*	*46*	*4,4*	*25,7*	*5,2*
09:30	*Cafea cu 30 ml lapte 1,5%, fără zahăr*	*16,1*	*1,5*	*0,5*	*1,1*	*0*
13:00	*Prânz: Rețeta 6 - mâncare de linte (1 porție) + pâine integrală 40 g + salată de varză 150 g cu lămâie și ulei de măsline 5 g*	*523,1*	*82,7*	*12,7*	*25,6*	*17,4*
16:30	*Gustare: iaurt grecesc 2% 150 g cu afine 100 g*	*166,5*	*20,4*	*3,1*	*15,7*	*2,4*
19:30	*Cină: Rețeta 5 - cod la cuptor cu piure de conopidă și fasole verde*	*351,9*	*26,5*	*12,7*	*37,5*	*9,2*
22:00	*Entecavir cu apă (la mai mult de 2 ore după cină)*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
	TOTAL ZI	***1374,8***	***177,1***	***33,4***	***105,6***	***34,2***

3.2.14. Monitorizarea nutrițională

Tabel 3.14. Plan de monitorizare nutrițională pentru cazul 2

Parametru	*Frecvență*	*Obiectiv*
Greutate, IMC, circumferința abdominală	*Lunar în primele 6 luni, apoi la 3 luni*	*Scădere de 7-10% din greutatea inițială; circumferință abdominală în scădere continuă*
Forța de prehensiune, testul ridicării de pe scaun	*La 3 luni*	*Menținerea sau ameliorarea funcției musculare în timpul scăderii ponderale*
Aminotransferaze, profil lipidic, HbA1c	*La 3 luni, apoi la 6 luni*	*Normalizarea aminotransferazelor; LDL-colesterol la ținta stabilită de cardiolog; HbA1c sub 5,7%*
Elastografie hepatică (FibroScan cu CAP)	*Anual sau conform hepatologului*	*Reducerea steatozei și stabilitatea sau regresia rigidității hepatice*
Tensiune arterială, ionogramă (sodiu, potasiu)	*La fiecare consultație, respectiv la 3-6 luni*	*Tensiune arterială la țintă; evitarea hiponatremiei și a dezechilibrelor de potasiu*
25-OH-vitamina D, calciu	*La 3-6 luni*	*Valori adecvate sub doza de întreținere*
Jurnal alimentar, pași, orarul meselor și al entecavirului	*La fiecare consultație*	*Aderență la tiparul mediteranean, fără băuturi îndulcite, alcool sau suplimente neverificate*

3.2.15. Fișă de recomandări pentru pacientă

Informațiile de mai jos sintetizează, într-un limbaj accesibil, recomandările din acest capitol și pot fi înmânate pacientei la consultație, împreună cu meniul și rețetele. Formularea în termeni de „ce fac” și „ce evit” este mai ușor de reținut pentru pacienții vârstnici decât listele de nutrienți.

Tabel 3.15. Fișă de recomandări pentru pacienta cu hepatită cronică B, ficat gras, hipertensiune și astmă

Domeniu	***Ce fac***	***Ce evit***
Mesele	*Mic dejun la ora 8:00, prânz la 13:00, gustare la 16:30, cină până la 19:30; farfuria: jumătate legume, un sfert proteine, un sfert cereale integrale*	*Masa principală după ora 20:00; ronțăitul între mese; porții duble*
Băuturi	*Apă plată 1,5-2 l/zi; ceai neîndulcit; cafea fără zahăr, cu puțin lapte*	*Compot, suc de fructe, băuturi îndulcite; alcool de orice fel*
Grăsimi	*Ulei de măsline, nuci nesărate, pește de 2-3 ori pe săptămână*	*Untură, prăjeli, mezeluri, smântână, brânzeturi grase în cantitate mare*
Sare	*Ierburi aromatice, lămâie, usturoi, oțet; citesc eticheta (sare = sodiu × 2,5)*	*Murături, telemea sărată, cuburi de supă, măsline din saramură, conserve*
Dulciuri	*Fructe întregi (2-3 porții/zi), mere coapte cu scorțișoară*	*Patiserie, biscuiți, prăjituri la ceai; zahăr în cafea*
Medicamente	*Entecavir la aceeași oră, pe stomacul gol; clătesc gura după inhalator; anunț medicul înainte de orice supliment*	*Suplimente „pentru ficat”, ceaiuri sau extracte „de slăbit”, oprirea tratamentelor fără acordul medicului*
Mișcare	*Mers alert 25-30 minute în majoritatea zilelor; exerciții cu banda elastică de 2 ori pe săptămână; plimbare scurtă după mese*	*Statul prelungit pe scaun; efortul intens fără evaluare cardiologică*
Depozitarea alimentelor	*Mălai, nuci și semințe în recipiente închise, la loc uscat; arunc produsele mucegăite*	*Consumul de alimente cu miros de stătut sau cu mucegai, chiar îndepărtat parțial*

3.2.16. Întrebări de autoevaluare

- De ce persistența hepatocitolizei la o pacientă cu viremie VHB nedetectabilă orientează spre MASLD?
- Ce rezultate a arătat studiul randomizat încrucișat privind dieta mediteraneană în MASLD?

- Cum programați administrarea entecavirului la o pacientă cu mesele la orele 8:00, 13:00, 16:30 și 19:30?
- Ce măsuri practice reduc expunerea la aflatoxine și de ce sunt importante în hepatita cronică B?
- Calculați conținutul de sare al unui produs care are pe etichetă 0,8 g sodiu/100 g și încadrați-l după pragurile de etichetare.
- De ce substituenții de sare pe bază de potasiu necesită acordul medicului la o pacientă tratată cu un blocant al receptorilor de angiotensină?
- Care este aportul proteic recomandat de grupul PROT-AGE și cum se distribuie pe mese?
- Construiți trei reguli pentru o masă în familie, adaptate pacientei din cazul 2.
- Ce elemente ale planului nutrițional se modifică dacă elastografia confirmă ciroza compensată?
- Ce recomandări de siguranță alimentară sunt specifice pacienților cu boală hepatică cronică?

3.2.17. Puncte-cheie

- Tratamentul antiviral controlează replicarea VHB, dar componenta metabolică a bolii hepatice răspunde doar la scăderea ponderală, dietă și activitate fizică.
- Scăderea ponderală de 7-10%, modelul mediteranean și eliminarea băuturilor îndulcite și a alcoolului sunt intervențiile cu cea mai bună fundamentare în MASLD.
- Entecavirul se administrează pe stomacul gol, la distanță de peste 2 ore de mese; orarul se integrează în planul alimentar.
- Suplimentele „hepatoprotectoare” și extractele din plante nu au beneficiu demonstrat și pot produce leziuni hepatice; aflatoxinele se previn prin depozitarea corectă a cerealelor și nucilor.
- Reducerea sodiului sub 2 g/zi, calciul și vitamina D, aportul proteic de 1,0-1,2 g/kg și exercițiile de rezistență completează planul la pacienta vârstnică hipertensivă, tratată intermitent cu corticosteroizi.

CAPITOLUL 4
Dietoterapia și patologiile infecțioase acute - prezentări de caz

Asist. univ. dr. Ioana-Melinda Grădiștean

4.1. CAZ 3: bărbat în vârstă de 45 de ani, cu domiciliul în mediul rural, spitalizat în intervalul 1.05-15.05.2023 în Clinica de Boli Infecțioase din cadrul Spitalului Victor Babeș Timișoara, având diagnosticul de pneumonie acută în context de infecție SARS CoV-2.

Antecedente heredocolaterale: ambii părinți au diabet zaharat tip 2 și boli cardiovasculare. Pacientul are HTA cunoscută de circa 3 ani, pentru care urmează tratament cu amlodipină 5 mg 1 cp/zi și nebivolol 5 mg 1 cp/zi.

Lucrează ca șofer de TIR de circa 7 ani.

Excesul ponderal datează încă din copilărie.

Pe parcursul ultimilor 7 ani, greutatea i-a crescut cu 27 de kilograme.

4.1.1. Anamneză nutrițională inițială:

- Fiziologic: Î=179 cm, G=125 kg, IMC=39.01, corespunzător obezității de gradul 2, CA=134 cm, IAF=1.072.
- Stil alimentar: programul meselor este haotic; în timpul curselor mănâncă în grabă, la volan sau în stațiile de alimentare, recurge frecvent la gustări nesănătoase și bea până la 7 espresso zilnic; în zilele libere mănâncă excesiv, considerând acest lucru o recompensă necesară, ceea ce se traduce printr-un aport caloric mult crescut.
- Hidratare: zilnic bea 1.5-3l de băuturi carbogazoase bogate în zahăr și 0.3-1l de apă minerală, fără apă plată; în timpul liber consumă bere, în cantitate pe care nu o precizează.

- Repaus nocturn: doarme neregulat, în funcție de programul de lucru, în medie 4-6h pe noapte
- Efort fizic: din cauza profesiei și a timpului liber insuficient, media zilnică este sub 1000 pași; nu merge la sală sau la vreo bază sportivă și nici nu are pasiuni care să implice mișcare; durerile de spate și de genunchi îl fac să fie și mai sedentar.

Tabelul 4.1 prezintă modificările parametrilor biologici.

Tabel 4.1. Modificări biologie caz 3

	1.05.2023	*10.05.2023*	*30.06.2023*
Leucocite VN: 4.000–10.000/µL	*2.050↓*	*6.490*	*9.800*
Formula leucocitară, VN: neutrofile 55–65%; limfocite 30–40%; monocite 5.5–10%	*N=59.5% Ly=37.1% Mo=3.4%↓*	*N=53.3% Ly=33.3% Mo=13.4%↑*	*N=66%↑ Ly=23.6%↓ Mo=10.4%↑*
Eritrocite VN: 4.7–5.6 milioane/µL	*4.840.000*	*4.250.000*	*5.400.000*
Hemoglobina (Hb) VN: 14–17.2 g/dL	*13↓*	*11.5↓*	*14.2*
Hematocrit (Ht), VN: 42–51%	*37.5↓*	*33.2↓*	*40.3↓*
Trombocite, VN: 150.000–400.000/µL	*120.000↓*	*157.000*	*380.000*
Timp Quick (TP), VN: 9.8–12.1 s	*12.4↑*	*12.2↑*	*12*
INR VN: 0.8–1.2	*0.96*	*0.94*	*0.90*
Fibrinogen VN: 1.8–3.5 g/L	*3.27*	*2.11*	*2.52*
Acid lactic VN: 4.5–19.8 mg/dL	*7.19*	*10*	*18.8*
D-dimeri, VN < 0.5 µg/mL	*4.28↑*	*2.12↑*	*0.4*
AST (TGO), VN: 0–40 U/L	*108.7↑*	*110↑*	*17.4*
ALT (TGP), VN: 0–41 U/L	*233.3↑*	*245↑*	*10.1*
Uree serică, VN: 0–50 mg/dL	*124.9↑*	*100↑*	*24.1*
Glucoză serică VN: 74–106 mg/dL	*124↑*	*134↑*	*97*
HbA1c (hemoglobină glicată), VN: 0–6.5%	*6.5*	*6.5*	*6.4*

Creatinină serică *VN: 0.70–1.2 mg/dL*	*2.37↑*	*2↑*	*0.93*
Bilirubina totală *VN: 0–1.2 mg/dL*	*0.63*	*0.8*	*0.29*
Bilirubina directă (conjugată) *VN: 0–0.2 mg/dL*	*0.38↑*	*0.2*	*0.15*
Lactat-dehidrogenaza (LDH), *VN: 135–225 U/L*	*254↑*	*200*	*150*
Sodiu seric (Na^+) *VN: 136–145 mmol/L*	*128.43↓*	*140*	*140.75*
Potasiu seric (K^+) *VN: 3.50–5.1 mmol/L*	*4.93*	*5*	*3.66*
Feritină serică *VN: 30–400 µg/L*	*6335.96↑*	*4500↑*	*166.47*
Fier seric (sideremie) *VN: 33–193 µg/dL*	*-*	*-*	*120*
IL-6 *VN: 0–7 pg/mL*	*25↑*	*20↑*	*5*
PCR (proteina C reactivă) *VN: 0–5 mg/L*	*116.73↑*	*50↑*	*3*
Procalcitonină (PCT) *VN: < 0.5 ng/mL*	*0.04*	*0.5*	*0.30*
Calciu total seric *VN: 8.8–10.4 mg/dL*	*10*	*9*	*9.2*
Magneziu seric *VN: 1.6–2.6 mg/dL*	*1.6*	*2*	*2*
Colesterol total *VN: < 200 mg/dL*	*288.6↑*	*300↑*	*188*
Trigliceride serice *VN: < 150 mg/dL*	*283↑*	*268↑*	*165*
Lipide totale serice *VN: 600–800 mg/dL*	*700*	*700*	*600*
HDL-colesterol *VN: 20–60 mg/dL*	*50*	*50*	*55*
LDL-colesterol *VN: < 100 mg/dL*	*182↑*	*164↑*	*100*
Vitamina D (25-OH) *VN: 30–55.5 ng/mL*	*< 30*	*< 30*	*30*

Tratamentul a respectat protocolul SARS CoV-2 valabil în prezent în România, iar pacientului i s-a recomandat un plan alimentar asociat cu suplimente alimentare.

Stil alimentar/meniu: pe baza anamnezei de la externare, ținând cont de lipsa de rutină și de complianța redusă, am stabilit pentru pacient câteva reguli menite să-i amelioreze greutatea corporală și stilul de viață:

- Cum durata somnului nu poate fi deocamdată crescută, i-am recomandat să se culce mai devreme, în jurul orei 22-23.
- Mers în ritm susținut 10-15 minute zilnic, ideal la prima oră a dimineții.
- Introducerea a 1-2 l de apă plată; sucurile se înlocuiesc cu apă minerală sau cu varianta “zero zahăr”.
- Imediat după trezire: 500-700ml apă. În restul zilei: regula celor 10 înghițituri.
- Doar 3 mese principale, la care se poate adăuga cel mult o gustare sănătoasă.
- Între mese, un interval de cel puțin 4 ore fără alimente.
- Ori de câte ori se poate, masa începe cu o salată care conține o componentă amară.
- Eliminarea dulciurilor, produselor de patiserie și chipsurilor cumpărate din benzinării.
- Consum redus de mezeluri procesate; acolo unde se poate, sunt preferate produsele din carne de pui.
- Pâinea albă se înlocuiește cu pâine integrală.
- Gustări permise: nuci, migdale, iaurturi de băut și batoane proteice.
- Cel mult 3 espresso zilnic, ultimul fiind consumat până la ora 16-17.
- Consum redus de alcool, în acord cu recomandările OMS.

- Suplimente: omega 3, vitamina D, support hepatic, glicemostabil.
- Se recomandă reevaluarea analizelor după 3 luni, la care se adaugă insulinemia, indicele HOMA și apolipoproteinele A și B.

4.1.2. Anamneză nutrițională de control:

Î=179 cm; G=119 kg, cu 6 kg mai puțin; CA=126 cm, redusă cu 8 cm; IMC=37.14, scăzut cu 2 puncte; IAF=1.008, cu 0.064 mai mic

Într-adevăr, obezitatea favorizează instalarea rezistenței la insulină și a disfuncției endoteliale, activează sistemul nervos simpatic, mărește rezistența vasculară și întreține o stare inflamatorie și protrombotică, toate acestea crescând incidența evenimentelor cardiovasculare majore. Plecând de la aceste date, obezitatea a primit în 2021 statutul de entitate patologică distinctă și a fost încadrată ca boală cronică netransmisibilă cu caracter recurent. (1)

Cu toate că numeroase date confirmă relația fiziopatologică dintre obezitate și patologia cardiovasculară, mult timp obezitatea a fost privită drept un factor de risc de mică importanță sau doar ca un element care amplifică efectul altor factori de risc cardiovascular bine stabiliți, precum diabetul, dislipidemiile și hipertensiunea arterială. Recunoașterea a venit abia în 2021, când a fost acceptată, în fine, ca entitate patologică distinctă și clasificată drept boală cronică netransmisibilă cu evoluție recurentă. (2)

Așa cum reiese din tabelul 4.1, profilul lipidic al pacientului din acest caz este mult modificat, atât la evaluarea de control, cât și la baseline.

Rezistența la insulină are multiple consecințe metabolice: hiperglicemie, hipertensiune arterială, dislipidemie, hiperuricemie, creșterea markerilor inflamatori, disfuncție endotelială și stare protrombotică. Cea mai frecventă dintre ele este diabetul zaharat de tip 2, a cărui apariție se presupune că este precedată de rezistența la insulină cu 10-15 ani. (3)

Datele din tabelul 1 arată la acest pacient o rezistență la insulină foarte marcată, care, împreună cu obezitatea și cu modificările profilului lipidic, accentuează starea proinflamatorie și protrombotică, cu risc de eveniment cardiovascular acut în viitorul apropiat. Tratamentul rezistenței la insulină trebuie să se sprijine în primul rând pe schimbarea stilului de viață. Elementul de bază îl reprezintă intervenția nutrițională: aport caloric redus, mese mai spațiate și evitarea carbohidraților care cresc excesiv necesarul de insulină.

Studii recente arată că un nivel adecvat de vitamina D ar putea amplifica expresia genelor care codifică peptide antimicrobiene în mai multe tipuri celulare, printre care neutrofilele și monocitele umane. De asemenea, la persoanele cu valori mai ridicate ale vitaminei D se observă, de regulă, o funcție pulmonară superioară celei întâlnite la cele cu valori scăzute. (4,5)

Dacă acești parametri rămân neschimbați, riscul crește semnificativ pentru diabet zaharat de tip 2, boli hepatice și cardiovasculare, sindrom metabolic, insomnie și apnee în somn, anxietate, depresie, inflamație cronică și scăderea funcției imune.

Riscurile acestea pot fi controlate în bună măsură printr-o dietă mai bună, un somn mai regulat, gestionarea stresului și controale medicale periodice.

4.2. CAZ 4: femeie în vârstă de 35 de ani, cu domiciliul în mediul urban, spitalizată în intervalul 03.12-10.12.2023 în Clinica de Boli Infecțioase din cadrul Spitalului Victor Babeș Timișoara, cu diagnosticul de gripă asociată unui sindrom de hepatocitoliză.

Antecedente heredocolaterale: mama are de circa 10 ani diagnosticul de tiroidită autoimună Hashimoto, în stadiul de hipotiroidism. Pacienta nu are antecedente personale patologice relevante.

Este contabilă de circa 11 ani.

Merită remarcat că în ultimul an pacienta s-a prezentat de mai multe ori la urgențele spitalului județean, acuzând cefalee în cască, episoade de lipotimie și transpirații abundente, investigațiile paraclinice uzuale neidentificând o cauză evidentă.

4.2.1. Anamneză nutrițională inițială:

- Fiziologic: Î=171cm, G=62kg, IMC=21.2, în limite normale, CA=72cm, IAF=0.7 (CB=103cm).
- Stil alimentar: pacienta nu are un program constant; în cursul săptămânii ia micul dejun în zilele în care lucrează la birou, iar când are sarcini de serviciu pe teren recurge la fast food sau la produse de patiserie. Ronțăie excesiv între mese, face mese incomplete și resimte permanent foame sau pofte. Bea 2 espresso dimineața și încă 2-4 după-amiaza sau seara, după cât de mult se prelungește programul de lucru. La sfârșit de săptămână mesele sunt mai bine organizate, luate alături de familie și/sau prieteni, dar cu un consum exagerat de glucide. Se remarcă gustările nocturne repetate, precum și stările de rău pe care pacienta le acuză după alimentele cu gluten, asociate cu oboseală cronică.
- Hidratare: 0.5-1.5l/zi apă plată (pacienta spune că nu simte sete), 1-2 tisane pe zi în sezonul rece.
- Repaus nocturn: doarme în medie 6-7 ore pe noapte, de la 24.00 până la 6.00/7.00, cu treziri la fiecare 2-3 ore din cauza animalului de companie.
- Efort fizic: număr de pași foarte variabil, între 500 și 9000 pe zi; merge de 2 ori pe săptămână la cursuri de cycling într-o sală de sport; nu are pasiuni care să implice mișcare; prezintă retenție hidrică, varice incipiente și dureri lombare și de genunchi

Modificările parametrilor biologici sunt redate în tabelul 4.2.

Tabel 4.2. Modificări biologie caz 4

	03.12.2023	*07.12.2023*	*02.02.2024*
Leucocite VN: 4.000–10.000/µL Formula leucocitară, VN: neutrofile 55–65%; limfocite 30–40%; monocite 5.5–10%	*3.050↓ N=59.5% Ly=37.1% Mo=3.4%↓*	*6.490 N=53.3% Ly=33.3% Mo=13.4%↑*	*7.800 N=56% Ly=23.6%↓ Mo=10.4%↑*
Eritrocite VN: 4.7–5.6 milioane/µL	*4.440.000*	*4.250.000*	*5.400.000*
Hemoglobina (Hb) VN: 14–17.2 g/dL	*13*	*11.5*	*13.7*
Hematocrit (Ht), VN: 42–51%	*37.5*	*33.2*	*40.3*
Trombocite, VN: 150.000–400.000/µL	*150.000*	*157.000*	*280.000*
Timp Quick (TP), VN: 9.8–12.1 s	*12*	*12*	*12.1*
INR VN: 0.8–1.2	*0.96*	*0.94*	*0.90*
Fibrinogen VN: 1.8–3.5 g/L	*2.27*	*2.11*	*3*
Acid lactic VN: 4.5–19.8 mg/dL	*7.19*	*10*	*18.8*
D-dimeri, VN < 0.5 µg/mL	*3.28↑*	*1.12↑*	*0.4*
AST (TGO), VN: 0–40 U/L	*208.7↑*	*210↑*	*28.4*
ALT (TGP), VN: 0–41 U/L	*533.3↑*	*245↑*	*10.1*
Uree serică, VN: 0–50 mg/dL	*70↑*	*100↑*	*24.1*
Glucoză serică VN: 74–106 mg/dL	*126↑*	*124↑*	*97*
HbA1c (hemoglobină glicată), VN: 0–6.5%	*6.2*	*6*	*5.7*
Creatinină serică VN: 0.70–1.2 mg/dL	*1.37↑*	*1.2*	*0.9*
Bilirubina totală VN: 0–1.2 mg/dL	*0.83*	*0.89*	*0.49*
Bilirubina directă (conjugată) VN: 0–0.2 mg/dL	*0.38↑*	*0.2*	*0.10*
Lactat-dehidrogenaza (LDH), VN: 135–225 U/L	*354↑*	*189*	*150*

Sodiu seric (Na^+) *VN: 136–145 mmol/L*	*127.43↓*	*140*	*140.75*
Potasiu seric (K^+) *VN: 3.50–5.1 mmol/L*	*4.93*	*4.8*	*3.6*
Feritină serică *VN: 30–400 µg/L*	*435.96↑*	*410↑*	*36.47!!!*
Fier seric (sideremie) *VN: 33–193 µg/dL*	*-*	*-*	*184*
IL-6 *VN: 0–7 pg/mL*	*15↑*	*10↑*	*3*
PCR (proteina C reactivă) *VN: 0–5 mg/L*	*16.73↑*	*10↑*	*2*
Procalcitonină (PCT) *VN: < 0.5 ng/mL*	*0.03*	*0.5*	*0.20*
Calciu total seric *VN: 8.8–10.4 mg/dL*	*10*	*8*	*8.9*
Magneziu seric *VN: 1.6–2.6 mg/dL*	*1.6*	*1.7*	*2.2*
Colesterol total *VN: < 200 mg/dL*	*227*	*219*	*189*
Trigliceride serice *VN: < 150 mg/dL*	*115*	*105*	*60*
Lipide totale serice *VN: 600–800 mg/dL*	*800*	*800*	*600*
HDL-colesterol *VN: 20–60 mg/dL*	*45*	*45*	*57*
LDL-colesterol *VN: < 100 mg/dL*	*159*	*143*	*120*
Vitamina D (25-OH) *VN: 30–55.5 ng/mL*	*< 30*	*< 30*	*37*

Tratamentul a fost administrat conform protocolului pentru gripă valabil în prezent în România, iar pacientei i s-a recomandat un stil alimentar asociat cu suplimente alimentare.

Stil alimentar/meniu: pe baza anamnezei de la externare, am stabilit de comun acord cu pacienta un meniu fix pentru săptămânile următoare, care să acopere necesarul caloric și nutrițional pentru păstrarea greutății actuale, ameliorând totodată compoziția corporală

și statusul nutrițional. Am considerat această variantă fezabilă, deoarece pacienta a înțeles că sunt necesare schimbări clare și și-a dorit, pentru primele 6 săptămâni, un regim rigid, impus.

