



Poradnik
dla pacjentów
i ich opiekunów

Żywnienie w chorobach neurologicznych



Opieka merytoryczna

Dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz

II Klinika Neurologiczna Instytutu
Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Dr Andrzej Opuchlik

Katedra i Klinika Neurologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Spis treści

1.	Choroby układu nerwowego.....	7
2.	Udar mózgu.....	8
3.	Stwardnienie rozsiane.....	16
4.	Choroba Alzheimera.....	20
3.	Choroba Parkinsona.....	26





Choroby układu nerwowego

Układ nerwowy to złożony system, który sprawuje kontrolę nad wszystkimi procesami zachodzącymi w naszym ciele. Jest najważniejszym dla życia układem i najbardziej skomplikowanym w swej budowie i funkcji. Składa się z mózgu i rdzenia kręgowego, które tworzą ośrodkowy układ nerwowy oraz obwodowy układ nerwowy, do którego zaliczamy nerwy obwodowe. Z pomocą układu nerwowego możemy odbierać bodźce docierające do nas zarówno ze środowiska zewnętrznego, jak i z wnętrza naszego ciała, a także na nie reagować. Nadzoruje on również większość procesów zachodzących w naszym organizmie, a wraz z układem endokrynnym odpowiada za utrzymanie homeostazy, czyli równowagi wewnętrznej.

Choroby układu nerwowego dotyczą ludzi w każdym wieku. Mogą objąć centralny układ nerwowy, nerwy i naczynia krwionośne dostarczające krew do mózgu. W pewnych przypadkach doprowadzają nawet do śmierci.

Udar mózgu

Udar mózgu to nagłe, miejscowe zaburzenie krążenia krwi w mózgu. W Polsce co roku udar mózgu dotyka ok. 70 tys. osób, z czego aż 30 tys. umiera w ciągu miesiąca. Spośród tych, którym udaje się przeżyć ostrą fazę udaru, 20 proc. wymaga stałej opieki, 30 proc. pomocy w niektórych codziennych czynnościach, a 50 proc. pacjentów po udarze mózgu odzyskuje niemal pełną sprawność. Jest samodzielna i może wrócić do pracy. Udar mózgu jest trzecią przyczyną zgonów i głów-



nym powodem niesprawności u osób powyżej 40. roku życia. Powrót do zdrowia po udarze zależy od tego, jak szybko chory trafi pod specjalistyczną opiekę.

Leczenie

W przypadku udaru niedokrwiennego mózgu podaje się lek, który rozpuszcza skrzeplinę. Szybka i skuteczna interwencja daje pacjentowi szansę na odzyskanie mowy i siły mięśniowej w porażonych kończynach. Jeżeli chory otrzyma lek w ciągu ok. 3 godzin od wystąpienia objawów udaru, istnieją duże szanse na zminimalizowanie neurologicznych powikłań choroby, głównie niedowładów i zaburzeń mowy. Chory zazwyczaj przebywa w szpitalu 3 tygodnie – jest to czas, który decyduje o jego sprawności intelektualnej i fizycznej w przyszłości. To też okres, gdy najszybciej przebiega regeneracja organizmu. Później wszystkie zmiany cofają się znacznie wolniej.

Podstawą rozpoznania udaru jest wywiad lekarski zebrany od chorego lub rodziny czy świadków zdarzenia. Wskazane jest, aby bliscy towarzyszyli choremu w szpitalu w celu udzielenia szczegółowych informacji, zwłaszcza dotyczących czasu, jaki minął od pojawienia się objawów do czasu przywiezienia do szpitala, gdyż to często warunkuje leczenie i rokowanie. Ważne jest też dostarczenie kart informacyjnych zawierających dane na temat przebytych chorób i przyjmowanych leków. Po zebraniu wywiadu lekarz ocenia stan pacjenta – przeprowadza badanie internistyczne oraz neurologiczne – i jeżeli podejrzewa udar, zleca wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych (morfologia krwi, wskaźniki krzepnięcia, stężenie elektrolitów, glukozy) oraz badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego głowy, a także badania EKG.

Wszystkie te badania mogą umożliwić rozpoznanie przyczyn udaru i zastosowanie właściwego leczenia.

Rehabilitacja



Rehabilitacja jest szansą dla wielu pacjentów dotkniętych udarem mózgu na powrót do normalnego i aktywnego życia. Wczesna kompleksowa rehabilitacja obejmująca ćwiczenia ruchowe, ćwiczenia mowy i terapię zaburzonych funkcji poznawczych powinna się rozpocząć jak najwcześniej od momentu zachorowania – zwykle już w ciągu pierwszych 24-48 godzin od przyjęcia do szpitala.

Warunkiem prowadzenia intensywnej rehabilitacji jest stan kliniczny pacjenta umożliwiający taką rehabilitację.

Cel rehabilitacji we wczesnej fazie:

- przygotowanie narządu ruchu do optymalnego odzyskania ruchów czynnych użytecznie oraz utrzymania pełnego zakresu ruchów w stawach;
- zapobieganie przykurczom, odwapnieniom kości i skostnieniom pozaszkieletowym;
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia chorego – zatorowości płucnej, zakrzepowemu zapaleniu żył, infekcjom dróg oddechowych i moczowych, odleżynom;
- stymulację neuroplastyczności przez aktywność fizyczną;
- jak najwcześniejszą odbudowę funkcji ciała;
- zapobieganie postawom rezygnacyjnym i depresji.

Zespół terapeutyczny od momentu rozpoczęcia rehabilitacji wdraża kolejne etapy pionizacji: począwszy od uniesienia zagłówek łóżka, sadzania chorego, siadania ze spuszczoneymi z łóżka nogami czy stania z pomocą. **Rehabilitacja powinna być prowadzona nawet wówczas jeśli udar był bardzo rozległy a zespół terapeutyczny przewiduje, iż pacjent będzie w przyszłości osobą niesamodzielną**, a nawet będzie wymagał dalszej opieki. Jeśli zespół terapeutyczny zauważy, że mimo rehabilitacji utracona funkcja nie powraca, celem ćwiczeń staje się nauka jej kompensowania. W momencie wypisu z oddziału udarowego pacjent, który jest w stanie przynajmniej częściowo uczyć się i brać czynny udział w procesie rehabilitacji oraz jest w stabilnym stanie ogólnym - kwalifikuje się do dalszej rehabilitacji.



