

Udar mózgu – dlaczego odpowiednie żywienie jest takie ważne?

Wywiad z dietetykiem, dr. n. zdr. Magdaleną Milewską

Udar mózgu stanowi trzecią co do częstości przyczynę zgonów oraz najczęstszy powód trwałej niesprawności u osób powyżej 40 roku życia w Polsce. Rocznie odnotowuje się ponad 60 tysięcy udarów mózgu¹. Choć ich przebieg i rokowania są różne, to w przypadku prawie każdego pacjenta odpowiednia dieta może odgrywać istotną rolę podczas powrotu do zdrowia. Co i w jaki sposób jeść, a czego unikać oraz czym jest żywienie medyczne? – między innymi na te pytania odpowiada dr n. zdr. Magdalena Milewska, dietetyk, ekspert kampanii „Żywienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą”.

Ryzyko niedożywienia po udarze mózgu dotyczy ponad 60% pacjentów². Z czego wynika skala tego problemu?

Warto na początku dodać, że odsetek niedożywionych pacjentów po ostrym udarze mózgu zwiększa się z 9 do 65% już w ciągu 10 dni hospitalizacji². Istnieje wiele potencjalnych czynników sprzyjających rozwojowi niedożywienia. Głównym z nich są zaburzenia połykania, tzw. dysfagia, występująca u 64-78% pacjentów po udarze mózgu³. Należy również podkreślić, że ostry udar mózgu jest chorobą zwiększającą zapotrzebowanie na energię i nasilającą m.in. utratę masy mięśniowej. Co więcej, pacjenci bardzo często zmagają się także z różnymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu, w tym w samodzielnym spożywaniu pokarmów oraz w komunikowaniu swoich potrzeb opiekunom. Część z nich doświadcza też depresji poudarowej, która może istotnie wpływać na obniżenie apetytu chorego.

Myślę, że przyczyną jest również brak obowiązkowych, rutynowo przeprowadzanych badań przesiewowych w kierunku występowania zaburzeń połykania i być może innych wymienionych czynników ryzyka u chorych po udarze mózgu. W zapobieganiu niedożywieniu istotne jest wczesne rozpoczęcie interwencji żywieniowej w celu pokrycia zwiększonego w wyniku choroby zapotrzebowania białkowo-kalorycznego. Natomiast wczesne wykrycie wspomnianej już dysfagii mogłoby znacząco wpłynąć na szybsze decyzje o wdrożeniu bezpiecznego żywienia drogą doustną o konsystencji dopasowanej do możliwości pacjenta lub drogą dojelitową, jeżeli zaistnieje taka konieczność.

Jakie są konsekwencje niedożywienia i na co narażony jest pacjent?

Niedożywienie, tak jak w przypadku każdej innej choroby, jest czynnikiem warunkującym skuteczność prowadzonej rehabilitacji czy czas powrotu do zdrowia. Ponadto współistnienie niedożywienia, zaburzeń

¹ Grabowska-Fudala B. Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. Przegląd Epidemiologiczny 2010; 64: 439 – 442.

² 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

³ Martino R., Foley n., Bhogal S. et al Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke, 2005; 36 (12): 2756 – 2763

Partnerzy kampanii:



połykania i złej higieny jamy ustnej stwarza ryzyko zachłystowego zapalenia płuc (dotyczy to nawet 30% chorych), co stanowi ryzyko dla zdrowia i życia pacjenta. Chory niedożywiony ma wyższe ryzyko odleżyn oraz zakażeń układu moczowego. Wreszcie niedożywienie wiąże się z utratą beztłuszczowej masy ciała, w tym masy mięśniowej, przez co chory osiąga gorsze efekty rehabilitacji, a czas jej trwania znacząco się wydłuża⁴.

Jak powinien się odżywiać pacjent po udarze mózgu? Jakie ma potrzeby żywieniowe?

Sposób żywienia oraz zapotrzebowanie na składniki odżywcze i energetyczne zależą od występowania powikłań, takich jak: zaburzenia połykania, występowanie ryzyka niedożywienia, odleżyn, stopnia samodzielności, prowadzonej rehabilitacji, a także obecności chorób współistniejących. W odżywianiu pacjentów, poza dostarczeniem odpowiedniej ilości składników odżywczych i energii, należy zwrócić szczególną uwagę na kwestie bezpieczeństwa. W przypadku osób chorych neurologicznie, zmagających się z problemem dysfagii, istotny jest dobór odpowiedniej konsystencji produktów stałych i płynów, wyłączenie produktów ryzykownych (np. sypkich, suchych, o ostrych krawędziach) oraz wykonywanie ćwiczeń ułatwiających i poprawiających bezpieczeństwo połykania. Ryzyko zachłyśnięcia można zminimalizować poprzez stosowanie specjalistycznych preparatów służących do zagęszczania płynów i potraw, pozwalających uzyskać konsystencję nektaru, płynnego miodu i puddingu. Takie działania mają szczególne znaczenie dla chorego, ponieważ wypijanie zalecanej ilości płynów ok. 1,5 – 2 l płynów (przy braku innych przeciwwskazań), pozwala utrzymać prawidłowy stan nawodnienia organizmu.