Meniul zilnic include:

- 1800 kcal în total, distribuite în 45% glucide (mai ales complexe), 35% lipide, cu predominanța acizilor grași mononesaturați și a celor polinesaturați de tip omega 3, și 20% proteine.
- proteine = 90g, lipide = 70g, glucide = 202.5g.
- necesar de lichide = 2.2-3 l.
- fibre alimentare, atât solubile, cât și insolubile = 35-45g.
- suplimentare cu omega 3, vitamina D, magneziu, probiotice, enzime și produse pentru suport hepatic.

Meniu săptămânal:

Ziua 1

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
ouă fierte (2 buc.)	*120*	*171.6*	*0.9*	*11.9*	*15.1*	*0*
pâine secară	*90*	*232.2*	*43.5*	*3.0*	*7.7*	*5.2*
ardei gras	*100*	*20*	*4.6*	*0.2*	*0.9*	*1.7*
castraveți	*100*	*12*	*2.2*	*0.2*	*0.6*	*0.7*
roșii	*150*	*27*	*5.9*	*0.3*	*1.3*	*1.8*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
portocală	*150*	*70.5*	*17.7*	*0.1*	*1.4*	*3.6*
cafea espresso	*100*	*2*	*0*	*0.2*	*0.1*	*0*
lapte proteic	*100*	*69*	*5.3*	*2.8*	*5*	*1.3*

Total masă		*692.7*	*80.1*	*28.7*	*32.0*	*14.3*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
carne slabă vită la grătar	*100*	*161*	*0*	*8.3*	*20.1*	*0*
quinoa fiartă	*150*	*180*	*31.9*	*2.9*	*6.6*	*4.2*
sparanghel fiert	*200*	*44*	*8.2*	*0.4*	*4.8*	*4*
morcovi fierți	*100*	*35*	*8.2*	*0.2*	*0.8*	*3*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
Total masă		*508.4*	*48.4*	*21.8*	*32.3*	*11.2*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
păstrăv la cuptor	*100*	*148*	*0*	*6.6*	*20.8*	*0*
quinoa fiartă	*150*	*180*	*31.9*	*2.9*	*6.6*	*4.2*
morcovi	*100*	*41*	*9.6*	*0.2*	*0.9*	*2.8*
ceapă	*50*	*20*	*4.7*	*0*	*0.6*	*0.8*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
ardei gras	*80*	*16*	*3.7*	*0.1*	*0.7*	*1.4*
broccoli fiert	*150*	*52.5*	*10.8*	*0.6*	*3.6*	*5.0*
mandarine	*100*	*53*	*13.3*	*0.3*	*0.8*	*1.8*
Total masă		*598.9*	*74.0*	*20.8*	*33.9*	*16.0*
Total zilnic		***1800***	***202.5***	***71.3***	***98.2***	***41.5***

Ziua 2

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
pateu	*70*	*140.7*	*4.5*	*9.2*	*9.4*	*0*
pâine secară	*90*	*232.2*	*43.5*	*3.0*	*7.7*	*5.2*
ridichi	*150*	*24*	*5.1*	*0.1*	*1.0*	*2.4*
roșii	*150*	*27*	*5.9*	*0.03*	*1.3*	*1.8*
afine	*150*	*85.5*	*21.7*	*0.5*	*1.1*	*3.6*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
cafea espresso	*100*	*2*	*0*	*0.2*	*0.1*	*0*
lapte proteic	*100*	*69*	*5.3*	*2.8*	*5*	*1.3*
Total masă		*668.8*	*86.0*	*25.8*	*25.7*	*14.3*

Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
quinoa fiartă	*200*	*240*	*42.6*	*3.8*	*8.8*	*5.6*
ulei măsline	*15*	*132.6*	*0*	*15*	*0*	*0*
mix legume mexicane	*150*	*108*	*18.6*	*0.5*	*6.6*	*9.3*
praf proteic	*26*	*103*	*2*	*1.7*	*20*	*0.2*
Total masă	*391*	*583.6*	*63.2*	*21.0*	*35.4*	*15.1*

Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
spaghetti de năut	*150*	*180*	*26*	*3*	*10*	*4.2*
somon afumat	*60*	*70.2*	*0*	*2.6*	*11.0*	*0*
smântână lichidă 20%	*60*	*231.6*	*1.7*	*12*	*1.3*	*0*

ceapă verde	*20*	*5.4*	*1.1*	*0.094*	*0.2*	*0.4*
ulei măsline	*5*	*44.2*	*0*	*5*	*0*	*0*
rucola	*20*	*5*	*0.8*	*0.1*	*0.5*	*0.3*
zmeură	*150*	*78*	*16*	*1*	*1.8*	*9.8*
Total masă		*614.4*	*45.6*	*23.8*	*24.7*	*14.7*
Total zilnic		***1866.8***	***194.9***	***70.6***	***85.8***	***44.1***

Ziua 3

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
unt	*15*	*77.4*	*0*	*8.8*	*0*	*0*
pâine secară	*90*	*232.2*	*43.5*	*3.0*	*7.7*	*5.2*
roșii	*120*	*21.6*	*4.7*	*0.024*	*1.1*	*1.4*
castraveți	*100*	*12*	*2.2*	*0.2*	*0.6*	*0.7*
leerdammer	*40*	*104*	*0*	*6.4*	*11.8*	*0*
kiwi	*100*	*61*	*15*	*1*	*1*	*3*
cafea espresso	*200*	*4*	*0*	*0.4*	*0.2*	*0*
lapte migdale	*100*	*25*	*3*	*1*	*0.4*	*0*
Total masă		*537.2*	*68.3*	*20.8*	*22.7*	*10.4*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
piept pui la cuptor	*100*	*114*	*0*	*2.6*	*21.2*	*0*
quinoa fiartă	*150*	*180*	*31.9*	*2.9*	*6.6*	*4.2*
sparanghel fiert	*200*	*44*	*8.2*	*0.4*	*4.8*	*4*

morcovi fierți	*100*	*35*	*8.2*	*0.2*	*0.8*	*3*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
Total masă		*461.4*	*48.4*	*16.1*	*33.4*	*11.2*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
quinoa fiartă	*150*	*180*	*31.9*	*2.9*	*6.6*	*4.2*
edamame	*200*	*282*	*28*	*10.8*	*24*	*12.6*
nuci	*30*	*196*	*4.1*	*19.5*	*4.5*	*2*
măr	*150*	*89*	*21.1*	*0.3*	*0.5*	*3.5*
Total masă		*747*	*85.2*	*33.5*	*35.5*	*22.3*
Total zilnic		***1745.6***	***201.9***	***70.3***	***91.6***	***43.9***

Ziua 4

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
unt	*10*	*71.7*	*0*	*8.1*	*0.08*	*0*
pâine secară	*90*	*232.2*	*43.5*	*3.0*	*7.7*	*5.2*
somon afumat	*80*	*93.6*	*0*	*3.5*	*14.6*	*0*
kiwi	*200*	*122*	*30*	*2*	*2*	*6*
muștar boabe	*15*	*16*	*1.5*	*0.8*	*0.8*	*0*
ulei măsline	*5*	*44.2*	*0*	*5*	*0*	*0*
lapte proteic	*100*	*69*	*5.3*	*2.8*	*5*	*1.3*
cafea espresso	*100*	*2*	*0*	*0.2*	*0.1*	*0*
Total masă		*650.7*	*80.3*	*25.3*	*30.2*	*12.5*

Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
hrișcă fiartă	*150*	*195*	*36.3*	*1.2*	*7.2*	*3.5*
mix legume mexicane	*150*	*108*	*18.6*	*0.5*	*6.6*	*9.3*
ulei măsline	*20*	*176.8*	*0*	*20*	*0*	*0*
praf proteic	*26*	*103*	*2*	*1.7*	*20*	*0.2*
Total masă		*582.8*	*56.9*	*23.4*	*33.8*	*13*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
păstrăv la cuptor	*100*	*148*	*0*	*6.6*	*20.8*	*0*
quinoa fiartă	*100*	*120*	*21.3*	*1.9*	*4.4*	*2.8*
morcovi	*100*	*41*	*9.6*	*0.2*	*0.9*	*2.8*
ceapă	*50*	*20*	*4.7*	*0*	*0.6*	*0.8*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
ardei gras	*80*	*16*	*3.7*	*0.1*	*0.7*	*1.4*
broccoli fiert	*150*	*52.5*	*10.8*	*0.6*	*3.6*	*5.0*
ananas	*100*	*48*	*12*	*0*	*0.4*	*1.4*
Total masă		*533.9*	*62.0*	*19.5*	*31.3*	*14.2*
Total zilnic		***1767.4***	***199.2***	***68.1***	***95.3***	***39.7***

Ziua 5

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
pâine fitness	*100 (3 felii)*	*235*	*38*	*2.3*	*19*	*12*
unt arahide proteic	*35*	*208.6*	*4.9*	*16.1*	*9.1*	*3.2*

gem căpșuni fără zahăr adăugat	*50*	*130.5*	*32.2*	*0.2*	*0.3*	*2.6*
lapte migdale	*100*	*25*	*3*	*1*	*0.4*	*0*
cafea espresso	*100*	*2*	*0*	*0.2*	*0.1*	*0*
Total masă		*601.1*	*78.1*	*19.8*	*29.0*	*17.8*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
carne slabă porc la grătar	*100*	*132*	*0*	*5.7*	*18.7*	*0*
hrișcă fiartă	*150*	*195*	*36.3*	*1.2*	*7.2*	*3.5*
sparanghel fiert	*200*	*44*	*8.2*	*0.4*	*4.8*	*4*
morcovi fierți	*100*	*35*	*8.2*	*0.2*	*0.8*	*3*
ulei măsline	*20*	*176.8*	*0*	*20*	*0*	*0*
Total masă		*582.8*	*52.7*	*27.5*	*31.5*	*10.5*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
baby hering	*100*	*158*	*0*	*10*	*18*	*0*
hrișcă fiartă	*120*	*156*	*29.0*	*1.0*	*5.8*	*2.8*
morcovi	*100*	*41*	*9.6*	*0.2*	*0.9*	*2.8*
ceapă	*50*	*20*	*4.7*	*0*	*0.6*	*0.8*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
ardei gras	*80*	*16*	*3.7*	*0.1*	*0.7*	*1.4*
broccoli fiert	*150*	*52.5*	*10.8*	*0.6*	*3.6*	*5.0*
mandarine	*100*	*53*	*13.3*	*0.3*	*0.8*	*1.8*
Total masă		*584.9*	*71.1*	*22.3*	*30.3*	*14.5*
Total zilnic		***1768.8***	***202.0***	***69.6***	***90.8***	***42.9***

Ziua 6

Mic Dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
ouă fierte (2 buc.)	*120*	*171.6*	*0.9*	*11.9*	*15.1*	*0*
pâine secară	*90*	*232.2*	*43.5*	*3.0*	*7.7*	*5.2*
ardei gras	*100*	*20*	*4.6*	*0.2*	*0.9*	*1.7*
castraveți	*100*	*12*	*2.2*	*0.2*	*0.6*	*0.7*
roșii	*150*	*27*	*5.9*	*0.3*	*1.3*	*1.8*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
portocală	*150*	*70.5*	*17.7*	*0.1*	*1.4*	*3.6*
cafea espresso	*100*	*2*	*0*	*0.2*	*0.1*	*0*
lapte migdale	*100*	*25*	*3*	*1*	*0.4*	*0*
Total masă		*648.7*	*77.8*	*26.9*	*27.4*	*13.0*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
quinoa fiartă	*200*	*240*	*42.6*	*3.8*	*8.8*	*5.6*
ulei măsline	*10*	*88.4*	*0*	*10*	*0*	*0*
mix legume mexicane	*150*	*108*	*18.6*	*0.5*	*6.6*	*9.3*
praf proteic	*26*	*103*	*2*	*1.7*	*20*	*0.2*
Total masă	*386*	*539.4*	*63.2*	*16.0*	*35.4*	*15.1*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
spaghetti de năut	*150*	*180*	*26*	*3*	*10*	*4.2*

somon afumat	*60*	*70.2*	*0*	*2.6*	*11.0*	*0*
smântână lichidă 20%	*60*	*231.6*	*1.7*	*12*	*1.3*	*0*
ceapă verde	*20*	*5.4*	*1.1*	*0.094*	*0.2*	*0.4*
ulei măsline	*5*	*44.2*	*0*	*5*	*0*	*0*
rucola	*20*	*5*	*0.8*	*0.1*	*0.5*	*0.3*
zmeură	*150*	*78*	*16*	*1*	*1.8*	*9.8*
Total masă		*614.4*	*45.6*	*23.8*	*24.7*	*14.7*
Total zilnic		***1802.5***	***186.6***	***66.7***	***87.5***	***42.8***

Ziua 7

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
unt	*10*	*71.7*	*0*	*8.1*	*0.08*	*0*
pâine secară	*90*	*232.2*	*43.5*	*3.0*	*7.7*	*5.2*
somon afumat	*80*	*93.6*	*0*	*3.5*	*14.6*	*0*
kiwi	*200*	*122*	*30*	*2*	*2*	*6*
muștar boabe	*15*	*16*	*1.5*	*0.8*	*0.8*	*0*
ulei măsline	*5*	*44.2*	*0*	*5*	*0*	*0*
lapte proteic	*100*	*69*	*5.3*	*2.8*	*5*	*1.3*
cafea espresso	*100*	*2*	*0*	*0.2*	*0.1*	*0*
Total masă		*650.7*	*80.3*	*25.3*	*30.2*	*12.5*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
crap la cuptor	*150*	*190.5*	*0*	*8.4*	*25.2*	*0*

varză albă	*200*	*62*	*11.4*	*0.4*	*3.2*	*4*
ardei gras	*50*	*10*	*2.3*	*0.09*	*0.5*	*0.8*
ulei măsline	*15*	*132.6*	*0*	*15*	*0*	*0*
roșii	*50*	*9*	*2.0*	*0.1*	*0.4*	*0.6*
pătrunjel frunze	*25*	*9*	*1.6*	*0.2*	*0.8*	*0.8*
banane mici (2 buc.)	*200*	*178*	*45.6*	*0.7*	*2.2*	*5.2*
Total masă		*591.1*	*62.9*	*24.9*	*32.3*	*11.4*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
linte fiartă	*200*	*232*	*40.3*	*0.8*	*18*	*15.8*
pătrunjel frunze	*25*	*9*	*1.6*	*0.2*	*0.8*	*0.8*
măsline kalamata	*75*	*225*	*10.0*	*20.0*	*0*	*3.9*
spanac fiert	*200*	*46*	*4*	*0.2*	*6*	*5.6*
Total masă		*512*	*55.8*	*21.2*	*24.8*	*26.1*
Total zilnic		***1753.8***	***199.0***	***71.3***	***87.3***	***50.1***

Anamneză de control la 6 săptămâni:

Î=171 cm, G=61 kg (- 1 kg), CB=98 cm (- 5 cm), IMC=20.86 (- 0.34), CA=70 cm (- 2 cm), IAF=0.714 (+ 0.014)

- se recomandă reluarea analizelor după 3 luni, la care se adaugă: indicele Homma, insulinemia, apolipoproteinele A și B, FT4, TSH, anticorpii anti-TPO și anti-tiroglobulină

La pacienta prezentată, cefaleea, lipotimiile și transpirațiile abundente pot avea mai multe explicații, printre care și o tiroidită autoimună, ipoteză susținută și de antecedentele heredocolaterale.

Frecvența tiroiditei autoimune la descendenți diferă după factorii genetici și de mediu, ceea ce indică o predispoziție familială importantă.

Datele din literatură arată că persoanele cu un părinte, un frate sau o soră (rudă de gradul I) diagnosticați cu tiroidită autoimună au un risc mai mare de a face boala, prevalența în rândul descendenților fiind estimată la 30-40%.

Este necesar ca rudele să cunoască acest risc și să fie urmărite periodic, astfel încât disfuncțiile tiroidiene să fie depistate din timp, mai ales când apar simptome sugestive sau coexistă alte boli autoimune.

Cefaleea poate fi favorizată de dezechilibrele hormonale și de procesul inflamator din bolile tiroidiene, iar lipotimiile se pot explica prin modificările metabolice, tensionale și de ritm cardiac, des întâlnite în aceste situații. Transpirațiile abundente pot surveni fie în fazele incipiente ale bolii, fie în cadrul unor episoade fluctuante de hipotiroidism subclinic. Pentru un diagnostic corect și un plan terapeutic potrivit este nevoie de o evaluare endocrinologică amănunțită, care să cuprindă investigațiile de laborator și imagistice adecvate.

Datele din tabelul 2 arată că, la evaluarea inițială, pacienta avea alterări importante ale profilului glicemic, lipidic și hepatic, cu o ameliorare discretă la controlul ulterior. Rezultatele trădează un dezechilibru metabolic care, dacă nu este gestionat corespunzător, poate avea urmări severe.

Netratată corespunzător, tiroidita autoimună Hashimoto se poate complica cu hipotiroidism, cu tabloul său tipic (oboseală, creștere ponderală, constipație, piele uscată, sensibilitate la frig, anxietate,

depresie), cu artralgii și mialgii, iar în formele severe cu mixedem, infertilitate și un risc mai mare de naștere prematură sau avort spontan. Boala se asociază, totodată, cu risc de hipertensiune arterială, dislipidemie și afecțiuni cardiovasculare. Pacienții cu tiroidită Hashimoto au și o probabilitate crescută de a dezvolta alte boli autoimune, precum diabetul zaharat de tip 1, lupusul eritematos sistemic, artrita reumatoidă, anemia pernicioasă sau boala celiacă.

Alături de tratamentul alopat potrivit, intervențiile nutriționale și schimbarea stilului de viață pot limita efectele negative ale bolii în timp. Chiar dacă, potrivit datelor recente, riscul de apariție a unei patologii autoimune nu poate fi influențat pe termen lung, boala și complicațiile ei pot fi bine controlate, ceea ce aduce o creștere importantă a calității vieții pacienților.

4.3. Recomandări nutriționale, dietoterapie și suplimentare în tiroidita autoimună Hashimoto

4.3.1. Rolul nutriției și obiectivele dietoterapiei

Tiroidita autoimună Hashimoto (TH) este cea mai frecventă boală autoimună și principala cauză de hipotiroidism în zonele cu aport adecvat de iod. Boala rezultă din interacțiunea dintre susceptibilitatea genetică (care explică agregarea familială din cazul 4), factorii de mediu și dereglarea toleranței imune. Dintre factorii de mediu, cei nutriționali pot fi modificați direct: datele actuale implică aportul excesiv de iod, deficitul de seleniu și de fier, cu o posibilă contribuție a statusului de vitamina D. Pacienții cu TH, chiar eutiroidieni, prezintă frecvent exces ponderal, tulburări metabolice, calitate a vieții redusă și deficite de vitamina D, seleniu, magneziu, fier și vitamina B12.

Dietoterapia nu înlocuiește tratamentul substitutiv cu levotiroxină (LT4) atunci când acesta este indicat de endocrinolog, ci îl completează. Obiectivele sunt: un aport adecvat, dar nu excesiv, de iod; corectarea deficitelor documentate; atingerea greutății optime; controlul profilului lipidic și glucidic; un model alimentar cu potențial antiinflamator; depistarea comorbidităților care influențează

alimentația și absorbția LT4 (boala celiacă, intoleranța la lactoză, gastrita atrofică autoimună) și educarea pacientului privind interacțiunile dintre alimente, suplimente și tratament.

Pe lângă anamneza nutrițională standard, se urmăresc simptomele de hipotiroidism, toleranța la gluten și lactate, consumul de alge și de suplimente (cu iod, seleniu, biotină), ora și modul de administrare a LT4. Investigațiile utile, stabilite cu medicul curant, sunt: TSH, FT4, anticorpii anti-TPO și anti-tiroglobulină, feritina și hemograma, 25-OH-vitamina D, vitamina B12, magneziul, anticorpii anti-transglutaminază IgA cu IgA total (înaintea oricărei excluderi a glutenului), profilul lipidic, glicemia și indicele HOMA.

4.3.2. Necesarul energetic și macronutrienții

Hipotiroidismul reduce metabolismul bazal și favorizează creșterea ponderală. După normalizarea funcției tiroidiene, necesarul se calculează cu formulele standard (de exemplu Mifflin-St Jeor), ajustat la activitatea fizică și reevaluat periodic. La pacienții supraponderali se recomandă un deficit energetic moderat: dietele cu deficit energetic s-au numărat printre intervențiile asociate cu ameliorarea anticorpilor anti-TPO, a TSH și a FT4, în timp ce dietele foarte restrictive cresc riscul deficitelor. Distribuția orientativă, similară celei din cazul 4, este: glucide 45-50% (complexe, cu indice glicemic scăzut), proteine 15-20% (aproximativ 1,0-1,2 g/kg corp/zi), lipide 30-35% (acizi grași saturați sub 10%, accent pe mononesaturați și omega-3) și fibre minimum 25-35 g/zi, crescute treptat, cu un aport cât mai constant de la o zi la alta, deoarece variațiile mari ale consumului de fibre pot modifica absorbția LT4.

4.3.3. Micronutrienți cu rol-cheie

Iodul. Relația dintre iod și autoimunitate are forma unei curbe în „U”. Expunerea cronică la exces de iod induce tiroidită autoimună, parțial pentru că tiroglobulina intens iodată devine mai imunogenă, iar un studiu populațional amplu a arătat că un aport mai mult decât adecvat sau excesiv s-a asociat cu creșterea incidenței

hipotiroidismului și a tiroiditei autoimune. Se recomandă un aport în limitele necesarului (150 µg/zi la adult), prin sare iodată folosită moderat, pește și lactate, fără suplimente cu iod, tablete de kelp sau consum regulat de alge (kombu, wakame). Restricția drastică a iodului nu este justificată, neaducând ameliorări în studiile analizate; la gravidă, suplimentarea se stabilește de medic.

Seleniul. Raportat la gramul de țesut, niciun alt organ nu concentrează atât de mult seleniu ca tiroida. Seleniul intră în structura glutation-peroxidazelor, care protejează tireocitele de peroxidul de hidrogen generat la iodarea tiroglobulinei, și a deiodinazelor, care convertesc T4 în T3.

Fierul. Tiroperoxidaza este o enzimă dependentă de hem, astfel încât sideropenia reduce sinteza hormonală. Pacienții cu tiroidită autoimună sunt frecvent sideropenici, deoarece gastrita atrofică autoimună și boala celiacă afectează absorbția fierului. În cazul 4, feritina de la control (36,47 ug/L) se situa aproape de limita inferioară, după o valoare inițială crescută în contextul inflamației din gripă (feritina fiind reactant de fază acută), ceea ce justifică reevaluarea. Se recomandă asocierea surselor de fier non-hem (linte, năut, spanac, semințe de dovleac) cu vitamina C (ardei, citrice, pătrunjel), evitarea ceaiului și cafelei în jurul acestor mese, iar suplimentele de fier, doar la deficit documentat, la cel puțin 4 ore de LT4.

Vitamina D are efecte imunomodulatoare, iar la pacienții cu TH s-au raportat în mod repetat valori mai scăzute ale 25-OH-vitaminei D decât la martori. Sinteza cutanată este insuficientă în lunile reci la latitudinea României, iar alimentele acoperă greu necesarul. Zincul participă la funcția deiodinazelor, magneziul la numeroase reacții enzimatice și la răspunsul imun; valorile foarte scăzute ale magneziului seric s-au asociat cu risc crescut de pozitivitate a anticorpilor anti-tiroglobulină și de hipotiroidism. Deficitul de vitamina B12 este relevant prin asocierea TH cu anemia pernicioasă, iar simptomele sale se pot suprapune peste cele ale hipotiroidismului.

