



NUTRICIA
Neurology

**PORADNIK
DLA PACJENTÓW
PO UDARZE MÓZGU**



SPECJALISTYCZNY PREPARAT ŻYWIENIA MEDYCZNEGO

Cubitan - dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego u pacjentów z odleżynami i trudno gojącymi się ranami. Dodatkowa suplementacja arginina nie jest zalecana: w czerniaku, raku wątroby, międzybłonniaku optycznej, raku nerki, raku prostaty. Stosować pod nadzorem lekarza.

W zależności od rodzaju udaru, jego lokalizacji i rozległości obserwujemy różne powikłania, które dzięki rehabilitacji, odpowiedniemu leczeniu i świadomej opiece można przezwyciężyć. Istotną rolę odgrywa także właściwie odżywianie się Pacjenta dostosowane do możliwości połykania i aktualnego zapotrzebowania na składniki odżywcze. Należy podkreślić, że Pacjent po udarze w okresie rekonwalescencji nadal wykazuje ryzyko niedożywienia. W jednym z badań odnotowano, że:

nawet 93% chorych w wieku powyżej 65 lat w okresie rekonwalescencji wykazywało ryzyko niedożywienia.

Głównym czynnikiem ryzyka niedożywienia i jednocześnie znacząco utrudniającym właściwie żywienie pacjenta jest dysfagia, czyli zaburzenia połykania, które występują w tej grupie chorych od 64 do 78%. Poza zaburzeniami połykania należy wymienić ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu chorego, w tym także trudności w samodzielnym spożywaniu pokarmów (np. niedowład strony dominującej lub trudności w przyjęciu pozycji siedzącej). Depresja poudarowa należy do kolejnych czynników istotnie obniżających apetyt chorego. Także trudności w komunikacji z chorym spowodowane zaburzoną mową mogą determinować współpracę z opiekunem, między innymi w kwestii żywienia.

Profilaktykę niedożywienia należy rozpocząć jak najwcześniej od momentu wystąpienia udaru.

Okres do 7 dni po incydencie udarowym uważany jest za stan ostry związany z podwyższonym zapotrzebowaniem na energię i białko.

Niedożywienie będące skutkiem niewystarczającej podaży energii i białka względem zapotrzebowania znacząco wpływa na opóźnienie procesu zdrowienia i regeneracji mózgu po udarze.

Warto podkreślić, że białko wchodzi w skład wszystkich komórek w naszym organizmie, a jego niedobór nie tylko wiąże się z niedożywieniem, ale także obniżeniem odporności, dłuższym gojeniem ran, w tym także odleżyn. Niedobory białka, i w efekcie niedożywienie, prowadzą do częstszych zakażeń układu moczowego oraz zapalenia płuc. Ponadto nieuwzględnienie zwiększonych potrzeb białkowo-energetycznych skutkuje utratą beztłuszczowej masy ciała, w tym masy mięśniowej nawet o 6% w ciągu 10 dni pobytu w szpitalu.

Badania wskazują, że odsetek pacjentów niedożywionych po ostrym udarze mózgu zwiększył się z 9 do 65% w ciągu 10 dni hospitalizacji bez wdrożonego planu postępowania dietetycznego.

Zatem niepodjęta wczesna interwencja żywieniowa, której celem jest pokrycie potrzeb energetycznych i białkowych chorego będzie skutkowała ryzykiem niedożywienia lub niedożywieniem. Należy podkreślić, że niedożywiony Pacjent z utratą beztłuszczowej masy ciała, w tym masy mięśniowej, z większym trudem będzie realizował program rehabilitacyjny. W przypadku pacjentów leżących, kierowanych często do zakładów opiekuńczo-leczniczych, niedożywienie pogłębia ryzyko powstawania odleżyn. Niedożywienie, tak jak w przypadku każdej innej choroby może wpływać na czas przeżycia, skuteczność prowadzonej rehabilitacji lub czas powrotu do zdrowia. Ponadto współistnienie niedożywienia, zaburzeń połykania i złej higieny jamy ustnej stwarza ryzyko zachłystowego zapalenia płuc (dotyczy to nawet 30% chorych), co zwiększa ryzyko zgonu.

