

Prof. Witold Bartnik

Choroba Leśniowskiego-Crohna

Informacje dla pacjentów

Wydanie II



© 2009 Witold Bartnik

Wydanie II poprawione

Warszawa, październik 2009

Szanowni Państwo,

Coraz więcej ludzi ma rozpoznawaną którąś z nieswoistych chorób zapalnych jelit – wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna. Choroby te są mało znane i wymagają szerszego przedstawienia społeczeństwu. Właśnie po to powstał poradnik, który trzymacie Państwo w ręku oraz witryna internetowa poświęcone chorobie Leśniowskiego-Crohna. Nazwa tej choroby pochodzi od nazwisk dwóch wybitnych lekarzy – prof. A. Leśniowskiego z Warszawy i dr. B. Crohna z Nowego Jorku, którzy opisali tę chorobę na początku XX wieku.



Choroba Leśniowskiego-Crohna stwarza kilka ważnych i trudnych problemów zdrowotnych. Po pierwsze dotyka kobiet i mężczyzn w każdym okresie życia z przewagą osób w wieku 20-40 lat. Po drugie jest chorobą przewlekłą o nieznanym przyczynie, wybitnie pogarszającą warunki życia pacjentów. Po trzecie wreszcie trudno poddaje się leczeniu niezależnie od tego, czy stosuje się leczenie farmakologiczne, czy chirurgiczne.

Rozwiązywanie tych problemów stanowi jedno z najważniejszych zadań współczesnej gastroenterologii. Ale nie tylko lekarze są zainteresowani chorobą Leśniowskiego-Crohna. W procesie leczenia tej choroby powinni uczestniczyć także w pełni uświadomieni pacjenci. Dlatego wiele zagadnień związanych z rozpoznawaniem i leczeniem choroby Leśniowskiego-Crohna zostało omówionych w tym poradniku oraz na stronach internetowych, do których odwiedzenia serdecznie Państwa zapraszam **www.chorobacrohna.pl**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Bartnik'.

Prof. dr hab. Witold Bartnik
Klinika Gastroenterologii CMKP
Centrum Onkologii w Warszawie

Warszawa, 5 października 2009 r.



• Spis treści

| | |
|--|-----------|
| Podstawowe wiadomości o układzie trawiennym | 4 |
| Terminologia stosowana w zapaleniach jelit | 6 |
| Trochę historii | 12 |
| Epidemiologia | 12 |
| Przyczyny choroby Leśniowskiego-Crohna | 12 |
| Rodzaj i umiejscowienie zmian | 14 |
| Objawy i przebieg | 15 |
| Powikłania pozajelitowe | 17 |
| Leczenie farmakologiczne | 18 |
| Leczenie dietetyczne | 20 |
| Leczenie chirurgiczne | 22 |
| Psychoterapia | 23 |
| Rokowanie | 23 |
| Problemy specjalne | 23 |
| Nadzór nad chorymi | 23 |
| Rozważania genetyczne | 24 |
| Zapalenie jelit a ciąża | 25 |
| Zagrożenia wynikające z przyjmowania leków | 25 |
| Choroba Leśniowskiego-Crohna u dzieci | 27 |
| Praca i odpoczynek | 28 |
| Chorzy ze stomią | 29 |
| Medycyna alternatywna | 29 |
| Stowarzyszenia pacjentów | 30 |



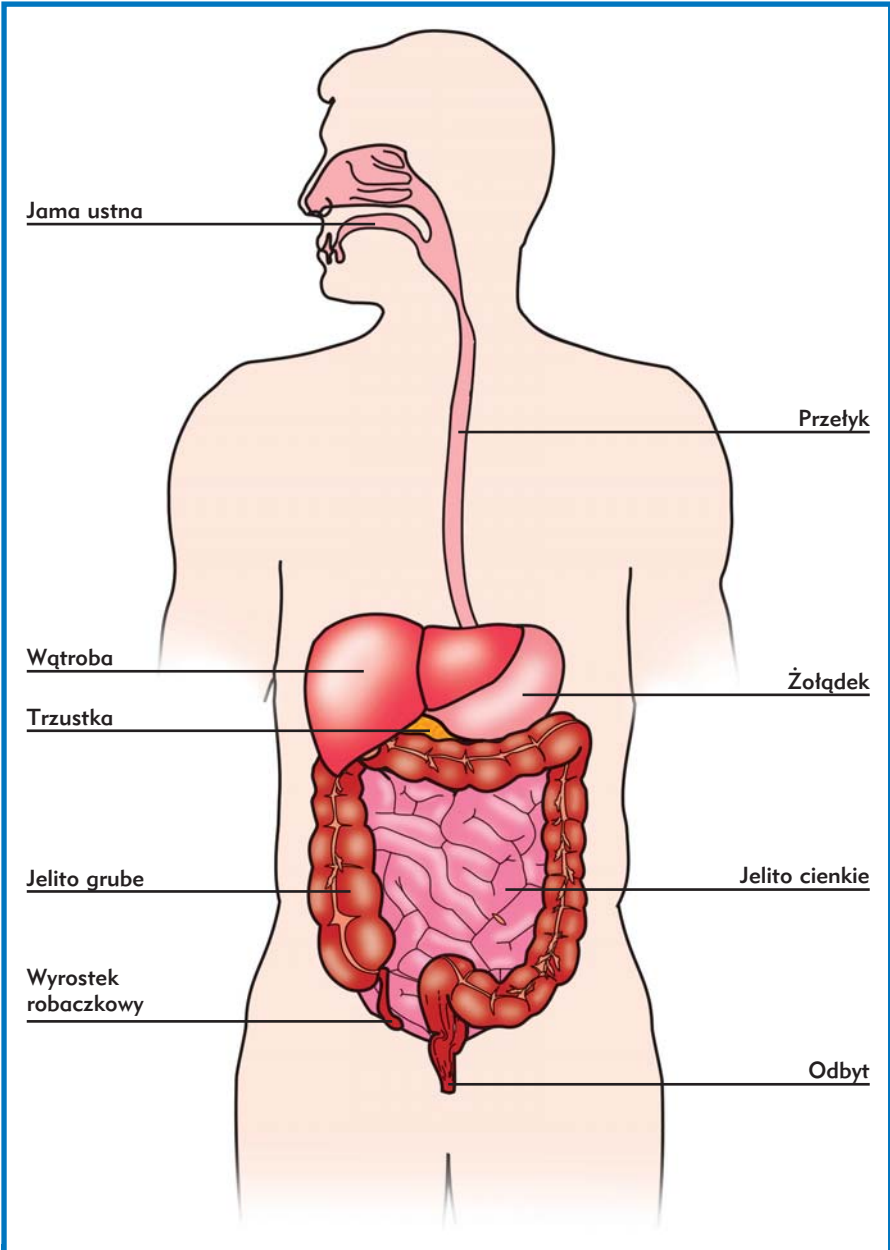
Od rozpoznania choroby Leśniowskiego-Crohna rozpoczyna się długa droga wzajemnych relacji między pacjentem i lekarzem. Aby pacjent był odpowiednim partnerem dla lekarza, powinien rozumieć swoją chorobę i wspierać jego działania diagnostyczne i lecznicze. Dlatego na początku warto zapoznać się

z podstawami budowy i funkcji układu trawienia oraz ze słownictwem stosowanym w zapaleniach jelit.

