

Prehranska podpora pri malabsorpciji

Nutrition support in patients with malabsorption

Gašper Boltežar*

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2018; suplement 1: 110–112

Ključne besede: malabsorpcija, prehranska podpora, mikrohranila, minerali

Key words: malabsorption, nutrition support, micronutrients, minerals

IZVLEČEK

Malabsorpcija je stanje, ko človeško telo zaradi različnih vzrokov ni sposobno privzeti hranil. Pri prehranski obravnavi teh bolnikov je ključno, da zdravimo osnovno bolezen. Večina bolnikov z malabsorpcijo ne potrebuje dodajanja makrohranil v kolikor je osnovna bolezen obvladana. Dodajanje mikrohranil pri posameznih boleznih doprinese k hitrejši zapolnitvi telesnih zalog.

ABSTRACT

Malabsorption is a condition when human body is unable to absorb nutrients. Treatment of underlying disease is essential. Most patients with malabsorption do not need specific supplementation of macronutrients if the underlying disease is treated. Supplementation with micronutrients is beneficial in certain conditions.

*Gašper Boltežar, dr. med.

Oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1000 Ljubljana

E-pošta: gasper.boltezar@kclj.si

UVOD

Malabsorpcija je stanje, ko človeško telo zaradi različnih vzrokov ni sposobno privzeti hranil. Lahko gre za prirojeno stanje okvarjenega transportnega sistema čez membrano ali pa za pridobljeno motnjo, ki prizadene absorptivno površino epitela.

Dodatni faktor, ki lahko vpliva na absorpcijo hranil je maldigestija, ki je posledica motene prebave makrohranil v prebavni cevi ali pa na črevesnih resicah enterocitov. Gre za dve patofiziološko različni stanji, vendar pa obe stanji v klinični praksi obravnavamo kot skupno entiteto, saj sta procesa soodvisna en od drugega.

FAZE ABSORPCIJE

Za normalno absorpcijo hranil so potrebne tri faze:

1. Luminalna faza
2. Absorptivna faza hranil v mukozo prebavnega trakta
3. Postabsorptivna, transportna faza v cirkulacijo

Bolezni, ki povzročajo malabsorpcijo, lahko prizadenejo katerokoli izmed treh faz absorpcije.

Pri obravnavi bolnikov z malabsorpcijo se moram držati treh glavnih principov:

1. Identifikacija osnovne bolezni, ki je privedla do malabsorpcije
2. Zdravljenje driske, ki je pogost sopojav ob tovrstnih boleznih
3. Identifikacija in usmerjeno nadomeščanje nutritivnih primanjkljajev

PODHHRANJENOST PRI BOLNIKI Z MALABSORPCIJO

Večina bolnikov z malabsorpcijo je blago do zmerno podhranjenih. V kolikor se uspešno zdravi osnovna bolezen, ki je privedla do malabsorpcije, v večini primerov zadostuje normalna prehrana brez specifičnih dodatkov. Dodajanje makrohranil je smiselno

v primeru neobvladovanja osnovne bolezni, ki je privedla do malabsorpcije.

Dodajanje mikrohranil pa je priporočeno, tudi če smo uspešni pri zdravljenju osnovne bolezni, saj doprinese k hitrejši zapolnitvi telesnih zalog. Peroralna suplementacija z vitamini in minerali navadno zadošča. Za hitrejšo normalizacijo vitaminsko mineralnih zalog se priporoča višji dnevni vnos – pet do desetkrat višji od normalnih dnevnih priporočil.

DODAJANJE MIKROHRANIL

V kolikor pa se osnovne bolezni ne da ustrezno zdraviti je pogosto potrebno redno dodajanje posameznih mikrohranil v višjih odmerkih. Pri dodajanju le-teh pa velja nekaj dodatnih napotkov.

