

Nové trendy v léčebné výživě

Nové trendy v léčebné výživě

Podobně, jako se rozvíjí každý medicínský obor, výrazný pokrok byl zaznamenán i v [dietologii](#) ↑. Přesněji řečeno se jedná o oblast oboru klinická výživa, jejíž součástí je i dietologie.

Dříve byl při hodnocení nutričního stavu v popředí pozornosti spíše [kvantitativní aspekt](#) ↑ výživy, tj. zda se jedná o dostatek energie (tj. kalorií nebo joulů), eventuálně o dostatek či nedostatek dalších důležitých nutrientů (např. vitaminů či stopových prvků). Takový stav, který by mohl vést až k zjevným morfologickým projevům avitaminózy či projevům výrazného deficitu některého z makro nebo mikroelementů, se však vyskytuje velmi zřídka.

Na druhé straně stále více vystupují do popředí jiné stránky určitých nutričních [dysbalancí](#) ↑, kde se sice nejedná na příklad o zjevnou těžkou hypovitaminózu, ale nicméně nepříznivé důsledky této dysbalance se projevují.

Do popředí tedy vystupuje spíše kvalitativní aspekt změněné [nutrice](#) ↑, který je důležitým, i když nikoliv jediným faktorem třeba u urychleného rozvoje [aterogenézy](#) ↑ s komplikacemi ve smyslu chorob kardiovaskulárního aparátu, cévních mozkových příhod apod., vyššího výskytu nádorových onemocnění, osteoporózy a řady dalších závažných chorob.

Tato dysnutrice se vyskytuje u podstatné části populace v naší republice, ale i v řadě dalších průmyslově rozvinutých zemí a je podmíněna zejména některými faktory, k nimž patří například nadměrný energetický příjem ve srovnání s energetickým výdejem. Může se ale také jednat o dřívější špatný odhad skutečné, tj. optimální potřeby některých nutrientů, jako je tomu u kyseliny listové, u vitaminů s [antioxidačním](#) ↑ efektem, vlákniny, obsahu polynenasycených mastných kyselin a celé řady dalších důležitých součástí naší výživy.

Pojem [malnutrice](#) ↑ v tomto pojetí pak neznamená jen absolutní nedostatek základních energetických zdrojů, bílkovin, vitaminů, či dalších makro- a mikroelementů, ale i tyto výše uváděné dysnutrice. Pak ovšem člověk s malnutricí nemusí být kachektický, naopak může se u něj jednat i o nadváhu, či obezitu.

Malnutrice v tomto pojetí je podstatně častější, než si běžně představujeme. Meier ze Švýcarska (2000) udává, že určitý stupeň malnutrice se vyskytuje u 30 – 60 % pacientů v nemocnicích a z toho u 10 – 25 % tato malnutrice může být závažná.

Je pochopitelné, že při výraznější malnutrici je postižena řada funkcí organismu, prioritní bývá zejména alterace imunitního systému. Důsledkem takovéto malnutrice je u pacientů po operaci například ztížené hojení ran, zhoršená odolnost k infekcím obecně, častější výskyt infekcí v operovaném místě, dále zvýšené riziko závažných celkových komplikací, například kardiálních. Nejčastěji se setkáváme s bronchopneumonií a uroinfekcí.

Objevila se tak řada důkazů, že kvalitní výživa je nedílnou součástí komplexní léčby a její opomíjení znamená vlastně nezajištění komplexní léčby v plném rozsahu. Proto se nyní mluví o léčebné výživě (dřívější pojem dietologie není zcela identický s tímto označením, protože u nové terminologie je větší důraz kladen i na výživu zdravého jedince a na preventivní aspekty výživy).

V souvislosti s těmito poznatky bylo nutno přepracovat i dřívější „Dietní systém pro nemocnice“ platný od roku 1982. V roce 1991 na základě stanoviska expertů doporučil ministr zdravotnictví zdravotnickým zařízením zavedení nového, modernizovaného dietního režimu. Hlavní zásady tohoto doporučení spočívaly především v několika základních požadavcích:

1. snížení celkové energetické hodnoty konzumované potravy
2. označení diet nikoliv podle chorob, ale podle charakteristiky připravené diety, například „dieta šetřící“ místo diety žaludeční apod.
3. zásady upraveného dietního systému byly jen doporučením, které mělo být rozpracováno v konkrétním zdravotnickém zařízení v souladu s moderními poznatky v oblasti výživy.

Realizace tohoto doporučení měla být připravena dietologem a dalšími pracovníky v oboru dietologie a vyhlášena ředitelem jako závazná směrnice pro příslušné zdravotnické zařízení.

Samozřejmě s dalším časovým odstupem je nutno konstatovat, že ve většině zdravotnických zařízení je vhodná, či spíše nutná další úprava. Hlavním požadavkem tohoto moderního přístupu je především individualizace diety podle specifických potřeb konkrétního pacienta. To se musí dít v souladu s komplexností léčebného přístupu, neboli ve spolupráci ošetřujícího lékaře s nutričními pracovníky (místo stávajících „dietních sester“ podle nově připraveného označení „nutričních asistentů“ a „nutričních terapeutů“).

V praktickém důsledku tohoto přístupu dojde k omezení počtu předem striktně vymezených diet a ponechání jen některých diet základních. K dietám, které již nyní nejsou nutné, přesněji možno říci, že jsou zbytečné, patří dieta bezpurinová, dieta bezzbytková.

Místo diety neslané je možno použít na příklad šetřící diety s omezením soli, která ale může mít podstatně širší uplatnění. Také názory na diabetickou dietu se výrazně změnily, i zde může dojít k řadě zjednodušení. Záměrem však není vyjmenování všech možných úprav, jen upozornění na nezbytnost přistoupit k nim v krátkém čase.