• Podstawowe wiadomości o układzie trawiennym

Na układ trawienny człowieka składają się przewód pokarmowy i dwa duże gruczoły jamy brzusznej – trzustka i wątroba. Przewód pokarmowy jest upowietrzonym, „rurowatym” narządem rozciągającym się od jamy ustnej aż do odbytu. Jego funkcją jest przyjmowanie, trawienie i wchłanianie substancji odżywczych oraz wydalanie niestrawionych resztek pokarmowych. Rozkład węglowodanów warunkujący ich wchłanianie zaczyna się już w jamie ustnej. Następnie pokarm przedostaje się do żołądka, w którym odbywa się wstępny proces trawienia białek. Właściwym enzymem trawiennym jest pepsyna, która powstaje z pepsynogenu aktywowanego przez kwas solny. Ponadto w żołądku powstaje tzw. czynnik wewnętrzny, umożliwiający wchłanianie witaminy B₁₂, niezbędnej do wytwarzania krwinek czerwonych w szpiku kostnym. Dwie inne substancje uczestniczące w produkcji krwinek – żelazo i kwas foliowy – są wchłaniane w dwunastnicy i początkowym odcinku jelita cienkiego.

Zapoczątkowany w żołądku proces trawienia białek odbywa się dalej w jelicie cienkim, które składa się z dwunastnicy (*duodenum*), jelita czczego (*jejunum*) i jelita krętego (*ileum*). W jelicie cienkim, mierzącym około 5 m, zachodzi też końcowy rozkład i wchłanianie węglowodanów i tłuszczów. Rozkład ten odbywa się pod wpływem enzymów trawiennych produkowanych



Ryc. 1. Budowa układu trawiennego

przez trzustkę (*trypsyna, amylaza i lipaza*) oraz wytwarzanych w błonie śluzowej jelita cienkiego. Jednym z ważnych enzymów jelitowych jest laktaza rozkładająca cukier mleczny – laktozę. Niedobór tego enzymu, spotykany dość często w zapaleniach jelit, może być przyczyną biegunki.

Większość substancji odżywczych wchłania się w górnym odcinku jelita czczego. Do wyjątków należą witamina B₁₂ i kwasy żółciowe, które są wchłaniane w końcowym odcinku jelita krętego. W trawieniu i wchłanianiu tłuszczów – głównego obok węglowodanów źródła energii dla organizmu – uczestniczą kwasy żółciowe produkowane przez wątrobę. Jeśli wytwarzanie tych kwasów jest niedostateczne lub ich wydalanie z ustroju jest nadmierne (np. z powodu usunięcia końcowego odcinka jelita krętego), to upośledzeniu ulega właśnie trawienie i wchłanianie tłuszczów oraz wchłanianie rozpuszczalnych w nich witamin A, D, E i K. Na dodatek, niewchłonięte kwasy żółciowe mogą wywołać biegunkę w mechanizmie drażnienia błony śluzowej jelita grubego.

Jelito grube składa się z okrężnicy i odbytnicy. Idąc od góry, w okrężnicy wyróżnia się następujące odcinki: kątnicę, wstępnicę, poprzecznicę, zstępnicę i esicę. Całe jelito grube ma 1-1,2 m długości. Funkcją okrężnicy jest wchłanianie wody i elektrolitów oraz formowanie stolca. Kał jest utrzymywany w odbytnicy i esicy, dopóki świadome rozluźnienie zwieracza odbytu połączone z parciem nie spowoduje wydalenia go na zewnątrz. W jelicie grubym nie zachodzi żaden istotny proces wchłaniania substancji dostarczających energii.

• Terminologia stosowana w zapaleniach jelit

Albuminy

Rodzaj białek krwi.

Antygen

Cząsteczka obca ustrojowi, reagująca z jego komórkami.

5-ASA

Kwas 5-aminosalicylowy (mesalazyna).

Badanie histopatologiczne

Badanie mikroskopowe wycinka tkankowego.

Biopsja

Pobranie małego fragmentu tkanki do badania mikroskopowego.

Biegunka

Ponad 2 płynne lub luźne wypróżnienia o wadze przekraczającej 200 g na dobę.

Błona śluzowa

Wewnętrzna wyściółka przewodu pokarmowego z funkcjami wchłaniania i wydzielania.

Błona surowicza

Zewnętrzna warstwa ściany jelita i wyściółka jam ciała (w tym jamy brzusznej).

„Brukowanie”

Charakterystyczny, przypominający kostki bruku, wygląd błony śluzowej jelit w chorobie Leśniowskiego-Crohna.

Colitis

Zapalenie okrężnicy.

Cytokiny

Rozpuszczalne cząsteczki pośredniczące w interakcjach między komórkami.

Czynnik martwicy nowotworów α (TNF- α)

Cytokina prozapalna o silnym oddziaływaniu.

Czynniki patofizjologiczne

Czynniki odgrywające rolę w rozwoju choroby (w tym zapalenia).

Dysplazja

Zmiany w komórkach świadczące o możliwości procesu nowotworowego.

Dysuria

Bóle i pieczenie przy oddawaniu moczu.

Endoskopia

Ogólna nazwa badań polegających na wziernikowaniu jam ciała.

Esica

Część okrężnicy leżąca powyżej odbytnicy.

Etiologia

Przyczyna choroby.

Fibrosigmoidoskopia

Wziernikowanie odbytnicy i esicy giętkim instrumentem.

Glukokortykosteroidy

Naturalne i syntetyczne leki przeciwzapalne o silnym działaniu; inaczej kortykoidy.

Granulocytopenia

Zmniejszenie liczby krwinek białych zwanych granulocytami.

Guz

Opór wyczuwalny w jamie brzusznej (może być spowodowany zmianą łagodną lub złośliwą).

Ileostomia

Ujście jelita krętego wszyte chirurgicznie do skóry brzucha.

Ileum

Dalszy odcinek jelita cienkiego.

Hemikolektomia

Chirurgiczne usunięcie połowy jelita grubego (prawej lub lewej).

Kolonoskopia

Wziernikowanie jelita grubego za pomocą instrumentu optycznego lub elektronicznego.

Laparotomia

Operacja polegająca na otwarciu jamy brzusznej.

Leukocyty

Rodzaj krwinek białych uczestniczących w procesie zapalnym.

Leukotrieny

Związki syntetyzowane z kwasu arachidonowego promujące zapalenie.

Mediatory zapalenia

Rozpuszczalne substancje biorące udział w wywoływaniu i podtrzymywaniu zapalenia.

Megacolon toxicum

Ostre rozdęcie jelita grubego.

Mesalazyna

Lek przeciwzapalny (inaczej 5-ASA).

Nawrót

Kolejny epizod aktywnego zapalenia, zaostrenie choroby.

Niedokrwistość hemolityczna

Niedokrwistość wynikająca z uwolnienia hemoglobiny z krwinek czerwonych.

Odbyt

Otwór kończący przewód pokarmowy zaopatrzony w mięśnie zwieraczowe.

Odpowiedź humoralna

Reakcja immunologiczna wyrażona syntezą przeciwciał.

Odpowiedź immunologiczna

Obronna reakcja ustroju na obcą substancję, wyrażona często zapaleniem tkanek.

Odpowiedź komórkowa

Reakcja immunologiczna wyrażona powstaniem komórek reagujących na antygeny.

Osteoporoza

Zanik tkanki kostnej – może być skutkiem niedoborów żywieniowych lub leczenia kortykoidami.

Ostry

Nagły początek lub szybki przebieg choroby.

Otrzewna

Zewnętrzna warstwa ściany jelita i wyściółka jamy brzusznej (patrz też „błona surowicza”).

Patogeneza

Wywód, rozwój choroby.

Perystaltyka

Czynność ruchowa przewodu pokarmowego.

Podatność genetyczna

Wrażliwość na zachorowanie uwarunkowana genetycznie.

Polip

Uniesienie tkanki ponad powierzchnię błony śluzowej (nie oznacza nowotworu).

Proctocolitis

Zapalenie odbytnicy i okrężnicy.

