

Dieta při onemocnění střev

Střevní záněty a výživa

Chronické i akutní střevní záněty jsou onemocnění, která vyžadují vždy také dietní léčbu. V akutních stádiích a v relapsech je nutné zvažovat enterální výživu, která má kromě přívodu živin rovněž léčebný efekt. Následnou výživu per os je nutné podřídit individuálním chuťovým zvyklostem pacienta zpočátku s šetrící úpravou (výběr nenadýmavých a neostrých potravin, s šetrnou technologií zpracování). Důležité je **zvýšení přívodu přirozených živin** v celé dostupné šíři. Jakmile to stav pacienta dovolí, je vhodné omezit nepodstatné dietní restriktce a řídit se individuální snášenlivostí pacienta. Také láková úprava stravy povzbuzující ke konzumaci je vhodná vzhledem k přítomnému nechutenství a strachu (bolesti břicha, průjemy) pacienta jíst.

Důležitá je **frekvence denních jídel**, je nutné, aby pacient jedl v menších dávkách častěji, tj. 6–7krát denně v intervalech 2,5–3 hodiny. Tento způsob stravy je nezbytný kvůli zmenšení resorpční plochy a zhoršení trávení. Obecně lze doporučit stravu bohatou na bílkoviny (1–2 g/kg) s jemnou vlákninou a mírně omezenými tuky, energeticky vydatnou. **Tekutiny** se řídí obecnými pravidly příjmu, nejsou-li přítomné jiné komplikace, nejlépe mezi jídly.

Idiopatické střevní záněty – ulcerózní kolitida a Crohnova choroba mají velmi komplexní patogenezi a projevy, kde odkazujeme na speciální gastroenterologickou literaturu. Nejen z dietologického hlediska je vždy nutný individuální přístup lékaře a dietní sestry.

Velmi různé jsou fáze nemoci s projevy poruchy motility, průjemy i zácpou a příměsí krve či hlenu ve stolici. Nutný je i specifický peri- a pooperační přístup. Patogeneze nemoci je v detailech nejasná, nejspíše autoimunitní, zcela nepochybně jde o onemocnění zánětlivá s destrukcí tkání střeva. Důležitá je farmakoterapie a chirurgická léčba, kdy jsou prováděny výkony resekční, anastomózy či odlehčovací stomie. Dietní přístupy jsou trvalou součástí léčby. Vždy je třeba počítat s negativní dusíkovou bilancí, rozvojem hypoproteinemie a proteinové malnutrice, často také epizodami dehydratace, anémie, teplot, se ztrátou tekutin i pocením. U pacientů je prakticky vždy přítomna psychická alterace, která dále komplikuje dietní léčbu. Bývá nedostatek vitaminů zejména rozpustných v tucích, např. D a K, více se ztrácí i obsah žluči, vzniká nedostatek železa a kyseliny listové, při průjmech i dalších iontů. Častá je druhotně vzniklá laktázová insuficience a intolerance mléčných výrobků.

Dietní postup při Crohnově chorobě nebo ulcerózní kolitidě:

1. Při akutní atace nemoci pouze parenterální výživa.
2. Postupná realimentace, začínáme kašovitou šetrící dietou s mírným omezením tuků č. 4, kašovitá. Dieta má protiprůjmový charakter.
3. Při postižení tenkého střeva může dojít k intoleranci laktózy, proto raději zařazujeme kysané mléčné výrobky (tvaroh, jogurt, sýry) než mléko a mléčné kaše (krupicová, rýžová).
4. Bezezbytková šetrící dieta č. 5 s dostatkem bílkovin při průjmech, abychom snížili rychlost vyprazdňování a tím prodloužili dobu vstřebávání živin.
5. Nemocní mají sníženou chuť k jídlu a proto je příjem potravy nedostatečný. Malnutrici předcházíme nejlépe podáním tekuté enterální výživy. Aplikujeme ji jako sipping nebo pomocí nazogastrické či nazojejunální sondy. Podle způsobu zavedení sondy a postižení té které části střeva využíváme oligomerní nebo polymerní přípravky enterální výživy. Při porušené funkci střev je nejlepší kontinuální způsob aplikace pomocí enterální pumpy, kdy podáváme výživu nízkou rychlostí během dne. Tuto stravu můžeme použít také jako přechod z parenterální výživy na dietu.
6. Důležité je také doplnění vitaminů a minerálů, hlavně K, Ca, Mg.
7. Při zklidnění u colitis ulcerosa, po odeznění průjmů, někdy podáváme šetrící dietu s mírným omezením tuků a normální úpravou ovoce, zeleniny a brambor, aby obsahovala vlákninu.