Tabel 4.3. Micronutrienți relevanți în tiroidita autoimună: rol, surse alimentare și aport de referință la adult (EFSA)

Micronutrient	***Rol principal***	***Surse alimentare***	***Aport de referință***
Iod	*Substrat pentru sinteza T3 și T4*	*Sare iodată, pește marin, lactate, ouă*	*150 µg/zi*
Seleniu	*Antioxidant (glutation-peroxidaze); conversia T4→T3*	*Nuci braziliene (conținut foarte variabil), pește, fructe de mare, ouă, carne, cereale integrale*	*70 µg/zi*
Fier	*Cofactor al tiroperoxidazei*	*Carne roșie slabă, ficat, pește; linte, năut, spanac, semințe de dovleac*	*11 mg/zi (bărbați); 16 mg/zi (femei la vârsta fertilă)*
Vitamina D	*Imunomodulare*	*Pește gras, gălbenuș de ou, alimente fortificate; expunere solară*	*15 µg/zi (600 UI)*
Zinc	*Deiodinaze, sinteza TRH, imunitate*	*Carne, fructe de mare, semințe de dovleac, leguminoase*	*Aprox. 7,5-12,7 mg/zi (femei); 9,4-16,3 mg/zi (bărbați), în funcție de fitați*
Magneziu seric	*Metabolism energetic, răspuns imun*	*Semințe, nuci, leguminoase, cereale integrale, legume verzi, cacao*	*300 mg/zi (femei); 350 mg/zi (bărbați)*
Vitamina B12	*Hematopoieză, funcție neurologică*	*Carne, pește, ouă, lactate*	*4 µg/zi*

4.3.4. Modele alimentare studiate

Nu există o „dietă pentru Hashimoto” validată prin studii mari. O analiză sistematică a identificat ameliorări ale anticorpilor anti-TPO, TSH și FT4 în cazul dietelor cu deficit energetic și al eliminării unor componente (gluten, lactoză, goitrogeni), subliniind însă heterogenitatea și dimensiunea redusă a studiilor.

Modelul mediteranean (legume, fructe, cereale integrale, leguminoase, pește, ulei de măsline extravirgin, nuci și semințe, puțină carne roșie și produse ultraprocesate) este modelul de bază recomandat. La pacienții cu TH, obiceiurile alimentare au fost corelate cu markerii de stres oxidativ, iar într-un studiu randomizat pe 40 de pacienți urmăriți 12 săptămâni (dietă fără gluten, mediteraneană,

mediteraneană fără gluten și control) s-au observat diferențe între grupuri în privința TSH și FT3.

Dieta fără gluten. O meta-analiză pe 6024 de pacienți cu boală tiroidiană autoimună a găsit o prevalență a bolii celiace confirmate bioptic de 1,6% (aproximativ 1 din 62 de pacienți), autorii recomandând screeningul. În boala celiacă, dieta fără gluten este obligatorie și pe viață. La pacienții fără boală celiacă dovezile sunt limitate: într-un studiu pilot nerandomizat pe 34 de femei netratate, 6 luni fără gluten au redus anticorpii tiroidieni și au crescut ușor 25-OH-vitamina D. Prin urmare, dieta fără gluten nu se recomandă de rutină, iar la pacienții simptomatici screeningul serologic se face înainte de excluderea glutenului (altfel testele pot fi fals negative). Excluderea nejustificată crește riscul deficitelor și al consumului de produse „fără gluten" ultraprocesate.

Restricția lactozei. La pacienții cu TH și intoleranță la lactoză, restricția lactozei s-a asociat cu scăderea TSH; se aplică doar la intoleranță documentată, cu înlocuirea surselor de calciu. Protocolul autoimun (AIP), o formă extinsă a dietei paleolitice, s-a asociat într-un studiu pilot necontrolat pe 16 femei cu ameliorarea calității vieții și a proteinei C reactive, fără modificări semnificative ale funcției tiroidiene sau ale anticorpilor; fiind foarte restrictiv, nu se recomandă de rutină.

Goitrogenii și soia. Glucosinolații din legumele crucifere interferă cu captarea iodului mai ales în deficit de iod și la consum mare de legume crude; prepararea termică îi inactivează în mare parte, astfel încât aceste legume nu trebuie excluse. O meta-analiză a studiilor randomizate a arătat că soia nu modifică FT3 și FT4, dar crește ușor TSH (în medie cu 0,248 mUI/L), efect probabil fără semnificație clinică; consumul moderat este acceptabil, la distanță de LT4.

4.3.5. Suplimentele alimentare: ce spun dovezile

Seleniul. Cea mai recentă meta-analiză a studiilor randomizate a arătat că, la pacienții cu TH fără tratament hormonal, suplimentarea cu seleniu (în general 100-200 µg/zi, 3-12 luni) a scăzut TSH,

anticorpii anti-TPO și malondialdehida, fără creșterea efectelor adverse. Semnificația clinică a scăderii anticorpilor rămâne neclarificată, iar beneficiul este mai probabil la persoanele cu status scăzut de seleniu. Seleniul are o fereastră terapeutică îngustă: EFSA a stabilit limita superioară tolerabilă la 255 µg/zi din toate sursele, care poate fi depășită de utilizatorii de suplimente cu doze mari sau de consumatorii regulați de nuci braziliene. Excesul produce selenoză (căderea părului, fragilitatea unghiilor), iar aportul crescut de lungă durată a fost pus în legătură cu un posibil risc de diabet zaharat de tip 2.

Vitamina D. Meta-analizele arată că suplimentarea reduce anticorpii anti-TPO, fără efecte semnificative asupra anticorpilor anti-tiroglobulină, TSH, FT4 sau FT3. Se urmărește corectarea deficitului documentat, cu doze individualizate, fără depășirea necontrolată a limitei EFSA de 100 µg (4000 UI)/zi și cu reevaluare după 3 luni.

Mio-inozitolul, implicat în semnalizarea intracelulară a TSH, asociat cu selenometionina, a adus TSH mai aproape de valorile fiziologice decât selenometionina singură la femei cu hipotiroidism subclinic autoimun, cu rezultate similare la doze de 600 mg mio-inozitol și 83 µg selenometionină pe zi. Studiile sunt puține, mici și provin în mare parte din același grup, deci asocierea se discută cu endocrinologul. Pentru Nigella sativa există un singur studiu randomizat (40 de pacienți, 8 săptămâni), cu scăderea greutății, TSH și anticorpilor anti-TPO. Probioticele și acizii grași omega-3 au o bază teoretică, dar dovezile directe în TH sunt limitate. Biotina în doze mari nu influențează tiroida, dar interferă cu imunotestele și poate falsifica TSH, FT4 și anticorpii; se întrerupe înaintea recoltării, conform indicațiilor laboratorului.

Tabel 4.4. Suplimente utilizate în tiroidita autoimună: doze studiate, efecte și precauții

Supliment	***Doze în studii***	***Efecte raportate***	***Precauții***
Seleniu (selenometionină / selenit)	*100-200 µg/zi, 3-12 luni*	*↓ anti-TPO; ↓ TSH la pacienții fără LT4*	*Maximum 255 µg/zi din toate sursele; fără nuci braziliene zilnic sau multivitamine cu seleniu*
Vitamina D3	*Individualizat după 25-OH-vitamina D*	*↓ anti-TPO; fără efect clar pe TSH/FT4*	*Maximum 100 µg (4000 UI)/zi; reevaluare periodică*
Mio-inozitol + seleniu	*600 mg + 83 µg/zi*	*↓ TSH și anticorpi în hipotiroidism subclinic*	*Studii puține și mici*
Fier, magneziu, zinc, B12	*Doar la deficit documentat*	*Corectarea deficitului*	*Fier și magneziu la ≥ 4 ore de LT4; zincul în exces induce deficit de cupru*
Nigella sativa	*Pulbere, 8 săptămâni (un studiu)*	*↓ greutate, TSH, anti-TPO*	*Dovezi preliminare*
Iod, kelp, alge	*Nerecomandate*	*Excesul de iod poate agrava autoimunitatea*	*Doar la indicație medicală (de exemplu sarcina)*
Biotină	*Fără indicație în TH*	*Interferență cu analizele de laborator*	*Întrerupere înaintea recoltării*

4.3.6. Interacțiunile cu levotiroxina

Ghidul Asociației Americane de Tiroidă recomandă administrarea constantă a LT4, fie dimineața pe nemâncate, cu apă, cu aproximativ 60 de minute înainte de micul dejun, fie seara la culcare, la cel puțin 3 ore după ultima masă. O analiză sistematică a arătat că ambele variante au eficacitate similară și că cafeaua, soia, fibrele și suplimentele de calciu și fier reduc absorbția LT4, efect evitabil prin respectarea intervalelor; cafeaua băută imediat după comprimat scade semnificativ absorbția.

Tabel 4.5. Intervale recomandate între levotiroxină și alimente sau suplimente

Aliment / supliment	***Efect asupra LT4***	***Recomandare practică***
Micul dejun	*↓ absorbția*	*LT4 cu apă, pe nemâncate, cu 30-60 minute înainte*
Cafea	*↓ absorbția*	*La cel puțin 60 de minute după LT4*
Calciu, fier, magneziu, antiacide	*↓ absorbția (complexare)*	*La cel puțin 4 ore de LT4*
Soia, suplimente de fibre	*↓ absorbția*	*La distanță de LT4; aport de fibre constant*
Vitamina C	*Posibil ↑ absorbția (date limitate)*	*Nu necesită evitare*

4.3.7. Rețete adaptate pacientului cu tiroidită autoimună

Rețetele aplică principiile de mai sus: sunt bogate în seleniu, fier, zinc, magneziu și acizi grași omega-3 și sunt natural fără gluten. Valorile nutriționale sunt calculate orientativ pe porție, pe baza USDA FoodData Central, pentru ingredientele crude (cu excepția celor menționate ca fierte); cantitățile se ajustează la necesarul fiecărui pacient.

Rețeta 1. Terci de hrișcă cu iaurt grecesc, fructe de pădure și semințe (mic dejun)

Ingrediente: hrișcă decorticată 50 g; iaurt grecesc 2% grăsime 150 g; afine 80 g; zmeură 50 g; semințe de dovleac decorticate 15 g; nucă braziliană (1 bucată) 5 g; scorțișoară 2 g.

Mod de preparare: Hrișca se spală și se fierbe în 150 ml apă aproximativ 12-15 minute, până absoarbe lichidul. Se lasă să se răcească ușor, se adaugă iaurtul și scorțișoara, apoi fructele de pădure. Se presară semințele de dovleac și nuca braziliană tocată.

Valori nutriționale orientative / porție: 474,3 kcal; glucide 63,0 g; lipide 15,9 g; proteine 28,1 g; fibre 12,5 g.

Observații pentru dietetician: Aport bun de magneziu, zinc și fibre; o nucă braziliană furnizează o cantitate importantă, dar

variabilă, de seleniu. Nuca se omite la pacienții care iau supliment de seleniu. La intoleranță la lactoză se folosește iaurt fără lactoză.

Rețeta 2. Omletă cu spanac, ciuperci și ardei, cu cartof dulce la cuptor (mic dejun sau cină)

Ingrediente: ouă (2 bucăți) 120 g; spanac proaspăt 60 g; ciuperci champignon 60 g; ardei gras roșu 60 g; cartof dulce 150 g; ulei de măsline extravirgin 5 g; pătrunjel verde 5 g.

Mod de preparare: Cartoful dulce se taie cuburi, se stropește cu puțin ulei și se coace la 200°C aproximativ 25 de minute. Ciupercile și ardeiul se călesc scurt în restul uleiului, se adaugă spanacul până se înmoaie, apoi ouăle bătute. Se gătește la foc mic, cu capac, 4-5 minute. Se servește cu pătrunjel tocat și cartoful dulce.

Valori nutriționale orientative / porție: 392,2 kcal; glucide 39,0 g; lipide 17,2 g; proteine 21,9 g; fibre 7,8 g.

Observații pentru dietetician: Ouăle aduc seleniu, iod, vitamina D și proteine de înaltă valoare biologică; ardeiul și pătrunjelul furnizează vitamina C, care favorizează absorbția fierului non-hem din spanac.

Rețeta 3. Salată caldă de linte cu sardine, rucola și roșii (prânz)

Ingrediente: linte fiartă (aprox. 70 g crudă) 180 g; sardine în ulei, scurse (1 conservă) 90 g; rucola 40 g; roșii cherry 120 g; ceapă roșie 30 g; pătrunjel verde 10 g; suc de lămâie 15 ml; ulei de măsline extravirgin 10 g.

Mod de preparare: Lintea fiartă, încă ușor caldă, se amestecă cu ceapa tocată mărunt, roșiile tăiate în jumătăți și pătrunjelul. Se prepară un dressing din ulei de măsline, suc de lămâie, piper și foarte puțină sare iodată. Se adaugă rucola și bucățile de sardine.

Valori nutriționale orientative / porție: 534,9 kcal; glucide 46,8 g; lipide 21,7 g; proteine 41,1 g; fibre 17,2 g.

Observații pentru dietetician: Combinație foarte bună pentru fier (non-hem din linte, potențat de vitamina C din lămâie, roșii și pătrunjel), seleniu, vitamina D, calciu (oasele sardinelor) și acizi grași omega-3.

Rețeta 4. Somon la cuptor cu quinoa și broccoli (prânz sau cină)

Ingrediente: file de somon 130 g; quinoa crudă 60 g; broccoli 150 g; usturoi 5 g; suc și coajă de lămâie 15 ml; ulei de măsline extravirgin 10 g; mărar sau pătrunjel 5 g.

Mod de preparare: Quinoa se clătește bine și se fierbe în 120 ml apă aproximativ 15 minute. Somonul se unge cu jumătate din ulei, usturoi, coajă de lămâie și piper și se coace la 190°C 12-15 minute. Broccoli se fierbe la abur 5-6 minute. Se servesc împreună, stropite cu suc de lămâie, restul de ulei și verdeață.

Valori nutriționale orientative / porție: 643,1 kcal; glucide 51,4 g; lipide 31,8 g; proteine 39,7 g; fibre 8,4 g.

Observații pentru dietetician: Somonul este sursă de vitamina D, seleniu și acizi grași omega-3 cu lanț lung. Broccoli preparat termic poate fi consumat fără restricții de pacientul cu aport adecvat de iod.

Rețeta 5. Tocăniță de năut cu dovlecel, turmeric și ghimbir (prânz, variantă vegetariană)

Ingrediente (2 porții): năut fiert 300 g; dovlecel 250 g; roșii în suc propriu 300 g; ceapă 100 g; usturoi 10 g; ghimbir proaspăt 10 g; turmeric pulbere 3 g; ulei de măsline 20 g; spanac proaspăt 80 g.

Mod de preparare: Ceapa se călește în ulei cu 2-3 linguri de apă, apoi se adaugă usturoiul, ghimbirul ras și turmericul (împreună cu un vârf de piper negru, care crește biodisponibilitatea curcuminei). Se

adaugă dovlecelul tăiat cuburi, roșiile și năutul și se fierbe la foc mic 20 de minute. Spanacul se adaugă la final. Rețeta este pentru 2 porții.

Valori nutriționale orientative / porție: 449,0 kcal; glucide 65,6 g; lipide 15,0 g; proteine 19,5 g; fibre 17,8 g.

Observații pentru dietetician: Sursă de fier non-hem, zinc, magneziu, folați și fibre. Turmericul și ghimbirul completează profilul antiinflamator al mesei.

Rețeta 6. Budincă de chia cu cacao și zmeură (gustare)

Ingrediente: semințe de chia 25 g; băutură de migdale neîndulcită, fortificată cu calciu 200 ml; cacao pudră neîndulcită 8 g; zmeură 100 g.

Mod de preparare: Semințele de chia se amestecă cu băutura vegetală și cacaoa și se lasă la frigider minimum 4 ore sau peste noapte, amestecând o dată după primele 10 minute. Se servește cu zmeură.

Valori nutriționale orientative / porție: 221,7 kcal; glucide 27,7 g; lipide 11,9 g; proteine 8,1 g; fibre 18,1 g.

Observații pentru dietetician: Gustare bogată în magneziu, fibre și acid alfa-linolenic (omega-3 de origine vegetală), fără adaos de zahăr. Poate înlocui gustările nocturne dulci descrise în anamneza cazului 4.

Exemplu de zi alimentară construită din rețetele de mai sus

Pentru a ilustra modul de integrare a rețetelor într-un plan zilnic, tabelul 4.6 prezintă o zi alimentară de aproximativ 1700-1800 kcal, compatibilă cu necesarul pacientei din cazul 4 și cu administrarea matinală a LT4. Aportul de fibre al acestei zile este ridicat, motiv pentru care se atinge treptat, cu un aport hidric de 2-2,5 l/zi, preponderent apă plată.

Tabel 4.6. Exemplu de zi alimentară pentru pacientul cu tiroidită autoimună (distribuție energetică: glucide 44%, lipide 34%, proteine 22%)

Ora	Masa	Kcal	Glucide (g)	Lipide (g)	Proteine (g)	Fibre (g)
07:00	*Levotiroxină cu un pahar de apă (dacă este prescrisă)*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
07:45	*Mic dejun: Rețeta 1 - terci de hrișcă cu iaurt și fructe de pădure*	*474,3*	*63*	*15,9*	*28,1*	*12,5*
08:45	*Espresso (fără zahăr)*	*2*	*0*	*0,2*	*0,1*	*0*
10:30	*Gustare: kiwi 150 g (2 bucăți)*	*91,5*	*22,1*	*0,8*	*1,6*	*4,5*
13:00	*Prânz: Rețeta 3 - salată caldă de linte cu sardine*	*534,9*	*46,8*	*21,7*	*41,1*	*17,2*
16:30	*Gustare: Rețeta 6 - budincă de chia cu cacao și zmeură*	*221,7*	*27,7*	*11,9*	*8,1*	*18,1*
19:30	*Cină: Rețeta 2 - omletă cu spanac, ciuperci și cartof dulce*	*392,2*	*39*	*17,2*	*21,9*	*7,8*
	TOTAL ZI	***1716,6***	***198,6***	***67,7***	***100,9***	***60,1***

4.3.8. Aplicarea recomandărilor în cazul 4

Pacienta nu are, la momentul prezentat, diagnostic confirmat de TH, dar are o rudă de gradul I cu TH, simptome nespecifice recurente, oboseală cronică și disconfort după consumul de gluten. Meniul de 1800 kcal propus respectă deja multe dintre principiile descrise. Conduita poate fi completată astfel:

- screening pentru boala celiacă (anticorpi anti-transglutaminază IgA și IgA total) înaintea oricărei excluderi a glutenului, pacienta consumând în prezent pâine de secară;
- reevaluarea statusului fierului și creșterea aportului de fier asociat cu vitamina C (rețetele 3 și 5); continuarea vitaminei D în doză de întreținere, după valoarea de control (37 ng/mL);
- verificarea suplimentelor utilizate (excluderea celor cu iod, kelp sau biotină în doze mari) și amânarea seleniului sau mio-inozitolului până la clarificarea diagnosticului de către endocrinolog;
- dacă se inițiază LT4: comprimatul cu apă, pe nemâncate, primul espresso la cel puțin 60 de minute, edamame și lactatele la prânz sau cină; înlocuirea gustărilor nocturne cu rețeta 6 și monitorizarea LDL-colesterolului (120 mg/dl la control).

CAPITOLUL 5
Dietoterapia în bolile diareice

Ș.L. dr. Talida-Georgiana Novăcescu

5.1. CAZ 5: pacientă în vârstă de 26 de ani, cu domiciliul în mediul urban, spitalizată în perioada 03.07-10.07.2024 în Clinica de Boli Infecțioase din cadrul Spitalului Victor Babeș Timișoara, cu diagnosticul de enterocolită acută și anemie formă moderată hipocromă microcitară.

Antecedente heredocolaterale: un frate cu rectocolită ulcero-hemoragică, diagnosticată în urmă cu aproximativ 10 ani și aflată sub tratament biologic. Pacienta nu are antecedente personale patologice relevante.

De profesie studentă.

Se remarcă faptul că, pe parcursul ultimului an, pacienta s-a prezentat de mai multe ori la serviciul de urgență județean pentru episoade de enterocolită acută însoțite de lipotimie.

5.1.1. Anamneză nutrițională inițială:

- Fiziologic: G=52 kg, Î=171 cm, IMC=17,78 (subponderală), CA=64 cm, CB=86 cm, IAF=0,74
- Stil alimentar: programul de masă al pacientei este neregulat; nu servește micu-dejun; tendință exagerată spre gustări și mese incomplete; senzație de foame / pofte constant pentru carbohidrați și gluten; bea 2 espresso dimineața și încă 2 până la 4 după-amiaza / seara, după cât de târziu se termină orele la facultate; se remarcă gustările repetate din timpul nopții, precum și acuzele de rău după consumul alimentelor cu gluten, asociate cu oboseală cronică. Balonare constantă, constipație alternate cu diaree. Mănâncă foarte puține legume și fructe.
- Hidratare: apă plată=1.5-2 l/zi.

- Repaus nocturn: somnul durează în medie 6-7 ore/noapte, de regulă în intervalul 24.00-5.00/6.00.
- Efort fizic: interval foarte amplu 500-9000 pași / zi; pacienta frecventează cursurile de cycling și pilates; în afara acestora, nu are pasiuni care să implice mișcare în mod incidental.

Modificările biologice pot fi observate în tabelul 5.1.

Tabel 5.1. Modificări biologie caz 5

	03.07.2024	*09.07.2024*	*23.08.2024*
Leucocite *VN: 4.000–10.000/µL* *Formula leucocitară, VN: neutrofile 55–65%; limfocite 30–40%; monocite 5.5–10%*	*13.050↑* *N=59.5%* *Ly=37.1%* *Mo=3.4%↓*	*8.490* *N=53.3%* *Ly=33.3%* *Mo=13.4%↑*	*5.400* *N=56%* *Ly=23.6%↓* *Mo=10.4%↑*
Eritrocite *VN: 4.7–5.6 milioane/µL*	*3.440.000*	*4.00.000*	*5.400.000*
Hemoglobina (Hb) *VN: 14–17.2 g/dL*	*9*	*11.5*	*13.7*
Hematocrit (Ht), VN: 42–51%	*27.5*	*33.2*	*40.3*
Trombocite, VN: 150.000–400.000/µL	*150.000*	*157.000*	*280.000*
Timp Quick (TP), VN: 9.8–12.1 s	*12*	*12*	*12.1*
INR *VN: 0.8–1.2*	*0.96*	*0.94*	*0.90*
Fibrinogen *VN: 1.8–3.5 g/L*	*2.27*	*2.11*	*3*
Acid lactic *VN: 4.5–19.8 mg/dL*	*7.19*	*10*	*18.8*
D-dimeri, VN < 0.5 µg/mL	*3.28↑*	*1.12↑*	*0.4*
AST (TGO), VN: 0–40 U/L	*20*	*21*	*28.4*
ALT (TGP), VN: 0–41 U/L	*33*	*24*	*10.1*
Uree serică, VN: 0–50 mg/dL	*40*	*10*	*24.1*
Glucoză serică *VN: 74–106 mg/dL*	*86*	*87*	*97*
HbA1c (hemoglobină glicată), VN: 0–6.5%	*6.2*	*6*	*5.7*

Creatinină serică *VN: 0.70–1.2 mg/dL*	*1*	*1.2*	*0.9*
Bilirubina totală *VN: 0–1.2 mg/dL*	*0.83*	*0.89*	*0.49*
Bilirubina directă (conjugată) *VN: 0–0.2 mg/dL*	*0.38↑*	*0.2*	*0.10*
Lactat-dehidrogenaza (LDH), VN: 135–225 U/L	*354↑*	*189*	*150*
Sodiu seric (Na^+) *VN: 136–145 mmol/L*	*127.43↓*	*140*	*140.75*
Potasiu seric (K^+) *VN: 3.50–5.1 mmol/L*	*4.93*	*4.8*	*3.6*
Feritină serică *VN: 30–400 µg/L*	*15.96↓*	*18.2↓*	*36.47*
Fier seric (sideremie) *VN: 33–193 µg/dL*	*30*	*32*	*184*
IL-6 *VN: 0–7 pg/mL*	*5*	*7*	*3*
PCR (proteina C reactivă) *VN: 0–5 mg/L*	*16.73↑*	*10↑*	*2*
Procalcitonină (PCT) *VN: < 0.5 ng/mL*	*0.03*	*0.5*	*0.20*
Calciu total seric *VN: 8.8–10.4 mg/dL*	*10*	*8*	*8.9*
Magneziu seric *VN: 1.6–2.6 mg/dL*	*1.6*	*1.7*	*2.2*
Colesterol total *VN: < 200 mg/dL*	*227*	*219*	*189*
Trigliceride serice *VN: < 150 mg/dL*	*115*	*105*	*60*
Lipide totale serice *VN: 600–800 mg/dL*	*800*	*800*	*600*
HDL-colesterol *VN: 20–60 mg/dL*	*45*	*45*	*57*
LDL-colesterol *VN: < 100 mg/dL*	*159*	*143*	*120*
Vitamina D (25-OH) *VN: 30–55.5 ng/mL*	*< 20*	*< 20*	*37*

Pacienta a primit tratamentul prevăzut de protocolul spitalului pentru enterocolita acută, iar ulterior i s-au recomandat un regim alimentar și suplimente alimentare asociate.

