proLékaře.cz | 23.11.2026

DYSFAGIE JE KOMPLEXNÍ PROBLÉM –

ROZHOVOR S MGR. KATEŘINOU ONDRUŠOVOU A HANOU URBÁNKOVOU Z ODDĚLENÍ LÉČEBNÉ VÝŽIVY FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Mgr. Naděžda Lasotová



Mgr. Kateřina Ondrušová



Hana Urbánková



Mgr. Naděžda Lasotová

Představte prosím Oddělení léčebné výživy v Dětské nemocnici Brno.

Dětská nemocnice je detašovaným pracovištěm Fakultní nemocnice Brno (FN Brno). Disponuje 364 lůžky, průměrný počet měsíčně hospitalizovaných dětí je 1200 s průměrnou ošetřovací dobou 4,5 dne.

Přípravu stravy dětským pacientům zajišťuje Stravovací provoz FN Brno ve spolupráci s provozními nutričními terapeutkami (NT). Přípravu kojenecké stravy zajišťují NT Mléčné kuchyně. Nutriční péče u lůžka je realizována klinickými nutričními terapeutkami. Jde o úseky, které v rámci nutričního zajištění od bazální úrovně podávání připravené stravy až po individualizovanou péči na sebe velmi úzce navazují.

V Dětské nemocnici provozujeme Nutriční poradnu specializovanou na léčebnou výživu a doporučení u vybraných diagnóz dětských pacientů.

Jaké je nejčastější spektrum diagnóz, se kterými se jako nutriční specialisté v Dětské nemocnici setkáváte?

Spektrum onemocnění dětských pacientů vyžadujících nutriční péči se mění, v popředí jsou onkologické diagnózy, poruchy metabolismu, kombinovaná onemocnění, neurologické diagnózy, potravinové alergie, intolerance a další.

Nejčastěji se setkáváme s dysfagií u dětí s mozkovou obrnou, spinální svalovou atrofií, mentální retardací, nádory. Tito pacienti přicházejí do nemocnice již potencionálně malnutriční. S dysfagií se také setkáváme u dětí s epidermolysis bullosa. Příčinou mohou být i různé negativní zkušenosti či psychické příčiny, úrazy nebo jiné patologie.

Zvláštní skupinou jsou nedonošené děti, kdy nevyzrálost orofaciální oblasti způsobuje problémy s kojením, děti se špatnou technikou sání nebo děti s rozštěpem.

Co je základem nutriční péče u hospitalizovaného dítěte?

Prvním, základním krokem je pro nás včasná informace o existujícím riziku spojeném s výživou hospitalizovaného dítěte a následně identifikace těchto pacientů. K tomu slouží *nutriční screening* systematicky vyhledávající nutričně rizikové dětské pacienty ohrožené podvýživou (malnutricí) nebo již s podvýživou přítomnou při příjmu do nemocnice, při dlouhodobé hospitalizaci nebo také pak v ambulanci.

Vyšetření nutričního stavu dítěte můžeme dále sledovat různým způsobem – antropometrickým měřením (využívání percentilových grafů), laboratorními ukazateli, přístrojovým vyšetřením určujícím tělesné složení. Nutriční anamnéza zjišťovaná nejčastěji od rodičů nebo personálu nám poskytuje řadu významných informací o stavu výživy, způsobu stravování a případných potížích.

Z uvedeného je tedy patrné, že vyšetření nutričního stavu není jednostranné, je komplexním souhrnem mnoha ukazatelů. Monitorování skutečného příjmu stravy a jeho bilance jsou pak dalšími kroky určujícími způsob nutriční intervence.

Jak se takový nutriční screening hodnotí a co je jeho výsledkem?

Jde o zhodnocení stavu výživy přijímaného pacienta, sestra a NT to provedou pomocí jednoduchých anamnestických údajů a aktuálně zjištěné tělesné hmotnosti a výšky.

proLékaře.cz | 23.11.2026

Výsledkem je pak NRS – *nutriční rizikové skóre,* ve spolupráci s lékařem rozšířeno o zhodnocení vlivu základní diagnózy a její léčby na výživový stav pacienta.

Jde o zásadní informaci týkající se vstupního posouzení stavu výživy a možného předvídání dalšího vývoje. Výsledek je zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace jako součást všech informací pro realizaci ošetřovatelské péče týmem daného pracoviště.

V rámci personálních možností je tento nástroj velmi efektivní pro plošný přehled na všech odděleních, nicméně samotný screening malnutrice nemá smysl, pokud není snaha ji řešit.

Kdy tedy mluvíme o malnutrici a co je jejím následkem?

V širším slova smyslu je malnutrice špatný výživový stav nemocného. V praxi tímto termínem rozumíme spíše podvýživu způsobenou nedostatečným naplněním nutričních potřeb, omezeným hrazením příjmu tekutin a stravy.

