

kwartalnik

# J-elita

nr **2** (11)

ISSN 1898-6749

kwiecień – czerwiec 2010



## Szanowni Państwo,

Dotarły do nas ostatnio niepokojące informacje o próbie wprowadzenia zakazu samodzielnego przygotowywania mieszanin do żywienia pozajelitowego przez pacjentów. Na prośbę naszych członków, którzy korzystają z tej formy leczenia, Zarząd Główny powołał Zespół d/s Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego, który prezentować będzie decydentom stanowisko chorych. Nie przekonuje mnie argument, że produkt wytwarzany masowo przez specjalistów jest lepszy od przygotowanego w domu. Osobiście przedkładałam domowy obiad nad mrożonkę odgrzaną w mikrofalówce. Gdyby proponowane zmiany weszły w życie, to wakacyjne wyjazdy byłyby praktycznie niemożliwe, a mobilność chorych i ich aktywność zawodowa zostałyby znacznie ograniczona. To oczywiste, że nie wszyscy chorzy mogą i chcą samodzielnie przygotowywać mieszaniny. Dlatego dystrybucja gotowych worków jest konieczna. Niemniej jednak możliwość wyboru metody leczenia stanowi jedno z podstawowych praw pacjentów – nie odbierajmy im go. O zaletach polskiej metody żywienia opowiada w obszernym wywiadzie jej twórca prof. Marek Pertkiewicz.

Prezes Towarzystwa „J-elita”

*M. Mossakowska*  
Małgorzata Mossakowska

---

## W numerze:

---

- Wywiad z prof. Markiem Pertkiewiczem
  - Wpływ dobrego nastroju na funkcjonowanie organizmu
  - Tłuszcze a dieta w NZJ
  - Mikroflora a nieswoiste zapalenia jelit
  - Endoskopia kapsułkowa
  - Wielki Konkurs
  - Nasze spotkania
-

## WAŻNE ADRESY:

### Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”

#### Zarząd Główny

ul. Trojdena 4, 02-109 Warszawa, tel./fax 022 597 07 82,

e-mail: [j-elita@iimcb.gov.pl](mailto:j-elita@iimcb.gov.pl), strona internetowa: <http://www.j-elita.org.pl>

Prezes: Małgorzata Mossakowska, e-mail: [nzj@iimcb.gov.pl](mailto:nzj@iimcb.gov.pl), tel: 022 597 07 20, 0691 40 30 51

**Bank PKO S.A. I Oddział w Warszawie Nr rachunku 48 1240 1037 1111 0010 0740 0594**

#### 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](mailto:nzjgaspe@ak.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. 889 899 779  
e-mail: [gulivieri@poczta.fm](mailto:gulivieri@poczta.fm)

#### Oddział Małopolski

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii CM UJ  
ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
tel. 600 306 092  
e-mail: [info@nzj.malopolska.pl](mailto:info@nzj.malopolska.pl)  
strona internetowa: <http://www.nzj.malopolska.pl>  
Prezes dr Małgorzata Śladek

#### Oddział Mazowiecki

W siedzibie Zarządu Głównego, Prezes dr Piotr Albrecht

#### Oddział Podlaski

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

#### Oddział Podkarpacki

Prezes Natalia Wickowska, tel. 510 563 733  
e-mail: [natalia.wickowska@wp.pl](mailto:natalia.wickowska@wp.pl)

#### Oddział Pomorski

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

#### Oddział Zachodniopomorski

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny  
ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin  
Prezes Katarzyna Okuszek, tel: 502 124 460, 507 316 126  
e-mail: [jelita.szczecin@gmail.com](mailto:jelita.szczecin@gmail.com)

## Inne przydatne adresy

Strona Konsultanta Krajowego ds. Gastroenterologii, Rejestr Choroby Leśniowskiego-Crohna, [www.chorobacrohna.pl](http://www.chorobacrohna.pl)

Górnośląskie Stowarzyszenie Wspierania Osób Chorych na Nieswoiste Zapalenia Jelit  
<http://www.republika.pl/colitiscrohn>

Polskie Stowarzyszenie Colitis Ulcerosa i Choroby Crohna,  
ul. Górnicza 18 B m. 15, 81-572 Gdynia  
Prezes Mirosława Myszkowska, tel. 609 039 252

Wielkopolskie Stowarzyszenie Colitis Ulcerosa i choroby Leśniowskiego-Crohna, Poznań  
Prezes Wiesława Bednawska, tel. 668 225 771  
<http://culc.republika.pl>

Fundacja „Linia Życia” <http://www.idn.org.pl/liniazycia>  
wspomaga ludzi, którzy z powodu różnych chorób nie mogą odżywiać się w sposób naturalny. Fundację tworzą osoby żyjące pozajelitowo w warunkach domowych.

Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego zrzesza specjalistów zajmujących się w Polsce tymi formami żywienia, <http://www.polspen.org> (022) 584 13 20

Forum internetowe dla osób chorych na NZJ  
[www.crohn.home.pl](http://www.crohn.home.pl)

Crohn's and Colitis Foundation of Canada  
<http://www.cfc.ca/English>

Crohn's and Colitis Foundation of America, <http://ccfa.org>  
Colitis Foundation, [www.colitisfoundation.com](http://www.colitisfoundation.com)

Reach Out for Youth With Ileitis and Colitis, Inc.  
[www.reachoutforyouth.org](http://www.reachoutforyouth.org)

Pediatric Crohn's and Colitis Assotiation  
<http://pcca.hypermart.net/index.html>

New Zealand: Crohn's and Colitis Support Group – CCSG  
<http://www.ccs.org.nz>

Australian Crohn's and Colitis Association  
<http://www.acca.net.au>

Die Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V, <http://www.dccv.de>

THE AUSTRIAN IBDIS PLATFORM, <http://www.ibdis.net>

European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations  
<http://www.efcca.org/i>

Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO, <http://www.polilko.pl>

## Szanowni Państwo,

Już po ukazaniu się poprzedniego numeru Kwartalnika dotarła do nas wiadomość, że po długim oczekiwaniu budesonid znalazł się na liście leków z opłatą ryczałtową. Był to najlepszy prezent, jaki znalazłam pod choinką. Pozwoli to leczyć wielu pacjentów cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna sterydem o nieporównywalnie mniejszych działaniach niepożądanych niż sterydy ogólne. Dotychczas leczenie budesonidem dojelitowym było zarezerwowane dla ludzi zamożnych. Teraz każdy chory o kątniczko-krętniczym umiejscowieniu choroby będzie mógł korzystać z tej formy leczenia. Smuci nas jednak, że budesonid doodbytniczy nie tylko nie jest refundowany, ale w ogóle nie jest dostępny na naszym rynku.

Dzięki pracy Zespołu Ekspertów powołanego przez Konsultanta krajowego ds. gastroenterologii NFZ podjął, po długotrwałym oporze, decyzję o finansowaniu biologicznego leczenia podtrzymującego w chorobie Leśniowskiego-Crohna. Niestety nie zmieniły się kryteria włączenia do programu, które są najostrejsze w całej Europie. Nie wprowadzono programu leczenia biologicznego we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego. Działania wspomagające lekarzy w dążeniu do utworzenia takiego programu będą naszym głównym zadaniem w tym roku.

Mam Państwu do przekazania jeszcze jedną dobrą wiadomość: oddział dla chorych na NZJ przy Szpitalu MSWiA w Warszawie podwoił liczbę łóżek. Zarówno w poradni, jak i na oddziale leczą się pacjenci nie tylko z Mazowsza, ale z całej Polski, a powiększenie liczby łóżek do 25 na pewno skróci czas oczekiwania na miejsce.

Jesteśmy zmartwieni faktem, że kliniki dziecięce wykazują niewielkie zainteresowanie udostępnianiem swoim podopiecznym bezprzewodowego Internetu. Nadal podtrzymujemy swoją ofertę. Mamy ponadto możliwość zakupu komputerów, które chętnie prześlemy małym pacjentom. Bezprzewodowy Internet będzie oczywiście dostępny także na „naszym” oddziale.

Również szczepienia przeciwko grypie zostały przeprowadzone zaledwie w dwóch ośrodkach, ale mamy nadzieję, że do jesieni uda się nam nawiązać współpracę ze wszystkimi klinikami oraz rozszerzyć repertuar szczepień. To zależy od funduszy zebranych w ramach 1% odpisu od podatku dochodowego. Liczymy na to, że ten rok nie będzie gorszy od poprzedniego.

Nie mamy wciąż pewności, czy Kwartalnik będzie nadal współfinansowany ze środków PFRON, gdyż wnioski zostały dopiero sprawdzone pod względem formalnym. Czekamy z niepokojem na ocenę merytoryczną, od której zależy przyznanie funduszy.

Nie będzie niestety dofinansowania do spotkań – zarówno wyjazdowych, jak i tych w siedzibach oddziałów. W ogłoszonych przez PFRON konkursach taka działalność nie została uwzględniona. Ponieważ uważamy, że spotkania są bardzo ważne dla naszej społeczności, będziemy nadal je organizować, finansując to ze środków własnych Stowarzyszenia. Wymusza to jednak na nas pewne ograniczenia, przez co nasi członkowie mogą liczyć na dofinansowanie do wyjazdu tylko raz w roku.

*M. Mossakowska*  
Małgorzata Mossakowska

## Kącik prawny

### Zwolnienie lekarskie wystawione za granicą jest ważne w Polsce

Pracownik, o którego niezdolności do pracy orzekł lekarz za granicą, nie musi potwierdzać tego w Polsce. Mówi o tym rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z 27 lipca 1999 roku w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (DzU nr 65, poz. 742 z późn. zm.). Nie trzeba tłumaczyć na język polski zaświadczeń wystawionych na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, krajów będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i Szwajcarii. Zaświadczenie z innych krajów musi być przetłumaczone (*Rzeczpospolita*).

### E-dzienniki wystartowały

Dzienniki Ustaw i Monitory Polskie publikowane na internetowej stronie Rządowego Centrum Legislacji są już oficjalnym źródłem prawa. 1 stycznia zaczęła obowiązywać nowelizacja ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych, która przesądziła o ostatecznym uruchomieniu e-dzienników. O obowiązujących ustawach i rozporządzeniach możemy teraz dowiedzieć się szybciej i za darmo z rządowych stron internetowych [www.rcl.gov.pl](http://www.rcl.gov.pl). Elektroniczne Dziennik Ustaw i Monitor Polski są takim samym oficjalnym źródłem prawa jak ich wydania papierowe. Każdy, kto ma dostęp do Internetu, może poznać urzędową, tzw. autentyczną treść aktu prawnego w dniu, w którym ukazuje się on w wirtualnym publikatorze. Przed ostatnią nowelizacją ustawa przewidywała udostępnianie e-dzienników za opłatą, ale rząd zajął stanowisko, że nie można obywateli obciążać kosztami zdobycia wiedzy o prawie obowiązującym w państwie (*Rzeczpospolita*).

Towarzystwo J-elita  
zachęca do wpłacania 1% podatku przy rozliczaniu PIT-ów.

Nasz numer rejestracyjny:

KRS 0000238525

1%

1%

Pomocne informacje na stronie internetowej  
<http://www.j-elita.org.pl/>

Na stronie internetowej

<http://www.j-elita.org.pl/pit>

dostępny jest specjalny, **bezpłatny program do rozliczania podatku dochodowego PIT** przeznaczony dla osób pragnących przekazać 1% podatku Towarzystwu J-elita.

Program automatycznie wpisuje do formularza PIT dane Towarzystwa potrzebne do dokonania odpisu.