Pamiętajmy, że osoby otyłe również mogą być niedożywione.

Mimo, że otyłość stanowi jeden z czynników ryzyka udaru mózgu, to bez wątpienia ani zaawansowany wiek, ani okres hospitalizacji

po przebytych udarze czy też czas rehabilitacji nie są dobrymi momentami na podejmowanie redukcji masy ciała. Niedożywienie rozpatrujemy w kontekście niedoborów energii, białka, ale także innych składników odżywczych. W przypadku niedoborów ww. składników może dojść do rozwoju sarkopenii¹, co znacząco utrudnia powrót do sprawności, w tym także rzutuje na rehabilitację procesu połykania. Poza tym zaniedbując żywienie osób otyłych, osłabiamy działanie układu odpornościowego narażając chorych na większe ryzyko infekcji, odleżyn.

Stopień ciężkości choroby, występowanie zaburzeń połykania, ograniczenia funkcjonalne oraz wiek warunkują stan odżywienia chorego. Stąd wczesne wsparcie żywieniowe poprzez zastosowanie doustnego żywienia medycznego, jako uzupełnienie diety może pomóc w profilaktyce niedożywienia przez cały okres powrotu do zdrowia. Każdy Pacjent w tym czasie wymaga odpowiedniego wsparcia żywieniowego lub leczenia żywieniowego (w przypadku ciężkiej dysfagii) bez względu na wyjściowy stan odżywienia.



1. Sarkopenia – utrata masy i siły mięśniowej

JAK ROZPOZNAĆ NIEDOŻYWIENIE W WARUNKACH DOMOWYCH?

Według definicji Europejskiego Towarzystwa Żywności Klinicznej i Metabolizmu niedożywienie diagnozujemy gdy:

- 1 BMI $1 < 18,5 \text{ kg/m}^2$
- 2 niezamierzona utrata masy ciała w ciągu 3 miesięcy wyniesie powyżej 5% wyjściowej masy ciała lub powyżej 10% w nieokreślonym czasie i jednocześnie Pacjent do 70 roku życia będzie miał BMI $< 20 \text{ kg/m}^2$, a Pacjent w wieku powyżej 70 lat BMI poniżej 22 kg/m^2

Jak obliczyć % utraty masy ciała?

$$\% \text{ utraty masy ciała} = \frac{\text{Zwyczajowa masa ciała [kg]} - \text{aktualna masa ciała [kg]} \times 100}{\text{Zwyczajowa masa ciała [kg]}}$$

Przykład: Pacjent zazwyczaj ważył 70 kg, jednak w ciągu ostatnich 3 miesięcy schudł 5 kg. Zatem aktualnie waży 65 kg

$$\% \text{ utraty masy ciała} = \frac{(70 \text{ kg} - 65 \text{ kg}) \times 100}{70 \text{ kg}} = \frac{5 \text{ kg} \times 100}{70 \text{ kg}} = 7,1\%$$

Interpretacja wyniku: Pacjent jest niedożywiony i wymaga konsultacji z lekarzem i dietetykiem celem identyfikacji czynników ryzyka i leczenia niedożywienia

2. BMI (Body Mass Index) = masa ciała (kg)/wysokość ciała (m²)

W monitorowaniu stanu odżywienia pacjenta po udarze kluczową rolę odgrywa monitorowanie masy ciała przynajmniej raz w tygodniu i odnoszenie zmian do wartości wyjściowej. Dodatkowo warto odpowiedzieć na poniższe pytania przynajmniej raz w tygodniu:

- + Czy apetyt chorego pogorszył się?
- + Czy pacjent zjada mniejsze porcje niż w zeszłym tygodniu?
- + Czy rytm wypróżnień jest prawidłowy? Czy Pacjent nie ma zaparc?
- + Czy pacjent wypija zaleconą ilość płynów?
- + Czy pacjent ma problemy z żuciem, gryzieniem?
- + Czy pacjent ma depresję, obniżony nastrój?
- + Czy pacjent ma kłopot z utrzymaniem sztućców lub kubka?
- + Czy pacjent pamięta o spożywaniu regularnych posiłków?

