



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Hodnocení výživy pacientů s dysfagií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Radka, Šmídová

Vedoucí práce: MUDr. Iveta, Sukdolová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Hodnocení výživy pacientů s dysfagií“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2019

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí své práce MUDr. Ivetě Sukdolové za její odborné vedení, připomínky a čas, který mi věnovala při konzultacích. Za užitečné rady a ochotu děkuji také Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D.

Hodnocení výživy pacientů s dysfagií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na výživu dysfagických pacientů v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Teoretická část slouží k přiblížení problematiky poruch polykání, zabývá se anatomií, fyziologií polykání a možnostmi výživy dysfagických pacientů. Výzkumné šetření se zaměřuje na rozbor anamnéz jednotlivých pacientů, popis a zhodnocení jejich jídelníčků.

Cílem mé práce bylo přesvědčit se, zda jsou vybraní pacienti saturováni potřebným množstvím živin, a zjistit, jaké technologické a speciální úpravy stravy se při přípravě pokrmů pro tyto pacienty používají.

Vytyčených cílů se podařilo dosáhnout prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Použité informace jsem čerpala zejména ze zdravotnické dokumentace a od nutričních terapeutů, případně od ošetřujícího personálu. Ve výjimečných případech se podařilo pohovořit s pacientem nebo jeho rodinou. Jídelní lístky, které jsem následně vyhodnotila v nutričním software Nutriservis Professional, jsem získala od nutričních terapeutů. Všimla jsem si celkového denního energetického příjmu, množství bílkovin, sacharidů a tuků a použité technologické úpravy.

Na výživu pacientů trpících dysfagií je třeba pohlížet jako na problém, který se může objevit ve zdravotnických i sociálních zařízeních všeho druhu. S polykacími obtížemi žije mnoho pacientů dlouhodobě i v domácím prostředí. Vhodné řešení potíží s polykáním však může výrazně přispět k celkovému zlepšení stavu pacienta.

Bakalářská práce může být využita jako informační materiál pro odbornou veřejnost, zdravotnický personál či pacienty trpící dysfagií a jejich blízké.

Klíčová slova

Dieta; dysfagie; jícen; nutriční terapie; porucha polykání; výživa při dysfagii.

Evaluation of Nutrition of Patients Suffering from Dysphagia

Abstract

The bachelor thesis is focused on nourishment of dysphagic patients in a particular medical facility.

The theoretical part serves to explain the problems of swallowing disorders, it deals with anatomy, swallowing physics and nutrition of dysphagic patients. The research focuses on anamnesis of individual patients, description and evaluation of their menus.

The aim of this thesis was to make sure that the selected patients are saturated with the necessary amount of nutrients, and to find out what technological and special processes are being used to prepare the meals for these patients.

The objectives have been achieved through qualitative research. I used the information mainly from medical documentation and from nutritional therapists, eventually from nursing staff. In exceptional cases, it was possible to talk to the patient or his / her family. The menus, which were subsequently evaluated in Nutriservis Professional nutrition software, were received from nutritional therapists. I noticed the total daily energy intake, the amount of proteins, carbohydrates and fats, and the technology used.

Nutrition for patients suffering from dysphagia should be seen as a problem that can occur in both health and social facilities of all kinds. Many patients live with swallowing difficulties on a long-term basis at home. However, appropriate handling of swallowing problems can significantly contribute to the overall improvement of the patient's condition.

The bachelor thesis can be used as an information material for professional public, medical staff or patients suffering from dysphagia and their relatives.

Key words

Diet; dysphagia; esophagus; nutritional therapy; nutrition in dysphagia; swallowing disorder.

Obsah

1.	SOUČASNÝ STAV	9
1.1	Definice a klasifikace poruch polykání	9
1.2	Anatomie jícnu	9
1.3	Fyziologický průběh polykání	10
1.3.1	Fáze přípravná	11
1.3.2	Fáze orální	12
1.3.3	Fáze faryngeální	12
1.3.4	Fáze ezofaryngeální	12
1.4	Příčiny poruch polykání	14
1.5	Symptomy poruch polykání	14
1.6	Diagnostika dysfagie	15
1.7	Rizika, komplikace a důsledky dysfagie	18
1.8	Léčba a rehabilitace dysfagie	19
1.9	Výživa dysfagických pacientů	20
1.9.1	Technologická úprava stravy	21
1.9.2	Zahušť'ovadla	22
1.9.3	Perorální nutriční doplňky (sipping)	23
1.9.4	Fortifikace stravy	25
1.9.5	Enterální sondová výživa	27
1.9.6	Parenterální výživa	28
2.	VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ	30
2.1	Cíle práce	30
2.2	Výzkumné otázky	30
3.	METODIKA VÝZKUMU	31
3.1	Použitá metodika	31
3.2	Etické aspekty práce	31
3.3	Charakteristika výzkumného souboru	31
3.4	Průběh výzkumu	32
4.	VÝSLEDKY	34
4.1	Dysfagické diety v konkrétním zařízení	34
4.2	Pacient 1	35
4.3	Pacient 2	38
4.4	Pacient 3	39
4.5	Pacient 4	41

4.6 Pacient 5	42
4.7 Pacient 6	44
4.8 Pacient 7	45
4.9 Pacient 8	47
5. DISKUZE	50
6. ZÁVĚR	55
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
8. PŘÍLOHY	63

Úvod

Poruchy polykání jsou nejen závažným zdravotním problémem, ale i problémem sociálním, ekonomickým a psychologickým. Přesto je dysfagie na některých pracovištích stále opomíjena a není jí přikládána přílišná důležitost. Přitom ale nevědomost, lhostejnost a neřešení vyskytujících se dysfagických potíží může u pacienta vést k závažným komplikacím (např. ke zhoršení celkového stavu, snížení kvality života, k aspiraci, malnutrici, dehydrataci).

S dysfagií se nejčastěji můžeme setkat u pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, trpí neurodegenerativním či neurologickým onemocněním, ale vyskytuje se i u onkologických pacientů, v důsledku vrozených vývojových vad nebo po úrazech.

K tomuto tématu jsem se dostala díky praxím, na kterých jsem si uvědomila, že dysfagická dieta není běžnou součástí dietního systému a je tedy na uvážení každého jednotlivého zařízení, zda se bude těmito pacienty zabývat a jakou stravu jim poskytne. Některá zařízení sestavují individuální diety, jiná začínají s vytvářením vlastních dysfagických jídelníčků, další v nich již mají praxi a používají je dlouhodobě nebo připravují geriatrické či kašovité diety, které v případě potřeby podávají i pacientům s obtížným polykáním.

V posledních letech se začíná o problematice dysfagie více hovořit. Existuje dokonce Světový den polykání, který připadá každoročně na 12. prosince. Akce na zvýšení informovanosti mezi zdravotnickým personálem i širokou veřejností se v tento den začaly v nedávných letech pořádat i v České republice.

Tato práce vznikla za účelem podat ucelené informace o průběhu polykání, příčinách poruch polykání, jejich symptomech, diagnostice, komplikacích, léčbě a zejména o výživě. Podané informace by měly přispět k diskusi na téma dysfagie a pomoci odborné i laické veřejnosti uvědomit si, že dysfagie je problém, který je třeba řešit jak ve zdravotnických a sociálních zařízeních, tak i u pacientů v domácím prostředí. Zároveň doufám, že má bakalářská práce poskytne komplexní informace o různých druzích výživy, které je možné u dysfagických pacientů použít.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Definice a klasifikace poruch polykání

Slovo dysfagie je řeckého původu, přičemž předpona dys- znamená poruchu nebo potíže a -phagein znamená jíst (Neubauer, Skákalová a kol., 2015). Křížová (2016) definuje dysfagii jako pocit váznutí sousta při průchodu jícnem, zatímco Vokurka, Hugo a kol. (2015) u hesla dysfagie píše, že dysfagie je porucha polykání nebo ztížené polykání či váznutí sousta. Ani definice Horkého (2005) nebo Tedly a Chroboka (2009) se neliší od předchozích. Dysfagie je tedy porucha polykání, která se může projevit sníženou tvorbou slin, ztíženým polykáním či váznutím sousta (Čupáková, 2012a; Kasper, 2015). Pokud člověk netrpí poruchou polykání, neuvědoměle polkne asi 2 500krát přes den a až 100krát v noci (Tedla a Chrobok, 2009).

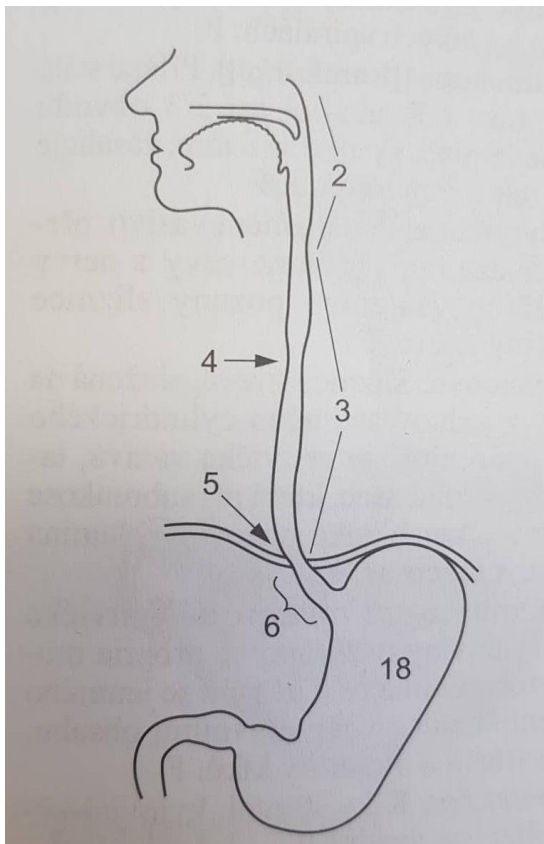
Tedla a Chrobok (2009) uvádějí, že pokud se problém vyskytuje na cestě z ústní dutiny do jícnu, hovoříme o orofaryngeální, neurogenní či horní dysfagii. Jestliže je lokace potíží v jícnu, jedná se podle autorů o dysfagii ezofageální, jinak nazývanou také dolní. Mandysová a Škvrňáková (2016) píše o důležitosti rozlišování poddruhů dysfagie, mezi které patří odynofágie, neboli bolest při polykání a Tedla a Chrobok (2009) zmiňují navíc také afáгии, což je úplná neschopnost polykat vlastní sliny a jakoukoli potravu nebo tekutiny. Duda (2012) upozorňuje, že s dysfagií souvisí i achalázie, což je onemocnění jícnu charakterizované úbytkem nebo nepřítomností jícnové peristaltiky.

Vzhledem k tomu, že světová populace strárne, můžeme dle Vágnerové (2018) předpokládat, že dysfagiků bude mezi námi přibývat. Z textu autorky také vyplývá, že v současné době se celosvětová prevalence výskytu dysfagie pohybuje v rozmezí 6-16 %.

1.2 Anatomie jícnu

Jícn, latinsky oesophagus, je trubicovitý transportní orgán dlouhý asi 23-26 cm (Kasper, 2015; Hybášek a kol., 2018). Jícn umožňuje přesun sousta, vytvořeného v dutině ústní, do žaludku, kde dochází k jeho dalšímu zpracování (Duda, 2012). Duda (2012) dále píše, jak se sousto celým jícnem posouvá peristaltickou vlnou, která je vyvolána samotným polknutím sousta. Pokud jícnem neprochází strava, jsou dle Dylevského (2013) jeho stěny přiloženy k sobě. Podle

Čiháka a kol. (2013) začíná jícen navázáním na hltan, dále sestupuje před páteří hrudníkem a prochází skrz bránici. Od týchž autorů se lze dozvědět, že jícen končí přechodem kardié do žaludku. Kardié umožňuje vstup sousta do žaludku a také zabraňuje zpětnému toku tráveniny do jícnu a dutiny ústní, aniž by však zcela bránila říhnutí nebo zvracení (Duda, 2012). Hybášek a kol. (2018) dále uvádějí, že svalovina, kterou je jícen tvořen, je v horní třetině příčně pruhovaná, ve střední třetině hladká i příčně pruhovaná a v dolní třetině hladká. Jak je vidět z obr. 1, jícen začíná krčním úsekem, pokračuje hrudním úsekem a poté, kdy projde bránicí, přechází v krátký břišní úsek. Jak píše Čihák a kol. (2013), v jícnu se nacházejí tři až čtyři fyziologická zúžení. První zúžení lze nalézt mezi prstencovou chrupavkou a páteří, druhé nekonstantní zúžení v místě, kde jícen přiléhá k oblouku aorty, třetí v místě křížení s levou průduškou a čtvrté zúžení tam, kde jícen prochází bránicí (Čihák a kol., 2013). Stejní autoři uvádějí, že jícen je zakřiven podle páteře.



- 2 – Krční úsek jícnu
- 3 – Hrudní úsek jícnu
- 4 – Střední zúžení jícnu mezi levou hlavní průduškou a obloukem aorty
- 5 – Dolní zúžení jícnu v místě jeho průchodu bránicí
- 6 – Břišní úsek jícnu s průběhem mezi bránicí a žaludkem
- 18 - Žaludek

Obrázek 1: Jícen a žaludek (Dauber, 2007)

1.3 Fyziologický průběh polykání

V případě, že polykací akt probíhá bez jakýchkoli obtíží, hovoříme podle Kejklíčkové (2011) o fyziologickém průběhu polykání (obr. 2). Polykání je řízeno

z mozkového kmene a pro jeho správný průběh je nutná funkce trojklaného, lícního, jazykohltanového, bloudivého a podjazykového nervu (Mandysová a Škvrňáková, 2016). Duda (2012) dodává, že ke správnému polknutí sousta je nutná práce více než 30 svalů. Polykací akt zahrnuje fázi vědomou a nevědomou (Černý et al., 2011).

Tedla a Chrobok (2009) upozorňují, že při vědomé fázi dochází v dutině ústní ke zpracování potravy pomocí zubů a jazyka, ale účastní se i měkké a tvrdé patro, žvýkací svalstvo, dolní čelist a rty. Sousto se mísí se slinami a vzniká bolus (Tedla a Chrobok, 2009). Po polknutí se bolus přesouvá do hltanu, kde začíná fáze nevědomá (Solná et al., 2014). Autorky popisují, že pokud polykání probíhá fyziologicky, dochází k uzavření dýchacích cest hrtanovou příklopkou z důvodu ochrany před aspirací. Dále uvádějí, že dojde k zástavě dýchání a potrava přejde z hltanu do jícnu, odkud se peristaltickým posunem dostává bolus dále do žaludku.

Dle Tedly a Chroboka (2009), Solné et al. (2014) i Mandysové a Škvrňákové (2016) probíhá polykání z mechanického hlediska ve čtyřech fázích. Jiné zdroje však uvádí fáze tři nebo dokonce pouze dvě. V takovém případě je fáze přípravná součástí fáze orální (Grofová, 2008; Kejklíčková a Florianová, 2012; Neubauer a kol., 2018).

1.3.1 Fáze přípravná

Jak píše Mandysová a Škvrňáková (2016), tato fáze polykání je ovládána naší vůlí. Dochází k odkousávání potravy pomocí zubů, žvýkání a jejímu mísení jazykem se slinami (Tedla a Chrobok, 2009). První fáze probíhá velmi individuálně, nejen co se týká času, ale i preciznosti rozkousání (Mandysová a Škvrňáková, 2016).

Problémy v této fázi se mohou týkat ztíženého otevírání úst, nemožnosti nebo nedostatečnosti kousat (např. z důvodu chybějící dentice nebo nevyhovující zubní protézy), nedostatečné tvorby slin nebo omezené pohyblivosti jazyka (Grofová, 2008; Herdman a Kamitsuru, 2015). Mezi další potíže spojené s touto fází řadí Herdman a Kamitsuru (2015) vypadávaní potravy z úst, navalování před polknutím, nedovírání rtů či shromažďování soust po stranách dutiny ústní. Jak uvádí Kasper (2015), dysfagie diagnostikovaná v této fázi polykání se nazývá dysfagií horní nebo také orofaryngeální.

1.3.2 Fáze orální

Další fáze polykání je vykonávána z části vědomě a z části nevědomě (Tedla a Chrobok, 2009; Solná et al., 2014). Podle Mandysové a Škvrňákové (2016) trvá tato fáze méně než jednu vteřinu. Jak je vidět na obr. 2, jazyk posouvá bolus k měkkému patru, které se zdvihne směrem k Passavantovu valu, čímž se uzavře průchod z dutiny ústní do nosohltanu, a tím se zabrání zatečení potravy či tekutin do tohoto prostoru (Tedla a Chrobok, 2009; Hybášek a kol., 2018). Dále již polykání probíhá bez našeho vědomí (Neubauer a kol., 2018).

V této fázi se potíže mohou týkat porušené hybnosti jazyka, který není schopen sousto dobře promísit, formovat a posunout jej dál (Grofová, 2008; Herdman a Kamitsuru, 2015). Při potížích v orální fázi se také jedná o dysfagii orofaryngeální (Solná et al., 2014).

1.3.3 Fáze faryngeální

Jak píše Neubauer a kol. (2018), tato fáze zpravidla netrvá déle než jednu vteřinu. Při třetí fázi dochází ke zdvižení jazyky a hrtanu (Tedla a Chrobok, 2009). Z obrázku 2 je zřejmé, že bolus postupuje dál, uzavře se hrtanová příklopka i velofaryngeální uzávěr, zastaví se dýchání a sousto se posouvá směrem do jícnu (Tedla a Chrobok, 2009; Mandysová a Škvrňáková, 2016; Neubauer a kol., 2018). Jak píše Tedla a Chrobok (2009), celá faryngeální fáze probíhá nezávisle na našem vědomí a je řízena z prodloužené míchy.

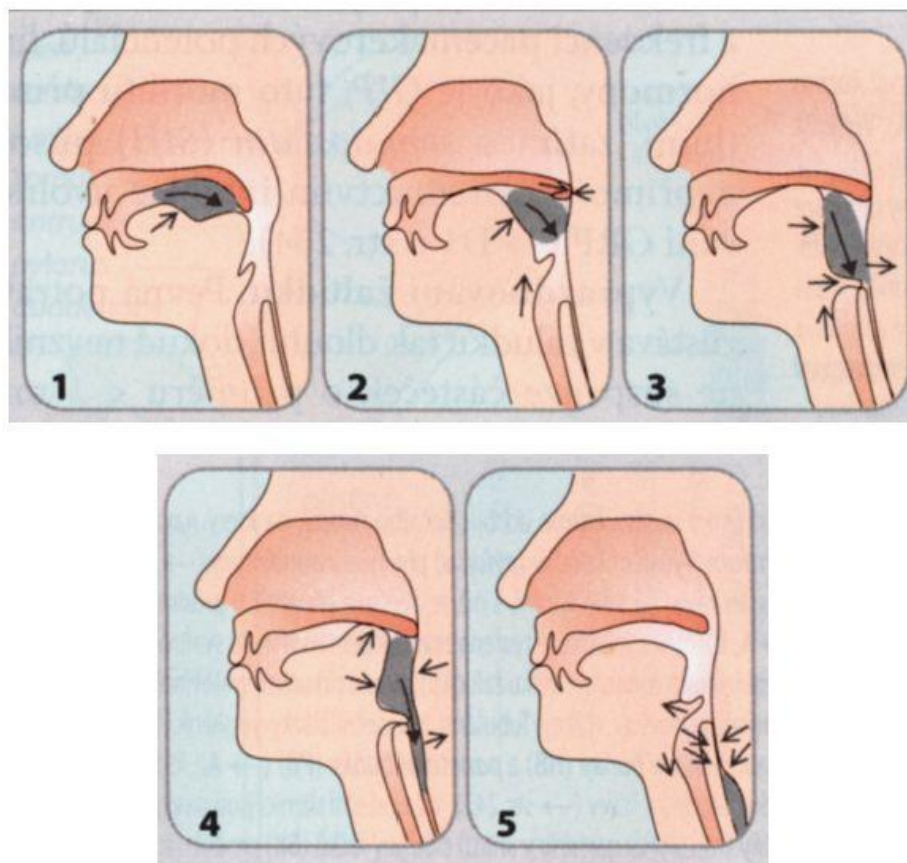
Kasper (2015) upozorňuje, že k nefyziologické změně může dojít po úrazu lebky nebo mozku či po prodělání neurodegenerativních nebo cerebrovaskulárních onemocnění. Příčinou může být, dle Neubauera, Skákalové a kol. (2015), ochablost nebo porucha koordinace svalů, poruchy závěru nebo snížení peristaltiky hltanu. Jak uvádí Herdman a Kamitsuru (2015), pacienti kašlou, dusí se, odmítají stravu. Autoři u těchto pacientů popisují též bublavý hlas, navalování nebo jinak nevysvětlitelné horečky. I v tomto případě se jedná o dysfagii orofaryngeální (Solná et al., 2014).

1.3.4 Fáze ezofaryngeální

Poslední fáze trvá nejdéle. Tedla a Chrobok (2009) udávají čas této fáze až 20 vteřin, zatímco Neubauer a kol. (2018) uvádějí průměrnou dobu trvání ezofaryngeální fáze

4-8 sekund. Hrtanová příklopka se otevírá, neboť sousto je posouváno peristaltikou do žaludku (Kittnar, 2011; Solná et al., 2014). Jak píše Neubauer a kol. (2018), dýchací cesty se opět otevírají a polykání je tímto ukončeno.

Z publikace Kaspera (2015) se lze dozvědět, že k této fázi polykání se vztahuje ezofageální (dolní) dysfagie, jejíž příčinou může být refluxní onemocnění jícnu, jícnové divertikly, tumory, stenózy nebo přítomnost cizího tělesa. Určujícími znaky jsou dle Herdmana a Kamitsuru (2015) zvracení, omezování objemu stravy, podráždění před a po jídle, regurgitace, odynofagie, kyselé páchnoucí dech nebo úplné odmítnutí stravy.



- 1 Posouvání sousta jazykem do hltanu
- 2 Reflexní uzávěr dutiny nosní
- 3 Zástava dýchání a uzávěr hlasové štěrbiny a příklopky hrtanové
- 4 Otvírání horního jícnového svěrače
- 5 Peristaltická vlna jícnu

Obrázek 2: Polykací akt (Hanzlová a Hemza, 2013)

1.4 Příčiny poruch polykání

Etiologie příčin je široká. Příčiny dysfagie se nacházejí nejčastěji v hltanu nebo jícnu (Tedla a Chrobok, 2009).