Prostaglandyny

Naturalne związki o działaniu ochronnym lub prozapalnym syntetyzowane z kwasu arachidonowego.

Przedziurawienie

Nieprawidłowy otwór w ścianie jelita łączący je z jamą otrzewnej.

Przełądowe zdjęcie jamy brzusznej

Zdjęcie jamy brzusznej w pozycji leżącej lub stojącej wykonane bez przygotowania.

Przetoka

Nieprawidłowe połączenie między dwoma narządami (przeważnie jelitami) lub między narządem a skórą.

Przewlekły

Długotrwały, wolno rozwijający się proces chorobowy.

Pseudopolip

Polip zapalny (nienowotworowy).

Rektoskopia

Wziernikowanie odbytnicy za pomocą sztywnego aparatu optycznego.

Resekcja

Wycięcie części lub całego narządu.

Rumień guzowaty

Bolesne, czerwone guzy przeważnie w skórze podudzi.

Rzut choroby

Epizod aktywnego zapalenia jelit.

Remisja

Okres zacisza choroby.

Ropień

Ograniczony zbiornik ropy powstałej z rozpadających się, zmienionych zapalnie tkanek.

Subpopulacja komórek

Fracja komórek uczestniczących w reakcjach immunologicznych określonego typu.

Szczelina

Rozpadlina, linijny ubytek skóry, przeważnie w okolicy odbytu.

Śluz

Biaława lub przejrzysta wydzielina błony śluzowej stanowiąca czynnik ochronny.

Terapia biologiczna

Leczenie skierowane przeciwko substancjom lub komórkom uczestniczącym w zapaleniu.

Tomografia komputerowa

Badanie radiologiczne pokazujące poprzeczne przekroje ciała.

Ultrasonografia

Badanie obrazujące fragmenty ciała za pomocą ultradźwięków.

Wlew kontrastowy doodbytniczy

Badanie radiologiczne jelita grubego wykonywane po specjalnym przygotowaniu.

Wlewki lecznicze

Płyny zawierające leki, wprowadzane doodbytniczo w pozycji leżącej w ilości 50-100 ml.

Zapalenie

Obronna reakcja organizmu wyrażająca się bólem, naciekiem (zgrubieniem) i zaczerwienieniem.

Zaparcie

Oddawanie zbitego stolca, rzadziej niż 2 razy na tydzień.

Zespoleenie

Chirurgiczne połączenie dwóch końców jelita po wycięciu chorego odcinka leżącego między nimi.

Zespoleenie omijające

Chirurgiczne połączenie dwóch części przewodu pokarmowego bez wycięcia samej zmiany.

Ziarniniak

Skupisko 3 rodzajów komórek, charakterystyczne dla choroby Leśniowskiego-Crohna.

Zmiany okołodbytowe

Ropnie, szczeliny, owrzodzenia i przetoki w okolicy odbytu.

• Trochę historii

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest przewlekłym procesem zapalnym, który może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego od jamy ustnej aż do odbytu.

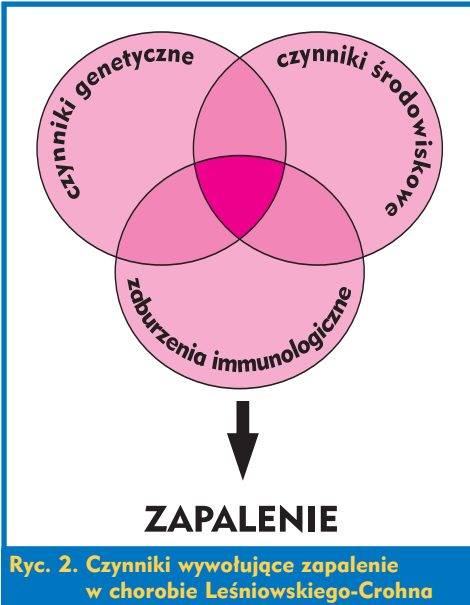
Pojedyncze przypadki odpowiadające tej chorobie były opisywane już w XVIII i XIX wieku. Autorem pierwszego polskiego opisu jest prof. Antoni Leśniowski z Warszawy, który w 1904 r. przedstawił przypadek zapalnego guza jelita cienkiego z przetoką do wstępnicy. W 1932 r. lekarze z Nowego Jorku – Crohn, Ginzburg i Oppenheimer wyodrębnili i opisali jako nową jednostkę kliniczną i patologiczną zapalenie końcowego odcinka jelita krętego. Od tego czasu nazwę choroby łączy się z nazwiskiem Crohna i to bez względu na lokalizację zmian. W Polsce używamy nazwy „choroba Leśniowskiego-Crohna”.

• Epidemiologia

Choroba Leśniowskiego-Crohna występuje przede wszystkim w wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. W latach 70. i 80. ubiegłego wieku obserwowano wyraźny wzrost zapadalności, który dotyczył głównie postaci z zajęciem jelita grubego. Aktualnie zachorowalność w krajach Unii Europejskiej wynosi 5 nowych przypadków na 100.000 ludności rocznie. W Polsce sytuacja epidemiologiczna nie jest dokładnie znana, ale wydaje się, że choroba Leśniowskiego-Crohna występuje rzadziej. Dotyczy ona głównie ludzi młodych, zarówno kobiet jak i mężczyzn w wieku 20-40 lat.

• Przyczyny choroby Leśniowskiego-Crohna

Choroba Leśniowskiego-Crohna należy do grupy nieswoistych chorób zapalnych jelit o nieznanym przyczynie. Uważa się, że w rozwoju tych chorób uczestniczą czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczne (ryc. 2).



O udziale czynnika genetycznego świadczy rodzinne występowanie choroby obserwowane w 5-10% przypadków. W ostatnich latach ustalono położenie kilku genów podatności na chorobę Leśniowskiego-Crohna, z których najlepiej znany jest gen NOD2/CARD15 na chromosomie 16.

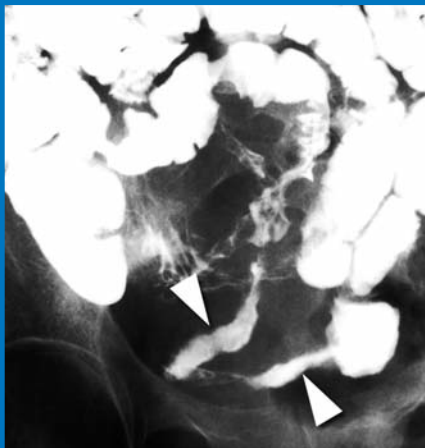
Drugim ważnym czynnikiem przyczynowym są wpływy środowiskowe, za czym przemawiają choćby znaczne różnice w występowaniu tej choroby w różnych regionach geograficznych i wśród różnych populacji.

Z czynników zewnętrznych przez wiele lat brano pod uwagę substancje chemiczne i antygeny zawarte w pożywieniu. Mimo intensywnych badań nie udowodniono jednak znaczenia któregośkolwiek z tych czynników w etiologii choroby Leśniowskiego-Crohna. Dopiero niedawno uzyskano dowody na udział normalnej flory bakteryjnej jelit w wywoływaniu zapalenia jelita cienkiego lub grubego. Czynnikiem środowiskowym o niekorzystnym wpływie na przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna jest też palenie papierosów.

