
Dieta při chronických zánětlivých onemocněních střeva

Obchodní zastoupení v České republice:
ewopharma s.r.o.
Korunní 127, 130 00 Praha 3
Tel.: 02/673 116 13 Fax: 02/737 195
E-mail: ewoprag@ewopharma.cz



Falk Foundation e.V.
Leinenweberstr. 5
D-79041 Freiburg i. Br.
Germany

S 84 Cz (S 84e 4-6/97/5.000 Konk)



Připraveno podle brožury
Diet in Chronic Inflammatory
Bowel Diseases (4. vydání 1997)



VFED e.v.

Verein zur Förderung
der gesunden Ernährung
und Diätetik e. V.

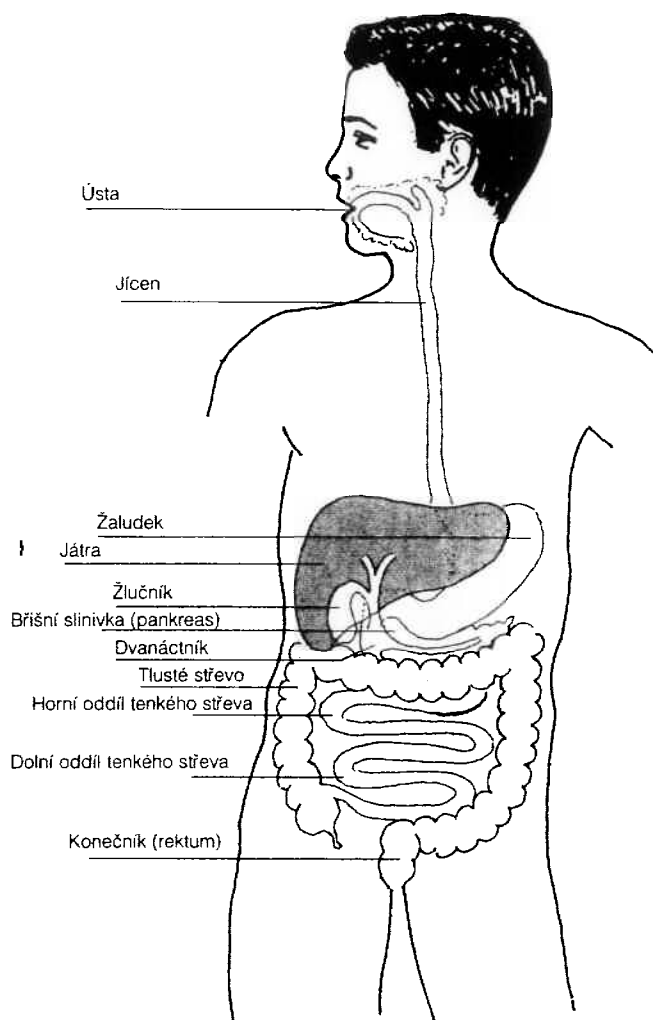
(Sdružení pro podporu
zdravé výživy a dietetiky)

Autor:

Sven-David Müller (asistent-dietetik)
Za dietetické konzultace:
II. interní klinika (II. Medizinische Klinik)
Přednosta:
Siegfried Matern
Univ. prof. Dr. med. dipl. biochem.
Klinikum der RWTH Aachen
Pauwelsstrasse 30
D-52057 Aachen
Německo

Obsah

1. Úvod	3
2. Úkoly trávicího ústrojí	4
3. Dieta při Crohnově chorobě a při ulcerózní kolidě	10
4. Dieta při akutním vzplanutí choroby	15
5. Tekutá dieta a dieta pro výživu sondou	15
6. Parenterální výživa	19
7. Jak dlouho se parenterální nebo enterální výživa má podávat?	20
8. Složení diety po odeznění akutního zánětu ..	20
9. Dietologické a výživářské poradenství	22
10. Dieta v klidových obdobích bez zjevných projevů choroby	22
11. Průvodní příznaky a choroby	31
12. Faktory ovlivňující působení potravin a složek potravy	36