Neubauer, Skákalová a kol. (2015) uvádějí, že dysfagie vzniká především v důsledku jiného onemocnění. Mezi příčiny vzniku patří onkologická onemocnění v oblasti hlavy, krku nebo dutiny ústní (Solná et al., 2014). Autorky uvádějí i další příčiny, mezi které se řadí zánětlivá onemocnění jako stomatitida, tonzilitida, faryngitida. Dále se dysfagie může vyskytnout u osob trpících neurologickými či kardiovaskulárními onemocněními, jako jsou např. Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, Alzheimerova choroba, Huntingtonova choroba, ischemická choroba srdeční nebo cévní mozková příhoda (Čupáková, 2012a; Neubauer, Skákalová a kol., 2015; Kohoutová, 2017; Neubauer a kol., 2018). V neposlední řadě se potíže s polykáním mohou dle Mandysové a Škvrňákové (2016) objevit u pacientů s onemocněním jícnu nebo jako vedlejší účinky léčby. Neubauer a kol. (2018) píšou o možném výskytu dysfagie po poleptání, úrazech nebo útlaku zvenčí. Roubíčková (© 2019) doplňuje výčet možných příčin dysfagie o pooperační a postradiační změny. Autorka též zmiňuje možnost vzniku dysfagie na základě psychických poruch nebo mentální retardace. Lasotová a Bednařík (2013) navíc uvádějí jako riziková onemocnění pro vznik dysfagie i nervosvalová onemocnění, jako je např. myastenia gravis nebo amyotrofická laterální skleróza. Grofová (2007) upozorňuje na vznik dysfagie také v případě přítomnosti kožního onemocnění nebo dekubitů, které se objevily z důvodu zavedené nasogastrické sondy.

Co se týká věku, tato choroba, jak píšou Tedla a Chrobok (2009), častěji postihuje starší jedince. Podle Neubauera a kol. (2018) se ale dysfagická porucha často objevuje i u dětí trpících syndromem dětské mozkové obrny. Herdman a Kamitsuru (2015) uvádějí také možný výskyt poruch polykání u předčasně narozených dětí, osob s ezofageálním refluxem, u pacientů po traumatech, při stenózách či jako důsledek vrozené anatomické vady. Duda (2012) dodává riziko vzniku dysfagie při achalázii (porucha motility jícnu) a jícnových divertiklech.

1.5 Symptomy poruch polykání

Jako každé onemocnění, i dysfagie má své specifické příznaky, které se v jejím průběhu objevují. Dle Solné et al. (2014) udává pacient bolesti při polykání a konzumaci stravy

mu často trvá neobvykle dlouho. Při jídle se může objevit kašel, sípání, pocity uvíznutí sousta v hrdle nebo vytékání tekutin a potraviny z koutků úst (tzv. drooling) (Velemínský a kol., 2012; Václavík et al., 2015). Václavík et al. (2015) dále upozorňují, že dysfagie se také často projevuje změnou hlasu po polknutí sousta. Dle Dudy (2012) patří mezi další symptomy chrapot, klokotání v hrdle, tlak, pocit cizího tělesa v krku. U pacientů se též může objevit úplná neschopnost polknutí sousta, potíže s kontrolou sousta v dutině ústní, nedokonalé vyprázdnění a vyčištění dutiny ústní jazykem po polknutí, ale i náhle vzniklé a jinak nevysvětlitelné horečky nebo zápal plic (Roubíčková, © 2019). Vágnerová (2018) dodává další příznaky, které by mohly poukazovat na poruchu polykání: dysartrie (ztížená artikulace), afázie (porucha řeči), narušená motorika a citlivost v oblasti úst a obličeje, narušený dávivý reflex nebo slabý reflexní kašel. Podle Jakubíkové (2012) se může objevit také hypersalivace (nadměrné slinění). Na přítomnost poruchy polykání může ale podle Neubauera, Skákalové a kol. (2015) upozornit také ztráta hmotnosti pacienta. Andrade et al. (2018) uvádí jako možný symptom i pyrózu, čili pálení žáhy.

1.6 Diagnostika dysfagie

Správná diagnostika poruch polykání je samozřejmě klíčová (Kejklíčková, 2011). Náležitě provedené testy a vyšetření nám umožní pacienta co nejlépe kompenzovat, indikovat mu ideální stravu a léčit ho tím nejefektivnějším způsobem (Tedla a Chrobok, 2009; Neubauer a kol., 2018). Lasotová a Bednařík (2013) také upozorňují, že včasná diagnostika a co nejrychlejší zahájení léčby snižuje morbiditu i délku pacientova pobytu v nemocnici.

Jak uvádějí Mandysová a Škrvňáková (2016), postup v péči o dysfagické pacienty je různý a liší se na každém pracovišti. K diagnostice poruch polykání se podle Solné et al. (2014) využívá několik vyšetření nebo testů. K tomuto účelu slouží např. test The Gugging Swallowing Screen (GUSS), který se používá v některých zařízeních v České republice jako screeningový nástroj (viz příloha 1) (Václavík et al., 2015, Neubauer a kol., 2018). Václavík et al. (2015) také uvádějí, že tento test je určen pro všechny pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Dle Neubauera a kol. (2018) se test GUSS však nepoužívá pouze u pacientů po cévní mozkové příhodě. Tento test je často používán i ve světě, jeho výhodou je mimo jiné i obsah doporučení pro úpravu stravy (Teuschlová et al., 2018). Václavík et al. (2015) upozorňují, že u

rizikových pacientů by měl být test GUSS proveden ještě před podáním první stravy nebo tekutiny. Vyšetření se podle Trapl-Grundschoberové et al. (2017) opakuje, pokud dojde ke změně schopnosti polykání, při změně celkového zdravotního stavu nebo před plánovanou změnou konzistence stravy. Mandysová a Škvrňáková (2016) dodávají, že test by se po prvním vyšetření měl opakovat po 24 hodinách a potom každý týden.

Zde však dále uvádím postup běžný v rehabilitačním ústavu (RÚ), ve kterém jsem získávala informace pro praktickou část své bakalářské práce.

Při příjmu pacienta je vyplněna anamnéza, jejíž součástí je v RÚ i nepřímá část testu GUSS. Správné provedení testu, které na dalších řádcích uvádím, se řídí pokyny uvedenými v dokumentu *Instruction on How to Use the Gugging Swallowing Screen* (Trapl-Grundschoberová et al., 2017). Test se provádí, když pacient sedí, je v klidu a není pod vlivem uklidňujících léků. Nejprve se sestra ujistí, že pacient je před začátkem testu minimálně 15 minut bdělý a napolohuje ho do polosedu či sedu. Požádá pacienta, aby si dvakrát po sobě odkašlal. Poslední částí nepřímého testu je polykání slin. Pacient by měl být schopen na vyžádání sliny polknout, aniž by mu z koutku úst vytékaly. Jestliže pacient cítí sucho v ústech, případně má nedostatek slin, může se ústní sliznici navlhčit. Po polknutí pacient řekne: „O“, které by mělo znít stejně jako hlas před polknutím. Pokud z nepřímé části testu vyjde najevo, že pacient nemá potíže s polykáním, je mu indikována klasická strava (Mandysová a Škvrňáková, 2016).

Když je však po vyhodnocení nepřímé části testu zjištěno, že pacient má určité potíže s polykáním, je přivolán klinický logoped, který provede přímý test polykání. Ještě před samotným vyšetřením probíhá promluva s pacientem, který často dokáže poměrně přesně lokalizovat místo, kde se problém dle jeho subjektivních pocitů nachází (Duda, 2012). Pokud je ale příčina v jícnu, pacienti mají dle Tedly a Chroboka (2009) s přesnou lokalizací potíže. Jak píše Stanschus (2010), na prvním místě je vyšetření orální motoriky, při kterém klinický logoped sleduje schopnost otevření úst, motilitu jazyka, symetrii tváří, stav dentice, citlivost a stav vnitřní sliznice a jazyka. Tým autor uvádí také vyšetření facio-orálních sensitivních funkcí. Součástí tohoto vyšetření je dotyk vatovou tyčinkou v dutině ústní, aby byla zjištěna citlivost sliznice (Stanschus, 2010).

V následujících odstavcích popisuji instrukce k provádění testu GUSS, které jsem převzala od Trapl-Grundschoberové et al. (2017). Co se týká samotného přímého testu polykání, začíná se zahuštěnou tekutinou. Používá se čistá neperlivá voda, která je

zahuštěna pomocí speciálního zahušťovačla asi do hustoty pudinku. První sousto se rovná přibližně jedné polovině čajové lžičky. Pakliže proběhne polykání úspěšně, podá se pacientovi dalších tři až pět plných čajových lžiček zahuštěné tekutiny. Je sledován proces polknutí, test je ukončen, jestliže se po polknutí objeví kašel, změna hlasu nebo drooling.

Pokud test proběhl úspěšně, pokračuje klinický logoped dál a zkouší pacientovi podat nezahuštěnou tekutinu. Podává ji v množství 3, 5, 10, 20 a nakonec 50 ml. Opět platí zásada, že pokud se objeví kašel, drooling nebo změna hlasu, vyšetření je zastaveno.

Za podmínky, že pacient zvládl test v pořádku, přikročí se k poslednímu subtestu, kterým je polykání pevné stravy. Používá se kousek chleba. Sousto pacientovi podá vyšetřující tolikrát, kolikrát uzná za vhodné. Pokud pacient sousto polkne do 23 sekund a neobjeví se poté kašel, drooling nebo změna hlasu, pacient nemá s polykáním potíže.

Během celého testu jsou výsledky zapisovány do záznamového archu (viz příloha 1), který je vkládán do dokumentace pacienta (Solná et al., 2014; Mandysová a Škvrňáková, 2016). Dle výsledků je určeno, jaká konzistence stravy a tekutin budou pro pacienta nepřijatelnější (Mandysová a Škvrňáková, 2016). K tomu může sloužit hodnocení testu GUSS (viz příloha 2). V tomto zařízení však konečnou konzistenci stravy a tekutin určí klinický logoped a lékař ve spolupráci s nutričním terapeutem. Klinický logoped a lékař mohou také pacienta doporučit na vyšetření videoendoskopie (FEES) nebo jiné odborné vyšetření (Lasotová a Bednařík, 2013; Mandysová a Škvrňáková, 2016). Pokud je třeba, přistupuje se podle Neubauera a Dobias (2014) dále např. k videofluoroskopii (VFFS). Využívá se též ultrasonografie, elektromagnetická artikulografie, manometrie, či foniatrické vyšetření (Škodová a kol., 2007; Tedla a Chrobok, 2009). Jako dodatkové vyšetření je možné použít elektromyografii (EMG) či scintigrafii (Stanschus, 2010).

Pokud jde o klinické vyšetření nutričním terapeutem nebo nutričním specialistou, měl by, pokud je to možné, s pacientem pohovořit a odebrat nutriční anamnézu (zjistit antropometrické údaje, provést fyzikální vyšetření pacienta - např. jakou má pacient dentici, množství tuku v těle, množství svalové hmoty) nebo posoudit laboratorní vyšetření (Grofová, 2007; Kalvach, 2008; Solná et al., 2014). Podle Solné et al. (2014) nutriční terapeut doporučuje typy a způsob podávání enterální výživy, snaží se o udržení ideálního příjmu makro, mikro živin a tekutin, a přitom dodržuje konzistenci stravy

a tekutin doporučenou klinickým logopedem.

1.7 Rizika, komplikace a důsledky dysfagie

Jako většina onemocnění, i dysfagie má svá rizika, a to, jak píše Grofová (2008), zejména v případě, kdy se neřeší. Jakékoliv narušení fyziologického polykání ovlivní kvalitu života pacienta, případně i jeho rodiny, jeho celkový stav i psychiku (Tedla a Chrobok, 2009; Mandysová a Škvrňáková, 2016).

Mezi nejčastější a nejzávažnější komplikace dysfagie patří dehydratace, malnutrice a aspirace (Mandysová a Škvrňáková, 2016; Tagliaferriová et al., 2018). Jak píše Solná et al. (2014), dehydratace je nedostatečné množství vody v těle, malnutrice je dlouhodobě neuspokojivý stav výživy pacienta. Pacient je ohrožen dehydratací zejména proto, že s polykáním tekutin bývají dle Neubauera a kol. (2018) největší potíže. Aspirací podle Vágnerové (2018) rozumíme průnik sousta pod hlasivky do dýchacích cest. Autorka ale upozorňuje také na existenci penetrace, což je průnik sousta nad hlasivky. To znamená, že při penetraci se strava nedostává do dýchacích cest a plic (Vágnerová, 2018). Autorka dále uvádí, že penetrace může ale v aspiraci přejít. Zvlášť nebezpečná je podle Solné et al. (2014) tzv. tichá aspirace, při které vůbec nedojde k reflexnímu kašli, takže si aspirování nemusíme všimnout. Ale i tichá aspirace může vést až k pneumonii (zápalu plic) (Solná et al., 2014; Mandysová a Škvrňáková, 2016). I Grofová (2008) upozorňuje, že pokud pacient trpí aspirací, mohl by dospět k aspirační pneumonii, případně až udušení. Grofová, s. 399 (2008) též dodává: „Může docházet i k návratu stravy z jícnu do hltanu nebo z hltanu do nosní dutiny (vytékání tekutiny nosem)“. Mezi další nebezpečí způsobená dysfagií patří dle Vokurky, Huga a kol. (2015) regurgitace, neboli návrat tráveniny z žaludku do jícnu.

Tedla a Chrobok (2009) píše, že u polymorbidního pacienta může dojít v důsledku dysfagie ke komplikacím jeho dalších chorob, čímž se prodlužuje pobyt v nemocnici a náklady na léčbu pacienta stoupají. Pacient podstupuje mnohá specializovaná vyšetření, chirurgické výkony, dostává zvláštní stravu (Tedla a Chrobok, 2009). Z popisu Tedly a Chroboka (2009) je tedy zřejmé, že dysfagie je onemocněním, na které jsou vydávány značné finance.

Ze slov Mandysové a Škvrňákové (2016) vyplývá, že důsledky tohoto onemocnění, ať již léčeného nebo neléčeného, jsou rovněž velkým zásahem do pacientova života. Může

dojít až k sociálnímu vyloučení, pacient se nechce stravovat mimo domov a někdy ani před svými nejbližšími, neboť jsou mu tyto situace nepříjemné (Tedla a Chrobok, 2009; Mandysová a Škvrňáková, 2016). Mandysová a Škvrňáková (2016) také upozorňují, že se často zvýší i pacientovy výdaje, protože v některých případech je nutné používání zahušťovadel, případně nutričních doplňků, dysfagických pomůcek nebo speciální parenterální či enterální výživy. V nejhroších případech se podle Václavíka et al. (2015) může stát, že pacient v podstatě přestane jíst a pít, takže hrozí již zmíněná dehydratace a malnutrice. Neubauer, Skákalová a kol. (2015) také upozorňují, že pacient má často omezený výběr pokrmů, které je schopen bez problémů zkonzumovat. Navíc např. vlivem medikamentózní nebo radiologické léčby člověk ztrácí chuť k jídlu (Tedla a Chrobok, 2009). Kejkličková (2011) uvádí, že dysfagie může vyvolat depresivní stavy, které mohou dokonce vést až k pacientovým sebevražedným sklonům.

Mandysová a Škvrňáková (2016) dodávají, že pokud se dysfagický pacient nachází ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, mnohdy může být nechut' k jídlu způsobená i vzhledem podávaného pokrmu, prostředím, které pacientovi nevyhovuje (hluk, zápach, ostatní pacienti, nepříjemný personál atp.), stresem i strachem o zdraví.

1.8 Léčba a rehabilitace dysfagie

Dle Kejkličkové (2011) je po určení diagnózy nutné zahájit léčbu, která se zaměřuje zejména na odstranění příčin dysfagie. Záleží na konkrétním případě, někdy je indikována léčba protetická, jindy musí přijít na řadu chirurgický výkon, chemoterapie, radioterapie nebo farmakoterapie (World Gastroenterology Organisation, 2014). Jak píše Kejkličková (2011), cílem terapie je pokud možno stravování pacienta plně per os a co nejmenší dopad choroby na pacientův život.

Jsou využívány různé rehabilitační metody a techniky, které mohou pacientovi pomoci v náviku práce se soustem a jeho polykáním (Solná et al., 2014). Neubauer, Skákalová a kol. (2015) popisují důležitost zahájení rehabilitace polykání co nejdříve po vzniku dysfagie. Dle Solné et al. (2014) se v první řadě přistupuje k tzv. kompenzačním strategiím, které sice příčinu dysfagie neřeší, ale pomohou pacientovi velmi rychle a účinně překonat obtížné polykání. Mezi kompenzační strategie patří: vhodná poloha hlavy a těla při příjmu stravy a tekutin, odpovídající konzistence stravy, modifikace velikosti soust, užití protetických pomůcek (Solná et al., 2014; Neubauer a kol., 2018).

Steeleová et al. (2018) udávají jako nejčastěji používanou intervenci u dysfagických pacientů modifikaci konzistence stravy. Důležitá je dle Solné et al. (2014) také orální hygiena, která zahrnuje důkladné čištění zubů nebo zubní protézy, nošení vhodné a padnoucí zubní náhrady či udržování vlhkých rtů. Podle týchž autorů musí orální hygienu dodržovat i pacienti, kteří nepřijímají stravu per os.

Na druhém místě se podle Solné et al. (2014) přistupuje k terapeutickým technikám, které jsou prováděny několikrát denně a zahrnují např. rehabilitační cvičení, nácvik práce s bolem nebo polykací manévry.

Podle Václavíka et al. (2015) dysfagie u některých pacientů přetrvává trvale, jiným se poměrně rychle zlepšuje a je možné i její úplné vymizení. Mandysová a Škrvňáková (2016) píšou o nezbytnosti edukovat pacientovu rodinu a jeho blízké, je-li to možné. To znamená, že na léčbě se podílí i samotná rodina pacienta, která by mu měla poskytnout potřebnou oporu a zázemí (Grofová, 2007).

Pokud je příčinou dysfagie vrozená vada jícnu, Duda (2012) uvádí, že u dětí je v takovém případě nutné co nejčasnější chirurgické řešení, naopak v dospělosti doporučuje chirurgický zákrok teprve v té chvíli, kdy je dysfagie neúnosná. Autor dále popisuje postup u pacientů v terminálním stadiu nádoru jícnu. Jako paliativní řešení doporučuje použití kovových stentů.

Z výše popsaného tedy vyplývá, že pro léčbu dysfagie je nutná mezioborová spolupráce různých odborníků (Solná et al., 2014). Na léčbě se podílí ošetřující lékař, lékař specialista (např. chirurg, gastroenterolog), zdravotní sestry, klinický logoped, nutriční terapeut, fyzioterapeut, psychiatr, psycholog, radiolog, laktiční poradce a mnozí další (Václavík et al., 2015; Roubíčková, © 2019).

Co se týká následné ústavní a ambulantní péče o dysfagické pacienty, mezi její cíle patří edukace a reedukace pacienta a rodinných příslušníků, předcházení komplikacím, motivace pacienta k aktivnímu přístupu a podpora obnovení správného polykání (Václavík et al., 2015).

1.9 Výživa dysfagických pacientů

Je všeobecně známo, že správně indikovaná strava nejenom že pomáhá docílit požadované hmotnosti, ale dokáže pacientovi ulevit od potíží a pomoci mu

v léčbě (Svačina, 2008). Jinak tomu není ani v případě dysfagie (Steeleová et al., 2018). Podle Mandysové a Škvřířákové (2016) hrozí pacientovi dehydratace, podvýživa a malnutrice zejména tehdy, pokud trpí dysfagií dlouhodobě. Autoři Tedla a Chrobok (2009), Čupáková (2012a) i Václavík et al. (2015) se shodují, že pokud by pacient nedostával stravu přizpůsobenou svým potřebám, mohl by nevhodně upravenou potravu aspirovat, což by mohlo vést až k udušení, nebo po čase k aspirační pneumonii.

Podle Václavíka et al. (2015) je pacientovi indikována nejvhodnější strava poté, kdy prodělá vyšetření a příslušné testy. Pak je jasné, jaká konzistence stravy bude pacientovi podávána a je potřeba určit, kterou dietu pacient dostane (Solná et al., 2014). Postupuje se dle algoritmu nutriční péče: běžná strava (např. dle dietního systému), úprava běžné stravy (vyloučení alergizujících nebo nesnášených potravin), fortifikace běžné stravy (užití modulárních dietetik), perorální nutriční doplňky (sipping), enterální výživa (nasogastrická sonda, perkutánní endoskopická gastristomie (PEG), perkutánní endoskopická jejunostomie (PEG-J), parenterální výživa (Grofová, 2007).

1.9.1 Technologická úprava stravy

Pokud dysfagický pacient přijímá potravu per os, je zvláštní úprava stravy podle World Gastroenterology Organisation (2014) v podstatě nevyhnutelná. Ze stravy pacienta je potřeba vyloučit tvrdé kůrky (např. na chlebu, opečeném mase, zapečených těstovinách), slupky (jablko, hruška, hroznové víno atd.), ovoce a zeleninu s drobnými pečičkami (angrešt, rybíz, maliny, ostružiny), lepivé potraviny (brambory, banán, tavený sýr) a vláknité potraviny (hovězí maso, ananas) (Solná et al., 2014). Čupáková (2012a) doporučuje dysfagickým pacientům podávat menší porce jídla častěji (až 6 jídel denně). Je udáváno, že chladnější a kyselejší potraviny podporují polykání (Čupáková, 2012a; World Gastroenterology Organisation, 2014). Čupáková (2012a) i Holišová (2014) se shodují, že sladké pokrmy stimulují tvorbu příliš hustých slin, které polykání neusnadňují.

