

Příjem potravy

Zpracováním jídelníčku je nutné zjistit, jaké potraviny a v jakém množství je pacient ochoten a schopen jíst, a odhalit nedostatky konkrétních živin. Podrobné posouzení příjmu stravy by mělo zahrnovat: potraviny, tekutiny, doplňky stravy, počet jídel a jejich načasování během dne, jakož i energetický obsah, kvalitu a množství přijímaných bílkovin. Měly by se brát v potaz překážky v příjmu potravy, jako jsou nevolnost, zvracení, nechutenství, dieta s nízkým obsahem sodíku, časný pocit sytosti, bolesti břicha a průjem nebo zácpa.

Z důvodu deplece jaterního glykogenu a rychle nastupujícího katabolismu bílkovin by pacienti s jaterní cirhózou měli mít snídani bohatou na bílkoviny, pozdní druhou večeři a celkově častější příjem potravy během dne (5–6 jídel). Klíčové je zabránit delšímu lačnění (> 6 hodin) podáním minimálně 50 g komplexních sacharidů na noc. Výsledky recentní metaanalýzy zahrnující osm studií (celkem 341 pacientů) prokázaly, že nutriční intervence v podobě druhé večeře (tzv. LES – late evening snack) je účinnou intervencí ke zvrácení anabolické rezistence a sarkopenie, vede ke zlepšení kvality života a pomáhá zlepšit jaterní funkce (27).

Dle doporučení Evropské společnosti pro klinickou výživu a metabolismus (ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) z roku 2019 by dieta pacientů s cirhózou a podvýživou doprovázenou sarkopenií měla obsahovat 30–35 kcal/kg/d energie a 1,5 g/kg/d bílkovin, aby se zabránilo dalšímu úbytku svalové hmoty (14). Energetický příjem by jinak měl být stratifikován dle BMI (> 40 kg/m² – 20–25 kcal/kg/den, 30–40 kg/m² – 25–35 kcal/kg/den, 20–30 kg/m² – 35–40 kcal/kg/den). U kriticky nemocných pacientů s cirhózou by příjem energie neměl být nižší než doporučených 35–40 kcal/kg/d nebo 1,3násobek naměřeného klidového energetického výdeje

U kompenzovaných cirhotiků bez podvýživy by měl příjem bílkovin činit 1,2 g/kg/d. Pro srovnání, minimální množství bílkovin potřebných k udržení dusíkové homeostázy u zdravých jedinců je 0,8 g/kg/d. Studie ukazují, že pacienti s jaterní cirhózou dosahují pozitivní dusíkové bilance až při hodnotě 1,23 g/kg/d a jsou schopni využít bílkoviny až do výše 1,8 g/kg/d. Příjem bílkovin u pacientů s jaterní cirhózou a jaterní encefalopatií by neměl být omezován. V randomizované studii zahrnující 30 pacientů hospitalizovaných s jaterní encefalopatií nebyl prokázán žádný přínos restrikce bílkovin při léčbě jaterní encefalopatie ve srovnání s dietou s normálním obsahem bílkovin (28). Tato studie také ukázala, že i krátkodobé omezení bílkovin na 0,5 g/kg/d vedlo ke zvýšenému odbourávání svalové tkáně a prohloubení sarkopenie. V intervenčních studiích s vysokým příjmem bílkovin (tj. > 1,5 g/kg/den, 117,1 ± 34,7/den) bylo naopak pozorováno zlepšení obvodu svalů paže (MAMC), síly stisku ruky a hodnot albuminu.