Dr hab. Marek Pertkiewicz, profesor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego WUM, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego. Marek Pertkiewicz jest współautorem książek „Standardy żywienia pozajelitowego i dojelitowego” i „Mieszanie do żywienia pozajelitowego” oraz współredaktorem książki „Basics in Clinical Nutrition”, przetłumaczonej m.in. na rosyjski, chiński, japoński, urdu, japoński i hiszpański, a ostatnio także na język polski.

Klinika profesora Pertkiewicza specjalizuje się w leczeniu żywieniowym chorych bez jelit, kompleksowym leczeniu chorych z powikłaniami pooperacyjnymi i chorych krańcowo wyniszczonych. Chorzy przewlekle żywieniowo wymagają okresowych konsultacji i stałej, choć zdalnej opieki, zatem zespół prowadzący sztuczne żywienie w warunkach domowych musi być dyspozycyjny i dostępny dla chorych cały czas, służąc radą i pomocą nie tylko w przypadku kłopotów z żywieniem.

W 2005 roku Marek Pertkiewicz został zwycięzcą plebiscytu miesięcznika Zdrowie – „Lekarz Niezwykły”, w którym pacjenci wskazywali lekarzy rzeczywiście poświęcających się dla dobra pacjenta, codziennie jak najlepiej wypełniających misję pomagania chorym i cierpiącym, widzących nie tylko chorobę, ale i człowieka.

## Rozmowa dr hab. Markiem Pertkiewiczem

**AS:** W Polsce, dzięki Panu Profesorowi, stosowana jest inna metoda żywienia pozajelitowego niż w wielu innych krajach. Z czego wynikało jej wprowadzenie?

**MP:** Jej wprowadzenie wynikało przed laty z konieczności. Kiedy zaczęliśmy prowadzić żywienie pozajelitowe w warunkach domowych w 1983 roku, nikt nie miał pojęcia o tym, jak robi się mieszanie. Przeglądałem się wcześniej, jak to się odbywa w Szwecji i zacząłem się tego uczyć. Rozwinęliśmy tę metodę sami, bo farmaceuci – poza nielicznymi wyjątkami – nie chcieli się tym zajmować. Przeszliśmy wszystkie szczeble rozwoju i przygotowywania mieszanin odżywczych, łącznie z badaniami naukowymi nad stabilnością, warunkami przygotowywania, jałowością itd. Chorych wymagających przewlekłego żywienia pozajelitowego w domu nauczyliśmy przygotowywania mieszanin w taki sam sposób – w piśmiennictwie znajdowaliśmy informacje, że w innych krajach także uczą tego pacjentów. Okazało się, że dużo łatwiej jest chorego nauczyć przygotowywania mieszaniny niż właściwego posługiwania się cewnikiem, który w większości przypadków wszędzie nadal obsługuje pacjent. Nauczyliśmy więc pacjentów jednego i drugiego – to się udało. Zaczęło się to rozpowszechniać i dzisiaj mamy kilkuset chorych leczonych w ten sposób. A np. w USA, jeśli chory nie jest ubezpieczony, to także dziś sam przygotowuje mieszaninę.

**AS:** Jakie są zalety tej metody w porównaniu z „gotowymi workami” lub workami przygotowywanymi w aptece dla chorego leczonego w domu?

**MP:** Ta metoda ma kilka zalet. Po pierwsze, jest bardzo elastyczna, ponieważ mieszaninę można zrobić w każdym miejscu, co oznacza, że pacjent ma swobodę – robi to, kiedy chce i gdzie chce. W Polsce jest sporo chorych, którzy są stale żywieniowo pozajelitowo, bo nie mają jelit – żyją jednak zupełnie dobrym życiem, bo poza tym, że muszą sobie na noc podłączyć worek, mogą robić w zasadzie wszystko. Powiedzmy tak: celem przygotowania do podania leków stosowanych w żywieniu pozajelitowym (bo my nie sporządzamy nowych leków, tylko mieszamy leki ze sobą, więc z logicznego punktu widzenia jest to przygotowanie leków do podania) jest to, by zrobić to w sposób aseptyczny i żeby finalna mieszanina była stabilna, tzn. żeby nie zachodziły w niej żadne reakcje chemiczne. Można to zrobić w sposób aseptyczny, pracując w warunkach nieaseptycznych, niejałowych. Opracowaliśmy zasady przygotowywania mieszaniny właśnie w taki sposób. Druga metoda, czyli sporządzanie mieszaniny przez farmaceutów polega na tym, że mniej więcej to samo robi się w warunkach aseptycznych, a pewne działania wykonuje się pod łóżem z nawiewem laminarnym, która dodatkowo zabezpiecza czystość miejsca pracy, co nie zwalnia jednak farmaceuty z przestrzegania zasad aseptycznego przygotowywania mieszaniny.

Drugą zaletą naszej metody jest to, że przygotowywana przez pacjenta mieszanina jest świeża. Pacjent zwykle podłącza ją tuż po zmieszaniu preparatów, których używa w swoim programie. Mieszanie apteczne zaś produkuje się w warunkach czystego pokoju (w aptece szpitalnej czy w komercyjnym centrum mieszania), następnie przechowuje się je w lodówce, czyli schładza, a potem po kilku, kilkunastu dniach, odgrzewa się je i podaje pacjentowi. Tu zaczynają się pewne problemy. Pierwszy problem to przechowywanie w plastikowym pojemniku – klasyczny plastikowy pojemnik, wykonany z etylowinyllooctanu, w skrócie EVA, jest przepuszczalny dla powietrza, a konkretnie dla tlenu. Tlen przenika przez ścianki i doprowadza do utleniania substancji, które znajdują się w środku, następuje peroksydacja wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, a także utlenianie niektórych aminokwasów. W związku z czasem przechowywania może dojść do wytrącania substancji czy związków nierozpuszczalnych, a w efekcie do destabilizacji mieszaniny. Teoretycznie przy stosowaniu przebadanych mieszanin i przechowywaniu ich w określonych warunkach i przez właściwy czas tych ostatnich reakcji można uniknąć. Próbuje się również uniknąć zjawisk związanych z utlenianiem, m.in. poprzez zastosowanie worków wielowarstwowych. Używa się też worków wielokomorowych, żeby uniknąć destabilizacji, ale są one jednowarstwowe. Do emulsji tłuszczowej dodaje się tłuszcze nasycone i witaminę E. Dodanie tłuszczów nasyconych to jednak konieczność podania większej dawki tłuszczu, co w przypadku długotrwałego żywienia pozajelitowego nie jest korzystne. Na ten temat dzisiaj jeszcze niewiele wiemy, bo stosowanie tych emulsji tłuszczowych jest krótkotrwałe albo wręcz nie ma danych o efektach ich długotrwałego stosowania. Z drugiej strony wiadomo, że duża ilość tłuszczu w długotrwałym żywieniu pozajelitowym szkodzi pacjentowi. Jeżeli chodzi o witaminę E, która jest przeciwutleniaczem, to również nie ma danych o bezpieczeństwie długotrwałego podawania większych jej dawek doustnie. Wiadomo, że witamina E podawana doustnie w dawkach terapeutycznych prowadzi do niekorzystnych reakcji. Jest jeszcze jeden problem – schładzanie ma zapobiec wzrostowi drobnoustrojów. Niektóre drobnoustroje potrafią jednak namnażać się w niskich temperaturach, zatem gdyby doszło do zanieczyszczenia mieszaniny w czasie produkcji, może to prowadzić do tego, że drobnoustroje będą wzrastać i rozwijać się w czasie przechowywania mimo niskiej temperatury. Jeżeli chory podłączy sobie taką zanieczyszczoną mieszaninę, może dojść do wstrząsu septycznego. Zanim wystąpi jakakolwiek reakcja, chory może mieć w sobie już taką ilość bakterii, która go zabije. Jeżeli natomiast tych bakterii jest niedużo, chory zauważa niewłaściwą reakcję i orientuje się, że musi przerwać podawanie mieszaniny. Wśród pacjentów samodzielnie przygotowujących mieszaninę praktycznie nie obserwowaliśmy przypadków, w których byłaby ona zakażona. Pewnie dlatego, że ci ludzie są do tego znakomicie przygotowani. Wreszcie, z tego co wiemy, częstość zanieczyszczeń mieszanin przygotowywanych w aptekach szpitalnych wynosi około 2%. W przypadku 200 chorych żywionych pozajelitowo pod opieką naszej Kliniki odpowiadałoby to liczbie 4 zakażeń dziennie. W rzeczywistości mamy średnio 3–4 zakażenia w miesiącu – a to bardzo duża różnica.

Niebagatelną zaletą naszej metody jest też to, że jest ona bardzo tania, tańsza niż inne. Niskie są zarówno koszty transportu, jak i przygotowania. W Polsce częstość powikłań u chorych żywionych pozajelitowo – zakażeń oraz uszkodzeń wątroby – jest bardzo niska w porównaniu z innymi krajami. A różnicę się od innych krajów m.in. właśnie tym, że w Polsce mieszanek przygotowują dla siebie sami chorzy tuż przed podaniem. Czy to wynika tylko z tego? W świetle tych wszystkich danych, zwłaszcza dotyczących częstości

zanieczyszczeń produkcji seryjnej, można podejrzewać, że tak jest. Osobiście jestem pewien, że tak jest.

**AS:** *Czy powikłania żywienia pozajelitowego ograniczają się do zakażeń i uszkodzeń wątroby?*

**MP:** Powikłań jest bardzo wiele. W czasie żywienia pozajelitowego dochodzi do trzech rodzajów powikłań – septycznych, mechanicznych i metabolicznych. O septycznych już mówiliśmy. Metabolicznych najczęściej potrafimy uniknąć, jeżeli chory przestrzega zaleceń co do diety i zażywanych leków. Powikłania mechaniczne wiążą się ze zużyciem materiałów. Potrafimy uniknąć również powikłań zakrzepowych. Gorzej jest z powikłaniami narządowymi, bo nie zawsze wiemy, co je wywołuje. Dotyczą one uszkodzeń różnych narządów, w następstwie choroby bądź zastosowanego leczenia. Takim powikłaniem jest np. osteoporoza wynikła z niedostatecznej podaży wapnia. Chory, który sam przygotowuje worek tuż przed podaniem, może w takiej sytuacji dodać do worka większą dawkę wapnia, oczywiście określoną przez lekarza. Jeśli zaś mieszaninę przygotowuje farmaceuta, jest to trudniejsze, gdyż w zależności od innych składników można tego wapnia dodać mniej z uwagi na czas przechowywania. Tych powiązań i zależności jest bardzo, bardzo wiele. Z pewnością jednak uniknięcie składowania jest korzystne. A w przypadku worków przygotowywanych poza miejscem zamieszkania pacjenta składowania nie da się uniknąć, bo przygotowanie worków i rozwiezienie ich do pacjentów wymaga czasu. Trudno codziennie wieźć worek np. 100 km do miejsca zamieszkania pacjenta. W Polsce wozi się worki raz na tydzień, w Anglii raz na dwa tygodnie, ale to są inne, mniej fizjologiczne mieszaniny. Ponadto chory, który dostaje worek z apteki i go przechowuje, musi sam uzupełnić jego zawartość o substancje dodatkowe, które są nietrwałe: witaminy, niektóre elektrolity – wchodzi tym samym w kompetencje farmaceuty. Bardzo niewiele pacjentów na świecie jest zaopatrywanych w całkowicie gotowe do podania mieszaniny sporządzone w aptece.

