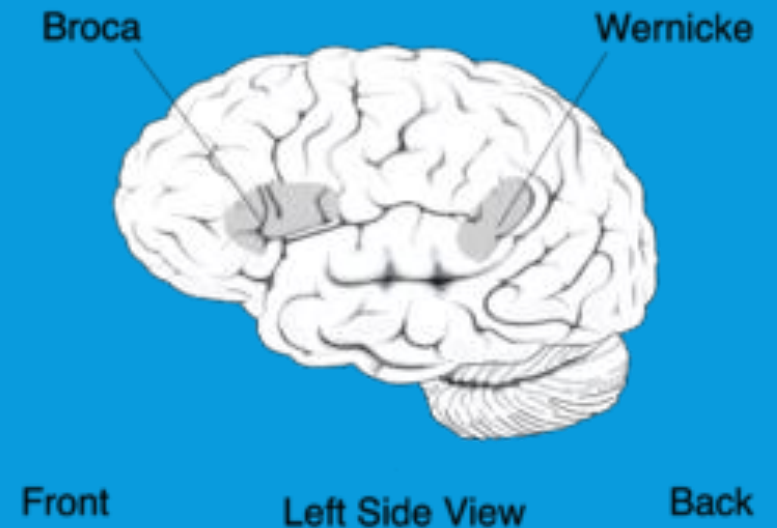


**FATICKÁ PORUCHA, DYSARTRIE A DYSFAGIE. BULBÁRNÍ A
PSEUDOBULBÁRNÍ SYNDROM. PŘÍKLADY PACIENTŮ A POŽADAVKY NA
NUTRICI.**

AFÁZIE

- Ložiskový neurologický příznak značící lézi dominantní hemisféry
- V závislosti na přesné lokalizaci léze rozlišujeme více druhů fatické poruchy
- Dělení
 - Fluentní
 - Nonfluentní
 - Globální
 - Brocova
 - Wernickeho
 - Smíšená
 - Kondukční
 - Anomická



PŘÍČINY FATICKÉ PORUCHY

- Ložiskové léze dominantní hemisféry
 - Tumory, Ischemie, Krvácení, Zánět, Trauma
- Afázie vzniká často jako součást syndromologie demence a kognitivních poruch různé etiologie
- Neurolog úzce spolupracuje s logopedem, který si pacienta přebírá do péče a doporučuje další ambulantní sledování

TERMÍNY, KTERÉ JE VHODNÉ ZNÁT

- Fluence
- Neologismy - „*Jaké máte obtíže?*“ – odpověď: „*Pítak semá zostouženo.*“
- Parafázie – sémantické (záměna slov), fonemické
- Anomie
- Echolálie
- Řečové automatismy
- Perseverace
- Agramatismy - „*Co jste dnes dělal?*“ – odpověď: „*Dnes jídlo, jsem pošta... důchod, no, manželka taky důchod, potom má oběd...*“

DYSARTRIE, DYSFAGIE, BULBÁRNÍ A PSEUDOBULBÁRNÍ SYNDROM

- Dysartrie, v extrémním případě anartrie – porucha artikulace, pacient není schopen správné artikulace, řeč je setřelá, často dysfonie nebo nasolálie
- Dysfagie – porucha aglutice (CAVE neplést s aglutinací), tedy polykání. Má různé příčiny, v neurologii jde o poruchu polykacího svalstva, nebo neurologických struktur, které jsou součástí motorické dráhy toto svalstvo zásobující
- Bulbární syndrom – vzniká při lézi postranního smíšeného systému, tedy hlavových nervů IX. – XII.
 - Příčiny: Léze prodloužené míchy, ALS, Guillain-Barré syndrom
 - Dysartrie, dysfagie, skles měkkého patra, fascikulace jazyka, atrofie jazyka