U pacientů s nadváhou a obezitou s NAFLD (= nonalcoholic fatty liver disease) je základem úprava životního stylu v kombinaci s tělesným cvičením, což vede k poklesu hladiny sérových transamináz, snížení stupně steatózy, ústupu zánětlivých i nekrotických změn typických pro steatohepatitidu a konečně i ke zmírnění stupně fibrózy (váhový úbytek > 10 %) (14). Doporučována je středomořská dieta, omezení konzumace fruktózy a alkoholová abstinence. Energetický příjem by se měl pohybovat mezi 30–35 kcal/kg/den v závislosti na BMI (viz výše),

je nutné snížení konzumace tuků na < 30 % energetického příjmu, náhrada tuků za složené cukry s obsahem alespoň 15 g vlákniny za den, zvýšení podílu mono a polynenasycených mastných kyselin, dostatek zeleniny a ovoce. Bariatrická chirurgie je doporučována u pacientů s morbidní obezitou (BMI > 40). Pro užívání omega-3-mastných kyselin a antioxidantů (např. vitamin C, resveratrolu) s výjimkou vitamínu E (800 IU a-tokoferolu denně) není prozatím dostatek dat a nelze je k léčbě NAFLD/NASH doporučit.

Vybraná probiotika nebo synbiotika mohou vést k poklesu hladiny jaterních enzymů u pacientů s NAFLD/NASH (= nonalcoholic steatohepatitis) (29). Ve dvojité zaslepené randomizované a kontrolované studii u 30 pacientů s bioticky prokázanou NAFLD došlo k signifikantnímu, avšak velmi mírnému poklesu ALT, AST a GGT po 3 měsících léčby probiotiky (30). Z metaanalýzy z roku 2022 zahrnující 5 162 pacientů vyplývá, že probiotická léčba se obecně jeví jako bezpečná a suplementace probiotiky vede ke snížení hladiny jaterních enzymů (31).

U speciálních režimů (např. diety obohacené o aminokyseliny s rozvětvenými řetězci, diety posilující imunitní systém) nebyla prokázána žádná prospěšnost z hlediska ovlivnění morbidity nebo mortality pacientů s chronickým jaterním onemocněním. Suplementace aminokyselin s rozvětvenými řetězci má být zvažována u pacientů s jaterní encefalopatií (v dávce 0,25 g/kg/d nebo 0,30 g/d u sarkopenických pacientů), kdy může vést ke zlepšení kognitivních funkcí a dosažení doporučeného příjmu dusíkatých látek.

Enterální a parenterální výživa

U nemocných s pokročilou jaterní cirhózou, kteří nejsou schopni dosáhnout adekvátního perorálního příjmu i přes orální nutriční suplementaci, je indikováno zahájení enterální výživy sondou. Pokud není tato tolerována nebo je kontraindikována, zvažujeme parenterální výživu (14). Zavedení nazogastrické či nazojejunální sondy u pacientů s nekrvácujícími jícnovými varixy je bezpečné. Zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) je spojeno s vyšším rizikem komplikací ve smyslu krvácení v důsledku ascitu nebo jícnových varixů, případně krvácení z dilatovaných žaludečních cév, a proto může být použito pouze ve výjimečných případech.

Pro enterální výživu formou sippingu a sondovou výživu u pacientů s těžkou alkoholickou steatohepatitidou či jaterní cirhózou by se měly používat standardní formule, a to preferenčně hyperkalorické přípravky (1,5–2 kcal/ml). Používání směsí aminokyselin s rozvětvenými řetězci, rostlinné bílkovinné diety ani imunonutrice se suplementací argininu nevykazovaly v randomizovaných kontrolovaných studiích přínos ve smyslu snížené mortality. Použití vysokokalorických doplňků stravy může také snížit objem podávaných tekutin u pacientů s restrikcí tekutin.

Pacientům s těžkou formou alkoholické steatohepatitidy, kteří nemohou být vyživováni perorálně či sondovou enterální výživou včetně lačnění po dobu delší než dvanácti hodin, např. z důvodu operačního zákroku, by měla být podávána i. v. glukóza v dávce 2–3 g/kg/d. Pokud toto období hladovění trvá déle než 72 h, je nutná celková parenterální nutrice.

Pro parenterální podání aminokyselin jako součásti kompletní parenterální výživy pacientům s jaterní cirhózou lze použít standardní