**AS:** *Jakie są merytoryczne argumenty farmaceutów, którzy walczą o wprowadzenie zakazu sporządzania mieszanin w domach?*

**MP:** Moim zdaniem nie przedstawiają oni takich argumentów. Argumentami merytorycznymi byłyby:

1. wykazanie niższej częstotliwości zakażeń,
2. wykazanie mniejszej częstotliwości powikłań narządowych,
3. teoretycznie – można na ten temat dyskutować – wykazanie niższych kosztów.

Argumenty te nie mają tutaj zastosowania, przede wszystkim ten dotyczący powikłań – częstość powikłań septycznych wśród polskich chorych, samodzielnie przygotowujących mieszaniny jest bardzo niska, niższa niż w innych krajach europejskich i w Stanach Zjednoczonych, w których chory otrzymuje przygotowany worek.

**AS:** *Trudno się dziwić, przecież ci chorzy działają we własnym interesie, więc przygotowują mieszaniny starannie i uważnie.*

**MP:** To jest następna zaleta. Przy taśmowej produkcji worków jest parę słabych punktów technologicznych. Tych słabych punktów nie ma w przypadku przygotowania indywidualnej mieszaniny przez pacjenta.

**AS:** *Wróćmy do argumentów farmaceutów...*

**MP:** Jeden argument jest taki, że prawo tak mówi, a drugi – że farmaceuci nauczyli się tego na studiach, więc wiedzą jak to robić. Ale to, że ktoś się czegoś nauczył na studiach, nie znaczy, że robi to dobrze, bo czynnik ludzki odgrywa ogromną rolę, co pokazuje fakt odnotowania 2% zanieczyszczeń w przygotowaniu płynów infuzyjnych i żywienia w warunkach apteki szpitalnej. Zresztą zaczęła się w Europie dyskusja na ten temat – sprowadza się ona do pytania, czy rzeczywiście te wszystkie zabezpieczenia, które wprowadzono do przygotowywania płynów do infuzji i leków w szpitalach, są uzasadnione z punktu widzenia ekonomicznego. To bardzo dużo kosztuje, a nie ma dowodu, że jest dużo lepsze. Przyjmuje się, że jest lepsze, tylko na podstawie argumentu, że jeśli coś jest robione przez fachowy personel w odpowiednich warunkach, to powinno być zrobione lepiej.

**AS:** *Jakie są argumenty prawne?*

**MP:** Argumenty prawne są dla mnie mało istotne, dlatego że cała

medycyna sprowadza się do tego, żeby pomagać ludziom. Jeżeli istnieje metoda, o której wiadomo, że jest skuteczniejsza czy bezpieczniejsza, to należy ją właśnie stosować. Do tej pory nie ma dowodów na to, że worki sporządzane w aptece są pod tymi względami lepsze czy bezpieczniejsze od mieszanin sporządzanych przez przeszkolonych pacjentów.

Z mojego punktu widzenia to prawo zostało wprowadzone właśnie na podstawie przekonania, że lepiej będzie przygotowywać mieszaniny w aptece. Nie jestem przeciwko temu, żeby robiono to także w aptekach, bo są sytuacje, w których jest to wskazane i konieczne, np. dla chorych leczonych w szpitalach. Także w przypadku chorych domowych część z nich wolałaby otrzymywać gotową mieszaninę. Ale nie można zakazać przygotowywania worków w warunkach domowych, bo wiązałoby się to z odebraniem pacjentom swobody decydowania o sobie. Oczywiście, ktoś mógłby powiedzieć, że choremu worki zawsze będą dowożone tam, gdzie trzeba, ale chciałbym widzieć, czy i w jaki sposób szpital, czy firma farmaceutyczna dostarczy pacjentowi worki, jeżeli np. pojedzie on na wakacje, nad morze polskie... lub Czerwone – dla naszych pacjentów nie stanowi to problemu.

**AS:** *Wydaje mi się – przytoczę tu przykład podany przez prezes Towarzystwa J-Elita, Małgorzatę Mossakowską – że to prawo nie ma zastosowania, kiedy kupuje się na receptę mleko dla dziecka, które cierpi na alergię, i też je trzeba wymieszać w domu, też można to zrobić w sposób narażający dziecko na niebezpieczeństwo. To wolno robić, a w przypadku żywienia pozajelitowego podniesiono sprzeciw. Czy jest to logiczne?*

**MP:** To jest bardzo dobry przykład. Takich przykładów mamy więcej, np. dotyczący przygotowywania diet do żywienia dojelitowego. Według prawa powinni je przygotowywać w szpitalach farmaceuci, ale taką dietę przygotowaną z proszku można podawać tylko przez 8 godzin. Ale nawet jeżeli kupuje się zupę w proszku, też można ją zepsuć – wszystko można zepsuć.

**AS:** *Jak w związku z tym wygląda sytuacja w Ministerstwie Zdrowia?*

**MP:** Powołano dwa zespoły robocze – jeden działający w ramach GIF-u, czyli Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, a drugi w samym Ministerstwie Zdrowia. Zespół działający w Ministerstwie opracowuje cały szereg uzgodnień i myślę, że do końca maja coś powinno się wyjaśnić. Osobiście twardo stoję na stanowisku, że powinny być dozwolone wszystkie metody przygotowywania mieszanin odżywczych, również ta stosowana przez nas, bo bardzo dobrze się sprawdziła i nadal dobrze służy pacjentom. W związku z tym jej wyłączenie jest ryzykowne, zwłaszcza że o działaniu innych metod w Polsce jeszcze niewiele wiemy – nieliczne wyniki, które zostały zebrane dotychczas, świadczą, że w porównaniu z naszą metodą inne wypadają gorzej.

**AS:** *Jakie są szanse, że ta inicjatywa farmaceutów zakończy się ich sukcesem?*

**MP:** Myślę, że zdrowy rozsądek i dobro pacjentów musi przeważać nad interesem ekonomicznym i ambicjami grupy zawodowej czy ekonomicznym interesem firm farmaceutycznych. Ja jako lekarz muszę walczyć o dwie rzeczy: bezpieczeństwo pacjentów i możliwość ich leczenia. Szczęśliwie nasza metoda nie nakłada na nas ograniczeń finansowych. A przygotowanie worków w odpowiednich warunkach, które chyba nie do końca są zawsze potrzebne, i dostarczanie ich raz na tydzień do pacjentów pociąga za sobą olbrzymie koszty.

**AS:** *Czyli zdaniem Pana Profesora możemy spodziewać się wyników pozytywnych?*

**MP:** Musi zostać tak jak jest. Nie wykluczam innych systemów, jestem liberalny pod tym względem. Opracowując Standardy żywienia pozajelitowego w warunkach domowych w roku 1998, napisałem, że wszystkie metody powinny być dozwolone, po to żeby można je było porównać i wybrać najlepsze dla pacjenta. Nie można usankcjonować monopolu poprzez ustalenie prawa. Z mojego punktu widzenia, a dużo już widziałem, tak to właśnie wygląda.

**AS:** *Bardzo dziękuję za rozmowę.*

Rozmawiała Agnieszka Szopińska

## III Konferencja naukowo-szkoleniowa z udziałem rodziców „Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci”

30 stycznia 2010 roku w Domu Jana Pawła II we Wrocławiu odbyła się kolejna już, III konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci”, zorganizowana przez II Katedrę i Klinikę Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Akademii Medycznej we Wrocławiu. Duże zainteresowanie ze strony rodziców i pacjentów, związane z problematyką nieswoistych zapaleń jelit, oraz ich aktywny udział w poprzednich spotkaniach, organizowanych od 2006 roku, wskazały na konieczność ich kontynuowania. Posiedzenie miało charakter otwarty, wzięło w nim udział około 100 uczestników – m.in. rodziców oraz dzieci chorych na nieswoiste zapalenia jelit z terenu Polski południowo-zachodniej. Poza aktualnie leczonymi w Klinice dziećmi w spotkaniu uczestniczyli również chorzy, którzy w przeszłości byli pacjentami Kliniki, a po osiągnięciu pełnoletności zostali objęci opieką gastroenterologiczną dla dorosłych. Prowadzenie różnych działań edukacyjnych oraz stałe poszerzanie wiedzy na temat nieswoistych zapaleń jelit przez pacjentów i ich rodziców wydaje się być niezwykle istotne, służy bowiem optymalizacji postępowania terapeutycznego i wpływa na poprawę jakości życia.

W ostatnich latach widać narastanie częstości zachorowań na nieswoiste zapalenia jelit u dzieci. Szczególnie zauważalny jest wzrost liczby nowych pacjentów z rozpoznaniem choroby Leśniowskiego-Crohna, obniżyła się dolna granica wieku, w którym dochodzi do ujawnienia się choroby, częściej obserwuje się ciężki, powikłany przebieg. Aktualnie pod opieką II Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Akademii Medycznej we Wrocławiu znajduje się ponad 300 dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit. Stwarza to konieczność poszukiwania nowych metod terapii oraz współpracy ze strony pacjentów i ich rodziców w trakcie procesu leczenia. Celem spotkania było przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z diagnostyką i leczeniem nieswoistych zapaleń jelit u dzieci. Wykłady i prezentacje przygotowane zostały przez zespół Kliniki oraz zaproszonych do udziału gości. Poruszana tematyka dotyczyła trudności diagnostycznych, nowych metod leczenia, możliwości stosowania szczepień ochronnych oraz różnych aspektów opieki pielęgniarskiej. Ponadto przedstawiono informacje na temat zagrożeń związanych ze stosowaniem alternatywnych metod leczenia oraz różnych problemów

psychologicznych, które często towarzyszą dzieciom z tą grupą chorób. Poszczególne sesje naukowe uzupełniała obszerna część dyskusyjna, podczas której rodzice oraz pacjenci mogli od prelegentów uzyskać odpowiedzi na zadane pytania.

W konferencji udział wzięła redaktor Marzena Żuchowicz z wrocławskiego oddziału Gazety Wyborczej, która wraz z panią Małgorzatą Szalą-Chuchnowską zorganizowała i przeprowadziła akcję charytatywną zbiórki pieniędzy pod nazwą „Fabryka Świętego Mikołaja” – zebrane środki przeznaczone zostaną na remont i modernizację pracowni endoskopowej w II Katedrze i Klinice Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia. Modernizacja ta pozwoli na poprawę warunków pracy w Klinice oraz usprawni diagnostykę, co ma szczególnie istotne znaczenie dla dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit, często poddawanych różnym procedurom endoskopowym. Podczas konferencji redaktor Marzena Żuchowicz przeprowadziła anonimowe wywiady z rodzicami i pacjentami na temat głównych problemów jakie nurtują chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit.

W trakcie spotkania wśród rodziców i pacjentów zostało przeprowadzone badanie ankietowe dotyczące warunków socjoekonomicznych, nawyków żywieniowych oraz jakości życia dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit, które będzie stanowiło materiał do opracowania naukowego. Ponadto uczestnikom konferencji przekazano informację na temat możliwości udziału w turnusie rehabilitacyjnym organizowanym przez Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelit „J-elita”, który odbędzie się w bieżącym roku w Ośrodku Wypoczynkowo-Rehabilitacyjnym Natalia w Niechorzu. Dzięki życzliwości dyrekcji Wrocławskiego Parku Wodnego dzieci obecne na konferencji otrzymały w prezencie bilety wstępu do Aquaparku. Posiedzenie spotkało się z bardzo dużym zainteresowaniem uczestników, dlatego też istnieje potrzeba organizowania podobnych spotkań w przyszłości. Konferencja odbyła się dzięki wsparciu finansowemu firm farmaceutycznych oraz Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”.