Trávicí ústrojí člověka

1. Úvod

Správně vybrat a vyvážit jídlo a pití při Crohnově chorobě a při ulcerózní kolitidě je obtížný úkol pro pacienta, pro lékaře i pro nutricionistu (tj. pro pracovníka s odbornou kvalifikací v oboru výživy). Příznaky nepravidelné střevní činnosti - nepravidelné stolice, průjem, bolesti v břiše, nevolnost anebo ztráta na váze - vyvolávají v pacientovi představu, že choroba je bezprostředně závislá na dietě. Často trpí pacienti např. bolestmi anebo průjmem po jídle. Mnoho pacientů očekává, že se dovedí striktní a neměnná pravidla, co a jak jíst a pít. Jenomže - na rozdíl od chorob závislých na dietě (jako je např. cukrovka [diabetes mellitus], poruchy látkové přeměny tuků anebo dna) - pro chronická zánětlivá střevní onemocnění žádná taková pevná a jednotná dietetická pravidla neexistují. Přesto je však dieta velice významná.

Spolu s medikamentózním léčením, chirurgickými výkony a jinými potřebnými opatřeními představuje léčba dietou základní předpoklad úspěšné terapie.

Složení skutečně vhodné diety je pro rozdílné pacienty různé. První důležité rozlišení vychází ze skutečnosti, že léčebná opatření při Crohnově chorobě se liší od postupů při ulcerózní kolitidě. Dále, dieta při akutních vzplanutích choroby je odlišná od diety v klidovém období bez příznaků. Mimoto každý pacient reaguje jinak. Nedejte se omráčit a ovlivnit žádnými vyhlášenými paušálními dietetickými doporučeními, platnými údajně pro každého bez individuálního vyšetření a sledování. Neexistuje dieta, která by byla vhodná pro všechny pacienty s chronickým zánětlivým střevním onemocněním. Pro každého pacienta platí rozdílná pravidla a každý pacient musí pečlivě sledovat sebe i své vlastní dietetické návyky.

Bylo by však velmi nesprávné tvrdit, že pro pacienta s chronickým zánětlivým střevním onemocněním dieta není důležitá a že tu žádná pravidla neplatí.

2. Úkoly trávicího ústrojí

Orgány trávicího ústrojí mají za úkol přeměňovat jednotlivé látky obsažené v potravě (živiny a aktivní látky) takovým způsobem, aby se mohly vstřebat a využít v těle.

Živiny	Obsah energie*	Aktivní látky
Bílkoviny	4 kcal na 1 g	Vitamíny
Tuky	9 kcal na 1 g	Minerály
Sacharidy (cukry)	4 kcal na 1 g	Voda

Jeden gram alkoholu (který nepředstavuje ani živinu, ani aktivní látku) dodá tělu 7 kcal.

*1 kcal = 1 kilokalorie = 4 kJ = 4 kilojoule

Tělo potřebuje živiny jako stavivo (bílkoviny čili proteiny), jako palivo (sacharidy a tuky) a jako zásobu energie (tuky). Různé minerály figurují také jako stavební kameny (např. vápník [kalcium] pro výstavbu kostí). Aktivní látky jsou spoluzodpovědné za regulaci různých tělesných funkcí.

Potraviny bohaté na

bílkoviny: maso, uzeniny, ryby, vejce, mléčné výrobky

tuky: oleje, máslo, margarín, ořechy, maso, vejce, mléčné výrobky

sacharidy: cukr, mouka, chléb, cukroví, ovoce

Do pochodů trávení a vstřebávání jsou zapojeny všechny orgány trávicího ústrojí, od ústní dutiny přes žaludek a střevo až ke konečníku.

Crohnova choroba může postihnout všechny úseky trávicího ústrojí (od úst až ke konečníku). Nejčastěji bývá při této chorobě zánětem postižen poslední úsek tenkého střeva (terminální ileum) a začátek dalšího střevního oddílu, tlustého střeva (kolon). *Ulcerózní kolitida* postihuje výhradně kolon. Proto také Crohnova choroba a ulcerózní kolitida mají rozdílný vliv na pochody trávení a na stav pacientovy výživy.

