



# Prehranska podpora pri bolnikih z motnjami v zadrževanju in odvajanju blata

## Nutritional support in patients with continence and bowel movements disorders

Marija Gačić Štolj\*

Medicinski center Iatros, Ljubljana

Slovenian Journal of Gastroenterology / Gastroenterolog 2025; 3: 13–17

**Ključne besede:** klinična prehrana, fekalna inkontinenca, kronično zaprtje, koloproktologija, sindrom ovirane defekacije, fazni kot, multidisciplinarna obravnava

**Keywords:** clinical nutrition, fecal incontinence, chronic constipation, coloproctology, obstructed defecation syndrome, phase angle, multidisciplinary treatment

### IZVLEČEK

V koloproktologiji znamo uspešno zdraviti večino bolezni. V interdisciplinarni obravnavi kroničnega zaprtja, sindroma ovirane defekacije ter raznih oblik inkontinence za blato in vetrove je podporno, konzervativno zdravljenje izjemno pomembno. Osnovano je v prvi vrsti na klinični prehranski obravnavi pa tudi na rehabilitaciji medeničnega dna. V začetku obravnave v ambulantni za klinično prehrano (AKP) je z natančno anamnezo, statusom in meritvijo telesne sestave potrebno dobiti celostni uvid v bolnika ter izluščiti morebitne dejavnike za iatrogeno povzročene simptome. Nadaljnja obravnava vodi v analizo prehranskih navad, svetovanje, poučevanje in prilagoditev prehrane in prehranskih navad ter predpisovanje prehranske terapije. V primeru neuspeha konzervativnih metod zdravljenja, sledi še dodatna diagnostika in drugačna, morda tudi kirurška terapija. Po prehranski obravnavi dosežemo zmanjšanje simptomov v več kot polovici

### ABSTRACT

In coloproctology, we can successfully treat most diseases. Regarding the interdisciplinary treatment of chronic constipation, obstructive defecation syndrome and various forms of faecal and anal incontinence, supportive conservative treatment is a crucial first step. It is primarily based on clinical nutritional treatment and pelvic floor rehabilitation. At the beginning, it is necessary to obtain a comprehensive understanding of the person, including a detailed history, current status, and body composition measurements, to ensure a thorough understanding and effective care. Further treatment involves analysis of dietary habits, education and dietary adjustment, and prescription of nutritional therapy. In the event of failure of these conservative treatment methods, additional diagnostics and different, possibly even surgical therapy follow. After nutritional treatment in the coloproctology clinic, we achieve symptom improvement in more than half

\*Marija Gačić Štolj, dr. med., specialistka splošne kirurgije  
Medicinski center Iatros, 1000 Ljubljana  
Email: marija.gacic-stolj@iatros.si

primerov, zato je smiselno prehransko klinično obravnavo postaviti na prvo mesto v zdravljenju proktoloških bolezni. Potrebno bi bilo ustvariti več specifičnih smernic na tem področju. V prispevku je obrazložena klinična prehranska obravnava oseb s proktološkimi boleznimi v Medicinskem centru Iatros (MCI).

of the clinic visitors, so it makes sense to prioritise nutritional clinical treatment in most proctology diseases. More specific guidelines in this field are necessary. This article aims to provide a comprehensive insight into the clinical nutrition treatment of patients with proctological diseases at Medical Centre Iatros (MCI).

## UVOD

V koloproktologiji znamo uspešno zdraviti večino bolezni. Pri uspehu zdravljenja je pomembno tudi prehransko podporno zdravljenje.

Med diagnozami oseb, ki jih napotimo v ambulanto za klinično prehrano (AKP) iz koloproktoloških ambulant Medicinskega centra IATROS (MCI), so najbolj pogoste kronično zaprtje (KZ), sindrom ovirane defekacije (*obstructed defecation syndrome*, ODS) ter razne oblike uhajanja blata in vetrov (uhajanje blata, fekalna inkontinenca, analna inkontinenca, FI). Dodatno obravnavamo bolnike s kroničnimi vnetnimi črevesnimi boleznimi (KVČB), malignimi neoplazmami anorektuma, spuščnim medeničnim dnom, nepojasnjnim hujšanjem ali bolečinami v medeničnem dnu. Ob zaprtju ali kroničnih driskah se kot pridružene težave pojavljajo tudi kronična analna fisura, perianalne kožne gube, hemoroidalna bolezen, analna fistula, proktitis, rektokela, rektalni zdrs ter enterokela, ki pa v svoji osnovi niso glavna napotna diagnoza za obravnavo v AKP. V tej ambulanti obravnavamo zelo malo bolnikov s preostalimi diagnozami, kot so endometrioza, anoreksija, pilonidalni sinus, prekomerna telesna teža, hidradenitis in podobno.

