

VÝŽIVA U PACIENTŮ S TĚŽKOU DEMENCÍ, PEG ANO ČI NE?

Katarína Bielaková

Hana Matějovská Kubešová

Klinika interní, geriatric

a praktického lékařství LF MU a FN Brno



PORUCHY VÝŽIVY STARŠÍCH NEMOCNÝCH



- ztráta dentice
- špatná funkce zubních náhrad
- snížení produkce slin
- ztenčení mukózy
- poruchy polykání
- výběr potravy
- příjem tekutin



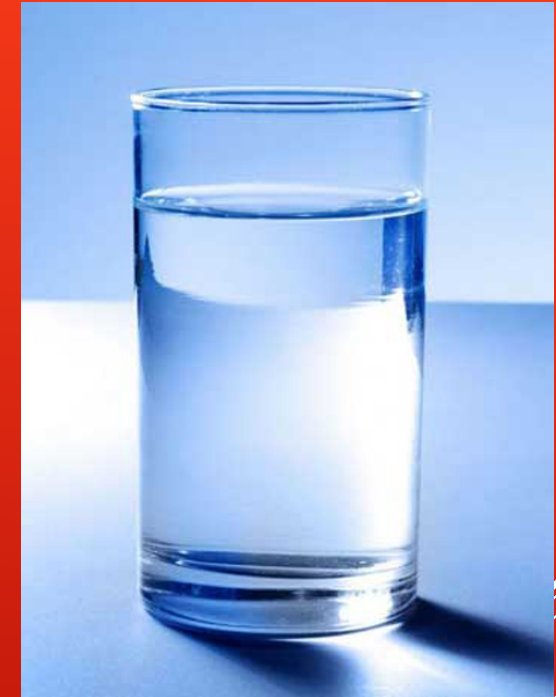
ZMĚNY PŘINÁŠENÉ STÁRNUTÍM

- ▶ přednost sacharidům
- ▶ vyhýbání se zelenině, ovoci
- ▶ vyhýbání se mléčným výrobkům
- ▶ celozrnné pečivo
- ▶ vaření na několik dní
- ▶ výběr tuků



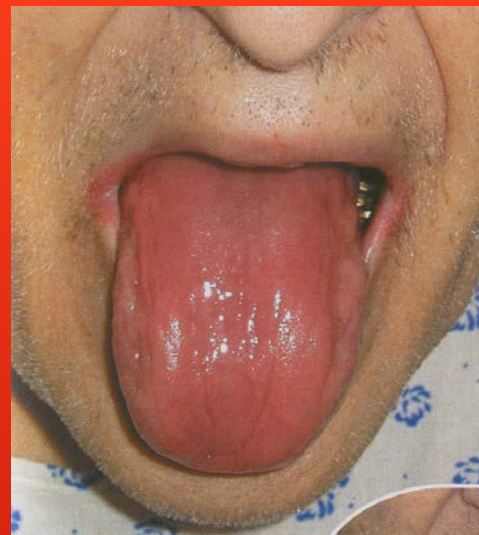
VÝBĚR POTRAVY

- ▶ snížení pocitu žízně
- ▶ nutnost častého močení
- ▶ nutnost tělesné aktivity
- ▶ obava z inkontinence
- ▶ subklinická dehydratace
- ▶ manifestace při minimálních podnětech

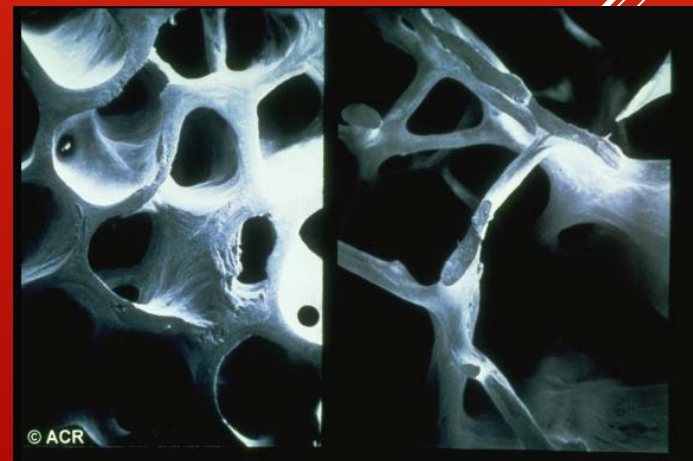


SNÍŽENÍ PŘÍJMU TEKUTIN

- hypoproteinémie, hypalbuminémie
- hypovitaminózy B, D
- hypochromie
- hypokalcémie
- hypomagnézémie
- hypoglykémie