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego**

Dr n. med. Tomasz Pytrus

**Kierownik Naukowy Konferencji**

Prof. dr hab. med. Barbara Iwańczak



# Wpływ dobrego nastroju na funkcjonowanie organizmu

Nina Opic

„Spójrz na sprawy z innej strony niż dotychczas, oznacza to bowiem rozpocząć nowe życie”

Marek Aureliusz

Spoglądając na niektórych ludzi, możemy powiedzieć, że ich twarze opromienione są szczęściem, emanują radością, podczas gdy twarze innych wydają się przygaszone i naznaczone cierpieniem. Czy można poradzić sobie z obrazem cierpienia, obojętnie czy mamy do czynienia z cierpieniem własnym, czy też z cierpieniem drugiej osoby? Jeśli tak, to kto to może uczynić i w jaki sposób? Jak nazywa się ów „naprawiacz nastroju”? A może każdy człowiek jest w stanie sam zmieniać obraz swego nastroju? Takie pytania stawiała sobie ludzkość od zarania swych dziejów. Szukano odpowiedzi w gwiazdach, wyroczniach, u stóp pomnikowych bóstw, w kabałach i słowach mędrców, filozofów, poetów i muzyków. „Wiara czyni cuda, nadzieja, miłość i zwyczajny uśmiech na posępnej twarzy – to najskuteczniejsze leki uzdrawiające wszelkie choroby duszy, umysłu i ciała” – mówi stara chińska maksyma medyczna. Te mądrości przekazywane były przez wieki we wszystkich kulturach Wschodu i Zachodu. Wiedzieli o tym filozofowie, medycy, ale też prości ludowi uzdrowiciele, zielarze, szamani i „baby szeptuchy”. Zapiski o poprawie stanu zdrowia dzięki pozytywnemu nastawieniu psychicznemu można znaleźć w świętych księgach wszystkich religii świata. Warto więc poświęcić temu zagadnieniu trochę uwagi. Mówiąc o jedności umysłu i ciała, powinniśmy wspomnieć o wydobytej na światło dzienne i oficjalnie współcześnie nazwanej medycynie psychosomatycznej (z greki: „psyche” – umysł, dusza, „soma” – ciało). Jest to dział medycyny zajmujący się badaniem i leczeniem chorób, które w fachowej, cybernetycznej terminologii określa się mianem sprzężeń zwrotnych. Potwierdza to – o czym doskonale wiedzieli starożytni medycy, a co było wielokrotnie odrzucane przez medycynę konwencjonalną – że stany psychiczne, umysłu wpływają na ciało człowieka i odwrotnie: ciało wpływa na sposób myślenia i wszelkie stany emocjonalne danej osoby, ale też osób bezpośrednio przebywających z chorym.

Pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku profesor Steve Locker wraz ze swoją asystentką, doktor Caandace Pert z Krajowego Instytutu Zdrowia Psychicznego w USA stworzyli naukowe podwaliny nowej dziedziny medycyny: psychoneuroimmunologii (PNI). Na podstawie licznych badań prowadzonych we wszystkich stanach USA udowodnili, że w organizmie ludzkim zachodzą ściśle związki pomiędzy trzema układami: układem immunologicznym (broniącym organizm przed inwazją z zewnątrz), układem nerwowym (z jego szlakami neurologicznymi) oraz psychiką (czyli z całą strefą emocjonalno-wolistyczną). Zatem można to przedstawić w następujący sposób: skoro emocje, stany psychiczne mają tak znaczący wpływ na zdrowie każdego człowieka, to logicznym jest, że powinniśmy właściwie wykorzystywać ten fakt tak często, jak to możliwe.

Jeśli bowiem sięgniemy do historii zmagania człowieka o zachowanie swego zdrowia – od plemion pierwotnych począwszy, na wielkich cywilizacjach Dalekiego Wschodu i Zachodu skończywszy – zobaczymy, że zawsze podkreślano sztukę wyzwalania sił obronnych organizmu poprzez odpowiednią zmianę pracy umysłu, poprzez pozytywną modyfikację psychiki. Oznacza to pozytywne spojrzenie na stan swego ciała, na stan zdrowia w szerokim aspekcie funkcjonowania. Nie od dzisiaj wiadomo, że negatywne stany umysłu są swoistymi toksynami dla ciała, podobnie jak dysfunkcyjność ciała wpływa negatywnie na emocje, uczucia i całą psychikę. U osób zestresowanych, cierpiących psychicznie, występuje znacznie większa liczba chorób, a powrót do względnie stałej równowagi zdrowotnej przebiega niezwykle opornie. Skoro więc wszelkiego rodzaju negatywne emocje niszczą ciało, to zależność odwrotna, czyli pozytywne stany umysłu, wywierają korzystny wpływ na zdrowie, a nawet na długowieczność. Doktor Jon Kabat Zinn w badaniach przeprowadzonych w Klinice Redukcji Stresu w Bostonie potwierdził tezę, że ludzie z pozytywnym nastawieniem do siebie i do świata rzadziej chorują i szybciej powracają do zdrowia. Optymizm, dystans do problemów, często nawet to, że po prostu uśmiechniemy się do siebie i będziemy cieszyć się najdrobniejszymi sukcesami – to podstawa życiowego szczęścia. Nie tylko radość z wielkich dokonań, ale przede wszystkim radość dnia codziennego, radość z rzeczy małych zmieni nasze życie – choćby naznaczone problemami rzeczywistości czy piętnem choroby – na bardziej znośne. Ale z czego tu się cieszyć? Powodów jest wiele. Ot, choćby upieczenie ciasta, napelniającego dom zapachem dzieciństwa, dobra książka, spacer wśród drzew, śpiew ptaków, rozmowa z przyjaciółmi, taniec przed lustrem w swoim pokoju, napisanie wiersza czy własnoręcznie zrobiony obrazek, ale przede wszystkim radość z chwil bez bólu. Powodów do uśmiechu jest bardzo wiele, trzeba tylko umieć je znajdować. Można również zdecydować się na specjalistyczne sesje terapeutyczne, mające na celu poprawę nastroju pacjenta. Prowadzą je odpowiednio do tego przygotowani fachowcy. Mogą to być różnego rodzaju tańce zbiorowe, czyli choreoterapia, może to być muzykoterapia, artterapia (terapia sztuką) czy też pojawiająca się już w Polsce, a odnosząca ogromne sukcesy w klinikach zachodnich, śmiechoterapia. Jednak przede wszystkim starajmy się pokochać siebie i innych, cieszymy się każdą chwilą, a stan naszego zdrowia nie będzie się pogarszał, nasza silna psychika oparta na mocnych fundamentach optymizmu i radości stworzy inny obraz nas samych. O to chodzi każdemu człowiekowi, szczególnie choremu. Jeden mały uśmiech na twarzy – to ogromna dawka szczęścia. I o tym starajmy się pamiętać codziennie.

„Uśmiechnij się, jutro będzie lepiej”! W to po prostu trzeba uwierzyć.

## SŁAWNI CHORZY

**Mieczysław Weinberg** (1919–1996) uznawany jest, obok Prokofiewa i Szostakowicza, za jednego z największych rosyjskich kompozytorów XX wieku. Urodził się w Warszawie, tutaj mieszkał i uczył się w Warszawskim Konserwatorium Muzycznym (kierowanym wówczas przez Karola Szymanowskiego) do 1939 roku, kiedy to wyemigrował do ZSRR. Zanim – dzięki poparciu Dymitra Szostakowicza – zamieszkał w Moskwie, studiował i pracował w Mińsku i Taszkencie. Jego dorobek muzyczny jest niezwykle bogaty i różnorodny – komponował zarówno symfonie i opery, jak też utwory kameralne. Był twórcą muzyki do jednego z najświetniejszych filmów rosyjskich, *Lecą żurawie*, nagrodzonego Złotą Palmą w Cannes. U Weinberga zdiagnozowano chorobę Leśniowskiego-Crohna, która – zwłaszcza w ostatnich latach życia – przysporzyła mu wiele cierpień.

**O Anastacii Newkirk** w początkach jej kariery pisano: „biała dziewczyna o czarnym głosie”. Wokalistka pochodzi z Nowego Jorku, urodziła się w rodzinie związanej z show-biznesem (ojciec był piosenkarzem, a matka aktorką), lecz jej droga ku sławie nie była łatwa. Gdy miała 13 lat, wykryto u niej chorobę Leśniowskiego-Crohna. Mimo częstych pobytów w szpitalu oraz wielu zabiegów Anastacia rozpoczęła własną przygodę z show-biznesem – najpierw jako tancerka, potem jako piosenkarka. W roku 1999 znalazła się w finale konkursu talentów organizowanego przez stację MTV. Zaowocowało to podpisaniem kontraktu z Sony Music. W 2000 roku ukazał się debiutancki album Anastacii – *Not That Kind*. Płyta okazała się wielkim sukcesem. Kolejna, *Freak Of Nature*, także królowała na listach przebojów. W 2003 roku u Anastacii wykryto raka piersi. Udaną walkę artystki z nowotworem zarejestrowały kamery filmowe.

# Tłuszcze a dieta w NZJ

Urszula Grochowska

Chleb z masłem, surówka z olejem, ciasto na margarynie. Czy zdajemy sobie sprawę, ile tłuszczów zawierają takie produkty? Czy te tłuszcze są zdrowe, czy szkodzą? Ile tłuszczów spożywać i które wybierać?

## Funkcje tłuszczów

W naszym organizmie tłuszcze pełnią wiele ważnych funkcji:

- energetyczną – stanowią skondensowane źródło energii dla tkanek i narządów; 1 g tłuszczu daje 4 kilokalorie (kcal), czyli ponad dwa razy więcej niż 1 g białka czy węglowodanów
- zapasową – stanowią nasz magazyn energii
- regulacyjną – hamują wydzielanie kwaśnego soku żołądkowego, wpływają na motorykę przewodu pokarmowego
- ochronną – chronią organizm przed utratą ciepłoty ciała, a także narządy przed urazami mechanicznymi
- budulcową w układzie nerwowym
- rozpuszczalnika witamin A, D, E, K
- informacyjną – ich pochodne należą do ważnych cząsteczek sygnałowych układu odporności (m.in. powodujących gorączkę) i hormonalnego (hormony odpowiadające za cechy płciowe czy poziom stresu). W przeliczeniu na masę ciała tkankę tłuszczową można uznać za największy „narząd” hormonalny (komórki tłuszczowe wydzielają m.in. hormony informujące mózg i wątrobę o stanie energetycznym organizmu)

## Wpływ kwasów tłuszczowych na zdrowie

### Tłuszcze zwierzęce

Tłuszcze zwierzęce nazywamy nasyconymi. Każdy z nich może być produkowany przez organizm człowieka, dlatego ich wpływ na zdrowie wiąże się jedynie z ilością przyswajanych tłuszczów. Nie są one nieodzowne w naszej diecie.

### Tłuszcze roślinne

Inaczej jest z kwasami nienasyconymi. Organizm człowieka ich nie syntetyzuje, dlatego należy dostarczyć je z pożywieniem. W związku z tą cechą są nazywane niezbędnymi nienasyconymi kwasami tłuszczowymi (NNKT). NNKT dzielą się na dwie grupy: n-3 i n-6, oznaczane również jako omega-3 i omega-6.

Kwasy n-6 mają działanie prozapalne, mogą więc zaostrzać przebieg NZJ. Jeśli w diecie przeważają takie tłuszcze, może dojść do zaburzeń działania układu odpornościowego, a w konsekwencji do stanów zapalnych, a nawet nowotworów.