Tolerance vlákniny je velmi individuální. Trvale dbáme o dostatek tekutin a dostatečný příjem bílkovin. Remisi onemocnění lze někdy navodit několik dní či týdnů trvající umělou výživou, individuální enterální výživou s proteiny, oligopeptidy či parenterální výživou. Podání komerčních přípravků, tzv. elementární formulí, ukončujeme pomalu.

Následuje **reintrodukce běžné diety**: 1–3 dny tekutiny, raději nepodáváme mléko, opatrně polévky a džusy. 4.–8. den podáme měkká masa (kuře, rybu), rýži, brambory, 9.–13. den variabilnější jídlo s malým množstvím vlákniny, 14.–20. den již chleba a potraviny s glutenem, 17.–19. den mléko, cca 20. den uvolníme stravu zcela.

U ulcerózní kolitidy podáváme dříve než u ostatních zánětů orální nutriční přípravky, více tekutin, méně přísně omezuje mléčné výrobky. Dietní příčina Crohnovy choroby nebyla nikdy prokázána. Od 30. let minulého století se ale diskutuje např. zvýšení její incidence se vzestupem užívání margarínů.

Syndrom krátkého střeva

Při úrazech a operacích někdy dochází k takové ztrátě (zkrácení) tenkého střeva, že není schopno plnit své funkce. Potrava prochází zbývající částí střeva rychle a nestačí se strávit, natož vstřebat. Obvyklá výživová strategie po operacích vedoucích k syndromu krátkého střeva je **zahájení výživy parenterálně a postupný přechod** podle stavu pacienta **přes enterální výživu k výživě per os**. Pacient bývá **ohrožen dehydratací a hyponatremií**.

Začíná se čajem, pokračuje bujonem a kaší k bezezbytkové – mechanicky a chemicky šetřící stravě s vysokým podílem bílkovin a soli. Je velmi žádoucí **minimalizovat úbytek hmotnosti**, protože následné zvyšování hmotnosti je velmi obtížné.

Důležitá je frekvence denních jídel. Je nutné, aby pacient jedl v menších dávkách častěji, tj. 7–8x denně v intervalech 2,5–3 hodin, případně ještě častěji. **Příjem energie** je vyšší, doporučují se vysokoenergetické potraviny s menším objemem. Stravu je nutné individualizovat dle osobní snášenlivosti pacienta. Obecně platí, že častá je špatná tolerance laktózy, tedy mléka, tekutých mléčných výrobků, dále nadýmavých zelenin s hrubou vlákninou a luštěnin. Naopak příznivě působí jemná a stravitelná vláknina, zpomalující průchod trávicím traktem. Vzhledem k potřebě zpomalení průchodu trávicím traktem je vhodné podávání tekutin i mimo dobu jídla.

Často je nutné suplementovat vitaminy a minerální látky v celé šíři. Doporučuje se **používání nutričně kompletních nápojů formou sippingu**. Pokud se nepodaří pacienta propustit z nemocnice na výživě per os a progreduje podvýživa, zbývají pouze dvě možnosti – dlouhodobá domácí parenterální výživa nebo transplantace střeva. **Domácí parenterální výživa** je dnes běžným opatřením. Provádí se v nutričních centrech. Pacient sám pečuje o zavedený katétr, jsou mu dodávány infuzní roztoky a infuzní léčbu provádí doma. Takto lze udržet pacienta dokonce i v pracovním procesu po neomezeně dlouhou dobu. Tento přístup je někdy využíván i u pacientů s nádory a střevní neprůchodností. Výrazně se jim tak může prodloužit aktivní život.