Malnutrice, podvýživa je pak rizikovým *faktorem infekčních onemocnění, zhoršené rehabilitace, vzniku dekubitů, prohloubení sarkopenie, dysfunkce orgánů.*

Je pro nutričního terapeuta přínosem či přímo nezbytností zhodnocení schopnosti polykání dítěte?

Posouzení závažnosti poruchy polykání má zásadní vliv na přípravu nutričního plánu NT. Může jít o případy s náhlým začátkem, ale poměrně dobrým potenciálem ke zlepšení nebo o případy degenerativních onemocnění s nepříznivou prognózou, kdy porucha polykání spolu se základním onemocněním progreduje. Na tom pak závisí i nastavení nutriční péče a její postupné zajištění. V prvním případě jsou zásadní postupy k obnovení polykacího aktu a současně odhad doby k přechodu na normální stravu, v druhém případě jde o včasné zajištění enterální výživy sondou nebo PEGem s cílem zachovaní kvality života a eliminace malnutrice.

Co je hlavní úlohou nutričního terapeuta u dysfagického pacienta?

Hlavní úlohou je nastavení správné léčebné stravy s *přiměřeným* obsahem energie, dostatkem bílkovin, minerálů a mikronutrientů – tedy vitamínů a stopových prvků. Dostačující přísun tekutin je důležitý neméně.

K základním opatřením první volby při výskytu dysfagie patří modifikace stravy, nejčastěji je řešena úpravou mixováním nebo mletím. Velmi často se vyskytuje omezená schopnost polykání vody a řídkých tekutin. V tomto případě je možné změnit hustotu tekutin do požadované konzistence speciálními přípravky, zahušťovadly.

Je důležité, aby podávaná strava byla pro pacienta bezpečná, chutná, voňavá, přiměřené velikosti polykaného objemu, s minimalizací rizika aspirace. Žádoucí je vyhnout se stravě extrémních teplot, kombinaci textur v jednom jídle, tj. jídlu suchému, tvrdému, drobivému, lepivému a také stravě, která se v ústech rozplyne, se semínky apod.

Dalšími podpůrnými kroky, které může nutriční terapeut nabídnout, je nutriční podpora formou popíjení definované výživy tzv. sippingu v různých příchutích a složení, případně v krémové modifikaci nebo fortifikaci připravené stravy modulárními dietetiky. Při předpokládané delší logopedické terapii a rehabilitaci, omezení příjmu stravy na více než 5 dnů je určitě žádoucí zvážit zavedení enterální výživy sondou. Zavedení PEGu by pak mělo být samozřejmostí u pacientů s významnou dysfagií a postižením mozku.

Jak se vyvíjela spolupráce nutričních terapeutů s klinickými logopedy ve FN Brno?

S řešením dysfagie se jako NT setkáváme častěji až v posledních 2-3 letech, kdy se tato problematika začala mnohem intenzivněji na našem pracovišti řešit, tedy zejména na pracovišti Medicíny dospělého věku. Shodli jsme se, že řada z nás nebyla pro řešení tohoto nutričního problému vybavena znalostmi ze škol a skutečně až reálná potřeba, chuť rozvinout nutriční péči zase o krůček dále byla pro mnohé podnětem k hledání informací.

Jednoznačným impulsem byla pro nás komunikace s klinickým logopedem v rámci neurologické kliniky a řešení screeningu přítomnosti dysfagie u pacientů s CMP. Vždy jsme klinickým logopedem na základě jeho vyšetření informováni o stavu dysfagie a doporučené vhodné konzistenci stravy a vzájemně pak reagujeme na aktuální změny ve vývoji nemoci pacienta.

V rámci dietního systému FN Brno je k dispozici dysfagická dieta, ovšem terapie dysfagie si často vyžaduje individuální přístup. Dysfagická dieta byla zařazena do naší směrnice Dietní systém při revizi v dubnu 2016 a je určena pacientům s neurologickým onemocněním, po operacích v oblasti úst a krku, pro geriatrické pacienty, děti s vrozeným neurologickým postižením. Strava je upravena do *konzistence pyré,* svou skladbou a výběrem je vhodná i pro diabetiky. Je plnohodnotnou stravou vhodnou i do domácího ošetření. V rámci edukační činnosti a komunikace s pacienty jsme vytvořili také edukační materiál týkající se dietních opatření při dysfagii věnující se úpravě stravy a tekutin.

I přes určitou praxi nám rychle došlo, že přece jenom vnímání poměrně banální záležitosti, jakou je úprava stravy do konzistence pyré, nemusí být vůbec jednoznačné. Proto jsme velmi ocenili přímé zapojení klinického logopeda do přípravy dysfagické diety a jeho odborné vedení při výběru potravin.

