

# VÝŽIVA U AKUTNÍ A CHRONICKÉ PANKREATITIDY

MUDr. Zuzana Grofová

Nutriční a dietologické oddělení Pardubické krajské nemocnice a. s., Pardubice

Slinivka břišní je orgán s exokrinní a endokrinní funkcí. Tématem sdělení jsou stavy, s nimiž jsou spojeny poruchy funkce exokrinní. Jedná se především o dvě velké skupiny zánětlivých onemocnění, tedy akutní a chronickou pankreatitidu. Tyto dvě skupiny se odlišují v nutriční intervenci. V určitých situacích je potřebná i umělá výživa enterální nebo parenterální či kombinace obou.

**Klíčová slova:** akutní pankreatitis, chronická pankreatitis, exokrinní funkce, diabetes mellitus, potřeba bílkovin a energie, nutriční intervence, enterální výživa, parenterální výživa.

Med. Pro Praxi 2008; 5(4): 179–180

## Akutní pankreatitis

Akutní pankreatitida je nemoc velmi nevyzpytatelného průběhu. Může probíhat jako lehká, středně těžká nebo těžká, nekrotizující forma.

Počáteční postup je shodný pro všechny typy akutní pankreatitidy: naprosto zásadní je parenterální aplikace tekutin 2–5 l denně, u těžších forem více – 6–12 l a nic per os.

Podle Doporučených postupů Evropské společnosti klinické výživy a metabolismu (ESPEN) z roku 2006 nemá u mírné akutní pankreatitidy enterální výživa žádný pozitivní vliv na průběh nemoci a je doporučována pouze u pacientů, kteří nemohou normálně jíst po 5–7 dnech. U těžké nekrotizující pankreatitidy je enterální výživa indikována a měla by být doplněna parenterální výživou, pokud je třeba. Podávání výživy do jejunu se doporučuje, pokud gastrická není tolerována.

V mnoha případech se osvědčila spíše enterální výživa do jejunu a je tedy obecně doporučována. Gastrická bývá, zejména u těžších forem, problematická.

Při lehkém průběhu choroby je možno během několika dnů, když ustoupí bolesti, začít zařazovat velmi jednoduchou sacharidovou stravu, absolutně bez tuku (vodová bramborová nebo rýžová kaše, suché brambory). Postupně je možno přidávat proteiny a zatěžovat i tuky, ale jejich přívod je omezen na maximálně 30 % energetického příjmu. Perorální příjem se řídí tolerancí pacienta. Lehký zánět se může vyhovět ad integrum a žádné poruchy exokrinní funkce nemusí nastat. Naopak nemoc s těžkým průběhem může skončit smrtelně. Těžký průběh je jednoznačnou indikací pro umělou výživu.

Mezi těmito dvěma extrémy se pohybuje celá škála různých tíží akutní pankreatitidy, jejichž výsledkem může být poškození exokrinní funkce.

Akutní fázi onemocnění pacient stráví na nemocničním lůžku. Pro domácí péči je důležité znát etiologii pankreatitidy. Biliární pankreatitis řešená odstraněním kamene při ERCP (endoskopická retrográdní choledochopankreatografie) vyžaduje

obvykle jen dietu s omezením tuků a cholecystektomií, pokud byl žlučník zdrojem žlučových kamenů. Primární pankreatitida (ethylické etiologie) znamená absolutní zákaz alkoholu.

Akutní pankreatitida může exacerbovat a postupně může přejít do formy chronické.

## Chronická pankreatitida

Doporučené postupy ESPEN: *U chronické pankreatitidy může být víc než 80 % pacientů adekvátně léčeno normální stravou doplněnou pankreatickými enzymy. 10–15 % pacientů vyžaduje nutriční doplňky a přibližně u 5 % je indikována sondová výživa.*

U 60–70 % pacientů s chronickou pankreatitidou je etiologickým faktorem alkohol.

