

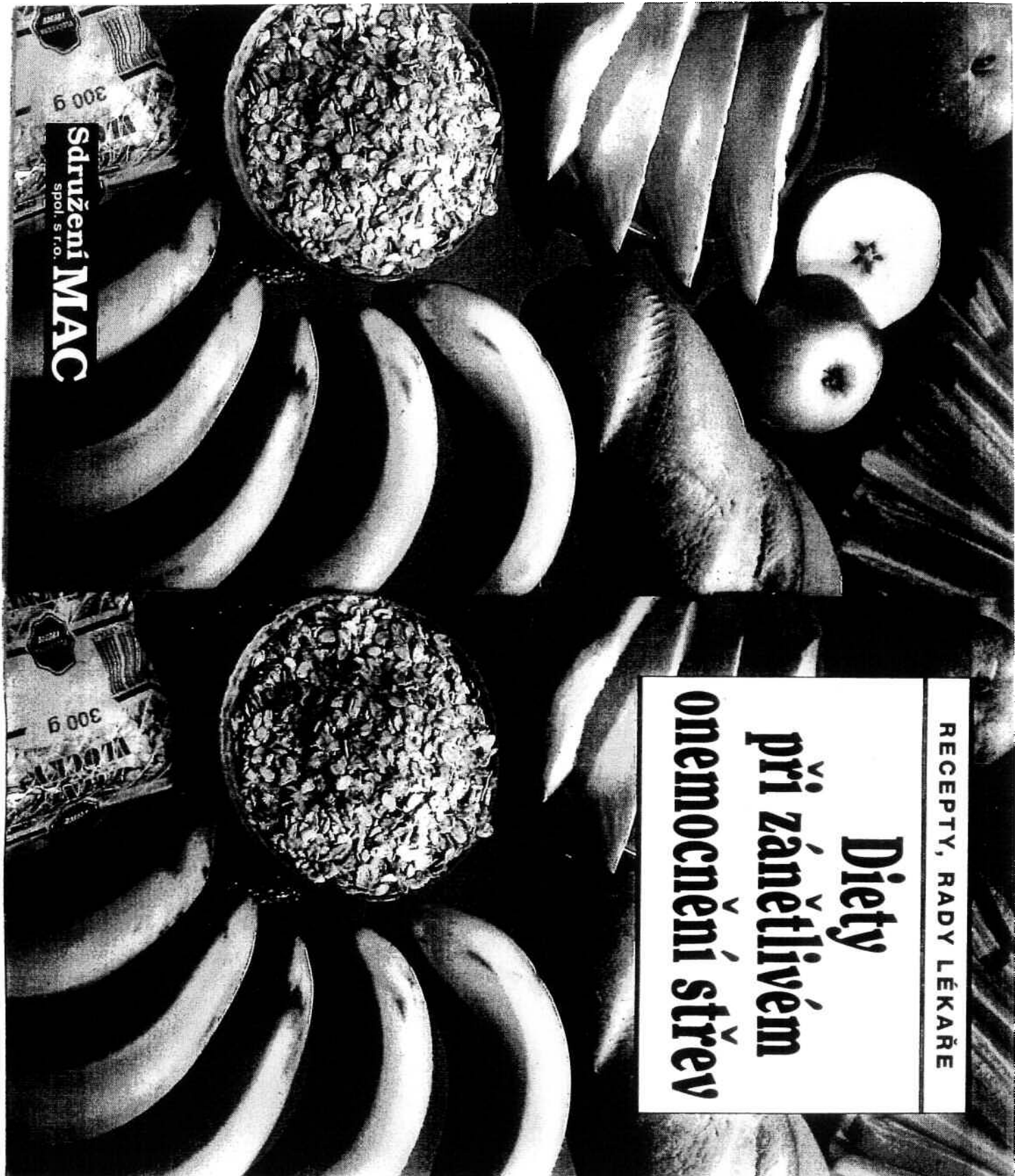
RECEPTY, RADY LÉKAŘE

# Diety při zánětlivém onemocnění střev

Sdružení **MAC**  
spol. s r.o.

300 g

300 g



# POUČENÍ PRO NEMOCNÉ

Vycházíte z ordinace, kde jste se právě dozvěděli, že vaše problémy způsobilo zánětlivé onemocnění střev. V ruce držíte recept, hlavou vám víří spousta nových informací a doporučení, které jste vlastně v bezprostředním stresu ani příliš nevnímali.

