

JOZEF WIERZCHOWSKI, WŁADYSŁAW KASIŃSKI, JERZY SZYMIKOWSKI

OCENA ŻYWIENIA W NIEKTÓRYCH SZPITALACH

Z Katedry Nauki o Środkach Spożywczych A. M. w Gdańsku
oraz z Działu Higieny Żywności W.S.S.E. w Gdańsku

Pojawiające się nieraz w prasie Wybrzeża artykuły krytykujące jakość żywienia w szpitalach spowodowały zlecenie pracownikom Katedry Nauki o Środkach Spożywczych Wydziału Farmaceutycznego przeprowadzenie badania żywienia chorych w Szpitalach Klinicznych Nr 1 i 2 w okresie wiosennym 1956 r. Zbadano laboratoryjnie i obliczono teoretycznie według dołączonych do prób jadłospisów wartość kaloryczną 23 całodziennych posiłków pobranych i dostarczanych przez specjalnie powołaną komisję, działającą na podstawie uprzednio opracowanej instrukcji zgodnie z ustalonym harmonogramem dla poszczególnych klinik.

Analogiczne badania przeprowadził Dział Higieny Żywności i Żywności Wojewódzkiej Stacji San-Epid. w miesiącach czerwcu i wrześniu 1958 r. i w marcu 1959 roku. W badaniach tych wyniki oceny laboratoryjnej 9 całodziennych posiłków porównano z obliczonymi teoretycznie: a) dzienną wartością żywienia planowanych produktów na okres 30 dni i b) średnia żywienia za 10 dni na podstawie dokumentów rozchodowych.

Badaniami objęto następujące kliniki:

1. II Położnictwa i Chorób Kobięcych.
2. II Chirurgii
3. II chirurgii.
4. I Chorób Wewnętrznych.
5. II Chorób Wewnętrznych — Oddział IV.
6. Chorób Gardła, Nosa i Uszu.
7. Chorób Skórnych i Wenerycznych.
8. Chorób Zakaźnych (dieta dziecięca).
9. Chorób Zakaźnych (dieta normalna).
10. I Chorób Dziecięcych.
11. I Chorób Dziecięcych — Oddział Rehabilitacji.
12. Ftyzjatrii.
13. Chorób Nerwowych.
14. Chorób Psychicznych.
15. Chorób Oczu.
16. Radiologii i Radioterapii — Oddział Onkologii.
17. Państwowy Szpital Kliniczny Nr 1 (w r. 1958).
18. Państwowy Szpital Kliniczny Nr 2 (w r. 1958).
19. Państwowy Szpital Kliniczny Nr 2 (w r. 1959).

Tabela I

Średnie planowane zużycie produktów w g na 1 osobę dziennie — w stosunku do norm zalecanych

Produkty:	K l i n i k a							
	Położnictwa i Chorób Kobięcych		Chorób Dziecięcych		Ftyzjatrii (dla dorosłych)		I n n e	
	Norma	Plano- wane	Norma	Plano- wane	Norma	Plano- wane	Nor- ma	Plano- wane
Mleko	0,750 l	0,644 l	0,750 l	0,660 l	0,750 l	0,750 l	0,600 l	0,473 l
Śmietana	20	14	20	12	30	—	10	14
Ser biały	50	—	50	—	50	—	50	18
Ser fermentowany	15	15	10	—	15	—	—	5
Jaja	50	9	50	—	50	2	37	5
Masło	25	16	30	30	20	45	27	13
Margaryna	5	12	—	5	15	—	5	4
Olej	5	3	2	2	2	—	5	2
Tłuszcze zwierzęce	15	23	13	16	30	40	15	36
Mięso i wędliny	110	127	90	136	125	170	115	116
Ryby	40	15	30	—	40	—	45	12
Pieczywo	250	332	225	259	300	350		
Mąka pszenna	40	25	40	9	40	50	200	380
Makaron	5	27	—	24	5	40	10	32
Kasze	35	27	40	22	40	40	60	61
Cukier	65	52	60	35	62	42	65	41
Ziemniaki	500	425	300	360	500	500	450	450
Warzywa	400	253	400	290	500	300	350	174
Owoce	200	43	250	50	150	90	150	28
Przetwory owocowe	20	30	20	80	20	10	20	21

