

ŻYWIENIE

dieta przemysłowa

Z danych Polskiego Towarzystwa Pozajelitowego i Dojelitowego wynika, że u 30-50% hospitalizowanych występuje niedożywienie. Wiąże się to zazwyczaj z dłuższym pobytem w szpitalu, zwiększoną chorobowością, powtórными hospitalizacjami oraz wyższymi kosztami leczenia.

Można założyć, prawie z całkowitą pewnością, że podobne, jeśli nie wyższe wskaźniki niedożywienia dotyczą pacjentów objętych opieką długoterminową. U pacjentów przewlekle chorych w podeszłym wieku, często po przebytych incydentach neurologicznych bądź z zaawansowanymi postaciami zespołów otępiennych, nierzadko występują zaburzenia połykania, gryzienia bądź łaknienia. Wynika z tego konieczność karmienia przez zgłębnik bądź gastrostomię przezskórną. U tego typu pacjentów brak prawidłowego, zbilansowanego żywienia prowadzi do dalszego pogorszenia sprawności, zdolności do samoobsługi, obniżenia odporności i zwiększenia podatności na zakażenia. U pacjentów leżących zwiększa się też ryzyko wystąpienia odleżyn. W końcowym efekcie przewlekle niedożywienie prowadzi do przedłużenia czasu leczenia, zwiększenia jego kosztów oraz zwiększa ryzyko śmierci.

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, aby żywienie pacjenta przewlekle chorego drogą przewodu pokarmowego było prawidłowe, dostosowane do jego potrzeb, konieczne jest wprowadzenie diet przemysłowych jako uzupełnienie diety kuchennej przy niezaburzonym procesie połykania, natomiast zamiast miksowanego posiłku przy karmieniu przez zgłębnik lub stomię odżyw-



czą. Za stosowaniem diet przemysłowych przemawia:

- » ściśle określony skład (pod względem kaloryczności, zawartości substancji odżywczych, witamin, minerałów) podany na opakowaniu
- » możliwość wyeliminowania składników nie tolerowanych bądź niekorzystnych dla pacjenta, (laktoza, gluten, cholesterol)
- » możliwość dostosowania diety do aktualnych potrzeb chorego (dieta cukrzycowa, dieta dla pacjentów wyniszczonych, z odleżynami, dieta wysokoenergetyczna)
- » mała lepkość, gęstość, osmolarność (co zmniejsza ryzyko zatkania zgłębnika lub PEGa)
- » jałowość posiłków zmniejsza ryzyko roz-

lek. med.

Anita Fabiszewska

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Toruniu

Zdjęcie pochodzi z archiwum Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu.

woju zakażeń (diety przygotowywane są pod kontrolą testów mikrobiologicznych) możliwość podawania posiłków we wlewie kroplowym, przy użyciu pompy lub w bolusie, w zależności od potrzeb pacjenta

» wygoda dla pacjenta – dieta przemysłowa jest podawana przez cienkie, elastyczne, mało traumatyzujące zgłębniki, które w mniejszym stopniu drażnią śluzówkę – minimalizuje się więc ryzyko wystąpienia odleżyn



» wygoda dla personelu – dieta przemysłowa nie wymaga długotrwałego przygotowania.

Jedyną wadą żywienia dietą przemysłową pozostają wysokie koszty zakupu. Pacjent, w celu zapewnienia pełnowartościowego żywienia, wymaga podania ok. 1,5-2 l posiłku. Miesięczny koszt takiego żywienia wynosi ponad 3 tys. zł i to bez uwzględnienia ceny systemów do podawania diety przemysłowej. Aktualnie koszt żywienia dietą przemysłową pacjenta pozostającego pod opieką ZPO nie jest dodatkowo finansowany przez NFZ,

a wycena kosztów pobytu, pielęgnacji i leczenia pacjenta objętego stacjonarną opieką długoterminową jest stanowczo niedoszacowania. Dlatego często powstaje dylemat rezygnacji z tego rodzaju żywienia u części chorych ze względu na brak środków finansowych.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego:

» u osób starszych osłabionych należy stosować doustne preparaty odżywcze w celu poprawienia lub utrzymania ich stanu odżywienia

» u pacjentów geriatrycznych z zaawansowanymi zaburzeniami połykania należy stosować żywienie dojelitowe, aby zapewnić optymalną podaż składników odżywczych i energetycznych, by poprawić ich stan odżywienia lub utrzymać go na tym samym poziomie

» u pacjentów geriatrycznych po zabiegach ortopedycznych oraz po złamaniu szyjki kości udowej należy stosować doustne preparaty odżywcze, by zapobiec występowaniu powikłań

» stosowanie preparatów odżywczych, szczególnie z wysoką zawartością białka, może zwiększyć ryzyko rozwoju odleżyn.

Ryzyko związane z prowadzeniem diety przemysłowej:

» niewłaściwy dobór diety pod względem ilości lub wybranego rodzaju diety

» niewłaściwa podaż, najczęściej zbyt szybka

» nietolerancja diety przemysłowej.

