

Krátké sdělení

Nesnášenlivost potravin - příčina či následek trávicích poruch?

Z. Mařatka

Částečně předneseno na Podzimním dnu České gastroenterologické společnosti 6. 10. 2005

Nesnášenlivost potravin může sloužit jako příklad kolísání zájmu o medicínské problémy. Před 50 lety, kdy jsem byl na stáži v USA, mnozí tamější lékaři nesnášenlivostí potravin vysvětlovali chorobné stavy, které se dnes označují jako *funkční*. Dnes se naopak tzv. funkční obtíže vysvětlují jinými mechanizmy, o nesnášenlivosti se, aspoň ve vědecké literatuře, prakticky nemluví. Přesto závislost obtíží na stravě je u těchto stavů očividná, pacienti často svádějí své obtíže na stravu a otázky "co smím a co nesmím jíst" patří k nejčastějším, jež kladou lékaři. Je nesnášenlivost potravin příčinou či následkem poruch trávení? Při hledání odpovědi je třeba si ujasnit, co se rozumí nesnášenlivostí potravin a jak se má tato porucha klasifikovat.

Nesnášelivostí (intolerancí) potravin se nazývá občasná nebo vleklá porucha trávení způsobená požíváním normálních potravin nebo pokrmů. Do tohoto pojmu tedy nepatří *akutní poruchy alimentární*, které jsou způsobeny potravinami nezvyklými, dráždivými nebo požitými v nadměrném množství (přejedení). Každá potravinová, každý pokrm požitý v nepřiměřeném množství, může vyvolat akutní poruchu trávení, a to zvláště u osob choulostivých. Nepatří sem ani *poruchy vyvolané potravinami jedovatými nebo infikovanými* ("otravy potravinami"). Charakteristické pro nesnášenlivost je to, že příčina není v potravě, nýbrž v nemocném, že jde o abnormální reakci organismu na podnět, který obvykle není patogenní. Rozlišuje se *potravinová alergie* vyvolaná imunologickou hypersenzitivitou a *potravinová idiosynkrazie*, způsobená jinými mechanizmy. Potravinová alergie jako všechny alergie má ráz kvalitativní, bývá vyvolána už nepatrnými dávkami alergenu. Projevuje se často nejen příznaky trávicími, nýbrž i kožními (kopřivka), slizničními (otok) a dýchacími (astma). Potravinová idiosynkrazie naopak mívá ráz kvantitativní, tj. závisí na dávce vyvolávajícího podnětu, má různé příčiny a pokládá se za mnohem častější než alergie. Je ovšem těžko říci, jak je častá, protože její identifikace a diagnostika není uspokojivá. *Diagnóza* potravinové nesnášenlivosti se opírá jednak o *anamnézu*, která je subjektivní a ne vždy spolehlivá. Dříve se používaly *kožní testy*, tj. intradermální aplikace různých potravin, používané u alergií, avšak výsledky u idiosynkrazií se ukázaly jako nespolehlivé, nekorelující s klinikou, a dnes se neužívají. Je chyba, že se mnoho statistik udávajících častost, s níž potraviny vyvolávají tyto reakce, zakládá právě na této metodě a nelze je pro idiosynkrazii pokládat za směrodatné. Jedinou poměrně spolehlivou metodou je *eliminanční dieta a postupná zátěž*, avšak tato metoda je pracná a v praxi neoblíbená. Termínu *nesnášenlivosti* se neužívá u potravin, které způsobují nebo zhoršují nemoci, jako je cukr u cukrovky, alkohol u chorob jater a slinivky, lepek u celiakální nemoci. Co do *klasifikace* existuje velká skupina, kterou lze označit jako *nesnášenlivost zdánlivou*. Především některé osoby nerozlišují mezi nesnášenlivostí a *nechutí* nebo *odporem*. Oni prostě tu potravinu nebo pokrm neradi a označují to jako nesnášenlivost. U řady osob nesnášenlivost má výraznou *složku psychickou*, reakce jsou neobvyklé, někdy bizarní. Bývají způsobeny *nezvyklostí* vlivem odlišných stravovacích zvyků