Porównanie wyników analizy laboratoryjnej oraz danych obliczonych teoretycznie przy użyciu tablic (1) wartości odżywczej produktów wydanych do kuchni z obowiązującymi szpitala tymczasowymi dziennymi normami spożycia ogłoszonymi w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia Nr 13 z dnia 13. VII. 1955 r. pozwoliło na ocenę żywienia w wymienionych szpitalach, na podstawie której można było wyciągnąć pewne wnioski, które przedstawiamy w niniejszej pracy. W klinikach kontrolowanych kilkakrotnie podano wyniki średnie. Dla ułatwienia realizacji zamierzonego zadania ujęty w normach Ministerstwa Zdrowia asortyment obejmujący 27 produktów zgrupowano w 20 pozycjach i przedstawiono w tabeli I. Do bardziej wszechstronnego omówienia badanego wyżywienia posłużyły obliczenia teoretyczne — oprócz wartości kalorycznej i zawartości tłuszczu w diecie — ilości białka ogółem, białka zwierzęcego, węglowodanów, soli wapnia i żelaza, witamin A, B₁, B₂ i witaminy C (tabela II). Temu samemu celowi służyło również rozbitcie wartości dotyczących kalorycz-

Tabela II

Średnia wartość odżywcza planowanych całodziennych produktów na 1 osobę — w stosunku do norm (obliczone teoretycznie)*

Składniki odżywcze		K l i n i k a							
		Położnictwa i Chorób Kobięcych		Chorób Dziecięcych		Ftyzjatrii (dla dorosłych)		Pozostałe	
		Norma	Plano- wane	Norma	Plano- wane	Norma	Plano- wane	Norma	Plano- wane
Tłuszcze . . .	g	120	107	120	111	139	150	101	99
Białka ogółem .	g	102	90	95	78	105	141	93	88
Białka zwierzę- ce	g	71	51	64	44	74	53	63	43
Węglowodany .	g	376	392	342	355	404	451	340	421
Wapń	mg	1618	1376	1555	1214	1764	1210	1231	1077
Żelazo	mg	21	21	20	18	24	23	18	21
Wit. A	jm	14653	9051	18170	12595	21776	13543	15709	7958
Wit. B ₁	µg	2279	2225	2089	1536	2566	2875	2006	1786
Wit. B ₂	µg	2503	2072	2454	1853	2710	2230	2103	1797
Wit. C	mg	158	116	179	143	211	161	176	128

* Wartości norm poszczególnych składników odżywczych (poza tłuszczami, białkami ogółem i węglowodanami) — otrzymano z obliczeń teoretycznych produktów wymienionych w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia Nr 13 z dn. 13 lipca 1955 r. (poz. 72—78).

ności i ilości tłuszczu na poszczególne posiłki, co przedstawiają ryciny 2, 3 i 4.

ANALIZA DOSTARCZANYCH PRÓB

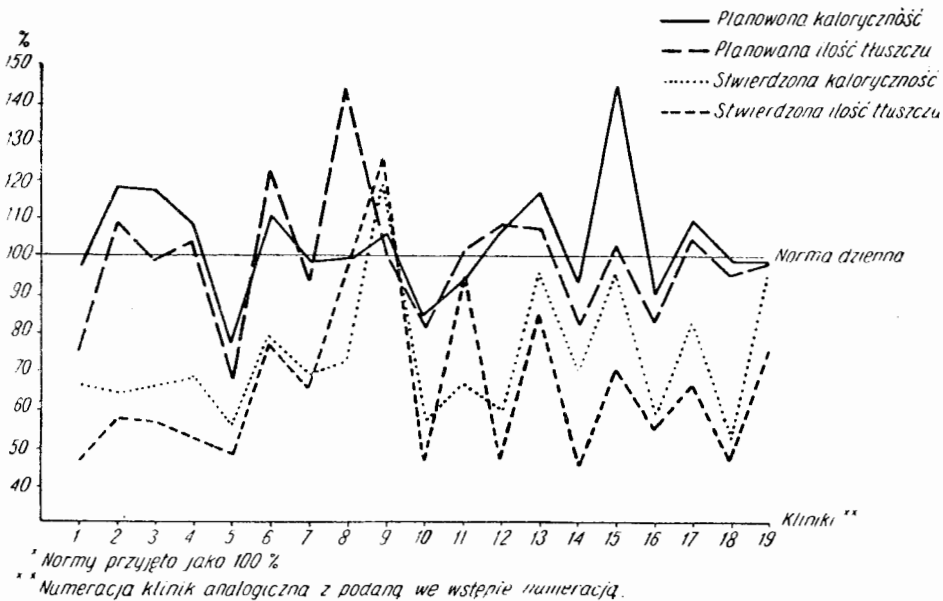
Materiał badawczy stanowiły posiłki pobierane bezpośrednio od chorych, dostarczane do laboratorium w szklanych naczyniach zamkniętych. Wartość kaloryczną produktów porcjowanych obliczano na podstawie tabeli II tablic wartości odżywczych produktów spożywczych (1). Dania gotowane po uprzednim zważeniu podparowywano na łaźni wodnej do konsystencji półgęstej powtórnie ważono, trzykrotnie przepuszczano przez maszynkę do mięsa (jeśli tego zachodziła potrzeba) i dokładnie rozcierano w moździerzu na jednolitą masę. Zawartość wody, tłuszczu i popiołu określano w ok. 50 g próbce z przygotowanej masy. Oznaczenie kaloryczności przeprowadzano skróconą metodą wg Winokurowa (2) zalecaną dla stacji sanitarno-epidemiologicznych przez Ministerstwo Zdrowia, chociaż budzi ona pewne wątpliwości i zastrzeżenia co do ścisłości wyników (3). Z tego właśnie względu niektórzy z autorów proponują przy oznaczaniu tłuszczów stosowanie innych, ich zdaniem, bardziej dokładnych metod. Według Maciesowicz (4) należałoby korzystać ze zmodyfikowanej metody Grossfelda, podczas gdy w Instytucie Handlu i Żywienia Zbiorowego w odniesieniu do większości produktów zakładów żywienia zbiorowego najlepsze wyniki otrzymano określając procentową zawartość tłuszczów metodą Schmid-Bądzińskiego (5). Natomiast Wierzchowski (6) sugeruje klasyczną metodę ekstrakcji tłuszczów eterem etylowym w aparacie

