

VÝŽIVA A CROHNOVA CHOROBA

PRÍKAZSKÁ M., ŠIMONČIČ R.

NUTRITION AND CROHNS DISEASE

The relationships between non-specific inflammatory bowel disease and nutrition is considered. One of the hypotheses holds that environmental factors, especially those in dietary intake, can be the initiators of intestinal inflammation. In this connection authors examined a group of patients suffering from Crohns disease and ulcerative colitis. Results observed in patients with Crohns disease indicate: preferred consumption of flour products, decreased intake of vegetables and fruit, lowered tolerance to milk and milk products, increased sugar consumption, increased proportion of smokers, no differences in diet regimen between sick and healthy subjects. (Tab. 3, Ref. 16.)

Key words: Crohns disease, nutrition, protective diet.

Bratisl Lek Listy 1997; 98: 107–110

Uvažuje sa o vzťahoch nešpecifických črevných zápalov s výživou. Jedna z hypotéz o etiológii týchto chorôb hovorí, že environmentálne faktory, najmä výživové, môžu iniciovať črevný zápal. Autori s týmto zameraním vyšetrili skupinu pacientov s Crohnovou chorobou. V práci predkladajú najdôležitejšie výsledky zo sledovania pacientov s touto chorobou: uprednostňovanie múčnych jedál, znížená konzumácia zeleniny a ovocia, znížená znášanosť mlieka a čiastočne aj mliečnych výrobkov, zvýšená konzumácia sladkostí, zvýšený počet fajčiarov, bez rozdielu v stravovacom režime medzi chorými a zdravými. (Tab. 3, lit. 16.)

Kľúčové slová: Crohnova choroba, výživa, ochranná diéta.

Bratisl. lek. Listy, 98, 1997, č. 2, s.107–110

Otázky vzťahu výživy a Crohnovej choroby (MC) nie sú jasné. Diskutuje sa o úlohe nutričných faktorov v etiológii a o efekte nutričnej terapie v aktívnej, ale aj v pokojovej forme črevného zápalu. Nešpecifické črevné zápaly (NČZ) majú regionálny charakter. Vyskytujú sa najmä v ekonomicky vyspelých krajinách, známy je severojužný gradient výskytu. Preto sú zaujímavé práce, v ktorých sa sledujú stravovacie návyky v rôznych regiónoch. Aj keď sú doterajšie údaje o priamom pôsobení zložiek potravy na črevo v závislosti od vzniku zápalu nedostatočné, nemožno túto hypotézu celkom vylúčiť. V snahe prispieť k objasneniu tohto problému sme uskutočnili prvú celoslovenskú štúdiu o diétnych a stravovacích návykoch skupiny pacientov s MC na Slovensku.

Materiál a metodika

Z podrobného nutričného a socioekonomického dotazníka, ktorým sme vyšetrili veľkú skupinu pacientov s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitídou (UC) z celého Slovenska, sme vybrali a v tejto práci predkladáme analýzu životosprávy 42 pacientov s Crohnovou chorobou (MC), lebo nie všetky dotazníky boli

dôsledne vyplnené. Ostatné parametre hodnotíme v skupine 156 pacientov. Odpovede pacientov porovnávame s odpoveďami vekovo primeranej skupiny zdravých (KS) v počte 86 osôb a s výsledkami prieskumu epidemiologického oddelenia nášho ústavu (1020 osôb). Hodnotili sme spotrebu sladkostí, konzumáciu ovocia a zeleniny, uprednostnenie mäsa alebo múčnych jedál a životosprávu v období pred manifestáciou choroby, pitie mlieka a vplyv choroby na jeho znášanosť, návyk chorých na fajčenie a spotrebu alkoholu.

Výsledky

V stravovacom režime sme nepozorovali rozdiely medzi skupinou pacientov s MC a kontrolnou skupinou zdravých (KS) (tab.1). Časť našich pozorovaní u pacientov v porovnaní so zdravými uvádzame v tabuľke 2. Uprednostňovanie múčnych jedál pacientmi bolo častejšie ako v kontrolnej skupine zdravých. Konzumpcia ovocia bola u pacientov zriedkavejšia, pri spotrebe zeleniny to tak bolo len v skupine žien. Celkovo konzumujú pacienti s MC výrazne menej zeleniny a ovocia ako zdraví.

Sladkosti (rafinovaný cukor, čokoládu, cukrovinky a podobne) konzumovali pacienti o tretinu viac ako zdraví.

