Malnutrice v populaci seniorů s demencí žijících doma

Gianluca Isaia \*, Simona Mondino, Cristina Germinara, Giorgetta Cappa, Nicoletta Aimonino-Ricauda, Mario Bo, Giovanni Carlo Isaia, Giulia Nobili, Massimiliano Massaia Department of Medical and Surgical Disciplines, Geriatric Section, University of Torino, S. Giovanni Battista Hospital, Corso Bramante 88/90, 10126 Torino, Italy

**Abstrakt**

Podvýživa je častou komplikací starších pacientů s demencí žijících doma i přes zajištěnou domácí péči. Tato studie hodnotí nutriční charakteristiky populace 130 seniorů žijících doma. Výsledky ukazují, že celkové skóre Mini nutritional assessment (MNA) je nepřímo úměrné skóre Neuro-psychiatric inventory (NPI), a že úroveň kognitivního deficitu souvisí s nutričním stavem: pacienti s mírnou kognitivní poruchou (MCI) měli průměrné skóre MNA vyšší než pacienti postiženi Alzheimerovou chorobou (AD) nebo vaskulární demencí (VaD). Navíc pacienti s depresí, halucinacemi nebo poruchami chování jsou více vystaveni malnutrici než jedinci, kteří mají pouze kognitivní deficit. Vhodné vyhodnocení stavu výživy by mohlo předcházet potížím souvisejícím s malnutricí i u starších dementních pacientů žijících doma.

**Úvod**

Hubnutí a podvýživa jsou častými komplikacemi starších pacientů a bývají vážným problémem u pacientů postižených demencí, zejména pokud jsou hospitalizováni nebo institucionalizováni. Ve studii zohledňující více než 10 000 seniorů byla průměrná prevalence malnutrice 1% u lidí žijících v domovech pro seniory, 4% u ambulantních pacientů s domácí péčí, 5% u pacientů s AD žijících doma, 20% u hospitalizovaných pacientů a 37% u institucionalizovaných seniorů. (Guigoz et al. 2002)

Malnutrice může mít široké spektrum možných příčin: nedostatečný příjem potravy, poruchy trávení, vstřebávání, metabolismu a vylučování, a specifické změny v jídelníčku dle příslušných onemocnění. Kognitivní poruchy obvykle ovlivňují soběstačnost jedince (Del Parigi et al. 2006). Starší lidé s kognitivním deficitem často nemají schopnost zahájit nebo pokračovat v účinných stravovacích strategiích (Chang a Roberts, 2008) a jsou vystaveni podvýživě, přestože žijí doma a mají osobního pečovatele. Podvyživení pacienti jsou tématem několika publikovaných prací zabývajících se výživou v pečovatelských domech nebo v nemocnicích zejména u osob bez kognitivního deficitu. Velmi málo prací se věnuje tomuto tématu u seniorů s kognitivním deficitem, kteří stále žijí doma. Cílem této studie je zjistit riziko malnutrice u těchto osob.

**Subjekty a metody**

Od dubna do září 2005 byli všichni pacienti s kognitivní poruchou, kteří navštívili ambulanci geriatrického oddělení nemocnice Memory Clinic, San Giovanni Battista, Turín, požádáni o účast v této observační studii. Všichni pacienti podepsali informovaný souhlas. Pokud to kognitivní stav neumožnil, byli o povolení požádáni příbuzní. Kritéria pro zařazení byla: přítomnost kognitivní poruchy, absence narušení vědomí a systémových nemocí, u kterých může vzniknout demence. Pacienti, kteří měli méně než 800 Eur na měsíc, byli ze studie vyloučení, aby se vyloučila ekonomická příčina podvýživy. Pacienti s dysfagií či na parenterální výživě byli také vyřazeni. U zařazených pacientů byly v úvodu zapsány demografické údaje, anamnéza a současné klinické údaje a socioekonomický stav. Stav výživy hodnotil lékař s alespoň 5letou praxí v geriatrii pomocí MNA. Test MNA byl navržen a ověřen k poskytnutí rychlého hodnocení stavu výživy u seniorů v ambulancích, nemocnicích a pečovatelských domovech. Skládá se z jednoduchých měření a krátkých otázek a lze jej dokončit přibližně za 10 minut (Vellas et al., 1999). Pacienti s MNA <17 mají obvykle nízké BMI a nízkou hladinu albuminu, které často vypovídají o protein-kalorické malnutrici, kdežto pacienti s MNA skóre 17-23,5 mají sice špatný nutriční příjem, ale bez nízkého albuminu či ztráty váhy. Pacienti, kteří mají skóre vyšší než 23,5 mají normální výživu. U pacientů s domácí péčí a u obyvatel pečovatelských domů souvisí MNA s životními podmínkami, stravovacími návyky a s chronickými zdravotními problémy.

