

# Leczenie żywieniowe w chorobach zapalnych jelit

## Żywienie pozajelitowe

### ZALECENIE 1

Wskazania do stosowania żywienia pozajelitowego u dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit są ograniczone do pacjentów, u których nie można zastosować żywienia drogą przewodu pokarmowego lub jest ono przeciwwskazane.

---

### ZALECENIE 2

Żywienie pozajelitowe powinno być stosowane w przypadkach ciężkiego niedożywienia oraz jako przed- i pooperacyjne wsparcie żywieniowe u pacjentów z chorobą Leśniowskiego i Crohna oraz wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

---

### ZALECENIE 3

Żywienie pozajelitowe nie powinno być stosowane jako leczenie pierwszego rzutu w postaci zapalnej choroby Leśniowskiego i Crohna oraz we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego.

---

## Wskazania do żywienia pozajelitowego u dzieci z chorobą Leśniowskiego i Crohna

Wskazaniami do żywienia pozajelitowego dzieci z tą chorobą są:

- niedożywienie lub zapobieganie niedożywieniu dzieci, u których spożycie składników pokarmowych doustnie lub dojelitowo jest niewystarczające lub nietolerowane;
- ciężkie zaburzenia motoryki jelit uniemożliwiające żywienie dojelitowe;
- przetoki jelitowo-skórne z wyciekami powyżej 400 ml płynu/dobę;
- zespół krótkiego jelita powodujący poważne zaburzenia wchłaniania lub utratę płynów i elektrolitów, których nie można uzupełnić dojelitowo;
- wskazania chirurgiczne, takie jak: niedrożność, zwężenie, perforacja jelita [1, 2].

## Wskazania do żywienia pozajelitowego u dzieci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

Żywienie pozajelitowe jest wskazane jako leczenie pomocnicze do leczenia podstawowego – ale nie jako leczenie pierwszego wyboru – i jest stosowane w ciężkim rzucie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, jeżeli żywienie dojelitowe nie jest tolerowane albo jest przeciwwskazane, np. w przebiegu toksycznego rozdęcia jelita, perforacji jelita lub masywnego krwawienia.

Wyłącznie żywienie pozajelitowe należy stosować jako jedyną interwencję, jeżeli żywienie drogą przewodu pokarmowego jest przeciwwskazane z powodu występowania:

- niedrożności jelit;
- niedokrwienia jelit;
- wysokiej przetoki jelitowej;
- ciężkiego krwotoku jelitowego;
- wstrząsu.

**Żywienie pozajelitowe** uzupełniające powinno być rozważone u pacjentów, u których żywienie dojelitowe nie pokrywa > 60% zapotrzebowania kalorycznego [3].

Żywnienie pozajelitowe nie powinno być stosowane jako leczenie pierwszego wyboru w postaci zapalnej choroby Leśniowskiego i Crohna. Nie udowodniono, aby zaprzestanie podawania pokarmu drogą naturalną było skuteczniejszą metodą leczenia niż żywnienie dojelitowe [1, 2].

Greenberg i wsp. porównali całkowite żywnienie pozajelitowe z wyłączeniem jelita z podażą całkowitego żywnienia drogą przewodu pokarmowego oraz częściowym żywnieniem pozajelitowym z podażą doustną, nie uzyskując znamienych statystycznie różnic pomiędzy tymi trzema grupami chorych w zakresie poprawy stanu odżywienia oraz uzyskania remisji w ciągu roku [4].

Żywnienie pozajelitowe powinno być stosowane w przypadkach ciężkiego niedożywienia oraz jako przed- i pooperacyjne wsparcie żywieniowe u pacjentów z chorobą Leśniowskiego i Crohna oraz wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego [3].

Niedożywienie w okresie przedoperacyjnym zwiększa częstość występowania powikłań, np.: posocznicy, zapaleń płuc i infekcji opornych na leczenie, u pacjentów z chorobą Leśniowskiego i Crohna.