ZPO w Toruniu około rok temu podjęła decyzję o wprowadzeniu żywienia dojelitowego dietą przemysłową. Tego typu świadczeniami zostało objętych kilkunastu pacjentów, którzy byli karmieni przez zgłębnik lub PEGa. Kryterium włączenia tego rodzaju żywienia była przede wszystkim niska masa ciała pacjentów lub spadek masy ciała podczas pobytu w ZPO.

Jedną z pierwszych pacjentek, u której zastosowano żywienie dietą przemysłową, była aktualnie 51-letnia chora z ciężką postacią stwardnienia rozsianego. U pacjentki przy przyjęciu do ZPO, stwierdzono znaczne osłabienie siły kończyn górnych, niezdolność, spastyczny niedowład kończyn dolnych, odleżynę w okolicy krzyżowej, głębokie zaburzenia połykania, które

spowodowały konieczność założenia gastrostomii przezskórnej w celu zapewnienia żywienia. Początkowo pacjentka była karmiona dietą kuchenną wysokokaloryczną. Obserwowano jednak postępujący spadek masy ciała (od 44 kg przy przyjęciu do 36 kg), występowały nawracające zakażenia dróg oddechowych – dwukrotne, ciężkie zapalenia płuc wymagające hospitalizacji. W październiku 2008 roku włączono żywienie dietą przemysłową wysokoenergetyczną, uzyskując przyrost masy ciała do 56,5 kg do stycznia 2010 roku. Uzyskano także nieznaczny poprawę sprawności chorej – wydłużył się czas wysadzenia jej bez odczuwalnego zmęczenia. W trakcie obserwacji od października 2008 do stycznia 2010 u chorej nie zaobserwowano infekcji dróg oddechowych, stanów gorączkowych, nie wymagała też antybiotykoterapii. W badaniach laboratoryjnych obserwowano utrzymanie prawidłowych wartości wskaźników morfologii krwi i parametrów biochemicznych.

Kolejnym pacjentem włączonym do programu żywienia dietą przemysłową był aktualnie 60-letni chory, przyjęty w maju 2008 r. z rozpoznaniem stanu apalicznego po nagłym zatrzymaniu krążenia w przebiegu zawału mięśnia sercowego. Chory karmiony przez PEG-a dietą kuchenną, z wagą przy przyjęciu 69 kg. Podczas pobytu w ZPO trzykrotnie wymagał hospitalizacji z powodu zapalenia płuc, poza tym jeszcze kilkakrotnie włączono antybiotykoterapię w związku z nawracającymi zakażeniami dróg oddechowych. Zaobserwowano także spadek poziomu morfologii krwi pomimo suplementacji preparatami żelaza i witaminami, w związku z czym pacjent wymagał jedнокrotnego przeczyszczenia koncentratu czerwonoekwinowego. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niski poziom albumin, obniżenie poziomu żelaza w surowicy krwi. W marcu 2009 roku masa ciała pacjenta wynosiła 64 kg, włączono wówczas żywienie dietą przemysłową, uzyskując stopniowy przyrost masy ciała do 68,4 kg. Udało się także znormalizować poziom hemoglobiny, który wzrósł do 13,9 g/dl i hematokrytu 40,9%. Poziom białka całkowitego wynosi aktualnie 7,44 g/dl, żelaza 82 mcg/dl. Utrzymano niski poziom cholesterolu 121mg/dl i trójglicerydów 77 mg/dl. Poza tym u pacjenta do stycznia 2010 nie obserwowano

no infekcji dróg oddechowych wymagających antybiotykoterapii.

Spośród kilkunastu pacjentów, u których została wprowadzona dieta przemysłowa, tylko u jednej osoby wystąpiły objawy nietolerancji diety. Jest to aktualnie 69-letnia chora, która została przyjęta do ZPO w grudniu 2007 r. w stanie apalicznym, po nagłym zatrzymaniu krążenia, w przebiegu zawału mięśnia sercowego, powikłanym tamponadą serca. Kilkakrotne próby włączenia u chorej ży-



fot. www.imagine.com

wienia dietą przemysłową skończyły się niepowodzeniem. Obserwowano chlustające wymioty bądź ulewianie pokarmu bezpośrednio po jego podaniu lub w ciągu następnych godzin, wzdęcia, incydenty luźnych stolców. Tego typu objawy obserwowano bez względu na sposób podania posiłków – w bolusie kilkakrotnie w ciągu dnia bądź przy pomocy pompy z wydłużeniem czasu podawania nawet do kilkunastu godzin. Prawdopodobnie objawy tego typu można zakwalifikować jako alergię pokarmową zwłaszcza, że u chorej rozpoznano już wcześniej alergiczne zapalenie śluzówki nosa, występowały incydenty astmy oskrzelowej i reakcje skórne o typie pokrzywki po zastosowaniu niektórych środków kosmetycznych i preparatów pielęgnacyjnych. U tej pacjentki byliśmy zmuszeni powrócić do żywienia dietą kuchenną. ■