• Niedożywienie a udar mózgu

Wiele osób po udarze mózgu będzie narażonych na wystąpienie zaburzeń stanu odżywienia. Około 20 proc. chorych, już w chwili przyjęcia do szpitala ze świeżym udarem mózgu jest niedożywionych. Wynika to z faktu, że schorzenie to dotyka przeważnie osoby w podeszłym wieku, chorujące na inne przewlekłe choroby, nierzadko o niskich dochodach, a co za tym idzie, odżywiających się nieprawidłowo. Podczas pobytu w szpitalu niedożywienie może się rozwinąć lub pogłębić. Sprzyja temu upośledzenie sprawności chorego, zły stan psychiczny, niedostateczna opieka. **Długotrwałe niedożywienie prowadzi do poważnych zmian w budowie i składzie ciała.**

WAŻNE:

Wszystkie osoby z chorobami neurologicznymi o postępującym przebiegu powinny być regularnie pytane – podczas wizyty u lekarza – o ogólne i specyficzne objawy alarmowe, mogące wskazywać na dysfagię.



Konsekwencją niedożywienia jest zwiększona ilość infekcji, powstawanie odleżyn, opóźnienie procesu rehabilitacji i wydłużenie pobytu w szpitalu. Niedobory żywieniowe wpływają także niekorzystnie na proces regeneracji tkanki mózgowej po przebytym niedokrwieniu i wiążą się z większym stopniem niepełnosprawności.

Udar mózgu

U pacjentów niedożywionych zmniejsza się aktywność życiowa, a zwiększa się zależność od osób trzecich. Przekłada się to na niższą jakość życia i może być przyczyną złego samopoczucia, a nawet depresji. W grupie chorych niedożywionych wzrasta też ogólna śmiertelność w wyniku udaru. Do potwierdzenia rozpoznania dysfagii konieczne może być przeprowadzenie badania rentgenowskiego (z podaniem pacjentowi do wypicia środka cieniującego) lub badania endoskopowego, w czasie którego obserwuje się bezpośrednio, czy mięśnie języka, dna jamy ustnej, gardła i krtańni pracują prawidłowo. Niezwykle istotne jest szybkie potwierdzenie rozpoznania dysfagii i wdrożenie odpowiedniego postępowania, obejmującego leczenie farmakologiczne i spe-

cialistyczną rehabilitację usprawniającą odruch połykania oraz zastosowanie odpowiedniego sposobu odżywiania, co pozwoli zapobiec rozwojowi odwodnienia i niedożywienia u chorego.

Żywność po udarze mózgu

W przypadku pacjentów po udarze, żywienie może być prowadzone na kilka sposobów i przy użyciu różnych diet. **Kluczowe** w tym przypadku **jest przestrzeganie podstawowej zasady – zapewnienie pacjentowi właściwej podaży energii oraz składników odżywczych, takich jak: białko, węglowodany, tłuszcze, składniki mineralne i witaminy**. Zapotrzebowanie na białko w fazie przewlekłej po udarze wynosi 1,1-2 g na kilogram masy ciała na dobę, jest więc znacznie wyższe od

standardowego zapotrzebowania osoby dorosłej, wynoszącego 0,8 g na kilogram masy ciała. Dlatego też **każdy pacjent chorego po udarze powinien zawierać produkty wysokobiałkowe**. Zapotrzebowanie na wodę wynosi 30-40 ml na kilogram masy ciała na dobę. Oznacza to, że chory powinien wypijać średnio 1,5-2 l płynów dziennie.

WAŻNE:

Już w pierwszym dniu głodzenia rozpoczyna się utrata białka mięśniowego i białek krwi. W rezultacie osoby chore i w okresie rekonwalescencji mogą być narażone na niedobory pokarmowe, co może być trudne do skompensowania i niekorzystne dla procesu zdrowienia. **Odpowiednie odżywianie i wsparcie żywieniowe są kluczowymi aspektami ogólnego stanu zdrowia i dobrego samopoczucia pacjenta oraz stanowią podstawę naszej opieki nad chorym.**

Koniecznym jest pamiętać też o dostatecznej podaży błonnika pokarmo-

wego – ok. 45 g na dobę. Odpowiednie spożycie błonnika i płynów pozwala zapobiegać zaparciom, które mogą stanowić bardzo duży problem u osób z ograniczoną aktywnością.

Preparaty odżywcze znacząco pomagają w żywieniu chorego po udarze – poprzez wsparcie żywieniowe chorego – mogą wspomagać proces rehabilitacji i pomagać w odbudowie utraconych funkcji oraz bezpośrednio wpływają na jakość życia chorego. Mózg, choć stanowi zaledwie 2 proc. całkowitej masy ludzkiego ciała, zużywa prawie 1/5 całej energii dostarczonej z krwią. Dla dobrego funkcjonowania mózgu jego tkanki potrzebują nawet dziesięć razy więcej krwi niż mięśnie. Zdrowy człowiek może funkcjonować bez dostarczenia substancji odżywczych nie więcej niż 2-3 miesiące. Jeśli jednak dołączy się do tego poważna choroba np. udar mózgu, automatycznie rodzą się groźne konsekwencje metaboliczne. Tempo degradacji tkanek i narządów zwiększa się diametralnie, zmniejszając tym samym – nawet kilkakrotnie – okres przeżycia pacjenta.



Poprzez prowadzenie procesu odpowiedniego żywienia pacjenta po udarze jesteśmy w stanie zapobiegać niedożywieniu. W tym celu, w pierwszej kolejności należy pokryć zapotrzebowanie

białkowo-kaloryczne, które na skutek stresu metabolicznego związanego z chorobą ulega zwiększeniu. W trakcie rekonwalescencji niezwykle istotną kwestią jest odpowiednia podaż białka – w tym argininy – które może pozwolić pacjentowi odzyskać siły i pozytywnie wpłynąć na proces rehabilitacji po udarze mózgu.