2.1 Trávení

V *ústní dutině* se potrava rozmělnuje žvýkáním a mísením se slinami umožní ji polknout. Sliny obsahují enzym (amylázu), který zahajuje trávení sacharidů (škrobu). Amyláza rozkládá škrob na dextriny a maltózu. Žvýkání podněcuje uvolňování různých enzymů v trávicím ústrojí. Po spolknutí se potrava *jícnem* (ezofagem) dostane do žaludku. Žaludeční sliznice vylučuje mj. i chlorovodíkovou (solnou) kyselinu. Tím se potrava okyselí a stane se snáze přístupnou účinkům enzymů, štěpících bílkoviny. Mimoto se v žaludku vytváří i tzv. „intrinsic factor“ čili „vnitřní faktor“, nezbytný pro možnost vstřebání *vitaminu B₁₂* (kobalaminu) v tenkém střevě. Bez vnitřního faktoru se vitamin B₁₂ nemůže vstřebat (tak je tomu např. po chirurgickém odstranění žaludku, tj. po gastrektomii). V žaludku se prakticky neštěpí tuky. Potrava, nahromaděná v žaludku, odchází po menších dávkách do *dvanáctníku* (*duodena*). Do dvanáctníku ústí *vývod žlučníku* a *Wirsungův vývod* břišní slinivky. Sekret pankreatu (břišní slinivky) obsahuje nejen enzymy, nýbrž i hydrogenuhličitan sodný; ten změní kyselou reakci na slabě zásaditou. Pankreas secernuje i enzymy štěpící bílkoviny, tuky a sacharidy. *Žluč*, vylučovaná játry a uložená v zásobě ve žlučníku, vytváří z tuků emulzi (vytvoření

emulze = rozptýlení na velmi malé částičky). Tím se tuk stane dostupnější pankreatickým enzymům, které jej štěpí. *Sliznice tenkého střeva* vytváří enzymy štěpící sacharidy - např. laktázu, která štěpí mléčný cukr laktózu. Je pochopitelné, že jak tvorba enzymů, tak i vstřebávání živin a aktivních látek se při zánětu sliznice tenkého střeva poruší. To se může přihodit např. při prudkém vzplanutí Crohnovy choroby. Při ulcerózní kolitidě v této oblasti ke změnám nedochází.

Sliznice tenkého střeva vytváří také enzymy, které štěpí bílkoviny a tuky. *Hlavní úkol tenkého střeva* je vstřebání živin, rozštěpených účinkem enzymů. Bílkoviny se štěpí na aminokyseliny, sacharidy na jednoduché cukry, tuky na mastné kyseliny a glycerol. Záhyby a křivky tenkého střeva způsobují, že sliznice tenkého střeva má veliký povrch - je zhruba 600krát větší než by byl povrch hladké trubice stejného průměru. Většina živin a aktivních látek se vstřebává ve dvanáctníku a v jejunu (*jejunum = horní oddíl tenkého střeva*). Vitamin B₁₂ se vstřebává až v terminálním ileu (*ileum = dolní část tenkého střeva, terminální ileum = konečný oddíl ilea, tj. část před jeho vústěním do tlustého střeva*). Jestliže tento oddíl střeva je zanícen anebo jestli byl chirurgicky odstraněn, vzniká nedostatek vitamínu B₁₂ a v jeho důsledku chudokrevnost (perniciózní anémie, tzv. zhoubná chudokrevnost). V těchto případech je nutné pravidelně podávat B₁₂ v injekcích, v udržovací fázi obvykle jednou za 2 až 3 měsíce. Více než 40 % pacientů s chronickým zánětlivým střevním onemocněním má snížené hladiny vitamínu B₁₂.

Za tenkým střevem pokračuje tlusté střevo (kolon). Úkolem tlustého střeva je m.j. vstřebávat vodu. Střevní obsah se tak zahušťuje. Mimoto se vstřebávají i minerály. Živiny se v tlustém střevě nevstřebávají buď vůbec, nebo jen ve velmi malém množství. Při akutních vzplanutích ulcerózní kolitidy se vstřebává méně vody, snadno vznikne průjem.

Při ulcerózní kolitidě je zánětem postiženo pouze tlusté střevo. Proto se u pacientů s ulcerózní kolitidou objevují příznaky deficitů a výrazné zhubnutí méně často - vstřebávání živin a aktivních látek v horních oddílech střeva u těchto pacientů totiž není postiženo. Při prudkých vzplanutích choroby je třeba pečovat o to, aby se tenké střevo nezatěžovalo velkým objemem střevního obsahu. Potrava se musí podávat buď parenterálně, tj. s obejitím trávicího ústrojí, přímo do oběhu (ve formě infúzí s obsahem živin, aktivních látek a vody), anebo se musí podávat jako plně stravitelná tekutina nebo potrava podávaná sondou.