Jiné příčiny jsou méně časté. Mezi 15 % a 35 % pacientů se nevyskytuje žádná zjevná souběžná nemoc (idiopatická chronická pankreatitis). Chronické změny představují morfologicky fibrózu, kalcifikace, zánět a ztrátu exokrinní tkáně. Zánět je provázen edémem a nekrotizací. V průběhu chronické pankreatitidy se postupně snižuje sekrece enzymů (lipáza, trypsin). Následkem je porucha trávení se steatoreou (ztrátami tuku stolicí) a ztrátami proteinů. Tato situace nastává, když je zničeno více než 90 % tkáně slinivky. V tomto stadiu nemoci dochází také ke ztrátě beta buněk pankreatu produkujících inzulín. K poruchám trávení lipidů a bílkovin se přidává zhoršená tolerance sacharidů, případně se vyvíjí sekundární diabetes mellitus.

Při zachované schopnosti slinivky produkovat vlastní inzulín není vždy nutno jej aplikovat, ale vyvine-li se diabetes mellitus vyžadující léčbu inzulínem, je to v klinické praxi velký problém. Porucha vstřebávání při nedostatečné exokrinní funkci slinivky a současná aplikace inzulínu může být spojena s rizikem hypoglykémie. Proto je důležitá též edukace diabetologem a edukační sestrou.

Cílem léčby je zmírnění bolesti a prevence podvýživy. Bolesti často vedou k omezení příjmu stravy a tím přispívají ke vzniku podvýživy, na které se podílejí též ztráty nestrávených živin a částečně

pokračující konzumace alkoholu. Vzniká proteino-energetická malnutrice, tedy podvýživa z nedostatku energie i bílkovin. Pacienti s chronickou pankreatitidou mají i zvýšený klidový energetický výdej. V časných stádiích nemoci je více postiženo vstřebávání tuků než bílkovin a sacharidů. Ztrátu tuků do stolice provázejí i ztráty a následně deficit vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K). Byly popsány i specifické deficity Ca, Mg, Zn, thiaminu a kyseliny listové.

V pozdějších stádiích nemoci je podvýživa běžná a je jedním z hlavních faktorů způsobujících komplikace.

Dietu s omezením tuků (0,5 g/kg a den) pomůže zmírnit těžkou steatoreu. Normální dietní doporučení obsahuje podávání tuku do 30 % celkového energetického příjmu při současné suplementaci pankreatických enzymů.

Pokud v dietních omezeních přistoupí nutnost kontrolovat příjem též sacharidů pro glukózovou intoleranci nebo diabetes, je dosažení celkového energetického příjmu obtížné a mohou být úspěšně podávány perorální nutriční doplňky (Nutridrink, Fortimel, Diasip, Resource, Fresubin apod). Výběr přípravku záleží na stupni intolerance glukózy, potřebě dodávat proteiny. Vhodná je spolupráce s nutričním terapeutem, který provede propočty příjmu energie a bílkovin.

Nutriční doporučení se týká režimu i složení diety. Pro dosažení adekvátního příjmu energie je nutno jíst často malé porce, potravu řádně rozžvýkat. Dieta má být bohatá na sacharidy a proteiny (1–1,5 g bílkovin/kg/den). Přednost mají lehce stravitelné bílkoviny (nízkotučné mléčné výrobky, bílé, libové maso, drůbež, ryby). Celkové doporučené množství energie je 2500–3000 kcal (10,5–12,6 MJ/den). Tuky (asi 60 g/den) je třeba dodávat ve formě, která je dobře snášena (například rostlinné oleje). Nezávisle na lipáze se vstřebávají triacylglyceroly se středním řetězcem (MCT oleje), které je možno také doporučit, i když v čisté formě nejsou příliš chutné, nesou méně energie a mohou samy způsobovat

gastrointestinální obtíže. Z obvyklých zdrojů obsahuje určité množství MCT olejů pravé máslo. Dieta bohatá na vlákninu není na rozdíl od jiných nemocí vhodná, neboť vláknina absorbuje trávicí enzymy a vede tak ke sníženému příjmu živin. Při obtížích se proto vyhne i perorálním nutričním doplňkům s vlákninou (mívají označení „fibre“ nebo „multi-fibre“). Mikronutrienty je třeba suplementovat při deficitu s klinickými projevy.