Po tepelném zpracování přichází na řadu úprava hotového pokrmu (Nutricia Nutilis, 2011). Strava se mele nebo mixuje, pasíruje, ředí či zahušťuje (Solná et al., 2014). Grofová (2008) doporučuje při servírování využívat tvořítka, zdobítka a formičky, aby se docílilo co nejpříjemnějšího vzhledu podávaného pokrmu. Holišová (2014) píše o vhodnosti přidávat k pokrmům více omáčky či šťávy, což také usnadňuje polykání

soust, zejména u lehké dysfagie. Grofová (2007) uvádí, že i výsledný vzhled pokrmu hraje roli v pacientově léčbě, nechceme totiž, aby pacient odmítal stravu konzumovat pro její nevzhlednost.

Stravu však musíme podle Holišové (2014) vždy individualizovat. Jak píše Kohout a Kotrlíková (2009), záleží na potížích konkrétního pacienta a jeho přidružených onemocněních. Grofová (2007) uvádí příklad pacienta, který má potíže s vytékáním tekutiny nosem. Takovému pacientovi je podle autorky lepší podávat stravu a tekutiny hustší. Naopak ten, kdo bude mít problém v přípravné nebo orální fázi, bude dle Grofové (2008) potřebovat stravu řidkou. Autorka dodává, že pokud byl problém diagnostikován ve faryngeální fázi, vyrábíme husté tekutiny i stravu.

1.9.2 Zahušťovadla

Účelem zahušťovadel je upravit konzistenci připravovaného pokrmu tak, aby byl pacient schopen sousto polknout (Grofová, 2008; Bohatcová, 2015). Jak uvádějí Solná et al. (2014), cílem je zpomalit průchod tekutiny, čímž se oddálí spuštění polykacího reflexu, a tím se sníží riziko penetrace a aspirace. Zahušťovadla se používají k zahuštění tekutin, omáček, polévek, ale i sippingu (Tedla a Chrobok, 2009; Čupáková, 2012b).

Dle Grofové (2007) se fortifikované i zahuštěné pokrmy dají ohřívat, mrazit i chladit. Manipulace je snadná a k zahuštění pokrmu dochází podle Čupákové (2012a) rychle. Státní ústav pro kontrolu léčiv (© 2019) uvádí informace z výrobku a příbalové informace, jež napoví, kolik přípravku použít, aby bylo dosaženo požadované hustoty. Množství se liší jak u jednotlivých přípravků, tak i u nápoje nebo pokrmu, který hodláme zahustit (SÚKL, © 2019). Solná et al. (2014) upozorňují, že při používání zahušťovadel na bázi škrobu je potřeba mít na paměti celkový příjem sacharidů pacienta, aby nedošlo k jejich nadměrnému přísunu.

Jak lze vyčíst z tab. 1, přípravek **Resource Thickenup Clear** je zejména sacharidové povahy. Tento přípravek je bez chuti a s jeho pomocí lze vytvořit pokrmy o konzistenci nektaru, medu nebo pudinku (SÚKL, © 2019). Jednou z jeho výhod je, že pro dosažení příslušné hladiny zahuštění se používá stejné množství prášku u všech typů tekutin (SÚKL, © 2019). Mezi další pozitiva patří, že po přípravě zůstává pokrm nebo tekutina konzistentní, nehtutní a v žádném typu tekutin se netvoří hrudky (SÚKL, © 2019).

Tabulka 1: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku **Resource Thickenup Clear**

Energie	1 258 kJ/306 kcal	Tuky	0,0 g
Bílkoviny	1,0 g	z toho nasycené	0,0 g
Sacharidy	62,0 g	Vláknina	27,0 g
z toho cukry	1,8 g	Vitamin C	0,0 mg

(SÚKL, © 2019)

Pokrmu zahuštěné produktem **Nutilis Powder** je možné chladit, mrazit a ohřívat (Nutricia Nutilis, 2011). Nevýhodou výrobku je, že pro dosažení příslušné hladiny zahuštění se u každé tekutiny používá jiné množství prášku (viz příloha 3). Jak je vidět z tabulky, konzistenci sirupu, krému nebo pudinku lze vytvořit, ale je potřeba větší množství prášku než u produktu Resource (Danone Nutricia Advanced Medical Nutrition, © 2019). I tento produkt obsahuje převážně sacharidy (tab. 2).

Tabulka 2: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku **Nutilis Powder**

Energie	1 520 kJ/358 kcal	Tuky	0,1 g
Bílkoviny	0,2 g	z toho nasycené	0 g
Sacharidy	86 g	Vláknina	6,4 g
z toho cukry	1,4 g	Vitamin C	0 mg

(SÚKL, © 2019)

1.9.3 Perorální nutriční doplňky (*sipping*)

Pacient může navíc užívat perorální nutriční doplňky, které se využívají hlavně za situací, kdy pacient není schopen přijmout potřebnou energii a živiny běžnou stravou (Grofová, 2007). Grofová (2009) upozorňuje, že tyto produkty jsou vyráběny více firmami, mají různé příchutě, konzistence i hustotu živin a liší se i množstvím energie na 1 ml (tab. 3; tab. 4; tab. 5). Perorální nutriční doplňky se vyznačují tím, že v poměrně malém objemu se nachází velké množství energie, makronutrientů i mikronutrientů (Grofová, 2009). K dostání jsou v podobě tekutiny nebo pudinku (Danone Nutricia Advanced Medical Nutrition, © 2019; Fresenius Kabi Czech Republic © 2019; Nestlé Health Science, © 2019). Konzistence pudinku se skvěle hodí právě pro dysfagické pacienty (Danone Nutricia Advanced Medical Nutrition, © 2019; Fresenius Kabi Czech Republic © 2019; Nestlé Health Science, © 2019). Danone Nutricia Advanced Medical Nutrition (© 2019) udává, že ½ porce běžného denního jídla se rovná jednomu nutričnímu doplňku.

Holišová (2014) doporučuje při přechodu do domácího prostředí poskytnout pacientovi nebo jeho rodině recepty, které k přípravě rozličných pokrmů, desertů, nápojů i pečiva využívají perorální nutriční doplňky. Podle Grofové (2007) lze také perorální nutriční doplňky podávat chlazené, ředěné nebo je možné je nalít do sklenice či hrnku, pokud to pacientovi více vyhovuje. Autorka dodává, že čím více variant mají pacienti na výběr, tím lépe, neboť dlouhodobé popíjení stále stejných nutričních doplňků jim často nevyhovuje nebo nechutná.

Tabulka 3: Průměrný obsah energie a živin v jedné vaničce produktu (125 g)
Nutridrink Crème

Energie	844 kJ/200 kcal	Tuky	6,3 g
Bílkoviny	12,0 g	z toho nasycené	0,9 g
Sacharidy	24,0 g	Vláknina	0,6 g
z toho cukry	13,3 g	Vitamin C	20 mg

(SÚKL, © 2019)

Tabulka 4: Průměrný obsah energie a živin v jedné vaničce produktu (125 g)
Fresubin 2 kcal Crème

Energie	970 kJ/231 kcal	Tuky	9,0 g
Bílkoviny	12,5 g	z toho nasycené	0,6 g
Sacharidy	24,0 g	Vláknina	2,3 g
z toho cukry	8,0 g	Vitamin C	23,5 mg

(SÚKL, © 2019)

Tabulka 5: Průměrný obsah energie a živin v jedné vaničce produktu (125 g)
Resource Dessert Complete

Energie	786 kJ/187 kcal	Tuky	7,0 g
Bílkoviny	11,0 g	z toho nasycené	1,0 g
Sacharidy	18,3 g	Vláknina	2,9 g
z toho cukry	6,5 g	Vitamin C	23,0 mg

(SÚKL, © 2019)

Uvedla jsem příklad pouze tří výrobků, neboť portfolium produktů všech firem je velice rozsáhlé a pro účely dysfagie se nejlépe hodí tyto tři výrobky. Pro porovnání výrobků jsem použila informace ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv, a to zejména z příbalových informací k perorálním nutričním doplňkům, a z oficiálních webových stránek společností tyti produkty vyrábějící.

Pokud porovnáme výrobky určené pro pacienty trpící dysfagií – **Nutridrink Crème**, **Fresubin 2 kcal Crème** a **Resource Dessert Complete**, zjistíme, že co se týká objemu, jsou tyto produkty stejné. Fresubin 2 kcal Crème má však více energie, tuků, vlákniny, méně sodíku a větší množství vápníku a vitamínu D než Nutridrink Crème. Nejméně kalorický je Resource Dessert Complete, který také obsahuje nejméně bílkovin, sacharidů i cukrů ze všech tří uvedených výrobků. I tyto rozdíly jsou však poměrně zanedbatelné. Je zajímavé, že firma Danone Nutricia Advanced Medical Nutrition (© 2019) nabízí v jiných zemích i další speciální produkty pro pacienty trpící dysfagií (např. Nutilis Complete, Nutilis Aqua) (Nutricia Nutilis, © 2019).

1.9.4 Fortifikace stravy

Fortifikace stravy je možná pomocí tzv. modulárních dietetik, která by neměla změnit chuť připravovaného pokrmu, ale zároveň ho obohatí o cennou energii a bílkoviny, tuky nebo sacharidy (Grofová, 2007; Tedla a Chrobok, 2009). Modulární dietetika jsou k dostání v podobě prášku a lze je přidat v podstatě do jakéhokoliv pokrmu (Grofová, 2007). Autorka uvádí vhodnost přidavku modulárních dietetik např. do omáček, polévek, jogurtů, kaší nebo pomazánek. Zároveň slouží jako zahušťovadlo (Grofová, 2012). Holišová (2014) připomíná možnost fortifikace stravy také např. mlékem, smetanou, kefirem, podmáslím nebo máslem.

Tabulka 6: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku **Fantomalt**

Energie	1630 kJ/384 kcal	Tuky	0,0 g
Bílkoviny	0,0 g	z toho nasycené	0,0 g
Sacharidy	96,0 g	Vláknina	0,0 g
z toho cukry	6,0 g	Vitamin C	0,0 mg

(SÚKL, © 2019)

Z tabulky 6 je zřejmé, že **Fantomalt** neobsahuje ani bílkoviny, ani tuky. Hlavním zdrojem energie jsou sacharidy, konkrétně kukuřičný škrob (SÚKL, © 2019). Fantomalt se dá použít k obohacení tekutin, jogurtu nebo kaší (SÚKL, © 2019). Lze ho podávat i nasogastrickou sondou (SÚKL, © 2019).

Tabulka 7: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku **Protifar**

Energie	1 580 kJ/374 kcal	Tuky	1,6 g
Bílkoviny	88,5 g	z toho nasycené	0,0 g
Sacharidy	< 1,5 g	Vláknina	0,0 g
z toho cukry	0,0 g	Vitamin C	0,0 mg

(SÚKL, © 2019)

Na rozdíl od Fantomaltu je hlavním zdrojem energie v **Protifaru** mléčná bílkovina (SÚKL, © 2019). Jak je vidět z tabulky 7, Protifar obsahuje jen malé množství sacharidů a tuků (SÚKL, © 2019). Grofová (2007) tvrdí, že Protifar lze taktéž přidávat do kaší, jogurtů, nápojů nebo i do běžných hotových jídel (např. polévky, omáčky). Dále uvádí možnost podávat tento přípravek i nasogastrickou sondou.

Na internetových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (© 2019) se lze dozvědět, že ani jeden z předchozích přípravků na fortifikaci stravy se nehodí jako jediný zdroj výživy, neboť jejich složení je nekompletní. Oba produkty jsou určeny pro pacienty, kteří nedokážou přijmout dostatečné množství bílkovin nebo sacharidů z běžné stravy nebo jsou u nich nároky na saturování určitou živinou zvýšené (Grofová, 2007; SÚKL, © 2019). Tyto produkty pocházejí od nizozemské značky Nutricia, která je součástí francouzské společnosti Danone (Danone Nutricia Advanced Medical Nutrition, © 2019). Oba výrobky je potřeba užívat pod dohledem lékaře, farmaceuta nebo nutričního terapeuta (SÚKL, © 2019).

Tabulka 8: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku **Calogen Neutral**

Energie	1 850 kJ/450 kcal	Tuky	50,0 g
Bílkoviny	0,0 g	z toho nasycené	5,5 g
Sacharidy	0,0 g	Vláknina	0,0 g
z toho cukry	0,0 g	Vitamin C	0,0 mg

(SÚKL, © 2019)

Calogen Neutral se podává jako sipping nebo je možné jej ředit vodou, mlékem či ho přidávat do pokrmů (Nutricia Ireland, © 2019). Je ale potřeba dodržet maximální množství 30 ml přípravku 3 krát denně (SÚKL, © 2019). Calogen Neutral obsahuje řepkový a slunečnicový olej, proto je obsah nasycených mastných kyselin poměrně nízký (tab. 8; SÚKL, © 2019).

Tabulka 9: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku **MCT-OIL**

Energie	3 515 kJ/855 kcal	Tuky	95,0 g
Bílkoviny	0,0 g	z toho nasycené	95,0 g
Sacharidy	0,0 g	Vláknina	0,0 g
z toho cukry	0,0 g	Vitamin C	0,0 mg

(SÚKL, © 2019)

Calogen Neutral a **MCT-OIL** se zásadně liší složením (tab. 9; SÚKL, © 2019). Následující informace se lze dozvědět z příbalových informací k výrobku, které jsou k nalezení na internetových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (© 2019). MCT-OIL se skládá z frakcionovaného kokosového tuku a palmojádrového oleje. Tento olej je možné podávat samostatně nebo jej přidávat do tekutin. Dávkování se liší podle pohlaví, hmotnosti a celkového zdravotního stavu. Přípravek by se neměl užívat bez dozoru lékaře nebo nutričního terapeuta. Do stravy se musí přidávat postupně a je nutné dbát na správné množství, neboť by mohlo dojít k nežádoucím účinkům, mezi které patří zvracení nebo průjemy.

1.9.5 Enterální sondová výživa

Enterální výživa je podle Křížové a kol. (2014) farmaceuticky připravenou výživou podávanou do trávicího traktu. Jedná se o výživu kompletní, obsahuje tedy sacharidy, lipidy, proteiny, ionty, vitaminy, stopové prvky i vodu (tab. 10; Dastych, 2012).

Solná et al. (2014) doporučují indikaci enterální sondové výživy, pokud perorální příjem není možný a zároveň když pacientův trávicí trakt funguje. Důvodem k indikaci enterální, případně parenterální výživy je též vysoké riziko aspirace nebo tiché aspirace, případně nedostatečná výživa pacienta per os (Solná et al., 2014; World Gastroenterology Organisation, 2014). Mezi další indikace mohou patřit stavy bezvědomí, kóma nebo pacienti připojení k ventilátoru (Solná et al., 2014; World Gastroenterology Organisation, 2014). Perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG) nebo perkutánní endoskopickou jejunostomií (PEG-J) zavádíme také tehdy, jestliže pacient aspiruje více než 10 % z každého jednotlivého sousta nebo pokud pacient trpí tichou aspirací (Grofová, 2008; Solná et al., 2014). Kontraindikací k enterální výživě jsou stenózy, píštěle, krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT), ileus, těžké průjemy nebo syndrom břišního kompartmentu (Křížová a kol., 2014; Singer et al., 2018). V takovém případě pacienta živíme parenterálně (Šachlová, 2009; Dastych, 2012).

Pokud předpokládáme, že pacient v nejbližší době (do dvou až tří týdnů) nebude schopen přijímat dostatečné množství potravy per os, zavádíme PEG nebo PEG-J (Solná et al., 2014). Dle Křížové a kol. (2014) nasogastrickou nebo nasojejunální sondu zavádíme, pokud očekáváme, že pacient bude schopen do jednoho týdne konzumovat stravu plně per os. Grofová (2007) upozorňuje, že při zavádění enterální výživy je nutné pamatovat na pacientova onemocnění, někdy totiž není zavedení sondy možné, např. z důvodu vyskytujícího se nádoru nebo zánětu. Autorka dále připomíná, že u enterální i parenterální výživy musíme počítat s možnými komplikacemi jako jsou refeeding syndrom, zácpa, průjem, infekce, dislokace apod. Podle Dastycha (2012) je tedy nutné nezahájit realimentaci pacienta příliš rychle a výživu, ať už enterální nebo parenterální, podávat v přiměřené rychlosti.

Jak uvádí Křížová a kol. (2014), ve srovnání s parenterální výživou je výživa enterální fyziologičtější, neboť dochází mimo jiné ke stimulaci střevní motility i udržení bariérové funkce střeva. Dle týchž autorů je navíc výživa enterální levnější než výživa parenterální.

Tabulka 10: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku **Nutrison Energy Multi Fibre**

Energie	640 kJ/153 kcal	Tuky	5,8 g
Bílkoviny	6,0 g	z toho nasycené	1,5 g
Sacharidy	18,4 g	Vláknina	1,5 g
z toho cukry	2,4 g	Vitamin C	15,0 mg

(SÚKL, © 2019)

1.9.6 Parenterální výživa

Svačina (2008) doporučuje indikaci parenterální výživy pouze v případě, kdy není možný příjem per os a trávicí trakt je nefunkční (např. v případě ileu, akutní pankreatitidy, Crohnovy choroby). Parenterální výživa zajišťuje pacientovi příjem energie a živin, které jsou podávány přímo do cévního systému (Grofová, 2007). Podle Křížové a kol. (2014) není vhodné plnou parenterální výživu podávat dlouhodobě, neboť tak může dojít ke střevní atrofii a bakteriální translokaci. Křížová a kol. (2014) také udávají hlavní kontraindikaci, kterou je pacientův funkční trávicí trakt. Časté jsou dle Svačiny (2008) také komplikace vznikající při podávání parenterální výživy, mezi které patří hlavně pneumotorax (vzniklý při aplikaci), žilní

trombóza, infekce nebo metabolické komplikace. V tabulce 11 uvádím pro představu průměrný obsah energie a živin jednoho z přípravků parenterální výživy.

Tabulka 11: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku **OLIMEL N9E**

Energie	449 kJ/107 kcal	Tuky	4,0 g
Aminokyseliny	5,7 g	Vláknina	0,0 g
Glukóza	11,0 g	Vitamin C	0,0 mg

(SÚKL, © 2019)

2. VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ

2.1 Cíle práce

Jedním z cílů mé bakalářské práce bylo přesvědčit se, zda jsou v konkrétním rehabilitačním zařízení vybraní pacienti trpící dysfagií saturováni potřebným množstvím energie a živin. Dalším cílem bylo zjistit, zda úprava potravin, které pacienti přijímají, odpovídá jejich zdravotním a fyziologickým možnostem.

2.2 Výzkumné otázky

Jaká je denní energetická hodnota přijímaných pokrmů?

V jakém množství jsou přijímány jednotlivé nutrienty během dne?

Jaké technologické úpravy jsou při přípravě stravy používány?

3. METODIKA VÝZKUMU

3.1 Použitá metodika

Ve své bakalářské práci jsem k získání informací použila kvalitativní metodu výzkumu. Kutnohorská, s. 24 (2009) píše: „Kvalitativní výzkum má tendenci vyzdvihovat dynamické, holistické a individualistické aspekty lidské činnosti a přistupuje k obsáhnutí těchto aspektů z jejich celostního hlediska.“

Sběr dat byl prováděn formou rozboru zdravotnické dokumentace, jídelních lístků a pozorování. Hovoříme tedy o případové studii, pro kterou je dle Egera a Egerové (2017) typické objasnění konkrétního jevu či procesu, pro něž je využíváno více zdrojů. Výzkum jsem prováděla u pacientů s diagnózou dysfagie v konkrétním rehabilitačním ústavu. Sběr dat probíhal od listopadu 2018 do ledna 2019.

Jídelníčky získané od nutričních terapeutů jsem následně vyhodnotila v nutričním software Nutriservis Professional. Hodnoty jsem poté přepsala do tabulky, ve které jsem uvedla název pokrmu, množství energie, bílkovin, tuků, sacharidů a použitou technologickou úpravu (viz příloha 4). Informace ze zdravotnické dokumentace jsem pro větší přehlednost zapsala do tabulek.

Jako analytickou metodu ke zpracování zdravotnické dokumentace jsem následně použila sekundární analýzu dat. Jedná se o metodu, která využívá zdrojů, které byly primárně určeny pro záměr jiný než prováděný výzkum (Reichel, 2009, s. 168).

3.2 Etické aspekty práce

Výzkum byl schválen etickou komisí v rehabilitační ústavu, kde byl výzkum prováděn. Pacienti byli seznámeni s informacemi o výzkumu a souhlasili být jeho součástí.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Pacienty do mé práce jsem získala technikou záměrného výběru, konkrétně účelovým výběrem. Šlo o 8 pacientů nejmenovaného rehabilitačního ústavu, mezi nimiž byli 4 muži a 4 ženy ve věku od 21 do 67 let. Kvůli anonymitě jsou však ve výsledcích této práce uváděni jako pacient 1 – pacient 8.

Hodící se pacienty jsem našla podle zdravotnické dokumentace, ze které jsem také získala velkou část informací, jako věk, vývoj hmotnosti, diagnózy, medikaci, nutriční anamnézu.

3.4 Průběh výzkumu

K prvnímu vytipování pacientů došlo s nutričními terapeuty, se kterými jsem následně studovala zdravotnickou dokumentaci a vyhledávala v ní potřebné informace o pacientech. Jelikož v rehabilitačním ústavu, kde jsem výzkum prováděla, nemají jídelní lístek pro dysfagické pacienty, bylo nutné zdejší jídelní lístky podrobně konzultovat s nutričními terapeuty, abych získala přesné informace o tom, jak je strava pro dysfagické pacienty plánovaná a připravovaná. Jídelní lístky jsem následně zpracovala v nutričním software Nutriservis Professional, ve kterém jsem sledovala nejen denní příjem energie, ale i množství bílkovin, tuků a sacharidů. Hodnoty jsem poté vepsala do přehlednějších tabulek, kam jsem přidala ještě sloupec o úpravě pokrmů, která je při podávání pokrmů dysfagikům zcela zásadní.