Pomoc je však již připravena v publikaci, v níž jste právě nyní začali listovat. Doma si v klidu sedněte - a pečlivě text i recepty prostudujte. Chceme vám vysvětlit podstatu nemoci a nabídnout řadu námětů pro vyvážení nových stravovacích zvyklostí a celkového životního stylu.

**O tom, co se vlastně ve vašem organismu stalo, nejprve hovoříme s MUDr. Milanem Lukášem, CSc.**



*MUDr. Milan Lukáš, CSc., člen České gastroenterologické společnosti a České internistické společnosti, pracuje jako vedoucí lékař gastroenterologického oddělení IV. interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Zabývá se chorobami trávicího ústrojí, zvláště tenkého a tlustého střeva. Absolvoval odborné stáže ve Švédsku, Japonsku, Francii a v USA. Na LF UK přednáší patologii a léčbu nemocí trávicího ústrojí.*

**□ Můžete vysvětlit podstatu choroby a shrnout okolnosti, kdy se může zánětlivé onemocnění střev objevit?**

„Pod tímto označením se skrývají různé nemoci zánětlivé (nenádorové) povahy postihující tenké a tlusté střevo. V jejich široké škále lze rozlišit dvě velké skupiny - záněty tenkého a tlustého střeva se známostou (či již téměř objasněnou) příčinou a záněty příčiny zcela neznámé (idiopatické). V užším významu se pak pojmem zánětlivé střevní choroby rozumějí právě záněty idiopatické, kam patří dva krajní typy: ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc.

**Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida)** je chronické onemocnění sliznice tlustého střeva. Jedná se o zánet povrchových vrstev střevní stěny s výrazným difúzním (rozptýleným) krvácením ze sliznice. Nemoc probíhá s ty-

© MUDr. Milan Lukáš, CSc., 1998

© Tamara Starnovská, 1998

© Sdružení MAC, s. r. o., 1998

ISBN 80-86015-23-8



pickými remisemi (přestávkami) a relapsy (obdobími zhoršení), většinou benigně (nezhoubného charakteru) a zcela individuálně u každého pacienta. Mohou se ovšem objevit také komplikace ohrožující život nemocného. Podle postižení tlustého střeva lze rozlišit několik forem chorob:

- **proktitida** - nejlehčí, zánět se omezuje na oblast konečnicku,
- **levostranná ulcerózní kolitida** - je postižena levá polovina tlustého střeva až ke slezinnému ohbí tračnicku,
- **extenzivní či difúzní ulcerózní kolitida** - zánět zasahuje více než dvě třetiny tlustého střeva.

**Crohnova nemoc** je chronická choroba celé trávicí trubice, jejíž příčina není známa, kdy zánět obvykle postihne oblast přechodu tenkého a tlustého střeva. Většinou se projevívá bolestmi břicha, průjmami a váhovým úbytkem.

Obě nemoci nejčastěji zasáhnou člověka mezi 20. a 30. rokem, druhý vrchol je pak mezi 50. a 60. rokem - u pacientů s rodinnou dispozicí začínají ještě před 20. rokem, mnohdy dokonce již v dětství. Často se objeví i v I. a III. trimestru těhotenství nebo v šestinedělí. Tato onemocnění nejsou vzácná ani následně po těžší infekci horních cest dýchacích, po změně pracovního zařazení či dlouhodobém pracovním (rodinném) stresu. Ulcerózní kolitida se také často projevívá po přerušení kouření.“

**□ Jaké jsou první varovné signály zánětlivého onemocnění střev?**

„Zánětlivá střevní onemocnění se projevují různě. Při ulcerózní kolitidě se dostavuje krvácení z konečnicku nebo krvavé průjmy. Mezi charakteristické příznaky patří i tenesmy (bolestivé nucení na stoličku s odchodem většího množství krve a hlenu). Nemocní s lehkou formou ulcerózní kolitidy trpí nejen tenesmy, ale i zácpovitou stolicí. Pacienti s rozsáhlým postižením tračnicku mívají v době aktivity střevního zánětu stolici průjmovitou, s krví, hlenem a výjimečně i s hněsem. V závažnějších případech se mohou objevit teploty a hmotnostní úbytek. Mezi příznaky těžce probíhající difúzní formy ulcerózní kolitidy patří vysoké horečky, křečovitě bolestí břicha a výrazně hubnutí.“