Príjem mlieka a jeho znášanosť boli výrazne nižšie u chorých ako u zdravých. U 1/4 pacientov vznikla mliečna intolerancia pred manifestáciou MC, u ostatných v priebehu choroby. U operovaných sa intolerancia prejavila v 58 % hneď po chirurgickom výkone.

Tab. 1. Diétné návyky pacientov s Crohnovou chorobou (MC) a kontrolnej skupiny (KS) v percentách.
Tab. 1. Dietary habits in Crohns disease (CD) and healthy persons (HP) in percentages.

	Muži Male		Ženy Female		Spolu All	
	MC	Zdraví	MC	Zdraví	MC	Zdraví
Zdraví n=1020	n=20	n=470	n=22	n=550	n=42	
<i>Raňajky</i> <i>Breakfast</i>						
pravidelne regularly	85,0	76,6	86,4	62,6	85,8	69,6
nepravidelne irregularly	5,0	21,7	9,1	35,3	7,1	28,5
nekonsumuje no consumption	10,0	1,6	4,5	2,1	7,1	1,9
<i>Obed</i> <i>Lunch</i>						
pravidelne regularly	75,0	70,0	77,4	58,4	76,2	64,2
nepravidelne irregularly	25,0	29,1	18,2	40,8	21,4	34,9
nekonsumuje no consumption	0,0	0,9	4,5	0,8	2,4	0,9
<i>Večera</i> <i>Dinner</i>						
pravidelne regularly	75,0	56,7	81,8	27,6	78,0	42,1
nepravidelne irregularly	20,0	41,1	13,7	67,9	16,0	54,2
nekonsumuje no consumption	5,0	2,2	4,5	4,5	4,0	3,3

Vyšší počet fajčiarov bol v skupine chorých (o 26 %) v porovnaní so zdravými. Časť z nich (56 %) síce v priebehu choroby prestala fajčiť, ale aj tak bol podiel fajčiarov vyšší. V konzumácii alkoholu nebol medzi skupinami rozdiel.

Diskusia

Výskyt MC pozvoľna stúpa najmä v ekonomicky rozvinutých krajinách. Súčasne sa množia dôkazy o malígnom potenciáli choroby. Výskyt črevného a mimočrevného ca je relatívne nízky, výrazne vyšší je počet nálezov dysplázie v resektách (Nakojama, 1990; Clifford, 1993; Lashner, 1992). To sú niektoré z dôvodov, prečo sa touto chorobou, ktorej príčinu nevieme a napriek intenzívnemu výskumu má stále mnohé neznáme, zaoberajú rozsiahle multicentrické štúdie. Preto sa uvažuje aj o vzťahoch choroby s výživou. Niektoré nutričné návyky sa dávajú do súvislosti so vznikom, či priebehom Crohnovej choroby. Uvažuje sa aj o možných patogenetických vzťahoch (Panza, 1987). Jedna z hypotéz o etiológii MC hovorí, že environmentálne faktory, najmä výživové, môžu iniciovať črevný zápal, najmä u vnímavých, náchylných jedincov. V tejto súvislosti sa sledoval aj ochranný efekt materského mlieka, ale výsledky neboli presvedčivé. Sledoval sa dokonca výskyt MC u adolescentov vo vzťahu k dojčeniu, ale nedokázal sa ochranný efekt materského mlieka. Diskutuje sa aj o provokatívnom pôsobení pšenice (Koletzko, 1989). Za ťažkosti pacientov je do veľkej miery zodpovedné mlieko a jeho produkty. Najčastejšie sa udávajú súvislosti s rafinovaným cukrom, menej presvedčivé sú vzťahy k vláknine a k múčnym jedlám. Väčšinou sa robili limitované štúdie (hodnotenie len jedného jedla, vyhodnotenie len sacharidov a podobne) v súboroch s malým počtom ľudí. Skupina talianskych odborníkov zistila silno pozitívnu asociáciu medzi vznikom MC, konzumpciou rafinovaného cukru (cukor, sladkosti) a mäsa (Panza, 1987). Zelenina a ovocie pravdepodobne redujú riziko vzniku ochorenia. Komplexné správy chýbajú, málo je

Tab. 2. Porovnanie pacientov a kontrolnej skupiny podľa sledovaných faktorov.
Tab. 2. The comparison of patients with the control group according to the observed factors.