Průjem

Příčina průjmu a gastroenteritidy bývá často infekční, někdy pouze funkční. Příčiny jsou někdy kombinované, např. u cestovatelských průjmů. Významné jsou vlivy psychiky, osmotické vlivy (např. fruktóza, sorbitol). Příčinou průjmu může být i malabsorpce.

Dietní postup při akutní enteritidě:

1. Hladovka s dostatečným příjmem tekutin a iontů (Na, Cl, K, bikarbonát). K pití podáváme čaj, minerálky. Při hrozící dehydrataci aplikujeme tekutiny s ionty parenterálně v infuzích.
2. Krátkodobě protiprůjmová nemastná dieta šetřící.
3. Postupně přecházíme přes dietu šetřící na normální stravu.
4. Důležitý je dostatečný příjem tekutin a vyřešení otázky původu nemoci.

Speciální problematikou je tzv. **dráždivý tračník**. Prevalence tohoto onemocnění je vysoká. Trpí jím až 20 % dospělé populace a až polovina pacientů gastroenterologických ambulancí.

Typickými příznaky této nemoci jsou:

1. Bolest břicha s úlevou po stolici;
2. nepravidelná stolice alespoň dvakrát v týdnu;
3. tuhá stolice nebo řídká stolice;
4. porucha pasáže, urgentní stolice, neúplné vyprázdnění;
5. odchod hlenu;
6. bolesti břicha či distenze.

Dráždivý tračník můžeme léčit farmakologicky látkami ovlivňujícími střevní motilitu i látkami působícími primárně na psychiku.

V dietní léčbě využíváme 3 principy:

- podáváme vlákninu (kromě pacientů, u kterých vyvolává obtíže);
- omezení netolerovaných jídel (mléko, tuk, vejce), onemocnění se může překrývat s laktózovou insuficiencí (intolerancí mléka);
- úprava dysmikrobie, ve střevě bývá méně *E. coli* a více *Lactobacilu*. Výhodné je podání probiotik nebo prebiotik.

Prebiotické a probiotické efekty jsou stále předmětem výzkumu. Výhodný je lokální vliv na střevo, sporné jsou některé efekty na celý organismus. V praxi u dráždivého tračníku sledujeme vztah obtíží k nedostatečnému či nadměrnému příjmu tekutin, vliv jednotlivých potravin na plynatost, omezíme mléčné výrobky, cibuli, zeleninu, luštěniny.

Tzv. **divertikulární choroba**, provázená vznikem výčhlípek sliznice tlustého střeva, probíhá obvykle bez obtíží, někdy ji provází zácpa, méně průjemy; typický je nízký příjem vlákniny, jenž působí preventivně i léčebně a měl by činit nejméně 30 g na den. Léčba při zánětu divertiklu spočívá v dietní pauze a dostatečném příjmu tekutin, trvale je žádoucí přechod na potravu s dostatkem vlákniny.

Zácpa a diety

U onemocnění trávicího traktu vyvolávají nejčastější a největší obtíže obvykle poruchy motility (pohyblivosti) střev. Velmi často se projevují jako zácpa či průjem. Zejména zácpa je příznakem častým, který souvisí s mnoha onemocněními neuropsychiatrickými i se stárnutím. Vždy je třeba si uvědomit, že zácpa může mít příčinu v závažném onemocnění trávicího traktu (např. nádor, zúžení střeva či srůsty). Konzultace s lékařem je nezbytná, při pochybnostech je třeba provést koloskopické vyšetření, neboť kolorektální karcinom je u nás časté onemocnění. Střídání zácpy a průjmu může být projevem nejen dráždivého tračníku, ale i nádorového onemocnění.