Na počátku výzkumu jsem předpokládala i rozhovor s pacienty. Chtěla jsem se dotazovat zejména na to, zda pacientům strava chutná, zda jim množství stravy vyhovuje, jak hodnotí vzhled stravy atp. V průběhu výzkumu se ale ukázalo, že to je ve většině případů nemožné nebo jsou informace zkreslené. Někteří pacienti totiž nejsou vůbec schopni komunikace. S jinými je komunikace možná, ale vzhledem k jejich diagnózám, které obvykle zahrnují úraz hlavy nebo cévní mozkovou příhodu, není vyloučeno, že jejich odpovědi nejsou zcela vypovídající. Další skupinou jsou pacienti s enterální sondovou nebo parenterální výživou. Takový pacient se sice v mé práci vyskytl pouze jeden, ale ptát se ho, zda mu strava chutná a zda je s ní spokojen, by bylo očividně zcela bezúčelné.

Dále jsem předpokládala sledování vývoje hmotnosti pacienta v průběhu léčby a rehabilitace. Bohužel ani to nebylo vždy možné. Ve zdravotnické dokumentaci ze zdravotnických zařízení, ze kterých byli pacienti přeloženi, nebyly často informace o hmotnosti žádné. Jindy jsem informaci o hmotnosti našla, ale byla zaznamenána hmotnost, kterou udal pacient nebo jeho rodina. Skutečná hmotnost mohla tedy být velmi odlišná. Setkala jsem se i s případy, kdy byl stabilizovaný pacient vážen několik

málo dní po sobě a hmotnost se lišila o několik kilogramů. V jednom případě se dokonce lišily i záznamy výšky pacienta, a to o celých 10 centimetrů.

4. VÝSLEDKY

4.1 Dysfagické diety v konkrétním zařízení

V zařízení, kde jsem čerpala informace pro svou práci, používají vlastní stupnici dysfagických diet. K pacientům se přistupuje individuálně, a proto zde nemají konkrétní jídelníček pro pacienty trpící dysfagií. I podle Solné et al. (2014) je pacientům s dysfagií vhodnější vytvářet individuální dietu než používat dietu pevně nastavenou. V tomto zařízení funguje úzká spolupráce mezi nutričními terapeuty, kuchyňskými pracovníky, klinickými logopedy a lékaři, která je pro vytvoření diety zásadní.

Prvním stupněm dysfagické diety je dysfagická dieta lehká, podávaná pacientům, které zdejší klinický logoped diagnostikoval jako lehké dysfagiky. Druhým stupněm je dysfagická dieta těžká, která se podává pacientům trpícím vyšším rizikem aspirace. Posledním stupněm je zde tzv. dysfagická dieta mixovaná. Tato dieta je podávána pacientům, kteří mají největší riziko aspirace a jejich stav neumožňuje příjem pevných částí stravy.

Co se týká **lehké dysfagické diety**, při její přípravě se nepoužívají pokrmy s rýží, pohankou, jáhly, kuskusem, vložkami či bulgurem. Luštěniny se nepodávají, neboť rozmixované pacienti odmítali. Ke každému pokrmu je servírováno větší množství omáčky nebo sosu. Pečivo se podává bez kůrek, semínek a zrníček. Konzistence se většinou neupravuje, pokrmy se tedy nezahušťují, neředí, nemelou, ani nemixují. Tekutiny je u těchto pacientů nutné zahušťovat jen zřídka. Z ovoce jsou podávány banány, nejemno nastrohaná oloupaná jablka, přesnídávky nebo kompotované ovoce bez slupek. Zelenina je využívána převážně dušená nebo vařená. Ze syrové zeleniny se připravuje salát ze spařených, oloupaných a nadrobno nakrájených rajčat nebo z oloupané, nejemno nastrohané mrkve nebo okurky.

Dysfagická dieta těžká vyžaduje už větší pozornost personálu. Při této dietě se již neobejdeme bez úpravy konzistence stravy. Polévky se mixují, neboť obsahují nevhodnou kombinaci tekutiny a pevných částic, které by pacient mohl snáze aspirovat. Jakmile dojde k rozmixování polévky, tento problém se vyřeší a pacient může bez problému polévku konzumovat. Samozřejmě i u těžké dysfagické diety platí servírování většího množství omáčky nebo sosu. Nepodávají se luštěniny, rýže, semínka, ořechy, drobné pečivo, suché piškoty, syrová zelenina a ovoce se slupkami. Ovoce se podává

ve formě přesnídávek, případně pyré. Zelenina se vaří nebo dusí. Maso je potřeba vždy umlít. Z příloh je vhodná bramborová kaše, halušky a těstoviny. Co se týká pečiva, podává se chléb konzumní (nebo jiný bez zrníček a semínek), ze kterého se odkrojí kůrka. Je však nutné chléb vždy namazat, aby bylo co nejvíce sníženo riziko aspirace.

Nejtěžší forma – **mixovaná dieta**, je také nejsložitější na sestavení jídelního lístku. Všechny pokrmy se musí mixovat dohledka, což částečně zužuje výběr potravin, které může pacient konzumovat. Tato dieta je většinou neplnohodnotná, proto ji zde doplňují přídatkem perorálních nutričních doplňků.

4.2 Pacient 1

Tabulka 12: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk</u> : 21 let	<u>Výška</u> : 193 cm
<u>Vývoj hmotnosti</u> : Pacient uvedl hmotnost před nehodou 80 kg. První vážení po nehodě proběhlo ještě v nemocnici, kde pacient vážil 55 kg a měřil 193 cm. Při příjmu do RÚ v listopadu hmotnost 52 kg. Na začátku ledna už 61 kg.	
<u>Vývoj Body Mass Index (BMI)</u> : Při příjmu do RÚ v listopadu 14,0 kg/m ² , při posledním vážení na začátku ledna 16,4 kg/m ² .	
<u>Diagnóza</u> : Kraniocerebrální poranění po autonehodě, četné fraktury, sekundární epilepsie, edém pravé mozkové hemisféry, dysfagie.	
<u>Medikace</u> : Drcena do PEGu. Antiepileptika, antipsychotika, Nutrison Energy Multi Fibre 1,5 kcal/ml.	
<u>Nutriční anamnéza</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Logoped diagnostikoval lehkou dysfagii a doporučil zvýšenou hygienu dutiny ústní - zejména po jídle. Zahušťování tekutin nebylo dle klinického logopeda nutné. - PEG od října (zaváděn ještě v nemocnici), příjem PEGem hradí asi ½ potřebného denního energetického příjmu, zbytek je podáván racionální dietou upravenou pro pacienty s lehkou dysfagií. - Nutrison Energy Multi Fibre podáván po 125 ml, a to v 6, 9, 12, 15, 18 a 21 hod. - Vzhledem k nízkému BMI sledován příjem stravy a tekutin. - Bílkovinné přídatky a svačiny navíc. 	

- Zprvu strava s dozorem a dopomocí – jí nevyrovnaně, někdy sní ¼, někdy ½ porce – rozjídá se pomalu.
- Kontrola hmotnosti každý týden.
- Jednorázově navýšeno množství živin do PEGu pro odmítání stravy, dle personálu je vybíravý, stále jí nevyrovnaně.
- Prosinec - jí celé porce, rozjedl se, pije asi 2 l tekutin denně (slazené), výživu do PEGu již nedostává – proplachy ale zůstávají. Pokud bude dobře jíst nadále, PEG bude zrušen.
- Ke konci prosince zcela zrušen PEG, jí celé porce racionální diety, svačiny i bílkovinné přídatky zůstávají, dle personálu je vybíravý.

(vlastní výzkum)

Jedná se o mladého pacienta po autonehodě, který utrpěl četná zranění. Dysfagie se objevila v důsledku kraniocerebrálního poranění. Ze záznamů o pacientovi v tabulce 12 je vidět, že pacient uvedl hmotnost před nehodou 80 kg, což ale lze vzhledem k povaze jeho zranění považovat za zpochybnitelné.

Nejprve byl pacient živěn skrz PEG, který mohl být po čase nahrazen racionální stravou upravenou pro dysfagiky nejprve v polovičních, následně v plných porcích a nakonec byla zrušena i samotná dysfagická dieta. Došlo i k normalizaci BMI, které vzrostlo na 22,8 kg/m² a pacient se rozjedl.

V tabulce 13 uvádím celkový denní energetický příjem. Tedy nejen energii a živiny získané z PEGu, ale i z konzumované stravy.

Tabulka 13: Přehled příjmu energie a živin pacienta 1

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Pondělí	10 758	111	97	315
Úterý	11 668	109	107	347
Středa	11 398	103	110	330
Čtvrtek	11 332	110	109	323
Pátek	11 162	121	85	356
Sobota	10 442	99	89	323
Neděle	10 832	109	97	319
Průměrný příjem	10 832	109	97	319

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Pokud jde o stravu, lze konstatovat, že jídelníček odpovídá vyšším energetickým hodnotám než běžná racionální dieta. Je to jednak z důvodu pacientovy nízké hmotnosti a špatného nutričního stavu, ale je počítáno i s poměrně vysokým energetickým výdejem pacienta, neboť každý den podstupuje rehabilitační cvičení.

Příjem bílkovin je v průměru asi 2,1 g bílkovin na kilogram pacientovy hmotnosti, což tvoří přibližně 17 % z celkového denního energetického příjmu (dále CDEP). Stránský a Ryšavá (2016) uvádějí, že příjem bílkovin v běžné populaci by se měl pohybovat mezi 8-10 % CDEP. Pacientova celková denní přijatá energie byla z 33 % tvořena tuky, přičemž běžně je doporučováno množství tuků do 30 % CDEP, ale v situacích, kdy je organismus podroben větší fyzické zátěži, je možné z tuků denně přijmout až 35% celkové energie (Společnost pro výživu, 2011). Co se týká sacharidů, jejich průměrný příjem tvořil asi 50 % CDEP. Z doporučení Společnosti pro výživu (2011) se lze dozvědět, že denní příjem sacharidů by neměl klesnout pod 50 % CDEP, neboť v opačném případě bývají chybějící sacharidy nahrazeny tuky.

Pacient dostával poloviční porce stravy, i když ne vždy to bylo možné. Např. u balených potravin jako jsou paštiky, Rama, tavené sýry, Gervais, Almette, džem, jogurty, med nebo kefirové mléko není možné podat pacientovi polovinu balení. Poloviční porce se tedy týkají hlavně příloh, které pacient v plných porcích nedojídal.

Omáčky a sosy byly servírovány ve větším množství a pokud se objevil nějaký pokrm, na kterém se tvoří opečené kůrky (např. zapečené těstoviny), byly tyto odstraněny. Kůrky byly odkrajovány i z chleba, pacient tedy konzumoval pouze střídku, kterou bylo nutné namazat, aby se co nejvíce snížilo riziko aspirace. Není v podstatě podáváno jiné běžné pečivo kromě konzumního chleba nebo nějakého podobného bez obsahu semínek, zrníček, kousků koření, ořechů apod. Rohlíky či housky se příliš nehodí, neboť mají velké množství opečených tvrdých částí. Polévky ani přílohy nebyly mixovány a maso nebylo mleté. Ovoce konzumoval pacient loupané, bez semínek a zrníček. Zelenina byla podávána také loupaná, ale především tepelně upravená, a to zejména vařením nebo dušením.

V jídelníčku se objevily jednou týdně ryby, denně maso nebo masný výrobek, minimálně dvakrát denně mléčný výrobek a součástí diety byla i vejce. Po domluvě s pacientem byl jako bílkovinný přídatek a svačina denně podáván ovocný jogurt, případně ovocné kefirové mléko. V jídelníčku jsem uvedla i slazené nápoje, protože

pacient jiné nápoje nepil. Z rozboru jídelních lístků tohoto pacienta lze vyčíst, že jen ze slazených nápojů přijal denně přibližně 80 g monosacharidů. Společnost pro výživu (2011) udává ideální denní dávku přidaného cukru pod 10 % CDEP. 10 % CDEP v tomto případě činí 1 083 kJ, a to se rovná necelým 64 g přidaného cukru. Jako vhodné se tedy jeví upozornit pacienta a jeho rodinu na rizika spojená s vysokým příjmem monosacharidů, mezi která patří např. vyšší riziko vzniku zubního kazu či obezita (Svačina, 2008).

4.3 Pacient 2

Tabulka 14: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk</u> : 55 let	<u>Výška</u> : 170 cm
<u>Vývoj hmotnosti</u> : Při příjmu do RÚ říjen 2018 - 72 kg, listopad 2018 již 77 kg.	
<u>Vývoj BMI</u> : Zvýšení z 24,9 kg/m ² na 26,6 kg/m ² .	
<u>Diagnóza</u> : Trpí hypertenzí. V září 2018 ischemická choroba srdeční, v jejímž důsledku se objevila sekundární epilepsie, centrální velmi těžká hemiparéza, porucha porozumění a těžká faryngeální dysfagie s tichými apiracemi všech konzistencí. Riziko vzniku dekubitů.	
<u>Medikace</u> : Drcena do PEGu. Antikoagulancia, antiepileptika, antidepressiva, Nutrison Energy Multi Fibre 1,5 kcal/ml.	
<u>Nutriční anamnéza</u> : - Pacient přijat s PEGem – Nutrison Energy Multi Fibre podáván v množství 250 ml v 6:30; 9:30; 12:30; 16:30; 19:30 a 21:30 hod. Při každé dávce byla dle tolerance podávána také voda, v množství 50-250 ml. - Při vyšetření GUSS pacient nebyl schopen zakašlat na vyžádání, objevil se klokotavý, chraptivý a zastřený hlas. Vyšetření FEES potvrdilo masivní aspiraci tuhé i tekuté stravy a afázii. - Nil per os.	

(vlastní výzkum)

Jedná se o staršího pacienta, který prodělal těžkou ischemickou chorobu srdeční, v jejímž důsledku trpí mimo jiné i těžkou dysfagií (tab. 14). Pacient byl přijat se zavedeným PEGem a uspokojivým BMI. Během mého sledování nedošlo k žádnému

zlepšení polykacích schopností.

Vzhledem k tomu, že pacient 2 byl živen pouze skrz PEG, přijímaná energie i živiny byly každý den totožné. Z toho důvodu uvádím pouze zkrácenou tabulku příjmu energie a živin (tab. 15).

Tabulka 15: Příjem energie a živin pacienta 2

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denně	9 600	90	87	276

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Pacient denně přijímal množství energie, které v podstatě odpovídá racionální dietě. Přesto pacient za několik týdnů přibral 5 kg. Pokud by laboratorní vyšetření prokázala dobrý stav nutriční, bylo by vhodné snížit množství stravy podávané do PEGu, aby pacient stále nepřibíral. Laboratorní vyšetření bohužel nebyla součástí zdravotnické dokumentace, proto nemohu pacientovu realimentaci přesněji popsat. Je ale zřejmé, že BMI i hmotnost se zvýšily. Pacientovi bylo podáváno průměrně 1,3 g bílkovin na kilogram hmotnosti. Toto množství odpovídá 16 % CDEP. Sacharidy tvořily v průměru 50 % veškeré přijaté energie a tuky 34 %.

Výhodou výlučného příjmu skrz PEG je fakt, že máme přesný přehled o tom, kolik energie a živin pacient přijal. Vzhledem k pacientově diagnóze a s přihlédnutím k výsledkům testů, kterými prošel, byl PEG jedinou volbou.

4.4 Pacient 3

Tabulka 16: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk:</u> 51 let	<u>Výška:</u> 161 cm
<u>Vývoj hmotnosti:</u> Vážen pouze jednou – 66 kg.	
<u>Vývoj BMI:</u> 25,5 kg/m ²	
<u>Diagnóza:</u> Centrální hemiparéza po cévní mozkové příhodě. Nutná dopomoc.	
<u>Medikace:</u> Inhibitory protonové pumpy, antiepileptika, antidepressiva, anxiolytika, antikoagulancia.	
<u>Nutriční anamnéza:</u>	

- Glykémie 6,23 mmol/l na lačno; tlak krve 140/90 mmHg; albumin 37,4 g/l.
- Při vyšetření GUSS se objevil drooling a pacient nebyl schopen na vyžádání zakašlat. Klinický logoped diagnostikoval těžkou dysfagii.
- Dieta racionální pro těžkou dysfagii, tekutiny zahušťovány 1 odměrkou přípravku Nutilis Powder na 250 ml tekutiny.

(vlastní výzkum)

Jedná se o staršího pacienta, u něhož dysfagie vznikla v důsledku cévní mozkové příhody (tab. 16). Při propouštění z nemocnice byl pozorován lehce zvýšený krevní tlak a zvýšená glykémie, která však byla naměřena zatím jen jednou. Zvýšená hladina glykémie by mohla být způsobena i některým z nežádoucích účinků užívaných medikamentů (SÚKL, © 2019). Přesto by bylo vhodné měření glykémie opakovat, aby bylo možné případný diabetes mellitus včas diagnostikovat. Hladina albuminu je uspokojivá.

V nemocnici dostával pacient racionální dietu bez úpravy, v rehabilitačním ústavu byl ale diagnostikován jako těžký dysfagik, a proto mu byla podávána dieta racionální dysfagická těžká. Během mého pozorování došlo ale k rychlému zlepšení stavu a pacient začal polykat zcela fyziologicky. Na konci výzkumu již pacient konzumoval racionální dietu bez dysfagických úprav a tekutiny pil nezahuštěné.

Tabulka 17: Příjem energie a živin pacienta 3

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Pondělí	8 297	96	86	219
Úterý	8 328	103	64	263
Středa	8 571	83	101	215
Čtvrtek	7 594	83	76	208
Pátek	9 469	79	85	299
Sobota	8 200	99	77	231
Neděle	8 069	96	75	228
Průměrný příjem	8 247	91	80	231

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Jelikož pacient dostával dietu upravenou pro těžké dysfagiky, všechny polévky se mixovaly dohladka a veškeré maso bylo mleté. Mixovaly se i omáčky s případným obsahem kousků. Zahušťování tekutin prováděly zdravotní sestry přímo na oddělení.

Pacient konzumoval dostatečné množství energie a živin, jelikož má ale BMI lehce zvýšené, nebylo by žádoucí, aby svou hmotnost nadále zvyšoval, neboť by mohlo dojít ke zhoršení tělesné pohyblivosti a dalším zdravotním komplikacím. V pacientově stravě se denně objevilo průměrně 1,4 g bílkovin na kilogram hmotnosti (tab. 17). Toto množství odpovídá asi 18 % CDEP. Sacharidy byly přijímány v průměrném množství 47 % a tuky 35 % CDEP (tab. 17). Bylo by možné navýšit příjem sacharidů (zejména komplexních) na úkor části tuků, kterých je v jídelníčku poměrně velké množství.

4.5 Pacient 4

Tabulka 18: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk</u> : 33 let	<u>Výška</u> : 170 cm
<u>Vývoj hmotnosti</u> : Při příjmu do zařízení 63 kg.	
<u>Vývoj BMI</u> : 21,8 kg/m ²	
<u>Diagnóza</u> : Po nehodě na motocyklu před několika měsíci poranění mozku, mnohočetné fraktury, dysfagie. Pacient je imobilní, potřebuje dopomoc při všech běžných úkonech, není schopen slovního kontaktu.	
<u>Medikace</u> : Antihypertenziva, inhibitory protonové pumpy, antipsychotika.	
<u>Nutriční anamnéza</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Tlak krve 120/80 mmHg. - Klinický logoped doporučil, aby si pacient po příjmu stravy minimálně 15 minut neležal, zaznamenán byl též dysfonický hlas pacienta. Dále bylo doporučeno, aby ošetřující personál dočistil pacientovi po příjmu stravy dutinu ústní. - Přijat s PEGem, ten si však vytrhl. - Dieta s omezením tuků pro těžké dysfagiky, tekutiny není dle logopeda třeba zahušťovat. - Pije 2 litry tekutin, jí všechno a chutná mu. - Sám si podá pití a vezme lžici. 	

(vlastní výzkum)

Mladý pacient po pádu na motocyklu s těžkými poraněními hlavy a mozku a mnohočetnými frakturami (tab. 18). V dokumentaci z nemocnice byla na konci listopadu 2018 udána hmotnost 55 kg. Při příjmu v RÚ o pouhé dva dny později však hmotnost byla 63 kg.

Během mého pozorování nedošlo k žádnému zlepšení polykacích funkcí pacienta, neboť pacient byl přijat až ke konci mého pozorování.

Tabulka 19: Příjem energie a živin pacienta 4

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Pondělí	8 060	101	62	260
Úterý	7 955	117	54	241
Středa	7 536	86	61	221
Čtvrtek	7 381	95	54	225
Pátek	7 828	66	58	275
Sobota	7 544	84	51	230
Neděle	7 146	73	60	230
Průměrný příjem	7 489	88	54	238

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Přestože energetická hodnota přijímané stravy přesáhla 8 000 kJ pouze jednou, množství bílkovin, tuků i sacharidů bylo, dle norem diety s omezením tuků, dostatečné (tab. 19). Bylo by samozřejmě možné příjem sacharidů navýšit, i když pacient denně dostával pečivo, běžné přílohy i ovoce. Průměrný příjem bílkovin byl 1,4 g na kilogram hmotnosti, neboli 20 % CDEP. Množství tuků bylo, vzhledem k naordinované dietě s omezením tuků, sníženo. Tuky tedy tvořily v průměru 26 % a sacharidy 54 % CDEP.

Pacient dostával nejen běžný chléb typu Šumava, ale i chléb toastový světlý, případně večku. Samozřejmostí je mixování veškerých polévek a mletí masa.

4.6 Pacient 5

Tabulka 20: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk</u> : 30 let	<u>Výška</u> : 174 cm
<u>Vývoj hmotnosti</u> : 85 kg - pravděpodobně nevážen, hmotnost udala matka.	
<u>Vývoj BMI</u> : 28,1 kg/m ²	
<u>Diagnóza</u> : Po úderu do hlavy nastalo krvácení do mozku, objevila se epilepsie. V důsledku zranění trpí i dysfagií. Komunikace s ním vážně, nespolupracuje, pouze přikyvuje. Stav se postupně zlepšuje.	
<u>Medikace</u> : Antidepresiva, inhibitory protonové pumpy, antiepileptika, antipsychotika.	

Nutriční anamnéza:

- Při testu GUSS chraptivý a klokotavý hlas, nezakašle na vyžádání.
- Je schopen se sám najíst.
- Dieta mixovaná v důsledku těžké dysfagie a vysokého rizika aspirace.
- 2krát denně podáván Nutridrink Compact.
- Tekutiny zahušťovány 1 odměrkou přípravku Nutilis Powder na 250 ml tekutiny.
- Tlak krve 125/80 mmHg; CRP: 11 mg/l.