W takich sytuacjach należy rozważyć wprowadzenie pacjentom wysoko-białkowych preparatów odżywczych.

Najważniejszą kwestią dla osoby z udarem jest przyspieszenie procesu rehabilitacyjnego oraz przywrócenie zdolności do wykonywania podstawowych funkcji. Wymaga to kompletnej, w pełni zbilansowanej diety, w której znajdują się wszystkie niezbęd-

ne aminokwasy (budulec do naprawy uszkodzonych tkanek i narządów), tłuszcze i węglowodany (energia), witaminy i składniki mineralne (dla wsparcia układu odpornościowego i działania antyoksydacyjnego). Zastosowanie doustnych preparatów odżywczych pozwala na dostarczenie pacjentowi wszystkich składników odżywczych niezbędnych do prowadzenia terapii i rekonwalescencji w sposób możliwie najlepszy. W szczególnych przypadkach chory może mieć założony zgłębnik do żołądka, przez który podawane będzie pożywienie w postaci półpłynnej. Dzieje się to w sytuacji zaburzeń połykania (często zaburzenia połykania występują u pacjentów z chorobami neurologicznymi), gdy istnieje ryzyko zachłyśnięcia, oraz gdy wprowadzone zagęszczanie pokarmów i/lub odżywek nie jest wystarczające. Zgłębnik nosowo-żołądkowy może być stosowany przez okres do 30 dni. Jeśli planujemy żywienie chorego przez dłuższy okres powinniśmy rozważyć wytworzenie tzw. przetoki odżywczej (PEG) bezpośrednio do żołądka, która

umożliwia podawanie pokarmu z ominięciem konieczności połykania.

Zindywidualizowany plan żywieniowy pozwala na utrzymanie nie tylko właściwej masy ciała i mięśni, ale może zapobiegać niekorzystnym objawom i powikłaniom, będącym wynikiem choroby podstawowej.



Stwardnienie rozsiane to stan zapalny ośrodkowego układu nerwowego, przejawiający się utratą otoczki mielinowej, czemu towarzyszą zaburzenia neurologiczne. Choroba najczęściej dotyka osoby między 20. a 40. rokiem życia, częściej kobiety niż mężczyzn. Przyjmuje się, że w Polsce na stwardnienie rozsiane choruje 50-60 tys. osób. Najczęstszymi objawami SM są zaburzenia mowy i wzroku, trudności z utrzyma-

niem równowagi, problemy z koordynacją ruchów oraz spastyczność mięśni. Nadal nie są znane przyczyny choroby, aczkolwiek jednym z czynników branych pod uwagę jest sposób żywienia.

Problemy żywieniowe – czynniki rozwoju niedożywienia

Wraz z postępem choroby istotnym problemem staje się dysfagia, tj. zaburzenia połykania. Dobór drogi i formy odżywiania u osób z dysfagią musi uwzględniać dwa zasadnicze czynniki: bezpieczeństwo połykania – tzn. jakie konsystencje pokarmów i płynów mogą być połykane bez istotnego klinicznie ryzyka aspiracji oraz efektywność połykania – tzn. czy i jakie konsystencje pokarmów przyjmowane doustnie przez pacjenta są w stanie w rozsądnym czasie i z rozsądnym nakładem wysiłku pokryć jego zapotrzebowanie na substancje odżywcze

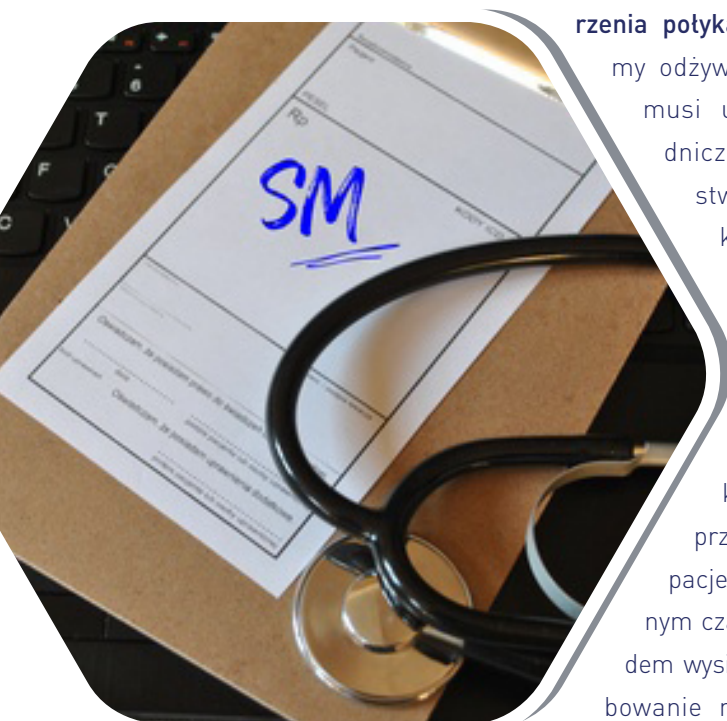
i płyny. Jeżeli połknięcie pojedynczego łyka zajmuje powyżej 10 sekund, takie połykanie uważa się za niefunkcjonalne i jest wskazaniem do odżywiania drogą alternatywną.

Niedożywienie obniża odporność, zwiększa podatność na zakażenia oraz ryzyko wystąpienia odleżyn. Stan niedożywienia może także wpłynąć na obniżenie stężenia albumin, co powoduje ograniczoną skuteczność leków. Niedobory żywieniowe są niezależnym czynnikiem ryzyka niekorzystnego rokowania u pacjentów leczonych z powodu schorzeń neurologicznych, dlatego też **u wszystkich pacjentów chorych na SM wskazane jest systematyczne monitorowanie masy ciała.** Zaburzenia ograniczające przyjmowanie odpowiedniej ilości składników odżywczych utrudniają terapię oraz pogarszają jej wynik, a ponadto wpływają na skuteczność rehabilitacji. U niedożywionych pacjentów spada aktywność życiowa, a tym samym zwiększa się zależność od innych osób. Wprowadzenie w odpowiednim czasie planu postępowania żywieniowego

w istotny sposób może wspomóc leczenie i usprawnianie chorego na SM.