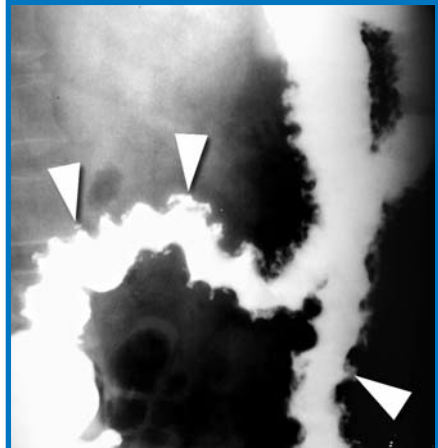
Podczas gdy pierwotna przyczyna nieswoistych zapaleń jelit czeka na wyjaśnienie, to udział zaburzeń immunologicznych w patogenezie tych chorób został już udowodniony. Liczne badania wykazały, że w tkankach zmienionych w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna zachodzi wzmożona aktywacja komórek uczestniczących w odpowiedzi immunologicznej. Pobudzone komórki wytwarzają zwiększone ilości substancji zwanych cytokinami, od których zależy rozwój zapalenia jelit. Przykładem takich cytokin jest czynnik martwicy nowotworów α (TNF- α), przeciwko któremu skierowane są leki biologiczne – infliksimab i adalimumab.

• Rodzaj i umiejscowienie zmian

Najczęstszym siedliskiem choroby Leśniowskiego-Crohna jest końcowy odcinek jelita krętego, dotknięty w 40-50% wszystkich przypadków (ryc. 3). Jelito cienkie i grube są zajęte jednocześnie w 30-40% przypadków, a samo jelito grube w 20% (ryc. 4). Znacznie rzadziej choroba umiejscawia się w początkowym odcinku jelita cienkiego i wyjątkowo w górnym odcinku przewodu pokarmowego lub wyrostku.



Ryc. 3. Zdjęcie radiologiczne jelita po doustnym podaniu środka cieniującego. Widoczne jest zwężenie jelita krętego na długim odcinku (strzałki).



Ryc. 4. Zdjęcie jelita grubego wypełnionego środkiem cieniującym. Widoczne są liczne, głębokie owrzodzenia poprzecznic i zstępcy (strzałki).

Najbardziej charakterystyczną cechą choroby są odcinkowe zmiany w jelicie cienkim lub grubym przedzielone fragmentami zdrowymi. Od strony światła jelita najwcześniejszą zmianą są drobne owrzodzenia błony śluzowej, przypominające afty jamy ustnej. W późniejszym okresie błona śluzowa jest obrzęknięta, a na jej powierzchni mogą być widoczne głębokie owrzodzenia o dowolnym kształcie. Typowe są linijne owrzodzenia poprzeczne i podłużne, które łącząc się ze sobą, otaczają mało zmienione lub nawet prawidłowe obszary śluzówki (ryc. 5). Poprzecinana owrzodzeniami błona śluzowa może być uniesiona do góry przez obrzęk i nacieki zapalne w tkance podśluzowej, co stwarza charakterystyczny efekt „brukowania” (ryc. 6).



Ryc. 5. Podłużne owrzodzenia błony śluzowej jelita grubego



Ryc. 6. Obraz endoskopowy „brukowania” błony śluzowej

Choroba Leśniowskiego-Crohna nie ma takich cech mikroskopowych, które jednoznacznie wskazywałyby na to rozpoznanie. W 60% przypadków w ścianie jelita obecne są charakterystyczne ziarniniaki zbudowane z komórek nabłonkowych, komórek olbrzymich wielojądrzastych i limfocytów.



Ryc. 7. Schemat przedstawiający zapalenie obejmujące wszystkie warstwy ściany jelita

Przy braku ziarniniaków, objawem ułatwiającym rozpoznanie są szczelinowate owrzodzenia. Z innych cech mikroskopowych należy wymienić zajęcie wszystkich warstw ściany jelita z pogrubieniem tkanki podśluzowej (ryc. 7).

• Objawy i przebieg

Objawy choroby Leśniowskiego-Crohna zależą od lokalizacji, rozległości i stopnia zaawansowania zmian w przewodzie pokarmowym. Zajęcie przełyku wywołuje zaburzenia połykania. Objawy wciągnięcia żołądka i/lub dwunastnicy imitują wrzód trawienny lub zwężenie odźwiernika. Klasyczna postać choroby z zajęciem końcowego odcinka jelita krętego zaczyna się zwykle skrycie. Rzadziej początek jest ostry, przypominający zapalenie wyrostka robaczkowego. Znane są przypadki choroby



Leśniowskiego-Crohna, w których pierwszym objawem były niedokrwistość, gorączka „nieznanego pochodzenia”, a nawet zgięciowy przykurcz w prawym stawie biodrowym wywołany ropniem zakątniczym.

U większości pacjentów z chorobą jelita cienkiego dominują bóle brzucha i biegunka. Domieszka krwi w stolcu

pojawia się rzadko, ale mogą wystąpić nawet smoliste stolce. Gorączkę obserwuje się u około 1/3 wszystkich chorych.

Charakterystyczną cechą choroby Leśniowskiego-Crohna jest samoistne tworzenie się przetok. Mogą to być przetoki zewnętrzne i wewnętrzne, pojedyncze lub mnogie. Wśród przetok wewnętrznych najczęstsze są połączenia między jelitem cienkim a kątnicą, inną pętlą jelita cienkiego, esicą, pęcherzem moczowym i pochwą. Łącznie częstość występowania przetok ocenia się na 20-40%. Powstają one zwykle u osób operowanych z powodu choroby jelita cienkiego. Oprócz przetok, głównymi miejscowymi powikłaniami choroby Leśniowskiego-Crohna są otorbione ropnie międzypętłowe i znaczne zwężenie światła jelita z objawami niepełnej niedrożności.

We wszystkich postaciach choroby ważnym objawem przedmiotowym jest guz wyczuwalny w miejscu odpowiadającym lokalizacji zmian patologicznych. Najczęściej guz stwierdza się w okolicy prawego dołu biodrowego. W chorobie jelita cienkiego objaw ten występuje u 30% chorych. Innym elementem obrazu klinicznego są zmiany w okolicy odbytu. Mają one postać owrzodzeń, szczelin, ropni i przetok okołodobytowych. Występują aż w 50-80% przypadków choroby Crohna jelita grubego, a w 27% przypadków mogą być jej pierwszym objawem.

Przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna jelita cienkiego i/lub grubego jest wybitnie przewlekły, wieloletni. Choć u wielu chorych obserwuje się naprzemienne okresy zaostrzeń i remisji, to jednak bardzo często objawy występują stale, powodując znaczne inwalidztwo.

• Powikłania pozajelitowe



Ryc. 8. Rumień guzowaty na podudziach

Część pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna ma objawy ze strony innych narządów i układów. Choroby towarzyszące, zwane też powikłaniami układowymi, można podzielić na dwie grupy:

- 1) choroby, które pojawiają się głównie w okresach zaostrzeń (np. zapalenie dużych stawów, zapalenie tęczówki oka, rumień guzowaty),
- 2) choroby przebiegające niezależnie od zapalenia jelit (np. zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz większość powikłań ze strony wątroby i dróg żółciowych).

Pełną listę powikłań pozajelitowych choroby Leśniowskiego-Crohna przedstawia tabela 1. Na rycinie 8 pokazane jest jedno z najczęstszych powikłań skórnych – rumień guzowaty.

Tabela 1

| Powikłania pozajelitowe choroby Leśniowskiego-Crohna | |
|--|---|
| Wątroba i drogi żółciowe | Stłuszczenie wątroby |
| | Stwardniające zapalenie dróg żółciowych |
| Układ stawowy | Zapalenie dużych stawów |
| | Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych |
| | Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa |
| Skóra | Rumień guzowaty |
| | Zgorzelinowe zapalenie skóry |
| Oczy | Zapalenie spojówek |
| | Zapalenie tęczówki |

• Leczenie farmakologiczne

Chociaż przyczyna wywołująca chorobę Leśniowskiego-Crohna pozostaje nieznana, medycyna dysponuje sposobami opanowania zapalenia w jelitach i zapobiegania jego nawrotom (tabela 2).

