

Leber-, Magen-, Darm-, Galle-, Bauchspeicheldrüsendiät – Unsinniges und Sinnvolles

Die Behandlung des Themas „Unsinnige und sinnvolle diätetische Maßnahmen bei Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes“, verlangt einen Rückblick auf die Entwicklung der Ernährungstherapie etwa seit Mitte des vorigen Jahrhunderts. Es gab zur damaligen Zeit als Basis für eine sinnvolle diätetische Behandlung nur sehr un-vollkommene Vorstellungen über die Entstehung gastroenterologischer Erkrankungen und die ihnen zugrunde liegenden pathophysiologischen und pathobiochemischen Vorgänge. Vergleichende Therapiestudien waren nicht üblich, um den Wert einer Therapie zu beweisen. Ergebnisse tierexperimenteller Befunde wurden oft direkt auf den Menschen übertragen. Kostformen zur Therapie gastroenterologischer Erkrankungen beruhten überwiegend auf dem Schonprinzip. Man glaubte, durch „Ruhigstellung“ der erkrankten Organe die Heilung fördern zu können. Dies galt insbesondere für die Therapie von Magen- und Duodenalulcera, zu deren Behandlung wirksame Medikamente fehlten. Die Bedeutung von *Helicobacter pylori* war noch unbekannt. – Falsch interpretierte Ergebnisse von Therapiestudien an mangelernährten chronischen, meist alkoholinduzierten Leberkrankheiten führten zu der Vorstellung, dass eine weit über dem Bedarf liegende Proteinzufuhr den Verlauf positiv beeinflusst etc.. All diese, seit Jahren widerlegten Vorstellungen, sind trotz exakter Information, z. B. durch das 1978 erstmals veröffentlichte „Rationalisierungsschema“ noch nicht völlig eliminiert. So waren beispielsweise aufgrund einer 1983 durchgeführten Befragung in einer bestimmten Kategorie von Krankenhäusern im Mittel 16 % der abgegebenen Diäten wissenschaftlich nicht gesichert.

Nach derzeitigem Wissensstand sind folgende Kostformen sinnvoll:

- Magen und Duodenum: Beim Vorliegen von Ulcera wird mit leichter Vollkost ernährt. Alkoholische und koffeinhaltige Getränke sind erlaubt. Intoleranzen, insbesondere nach Kaffeegenuss sind nicht selten. – Nach partieller und totaler Gastrektomie kann es zu einer Dumping-Symptomatik kommen. Schnell resorbierbare Kohlenhydrate sind dann zu meiden. Auf eine ausreichende Deckung des Energie- und Nährstoffbedarfes muss

insbesondere nach totaler Gastrektomie geachtet werden. Dies gilt besonders für Kalzium und Vitamin D.

- Dünn- und Dickdarm: Erkenntnisse der letzten zwei Jahrzehnte haben zunehmend gezeigt, dass der Darm nicht nur ein Resorptions- und Ausscheidungsorgan ist, sondern als größtes Immunorgan (GALT) Einfluss auf eine Reihe extraintestinaler Schutz- und Regulationsfunktionen hat. Die Darmflora ist wesentlich in diese komplexen Funktionen involviert (siehe Beiträge zu Pro- und Präbiotika). Die Möglichkeiten zur Beeinflussung des Spektrums der intestinalen Mikroflora eröffnen neue Möglichkeiten zur Prophylaxe und Therapie. – Keine Beweise gibt es hingegen für die sog. **Candida albicans-assoziierten Beschwerden** (Candida Hypersensitivity Syndrom). Bei etwa 75 % aller Mitteleuropäer findet sich Candida albicans in der Rachenspülflüssigkeit und in den Faeces. Es gibt keinen Beleg dafür, dass dieser „normale“ Bestandteil der Intestinalflora für – wie von den Befürwortern behauptet – eine Vielzahl von Beschwerden und Erkrankungen verantwortlich ist. Mit einer sog. „Anti-Pilz-Diät“ lässt sich die Candida albicans-Besiedelung nicht beeinflussen. – **Reizdarmsyndrom**: Bevor diese Ausschlussdiagnose gestellt wird, müssen drei ernährungsabhängige Erkrankungen ausgeschlossen werden, die einer gastroenterologischen Routineuntersuchung oft entgehen. Dies sind die Milchzuckerunverträglichkeit (Laktasemangelsyndrom), die Fruktose-Sorbit-Malabsorption und die Nahrungsmittelallergie. An einen Mangel an dem milchzuckerspaltenden Enzym Laktase muss insbesondere bei den zunehmend in unserem Lande lebenden Ausländern, insbesondere Afrikanern und Asiaten, gedacht werden, da bei ihnen im Erwachsenenalter in bis zu 100 % das genannte Dünndarmenzym fehlt. – **Kurzdarmsyndrom, chologene Diarrhöe**: Das Ausmaß der Malabsorption nach Dünndarmresektion, wird von der Restlänge des Darmes, aber auch von der Lokalisation der Resektion, insbesondere dem Erhalt des terminalen Ileums sowie der Ileocoecalklappe, mitbestimmt. Nach der Phase der Hypersekretion unmittelbar nach der Resektion (hoher Wasser- und Elektrolytverlust mit den Faeces) folgt die bis zu 12 Monate dauernde Phase der Adaptation. Die Adaptation wird durch enterale Zufuhr intakter Proteine und langkettiger Fettsäuren gefördert. Eine parenterale Ernährung und die enterale Ernährung mit chemisch definierten Formeldiäten verzögern den Vorgang der Adaptation. – Nach Resektion des terminalen Ileums muss Vitamin B12 substituiert werden und wegen verminderter Gallensalzrückresorption kommt es zur Diarrhöe, weiterhin zu einer Verminderung des Gallensäurepools mit hieraus resultierender Fettmalabsorption. Fette mittelkettiger