V interdisciplinarni obravnavi oseb s FI in KZ je zelo pomembno konservativno podporno zdravljenje, ki je osnovano na klinični prehrani in rehabilitaciji medeničnega dna. V sklopu obravnave takih bolnikov je v MCI klinična pot jasna in zatorej spadata napotitev v AKP ter ambulanto za rehabilitacijo medeničnega dna med prve korake zdravljenja.

AKP vodi specialist kirurg s posebnimi znanji iz klinične prehrane, obravnavo v AKP izvajajo klinični dietetiki. Ambulanto za rehabilitacijo medeničnega dna vodijo fizioterapevti, kar pa ni predmet pričujočega prispevka.

Z izobraževanjem ter prilagoditvijo prehrane in medikamentozne terapije ter predpisovanjem prehranske podporne terapije je možno zmanjšati simptome in izboljšati prehranski status. V primeru neuspeha tega zdravljenja ali pa po presoji glede na resnost težav sledi dodatna diagnostika in drugačna terapija. V nadaljnji interdisciplinarni obravnavi takih bolnikov sodelujejo gastroenterologi, prehranski alergologi, fizioterapevti, uroginekologi, urologi, radiolog in ultrazvočisti, ob koncu pa ponovno kirurgi proktologi, ki nato obravnavo ob uspehu bodisi zaključijo bodisi izvedejo morebitno kirurško zdravljenje. Prilagoditev socialnih in psiholoških okoliščin prav tako nima nezamisljivega vpliva na izboljšanje simptomov. A vsekakor je pri izbiri zdravljenja potrebno biti pozoren na kvaliteto življenja posameznika, njegova pričakovanja ter zmožnost in željo po sodelovanju.

## ETIOLOGIJA

Vzroki za FI in KZ so številni. Kljub temu je pogosto možno reči, da je konsistenca blata pomemben dejavnik, ki simptome v osnovi izrazito poslabša, kar tudi ugotavljamo v AKP. Vzroki FI so sicer najpogostejše slaba funkcija in/ali poškodba analnega sfinktra, morebiti ob porodni poškodbi presredka ali predhodnih operacijah v anusu zaradi hemoroidalne bolezni, analne fistule, malignih neoplazem

ali prirojenih nepravilnosti anusa. Drugi vzroki so lahko motnje v centralnem živčevju in druge nevrološke ter revmatološke bolezni, vpliv določenih zdravil, hemoroidalna bolezen in podobno.

Vzroki zaprtja so mnogovrstni. Pogosto ga povzročata premajhen vnos tekočin in pomanjkljivo prehranjevanje. Ob tem pa ne gre zanemariti dejstva, da na zaprtje vplivajo tudi socialni pogoji, neurejeni delovni urniki in določena zdravila. Težave z zaprtjem povzročijo tudi razne benigne ali maligne tvorbe v predelu anorektuma ali sprednjega dela medeničnega dna, kronična analna bolečina, katere vzroki so lahko številni, pa tudi metabolne in endokrinološke bolezni, ohlapnost veziv in funkcionalne motnje koordinacije defekacije.

## KLINIČNA SLIKA

Klinična slika oseb z motnjami odvajanja ali zadrževanja blata je lahko raznovrstna. Definicijo zaprtja postavimo na individualni oceni in na podlagi pogostnosti odvajanja ter konsistenci blata, pa tudi na podlagi občutka nepopolnega izpraznjenja. Pri funkcionalnem zaprtju uporabljamo ROME IV kriterije (Rome Foundation Working Committee).