Kognitivní stav a přítomnost poruchy chování, která by mohla ovlivnit příjem potravy, byly vyšetřeny pomocí Mini-mental state examination (MMSE) či NPI. MMSE je stručný test skládající se z 11 otázek, díky kterým lze zhodnotit kognitivní úroveň dospělého pacienta. Byl představen v roce 1975 a navržen pro použití u starších pacientů, kteří jsou schopni spolupracovat s testujícím na optimální úrovni pouze krátkou dobu. NPI zahrnuje 12 poruch chování vyskytujících se u pacientů s demencí: bludy, halucinace, dysforii, úzkost, agitovanost/agresivitu, euforii, dezinhibici, podrážděnost/labilitu, apatii a aberantní motorickou aktivitu. NPI využívá screeningové otázky k minimalizaci času administrace. Jsou vyšetřeny pouze ty behaviorální domény s pozitivními odpověďmi na screeningové otázky a poté je stanovena jejich závažnost a frekvence. (Cummings et al., 1994)

**Statistická analýza**

Statistická analýza byla provedena pomocí balíčku SPSS 17.0 pro Windows. Byla provedena popisná analýza kontinuálních a kategorických proměnných. Všechna testování hypotéz byla oboustranná s p < 0.05 indikující statistickou významnost. Data jsou uvedena jako průměry se směrodatnými odchylkami (či 95% intervaly) nebo procentuálně v odpovídajících kategoriích. Jednosměrná analýza rozptylu (ANOVA) a post-hoc párové mnohonásobné srovnání (Bonferroni) byla použita k vyhodnocení rozdílů ve skóre v MNA, MMSE a NPI.

**Výsledky**

Od dubna do září roku 2005, bylo 177 pacientů s různým stupněm kongitivního deficitu vyšetřeno na ambulanci geriatrického oddělení Memory Clinic a požádáno k účasti v této studii. 130 z těchto pacientů vstoupilo do studie – 89 žen a 41 mužů. Ze 47 vyloučených pacientů 32 nedalo souhlas, jeden pacient měl dysfagii, dva pacienti byli na parenterální výživě, dva nesplňovali ekonomické podmínky studie a 10 pacientů bylo doprovázeno placeným pečovatelem, který nemohl podepsat souhlas. Průměrný věk hodnoceného vzorku byl 77.9±7.05 (variační rozpětí 60-95). 17.7% z nich mělo AD, 39.2% MCI a 43.1% VaD. Průměrné MMSE, NPI a MNA celého vzorku bylo 16.5±7.7, 25.7±18.2 a 19.4±4.9. Pacienti s MCI byli mladší, s nižším NPI skóre a samozřejmě s nižší mírou kognitivního deficitu, jak je uvedeno v Tabulce 1. Pacienti s MCI navíc vykazovali nižší míru malnutrice nebo poruch chování než pacienti s AD či VaD. MNA významně souvisela s věkem (p=0.01), se závažností kognitivního deficitu (p=0.001) a se závažností poruchy chování (p=0.001). MNA bylo signifikantně různé mezi pacienty s MCI a pacienty s AD či VaD (Tabulka 2). Úroveň kognitivního deficitu souvisí s nutričním stavem: pacienti s mírnou kognitivní poruchou vykazovali průměrné MNA skóre vyšší než pacienti s AD nebo VAD. Třetina (32.3%) zkoumané populace byla doprovázena pečující osobou (37.7% partnerem, 36.9% synem, 5.4% bratrem či sestrou, 3.1% přítelem, 6.2% ostatními příbuznými a 10.7% placenými pečovateli). Nutriční stav byl méně ovlivněn u pacientů s placeným pečovatelem než u pacientů bez pečovatele. Po úpravě modelu podle věku, NPI a MMSE nebyl vztah mezi podvýživou a přítomností pečovatele statisticky signifikantní (F=0.567; p=NS). Celkové skóre MNA zkoumaného vzorku inverzně korelovalo s celkovým NPI skóre a specificky s halucinacemi (p=0.001), depresí (p=0.001), poruchami výživy (p=0.001), poruchami myšlení (p=0.001) a agresivním chováním (p=0.01). Poruchy, které se mezi skupinami pacientů s MCI, AD a VaD byly bludy (p=0.015), halucinace (p=0.009), agitovanost/agresivita (p=0.001), podrážděnost/labilita (p=0.011), aberantní motorická aktivita (p=0.02) a poruchy stravování/chuti k jídlu (p=0.019). Hlavní rozdíly mezi pacienty s MCI, AD a VaD jsou uvedeny v Tabulce 3.