(vlastní výzkum)

Mladý pacient po fyzickém napadení, v důsledku předchozího poranění hlavy se rozvinulo masivní krvácení do mozku, objevila se epilepsie a těžká dysfagie s nutností mixované stravy a zahušťování tekutin (tab. 20). Tlak krve normální, CRP zvýšené.

Strava tohoto pacienta je velmi odlišná od běžné racionální diety. Všechny polévky byly mixovány, maso mleté. Větší příděl omáčky a sosu je samozřejmostí u všech pacientů s obtížným polykáním. Největší rozdíly jsou patrné ve snídaních a studených večeřích, jejichž součástí mělo být pečivo. Jelikož žádné pečivo není možné těmto pacientům podávat, vařily se např. snídaněvé kaše, připravovaly se tvarohy mixované nasladko i naslano a někdy se i studené večeře nahrazovaly teplými, speciálně připravovanými pro tyto pacienty. Žádná syrová zelenina nebyla podávána. Přesto se na zeleninu v pacientově jídelníčku nezapomnělo, pacient dostával zeleninu dušenou nebo ve formě polévek. Omáčky se mixovaly společně s knedlíkem, což jednak umožnilo zahuštění omáčky, a jednak ozvláštňení příloh, ze kterých jinak přichází v úvahu pouze bramborová kaše.

V průběhu mého pozorování se pacientovy polykací funkce zlepšily a bylo možné začít podávat dysfagickou dietu lehkou, která už není tak náročná na přípravu a je pestřejší i pro pacienta.

Tabulka 21: Příjem energie a živin pacienta 5

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Pondělí	8 576	101	60	288
Úterý	8 387	90	73	256
Středa	7 624	108	82	169
Čtvrtek	8 954	89	65	320
Pátek	9 229	108	78	281
Sobota	9 502	124	63	316
Neděle	7 699	112	62	216
Průměrný příjem	8 565	105	69	264

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Pokud by byla veškerá energie hrazená pouze přijímanou stravou, byl by tento příjem nedostačující. Z tohoto důvodu pacient dvakrát denně popíjel Nutridrink Compact, podávaný v různých příchutích. S těmito přísadami lze jídelníček označit za plnohodnotný a odpovídající běžné racionální dietě (tab. 21). Průměrný denní příjem bílkovin se pohyboval kolem 1,3 g na kilogram hmotnosti, což odpovídá přibližně 20 % CDEP. Tuky tvořily průměrně 30 % a sacharidy 50 % CDEP.

4.7 Pacient 6

Tabulka 22: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk</u> : 26 let	<u>Výška</u> : 167 cm
<u>Vývoj hmotnosti</u> : Vážen pouze jednou – 71 kg.	
<u>Vývoj BMI</u> : 25,5 kg/m ²	
<u>Diagnóza</u> : Pacient po autonehodě, polytrauma, nitrolební hypertenze, mnohočetné fraktury.	
<u>Medikace</u> : Antidepresiva, antikoagulancia.	
<u>Nutriční anamnéza</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Pro příjem stravy je polohován do sedu, strava s dozorem a dopomocí. - Po jídle je dle klinického logopeda nutné provést dočištění dutiny ústní. - V nemocnici živen nasogastrickou sondou. - Nyní dieta racionální upravená pro lehkou dysfagii, tekutiny není nutné zahušťovat. 	

- Tlak krve 115/75 mmHg.

(vlastní výzkum)

Jedná se o mladého pacienta po autonehodě, který utrpěl četná zranění (tab. 22). Tlak krve normální, BMI odpovídá mírné nadváze.

Pacient se rozjídá po předchozím živení nasogastrickou sondou a jeho nutriční stav se postupně pomalu zlepšuje. Jídelníček odpovídá dle norem zařízení racionální dietě dysfagické lehké (tab. 23), polévky není nutné mixovat, maso se nemele a tekutiny není třeba zahušťovat. V jídelníčku se denně objevuje zelenina, maso, konzumní chléb, téměř denně ovoce a alespoň jednou týdně ryba.

Tabulka 23: Příjem energie a živin pacienta 6

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Pondělí	8 846	113	83	243
Úterý	7 459	97	57	229
Středa	8 393	82	83	238
Čtvrtek	8 328	66	77	254
Pátek	6 991	83	54	224
Sobota	8 908	82	109	198
Neděle	7 906	77	77	224
Průměrný příjem	8 118	85	77	229

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Pacient stravou přijme v průměru 1,2 g bílkovin na kilogram vlastní hmotnosti, což odpovídá přibližně 17 % CDEP. Tuky tvořily průměrně asi 35 % a sacharidy 48 % CDEP. Lze konstatovat, že bílkovin i tuků konzumoval pacient poměrně velké množství. V některé dny by tedy bylo žádoucí ve stravě snížit množství tuků a zvýšit množství přijatých sacharidů (zejména komplexních).

4.8 Pacient 7

Tabulka 24: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk</u> : 64 let	<u>Výška</u> : 175 cm
<u>Vývoj hmotnosti</u> : Vážen pouze jednou - 85 kg.	

<u>Vývoj BMI:</u> 27,8 kg/m ²
<u>Diagnóza:</u> Hypertenze na medikaci, inzulinový diabetes melitus 2. typu, chronická žilní insuficience dolních končetin, dysartrie, potíže s chůzí, dysfagie po cévní mozkové příhodě.
<u>Medikace:</u> Inhibitory protonové pumpy, antihypertenziva, antitrombotika, antidiabetika, antidepresiva.
<u>Nutriční anamnéza:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pacient nemá vlastní dentici. - Při testu GUSS se objevil chrapot po příjmu tekutin, klinický logoped doporučil vyšetření FEES, které dysfagii vyvrátilo. - Logoped doporučil zapíjení jednotlivých soust a dočištění dutiny ústní po jídle, dozor u příjmu stravy, minimálně 15 minut po jídle nelehat. - Dieta diabetická inzulinová upravená pro pacienty s lehkou dysfagií – nejprve pro podezření na dysfagii, po testu FEES pro chybějící dentici. - Glykemie opakovaně 7,2 mmol/l. - Tlak krve 115/60 mmHg.

(vlastní výzkum)

Jedná se o staršího pacienta, u něhož se dysfagie objevila v důsledku cévní mozkové příhody (tab. 24). Potíže s chůzí má pacient nejen z důvodu žilní insuficience dolních končetin, ale i kvůli cévní mozkové příhodě, která u něj způsobila středně těžkou pravostrannou hemiparézu.

Během mého pozorování došlo ke zlepšení stavu pacienta. Při příjmu do RÚ byla ordinována diabetická dieta inzulinová dysfagická lehká, kterou pacient konzumoval s dozorem ošetřujícího personálu. Bylo však provedeno vyšetření FEES, které určilo, že pacient dysfagií netrpí. Dieta dysfagická lehká však byla pacientovi ponechána, neboť nemá dentici, a proto se mu měkká strava konzumuje lépe (tab. 25).

Tabulka 25: Příjem energie a živin pacienta 7

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Pondělí	9 587	111	107	230
Úterý	9 525	151	91	218
Středa	10 045	131	107	238
Čtvrtek	8 607	104	85	225
Pátek	10 520	113	98	288
Sobota	10 071	127	101	235
Neděle	9 183	131	87	229
Průměrný příjem	9 648	124	97	238

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Příjem sacharidů je uspokojivý. Tuků je ale v tomto jídelníčku více, než je nutné, tvořily v průměru 37 % CDEP. Stejně tak je zde obsaženo více bílkovin, které tvoří dokonce 21 % CDEP - na jeden kilogram hmotnosti pacienta připadá až 1,5 g bílkovin. Naproti tomu sacharidy činily 42 % CDEP. Vzhledem k tomu, že BMI pacienta poukazuje na nadváhu, a jelikož pacient trpí diabetem a žilní insuficiencí, bylo by vhodné snížení hmotnosti. I vyšší hodnoty glykémie poukazují na nevhodnou kompenzaci diabetu.

Zároveň je ale nutné zmínit, že pokud by pacient netrpěl dysfagií, bylo by mu podáváno pouze tmavé nebo celozrnné pečivo a někdy muselo dojít i k nahrazování celých pokrmů. Ani po rozmixování nelze podávat např. polévku čočkovou nebo hrstkovou, protože obsahuje slupky z luštěnin. Stejně tak není vůbec možné podávat některá hlavní jídla, jako např. knedlíky plněné ovocem nebo masem, španělské ptáčky, smažené maso, kysané zelí nebo některé druhy zeleninových salátů. Všechny tyto pokrmy musí být buď individuálně upraveny, nebo zcela nahrazeny pokrmy z jiných diet nebo speciálně připravenou stravou.

4.9 Pacient 8

Tabulka 26: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace

<u>Věk</u> : 67 let	<u>Výška</u> : 160 cm
<u>Vývoj hmotnosti</u> : Vážen pouze jednou – 58 kg.	
<u>Vývoj BMI</u> : 22,6 kg/m ²	
<u>Diagnóza</u> : Pacient po úrazu, upadl doma. Spolupracuje, potřebuje dopomoc ve všech	

směrech, vydrží jen krátce sedět. Má poruchu exprese a dyspraxii.
<u>Medikace:</u> Antidepresiva, antihypertenziva, antikoagulancia.
<u>Nutriční anamnéza:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Při testu GUSS lehce chraptivý hlas a slabý volní kašel. - Je schopen se sám najíst. - Nepravidelná stolice s inkontinencí. - Chrup v pořádku. - Dieta racionální upravená pro lehkou dysfagii. - Strava s dozorem, pacient nejí dobře, nejí celé porce. - Tlak krve 120/65 mmHg, CRP 13 g/l.

(vlastní výzkum)

Jedná se o strašního pacienta, který doma upadl a potřebuje dopomoc ve všech směrech (tab. 26). U tohoto pacienta se ve zdravotnické dokumentaci z předchozího zařízení objevila informace, že pacient měří 170 cm. V RÚ však byla zjištěna výška 160 cm. Tato informace svědčí o tom, že v některém ze zařízení došlo pravděpodobně k chybě. Tlak krve normální, CRP zvýšené.

Pacientovi byla naordinována dieta dysfagická lehká, která je ze všech dysfagických diet, používaných v RÚ, nejméně omezující (tab. 27). Polykací funkce se však zlepšily a pacient začal dostávat běžnou racionální dietu. Pacient ale nemá chuť k jídlu a nechce jíst.

Tabulka 27: Příjem energie a živin pacienta 8

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Pondělí	9 283	95	85	270
Úterý	8 520	111	76	231
Středa	8 816	83	100	231
Čtvrtek	8 354	69	85	251
Pátek	7 788	100	67	207
Sobota	8 661	103	72	254
Neděle	7 700	81	68	231
Průměrný příjem	8 445	92	79	239

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Jídelníček, až na některé odchylky, odpovídá racionální dietě. Bílkovin přijímá pacient

dostatek, v některých dnech by bylo opět žádoucí ubrat množství tuků a případně přidat komplexní sacharidy. Bílkoviny byly přijímány v průměrném množství 1,6 g na kilogram hmotnosti, což je asi 18 % CDEP. Tuky tvořily v průměru přibližně 34 % a sacharidy 48 % CDEP.

5. DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se snažila upozornit na důležitost výživy pacientů trpících polykacími obtížemi, protože, jak si myslí i Škodová a kol. (2007), vhodná strava je základní součástí terapie.

Bylo by krátkozraké se domnívat, že dysfagická dieta je připravována pouhým rozmixováním naordinované diety. Při vytváření jídelníčku pro pacienty s obtížným polykáním není možné pouze vyloučit nevhodné potraviny, je také nutné je adekvátně nahradit tak, aby pacient získával dostatek energie a všech živin. Tvorba jídelního lístku je složitá i z toho důvodu, že poruchy polykání existují v různých stupních a každý stupeň vyžaduje jinou úpravu stravy a tekutin (Solná et al., 2014). Již bylo zmíněno, že mezi dietou určenou pro dysfagické pacienty a běžnou totožnou dietou jsou rozdíly. Netýkají se pouze zahušťování nebo ředění stravy či tekutin, některé pokrmy je nutné zcela nahradit nebo individuálně upravit pro konkrétního pacienta. Tento fakt poukazuje na důležitost kontroly individuálního jídelníčku pomocí nutričního software, aby byla zajištěna dostatečná energetická i nutriční hodnota podávané stravy.

Z výsledků vyplývá, že mnou sledovaní pacienti byli živeni dobře, bohužel se ale pravidelně nestanovovaly laboratorní hodnoty, dle kterých by bylo možné přesněji určit úspěšnost realimentace. O realimentaci si lze udělat představu pouze podle vzrůstající hmotnosti, která ale nemusí vždy znamenat, že pacient je dostatečně saturován všemi potřebnými živinami. Sledování tekutin nebylo většinou prováděno, jen u dvou pacientů z osmi je zřejmé, že dehydratací netrpěli. Z informací, které jsem měla k dispozici, to ale vypadá, že realimentace pacientů probíhala uspokojivě. Pouze jeden pacient byl podvyživený, jeho stav se ale během mého pozorování zlepšoval a podařilo se zvýšit jeho hmotnost. Přestože Mandysová a Škvrňáková (2016) i Tagliaferriová et al. (2018) upozorňují na značná rizika malnutrice a dehydratace u dysfagických pacientů, u mnou sledovaných pacientů malnutrice ani dehydratace vlivem dysfagie nevznikla. Tagliaferriová et al. (2018) dokonce uvádějí, že 30 % ze 773 respondentů jejich výzkumu trpělo dysfagií, z čehož 84 % bylo podvyživených nebo byli vyhodnoceni jako riziková pro malnutrici.

Co se týká konkrétních diet v mnou sledovaném rehabilitačním ústavu, diety se shodují s informacemi publikovanými Neubauerem a Dobias (2014). Autoři uvádějí tři druhy

konzistence – kašovitou homogenní stravu (v mé práci označovaná jako dysfagická dieta těžká mixovaná), měkkou stravu (v mé práci uváděná jako dysfagická dieta těžká) a přechodnou polotuhou stravu (v mé práci označovaná jako dysfagická dieta lehká). Neubauer a Dobias (2014) mimoto upozorňují na potraviny rizikové pro dysfagické pacienty. Mezi ně dle autorů patří např. jablka, rajčata nebo polévky s obsahem kousků. U mnou sledovaných pacientů se ale všechny tyto potraviny či pokrmy podávaly. Polévky pro pacienty s dysfagickou dietou těžkou a dysfagickou dietou mixovanou byly vždy mixovány. Pokud jde o jablka a rajčata, syrová se podávala v dysfagické dietě lehké tím způsobem, že se oloupala a nakrájela (nastrouhala) najemno. Samozřejmě jablka jsou součástí přesnídávek i pro těžké dysfagiky a rajčata se objevují ve formě rajského protlaku nebo pyré i v těžších obdobích dysfagických diet. Přestože Neubauer a Dobias (2014) považují jmenované potraviny za rizikové, lze je za určitých podmínek a u některých pacientů použít.

Společnost pro výživu (2011) i Stránský a Ryšavá (2016) píší, že snížený přísun sacharidů bývá nahrazen větším množstvím tuků, což potvrzují i jídelníčky uvedené v této práci. Je ale nutné si uvědomit, že hodnoty uvedené v jídelníčcích jsou pouze orientační, neboť data zpracovaná nutričním software Nutriservis Professional mohou být zkreslená. Do aplikace jsem zadávala množství surovin, které bylo nanormované. To ale samozřejmě neznamená, že nanormované množství přesně odpovídalo skutečnému množství, které pacient dostal. Též je nezpochybnitelné, že suroviny jako maso, ovoce nebo zelenina mohou mít jiný obsah živin než ten, který uvádí nutriční software Nutriservis Professional.

Poznatky z mého pozorování se shodují s doporučeními, která uvádí Neubauer a Dobias (2014) i Václavík et al. (2015). Autoři píší o důležitosti kontroly dutiny ústní a o její péči vždy po jídle. Ve shodě s mou prací také upozorňují, že pacient by si po příjmu stravy neměl 20-30 minut lehat.

Pokud jde o používání pomůcek k příjmu stravy (speciální hrnečky, příbory), jsou v tomto zařízení používány, a stejně tak jejich používání doporučují Kejkličková (2011) i Kejkličková a Florianová (2012). Zmíněné pomůcky mohou umožnit jednodušší příjem stravy a tekutin, ale slouží i pro rehabilitaci a zlepšení polykacích funkcí.

Grofová (2007, 2008) si myslí, že vzhled pokrmu na talíři je velmi důležitý, a proto doporučuje servírovat rozmixovanou stravu pomocí různých formiček, tvořítek nebo

zdobítek, s nimiž lze vytvořit vizuálně příjemný výsledek. Přestože v zařízení, kde jsem prováděla výzkum, nebyly, navzdory doporučením Grofové (2007, 2008), využívány žádné zvláštní úpravy stravy při servírování na talíř, oceňuji rozmanitost ve stravě, kterou není vždy jednoduché prosadit, zvláště ve zdravotnických zařízeních, která jsou často limitována jednak personálními, časovými a ekonomickými možnostmi, ale i nedostatečnou velikostí prostor určených pro přípravu stravy nebo neuspokojivým množstvím kuchyňského náčiní nebo nádobí. Pokud byly podávány pomazánky, připravovaly se v místní kuchyni, což je další pozitivum, neboť pomazánka je čerstvá, lépe voní i chutná. Stejně tak šlehané tvarohy, ať již upravené na sladko, tak i na slano, byly připravovány zde. Přílohy se obecně opakují, neboť pacientům nelze podávat luštěniny, rýži, bulgur, kuskus. Možné přílohy jsou tedy těstoviny, brambory a bramborová kaše. Ale i v rámci těchto příloh je snaha o různorodost. Lze připravit např. bramborovo-celerovou kaši, bramborovo-mrkvovou kaši apod. Taková kaše má jinou chuť, barvu i vůni, čímž dosáhneme větší pestrosti v pacientově stravě. Pacient navíc nebude mít pocit, že každý den konzumuje to samé.

Ačkoli Kohoutová (2017) vyzdvihuje k přípravě pokrmů pro pacienty s poruchami polykání používání blixeru, v mnou sledovaném zařízení ho nemají. K mixování je zde používán klasický tyčový mixer. S tím lze dosáhnout také dobrých výsledků, ale s blixerem není problém rozmixovat např. i samotnou rýži, těstoviny nebo mrkev. Holišová (2014) zase doporučuje mixovat každou část pokrmu zvlášť. Tento postup je v RÚ používán, ale ne u všech pokrmů, např. knedlíky se mixují společně s omáčkou. Pro pacienty trpící dysfagií se v ústavní kuchyni nesmaží ani nefrituje, a to z důvodu vzniku tvrdých částí. Pečení se využívá ve vodní lázni, případně se ztvrdlé části před podáváním odkrojí.

Jako velmi pozitivní hodnotím snahu do jídelníčku zařadit co největší množství rozmanité zeleniny. Jelikož je zelenina tvrdá, dusí, často je vláknitá a má slupky, je v podstatě nemožné, aby pacient mohl konzumovat zeleninu syrovou. Proto dochází k navyšování jejího množství v pokrmech. Zelenina se denně objevuje v polévce, někdy je součástí domácích pomazánek a v největším množství se podává k pokrmům v podobě např. dušené mrkve, brokolice nebo špenátu. Zaujala mě myšlenka spařit, oloupat a nadrobno nakrájet rajče. Ze syrové zeleniny byly podávány také oloupané, najemno strouhané okurky. Díky těmto nápadům mohou pacienti konzumovat, i když v omezeném množství, zeleninu syrovou. I Grofová (2007) si myslí, že čím je jídelníček

pacienta pestřejší, a čím více máme možností výběru, tím lépe. Co se týká ovoce, pacientům jsou podávány např. banány, kompoty bez slupek, ale i loupaná, najemno strouhaná jablka. Ovoce, stejně jako zelenina, se v pacientově jídelníčku objevují většinou každý den. Přesto bývá u těchto pacientů problém s dostatečným příjmem vlákniny, protože zelenina i ovoce se loupou, není možné podávat celozrnné pečivo, ořechy ani semínka a ve zdravotnickém prostředí ani celozrnné těstoviny, jak to doporučuje Holišová (2014). Z těchto důvodů by mohlo být vhodné podávat dysfagickým pacientům vlákninu v podobě potravinových doplňků.

Též mě překvapilo, že z osmi pacientů byly pouze dvěma zahušťovány tekutiny, přestože Solná et al. (2014) i Neubauer a kol. (2018) tvrdí, že polykání tekutin bývá nejobtížnější.

V medikaci všech mnou sledovaných pacientů se objevila léčiva, která mohla mít vliv na polykání, hubnutí nebo naopak zvyšování hmotnosti. Nežádoucí účinky se mohou, ale nemusejí, objevit u pacientů v různé míře. K nejčastějším nežádoucím účinkům léků, které byly mnou sledovaným pacientům podávány, patří nevolnost, nechutenství, pocity na zvracení, zvracení, sucho v ústech, obtíže při polykání, zácpa nebo průjem (SÚKL, © 2019). Všechny tyto faktory hrají důležitou roli nejen při rehabilitaci polykání, ale i při celkové realimentaci pacienta, a je potřeba je také brát v potaz. Je tedy možné, že na změnách hmotnosti pacienta mohlo hrát roli např. zadržování vody v těle, otoky, nebo již zmíněná medikace.

Při zamýšlení se nad výsledky výzkumu je také nutné si uvědomit, že mnou realizovaný výzkum byl prováděn na malém množství pacientů, kteří byli hospitalizováni v jednom zdravotnickém zařízení. Výsledky výzkumu tedy nelze vztáhnout plošně na všechna zdravotnická zařízení v celé České republice. Jak jsem již zmínila, jídelníčky a jejich vyhodnocení nemusí být přesné, navíc je pravděpodobné, že pacienti nesnědli celé porce podávané stravy, ale konzumovali navíc nápoje nebo potraviny, které jim donesla rodina, případně si je sami koupili. Skutečný energetický příjem pacientů mohl tedy být velmi odlišný od toho, který uvádím já ve své práci. Nutno také vzít v potaz, že výzkum byl prováděn v rehabilitačním ústavu, jehož režim se liší od jiných zdravotnických zařízení. Pacienti dochází na cvičení a rehabilitace zpravidla několikrát denně, což se odrazí i v jejich energetickém výdeji. Navíc všichni pacienti, kteří se v takovém zařízení nacházejí, jsou stabilizováni. To znamená, že v tomto zařízení se v podstatě nesetkáme

s výživou v intenzivní péči a v akutních stavech.