Dieta i postępowanie żywieniowe powinny być uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, występowania objawów towarzyszących oraz stosowanego leczenia farmakologicznego.

U chorych odżywianych dietą o zmodyfikowanej konsystencji wskazane jest dodatkowo monitorowanie ilości przyjętych pokarmów i płynów w celu wczesnej identyfikacji pacjentów, którzy wymagają uzupełnienia diety o doust-



ne preparaty odżywcze lub dożywianie drogą dojelitową. W sytuacji zaawansowanej choroby oraz wejścia w stadium, gdzie dysfagia uniemożliwia żywienie drogą doustną, należy włączyć żywienie dojelitowe przy użyciu sztucznych dostępów do przewodu pokarmowego z zastosowaniem diet przemysłowych.

Żywnienie w stwardnieniu rozsianym

Celem właściwego odżywienia pacjentów chorych na SM jest utrzymanie właściwego poziomu energii, równomierne udostępnianie organizmowi w ciągu dnia. Dieta o kontrolowanej wartości energetycznej pomaga w utrzymaniu właściwej masy ciała. Jest to o tyle ważne, że chorym na SM z powodu wzmożonego wysiłku fizycznego w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz zwiększonego wysiłku spowodowanego zmniejszeniem wydolności oddechowej, grozi niedożywienie. Zastosowanie zbilansowanej diety w zależności od indywidualnych potrzeb gwarantuje pacjentowi utrzymanie jak najdłuższej dobrego stanu odżywienia.



Dieta w stwardnieniu rozsianym powinna być przede wszystkim wysokoenergetyczna i wysokobiałkowa. Ponadto musi dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych (białko, węglowodany, tłuszcze, witaminy i składniki mineralne). W miarę rozwoju choroby objawy w postaci trudności w samodzielnym jedzeniu, czy poruszaniu się sprawiają, że forma podawanych posiłków powinna być dopasowana indywidualnie do bieżących potrzeb pacjenta. W przypadku, gdy pacjent ma trudności z potyka-

niem lub gryzieniem, jego posiłki powinny mieć konsystencję płynną lub papkowatą. **Prawidłowe odżywianie w stwardnieniu rozsianym może chronić przed spadkiem napięcia mięśniowego oraz odleżynami.** Pacjenci z SM bardzo często cierpią na zaparcia, dlatego muszą spożywać owoce i warzywa, które nie tylko stanowią źródło błonnika regulującego pracę jelit, ale również witamin i składników mineralnych. Szczególnie ważne jest, aby chorzy na SM spożywali produkty bogate w witaminy o właściwościach antyoksydacyjnych (A, E, C), ponieważ łagodzą proces zapalny towarzyszący tej chorobie. Istotne jest również picie co najmniej 2 l płynów na dobę. Pacjentowi warto podawać dobrej jakości wodę mineralną, która w litrze zawiera ponad 100 mg wapnia i ponad 50 mg magnezu. Zawarty w wodzie wapń może zapobiegać osteoporozie. Z kolei magnez chroni przed skurczami mięśni oraz jest potrzebny do prawidłowej pracy serca i mięśni szkieletowych. Jeżeli chory nie ma apetytu i odmawia przyjmowania posiłku,

jego dietę warto uzupełnić w doustne preparaty odżywcze. Żywnienie dojelitowe można (w zależności od wskazań) podawać do żołądka lub do jelita cienkiego. Wybór rodzaju stosowanego dostępu do przewodu pokarmowego zależy od stanu klinicznego pacjenta oraz przewidywanego czasu żywienia. Dodatkowo przy wyborze drogi żywienia należy uwzględnić: możliwości bezpośredniego opiekuna, komfort stosowania wybranego sposobu żywienia oraz rodzaju i sposobu leczenia choroby podstawowej.



Choroba Alzheimera

Choroba Alzheimera to choroba neurodegeneracyjna, która prowadzi do otępienia. Cierpią na nią głównie osoby po 65. roku życia, dlatego objawy choroby Alzheimera często są związane z obniżoną sprawnością umysłową mającą związek z wiekiem.

Etapy i objawy otępienia

Otępienie łagodne – symptomy występują w postaci problemów z zapamiętywaniem nowych informacji oraz rozproszenia uwagi. Pacjenci mają zaburzenia pamięci, która dotyczy aktualnie wykonywanych czynności, np. zapomi-

nają gdzie odłożyli klucze lub zadają cały czas te same pytania. Ponadto mogą pojawić się huśtawki nastrojów oraz problemy z osobowością. Mogą wystąpić również pewne objawy depresji lub cały ich szereg. To właśnie depresja często poprzedza Alzheimera. Otępienie łagodne powoduje, że chorzy unikają kontaktów z innymi ludźmi, rezygnują z życia towarzyskiego, jednak są oni jeszcze w stanie samodzielnie wykonywać pewne czynności życiowe, czasem tylko z pomocą rodziny.

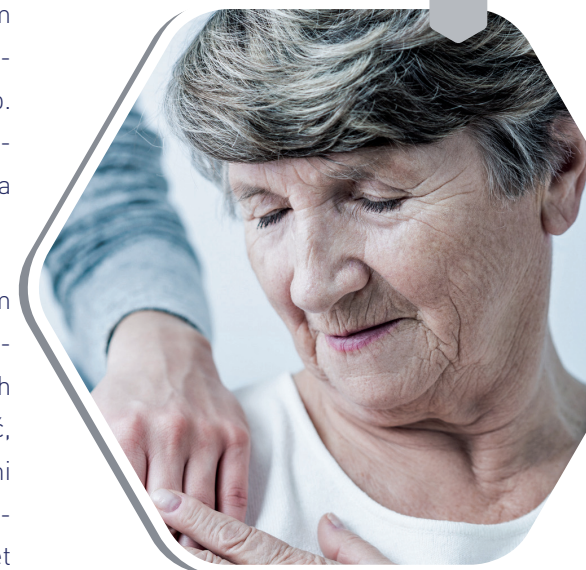
Otępienie o średnim nasileniu – oprócz problemów z pamięcią dochodzi do zaburzeń mowy i orientacji, pojawiają się również objawy psychotyczne. Zaczyna dochodzić do zaburzeń orientacji w terenie, pacjenci nie poznają miejsc, które są im dobrze znane, przez co często mają kłopoty z trafieniem do domu. Postępujące zaburzenia prowadzą nawet do kłopotów z rozpoznawaniem członków rodziny, przyjaciół. Pacjenci mają problemy z odpowiednim doborem słów, myślą zdania i pojęcia, a także będą się w nich zachowania agresywne,



pewnego rodzaju rozdrażnienie i bezsenność. Nierzadko dochodzi do omdów, które objawiają się słyszeniem głosów osób, których nie ma w otoczeniu. Pojawiają się również urojenia, np. chory oskarża współmatronkę o zdradę. Na tym etapie choroby konieczna jest opieka nad pacjentem.