Rostlinná vlákna se v lidském trávicím ústrojí nemohou působením enzymů rozložit a nevstřebávají se. Vlákna se však v tlustém střevě mohou do jisté míry rozkládat působením střevních bakterií a vzniká oxid uhličitý a též mastné kyseliny s krátkým řetězcem (a jiné plyny, které mohou vyvolat bolesti v břiše a nadýmání).

Tlusté střevo je rozděleno na několik úseků, přechází v konečník a končí řití (konečník má funkci rezervoáru; zde se hromadí střevní obsah). V konečníku se živiny ani aktivní látky již dále nepřeměňují ani nevstřebávají.

Crohnova choroba

Postižení

jícen
žaludek
dvanáctník
3 - 5 %

tenké a tlusté
střevo 45 %

pouze tenké
střevo 25 - 30 %

pouze tlusté
střevo 30 %

konečník
postižen
v 11 - 20 %

choroby
konečníku a řitě
řitní přístěle
řitní fisury
abscesy
30 - 40 %



Ulcerózní kolitida

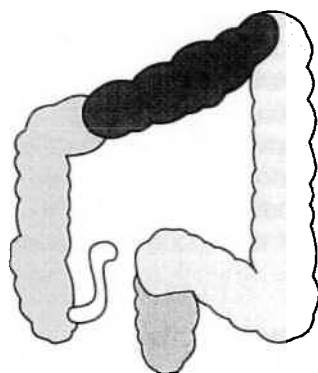
Postižení

postižení
celého
tlustého střeva
(pancolitis)
10 - 20 %

levostranná
kolitida
30 - 40 %



proktitida
(zánět
konečníku)
30 - 40 %



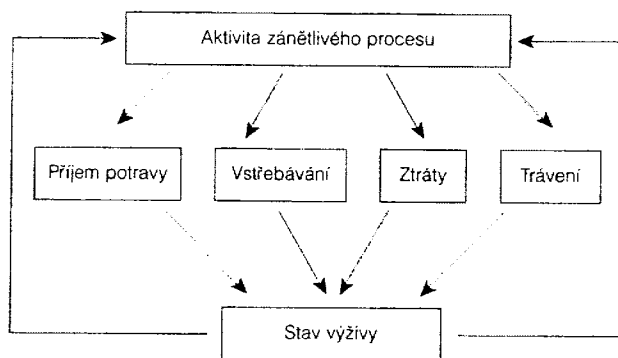
Postižení jednotlivých oblastí a jeho výskyt (incidence)
při Crohnově chorobě a při ulcerózní kolitidě

Počáteční příznaky u 392 pacientů s chronickou zánětlivou střevní chorobou

Projev	Crohnova choroba 279 pacientů	Ulcerózní kolitida 113 pacientů
Průjem	89,5 %	96,4 %
Krvácení	27,3 %	89,3 %
Bolest	86,9 %	81,3 %
Celkový pocit nemoci	81,7 %	40,2 %
Ztráta na váze	59,6 %	38,4 %
Bolesti kloubů	29,2 %	27,7 %
Horečka	24,7 %	20,5 %
Kožní změny	14,2 %	15,2 %
Nechutenství	18,7 %	11,6 %
Oční poruchy	3,8 %	7,1 %
Nevolnost	28,1 %	6,3 %
Zvracení	20,2 %	4,5 %
Abscesy	25,8 %	3,6 %
Přístěle	39,3 %	3,6 %

3. Dieta při Crohnově chorobě a při ulcerózní kolitidě

Příčiny vzniku Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy jsou dosud neznámé. Tyto choroby nejsou způsobeny složením potravy. U obou chorob byly detailně studovány dietetické faktory (jednak obecné, jednak ve vztahu k příslušnému pacientovi), které by mohly ovlivnit vypuknutí choroby, její vývoj, její průběh i frekvenci a závažnost prudkých vzplanutí. Přestože se těmto otázkám věnovaly četné studie, nepodařilo se dosud najít žádnou příčinu vzniku chronické zánětlivé střevní choroby. Bylo pouze zjištěno, že určitou úlohu má predispozice, z účasti byly obviněny i další faktory - infekce (bakteriální i virové), dietetické návyky i zvýšená reaktivita imunitního systému.