PSEUDOBULBÁRNÍ SYNDROM

- Vzniká při nejčastěji oboustranné lézi kortikobulbárního traktu
- Dysartrie, dysfagie
- Příčiny: CMP, Atrofie mozkových laloků různé příčiny, Progresivní supranukleární paralýza
- Často v kombinaci s jinými příznaky léze frontálního laloku

PŘÍKLADY PACIENTŮ

- Pacient 49 let, subakutně vzniklá porucha polykání a artikulace, fascikulace jazyka
 - Vstupně GUSS (provádí sestry, 1-20) – zavedení NGS pro riziko aspirace
 - Pacient v péči logopeda – objektivně se porucha aglutice zjišťuje pomocí FEES (u nás provádí vyškolený otorinolaryngolog)
 - Dle EMG podezření na motor neuron disease – v užším slovasmyslu ALS
 - Je důležité s rodinou a pacientem prodiskutovat jeho náhled na nepříznivé onemocnění, ale obecně u pacientů s déle trvající dysfagií a rizikem aspirace indikujeme zavedení PEG

PŘÍKLADY PACIENTŮ

- Pacient, 78 let, hypertonik, diabetik, přijatý pro lakunární infarkt v levé přední mozkové cirkulaci. Klinicky středně těžká dysartrie, dysfagie
 - Iniciálně zavedena NGS na podkladě nízkého GUSS
 - Je třeba brát v potaz komorbidity pacienta, u diabetiků je v jistých situacích nutné upravit antidiabetickou medikaci (vysadit některá PAD), převod na inzulin, iniciálně se také vyhýbáme podávání roztoků glukózy, je-li to možné
 - Pacient předán do péče logopeda, proveden FEES – pacient začíná s dysfagickou stravou
 - Stav se lepší, postupně pacienta zatěžujeme mletou stravou a snažíme se udržet plný perorální příjem

OBECNÉ NUTRIČNÍ POŽADAVKY NEUROLOGICKÝCH PACIENTŮ

- Při přijetí jakéhokoli pacienta na neurologii provádí sestra základní nutriční screening
- Dle schopností pacienta přijímat stravu volíme optimální druh výživy.
 - Dieta určená dle komorbidit pacienta, přítomnosti dysfagie, osobních preferencí
- U pacientů s enterální výživou spolupracujeme s nutričním terapeutem, volíme preparát, který pacient toleruje. U akutních stavů a pacientů s interními komplikacemi (infekce) volíme preparát s adekvátním rozložením nutrientů (Nutrison protein intense apod.)
- Kalorický příjem je většinou 25-30kcal/kg
- Během hospitalizace kontroly CB, Albuminu, při podezření na malnutrici také prealbumin

OBECNÉ NUTRIČNÍ POŽADAVKY NEUROLOGICKÝCH PACIENTŮ

- Při výživě pacienta musíme zvažovat ostatní faktory a komorbidity, např.:
 - Diabetici
 - Pacienti užívající warfarin
 - ALS pacienti a obecně pacienti, kteří jsou připojeni na UPV, NIV
 - Prognóza pacienta, rozvaha o vhodnosti plné výživy
vs. pacienti kategorizovaní DNR, DNE v terminálním stádiu
onemocnění – etické aspekty

DĚKUJI ZA POZORNOST!

Optimistická kazuistika na závěr:

- Pacient , 65 let, čerstvě diagnostikovaná myastenie
- Onemocnění komplikováno pádem s traumatickým SAK, pneumonií
- Po dobu hospitalizace na NGS, enterální výživa, pacient depresivní, anxiózní
- Přeléčen výměnnou plazmaferézou, ATB, symptomatická terapie poruchy nervosvalového přenosu
- Chodí, začíná tolerovat dysfagickou stravu
- Po měsíci hospitalizace s širokým úsměvem na tváři oznamuje lékaře:
„ Dneska jsem snědl celý vepřo knedlo zelo!“
- Propuštěn domů a nadále léčen ambulantně