Neplánovaným závěrem výzkumu je také zjištění, že někdy bývá ve zdravotnické dokumentaci problém se základními daty, jako je hmotnost nebo výška. Je samozřejmé, že některé pacienty nelze změřit nebo zvážit, navíc to zdravotnickému personálu přiděluje práci a ztrácí tím drahocenný čas. Pro nutričního terapeuta jsou ale tyto informace zásadní a potřebuje je znát co nejpřesněji, aby mohl správně zhodnotit výživový stav pacienta a případnou individuální dietu ideálně nastavit. Stejný názor zastává i Svačina (2008). Pokud se tato data neověří skutečným měřením a vážením pacienta, ale zapíše se čísla udaná pacientem nebo jeho blízkými, je pravděpodobné, že tato data nebudou aktuální a nelze je považovat za relevantní.

6. ZÁVĚR

V celé bakalářské práci jsem se zabývala rozličnými druhy výživy, které jsou u dysfagických pacientů možné, obohacováním stravy a technologickou úpravou. Existuje poměrně velké množství možností, jak pacienta vyživit a nezapomínat přitom na pestrost a chuťovou zajímavost.

O dysfagii a výživě při tomto onemocnění se v poslední době více diskutuje, což vnímám jako pozitivní. Je pravděpodobné, že čím více se bude o daném problému hovořit, tím více zařízení se na něj začne zaměřovat a pokusí se ho vyřešit. Pozitivním trendem v České republice je i postupné vytváření jídelních lístků určených přímo pro pacienty s poruchou polykání.

Mezi mé cíle patřilo přesvědčit se, zda jsou konkrétní pacienti saturováni potřebným množstvím energie a živin. Myslím, že tento cíl se podařilo naplnit, neboť jídelníčky byly vyhodnoceny pomocí nutričního software Nutriservis Professional a následně upraveny v programu Excel, takže bylo možné posoudit, zda pacienti byli dostatečně živieni či nikoli. Ukázalo se, že u žádného pacienta nedošlo během mého pozorování k nechtěnému úbytku hmotnosti a nikdo z pacientů po nutriční stránce nestrádal. Zjistila jsem, že v mnou vybraném zařízení je pacientům s poruchou polykání věnována pozornost, jejich výživa se nepodceňuje a je zde snaha o pestrou, chutnou, plnohodnotnou, čerstvou a poctivou stravu.

Druhým cílem bylo posoudit, zda technologická úprava podávané stravy vyhovuje pacientovým fyziologickým možnostem. Pokud mohu soudit, i tento cíl se podařilo splnit. Sama jsem se přesvědčila o pečlivé práci ošetřujícího personálu a všech zdravotnických pracovníků, kteří mají s pacienty trpícími dysfagií značné zkušenosti, a proto vědí, jak při jejich ošetřování postupovat. Individuální dieta byla vždy vytvořena spoluprací mezi lékařem, klinickým logopedem, nutričními terapeuty a kuchyňskými pracovníky. Všichni předešle jmenovaní byli též schopni pohotově reagovat na změny v pacientově stavu a promítnout je do podávané stravy.

Výzkum ukázal, že v mnou prováděném zařízení se dysfagickým pacientům dostává potřebná péče a jejich jídelníčky jsou individuálně sestavovány. Výsledky výzkumu poukazují na důležitost kontroly obsahu energie a makroživin individuálně sestavených jídelníčků v nutričním software a na smysluplnost tvorby jídelníčků pro pacienty

postižené obtížným polykáním.

Budu ráda, pokud má práce poslouží jako komplexní zdroj informací o různých druzích výživy, které jsou u dysfagického pacienta možné, a pokud si čtenář uvědomí, že potíže s polykáním jsou problémem častým, ale řešitelným.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANDRADE PA., SANTOS CA., FIRMINO HH., ROSA CO., 2018. The Importance of Dysphagia Screening and Nutritional Assessment in Hospitalized Patients [online]. *Einstein* 16 (2). e-ISSN: 2317-6385. [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5995555/pdf/1679-4508-eins-16-02-eAO4189.pdf>
2. BOHATCOVÁ, E., 2015. Enterální výživa pohledem farmaceuta [online]. *Praktické lékárenství*. 11(4), s.127-132. ISSN 1801-2434. [cit. 2018-12-06]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2015/04/03.pdf>
3. ČERNÝ, M., KOHOUTEK, M., CHROBOK., V., 2011. FEES – flexibilní endoskopické vyšetření polykání [online]. *Endoskopie* 20(2) s. 70-75. ISSN 1211-1074. [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2011/02/08.pdf>
4. ČIHÁK, R. a kol., 2013. *Anatomie 2. Třetí, upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4788-0.
5. ČUPÁKOVÁ, J., 2012a. Modulární dietetika u poruch polykání [online]. *Edukafarm Farmi News*. 10(2). [cit. 2018-11-20]. ISSN 1213-1717. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/17/18_dietetika.pdf
6. ČUPÁKOVÁ, J., 2012b. Modulární dietetika [online]. *Edukafarm FarmiNews* 10(1), s. 15. ISSN 1213-1717. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2012/1/15_dietetika.pdf
7. DANONE NUTRICIA ADVANCED MEDICAL NUTRITION © 2019. *Enterální výživa k popíjení pro dospělé* [online]. [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <http://www.nutriciamedical.cz>
8. DASTYCH, M., 2012. Enterální výživa v klinické praxi [online]. *Interní medicína pro praxi* 14(4), s. 152-156. ISSN 1803-5256. [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>
9. DAUBER, W., 2007. *Feneisův obrazový slovník anatomie: obsahuje na 800 odborných anatomických pojmů a na 800 vyobrazení*. Vyd. 3. české. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1456-1.

10. DUDA, M., 2012. *Jícen: pohled z mnoha úhlů v zrcadle zkušeností olomoucké jícnové školy*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3266-3.
11. DYLEVSKÝ, I., 2013. *Základy funkční anatomie člověka*. V Praze: České vysoké učení technické. ISBN 978-80-01-05249-5.
12. EGER, L. a EGEROVÁ, D., 2017. *Základy metodologie výzkumu*. 2. přepracované a rozšířené vydání. V Plzni: Západočeská univerzita. ISBN 978-80-261-0735-4.
13. FRESENIUS KABI CZECH REPUBLIC © 2019. *Vysokoproteinová výživa k popíjení* [online]. [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <https://www.fresenius-kabi.com/cz>
14. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1868-2.
15. GROFOVÁ, Z., 2008. Výživa u poruch polykání [online]. *Medicína pro praxi*. 5(10), s. 399 - 400. [cit. 2018-11-13]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/13.pdf>
16. GROFOVÁ, Z., 2009. Přehled přípravků enterální výživy pro domácí použití [online]. *Medicína pro praxi*. 6(3), s. 170-171. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/03/12.pdf>
17. HANZLOVÁ, J., HEMZA, J., 2013. Soustava trávicí. Hlavová část. Hltan - pharynx [online]. In: *Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní. Multimediální elektronický výukový materiál*. [cit. 2019-01-08]. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_II/pages/hlavova_cast.html
18. HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-5412-3.
19. HOLIŠOVÁ, H., 2014. Výživa při dysfagických potížích [online]. *DEBRA ČR*. [cit. 2019-02-02]. Dostupné z: <https://www.debra-cz.org/sites/default/files/perm/document/vyziva-pri-dysfagickych-potizich-2014.pdf>
20. HORKÝ, K., 2005. *Lékařské repertorium*. 2. vydání. Praha: Galén. s. 111. ISBN 80-7262-351-6.
21. HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. a kol. 2018. eOtorinolaryngologie. *Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál Lékařské fakulty v*

- Hradci Králové* [online]. ISSN 1803-280X. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <http://www.eorl.cz/kniha/01-ORL-ANATOMIE-FYZIOLOGIE-PATOLOGIE.pdf>
22. KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
 23. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4533-6.
 24. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.
 25. KEJKLÍČKOVÁ, I., FLORIANOVÁ, R., 2012. Dysfagie a pomůcky při poruchách polykání [online]. *Medicína pro praxi*. 9(1), s. 32-34. ISSN 1214-8687. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/01/08.pdf>
 26. KITTNAR, O., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
 27. KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E., 2009. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.
 28. KOHOUTOVÁ, M., 2017. Výživa při dysfagii [online]. *Angis Revue*. 1(3) [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/205/>
 29. KŘÍŽOVÁ, J. a kol., 2014. *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3326-8.
 30. KŘÍŽOVÁ, J., 2016. Dieta a nutriční opatření u onemocnění gastrointestinálního traktu, jater a pankreatu. In: ZLATOHLÁVEK, L. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. ISBN 978-80-88129-03-5.
 31. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
 32. LASOTOVÁ, N., BEDNAŘÍK, J., 2013. Koncept péče o neurogení dysfagie [online]. *Fakultní nemocnice Brno*. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/koncept-pece-o-neurogeni-dysfagie/t4942>
 33. MANDYSOVÁ, P., ŠKVRŇÁKOVÁ, J., 2016. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0158-0.

34. NESTLÉ HEALTH SCIENCE © 2019. *Nutričně kompletní výživa při zvýšené potřebě bílkovin a energie* [online]. [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <https://www.nestlehealthscience.cz>
35. NEUBAUER, K. a kol. 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.
36. NEUBAUER, K., DOBIAS, S., 2014. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-518-9.
37. NEUBAUER, K., SKÁKALOVÁ, T. a kol., 2015. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-640-7.
38. NUTRICIA NUTILIS © 2019. Products [online]. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://www.nutlis.com/products>
39. NUTRICIA NUTILIS, 2011. *Tasty Food. Safer Food. Delicious Recipes for People with Swallowing Difficulties* [online]. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: http://www.dysphagia.ie/uploads/documents/FINAL_Nutlis_recipe_book_print_ed_04.03.11.pdf
40. Nutriční software NUTRISERVIS PROFESSIONAL, © 2019 [online]. Forsapi s.r.o. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.nutriservis.cz/cs/>
41. REICHEL, J., *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). s. 168. ISBN 978-80-247-3006-6.
42. ROUBÍČKOVÁ, J., © 2019. Dysfagie - poruchy polykání [online]. *Asociace klinických logopedů České republiky* [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <http://www.klinikalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>
43. SINGER, P. et al., 2018. ESPEN Guideline on Clinical Nutrition in the Intensive Care Unit [online]. *Clinical Nutrition* 38(1). [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0261561418324324?token=29274A1F7E70C6CE1656A1D2CC313D4C1CA46D8F62AD6A257B528BBDBCAFC98136FB9A513C2896DDAF82360CACCC0A2A1>
44. SOLNÁ, G., LASOTOVÁ, N., LEBEDOVÁ, Z., HOFMANOVÁ, J., BABOROVÁ, E., 2014. *Návrh jednotného postupu v péči o pacienty s dysfagií na iktových jednotkách v ČR* [online]. [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf>

45. SPOLEČNOST PRO VYŽIVU, 2011. *Referenční hodnoty pro příjem živin*. Praha: Vyživa servis s. r. o. ISBN 978-80-254-6987-3.
46. STANSCHUS, S., 2010. *Metódy v klinickej dysfagiológii*. Bratislava: Kalligram. ISBN 978-80-8101-336-2.
47. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, © 2019. *Príbalové informácie k výrobkům Nutridrink Crème, Fresubin 2kcal Crème, Fantomalt, Protifar, Resource Dessert Complete, Calogen Neutral, MCT-OIL, RESOURCE ® THICKENUP CLEAR, NUTILIS POWDER, Trund, Ketilept, Betaloc, Nutrison Energy Multi Fibre, Vasopirin, Fraxiparine, Fraxiparine multi, Neurotop, Citalec, Nolpaza, Tritace, Neurotin, Elicea, Neurol, Kalium Chloratum, Novalgín, Prestance, Omeprazol, KCL, Quetiapín, Geratam, Sirdalud, Baclofen, Clexane, Apo-cital, Levetiracetam, Piracetam, Derin, Concor Cor, Symbicort, Berodnal, Kapidin, Tritace, Ebrantil, Sortis, Trombex, Zoxon, Actapid, Insulatard, Cipralex, Vasocardin, Kalnormin, Vertimed*. [online]. [cit. 2019-02-26]. Dostupné z: www.sukl.cz
48. STEELE, C. et al., 2018. Creation and Initial Validation of the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative Functional Diet Scale [online]. *Elsevier* 99(5). [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0003999318300856?token=52E9E0619708B9BBC976977D6B6754816E9039F4520D6C68B0C727856013B6EEC6176A871AEEEE1D25860BBEF63E42F65>
49. STRÁNSKÝ, M. a RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2., dopl. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-478-0.
50. SVAČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
51. ŠACHLOVÁ, M., 2009. Sondová enterální výživa [online]. *Interní medicína pro praxi*. 11(5), s.243. [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/05/12.pdf>
52. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
53. TAGLIAFERRI, S. et al., 2018. The Risk of Dysphagia Is Associated with Malnutrition and Poor Functional Outcomes in a Large Population of Outpatient Older Individuals [online]. *Clinical Nutrition* 37(6). [cit. 2019-01-

- 29]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026156141832555X>
54. TEDLA, M., CHROBOK, V., 2009. *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-105-2.
55. TEUSCHL, Y. et al., 2018. Systematic Dysphagia Screening and Dietary Modifications to Reduce Stroke-Associated Pneumonia Rates in a Stroke-Unit [online]. *PloS ONE*. 13(2). [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5794132/pdf/pone.0192142.pdf>
56. TRAPL-GRUNDSCHÖBER, M. et al., 2007. *GUSS: Gugging Swallowing Screen* [online]. [cit. 2018-01-02]. Dostupné z: <https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2017/01/guss-czech.pdf>
57. TRAPL-GRUNDSCHÖBER, M. et al., 2017. *Instruction on How to Use the Gugging Swallowing Screen (GUSS)* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2018/05/guss-instruction_corr-matthew-1.pdf
58. VÁCLAVÍK, D., SOLNÁ, G., LASOTOVÁ, N., LEBEDOVÁ, Z., HOFMANOVÁ, J., BABOROVÁ, E., KOMÍNEK, P., NOVÁK, F., NEUBAUER, K., 2015. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Standart léčebného plánu [online]. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: http://www.csmn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/pece-o-pa-cienty-s-dysfagii-po-cevni-mozkove-prihodestandard-lecebneho-planu-56596?confirm_rules=1
59. VÁGNEROVÁ, T., 2018. *Poruchy polykání: opomíjený problém nejen seniorů?* Výživa a potraviny. 73(5), s. 68-69. ISSN 1211-846X.
60. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-360-8.
61. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
62. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION GLOBAL GUIDELINES, 2014. *Dysphagia Global Guidelines & Cascades* [online]. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-english-2014.pdf>

8. PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1 – Záznamový arch pro test GUSS

Příloha 2 – Vyhodnocení testu GUSS

Příloha 3 – Množství prášku Nutilis Powder potřebné k zahuštění různých typů tekutin

Příloha 4 - Rozbor jídelních lístků

Příloha 1

Záznamový arch pro test GUSS

GUSS Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno:
Datum:
Čas:

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdělost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	<u>Volní</u> kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ Polykání úspěšné		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Celkem:		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2	

2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušřovadlo, chléb)

V následujícím pořadí:	1 →	2 →	3 →
	ZAHUŠŤENÁ TEKUTINA *	TEKUTINA **	PEVNÁ STRAVA ***
POLYKÁNÍ:			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
KAŠEL (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
ZMĚNA HLASU: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušřovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zabarvené tekutiny		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

(Trapl-Grundschoberová et al., 2007)

Příloha 2

Vyhodnocení testu GUSS

GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

VÝSLEDKY		STUPEŇ	DOPORUČENÍ
20	Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normální dieta. ▪ Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).
15-19	Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla). ▪ Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku. ▪ Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda.
10-14	Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahuštěnými konzistencemi jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou. ▪ Všechny tekutiny musí být zahušťovány! ▪ Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou. ▪ Žádná medikace v tekuté formě konzistence. ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
0-9	Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Žádná strava per os ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

(Trapl-Grundschoberová et al., 2007)

Příloha 3

Množství prášku Nutilis Powder potřebné k zahuštění různých typů tekutin

	<i>Požadovaná konzistence</i>		
<i>Studené nápoje</i>	Sirup	Krém	Pudink
Voda	2-3 odměrky	3-4 odměrky	4-5 odměrek
Pomerančový džus	2-3 odměrky	3-4 odměrky	4-5 odměrek
Jablkový džus	2-3 odměrky	3-4 odměrky	4-5 odměrek
Mléko	3-4 odměrky	4-5 odměrek	5-6 odměrek
<i>Sycené nápoje</i>	Sirup	Krém	Pudink
Coca Cola	2-3 odměrky	3-4 odměrky	4-5 odměrek
Limonáda	3 odměrky	4 odměrky	5 odměrek
<i>Teplé nápoje</i>	Sirup	Krém	Pudink
Čaj (bez / s mlékem)	2-3 odměrky	4 odměrky	5 odměrek
Káva s mlékem	2-3 odměrky	4 odměrky	5 odměrek
Káva bez mléka	2-3 odměrky	3 odměrky	4 odměrky
Čokoláda	3-4 odměrky	4 odměrky	5 odměrek
Vývar	3-4 odměrky	4 odměrky	5 odměrek
<i>Teplé nápoje</i>	Sirup	Krém	Pudink
Nutridrink	2-3 odměrky	3-4 odměrky	5 odměrek
Nutridrink Protein	2-3 odměrky	3-4 odměrky	5 odměrek

(Danone Nutricia Advanced Medical Nutrition, © 2019)

Příloha 4

Rozbor jídelních lístků

Pacient 1

Pondělí						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
48 g	Paštika	538	5,3	11,5	1,9	
18 g	Sýr tavený	135	3,8	1,8	0,1	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 314	22	21,5	70,2	
Svačina						
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 715	13,8	11,2	62,3	

Oběd						
150 ml	Polévka z kostí s kapáním	247	5,9	4,2	2,1	
175 g	Zapečené těstoviny	1 345	10,8	17,7	30,7	bez opečené kůrky
50 g	Ananasový kompot	178	0,2	0,1	10,6	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 838	24,8	29,3	82,4	
Svačina						
50 g	Tvaroh 20% tuku	217	6,1	2,7	0,8	šlehaný s banánem
100 g	Banán	362	1,2	0,2	21,8	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 647	15,2	10,2	61,6	
Večeře						
100 g	Treska	292	16,5	0,3	0	pečená
50 g	Zelenina míchaná dušená	301	1,5	0,1	10,6	
100 g	Bramborová kaše	519	3,5	5,3	15,3	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 180	29,4	13	64,9	
2.večeře						
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Denní součet		11 494	112,7	92,5	364,4	

Úterý						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
75 g	Kobliha	1 280	4,9	12,6	38,1	
150 g	Jogurt ovocný	861	4,5	10,5	23,3	
17 g	Sýr Kiri	230	1,4	5,4	0,3	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		3 949	22,7	36,5	125,8	
Svačina						
50 g	Tvaroh 20% tuku	217	6,1	2,7	0,8	šlehaný se šunkou
25 g	Šunka dušená	165	4,4	2,3	0,4	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 450	18,4	12,3	40,2	
Oběd						
150 ml	Polévka z vaječné jíšky	150	1,55	0,5	7,1	
135 g	Hovězí po orientálsku	696	11,85	8,2	12,5	více mixované omáčky
125 g	Brambory vařené	448	2,5	0,3	25,8	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 362	23,8	16,3	84,4	

Svačina						
50 g	Tvaroh 20% tuku	217	6,1	2,7	0,8	šlehaný se strouhaným jablkem
100 g	Jablko	182	0,4	0,4	13	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 467	14,4	10,4	52,8	
Večeře						
135 g	Vepřový guláš	800	10	14,1	7,2	více omáčky
75 g	Těstoviny vařené	557	3,5	2,5	23,7	
50 g	Brokolice vařená	54	1,7	0,1	2,9	doměkka
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 479	23,1	24	72,8	
2.večeře						
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Denní součet		12 507	109,9	106,8	399	

Středa						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
20 g	Med	279	0,1	0	16,3	
25 g	Šunka dušená	95	3,6	1	0,1	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 585	15,6	25,8	80,5	
Svačina						
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 715	13,8	11,2	62,3	
Oběd						
150 ml	Hovězí polévka se zeleninou	186	3,6	0,9	6,1	
80 g	Krůtí roláda	739	16,8	7,9	9,1	
125 g	Brambory vařené	448	2,5	0,3	25,8	
50 g	Špenát dušený	37	1,3	0,2	1,5	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 478	32,1	16,6	81,5	

Svačina						
250 g	Kefírové mléko ovocné	675	7,3	2,3	28	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 743	15,2	9,6	67	
Večeře						
25 g	Chléb Šumava	255	2	0,3	12,6	odkrojená kůrka
150 g	Sýr Almette	1 446	10,5	31,5	6	
50 g	Kompot mandarinkový	146	0,2	0,1	8,3	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 915	20,6	39,2	65,9	
2.večeře						
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Denní součet		12 236	104,8	109,7	380,2	

Čtvrtek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
20 g	Džem	209	0,3	0,1	11,8	
40 g	Salámová pomazánka	401	5,5	7,8	0,8	mixovaná
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 188	17,7	15,9	76,7	
Svačina						
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 715	13,8	11,2	62,3	
Oběd						
150 ml	Gulášová polévka	517	5,8	5,2	14,3	
135 g	Vepřová pečeně dušená	1 106	10,2	21,3	7,9	více sosu
125 g	Bramborová kaše	519	3,5	5,3	15,3	
100 g	Jablkový salát	192	0,5	0,5	13,9	loupané, strouhané najemno
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		3 402	27,9	39,6	90,4	