Stil alimentar/meniu: pe baza anamnezei de la externare, am stabilit de comun acord cu pacienta ca în săptămânile următoare să respecte un meniu predefinit, care să acopere necesarul energetic și de nutrienți pentru a câștiga în greutate față de valoarea actuală și pentru a-și îmbunătăți compoziția corporală și statusul nutrițional. Opțiunea a fost apreciată ca fezabilă, deoarece pacienta a înțeles că sunt necesare schimbări clare și a dorit să urmeze, în primele 6 săptămâni, un plan rigid, impus.

Conform profilului pacientei:

GI = 171 – 105 = 66 kg, ceea ce corespunde unui NE = 66 × 30 = 1980 kcal (de menținere).

Deoarece greutatea actuală (52 kg, IMC = 17,78 kg/m^2) încadrează pacienta în categoria subponderală, iar obiectivele intervenției nutriționale sunt recuperarea ponderală progresivă, refacerea rezervelor de fier și structurarea unui comportament alimentar regulat, aportul energetic a fost stabilit la aproximativ 2200 kcal/zi – un surplus de 200–250 kcal față de necesarul estimat. Ținta este o creștere ponderală de 0,25–0,5 kg/săptămână, cu câștig preponderent de masă musculară, nu de masă adipoasă.

Meniul zilnic include:

- un aport energetic total de 2200 kcal, din care: 48% glucide (preponderent complexe, cu indice glicemic scăzut), 31% lipide (cu predominanța acizilor grași mononesaturați și polinesaturați omega-3) și 21% proteine (≈2,2 g/kg greutate actuală, respectiv 1,75 g/kg greutate ideală), pentru susținerea eritropoiezei și a refacerii masei musculare.
- glucide ≈ 260 g, lipide ≈ 78 g, proteine ≈ 118 g.
- aport hidric = 2–2,5 l/zi.

- fibre (solubile și insolubile) = 35–45 g/zi, cu introducerea treptată a leguminoaselor și a legumelor crude în primele două săptămâni, pentru a preveni balonarea.
- 4 mese la ore fixe (mic dejun obligatoriu, în prima oră după trezire; prânz; gustare; cină), ultima masă cel târziu la ora 20.30, fără gustări nocturne.
- surse zilnice de fier hemic (carne roșie slabă, ficat de pui o dată pe săptămână, pește), combinate cu surse de vitamina C (ardei, citrice, kiwi, pătrunjel) și consumate la cel puțin o oră distanță de cafea, ceai, lactate și cereale integrale bogate în fitați – inhibitori cunoscuți ai absorbției fierului non-hemic.
- limitarea cafelei la maximum 2 espresso/zi, la distanță de mesele bogate în fier și nu după ora 14.00, pentru îmbunătățirea calității somnului.
- conținut redus de lactoză în primele 3 săptămâni (iaurt, chefir, brânzeturi maturate; fără lapte dulce), din cauza deficitului tranzitoriu de lactază post-enterocolită (vezi subcapitolul 1.5).
- suplimentare: fier oral (sulfat feros, 100 mg fier elemental, în zile alternative, doză unică dimineața, pe stomacul gol sau cu suc de citrice), vitamina D3 2000 UI/zi, probiotic (*Saccharomyces boulardii* sau *Lactobacillus rhamnosus* GG, 4 săptămâni), magneziu.

Important: până la finalizarea evaluării pentru boala celiacă (anticorpi anti-transglutaminază tisulară IgA – anti-tTG IgA – și IgA totală serică, cu recomandare de endoscopie digestivă superioară cu biopsii duodenale), pacienta nu va exclude glutenul din alimentație: sub dietă fără gluten, serologia se negativează și histologia se normalizează, iar diagnosticul nu mai poate fi confirmat. De aceea, meniul menține o cantitate zilnică controlată de gluten (o porție de pâine integrală de grâu, marcată cu asterisc*), suficientă pentru validitatea testării. Dacă boala celiacă se confirmă, produsul marcat se înlocuiește cu echivalentul certificat fără gluten, iar planul alimentar se revizuiește conform principiilor din subcapitolul 1.6.

Meniu săptămânal:

Ziua 1

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
fulgi de ovăz	*60*	*227,4*	*40,6*	*3,9*	*7,9*	*6,1*
lapte fără lactoză 1,5%	*200*	*92,0*	*9,8*	*3,0*	*6,8*	*0,0*
banană	*120*	*106,8*	*27,4*	*0,4*	*1,3*	*3,1*
semințe de dovleac	*15*	*83,8*	*1,6*	*7,4*	*4,5*	*0,9*
miere	*10*	*30,4*	*8,2*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Total masă		*540,4*	*87,6*	*14,6*	*20,6*	*10,1*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
ficat de pui sote	*120*	*200,4*	*1,1*	*7,8*	*29,4*	*0,0*
cartofi fierți	*200*	*172,0*	*40,0*	*0,2*	*3,4*	*3,6*
lapte fără lactoză 1,5%	*50*	*23,0*	*2,5*	*0,8*	*1,7*	*0,0*
ulei de măsline	*15*	*132,6*	*0,0*	*15,0*	*0,0*	*0,0*
ardei gras	*100*	*31,0*	*6,0*	*0,3*	*1,0*	*2,1*
castraveți	*100*	*15,0*	*3,6*	*0,1*	*0,7*	*0,5*
*pâine integrală**	*60*	*150,0*	*26,4*	*1,8*	*5,4*	*3,9*
portocală	*150*	*70,5*	*17,7*	*0,1*	*1,4*	*3,6*
Total masă		*794,5*	*97,2*	*26,1*	*43,0*	*13,7*
Gustare	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
iaurt grecesc 2%	*150*	*109,5*	*5,8*	*2,9*	*14,8*	*0,0*

căpșuni	*150*	*48,0*	*11,6*	*0,5*	*1,1*	*3,0*
migdale	*20*	*115,8*	*4,3*	*10,0*	*4,2*	*2,5*
Total masă		*273,3*	*21,7*	*13,3*	*20,1*	*5,5*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
somon la cuptor	*130*	*267,8*	*0,0*	*16,1*	*28,7*	*0,0*
orez brun fiert	*150*	*184,5*	*38,4*	*1,5*	*4,0*	*2,4*
broccoli fiert	*150*	*52,5*	*10,8*	*0,6*	*3,6*	*5,0*
ulei de măsline	*8*	*70,7*	*0,0*	*8,0*	*0,0*	*0,0*
kiwi	*100*	*61,0*	*14,7*	*0,5*	*1,1*	*3,0*
Total masă		*636,5*	*63,9*	*26,7*	*37,5*	*10,3*
Total zilnic		***2244,7***	***270,4***	***80,7***	***121,2***	***39,6***

Ziua 2

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
ou fiert	*120*	*186,0*	*1,3*	*12,7*	*15,1*	*0,0*
*pâine integrală**	*60*	*150,0*	*26,4*	*1,8*	*5,4*	*3,9*
roșii	*150*	*27,0*	*5,8*	*0,3*	*1,4*	*1,8*
ardei gras	*100*	*31,0*	*6,0*	*0,3*	*1,0*	*2,1*
avocado	*50*	*80,0*	*4,2*	*7,3*	*1,0*	*3,4*
mandarine	*100*	*53,0*	*13,3*	*0,3*	*0,8*	*1,8*
Total masă		*527,0*	*57,1*	*22,8*	*24,7*	*13,0*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*

mușchi de vită la grătar	*100*	*183,0*	*0,0*	*6,9*	*28,5*	*0,0*
hrișcă fiartă	*250*	*230,0*	*49,8*	*1,5*	*8,5*	*6,8*
morcov fiert	*100*	*35,0*	*8,2*	*0,2*	*0,8*	*3,0*
sfeclă fiartă	*100*	*44,0*	*10,0*	*0,2*	*1,7*	*2,0*
ulei de măsline	*12*	*106,1*	*0,0*	*12,0*	*0,0*	*0,0*
pătrunjel	*10*	*3,6*	*0,6*	*0,1*	*0,3*	*0,3*
măr	*150*	*78,0*	*20,7*	*0,3*	*0,5*	*3,6*
Total masă		*679,7*	*89,3*	*21,2*	*40,2*	*15,7*
Gustare	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
chefir 2,5%	*200*	*104,0*	*8,0*	*5,0*	*6,6*	*0,0*
banană	*100*	*89,0*	*22,8*	*0,3*	*1,1*	*2,6*
nuci	*15*	*98,1*	*2,1*	*9,8*	*2,3*	*1,0*
Total masă		*291,1*	*32,9*	*15,1*	*10,0*	*3,6*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
piept de pui la cuptor	*110*	*181,5*	*0,0*	*4,0*	*34,1*	*0,0*
cartofi copți	*250*	*232,5*	*53,0*	*0,2*	*6,2*	*5,5*
salată verde	*80*	*12,0*	*2,3*	*0,2*	*1,1*	*1,0*
rucola	*30*	*7,5*	*1,1*	*0,2*	*0,8*	*0,5*
roșii	*100*	*18,0*	*3,9*	*0,2*	*0,9*	*1,2*
ulei de măsline	*10*	*88,4*	*0,0*	*10,0*	*0,0*	*0,0*
struguri	*120*	*82,8*	*21,7*	*0,2*	*0,8*	*1,1*
Total masă		*622,7*	*82,0*	*15,0*	*44,0*	*9,3*
Total zilnic		***2120,5***	***261,3***	***74,1***	***118,9***	***41,6***

Ziua 3

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
iaurt grecesc 2%	*200*	*146,0*	*7,8*	*3,8*	*19,8*	*0,0*
fulgi de ovăz	*50*	*189,5*	*33,9*	*3,2*	*6,6*	*5,0*
afine	*120*	*68,4*	*17,4*	*0,4*	*0,8*	*2,9*
semințe de in măcinate	*10*	*53,4*	*2,9*	*4,2*	*1,8*	*2,7*
miere	*10*	*30,4*	*8,2*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
nuci	*10*	*65,4*	*1,4*	*6,5*	*1,5*	*0,7*
Total masă		*553,1*	*71,5*	*18,1*	*30,6*	*11,3*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
sardine conservă (scurse)	*100*	*208,0*	*0,0*	*11,5*	*24,6*	*0,0*
paste fără gluten fierte	*200*	*260,0*	*56,0*	*1,6*	*5,0*	*2,4*
roșii	*150*	*27,0*	*5,8*	*0,3*	*1,4*	*1,8*
usturoi	*5*	*7,5*	*1,6*	*0,0*	*0,3*	*0,1*
ulei de măsline	*15*	*132,6*	*0,0*	*15,0*	*0,0*	*0,0*
rucola	*40*	*10,0*	*1,5*	*0,3*	*1,0*	*0,6*
portocală	*150*	*70,5*	*17,7*	*0,1*	*1,4*	*3,6*
Total masă		*715,5*	*82,7*	*28,9*	*33,7*	*8,5*
Gustare	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
*pâine integrală**	*60*	*150,0*	*26,4*	*1,8*	*5,4*	*3,9*
humus	*50*	*83,0*	*7,2*	*4,8*	*4,0*	*3,0*

ardei gras	*100*	*31,0*	*6,0*	*0,3*	*1,0*	*2,1*
Total masă		*264,0*	*39,5*	*6,9*	*10,4*	*9,0*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
ouă	*120*	*186,0*	*1,3*	*12,7*	*15,1*	*0,0*
spanac fiert	*150*	*34,5*	*5,7*	*0,5*	*4,5*	*3,6*
caşcaval	*30*	*107,1*	*0,4*	*8,3*	*7,5*	*0,0*
ulei de măsline	*5*	*44,2*	*0,0*	*5,0*	*0,0*	*0,0*
cartofi fierți	*200*	*172,0*	*40,0*	*0,2*	*3,4*	*3,6*
castraveți	*100*	*15,0*	*3,6*	*0,1*	*0,7*	*0,5*
kiwi	*100*	*61,0*	*14,7*	*0,5*	*1,1*	*3,0*
Total masă		*619,8*	*65,7*	*27,3*	*32,3*	*10,7*
Total zilnic		***2152,4***	***259,4***	***81,2***	***107,0***	***39,5***

Ziua 4

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
*pâine integrală**	*60*	*150,0*	*26,4*	*1,8*	*5,4*	*3,9*
unt de arahide	*25*	*147,0*	*5,0*	*12,5*	*6,2*	*1,5*
banană	*100*	*89,0*	*22,8*	*0,3*	*1,1*	*2,6*
lapte fără lactoză 1,5%	*200*	*92,0*	*9,8*	*3,0*	*6,8*	*0,0*
căpşuni	*100*	*32,0*	*7,7*	*0,3*	*0,7*	*2,0*
Total masă		*510,0*	*71,7*	*17,9*	*20,2*	*10,0*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*

pulpă de pui fără piele, la cuptor	*110*	*196,9*	*0,0*	*9,0*	*27,3*	*0,0*
orez brun fiert	*220*	*270,6*	*56,3*	*2,2*	*5,9*	*3,5*
mazăre verde fiartă	*100*	*84,0*	*15,6*	*0,2*	*5,4*	*5,5*
morcov	*50*	*20,5*	*4,8*	*0,1*	*0,5*	*1,4*
ulei de măsline	*10*	*88,4*	*0,0*	*10,0*	*0,0*	*0,0*
pară	*150*	*85,5*	*22,8*	*0,1*	*0,6*	*4,7*
Total masă		*745,9*	*99,5*	*21,7*	*39,7*	*15,1*
Gustare	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
brânză de vaci slabă	*150*	*135,0*	*5,2*	*3,8*	*19,5*	*0,0*
caise uscate	*40*	*96,4*	*25,0*	*0,2*	*1,4*	*2,9*
semințe de floarea-soarelui	*15*	*87,6*	*3,0*	*7,7*	*3,1*	*1,3*
Total masă		*319,0*	*33,3*	*11,7*	*24,0*	*4,2*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
cod la cuptor	*130*	*136,5*	*0,0*	*1,2*	*29,6*	*0,0*
cartofi copți	*230*	*213,9*	*48,8*	*0,2*	*5,8*	*5,1*
dovlecel	*150*	*25,5*	*4,7*	*0,5*	*1,8*	*1,5*
ulei de măsline	*15*	*132,6*	*0,0*	*15,0*	*0,0*	*0,0*
sfeclă fiartă	*100*	*44,0*	*10,0*	*0,2*	*1,7*	*2,0*
măr	*100*	*52,0*	*13,8*	*0,2*	*0,3*	*2,4*
Total masă		*604,5*	*77,2*	*17,2*	*39,2*	*11,0*
Total zilnic		***2179,4***	***281,7***	***68,5***	***123,1***	***40,3***

Ziua 5

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
fulgi de ovăz	*60*	*227,4*	*40,6*	*3,9*	*7,9*	*6,1*
lapte fără lactoză 1,5%	*200*	*92,0*	*9,8*	*3,0*	*6,8*	*0,0*
măr	*120*	*62,4*	*16,6*	*0,2*	*0,4*	*2,9*
nuci	*15*	*98,1*	*2,1*	*9,8*	*2,3*	*1,0*
miere	*10*	*30,4*	*8,2*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Total masă		*510,3*	*77,3*	*16,9*	*17,4*	*10,0*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
piept de curcan la grătar	*100*	*147,0*	*0,0*	*2,1*	*30,0*	*0,0*
linte fiartă	*150*	*174,0*	*30,1*	*0,6*	*13,5*	*11,8*
orez brun fiert	*100*	*123,0*	*25,6*	*1,0*	*2,7*	*1,6*
morcov	*50*	*20,5*	*4,8*	*0,1*	*0,5*	*1,4*
ceapă	*40*	*16,0*	*3,7*	*0,0*	*0,4*	*0,7*
roșii	*100*	*18,0*	*3,9*	*0,2*	*0,9*	*1,2*
ulei de măsline	*20*	*176,8*	*0,0*	*20,0*	*0,0*	*0,0*
portocală	*150*	*70,5*	*17,7*	*0,1*	*1,4*	*3,6*
Total masă		*745,8*	*85,9*	*24,2*	*49,3*	*20,3*
Gustare	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
*pâine integrală**	*60*	*150,0*	*26,4*	*1,8*	*5,4*	*3,9*
avocado	*60*	*96,0*	*5,1*	*8,8*	*1,2*	*4,0*

ou fiert	*60*	*93,0*	*0,7*	*6,4*	*7,6*	*0,0*
Total masă		*339,0*	*32,2*	*17,0*	*14,2*	*7,9*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
păstrăv la cuptor	*130*	*195,0*	*0,0*	*7,5*	*29,8*	*0,0*
cartofi fierți	*250*	*215,0*	*50,0*	*0,2*	*4,2*	*4,5*
fasole verde fiartă	*150*	*52,5*	*11,8*	*0,5*	*2,9*	*4,8*
ulei de măsline	*10*	*88,4*	*0,0*	*10,0*	*0,0*	*0,0*
struguri	*100*	*69,0*	*18,1*	*0,2*	*0,7*	*0,9*
Total masă		*619,9*	*80,0*	*18,4*	*37,6*	*10,2*
Total zilnic		***2215,0***	***275,4***	***76,5***	***118,5***	***48,4***

Ziua 6

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
ouă	*120*	*186,0*	*1,3*	*12,7*	*15,1*	*0,0*
*pâine integrală**	*60*	*150,0*	*26,4*	*1,8*	*5,4*	*3,9*
brânză de vaci slabă	*50*	*45,0*	*1,8*	*1,2*	*6,5*	*0,0*
roșii	*150*	*27,0*	*5,8*	*0,3*	*1,4*	*1,8*
ardei gras	*100*	*31,0*	*6,0*	*0,3*	*1,0*	*2,1*
măsline	*30*	*34,5*	*1,9*	*3,2*	*0,2*	*1,0*
mandarine	*150*	*79,5*	*19,9*	*0,5*	*1,2*	*2,7*
Total masă		*553,0*	*63,2*	*20,0*	*30,8*	*11,5*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*

chifteluțe de vită la cuptor	*110*	*201,3*	*0,0*	*7,6*	*31,4*	*0,0*
cartofi copți	*270*	*251,1*	*57,2*	*0,3*	*6,8*	*5,9*
varză	*100*	*25,0*	*5,8*	*0,1*	*1,3*	*2,5*
morcov	*50*	*20,5*	*4,8*	*0,1*	*0,5*	*1,4*
ulei de măsline	*15*	*132,6*	*0,0*	*15,0*	*0,0*	*0,0*
kiwi	*100*	*61,0*	*14,7*	*0,5*	*1,1*	*3,0*
Total masă		*691,5*	*82,5*	*23,6*	*41,0*	*12,8*
Gustare	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
iaurt grecesc 2%	*150*	*109,5*	*5,8*	*2,9*	*14,8*	*0,0*
afine	*100*	*57,0*	*14,5*	*0,3*	*0,7*	*2,4*
migdale	*20*	*115,8*	*4,3*	*10,0*	*4,2*	*2,5*
Total masă		*282,3*	*24,7*	*13,1*	*19,8*	*4,9*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
ton conservă în apă (scurs)	*80*	*92,8*	*0,0*	*0,6*	*20,4*	*0,0*
quinoa fiartă	*200*	*240,0*	*42,6*	*3,8*	*8,8*	*5,6*
ardei gras	*100*	*31,0*	*6,0*	*0,3*	*1,0*	*2,1*
castraveți	*100*	*15,0*	*3,6*	*0,1*	*0,7*	*0,5*
porumb boabe fiert	*50*	*48,0*	*10,5*	*0,8*	*1,7*	*1,2*
ulei de măsline	*10*	*88,4*	*0,0*	*10,0*	*0,0*	*0,0*
avocado	*50*	*80,0*	*4,2*	*7,3*	*1,0*	*3,4*
Total masă		*595,2*	*67,0*	*22,9*	*33,6*	*12,7*
Total zilnic		***2122,0***	***237,4***	***79,6***	***125,2***	***41,9***

Ziua 7

Mic dejun	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
fulgi de ovăz	*50*	*189,5*	*33,9*	*3,2*	*6,6*	*5,0*
iaurt natural 3,5%	*150*	*91,5*	*7,0*	*5,0*	*5,2*	*0,0*
banană	*100*	*89,0*	*22,8*	*0,3*	*1,1*	*2,6*
semințe de dovleac	*15*	*83,8*	*1,6*	*7,4*	*4,5*	*0,9*
miere	*10*	*30,4*	*8,2*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
curmale	*20*	*55,4*	*15,0*	*0,0*	*0,4*	*1,3*
Total masă		*539,6*	*88,5*	*15,9*	*17,9*	*9,9*
Prânz	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
mușchi de vită la grătar	*130*	*237,9*	*0,0*	*9,0*	*37,0*	*0,0*
cartofi copți	*200*	*186,0*	*42,4*	*0,2*	*5,0*	*4,4*
mazăre verde fiartă	*100*	*84,0*	*15,6*	*0,2*	*5,4*	*5,5*
morcov	*50*	*20,5*	*4,8*	*0,1*	*0,5*	*1,4*
ulei de măsline	*10*	*88,4*	*0,0*	*10,0*	*0,0*	*0,0*
unt 82%	*5*	*35,9*	*0,0*	*4,0*	*0,0*	*0,0*
portocală	*150*	*70,5*	*17,7*	*0,1*	*1,4*	*3,6*
Total masă		*723,1*	*80,5*	*23,7*	*49,3*	*14,9*
Gustare	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
*pâine integrală**	*60*	*150,0*	*26,4*	*1,8*	*5,4*	*3,9*
cașcaval	*30*	*107,1*	*0,4*	*8,3*	*7,5*	*0,0*
castraveți	*100*	*15,0*	*3,6*	*0,1*	*0,7*	*0,5*

Total masă		*272,1*	*30,4*	*10,2*	*13,6*	*4,4*
Cină	*Cantitate (g/ml)*	*Kcal*	*Glucide (g)*	*Lipide (g)*	*Proteine (g)*	*Fibre (g)*
macrou la cuptor	*120*	*314,4*	*0,0*	*21,4*	*28,7*	*0,0*
orez brun fiert	*150*	*184,5*	*38,4*	*1,5*	*4,0*	*2,4*
salată verde	*80*	*12,0*	*2,3*	*0,2*	*1,1*	*1,0*
roșii	*100*	*18,0*	*3,9*	*0,2*	*0,9*	*1,2*
ulei de măsline	*8*	*70,7*	*0,0*	*8,0*	*0,0*	*0,0*
pară	*100*	*57,0*	*15,2*	*0,1*	*0,4*	*3,1*
Total masă		*656,6*	*59,8*	*31,3*	*35,1*	*7,7*
Total zilnic		***2191,4***	***259,2***	***81,1***	***115,9***	***36,9***

*pâine integrală de grâu – menținută intenționat până la finalizarea testării pentru boala celiacă; se înlocuiește cu pâine certificată fără gluten după confirmarea diagnosticului.

Anamneză nutrițională de control la 6 săptămâni:

G=55 kg (+3 kg), Î=171 cm, CA=66 cm (+2 cm), CB=88 cm (+2 cm), IMC=18,81 (+1,03), IAF=0,75 (+0,01)

- pacienta raportează dispariția episoadelor lipotimice, reducerea semnificativă a oboselii și normalizarea tranzitului intestinal; persistă un grad moderat de balonare postprandială după produsele de panificație.
- aderență de aproximativ 85% la meniul stabilit; micul dejun a fost respectat zilnic, iar consumul de cafea a fost redus la 2 espresso/zi.
- propunere de repetare a analizelor la 3 luni, cu adăugarea: reticulocite, feritină, saturația transferinei, vitamina B12, acid

folic, TSH, FT4, calprotectină fecală, examen coproparazitologic (inclusiv antigen *Giardia* în materiile fecale), anti-tTG IgA și IgA totală (dacă nu au fost determinate anterior), genotipare HLA-DQ2/DQ8 și, în cazul confirmării bolii celiace, osteodensitometrie DXA.

În cadrul cazului prezentat, asocierea dintre anemia feriprivă (feritină 15,96 µg/L, fier seric 30 µg/dl, hemoglobină 9 g/dl), episoadele recurente de enterocolită, simptomele digestive cronice (balonare, alternanță constipație–diaree), oboseala cronică, intoleranța la gluten raportată de pacientă și antecedentele familiale de boală inflamatorie intestinală impune un diagnostic diferențial sistematic înainte de a atribui simptomele unei „intoleranțe la gluten" autodeclarate. Ghidul Societății Britanice de Gastroenterologie (BSG 2021) privind anemia feriprivă recomandă screeningul serologic pentru boala celiacă la toți adulții cu anemie feriprivă confirmată, iar la femeile tinere fără menoragie sau fără o cauză alimentară evidentă – evaluarea endoscopică a tractului digestiv.

