

## W chorobach neurologicznych istotne jest żywienie

Niedożywienie stanowi ogromny problem pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby neurologiczne – diagnozuje się je nawet u 62% osób po przebytych udarze mózgu<sup>1</sup>. Ryzyko rozwoju niedożywienia dotyczy nawet 80% osób cierpiących na chorobę Parkinsona i 62% pacjentów z chorobą Alzheimera<sup>2,3,4,5</sup>. Tymczasem eksperci podkreślają, że brak odpowiedniego odżywienia organizmu prowadzi do wyniszczenia organizmu i może opóźnić proces rekonwalescencji, być przyczyną dodatkowych powikłań, a w niektórych sytuacjach nawet przyspieszyć postęp choroby<sup>6</sup>.

Według danych Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu POLSPEN, u około 30% osób przyjmowanych do szpitala stwierdza się ryzyko związane z niedożywieniem, będące wskazaniem do podjęcia interwencji żywieniowej<sup>7</sup>. Prawdopodobieństwo wystąpienia niedożywienia wzrasta też u pacjentów neurologicznych. *Wśród pacjentów ze schorzeniami układu nerwowego na niedożywienie najbardziej narażone są osoby po udarze mózgu, z chorobą Parkinsona, zespołami otępiennymi oraz stwardnieniem zanikowym bocznym. Szacuje się, że mniej więcej co piąty chory zaraz po przebytych udarze mózgu, już w chwili przyjęcia do szpitala ma cechy niedożywienia, a podczas pobytu w szpitalu niedożywienie może się rozwinąć lub nasilić. W grupie chorych na chorobę Parkinsona niedożywionych może być, jak sugerują niektóre źródła, nawet 8 na 10 osób<sup>8,9</sup>. Duża częstość występowania niedożywienia u tych chorych wynika z faktu, że dotyczy ono osób w wieku podeszłym, chorujących na inne choroby przewlekłe, np. choroby serca, płuc, nerek – wyjaśnia dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz, neurolog, specjalista rehabilitacji medycznej z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.*

Niedobory określonych składników pokarmowych u chorych na przewlekłe choroby neurologiczne mogą się pojawić, m.in. na skutek:

- Przebiegu choroby i związanych z nią zmian w metabolizmie – np. zwiększonego zapotrzebowania kalorycznego i białkowego.
- Trudności w przyjmowaniu zwykłych pokarmów wynikające z problemów z gryzieniem, połykaniem – a także z zaburzeń smaku i węchu.
- Upośledzenia sprawności fizycznej – niedowład, porażenia, drżenia rąk, które utrudniają bądź uniemożliwiają pacjentowi samodzielne jedzenie.
- Utraty apetytu spowodowanej złym stanem psychicznym, np. depresją.

Problemy z odżywianiem wiążą się z bardzo poważnymi konsekwencjami – wpływają nie tylko na samopoczucie pacjentów, ale również mogą zmniejszać efektywność leczenia i utrudnić proces rehabilitacji<sup>10,11</sup>. *U wszystkich osób długotrwałe niedożywienie prowadzi do istotnych zmian w budowie i składzie ciała oraz częściej dochodzi do upośledzenia funkcji kluczowych narządów organizmu. Wskutek niedożywienia dochodzi do zaburzeń odporności, czego następstwem jest większa liczba zakażeń stanowiących potencjalne zagrożenie dla życia pacjentów. Ponadto u osób chorych borykających się z niedożywieniem częściej pojawia się problem odleżyn - niedożywienie wpływa na proces gojenia ran, w tym ran odleżynowych, często wydłużając czas hospitalizacji<sup>12</sup>. Niedostateczna ilość składników odżywczych przyczynia się do utraty masy mięśniowej, co może przekładać się na problemy z poruszaniem i rehabilitacją<sup>10</sup>. W tej grupie chorych obserwuje się również zwiększenie zależności od osób trzecich, co wpływa na gorszą jakość życia – tłumaczy dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz.*

### Żywienie po udarze

W Polsce odnotowuje się ponad 60 tysięcy udarów rocznie, a ich przebieg oraz rokowania są bardzo zróżnicowane<sup>13</sup>. Szczególnym problemem u pacjentów po udarze jest **dysfagia**, czyli trudności

z połykaniem, której doświadcza nawet co drugi chory<sup>14</sup>. Zaburzenia połykania zwiększają nie tylko ryzyko niedożywienia oraz odwodnienia, ale mogą również być przyczyną rozwoju zachyłstowego zapalenia płuc stanowiącego zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta.