Svačina						
50 g	Tvaroh 20% tuku	217	6,1	2,7	0,8	šlehaný se strouhaným sýrem
50 g	Eidam 30% tuku v sušině	220	6,1	3	0,3	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 505	20,1	13	40,1	
Večeře						
110 g	Směs diana	895	11,4	12	16,2	mixováno
100 g	Těstoviny vařené	557	3,5	2,5	23,7	
100 g	Okurkový salát	42	0,8	0,2	2,3	loupaná, nejemno strouhaná
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 562	23,6	22	81,2	
2.večeře						
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Denní součet		12 172	110,6	109	373,7	

Pátek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
20 g	Med	279	0,1	0	16,3	
17 g	Sýr Kiri	230	1,4	5,4	0,3	
150 g	Jogurt ovocný	773	7,2	5,7	28,1	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 860	20,6	19,1	108,8	
Svačina						
50 g	Tvaroh 20% tuku	217	6,1	2,7	0,8	šlehaný se sýrem
18 g	Tavený sýr	135	3,8	1,8	0,1	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 420	17,8	11,8	39,9	
Oběd						
150 ml	Drůbeží polévka s nudlemi	394	5,1	3,5	11,1	
100 g	Pečené krůtí stehno	546	21,3	3,3	3,9	bez kosti
60 g	Bramborový knedlík	522	4,1	0,2	26,5	větší množství sosu
50 g	Zelenina míchaná dušená	189	1,5	2,6	4,5	
50 g	Hruškový kompot	162	0,1	0,1	10,2	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 881	40	17	95,2	

Svačina						
250 g	Kefirové mléko slazené	675	7,3	2,3	28	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 743	15,2	9,6	67	
Večeře						
200 g	Nudle se špenátem a sýrem	1 173	12,6	12,9	28,9	
50 g	Mrkvový salát	54	0,6	0,2	4,6	loupaná, najemno strouhaná
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 295	21,1	20,4	72,5	
2.večeře						
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Denní součet		11 999	122,2	85,2	406,4	

Sobota						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
20 g	Džem	209	0,3	0,1	11,8	
80 g	Gervais	744	4,4	16,8	2,8	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 531	16,6	24,9	78,7	
Svačina						
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 715	13,8	11,2	62,3	
Oběd						
150 ml	Kmínová polévka	208	3,6	1,6	5,2	
135 g	Hovězí znojemská omáčka	696	11,9	8,5	10,3	více omáčky
125 g	Brambory vařené	448	2,5	0,3	25,8	mačkané
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 420	25,9	17,7	80,3	

Svačina						
50 g	Tvaroh 20% tuku	217	6,1	2,7	0,8	mixován s banánem
100 g	Banán	362	1,2	0,2	21,8	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 647	15,2	10,2	61,6	
Večeře						
200 g	Těstovinový salát	1 100	12,9	11,1	28,4	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 168	20,8	18,4	67,4	
2.večeře						
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Denní součet		11 281	99,8	89,7	373,3	

Neděle						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
20 g	Med	279	0,1	0	16,3	
50 g	Eidam 30% tuku v sušině	550	15,2	7,6	0,7	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		3 040	27,2	32,4	81,1	

Svačina						
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 715	13,8	11,2	62,3	
Oběd						
150 ml	Bulharská polévka	178	1,5	0,3	10,7	
135 g	Vepřová pečeně se sosem	1 021	9,5	17,7	12	více sosu
60 g	Bramborový knedlík	522	4,1	0,2	26,5	
50 g	Dušená mrkev	44	0,5	0,1	3,7	strouhaná
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		2 833	23,5	25,6	91,9	
Svačina						
50 g	Tvaroh 20% tuku	217	6,1	2,7	0,8	mixován se šunkou
50 g	Dušená šunka	165	4,4	2,3	0,4	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Celkem		1 450	18,4	12,3	40,2	

Večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
50 g	Tavený sýr	197	7,2	0,7	2,9	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
400 ml	Čaj slazený	268	0,4	0	16	
Celkem		1 838	20,1	8,9	71,1	
2.večeře						
125 ml	Nutrison Energy Multi Fibre	800	7,5	7,3	23	
Denní součet		11 676	110,5	97,7	369,6	

Pacient 3

Pondělí						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	226	0,1	0	13,2	
17 g	Sýr Kiri	230	1,4	5,4	0,3	
50 g	Šunka dušená	330	8,8	4,6	0,7	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 337	17,5	28	59,4	
Oběd						
300 ml	Hovězí vývar se zeleninou	749	13,4	14	3,5	mixovaný
270 g	Vepřový guláš uherský	1 548	20,1	27,5	12,7	maso mleté, omáčka mixovaná
200 g	Těstoviny vařené	1 114	7	5	47,4	
Celkem		3 411	40,5	46,5	63,6	
Večeře						
130 g	Kuřecí nudličky	559	29,8	1,2	1	mleté
250 g	Bramborová kaše	962	5,5	5,4	43,4	
100 g	Dušená mrkev	385	1,5	4,4	12,4	strouhaná najemno
180 g	Přesnídávka	643	0,9	0,4	38,9	
Celkem		2 549	37,7	11,4	95,7	
Denní součet		8 297	95,7	85,9	218,7	

Úterý						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
90 g	Vajíčková pomazánka	732,5	8,1	14,7	2,6	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 556	15,4	32,7	64,3	
Oběd						
300 ml	Hovězí polévka	683	13,2	9,2	10,1	mixovaná
170 g	Pikantní kuře	965	31,5	6,5	12	maso mleté, omáčka mixovaná
250 g	Brambory mačkané	895	5	0,5	51,5	polité větším množstvím omáčky
180 g	Přesnídávka	653	0,7	0,4	39,6	
Celkem		3 196	50,4	16,6	113,2	
Večeře						
270 g	Hovězí na pepři	955	21,6	10,9	12,8	maso mleté, více omáčky
250 g	Špece	1 558	15	3,5	69	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
Celkem		2 576	37,6	14,6	85,9	
Denní součet		8 328	103,4	63,9	263,4	

Středa						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
150 g	Jogurt ovocný	773	7,2	5,7	28,1	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
100 g	Jablkový salát	192	0,5	0,5	13,9	loupané, strouhané
Celkem		2 788	15	24,2	103,7	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s kapáním	692	12,2	8,8	13,7	mixovaná
270 g	Vepřový plátek na česneku	1 562	16,8	30,2	11	maso mleté, omáčka mixovaná
120 g	Bramborový knedlík	1 044	8,2	0,4	53	polité větším množstvím omáčky
100 g	Špenát dušený	135	3	0,3	3,8	
Celkem		3 433	40,2	39,7	81,5	
Večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
120 g	Paštika	1 144	22,7	19,2	1	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
Celkem		2 350	27,7	36,9	30,2	
Denní součet		8 571	82,9	100,8	215,4	

Čtvrtek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
150 g	Jogurt bílý	540	7,6	3,6	11,6	
36 g	Tavený sýr	270	7,6	3,6	0,3	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 633	22,5	25,2	73,6	
Oběd						
300 ml	Bramborová polévka	316	4,4	1,1	13,5	mixovaná
100 g	Rybí filé	340	18,7	0,6	0	maso mleté, omáčka mixovaná
250 g	Bramborová kaše	884	6,9	9,6	30,6	
100 g	Mrkev dušená	626	1,8	10,3	12,4	
Celkem		2 166	31,8	21,6	56,5	
Večeře						
270 g	Hovězí na žampionech	1 319	16,4	23,1	10,6	maso mleté, více omáčky
200 g	Těstoviny vařené	1 114	7	5	47,4	
100 g	Brokolice	108	3,3	0,2	5,7	dušená doměkka
120 g	Jablkový salát	254	1,6	1,1	14,5	loupané, strouhané, s jogurtem
Celkem		2 795	28,3	29,4	78,2	
Denní součet		7 594	82,6	76,2	208,3	

Pátek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	201	0,1	0	12,1	
50 g	Vejsce vařené	357	6,9	5,8	0,6	
50 g	Salám šunkový	424	9	7,3	0,1	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 533	23,2	31,1	58	
Oběd						
300 ml	Zeleninová polévka	182	2,5	1,3	6,1	mixovaná
260 g	Krupicová kaše s Grankem	1 791	18,5	10,7	62,4	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	
Celkem		2 407	22,4	12,2	94,7	
Večeře						
270 g	Vepřové ala bažant	1 777	21,4	31,6	16,5	maso mleté, více omáčky
250 g	Halušky vařené	2 375	9	5,3	121	
100 g	Zelenina míchaná dušená	377	2,9	5,1	9	dušená doměkka
Celkem		4 529	33,3	42	146,5	
Denní součet		9 469	78,9	85,3	299,2	

Sobota						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
48 g	Paštika	538	5,3	11,5	1,9	
180 g	Přesnídávka	619	0,7	0,5	37,4	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 980	13,3	30	101	
Oběd						
300 ml	Hovězí vývar se zeleninou	559	10,9	8,3	8,8	mixovaný
130 g	Kuřecí plátek	727	31,7	1,4	8,2	maso mleté
100 g	Brokolice	108	3,3	0,2	5,7	vařená doměkka
250 g	Bramborová kaše	993	5,6	5,3	41,8	
Celkem		2 387	51,5	15,2	64,5	
Večeře						
120 g	Chléb Šumava	1 224	9,6	1,6	60,2	odkrojená kůrka
120 g	Pomazánka tvaroh, šunka, sýr	913	23,4	13,3	1,5	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	
Celkem		2 833	34	31,9	65,8	
Denní součet		8 200	98,8	77,1	231,3	

Neděle						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	226	0,1	0	13,2	
17 g	Sýr Kiri	230	1,4	5,4	0,3	
150 g	Jogurt bílý	329	8,3	0,2	10,8	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 336	17	23,6	69,5	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s těstovinou	638	10,9	8	13,2	mixovaná
270 g	Hovězí pečeně štěpánská	1 071	23,7	12,9	12	maso mleté, více omáčky
250 g	Bramborovo celerová kaše	588	4,7	1	33,5	
180 g	Přesnídávka	653	0,7	0,4	39,6	
Celkem		2 950	40	22,3	98,3	
Večeře						
120 g	Chléb Šumava	1 224	9,6	1,6	60,2	odkrojená kůrka
125 g	Krůtí maso v konzervě	926	29,6	10,6	0	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 783	39,2	29	60,2	
Denní součet		8 069	96,2	74,9	228	

Pacient 4

Pondělí						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	220	0,1	0,1	12,7	
150 g	Sýr Cottage	638	18,8	6,8	4,1	
Celkem		1 776	26,1	8,1	62	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s noky	636	11	8,2	12	mixovaná
270 g	Hovězí guláš	1 390	27,6	12,5	31,4	maso mleté, více omáčky
200 g	Těstoviny vařené	1 114	7	5	47,4	
180 g	Přesnídávka	653	0,7	0,4	39,6	
Celkem		3 793	46,3	26,1	130,4	
Večeře						
130 g	Přírodní vepřové nudličky	1 204	18,5	20,6	8,4	maso mleté
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
100 g	Brokolice	108	3,3	0,2	5,7	vařená doměkka
Celkem		2 491	28,4	27,3	67,7	
Denní součet		8 060	100,8	61,5	260,1	

Úterý						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb toastový světlý	1 070	8,5	3,2	47,8	odkrojená kůrka
20 g	Džem	225	0,1	0	13,1	
50 g	Tavený sýr	375	10,5	5	0,4	
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
Celkem		2 317	25	12,1	84,6	
Oběd						
300 ml	Hovězí polévka s masem	836	14	9,1	19	mixovaná
170 g	Kuře na zelenině	804	30,4	6,3	3,8	maso mleté, zelenina doměkka
250 g	Bramborová kaše	1 045	7,3	10,8	30,9	
100 g	Broskvový kompot	335	0,5	0,1	20	
Celkem		3 020	52,2	26,3	73,7	
Večeře						
270 g	Hovězí pečeně přírodní	987	22,3	11,8	10,5	maso mleté, více omáčky
250 g	Špece	1 558	15	3,5	69	
100 g	Špenát dušený	73	2,5	0,4	3	
Celkem		2 618	39,8	15,7	82,5	
Denní součet		7 955	117	54,1	240,8	

Středa						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Veka	1 044	7,8	0,9	53,8	odkrojená kůrka
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
80 g	Gervais	768	6	9,2	2	
Celkem		2 459	19,7	14	79,1	
Oběd						
300 ml	Polévka z vaječné jíšky	185	2,9	1,7	5	mixovaná
270 g	Houbová omáčka s masem	1 723	22,2	28,8	18,6	více mixované omáčky
120 g	Bramborový knedlík	1 044	8,2	0,4	53	
100 g	Jablkový salát	182	0,4	0,4	13	oloupané, strouhané najemno
Celkem		3 134	33,7	31,3	89,6	
Večeře						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
100 g	Lučina	584	9,8	10	2,8	
100 g	Šunka	378	14,3	4	0,3	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
Celkem		1 943	32,3	15,4	52,4	
Denní součet		7 536	85,7	60,7	221,1	

Čtvrtek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	225	0,1	0	13,1	
100 g	Šunková pěna	469	12,7	5,2	3,1	
150 g	Jogurt bílý	233	6,6	0,2	7,4	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 478	26,6	23,4	68,8	
Oběd						
300 ml	Bramborová polévka	334	3,8	0,3	16,7	mixovaná
100 g	Rybí filé	653	18,8	8,9	0,6	mleté
250 g	Bramborová kaše	1 129	10,4	3,3	48,8	
100 g	Dušená zelenina	377	2,9	5,1	9	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	
Celkem		2 927	37,3	17,8	101,3	
Večeře						
270 g	Hovězí na zelenině	862	24	7,6	7,3	maso mleté, více omáčky
200 g	Těstoviny vařené	1 114	7	5	47,4	
Celkem		1 976	31	12,6	54,7	
Denní součet		7 381	94,9	53,8	224,8	

Pátek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	225	0,1	0	13,1	
36 g	Tavený sýr	270	7,6	3,6	0,3	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 046	14,9	21,6	58,6	
Oběd						
300 ml	Nudlová polévka	362	7,5	3,1	6,9	mixovaná
260 g	Krupicová kaše	1 267	9,7	11,8	39	posypaná Grankem
100 g	Broskvový kompot	335	0,5	0,1	20	
Celkem		1 964	17,7	15	65,9	
Večeře						
200 g	Vepřová pečeně na rajčatech	1 443	24,2	16	29	maso mleté, více sosu
250 g	Halušky	2 375	9	5,3	121	
Celkem		3 818	33,2	21,3	150	
Denní součet		7 828	65,8	57,9	274,5	

Sobota						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	225	0,1	0	13,1	
80 g	Sýr Gervais	768	6	9,2	2	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 544	13,3	27,2	60,3	
Oběd						
300 ml	Krupicová polévka	630	5,1	2,4	18,4	mixovaná
200 g	Drůbeží nudličky se zeleninou	1 126	33,4	6,7	19	maso mleté, více omáčky
200 g	Těstoviny vařené	1 114	7	5	47,4	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	
Celkem		3 304	46,9	14,3	111	
Večeře						
90 g	Veka	1 044	7,8	0,9	53,8	odkrojená kůrka
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, nejemno krájené
95 g	Pomazánka šunka sýr vejce	589	14,9	8,5	1,2	
Celkem		1 696	23,7	9,6	59,1	
Denní součet		7 544	83,9	51,1	230,4	

Neděle						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
17 g	Sýr Kiri	230	1,4	5,4	0,3	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 053	8,7	23,4	62	
Oběd						
300 ml	Zeleninová polévka s kapáním	238	2,6	1,3	9	mixovaná
100 g	Krůtí plátek	759	23,6	6,3	8	maso mleté
100 g	Špenát dušený	73	2,5	0,4	3	
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
180 g	Přesnídávka	643	0,9	0,4	38,9	
Celkem		2 892	36,2	14,9	112,5	
Večeře						
90 g	Chléb toastový světlý	1 070	8,5	3,2	47,8	odkrojená kůrka
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
135 g	Pomazánka z Lučiny	1 068	18,9	18,7	3,2	
Celkem		2 201	28,4	22,1	55,1	
Denní součet		7 146	73,3	60,4	229,6	

Pacient 5

Pondělí						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
250 g	Krupicová kaše	1 087	9,1	7,3	38,7	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	rozmixovaný s kaší
125 ml	Nutridrink Compact jahoda	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 840	22,5	19,1	105,4	
Oběd						
300 ml	Zeleninová polévka	245	0,6	5,1	2,3	mixovaná
130 g	Kuřecí plátek	775	31,5	1,4	11,5	mletý
100 g	Dušená mrkev	385	1,5	4,4	12,4	strouhaná
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 645	40,2	17,4	83,2	
Večeře						
120 g	Treska	485	16,5	5,3	0	mixovaná
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
100 g	Brokolice	108	3,3	0,2	5,7	dušená, mixovaná
125 ml	Nutridrink Compact banán	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		3 091	38,4	23,6	99,8	
Denní součet		8 576	101,1	60,1	288,4	

Úterý						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
160 g	Tvaroh šlehaný s jogurtem	731	13,6	6,7	13,9	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	rozmixovaný s tvarohem
125 ml	Nutridrink Compact jahoda	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutilus Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 484	27	18,5	80,6	
Oběd						
300 ml	Rybí polévka	133	6	0,3	1,4	mixovaná
170 g	Houbová omáčka	575	3,3	11,4	6,9	mixovaná s knedlíkem a vejcem
120 g	Houskový knedlík	1 213	8,5	3,1	58,7	
55 g	Vejce natvrdo	357	6,9	5,8	0,6	
4 g	Nutilus Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 339	24,7	20,6	71	
Večeře						
270 g	Vepřový guláš	1 066	19,2	16,1	9,9	mixované maso i s omáčkou
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
125 ml	Nutridrink Compact káva	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutilus Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		3 564	37,8	34,2	104	
Denní součet		8 387	89,5	73,3	255,6	

Středa						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
160 g	Tvaroh se šunkou a sýrem	898	24,8	11,8	2,3	šlehané
125 ml	Nutridrink Compact jahoda	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutilus Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 217	36,8	23,4	42,8	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s těstovinou	638	10,9	7,9	13,2	mixovaná
270 g	Hovězí pečeně	952	21,9	12,7	7,3	mixovaná s knedlíkem
120 g	Bramborový knedlík	1 044	8,2	0,4	53	
100 g	Dušený květák	96	1,8	0,5	4,4	mixovaný
4 g	Nutilus Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 791	42,8	21,5	81,3	
Večeře						
180 g	Almette se šunkou a sýrem	1 297	16,1	25,5	4,5	šlehané
125 ml	Nutridrink Compact káva	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutilus Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 616	28,1	37,1	45	
Denní součet		7 624	107,7	82	169,1	

Čtvrtek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
250 g	Krupicová kaše	1 087	9,1	7,3	38,7	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	rozmixovaný s kaší
125 ml	Nutridrink Compact vanilka	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 840	22,5	19,1	105,4	
Oběd						
300 ml	Polévka špenátová	380	3,9	6,3	7	mixovaná
130 g	Krůtí plátek	798	23,6	7,3	7,5	mixovaný se sosem
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
100 g	Červená řepa	148	1,6	0,1	9,5	vařená, loupaná, mixovaná
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 566	35,7	20,2	81	
Večeře						
300 ml	Rajská polévka	1 016	6,4	1,3	55,6	mixovaná
180 g	Bramborovo celerové pyré	856	5,7	6,7	37	mixované s vejcem
55 g	Vejce natvrdo	357	6,9	5,8	0,6	
125 ml	Nutridrink Compact káva	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		3 548	31	25,4	133,7	
Denní součet		8 954	89,2	64,7	320,1	

Pátek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
250 g	Jogurt s tvarohem a banánem	988	11,6	4,7	38,8	šlehané
125 ml	Nutridrink Compact káva	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutrilis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 307	23,6	16,3	79,3	
Oběd						
300 ml	Polévka květáková	301	2,8	5,3	6,3	mixovaná
270 g	Vepřové ala bažant	1 695	21,1	31,5	11,1	maso a omáčka mix s knedlíkem
120 g	Bramborový knedlík	1 044	8,2	0,4	53	
100 g	Mrkev dušená	385	1,5	4,4	12,4	strouhaná
4 g	Nutrilis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		3 486	33,6	41,6	86,2	
Večeře						
130 g	Kuřecí na rajčatech	938	32,5	1,8	21,5	maso mixované se sosem
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
125 ml	Nutridrink Compact káva	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutrilis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		3 436	51,1	19,9	115,6	
Denní součet		9 229	108,3	77,8	281,1	

Sobota						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
250 g	Rýžová kaše	1 293	10,6	3,2	59	
100 g	Broskvový kompot	335	0,5	0,1	20	bez slupek
125 ml	Nutridrink Compact vanilka	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 947	23,1	14,9	119,5	
Oběd						
300 ml	Kuřecí vývar se zeleninou	898	25,4	7,9	16,4	mixovaný
130 g	Krůtí plátek na česneku	798	23,6	7,2	7,5	maso mixované se sosem
250 g	Bramborová kaše	1 179	6,6	6,5	53,6	
100 g	Kedlubnové zelí	110	2,2	0,1	7,2	dušené, strouhané najemno
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		3 046	57,8	21,7	88,1	
Večeře						
270 g	Hovězí znojemská	977	22,1	11,7	8,8	maso i omáčka mix s knedlíkem
120 g	Houskový knedlík	1 213	8,5	3,1	58,7	
125 ml	Nutridrink Compact banán	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		3 509	42,6	26,4	108	
Denní součet		9 502	123,5	63	315,6	

Neděle						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
110 g	Tvarohový termix s kakaem	557	12,8	6	5,9	šlehané
180 g	Přesnídávka	653	0,7	0,4	39,6	
125 ml	Nutridrink Compact jahoda	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 529	25,5	18	86	
Oběd						
300 ml	Hovězí vývar se zeleninou	653	13,6	10,4	5,6	mixovaný
270 g	Hovězí pečeně	759	21,9	6,7	7,3	mixovaná se sosem a knedlíkem
120 g	Knedlík houskový	1 213	8,5	3,1	58,7	
100 g	Špenát	73	2,5	0,4	3	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 759	46,5	20,6	78	
Večeře						
230 g	Rajčatový Cottage se šunkou	1 092	28,4	11,6	11,9	šlehané
125 ml	Nutridrink Compact banán	1 258	12	11,6	37,1	
4 g	Nutulis Powder	61	0	0	3,4	přidán do čaje
Celkem		2 411	40,4	23,2	52,4	
Denní součet		7 699	112,4	61,8	216,4	