Jak se spolupráce vyvíjí u dětských pacientů?

Byli bychom rádi, kdyby se podobně úzkou spolupráci podařilo navázat i u dětských pacientů. Prozatím nám přímý kontakt a navázání na klinického logopeda chybí, možná jde o pouhý systémový nedostatek. Výsledky logopedického vyšetření v souvislosti s poruchou polykání musíme zatím poměrně složitě zjišťovat, stejně jako informaci o jeho realizaci, ale věřím, že obdobný model spolupráce se nám v blízké době ukotví i u dětských pacientů.

Jak vnímáte význam komunikace při předávání informací ohledně nutričního stavu, nutričního výhledu a nutričně terapeutického plánu rodičům či ošetřovatelům malých pacientů, ošetřovatelskému personálu a samozřejmě dětem samotným?

U řady dětí v důsledku dysfagie přichází napětí, úzkost, a strava tak může představovat pro dítě stresující faktor.

Realizace léčby, stejně jako zajištění nutriční podpory je otázkou každodenní komunikace s dětskými pacienty, personálem poskytujícím přímou péči a většinou i rodiči.

U dětí obzvláště může mít kombinovaná intervence častěji aditivní charakter než u dospělých, pokud je stejného, jednoznačného významu.

Nemoc se promítá do celé osobnosti dítěte, proto také nabývá různých podob a projevů. Komunikace všeobecně je pro dnešní léčebnou praxi zásadní. Nejde dát jeden všeobecný platný recept, je potřeba umět obecná pravidla individuálně přizpůsobit každému dítěti. Na to je potřeba mnoha zkušeností! I my se stále učíme!

Jedním z nejzásadnějších pravidel je uvědomit si, že *dítě není malý dospělý!*

proLékaře.cz | 23.11.2026

Mohla bych požádat o krátkou kasuistiku z pohledu nutričního terapeuta?

V září 2017 byl přijat 13-letý chlapec s kožními a svalovými potížemi, typickými pro juvenilní dermatomyozitidu, přijat k došetření a zahájení terapie.

Při příjmu byl u chlapce proveden nutriční screening. Výrazně snížený příjem stravy, zhubnutí, v nutriční anamnéze uvedeny potíže s polykáním.

Antropometrie: tělesná hmotnost: 39 kg, tělesná výška: 156 cm, BMI: 16,03

Vyhodnocení odpovídá 10. percentilu.

Kožní projevy se objevovaly již od podzimu 2016, následně se přidaly svalové potíže, postupně se rozvíjela svalová hypertrofie a kloubní kontraktury, přidaly se i potíže s polykáním, výrazná únava a intolerance fyzické zátěže. Za hospitalizace byla provedena řada vyšetření, která vedla ke stanovení diagnózy juvenilní dermatomyozitidy (JDM), a byla zahájená léčba.

Porucha polykání tekutin a kašovité stravy byla objektivizována na ORL vyšetření FEES a následně byla zahájena logopedická péče.

Pro glykosurii a elevaci glykemii po SoluMedrolu po dohodě s diabetology byla ordinována diabetická dieta, následně individuální dieta. Po dohodě s matkou a lékařem byla strava upravena do vyhovující kašovité konzistence. Také byla doporučena nutriční podpora sippingem, chlapcem však odmítaná. Za hospitalizace proběhla edukace s rodiči i chlapcem o diabetické dietě a vhodné úpravě stravy při potížích s polykáním. Doporučena možnost další konzultace a kontroly nutričním terapeutem v Nutriční poradně. Předán edukační materiál.

Z dalších záznamů následovaly po propuštění z nemocnice kontroly logopedické i revmatologické. Stav chlapce se po stránce logopedické zlepšil, polykání již téměř bez obtíží, občas pocit váznutí stravy, toleruje již i tuhou stravu. Ošetřujícím lékařem doporučeno další sledování a kontroly na logopedii a revmatologii.

A poselství závěrem?

Pacientům s dysfagií je potřeba věnovat kvalifikovanou odbornou péči, která ovlivňuje průběh celého léčebného postupu. Je možné ji řešit pouze týmově propojením lékařských oborů s nelékařskými, a zajistit tak aktivní, závazné řešení této problematiky s návazností na možnost následné ambulantní péče.

Klinický logoped by měl být součástí platformy Nutričního podpůrného týmu, jehož hlavním úkolem je fungující organizace nutriční péče napříč všemi požadavky vycházejícími ze specifických potřeb jednotlivých oddělení.

Neustále se zlepšovat, iniciativně řešit podněty přicházející z vyvíjející se nutriční problematiky, posilovat kompetence členů Nutričního týmu ve spolurozhodování o strategii nutriční péče jako součásti komplexního přístupu. To je náš úkol.

Děkuji za rozhovor.