Jeśli Pacjent odmawia posiłków, zjada mniej niż całą porcję, wypija mniej niż 1,5 l płynów w ciągu dnia, ma zaparcia oraz nie wykazuje ochoty na jedzenie, to świadczy o ryzyku niedożywienia i konieczności konsultacji z dietetykiem, lekarzem oraz włączeniu wsparcia żywieniowego w postaci doustnych diet medycznych (przy dobrej tolerancji konsystencji nektaru). Jeśli Pacjent może bezpiecznie połykać gęstsze konsystencje można po konsultacji z dietetykiem połączyć preparaty żywienia medycznego ze specjalnie przygotowanymi potrawami np. zupami, puree. Także obniżony nastrój, niechęć do rozmowy, samotność są sygnałami, których nie powinniśmy zlekceważyć. Problem z trzymaniem sztućców czy kubka można rozwiązać poprzez dobranie sztućców z grubszymi uchwytemi lub zapinanymi wokół ręki oraz kubkami z obustronnymi uchwytemi.

Do pojenia pomocne mogą być kubki z ustnikiem lub wycięciem na nos, aby ułatwić picie płynów bez odchylania głowy do tyłu.



SPOSÓB ŻYWIENIA PACJENTÓW POD UDARZE

Sposób żywienia oraz zapotrzebowanie na składniki odżywcze i energetyczne pacjentów po udarze zależą od występowania powikłań takich jak: zaburzenia połykania, występowanie ryzyka niedożywienia, odleżyn, stopnia samodzielności, prowadzonej rehabilitacji, a także obecności chorób współistniejących.

Pacjent z zaburzeniami połykania nie może spożywać wszystkich produktów, część z nich może być trudna do pogryzienia i kontrolowania w jamie ustnej. Inne mogą powodować zbyt szybkie połknięcie lub zaleganie w jamie ustnej lub gardle. Te wszystkie problemy mogą doprowadzić do zachłyśnięcia lub przedostania się pokarmu do dróg oddechowych (tzw. aspiracji), co jest niebezpieczne dla pacjenta. W przypadku

dysfagii (czyli zaburzeń połykania) o lekkim lub umiarkowanym nasileniu stosuje się metody adaptacyjne polegające na wyborze bezpiecznej dla chorego konsystencji produktów stałych, płynów i oczywiście różne ćwiczenia oraz manewry ułatwiające połykanie, a przede wszystkim poprawiające bezpieczeństwo połykania. Pamiętajmy, że dysfagię można i należy leczyć we współpracy z wyspecjalizowanym w tym zakresie logopedą oraz lekarzem laryngologiem.

JAK ROZPOZNAĆ ZABURZENIA POŁYKANIA?

Badania w kierunku występowania zaburzeń połykania powinny być przeprowadzone u wszystkich pacjentów po udarze jeszcze przed podaniem czegokolwiek doustnie. W przypadku rozpoznania problemów z połykaniem, Pacjent powinien być skierowany do szczegółowych badań. Opiekun pełni niezwykle ważną rolę w procesie opieki nad chorym po udarze, ponieważ spędza z chorym najwięcej czasu, dzięki czemu może przekazać istotne w procesie leczenia informacje. Opiekun powinien obserwować chorego podczas posiłków. Objawy takie jak zmiana głosu po wypiciu płynów, kaszel w trakcie i po posiłku, zachłystywanie się, odczucie zalegania jedzenia lub płynów w gardle, wyciekanie śliny lub płynów przez usta świadczą o problemach z połykaniem (Tabela 1).