**Diskuze**

Přítomnost podvýživy u pacientů s demencí je divoce uznávána mezinárodní literaturou. Dementní hospitalizovaní pacienti mají obvykle horší funkční a výživový stav než pacienti s normální kognicí stejného věku (Zekry et al., 2008). Výsledky této studie směřují pozornost na dementní pacienty čijící doma a na jejich riziko podvýživy. Protože je všeobecně přijímáno, že domov bývá ochranným prostředím starších pacientů vyžadujících akutní péči, zvláště pokud jsou postiženi různými typy a stupněm demence (Tibaldi et al., 2004), je třeba věnovat větší pozornost nutričnímu stavu u dementních pacientů žijících doma. Nourhashemi et al. (2005) uvedli, že starší osoby postižené Alzheimerovou chorobou a žijící o samotě měli zvýšené riziko malnutrice a bylo pravděpodobnější, že budou mít nižší příjem než ti, kteří žijí v kolektivu. Důvody tohoto stavu malnutrice jsou různé a mohly by být adresovány samotné nemoci spíše, než že by byly spojeny s asistencí.

Demence je charakterizována narušením paměti a kognitivní dysfunkcí často korelující s progresí onemocnění a poruchami chování (Frisoni et al., 1999). Tyto poruchy chování jsou přítomny u 90% pacientů; u 40% pacientů jsou středně nebo těžce závažné (Gormley a Rizwan, 1998; Devanand, 1999) a podle našeho názoru se podílejí na podvýživě těchto pacientů. Výsledky této studie potvrzují nepřímý vztah mezi stavem výživy a NPI skóre. Pacienti s depresí, s halucinacemi nebo s poruchami chování žijící doma jsou více vystaveni malnutrici než pacienti, kteří mají pouze kognitivní deficit. Není překvapením, že pacienti s MCI jsou méně podvyživení než pacienti s AD či VaD. Na druhou stranu by mohlo být překvapivé, že více než 43% pacientů z naší populace bylo diagnostikováno jako VaD, zatímco prevalence AD obvykle dosahuje 75%, jak je možné číst v mezinárodní literatuře (Qiu et al., 2009). Tento výsledek přisuzujeme náhodě, neboť byli pacienti hodnocení konsekutivně při příjmu do ambulance Memory Clinic.

Tato studie má některá omezení: není to randomizovaná kontrolovaná studie, vzorek populace je malý, stav výživy byl hodnocen pouze pomocí MNA bez hlášení energetického příjmu a aktivity pacientů, či nebyly sledovány biochemické markery, jako je albumin, lymfocyty, hemoglobin či celková bílkovina. Studie nebyla provedena longitudinálně a není tedy možné sdílet výsledky případného sledování. Ačkoliv to výsledky této studie nemohou s jistotou potvrdit, zdá se, že během prvních fází demence malnutrice souvisí s nižší autonomií jedince, zatímco v pokročilých stádiích převezmou ústřední roli v podvýživě poruchy chování a nemožnost jíst bez pomoci druhé osoby.

Závěrem lze říci, že vhodné vyhodnocení stavu výživy by mohlo předcházet potížím souvisejícím s malnutricí i u starších dementních pacientů žijících doma.

**Prohlášení o střetu zájmů**

Žádné nedeklarováno.