W aktywnej fazie choroby zastosowanie mają przede wszystkim leki o działaniu przeciwzapalnym i immunosupresyjnym (hamującym niekorzystne odczyny odpornościowe). W łagodnych postaciach choroby Leśniowskiego-Crohna wykorzystuje się aminosalicylany (sulfasalazynę i mesalazynę) i/lub glukokortykosteroidy (prednizon, metyloprednizolon) podawane doustnie. W cięższych stanach głównymi lekami są kortykoidy wstrzykiwane dożylnie (hydrokortyzon, metyloprednizolon), a w przypadku braku poprawy – leki immunosupresyjne i leki biologiczne.

Leczenie aktywnej choroby Leśniowskiego-Crohna zaczyna się przeważnie od stosowania glukokortykosteroidów. Jedynie w łagodniejszych przypadkach można spróbować samych aminosalicylanów, które są dostępne jako dwa preparaty – sulfasalazyna i mesalazyna. W każdym z tych preparatów aktywnym składnikiem działającym przeciwzapalnie jest kwas 5-aminosalicylowy (5-ASA). Mesalazyna ma szersze zastosowanie w leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna jelita cienkiego. W przypadku zapaleń jelita grubego używa się przede wszystkim sulfasalazyny.

Tabela 2

| Grupy leków stosowanych w chorobie Leśniowskiego-Crohna | |
|---|-------------------|
| Aminosalicylany | Sulfasalazyna |
| | Mesalazyna |
| Glukokortykosteroidy | Prednizon |
| | Metyloprednizolon |
| | Hydrokortyzon |
| | Budezonid |
| Antybiotyki | Metronidazol |
| | Cyprofloksacyna |
| Leki immunosupresyjne | Azatiopryna |
| | Merkaptopuryna |
| | Metotreksat |
| Leki biologiczne | Infliximab |
| | Adalimumab |



Alternatywą leków przeciwzapalnych, zwłaszcza u dzieci i osób z upośledzonym stanem odżywiania, mogą być specjalne odżywki (diety elementarne lub poli-merowe) podawane przez zgłębnik do jelita cienkiego. Podobne znaczenie lecznicze ma żywienie dożylnne (parenteralne), które jest jednak rzadko stosowane z powodu wyższych kosztów i większego ryzyka powikłań.

Po uzyskaniu poprawy glukokortykosteroidy są stopniowo odstawiane, a dieta elementarna jest zamieniana na normalne pożywienie. Jeśli chory nie ma pełnej poprawy lub występują częste nawroty objawów, próbuje się leczenia azatiopryną lub 6-merkaptopuryną, a w przypadku niedostatecznej reakcji na te leki – metotreksatem podawanym podskórnie lub domięśniowo.

W ostatnich latach pojawiły się leki biologiczne, które zwiększają szansę opanowania aktywnej choroby Leśniowskiego-Crohna. Lekami tymi są przeciwciała monoklonalne skierowane przeciwko czynnikowi martwicy nowotworów TNF- α – infliksimab i adalimumab. W aktywnym zapaleniu jelit infliksimab jest podawany trzykrotnie drogą dożylną (w czasie 0, po 2 i po 6 tygodniach), a adalimumab dwukrotnie we wstrzyknięciach podskórnych (w czasie 0 i po 2 tygodniach). Korzystna reakcja organizmu na te leki skłania do przedłużenia kuracji na okres do roku. W związku z ryzykiem działań niepożądanych w czasie leczenia obowiązuje ścisły nadzór lekarski. Na razie leki biologiczne są stosowane w przypadku nieskuteczności lub nietolerancji innych metod leczenia, ale nie można wykluczyć, że w przyszłości będą wprowadzane już na początku choroby.

Choroba Leśniowskiego-Crohna często nawraca po operacji. Dlatego istotne są te sposoby leczenia, które mają na celu zapobieganie nawrotom (tabela 3). Na szczególną uwagę zasługuje zalecenie niepalenia papierosów, bowiem składniki dymu tytoniowego bez wątpienia pogarszają przebieg choroby i mogą indukować wznowę zapalenia jelit. Silnymi lekami zapobiegającymi nawrotom są azatiopryna i 6-merkaptopuryna, przyjmowane niekiedy przez kilka lat. U części chorych podobne znaczenie ma mesalazyna. Dawkowanie tego leku uległo ostatnio zmianie. Zamiast mniejszych dawek stosowanych 3-4 x dziennie zaleca się obecnie 1,5-2 g 2 x dziennie. W zapobieganiu nawrotom choroby skuteczne są także leki biologiczne, stosowane w dawkach powtarzanych co kilka tygodni.

Tabela 3

| Sposoby zapobiegania nawrotom choroby Leśniowskiego-Crohna po operacji | |
|---|--|
| Zaprzestanie palenia papierosów | |
| Azatiopryna / 6-merkaptopuryna | |
| Mesalazyna | |
| Metronidazol (krótko) | |
| Infliksimumab / Adalimumab | |

Żaden lek stosowany w chorobie Leśniowskiego-Crohna nie jest wolny od działań niepożądanych. Działania te przedstawiono w tabelach 4 i 6.

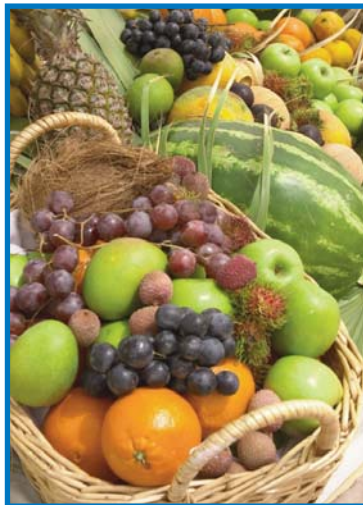
Tabela 4

| Działania niepożądane leków stosowanych w chorobie Leśniowskiego-Crohna | |
|--|--|
| Sulfasalazyna | Nudności, wymioty, bóle brzucha, zahamowanie czynności szpiku, zmniejszenie liczby i ruchliwości plemników |
| Mesalazyna (5-ASA) | Biegunka, zapalenie nerek, zapalenie trzustki |
| Metronidazol | Zapalenie nerwów obwodowych |
| Azatiopryna / 6-merkaptopuryna | Zahamowanie czynności szpiku, zapalenie trzustki |
| Metotreksat | Leukopenia, zwłóknienie wątroby |
| Infliksimumab / Adalimumab | Objawy związane z podaniem leków, zakażenia |

• Leczenie dietetyczne

Ponieważ nie ma związku przyczynowego między sposobem odżywiania i procesem zapalnym w jelitach, nie istnieją sposoby dietetycznego leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna. Niemniej obowiązują pewne zasady żywienia, które mogą spełnić pozytywną rolę w niektórych fazach tej choroby. Naczelną zasadą jest spożywanie tylko takich potraw, które nie wywołują lub nie nasilają dolegliwości. Do pokarmów nasilających objawy należą: mleko i jego przetwory, pszenica, drożdże, kukurydza, banany, pomidory, jajka i wino. W umiarkowanych zaostrzeniach zapaleń jelit przebiegających z niewielką biegunką (3-5 wypróżnień/dobę) powinno się

wystrzegać potraw bogatoreszkowych, takich jak razowy chleb, nasiona roślin strączkowych, warzywa (zwłaszcza kapusta), owoce, ziemniaki i koncentraty włókien roślinnych. Dieta ubogoreszkowa obowiązuje pacjentów ze zwężeniem światła jelita cienkiego. Chorzy z tym powikłaniem powinni dodatkowo unikać: jabłek, owoców cytrusowych, sałaty, szpinaku, buraków, ogórków, skórek z owoców i warzyw, grzybów, orzechów i nasion.