V léčbě zácpy se používají tři režimová opatření:

- 1. Zvýšený příjem vlákniny (např. vložky, kořenová zelenina, neloupané brambory, sušené ovoce, ovoce ve slupce, luštěniny). Lze použít níže uvedené tabulky, vhodné je pyr i vláknina v jiných formách.
- 2. Příjem minimálně 1,5–2 l tekutin denně, bez toho nemůže dietní vláknina expandovat a ovlivňovat motilitu. Důležité je i pití teplého nápoje po ránu.
- 3. Zvýšení fyzické aktivity, význam má i delší chůze.

Laxativa (projímadla) podáváme až po selhání dietních efektů. Vhodné je nejprve podání projímavých minerálek či laktulózy.

Zácpa je **způsobena mnoha faktory**, např. poruchou motility, distenzí distálního střeva, zhoršením senzitivity receptorů, zaklíněním stolice nad překážkou, dehydratací, análními fisurami a strachem ze stolice. Nad překážkou často dojde ke zkapalnění střevními bakteriemi. Tento jev je typický při nádorech a nenádorových stenózách a obvykle je provázen střídáním zácpy a průjmu.

Optimálními potravinami v prevenci a léčbě zácpy jsou: banány, obilniny, chléb s vyšším obsahem vlákniny, mrkev, celer, hrách nebo čočka. Příjem vlákniny je možné skórovat bez vážení s odhadováním podle obvyklých porcí, viz následující tabulka.

Skórování příjmu vlákniny		
Skóre 0	Skóre 1	Skóre 2
chléb bílý	1 tmavý plátek	1 plátek celozrnného
cereálie	1 porce cornflakes	1 porce celozrnných cereálií
zelenina	1 porce	více než 1 porce
ovoce	1 porce	více než 1 porce
brambory	1 porce smažených	1 porce brambor ve slupce nebo rozmačkaných
rýže	1porce	hnědá rýže

Příjem vlákniny za den: 0–3 velmi nízký, 4–6 nízký, 7–10 dostatečný

Potraviny s vlákninou mají i další pozitivní účinky: vytěsňují nezdravá jídla (tučná a sladká). Nerozpustná vláknina je hlavně součástí povrchních vrstev zrn obilovin (celulóza, hemicelulóza a lignin). Je vhodná na zácpu, neboť váže vodu a zvětší objem a měkkost stolice. Ničí se semletím obilovin. Rozpustnou vlákninou jsou pektiny ovoce a zeleniny a rostlinné gummy (guar). Tento typ vlákniny snižuje absorpci cholesterolu a má preventivní kardiovaskulární účinky. Na zácpu působí méně. Je obvykle gelotvorná a snižuje i absorpci cukru. Normální, resp. **vhodný příjem vlákniny je do 30 g denně**, vyšší příjem nevede, pokud nevznikají obtíže. Vegetariáni jedí asi 60 gramů vlákniny denně. Inulin a oligofruktóza mají i prebiotický efekt na střevní flóru a přinášejí po fermentaci bakteriemi asi 1 kcal/g. Přidávají se do některých jogurtů. Betaglukany se vyskytují jen v ovesných vločkách, resp. v ovesném mléce ze speciálních typů ovsa či ječmene. Tato vláknina snižuje nejvíce cholesterol.

Rozdělení vlákniny podle R. Meiera			
	Solubilita	Fermentabilita	Zdroj
Strukturální polysacharidová			
celulóza	ne	50 %	obilí, brambory, zelenina
hemicelulóza A	dobrá	70 %	obilí, brambory
hemicelulóza B	špatná	30 %	obilí, brambory
Strukturální nepolysacharidová			
lignin	ne	5 %	zelenina, obilí, ovoce, semena
Nestrukturální			
pektiny	velmi dobrá	100 %	jablka, citrusy
gummy	velmi dobrá	100 %	vložky, luštěniny, obiloviny
mucilaga	dobrá	100 %	luštěniny
Oligosacharidy			
inulin	dobrá	100 %	čekanica, cibule, chřest, banány
fruktooligosacharidy a laktooligosacharidy	dobrá	100 %	cibuloviny, chřest

V tenkém střevě působí vláknina redukcí absorpce cholesterolu a sacharidů, snižuje však i absorpci železa, vápníku a magnézie. V tlustém střevě snižuje tranzitní čas, zvyšuje množství stolice a flatulenci, váže toxiny a podporuje růst bakterií. Fermentace vlákniny v proximálním tlustém střevě vede k tvorbě mastných kyselin o krátkém řetězci, které se snadno vstřebávají a jsou hlavním zdrojem energie pro střevní buňky a také zdrojem energie pro syntetické reakce, hojení a tvorbu buněk a tkání.