Otępienie zaawansowane – na tym etapie choroby pacjent nie jest w stanie wykonywać zwykłych codziennych czynności, nie potrafi się sam ubrać, zjeść, myć ani rozmawiać z innymi ludźmi. Pojawia się całkowity brak rozpoznawania najbliższych osób, a nawet

pór dnia i nocy. U chorych pojawiają się również kłopoty z chodzeniem, przez co nie wstają oni z łóżka, dodatkowo mają kłopoty z utrzymaniem moczu i stolca. Jeżeli zostanie postawione rozpoznanie choroby Alzheimera, chory powinien pozostać pod opieką lekarza neurologa i psychiatry. Objawy neuropsychiatryczne i zaburzenia zachowania występujące u osób z otępieniem alzheimerowskim są leczone w różny sposób, a ostre stany zdenerwowania mogą być prowokowane przez inne problemy medyczne.



Choroba Alzheimera

Nawet niewielka infekcja dróg moczowych może być przyczyną znacznych zaburzeń zachowania. Każdego pacjenta z nagłymi zaburzeniami funkcji poznawczych powinno się dokładnie zbadać i sprawdzić, czy nie wymaga konsultacji internistycznej lub chirurgicznej. W leczeniu objawów depresji stosuje się leki podobnie jak u chorych bez otępienia. Niektóre z tych leków mają również wpływ na niepokój, rozdrażnienie i inne nieswoiste objawy, które mogą towarzyszyć depresji. Pobudzenie i zachowania agresywne mogą wymagać stosowania leków przeciwpsychotycznych.

Rehabilitacja

Proces rehabilitacji w przypadku choroby Alzheimera ma charakter wielokierunkowy i poza klasyczną fizjoterapią i treningiem pamięci obejmuje: stymulację aktywności codziennej, techniki relaksacyjne redukujące stres, muzykoterapię, terapię zajęciową. Główną uwagę należy zwrócić na zapewnienie opieki nad chorym oraz stałość

i bezpieczeństwo środowiska domowego. Rozpoczynając proces usprawniania osoby cierpiącej na chorobę Alzheimera należy zadbać o właściwe zagospodarowanie przestrzeni życiowej chorego.

Należy wraz z chorym i rodziną ustalić plan dnia – stałe pory dla poszczególnych czynności i ich logiczne następstwo po sobie pozwala choremu odnaleźć się w rzeczywistości, która staje się coraz bardziej obca.



Bardzo ważne jest, aby:

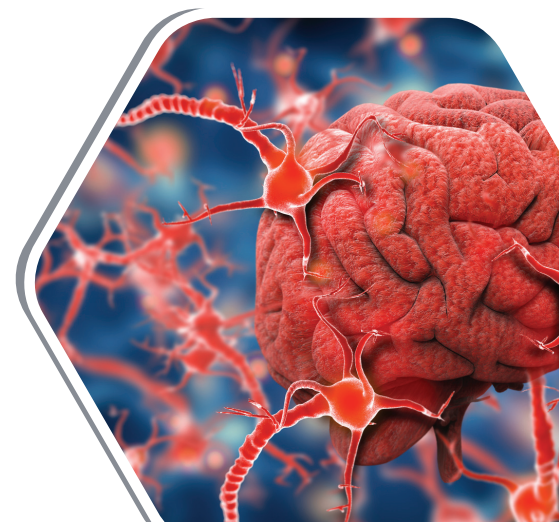
- unikać okazywania złości i zdenerwowania wobec chorego,
- dążyć do aktywizacji chorego, gdy jest beczny,
- utrzymywać regularne relacje społeczne, gdyż osoby samotne mają dwukrotnie zwiększone prawdopodobieństwo rozwoju demencji związanej z chorobą Alzheimera w późnym wieku.

Nawet niewielki wysiłek fizyczny sprawi, że podtrzymamy aktualny stan sprawności chorego i nie dopuścimy do szybkiego rozwoju otępienia.

Systematyczne ćwiczenia fizyczne poprawiają zdolność do wysiłku, sprawność fizyczną, ale także funkcje poznawcze i zachowanie u osób z otępieniem.

Niedożywienie

We wczesnym etapie rozwoju choroby Alzheimera prawie wszyscy chorzy są w stanie odżywiać się dietą doustną. Odpowiednia modyfikacja diety może spowolnić postęp choroby. Wraz z postępem choroby większość osób traci masę ciała, a u ok. 40% zaczynają rozwijać się objawy niedożywienia. Najczęściej przyczyną jest brak apetytu. Pacjent może odmawiać jedzenia wybranych pokarmów lub odmawia jedzenia w ogóle.



WAŻNE:

Typowe dla osób z chorobą Alzheimera jest też ograniczenie przyjmowania płynów. Utrzymujące się przez dłuższy czas ograniczenia podaży płynów prowadzą do odwodnienia, zaburzeń świadomości, dezorientacji lub pobudzenia oraz zaburzeń równowagi i upadków. Osoba dorosła powinna wypijać min. 1,5 litra płynów dziennie.