Pożywienie pacjenta z chorobą Leśniowskiego-Crohna powinno być urozmaicone, tj. zawierać wszystkie niezbędne składniki odżywcze (białka, cukry, tłuszcze), minerały i witaminy. Szczególną uwagę należy zwrócić na możliwość niedoborów żelaza i kwasu foliowego (niezbędnych do tworzenia krwinek czerwonych) oraz na niedobór cynku. Do uzupełnienia kwasu foliowego wystarcza 5 mg leku/dobę, a niedoboru cynku – 30 mg/dobę.

Odrebnym problemem dietetycznym chorych jest spożywanie mleka. Z jednej strony mleko może bowiem wywoływać bóle brzucha, nadmiar gazów jelitowych i biegunkę, a z drugiej jest ono niepotrzebnie odstawiane u wielu chorych, którzy nie mają tych objawów. Przyczyną złej tolerancji mleka w chorobie Leśniowskiego-Crohna nie jest przeważnie uczulenie na jego składniki (zwłaszcza białkowe), lecz niedobór enzymu – laktazy, rozkładającego cukier mleczny (laktozę) w błonie śluzowej jelita cienkiego. Po udowodnieniu takiego niedoboru wielu lekarzy zaleca substytucyjne podawanie odpowiednich preparatów laktazy. Ważną wiadomością dla chorych może być to, że chociaż słodkie mleko zawierające laktozę bywa źle tolerowane, to jego przetwory, a zwłaszcza kefiry i jogurty, mogą nie wywoływać żadnych dolegliwości.

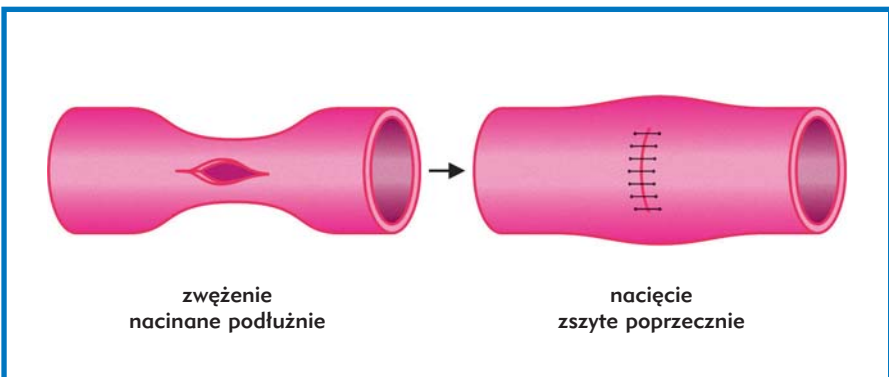
Należy z naciskiem podkreślić, że większość chorych w remisji nie musi przestrzegać żadnych zaleceń dietetycznych. Sposób odżywiania takich chorych powinien być zbliżony do normalnego, z niewielkimi wyjątkami zależnymi od tego, czy dany produkt spożywczy jest dobrze tolerowany.

• Leczenie chirurgiczne

Ocenia się, że w różnych fazach choroby Leśniowskiego-Crohna operacji podlega ponad połowa pacjentów. Wskazania do operacji można podzielić na nagłe, pilne i wybiórcze. Zdecydowanie najczęstszym powodem operacji są wskazania wybiórcze, wśród których należy wymienić:

- 1) przetoki zewnętrzne i wewnętrzne,
- 2) ropne powikłania śródbrzuszne,
- 3) rozległe zmiany okołoodbytowe,
- 4) stwierdzenie lub podejrzenie raka,
- 5) przewlekłe inwalidztwo zależne od stałego utrzymywania się przykrych objawów mimo prawidłowego leczenia zachowawczego,
- 6) opóźnienie rozwoju fizycznego z zahamowaniem wzrostu u dzieci.

Optymalnym typem operacji w chorobie Leśniowskiego-Crohna jelita cienkiego jest oszczędna resekcja. W ostatnich latach przeprowadza się też śródoperacyjne, czasem wielokrotne, rozszerzanie zwężeń bez wycięcia jelita cienkiego (strikturoplastyka – ryc. 9). W chorobie jelita grubego rodzaj operacji zależy od umiejscowienia i zakresu zmian patologicznych. Ograniczone, odcinkowe resekcje nie mają zastosowania. Przy zajęciu prawej lub lewej połowy okrężnicy wykonuje się hemikolektomię. Rozleglejsze zmiany wymagają na ogół kolektomii z zespoleniem krętniczno-odbytniczym lub nawet proktokolektomii z wytworzeniem stałej ileostomii.



Ryc. 9. Sposób chirurgicznego rozszerzania zwężeń bez wycięcia jelita cienkiego (strikturoplastyka)

• Psychoterapia

Oprócz leczenia farmakologicznego, dietetycznego i chirurgicznego istotny wpływ na chorych może mieć także psychoterapia. Wprawdzie ten sposób leczenia nie zapobiega nawrotom choroby Leśniowskiego-Crohna, ale na pewno pomaga walczyć z chorobą i jej skutkami. Psychoterapia powinna opierać się na partnerstwie między lekarzem i pacjentem. Do zadań lekarza należy informowanie chorego o aktualnych wynikach badań dodatkowych, postępach w leczeniu i możliwych powikłaniach. Pacjent, rozumiejąc swoją chorobę, powinien uczestniczyć w procesie diagnostycznym i wraz z lekarzem podejmować decyzje terapeutyczne.

• Rokowanie

Choroba Leśniowskiego-Crohna wyraźnie pogarsza jakość życia, ale w długiej perspektywie nie skraca czasu życia. Warunkiem optymalnego stanu jest wczesne rozpoznanie choroby i prawidłowe leczenie. W części przypadków konieczny jest udział chirurga w leczeniu. Trwałe wyleczenie z choroby Leśniowskiego-Crohna jest na razie niemożliwe, ponieważ nawet doszczętne usunięcie ogniska chorobowego nie zapobiega „wznowie” zapalenia w innych, dotychczas zdrowych odcinkach przewodu pokarmowego.

• Problemy specjalne

Nadzór nad chorymi

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest chorobą przewlekłą wymagającą stałego nadzoru i leczenia podtrzymującego. Pacjent powinien pozostać pod opieką jednego lekarza, który ma wtedy szansę dostosowywać leki do jego potrzeb. Przeciętna częstotliwość wizyt kontrolnych wynosi raz na 3 miesiące. W czasie wizyty chory przedstawia wyniki badań dodatkowych i odbiera zalecenia dotyczące rodzaju i dawek leków. Przewlekłe leczenie wymaga sprawdzania niektórych parametrów laboratoryjnych,

które zależą od rodzaju przyjmowanych leków (tabela 5). Część badań krwi służy wykrywaniu niedoborów krwinkowych, białkowych i elektrolitowych.

Kontrola lekarska obowiązuje nawet tych chorych, którzy nie mają żadnych objawów przez dłuższy czas. Wynika to ze zwiększonego, jak w każdej przewlekłej chorobie zapalnej, ryzyka nowotworowego. Ryzyko to dotyczy przede wszystkim osób z rozległym zapaleniem jelita grubego, które zaczęło się w dzieciństwie i trwa dłużej niż 8 lat. W ramach nadzoru onkologicznego wykonuje się pełną kolonoskopię połączoną z pobraniem licznych wycinków (biopsji) z błony śluzowej jelita grubego. Badanie takie powinno być powtarzane przynajmniej co 2 lata.