Bezezbytková dieta

Jedná se o **šetřící dietu s omezením vlákniny**. Je vhodná, pokud chceme omezit zátěž střeva (např. při zánětlivých onemocněních) nebo kvantum stolice (záněty, vývody – stomie).

Pravidla bezezbytkové diety:

1. Šetřící výběr i úprava potravin. Nedoporučuje se smažení, dráždivé druhy koření, alkohol, pokrmy s přepálenými tuky.
2. Ze stravy jsou vyloučeny potraviny obsahující hrubou vlákninu – celozrnné pečivo, luštěniny, nadýmavé druhy zeleniny (zelí, kapusta, květák, okurky atd.).
3. Ovoce a zelenina a také brambory jsou co nejvíce mechanicky upraveny (mixováním, jemně nastrouhané, pořádně rozkousané), aby se co nejvíce rozrušila vláknina. Bez tvrdých slupek a zrníček.
4. Tuky (máslo, kvalitní olej, rostlinná másla) v množství 10 g na porci dáváme až do hotových pokrmů, aby při přípravě pokrmů nedocházelo k přepalování.
5. Maso jen libové.
6. Mléčné výrobky jen netučné s obsahem tuku do 40 %.
7. Vejce jen v rámci přípravy jídel, ne čistě vaječná jídla.

Technologická úprava bezezbytkové diety: Masa vaříme, dusíme, pečeme pod pokličkou na vodě. Při přípravě masa nepoužíváme olej, vysmažování masové šťávy a osmažený cibulový základ pod maso, protože tak dochází k přepalování tuků, které dráždí střevo. Pro lepší chuť a barvu masové šťávy maso opečeme nasucho, osolíme a podlijeme. Omáčky nezahušťujeme jíškou, ale zálivkou z mouky a vody nebo mléka. Brambory, ovoce a zeleninu jemně strouháme, mixujeme nebo podáváme ve formě kaší. Domácí ovocné a zeleninové šťávy nebo mošty jsou velmi vítané, protože obsahují vitamíny a minerály v přírodní podobě.

Operace střev

Po výkonu na trávicím traktu zatěžujeme pacienty obvykle postupně dietou tekutou, kašovitou a šetřící a sledujeme rozvoj peristaltiky a obnovení pasáže. Adaptace na resekční výkon trvá obvykle dlouho. Důležité je, zda byla ponechána Bauhinská chlopeč (přirozené spojení tenkého a tlustého střeva). Při její resekcii je kolon zatěžováno větším množstvím tekuté tráveniny a adaptace je pomalejší. Ještě **dobré adaptace bez potřeby parenterální výživy** a bez závažných průjmů dosáhneme obvykle **při ponechání 100 cm tenkého střeva a při intaktním tlustém střevě**. Syndrom krátkého střeva vzniká pak při větší resekcii. Problematická může být situace i při jejunostomii, kdy tolerance diety je individuální. Existují pacienti, kteří mají obsah tekutin ve stomii vyšší než kvantum tekutin požitých ústy, pak je obtížné udržení hydratace a vnitřního prostředí. V těžkých případech můžeme použít antisekční léky, např. somatostatin. Někdy je třeba kompenzovat ztrátu sodíku výrazným přísolováním. MCT tuky o středním řetězci snášejí obvykle jen pacienti se zachovanou Bauhinskou chlopní, neboť jsou osmoticky aktivní. Vhodné je kontrolovat i hladiny magnezia, chloridů a kalia.