U Crohnovy nemoci závisí potíže na lokalizaci, formě a aktivitě choroby. Při postižení oblasti spojení tenkého a tlustého střeva se nejčastěji vyskytují křečovitě bolestí břicha, vystupňované střevní zvuky (kručení a přelévání v břiše), hmotnostní úbytek. Pravidlem jsou i průjmovitě

stolice. Otrize se dostávají obvykle do 1 - 2 hodin po jídle. Při zasažení tlustého střeva jsou příznaky podobné jako u pacientů s ulcerózní kolitidou - krvavé průjmy a tenesmy. Crohnovu nemoc velmi často doprovází i vznik perianální píštěle či abscesu (hnisavé procesy zevně od konečnicku), které se mohou (ale nemusí) stýkat s trávicí trubici. Typickým jevem bývá i opakující se píštěl v oblasti kolem konečnicku. Při jiné lokalizaci na tenkém střevě se objevují bolesti břicha a poruchy vstřebávání živin z tenkého střeva. Obě choroby se ale mohou také manifestovat jen vzdálenými mimostřevními a často i mimobřišními obtížemi (nejčastěji zánětlivé postižení větších kloubů - hlezenní, kolenní a loketní), které předcházejí vlastní střevní příznaky o řadu týdnů. Běžné jsou rovněž oční otrize, opakované záněty rohovky, duhovky či řasnatého tělíska. Velmi časté bývají také kožní změny (rudé bolestivé zduření na bércích a předloktí).“

**□ Do jaké míry lze hovořit o genetických předpokladech vzniku nemoci? Může se zánětlivé onemocnění střev objevit také u člověka, který dbá celoživotně na racionální životosprávu?**

„Nemocní ulcerózní kolitidou i Crohnovou chorobou vykazují určité genetické vlohly. V rodinách s idiopatickým střevním zánětem u jednoho z rodičů existuje nepochybně větší předpoklad vzniku stejné choroby také u potomků. To platí zejména u pacientů s Crohnovou nemocí. K prvním projevům pak dochází v podstatně nižším věku než v rodinách, kde se choroba vyskytuje bez zjevné genetické závislosti. U většiny z nich se obě onemocnění objevují před 20. rokem života.“

**Obě choroby se však bohužel nevyhýbají ani lidem, kteří po celý život dodržovali racionální životosprávu.“**

**□ Co se při tomto onemocnění v lidském těle děje?**

„Záněty postihující sliznici tenkého i tlustého střeva nejspíše vyvolá nápadně silná imunitní reakce na normální či patologické podněty přicházející sem ze zevního prostředí (dieta, bakterie, viry, chemické látky apod.). Nutnou podmínkou chronického zánětu je zřejmě i geneticky podmíněná, neregulovatelná a nadměrně vysoká imunitní odezva. Tim lze vysvětlit fakt, že řada antigenů (látek schopných vyvolat imunitní reakci) na zdravé lidi nepůsobí, zatímco u pacientů s idiopatickými střevními záněty udržuje ve tkáni zánět trvalý. Ani intenzivní výzkumy posledních let nepřinesly osvětlení této záhady.“

**□ Co je při běžném životním režimu pro vznik zánětlivých onemocnění střev nejrizikovější?**

„Protože se jedná o choroby neznámé příčiny, je odpověď velmi obličná. Nutnou podmínkou chronického zánětlivého onemocnění střev se stává i geneticky daná porucha v oblasti slizniční střevní imunity. Další, současně působící příčiny jsou patrné faktory zevního prostředí nebo infekční mikroorganismy. Ke vzplanutí těchto chorob dochází obvykle na jaře a na podzim, což se většinou dává do souvislosti s infekcemi horních cest dýchacích, neboť u řady pacientů proběhly před novým výskyt zánětlivého onemocnění střev. Zajímavým a skutečně prokazatelným faktorem ovlivňujícím vznik a průběh onemocnění je kouření, které působí jako ochranný činitel proti vzniku ulcerózní kolitidy - u mnoha nemocných se totiž choroba objeví poprvé právě v době, kdy přestali kouřit. Nemoc také u kuřáků obvykle lépe probíhá, menší je i postižení tlustého střeva.“

Na Crohnovu chorobu má však tento zlozvyk vliv právě opačný. Pacienti-kuřáci trpí daleko větším počtem komplikací i horším průběhem. Příčina odlišného působení kuřáctví na vznik a vývoj obou nemocí však není dosud známa.