*U osób z dysfagią zazwyczaj konieczna jest modyfikacja diety, polegająca na zmianie konsystencji i tekstury podawanych pokarmów. Dostępne są na rynku specjalistyczne preparaty służące do zagęszczania płynów i potraw zmiksowanych, umożliwiające uzyskanie pożądanej konsystencji pokarmów, tak aby zminimalizować ryzyko zachłyśnięcia<sup>15</sup>. Jeżeli chory nie przyjmuje pokarmów w ilości pokrywającej jego zapotrzebowanie na białko i kalorie, można wzbogacać jego posiłki poprzez dodawanie do nich produktów wysokokalorycznych, bądź skorzystać z dostępnych w aptekach specjalistycznych preparatów odżywczych, kompletnych pod względem odżywczym. Zastosowanie interwencji żywieniowej może przyspieszyć proces zdrowienia chorych, odzyskiwanie sprawności i samodzielności, może także wpłynąć na poprawę funkcji poznawczych oraz zmniejszenie częstości powikłań związanych z przebiegiem choroby układu nerwowego – wyjaśnia dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz.*

Nawet u co trzeciego pacjenta<sup>15</sup>, w ciągu dwóch tygodni po przebytych udarze, stwierdza się pogorszenie stanu odżywiania, czego często widocznym objawem jest utrata masy ciała. Na skutek ogólnie pojętego stresu związanego z chorobą, w tym tego metabolicznego, wzrasta zapotrzebowanie białkowo-kaloryczne, w przypadku białka nawet dwukrotnie<sup>6</sup>. Warto podkreślić, że jego niedobór może wpływać niekorzystnie na proces zdrowienia w przebiegu uszkodzenia mózgu<sup>16</sup>, dlatego tak istotne jest pokrycie zapotrzebowania na ten składnik. Może to pomóc pacjentowi odzyskać siły w chorobie i pozytywnie wpłynąć na proces rehabilitacji.

### **Choroba Parkinsona – dlaczego odżywianie jest tak ważne?**

Niedożywienie diagnozuje się u ponad połowy osób cierpiących na chorobę Parkinsona. Jednym z powodów tego stanu rzeczy jest niekontrolowane drżenie mięśni, czyli jeden z najbardziej charakterystycznych objawów tej choroby, które powoduje zwiększone zapotrzebowanie na energię u pacjentów<sup>8,9</sup>. Kolejnym wyzwaniem w odpowiednim odżywianiu pacjentów jest stosowane leczenie, które wiąże się z koniecznością ograniczenia lub odpowiedniego rozłożenia w czasie spożywania posiłków bogatobiałkowych. Wraz z rozwojem choroby mogą się pojawić również problemy z odpowiednim przeżuwaniem oraz połykaniem przygotowanego pokarmu, co wiąże się z koniecznością modyfikowania konsystencji posiłków i podawaniem ich w formie półpłynnej lub w postaci papki<sup>15,17</sup>. W takiej sytuacji warto również stosować wsparcie żywieniowe, np. zagęszczacze oparte na składnikach ułatwiających bezpieczne połykanie, co zwiększa kontrolę nad przyjmowaniem posiłków.

### **Choroba Alzheimera – rola składników odżywczych w tworzeniu połączeń synaptycznych**

Stwierdza się, że choroba Alzheimera może dotyczyć nawet 250 tys. Polaków, jednak ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa statystyki te mogą wzrosnąć nawet do miliona osób chorych w 2050 roku. Choroba ta staje się coraz bardziej powszechna i posiadamy coraz więcej informacji o roli poszczególnych składników odżywczych w mechanizmie jej powstawania. Badania wskazują, że pewne składniki odżywcze, odpowiednio zbilansowane i w dobranych proporcjach w stosowanej diecie mogą wspierać proces powstawania nowych połączeń synaptycznych u pacjentów we wczesnej fazie choroby Alzheimera<sup>18</sup>. W sytuacji, gdy tradycyjna dieta nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania na te składniki lub gdy pacjent ma problemy z przyjmowaniem posiłków w odpowiedniej ilości, zaleca się stosowanie specjalistycznego wsparcia żywieniowego w formie preparatów do żywienia medycznego.