Istotne jest zwiększenie spożycia ryb, owoców morza, oleju lnianego i innych produktów spożywczych bogatych w przeciwzapalne kwasy omega-3 (zob. piramida tłuszczów). Przeciwdziałają one niekorzystnemu pobudzeniu układu odpornościowego, a także wydłużają okres remisji.

Naturalnie występujące w przyrodzie nienasycone kwasy tłuszczowe mają konformację *cis* i są bardzo zdrowe, jednak podczas procesów kulinarnych mogą zmienić się w tzw. kwasy tłuszczowe *trans*. Zagadnienie to zostanie dokładniej opisane w następnym numerze kwartalnika.

## Kwasy MCT

Szczególne znaczenie w leczeniu NZJ odgrywają kwasy tłuszczowe o łańcuchu węglowym średniej długości, zwane MCT. Kwasy MCT nie wymagają do trawienia lipazy i żółci. Spowalniają one motorykę przewodu pokarmowego, wydłużają czas kontaktu pokarmu ze śluzówką jelita, co poprawia wchłanianie. MCT korzystnie wpływają na przyswajanie wapnia, magnezu oraz witaminy E.

W leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna, zwłaszcza w fazie zaostrzenia, kiedy często dochodzi do niedożywienia i niedoborów pokarmowych, skuteczność leczenia żywieniowego z zastosowaniem MCT można porównywać pod względem skuteczności ze sterydoterapią.

W chorobach zapalnych jelit zaleca się zwiększenie spożycia MCT kosztem innych tłuszczów. Dbając o dostateczną podaż NNKT można stosować preparaty bogate w MCT nawet przez kilka tygodni. Kwasy MCT zawarte są m.in. w oleju z ziaren palmowych (nie mylić z olejem palmowym!), oleju kokosowym, a także w mleku ssaków – ludzkim, końskim, krowim czy kozim.

## Przemiany tłuszczu

Szczególną rolę w gospodarce tłuszczami odgrywa wątroba. Wytwarza ona m.in. cholesterol, który jest niezbędny do produkcji żółci (zawierającej kwasy i sole żółciowe). Sole żółciowe gromadzone przez pęcherzyk żółciowy są wydzielane do przewodu pokarmowego, gdzie emulgują tłuszcz z pożywienia i ułatwiają późniejsze jego wchłanianie. Po spełnieniu swojej roli kwasy żółciowe częściowo są wiązane przez błonnik i wydalane z kałem, a pozostała część jest wchłaniana w jelicie cienkim i z krwią wraca do wątroby. Kiedy jednak ma miejsce stan zapalny jelita cienkiego – obserwowany w chorobie Leśniowskiego-Crohna – sole żółciowe nie wracają do wątroby. Deficyt soli żółciowych może zaburzać wchłanianie tłuszczów i znacznie zwiększyć ich ilość w kale, czego efektem jest biegunka tłuszczowa (chologenna). Najlepszym sposobem uniknięcia biegunki tłuszczowej jest ograniczenie spożycia tłuszczów w pożywieniu. Można je również zastąpić kwasami MCT.

## Zapotrzebowanie na tłuszcz

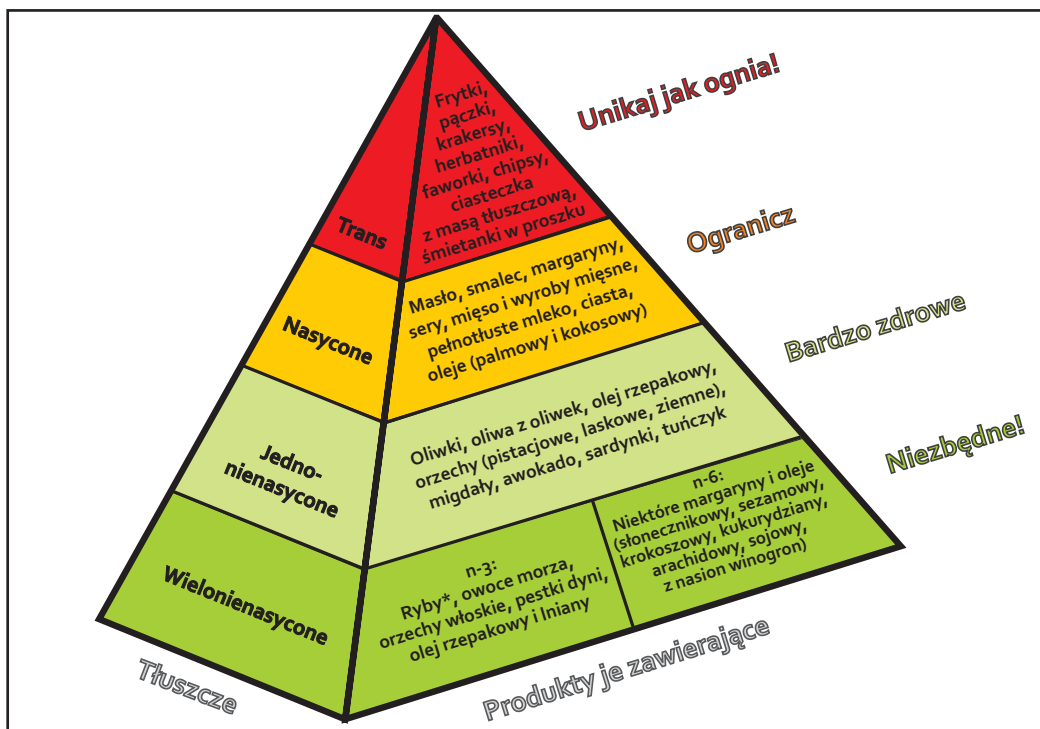
Tłuszcze powinny pokrywać 41% dziennego zapotrzebowania energetycznego u niemowląt w pierwszym półroczu życia, 35% u niemowląt w wieku od 7 do 12 miesięcy życia oraz 25–33% zapotrzebowania w pozostałych grupach wiekowych (w tym najwięcej tłuszczów potrzebuje młodzież w wieku 16–18 lat, najmniej osoby powyżej 60 roku życia).

## Niewidzialny tłuszcz

Gdy rozmawiamy z pacjentami o ograniczeniu spożycia tłuszczu lub o zmianie rodzaju spożywanego tłuszczu, większość z nich myśli, że chodzi o smalec, masło, margarynę czy oleje. Są to tzw. **tłuszcze widoczne**. Tymczasem mówiąc o żywieniu, musimy pamiętać także o **tłuszczach niewidocznych**, będących naturalnymi składnikami różnych produktów spożywczych (np. mięs, ryb, jaj, mleka; zob. tabela).

Układając prawidłowy jadłospis, powinniśmy zwracać uwagę na skład kupowanych produktów, uważnie czytać





\* ryby: łosoś, makrela, śledzie, sardynki, dorsz, pstrągi, halibut, owoce morza: małże, ostrygi, krewetki,

etykiety – pamiętajmy, że nawet towary kupowane na wagę muszą być opatrzone stosowną informacją. Wystarczy poprosić ekspedientkę o pokazanie opakowania zbiorczego. Dowiemy się z niego nie tylko o zawartości tłuszczów, ale również o innych dodatkach do żywności (zob. Kwartalnik 3/2009). Zyskamy informację o nieintuicyjnych procesach, jakim poddawana jest żywność. W tej chwili na ogół nie zdajemy sobie sprawy, że podczas produkowania parówek drobiowych do chudego mięsa dodawany jest tłuszcz wieprzowy, a ciasto składa się w połowie z tłuszczu cukierniczego...

Produkt spożywczy	Procentowa zawartość tłuszczów
Oleje, smalec	99,5–100%
Masło	około 82,5%
Margaryny i mix masła z margaryną	45–80%
Mięso i wędliny	3–55%
Ryby	0,1–13%
Mleko spożywcze	0,5–3,5%
Sery twarogowe	1–9%
Sery żółte, topione, pleśniowe	17–30%
Jaja	11%

W kolejnym numerze napiszemy, jak należy wybierać i przechowywać tłuszcze.

## Słowniczek

**Biegunka tłuszczowa (chologenna)** – w chorobach zapalnych jelit częste zaburzenie, polegające na zakłóceniu wchłaniania soli żółciowych i zmniejszeniu ilości wchłanianej wody i tłuszczu, czego skutkiem jest biegunka zawierająca duże ilości tłuszczów, niedobór witamin rozpuszczalnych w tłuszczach i nieprzyswajanie wapnia prowadzące do tworzenia się złożeń szczawianu w nerkach.

**Lipazy** – enzymy trawienne, rozkładające tłuszcze do kwasów tłuszczowych i glicerolu. Wytwarzane są w trzustce, wątrobie i ścianach jelita.

**MCT (Medium-Chain Triglycerides)** – kwasy tłuszczowe o łańcuchu węglowym średniej długości (zawierającym 6–12 atomów węgla).

## Co nowego w nauce

### Tłuszcze rybne obniżają ryzyko raka jelita grubego

Kwasy tłuszczowe omega-3, obecne przede wszystkim w rybach i owocach morza, mogą zapobiegać rakowi końcowego odcinka jelita grubego – wykazali amerykańscy naukowcy z National Institute of Environmental Health Science, o czym informuje serwis EurekAlert. Dotychczasowe doświadczenia i badania kliniczne sugerowały, że długołańcuchowe kwasy tłuszczowe omega-3 mogą hamować proces powstawania zmian nowotworowych w jelicie grubym, jednak analizy epidemiologiczne nie potwierdzały tego jednoznacznie. Do badań zaproszono 1878 osób (w tym 369 rasy czarnej), z których prawie połowa miała zdiagnozowanego raka w końcowym odcinku jelita grubego. Oceniano u nich spożycie różnorodnych pokarmów w ciągu ostatniego roku i wyliczono zawartość w diecie 19 kwasów tłuszczowych. Okazało się, że osoby spożywające najwięcej długołańcuchowych kwasów tłuszczowych omega-3 były niemal o 40% mniej narażone na raka końcowego odcinka jelita grubego, w porównaniu z pacjentami, których dieta była w te związki najuboższa. Ku zaskoczeniu badaczy zależność ta dotyczyła jednak wyłącznie pacjentów rasy białej. Badacze nie potrafili wyjaśnić, dlaczego kwasy omega-3 miałyby obniżać ryzyko raka tylko u osób rasy białej. Jak podkreślają, kwestia ta wymaga dalszych badań, a jakiegokolwiek wnioski powinny być formułowane bardzo ostrożnie (PAP).

## Co nowego w nauce

### Nowa metoda badania mikroflory jelita

Dotychczas opracowane metody badania *in vitro* (czyli poza organizmem żywym, w warunkach laboratoryjnych) interakcji między komórkami tworzącymi wyściółkę układu pokarmowego a bakteriami mikroflory i chorobotwórczymi, były trudne, często wręcz niemożliwe do szerokiego stosowania. Ostatnio naukowcy z USA opracowali miniaturowe urządzenie (mikrochip), pozwalające na symulację warunków, panujących w układzie pokarmowym podczas ataku bakterii chorobotwórczych. Urządzenie zbudowane jest z systemu mikrokomór i połączonych z nimi mikrokanalików, gdzie w izolowanej przestrzeni obok komórek wyścielających układ pokarmowy hodowane są komórki bakterii mikroflory. Gdy kolonie bakterii osiągną odpowiednią wielkość, do tego samego reaktora dodawane są komórki mikroorganizmów chorobotwórczych, po czym unoszą się ścianki oddzielające bakterie od komórek ścian układu pokarmowego. Urządzenie to umożliwia analizę zmian zachodzących wśród kolonii bakterii oraz zbadanie dynamiki tych zmian i reakcji komórek układu pokarmowego na obecność dwóch typów drobnoustrojów. Jest to najbardziej zaawansowany układ, jakiego obecnie można użyć do tego typu badań. Mikrochipa używa się także do analiz mających na celu wykrycie najskuteczniejszych szczepów probiotycznych, wspierających zdrowie naszego organizmu.