U dużej części osób, zwłaszcza w wieku podeszłym, osłabieniu ulega od czuwanie pragnienia i łaknienia, u niektórych pojawia się wręcz jadłowstręt. Przyczynami mogą być: depresja, zmiany w obrębie jamy ustnej, niedostateczna produkcja śliny, utrata uzębienia. Istnieje też możliwość, że w przebiegu choroby Alzheimera uszkodzeniu ulegną obszary mózgu odpowiedzialne za redukcję apetytu. Nawet u 50 proc. pacjentów z chorobą Alzheimera w późniejszym stadium choroby rozwijają się zaburzenia połykania. Z uwagi na

ryzyko niedożywienia należy regularnie kontrolować masę ciała pacjenta. Konsekwencjami niedożywienia mogą być zaburzenia odporności i zwiększona ilość infekcji, powstanie odleżyn. Niedożywienie niekorzystnie wpływa też na funkcje poznawcze i może nasilać objawy choroby.

Żywnie w chorobie Alzheimera

Stwierdzone niedożywienie wymaga wczesnego podjęcia interwencji żywieniowej, aby nie dopuścić do jego pogłębienia i jak najszybciej poprawić stan odżywienia chorego. Pierwszym etapem interwencji żywieniowej w chorobie Alzheimera jest odpowiednia modyfikacja i wzbogacenie diety o produkty zawierające kwasy tłuszczowe z grupy omega-3, cholinę, witaminę E i kwas foliowy.

W późniejszych stadiach choroby pacjenci mogą wymagać pomocy przy jedzeniu lub nawet karmienia. Jeżeli modyfikacja diety i zmiana sposobu podawania posiłków okaże się niewy-

starczająca i istnieje ryzyko rozwoju niedożywienia, należy rozważyć podaż doustnych preparatów odżywczych, jako uzupełnienie codziennej diety. Zazwyczaj wystarczające jest dostarczenie ok. 500 kcal dziennie w postaci preparatu odżywczego.

Zalecane są preparaty o wysokiej zawartości białka lub wysokiej kaloryczności. W ten sposób można dostarczyć do diety pacjenta większą ilość składników odżywczych w małej objętości.





Leczenie

Leczenie osób z chorobą Parkinsona wymaga zajmowania się wszystkimi problemami zdrowotnymi jednocześnie. Nie można koncentrować się jedynie na objawach ruchowych. Należy mieć na uwadze dolegliwości pochodzące spoza układu nerwowego, stan psychiczny chorego, jego aktywność osobistą.

Wybór rodzaju leczenia zależy od:

- wieku pacjenta,
- stopnia nasilenia choroby,
- postaci klinicznej – rodzaj objawów,
- innych schorzeń współistniejących,
- oczekiwań pacjenta.

Choroba Parkinsona jest chorobą przewlekłą i najczęściej dość wolno postępującą. Przebieg i reakcja na leczenie jest bardzo różna, dlatego trudno jest jednocześnie określić rokowanie dotyczące czasu pełnej sprawności pacjenta, które waha się od kilku do kilkunastu lat. Pacjenci już w mo-

Według badań po 85. roku życia zapadalność na chorobę Parkinsona wyrównuje się u obu płci. W Polsce na Parkinsona choruje ok. 50-70 tys. osób, w tym 80 proc. z nich ukończyło już 65. rok życia. Rocznie diagnozuje się od 4 do 8 tysięcy nowych przypadków zachorowań, a grupa ta będzie się powiększać, ponieważ polskie społeczeństwo starzeje się. Według prognozowania Głównego Urzędu Statystycznego w 2025 roku liczba osób w wieku 60 lat będzie wynosić 8,9 miliona. Proporcjonalnie liczba chorych na Parkinsona wzrośnie do ok. 120 tys. osób.

mentcie postawienia pierwszej diagnozy różnią się stopniem zaawansowania choroby. Jedni mają bardzo dyskretne objawy, inni nasilone i niekiedy wymagają podania co najmniej średnich dawek lewodopy.

Choroba Parkinsona, zmieniając stale swoje objawy na przestrzeni wielu lat trwania, wymaga ze strony lekarza prowadzącego okresowych modyfikacji leczenia.

Rehabilitacja

Regularny udział w zajęciach rehabilitacji ruchowej wyraźnie zmniejsza parkinsonizm w początkowym okresie choroby. Korzystnie wpływa na stan psychiczny, ogranicza bóle towarzyszące chorobie, poprawia równowagę i chód, utrzymuje prawidłową sylwetkę ciała oraz opóźnia wystąpienie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Ruch pomaga w zwalczaniu zaparć i jest potrzebny dla prawidłowego działania wielu narządów wewnętrznych.



Potrzeby i zakres rehabilitacji powinny być ustalane indywidualnie dla każdego pacjenta. Podstawą usprawnienia jest gimnastyka lecznicza oraz terapia zajęciowa obejmujące m.in. naukę czynności codziennych. Ważna jest też terapia logopedyczna, ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe. **Dla osób z chorobą Parkinsona bardzo ważne są ćwiczenia rozciągające, wzmacniające, równoważne i zręcznościowe ze względu na występowanie u nich częstych przykurczy, ograniczeń ruchomości,**



ostabienia mięśni i zaburzeń równowagi. Wzmoczone napięcie mięśni u osób z chorobą Parkinsona negatywnie wpływa na ogólne funkcjonowanie i na sprawność aparatu motorycznego. W związku z tym przed przystąpieniem do ćwiczeń ruchowych i logopedycznych zaleca się rozluźnienie całego ciała.



🟡 Niedożywienie a choroba Parkinsona

Pacjenci z chorobą Parkinsona są narażeni na rozwój niedożywienia z powodu podwyższonego zapotrze-

bowania energetycznego, wynikającego z nasilonych ruchów mimowolnych, ale także z powodu ograniczenia przyjmowania pokarmów wskutek zaburzenia połykania (50-80%), depresji i znużenia. Dodatkowo część stosowanych leków może powodować nudności i wymioty. Chorzy cierpią też na zaparcia spowodowane osłabieniem motoryki przewodu pokarmowego, które są nasilane przez ograniczenia w poruszaniu się oraz odwodnienie. **Niedożywienie może osłabiać system odpornościowy, sprzyjając występowaniu zakażeń, prowadzi do osłabienia mięśni i upośledza zdolność poruszania się. U chorych leżących zwiększa się ryzyko wystąpienia odleżyn, a niedożywienie wiąże się z zwiększoną śmiertelnością.**

Chorzy z chorobą Parkinsona mają wiele dolegliwości wpływających na niedostateczne przyjmowanie pokarmów i w konsekwencji prowadzących do niedożywienia.