Předpokládá se, že riziko dalšího vzplanutí Crohnovy choroby by mohlo rovněž zvyšovat i užívání hormonální antikoncepce. Nebezpečí je ovšem jen velmi malé, takže u většiny pacientek není důvod ke změně typu antikoncepce. Pouze u žen s těžkým průběhem choroby a také u kuřáček se doporučuje raději jiný způsob ochrany před otěhotněním.“

**□ Stačí brát ukázněně předepsané léky, nebo je nutná i změna životospřávy, či dokonce celého životního stylu?**

**Jestliže ano, které změny jsou nejdůležitější?**

„Na tuto otázku nelze odpovědět jednoznačně, je třeba odlišit dvě základní situace - stav pacienta s ulcerózní kolitidou a Crohnovou nemocí v době remise (klidová fáze) a v době relapsu (vzplanutí, aktivace) onemocnění. Nemocní ulcerózní kolitidou s typicky nárazovým průběhem a ohraničenou formou choroby na konečnou část tlustého střeva byvají více omezovali jen v období aktivy zánětu, kdy jsou vhodná i dietní opatření a relativně klidový režim. Ve fázi remise užívají pacienti po určitý čas (1 - 2 roky) léky, jimiž se minimalizuje nebezpečí vzplanutí choroby. Pak záleží na osobnosti každého jednotlivce a jeho závislosti na

pracovní aktivitě. Nucené snížení životního tempa i pracovní aktivity však vede u některých nemocných k pocitům méněcennosti, ztráty a následným depresím, což se negativně odráží i na průběhu základního onemocnění. Na jiné může naopak vysoké pracovní tempo a trvalý stres působit stejně nepříznivě. Přístup ke každému pacientovi a rozhodnutí o změně pracovního zatížení je tedy vysloveně individuální.“

Nemocní s rozsáhlou formou ulcerózní kolitidy musí v době aktivity obvykle užívat několik skupin léků najednou a dodržovat přísná dietetická opatření. V mezidobí u nich většinou vznikají (více či méně) následné poruchy funkce tlustého střeva, projevující se častějšími stolicemi, nadýmáním a plynatostí, které nutí pacienta ke snížení životního tempa a přizpůsobení pracovního zatížení.

Situace nemocných Crohnovou chorobou je poněkud odlišná. Závažnost psychických i fyzických důsledků nemoci a léčby (medikamentózní i chirurgické) je podstatně vyšší než při ulcerózní kolitidě. Téměř 80 procent pacientů je alespoň jednou za život operováno, nemocní s tzv. fistulující (přístělovou) formou choroby trpí častějšími relapsy a také se musí podrobit podstatně vyššímu počtu chirurgických zákroků. To klade vysoké nároky na úpravu životospřávy a celkového životního stylu.“

**□ Může dojít k vyléčení, či je nutné zůstat již napořád opatrný?**

„Ulcerózní kolitida i Crohnova choroba patří mezi chronická onemocnění s nárazovým průběhem, která většinou pacienta provázejí po celý zbytek života. Ulcerózní kolitidu nelze žádnou konzervativní terapií trvale vyléčit. To se v současnosti může podařit pouze odstraněním celého postiženého orgánu (proktokolektomií). U Crohnovy choroby je situace ještě horší, neboť onemocnění může teoreticky postihovat celou délku trávicí trubice, především pak oblast spojení tenkého a tlustého střeva. Proto nelze ani operativně dosáhnout trvalého vyléčení. Resekcí úseku zánětem těžce postiženého střeva se obvykle řeší komplikace nemoci (výrazné zúžení střeva, hnisavé komplikace) - u většiny pacientů se však v dalších letech choroba opět objeví, nejčastěji na předtím nepostižené části tenkého střeva. Pak má velký význam dispenzární péče (trvalý lékařský dohled), neboť umožní zachytit již počáteční změny a věcnou léčbou snížit riziko komplikací, případně nutnosti dalšího chirurgického výkonu.“

**□ K jakým koncům může vést pouhé užívání léků beze změn v životospřádě?**

„Změna životospřádě i celkového životního stylu tvoří u nemocných s idiopatickými střevními záněty důležitou součást komplexního léčebného přístupu. Průběh a vývoj nemoci (čelnost relapsů a komplikací, nutnost agresivní chirurgické léčby) však ještě více ovlivňují forma, lokalizace a rozsah zánětlivých změn. U pacientů s vleklým průběhem choroby totiž trvalá, intenzivní protizánětlivá léčba přináší rovněž řadu vedlejších nežádoucích účinků. Rozhodnutí o agresivitě a délce léčby je třeba velmi pečlivě uvážit - vždy s přihlédnutím k fázi a formě nemoci, ale také k celkovému fyzickému a psychologickému stavu pacienta.