Fettsäuren werden auch bei reduzierter Gallensalzkonzentration im Dünndarm resorbiert, so dass eine teilweise Substitution des normalen Nahrungsfettes durch MCT angezeigt ist. – Einheimische **Sprue (Zöliakie)**: Die krankheitsauslösenden Getreidearten Weizen, Roggen, Gerste, Dinkel, Grünkern sind konsequent, unabhängig von der oft wechselnden Glutentoleranz, zu meiden. Nur so wird das höhere Risiko einer Malignomentwicklung verhindert. Haferprodukte sind entgegen früherer Empfehlung erlaubt. Wegen häufiger Kontamination mit Weizen wird jedoch ein Verzicht empfohlen. – **Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen**: Mit ausschließlicher künstlicher Ernährung, sowohl parenteral als auch enteral, lässt sich in ca. 70 % der Fälle eine Remission erzielen. Der enteralen Ernährung mit einer nährstoffdefinierten Formeldiät ist der Vorzug zu geben. Die medikamentöse Therapie ist der Ernährungstherapie überlegen (ausführliche Darstellung im Beitrag PD. Dr. J. Ockenga).

- **Pankreas**: Etwa 80 % der Fälle von **akuter Pankreatitis** sind mild bis moderat. Hierbei erfolgt nach Abklingen der Schmerzen, weitgehender Normalisierung der Lipaseaktivität im Serum und Normalisierung der Peristaltik, ein langsamer Kostaufbau. Schwere Verlaufsformen gehen mit erheblicher Katabolie einher, so dass eine entsprechende künstliche Ernährung erforderlich ist. So früh als möglich auf enterale Sondenernährung zur Optimierung der Barrierefunktion und Vermeidung einer Translokation von Darmbakterien umstellen. – Das Fortschreiten der **chronischen Pankreatitis** kann, abgesehen von der Alkoholabstinenz, mit diätetischen Maßnahmen, insbesondere einer Fettreduktion, nicht beeinflusst werden. Bei Steatorrhoe wird die Lipase mit einem mikroverkapselten Pankreasfermentpräparat substituiert. Die Höhe der Fettzufuhr richtet sich nach dem Energiebedarf.
- **Leber**: Eine Basis für spezielle Ernährungsempfehlungen bei akuter und chronischer Hepatitis gibt es nicht. – Bei der Leberzirrhose liegt als Folge eines unökonomischen Eiweißstoffwechsels der Proteinbedarf mit etwa 1,2 g/kg Körpergewicht/Tag höher als beim Gesunden. – Eine Protein-Kalorien-Malnutrition begünstigt die Entstehung einer hepatischen Enzephalopathie. Erst bei Eiweißintoleranzerscheinung ist eine Restriktion der Proteinzufuhr angezeigt. Pflanzliche Proteine werden besser toleriert als tierische. – Eine spezielle Diät zur Therapie der Fettleber gibt es nicht. Entscheidend ist die Elimination der auslösenden Ursache (Alkohol, hyperkalorische Ernährung).