Dla wielu chorych kłopot z kontrolą połykania jest stresujący i chorzy ograniczają posiłki lub rezygnują z nich. Ponadto czas spożywania posiłku znacząco się wydłuża. Odrębnym problemem są trudności z połknięciem tabletek. Wówczas formę przyjmowanych leków należy skonsultować z lekarzem i farmaceutą, nie można bez konsultacji rozdrabniać wszystkich leków i podawać z jedzeniem lub płynami.



WAŻNE! Obserwuj zachowania swojego podopiecznego

Tabela 1. Objawy świadczące o zaburzeniach połykania

Wyciekanie pokarmu przez usta
Zalegania pokarmu w jamie ustnej i na języku
Problem z połknięciem, kilkukrotne próby
Zachłyśnięcia
Odchrząkiwanie
Kaszel w trakcie posiłku
Uczucie zalegania „czegoś” w gardle
Zmiana głosu po wypiciu płynów na tzw. mokry, gulgotzący
Wydłużenie czasu trwania posiłku
Ból przy połykaniu
Problem z połykaniem tabletek

Każdy epizod krztuszenia się wymaga przerwania posiłku, sprawdzenia konsystencji, tekstury diety i konsultacji z lekarzem. Jeśli przy prawidłowo dobranej konsystencji płynów i potraw chory nadal odchrząkuje, ma uczucie zalegania pokarmu w gardle, kaszle w trakcie posiłku lub nawet 30 min po skończonym posiłku należy skonsultować te objawy z lekarzem. Opiekun powinien zadbać o pozycję siedzącą chorego podczas karmienia, ewentualnie podparcie poduszkami lub przytrzymanie głowy w bezpiecznej do karmienia pozycji.

Zaburzenia połykania zawsze stwarzają ryzyko rozwoju zachłystowego zapalenia płuc i/lub rozwoju niedożywienia i odwodnienia. Propozycja bezpiecznej konsystencji diety zawsze musi być zaproponowana przez lekarza we współpracy z logopedą po przeprowadzaniu szczegółowych badań. Następnie dietetyk

opracowuje plan postępowania dietetycznego z wyłączeniem produktów ryzykownych tj. produkty z włóknami, o małych kulistych kształtach, sypkie, suche, o ostrych krawędziach (Tabela 2.). Potrawy powinny być zazwyczaj o gładkiej, spójnej i jednolitej teksturze np. kremy o różnym stopniu zagęszczenia, koktajle smoothie. Płyn nie powinien oddzielać się od potrawy. Istotnym elementem jest dostosowanie konsystencji płynów poprzez użycie preparatu zagęszczającego na bazie gumy ksantanowej, który stwarza możliwość uzyskania płynu o konsystencji nektaru, płynnego miodu i puddingu. Takie działania mają szczególne znaczenie dla chorego, ponieważ wypijanie zalecanej ilości płynów ok. 1,5 – 2 l (przy braku innych przeciwwskazań), pozwala utrzymać prawidłowy stan nawodnienia organizmu.

Potrawy lub napoje przygotowane z użyciem preparatu na bazie gumy ksantanowej są bezpieczniejsze dla pacjenta, ponieważ nie rozwarstwiają się w kontakcie ze śliną.

Ponadto preparaty te nie zmieniają wyglądu, smaku i zapachu potrawy. Jednak bezwzględnie przed wyborem właściwej konsystencji należy skonsultować się z lekarzem, neurologopedą i dietetykiem. Należy uważnie czytać instrukcję przygotowania płynów, zwracając uwagę na ilość zagęszczanego płynu oraz ilość miarek zagęszczacza. Zagęszczanie gęstych płynów, zup wymaga konsultacji z dietetykiem dotyczącej ilości dodawanego preparatu.