Definicija uhajanja blata je prav tako široka. Po kriterijih ROME IV je to ponavljajoče se nekontrolirano uhajanje blata, ki traja več kot 3 mesece. Težave variirajo od urgentne fekalne inkontinence, pasivne inkontinence večje količine blata pa do izoliranega mazanja perila ali nezmožnosti zadrževanja vetrov (analna inkontinenca). Ob tem ne smemo pozabiti na tendenco obolelih k prikrivanju simptomov (tudi na račun prilagoditve življenjskega sloga), tako da je včasih le z natančno usmerjeno anamnezo moč ugotoviti, za kakšne simptome pravzaprav gre. Dodatno je treba biti pozoren na dejstvo, da se simptomatika zaprtja in uhajanja blata prekriva v vsaj polovici primerov.

Pri oceni konsistence blata uporabljamo tako imenovano Bristolsko lestvico konsistence blata (Bristol stool chart, BSC). Pri oceni resnosti težav KZ

in ODS pa uporabljamo tudi ODS točkovnik, Renzi točkovnik, Cleveland Clinic Constipation Score (CCCS). Za oceno simptomov v smislu FI uporabljamo Fecal Incontinence Severity Index (FISI), Wexner točkovnik, Fecal Incontinence Quality of Life vprašalnik (FIQoL). Za oceno prehranske ogroženosti uporabimo NRS2002 (Nutrition Risk Screening) točkovnik, po potrebi tudi MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

## OBRAVNAVA V AKP

Obravnavo v AKP se začne z napotitvijo zdravnika proktologa po proktološkem pregledu. Obravnavano osebo prosimo, da pred prvim prihodom v AKP ne spreminja osnovnih prehranskih navad.

Prva prehranska obravnava obsega poglobljeno proktološko, prehransko, socialno anamnezo in splošni klinični status, opredelitev težav ter analizo obstoječih prehranjevalnih navad in načina odvajanja blata. Sledi bioimpedančna meritev telesne sestave (BIA, aparat Tanita), prehransko presejanje za oceno prehranske ogroženosti (izpolnjevanje NRS-2002 točkovnika) ter ocena beljakovinske in energijske potrebe. V začetni del prehranske obravnave spada tudi izključitev morebitnih dejavnikov za iatrogeno povzročene simptome, kot sta kronično zaprtje ali driska. Izključiti je potrebno tudi alarmantne znake zaprtja ali uhajanja blata (t. i. red flag symptoms), za katere so predvsem značilni nenamerno hujšanje, pozitivna družinska anamneza malignih neoplazem na črevesu, tenezmi v trebuhu, krvavitev iz črevesja in slabokrvnost ter sprememba v načinu odvajanja blata, kot je recimo izmenjavanje tekočega in trdega blata. Na to mora biti pozoren tako proktolog kot tudi dietetik. Za tem pa sledi ustno in pisno izobraževanje, skupno izdelan načrt za prilagoditev prehranskega režima ter izdaja prehranskega dnevnika.

Kontrolni posvet v AKP je namenjen oceni upoštevanja prehranskih navodil in smernic, izboljšanja stanja in morebitne uresničitve zastavljenih ciljev,

Aktivnost	Odgovornost	Izvajalec
Proktološki pregled	Proktološka anamneza, status, odreditev diagnostike in terapije ter napotitev v AKP	Lečeči kirurg proktolog
Obravnava v ambulanti za klinično prehrano (AKP)	Prehranska, socialna anamneza, klinični status, BIA meritev, prehransko presejanje (NRS2002), ocena beljakovinskih in energijskih potreb; izobraževanje pacienta, predlog in načrt terapije	Klinični dietetik (KD)
Prehranska terapija	Nadzor nad predlagano terapijo, prilagoditev prehranskega načrta, predpis terapije, napotitev na terciar	Kirurg s specialnimi znanji iz klinične prehrane (KKP) in KD

Tabela 1: Povzetek obravnave v AKP

dotatno prilagodimo prehranski načrt s praktičnimi usmeritvami na podlagi izpolnjenih prehranskih dnevnikov. Tabela 1 prikazuje povzetek obravnave v AKP.