Soxhleta dającą jego zdaniem wyniki najbardziej zbliżone do teoretycznych. Dobre wyniki określania jedynie wartości kalorycznej żywności otrzymał *Rozental* (7) na drodze utleniania kwasem chromowym.

KALORYCZNOŚĆ I TŁUSZCZE CAŁODZIENNYCH ZESTAWÓW ŻYWIENIOWYCH

Laboratoryjna ocena kaloryczności tłuszczów całodziennych zestawów żywieniowych, w porównaniu z wartościami obliczonymi z jadłospisów na podstawie tablic wartości odżywczych oraz dziennymi obowiązującymi normami żywienia chorych, wskazuje na dużą rozbieżność tych wartości co ilustruje ryc. 1.

Jak z niej widać, żywienie chorych odbiegało dość poważnie w zakresie kontroli od norm ustalonych przez Ministerstwo Zdrowia. Średnia teoretyczna kaloryczności badań w 1956 r. (poz. 1—16), wprawdzie wynosiła ok. 2800 kcal — co przekracza nawet normy dla łóżek w szpitalach klinicznych (z wyjątkiem gruźliczych dla dorosłych, która powinna wynosić 3300 kcal), w rzeczywistości jednak chory otrzymał przeciętnie 1935 kcal,



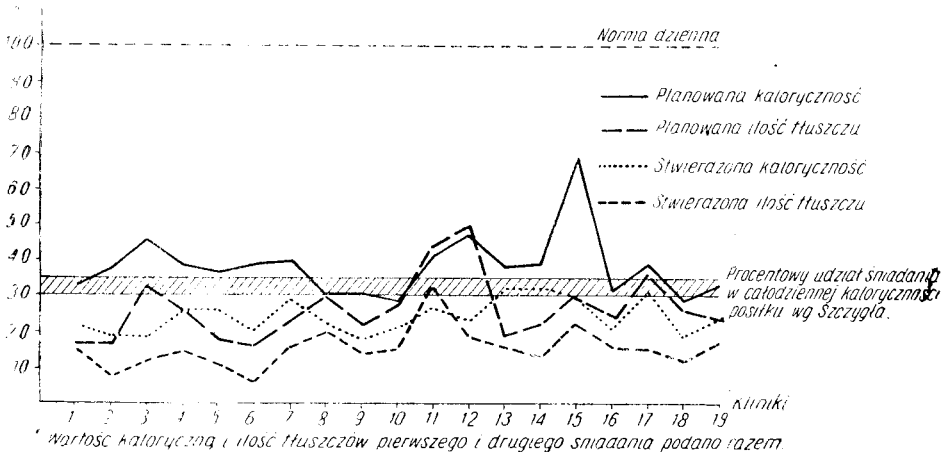
Ryc. 1. Średni % planowanej i stwierdzonej laboratoryjnie wartości kalorycznej i zawartości tłuszczów całodziennych posiłków w stosunku do norm