No. Faktor Factor	MC skupina CD group				Kontroly Controls		Stĺpce Columns			
	Muži Male		Ženy Female		Muži Male		Ženy 2 oproti 6 Female 2 versus 6		2 oproti 8 2 versus 8	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Male	Female
a b	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Mäso denne Meat daily	78	24,4	77	20,8	39	20,5	41	19,5	-	-
2. Prevažne múčne jedlá Wheat flour meale prevailing	70	37,1	69	49,3	70	20,4	550	60,6	p<0,01	-
3. Zelenina denne Vegetables daily	74	13,5	76	27,6	37	24,3	43	51,2	-	p<0,05
4. Ovocie denne Fruite daily	68	14,7	66	45,4	37	35,1	14	78,6	p<0,05	p<0,05
5. Konzumácia mlieka Milk consumption	78	59,0	78	55,1	470	92,8	550	93,3	p<0,001	p<0,001
6. Znášanlivosť mlieka Milk tolerance	72	37,5	73	3018	32	84,4	39	82,0	p<0,001	p<0,001

Tab. 3. Konzumpcia sacharidov u pacientov a zdravých osôb (podľa literatúry).**Tab. 3. Consumption of sacharides in patients and healthy persons (according to literature).**

	Cukor Sugar	Vláknina Fibre	Múka Flour
Martini a Brandes, 1976		-	
James, 1977		-	
Rawcliffe a Trullove, 1978	-		0
Thornton a spol., 1979			-
Kasper a Sommer, 1979			
Mayberry a spol., 1979		-	0
Mayberry a spol., 1981		0	-
Naujoks-Heinrich, 1982			-
Thornton a spol., 1982			0
Ritchie a spol., 1987	0	0	-
Jones a spol., 1988	0	0	-

0 - bez diferencie - nesledovali

0 - no difference - not observed

správ o vzťahu k životospráve, k fajčeniu a k spotrebe alkoholu. Údaje jednotlivých autorov sú značne rozdielne. Ako príklad uvádzame údaje z literatúry o zdrojoch a konzumácii sacharidov pacientmi s MC v porovnaní so zdravými (tab. 3). Na rozdiel od týchto tvrdení nenašla skupina pracovníkov z USA koreláciu medzi príjmom cukru a incidenciou MC (Sonnenberg, 1988). Thornton (1979) už roku 1979 zistil u novodiagnostikovaných pacientov s MC zvýšený prívod rafinovaného cukru a nízky prívod zeleniny a ovocia v predchorobí. Takmer totožné údaje publikoval Järnerot (1983). Ritchie (1987) sledoval pacientov s inaktívnou až stredne aktívnou MC, ktorým 2 roky podával diferentnú diétu. V klinickom priebehu nebol presvedčivý rozdiel medzi skupinou pacientov s normálnym prívodom cukru a nízkym prívodom vlákniny a skupinou s takmer nulovým príjmom cukru a vyšším prívodom komplexných neresorbovatelných sacharidov.

Nejednotnosť je aj pri posudzovaní ochranného efektu liečebnej výživy u pacientov s MC (Clark, 1986). Boli pokusy o zníženie indexu aktivity MC (CDAI) individuálnymi diétnymi režimami (Imes, 1988). Pokles CDAI bol však malý. Keďže diétne poradenstvo robíme všetkým pacientom, ťažko sa nám k tomuto problému zaujíma stanovisko. Možno dospejeme k názoru po aplikovaní vylučovacej diéty vo vybranej skupine pacientov. Faktom je, že poučenie pacienta s MC o diéte pozitívne ovplyvní kvalitu jeho života vplyvom na črevné, ale aj mimočrevné prejavy jeho základnej choroby.

Aj keď väčšina pacientov s MC je podvyživená, názory na úlohu nutričnej podpory sú kontroverzné. Všeobecne sa akceptuje, že pacient s primeranou výživovou podporou priberie na hmotnosti a môžu sa zlepšiť jeho hematologické a biochemické parametre. Otázne je, či sa tým zľahčí choroba, rýchlejšie navodí remisia, alebo či to má vplyv na morbiditu a mortalitu (Alfonso a Rombeau, 1990 a; Clark, 1986). Je veľa spôsobov, ako podporiť a zlepšiť nutričný stav pacienta, no každý z nich si ešte vyžaduje skúmanie (Guédeon, 1993). V každom prípade je potrebné zabezpečiť pacienta v preoperačnom a pooperačnom období, najlepšie parenterálnou výživou (Pechan, 1996). Široké, ale aj vymedzené indikácie má enterálna výživa (Clifford, 1993; Thomas, 1993).