Jejuno-kolické anastomózy dráždí mastnými a žlučovými kyselinami osmoticky kolon. Tzv. SCFA (short chain fatty acids – mastné kyseliny s krátkým řetězcem) podléhají bakteriální fermentaci. Tato absorpce pak může dosáhnout asi 500 kcal/den, podobně se vstřebávají i karbohydráty a MCT tuky, pokud jsou tolerovány. Mastné kyseliny s dlouhým řetězcem se obvykle nevstřebávají. Zvýšená absorpce oxalátů (šťavelanů) vede ke vzniku kalcium-oxalátových kamenů, je nutná dieta se snížením oxalátů. Nutná je eliminace řepy, čokolády, ořechů, špenátu a čaje.

Dietologická péče po resekcii ilea a u syndromu krátkého střeva musí být zahájena co nejčasnější enterální výživou. Zkoušíme, zda pacient toleruje nejprve alespoň 500 ml tekutin, poté povolíme malá množství jídla. Postupné odbourání parenterální výživy kontrolujeme monitorováním iontogramu. Obecně je vhodné podávat více karbohydrátů, méně tuku a málo oxalátů. Tvorba laktázy se adaptuje jako poslední, proto podáváme mléko až velmi pozdě. Obvykle je třeba suplementace železem, vitamínem D a B12, foláty, vhodný je někdy cholestyramin vyvazující žlučové kyseliny. Nutriční péče o tyto pacienty musí být obvykle trvalá a celoživotní.

Udržení bilance tekutin a odstranění trávicích obtíží je obvykle obtížné při totální kolektomii (úplné odstranění tlustého střeva). Vhodný je pokus o vytvoření tzv. Pouche (umělý konečník) z tenkého střeva. Při tomto řešení se ileostomií (vyústěním tenkého střeva) obvykle ztrácí 1 200–2 000 ml tekutin denně. Po adaptaci za 6–8 týdnů dokáže terminální část ilea tekutinu vstřebat a pak se ztrácí jen 400–600 ml tekutiny. Nutný je dostatečný příjem – nejprve cca 2 litry tekutin, což je obtížné při epizodách zvracení. Problémy nastávají se zbytkovou stravou (houby, zelenina), nepříjemný je také příjem aromatických potravin, např. česneku. Flatulence (plynatost) je rovněž velmi nepříjemná a pro zmírnění potíží pomáhají malé porce a převaha příjmu glycidů.

Je třeba **pravidelnost v typu jídla a časté malé porce**, nutné je dobře kousat a jíst pomalu. Je třeba zjistit, která jídla vyvolávají obtíže, např. flatulenci. Nutné je sledovat bilanci tekutin a v horku zvyšovat příjem vysoko nad 2 litry.

Stručná dietní pravidla po operacích střev:

Tato dieta je velice individuální, závisí na typu základního onemocnění, na době od výkonu, na způsobu resekce; dieta se mění podle lokalizace operovaného úseku.

1. 1–3 týdny je pacient vyživován parenterálně, poté se začíná postupně realimentovat.
2. Podáváme málo slazený čaj, bujon. Vhodné je použití tekuté enterální výživy, podle rozsahu resekce vybíráme oligomerní nebo polymerní výživu, kterou aplikujeme sondou nebo stomií.
3. Přecházíme na kašovitou šetřící dietu s omezením tuků č. 4 nebo č. 1 (podle typu onemocnění).
4. Nakonec přecházíme na tuhou stravu – bezezbytkovou šetřící dietu č. 5.
5. Je vhodné eliminovat podávání nápojů od tuhé stravy.
6. Nemocný často trpí intolerancí laktózy, tomu přizpůsobujeme výběr mléčných potravin.
7. Může nastat syndrom krátkého střeva, jehož důsledkem je malabsorpce bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů

a minerálních látek. Vhodným výběrem potravin se snažíme o potlačení průjmů.