co stanowi zaledwie ok. 72% należnej mu normy. Jeszcze niekorzystniej wyglądał obraz kaloryczności posiłków w tym samym czasie w Klinice Ftyzjatrii (poz. 12), gdzie chory otrzymał zaledwie 60% należnych według normy kcal. W obu omówionych przypadkach niedobór kaloryczności spowodowany był głównie znacznie zmniejszoną ilością tłuszczów, których zawartość obliczona według jadłospisów wynosiła średnio ok. 101 g (a więc nie odbiegająca od przeciętnej dziennej normy), a stwierdzona la-

boratoryjnie wynosiła ok. 66 g, co stanowi średnio około 34% niedoboru tego cennego składnika pożywienia. Specjalnie ostro ten obraz rysuje się na klinice ftyzjatrii, gdzie chory zamiast 139 g tłuszczu otrzymał średnio 64 g, co stanowi zaledwie ok. 46% normy. Badanie żywienia chorych w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w leczie 1958 (poz. 17), wykazuje w poszczególnych dniach wydawanie z magazynu do kuchni większych ilości niektórych produktów, aniżeli przeciętnie przewiduje to norma. Chory jednak otrzymał dziennie około 680 kcal mniej w stosunku do produktów wydanych z magazynu (różnica ok. 26%) i 440 kcal mniej w stosunku do norm (różnica ponad 16%). Niedobór stwierdzonych tłuszczów wyniósł ok. 33% w stosunku do zalecanej normy. Badania w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 2 w jesieni 1958 r. (poz. 18) wykazują niedobór 47% w stosunku do normy dla kaloryczności i 53% dla tłuszczów. Obliczenia teoretyczne w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 2 wiosną 1959 r. (poz. 19) potwierdzają wydanie z magazynu do kuchni ilości produktów, które w zasadzie pokrywały wymagania kaloryczne, chory jednak otrzymał średnio 75% kaloryczności całodziennego posiłku. Dane te kształtują się więc trochę lepiej niż uprzednio, ale niestety dalekie jeszcze są od zalecanych norm.

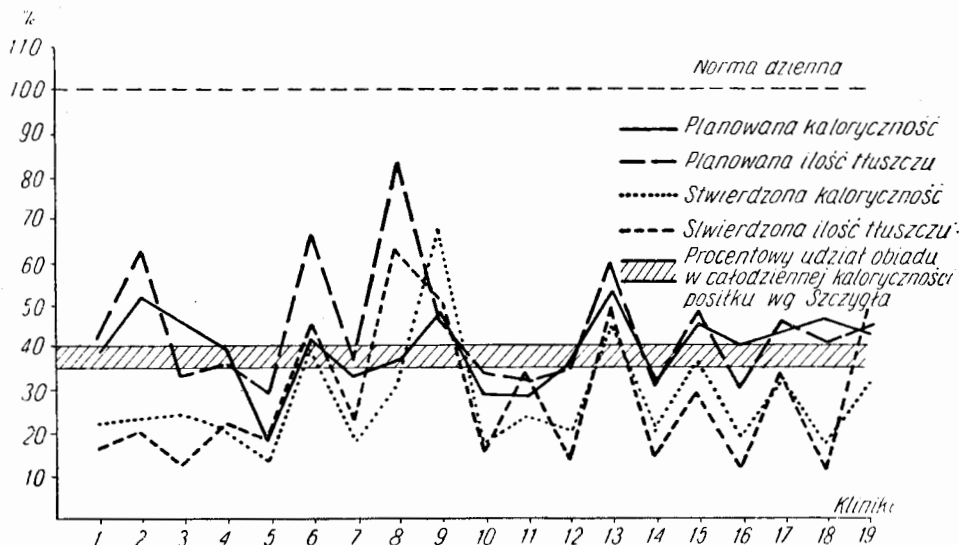
KALORYCZNOŚĆ I TŁUSZCZE POSZCZEGÓLNYCH POSIŁKÓW

Przyjęcie dziennych norm produktów spożywczych nie daje jeszcze pełnej gwarancji racjonalnego żywienia. Niewłaściwie rozplanowane racje pokarmowe na posiłki w ciągu dnia (np. bardzo niskokaloryczne śniadanie) ma ujemne działanie na zdrowie. Według *Szczygła* (8), przy 3 posiłkach dziennie procentowy rozdział zapotrzebowania kalorycznego na poszczególne posiłki winien być śniadanie (30—35%), obiad (35—40%) i kolacja (25—30%), przerwa między posiłkami winna się mieścić w czasie 4 — 6 godz. (z wyjątkiem oczywiście czasu od kolacji do śniadania). Dużą zmienność wykazuje całodzienny procentowy rozdział planowanych i w rzeczywistości wydawanych poszczególnych posiłków pod względem wartości kalorycznej i zawartości tłuszczów. Charakteryzuje to ryc. 2.