Vztah mezi aktivitou zánětlivého procesu a stavem výživy

Stav výživy je u řady pacientů nepřiměřený, někteří trpí podvýživou. Šedesát pět až sedmdesát pět procent veškerých pacientů s chronickým zánětlivým střevním onemocněním, zejména Crohnovou chorobou, má podváhu. Šedesát až osmdesát pět procent veškerých pacientů trpí chudokrevností.

Frekvence poruch výživy při chronickém zánětlivém střevním onemocnění

Porucha	Crohnova choroba	Ulcerózní kolitida
Podváha	70 %	18 - 55 %
Nesnášenlivost laktózy (mléka a mléčných výrobků)	30 - 40 %	25 - 65 %
Hypoalbuminémie (snížené množství bílkovin v krvi)	25 - 80 %	0 - 10 %
Chudokrevnost	25 - 85 %	22 - 68 %
- z nedostatku kys. listové	50 - 79 %	5 - 20 %
- z nedostatku vitamínu B ₁₂	16 - 39 %	8 - 30 %
- z nedostatku železa	10 - 44 %	30 - 80 %
Onemocnění kostí	24 - 39 %	0 - 15 %
Syndrom nedostatku esenciálních mastných kyselin	2 - 5 %	0 - 2 %
Nedostatek vápníku	20 - 60 %	0 - 46 %
Nedostatek hořčíku	30 - 68 %	2 - 55 %
Nedostatek zinku	42 - 92 %	12 - 52 %

Příčiny poruch výživy zahrnují i nepřiměřený, nedostatečný příjem potravy. Mnoho pacientů „se bojí jíst“. Drží se zásady: „Raději než sníst něco nesprávného, nebudu jíst vůbec nic!“ Proto jedí příliš málo. Jiní pacienti trpí nesnášenlivostí různých potravin a jejich výběr potravin je nevyvážený. Při prudkých vzplanutích choroby i při poměrně mírných zánětlivých pochodech v tenkém střevě je příjem živin a aktivních látek poškozen nebo snížen, nadto se zanícenými okrsky sliznice ve zvýšené míře ztrácejí bílkoviny. Padesát až sedmdesát procent pacientů s Crohnovou chorobou trpí v průběhu akutních vzplanutí ztrátou bílkovin. Ztráta bílkovin vede k celkové slabosti, úbytku hmotnosti, snížené odolnosti a zpomalenému hojení ran. Při

akutním vzplanutí se průjmovou stolicí ztrácejí kromě vody ještě i minerály a jiné složky potravy. Vzplanutí představuje pro organismus stres a tím zvyšuje nároky na přívod energie, živin i aktivních látek.

Nedostatek zinku je častější při Crohnově chorobě než při ulcerózní kolitidě. Při nedostatku zinku se zinek může podávat ve formě tablet nebo tobolek anebo v parenterální výživě. Zinek má příznivé účinky na průběh zánětu a podporuje imunitní reakce organismu. Protože zinek se ztrácí stolicí, bývá častou příčinou nedostatku zinku průjem vzdorující léčení. Naopak průjem se často rychle zlepší po podání zinku.

Příčina poruch výživy při Crohnově chorobě

	Porucha trávení	Porucha vstřebávání	Ztráty	Snížený příjem
Porucha trávení sacharidů	+++			+
Porucha trávení tuků	+++	→ (+)	→ +++	++
Porucha trávení bílkovin	++	+++	→ +++	++
Nedostatek vápníku		+++	→ +++	+++
Nedostatek hořčíku		+++	→ ++	++
Nedostatek zinku		+++	→ ++	++
Nedostatek listové kyseliny		+++		++
Nedostatek vitamínu B ₁₂		+++		++
Nedostatek vitamínu A		+++		++
Nedostatek vitamínu D		+++		++
Nedostatek vitamínu K		+++		++