Lepek

Příčinou tzv. celiakie (někdy nazývané netropická sprue) je **autoimunitní reakce vyvolaná lepkem neboli glutenem**. Na pozadí určitého antigenového (HLA) fenotypu probíhá zejména T-buňkami zprostředkovaná reakce vůči buňkám tenkého střeva s atrofií klků. Reakci spouští peptidy gliadinu obsahující glutamin a prolin. Tyto produkty vznikají deaminací štěpných produktů gliadinu tkáňovým enzymem transglutaminázou. Průkaz onemocnění je klinický a především laboratorní (průkaz protilátek proti tkáňové transglutamináze především ve třídě IgA, dále bývají přítomny autoprotiilátky proti endomysiu a proti gliadinu). Pro definitivní stanovení diagnózy je nutná biopsie tenkého střeva, v níž se prokazuje charakteristický mikroskopický obraz s atrofií klků. Slovo celiakie pochází z řeckého slova koiliakos – trpící střevními obtížemi.

Již před 1800 lety popsal Aretaus z Kapadocie průjmy u dětí, kterým nepomáhá chléb. V moderní době Samuel Gee poznal jejich příčinu v Londýně v roce 1888. Za války byla v Holandsku k dostání jen rýže a kukuřice a tím u obyvatel vymizely obtíže. V roce 1953 Dickje prokázal, že vyvolávající příčinou je **gluten** – v alkoholu rozpustný prolamin s α , β , γ a ω -frakcí. Frakce α vyvolává nejčastěji obtíže. Typicky je působí pšenice, ale vzácně i tzv. secalin v žitě a hordein v ječmeni. Nově je popsán i vliv tzv. aveninu v ovsu a vločkách, které se tradičně v dietách připouštěly, tolerance je ale individuální. Onemocnění se obvykle projevuje již v dětství, ale i diagnóza v dospělosti je běžná. Výskyt celiakie je asi 3/1 000 obyvatel, riziko v rodinách s celiakií je asi 10 %, u diabetiků 1. typu a nemocných s nemocí štítné žlázy je klinický výskyt asi 5 %.

K příznakům patří např. ztráta váhy, bolesti břicha, častější průjmy, ale někdy i zácpa a projevy připomínající dráždivý tračník, anémie, únava, osteomalacie a bolesti kostí, defekty zubů. Část pacientů nehubne a nemá průjmy, klinický obraz může být velmi variabilní a někdy i netypický. V důsledku toho zůstává dosud velká část onemocnění nediagnostikovaná. Ke komplikacím, resp. důsledkům patří osteoporóza, osteomalacie, lymfomy střeva. Poměrně charakteristická je IgA-podmíněná Duhringova dermatitida (zápětlivé onemocnění kůže), které typicky diagnostikuje dermatolog a vždy budí podezření na celiakii.

K nejčastějším **chybám v dietě** patří příjem potravin, kde je příměs mouky skrytá, např. uzeniny, konzervy. Chybou je časté užití nádobí, grilu, fritézy či nástrojů kontaminovaných moukou při přípravě předchozího jídla v restauracích. Diskuse o konzumaci ovesných vloček má dlouhou historii; v 50. letech byly zakazovány, dnes je povoleno 40–60 g/den a nepodávají se pouze u těžších a na dietu rezistentních forem.

Bezpečně gluten není obsažen (**gluten free**) v mase, vejcích, ovoci, zelenině a mléčných výrobcích. Stravu je vhodné doplňovat o vápník, podávat až 5 porcí ovoce a zeleniny. **Nebezpečné** je naopak podávání kukuřičných lupínků (obsahují ječný slad), gluten může být i v obalech léků, mnoha cukrovinkách (glukózo-fruktózový sirup může být vyroben z pšenice), žvýkačkách, polévkách a hořčici. Řada potravinářských výrobků je zahušťovaná škrobem nebo obsahuje škrob či výrobky z něj jako protihrudkující přísady; pokud jde o pšeničný škrob, může opět obsahovat zbytková množství glutenu z původní suroviny.

Diagnostický test s podáním glutenového standardu se dnes již neprovádějí. Velmi různá je citlivost a setrvačnost obtíží. Po zahájení příjmu glutenu se obtíže mohou objevit s dlouhou latencí týdnů či dokonce měsíců, naopak vysazení glutenu klidí přítomný zánet jen velmi pomalu. Proto je individuální zkoumání tolerance určité potraviny velmi obtížné.