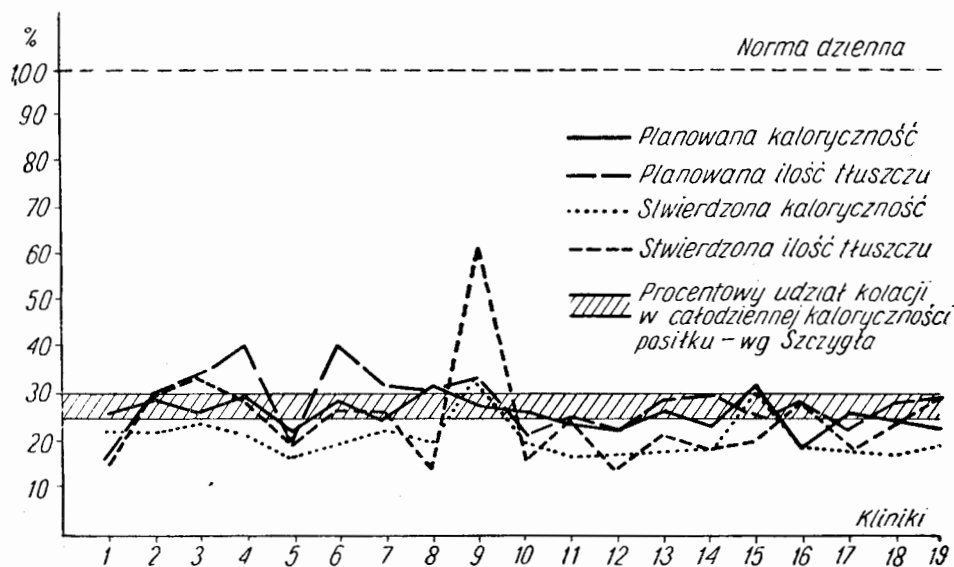


Ryc. 2. Średni % planowanej i stwierdzonej laboratoryjnie wartości kalorycznej i zawartości tłuszczów śniadań w stosunku do całodziennych norm

Średnia obliczonej teoretycznie kaloryczności śniadań wynosi ok. 38% całodzienną normy, a realizowanej nie przekracza średnio 24%. Uderza duża dowolność w planowaniu górnej granicy kaloryczności śniadań, która np. w Klinice Chorób Oczu (poz. 15) stanowi aż 68% całodzienną, nor-



Ryc. 3. Średni % planowanej i stwierdzonej laboratoryjnie wartości kalorycznej i zawartości tłuszczów obiadów w stosunku do całodzienną normy



Ryc. 4. Średni % planowanej i stwierdzonej laboratoryjnie wartości kalorycznej i zawartości tłuszczów kolacji w stosunku do całodzienną normy

szą wymaganego, posiłku. Nieco korzystniej (z wyjątkiem poz. 11 i 12) należy oceniać planowany udział tłuszczów w śniadaniach (średnio 26%), jednak laboratoryjnie stwierdzone średnie znajdują się w granicach ok.

15% całodziennej normy. Analogiczne różnice widać również w planowaniu kaloryczności obiadów, mimo średniej wynoszącej 39%, co przedstawia ryc. 3.

Jaskrawym przykładem tego jest II Klinika Chorób Wewnętrznych — Oddział IV (poz. 5), gdzie planowana kaloryczność obiadu stanowi zaledwie ok. 18% (wykonanie ok. 15%) należnego choremu całodziennego posiłku. Krzywa planowanych tłuszczów (średnio 45% wykonanie średnio ok. 27% bardzo nierównomiernie jest rozdzielona na poszczególne kliniki. Dieta dziecięca w Klinice Chorób Zakaźnych (poz. 8) ma zaplanowany aż 83% (przy wykonaniu 63%) udział całodziennego tłuszczu w obiedzie. Dopiero krzywa wyrażająca planowaną wartość kaloryczną dla kolacji (średnio 26%, wykonanie 21%) ma dla większości klinik charakter ciągły (ryc. 4).

Planowany natomiast podział tłuszczów (średnio 29%, wykonanie 24%) jest bardzo nierównomierny, np. w I Klinice Chorób Wewnętrznych wynosi ok. 41% (poz. 4), gdy w II Klinice Chorób Wewnętrznych — Oddział IV (poz. 5) tylko 20% całodziennej normy.