Przedoperacyjne zastosowanie całkowitego żywnienia pozajelitowego wykazało poprawę stanu odżywienia, mniej powikłań pooperacyjnych oraz poprawę przebiegu klinicznego u pacjentów z chorobą Leśniowskiego i Crohna.

U pacjentów z długotrwałym i ciężkim niedożywieniem ważne jest, aby ostrożnie wprowadzać żywnienie pozajelitowe i uważnie monitorować pacjentów pod kątem ryzyka wystąpienia zespołu ponownego odżywienia. Przez pierwsze 24–48 godzin powinno się zapewnić 50% zapotrzebowania energetycznego w objętości 30–40 ml/kg mc. i w odniesieniu do stopnia utraty płynów. Przy osmolalności powyżej 800 mOsm/kg H<sub>2</sub>O mieszanina żywieniowa powinna być podawana przez żyły centralne i we wlewie ciągłym przez 24 godziny [3].

W leczeniu żywieniowym nieswoistych zapaleń jelit stosuje się ogólne zasady kompozycji mieszaniny żywieniowej. Nie udowodniono wpływu podaży kwasów tłuszczowych omega-3 na parametry stanu odżywienia, aktywność choroby, długość stosowania żywnienia pozajelitowego i długość hospitalizacji [5]. Dodatek glutaminy w celu indukcji remisji choroby Leśniowskiego i Crohna nie wykazał jej skuteczności [6].

Optymalna podaż składników pokarmowych ma korzystny wpływ na motorykę jelit, przepuszczalność jelita cienkiego, stan odżywienia i odpowiedź zapalną. Stosowanie żywienia pozajelitowego nie jest związane ze zwiększeniem częstości remisji w obu chorobach, nie ma także wpływu na częstość interwencji chirurgicznych.

Żywienie pozajelitowe wiąże się z występowaniem powikłań metabolicznych i zakrzepowych, przy czym należy pamiętać, że nieswoiste zapalenia jelit są niezależnym czynnikiem ryzyka występowania zakrzepicy żyłnej [2].

## Domowe żywienie pozajelitowe

Najczęstszym wskazaniem do domowego żywienia pozajelitowego w nieswoistych zapaleniach jelit jest zespół krótkiego jelita z przewlekłą niewydolnością jelit jako konsekwencją wielu resekcji jelita cienkiego w przebiegu choroby Leśniowskiego i Crohna.

Domowe żywienie pozajelitowe podnosi jakość życia, poprawia stan odżywienia (podwyższenie stężenia albumin i transferyny w surowicy krwi) oraz redukuje konieczność stosowania doustnych kortykosteroidów [7].

## Piśmiennictwo

1. Van Gossum A., Cabre E., Hebuterne X. i wsp.: *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Gastroenterology*. Clinical Nutrition, 2009; 28: 415–427.
2. Schulz R.J., Bischoff S.C., Koletzko B., and Working group for developing the guidelines for parenteral nutrition of The German Association for Nutritional Medicine: *Gastroenterology – Guidelines on Parenteral Nutrition*. Chapter 15. GMS German Medical Science, 2009; 7. doi: 10.3205/000072.
3. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force: *Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients*. JPEN J. Parenter. Enteral Nutr., 2002; 26 (1 Suppl): 1SA–138SA.
4. Greenberg G.R., Fleming C.R., Jeejeebhoy K.N. i wsp.: *Controlled trial of bowel rest and nutritional support in the management of Crohn's disease*. Gut, 1988; 29: 1309–1315.
5. Turner D., Zlotkin S.H., Shah P.S., Griffiths A.M.: *Omega 3 fatty acids (fish oil) for maintenance of remission in Crohn's disease*. Cochrane Database Syst. Rev., 2007 Apr 18; (2): CD006320.
6. Akobeng A.K., Elewad M., Gordon M.: *Glutamine for induction of remission in Crohn's disease*. Cochrane Database Syst. Rev., 2016 Feb 8; 2: CD007348.
7. Goh J., O'Morain C.A.: *Review article: nutrition and adult inflammatory bowel disease*. Aliment. Pharmacol. Ther., 2003; 17: 307–320.