Pacient 6

Pondělí						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
20 g	Džem	198	0,1	0,1	11,5	
50 g	Eidam 30% t.v.s	550	15,2	7,6	0,7	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	
Celkem		2 733	23,9	25,9	83,6	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s noky	675	13,5	9,4	9,2	
270 g	Vepřová pečeně protýkaná	1 534	17,8	29,1	10	více sosu
200 g	Těstoviny vařené	1 114	7	5	47,4	
100 g	Brokolice	108	3,3	0,2	5,7	dušená doměkka
Celkem		3 431	41,6	43,7	72,3	
Večeře						
140 g	Pečené kuře	1 063	35,8	9,1	7,5	
250 g	Brambory mačkané	895	5	0,5	51,5	
100 g	Zelenina dušená	724	6,9	3,6	28,2	
Celkem		2 682	47,7	13,2	87,2	
Denní součet		8 846	113,2	82,8	243,1	

Úterý						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
75 g	Rybí pomazánka	710	8,6	14,9	0,5	
Celkem		2 533	15,9	32,9	62,2	
Oběd						
300 ml	Polévka zeleninová	381	1,6	5,3	9	
130 g	Kuřecí roláda	881	32,1	6,2	7,5	více sosu
120 g	Knedlík bramborový	1 044	8,2	0,4	53	
100 g	Špenát	135	3	0,3	3,8	
110 g	Jablko s citronem	187	0,4	0,4	13,5	loupané, strouhané
Celkem		2 628	45,3	12,6	86,8	
Večeře						
130 g	Krůtí plátek přírodní	605	23,6	2,2	7,6	více sosu
250 g	Bramborová kaše	969	5,7	5,3	43,7	
100 g	Zelenina dušená	724	6,9	3,6	28,2	
Celkem		2 298	36,2	11,1	79,5	
Denní součet		7 459	97,4	56,6	228,5	

Středa						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
80 g	Duko	765	4,5	16,4	4,8	
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
20 g	Džem	198	0	0,1	11,5	
Celkem		3 161	17,6	38,4	84,8	
Oběd						
300 ml	Polévka kmínová s vejci	404	4	1,8	16,9	
270 g	Hovězí přírodní na houbách	828	23	6,9	12	více omáčky
150 g	Těstoviny	1 114	7	5	47,4	
100 g	Hruškový kompot	324	0,2	0,1	20,3	
Celkem		2 670	34,2	13,8	96,6	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0,0	16,8	0,0	
125 g	Sardinky v tomatě	846	21,3	12,4	1,8	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
Celkem		2 562	30,3	30,7	56,1	
Denní součet		8 393	82,1	82,9	237,5	

Čtvrtek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
80 g	Gervais	768	6	9,2	2	
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
Celkem		2 591	13,3	27,2	63,7	
Oběd						
300 ml	Polévka vločková	354	3,2	1,5	16,4	
120 g	Kapustový karbanátek	2 041	25,1	34,3	23,8	
250 g	Brambory mačkané	895	5	0,5	51,5	
100 g	Okurkový salát	42	0,8	0,2	2,3	strouhaný najemno
Celkem		3 332	34,1	36,5	94	
Večeře						
250 g	Krupicová kaše s kakaem	1 351	10,9	8,4	50	
180 g	Přesnídávka	643	0,9	0,4	38,9	
150 g	Bílý jogurt	411	6,8	4,5	7,7	
Celkem		2 405	18,6	13,3	96,6	
Denní součet		8 328	66	77	254,3	

Pátek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
18 g	Sýr tavený	135	3,8	1,8	0,1	
120 g	Jogurt bílý	263	6,6	0,1	8,6	
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
Celkem		2 221	17,7	19,9	70,4	
Oběd						
300 ml	Polévka nudlová	753	14,7	9,8	11,5	
100 g	File	533	18,7	5,6	0	
250 g	Brambory mačkané	895	5	0,5	51,5	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	
Celkem		2 615	39,8	16,1	89,2	
Večeře						
250 g	Zapečené těstoviny	2 101	23,4	17,5	61,6	bez opečené kůrky
100 g	Brokolice	54	1,7	0,1	2,9	dušená doměkka
Celkem		2 155	25,1	17,6	64,5	
Denní součet		6 991	82,6	53,6	224,1	

Sobota						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
80 g	Gervais	768	6	9,2	2	
100 g	Jablkový salát	185	0,4	0,4	15	loupané, strouhané najemno
20 g	Džem	226	0,1	0	13,2	
Celkem		2 730	13,7	27,6	75,4	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s kapáním	660	12,4	8,7	10,9	
120 g	Sekaná pečeně	1 632	20,8	28,2	13,1	
250 g	Bramborová kaše	884	6,9	6,6	30,6	
100 g	Mrkev dušená	626	1,8	10,3	12,4	
Celkem		3 802	41,9	53,8	67	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
100 g	Šunka dušená	660	17,6	9,1	1,4	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 376	26,6	27,4	55,7	
Denní součet		8 908	82,2	108,8	198,1	

Neděle						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
48 g	Paštika	457	9,1	7,7	0,4	
180 g	Přesnídávka	653	0,7	0,4	39,6	
Celkem		2 661	17	26,1	85,2	
Oběd						
300 ml	Polévka zeleninová s knedlíčky	349	3,1	0,8	13,6	
270 g	Hovězí po pražsku	1 311	28	18,5	9,6	
120 g	Knedlík houskový	1 213	8,5	3,1	58,7	
100 g	Špenát	135	3	0,3	3,8	
Celkem		3 008	42,6	22,7	85,7	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
100 g	Lučina	584	9,8	10	2,8	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 237	17,8	28,1	53	
Denní součet		7 906	77,4	76,9	223,9	

Pacient 7

109

Pondělí						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem dia	108	0,1	0	6,8	
50 g	Eidam 30% tuku v sušíně	550	15,2	7,6	0,7	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 209	22,5	25,6	52,7	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s noky	828	15,9	10,8	12,7	
270 g	Vepřový guláš uherský	1 638	20,7	27,6	16,8	více omáčky
150 g	Těstoviny	836	5,3	3,8	35,6	
100 g	Dušená mrkev	626	1,8	10,3	12,4	
Celkem		3 928	43,7	52,5	77,5	
Svačina						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
105 g	Pomazánka rozhuda	374	9,6	4,3	3	
Celkem		884	13,6	5	28,1	
Večeře						
130 g	Vepřové nudličky přírodní	1 204	18,5	20,6	7,4	
150 g	Brambory vařené	537	3	0,3	30,9	
Celkem		1 741	21,5	20,9	38,3	

2.večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
150 g	Jogurt bílý	315	5,4	2,4	8,4	
Celkem		825	9,4	3,1	33,5	
Denní součet		9 587	110,7	107,1	230,1	

Úterý						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem dia	110	0,2	0,1	6,9	
90 g	Vajíčková pomazánka	808	9,2	16,2	1,8	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 469	16,6	34,3	53,9	
Oběd						
300 ml	Hovězí polévka s noky	485	7,4	3,1	14,7	
125 g	Kuře pikantní	1 924	71,9	16	6,6	
150 g	Brambory mačkané	537	3	0,3	30,9	
Celkem		2 946	82,3	19,4	52,2	
Svačina						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
250 g	Keřír polotučný	505	8,8	5,3	10	
Celkem		1 015	12,8	6	35,1	

Večeře						
270 g	Hovězí na pepři	822	20,9	11,5	0,9	více omáčky
150 g	Špece	935	9	2,1	41,4	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
Celkem		1 820	30,9	13,8	46,4	
2.večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
80 g	Sýr Duko	765	4,5	16,4	4,8	
Celkem		1 275	8,5	17,1	29,9	
Denní součet		9 525	151,1	90,6	217,5	

Středa						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem dia	108	0,1	0	6,8	
90 g	Paštika	457	9,1	7,7	0,4	
150 g	Jogurt ovocný dia	333	5,3	3	7,8	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 449	21,7	28,7	60,2	

Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s kapáním	739	12,5	8,9	16	
130 g	Kuřecí plátek	896	30,9	6,4	7,8	více sosu
100 g	Špenát	73	2,5	0,4	3	
100 g	Bramborový knedlík	870	6,8	0,3	44,2	
Celkem		2 578	52,7	16	71	
Svačina						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
70 g	Pomazánka šunková	383	10,5	5,1	1	
Celkem		893	14,5	5,8	26,1	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
150 g	Rama	633	0	16,8	0	
100 g	Okurkový salát	42	0,8	0,2	2,3	loupaná, najemno strouhaná
120 g	Paštika krájená	1 552	22,9	30,7	1,3	
Celkem		3 247	31,7	49	53,8	
2.večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
63 g	Lučina	368	6,2	6,3	1,8	
Celkem		878	10,2	7	26,9	
Denní součet		10 045	130,8	106,5	238	

Čtvrtek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem dia	110	0,2	0,1	6,9	
55 g	Vejsce vařené	357	6,9	5,8	0,6	
80 g	Sýr Duko	765	4,5	16,4	4,8	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 783	18,8	40,3	57,5	
Oběd						
300 ml	Polévka bramborová	206	3	0,3	9,8	
100 g	Rybí filé	408	11,6	5,3	0,6	dušené
200 g	Bramborová kaše	891	7,2	6,6	30,8	
100 g	Brokolice	108	3,3	0,2	5,7	dušená doměkka
Celkem		1 613	25,1	12,4	46,9	
Svačina						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
50 g	Šunka vepřová	376	8,1	6,3	0,4	
180 g	Přesnídávka dia	409	0,7	0,7	23,6	
Celkem		1 295	12,8	7,7	49,1	

Večeře						
270 g	Hovězí na žampionech	1 020	23,2	12	9,7	více omáčky
150 g	Těstoviny vařené	836	5,3	3,8	35,6	
Celkem		1 856	28,5	15,8	45,3	
2.večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
50 g	Eidam 30% t.v.s.	550	15,2	7,6	0,7	
Celkem		1 060	19,2	8,3	25,8	
Denní součet		8 607	104,4	84,5	224,6	

Pátek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem dia	110	0,2	0,1	6,9	
50 g	Sýr tavený	375	10,5	5	0,4	
50 g	Salám drůbeží	402	8,2	6,8	0,1	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 438	26,1	29,9	52,6	

Oběd						
300 ml	Polévka hovězí s těstovinou	322	4,3	1,3	12,5	
150 g	Kuřecí paličky	1 188	26,6	16,5	7,3	přírodní
150 g	Brambory mačkané	563	3,3	0,3	32,2	
100 g	Zelenina míchaná dušená	724	6,9	3,6	28,2	
Celkem		2 797	41,1	21,7	80,2	
Svačina						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
150 g	Jogurt bílý	315	5,4	2,4	8,4	
Celkem		825	9,4	3,1	33,5	
Večeře						
270 g	Vepřové ala bažant	1 570	20,1	29,4	8,4	více omáčky
150 g	Halušky	1 425	5,4	3,2	72,6	
100 g	Jablko	187	0,4	0,4	13,5	
Celkem		3 182	25,9	33	94,5	
2.večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
80 g	Sýr Gervais	768	6	9,2	2	
Celkem		1 278	10	9,9	27,1	
Denní součet		10 520	112,5	97,6	287,9	

Sobota						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem dia	110	0,2	0,1	6,9	
48 g	Paštika	457	9,1	7,7	0,4	
80 g	Sýr Gervais	768	6	9,2	2	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 886	22,5	35	54,5	
Oběd						
300 ml	Polévka s knedlíčky	564	5,6	2,2	24,6	
150 g	Kuřecí nudličky se zeleninou	898	31,4	6,5	7,7	více sosu
150 g	Těstoviny vařené	836	5,3	3,8	35,6	
Celkem		2 298	42,3	12,5	67,9	
Svačina						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
60 g	Pomazánka šunka sýr	645	5,6	13,7	2,4	
Celkem		1 155	9,6	14,4	27,5	

Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
50 g	Šunka vepřová	376	8,1	6,3	0,4	
30 g	Eidam 30% t.v.s.	330	9,1	4,6	0,4	
25 g	Vejce vařené	162	3,2	2,7	0,3	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
Celkem		2 584	29,4	31,9	55,4	
2.večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
150 g	Sýr Cottage	638	18,8	6,8	4,1	
Celkem		1 148	22,8	7,5	29,2	
Denní součet		10 071	126,6	101,3	234,5	

Neděle						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem dia	110	0,2	0,1	6,9	
50 g	Eidam 30% t.v.s.	550	15,2	7,6	0,7	
150 g	Jogurt ovocný dia	333	5,3	3	7,8	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 544	27,9	28,7	60,6	

Oběd						
300 ml	Polévka z kostí	322	4,3	1,3	12,5	
270 g	Hovězí pečeně přírodní	1 060	23	11,8	14	více omáčky
200 g	Bramborová kaše	636	4,7	1,1	34,4	
100 g	Špenát	73	2,5	0,4	3	
Celkem		2 091	34,5	14,6	63,9	
Svačina						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
50 g	Eidam 30% t.v.s.	550	15,2	7,6	0,7	
Celkem		1 060	19,2	8,3	25,8	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
100 g	Okurka	42	0,8	0,2	2,3	najemno strouhaná
125 g	Krůtí maso v konzervě	926	29,6	10,6	0	
Celkem		2 621	38,4	28,9	52,5	
2.večeře						
50 g	Chléb Šumava	510	4	0,7	25,1	odkrojená kůrka
55 g	Vejsce vařené	357	6,9	5,8	0,6	
Celkem		867	10,9	6,5	25,7	
Denní součet		9 183	130,9	87	228,5	

Pacient 8

Pondělí						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
80 g	Sýr Duko	765	0	16,8	0	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 588	7,3	34,8	61,7	
Oběd						
300 ml	Polévka z kostí s kapáním	762	14	9,8	13,2	
130 g	Drůbeží plátek přírodní	703	30,9	1,4	8	více sosu
250 g	Halušky	2 375	9	5,3	121	
100 g	Kompot broskvový	335	0,5	0,1	20	
Celkem		4 175	54,4	16,6	162,2	
Večeře						
130 g	Vepřová roláda	1 367	23,1	22,2	9,2	více sosu
250 g	Bramborová kaše	1 045	7,3	10,8	30,9	
100 g	Brokolice	108	3,3	0,2	5,7	dušená doměkka
Celkem		2 520	33,7	33,2	45,8	
Denní součet		9 283	95,4	84,6	269,7	

Úterý						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	198	0,1	0,1	11,5	
18 g	Sýr tavený	135	3,8	1,8	0,1	
50 g	Šunka	330	8,8	4,6	0,7	
150 g	Jogurt ovocný	647	5,9	3,9	23,3	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 861	25,8	28,4	80,8	
Oběd						
300 ml	Polévka krupicová	337	4,9	2,2	10,2	
270 g	Hovězí guláš	1 693	29,3	27	12	více omáčky
120 g	Knedlík houskový	1 213	8,5	3,1	58,7	
110 g	Jablko s citronem	187	0,4	0,4	13,5	loupané, najemno strouhané
Celkem		3 430	43,1	32,7	94,4	
Večeře						
350 g	Těstovinový salát s masem	2 229	41,9	14,8	55,4	více jogurtové zálivky
Celkem		2 229	41,9	14,8	55,4	
Denní součet		8 520	110,8	75,9	230,6	

Středa						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	226	0,1	0	13,2	
50 g	Eidam 30% t.v.s.	550	15,2	7,6	0,7	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 327	22,5	25,6	59,1	
Oběd						
300 ml	Kulajda	432	6	6,1	10,6	
130 g	Čevabčiči	1 850	20,8	33,1	15,5	více sosu
250 g	Brambory mačkané	895	5	0,5	51,5	
180 g	Přesnídávka	643	0,9	0,4	38,9	
Celkem		3 820	32,7	40,1	116,5	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
100 g	Paštika drůbeží krájená	953	18,9	16	0,8	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
Celkem		2 669	27,9	34,3	55,1	
Denní součet		8 816	83,1	100	230,7	

Čtvrtek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	209	0,3	0,1	11,8	
17 g	Sýr Kiri	230	1,4	5,4	0,3	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		1 990	8,9	23,5	57,3	
Oběd						
300 ml	Polévka drůbeží s nudlemi	276	4,9	0,4	9,8	
270 g	Vepřové na zelenině	1 439	21,1	19,1	29	více omáčky
150 g	Těstoviny vařené	1 114	7	5	47,4	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	
Celkem		3 263	34,4	24,7	112,4	
Večeře						
150 g	Haše masová	1580	18,5	25,8	17,7	
250 g	Brambory vařené	895	5	0,5	51,5	
100 g	Mrkev dušená	626	1,8	10,3	12,4	strouhaná
Celkem		3 101	25,3	36,6	81,6	
Denní součet		8 354	68,6	84,8	251,3	

Pátek						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	225	0,1	0	13,1	
80 g	Sýr Gervais	768	6	9,2	2	
100 g	Rajče	63	1	0,2	4,1	spařené, loupané, najemno krájené
250 g	Kefír polotučný	505	8,8	5,3	10	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		3 112	23,1	32,7	74,4	
Oběd						
300 ml	Polévka hovězí se zavářkou	806	15,7	9,6	14,6	
250 g	Tagliatelle s masem	1 779	32,9	8,2	54,3	
100 g	Mandarinkový kompot	292	0,4	0,1	16,6	
Celkem		2 877	49	17,9	85,5	
Večeře						
100 g	Rybí filé po jadransku	601	20,6	1	15,9	
250 g	Bramborová kaše	1 198	7,3	14,9	30,9	
Celkem		1 799	27,9	15,9	46,8	
Denní součet		7 788	100	66,5	206,7	

Sobota						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Med	272	0,1	0	16,5	
18 g	Sýr tavený	135	3,8	1,8	0,1	
50 g	Vejce vařené	313	6,3	5,3	0,6	
180 g	Přesnídávka	643	0,9	0,4	38,9	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 914	18,3	25,5	101,3	
Oběd						
300 ml	Polévka hovězí s nudlemi	749	14	10	12	
130 g	Krůtí kostky přírodní	633	23,9	0,2	9,5	více sosu
250 g	Špece	1 558	15	3,5	69	
100 g	Zelenina míchaná dušená	377	2,9	5,1	9	
Celkem		3 317	55,8	18,8	99,5	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
160 g	Tvarohová pomazánka	777	21,1	10	3,1	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 430	29,1	28,1	53,3	
Denní součet		8 661	103,2	72,4	254,1	

Neděle						
		Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Technologická úprava
Snídaně						
90 g	Chléb Šumava	918	7,2	1,2	45,2	odkrojená kůrka
20 g	Džem	191	0,1	0,1	11,1	
110 g	Matylda	523	7,2	3,9	14,9	
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 265	14,5	22	71,2	
Oběd						
300 ml	Polévka zeleninová s krupicí	269	2,1	0,2	13,6	
270 g	Hovězí pečeně cikánská	944	21,9	11,9	7,5	více mixované omáčky
120 g	Knedlík houskový	1 213	8,5	3,1	58,7	
120 g	Banán	434	1,4	0,2	26,2	
Celkem		2 860	33,9	15,4	106	
Večeře						
100 g	Chléb Šumava	1 020	8	1,3	50,2	odkrojená kůrka
50 g	Šunka dušená	330	8,8	4,6	0,7	
50 g	Eidam 30% t.v.s.	550	15,2	7,6	0,7	
100 g	Okurkový salát	42	0,8	0,2	2,3	loupaná, nejemno strouhaná
20 g	Rama	633	0	16,8	0	
Celkem		2 575	32,8	30,5	53,9	
Denní součet		7 700	81,2	67,9	231,1	

(vlastní výzkum; Nutriservis Professional © 2019)

Seznam tabulek, obrázků a zkratk

Seznam tabulek

Tabulka 1: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku Resource Thickenup Clear.....	23
Tabulka 2: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku Nutilis Powder	23
Tabulka 3: Průměrný obsah energie a živin v jedné vaničce produktu (125 g) Nutridrink Crème.....	24
Tabulka 4: Průměrný obsah energie a živin v jedné vaničce produktu (125 g) Fresubin 2 kcal Crème	24
Tabulka 5: Průměrný obsah energie a živin v jedné vaničce produktu (125 g) Resource Dessert Complete	24
Tabulka 6: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku Fantomalt	25
Tabulka 7: Průměrný obsah energie a živin ve 100 g přípravku Protifar	26
Tabulka 8: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku Calogen Neutral.....	26
Tabulka 9: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku MCT-OIL	27
Tabulka 10: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku Nutrison Energy Multi Fibre	28
Tabulka 11: Průměrný obsah energie a živin ve 100 ml přípravku OLIMEL N9E.....	29
Tabulka 12: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	35
Tabulka 13: Přehled příjmu energie a živin pacienta 1	36
Tabulka 14: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	38
Tabulka 15: Příjem energie a živin pacienta 2.....	39
Tabulka 16: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	39
Tabulka 17: Příjem energie a živin pacienta 3.....	40
Tabulka 18: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	41
Tabulka 19: Příjem energie a živin pacienta 4.....	42
Tabulka 20: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	42
Tabulka 21: Příjem energie a živin pacienta 5.....	44
Tabulka 22: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	44
Tabulka 23: Příjem energie a živin pacienta 6.....	45
Tabulka 24: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	45
Tabulka 25: Příjem energie a živin pacienta 7.....	47
Tabulka 26: Shrnutí informací ze zdravotnické dokumentace	47

Tabulka 27: Příjem energie a živin pacienta 8.....	48
--	----

Seznam obrázků

Obrázek 1: Jícen a žaludek	10
Obrázek 2: Polykací akt.....	13

Seznam zkratk

BMI – Body Mass Index

CDEP – Celkový denní energetický příjem

EMG - Elektromyografie

FEES – Videoendoskopie

GIT – Gastrointestinální trakt

GUSS – Gugging Swallowing Screen

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

PEG-J – Perkutánní endoskopická jejunostomie

RÚ – Rehabilitační ústav

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

VFFS - Videofluoroskopie