Kiedy żywienie doustne z różnych przyczyn, leżących po stronie zarówno Pacjenta, jak i Opiekuna, jest niewystarczające i chory traci masę ciała, wówczas należy sięgnąć po wsparcie żywieniowe dietami przemysłowymi i stosować je jako uzupełnienie diety. Oczywiście przy ciężkiej dysfagii

(zaburzeniach połykania) wprowadzane jest żywienie dojelitowe, a wybór diet zależy od potrzeb chorego. Posiłki domowe nie zawsze są właściwie zbilansowane pod względem istotnych składników energetycznych i odżywczych. W dodatku często liczne wykluczenia produktów z powodu choroby powodują, że trudno jest przygotować urozmaicone, atrakcyjne posiłki. Poza tym chory może odmawiać spożywania posiłków lub po prostu mieć obniżony apetyt. Te czynniki mogą wpływać na obniżenie ilości przyjmowanego pokarmu, a tym samym prowadzić do braku pokrycia zapotrzebowania na energię, białko i inne kluczowe składniki odżywcze. Wówczas taki chory wymaga wsparcia żywieniowego, które polega na włączeniu doustnych preparatów żywienia medycznego jako formy uzupełnienia diety doustnej. Diety te w niewielkiej objętości, 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 oraz witaminy z grupy B, które są niezbędne w funkcjonowaniu układu nerwowego. Zwiększenie podaży białka u każdego pacjenta należy skonsultować z lekarzem i dietetykiem.

Diety przemysłowe dobiera się między innymi w zależności od chorób współistniejących, rytmu wypróżnień i zapotrzebowania na energię i białko. Należy pamiętać, iż ich konsystencja odpowiada pierwszemu stopniowi zagęszczania płynów czyli nektarowi.

Tabela 2. Przykładowe produkty wykluczone w diecie pacjenta z zaburzeniami połykania

Grupa produktów	Przykłady (lista produktów nie jest wyczerpana)
Owoce	Rabarbar, cytrusy, owoce z drobnymi pestkami, ananas
Warzywa	Seler naciowy, kapusta kiszona, produkty łykowane, liściaste, kukurydza, groszek
Produkty mleczne	Produkty z ziarnami, pestkami i kawałkami owoców
Produkty zbożowe	Pieczywo chrupkie, ze skórką, z nasionami, z soją (ogółem pieczywo stwarza największe ryzyko zachłyśnięcia!), Kasze sypkie, twarde Drobne makarony Ryż Groszek ptysiowy
Ryby, mięso i przetwory	Ryby z ośćmi, niezmiksowane Mięso suche, twarde, z włóknami i ścięgnami
Jaja	Jajecznica
Inne	Galaretki, popcorn, chipsy, orzechy, wiórki kokosowe, wafle, herbatniki, przyprawy



PROFILAKTYKA UDARU NIEDOKRWIENNEGO MÓZGU



Poza adaptacją diety ważna jest profilaktyka kolejnego udaru, stąd zalecenia żywieniowe powinny dodatkowo koncentrować się na modelu diety śródziemnomorskiej. Ograniczeniu powinna podlegać także podaż soli (maksymalnie ½ małej łyżeczki od herbaty w ciągu dnia) łącznie dodawana do potraw i w gotowych produktach. Woda mineralna także powinna być niskosodowa. Należy unikać mieszanek przypraw, które zawierają dodatkowo w składzie sól i/lub glutaminian sodu. Zalecana podaż mięsa czerwonego, w tym wędlin wynosi do 500 g w ciągu tygodnia, przy czym należy wybierać wyłącznie chude części bez widocznego tłuszczu. W przypadku mięsa drobiowego wyklucza się mięso z gęsi i kaczki, natomiast mięso z indyka i kurczaka powinno być spożywane bez skóry. Z diety należy wykluczyć źródła kwasów tłuszczowych nasyconych, czyli głównie produkty pochodzenia zwierzęcego tj. smalec, słonina, masło oraz kwasy tłuszczowe trans obecne m. in. w tłuszczach utwardzonych (należy czytać etykiety składu produktu), waflach, ciastkach, krakersach.