## Mikroflora a nieswoiste zapalenia jelit

### Barbara Broniatowska

W poprzednim numerze Kwartalnika (s. 10 - 11) została opisana charakterystyczna dla każdego z nas mikroflora znajdująca się w jelitach, zależna m.in. od naszego stanu zdrowia, sposobu żywienia czy kuracji antybiotykowych. Pewne mikroorganizmy pojawiają się przy poszczególnych chorobach na tyle często, że podejrzewa się, iż mogą być zarówno ich odzwierciedleniem, jak i przyczyną – tak jest m.in. ze zmniejszoną ilością korzystnych dla zdrowia bakterii w przebiegu przewlekłych zapaleń jelita. Jednocześnie podejmuje się próby leczenia wybranych schorzeń za pomocą probiotyków – preparatów zawierających żywe kultury bakterii występujących w normalnej florze jelitowej człowieka.

### Czy bakterie powodują nieswoiste zapalenia jelit?

Wszystkie komórki naszego organizmu posiadają specyficzne białka, działające jak dowód osobisty sprawdzany przez komórki układu odpornościowego. Bakterie nie mają takich białek, ale część z nich (stałe zamieszkująca nasz organizm) nie wywołuje odpowiedzi immunologicznej. Wszystkie komórki bakterii zawierają jednak substancje pobudzające nasz układ odpornościowy – tzw. adiuwanty.

Istnieje kilka gatunków bakterii podejrzanych o związek z nzj, jednak kuracja przeciwko poszczególnym gatunkom jak dotąd nigdy nie przyniosła stałej remisji. Przy badaniu wpływu określonych gatunków czy szczepów bakterii na zachorowanie należy uwzględnić, że występowanie danego gatunku czy szczepu w organizmie człowieka (stosunkowo łatwe do sprawdzenia) nigdy nie jest jednoznaczne z chorobą.

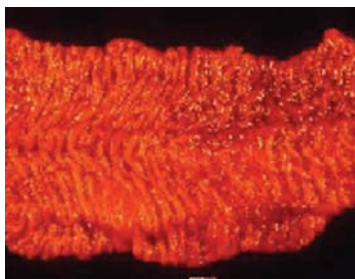
Dzieje się tak, ponieważ każdy gatunek, aby powodować chorobę (czyli być patogennym), musi występować w pewnej określonej liczbie, żeby osiedlić się na stałe w organizmie człowieka. Nie wielka ilość toksyn produkowanych przez bakterie jelitowe może zostać rozłożona przez nasz układ pokarmowy lub odfiltrowana przez wątrobę bez jakichkolwiek skutków dla naszego zdrowia – problemy zaczynają się dopiero wtedy, kiedy bakterii i toksyn jest zbyt dużo.

Wiele bakterii wytwarza czynniki patogenne wówczas, gdy ich liczba jest odpowiednio wysoka. Działa tu tzw. zjawisko „quorum sensing”. Polega ono na tym, że bakterie pewnych gatunków wydzielają do środowiska, w którym żyją, drobne cząsteczki chemiczne, pełniące funkcję sygnałową w kolonii. Bakterie tego samego gatunku posiadają receptory na te określone cząsteczki. Ilość substancji sygnałowej, która dociera do komórki, świadczy o ilości osobników w pobliżu i zmienia przemianę materii w komórce (związki produkowane przez komórkę). Odbieranie wielu cząsteczek sygnałowych związane jest z wytwarzaniem biofilmu, a także czynników powodujących inwazyjność bakterii m.in. przylegania, wnikania do komórek, zwiększonego rozmnażania.

### *Mycobacterium paratuberculosis*

Pierwszym gatunkiem podejrzany o powodowanie nzj były wywołujące chorobę bydła prątki *Mycobacterium paratuberculosis* (MAP), blisko spokrewnione z bakteriami powodującymi gruźlicę i trąd. Powstała nawet organizacja pacjentów chorych na nzj i ich rodzin skupiona na odnalezieniu związku między MAP a tym schorzeniem.

Dotychczasowe badania nie wykluczyły jednoznacznie ich chorobotwórczej roli, jednak próby leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna (ch. L-C) za pomocą antybiotyków przeciwprątkowych zakończyły się niepowodzeniem. Bardzo niska korzyść kliniczna tych badań wydaje się wskazywać, że prątki nie powodują choroby.



Jelito krowy zarażonej *Mycobacterium paratuberculosis*



Jelito osoby cierpiącej na chorobę Leśniowskiego-Crohna

### *Escherichia coli* (pałeczka okrężnicy)

W naszych jelitach występują bakterie *Escherichia coli*. To dominujący gatunek normalnej flory jelitowej. Jelita osób cierpiących na ch. L-C zawierają znacznie więcej bakterii charakterystycznych dla okrężnicy, tak że nieraz pałeczki okrężnicy stanowią 50–100% wszystkich mieszkańców jelita osoby chorej.

Większość ich szczepów okazuje się zupełnie nieszkodliwa dla ludzi – przynoszą nam wręcz korzyści, produkując potrzebne witaminy. Istnieją jednak także szczepy patogenne, a jeden z nich

(LF82) podejrzewany jest o powodowanie ch. L-C. Jelita osób cierpiących na to schorzenie zawierają znacznie więcej *E. coli* o właściwościach inwazyjnych. Ten szczep potrafi przylegać do enterocytów, jak również atakować ludzkie makrofagi (główne komórki żerne układu odporności), powodując wydzielanie ogromnej ilości TNF – białka o właściwościach prozapalnych. U pacjentów chorych na nzj poziom TNF jest bardzo wysoki, dlatego uznano, że *E. coli* LF82 może powodować zaostrzenie choroby. Występowanie przylegania szczepu LF82 do komórek gospodarza związane jest z obecnością na jego komórkach specyficznego receptora. Komórki osób zdrowych mają tego receptora bardzo mało i dlatego podczas badań laboratoryjnych komórki inwazyjnego szczepu im nie szkodziły. Komórki jelita pacjentów cierpiących na ch. L-C zawierały znacznie więcej tych receptorów. Badania te określiły także czynniki powodujące wzrost stężenia niebezpiecznego receptora w błonie. Należą do nich czynniki prozapalne (INF- $\gamma$  i TNF- $\alpha$ ), ale też zainfekowanie pierwszą bakterią LF82. Bakterie te mogą więc stymulować swoje procesy patogenne.

Podjęto próby leczenia pacjentów cierpiących na ch. L-C za pomocą antybiotyku penetrującego do wnętrza makrofażów (klarytromycyny). Trzymiesięczna kuracja nie przyniosła oczekiwanych rezultatów – poziom remisji nie był większy niż w grupie otrzymującej placebo. Może być to spowodowane brakiem związku pomiędzy chorobą a szczepami inwazyjnymi *E. coli* lub średnią skutecznością klarytromycyny przeciwko temu gatunkowi bakterii – kwestia ta wymaga dalszych badań. Jednocześnie stwierdzono, że podawanie antybiotyków przeciw bakteriom beztlenowym (do których należą wszystkie szczepy *E. coli*, ale także wielu innych mieszkańców jelita) zmniejsza nasilenie nawrotów choroby po leczeniu operacyjnym. Leki te mają jednak wiele efektów ubocznych i nie mogą być stosowane długofalowo.



Komórka pacjenta z ch. L-C

Komórka osoby zdrowej

### **Clostridium difficile**

Przy jakiegokolwiek antybiotykoterapii należy pamiętać o przyjmowaniu w odpowiedni sposób probiotyków. Dlaczego? Antybiotyki mogą powodować zaostrzenia nzj w postaci chorób związanych z *Clostridium difficile*. Bakteria ta jest odpowiedzialna za różnorodne rodzaje infekcji jelitowych, od łagodnej biegunki do poważnych, a nawet śmiertelnych zapaleń jelit. Tymczasem bakterie probiotyczne zajmują miejsce do mieszkania (naukowo nazywane niszą ekologiczną) mikroorganizmom chorobotwórczym, właśnie takim jak *C. difficile*.

Blisko 70% zdrowych dzieci rodzi się z *C. difficile*. Nie powoduje to jednak choroby – być może w jelicie niemowląt nie występują receptory dla toksyn wytwarzanych przez bakterię. Około drugiego roku życia, gdy jelito jest lepiej rozwinięte i w większym stopniu zasiedlone przyjaznymi mikroorganizmami, obecność tej bakterii staje się rzadsza, spadając do 2–3% – taka jest też częstotliwość jej występowania wśród zdrowych dorosłych. Ciekawym aspektem badawczym wydaje się więc obecność receptorów dla toksyn u najmłodszych pacjentów chorych na nzj.

Pacjenci chorzy na nzj cierpią na schorzenia związane z *C. difficile* częściej niż inni ludzie; badania wykazują, że liczba zachorowań wśród nich wciąż się zwiększa. Osoby dotknięte

obydwoma chorobami wymagają dłuższej hospitalizacji, a ponadto czterokrotnie częściej umierają.

Problem związany z *C. difficile* narasta. W ostatnich latach bakteria stała się bardziej „zjadliwa”. Prawdopodobnie jest to wynikiem niszczenia mniej szkodliwych szczepów tego mikroorganizmu przez silne antybiotyki. Obecnie możemy spotkać także tzw. „superszczepy”, które produkują około 20 razy więcej toksyn uszkadzających jelito niż typowe szczepy tej bakterii. Do tego narasta oporność na leki – większość szczepów już jest oporna na metronidazol i fluorochinolony. Bakterie te zwiększają nie tylko swą zjadliwość, lecz także powszechność występowania – stały się jedną z najczęstszych na świecie przyczyn infekcji szpitalnych. Pocieszeniem może być fakt, że choć *C. difficile* można znaleźć w jelicie 20–40% hospitalizowanych pacjentów, w niewielu z nich zarodniki rozwijają się do form produkujących toksyny.

Podsumowując, *C. difficile* niewątpliwie zaostrza stany zapalne jelit, może więc zmniejszać prawdopodobieństwo remisji. Na podstawie obecnego stanu wiedzy nie można go jednak jednoznacznie uznać go za sprawcę nzj.

### **Czy bakterie mogą leczyć nzj?**

Udowodniono, że stosowanie preparatów probiotycznych podczas antybiotykoterapii zmniejsza prawdopodobieństwo biegunki i wystąpienia problemów związanych ze znaczną ekspansją *C. difficile*. W związku z tym rozpoczęto badania nad kwestią, czy podanie probiotyków osobom chorym na nzj (niezależnie od antybiotyków) może pomóc w osiągnięciu lub podtrzymaniu remisji.

Badania kliniczne odbyły się w warunkach utrudniających lub uniemożliwiających porównanie wyników – przeprowadzono je na bardzo różnych grupach (od 11 do 327 pacjentów), z użyciem różnych dawek rozmaitych gatunków i szczepów bakterii.