náboženských, regionálních nebo rodinných. Je pochopitelné, že se u domorodců rovníkové Afriky objeví projevy nesnášenlivosti při stravě, na niž jsou zvyklí Eskymáci. Individuální nesnášenlivost může mít důvody *psychologické* či *psychopatické*, způsobené předsudky vyplývajícími z abnormálních představ, podmíněných reflexů, náboženských zákazů apod. *Vštípená nesnášenlivost* může být vyvolána lékařem, náboženským příkazem, čarodějem nebo jiným sugestivním podnětem. Významný je i podíl *placebo reaktorů*, u nichž potraviny požití ve formě, která zatajuje jejich charakter, obtíže nepůsobí, nebo naopak jiné potraviny napodobující ony, jež postižený domněle nesnáší, reakci vyvolávají. Jsou i takoví, u nichž trávicí porucha vzniká při pouhém pohledu na nesnášenou potravinu, nejčastěji na mléko nebo na vůni např. u sýrů. Znal jsem osoby, které při pouhém spatření mléka pocitovali neklid v břiše a nucení na stolicí. Velkou skupinu tvoří projevy nesnášenlivosti potravin, které se dnes řadí pod pojem *poruchy funkční*. Je to tato kategorie, která budila a někdy ještě dnes budí otázku, zda nesnášenlivost je zde příčinou či následkem. Je vzácné, aby nemocný s některým typem funkční trávicí poruchy neudával závislost obtíží na stravě. Tato závislost je pro funkční poruchy typická, a proto musí figurovat v jejich definici. To se bohužel v mezinárodních definicích neděje, např. v Římských kritériích jsou funkční poruchy definovány s ohledem na lokalizaci a ráz obtíží - *dyspepsie* se definuje jako bolest nebo nevěle v epigastriu, *dráždivé střevo* jako bolest v břiše a porucha defekace - o závislosti na stravě není ani zmínka. Nesnášenlivost u funkčních onemocnění má jistou logiku v tom, že bývá závislá na *dráždivosti a těžké stravitelnosti* potravin a pokrmů. Pověstnými škůdci jsou zahříváné tuky, koření, cibule a česnek, kynuté pokrmy (u poruch žaludečních), ovoce, zelenina a vláknina (u poruch střevních), kvasivé a zkvašené potraviny a nápoje (u kvasné enteropatie).

U funkčních poruch je nesnášenlivost potravin nemocným tak zdůrazňována, že budí dojem primární příčiny. Obtíže závisejí též na tělesné kondici a psychickém stavu postiženého. Po fyzické námaze nebo sportovním výkonu je postižený schopen snést pokrm, který by nesnášel, kdyby zasedl k jídlu od psacího stolu. V nesnášenlivosti potravin je rozdíl mezi chorobami organickými a funkčními. U organických nemocí jsou intolerance méně nápadné, některé potraviny zde omezuje proto, že se jim přičítá účast na vzniku nebo tíži nemoci. Ale to se mění s dobou a s módou. Do nedávna se u vředové nemoci doporučovaly různé diety, kdežto dnes se jim nepřisuzuje skoro žádný význam. U střevních chorob jsme zakazovali zbytkovou stravu, kdežto dnes ji někdy doporučujeme.

Nesnášenlivost potravin u funkčních poruch je sice výrazná a v jejich terapii významná, ale je jejich příznakem nikoli příčinou. Vhodnou dietou lze sice obtíže zmírnit nebo i upravit, ale tím základní nemoc nezmizí. Jde tedy o nesnášenlivost *sekundární, symptomatickou*. V tomto ohledu lze rozlišovat lidi podle různé *výkonnosti trávicího ústrojí*. Jsou *výborní jedlíci*, schopní konzumovat bez obtíží neomezená množství potravy, *sit venia verbo* plácát páté přes deváté, avšak většina osob má jistá omezení kvantitativní i kvalitativní, o nichž ze zkušenosti vědí a pokud je respektují, nemají obtíže a nepokládají se za nemocné. Od nich pokračuje plynulá řada lidí, kteří v mírné formě jsou tzv. *choulostiví*, až po takové, kteří se pokládají za nemocné a vyžadují léčbu. Výrazným příkladem jsou nemocní s konstituční nevykonností trávicího ústrojí, kterou označujeme

jako *neurodigestivní astenii*. V mírné formě jsou to jen vybíraví a choulostiví jedlíci, v těžkém stupni trvale stonaví, po celý život odkázaní na restriktivní dietu, která může ohrožovat stav výživy a zdraví.