POSTUPNÝ ROZVOJ DEFICITŮ



- ▶ příjem energie 1,3 násobek BMR (bazální metabolické potřeby), při potřebě nárůstu váhy 1,7 BMR
- ▶ protein 1-1,2g/kg/den (u malnutrice 1,5g/kg/den)
- ▶ tuky 30% celkového energetického příjmu
- ▶ sacharidy 55-60% (omezit jednoduché, nutno využít komplexní sacharidy)
- ▶ vláknina 20-25 g
- ▶ tekutiny 30 ml /kg
- ▶ minerály a vitamíny

VÝŽIVA SENIORŮ



- ▶ nutriční anamnéza – CAVE MMSE!!
- ▶ dotazníky : Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), Mini Nutritional Assessment -Short Form (MNA-SF), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- ▶ antropometrické měření (obvod paže, kožní řasa nad tricepsem)
- ▶ laboratorní metody (albumin, bílkovina, prealbumin, transferin, cholesterol, TSH, kreatinin, anemie, lymfopenie)
- ▶ funkční stav svalové tkáně- síla svalového stisku(dynamometr)
- ▶ zobrazovací metody - množství svalové hmoty (CT, MR, DXA, bioimpedance nebo experimentální podvodní vážení)



DIAGNOSTIKA MALNUTRICE

MNA

Poslední 3 měsíce ztráta chuti k jídlu, obtíže GIT, problémy se žvýkáním a polykáním

0 = těžké poruchy

1 = mírné

2 = bez potíží

Ztráta tělesné hmotnosti v posledním měsíci

0 = více než 3 kg

1 = neví

2 = v rozmezí 1-3kg

3 = stabilní hmotnost

Pohyblivost

0 = upoután na lůžko

1 = pohyb v okolí lůžka, po místnosti

3 = vychází ven

Psychický stres v posledních 3 měsících

0 = ano

2 = ne

Neuropsychické problémy

0 = těžká demence, deprese

1 = mírná demence

2 = žádné problémy

Index tělesné hmotnosti BMI

0 = < 19

1 = 19 – 21

2 = 21 – 23

3 = > 23

maximum – 14 bodů

norma - 12 bodů

riziko malnutrice - < 11 bodů

zhodnocení
nutričního
stavu



riziko
malnutrice/
malnutrice

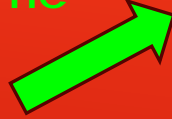


zlepší nutriční
intervence
kvalitu života??

ROZHODOVACÍ ALGORITMUS NUTRIČNÍ PODPORY

zlepší
nutriční
intervence
kvalitu
života?

ne



podpůrná péče

postačuje
orální příjem
nebo
suplementace?

ano/možná



časté malé
porce, svačinky,
úprava jídel,
oblíbená jídla

ano/možná



ne



funkční GIT ?

ano



enterální výživa

ne



parenterální výživa



- ▶ využití existujícího dietního systému – dieta č. 11, 14
- ▶ dysfagická dieta
- ▶ sipping
- ▶ nasogastrická, nasojejunální sonda
- ▶ PEG, PEJ



MOŽNOSTI PODPORY ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

- ▶ porucha příjmu potravy přesahující interval 3-4 týdnů
- ▶ základní indikace
- ▶ stanovení léčebného cíle, kterého chceme dosáhnout, a posouzení možnosti jeho naplnění
- ▶ informovaný souhlas

- CAVE
- bránění přirozenému umírání u pacientů s velmi nízkou kvalitou života, kterou nelze zavedením PEG zlepšit

INDIKACE PEG

PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE – DOPORUČENÝ POSTUP ČESKÉ GASTROENTEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

neurologické – 50%

- ▶ COM
- ▶ degenerativní neurologická onemocnění: amyotrofická laterální skleróza (ALS), roztroušená skleróza (RS), Parkinsonova nemoc (PN)
- ▶ **vigilní kóma**
- ▶ **demence**

**ZÁKLADNÍ INDIKACE
NEONKOLOGICKÉ**

vzácnější

- mentální retardace
- tracheoezofageální píštěle
- stenózy jícnu u pacientů s epidermolysis bullosa
- pokročilá achalázie
- divertikly jícnu
- **vysoké riziko aspirace při perorálním podávání tekutin a výživy**
- polytrauma
- rozsáhlá obličejová chirurgie
- cystická fibróza
- katabolické stavy vyžadující dlouhodobou enterální výživu
- jiná nenádorová onemocnění s potřebou dlouhodobé enterální výživy nebo zajištění medikace