Boala celiacă este prima ipoteză de exclus: prevalența în populația adultă din România este estimată la 1,26%, iar anemia feriprivă este cea mai frecventă manifestare extraintestinală, prezentă la 30–50% dintre adulții nou diagnosticați. Conform ghidului ESsCD 2025, pacienta – sub 45 de ani, fără semne de alarmă – este eligibilă pentru diagnostic fără biopsie („no-biopsy approach") dacă titrul anti-tTG IgA depășește de 10 ori limita superioară a normalului și rezultatul este confirmat pe o a doua probă; în caz contrar, endoscopia cu biopsii duodenale rămâne obligatorie. Momentul recoltării este esențial: testarea trebuie efectuată înaintea oricărei restricții de gluten, iar dacă pacienta a redus deja spontan consumul, este necesară o reexpunere la gluten („gluten challenge": minimum 3 g/zi, echivalentul a 1–2 felii de pâine, timp de 2–8 săptămâni) înainte de serologie și biopsie.

Antecedentele familiale (frate cu rectocolită ulcero-hemoragică sub terapie biologică) cresc riscul de boală inflamatorie intestinală de 4–8 ori față de populația generală, astfel încât prezentările repetate pentru „enterocolită acută” la o pacientă tânără pot reprezenta, de fapt, pusee ale unei colite inflamatorii nediagnosticate. Calprotectina fecală este un biomarker neinvaziv cu sensibilitate înaltă; o valoare persistent peste 150–200 µg/g indică colonoscopia cu biopsii etajate. Trebuie exclusă și giardioza cronică – cauză frecventă de diaree intermitentă, malabsorbție și scădere ponderală la adultul tânăr –, prin examen coproparazitologic repetat sau prin detecția antigenului fecal.

Sindromul de intestin iritabil post-infecțios (PI-IBS) apare la aproximativ 10% dintre pacienții cu gastroenterită infecțioasă, riscul fiind de patru ori mai mare decât în populația generală și mai ridicat la femei, la persoanele cu anxietate și după episoade severe sau prelungite. De subliniat că ameliorarea simptomelor la reducerea produselor cu gluten nu este specifică bolii celiace: fructanii din grâu – oligozaharide fermentabile din grupul FODMAP – reproduc balonarea și tulburările de tranzit la persoanele cu sensibilitate non-celiacă la gluten, iar studiile randomizate controlate au demonstrat un efect nocebo important. Diagnosticul de sensibilitate non-celiacă la gluten se stabilește doar după excluderea bolii celiace și a alergiei la grâu (vezi subcapitolul 1.6).

Din perspectiva dietoterapiei anemiei feriprive, absorbția fierului non-hemic este redusă cu 39–60% de polifenolii din cafeaua consumată la masă sau în ora următoare – aspect relevant la o pacientă cu 4–6 espresso/zi. Administrarea fierului oral în zile alternative, în doză unică matinală, crește absorbția fracțională (evită creșterea hepcidinei indusă de dozele zilnice) și reduce efectele adverse gastrointestinale. Vitamina C crește absorbția fierului non-hemic din alimente; în cazul suplimentelor orale, însă, un studiu randomizat recent nu a demonstrat un beneficiu suplimentar al asocierii acidului ascorbic, astfel încât recomandarea se concentrează pe combinațiile alimentare (carne, pește, surse de vitamina C) și pe separarea de inhibitori (cafea, ceai, calciu, fitați).

Evoluția biologică este favorabilă: la 23.08.2024, hemoglobina a ajuns la 13,7 g/dl, feritina la 36,47 µg/L, CRP s-a normalizat, iar 25(OH)D a crescut de la <20 la 37 ng/mL sub suplimentare. Feritina rămâne însă la limita inferioară a intervalului de referință, ceea ce impune continuarea terapiei cu fier încă cel puțin 3 luni după normalizarea hemoglobinei, până la o feritină >50 µg/L, și reevaluarea cauzei pierderilor. Din perspectiva statusului nutrițional, IMC-ul de 17,78 kg/m² la internare, împreună cu deficitul de vitamina D și cu tiparul alimentar dezorganizat (omiterea micului dejun, gustări nocturne, aport redus de legume și fructe), definește un risc de malnutriție și de pierdere de masă osoasă la o vârstă la care masa osoasă maximă abia s-a consolidat; recuperarea ponderală lentă (0,25–0,5 kg/săptămână), cu aport proteic de 1,5–2 g/kg și antrenament de rezistență (pilates), favorizează creșterea masei musculare, nu a celei adipoase.

Pe termen lung, indiferent de diagnosticul final, pacienta va beneficia de o rutină alimentară structurată (patru mese regulate, mic dejun obligatoriu, gustare proteică în perioadele de studiu prelungit), de limitarea cofeinei și de o igienă a somnului cu minimum 7–8 ore/noapte și ora de culcare cel târziu 23.30. Educația nutrițională include citirea etichetelor, cunoașterea surselor de fier hemic și non-hemic și – dacă boala celiacă se confirmă – consilierea structurată de către dietetician pentru dieta strict fără gluten, cu monitorizare serologică la 6 și 12 luni, conform recomandărilor ESsCD.

5.2. Recomandări nutriționale în enterocolita acută, anemia feriprivă și subponderalitate

5.2.1. Dietoterapia în faza acută a enterocolitei

Obiectivul prioritar în faza acută este prevenirea și corectarea deshidratării, care explică în bună parte episoadele lipotimice raportate de pacientă. Ghidul Colegiului American de Gastroenterologie privind diareea infecțioasă acută la adult recomandă rehidratarea orală ca primă intervenție, cu soluții de

rehidratare orală la pacienții cu diaree apoasă abundentă sau la cei cu risc de deshidratare, și reluarea cât mai rapidă a alimentației obișnuite. Soluțiile de rehidratare orală cu osmolaritate redusă (aproximativ 245 mOsm/l), recomandate de OMS, conțin glucoză și sodiu în raport echilibrat, astfel încât absorbția sodiului cuplată cu glucoza să antreneze absorbția apei.

Din punct de vedere practic, dieteticianul transmite pacientei următoarele reguli:

- se folosesc soluții de rehidratare orală din farmacie, nu băuturi improvizate; băuturile carbogazoase, sucurile de fructe și băuturile energizante au osmolaritate ridicată și pot accentua diareea;
- lichidele se consumă fracționat, în înghițituri mici și frecvente, mai ales în prezența vărsăturilor; se adaugă aproximativ 200 ml după fiecare scaun diareic, pe lângă necesarul obișnuit;
- alimentația nu se întrerupe: se reiau precoce mesele mici și frecvente, cu alimente ușor digerabile (orez fiert, cartofi fierți, supe de legume strecurate, banane, pâine prăjită, ouă fierte, carne slabă fiartă);
- dietele restrictive de tip „ceai și pesmet” prelungite peste 24-48 de ore nu sunt justificate, deoarece întârzie refacerea mucoasei intestinale și agravează deficitul energetic, deosebit de important la o pacientă subponderală;
- temporar se evită cafeaua, alcoolul, alimentele foarte grase sau prăjite, laptele dulce (deficit tranzitoriu de lactază) și îndulcitorii de tip sorbitol sau manitol, cu efect laxativ osmotic;
- semnele de alarmă care impun reevaluare medicală sunt febra ridicată, sângele în scaun, durerea abdominală severă, semnele de deshidratare (sete intensă, urină redusă și închisă la culoare, amețeli la ridicare) sau persistența diareei peste 7 zile.

Probioticele sunt folosite frecvent în diareea acută, însă analiza Cochrane actualizată în 2020 a concluzionat că probioticele probabil nu influențează sau influențează foarte puțin durata diareei de peste 48 de ore și numărul de pacienți cu diaree persistentă. Ghidul ACG nu recomandă utilizarea de rutină a probioticelor la adulți în diareea infecțioasă acută, cu excepția diareei asociate antibioticelor. Probioticul propus pacientei la externare poate fi menținut pe durata limitată stabilită (4 săptămâni), dar studentul trebuie să rețină că nu înlocuiește rehidratarea și nici investigarea cauzei episoadelor recurente.

5.2.2. Recuperarea statusului nutrițional la pacienta subponderală

La internare, pacienta avea IMC 17,78 kg/m². Criteriile GLIM pentru diagnosticul malnutriției combină criterii fenotipice (scădere ponderală involuntară, IMC redus, masă musculară redusă) cu criterii etiologice (aport alimentar redus sau malabsorbție, inflamație); un IMC sub 18,5 kg/m² la persoanele sub 70 de ani reprezintă criteriu fenotipic, iar episoadele recurente de enterocolită și suspiciunea de malabsorbție pot constitui criteriul etiologic. Diagnosticul de malnutriție justifică monitorizarea atentă, nu doar recomandări generale de „a mânca mai mult”.

Principiile recuperării ponderale sunt: creșterea progresivă a aportului energetic (aplicată deja prin meniul de 2200 kcal), distribuția proteinelor în porții de aproximativ 25-30 g la fiecare masă principală, pentru stimularea sintezei proteice musculare, asocierea cu exerciții de rezistență și creșterea densității energetice a meselor fără creșterea volumului (ulei de măsline adăugat, semințe, unt de arahide, avocado, fructe uscate). La pacienta cu balonare, volumul mare de legume crude și leguminoase poate limita aportul energetic, motiv pentru care acestea se introduc treptat, iar la nevoie se preferă legumele preparate termic.

La o tânără subponderală, cu tipar alimentar dezorganizat, mese omise, pofte și restricții autoimpuse legate de gluten, dieteticianul trebuie să aibă în vedere și posibilitatea unei tulburări de comportament alimentar. Chestionarul SCOFF, format din cinci întrebări simple, este un instrument validat de screening, un scor de cel puțin 2 puncte sugerând necesitatea unei evaluări de specialitate. Screeningul se face cu tact, fără caracter acuzator, iar un rezultat pozitiv nu stabilește diagnosticul, ci orientează spre evaluare psihiatrică sau psihologică. Excluderea nejustificată a unor grupe de alimente trebuie descurajată la această pacientă, pentru că poate agrava deficitul energetic și poate masca tabloul clinic.

5.2.3. Surse alimentare de fier și factori care influențează absorbția

Necesarul de fier la femeia la vârsta fertilă este de 16 mg/zi (EFSA). Fierul hem, din carne, organe și pește, se absoarbe în proporție de aproximativ 15-35% și este puțin influențat de ceilalți componenți ai mesei. Fierul non-hem, din surse vegetale, ouă și lactate, are o absorbție mult mai redusă și variabilă, crescută de vitamina C și de prezența cărnii în aceeași masă și scăzută de polifenoli (cafea, ceai), calciu, fitați (cereale integrale, leguminoase nepreparate corespunzător) și oxalați. Tabelul 5.2 prezintă principalele surse, cu valori orientative din baza USDA FoodData Central.

Tabel 5.2. Conținutul orientativ de fier al unor alimente (mg/100 g aliment) și observații practice

Aliment	***Fier (mg/100 g)***	***Tip***	***Observații***
Ficat de pui (crud)	*aprox. 9*	*Hem*	*O dată pe săptămână, datorită conținutului ridicat de vitamina A*
Semințe de dovleac decorticate	*aprox. 8,8*	*Non-hem*	*Densitate energetică mare, utile pentru recuperarea ponderală*
Linte (fiartă)	*aprox. 3,3*	*Non-hem*	*Se asociază cu ardei, roșii sau lămâie; se introduce treptat la balonare*
Sardine în ulei (scurse)	*aprox. 2,9*	*Hem*	*Surse și de vitamina D și omega-3*
Năut (fiert)	*aprox. 2,9*	*Non-hem*	*Humusul cu lămâie crește absorbția*
Spanac (crud)	*aprox. 2,7*	*Non-hem*	*Absorbție redusă din cauza oxalaților*
Carne de vită slabă (crudă)	*aprox. 2,0-2,6*	*Hem*	*Crește și absorbția fierului non-hem din aceeași masă*
Ouă	*aprox. 1,8*	*Non-hem*	*Absorbție redusă; utile pentru proteine*
Carne de pui (piept, crud)	*aprox. 0,4*	*Hem*	*Conținut mic, dar fier bine absorbit*

Pentru suplimentarea orală, două studii randomizate la femei cu depozite reduse de fier au arătat că administrarea în zile alternative, ca doză unică dimineața, crește absorbția fracțională și totală a fierului comparativ cu administrarea zilnică sau în doze divizate, prin evitarea creșterii hepcidinei după fiecare doză. Această schemă, aplicată deja pacientei, se completează cu recomandări practice: comprimatul se ia cu apă sau suc de citrice, la cel puțin o oră înainte de micul dejun și la distanță de cafea, ceai, lactate și suplimente de calciu sau magneziu; scaunele închise la culoare sunt normale sub tratament; constipația sau greața se discută cu medicul, nu se rezolvă prin întreruperea tratamentului.

5.2.4. Dieta săracă în FODMAP: când este indicată

Persistența balonării postprandiale după produsele de panificație, la controlul de 6 săptămâni, poate orienta spre sindromul de intestin iritabil post-infecțios sau spre sensibilitatea la fructani. Ghidul

Societății Britanice de Gastroenterologie recomandă dieta săracă în FODMAP ca terapie de linia a doua în sindromul de intestin iritabil, aplicată sub îndrumarea unui dietetician cu experiență, după excluderea bolilor organice. La pacienta din cazul 5, dieta nu se începe înainte de finalizarea testării pentru boala celiacă și a evaluării pentru boala inflamatorie intestinală, deoarece restricția glutenului și ameliorarea simptomelor pot întârzia diagnosticul.

Dieta se aplică în trei etape. În etapa de restricție, cu durata de 4-6 săptămâni, se reduc alimentele bogate în oligozaharide, dizaharide, monozaharide fermentabile și polioli (grâu, secară, ceapă, usturoi, unele leguminoase, lapte, unele fructe precum mere, pere și pepene, îndulcitori polioli). Dacă simptomele se ameliorează, urmează etapa de reintroducere, în care fiecare grup este testat separat, timp de câteva zile, pentru identificarea toleranței individuale. Etapa finală, de personalizare, păstrează restricții doar pentru alimentele care declanșează simptome. Dieta nu se menține în forma strictă pe termen lung, deoarece reduce aportul de fibre prebiotice, modifică microbiota intestinală și, la o pacientă subponderală, poate accentua deficitul energetic.

Tabel 5.3. Exemple de alimente cu conținut ridicat și redus de FODMAP

Grupa	***Conținut ridicat de FODMAP***	***Alternative cu conținut redus***
Cereale	*Pâine și paste din grâu sau secară (fructani)*	*Orez, ovăz, quinoa, hrișcă, pâine cu maia din făină de spelt (porție mică)*
Legume	*Ceapă, usturoi, conopidă, ciuperci, praz (partea albă)*	*Morcov, dovlecel, ardei, castraveți, spanac, roșii, partea verde a prazului*
Fructe	*Mere, pere, pepene verde, fructe uscate în cantitate mare*	*Banană ușor verde, kiwi, portocală, căpșuni, afine, struguri*
Lactate	*Lapte, iaurt din lapte integral, brânză proaspătă*	*Lapte fără lactoză, brânzeturi maturate, iaurt fără lactoză*
Proteine	*Leguminoase în porții mari*	*Carne, pește, ouă, tofu ferm, linte conservată bine clătită (porție mică)*
Îndulcitori	*Sorbitol, manitol, xilitol, sirop de fructoză*	*Zahăr în cantitate mică, sirop de arțar*

5.2.5. Rețete adaptate cazului 5

Rețetele de mai jos sunt dense energetic, bogate în proteine și fier, cu conținut redus de lactoză și ușor de preparat de o studentă. Valorile nutriționale sunt calculate orientativ pe porție, pe baza USDA FoodData Central, pentru ingredientele crude. Pâinea integrală de grâu se păstrează în meniu până la finalizarea testării pentru boala celiacă.

Rețeta 1. Terci de ovăz cu banană, unt de arahide și semințe de dovleac (mic dejun)

Ingrediente: fulgi de ovăz 60 g; lapte fără lactoză 1,5% 250 ml; banană 100 g; unt de arahide fără zahăr 20 g; semințe de dovleac 15 g; scorțișoară 2 g.

Mod de preparare: Fulgii de ovăz se fierb în lapte 4-5 minute, amestecând. Se adaugă banana feliată, untul de arahide și semințele de dovleac, apoi scorțișoara.

Valori nutriționale orientative / porție: 639,8 kcal; glucide 83,3 g; lipide 25,6 g; proteine 26,6 g; fibre 11,6 g.

Observații pentru dietetician: Masă densă energetic, potrivită pentru pacienta care nu obișnuia să mănânce dimineața; cafeaua se consumă la cel puțin o oră după masă. Ovăzul poate fi contaminat cu gluten, aspect relevant doar după confirmarea bolii celiace.

Rețeta 2. Tocăniță de vită cu linte, morcov și spanac (prânz, 3 porții)

Ingrediente (3 porții): carne de vită slabă 360 g; linte brună sau roșie (crudă) 120 g; morcov 150 g; ceapă 100 g; roșii în suc propriu 300 g; spanac 150 g; ulei de măsline 30 g; usturoi 10 g; pătrunjel 15 g; suc de lămâie 20 ml.

Mod de preparare: Carnea tăiată cuburi se rumenește în ulei, se adaugă ceapa și morcovul, apoi roșiile și 600 ml apă. Se fierbe acoperit 40 de minute, se adaugă lintea spălată și se continuă 20-25

de minute. La final se adaugă spanacul, usturoiul, pătrunjelul și sucul de lămâie.

Valori nutriționale orientative / porție: 478 kcal; glucide 44,2 g; lipide 17,5 g; proteine 40,4 g; fibre 9,5 g.

Observații pentru dietetician: Combină fierul hem din carne cu fierul non-hem din linte și spanac, iar vitamina C din pătrunjel, roșii și lămâie crește absorbția. În primele săptămâni, la balonare, lintea roșie decorticată este mai bine tolerată; porția se servește cu orez sau cartofi.

Rețeta 3. Ficățel de pui cu ardei și quinoa (cină, o dată pe săptămână)

Ingrediente: ficățel de pui 120 g; quinoa crudă 60 g; ardei gras roșu 150 g; ceapă 40 g; ulei de măsline 12 g; pătrunjel 10 g; suc de lămâie 10 ml.

Mod de preparare: Quinoa se clătește și se fierbe 15 minute. Ficățeii curățați se călesc în ulei 5-6 minute, până nu mai sunt rozalii la interior, apoi se adaugă ceapa și ardeiul tăiat fâșii și se gătesc încă 4-5 minute. Se servesc cu quinoa, pătrunjel și suc de lămâie.

Valori nutriționale orientative / porție: 538 kcal; glucide 53,4 g; lipide 22 g; proteine 31 g; fibre 8,4 g.

Observații pentru dietetician: Una dintre cele mai bogate surse alimentare de fier hem și vitamina B12; nu se consumă mai des de o dată pe săptămână din cauza conținutului foarte ridicat de vitamina A. Quinoa este natural fără gluten.

Rețeta 4. Budincă de orez cu lapte fără lactoză, caise uscate și căpșuni (gustare)

Ingrediente (2 porții): orez cu bob rotund 60 g; lapte fără lactoză 1,5% 400 ml; caise uscate tăiate mărunt 30 g; căpșuni 150 g; scorțișoară 2 g.

Mod de preparare: Orezul se fierbe în lapte la foc mic 25-30 de minute, amestecând des, până devine cremos. Se adaugă caisele uscate și scorțișoara și se lasă la răcit. Se servește cu căpșuni proaspete. Rețeta este pentru 2 porții.

Valori nutriționale orientative / porție: 262,6 kcal; glucide 49,6 g; lipide 3,5 g; proteine 9,9 g; fibre 3,4 g.

Observații pentru dietetician: Gustare ușor digerabilă, utilă în perioada de refacere după enterocolită, cu conținut redus de lactoză; caisele uscate aduc fier non-hem și energie, iar căpșunile vitamina C.

5.2.6. Monitorizarea nutrițională a pacientei

Tabel 5.4. Plan de monitorizare nutrițională pentru cazul 5

Parametru	***Frecvență***	***Obiectiv***
Greutate, IMC, circumferința brațului	*La 2-4 săptămâni*	*Creștere de 0,25-0,5 kg/săptămână, până la IMC de cel puțin 18,5 kg/m² și apoi spre greutatea stabilită împreună cu pacienta*
Hemoglobină, feritină, saturația transferinei	*La 4-8 săptămâni de tratament, apoi la 3 luni*	*Normalizarea hemoglobinei și refacerea depozitelor de fier*
Vitamina D (25-OH)	*La 3 luni*	*Menținerea valorilor adecvate sub suplimentare*
Jurnal alimentar și de simptome	*Continuu, analizat la fiecare consultație*	*Regularitatea meselor, relația dintre alimente și balonare, aportul de legume și fructe*
Scaune și simptome digestive	*La fiecare consultație*	*Normalizarea tranzitului; semnalarea sângelui în scaun sau a scăderii ponderale*
Comportament alimentar	*La evaluarea inițială și la nevoie*	*Identificarea precoce a unei tulburări de comportament alimentar (chestionar SCOFF)*

Colaborarea dintre medicul infecționist, gastroenterolog și dietetician este esențială în acest caz: planul alimentar se revizuiește după rezultatul testării pentru boala celiacă, al calprotectinei fecale și al examenului coproparazitologic, iar orice restricție alimentară nouă se introduce doar pe baza unui diagnostic confirmat.

5.2.7. Întrebări de aprofundare și aplicații practice

Întrebările următoare urmăresc transferul noțiunilor din acest capitol în practica de cabinet.

- Calculați aportul suplimentar de lichide necesar după șase scaune diareice într-o zi și precizați tipul de soluție recomandat.
- Ce alimente introduceți în primele 24 de ore după oprirea vărsăturilor și în ce ordine?
- Argumentați de ce dieta de tip „ceai și pesmet” prelungită peste 48 de ore este dăunătoare la o pacientă subponderală.
- Ce investigații trebuie finalizate înainte de excluderea glutenului și de ce ordinea contează?
- Construiți o zi de tranziție de aproximativ 1600 kcal, cu fibre insolubile reduse, pornind de la rețetele capitolului.
- Cum asociați într-o singură masă sursele de fier non-hem cu vitamina C și ce evitați la aceeași masă?
- Ce recomandați în privința lactatelor în primele 3 săptămâni după enterocolită și pe ce argument?
- Ce criterii GLIM sunt îndeplinite în acest caz și ce monitorizare impun?
- Enumerați semnele clinice de deshidratare la adult și pe cele care impun prezentarea de urgență.
- Ce strategie propuneți pentru o creștere ponderală de 0,25-0,5 kg pe săptămână, fără accentuarea balonării?

CAPITOLUL 6
Dietoterapia și patologiile secundare urinare - prezentări de caz

Ș.L. dr. Dorin Novăcescu

6.1. CAZ 6, pacientă în vârstă de 62 de ani, cu domiciliul în mediul urban, spitalizată în perioada 05.02.2024-15.02.2024 în Clinica de Boli Infecțioase din cadrul Spitalului Victor Babeș Timișoara, diagnosticată cu infecție urinară cu E. Coli.

Antecedente personale patologice: histerectomie totală efectuată la 40 de ani pentru un fibrom uterin; urmează de circa 5 ani, la recomandarea medicului cardiolog, tratament cu nebivolol 5 mg 1 cp/zi și atorvastatină 80 mg 1 cp/zi, pentru HTA esențială și hipercolesterolemie.

Lucrează ca învățătoare de circa 31 de ani.

În cazul de față se remarcă faptul că pacienta a avut, pe parcursul ultimului an, mai multe infecții urinare recurente.

Înainte de histerectomie, urmată de menopauză medicală, pacienta avea greutate normală și nu efectua controalele ginecologice periodice recomandate.

6.1.1. Anamneză nutrițională inițială:

- Fiziologic: Î=153 cm, G=77 kg, IMC=32.89 (obezitate grad 1), CB=100 cm, CA=104 cm, IAF=1.03 (obezitate abdominală de tip android).
- Stil alimentar: pacienta își organizează mesele în funcție de programul de lucru; în zilele lucrătoare sare peste micul dejun și mănâncă prima dată pe la ora 11, prânzul îl ia spre orele 16-17, iar cina pe la ora 21-22.
- În weekend păstrează aproximativ același program, dar mănâncă mai multe gustări.