Osoby po udarze mózgu wykazują zwiększone zapotrzebowanie na białko i energię. Zapotrzebowanie energetyczne w fazie ostrej udaru wzrasta do 30-35 kcal/kg należnej masy ciała na dobę, a białka 1,1 do 2g/kg masy ciała na dobę. Kiedy dieta tradycyjna z różnych przyczyn jest niewystarczająca i chory traci masę ciała, wówczas należy sięgnąć po wsparcie żywieniowe w formie specjalistycznych preparatów odżywczych i stosować je jako uzupełnienie diety. Oczywiście przy ciężkiej dysfagii wprowadzane jest żywienie dojelitowe, a wybór diet zależy od potrzeb chorego.

Poza adaptacją diety ważna jest profilaktyka kolejnego udaru, stąd zalecenia żywieniowe powinny dodatkowo koncentrować się na modelu diety śródziemnomorskiej.

Na co powinien zwrócić uwagę opiekun pacjenta po udarze mózgu w kontekście żywienia?

Opiekun pełni niezwykle ważną rolę w procesie opieki nad chorym, ponieważ spędza z nim najwięcej czasu, dzięki czemu może przekazać istotne w procesie leczenia informacje. Powinien obserwować chorego podczas posiłków, a przede wszystkim sprawdzać poprawność konsystencji podawanych płynów i potraw. Powinien także zadbać o prawidłową postawę chorego podczas spożywania posiłków (siedzącą!), poprawność wykonywanych ćwiczeń i manewrów podczas połykania. Każdy epizod krztuszenia się wymaga przerwania posiłku, sprawdzenia konsystencji, tekstury diety i konsultacji z lekarzem. Ważna jest obserwacja ilości wypijanych napojów, spożywanych potraw oraz apetytu

⁴ Bouziana S.D., Tzomalos K. Malnutrition in Patients with Acute Stroke. J Nutr and Metabol 2011; Article ID 167898, doi:10.1155/2011/167898

Partnerzy kampanii:



chorego, a także sprawdzanie co tydzień masy ciała. Jakakolwiek utrata wagi powinna być skonsultowana z lekarzem i dietetykiem, aby ocenić przyczyny i podjąć odpowiednią interwencję żywieniową celem profilaktyki niedożywienia.

Na czym polega wsparcie żywieniowe poprzez zastosowanie żywienia medycznego?

Często zdarza się, że rodzina i/lub opiekunowie nie potrafią przygotować prawidłowo zbilansowanych posiłków o właściwej konsystencji. Sam chory może odmawiać spożywania posiłków lub po prostu mieć obniżony apetyt, co może prowadzić do braku pokrycia zapotrzebowania na energię, białko i inne kluczowe składniki odżywcze. Warto wtedy wprowadzić doustne preparaty żywienia medycznego, które są skoncentrowanym źródłem składników energetycznych i budulcowych (białka, tłuszczów i węglowodanów), ale także składników funkcjonalnych tj. arginina, cynk, istotnych w procesie gojenia ran czy kwasy omega 3, cholina, witaminy z grupy B, niezbędnych w funkcjonowaniu układu nerwowego.

Często mówi się, że pacjentom z nadwagą lub otyłym kilka kilogramów mniej przyniesie same korzyści. A jak jest naprawdę?

Grupa chorych po udarze to najczęściej osoby z otyłością, nadciśnieniem tętniczym, często także z cukrzycą. Niemniej jednak okres hospitalizacji po przebytych udarze czy też czas rehabilitacji nie są dobrym momentem na redukcję masy ciała. Pacjent w tym czasie wymaga wsparcia żywieniowego. Panuje przekonanie, że osoby niedożywione zawsze są wychudzone, dlatego należy podkreślić, że problemy z odpowiednim odżywieniem organizmu mogą mieć również osoby otyłe. Niedożywienie rozpatrujemy w kontekście niedoborów m.in. energii, białka. Chory rehabilitowany czy leżący wymaga zwiększonej podaży energii i białka, celem zapobiegania utracie beztłuszczowej masy ciała, w tym utracie masy mięśniowej. Poza tym zaniedbując żywienie osób otyłych, osłabiamy działanie układu odpornościowego narażając chorych na większe ryzyko infekcji, odleżyn.

Dodatkowych informacji udzielają:

Diana Sobolewska

Menedżer ds. PR Marki

Nutricia Medyczna

tel.: 505 693 354

e-mail: diana.sobolewska@nutricia.com

Joanna Przyjałkowska

Account Executive

MSLGROUP

tel.: 662 110 601

e-mail: joanna.przyjalkowska@mslgroup.com

Partnerzy kampanii:

