

KAZUISTIKA – ZADÁNÍ:

Pacientce (75 let, kouřící do 50 let, aktuálně 57 kg, 168 cm, důchodkyně, dosud žije sama, vdova, dvakrát týdně dochází dcera, rozvedená, pracující na finančním úřadě) se za poslední půlrok výrazně zhoršila pozornost, přičemž její stav hrozně kolísá během dne, stěžuje si na „že jí jezdí kolem domu každý den rychlík“, ale nejbližší koleje jsou 7 km daleko, začala také hodně padat, významně jí kolísá krevní tlak, celkově se zpomalila (má „pokerface“, nic už pořádně nenapíše a při chůzi se hrozně šourá), nezvládá již běžné domácí činnosti, začala významně hubnout, špatně se jí polyká, kouše strava. Osvícenou obvodní lékařkou tak byla přímo odeslána do poradny pro demence, kde posléze zjištěna demence s Lewyho tělísky (Lewy body dementia (LBD, DLB). Pacientka do chráněného bydlení (např. domov důchodců) ale nechce. Dcera tak slíbila, že si pacientku vezme k sobě domů.

Úkoly:

1. Co víte o zmíněném onemocnění? Charakterizujte zmíněné onemocnění (předpoklad jedné normostrany).
2. Dcera žádá o radu: Hrozně Vás prosí, že si s pacientkou již „neví rady“, nemá čas ji pořádně vařit. Pacientce prakticky nic nechutná. Hodně hubne. Vyjádřete se k doporučení stran dietních opatření u pacientky. Pokuste se sestavit vzorový jídelníček na týden, tak aby byl pro dceru i finančně možný.
3. Lékař žádá doporučení: Shrňte své doporučení do jednoho krátkého odstavce.

VYJÁDŘENÍ K NUTRIČNÍMU STAVU PACIENTKY:

Hmotnost pacientky odpovídá BMI 20 kg/m², což v seniorském věku svědčí o malnutrici. Dolní hranice by u pacientky měla být BMI 22 kg/m², ideálně 24 kg/m², což odpovídá hmotnosti 62 kg, resp. 68 kg.

CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ (Lewy body dementia, LBD):

Demence obecně je získaná, často progresivní porucha kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že výrazně zasahuje do každodenních aktivit člověka.^{1,2}

Anglický termín Lewy body dementias (LBD, demence způsobené Lewyho tělísky) pod sebou zastřešuje dva klinické stavy, Demenci s Lewyho tělísky (Dementia with Lewy bodies, DLB) a Parkinsonovu nemoc s demencí (Parkinson's disease dementia, PDD). Odlišnost je dána zejména dobou nástupu kognitivní deteriorace, kdy u PDD dochází k demenci minimálně rok po přítomnosti motorických symptomů. Naopak demence v úvodu onemocnění svědčí pro DLB.³

Oba stavy se vyznačují patologickým ukládáním bílkovinných agregátů (alfa-synukleinu ve formě tzv. Lewyho tělísek) a ztrátou neuronů v mozku. To je spojeno se snižováním hladin neurotransmiterů, konkrétně acetylcholinu a dopaminu, v mozku. Výskyt Lewyho tělísek v určitých částech mozku vede k typickým symptomům. Lewyho tělíška v základně mozku způsobují motorické problémy, zatímco Lewyho tělíška umístěná ve vnějších vrstvách ovlivňují kognitivní schopnosti.^{2,3}

LBD patří mezi primární neurodegenerativní demence. Jde o druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění mozku s demencí, hned po Alzheimerově chorobě.²⁻⁴

Demence u pacientů s Parkinsonovou nemocí se vyskytuje u cca 25 % případů. Riziko se zvyšuje s délkou trvání onemocnění, kdy 10 let pod diagnóze se demence objevuje zhruba u poloviny pacientů.

Existuje málo údajů o prevalenci a incidenci DLB. Dle různých studií 5–20 % lidí s demencí mají DLB. Zdá se, že v klinické praxi není DLB dostatečně dobře diagnostikována. V posledních letech dochází ke stálému zlepšování diagnostických metod a kritérií.³

Klinickému obrazu dominuje kolísání hloubky kognitivních poruch (v rámci minut, hodin či dní), rekurentní výskyt zrakových halucinací a parkinsonský syndrom (zejména akineze, rigidita, poruchy chůze a posturální instabilita, hypokinetická dysartrie, naopak klidový třes se objevuje vzácně).