Do najważniejszych należą:

- 🟡 trudności z gryzieniem i żuciem,
- 🟡 zaburzenia połykania,
- 🟡 trudności w posługiwaniu się sztucami wynikające z drżenia i sztywnienia mięśni,
- 🟡 zaburzenia odczuwania smaku i zapachu,
- 🟡 zaburzenia pracy przewodu pokarmowego – zbyt szybkie odczuwanie sytości po posiłku, opóźnione opóźnianie żołądka, osłabienie motoryki jelit i zaparcia,
- 🟡 depresja.

Drugim mechanizmem prowadzącym do rozwoju niedożywienia u pacjentów z chorobą Parkinsona jest wzrost zapotrzebowania białkowo-energetycznego, wynikającego z nasilenia metabolizmu mięśni. Wiąże się on z towarzyszącymi chorobie objawami ruchowymi takimi jak drżenie, ruchy mimowolne oraz wzmoczone napięcie mięśniowe. Podczas drżenia mięśniowe-

go, w wyniku przyspieszenia utlenienia składników energetycznych wytwarzane są znaczne ilości ciepła. Dlatego chorzy, mimo niskiej aktywności fizycznej mogą potrzebować większej ilości kalorii dla utrzymania stałej masy ciała.

🟡 Żywnienie w chorobie Parkinsona

Chorzy na Parkinsona powinni przede wszystkim odżywiać się regularnie. Podczas przyrządzania im posiłków warto wziąć pod uwagę, jakie przyjmują leki. Jeśli jest to np. lewodopa – bardzo popularna przy tym schorzeniu –





to dieta z pewnością nie powinna być wysokobiałkowa. Ostabi znacznie wchłanianie się leków, a co za tym idzie ich efekty.

Zalecana dobowa dawka białka dla dorosłego człowieka wynosi 0,8 g na każdy kilogram masy ciała. Uzupelniając białko w diecie chorego na Parkinsona należy ograniczać produkty bogate w aminokwasy z grupy LNAA, tzn.: mleko, produkty mleczne, ryby, jaja, mięso. Zdecydowanie lepiej przyjmować białko pod postacią grochu, soi, fasoli, mięsa z indyka. Warto też zwrócić uwagę, że choroba Parkinsona często objawia się, m.in. zaburzeniami perystaltyki jelit czego efektem mogą być zaparcia. Przy pomocy odpowiedniej diety można regulować pasaż jelitowy. Należy spożywać odpowiednią ilość błonnika (minimalna dawka dobową to ok. 30 g), który reguluje te procesy w organizmie. Szczególnie bogate w błonnik są owoce i warzywa. Dodatkowo należy pamiętać o prawidłowym nawod-

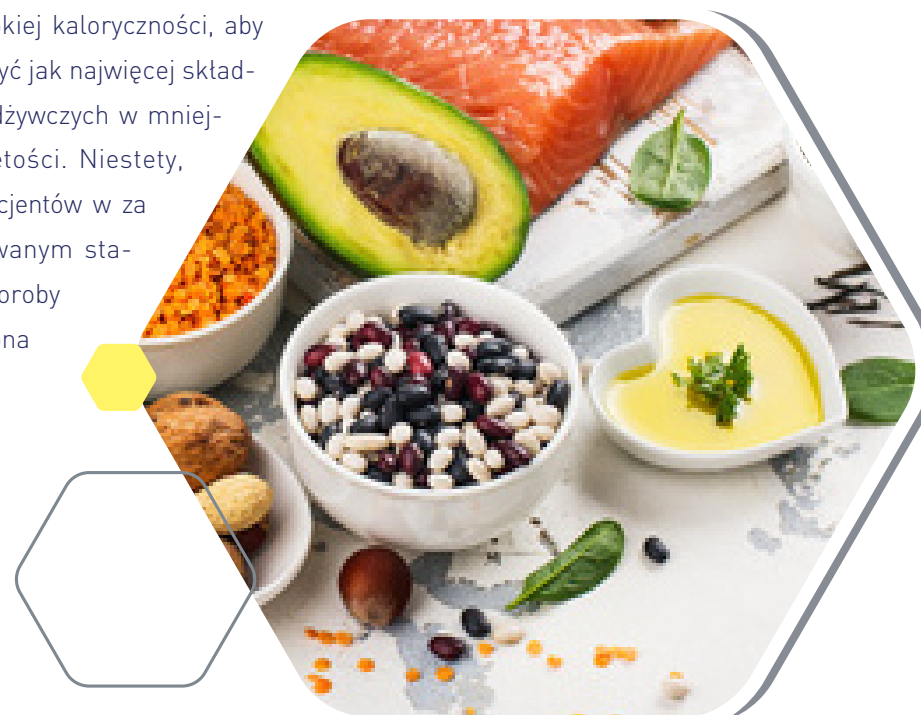
nienu organizmu, tzn. picie ok. 1,5 l wody dziennie.

Pacjentom, u których wystąpiła oporność na działanie lewodopy i w konsekwencji której są nasilone fluktuacje ruchowe, zaleca się ograniczenie podaży białka w ciągu dnia do 10% rekomendowanej ilości, z wyjątkiem posiłku wieczornego, który powinien dostarczyć chorym resztę białka zalecanego normą żywienia. Wykluczenie produktów białkowych ze śniadania i obiadu na korzyść kolacji poprawia działanie lewodopy.

