

BOLNIK Z ULCEROZNI KOLITISOM – PRIKAZ KLINIČNEGA PRIMERA

Lucija Majdič

36-letna bolnica prihaja po napotitvi osebnega zdravnika na prvo prehransko obravnavo v posvetovalnico za klinično prehrano zaradi nedavnega izgubljanja telesne mase in splošne oslabelosti. Med opravljeno kolonoskopijo so dokazali spremembe v predelu cekuma in rektuma ter bolnici diagnosticirali ulcerozni kolitis. Prejema Salofalk 1.000 mg/dan in Budenofalk 3 × 3 mg/dan. Bolnica je brez drugih pridruženih bolezenskih stanj.

1. KORAK – PREHRANSKI PREGLED IN OCENA PREHRANSKEGA STANJA

Prehranski pregled

Bolničina običajna telesna masa (TM) se je gibala med 61 in 62 kg, ob prvem pregledu je TM merila 54,7 kg. Pove, da je v zadnjih šestih mesecih nenamerno izgubila 7 kg, kar predstavlja 11-% izgubo njene običajne telesne mase. Pri telesnem pregledu je bila vidna izguba mišične mase, brez prisotnih edemov.

Prehransko presejanje

V začetnem delu presejanja z orodjem za presejanje prehranske ogroženosti 2002 (angl. *nutritional risk screening 2002*, NRS 2002) je na dve vprašanji odgovorila pritrdilno, saj je v zadnjih treh mesecih izgubila TM, njen vnos hrane pa je bil v zadnjem tednu zmanjšán. Zato je bil izveden še drugi del presejanja NRS 2002, na katerem je bolnica dobila 3 točke (2 točki, ker je bil bolničin vnos hrane v zadnjem tednu med 25 in 60 % glede na njene energijske potrebe, ter 1 točka zaradi kronične bolezni). Seštevek treh ali več točk glede na NRS 2002 pomeni povečano prehransko ogroženost, zato je treba pri takem bolniku oblikovati prehranski načrt.

Tabela 1. Rezultati meritev telesne sestave z bioelektrično impedančno analizo.

Vrednost	Prvi pregled v posvetovalnici za klinično prehrano	
	Izmerjene vrednosti	Referenčne vrednosti
Maščobna telesna masa	28,7 %	21–27 %
	15,7 kg	11–14 kg
Pusta telesna masa	71,3 %	73–79 %
	39 kg	39–42 kg
Suha pusta telesna masa	10 kg	
Celokupna telesna voda	53 %	50–60 %
	29 l	27–33 l
Zunajcelična voda	24,8 %	20 %
	13,5 l	
Znotrajcelična voda	27,7 %	30 %
	15,2 l	
Indeks telesne mase	21,9 kg/m ²	≥ 20 kg/m ²
Indeks maščobne telesne mase	6,3 kg/m ²	4–6 kg/m ²
Indeks puste telesne mase	15,6 kg/m ²	16–17 kg/m ²
Fazni kot	6,1°	≥ 5,5°

Osebna anamneza

Bolnica je stara 36 let, z možem in dvema sinovoma živi v samostojni hiši, po poklicu je učiteljica razrednega pouka.

Zdravstvena anamneza

Ulcerozni kolitis – spremembe v predelu cekuma in rektuma. V redni terapiji prejema Salofalk v odmerku 1.000 mg dnevno in Budenofalk v odmerku 3×3 mg dnevno. Brez pridruženih bolezenskih stanj.

Ocena telesne zmogljivosti

V zadnjih mesecih je zaradi utrujenosti in občutka šibkosti načrtno zmanjšala telesno dejavnost. Opuстила je tedensko hojo v hribe, tek in daljše vožnje s kolesom. Pove, da se hitreje utruje tudi pri igri z otroci in vsakodnevnih hišnih opravilih, delu na vrtu. Moč stiska roke, izmerjena z ročnim dinamometrom, pokaže primeren rezultat za ženski spol – z desno roko 26 kg in z levo roko 25 kg.

Prehranska anamneza

Bolnica je imela zelo slab apetit in občutek prezgodnje sitosti, vendar se trudila načrtno jesti, da bi se izognila nadaljnji izgubi TM. Težav s slabostjo ali bruhanjem ni navajala. Blato je odvajala trikrat do štirikrat dnevno, bilo je konsistence B7 po Bristolovi lestvici, v blatu je opazala primesi sveže krvi. Prisoten je bil stalen občutek napihnjenosti in napetosti trebuha, občasno so se pojavili krči v predelu popka.