Dominującymi produktami w diecie powinny być produkty pełnoziarniste (ryż brązowy, makaron pełnoziarnisty, pieczywo Graham), a także warzywa (do 600 - 800 g/dzień) oraz owoce (do 200 g/dzień). Szczególnie istotne są warzywa i owoce koloru czerwonego oraz fioletowego ze względu na dużą zawartość składników pozytywnie wpływających na układ sercowo-naczyniowy (tzw. polifenoli). Istotne są także świeże zioła.

Rekomendowane oleje to olej rzepakowy, oliwa z oliwek i, do spożycia wyłącznie na zimno, olej lniany. Zaleca się podaż 2 porcji 150 g ryb w tygodniu i do 4 szt. jaj w tygodniu. Natomiast częściej należy wprowadzać soczewicę, fasolę, ciecierzycę.

Produkty mleczne muszą być niskotłuszczowe czyli zawierające do 3 g tłuszczu w 100 g produktu (kefiry, jogurty, chude sery) i zaleca się 2 porcje 100-150 g/dzień (Tabela 3).

Tabela 3. Lista produktów przeciwwskazanych i zalecanych w programie profilaktyki udaru mózgu (przy braku zaburzeń połykania)

Grupa produktów	Produkty zalecane 	Produkty wykluczone 
Produkty zbożowe	Pieczywo graham, pełnoziarniste, razowe Makarony ze 100 % semoliny ugotowane al dente, makarony pełnoziarniste. Kasze: gryczana, owsiana, jęczmienna. Ryż: basmati, pełnoziarnisty, dziki.	Pieczywo pszenne, cukiernicze (tj. chałki, precle, rożki francuskie), pumpernikel, pieczywo barwione karmelem, ryż biały, makaron jajeczny.
Produkty mleczne	Jogurty naturalne, kefiry, mleko 0,5 - 2%, sery twarogowe ziarniste, sery twarogowe chude i półtłuste, serki homogenizowane naturalne.	Jogurty pełnotłuste pow. 4% tłuszczu, jogurty owocowe, mleko pow. 2% tłuszczu, sery twarogowe tłuste, śmietankowe. Sery: topione, sery podpuszczkowe „żółte”, ser mascarpone, feta, serki homogenizowane słodzone, sery pleśniowe, serki do smarowania typu fromage, śmietana, śmietanka do kawy, mleko w proszku, Mleko skondensowane pow. 4% tłuszczu.
Mięso i przetwory mięsne	Chude części wołowiny, chude części wieprzowiny (np. schab środkowy), kurczak i indyk bez skóry. Wędliny i pasztety domowego wypieku.	Tłuste mięsa (np. podgardle, żeberka, boczek, schab karkowy), gęś, kaczka, kiełbasy, wędliny „gotowy wyrób”, kaszanka, podroby (np. serca, wątroba, żołądki), pasztet, parówki, serdelki, salami, mortadela, mielonka, salceson, konserwy mięsne.

Ryby i przetwory	łosoś, halibut, pstrąg, dorsz, mintaj, makrela, sieja, sielawa, szczupak, sandacz.	ryby wędzone, ryby w puszkach, paluszki rybne, ryba maślana, panga.
Tłuszcze	oliwa z oliwek, olej rzepakowy, olej lniany (tylko na zimno! Np. do sałatek), margaryna miękka.	Olej kokosowy, palmowy, masło, margaryna twarda, miksy masła i margaryny, pozostałe oleje roślinne, smalec, majonez.
Warzywa	wszystkie tolerowane	warzywa konserwowe, kiszone, w ograniczonych ilościach, warzywa bez zasmażki, bez bułki tartej.
Owoce	wszystkie tolerowane	suszone, w syropie, konserwowe, winogrona, dojrzałe banany, owoce kandyzowane, w polewie czekoladowej.
Napoje	woda mineralna niskosodowa, kawa zbożowa, soki owocowo-warzywne świeżo wyciśnięte, soki owocowe świeżo wyciśnięte rozcieńczone wodą 1:1, herbata owocowa, herbata czarna słaby napar, herbata zielona.	Napoje alkoholowe, z dodatkiem cukru, syropu glukozowo-fruktozowego płynna czekolada, mleko zagęszczane, mocne kawa i herbata, napoje gazowane, soki owocowe z kartonu.
Przyprawy	Kurkuma, imbir, cynamon, kardamon, pieprz kolorowy, świeże zioła liściaste, majeranek, tymianek, bazylija, mięta, słodka papryka.	Mieszanki przypraw z glutaminianem sodu lub solą, sól (nie więcej niż 0,5 łyżeczki/dzień).
Potrawy	zupy na wywarach warzywnych lub chudym mięsie, sosy na bazie oliwy, soku z cytryny, zupy zabelane chudym mlekiem lub jogurtem.	zupy na wywarach mięsnych, kostnych zupy z zasmażkami, zaprawiane śmietaną zupy na kostkach rosółowych, zupy owocowe z cukrem, sosy na bazie majonezu, krokiety, placki ziemniaczane, racuchy, bigos z tłustym mięsem, pierogi z okrasą, sos sojowy.