K dalším příznakům patří přecitlivělost na neuroleptika (život ohrožující nežádoucí účinky, zhoršení parkinsonického syndromu) a porucha spánku vázaná na REM fázi, kdy nedochází k fyziologické relaxaci svalstva, pacienti jsou neklidní, kopají a vykřikují ze spaní.¹⁻⁴

Neurodegenerativní poruchy jsou často spojeny s narušeným polykáním. U pacientů s DLB byla zjištěna vysoká prevalence subjektivní dysfagie. V oblastech mozku kmene

zodpovědných za polykací funkce byli identifikovány depozity alfa-synukleinu. DLB je spojována častěji s dysfagií hltanového typu, u které je vyšší riziko aspirace do dýchacích cest. U této skupiny pacientů je proto důležité zhodnocení funkce polykání a následné doporučení pro úpravu stravy. Studie ukazují, že sycené nápoje zvyšují kortikobulbární dráždivost hltanové projekce. Ukazuje se, že by mohly být užitečné u pacientů s dysfunkcí polykání při DLB a PDD.⁵ Co se týče příjmu stravy je pro demence typické, obzvláště pak pro LBD, potíže s polykáním tekutin, kašláním nebo dušením se při polykání, dlouhá doba polykání, ztráta chuti k jídlu, potřeba dozoru nebo pomoci s jídlem a také zácpa.⁶

VYJÁDRĚNÍ K DIETNÍM DOPORUČENÍ U PACIENTKY:

Nejdůležitější si u pacientky upravovat veškerou stravu do vhodné doporučené konzistence, kašovitá měkká strava s vyloučením tvrdých částí, aby se předešlo riziku aspirace (tj. vdechnutí potravin do dýchacích cest). Obecně: **jednotná konzistence bez tvrdých kousků**.

(Konkrétněji se ke konzistenci potravin/pokrmů a nápojů v doporučení vyjadřovat nebudu, protože neznám tíži dysfagie a doporučení konzistence, z tohoto důvodu neuvádím ani použití přípravku na zahušťování z řady potravin pro zvláštní lékařské účely pro přípravu pokrmu či úpravu tekutin.)

Mezi potraviny, které jsou nevhodné a je důležité se jim vyhnout patří:

- nesourodé tekutiny s pevnými kousky (např. polévky s kousky),
- drobící se potraviny (sušenky),
- lepkavé potraviny/pokrm (suché brambory, šťouchané brambory),
- malé a tvrdé kousky (rýže, ořechy, ovoce se zrníčky, sušené ovoce).

Výše zmíněné nevhodné potraviny/pokrm lze vhodně upravit nebo lehce zaměnit a zařadit do jídelníčku:

- polévky volit krémové jednotné konzistence bez kousků,
- některé sušenky lze rozmáčet v mléce (*otázka tíže dysfagie*),
- lepkavé pokrmy rozředit tekutinou (šťávou, omáčkou, bujónem),
- tvrdé kousky nejsou vhodné, některé potraviny lze také podávat v mixované/šlehané podobě (hladká ořechová másla, lisované cezené ovocné šťávy).

K podpoře polykání lze z následujících vyzkoušet, co konkrétně bude vyhovovat: chlazené studené potraviny a nápoje, syčené nápoje, chuťově výrazné a kyselé pokrmy, sladké pokrmy.

Dalším velkým problémem je nedostatečná chuť k jídlu, to lze podpořit následujícími technikami (některé mohou být mírně časově náročnější):

- aromatické potraviny, koření (česnek, cibule, skořice, bylinky),
- kyselé potraviny (citrónová, pomerančová šťáva),
- modelovat použitím formiček, dortových zdobíček,
- používat různé barevné kombinace (mixovaná zelenina, ovoce).

Také může pacientku od jídla odradit velikost porce, proto může být vhodné podávat menší porce častěji. Důležité je nezapomínat na pitný režim!