- Nu bea cafea, ziua începând-o cu un ceai negru; printre alte obiceiuri alimentare declarate se numără mestecatul gumei (5-6/zi) și consumul excesiv de ciocolată în situațiile stresante, dar și după fiecare masă.
- Hidratare: bea doar 0.5-1l/zi de apă plată, întrucât spune că nu îi este sete, la care se adaugă 2-3 ceaiuri/zi, mai ales ceai negru.
- Repaus nocturn: somnul durează, în medie, 6 h/noapte, între 24.00/01.00 și 6.30.
- Efort fizic: 1000-3000 pași/zi, în medie; se deplasează cu mașina personală sau cu transportul în comun chiar și pe distanțe scurte; nu practică hobby-uri care să implice mișcare incidentală; acuză oboseală marcată după efort fizic și chiar după activitățile zilnice obișnuite, ceea ce sugerează o reducere importantă a toleranței la efort, la care se adaugă dureri persistente lombare și la nivelul genunchilor.

Rezultatele investigațiilor biologice sunt prezentate în tabelul 6.1.:

Tabel 6.1. Modificări biologice caz 6

	05.02.2024	*12.02.2024*	*25.03.2024*
Leucocite , VN: 4.000–10.000/µL *Formula leucocitară, VN: neutrofile 55–65%; limfocite 30–40%; monocite 5.5–10%*	*13.050↑* *N=79.5%↑* *Ly=17.1%↓* *Mo=3.4%↓*	*9.490* *N=53.3%* *Ly=33.3%* *Mo=13.4%↑*	*6.800* *N=56%* *Ly=23.6%↓* *Mo=10.4%↑*
Eritrocite VN: 4.7–5.6 milioane/µL	*4.440.000↓*	*4.250.000↓*	*5.400.000*
Hemoglobina (Hb), VN: 14–17.2 g/dL	*12↓*	*11.5↓*	*12.9↓*
Hematocrit (Ht), VN: 42–51%	*37.5↓*	*33.2↓*	*40.3↓*
Trombocite, VN: 150.000–400.000/µL	*170.000*	*167.000*	*230.000*
Timp Quick (TP), VN: 9.8–12.1 s	*11*	*10*	*11.1*

INR , VN: 0.8–1.2	*0.9*	*0.94*	*0.90*
Fibrinogen , VN: 1.8–3.5 g/L	*5.27↑*	*3.11*	*3*
Acid lactic VN: 4.5–19.8 mg/dL	*27.19↑*	*12.5*	*16.7*
D-dimeri, VN < 0.5 µg/mL	*1.28↑*	*1↑*	*0.4*
AST (TGO), VN: 0–40 U/L	*20.8*	*21*	*28.4*
ALT (TGP), VN: 0–41 U/L	*53↑*	*24*	*15.1*
Uree serică, VN: 0–50 mg/dL	*70↑*	*50*	*24.1*
Glucoză serică, VN: 74–106 mg/dL	*176↑*	*200↑*	*100*
HbA1c (hemoglobină glicată), VN: 0–6.5%	*6.9↑*	*6.9↑*	*6.3↑*
Creatinină serică, VN: 0.70–1.2 mg/dL	*1.77↑*	*1*	*0.73*
Bilirubina totală, VN: 0–1.2 mg/dL	*0.5*	*0.8*	*0.6*
Bilirubina directă (conjugată), VN: 0–0.2 mg/dL	*0.1*	*0.2*	*0.1*
Lactat-dehidrogenaza (LDH), VN: 135–225 U/L	*334↑*	*180*	*160*
Sodiu seric (Na^+) VN: 136–145 mmol/L	*145*	*139*	*140*
Potasiu seric (K^+), VN: 3.50–5.1 mmol/L	*3.8*	*4.2*	*4*
Feritină serică, VN: 30–400 µg/L	*1435.96↑*	*410↑*	*31.54*
Fier seric (sideremie), VN: 33–193 µg/dL	*-*	*-*	*178*
IL-6 VN: 0–7 pg/mL	*45↑*	*15↑*	*6*
PCR (proteina C reactivă), VN: 0–5 mg/L	*316.73↑↑*	*70↑*	*4*
Procalcitonină (PCT), VN: < 0.5 ng/mL	*3↑*	*0.4*	*0.3*

Calciu total seric, VN: 8.8–10.4 mg/dL	*8*	*9*	*8.8*
Magneziu seric, VN: 1.6–2.6 mg/dL	*1.5*	*1.8*	*2.3*
Colesterol total, VN: < 200 mg/dL	*300↑*	*300↑*	*280↑*
Trigliceride serice, VN: < 150 mg/dL	*198↑*	*198↑*	*170↑*
Lipide totale serice, VN: 600–800 mg/dL	*800*	*800*	*800*
HDL-colesterol, VN: 20–60 mg/dL	*30*	*30*	*40*
LDL-colesterol, VN: < 100 mg/dL	*140↑*	*140↑*	*100*
Vitamina D (25-OH), VN: 30–55.5 ng/mL	*< 30↓*	*< 30↓*	*< 30↓*

În prima zi de spitalizare s-au efectuat sumarul și sedimentul urinar, care au evidențiat floră microbiană, astfel încât s-a recoltat și urocultura. Aceasta a ieșit pozitivă pentru E. coli, iar antibiograma a arătat sensibilitate la toate antibioticele testate. Antibioterapia a fost instituită în funcție de antibiogramă, asociată cu tratament simptomatic.

La externare, pacientei i s-au recomandat un regim alimentar și suplimente alimentare asociate.

Stil alimentar/meniu: după anamneza efectuată la externare, am convenit cu pacienta ca, în săptămânile următoare, să respecte un meniu controlat parțial, însoțit de câteva reguli de schimbare a stilului de viață. Mesele principale se bazează pe rețete tradiționale, cu mici ajustări, asupra cărora ne-am înțeles împreună. Pentru că pacienta nu dorește să ia micul dejun, am stabilit 2 mese principale, la ora 11.00 și la ora 16.00-17.00, și o gustare sănătoasă, care va reprezenta ultima masă a zilei și va fi consumată până cel târziu la ora 20.00.

Conform profilului pacientei:

Greutatea ideală, calculată ca 153-105, este de 48 kg; rezultă un necesar energetic de menținere NE=48*30=1440 kcal

Pentru a crea un deficit caloric, aportul din cele 3 mese va fi de 1200 kcal; împreună cu o activitate incidentă mai mare, acesta ar trebui să ducă la reducerea masei corporale.

Pe lângă acestea, am stabilit și alte câteva obiective:

- culcarea până la ora 23.00, cel mai târziu.
- 4000 de pași pe zi, la care se adaugă 10-15 minute de mers alert
- apă plată: 2-2.5 l/zi
- suplimentare cu vitamina D, omega 3, armurariu, mioinositol, probiotic și enzime. Aproximativ, meniul unei zile include:
- 1200 kcal, distribuite astfel: 45% glucide, în majoritate complexe, 35% lipide, cu accent pe acizii grași mononesaturați și pe cei polinesaturați omega 3, iar restul de 20% proteine.
- cantitativ: 135 g glucide, 47 g lipide și 60 g proteine.
- 35-45 g de fibre, atât solubile, cât și insolubile.
- o gustare de 200-300 kcal (tabel 6.2) și 2 mese principale a câte 450-500 kcal fiecare (tabel 6.3).

Tabel 6.2. Propuneri alimentare caz 6.

Variante gustări		
30 g caju	*20 g ciocolată 70%*	*200 g iaurt 4%*
200 g afine	*250 g pere*	*65 g prune uscate*
281 kcal	*262 kcal*	*277 kcal*
1 banană	*30 g nuci*	*35 g migdale*
3 biscuiti digestivi	*200 g kiwi*	*200 g zmeură*
286 kcal	*293 kcal*	*297 kcal*

Tabel 6.3. Propuneri alimentare caz 6.

Rețete propuse pentru mesele principale		
Ciorbă cu fasole verde – 6 porții	*Sarmale – 7 porții*	*Pateu de casă – 10 porții*
ceapă – 1 buc.	*varză murată – 1.5 kg*	*ficat de pui – 1 kg*
morcovi – 3 buc.	*carne tocată – 700 g*	*ceapă verde – 1 legătură*
ardei roșu – 1 buc.	*ulei măsline pomace – 2 linguri*	*mărar – 1 legătură*
fasole verde congelată – 500 g	*cepe – 3 buc.*	*pătrunjel – 1 legătură*
usturoi	*ouă – 2 buc.*	*ulei măsline pomace – 1 lingură*
pătrunjel	*suc de roșii – 2-3 linguri*	*unt 82% – 1 lingură*
sare, piper	*mușchi afumat – 150 g*	*sare, piper, oregano, cimbru*
ulei floarea soarelui – 1 lingură	*sare, piper, oregano*	*rozmarin, boia*
ouă – 2 buc.	*cimbru, rozmarin*	
chefir – 200 ml		
Valoare energetică/porție: 110.68 kcal	*Valoare energetică/porție: 243.12 kcal*	*Valoare energetică/porție: 129.16 kcal*
glucide 13.67 g; lipide 4.24 g; proteine 6.32 g fibre 4.11 g	*glucide 10,32 g; lipide 8.14 g; proteine 29.75 g fibre 6.62 g*	*glucide 2.63 g; lipide 6.32 g; proteine 18.18 g fibre 0.67 g*
Ouă umplute – 5 porții	*Salată de conopidă – 8 porții*	*Salată de vinete – 6 porții*
ouă – 10 buc.	*conopidă fiartă și scursă – 500 g*	*vinete coapte și decojite – 500 g*
pateu – 200 g	*maioneză light – 2 linguri*	*gălbenuș – 1 buc.*
unt – 50 g	*iaurt 10 % – 1 buc.*	*ulei măsline extravirgin – 1 lingură*
maioneză light – 1 linguriță	*ouă fierte – 2 buc.*	*ceapă mică – 1 buc.*
sare, piper	*usturoi – 2 căței*	*usturoi – 2 căței*
castraveți murați – 200 g	*sare, piper, pătrunjel*	*zeamă de la o lămâie*
iaurt grecesc 10 %		*sare, piper*
mușțar boabe – 1 lingură		

Valoare energetică/porție: 343.8 kcal	*Valoare energetică/porție: 79.81 kcal*	*Valoare energetică/porție: 54.25 kcal*
glucide 3.32 g; lipide 27.76 g; proteine 19.8 g fibre 0.1 g	*glucide 4.06 g; lipide 5.11 g; proteine 5.18 g fibre 1.58 g*	*glucide 4.68 g; lipide 2.71 g; proteine 1.86 g fibre 1.81 g*
Salată de boeuf – 4 porții	*Chifteluțe cu linte roșie – 3 porții*	*Pește la cuptor cu legume – 2 porții*
carne vită (piept/pulpă) – 300 g	*linte roșie – 120 g*	*pește întreg (450-500 g) – 2 bucăți*
morcovi medii – 3-4 buc.	*amarant – 80 g*	*ceapă mare – 1 buc.*
pătrunjel – 1 rădăcină	*pătrunjel – 1 legătură*	*usturoi – 3 căței*
păstârnac – 1 rădăcină	*ceapă mărunțită – 1 buc.*	*lămâie – ½ buc.*
țelină (mică) – ½ buc.	*tărâțe psyllium – 2 linguri*	*roșii cherry – 8 buc.*
mazăre (din conservă) – 200 g	*fulgi drojdie inactivă – 4 linguri*	*morcovi (100 g) – 2 buc.*
castraveți murați – 5-6 buc.	*măsline negre, feliate (30 g) – 10 buc.*	*ulei măsline (pomace) – 2 linguri*
gogoșari murați – 2-3 buc.	*ulei măsline pomace – 5 ml*	*unt 82% – 20 g*
maioneză de casă - light	*sare, piper*	*pătrunjel tocat*
iaurt 4% (150 g) – 1 buc.		*sare, piper*
sare, piper		
Valoare energetică/porție: 321.75 kcal	*Valoare energetică/porție: 263 kcal*	*Valoare energetică/porție: 410 kcal*
glucide 26.77 g; lipide 10.97 g; proteine 28.67 g; fibre 10 g g F	*glucide 36.02 g; lipide 6.01 g; proteine 14.45 g; fibre 15.1 g g F*	*glucide 13.4 g; lipide 23.5 g; proteine 37.37 g; fibre 3.2 g*
Shakshuka – 2 porții	*Omletă cu legume – o porție*	*Ficăței cu piure de țelină – o porție*
ouă – 6 buc.	*ouă – 3 buc.*	*ficăței sote' – 120-150 g*
ceapă – 1 buc.	*sare, piper*	*piure țelină – 250 g*
praz – 1 bucată	*mix salată – 100 g*	*ardei copți – 150 g*
ardei roșu – 1 buc.	*ceapă verde – 50 g*	
roșii cherry – 5 buc.	*roșii – 100 g*	

mix salata – 200 g	*ulei extravirgin măsline – 10 ml*	
ulei măsline – 2 linguri	*wasa – 2 felii*	
oțet de cidru de mere – 2 linguri		
sare, piper		
Valoare energetică/porție: 450.52 kcal	*Valoare energetică/porție: 449.77 kcal*	*Valoare energetică/porție: 260.14 kcal*
glucide 28.73 g; lipide 26.32 g; proteine 26.26 g fibre 5.7 g	*glucide 22.45 g; lipide 28.3 g; proteine 26.7 g fibre 7.5 g*	*glucide 18.91 g; lipide 4.05 g; proteine 30.21 g fibre 15.65 g*

Anamneză nutrițională de control:

G=73 kg (- 4 kg), Î=153 cm, CA=100 cm (- 4 cm), CB=97 cm (- 1 cm), IMC=31.18 (- 1.71), IAF=1.03 (0)

Se recomandă reluarea analizelor peste 3 luni, la care se vor adăuga insulinemia, indicele HOMA, apolipoproteinele A și B și osteodensitometria.

La această pacientă, deficitul de vitamina D, asociat cu hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, glicemia crescută și o circumferință abdominală cu valoare îngrijorătoare, reprezintă un risc important pentru sănătatea ei pe termen lung. Riscurile pot fi reduse doar printr-o intervenție precoce și prin modificarea stilului de viață, cu beneficii asupra stării generale de sănătate și a calității vieții.

Obezitatea centrală se asociază în mod clar cu numeroase boli metabolice și cardiovasculare. Când vitamina D este scăzută, calciul se absoarbe mai puțin, iar musculatura slăbește; pacienta devine astfel predispusă la osteoporoză, cu un risc mai mare de cădere și de fracturi. Deficitul de vitamina D influențează și imunitatea, crescând vulnerabilitatea față de infecții și de bolile autoimune. Kilogramele în plus, mai ales cele acumulate abdominal, suprasolicită articulațiile, îndeosebi genunchii și șoldurile, ceea ce favorizează osteoartrita. Pe măsură ce greutatea crește, activitatea fizică tinde să scadă, iar acest

lucru agravează la rândul lui atât câștigul ponderal, cât și dificultățile de mobilitate.

Ca element central al sindromului metabolic, obezitatea abdominală se însoțește de un risc mai mare de boală coronariană, cu posibilă evoluție spre infarct miocardic. Grăsimea abdominală în exces se corelează și cu hipertensiunea arterială, care amplifică riscul de accident vascular cerebral și de alte evenimente cardiovasculare.

Hipercolesterolemia, mai ales atunci când se datorează valorilor mari ale lipoproteinelor cu densitate joasă (LDL), favorizează depunerea plăcilor la nivel arterial și, implicit, apariția aterosclerozei, a infarctului și a accidentului vascular cerebral. Ea poate reduce totodată irigația membrelor, cu durere și cu risc mai mare de infecție și gangrenă, iar în timp poate leza vasele renale și deteriora funcția rinichilor.

Hiperglicemia poate leza vasele și nervii oculari, până la pierderea vederii, și poate determina neuropatie periferică, manifestată prin durere, furnicături sau pierderea sensibilității la nivelul extremităților; în timp poate apărea și nefropatia diabetică, cu evoluție spre insuficiență renală.

Țesutul adipos în exces din jurul gâtului poate produce apnee în somn, cu somn de proastă calitate și risc cardiovascular crescut. La rândul ei, obezitatea abdominală limitează excursiile diafragmului și expansiunea pulmonară, ceea ce reduce funcția respiratorie și face mai probabile problemele respiratorii.

Bolile cronice, limitarea mobilității și dificultățile psihologice pot afecta considerabil calitatea vieții pacientei, în ansamblu. Pentru a reduce riscurile pe termen lung și a câștiga în sănătate și longevitate, obezitatea centrală trebuie tratată atât prin modificarea stilului de viață, cât și prin management medical. Principalele măsuri sunt o alimentație sănătoasă, cu multe fructe și legume, cereale integrale și proteine slabe; mișcarea făcută cu regularitate; păstrarea unei greutăți normale; renunțarea la fumat și evitarea alcoolului în exces.

6.2. Recomandări nutriționale, suplimente și ghiduri în infecțiile urinare recurente

6.2.1. Infecțiile urinare recurente și factorii de risc modificabili

Infecția urinară recurentă se definește prin cel puțin două episoade în 6 luni sau cel puțin trei episoade într-un an, confirmate prin urocultură. Escherichia coli este agentul etiologic predominant, iar mecanismul central este aderarea bacteriilor la uroteliu prin fimbrii, după colonizarea zonei periuretrale cu flora intestinală. Tratamentul episodului acut este antibiotic, conform antibiogramei, însă prevenția recurențelor are o componentă importantă nefarmacologică, în care dieteticianul are un rol direct.

Cazul 6 reunește mai mulți factori de risc cunoscuți. Menopauza (în cazul pacientei, instalată la 40 de ani) scade estrogenii, reduce colonizarea vaginală cu lactobacili și favorizează colonizarea cu uropatogeni. Obezitatea s-a asociat, într-o analiză pe o populație largă asigurată, cu un risc crescut de infecție urinară și de pielonefrită, mai ales la obezitatea severă. Hiperglicemia și diabetul zaharat de tip 2 cresc frecvența și severitatea infecțiilor urinare, prin glicozurie, disfuncția neutrofilelor și golirea incompletă a vezicii; pacienta are glicemii crescute și hemoglobină glicozilată de 6,3-6,9%, valori care impun clarificarea diagnosticului metabolic. Hidratarea redusă (0,5-1 l apă/zi) scade frecvența micțiunilor, iar deficitul de vitamina D (25-OH-vitamina D sub 30 ng/mL la toate determinările) a fost asociat, într-o meta-analiză a studiilor observaționale, cu un risc de aproximativ trei ori mai mare de infecție urinară.

Profesia pacientei (învățătoare) adaugă un element practic frecvent ignorat: accesul limitat la toaletă în timpul orelor determină amânarea micțiunilor și reducerea voluntară a consumului de lichide. Recomandările trebuie, prin urmare, adaptate programului real al pacientei.

6.2.2. Ce recomandă ghidurile actuale

Ghidul Asociației Europene de Urologie (EAU) și ghidul american AUA/CUA/SUFU, actualizat în 2025, recomandă ca pacientele să fie informate asupra opțiunilor de prevenție care nu folosesc antibiotice, cu precizarea nivelului de dovezi pentru fiecare. Tabelul 6.4 sintetizează recomandările relevante pentru dietetician. Estrogenul vaginal și methenamina hipurat sunt intervenții medicale, decise de medicul ginecolog sau urolog, dar studentul trebuie să le cunoască pentru a nu promova suplimente în locul unor tratamente cu eficiență mai bine dovedită. La femeile în postmenopauză, estrogenii administrați vaginal au redus numărul de infecții urinare recurente față de placebo.

Tabel 6.4. Recomandări pentru prevenția infecțiilor urinare recurente la femei, conform ghidurilor EAU (2025) și AUA/CUA/SUFU (2025)

Intervenție	***EAU***	***AUA/CUA/SUFU***	***Comentariu practic***
Creșterea aportului de lichide	*Recomandare slabă (femei premenopauză)*	*Recomandată la aport de apă sub 1,5 l/zi*	*Intervenție ieftină, fără efecte adverse la persoanele fără restricție hidrică*
Produse din merișor (cranberry)	*Recomandare, cu informarea asupra calității dovezilor*	*Trebuie oferite ca opțiune de profilaxie*	*Preferabil extracte standardizate în proantocianidine*
D-manoză	*Recomandare slabă; dovezi contradictorii*	*D-manoza singură poate să nu fie eficientă*	*Cel mai mare studiu randomizat nu a arătat beneficiu*
Probiotice	*Recomandare slabă, doar tulpini cu eficiență dovedită pentru flora vaginală*	*Nu există recomandare de rutină*	*Dovezi limitate*
Estrogen vaginal (postmenopauză)	*Recomandare puternică*	*Recomandată în peri- și postmenopauză*	*Decizie a medicului ginecolog*
Methenamină hipurat	*Recomandare puternică (fără anomalii ale tractului urinar)*	*Poate fi oferită*	*Medicament, prescris de medic*
Imunoprofilaxie (lizat bacterian oral)	*Recomandare puternică*	*Opțiune în evaluare*	*Prescris de medic*

6.2.3. Hidratarea

Aportul de lichide este cea mai simplă și mai bine argumentată măsură nutrițională. Într-un studiu randomizat pe 140 de femei premenopauzale cu infecții urinare recurente, care beau inițial sub 1,5 l de lichide pe zi, adăugarea a 1,5 l de apă zilnic timp de 12 luni a redus numărul mediu de episoade de la 3,2 la 1,7 și a scăzut consumul de antibiotice. Mecanismul este mecanic: diureza crescută și micțiunile mai frecvente elimină bacteriile înainte ca acestea să adere la uroteliu. Deși studiul a inclus femei premenopauzale, principiul este aplicabil și pacientei din cazul 6, care nu are contraindicații pentru creșterea aportului hidric (funcția renală s-a normalizat, creatinina fiind 0,73 mg/dl la control).

Aportul adecvat de apă totală stabilit de EFSA este de 2,0 l/zi pentru femei (din băuturi și alimente), aproximativ 20-30% provenind din alimente. În infecțiile urinare recurente se țintește un aport de lichide de 2-2,5 l/zi, preponderent apă plată, cu excepția pacienților cu insuficiență cardiacă sau renală, la care cantitatea se stabilește de medic. Pentru pacienta care nu simte senzația de sete, se recomandă un program fix de hidratare, nu consumul „la nevoie”: un pahar de apă la trezire, o sticlă de 500 ml pe birou până la prima pauză, câte un pahar la fiecare masă și în pauzele dintre ore, fără consum mare de lichide cu 1-2 ore înainte de culcare. Supele de legume, ceaiurile de plante neîndulcite și fructele și legumele bogate în apă (castraveți, pepene, citrice) completează aportul. Culoarea urinii (galben-pai deschis) este un indicator simplu, ușor de explicat pacientei.

6.2.4. Recomandări alimentare

Controlul glicemiei și al greutății. La pacienta cu hiperglicemie, reducerea glicozuriei este o măsură de prevenție a infecției în sine. Standardele Asociației Americane de Diabet recomandă un plan alimentar individualizat, cu accent pe legume fără amidon, cereale integrale și leguminoase, reducerea zahărului adăugat și a cerealelor rafinate, înlocuirea băuturilor îndulcite cu apă și o scădere ponderală

de cel puțin 5% la pacienții supraponderali. Scăderea de 4 kg obținută de pacientă reprezintă aproximativ 5,2% din greutatea inițială, un rezultat clinic relevant care trebuie menținut. Consumul de ciocolată după fiecare mesă și în momentele de stres trebuie redus treptat, de exemplu la o porție de 10-20 g de ciocolată cu minimum 70% cacao pe zi, consumată după masa principală, nu separat.

Tranzitul intestinal. Constipația favorizează colonizarea perineală cu bacterii intestinale și golirea incompletă a vezicii. Aportul de fibre de 25-35 g/zi, împreună cu hidratarea adecvată și activitatea fizică, susține un tranzit regulat. Creșterea fibrelor se face treptat, pentru a evita balonarea.

Modelul alimentar. Într-un studiu prospectiv de cohortă din Taiwan, dieta vegetariană s-a asociat cu un risc mai mic de infecții urinare, autorii sugerând ca posibilă explicație expunerea redusă la tulpini de E. coli transmise prin carnea de pasăre și de porc. Studiul este observațional și nu justifică recomandarea dietei vegetariene pentru prevenția infecțiilor urinare, însă susține, alături de beneficiile cardiometabolice, un model alimentar bogat în vegetale, de tip mediteranean, cu leguminoase și pește ca surse proteice frecvente.