Tabela 5

| Monitorowanie leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna | |
|--|---|
| Sulfasalazyna | Krwinki białe po 10 dniach i co miesiąc przez 3 miesiące |
| Mesalazyna (5-ASA) | Kreatynina co miesiąc przez 3 miesiące, potem co 3 miesiące przez rok, a następnie raz w roku |
| Azatiopryna 6-merkaptopuryna | Pełna morfologia po 2 tygodniach, 1 miesiącu i 3 miesiącach, a następnie co 3 miesiące |
| Metotreksat | Pełna morfologia i próby wątrobowe co 3 miesiące |
| Glukokortykosteroidy | Ocena gęstości mineralnej kości na początku leczenia, a potem co rok (jeśli T<0) |

Rozważania genetyczne

Wprawdzie czynniki genetyczne predysponują do rozwoju nieswoistych zapaleń jelit, ale ryzyko przekazania tych chorób potomstwu jest niewielkie. Dlatego też choroba Leśniowskiego-Crohna nie powinna zniechęcać potencjalnych rodziców do posiadania dzieci. W istocie o potomstwie decyduje nastawienie rodziców. Płodność kobiet z zapaleniami jelit jest zresztą prawidłowa, nie licząc okresu po operacji jelitowej. U mężczyzn płodność może być zmniejszona w związku z przyjmowaniem sulfasalazyny (tabela 4). Stan ten jest jednak odwracalny i ustępuje po 2-3 miesiącach od odstawienia lub zmiany leku na mesalazynę.

Zapalenie jelit a ciąża

Przebieg ciąży w nieaktywnej chorobie zapalnej jelit jest na ogół prawidłowy. Niewielkie zagrożenie występuje w pierwszym trymestrze ciąży, ale liczba poronień i dzieci z niską wagą urodzeniową nie różni się istotnie od spotykanej w populacji ogólnej. Największy wpływ na przebieg ciąży ma stan kobiety w momencie zapłodnienia. Najlepszym okresem do zajścia w ciążę jest remisja zapalenia jelit. Uchronienie się przed niepożądaną ciążą w niedogodnym dla kobiety momencie jest możliwe przy użyciu zwykłych leków antykoncepcyjnych lub środków mechanicznych. Wcześniejsze doniesienia o rzekomej szkodliwości leków hormonalnych w zapaleniach jelit nie zostały ostatecznie potwierdzone.



Ciążarne kobiety cierpiące na chorobę Leśniowskiego-Crohna wymagają szczególnego nadzoru i sprawdzania, czy nie pojawiają się niedobory. Najczęstsze niedobory dotyczą żelaza i kwasu foliowego, czyli substancji, od których zależy prawidłowe wytwarzanie krwinek czerwonych. Leki przeciwzapalne stosowane w okresach zacisza i zaostrzeń choroby nie muszą być przerywane. Odnosi się to zwłaszcza do sulfasalazyny, mesalazyny i glukokortykosteroidów. Zastrzeżenia budzą te leki, o których nie ma pełnych danych – są to azatiopryna, 6-merkaptopuryna, infliksimab i adalimumab. Bezwzględnie przeciwwskazany jest metotreksat, który powinien być odstawiony na 6 miesięcy przed planowaną ciążą.

Szczególnym okresem dla matki i dziecka jest też laktacja. W czasie karmienia niedopuszczalne są te same leki, które są przeciwwskazane w ciąży.

Szczególnym okresem dla matki i dziecka jest też laktacja. W czasie karmienia niedopuszczalne są te same leki, które są przeciwwskazane w ciąży.

Zagrożenia wynikające z przyjmowania leków

Glukokortykosteroidy należą do leków, które z jednej strony mają silne działanie przeciwzapalne, a z drugiej wywołują poważne skutki uboczne (tabela 6). Duże ryzyko działań niepożądanych wynika z długiego,

wielomiesięcznego przyjmowania tych leków. Aby uniknąć przynajmniej części powikłań, kortykoidy powinny być stosowane jak najkrócej. Niestety u około 30% leczonych rozwija się sterydozależność, tj. konieczność stałego podawania tych leków w celu utrzymania remisji. W takiej sytuacji bezpieczniejszym preparatem jest budezonid, który wywołuje mniej działań niepożądanych od innych kortykoidów.

Tabela 6

| Działania niepożądane glukokortykosteroidów |
|--|
| Przyrost masy ciała |
| Twarz „księżycowata”, rozstępny skórne, trądzik |
| Osteoporoza |
| Wzrost ciśnienia tętniczego |
| Zanik kory nadnerczy |
| Zaburzenia snu, psychoza |
| Oslabienie mięśniowe |
| Zaćma, jaskra |
| Zahamowanie wzrostu u dzieci |

Ponad połowa chorych ma zmniejszoną gęstość mineralną kości i osteoporozę. Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej są przyczyną złamań kości, głównie szyjki kości udowej, kości promieniowej, żeber i kręgow. Do czynników zwiększających ryzyko złamań kości należą zaburzenia rozwoju płciowego u dzieci oraz upośledzone wchłanianie witaminy D i wapnia w jelicie cienkim. Wskazaniami do leczenia osteoporozy w chorobie Leśniowskiego-Crohna są: wcześniejsze (przebyte) złamania kości, starszy wiek pacjentów (niezależnie od płci) oraz przyjmowanie kortykoidów. W lżejszych przypadkach osteoporozy stosuje się witaminę D i preparaty wapnia, a w cięższych bisfosfoniany doustnie (alendronian) lub dożylnie (pamidronian). Bisfosfoniany hamują destrukcję kości, ale mogą być przyczyną powikłań, takich jak zgaga i zapalenie przetyku. Zapobieganie osteoporozie jest możliwe poprzez ćwiczenia fizyczne, które wzmacniają kości. Wskazanymi rodzajami ćwiczeń są: spacer, pływanie i jazda na rowerze. Aktywne uprawianie sportu czy cięższe wysiłki fizyczne są

niedopuszczalne u osób, u których już rozpoznano osteoporozę. Do sportów przeciwwskazanych w takiej sytuacji należą „jogging”, gimnastyka, piłka nożna i jazda konna.

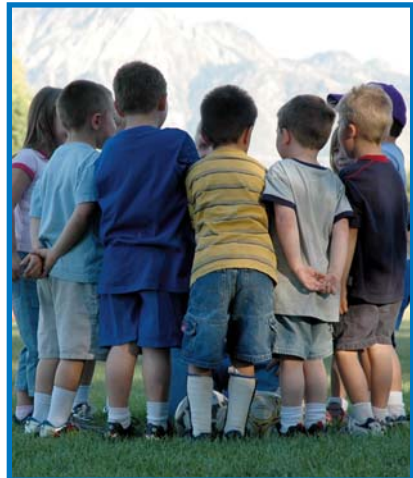
Lekami, których przyjmowanie może pogorszyć przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna, są:

1. Preparaty przeciwbólowe i przeciwgorączkowe zaliczane do niesteroidowych leków przeciwzapalnych (aspiryna, diklofenak, naproksen, piroksydam, indometacyna).
2. Antybiotyki, które niszczą bakteryjną florę jelitową i mogą nasilić biegunkę lub wywołać zaostrzenie choroby.

Jako leków przeciwbólowych można użyć paracetamolu lub tramadolu, a antybiotyki powinny być stosowane jedynie w przypadkach infekcji bakteryjnych o udowodnionej wrażliwości na te leki.