Bezglutenová dieta je dražší, pacienti si obvykle pečou bezglutenový chléb sami. U dětí a dospívajících je obtížné dodržovat dietu v kolektivu a problematické je rovněž cestování. Vynikající dietologické informace udržuje na www.coeliac.cz Společnost pro bezlepkovou dietu.

Kromě celiakie existují i další formy intolerance lepku, především *'alegie na lepek*. Na rozdíl od celiakie mohou po několika letech vymizet, zejména pokud začaly v dětství.

Pravidla bezlepkové diety

1. Eliminovat z potravy všechny potraviny obsahující lepek – pšenici, žito, ječmen, oves a všechny výrobky z nich, to znamená mouku, kroupy, vločky, běžné pečivo a chléb, a další potraviny, které by jen stopově mohou lepek obsahovat.
2. Nahradit zakázané obiloviny rýží, kukuřicí, bramborami, bramborovým a kukuřičným škrobem, sójou, amarantovou moukou a dalšími bezlepkovými potravinami.
3. Strava by zpočátku měla mít šetrný a protiprůjmový charakter. Mírně tedy omezujeme tuky, vybíráme netučná jídla, nesmažíme. Někteří pacienti trpí i laktózovou intolerancí, u nich je nutné mléko vysadit. Později, kdy dochází k uklidnění, můžeme připravovat bezlepkovou dietu s normální technologickou úpravou.
4. Při celiakii se dieta nesmí svévolně přerušit, pouze ve zcela výjimečných a specifických situacích na doporučení lékaře. Při celiakii je dieta doživotní (jiné typy intolerance lepku mohou časem odeznít).

Technologická úprava pokrmů pro bezlepkovou dietu: Pokrmy vaříme, dusíme, pečeme, občas můžeme i smažit, grilovat apod. Jídla normálně solíme a kořeníme povolenými druhy koření. Zahušťujeme pouze solamylem nebo maizenou, sójovou, amarantovou, rýžovou nebo bezlepkovou moukou anebo jíškou z nich.

Příklad jídelníčku pro bezlepkovou dietu	
Snídaně	čaj s mlékem, piškotová bublanina ze solamylu s ovocem kakao, bezlepkový chléb, Rama, tavený sýr šípkový čaj, kukuřičný chléb, tvarohová pěna s bezlepkovou šunkou čaj s citronem, jogurt s ovocem a označenými bezlepkovými kukuřičnými lupínky kakao, bezlepkový chléb, máslo, krájený sýr
Oběd	polévka zeleninová s jáhly, smažený kuřecí řízek (bezlepková strouhanka z kukuřičného chleba, vejce, kuřecí prsa, sůl, tuk na smažení), bramborová kaše, hlávkový salát s ananase polévka pórková s vaječnou mlhovou (bez zahuštění moukou), pečená štika na zelenině, pečené brambory polévka kuřecí vývar s bezlepkovými nudlemi, hovězí guláš (zahuštění bramborovým škrobem), rýže polévka čočková (zahuštění bramborovým škrobem), vepřové s mrkví a hráškem, brambory polévka bramborová s pohankou, krutí roláda se šunkou a sýrem, brambory, meruňkový kompot
Svačina	domácí pudink ovocné nebo zeleninové saláty ovoce bezlepkové pečivo jogurty
Večeře	lečo s vejcem, bezlepkový chléb rýžový nákyp s ovocem zapečené brambory se šunkou a zeleninou, mrkvový salát pomazánka z filé, strouhaného celeru, cibulky a lučiny, bezlepkové pečivo, paprika bramborové halušky (brambory, solamyl, sójová mouka, sůl) s bryndzou, salát z čínské zelí

Odkazy

Související články

- Dietoterapie

Zdroj

- SVACHINA, Štěpán. *Dietologie a klinická výživa* [online]. [cit. 2012-03-10]. <<https://el.lf1.cuni.cz/p66466615/>>.