Crohnova choroba má rozdielny vývoj, lokalizáciu, rozsah a štádium zápalu a týmto skutočnostiam treba prispôbiť aj diétu ako súčasť liečby.

Je viac príčin malnutície pri MC a jedna z nich je aj iatrogénna: odporúčaná prísna diétna reštrikcia. Lekár by preto mal dobre poznať diétne zásady aj nutričné návyky a možnosti pacienta a ich úpravou zlepšiť pacientovi kvalitu jeho života.

Záver

Je isté, že výživa má k MC vzťah. O veľkosti podielu výživy na vznik a priebeh choroby sa neustále, často kontroverzne, diskutuje. Naše poznatky podporujú zistenia o vyššom príjme múčnych jedál (u mužov) a čiastočne aj rafinovaného cukru pacientmi s MC, ako aj nižší príjem zeleniny a ovocia. Častá je intolerancia mlieka u týchto chorých. Na jej vzniku sa najväčšou mierou zúčastňuje vznik samostatného ochorenia, prípadne operačný výkon v jeho dôsledku. Medzi chorými je väčší počet fajčiarov ako medzi zdravými.

U pacientov s MC považujeme za vhodné dodržiavať aj v remisii ochrannú diétu. V nej je vhodné znížiť spotrebu rafinovaného cukru, zvýšiť prívod vlákniny (predovšetkým v ovoci a v zelenine) a u tých, ktorí majú vysokú spotrebu múčnych jedál, uvážiť jej zníženie. Zdá sa, že možno súhlasí s tými, ktorí dávajú do súvislosti relaps choroby so zvýšenou konzumpciou múčnych jedál. Plnohodnotná strava podľa zásad výživy má význam v prevencii aj v priebehu choroby.

Literatúra

Alfonso J.J., Rombeau J.L.: Nutritional care for patient with Crohns disease. *Hepato-gastroenterol.*, 37, 1990, s. 32—41.

Cerda J.J.: Diet and Gastrointestinal Disease. *Med. Clin. N. Amer.*, 77, č. 4, s. 881—887.

Clark M.L.: Role of nutrition in inflammatory bowel disease: an overview. *Gut*, 27, 1986, s. 72—75.

Clifford C., Kramer B.: Diet as risk and therapy for cancer. *Clin. Nutr.*, 77, 1993, s. 725—744.

Guédon C., Lerebours É.: Nutrition artificielle et maladie de Crohn. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 17, 1993, s. 352—359.

Imes S., Pinchbeck B., Thomson A.B.R.: Diet counselling improves the clinical course of patients with Crohns disease. *Digestion*, 39, 1988, s. 7—19.

Järnerot G., Järnmark I., Nilsson K.: Consumption of refined sugar by patients with Crohns disease, ulcerative colitis, or irritable bowel syndrome. *Scand. J. Gastroenterol.*, 18, 1983, s. 999—1002.

Koletzko S., Sherman P., Corey M., Griffiths A., Smith C.: Role of infant feeding practices in development of Crohns disease in childhood. *Brit. Med. J.*, 298, 1989, s. 1617—1618.

Lashner B.A.: Risk factors for small bowel cancer in Crohns disease. *Dig. Dis. Sci.*, 37, 1992, s. 1179—1184.

Lorenz-Meyer H., Brandes J.W.: Gibt es eine diätetische Behandlung des Morbus Crohn in der Remission? *Dtsch. Med. Wschr.*, 108, 1983, s. 595—597.

Nakajima H., Munakata A., Yoshida Y.: Extraintestinal cancers in Crohns disease. *Digestion*, 47, 1990, s. 1—7.

Panza E., Franceschi S., La Vecchia C.: Dietary factors in the aetiology of inflammatory bowel disease. *Ital. J. Gastroenterol.*, 19, 1987, s. 205–207.

Pechan J.: Chirurgická liečba Crohnovej choroby. *Slov. Lekár*, 6, 1996, č. 3, s. 28–30.

Ritchie J.K., Wadsworth J., Lennard-Jones J.E., Rogers E.: Controlled multicentre therapeutic trial of an unrefined carbohydrate, fibre rich diet in Crohns disease. *Brit. Med. J.*, 295, 1987, s. 517–520.

Sonnenberg A.: Geographic and temporal variations of sugar and margarine consumption in relation to Crohns disease. *Digestion*, 41, 1988, s. 161–171.