- ❑ chybění souhlasu
- ❑ nekorigovatelné koagulační poruchy
- ❑ hemodynamická nestabilita
- ❑ závažná onemocnění zasahující do předpokládaného místa zavedení
- ❑ stavy, u kterých nelze předpokládat zlepšení po zavedení tohoto způsobu výživy

KONTRAINDIKACE PEG

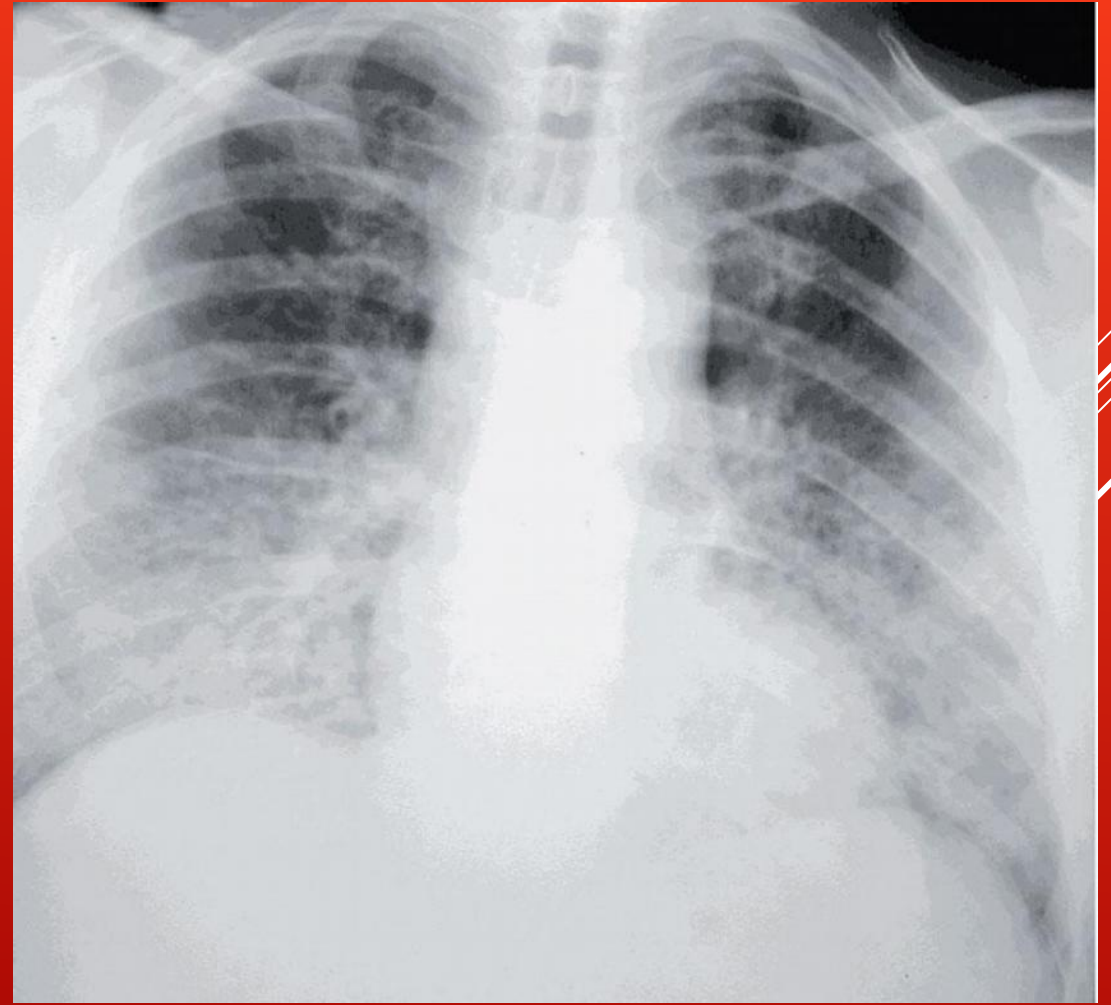
PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE – DOPORUČENÝ POSTUP ČESKÉ
GASTROENTEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