Siguranța alimentară. Carnea de pasăre poate fi contaminată cu tulpini de E. coli extraintestinale înrudite cu cele care produc infecții urinare, fapt care a condus la ipoteza că infecțiile urinare pot avea și o sursă alimentară. Recomandările sunt cele de igienă alimentară: separarea tocătorului pentru carne crudă, spălarea mâinilor după manipularea cărnii crude, prepararea termică completă a cărnii de pasăre și evitarea contaminării încrucișate cu legumele consumate crude.

Băuturile iritante pentru vezică. Cafeina, alcoolul, băuturile carbogazoase și cele acide pot accentua urgența și disconfortul micțional la unele persoane, fără să cauzeze ele însele infecția. Pentru pacienta din cazul 6, care consumă 2-3 căni de ceai negru pe zi, se recomandă limitarea la 1-2 căni, consumate în prima parte a

zilei, și înlocuirea celorlalte cu ceaiuri de plante sau apă. Ceaiul negru nu se socotește integral ca aport de hidratare atunci când este concentrat și consumat în cantitate mare.

Tabel 6.5. Ghid orientativ de selecție a alimentelor și băuturilor în infecțiile urinare recurente

Categorie	***Recomandate***	***Cu moderație***	***De limitat***
Băuturi	*Apă plată, ceaiuri de plante neîndulcite, supe de legume*	*Ceai negru sau verde (1-2 căni/zi), cafea*	*Băuturi îndulcite, sucuri de fructe, alcool, băuturi energizante*
Cereale	*Hrișcă, ovăz, orez brun, pâine integrală*	*Paste integrale, mălai*	*Făină albă, patiserie, dulciuri*
Proteine	*Pește, leguminoase, ouă, carne de pasăre bine preparată termic*	*Carne roșie slabă*	*Mezeluri, carne procesată, carne insuficient preparată termic*
Legume și fructe	*Legume variate, fructe de pădure, castraveți, citrice*	*Fructe dulci (struguri, banane)*	*Fructe uscate îndulcite, gemuri cu zahăr*
Lactate	*Iaurt și chefir simplu*	*Brânzeturi*	*Deserturi lactate îndulcite*
Dulciuri	*Fructe proaspete*	*Ciocolată cu minimum 70% cacao, 10-20 g/zi*	*Ciocolată cu lapte, bomboane, produse de patiserie*

6.2.5. Suplimentele alimentare: dovezi și recomandări

Merișorul (cranberry). Proantocianidinele de tip A din merișor inhibă aderarea fimbriilor P ale E. coli la uroteliu. Analiza Cochrane actualizată în 2023 a arătat că produsele din merișor reduc riscul de infecție urinară simptomatică confirmată prin urocultură la femeile cu infecții urinare recurente, la copii și la persoanele supuse unor intervenții asupra tractului urinar, fără beneficiu clar la vârstnicii instituționalizați, la gravide sau la pacienții cu disfuncții de golire a vezicii. Ghidul AUA/CUA/SUFU recomandă oferirea merișorului ca opțiune de profilaxie. În practică se preferă capsulele sau pulberile standardizate în proantocianidine, în locul sucurilor din comerț, care conțin frecvent cantități mari de zahăr, nepotrivite la pacienta cu hiperglicemie. Efectul se menține doar pe durata administrării.

D-manoza. Acest monozaharid se leagă de fimbriile de tip 1 ale E. coli, blocând aderarea la uroteliu. Studii mici au sugerat un beneficiu, dar cel mai amplu studiu randomizat, dublu-orb, pe 598 de femei din asistența primară, nu a găsit o diferență semnificativă între 2 g de D-manoză zilnic și placebo: au prezentat o nouă infecție urinară 51,0% dintre paciente în grupul cu D-manoză și 55,7% în grupul placebo, după 6 luni. Pe baza acestor date, ghidul AUA/CUA/SUFU precizează că D-manoza administrată singură poate să nu fie eficientă, iar ghidul EAU menține doar o recomandare slabă, cu informarea pacientei asupra dovezilor contradictorii.

Probioticele. Analiza Cochrane nu a găsit un beneficiu semnificativ al probioticelor administrate oral în prevenția infecțiilor urinare, calitatea dovezilor fiind scăzută. Un studiu randomizat de fază 2 cu Lactobacillus crispatus administrat intravaginal după tratamentul antibiotic a redus recurențele la femeile premenopauzale. Ghidul EAU admite recomandarea probioticelor doar pentru tulpini cu eficiență dovedită în refacerea florei vaginale. Probioticele nu trebuie prezentate pacientei ca alternativă la hidratare sau la tratamentele cu eficiență dovedită.

Vitamina D. Asocierea dintre deficitul de vitamina D și infecțiile urinare provine în principal din studii observaționale, iar studiile randomizate care să demonstreze prevenția recurențelor prin suplimentare lipsesc. Corectarea deficitului este însă justificată independent de infecția urinară: pacienta are valori sub 30 ng/mL la toate determinările, menopauză instalată precoce și risc de osteoporoză, motiv pentru care s-a propus osteodensitometria. Doza se stabilește individual, cu reevaluarea 25-OH-vitaminei D după aproximativ 3 luni și fără depășirea necontrolată a limitei superioare tolerabile stabilite de EFSA pentru adult (100 µg, adică 4000 UI/zi).

Tabel 6.6. Suplimente utilizate în prevenția infecțiilor urinare recurente

Supliment	***Dovezi***	***Poziția ghidurilor***	***Precauții***
Merișor (proanto-cianidine)	*Analiză Cochrane 2023: reduce infecțiile simptomatice confirmate la femeile cu recurențe*	*EAU: recomandare cu informare asupra dovezilor; AUA: trebuie oferit*	*Evitarea sucurilor cu zahăr; efect doar pe durata administrării*
D-manoză	*Studiu randomizat mare (598 de femei): fără beneficiu față de placebo*	*EAU: slabă; AUA: singură poate să nu fie eficientă*	*Aport suplimentar de glucide; cost*
Probiotice orale	*Cochrane: fără beneficiu semnificativ*	*EAU: slabă, doar tulpini dovedite*	*Dovezi limitate*
Lactobacillus crispatus intravaginal	*Un studiu randomizat de fază 2 pozitiv*	*Inclus în categoria tulpinilor pentru flora vaginală*	*Administrare la recomandarea medicului*
Vitamina D	*Asociere în studii observaționale*	*Fără recomandare specifică pentru infecția urinară*	*Corectarea deficitului documentat; maximum 4000 UI/zi fără indicație medicală*

6.2.6. Interacțiuni și precauții relevante pentru cazul 6

Pacienta este în tratament cu atorvastatină 80 mg/zi. Sucul de grepfrut inhibă enzima CYP3A4 și crește concentrația plasmatică a atorvastatinei; consumul unor cantități mari crește riscul de efecte adverse musculare, astfel încât grepfrutul în cantitate mare trebuie evitat, iar sucul de grepfrut nu se recomandă ca sursă de lichide. În perioada tratamentului antibiotic se țin cont de indicațiile specifice ale fiecărui medicament: fluorochinolonele nu se administrează împreună cu lactate sau suplimente de calciu, magneziu, fier ori zinc, iar probioticele se iau la distanță de câteva ore față de antibiotic. Suplimentele recomandate la externare (vitamina D, omega-3, armurariu, mio-inozitol, probiotic, enzime) trebuie revizuite periodic, pentru a păstra doar produsele cu indicație clară și pentru a evita polipragmazia.

6.2.7. Rețete adaptate

Rețetele respectă programul pacientei (două mese principale și o gustare), sunt bogate în lichide, fibre și proteine, au încărcătură glicemică redusă și folosesc ingrediente accesibile. Valorile nutriționale sunt calculate orientativ pe porție, pe baza USDA FoodData Central, pentru ingredientele în stare crudă (cu excepția celor menționate ca fierte).

Rețeta 1. Salată de năut cu ton, castraveți și rucola (masa de la ora 11:00)

Ingrediente: năut fiert 150 g; ton în suc propriu, scurs 80 g; castraveți 150 g; roșii 150 g; rucola 30 g; ceapă roșie 30 g; ulei de măsline extravirgin 10 g; suc de lămâie 15 g; pătrunjel 10 g.

Mod de preparare: Năutul se clătește, castraveții și roșiile se taie cubulețe, ceapa se toacă mărunt. Se amestecă toate ingredientele cu uleiul, sucul de lămâie, piper și puțină sare. Se poate pregăti seara, în caserolă, fără dressing, care se adaugă înainte de consum.

Valori nutriționale orientative / porție: 503,1 kcal; glucide 57,9 g; lipide 15,3 g; proteine 37,6 g; fibre 15,3 g.

Observații pentru dietetician: Masă transportabilă, potrivită pentru pauza de la școală; castraveții și roșiile contribuie la aportul de apă, iar năutul aduce fibre și glucide cu absorbție lentă.

Rețeta 2. Supă cremă de linte roșie cu morcov și ghimbir (3 porții)

Ingrediente (3 porții): linte roșie 150 g; morcov 150 g; ceapă 100 g; usturoi 10 g; ghimbir proaspăt 10 g; ulei de măsline 20 g; roșii în suc propriu 200 g; suc de lămâie 20 g; pătrunjel 10 g.

Mod de preparare: Ceapa și morcovul se călesc ușor în ulei cu puțină apă, se adaugă usturoiul, ghimbirul, lintea spălată, roșiile și aproximativ 1 l de apă. Se fierbe 20-25 de minute, până lintea se înmoaie, apoi se pasează. Se servește cu suc de lămâie și pătrunjel.

Valori nutriționale orientative / porție: 303,4 kcal; glucide 46,7 g; lipide 8,2 g; proteine 14,2 g; fibre 8,9 g.

Observații pentru dietetician: O porție aduce o cantitate importantă de lichid; poate fi primul fel la masa de după-amiază, cu o porție mai mică din felul principal, sau o gustare consistentă în zilele reci.

Rețeta 3. Piept de pui cu legume la tavă și hrișcă (masa de la ora 16:00-17:00)

Ingrediente: piept de pui 120 g; hrișcă decorticată 60 g; ardei gras 100 g; dovlecel 150 g; ceapă roșie 50 g; ulei de măsline 10 g; usturoi, cimbru, boia dulce 5 g.

Mod de preparare: Pieptul de pui și legumele se taie bucăți, se amestecă cu ulei și condimente și se coc la 200°C 25-30 de minute, până când carnea este complet preparată termic. Hrișca se fierbe separat 12-15 minute.

Valori nutriționale orientative / porție: 522,2 kcal; glucide 59,9 g; lipide 16 g; proteine 38,6 g; fibre 10,6 g.

Observații pentru dietetician: Carnea de pasăre se prepară termic complet și se manipulează separat de legumele crude; hrișca are un indice glicemic moderat și un aport bun de magneziu și fibre.

Rețeta 4. Mâncare de fasole verde cu curcan și mărar (3 porții)

Ingrediente (3 porții): fasole verde 600 g; piept de curcan 400 g; ceapă 100 g; morcov 100 g; usturoi 10 g; roșii în suc propriu 300 g; cartofi 300 g; mărar 15 g; ulei de măsline 20 g.

Mod de preparare: Carnea tăiată cuburi se călește în ulei, apoi se adaugă ceapa și morcovul. Se adaugă cartofii, fasolea verde, roșiile și apă cât să acopere, și se fierbe la foc mic 30-35 de minute. La final se adaugă usturoiul și mărarul.

Valori nutriționale orientative / porție: 416,1 kcal; glucide 46,6 g; lipide 9,6 g; proteine 39,9 g; fibre 11,2 g.

Observații pentru dietetician: Variantă a unei rețete tradiționale românești, cu mult sos (aport de lichide), grăsimi reduse și proteine slabe; poate fi gătită în avans pentru 2-3 zile.

Rețeta 5. Iaurt cu afine, semințe de in și scorțișoară (gustarea de seară, până la ora 20:00)

Ingrediente: iaurt grecesc 2% 150 g; afine (proaspete sau congelate) 100 g; semințe de in măcinate 10 g; scorțișoară 1 g.

Mod de preparare: Se amestecă iaurtul cu semințele de in și scorțișoara și se adaugă afinele.

Valori nutriționale orientative / porție: 222,4 kcal; glucide 24 g; lipide 7,4 g; proteine 17,6 g; fibre 5,7 g.

Observații pentru dietetician: Poate înlocui ciocolata consumată seara; proteinele și fibrele cresc sațietatea, iar afinele conțin, la fel ca merișorul, proantocianidine, deși în cantități și forme diferite de cele din extractele standardizate.

Exemplu de zi alimentară și program de hidratare

Tabelul 6.7 prezintă o zi construită din rețetele de mai sus, în jurul valorii de 1200 kcal stabilite pentru pacientă, cu programul ei de mese și un program de hidratare compatibil cu orele de la școală. Aportul de apă din alimente (legume, supă, iaurt) se adaugă celui din tabel.

Tabel 6.7. Exemplu de zi alimentară cu program de hidratare pentru cazul 6 (distribuție energetică: glucide 44%, lipide 27%, proteine 29%)

Ora	***Masa / lichide***	***Lichide (ml)***	***Kcal***	***Glucide (g)***	***Lipide (g)***	***Proteine (g)***	***Fibre (g)***
07:00	*Un pahar de apă la trezire*	*300*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
08:00	*Ceai negru slab, neîndulcit*	*250*	*2*	*0,3*	*0*	*0*	*0*
08:00-11:00	*Sticlă de apă pe birou (în pauze)*	*500*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
11:00	*Masa 1: Rețeta 1 - salată de năut cu ton + un pahar de apă*	*250*	*503,1*	*57,9*	*15,3*	*37,6*	*15,3*
11:00-16:00	*Apă în pauzele dintre ore*	*500*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
16:30	*Masa 2: Rețeta 3 - pui cu legume și hrișcă + un pahar de apă*	*250*	*522,2*	*59,9*	*16*	*38,6*	*10,6*
18:00	*Ceai de plante neîndulcit*	*250*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
19:30	*Gustare: Rețeta 5 - iaurt cu afine și semințe de in*	*-*	*222,4*	*24*	*7,4*	*17,6*	*5,7*
	TOTAL ZI	***2300***	***1249,7***	***142,1***	***38,7***	***93,8***	***31,6***

6.2.8. Aplicarea recomandărilor în cazul 6

Pe lângă meniul hipocaloric și suplimentele propuse la externare, conduita nutrițională și de prevenție poate fi completată astfel:

- program fix de hidratare de 2-2,5 l/zi, adaptat orarului de la școală, cu reducerea ceaiului negru la 1-2 căni/zi, consumate dimineața;
- adăugarea unui produs din merișor standardizat în proantocianidine, discutată cu medicul curant, în locul sucurilor îndulcite; D-manoza nu se recomandă ca măsură unică;
- îndrumarea pacientei către medicul ginecolog pentru evaluarea oportunității estrogenului vaginal, intervenția cu cea mai puternică recomandare la femeile în postmenopauză;

- clarificarea statusului glucidic (glicemie a jeun repetată, hemoglobină glicozilată, insulinemie, indice HOMA) și continuarea scăderii ponderale, cu înlocuirea treptată a ciocolatei de după mese;
- corectarea deficitului de vitamina D, evitarea grepfrutului în cantitate mare pe durata tratamentului cu atorvastatină și revizuirea periodică a suplimentelor, pentru a le păstra doar pe cele cu indicație clară;
- creșterea treptată a activității fizice și a aportului de fibre, pentru susținerea tranzitului intestinal.

6.2.9. Alimentația în timpul tratamentului antibiotic

Episodul acut de infecție urinară se tratează cu antibiotic, iar alimentația poate influența atât toleranța digestivă, cât și absorbția medicamentului. Dieteticianul trebuie să cunoască regulile de administrare ale antibioticelor utilizate frecvent în infecțiile urinare, descrise în rezumatul caracteristicilor produsului, pentru a le integra în programul meselor pacientei (tabelul 6.8).

Tabel 6.8. Relația dintre antibioticele utilizate frecvent în infecțiile urinare și alimentație

Antibiotic	***Relația cu masa***	***Recomandare practică pentru dietetician***
Fosfomicină trometamol (doză unică)	*Absorbția scade în prezența alimentelor*	*Pe stomacul gol, la 2-3 ore față de masă, de preferință seara, după golirea vezicii*
Nitrofurantoină	*Alimentele cresc absorbția și toleranța digestivă*	*Împreună cu masa sau cu o gustare; urina poate deveni brun-gălbuie*
Ciprofloxacină, levofloxacină	*Formează complecși cu calciul, magneziul, fierul și zincul*	*Fără lactate, suc fortificat cu calciu sau suplimente minerale în jurul administrării; se respectă intervalul din prospect*
Amoxicilină/acid clavulanic	*Toleranța digestivă este mai bună cu alimente*	*La începutul mesei*
Trimetoprim/sulfametoxazol	*Risc de cristalurie la aport hidric redus*	*Hidratare adecvată pe toată durata tratamentului*

Diareea asociată antibioticelor este un efect advers frecvent. O meta-analiză a studiilor randomizate a arătat că probioticele reduc riscul de diaree asociată antibioticelor, iar o analiză Cochrane a găsit, cu dovezi de certitudine moderată, o reducere a diareei asociate Clostridioides difficile la pacienții care primesc antibiotice, efectul fiind mai evident la cei cu risc inițial crescut. Se folosesc produse cu tulpini studiate (de exemplu Lactobacillus rhamnosus GG sau Saccharomyces boulardii), administrate la distanță de câteva ore de antibiotic și continuate câteva zile după terminarea tratamentului. Pacienții imunodeprimați sau cu catetere venoase centrale nu primesc probiotice fără acordul medicului. În cazul apariției diareei, se asigură rehidratarea orală și o alimentație ușor digerabilă (supe de legume, orez, cartof fiert, banane, iaurt dacă este tolerat), iar diareea severă sau cu febră impune evaluare medicală.

6.2.10. Situații particulare

Pielonefrita și infecția urinară febrilă. Febra, greața și inapetența cresc pierderile de lichide și reduc aportul alimentar. Pacientul internat se evaluează nutrițional cu un instrument validat, precum NRS-2002, recomandat de ESPEN pentru mediul spitalicesc. În faza acută, obiectivele sunt hidratarea (orală sau, la nevoie, parenterală, decisă de medic), mese mici și frecvente, bine tolerate, cu aport proteic adecvat, și reluarea progresivă a alimentației obișnuite după scăderea febrei. Dietele hipocalorice se amână până după vindecarea episodului acut; pentru pacienta din cazul 6, deficitul caloric a fost corect introdus abia la externare.

Vârstnicul. Infecțiile urinare sunt frecvente la vârstnici, la care senzația de sete este diminuată, iar deshidratarea poate precipita confuzia și insuficiența renală. Ghidul ESPEN de nutriție și hidratare în geriatrie recomandă un aport de băuturi de cel puțin 1,6 l/zi la femei și 2,0 l/zi la bărbați, în absența unor contraindicații, și atrage atenția că semnele clinice obișnuite de deshidratare sunt nesigure la această grupă de vârstă. Recomandările practice includ oferirea

activă de lichide la ore fixe, pahare ușor de manevrat, supe, fructe și legume bogate în apă și implicarea aparținătorilor.

Pacientul cu diabet zaharat. Controlul glicemic reduce glicozuria, iar hiperglicemia persistentă favorizează infecții mai severe și recurente. Suplimentele sub formă de sirop sau pulbere cu zahăr (inclusiv unele produse din merișor) și sucurile de fructe nu se recomandă; se preferă capsulele standardizate. Pacientul cu diabet trebuie informat că simptomele urinare nou apărute, febra sau durerea lombară necesită evaluare medicală rapidă.

Sarcina. Modificările hormonale și anatomice din sarcină favorizează progresia bacteriuriei asimptomatice spre pielonefrită. Spre deosebire de celelalte categorii de pacienți, ghidul EAU recomandă screeningul și tratamentul bacteriuriei asimptomatice la gravide, decizie care aparține medicului. Din punct de vedere nutrițional, se asigură hidratarea adecvată (necesarul de apă este crescut în sarcină), un aport suficient de fibre pentru prevenția constipației și evitarea suplimentelor fără indicație medicală; analiza Cochrane nu a demonstrat un beneficiu clar al produselor din merișor la gravide.

Postmenopauza. Scăderea estrogenilor modifică flora vaginală, cu reducerea lactobacililor și creșterea colonizării cu uropatogeni. Dieteticianul nu poate corecta această modificare prin alimentație sau suplimente, dar are rolul de a încuraja pacienta să discute cu medicul ginecolog despre estrogenul vaginal, intervenție cu recomandare puternică în ghidurile EAU și cu eficiență demonstrată în reducerea recurențelor. În aceeași etapă de viață se urmăresc aportul de calciu (EFSA: 950 mg/zi la adult peste 25 de ani), vitamina D și activitatea fizică, pentru prevenția osteoporozei, cu atât mai importante la pacienta din cazul 6, cu menopauză instalată la 40 de ani.

6.2.11. Fișă de recomandări pentru pacientă

Informațiile transmise pacientei trebuie să fie scurte, concrete și ușor de aplicat. Tabelul 6.9 poate fi folosit ca material educațional la externare, în completarea măsurilor comportamentale recomandate de ghiduri.

Tabel 6.9. Fișă de recomandări pentru prevenția infecțiilor urinare recurente

Domeniu	***Ce fac***	***Ce evit***
Hidratare	*2-2,5 l de lichide/zi, preponderent apă; o sticlă de apă mereu la îndemână; urină de culoare deschisă*	*Lichide puține în timpul zilei și multe seara*
Micțiuni	*Merg la toaletă la nevoie și la intervale regulate, inclusiv în pauzele de la școală; golesc complet vezica*	*Amânarea repetată a micțiunilor*
Igienă	*Igienă intimă din față spre spate, produse cu pH neutru; micțiune după contactul sexual*	*Dușuri vaginale, produse parfumate, lenjerie sintetică strâmtă*
Alimentație	*Mese regulate, legume, leguminoase, pește, cereale integrale; fibre pentru tranzit regulat*	*Dulciuri după fiecare masă, băuturi îndulcite, ceai negru în exces*
Suplimente	*Produse recomandate de medic sau dietetician (de exemplu merișor standardizat, vitamina D la deficit)*	*Suplimente multiple fără indicație; D-manoza ca singură măsură*
Semne de alarmă	*Mă prezint la medic la febră, durere lombară, sânge în urină sau simptome care nu se ameliorează*	*Automedicația cu antibiotice rămase de la tratamente anterioare*

Exemplu de a doua zi alimentară

Pentru varietate, tabelul 6.10 propune o a doua zi, construită din rețetele 2 și 4, cu același program de mese și de hidratare. Supa cremă de linte contribuie suplimentar la aportul de lichide.

Tabel 6.10. A doua zi alimentară cu program de hidratare pentru cazul 6 (distribuție energetică: glucide 41%, lipide 31%, proteine 28%)

Ora	***Masa / lichide***	***Lichide (ml)***	***Kcal***	***Glucide (g)***	***Lipide (g)***	***Proteine (g)***	***Fibre (g)***
07:00	*Un pahar de apă la trezire*	*300*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
08:00	*Ceai negru slab, neîndulcit*	*250*	*2*	*0,3*	*0*	*0*	*0*
08:00-11:00	*Apă în pauze*	*500*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
11:00	*Masa 1: Rețeta 4 - fasole verde cu curcan + un măr (150 g) + apă*	*250*	*494,1*	*67,3*	*9,9*	*40,4*	*14,8*
11:00-16:00	*Apă în pauzele dintre ore*	*500*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
16:30	*Masa 2: Rețeta 2 - supă cremă de linte + 2 ouă fierte + castraveți (150 g)*	*-*	*497,5*	*52,9*	*19,8*	*30,4*	*9,7*
18:00	*Ceai de plante neîndulcit*	*250*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
19:30	*Gustare: iaurt grecesc 2% (150 g) + miez de nucă (15 g) + apă*	*250*	*207,6*	*7,9*	*12,6*	*17,3*	*1*
	TOTAL ZI	***2300***	***1201,2***	***128,4***	***42,3***	***88,1***	***25,5***

6.2.12. Întrebări de autoevaluare

- Care sunt mecanismele prin care hiperglicemia crește riscul de infecție urinară?
- Ce rezultate a avut studiul randomizat privind creșterea aportului de apă la femeile cu infecții urinare recurente și cui se aplică recomandarea?
- Comparați dovezile pentru merișor și pentru D-manoză în prevenția recurențelor.
- De ce nu este recomandat sucul de merișor din comerț la pacienta din cazul 6?
- Ce intervenție are cea mai puternică recomandare la femeile în postmenopauză și cine o prescrie?