Negativní důsledky se vyskytují nejčastěji při podávání glukokortikoidů, látek s mohutným protizánětlivým působením. Tyto léky se podávají obvykle po co nejkratší možné dobu (3 - 4 měsíce) a pak se zcela vysazují. Našestí skupina základních léků, aminosalicylátů, které pacient užívá v některých případech i mnoho let, žádné větší nežádoucí účinky nevykazuje.“

**□ Člověk často trpí několika chorobami současně a speciální diety se mohou křížit. Potravina vhodná pro jednu dietu je vyloučena u diety jiné. Jaký je váš názor na tento problém?**

„U nemocných s idiopatickými střevními záněty tato starost odpadá. Zatím se neprokázalo, že by zvláštní diety významným způsobem ovlivnily průběh obou těchto nemocí. Například bezlepková dieta, kterou musí dodržovat nemocní s tzv. glutenovou enteropatií či celiakií, není u zánětlivých onemocnění střev na překážku. Někteří odborníci naopak usuzují, že právě tato dieta příznivě působí i na průběh idiopatických zánětů.

Jisté problémy by mohla způsobit pouze vysoce zbytková dieta u pacientů s Crohnovou chorobou a těsnými stenózami (nenormálním zúžením) na trávící trubici, která by mohla vést nejen k vyvolání obliží (křečovitě bolesti břicha, nadýmání, zvracení), ale také způsobit střevní neprůchodnost. Rovněž diety s vysokým obsahem živočišných tuků nebo sladkého mléka mohou u pacientů vyvolat příjmy. Jejich příčinou se stává snížené vsřebávání mléčného cukru (laktózy) v tlustém střevě, který zde pak kvasí.“

**□ Dlouhodobé a často bolestivé onemocnění se může negativně odrazit i v partnerských a rodinných vztazích. Jak žít s takto dlouhodobě nemocným partnerem?**

„Ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc ovlivňují velmi výrazně partnerské vztahy i rodinný život pacienta. Tyto choroby totiž nejčastěji postihují mladé lidi ve věku mezi 20. a 30. rokem života, tedy v době, kdy hledají stále životní partnery. Obě nemoci jsou navíc vleklé, často i se závažným průběhem. Většina nemocných s Crohnovou chorobou se během života musí podrobit chirurgickému zákroku, někteří dokonce opakovaně. Nežádá má pacient přechodně, v určitých případech (dnes již našťáště méně často) i trvale zavedený vývod střeva (ileostomie či kolostomie).

Zánětlivá onemocnění střev se navíc dotýkají také velmi citlivého životního úkonu - vyměšování. Kromě vlastní choroby se u některých pacientů objevují určité následky medikamentózní a chirurgické léčby, jež se mohou promítnout také do oblasti sexuální a reprodukční. K nim přistupuje i další problém - psychologické změny, které jsou nutným průvodním jevem všech těžce probíhajících chronických chorob. Posledním faktorem, jenž celou situaci při zánětlivém onemocnění střev komplikuje, bývá rovněž zvýšená citlivost a větší míra partnerské závislosti u nemocných s ulcerózní kolitidou.

**Nesoulad, nebo dokonce rozchod s letitým partnerem v době vzniku nemoci se nepříznivě odráží na vlastním průběhu choroby a také na výsledcích léčby. Pevné partnerské i rodinné zázemí se stává pro pacienta největší jistotou, posiluje ho a zároveň i stimuluje, aby nepodléhal depresivním náladám a stále s pomocí houževnatě bojoval. To bývá mimořádně důležité zejména u nemocných v těžkém stavu po chirurgických výkonech, kdy byla založena ileostomie nebo kolostomie.**

V této situaci se mění rovněž úloha lékaře, který již nevystupuje jen jako odborník doporučující určitou terapii, ale stává se pro pacienta oporou po řadu let života i rádcem v životních situacích, např. výběr povolání či životního partnera.“