Kromě alkoholu je třeba z diety vyloučit přepalované tuky, tučná masa, majonézu, velmi kořeněná jídla a nadýmavou stravu. Dále jednoduché sacharidy (bonbóny, čokoláda), protože vyvolávají průjem. Omezujeme silnou kávu a silný čaj, protože stimulují sekreci žaludeční šťávy.

Co tedy pacientovi zbývá: libové maso, drůbeží šunky, ryby, bílky, omezené množství zeleniny (nádýmání) i ovoce, nízkotučné mléčné výrobky, příkrmy bez droždí a bez tuku (nesmažené, neopékané), zelené bylinky, rostlinné oleje, máslo. Nutná je šetrná příprava pokrmů v kvalitním nádobí, kde není třeba užívat tuk: vaření, dušení, pečení nasucho, grilování, vaření ve vodní lázni nebo páře.

Skloubit všechna výše uvedená dietní opatření může být velmi obtížné, proto znovu doporučuji spolupráci s nutričními terapeuty.

### Enterální a parenterální výživa

Indikace enterální a parenterální výživy je dána klinickým stavem a průběhem onemocnění.

V určitých situacích je indikována enterální výživa podávaná sondou. Jedná se například o stavy, kdy pacient nemůže vstřebat dostatek kalorií (bolesti, pseudocysta pankreatu nebo zvětšená hlava pankreatu, která způsobuje útlak pyloru či duodena). Dále sem patří stavy před operací nebo akutní komplikace (akutní pankreatitida, píštěle). Je-li nemocný podvyživený již při přijetí do nemocnice, je třeba u závažných forem neodkládat aplikaci umělé výživy a zahájit ji včas. Každý pacient vyžaduje individuální přístup, neboť má jiné energetické nároky (25–35 kcal/kg/den) a jiné nároky na příjem jednotlivých živin (např. bílkoviny 1–1,5 g/kg/den). Dosažení těchto individuálních potřeb je velmi důležité, jinak je výživa nedostatečná.

Pokud má pacient zavedenou nazojejunální sondu, může být živěn i v domácím prostředí, jestliže to dovolí celkový stav. Pro dlouhodobou terapii je však jednoznačně nejlepší PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), PEG se zavedenou jejunální sondou nebo jejunostomie. Výběr přípravku, který dnes může předepisovat pouze nutriční specialista, záleží opět na nárocích na energii

a proteiny, přítomnosti diabetu a dalších případných omezení.

Podávání výživy do střeva jednoznačně vyžaduje kontinuální podávání. Tenké střevo netoleruje bolusy. Pacient musí být dobře poučen o způsobu podávání i péče o sondu (časté proplachování, aby nedošlo k okluzi). Dávkování závisí na energetické potřebě pacienta. Pro pacienta je výhodné, pokud ho může nutriční ambulance vybavit enterální pumpou. Výjimečně lze i do střeva podávat výživu jiným režimem, například během dne s noční přestávkou nebo naopak využít podávání v noci k dosažení energetických potřeb.

Parenterální výživa je u chronické pankreatitidy indikována pouze, když enterální není možná, například u těsné stenózy duodena před operací. Podávání bývá krátkodobé.

S výjimkou stenózy duodena nejsou žádné kontraindikace normální stravy nebo enterální výživy.

**MUDr. Zuzana Grofová**  
Nutriční a dietologické oddělení  
Pardubické krajské nemocnice, a. s.  
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice  
e-mail: zuzana.grofova@upce.cz

## JIŽ S TÍMTO ČÍSLEM!

## BONUS PRO PŘEDPLATITELE!

## ABSTRAKTA Z TÉTO AKCE:



# KONGRES

*s vlídnou tváří*

13. ČERVNA 2008  
OLOMOUC

## KONFERENCE SESTRA V PRAXI