Przekąski	(OKAZJONALNIE) ciasta domowe, chipsy warzywne bez soli, chipsy owocowe, orzechy włoskie, czekolada gorzka pow. 70% kakao, lody sorbetowe (okazjonalnie).	Pączki, faworki, krakersy, ptysie, frytki, Czekolada nadziewana, biała, mleczna ciasta gotowe, wafle, herbatniki, kremy czekoladowe, orzechowe, desery z bitą śmietaną, lody pełnomleczne, chałwa.
-----------	--	--

ZALECANE W DIECIE



ZADANIA OPIEKUNA:

- obserwacja chorego podczas spożywania posiłków,
- zadbanie o pozycję siedzącą nawet 30 min po posiłku,
- sprawdzanie poprawności konsystencji podawanych płynów i potraw,
- dbanie o poprawność wykonywanych manewrów podczas połykania,
- prowadzenie dziennika spożycia produktów i wypijanych płynów,
- ocena apetytu chorego,
- pomiar masy ciała raz na 7 dni,
- higiena jamy ustnej po każdym posiłku,
- profilaktyka odleżyn (np. specjalny materac, częste zmiany pozycji chorego, odpowiedni stan odżywienia).

Notatki pacjenta/opiekuna:

1. Mosselman MJ, Kruitwagen CL, Schuurmans 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.
2. Martino R., Foley n., Bhogal S. et al Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. *Stroke*, 2005; 36 (12): 2756 – 2763
3. Nishioka S., Okamoto T., Takayama M. et al. Malnutrition risk predicts recovery of full oral intake among older adult stroke patients undergoing enteral nutrition. Secondary analysis of a multicentre survey (the APPLE study). *Clinical Nutrition*, 2017; 36 (4): 1089 – 1096
4. Członkowska A., Sarzyńska-Długosz I., Błażejewska-Hyżorek B., Nyka WM, Opuchlik A., Słowik A., Kuczyńska-Zardzewiały A., Kłęk S. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w udarze mózgu – stanowisko Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Pol. Przegl. Neurol* 2013;9(4):141-145
5. Kłęk S., Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszenko A. i wsp. Leczenie żywieniowe w neurologii – stanowisko interdyscyplinarnej grupy ekspertów Część I. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2017; 3(13): 106-119
6. <http://www.izz.waw.pl/pl/zasady-prawidowego-ywienia> Data pobrania 16 stycznia 2018 r.



NUTRICIA Polska Sp. z o.o.,
ul. Bobrowiecka 8,
00-728 Warszawa, Polska.

Serwis Konsumencki:
infolinia: (22) 55 00 155,
e-mail: serwis@nutriciamedyczna.pl;

Opłata za połączenie zgodna
z taryfą operatora.

Serwis Konsumencki czynny
od poniedziałku do piątku
w godz. 9.00 - 17.00

materiał opracowany przez:
dr n. o zdr. Magdalena Milewska
Zakład Żywienia Człowieka,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

NEURO/17/01/2018