Kvalitativna ocena prehrane

Dnevno je zaužila 1,5–2 litra tekočine, največ vode in nesladkanega čaja. Običajno je zaužila 5 manjših obrokov hrane mešane sestave. Glede količine zaužitih obrokov je ocenila, da poje za pol manj kot običajno. Po zaužitju obroku je opazila težave, predvsem napihnjenost trebuha, napenjanje z

vetrovi in drisko. Zaradi omenjenih težav je opustila uživanje mleka, solate in svežih jabolok. Jabolka je začela uživati v obliki kompota, ostale vrste sadja pa je uživala sveže, prav tako svežo zelenjavo z izjemo solat, večkrat je v prehrano vključevala polnozrnata živila in kaše, predvsem ajdovo kašo, kruh z bučnimi semeni, polnozrnat testenine. Mastne kose mesa je nadomestila s pustimi in prenehala z uživanjem cvrte hrane, po kateri je opazila poslabšanje simptomov. Prehranskih dopolnil ali oralnih prehranskih dodatkov (OPD) ni uživala.

Kvantitativna ocena prehrane

Bolničine dnevne energijske potrebe so bile glede na trenutno telesno maso 1.915 kcal (35 kcal/kg TM), 82 g beljakovin (1,5 g/kg TM), 219 g ogljikovih hidratov (4 g/kg TM) in 71 g maščob (1,3 g/kg TM). Kvantitativna ocena vnosa hranil glede na izpolnjen prehranski dnevnik je pokazala, da je s trenutnim prehranjevalnim režimom zadostila 54 % svojih potreb po energiji, 90 % potreb po beljakovinah, 56 % potreb po ogljikovih hidratih in 30 % potreb po maščobah.

2. KORAK – DIETETIČNE IN PREHRANSKE DIAGNOZE

Dietetična diagnoza – določanje diagnoze **PES**

(**P** – prepoznavna prehranskega problema, **E** – določanje vzroka oz. etiologije, **S** – znaki in simptomi)

Prvi prehranski problem

Prvi prehranski problem = nezadosten vnos energije in hranil

Vzrok oz. etiologija = pomanjkanje apetita, prezgodnja sitost

Znaki in simptomi = nenamerna izguba telesne mase, zmanjšana velikost obrokov za 50 %, utrujenost in šibkost

Dietetična diagnoza

Nezadosten energijski in hranilni vnos je **povezan** s slabim apetitom in pre-
zgodnjo sitostjo, kar **dokazujejo** nenamerna izguba telesne mase, za 50 %
zmanjšana velikost obrokov ter občutek utrujenosti in šibkosti.

Drugi prehranski problem

Drugi prehranski problem = nepoznavanje prehranske strategije pri kronični
vnetni črevesni bolezni

Vzrok oz. etiologija = bolnica še ni bila deležna prehranske obravnave

Znaki in simptomi = odvajanje tekočega blata, napihnjenost, napet trebuh,
krči v predelu popka

Dietetična diagnoza

Bolničino nepoznavanje prehranske strategije pri kronični vnetni črevesni
bolezni je **povezano** s tem, da še ni bila deležna prehranske obravnave, kar
dokazujejo odvajanje tekočega blata, občutek napihnjenosti, napet trebuh in
krči v predelu popka.

Prehranska diagnoza

Huda podhranjenost po merilih Globalne pobude za opredelitev podhranje-
nosti (angl. *Global leadership initiative on malnutrition, GLIM*)

- a) Fenotipska merila: nenačrtovana izguba telesne mase > 5 % v 6 mesecih –
bolnica je v 6 mesecih izgubila 11 % običajne telesne mase
- b) Etiološka merila: zmanjšanje vnosa hrane > 2 tedna in zmanjšana asimila-
cija hrane (kronična gastrointestinalna malabsorbcija)

Stopnja resnosti podhranjenosti po fenotipskih merilih: nenačrtovana iz-
guba TM > 10 % TM v 6 mesecih (v 6 mesecih izgubila 11 % običajne teles-
ne mase)

3. KORAK – PREHRANSKI UKREPI

Prehranski načrt, ki ga je pripravil dietetik:

- Priporočalo za uživanje hrane, ki izključuje uživanje živil z visoko vsebnostjo neprebavljivih vlaknin (polnozrnata žita in žitni izdelki, sveže sadje in zelenjava, oreščki, semena, stročnice), živil, ki so težje prebavljiva in splošno povzročajo napenjanje (čebula, gobe, cvetača, brokoli, zelje ipd.), pretirano mastne, sladke in začinjene hrane.
- Priporočilo za uživanje več enakomerno razporejenih manj obilnih, a energijsko in beljakovinsko bogatih obrokov.
- Priporočilo za vključevanje beljakovinsko bogatih živil – pusto meso in manj predelani mesni izdelki, ribe, jajca, posneti mlečni izdelki.
- Priporočilo za oralno prehransko dopolnilo obogateno z ω -3 maščobnimi kislinami, 2 × 220 ml dnevno, ki naj ga pije med obroki, počasi po požirkih, ohlajenega na sobno temperaturo, zraven uživa prepečenec, grisine iz bele moke, kekse ali drugo trdo hrano.
- Priporočilo za oralno prehransko dopolnilo, beljakovinski prah, obogaten z levcinom – 2 × 40 g dnevno, ki ga doda pri zajtrku in večerji.
- Priporočilo za uživanje rehidracijske raztopine 1000 ml dnevno + 500 ml ostale tekočine (kompot iz kuhanega in olupljenega sadja, rahlo sladek čaj, malinovec, razredčen z vodo).

Cilji prehranskega načrta:

- Odprava oz. zmanjšanje simptomov (napihnjeno, napet trebuh, krči, odvajanje tekočega blata) ulceroznega kolitisa.
- Doseganje bolničinih dnevnih potreb po energiji in hranilih.
- Stabiliziranje telesne mase in povečanje suhe puste mase.
- Izboljšanje funkcionalnega statusa bolnice.
- Stabiliziranje tekočinskega stanja, zmanjšanje znotrajcelične dehidracije.
- Bolnica pozna pomen upoštevanja predpisanega dietnega režima nizkovlaskninske hrane z omejenim uživanjem preprostih sladkorjev (predvsem fruktoze), umetnih sladil in nasičenih maščob.

- Bolnica pozna pomen uživanja predpisanih OPD.
- Bolnica pozna pomen uživanja oralne rehidracijske raztopine.
- Bolnica pozna pomen rednih in uravnoreženo sestavljenih obrokov ter doslednega vključevanja beljakovinsko bogatih živil živalskega izvora.
- Individualna prilagoditev vnosa živil, ki bolnici ne povzročajo simptomov.

Prehranski ukrepi, ki jih je izvajal dietetik:

- Poučevanje o načelih predpisanega dietnega režima in o posledicah neupoštevanja.
- Poučevanje o namenu ter načinu uživanja predpisanih OPD.
- Poučevanje o namenu ter načinu priprave in uživanja oralne rehidracijske raztopine.
- Podajanje idej za uravnoreženo sestavljene obroke in redno vključevanje beljakovinsko bogatih živil živalskega izvora ter spodbujanje k rednim in uravnoreženo sestavljenim beljakovinsko ter energijsko bogatim obrokom.
- Predlogi za izboljšave na podlagi bolničinega prehranskega dnevnika.
- Spodbujanje k telesni dejavnosti in poučevanje o pomenu vključevanja vadbe za moč.

4. KORAK – SPREMLJANJE IN VREDNOTENJE PREHRANSKIH UKREPOV

Bolnica je po opravljeni prvi prehranski obravnavi v posvetovalnici začela upoštevati navodila kliničnega dietetika in si obroke sestavljati po priporočenem dietnem režimu. Zaradi vztrajajočih težav z inapetenco in občutkom prezgodnje sitosti si je na dan načrtno pripravila več količinsko manjših obrokov, ki so si sledili na približno dve uri. Pri sestavi obrokov je izbirala živila, ki so energijsko in beljakovinsko bogatejša, kuhano sadje in zelenjavo je dodajala le v manjši količini. V svoj prehranjevalni režim je redno vključevala dva OPD, obogatena z ω -3 maščobnimi kislinami. Kljub naštetemu ji je dnevno uspelo zaužiti le 40 g beljakovinskega prahu in ne celotnega predpisanega odmerka (2

× 40 g). Začela je z rednim uživanjem oralne rehidracijske raztopine (1.000 ml dnevno), poleg tega je dnevno zaužila približno 500–1.000 ml druge tekočine – kompot iz kuhanih in olupljenih jabolk, rahlo sladkan čaj in malinovec, razredčen z vodo. Ob prvem kontrolnem pregledu po mesecu dni je kvantitativna ocena vnosa glede na izpolnjen prehranski dnevnik, ki ga je bolnica beležila 3 dni pred pregledom, pokazala, da je zadostila 108 % svojih potreb po energiji, 177 % potreb po beljakovinah, 61 % potreb po maščobah in 109 % potreb po ogljikovih hidratih.