- Cum programați administrarea unei fluorochinolone la o pacientă care consumă iaurt la micul dejun și ia un supliment de magneziu?
- Construiți un program de hidratare pentru o pacientă vârstnică cu senzația de sete diminuată.
- Ce măsuri de siguranță alimentară reduc expunerea la tulpini de E. coli din carnea de pasăre?

6.2.13. Rețete suplimentare

Rețeta 6. Supă de pui cu legume și pătrunjel (3 porții)

Ingrediente (3 porții): piept de pui 350 g; morcov 200 g; ceapă 100 g; cartofi 250 g; dovlecel 200 g; pătrunjel 20 g; suc de lămâie 20 g; ulei de măsline 15 g.

Mod de preparare: Carnea se fierbe în 1,5 l de apă, spumând la început. Se adaugă morcovul, ceapa și cartofii tăiați cuburi și se fierb 20 de minute, apoi dovlecelul încă 10 minute. La final se adaugă uleiul, sucul de lămâie și pătrunjelul, cu foarte puțină sare.

Valori nutriționale orientative / porție: 304,2 kcal; glucide 27 g; lipide 8,5 g; proteine 29,9 g; fibre 5,2 g.

Observații pentru dietetician: O porție aduce aproximativ 350 ml de lichid și se încadrează ușor în programul zilnic de hidratare; sarea redusă și lipsa rântașului o fac potrivită și la pacienta hipertensivă.

Rețeta 7. Salată de varză roșie cu morcov, măr și semințe (gustare)

Ingrediente: varză roșie 150 g; morcov 80 g; măr 100 g; semințe de dovleac 15 g; ulei de măsline 8 g; suc de lămâie 15 g.

Mod de preparare: Varza și morcovul se taie fideluță, mărul se rade, apoi se amestecă totul cu uleiul și sucul de lămâie. Se lasă 10 minute înainte de servire.

Valori nutriționale orientative / porție: 280,2 kcal; glucide 32,8 g; lipide 15,9 g; proteine 7,6 g; fibre 9,3 g.

Observații pentru dietetician: Gustare bogată în vitamina C și fibre, fără zahăr adăugat; poate înlocui produsele de patiserie de la ceaiul de după-amiază.

6.2.14. Puncte-cheie

- Creșterea aportului de lichide este măsura nutrițională cu cea mai bună fundamentare în prevenția infecțiilor urinare recurente și se aplică prin program fix, nu la senzația de sete.
- Produsele din merișor standardizate în proantocianidine sunt o opțiune de profilaxie recomandată de ghiduri; sucurile îndulcite nu sunt potrivite, cu atât mai puțin la pacienta cu hiperglicemie.
- D-manoza administrată singură nu și-a dovedit eficiența în cel mai amplu studiu randomizat.
- La femeile în postmenopauză, estrogenul vaginal are cea mai puternică recomandare și se prescrie de medicul ginecolog.
- Controlul glicemic, scăderea ponderală și tranzitul intestinal regulat reduc recurențele; dieta nu înlocuiește tratamentul antibiotic al episodului acut.
- Fluorochinolonele nu se administrează împreună cu lactate sau cu suplimente de calciu, magneziu, fier ori zinc.

6.2.15. Întrebări de aprofundare și aplicații practice

Întrebările de mai jos pot fi folosite la seminar, împreună cu fișa de recomandări pentru pacientă.

- Construiți un program de hidratare de 2-2,5 l pe zi pentru o învățătoare cu acces limitat la toaletă în timpul orelor.
- Calculați aportul total de lichide al unei zile care cuprinde două porții de supă, 1,5 l de apă și două căni de ceai.
- Ce verificați pe eticheta unui produs din merișor înainte de a-l recomanda?

- Cum reduceți zahărul din alimentație fără a scădea aportul de fibre și de calciu?
- Ce legătură există între constipație și infecțiile urinare recurente și ce măsuri propuneți?
- Ce precauții luați la o pacientă tratată cu atorvastatină 80 mg în privința grepfrutului și a suplimentelor?
- Ce tulpini probiotice au dovezi în prevenția recurențelor și pe ce cale se administrează?
- Cum programați suplimentul de calciu față de o fluorochinolonă și față de mese?
- Ce semne de alarmă impun prezentarea la medic și cum le explicați pacientei?
- Ce obiective stabiliți pentru controlul de la 3 luni și ce parametri urmăriți?

BIBLIOGRAFIE

1. Abbott RD, Sadowski A, Alt AG. Efficacy of the Autoimmune Protocol Diet as Part of a Multi-disciplinary, Supported Lifestyle Intervention for Hashimoto's Thyroiditis. Cureus. 2019;11(4):e4556.
2. Al-Toma A, și colab. European Society for the Study of Coeliac Disease 2025 updated guidelines on the diagnosis and management of coeliac disease in adults. Part 1: Diagnostic approach. United European Gastroenterol J. 2025;13(10). doi:10.1002/ueg2.70119.
3. Ambrosioni J, Levi LI, Alagaratnam J, et al. Major revision version 13.0 of the European AIDS Clinical Society guidelines 2025. HIV Med. 2026.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes - 2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1).
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes - 2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1).
6. American Urological Association, Canadian Urological Association, Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction. Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline (amendment 2025). Linthicum: American Urological Association; 2025.
7. Andrén Aronsson C, și colab. Association of gluten intake during the first 5 years of life with incidence of celiac disease autoimmunity and celiac disease among children at increased risk. JAMA. 2019;322(6):514-523.
8. Asik M, Gunes F, Binnetoglu E, et al. Decrease in TSH levels after lactose restriction in Hashimoto's thyroiditis patients with lactose intolerance. Endocrine. 2014;46(2):279-284.

9. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542-559.
10. Benvenga S, Bartolone L, Pappalardo MA, et al. Altered intestinal absorption of L-thyroxine caused by coffee. Thyroid. 2008;18(3):293-301.
11. Bischoff SC, Bernal W, Dasarathy S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in liver disease. Clin Nutr. 2020;39(12):3533-3562.
12. Bouziat R, și colab. Reovirus infection triggers inflammatory responses to dietary antigens and development of celiac disease. Science. 2017;356(6333):44-50.
13. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(24):1451-1462.
14. Catassi C, și colab. Diagnosis of non-celiac gluten sensitivity (NCGS): the Salerno experts' criteria. Nutrients. 2015;7(6):4966-4977.
15. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Vibrio Illness (Vibriosis): Prevention and People at Risk. Atlanta: CDC; actualizare curentă.
17. Chen YC, Chang CC, Chiu THT, Lin MN, Lin CL. The risk of urinary tract infection in vegetarians and non-vegetarians: a prospective study. Sci Rep. 2020;10(1):906.
18. Collinson S, Deans A, Padua-Zamora A, et al. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2020;12(12):CD003048.
19. de Graaf MCG, și colab. The effect of expectancy versus actual gluten intake on gastrointestinal and extra-intestinal symptoms in non-coeliac gluten sensitivity: a randomised, double-blind,

placebo-controlled, international, multicentre study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024;9(2):110-123.

20. de Miguel M, Alejos B, Martínez E, et al. Maintenance therapy with dolutegravir and lamivudine in people with HIV (PASO-DOBLE): 48-week results from a randomised, multicentre, open-label, non-inferiority trial. Lancet HIV. 2025;12:e473-e484.
21. Demay MB, și colab. Vitamin D for the prevention of disease: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2024;109(8):1907-1947.
22. Deng QF, Chu H, Wen Z, Cao YS. Vitamin D and Urinary Tract Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Clin Lab Sci. 2019;49(1):134-142.
23. Department of Health, Food Standards Agency. Guide to creating a front of pack (FoP) nutrition label for pre-packed products sold through retail outlets. London; 2016.
24. Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, et al. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. Clin Nutr. 2022;41(4):990-1000.
25. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. EFSA J. 2010;8(3):1459.
26. EFSA Panel on Food Additives and Nutrient Sources added to Food (ANS). Scientific opinion on the safety of green tea catechins. EFSA J. 2018;16(4):5239.
27. EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens (NDA), Turck D, Bohn T, et al. Scientific opinion on the tolerable upper intake level for selenium. EFSA J. 2023;21(1):e07704.
28. European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines, version 13.0. Bruxelles: EACS; octombrie 2025.
29. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of

metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). J Hepatol. 2024;81(3):492-542.

30. European Association of Urology. EAU Guidelines on Urological Infections. Arnhem: EAU Guidelines Office; 2025.

31. European Food Safety Authority (EFSA), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). The European Union One Health 2024 Zoonoses Report. EFSA J. 2025;23(12):e9759.

32. European Food Safety Authority (EFSA). Dietary Reference Values for nutrients. Summary report. EFSA Supporting Publications. 2017;14(12):e15121.

33. European Medicines Agency. Baraclude (entecavir): Summary of Product Characteristics. Amsterdam: EMA; actualizare curentă.

34. European Medicines Agency. Tivicay (dolutegravir): Summary of Product Characteristics. Amsterdam: EMA; actualizare curentă.

35. Farhangi MA, Dehghan P, Tajmiri S, Mesgari Abbasi M. The effects of Nigella sativa on thyroid function, serum Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF)-1, Nesfatin-1 and anthropometric features in patients with Hashimoto's thyroiditis: a randomized controlled trial. BMC Complement Altern Med. 2016;16(1):471.

36. Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, et al. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the Sleep AHEAD study. Arch Intern Med. 2009;169(17):1619-1626.

37. Gheorghe LS, și colab. Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease in Romania: a multidisciplinary position paper on prevalence, clinical spectrum, prevention, screening and management. J Gastrointestin Liver Dis. 2026.

38. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024 update. Disponibil la: ginasthma.org.

39. Grinspoon SK, Fitch KV, Zanni MV, et al. Pitavastatin to Prevent Cardiovascular Disease in HIV Infection. N Engl J Med. 2023;389(8):687-699.

40. Guarino A, și colab. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;59(1):132-152.

41. Halken S, și colab. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). Pediatr Allergy Immunol. 2021;32(5):843-858.

42. Harrison SA, și colab. A phase 3, randomized, controlled trial of resmetirom in NASH with liver fibrosis. N Engl J Med. 2024;390(6):497-509.

43. Hayward G, Mort S, Hay AD, et al. d-Mannose for Prevention of Recurrent Urinary Tract Infection Among Women: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2024;184(6):619-628.

44. Hooton TM, Vecchio M, Iroz A, et al. Effect of Increased Daily Water Intake in Premenopausal Women With Recurrent Urinary Tract Infections: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;178(11):1509-1515.

45. Hu S, Rayman MP. Multiple Nutritional Factors and the Risk of Hashimoto's Thyroiditis. Thyroid. 2017;27(5):597-610.

46. Humphrey MB, Russell L, Danila MI, et al. 2022 American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2023;75(12):2405-2419.

47. Husby S, și colab. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for diagnosing coeliac disease 2020. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2020;70(1):141-156.

48. Huwiler VV, Maissen-Abgottspon S, Stanga Z, Mühlebach S, Trepp R, Bally L, Bano A. Selenium Supplementation in Patients with Hashimoto Thyroiditis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Thyroid. 2024;34(3):295-313.

49. International Agency for Research on Cancer. Chemical agents and related occupations. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 100F. Lyon: IARC; 2012.

50. Jensen T, Abdelmalek MF, Sullivan S, et al. Fructose and sugar: A major mediator of non-alcoholic fatty liver disease. J Hepatol. 2018;68(5):1063-1075.

51. Jiang D, Chen C, Liu X, și colab. Concurrence and impact of hepatic steatosis on chronic hepatitis B patients: a systematic review and meta-analysis. Ann Transl Med. 2021;9(23):1718.

52. Jiang H, Chen X, Qian X, Shao S. Effects of vitamin D treatment on thyroid function and autoimmunity markers in patients with Hashimoto's thyroiditis - A meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Pharm Ther. 2022;47(6):767-775.

53. Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, et al. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Thyroid. 2014;24(12):1670-1751.

54. Kahrs CR, și colab. Enterovirus as trigger of coeliac disease: nested case-control study within prospective birth cohort. BMJ. 2019;364:l231.

55. Kennedy OJ, Roderick P, Buchanan R, Fallowfield JA, Hayes PC, Parkes J. Coffee, including caffeinated and decaffeinated coffee, and the risk of hepatocellular carcinoma: a systematic review and dose-response meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(5):e013739.

56. Klem F, și colab. Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. Gastroenterology. 2017;152(5):1042-1054.

57. Krysiak R, Szkróbka W, Okopień B. The Effect of Gluten-Free Diet on Thyroid Autoimmunity in Drug-Naïve Women with Hashimoto's Thyroiditis: A Pilot Study. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2019;127(7):417-422.

58. Lebwohl B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. Lancet. 2018;391(10115):70-81.

59. Lee JW, Morris JK, Wald NJ. Grapefruit Juice and Statins. Am J Med. 2016;129(1):26-29.

60. Li D, Radulescu A, Shrestha RT, et al. Association of Biotin Ingestion With Performance of Hormone and Nonhormone Assays in Healthy Adults. JAMA. 2017;318(12):1150-1160.

61. Li N, și colab. The efficacy and safety of vitamin C for iron supplementation in adult patients with iron deficiency anemia: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2020;3(11):e2023644.

62. Ludvigsson JF, și colab. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. Gut. 2013;62(1):43-52.

63. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188.

64. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071.

65. Manges AR. Escherichia coli and urinary tract infections: the role of poultry-meat. Clin Microbiol Infect. 2016;22(2):122-129.

66. Messier SP, Mihalko SL, Legault C, et al. Effects of intensive diet and exercise on knee joint loads, inflammation, and clinical outcomes among overweight and obese adults with knee osteoarthritis: the IDEA randomized clinical trial. JAMA. 2013;310(12):1263-1273.

67. Meyer R, și colab. Malnutrition in children with food allergies in the UK. J Hum Nutr Diet. 2014;27(3):227-235.

68. Mikulska AA, Karaźniewicz-Łada M, Filipowicz D, Ruchała M, Główka FK. Metabolic Characteristics of Hashimoto's Thyroiditis Patients and the Role of Microelements and Diet in the Disease Management - An Overview. Int J Mol Sci. 2022;23(12):6580.

69. Misselwitz B, și colab. Update on lactose malabsorption and intolerance: pathogenesis, diagnosis and clinical management. Gut. 2019;68(11):2080-2091.

70. Molina-Infante J, Carroccio A. Suspected nonceliac gluten sensitivity confirmed in few patients after gluten challenge in double-blind, placebo-controlled trials. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017;15(3):339-348.

71. Morck TA, Lynch SR, Cook JD. Inhibition of food iron absorption by coffee. Am J Clin Nutr. 1983;37(3):416-420.

72. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467-1468.

73. Munblit D, și colab. Assessment of evidence about common infant symptoms and cow's milk allergy. JAMA Pediatr. 2020;174(6):599-608.

74. Navarro VJ, Khan I, Björnsson E, Seeff LB, Serrano J, Hoofnagle JH. Liver injury from herbal and dietary supplements. Hepatology. 2017;65(1):363-373.

75. Neal B, Wu Y, Feng X, et al. Effect of Salt Substitution on Cardiovascular Events and Death. N Engl J Med. 2021;385(12):1067-1077.

76. Nitzan O, Elias M, Chazan B, Saliba W. Urinary tract infections in patients with type 2 diabetes mellitus: review of prevalence, diagnosis, and management. Diabetes Metab Syndr Obes. 2015;8:129-136.

77. Nordio M, Basciani S. Treatment with Myo-Inositol and Selenium Ensures Euthyroidism in Patients with Autoimmune Thyroiditis. Int J Endocrinol. 2017;2017:2549491.

78. Nordio M, Pajalich R. Combined Treatment with Myo-Inositol and Selenium Ensures Euthyroidism in Subclinical Hypothyroidism Patients with Autoimmune Thyroiditis. J Thyroid Res. 2013;2013:424163.

79. Nowak-Węgrzyn A, și colab. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome. J Allergy Clin Immunol. 2017;139(4):1111-1126.

80. Osiyemi O, De Wit S, Ajana F, et al. Efficacy and Safety of Switching to Dolutegravir/Lamivudine Versus Continuing a Tenofovir Alafenamide-Based 3- or 4-Drug Regimen for Maintenance of Virologic Suppression in Adults Living With HIV-1 (TANGO), Weeks 96 and 144. Clin Infect Dis. 2022;75(6):975-986.

81. Osowiecka K, Myszkowska-Ryciak J. The Influence of Nutritional Intervention in the Treatment of Hashimoto's Thyroiditis - A Systematic Review. Nutrients. 2023;15(4):1041.

82. Otun J, Sahebkar A, Östlundh L, Atkin SL, Sathyapalan T. Systematic Review and Meta-analysis on the Effect of Soy on Thyroid Function. Sci Rep. 2019;9(1):3964.

83. Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD005131.

84. Plauth M, și colab. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. Clin Nutr. 2019;38(2):485-521.

85. Pop A, și colab. Prevalence of celiac disease in Romania. J Gastrointestin Liver Dis. 2024;33(3):316-322.

86. Rayman MP. Multiple nutritional factors and thyroid disease, with particular reference to autoimmune thyroid disease. Proc Nutr Soc. 2019;78(1):34-44.

87. Regulamentul (UE) nr. 1169/2011 al Parlamentului European și al Consiliului privind informarea consumatorilor cu privire la produsele alimentare. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene. 2011;L304:18-63.

88. Regulamentul de punere în aplicare (UE) nr. 828/2014 al Comisiei privind cerințele de furnizare a informațiilor către consumatori cu privire la absența sau prezența în cantități reduse a glutenului în alimente. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene. 2014;L228:5-8.

89. Riddell MC, Gallen IW, Smart CE, et al. Exercise management in type 1 diabetes: a consensus statement. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017;5(5):377-390.

90. Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG clinical guideline: diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. Am J Gastroenterol. 2016;111(5):602-622.

91. Rinella ME, și colab. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. J Hepatol. 2023;79(6):1542-1556.

92. Rosqvist F, și colab. Overfeeding polyunsaturated and saturated fat causes distinct effects on liver and visceral fat accumulation in humans. Diabetes. 2014;63(7):2356-2368.

93. Roy A, Laszkowska M, Sundström J, et al. Prevalence of Celiac Disease in Patients with Autoimmune Thyroid Disease: A Meta-Analysis. Thyroid. 2016;26(7):880-890.

94. Ruggeri RM, Giovinazzo S, Barbalace MC, et al. Influence of Dietary Habits on Oxidative Stress Markers in Hashimoto's Thyroiditis. Thyroid. 2021;31(1):96-105.

95. Ryan MC, Itsiopoulos C, Thodis T, et al. The Mediterranean diet improves hepatic steatosis and insulin sensitivity in individuals with non-alcoholic fatty liver disease. J Hepatol. 2013;59(1):138-143.

96. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. N Engl J Med. 2001;344(1):3-10.

97. Santos AF, și colab. EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. Allergy. 2023;78(12):3057-3076.

98. Santos AF, și colab. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. Allergy. 2025;80(1):14-36.

99. Sanyal AJ, și colab. Phase 3 trial of semaglutide in metabolic dysfunction-associated steatohepatitis. N Engl J Med. 2025;392(21):2089-2099.

100. Sax PE, Erlandson KM, Lake JE, et al. Weight Gain Following Initiation of Antiretroviral Therapy: Risk Factors in Randomized Comparative Clinical Trials. Clin Infect Dis. 2020;71(6):1379-1389.

101. Schnadower D, și colab. Lactobacillus rhamnosus GG versus placebo for acute gastroenteritis in children. N Engl J Med. 2018;379(21):2002-2014.

102. Schoemaker AA, și colab. Incidence and natural history of challenge-proven cow's milk allergy in European children – EuroPrevall birth cohort. Allergy. 2015;70(8):963-972.

103. Schwenger EM, Tejani AM, Loewen PS. Probiotics for preventing urinary tract infections in adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD008772.

104. Semins MJ, Shore AD, Makary MA, Weiner J, Matlaga BR. The impact of obesity on urinary tract infection risk. Urology. 2012;79(2):266-269.

105. Shane AL, și colab. 2017 Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines for the diagnosis and management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis. 2017;65(12):e45-e80.

106. Singh P, și colab. Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018;16(6):823-836.

107. Skodje GI, și colab. Fructan, rather than gluten, induces symptoms in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity. Gastroenterology. 2018;154(3):529-539.

108. Snook J, și colab. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults. Gut. 2021;70(11):2030-2051.

109. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. Nat Rev Endocrinol. 2009;5(5):253-261.

110. Stapleton AE, Au-Yeung M, Hooton TM, et al. Randomized, placebo-controlled phase 2 trial of a Lactobacillus crispatus probiotic given intravaginally for prevention of recurrent urinary tract infection. Clin Infect Dis. 2011;52(10):1212-1217.

111. Stoffel NU, Cercamondi CI, Brittenham G, et al. Iron absorption from oral iron supplements given on consecutive versus alternate days and as single morning doses versus twice-daily split dosing

in iron-depleted women: two open-label, randomised controlled trials. Lancet Haematol. 2017;4(11):e524-e533.

112. Szajewska H, și colab. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: position paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023;76(2):232-247.

113. Teng W, Shan Z, Teng X, et al. Effect of iodine intake on thyroid diseases in China. N Engl J Med. 2006;354(26):2783-2793.

114. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. FoodData Central. Beltsville Human Nutrition Research Center; 2019-2026. Disponibil la: fdc.nal.usda.gov.

115. Ülker MT, Arıtıcı Çolak G, Baş M, Erdem MG. Evaluation of the effect of gluten-free diet and Mediterranean diet on autoimmune system in patients with Hashimoto's thyroiditis. Food Sci Nutr. 2024;12(2):1180-1188.

116. van Prehn J, și colab. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for Clostridioides difficile infection in adults. Clin Microbiol Infect. 2021;27(Suppl 2):S1-S21.

117. van Tulleken C. Overdiagnosis and industry influence: how cow's milk protein allergy is extending the reach of infant formula manufacturers. BMJ. 2018;363:k5056.

118. van Wyk J, Ajana F, Bisshop F, et al. Efficacy and Safety of Switching to Dolutegravir/Lamivudine Fixed-Dose 2-Drug Regimen vs Continuing a Tenofovir Alafenamide-Based 3- or 4-Drug Regimen for Maintenance of Virologic Suppression in Adults Living With HIV-1 (TANGO), Week 48. Clin Infect Dis. 2020;71(8):1920-1929.

119. Vandenplas Y, și colab. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management, and prevention of cow's milk allergy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;78(2):386-413.

120. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. Gut. 2021;70(7):1214-1240.

121. Vilar-Gomez E, Martinez-Perez Y, Calzadilla-Bertot L, et al. Weight Loss Through Lifestyle Modification Significantly Reduces Features of Nonalcoholic Steatohepatitis. Gastroenterology. 2015;149(2):367-378.

122. Wang K, Wei H, Zhang W, et al. Severely low serum magnesium is associated with increased risks of positive anti-thyroglobulin antibody and hypothyroidism: A cross-sectional study. Sci Rep. 2018;8(1):9904.

123. Wiesner A, Gajewska D, Paśko P. Levothyroxine Interactions with Food and Dietary Supplements - A Systematic Review. Pharmaceuticals (Basel). 2021;14(3):206.

124. Williams G, Hahn D, Stephens JH, Craig JC, Hodson EM. Cranberries for preventing urinary tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2023;4(4):CD001321.

125. Winther KH, Rayman MP, Bonnema SJ, Hegedüs L. Selenium in thyroid disorders - essential knowledge for clinicians. Nat Rev Endocrinol. 2020;16(3):165-176.

126. World Health Organization, UNICEF. Clinical management of acute diarrhoea: WHO/UNICEF joint statement. Geneva: World Health Organization; 2004.

127. World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.

128. Zelber-Sagi S, Ivancovsky-Wajcman D, Fliss Isakov N, și colab. High red and processed meat consumption is associated with non-alcoholic fatty liver disease and insulin resistance. J Hepatol. 2018;68(6):1239-1246.

129. Zelber-Sagi S, Salomone F, Mlynarsky L. The Mediterranean dietary pattern as the diet of choice for non-alcoholic fatty liver disease: evidence and plausible mechanisms. Liver Int. 2017;37(7):936-949.