Być może okaże się, że probiotyki znajdą zastosowanie w leczeniu wszystkich zaburzeń związanych z nzj, a my musimy tylko ustalić odpowiednie szczepy i ich dawki. Obecnie nie można jednoznacznie polecić ich stosowania jako metody leczniczej w nzj – jeszcze wiele wariantów wymaga przebadania. Próby użycia leków zawierających bakterie probiotyczne do podtrzymania remisji nigdy nie są skuteczne u 100% pacjentów – sukces zapewne zależy m.in. od składu indywidualnej mikroflory bakteryjnej i obszaru jelita, który został objęty stanem zapalnym.

Obecnie dostępne wyniki badań pozwalają nam oczekiwać z optymizmem kolejnych prób klinicznych. Sugerują one, że udało się znaleźć szczepy lub ich mieszanki powodujące utrzymanie remisji wszystkich rodzajów nzj, a także jej indukcję we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego (wzjg) i zapobieganiu nawrotom *pouchitis* po leczeniu chirurgicznym.

### **Słowniczek**

**Biofilm** – ścisła, wielowarstwowa struktura uformowana z komórek drobnoustrojów, zwykle otoczona śluzem lub białkami i przylegająca do powierzchni stałych (np. nabłonka jelita). W takiej zwartej strukturze komórki drobnoustrojów chronione są przed niekorzystnymi czynnikami zewnętrznymi np. czynnikami dezynfekującymi czy antybiotykami.

**Enterocyty** – rodzaj komórek nabłonkowych jelita.

**INF- $\gamma$**  – białko powodujące odpowiedź układu odporności przeciw wirusom, komórkom nowotworowym i bakteriom wewnątrzkomórkowym. Produkcja jego nieprawidłowej ilości jest związana z chorobami autoimmunizacyjnymi, takimi jak nzj.

**TNF- $\alpha$**  – jedno z najważniejszych białek powodujących stan zapalny, skierowane przeciw niemu przeciwciała stosuje się jako leki biologiczne w ch. L-C i wzjg.

# Endoskopia kapsułkowa

## Sylwia Zakrzewska

Endoskopia kapsułkowa to stosunkowo nowa na rynku medycznym metoda badania wnętrza przewodu pokarmowego, która – wraz ze wzrostem liczby wskazań do jej stosowania – zyskuje coraz większą popularność. Stanowi uzupełnienie innych metod diagnostycznych, a w niektórych przypadkach może je zastąpić, pozwalając bowiem dotrzeć do miejsc dla tradycyjnej endoskopii niedostępnych.

Kapsułki cieszą się wielkim zainteresowaniem, gdyż w porównaniu z endoskopią tradycyjną stosowanie ich jest mniej nieprzyjemne dla pacjenta. Należy jednak pamiętać, że metoda ta ma swoje ograniczenia i przeciwwskazania, a przy jej stosowaniu również możliwe są powikłania. Jest też kosztowna, dlatego duże znaczenie ma prawidłowa kwalifikacja pacjenta do badania.

Obecnie dostępnych jest kilka rodzajów kapsułek endoskopowych – przy ich zastosowaniu można zbadać cały przewód pokarmowy. Poszczególne rodzaje kapsułek przeznaczone są do badania określonych odcinków przewodu pokarmowego. Trwają prace nad kapsułką uniwersalną. Trzeba zaznaczyć, że zamontowana w kapsułce kamera wykonuje zdjęcia, ale urządzenie to nie jest w stanie pobrać wycinków.

### Wskazania do badania kapsułką endoskopową:

- przewlekłe krwawienie z przewodu pokarmowego
- niewyjaśniona niedokrwistość z niedoboru żelaza
- podejrzenie choroby Leśniowskiego-Crohna
- podejrzenie guza jelita cienkiego,
- podejrzenie uszkodzeń błony śluzowej jelita cienkiego przez NLPZ lub radioterapię
- diagnostyka choroby trzewnej
- zespoły polipowatości przewodu pokarmowego

### Ograniczenia i możliwe powikłania

Czas pracy baterii umieszczonych w kapsułce jest ograniczony (8 godzin), dlatego urządzenie włącza się tuż przed użyciem. U części pacjentów (około 1/3 wszystkich przypadków) – tych, których jelito cienkie jest dłuższe niż przeciętnie, lub tych, którzy mają spowolnioną perystaltykę – końcowy odcinek jelita krętego pozostaje niesfotografowany.

W odróżnieniu od tradycyjnego endoskopu kapsułka jest niesterowalna, przez co nie można powtórnie, dokładniej obejrzeć konkretnego, interesującego diagnostę fragmentu jelita. Niemożliwe jest pobieranie wycinków do badań histopatologicznych ani wykonywanie żadnych zabiegów.

Badania nie można wykonywać u dzieci poniżej 10 roku życia.

Badanie kapsułką, jakkolwiek nieinwazyjne, wiąże się z niewielkim ryzykiem powikłań. Najczęstszym i najpoważniejszym z nich jest ugrzęźnięcie kapsułki w jelicie cienkim. Powikłanie to zdarza się u 0,75% wszystkich przypadków, częściej natomiast u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, bo u jednego na 80 pacjentów (1,25%). Podejrzenie przewężeń w jelicie cienkim jest przeciwwskazaniem do stosowania tej metody, gdyż konieczność usunięcia kapsułki wiąże się z zabiegiem chirurgicznym.

W przypadku, gdy pacjent nie jest w stanie połknąć kapsułki, istnieją endoskopowe metody umieszczenia jej w żołądku osoby badanej, skąd już bez problemu przedostaje się ona do dwunastnicy i jelita cienkiego.

### Przeciwwskazaniami do wykonania badania są:

- zwężenie i niedrożność przewodu pokarmowego
- zaburzenia połykania
- zaburzenia perystaltyki jelit
- przetoka jelitowa
- liczne lub duże uchyłki przewodu pokarmowego
- przebyte operacje brzuszne
- ciąża
- wszczepiony stymulator serca

Metoda ta, coraz częściej stosowana na świecie, w Polsce nie jest refundowana przez NFZ. Badanie można wykonać do 4000 zł. Starania Konsultanta Krajowego o refundację badania w przypadku ściśle określonych wskazań jak dotąd nie przyniosły rezultatu.

### Rodzaje kapsułek

**Kapsułka do badania jelita cienkiego** jest ze wszystkich najbardziej popularna i potrzebna. Przełyk oraz jelito grube możemy w mniej przyjemny dla pacjenta sposób zbadać dokładnie przy zastosowaniu tradycyjnych endoskopów, lecz tradycyjna enteroskopia umożliwia zbadanie tylko około 30 cm początkowej części jelita czczego i końcowego odcinka jelita krętego. Pozostałe jelito cienkie jest dostępne tylko dzięki specjalnym endoskopom jedno- lub dwubalonowym. Badanie takie trwa długo, wymaga specjalnej aparatury, znieczulenia ogólnego oraz doskonałej fachowości i wiedzy endoskopisty.

Kapsułka do badania jelita cienkiego jest wielkości dużej tabletki witaminowej, zawiera miniaturę kamery, baterię, źródło światła i przekaźnik. Przygotowanie do badania polega na założeniu na skórę pacjenta czujników oraz zamocowaniu mu w pasie urządzenia zapisującego. Następnie pacjent połyka kapsułkę, popijając ją niewielką ilością wody, po czym wraca do domu i zwykłych czynności. Po ośmiu godzinach zgłasza się do lekarza w celu usunięcia urządzeń zapisujących, a kapsułka po pewnym czasie zostaje wydalona drogą naturalną.

W czasie ośmiu godzin pracy kamera wykonuje około 50 tys. zdjęć, które bezprzewodowo transmituje do odbiornika. Zapisywane są one na przenośnym twardym dysku, a następnie przekazywane do komputera z odpowiednim oprogramowaniem. Oprogramowanie analizuje zdjęcia i wychwytywa te, na których obraz jest nieprawidłowy – obejrzenie takiej liczby zdjęć przez człowieka jest praktycznie niemożliwe. Uzyskane wyniki, po ich interpretacji przez lekarza, pacjent otrzymuje w postaci wydruku komputerowego.

**Kapsułka przelykowa** – umożliwia zbadanie przełyku. Badanie trwa 20 minut, pacjent z pozycji leżącej przechodzi do pozycji siedzącej, co sprawia, że kapsułka przesuwa się powoli przez przełyk. Na ciele pacjenta umieszczane są czujniki, które pozwalają zbierać na twardym dysku zdjęcia wykonywane przez dwie kamerki znajdujące się wewnątrz połkniętej kapsułki.

**Kapsułka do badania jelita grubego** służy do oceny błony śluzowej jelita grubego. Przebieg badania jest dokładnie taki sam jak w przypadku kapsułki do badania jelita cienkiego. Kapsułka posiada dwie kamery na obu końcach. Samo badanie trwa dłużej, bo około 10 godzin. Jeżeli chodzi o przygotowanie pacjenta, to wskazana jest płynna dieta w dniu poprzedzającym badanie, a późnym popołudniem – oczyszczanie jelita grubego przy pomocy środków przeczyszczających.

## E-learning

Edukacja jest nieodłącznym elementem życia człowieka. To nie tylko zdobywanie wiedzy, ale również wychowanie i kształtowanie postaw. Z biegiem lat okazuje się, że edukacja towarzyszy człowiekowi całe życie. Wciąż powstają nowe kierunki studiów, pojawiają się nowe specjalności, odpowiadające zapotrzebowaniu zgłaszanemu przez rynek. Z roku na rok wzrasta popularność studiów podyplomowych oraz uniwersytetów trzeciego wieku, gdzie zainteresowani zdobywaniem wiedzy spotykają podobnych sobie i wspólnie, poznając nowe zagadnienia, porządkują wiadomości z różnych dziedzin.

Ostatnio coraz większą popularność zyskuje sobie, głównie za sprawą mediów, e-learning. Pojęcie to ma kilka znaczeń, ale wszystkie sprowadzają się do jednego – to alternatywa dla tradycyjnie rozumianego nauczania. Słowo e-learning nie ma adekwatnego, prawidłowego polskiego odpowiednika, posługujemy się zatem anglosaskim zapożyczeniem. Jest to jedna z form uczenia się i nauczania, która wykorzystując wszelkie dostępne media elektroniczne, umożliwia edukację na odległość – nie mamy zatem do czynienia z bezpośrednim kontaktem między uczącym a nauczonym. Zwolennicy tej formy zdobywania wiedzy twierdzą, że dzięki e-learningowi oszczędzamy zarówno czas, jak i pieniądze. Czas – ponieważ wybieramy termin najbardziej dla nas dogodny, dostosowując jednocześnie tempo przyswajania wiedzy do swoich możliwości. Pieniądze – bo nie wiążą nas na przykład koszty dojazdu. Przeciwnicy z kolei wskazują, że taka forma zdobywania wiedzy nie zawsze okazuje się skuteczna. Trudno bowiem wyobrazić sobie dobrze przeszkolonego uczestnika kursu autoprezentacji czy przywództwa, który nie spędził ani jednej godziny na ćwiczeniach praktycznych.

E-learning jednak bez wątpienia stwarza wiele możliwości, których nie daje tradycyjny system kształcenia. W przypadku osób dotkniętych przewlekłymi schorzeniami, spędzających wiele dni na badaniach czy w specjalistycznych gabinetach bądź szpitalach, staje się nieraz jedyną szansą kontynuowania nauki. Przyszłość rysuje się dla chorych optymistycznie, ponieważ większość szkół ponadgimnazjalnych i wyższych przewiduje udostępnienie w swojej ofercie nauki na odległość. Wiele z nich już taką możliwość oferuje. W tej perspektywie należy bardzo przychylnie odnieść się do pomysłu Towarzystwa J-elita, które część środków uzyskanych z odpisu 1% podatku dochodowego przeznaczyło na uruchomienie bezprzewodowego Internetu na wszystkich pediatrycznych oddziałach szpitalnych leczących chorych na NZJ. Dzieci i młodzież w ramach tej inicjatywy otrzymują skuteczną platformę kontaktu z rodziną czy rówieśnikami, ale także możliwość nauki bez względu na aktualny stan zdrowia. Wielu osobom choroba pokrzyżowała lub w znacznym stopniu zrewidowała plany zawodowe. Dzięki kształceniu na odległość większość problemów związanych z nieobecnością na zajęciach pójdzie w niepamięć. Kiedy zaś kłopoty z frekwencją nie będą już przeszkodą, pozostanie jedynie zakasać rękawy i zabrać się do pracy.