Bolnica je bila močno motivirana, vendar je bila bolezen že več mesecev v zagonu, posledično so bile še zmeraj prisotne težave s pogostim (trikrat do štirikrat dnevno) odvajanjem tekočega blata konsistence B7 po Bristolovi lestvici. Kljub zagonu bolezni ji je z zadostnimi prehranskimi vnosi in upoštevanjem prehranske strategije uspelo ohranjati telesno maso. V vmesnem času so ji terapijo zaradi poslabšanja bolezni večkrat spremenili in prilagodili odmerke, sčasoma je bila uspešno dosežena remisija bolezni.

Med nadaljnjimi spremljanji je bolnica dosledno upoštevala svetovane prehranske ukrepe in tako ob predzadnjem kontrolnem pregledu uspešno dosegla svojo običajno telesno maso. Glede na zadosten energijski in hranilni vnos je prenehala z uživanjem OPD, obogatena z ω -3 maščobnimi kislinami, in ga nadomestila z manjšim energijsko in beljakovinsko bogatim obrokom.

Ob zadnjem kontrolnem pregledu ji je kljub ukinitvi OPD uspelo v enem letu pridobiti dodatnih 3,8 kg. Še naprej je dosledno upoštevala podana navodila, v svoj režim vključevala beljakovinski prah, obogaten z levcinom (1–2 × 40 g dnevno), oralno rehidracijsko raztopino pa je pila po potrebi glede na konsistenco blata. Z obstoječim prehranjevalnim režimom je pokrila svoje dnevne potrebe po energiji in makrohranilih. Opazila je izrazito izboljšanje počutja, ponovno je bila lahko vsak dan aktivna – petkrat tedensko se je odpravila na enourni sprehod, dvakrat tedensko je v rutino vključila vaje za moč, opazila je tudi več energije pri igri s sinovoma in pri delu na vrtu. Appetit se je izboljšal, poleg tega ni imela težav s slabostjo ali bruhanjem, blato je odvajala enkrat dnevno, bilo je konsistence B4 po Bristolovi lestvici. Ob tem ni imela krčev ali občutka napihnjenosti. Od prve obravnave se je v dveh letih in pol njena telesna masa povečala za 6,9 kg, suha pusta masa za 1 kg, povečala sta se tudi indeks suhe puste mase in fazni kot (s 6,1° na 6,3°).

Bolnico smo v začetnem obdobju v posvetovalnici za klinično prehrano spremljali na 1–2 meseca, ob izboljšanju na 3–4 mesece, ob stabilizaciji prehranskega stanja in povrnitvi telesne mase na njeno običajno pa jo sedaj spremljamo enkrat letno.

Tabela 2. Meritev telesne sestave z bioelektrično impedančno analizo. Primerjava meritev ob prvi prehranski obravnavi, kontrolnih meritvah in po zaključku zdravljenja.

Bioimpedančna meritev	Prva obravnava	1. kontrolni pregled	2. kontrolni pregled	3. kontrolni pregled	4. kontrolni pregled	5. kontrolni pregled
Maščobna telesna masa	28,7 % 15,7 kg	29,7 % 16,2 kg	31,2 % 17,6 kg	30,4 % 17,5 kg	33,2 % 19,2 kg	33,1 % 20,4 kg
Pusta telesna masa	71,3 % 39 kg	70,3 % 38,4 kg	68,8 % 38,9 kg	69,6 % 40,0 kg	66,8 % 38,6 kg	66,9 % 41,2 kg
Suha pusta telesna masa	10,0 kg	9,8 kg	10,2 kg	10,4 kg	10,2 kg	11,0 kg
Celokupna telesna voda	53 % 29 l	52,4 % 28,6 l	50,8 % 28,7 l	51,5 % 29,6 l	49,1 % 28,4 l	49,0 % 30,2 l
Zunajcelična voda	24,8 % 13,5 l	24,4 % 13,3 l	23,8 % 13,4 l	23,8 % 13,7 l	23,1 % 13,4 l	23,1 % 14,2 l
Znotrajcelična voda	27,7 % 15,2 l	27,7 % 15,1 l	27,2 % 15,3 l	27,4 % 15,7 l	26,3 % 15,2 l	26,5 % 16,3 l
Indeks telesne mase	21,9 kg/m ²	21,9 kg/m ²	22,7 kg/m ²	23,0 kg/m ²	23,2 kg/m ²	24,7 kg/m ²
Indeks maščobne telesne mase	6,3 kg/m ²	6,5 kg/m ²	7,1 kg/m ²	7,0 kg/m ²	7,7 kg/m ²	8,2 kg/m ²
Indeks puste telesne mase	15,6 kg/m ²	15,4 kg/m ²	15,6 kg/m ²	16,0 kg/m ²	15,5 kg/m ²	16,5 kg/m ²
Fazni kot	6,1°	6,6°	6,7°	6,5°	6,2°	6,3°