Primární potravinová nesnášenlivost se vyskytuje u lidí s jinak normálním trávením. Může být podmíněna alergií. U *idiosynkrazie* mívá identifikovatelné příčiny, jako je *deficit enzymů - laktázy* u nesnášenlivosti mléka, *pankreatických enzymů* u pankreatické trávicí insuficience, *celuláz* u nesnášenlivosti vlákniny, a také *achlorhydrie*. Nejčastější je *nesnášenlivost mléka a mléčných výrobků*. Tato nesnášenlivost je podmíněna nejen deficitem laktázy, nýbrž i poruchou srážení mléka v žaludku. Nesražené mléko je pro tenké střevo hůře stravitelné a častěji vyvolává obtíže a k tomu dochází častěji u osob s achlorhydrií.

Kvantitativní ráz nesnášenlivosti mléka lze názorně doložit na příkladu tzv. *nesnášenlivosti odmaskované* (Skála a Pirk) u nemocných operovaných pro dvanáctníkový vřed. Nemocný, pro něhož před operací bylo mléko hlavním pokrmem výborně snášeným, se po chirurgickém výkonu, způsobujícím urychlené vyprazdňování žaludku, stává intolerantním, neboť množství laktázy, které stačilo rozkládat mléko postupně vyprazdňované, nestačí zpracovat mléko masivně zaplavující tenké střevo.

Na rozdíl od symptomatické idiosynkrazie u funkčních poruch *primární nesnášenlivost* není závislá na stravitelnosti potravin, je individuálně různá, vzniká po požití potravin obvykle dobře snášených, jako je čokoláda nebo některý druh ovoce, také po potravinách vzácných a exotických, jako jsou ústřice, raci, exotické ovoce. Pokud nejde o prokazatelnou alergii, nepodaří se většinou objasnit její podstatu, ale vždy musíme pátrat po faktorech psychogenních, uvedených u nesnášenlivosti zdánlivé. *Léčení potravinové nesnášenlivosti* při tak různé patogenezi záleží přirozeně především na identifikaci typu a klasifikaci poruchy. Základní metodou je *anamnéza* ev. doplněná cíleným vyšetřením podle podezírané příčiny. Je třeba identifikovat nesnášenlivosti zdánlivé, kde terapie záleží v poskytnutí náhledu, poučení a návodu k ev. změně postoje.

U *funkčních poruch* splývá terapie nesnášenlivosti se základním onemocněním. Největší pomoc poskytuje dietoterapie, která musí respektovat známá úskalí. V lidovém povědomí se totiž traduje mnoho předsudků. Za "lehký pokrm" se např. pokládá mléko a krupičná kaše, zatímco pro nemocné s funkční trávicí poruchou často představují největší škodliviny. Zakazují se šumivé nápoje, ačkoli jsou u astenických dyspepsií jedním z důležitých léků. U střevních poruch se zakazuje zbytková strava, ačkoli u některých je užitečná. Takové předsudky panují v kruzích laických i lékařských a můžeme je pozorovat i v literatuře odborné.

Co se týká *farmakoterapie*, je současné písemnictví zahlceno publikacemi o nových lécích, u horních funkčních poruch převážně antisekrečních, u dolních léků eu- a prokinetických. Většina těchto prací se nezmiňuje o tom, že by se těmto nemocným udílely rady ohledně diety a respektování osobitých nesnášenlivostí. Ježto se tím do značné míry mění podmínky kontrolovaných studií, je nasnadě, že tím jsou výsledky ovlivněny a zproblematizovány. Soudím, že současné zdůrazňování farmakoterapie a opomíjení dietoterapie není pro nemocné užitečné a mělo by být napraveno. U *primární nesnášenlivosti* přichází v úvahu především *eliminace nesnášené potravin*, která je možná snadná a účinná u potravin vzácných, nutričně nevýznamných. U potravin základních a pro zdravou výživu potřebných, jako jsou mléčné výrobky a buničina,

je třeba upravit formu jejich podání a postupně nemocného zatěžovat. Při vhodném postupu a spolupráci nemocného lze zvýšit toleranci pro dosud nesnášené potraviny a zajistit uspokojivou výživu.

Literatura u autora.

Prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, Praha
e-mail: maratka@email.cz

Doručeno do redakce: 10. 10. 2005
Přijato k otištění: 14. 10. 2005