JÍDELNÍČEK:

(V jídelníčku jsou uvedeny pouze pokrmy, kdy v některých případech není přesně definována konečná úprava – vždy pokrmy upravit do určené konzistence dle tíže dysfagie – ve většině případů jde o mixování, šlehání... Při nejtěžších formách dysfagie, jako vhodná příloha šlehaná bramborová kaše, zde uvedeny např. i těstoviny pro pestrost – při lehčích formách možno rozmixované vlhčené těstoviny konzumovat... Stejně tak nelze z kazuistiky určit, zda by pacientka tolerovala některé pečivo – např. věku. Více zeleniny lze doplnit formou zeleninových krémových polévek... Porce odpovídají cca velikosti dlaně, pěsti....)

	Snídaně	Přesnídávka	Oběd	Svačina	Večeře
Po	rýžová kaše (instantní) s pomerančovou kůrou v mléce	broskvové pyré	bramborová kaše, šlehané vepřové, dušená mrkev	banán s tvarohem, smetanou a kakaem	kuřecí na paprice, knedlík
Út	skyr mixovaný se strouhaným jablečným kompotem	meruňková přesnídávka	bramborové noky, vepřové maso, špenát	šlehaná vaječná pomazánka, veka	šlehaná brokolice v sýrové omáčce, brambor. kaše
St	jáhlová kaše se skořicí v mléce, máslo navrch	banán	rýžový nákyp s tvarohem, kompotované ovoce	mixovaný řecký jogurt s piškoty a pomerančovo u šťávou	těstoviny mixované, telecí ragú
Čt	veka, sýrová pomazánka (žervé, strouhaný sýr)	kefir s banánem (koktejl)	červené čočka (lisov.), okyselená šťávou z kyselých okurek	šunková pěna, nedrobivý chléb bez kůrky	krupicová kaše, skořice, kakao, cukr, máslo
Pá	pohanková kaše v mléce, kakao, máslo	jablečné pyré	mleté filé, dušená zelenina, bramborová kaše	vanilkový pudíng s kompotovano u broskví	květákový mozeček

DOPORUČENÍ PRO LÉKAŘE:

Pacientka má problémy s polykáním, u LBD je častá dysfagie hltanového typu, proto bych doporučila vyšetření klinickým logopedem, který by určil vhodnou konzistenci pro úpravu stravy pacientky, aby se snížilo riziko aspirace a dalších komplikací. BMI 20 kg/m² u pacientky vzhledem k věku svědčí o malnutrici, zároveň u pacientů s demencí jsou větší energetické nároky, proto byla energetická potřeba nastavena na 1900 kcal a potřeba bílkovin na 95 g. Základ je stravu pacientky upravovat do vhodné konzistence určené klinickým logopedem, dále připravovat pokrmy chuťově výraznější (koření, citrónová šťáva), ale také vizuálně přitažlivé (barevné, modelování – formičky), aby se podpořila chuť k jídlu. Dobře tolerovány bývají chlazené potraviny a nápoje. Zkusila bych také použití sycených nápojů. Při přetrvávajícím sníženém příjmu stravy a poklesu nebo stagnaci tělesné hmotnosti zvážit použití perorálních nutričních suplementů („sippingu“) v tekuté nebo pudinkové formě, dle tolerance. Při netoleranci lze také uvážit podání modulárních dietetik, které lze snadno přidat i do pokrmů.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. Pidrman V. Demence. Grada; 2007.
2. Tyrlíková I, Bareš M. Neurologie pro nelékařské obory. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů; 2012.
3. Walker Z, Possin KL, Boeve BF, Aarsland D. Lewy body dementias. The Lancet. 2015;386(10004):1683-1697. doi:10.1016/S0140-6736(15)00462-6
4. Pešlová E, Brázdil M, Rektorová I. Demence s Lewyho tělísky s klinickým obrazem sporadické Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby. Neurol Praxi. 2017;18(6):415-421. doi:10.36290/neu.2017.045
5. Larsson V, Torisson G, Bülow M, Londos E. Effects of carbonated liquid on swallowing dysfunction in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia. Clin Interv Aging. 2017;Volume 12:1215-1222. doi:10.2147/CIA.S140389
6. Shinagawa S, Adachi H, Toyota Y, et al. Characteristics of eating and swallowing problems in patients who have dementia with Lewy bodies. Int Psychogeriatr. 2009;21(3):520-525. doi:10.1017/S1041610209008631