Vitamini:

1. Bolniki s hujšo steatorejo boljše absorbirajo polarne oblike lipidotopnih vitaminov. Namesto vitamina D3 se tako priporoča uporaba 25-hidroksilirane (kalcifediola) ali 1-hidroksilirane oblike (dekserkalciferol). Ob pričetku terapije je potrebno nekajtedensko spremljanje serumskega kalcija zaradi možnosti hiperkalcemije.
2. Podobno se priporoča uporaba polarne oblike vitamina E – d-alfa-tokoferil polietilen glikol 1000 sukcinat (TPGS), saj se le-ta mnogo bolje absorbira ob steatoreji.

Minerali:

1. Ob celiakiji je priporočena dodajanje železa in folne kisline.
2. Nadomeščanje kalcija in magnezija je pogosto potrebno po večjih resekcijah tankega črevesa. Tako pomanjkanje vitamina D kot tudi fekalne izgube kalcija in magnezija doprinesejo k pomanjkanju teh dveh elementov. Pri bolnikih s steatorejo, ki imajo ohranjeno debelo črevo z ileocekalno zaklopko, dodajanje kalcijevih preparatov dodatno preprečuje tudi nastajanje oksalatnih kamnov in nefrolitiaz.

3. Magnezij je edini izmed mineralov, ki se primarno absorbira v distalnem tankem črevesu in kolonu. Tako imamo lahko pri bolnikih po večji operaciji tankega in debelega črevesa pomembno hipomagneziemijo tudi v odsotnosti steatoreje. Ker lahko magnezijevi preparati povzročajo osmotsko drisko, moramo magnezij občasno dodajati parenteralno.
- Ob tem je potrebno dodati, da so serumске koncentracije kalcija in magnezija slab pokazatelj dejanske homostaze teh dveh elementov.
 - V primerih nepojasnjene hipokaliemije in hipokalcemije pri bolnikih z možnostjo slabše absorpcije magnezija je potrebno pomisliti na normomagnezemično hipomagneziemijo.
 - Magnezij je namreč esencialen za sproščanje parathormona in njegovo pravilno delovanje.

ZAKLJUČEK

Za ustrezno zdravljenje bolnikov z malabsorpcijo je potrebno zdravljenje osnovne bolezni, obvladovanje driske ter nadomeščanje nutritivnih primanjkljajev. Ker lahko številne bolezni povzročijo malabsorpcijo, ni splošnega načela zdravljenja. Ključnega pomena je postavitve osnovne diagnoze. Večina bolnikov z malabsorpcijo je blago do zmerno podhranjenih. V kolikor se lahko osnovna bolezen ustrezno zdravi, je pričakovati, da bolniku zadostuje normalna prehrana za obnovitev primanjkljajev. Upoštevanje striktne diete omejitve pri nekaterih boleznih lahko vodi v popolno povrnitev absorpcije hranil in prehranskega statusa bolnika.

Literatura

- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines of definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition*. 2016. 1-16
- Greenberger NJ. Celiac sprue and other malabsorptive disorders. In: *Therapy of Digestive Disorders*, Wolfe MM (Ed), Saunders, Philadelphia 2006. p.711.
- Farrell JJ. Digestion and absorption of nutrients and vitamins. In: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 8th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia 2006. p.2147.
- Hogenaue C, Hammer HF. Maldigestion and malabsorption. In: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 8th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia 2006. p.2199.
- Johnston SD, Watson RG, McMillan SA, McMaster D, Evans A. Preliminary results from follow-up of a large-scale population survey of antibodies to gliadin, reticulín and endomysium. *Acta Paediatr Suppl* 1996; 412:61.
- Emmett M, Guirl MJ, Santa Ana CA, Porter J, Neimark S, Hofmann AF, et al. Conjugated bile acid replacement therapy reduces urinary oxalate excretion in short bowel syndrome. *Am J Kidney Dis* 2003; 41:230.
- Williams SE, Seidner DL. Metabolic bone disease in gastrointestinal illness. *Gastroenterol Clin North Am* 2007; 36:161.