Zainteresowanych tą tematyką odsyłam do Internetu, gdzie znajduje się szereg podstawowych informacji dotyczących e-learningu oraz baza stale aktualizowanych kursów, szkoleń czy możliwości podniesienia kwalifikacji. Nie należy jednak zaniedbywać placówki za rogiem. Czasem okazuje się, że to, czego szukamy, jest na wyciągnięcie ręki. Wymarzona szkoła czy uczelnia może być nadal w naszym zasięgu, mimo iż ukończymy ją na odległość!

REKLAMA



W aptece internetowej [www.aptekawsieci.pl](http://www.aptekawsieci.pl) dla członków J-elity dostępny jest **Ensure Plus HN** w preferencyjnej cenie **4,39 zł/szt.**

Apteka realizuje zamówienia na terenie całej Polski – preparaty zamawia się on-line oraz telefonicznie (tel. 32 415 27 53). Przy zamówieniach wyższych niż 250 zł wysyłka gratis (płatność przy odbiorze). Hasło, którego podanie uprawnia do zniżki, można otrzymać mailowo lub telefonicznie w Towarzystwie J-elita.

**Abbott**  
Nutrition

## Co nowego w nauce Marihuana lekiem na NZJ?

Związki obecne w marihuanie mogą okazać się skuteczne w leczeniu wzgł. i ch. L-C – wynika z brytyjskich badań. Jak wyjaśnia prowadząca je dr Karen Wright z Uniwersytetu w Lancaster, śluzówka jelit stanowi barierę chroniącą przed szkodliwymi związkami i mikroorganizmami, które dostają się do układu pokarmowego wraz z pożywieniem. U osób z nżj bariera ta jest nieuszczelniona, przez co bakterie oraz związki chemiczne mogą przedostawać się do głębiej położonych tkanek, wywołując reakcję zapalną. Gdybyśmy potrafili przywracać integralność śluzówki u tych pacjentów, to można by było powstrzymać proces zapalny wywołujący schorzenie. Badania wykazały, że komórki, które zapewniają prawidłowe funkcjonowanie jelit i regulują reakcję zapalną, są wrażliwe na działanie związków z grupy kanabinoidów. Należą do nich aktywne składniki konopi indyjskich i produkowanej z nich marihuany – tetrahydrokannabinol (THC) i kanabidiol (CBD). „Nasz organizm produkuje swoje własne kanabinoidy, tzw. endokannabinoidy, które zwiększają przepuszczalność nabłonka jelitowego podczas stanów zapalnych” – wyjaśnia dr Karen Wright. Ich nadprodukcja może szkodzić jelitom. Zespół badawczy wykazał, że da się temu przeciwdziałać przy pomocy roślinnych kanabinoidów – THC i CBD, które pozwalają komórkom śluzówki jelit tworzyć ciaśniejsze połączenia i przywracają jej funkcję bariery ochronnej. Co ważne, kanabidiol, który – w przeciwieństwie do THC – nie ma własności psychoaktywnych, również skutecznie wzmacnia błonę śluzową jelit. Dalsze badania pozwolą stwierdzić, czy substancja ta okaże się skutecznym lekiem w terapii nżj (PAP).

## Poznajmy się



Mam lat 17 i choruję na chorobę Leśniowskiego-Crohna. Zachorowałam, kiedy miałam 7 lat, w wieku 8 lat zostałam zdiagnozowana. Przeszłam dużo i jestem świadoma tego, co się ze mną dzieło. Miałam liczne ropnie, byłam na diecie bezglutenowej, mam problemy ze stawami, osteoporozę. Jestem po operacji wycięcia kawałka jelita cienkiego i mam wylonioną ileostomię. Przeszłam dwa cykle leczenia biologicznego. Nie widzę sensu w uzalaniu się nad sobą. Ogarnia mnie nieraz rozpacz, złość i bezsilność, jednakże wiem, że płacz mi nic nie pomoże. Czasami po prostu nie okazuję emocji, by nie zasmucać mamy. Straciłam lata szkolne i nie miałam styczności z rówieśnikami, ominęły mnie liczne imprezy. Oczywiście w chwilach słabości denerwuję się i złościę, bo ja też bym chciała żyć, tak jak inni. Jednak po długim namyśle widzę, co dała mi ta choroba. Dała mi prawdziwą grupę wsparcia na forum crohn.home.pl. Uwierzyłam, że nie jestem sama i zaczęłam uczestniczyć w tworzeniu forum – uważam to za swój przyjemny obowiązek. Z chęcią przybywam na spotkania, wiem, że miło jest pożartować w swoim gronie. Mam prawdziwych przyjaciół. Ci, którzy się ode mnie odwrócili w godzinie mojego cierpienia, już nie wrócili. Oczywiście, bolało mnie to i cierpiałam. Było mi smutno i żal. Dzięki temu jednak zrozumiałam, że mam jedną najwspanialszą przyjaciółkę, która nigdy mnie nie opuściła. Choroba dała mi również motywację do lepszego życia, do realizowania marzeń itp. Choroba nie powoduje, że jesteśmy gorsi.

Powracamy do rubryki, w której przedstawiane są sylwetki aktywnych członków J-elity. Wszyscy nasi czytelnicy znają komiksy Mikrusi – Ani Borowy. Część z nas spotkała ją osobiście, część – tylko jako moderatora forum. Mikrusia w zeszłym roku głosami forumowiczów została wybrana miss forum, któremu jej poczucie humoru, chęć niesienia pomocy i dzielność przydają niepowtarzalnego uroku. Obok parę zdań napisanych przez Anię o samej sobie.

## Dla młodych i najmłodszych



# Zapraszamy Dzieci i Młodzież do udziału w Wielkim Konkursie!

## Do wygrania atrakcyjne nagrody!

Towarzystwo **J-elita** ogłasza **Konkurs**,  
na który osoby do 20 roku życia mogą nadsyłać prace  
mieszczące się w następujących kategoriach:

### TEKST

(proza, poezja, tekst piosenki)

### OBRAZ

(malarstwo, grafika, fotografia)

### MULTIMEDIA

(film, teledysk, animacja, prezentacja, utwór muzyczny)

W każdej kategorii przyznane zostaną **trzy nagrody**.

Przewidziano również  
**Grand Prix** dla najlepszej pracy Konkursu.

**Nagrodę specjalną**  
otrzyma uczestnik, którego praca najbardziej spodoba się  
użytkownikom naszego Forum.

Pula nagród: 5 000 zł.

Prace laureatów, ocenione anonimowo przez profesjonalne jury, zostaną  
opublikowane w specjalnym dodatku do jesiennego numeru Kwartalnika  
oraz na stronie internetowej [www.j-elita.org.pl](http://www.j-elita.org.pl).

Zgłoszenia można przysyłać na adres e-mailowy [j-elita@iimcb.gov.pl](mailto:j-elita@iimcb.gov.pl)  
lub pocztą do siedziby **Towarzystwa**  
(ul. Księcia Trojdena 4, 02-109 Warszawa).

**Wydawca:** Polskie Towarzystwo Wspierania  
Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”  
ul. Trojdena 4, 02-109 Warszawa,  
e-mail: [j-elita@iimcb.gov.pl](mailto:j-elita@iimcb.gov.pl), tel. 022 597 07 82

**Redaktor naczelny:** Małgorzata Mossakowska

**Zastępca Redaktora naczelnego:** Agnieszka Szopińska

**Projekt okładki i oprawa graficzna:** Katarzyna Jagiełło-Wilgat, Tomasz Wałęcki

**Redaktor techniczny:** Przemysław Ślusarczyk

**Korekta:** Agnieszka Szopińska

Wydrukowano w drukarni **ARTEKS**, ul. 29 listopada 1, 37-100 Łańcut,  
e-mail [drukarniaarteks@neostrada.pl](mailto:drukarniaarteks@neostrada.pl)

## Planowane spotkania

### Gdańsk

Oddział Pomorski Towarzystwa „J-elita” zaprasza 20 maja o godz. 17.30 na spotkanie z okazji Dnia Dziecka, które odbędzie się w Sali konferencyjnej Hotelu Europa w Sopocie przy Alei Niepodległości 766.

W programie dla dzieci zabawy z wolontariuszami, a dla dorosłych dwa niezwykle interesujące wykłady Dr Joanny Wypych i Dr. Jacka Brodzickiego dotyczące problemów osób chorych na nieswoiste zapalenie jelita.

Na zgłoszenia czekamy do 15 maja.

### Zakrzów

W dniach 21–23 maja w Ośrodku Wczasowo-Rekolekcyjnym „Caritas” w Zakrzowie odbędzie się spotkanie weekendowe J-elity organizowane przez Oddział Małopolski. Koszt pobytu to 50 zł dla członków Towarzystwa i ich najbliższych oraz 100 zł dla pozostałych osób. Zapraszamy!

### Cisna

Towarzystwo J-elita organizuje wakacyjne spotkanie w Bieszczadach w miejscowości Cisna. Od 22 do 29 sierpnia gościć nas będzie Ośrodek Szkolno-Wypoczynkowy „Wołosań”. Koszt pobytu to 90 zł/doba od osoby (630 zł za cały tydzień). Zakwaterowanie wyłącznie w pokojach dwuosobowych z łazienkami i TV. Cena obejmuje dwa posiłki dziennie – śniadanie i obiadokolację. W czasie wyjazdu odbędą się wykłady i warsztaty dotyczące nieswoistych zapaleń jelit. W każdym pokoju możliwa dostawka (koszt 70 zł/dobę)

Rezerwacji miejsc można dokonywać telefonicznie (tel. 22 59 70 782) lub drogą mailową ([j-elita@iimcb.gov.pl](mailto:j-elita@iimcb.gov.pl)). Liczba miejsc ograniczona.

W związku z tym, że w 2010 roku spotkania wyjazdowe nie będą dofinansowane z PFRON, roczny limit dofinansowań do wyjazdów dla członków J-elity oraz ich dzieci (do 18 roku życia) wynosi 200 zł od osoby.

Szukasz informacji ?

Wiedza na wyciągnięcie ręki !

[www.elitarni.com.pl](http://www.elitarni.com.pl)



- Kompleksowy portal wiedzy na temat choroby Leśniowskiego-Crohna
- Ciekawe i praktyczne porady wybitnych specjalistów:
  - Gastroenterolog
  - Psycholog
  - Seksuolog
  - Dietetyk
  - Pielęgniarka
  - Prawnik
- Fakty i mity na temat choroby - wszystko co powinienś wiedzieć, a o co boisz się zapytać
- Lista wybranych ośrodków medycznych w Polsce

wejdź na:

[www.elitarni.com.pl](http://www.elitarni.com.pl)

2009-EDU-1095

2010/03/EDU/1223

Sponsorzy:

Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



**FERRING**

PHARMACEUTICALS

AstraZeneca 

 **astellas**



**Schering-Plough**