- ▶ ranná infekce
- ▶ nekrotizující fasciitida
- ▶ krvácení
- ▶ únik ze stomatu
- ▶ ulcerace žaludku
- ▶ aspirační pneumonie
- ▶ porucha pasáže
- ▶ pneumoperitoneum
- ▶ neúmyslné vytažení
- ▶ syndrom zanořeného disku
- ▶ gastro-kolo-kutánní píštěl
- ▶ perzistující gastrická píštěl

PŘEHLED KOMPLIKACÍ PEG

8-40% NEMOCNÝCH, 90% LEHKÉHO STUPNĚ, MORTALITA 1%

NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINOU PNEUMONIÍ U PACIENTŮ S POKROČILOU DEMENCÍ JE ASPIRACE



PACIENT S DEMENCÍ - VÝŽIVA A PEG



frailty, sarkopenie

kognitivní deficit, demence

věkem podmíněné
choroby a nemoci



ztráta hmotnosti, deficiency

snížený příjem, zvýšené nároky



BLUDNÝ KRUH MALNUTRICE A DEMENCE

- ▶ obtíže při nakupování a přípravě jídel
- ▶ opomenutí sníst připravenou porci/obava z otravy
- ▶ nespolupráce při podávání stravy - odmítání
- ▶ poruchy koordinace polykacích svalů – nebezpečí aspirace
- ▶ podávání stravy a tekutin v nevhodné poloze - nebezpečí aspirace
- ▶ ztráta stereotypu rozmělnění stravy a polknutí
- ▶ ztráta polykacího reflexu



TYPICKÉ STRAVOVACÍ PROBLÉMY PŘI DEMENCI

- ▶ pravidelný screening rizik malnutrice, kontrola hmotnosti
- ▶ adekvátní opatření při pozitivním screeningu
- ▶ podávání stravy v příjemném prostředí domácího charakteru
- ▶ podávání oblíbených jídel nemocného
- ▶ není doporučeno podávání chuťových stimulantů
- ▶ edukace pečovatелů o nutričních problémech a jejich řešení
- ▶ eliminace potencionálních příčin malnutrice
- ▶ zrušení dosavadních dietních omezení

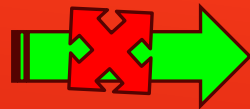


**MOŽNÉ INTERVENCE K UDRŽENÍ/ZLEPŠENÍ
STAVU VÝŽIVY NEMOCNÝCH S DEMENCÍ**

- ▶ nejasná identifikace cíle péče
- ▶ neurčité stanovení prognózy nemocného
- ▶ nereálná víra ve zlepšení pokročilé demence vlivem zlepšení výživy
- ▶ tlak členů rodiny „nenechat pacienta zemřít hlady“
- ▶ rozhodnutí k implantaci PEG bývá mnohdy emotivní, kontroverzní, vedené snahou o snížení rizika pneumonie, dekubitů
- ▶ zvýšení kvality života nemocného zajištěním fyzického pohodlí
- ▶ podpora pečovatелů/usnadnění péče

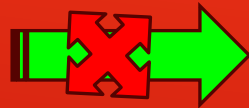
NEJČASTĚJŠÍ NEJISTOTY INDIKACE PEG U NEMOCNÝCH S DEMENCÍ

- ▶ zlepšením výživy prostřednictvím PEG se prodlouží život nemocného



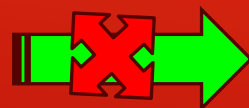
výživa PEG nevedla k prodloužení přežití nemocných s pokročilou demencí

- ▶ zlepšení výživy prostřednictvím PEG napomůže vyléčit dekubity



nebyl zjištěn přínos enterální výživy PEG pro snížení výskytu dekubitů u nemocných s pokročilou demencí

- ▶ čím dříve od vzniku stravovacích obtíží se zavede PEG, tím lepší bude efekt na prodloužení života



délka přežívání nemocných s PEG nebylo významně ovlivněna intervalem zavedení PEG od vzniku obtíží

DILEMATA VS VÝSLEDKY STUDIÍ

- ❑ udržení dobrého stavu výživy je důležitou součástí péče o nemocné s demencí
- ❑ podpora nutrice enterálně či parenterálně je doporučována k překlenutí krizového období u nemocných s mírnou nebo střední demencí
- ❑ ztráta chuti k jídlu a poruchy polykání jsou projevy terminální fáze života
- ❑ zavádění PEG v pokročilých fázích demence není doporučeno
- ❑ kvalita života nemocných nebyla ve většině studií z pochopitelných důvodů zkoumána
- ❑ kvalita života pečovatелů nebyla ve většině studií zkoumána

SHRNUTÍ



DĚKUJI ZA POZORNOST