Thomas A.G., Taylor F., Miller V.: Dietary intake and nutritional treatment in childhood Crohns disease. *J. Pediat. Gastroenterol. Nutr.*, 17, 1979, s. 75–81.

Thornton J.R., Emmet P.M., Heaton K.W.: Diet and Crohns disease: characteristics of the pre-illness diet. *Brit. Med. J.*, 2, 1979, s. 762–764.

Do redakcie došlo 3.4.1996.

POZVÁNKA

Program Spolku slovenských lekárov SLS v Bratislave

3. marec 1997 — Bezpečnosť a kvalita liekov z pohľadu výrobcu a lekára. Panelová diskusia

Predseda a koordinuje prof. MUDr. M. Kriška, DrSc.

Členovia panelu: Holčíková Z., Hrková V., Gibala P., Glassa J., Luliak M., Mosnárová A., Riečanský I., Slaný J.

Večer pripravila Spoločnosť klinickej farmakológie v spolupráci so zástupcami MZ SR, ŠUKL, SSL v Bratislave, Etickej komisie a Komisie pre bezpečnosť liekov a farmaceutických firiem CIBA-GEIGY, Hoechst, Marion Roussel, MSD a Slovako-farma. Pri občerstvení a káve bude neformálna diskusia pokračovať aj po skončení oficiálneho programu.

10. marec 1997 — Aneurizmy hrudnej aorty

Predseda doc. MUDr. S. Haruštiak, CSc.

1. Kanáliková K., Havlínová K., Chňupa P., Schrameková E., Neuschelová D., Bassová K., Fischer V.: Diagnostika aneurizmy hrudnej aorty.

2. Fischer V., Galvánek J., Hulman M., Outrata R., Verchovodko P., Jurčo R., Kostelničák J., Gašparovič I., Lupták J., Glonek I.: Operačná taktika aneuriziem hrudnej aorty.

3. Pauliková Z., Gabauer I., Jamnická S., Važanová I., Michalová M., Šimuneková M.: Management perfúziológa pri operáciách aneuriziem hrudnej aorty.

4. Olejárová I., Sámel M., Staroň R., Jób I., Halaj M., Veselá I., Joniak M., Setvák D., Šefránek M., Žernovická V.: Pohľad anesteziológa na problematiku hrudných aneuriziem.

Program pripravila Klinika kardiovaskulárnej chirurgie ÚKVCH v Bratislave.

17. marec 1997 — Význam voľných kyslíkových radikálov a antioxidačného systému v organizme

Predseda doc. MUDr. M. Bernadič, CSc.

1. Čársky J.: Mechanizmus tvorby voľných kyslíkových radikálov a antioxidačného systému v organizme.

2. Ďuračková Z.: Voľné kyslíkové radikály a antioxidanty.

3. Syrová D., Blažíček P., Masárová J.: Laboratórne možnosti stanovovania antioxidačného systému a produktov lipoperoxidácie.

4. Marko M., Grňa D., Syrová D., Blažíček P., Koška J., Kvetňanský R., Masárová J., Vigaš M.: Význam sledovania antioxidačného systému a produktov lipoperoxidácie pri rozličných ochoreniach.

5. Blažíček P., Syrová D., Koška J., Kvetňanský R., Marko M., Grňa D., Vigaš M.: Antioxidačný systém a neuroendokrinná odpoveď u zdravých jedincov počas rôznych druhov záťaže.

6. Grňa D., Blažíček P., Syrová D., Marko M., Koška J., Kvetňanský R., Masárová J., Vigaš M.: Zmeny antioxidačného systému pri rôznych druhoch záťaže u hypertonikov.

24. marec 1997 — Pojem kvality života v medicíne

Predseda doc. MUDr. J. Fleischer, CSc.

Koordinátor prof. MUDr. V. Zikmund, DrSc.

1. Zikmund V.: Kvalita života z hľadiska zdravia a choroby.

2. Kukumberg P.: Zreteľ na kvalitu života pri závažných a zdĺhavých somatických chorobách.

3. Žucha I., Čaplová T.: Akceptovanie kvality života pri psychických poruchách.

Program sa koná spoločne so Spoločnosťou pre vyššie funkcie mozgu.

UPOZORNENIE: Začiatok programu je vždy o 17.00 hodine.

Doc. MUDr. M. Bernadič, CSc. Prof. MUDr. I. Balažovejch, DrSc.
vedecký sekretár Spolku SL predseda Spolku SL