Individualizace diet s výraznějším a aktivnějším přístupem nutričních pracovníků je zejména důležitá při optimalizaci nutričního postupu v závažných stavech, či u závažných forem malnutrice, kdy je třeba indikovat umělou výživu ve spolupráci s nutričním týmem.

Enterální výživa je aplikace farmaceutických prostředků do trávicího traktu – ať už formou „sippingu“ – popíjením nebo podáváním cestou nasogastrické či nasoenterální sondy. Je to aplikační cesta, která je přirozená, udržuje střevní bariéru a brání tak průchodu bakterií a toxinů střevní stěnou, má méně komplikací a je levnější. Je tedy indikována jako metoda první volby, a právě úlohou

nutričního terapeuta by mělo být vyhledávat pacienty indikované k této formě umělé výživy a u jednodušších forem („sipping“) ji i samostatně předepisovat.

Ve spolupráci s nutričním týmem (resp. jeho lékaři) se nutriční terapeut podílí i na vyhledávání těžkých forem malnutrice, u kterých je nutné rozhodnout o zavedení nutriční sondy (nasogastrické, nasojejunální) a zahájení plně enterální výživy, či o zahájení výživy parenterální. U pacientů s kombinací dietní intervence a enterální či **parenterální** výživy je nutné pečlivě monitorovat příjem energie a jednotlivých živin (vypočítání energetické hodnoty takto kombinované výživy, množství podávaných **aminokyselin**, minerálů i mikronutrientů).

Nutriční tým a jeho složky jsou odpovědní za pečlivý rozbor nutriční situace pacienta a aplikace vhodného postupu. Je třeba připomenout, že nejdražší postup umělé výživy není vždy nejvhodnější (např. aplikace parenterální výživy, která je nejen dražší, ale má též vyšší procento komplikací, ve všech klinických situacích).

Stejně tak vede ke zhoršení léčebných výsledků a nutnosti použití drahých přípravků (antibiotika atd.), prodloužení hospitalizace a zvýšení mortality zanedbání nutriční intervence.

Konkrétní rozbor z ekonomického aspektu byl proveden v nedávných letech na některých pracovištích v Německu a to dvěma různými skupinami autorů (Kemen et al., 1996, Senkal a spol., 1995). U obou se jednalo o pacienty hospitalizované na jednotce intenzivní péče. U jedné skupiny byla podávána plnohodnotná enterální výživa ve srovnání s klasickou výživou (Senkal, 1995), u druhé skupiny byla podávána specializovaná výživa charakteru imunonutrice (Kemen a spol., 1996, Senkal, M. a spol., 1997).

U skupiny s aplikovanou enterální výživou (ne s imunonutricí) byly celkové náklady na 1 pacienta na jednotce intenzivní péče zřetelně nižší, konkrétně se jednalo o celkové náklady 2005,50 DM ve srovnání s 3202,70 DM). To znamená jen 62,6 % ve srovnání se skupinou bez adekvátní nutriční podpory pomocí enterální výživy.

U skupiny s imunonutricí, kde s jejím podáváním bylo u 164 pacientů započato v průběhu 24 hod. po operaci (dvojitá prospektivní studie), byl výskyt infekcí a raných komplikací menší (22 versus 32), rovněž horečnatých stavů bylo méně (17 versus 24).

Podle německého tarifního systému byly náklady na pacienty s placebem téměř dvojnásobné (90 778 US \$ versus 49 548 US \$, konkrétně to je 183,2 %), protože u skupiny s imunonutricí byla kratší doba podávání enterální výživy a menší náklady na léky.

Je tedy zřejmé, že k optimalizaci léčebné výživy pacientů, jakožto součásti komplexního léčebného přístupu, je třeba upravit dietní systém v nemocničním zařízení, je však třeba především zlepšit spolupráci nutričního týmu a jeho složek (nutriční terapeuti, specializovaní lékaři jednotlivých oddělení, dietolog a vedení nutričního týmu) s ostatním zdravotnickým personálem na odděleních.

Nová struktura nutričního týmu by měla zahrnovat nutriční terapeuty (dříve dietní sestry) jednotlivých oddělení a klinik, dále lékaře jednotlivých oddělení zabývající se nutriční podporou, kteří by měli ve spolupráci s nutričními terapeuty odhalovat pacienty s hrozící malnutricí a optimalizací dietního režimu, případně aplikací umělé výživy jejímu vzniku předejít.

U pacientů s malnutricí již vzniklou pak zvolit nejvhodnější způsob její léčby (ať už z hlediska nutnosti rychlosti její úpravy, komplikací, případně ceny). Pro komplikované pacienty je v nutričním týmu k dispozici konziliář, který zvolí nejvhodnější řešení, včetně aplikace perkutánní **endoskopické gastrostomie** či přípravy speciálního rozpisu vaku all in one.

Pokud nebude možné situaci řešit konziliárním způsobem, bude rozhodnuto o překladu na pracoviště touto problematikou se zabývající – jednotku intenzivní metabolické péče. Ke zlepšení konziliárních služeb je v týmu k dispozici farmaceut, psycholog, biochemik.

Spolupráce nutričních terapeutů s metabolickou ambulancí umožní aplikaci prostředků umělé výživy v domácích podmínkách. Spolupráce s lékaři zabývajícími se nutriční podporou na jednotlivých odděleních by měla v budoucnu vést k vytipování rizikových skupin pacientů a rizikových diagnostických či terapeutických postupů, které by mohly vést ke vzniku malnutrice a jejích komplikací a k vytvoření protokolu nejvhodnější péče o tyto skupiny pacientů – od změny dietního systému, umělé výživy a postupů před diagnostickými či terapeutickými procedurami.