Choroba Leśniowskiego-Crohna u dzieci

Dzieci i młodzież w wieku do 20 lat stanowią około 20% wszystkich pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit. Przebieg tych zapaleń u dzieci jest na ogół gorszy niż u dorosłych. Wynika to ze szczególnych wymogów okresu rozwojowego, większego zakresu zmian jelitowych i utrudnionego leczenia. Początek choroby Leśniowskiego-Crohna u dzieci często bywa skryty ze stopniowym nasilaniem się biegunki i bólów brzucha. Niekiedy pierwszym objawem jest zapalenie stawów lub zmniejszenie masy ciała. Do częstych objawów rozwiniętej choroby jelit należą brak łaknienia, nudności i wymioty. Charakterystycznym powikłaniem choroby Leśniowskiego-Crohna, obserwowanym u 10-20% dzieci, jest zahamowanie wzrostu z opóźnieniem dojrzewania płciowego. Wśród głównych przyczyn tego powikłania wymienia się przewlekły proces zapalny, niedobór kalorii i długotrwłą kortykoterapię.



Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna u dzieci odbywa się według zasad obowiązujących u dorosłych, z tym że u dzieci należy zwracać szczególną uwagę na odżywianie. Skuteczne tłumienie procesu zapalnego w jelitach za pomocą glukokortykosteroidów, połączone z dowozem odpowiedniej ilości kalorii, białka i witamin, może przywrócić prawidłową dynamikę wzrostu i przyspieszyć dojrzewanie płciowe. U części pacjentów nadrabianie wzrostu następuje dopiero pod wpływem diety elementarnej/polimerowej lub przedłużonego żywienia dożylnego. W przypadkach opornych na leczenie zachowawcze istnieją wskazania do leczenia chirurgicznego. Jeśli niedobór wzrostu stanowi główny albo jedyny powód operacji, to zabieg powinien być przeprowadzony przed skostnieniem nasad kości długich. Po operacji u wielu dzieci następuje szybka poprawa i wybitne przyspieszenie wzrostu, chociaż nie wszystkie osiągają wzrost prawidłowy. Tolerancja leczenia chirurgicznego przez dzieci jest dobra, zwłaszcza jeśli jest ono powiązane z rehabilitacją fizyczną i psychiczną.



Praca i odpoczynek

Większość pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna może wykonywać każdą pracę, która nie wymaga nadmiernego wysiłku fizycznego i nie wiąże się z utrudnionym dostępem do toalety. Kierownictwo oraz koleżanki i koledzy w miejscu pracy powinni być raczej poinformowani o rodzaju choroby i możliwych objawach – będą wówczas bardziej pomocni. W żadnym razie chorzy nie mogą być dyskryminowani w pracy. Zdarzają się jednak trudności z uzyskaniem ubezpieczenia zdrowotnego.

Sposób spędzania urlopu przez pacjentów nie powinien się różnić od zdrowych osób. Pewne niedogodności mogą być związane z podróżami samolotem lub pociągiem. Jak wspomniano wcześniej, nie ma racjonalnych powodów do przestrzegania jakiegось szczególnej diety, natomiast chorzy muszą być zabezpieczeni w leki na cały okres urlopu.

Chociaż stresy nie są przyczyną choroby Leśniowskiego-Crohna, to jednak mogą nasilać jej objawy. Z tego powodu ważne są okresy relaksacji w domu i w pracy. Relaksacja może być podjęta w dowolnym miejscu. Między innymi zaleca się 15-20 – minutowy odpoczynek po obiedzie, nieprzyjmowanie w tym czasie telefonów i wolne, głębokie oddychanie. Niekiedy pomagają masaże, napinanie poszczególnych grup mięśniowych, oglądanie przyjemnych obrazów i słuchanie dobrej muzyki.

Chorzy ze stomią

Wielu pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna wymaga leczenia chirurgicznego. Współczesne techniki operacyjne zapewniają większości z nich naturalną drogę wypróżnień. Tylko część chorych musi mieć okresową lub stałą „stomię” (ileostomię / kolostomię), tj. wyprowadzenie jelita cienkiego lub grubego na zewnątrz przez powłoki brzuszne. Okresowa stomia jest zwykle zamykana po 3-6 miesiącach. Sprzęt zabezpieczający stomię jest obecnie tak dobry, że chorzy mogą prowadzić normalne życie i wykonywać prawie każdą pracę. Jest ważne, aby chorzy po operacji kontaktowali się z poradniami stomijnymi, w których mogą uzyskać fachową poradę i zaopatrzenie w sprzęt najlepiej dostosowany do ich potrzeb.

Medycyna alternatywna

Nieswoiste zapalenia jelit nie zawsze poddają się konwencjonalnym metodom terapii. Dlatego dla pacjenta kuszące są próby leczenia metodami alternatywnymi z nadzieją na uzyskanie poprawy. Niektóre z tych sposobów mogą być pomocne, ale wiele jest nieodpowiednich i przynosi konkretne szkody.

Do korzystnych metod leczenia alternatywnego należy akupunktura stosowana w celu opanowania bólu. Natomiast homeopatia ma wątpliwe znaczenie, między innymi dlatego, że substancje „czynne” są znacznie rozcieńczone i nie mogą ujawnić swego wpływu. Lekarze nie tyle nie wierzą w działanie metod alternatywnych, ile wyrażają obawy z powodu niekiedy znacznego opóźniania przez te metody prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego.

• Stowarzyszenia pacjentów

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita "J-elita"

Zarząd Główny

ul. Ks. Trojdena 4, 02-109 Warszawa
tel. (48 22) 597 07 82, fax. (48 22) 597 07 82
Prezes Małgorzata Mossakowska, tel. kom. 691 403 051
e-mail: nzj@iimcb.gov.pl; www.j-elita.org.pl

Oddział Dolnośląski

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia AM we Wrocławiu
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 50/52, 50-369 Wrocław
tel. (071) 320 08 03 (lekarz dyżurny)
sekretariat tel./fax: (071) 328 41 17
e-mail: nzjgaspe@ak.am.wroc.pl; www.nzj.am.wroc.pl

Oddział Kujawsko-Pomorski

Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii CM UMK (VI piętro)
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
Prezes Marek Gólczyński, tel. kom. 889 899 779
e-mail: gulivieri@poczta.fm

Oddział Małopolski

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia,
Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii CM UJ
ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków
tel. kom. 600 306 092
Prezes dr Małgorzata Śladek
e-mail: info@nzj.malopolska.pl; www.nzj.malopolska.pl

Oddział Podlaski

Dziecięcy Szpital Kliniczny, III Klinika Chorób Dzieci
ul. Waszyngtona 17, 15-269 Białystok
tel. (085) 745 07 10
Prezes dr Elżbieta Jarocka-Cyrta

Oddział Pomorski

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Katedra i Klinika Pediatrii,
Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci Akademii Medycznej
ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk
Prezes Ada Guźniczak, tel. kom. 604 215 445
e-mail: jelita.pomorski@gmail.com

Oddział Zachodniopomorski

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin
Prezes Katarzyna Okuszek, tel. kom. 502 124 460, 507 316 126
email: jelita.szczecin@gmail.com

Wielkopolskie Stowarzyszenie Colitis Ulcerosa i Choroby Leśniowskiego-Crohna

ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań
Prezes Wiesława Bednawska
tel. kom. 668 225 771

Polskie Stowarzyszenie Colitis Ulcerosa i Choroby Crohna

ul. Górnicza 18 B, m. 15, 81-572 Gdynia
Prezes Mirosława Myszowska
tel. kom 609 039 252; 721 314 433
e-mail: stowarzyszenie@colitis-crohn.org.pl
www.colitis-crohn.org.pl

Górnośląskie Stowarzyszenie Wspierania Osób Chorych na Nieswoiste Zapalenia Jelit

ul. M. Curie-Skłodowskiej 7, 44-206 Rybnik
Prezes Elżbieta Śmigowska,
tel. kom. 505 132 288
e-mail: esmigowska@op.pl

Wydrukowano z grantu edukacyjnego