### **Żywienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą neurologiczną**

Eksperti zgodnie podkreślają, że leczenie żywieniowe powinno być integralną częścią terapii. Polega ono na przeprowadzeniu u każdego pacjenta oceny stanu odżywienia i zapotrzebowania na wszystkie

niezbędne substancje odżywcze, a w razie potrzeby wprowadzenia do diety specjalistycznych preparatów odżywczych takich jak Nutridrink, Cubitan, Souvenaid, Nutridrink Juice Style, które dostarczają w niewielkiej objętości skoncentrowaną ilość kalorii i niezbędnych składników odżywczych. Żywienie medyczne jest metodą wspomagania leczenia, stosowaną w wielu chorobach i w razie potrzeby może całkowicie zastąpić tradycyjną dietę lub stanowić jej ważne uzupełnienie.

<sup>1</sup> Mosselman MJ et al. Malnutrition and Risk of Malnutrition in Patients With Stroke: Prevalence During Hospital Stay. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2013 Aug;45(4):194-204.

<sup>2</sup> Fozia Khan et al. Assessment of Nutritional Status of Alzheimer Patients in Riyadh, Saudi Arabia. *IJHSR*. Year: 2015, Volume: 5, Issue: 10.

<sup>3</sup> Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Andrieu S, de Glisezinski I, Ousset PJ, Riviere D, et al. Weight loss in Alzheimer disease. *Am J Clin Nutr* 2000;71:637S-42S.

<sup>4</sup> White H, Pieper C, Schmader K. The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1223-7.

<sup>5</sup> Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Alix E, Andrieu S, Belmin J, Berrut G, et al. IANA (International Academy on Nutrition and Aging) Expert Group: weight loss and Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2007;11:38-48.

<sup>6</sup> Członkowska A, Sarzyńska-Długosz I, Błażejewska-Hyżorek B, Nyka WM, Opuchlik A, Słowik A, Kuczyńska-Zardzewiały A, Kłęk S. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w udarze mózgu — stanowisko Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Pol. Przegl. Neurol* 2013;9(4):141-145.

<sup>7</sup> Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu POLSPEN: <http://www.polspen.pl/artukul-walka-z-niedozywieniem/>, data pobrania: 2017-02-06

<sup>8</sup> Davies KN, King D, Davies H. A study of the nutritional status of elderly patients with Parkinson's disease. *Age Ageing*. 1994 Mar;23(2):142-5.

<sup>9</sup> Zilli Canedo Silva M et al., Protein intake, nitrogen balance and nutritional status in patients with Parkinson's disease; time for a change? *Nutr Hosp*. 2015 Jun 1;31(6):2764-70.

<sup>10</sup> Finestone HM<sup>1</sup>, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995 Apr;76(4):310-6.

<sup>11</sup> Kennedy M, McCombie L, Dawes P, McConnell KN, Dunniga MG. Nutritional support for patients with intellectual disability and nutrition/dysphagia disorders in community care. *JDIR Volume 41, Issue 5, October 1997 Pages 430-436*

<sup>12</sup> Cereda E, Klersy C, Seriola M, Crespi A, D'Andrea F; OligoElement Sore Trial Study Group. A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2015 Feb 3;162(3):167-74. doi: 10.7326/M14-0696.

<sup>13</sup> Grabowska-Fudala B. Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. *Przegląd Epidemiologiczny* 2010; 64: 439 - 442

<sup>14</sup> Kawashima K et al. Prevalence of Dysphagia Among Community-Dwelling Elderly Individuals as Estimated Using a Questionnaire for Dysphagia Screening. *Dysphagia*. 2004 Fall;19(4):266-71.

<sup>15</sup> Wirth R, Smoliner C, Jäger M, Warnecke T, Leischker AH, Rainer Dziewas and The DGEM Steering Committee. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Exp Transl Stroke Med*. 2013; 5: 14.

<sup>16</sup> Aquilani R et al.. Nutrition for Brain Recovery After Ischemic Stroke : An Added Value to Rehabilitation. *Nutr Clin Pract* 2011 26: 339

<sup>17</sup> Vallons KJ, Helmens HJ, Oudhuis AA. Effect of human saliva on the consistency of thickened drinks for individuals with dysphagia. *INT J LANG COMMUN DISORD, MARCH-APRIL 2015, VOL. 50, NO. 2, 165-175*

<sup>18</sup> Scheltens P<sup>1</sup>, Twisk JW, Blesa R, Scarpini E, von Arnim CA, Bongers A, Harrison J, Swinkels SH, Stam CJ, de Waal H, Wurtman RJ, Wieggers RL, Vellas B, Kamphuis PJ. Efficacy of Souvenaid in mild Alzheimer's disease: results from a randomized, controlled trial. *J Alzheimers Dis*. 2012;31(1):225-36