Wszyscy chorzy, którzy są w stanie przyjmować pokarmy drogą doustną, powinni jak najdłużej odżywiać się tą drogą. Z uwagi na podwyższone zapotrzebowanie energetyczne trzeba zadbować o odpowiednią kaloryczność podawanych posiłków, uwzględniając jednocześnie specyficzne potrzeby pacjenta, jak np. zaburzenia smaku, zaparcia czy uczucie wczesnej sytości. Jeżeli chory nie jest w stanie zaspo-

koić swojego zapotrzebowania żywieniowego dietą tradycyjną, czyli nie pokrywa nią więcej niż 60% swojego dziennego zapotrzebowania, należy rozważyć podawanie pacjentowi doustnych preparatów odżywczych. Zazwyczaj wystarczające jest dostarczenie ok. 500 kcal dziennie w postaci preparatu odżywczego. Zalecane są doustne specjalistyczne preparaty odżywcze o wysokiej zawartości białka lub wysokiej kaloryczności, aby dostarczyć jak najwięcej składników odżywczych w mniejszej objętości. Niestety, wielu pacjentów w zaawansowanym stadium choroby Parkinsona

będzie wymagało żywienia przez zgłębnik lub przetokę odżywczą. Żywnie nie dożylnie stosuje się u chorych na chorobę Parkinsona tylko w wyjątkowych sytuacjach, np. w okresie okotooperacyjnym lub niedrożności przewodu pokarmowego.



resource[®]
2.0



- dieta kompletna pod względem odżywczym
- wysokoenergetyczny
- zawiera 18 g białka w 1 butelce

Smaki:

- morelowy
- waniliowy
- ananas-mango
- czekolada-mięta

resource[®]
2.0+fibre



- dieta kompletna pod względem odżywczym
- wysokoenergetyczny
- zawiera 18 g białka w 1 butelce
- z dodatkiem błonnika

Smaki:

- owoców leśnych
- kawowy

WARTO, PONIEWAŻ:

- Z większą ilością pełnowartościowego białka w diecie
- Zwiększają ilość energii w diecie
- Zapobiegają monotonii posiłków (różne smaki)

resource[®]
protein



- dieta kompletna pod względem odżywczym
- wysokobiałkowy [18,8 g białka w 1 butelce]

Smaki:

- morelowy
- truskawkowy
- czekoladowy

resource[®]
diabet plus



- dieta kompletna pod względem odżywczym
- wysokoenergetyczny
- wysokobiałkowy [18 g białka w 1 butelce]
- z dodatkiem błonnika

Smaki:

- waniliowy
- truskawkowy

Zywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza.

Resource 2.0, Resource 2.0+Fibre: Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia. Resource Protein: Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia, któremu może towarzyszyć zwiększone zapotrzebowanie na białko. Resource Diabet Plus: Do postępowania dietetycznego w przypadku niedożywienia lub ryzyka niedożywienia u pacjentów z zaburzeniami metabolizmu glukozy.



- dieta cząstkowa
- koncentrat białka w proszku

1 łyżka stołowa = ok. 5 g białka

WARTO, PONIEWAŻ:

- Całkowicie rozpuszczalny w zimnych i ciepłych potrawach
- Neutralny – nie zmienia smaku, konsystencji i koloru potraw i napojów
- Dawkowanie dostosowane do potrzeb pacjenta

oral
IMPACT[®]



- dieta kompletna pod względem odżywczym
- immunożywnie
- wysokoenergetyczny
- wysokobiałkowy [18 g białka w 1 kartoniku]

Smaki:

- waniliowy
- owoców tropikalnych

WARTO PONIEWAŻ:

- To produkt o unikalnym składzie.
- Zawiera kwasy tłuszczowe omega-3, argininę i nukleotydy








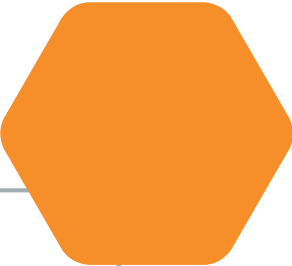





Zywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza.

Resource Instant Protein: Do postępowania dietetycznego u pacjentów ze zwiększonym zapotrzebowaniem na białko i/lub ze zmniejszonym spożyciem białka. Impact Oral: Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia lub ryzyka niedożywienia u pacjentów chirurgicznych w okresie okołoperacyjnym.



Słowo na zakończenie

Bardzo ważna jest edukacja pacjentów z chorobami neurologicznymi oraz ich opiekunów w zakresie zdrowego stylu życia, w tym przede wszystkim zasad zdrowego odżywiania. **Odpowiednia dieta jest istotnym czynnikiem oddziaływania na ogólny stan organizmu, zarówno w ramach profilaktyki, jak też w trakcie choroby.** Może mieć pozytywny wpływ na rehabilitację i proces zdrowienia. U chorych można zastosować także żywienie medyczne w postaci specjalistycznych preparatów żywieniowych o składzie opracowanym z myślą o pacjentach neurologicznych.





WAŻNE INFORMACJE:

- Tekst broszury ma jedynie charakter pomocniczy i nie może zastąpić konsultacji lekarskiej.
- Tylko właściwy, dostosowany do stanu chorego dobór rodzaju preparatu i jego ilości pomaga uzyskać zamierzony efekt, jakim jest wsparcie żywieniowe chorego niedożywionego lub zagrożonego niedożywieniem.
- Wzbogacanie jadłospisu o gotowe preparaty, takie jak Resource i Impact Oral powinno być nadzorowane i monitorowane przez wykwalifikowany personel medyczny.
- Należy przestrzegać zaleceń lekarskich dotyczących diety, przyjmowania leków, rehabilitacji i aktywności fizycznej.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ NA:



www.poradnikzywieniaemedycznego.pl

Nestlé Polska S.A., ul. Domaniewska 32, 02-672 Warszawa

Centrum Obsługi Konsumenta Nestlé

Zapraszamy od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00

Infolinia: 801 333 000 lub na adres mailowy cs@pl.nestle.com

Wszystkie znaki towarowe należą do Societe des Produits Nestlé S.A., Vevey, Szwajcaria.

Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza. Resource 2.0, Resource 2.0+Fibre: do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia. Resource Protein: do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia, któremu może towarzyszyć zwiększone zapotrzebowanie na białko. Resource Diabet Plus: do postępowania dietetycznego w przypadku niedożywienia lub ryzyka niedożywienia u pacjentów z zaburzeniami metabolizmu glukozy. Impact Oral: do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia lub ryzyka niedożywienia u pacjentów chirurgicznych w okresie okołoperacyjnym. Resource Instant Protein: do postępowania dietetycznego u pacjentów ze zwiększonym zapotrzebowaniem na białko i/lub zmniejszonym spożyciem białka.