UWAGI OGÓLNE W ZWIĄZKU Z NIEDOBREM TŁUSZCZÓW W PRZEBADANYCH POSIŁKACH

Tłuszcze spożywcze, tak zwierzęce jak i roślinne, są dla organizmu drugim z kolei źródłem energii cieplnej, jak również niektórych witamin, spełniają rolę ochronną narządów wewnętrznych, a także stanowią magazyn energetyczny dla organizmu w razie zwiększonego zapotrzebowania. Jednocześnie zapewniają najlepiej najdłużej trwające uczucie sytości. Niektóre ze składników tłuszczów, jak kwasy linolowy, linolenowy i archidonowy są niezbędne do prawidłowego żywienia. Tłuszcze spożywcze w odpowiednich ilościach wywierają dodatni wpływ na trawienie i przyswajanie białek. Normalne trawienie powoduje utlenienie się 94% spożytych tłuszczów na kwas węglowy i wodę (9), przy czym procesy te łączą się ściśle z prawidłową przemianą węglowodanów. Dlatego stwierdzone niedobory tłuszczów w posiłkach należy uważać za duże straty dla chorego. Według *Ošancovej* (10) przeciętna ilość tłuszczu w diecie ludzi poniżej 40 lat powinna pokrywać ca 30% wartości kalorycznej całodziennego żywienia, natomiast dla starszych odpowiednio zmniejszona do 25%.

ZUŻYCIE PRODUKTÓW

Tabela I przedstawia obraz średniego dziennego zużycia produktów w czterech różnych typach klinik w porównaniu z obowiązującymi normami. Ujęte tu zestawienie obliczeń wskazuje, że mleko i produkty mleczne, posiadające wysokie walory biologiczne w żywieniu wszystkich grup chorych, są planowane poniżej normy. Jaja mające szerokie zastosowanie kulinarne jako część składowa różnych posiłków lub dopełnienie wielu zestawów, są jeszcze nadal niedocenianym przez kliniki artykułem żywności, mimo bogatego pod względem wartości biologicznej białka, tłuszczu, soli mineralnych i witamin. W Klinice Ftyzjatrii planuje się większe ilości masła i w ogóle tłuszczów zwierzęcych zamiast tańszych tłuszczów (olejów) roślinnych. Brak w diecie oleju pozbawia chorych pełnego pokrycia zapotrzebowania na niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe. Pod względem zużycia mięsa i wędlin wszystkie kliniki znacznie przekraczają obowiązujące normy, przy dużej przewadze mięsa wieprzowego i wędlin. Wprawdzie mięso jest dobrym źródłem pełnowartościowego białka, witamin

z grupy B, a także czasem tłuszczowców, niemniej jednak niewielkie w nim ilości wapnia, witamin C, D i A (C jedynie w mięsie reniferów a D i A w wątrobie i nerkach) stwarzają poważne luki w zaspokojeniu zapotrzebowania człowieka na wszystkie składniki pokarmowe. Zastanawiające jest nieuwzględnienie w jadłospisach obowiązującej normy zużycia mięsa ryb, dobrego źródła białek (niektóre tłuszcze) i bardzo ważnych dla organizmu pierwiastków jak fosfor, wapń, jod, żelazo, fluor oraz niektórych niezbędnych witamin (11, 12, 13, 14). Charakterystyczne, że wszystkie typy żywieniowe klinik używają więcej spośród produktów zbożowych pieczywa niż przewidują normy, mniej natomiast mąki pszennej i makaronu (z wyjątkiem Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych). Znacznie mniejsze zużycie kasz widać w Klinikach Chorób Dziecięcych i Położnictwa. Mimo jednostronności składu, cukier dzięki właściwościom smakowym jest cennym produktem przy naszych zwyczajach żywieniowych. Planowane zużycie cukru we wszystkich klinikach jest znacznie niższe od normy. Nie znajduje również uzasadnienia rezygnowanie z obowiązujących ilości warzyw i owoców, które zależnie od rodzaju są dobrym źródłem (mimo niskiej kaloryczności) przede wszystkim witaminy C, składników mineralnych, a wśród nich różnych mikroelementów, niektórych witamin z grupy B oraz prowitamin A. Przetwory owocowe posiadają dużą wartość energetyczną i smakową.

WARTOŚĆ ODŻYWCZA ZUŻYTYCH PRODUKTÓW

Szczygiel i współpracownicy biorąc pod uwagę istniejące u nas warunki bytowania opracowali własne normy, które są podstawowymi miernikami wartości odżywczej racji pokarmowych oraz jakości wyżywienia. W rozważaniach własnych skonfrontowano obliczenia teoretyczne wartości odżywczych zużytych produktów z analogicznymi danymi obliczonych produktów — norm, co przedstawia tabela II.