Příčina poruch výživy při ulcerózní kolitidě

	Porucha trávení	Porucha vstřebávání	Ztráty	Snížený příjem
Porucha trávení cukrů	+++			+
Porucha trávení tuků	(+)	+	+++	++
Porucha trávení bílkovin	++	++	→ +++	++
Nedostatek vápníku		+++	→ +++	+++
Nedostatek hořčíku		+++	→ ++	++
Nedostatek zinku		+++	→ ++	++
Nedostatek listové kyseliny		+		++
Nedostatek vitamínu B ₁₂				+
Nedostatek železa		+	+++	

Iniciátorem průmyslově vyráběných tekutých diet je americká NASA, která vyvinula „dietu astronautů“ na základě následujících předpokladů a požadavků. Protože v kabině kosmické lodi je nutno počítat s omezeným prostorem, bylo třeba vyvinout dietu, která by se snadno a beze zbytku vstřebávala - dietu bez vlákniny, která by však stále obsahovala veškeré potřebné živiny a aktivní látky.

Složení „diety astronautů“

- Aminokyseliny (základní kameny bílkovin)
- Glukóza (sacharid)
- Minerály a stopové prvky
- Vitaminy
- Voda

Protože tato směs vždy obsahuje nejmenší stavební kameny živin a protože v ní nejsou přítomna žádná vlákna, rychle a úplně se vstřebá již v horních oblastech tenkého střeva. Všechny další úseky střeva zůstanou nezatíženy. To je důležitý důvod účinnosti tekutých diet při chronické zánětlivé střevní chorobě. Účinnost je zaručena jedině tehdy, jestliže tekutá dieta anebo dieta určená pro podávání sondou neobsahuje vlákninu a plně se vstřebá již v horním oddíle tenkého střeva. Nepřítomnost vlákniny a s tím spojený odpočinek trávicího ústrojí, kterému se připisuje zásadní význam, se považuje za nejdůležitější důvod účinnosti těchto tekutých diet. „Dieta astronautů“ měla bohužel tak špatnou chuť, že ji astronauti jako potravu nepoužívali. V lékařství se význam tohoto „nového způsobu jídla“ brzy rozpoznal, takže se tento přístup použil u mnoha chorob. Dnes „dieta astronautů“ již neexistuje. Protože obsahovala pouze volné aminokyseliny, měla nepříjemnou chuť a nepříjemný zápach. Dnes se v nízkomolekulárních tekutých dietách používají oligopeptidy, které mají lepší chuť i vůni. Základní myšlenka

zůstala, dieta se však upravila chuťově: Změnilo se složení (např. se přidaly tuky) a potrava byla ochucena. Dnes se již rozlišuje mezi různými formami tekutých diet.

5.1 Vysokomolekulární tekuté diety

Živiny jsou v těchto dietách dostupné ve své kompletní formě. Diety jsou vyvážené, pokrývají požadavky organismu a neobsahují vlákninu. To znamená, že tyto diety obsahují veškeré látky, které tělo potřebuje. Jsou vymezeny maximální a minimální obsahy minerálů a vitaminů.

5.2 Nízkomolekulární tekuté diety

Živiny jsou již v rozštěpené formě. Proto se vstřebávají rychleji a snadněji, než vysokomolekulární diety. Jsou vyvážené, pokrývají potřeby organismu a neobsahují vlákninu. Nízkomolekulární tekuté diety jsou svým složením blízké „dietě astronautů“. Nízkomolekulární tekuté diety se někdy také popisují jako chemicky definované diety.

5.3 Doplnkové diety

Nízkomolekulární diety vyžadují méně intenzivní natrávení než vysokomolekulární diety. Jak nízkomolekulární, tak i vysokomolekulární diety vyhovují jako samostatně podávaná potrava. Pro pacienty je důležité, aby v období akutních vzplanutí chronické střevní zánětlivé choroby vždy dostávali dietu bez vlákniny a bez laktózy, buď tekutou dietu, anebo dietu podávanou sondou. Smí se použít pouze diety bez karagenu. Karagén („islandský mech“, sušená mořská řasa) je přísada, u níž je podezření, že nepříznivě ovlivňuje žaludeční sliznici. Nízkomolekulární diety mají horší chuť než diety vysokomolekulární, a proto se podávají sondou obvykle přímo do dvanáctníku. Přívod by měl být řízený (dávkovací pumpou) a měl by být nepřetržitý, kontinuální. Existují také nízkomolekulární diety, které se mohou i pít. Čím těžší je prudké vzplanutí zánětu ve vstřebávacích oddílech střeva, tím horší je schopnost trávit potravu a vstřebávat živiny. Při těžkých zánětlivých vzplanutích je třeba dát přednost nízkomolekulárním dietám. Cukr obsažený v tekutých dietách a v dietách pro podávání sondou se velmi dobře snáší.