Cilj obravnave v AKP je zmanjšati vzroke za iatrogeno povzročeno trdo ali tekoče blato, prepoznati prehranske intolerance, priporočiti reden urnik odvajanja ter uporabo samoklistiranja (tako za potrebe zmanjševanja simptomov ODS in KZ kot tudi FI) in svetovati glede uporabe odvajal. Pozornost je potrebna pri vzorcih prehranjevanja in pojavljanja motečih simptomov. V luči izključitev morebitne prehranske intolerance svetujemo izogibanje umetnim sladilom, vnosu večjih količin kave, citrusov, oreškov, sladic, žvečilnih gumijev in podobnega. Po presoji uvedemo tudi FODMAP dieto. Nasvete glede zaužitja sadja v večjih količinah prilagodimo glede na simptome. Varovalno črevesno dieto prilagodimo glede na vrsto morebitne predhodno opravljene operacije na črevesu. Spodbudimo k povečanju vnosa tekočin in beljakovinskih živil, saj je dostikrat moč ugotoviti prisotnost nižjih vrednosti meritev puste telesne mase ter celokupne telesne vode. Vrednosti faznega kota v bioimpedančni meritvi so tudi pogosto pod mejo normale, kar še bolj izstopa pri osebah s FI.

Po obravnavi v AKP dosežemo izboljšavo simptomov v več kot polovici obravnavanih, kar je pravzaprav pomemben podatek tudi v luči ocene vpliva iatrogenih vzrokov. Hkrati je pomembno izboljšati prehranski status ter svetovati redno telesno vadbo.

V primeru, da ugotovimo zmerno ali hudo prehransko ogroženost, osebi izdamo prehransko podporno terapijo z oralnimi prehranskimi dodatki ter antisekretorno terapijo, v poštev pa pride tudi napotitev na obravnavo klinične prehrane na terciarnem nivoju, z ustrezno napotnico.

## ZAKLJUČEK

Obravnava oseb s FI in KZ v MCI poteka po ustaljeni klinični poti v sklopu interdisciplinarne obravnave. S takim pristopom lahko zagotovimo zmanjšanje simptomov brez invazivnih intervencij in je za osebe z motnjami zadrževanja ali odvajanja blata izjemno pomemben korak k izboljšavi kvalitete življenja.

## Literatura

1. Xi N, Yang X, Liu J, Yue H, Wang Z. Effects of Dietary Fiber Supplementation on Chronic Constipation in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Foods*. 2025;14(13):2315. Published 2025 Jun 30.
2. Kamareddine S, Bhurosy T. An assessment of nutrition and physical activity guidelines for adult patients with chronic constipation: A systematic review. *Clin Nutr ESPEN*. 2025; 68: 630-637.
3. Vollebregt PF, Baeten CIM, Drewes AM, et al. Transanal irrigation: Bridging the gap in treatment for chronic constipation and/or faecal incontinence-A systematic review and management guidance. *Colorectal Dis*. 2025; 27 (11): e70274.
4. Tan S, Peng C, Lin X, et al. Clinical efficacy of non-pharmacological treatment of functional constipation: a systematic review and network meta-analysis. *Front Cell Infect Microbiol*. 2025; 15: 1565801. Published 2025 May 29.
5. Hou J, Zhao Y, Zhuang S, et al. Visit rates and risk factors of healthcare-seeking behaviour for urinary incontinence, faecal incontinence, and pelvic organ prolapse among women: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs*. 2025; 63: 307-319.
6. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2022; 41 (4): 958-989.
7. Weimann A, Bezmarevic M, Braga M, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery - Update 2025. *Clin Nutr*. 2025; 53: 222-261.
8. Assmann SL, Keszthelyi D, Kleijnen J, Anastasiou F, Bradshaw E, Brannigan AE, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. *United European Gastroenterology Journal* 2022; 10 (3): 251-86.
9. Savarino E, Zingone F, Barberio B, Marasco G, Akyuz F, Akpınar H, et al. Functional bowel disorders with diarrhoea: Clinical guidelines of the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterology Journal* 2022; 10 (6): 556-84.
10. Chang L, Chey WD, Imdad A, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. *Gastroenterology*. 2023; 164 (7): 1086-1106. doi: 10.1053/j.gastro.2023.03.214