Zagadnienie wartości odżywczej tłuszczów omówiono już poprzednio. Na specjalną natomiast uwagę zasługują postulaty współczesnej fizjologii żywienia, wysuwające zagadnienie ilości i jakości białek w pożywieniu jako sprawę pierwszorzędno znaczenia. Brak do tej pory jednolitego poglądu na wielkość dziennego zapotrzebowania na białka. *Molczanowa* (15) widzi zapotrzebowanie białek w procentowym stosunku składników energetycznych pożywienia, które winno wynosić 13—14% ogólnej ilości kalorii. Natomiast Ministerstwo Ochrony Zdrowia w Kraju Rad przyjęło normy Instytutu Żywienia Akademii Nauk Medycznych, które średnio na osobę dorosłą wynosi 105 g (w tym 64 białka zwierzęcego) (16). *Sherman* (17) poleca 1 g białka na 1 kg wagi. Dzielne normy zapotrzebowania na białka wg Komisji do Spraw Żywienia i Żywności U.S.A. w wydaniu z 1953 r. przewidują dla ludzi dorosłych (zależnie od płci i wieku 65—75 g białka na dobę. Te same normy w wersji z r. 1958 (18) są w granicach 70—75 g. Według *Maśeka* (19) 1,3 — 1,4 g białka na 1 kg wagi winno stanowić całkowite zapotrzebowanie dorosłego mężczyzny o wadze 70—75 kg. Oczywiście większe ilości białek są potrzebne w różnych stanach patologicznych oraz rekonwalescencji. Zdaniem *Kiersta* (20) białko powinno dostarczać dorosłym 8—10% dziennego zapotrzebowania kcal, dzieciom 10—12%, przy czym stosunek białka zwierzęcego do roślinnego winien wahać się między 0,6 : 1,2. Tymczasowe normy żywienia proponowane

przez Zakład Higieny Żywienia P.Z.H. przewidują 75—110 g białka ogółem (w tym zwierzęcego od 25—65). *Szczygiel* zwraca uwagę, że w żywieniu dzieci do lat 12 stosunek białek zwierzęcych do roślinnych powinien wynieść co najmniej 1 : 1, a u dorosłych 1 : 2. Z tabeli II wynika, że ten stosunek białek jest najbardziej zbliżony do proponowanego jedynie w Klinice Chorób Dziecięcych. Pod względem udziału w normowanych i planowanych produktach innych składników odżywczych zwraca uwagę zawartość węglowodanów nie odbiegająca zbyt od proponowanej przez P.Z.H. Ilości wapnia i żelaza znacznie przewyższają proponowane normy Zawartości witaminy A około 2—3 razy, B₁ i B₂ około 50% i witaminy C około 2 razy — są wyższe od wymienionych norm.

WNIOSKI

Przeprowadzona w szpitalach klinicznych analiza żywienia pozwala wysunąć następujące wnioski:

1. Ilości produktów wydawanych z magazynu do kuchni w zasadzie pokrywają wymagania kaloryczne ustalone przez Ministerstwo Zdrowia w normach zalecanych dla chorych w szpitalach klinicznych. Chorzy otrzymywali jednak w stosunku do obowiązujących norm posiłki uboższe kalorycznie przeciętnie o 25%. Wydaje się, że w rzeczywistości różnica ta jest trochę mniejsza, gdyż należy brać pod uwagę przedstawione w dyskusji zastrzeżenie dotyczące metodyki oznaczania tłuszczu.

2. Analiza laboratoryjna posiłków wykazała niemal we wszystkich przypadkach niższą zawartość tłuszczu w stosunku do obliczonej teoretycznie.

3. Chorym dostarcza się zbyt małe ilości warzyw, owoców, sera białego i ryb. Ilość tych środków spożywczych można by zwiększyć kosztem np. zmniejszenia ilości pieczywa.

4. W związku z ewentualnymi trudnościami zaopatrzeniowymi należałoby szerzej i bardziej racjonalnie stosować tabele zamiany produktów w obrębie podobnych gupy, bez zasadniczej zmiany składu i wartości odżywczej racji pokarmowej.

5. Stwierdzone niewłaściwości przy układaniu jadłospisów wymagają zwrócenia większej uwagi na prawidłowy rozdział całodziennego żywienia, na wielkość poszczególnych posiłków, jak również na konieczność przestrzegania zasady rozkładania produktów dostarczających białka zwierzęcego na trzy podstawowe posiłki, zgodne z obowiązującymi zasadami racjonalnego żywienia.

