

ztrátu 5% a víc váhy za 6 a více měsíců a 3 z následujících: snížená svalová síla, únava, anorexie, laboratorní abnormality, nízký index tukuprosté hmoty (fat free mass index) (37, 38, 39).

Hodnocení nutričního rizika v praxi probíhá pomocí screeningových nástrojů (např. NRS 2002, MUST, dotazník hodnocení nutričního rizika pro onkologické pacienty) nebo antropometrických měření. V paliativní medicíně by mělo být zhodnocení nutričního stavu automatickou součástí vstupního vyšetření s pravidelným přehodnocováním v průběhu progresu nevléčitelné nemoci.

Farmakologická intervence spočívá zejména v léčbě stavů a příznaků, které mohou anorexii a hubnutí prohlubovat, tedy např. nauzea, zácpa, bolest, dušnost, deprese, úzkost, stomatitida. Kauzální intervenci s omezenou (časovou a interindividuálně variabilní) účinností představují progestiny a kortikosteroidy jako jediné *evidence-based*, dále EPA (kyselina eikosapentaenová) a kanabinoidy.

Megestrol-acetát (Megace, Megaplex) je progestin, který zlepšuje chuť k jídlu, snižuje únavu a zvyšuje pocit *well-beingu*. Obvyklé dávkování je od 160 mg do 800 mg za den. Je spojen s mnoha nežádoucími účinky jako edémy (retence tekutin), arteriální hypertenze (retence sodíku), tromboembolické komplikace, adrenální insuficience, hyperglykemie. Nárůst hmotnosti možno pozorovat po 4–8 týdnech léčby, přičemž se nejedná o svalovou tkáň, ale o retenci vody a tukovou tkáň. Jeho účinek poté v čase klesá. Proto je vhodný spíše pro krátkodobé použití (týdny).

**Tab. 7.** Příčiny průjmu (upraveno dle 20, 39)

<b>Léky</b>	Laxativa, antibiotika, cytostatika, inhibitory tyrosinkináz, imunoterapie, prokinetika, NSAID, některá antipsychotika, některá antidepresiva
<b>Metabolické a endokrinní</b>	Hypertyreóza, malabsorpce žlučových kyselin, pankreatická insuficience
<b>Infekční</b>	Bakteriální či virové infekce
<b>Nádorové</b>	Infiltrace či obstrukce GIT, paraneoplastické syndromy, karcinoidový syndrom
<b>Iatrogenní</b>	Chirurgické výkony, chemoterapie, radioterapie, enterální výživa, medikace

Kortikosteroidy (dexamethason, prednison) stimulují chuť k jídlu, ulevují od nauzey, mohou mít euforický účinek. Efekt nastupuje rychle, ale trvá jen několik týdnů. Podobně jako progestiny jsou vzhledem k obecně známým nežádoucím účinkům indikovány u pacientů s limitovanou prognózou.

V rámci nefarmakologické intervence je základem nutriční poradenství doplněné o perorální nutriční doplňky (sipping, ONS – *oral nutritional supplements*) s vyšší energetickou hustotou a bílkovin. U mobilních nemocných lze doporučit lehkou fyzickou aktivitu, která pomáhá udržovat svalovou hmotu a funkční kapacitu. Cílem je udržet perorální příjem bez nadměrné zátěže pacienta. Rutinní zavádění výživové sondy (nasogastrická, nasojejunální, jejunostomie, perkutánní endoskopická gastrostomie) se u pacientů s pokročilou/refrakterní podvýživou nedoporučuje. Tato intervence nepřináší zlepšení celkového přežití ani funkčního stavu, naopak pro pacienta a rodinu představuje zátěž.

Rutinní podávání parenterální výživy není u pokročilé kachexie indikováno. Lze ji zvážit výjimečně u pacientů s očekávaným přežitím alespoň v řádu měsíců a s možností bezpečné domácí aplikace. Není doporučována u pacientů v terminální fázi onkologického

i neonkologického onemocnění, v případě refrakterní kachexie, u pacientů s těžkou hemodynamickou nestabilitou či pokud není tato intervence v souladu s preferencemi pacienta. Parenterální výživa může zvyšovat riziko infekce a sepse, trombózu a metabolických komplikací při neschopnosti kachektického pacienta využít makro- a mikronutrienty. Z výše uvedených důvodů je klíčové sdílené rozhodování a přehodnocování přínosů a rizik jakékoliv nutriční intervence u pacientů s pokročilou podvýživou.

Stravování má pro pacienty i jejich pečující zásadní symbolický i emoční význam. Příjem potravy, jídlo a stolování je spojeno s péčí, bezpečím a vyjádřením pozitivních emocí. V kontextu pokročilého onemocnění proto bývá pro pečující obtížné sledovat, jak pacient postupně ztrácí chuť k jídlu, snižuje se příjem potravy a klesá hmotnost. Časté a zcela pochopitelné jsou proto snahy pečujících o zvýšení příjmu potravy, což může vést k nevolnosti, zvracení, (mikro) aspiracím, frustraci nemocného a rodiny. Každý zdravotník by měl rozpor mezi přirozenou touhou pečujících poskytnout pacientovi potravu a realitou progredující anorexie a kachexie pojmenovat a citlivě komunikovat, čímž lze zmírnit či předejít stresu a utrpení (36–41).

**Tab. 8.** Možnosti farmakoterapie průjmu (upraveno dle 20, 39, 42)

Skupina léčiv	Léčiva	Účinek	Poznámky
<b>Opioidní antidiaroeika</b>	Loperamid (Loperon, Imodium, Loperamid), difenoxylát + atropin (Reasec)	Snižují střevní peristaltiku a prodlužují průchod stolice	První volba u neinfekčního průjmu; nesmí se podávat při bakteriálním průjmu (toxické megakolon)
<b>Adsorpční látky</b>	Diosmektit (Smecta), aktivní uhlí (Carbosorb)	Absorbuje střevní plyn, enterotoxiny, bakterie, viry, stabilizuje střevní sliznici	Není RTG-kontrastní
<b>Antisekretorika</b>	Recekadotril (Hidrasec, Enditril, Racibum)	Snižuje hypersekreci vody a elektrolytů	Akutní sekretorický průjem
<b>Anticholinergika / spasmolytika</b>	Butylskopolamin (Buscopan), drotaverin (NO-SPA)	Zmírnění křečí	Průjmy s výraznými křečemi, pozor na zácpu
<b>Antibiotika</b>	Rifaximin (Normix), vankomycin per os (Cl. difficile)	Eliminace specifických bakteriálních příčin	
<b>Probiotika</b>	<i>Saccharomyces boulardii</i> , <i>Lactobacillus</i> spp.	Obnova střevní mikrobioty	Doplňek, zejména u průjmů po antibioticích
<b>Somatostatinový analog</b>	Oktreotid (Sandostatin, Octreotide)	Snižuje střevní motilitu a sekreci	Průjmy při karcinoidovém syndromu, syndrom maligní střevní obstrukce
<b>Enzymatická substituce</b>	Pankreatické enzymy (Pangrol, Kreon)	Zlepšení trávení tuků, bílkovin	Při exokrinní nedostatečnosti pankreatu (operace, nádory)