Existují také doplňkové diety, které by však pro samostatné podávání byly nevyhovující. Obvykle mají vyšší obsah bílkovin a laktózy. Někdy se jim také říká suplementární diety. Doplňkové diety neobsahují vlákninu, některé obsahují karagén.

Výhody enterální výživy:

- volí přirozenou přírodní cestu
- je ekonomicky výhodnější
- skýtá menší riziko
- je vyvážená, pokrývá potřeby organismu
- i při podávání delším než 10 dní je snadný návrat k normální dietě

Láhve otevřené déle než 12 hodin je třeba vyhodit. Co chutná pacientovi, chutná i mikrobům, bakteriím. Tekuté diety se musí uchovávat v uzavřených lahvích v lednici, ale nesmějí se pít ledové. Je lepší dietu z lednice vyndat asi 15 min před použitím. Studené diety se musí pít velmi pomalu.

6. Parenterální výživa

Při parenterálním přívodu výživy se živiny, aktivní látky a voda podávají přímo do oběhu, a to katétrem do centrální žíly. Trávicí ústrojí je kompletně vyřazeno z činnosti. Tento přístup má výhody (rychlý ústup projevů zánětu), ale i nevýhody (trávicí ústrojí si odvykne pracovat a musí se teprve postupně znovu naučit zpracovávat potravu). Před ukončením parenterálního přívodu živin by měl pacient dostávat tekuté diety (vysokomolekulární anebo nízkomolekulární) již poměrně brzy, navíc k parenterální výživě. Rovněž by měl jíst alespoň kaše nebo bílý chléb, pokud tyto pokrmy snáší.

Indikace pro zavedení parenterální výživy jsou:

Neúspěch léčby tekutou dietou nebo dietou podávanou sondou; projevy zánětu v horních oddílech tenkého střeva; příznaky střevního uzávěru; přístěle.

7. Jak dlouho se parenterální nebo enterální výživa má podávat?

Parenterální anebo enterální výživa se musí podávat tak dlouho, dokud trvají příznaky zánětu, dokud pacient trpí průjmem a dokud se cítí nemocen.

Údaje o parenterální a enterální výživě v této brožurce jsou pouze informativní. O výběru správné výživy a způsobu jejího přívodu rozhoduje ošetřující lékař.

1. Složení diety po odeznění akutního zánětu

Když se celkový stav pacienta i projevy zánětu zlepšily, je možné zahájit pozvolný návrat k normální dietě. Zpočátku se podává slabý čaj, kaše, suchary, anebo bílý chléb. Podle pacientovy snášenlivosti pak následuje vařené ovoce a zelenina, brambory, rýže, těstoviny, sýry s nízkým obsahem tuku, maso, drůbež a ryby. Tuky (máslo, margarín, oleje) se přidávají až jako poslední a potom se již přechází na normální stravu.

V nemocnici pacient s chronickou zánětlivou střevní chorobou často dostává lehkou normální dietu. Lehká normální dieta se vyhýbá takovým potravinám a takovým metodám přípravy, o nichž je na základě statistických přehledů známo, že nemusí být dobře snášeny. V podávání lehké normální diety se doma pokračovat nemá. Doma se pacient má vyhýbat jenom takovým potravinám a takovým způsobům přípravy, které právě jemu nedělají dobře.

Postupná úprava diety

1. čaj (s cukrem), kaše, bílý chléb, suchary
2. později rohlíky, marmeláda, vařená zelenina (příp. pasírovaná), ovoce (příp. pasírované), brambory (příp. bramborová kaše), rýže, těstoviny
3. později libové maso, mléko, mléčné produkty, ryby, drůbež, sýr
4. posléze máslo, margarín a přechod na „lehkou normální dietu“