Ю. Вежховски, В. Касиньски, Е. Шумковски

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ В НЕКОТОРЫХ ГОСПИТАЛЯХ

Содержание

Проведены были исследования над оценкой питания в некоторых госпиталях города Гданьска. Оценка питания в этих госпиталях основывалась на сравнении результатов лабораторного анализа и величин пересчитанных теоретически пользуясь таблицами питательной стоимости с продуктами выданными кухне в нормах, которые признаны госпитальным столовкам. Результаты исследований представлены на четырёх чертежах и двух таблицах.

J. Wierchowski, W. Kasiński, J. Szymikowski

EVALUATION OF NUTRITION IN SOME HOSPITALS

Summary

The authors investigated nutrition in some hospitals in Gdańsk. The results of laboratory analysis were compared with the results of theoretical computation by employing tables of calorific values. The amounts of foodstuffs allotted to the kitchen were compared with the required temporary daily norms of foods. The results of these investigations are presented by four charts and two tables.

PIŚMIENNICTWO

1. Rudowska-Koprowska J.: Tablice wartości odżywczych produktów spożywczych, PZWL, Warszawa, 1954. — 2. Rudowska J., Szkiłładziowa W.: Roczniki P.Z.H., nr 3—4, str. 551, 1950. — 3. Masiakowa W., Rudowska-Koprowska J., Szczygieł A., Jakubiec T.: Roczniki P.Z.H., nr 1 str. 23, 1953. — 4. Maciesowicz Z., Kojer J.: Roczniki P.Z.H., nr 2, str. 160, 1959. — 5. Rozental L.: Tymczasowe metody badania dla laboratoriów kontrolnych żywienia zbiorowego, str. 17, Zakład Produkcji Skryptów, Warszawa, 1955. — 6. Wierzchowski J., Dąbrowski T.: Roczniki P.Z.H., nr 2 str. 151, 1957. — 7. Rozental L.: Roczniki P.Z.H., nr 1, str. 34, 1957. — 8. Szczygieł A., Siczkována J., Nowicka L.: Normy wyżywienia dla osiemnastu grup ludności, str. 43, PZWL, Warszawa, 1959. — 9. Lorie J. G.: Podstawy dietetyki, str. 20, PZWL, Warszawa, 1950. — 10. Osancowa K.: Ceskoslovenská Hygiena III-2/3 — str. 121, 1958.
11. Wierzchowski J.: Farmacja Polska, nr 7, str. 266, 1949. — 12. Wierzchowski J., Kasiński W., Wituszyńska B.: Roczniki P.Z.H., nr 6, str. 525, 1958. — 13. Dąbrowski T., Doboszyńska B., Ganowiak Z., Wierzchowski J.: Mitteilungen aus dem Gebiete der Lebensmitteluntersuchung und Hygiene, nr 5, str. 323, 1958. — 14. Wierzchowski J., Ganowiak Z.: Badania biologiczne nad wartością odżywcza ryb surowych i konserwowych — praca oddana do druku w Acta Poloniae Pharmaceutica. — 15. Molczanowa O. P.: Osnovy racionalnego pitania, Miedgiz, Moskwa, 1951. — 16. Szczygieł A.: Podstawy fizjologii żywienia, PZWL, Warszawa 1956. — 17. Sherman S. C.: Chemistry of Food and Nutrition, Newy Jork, 1952. — 18. Jour, Amer. Diet. Assoc. t. 34, nr 9, str. 911, 1958. — 19. Mašek J.: Woprosy Pitania, nr 2, str. 10, 1957. — 20. Kierst W.: Nauka o żywieniu zdrowego i chorego człowieka, PZWL, Warszawa, 1954.

Guyot R. SYSTEMATYCZNE WYKRYWANIE UPOŚLEDZEŃ SŁUCHU W SZKOŁACH W GENEWIE. (Le dépistage systématique des troubles de l'audition dans les écoles de Genève). Pract. Oto-Rhino-Laryng. (Bâle) 1959, 21/1.

W Genewie wszystkie przypadki upośledzenia słuchu u dzieci szkolnych są badane i leczone przez specjalistów. W okresie 2 lat zbadano 9.538 dzieci. Z tej liczby 8.973 (94%) posiadało słuch normalny, 472 dzieci przekazano do leczenia specjalistom.

W tej ostatniej grupie dzieci po upływie roku można było stwierdzić:

- a) w 249 przypadkach (53%) utratę upośledzenia słuchu i powrót do normy,
- b) w 68 przypadkach lekkie upośledzenie słuchu, w 25 umiarkowane, w 38 bardzo ciężkie.

S. Adamowiczowa