

Żywnienie w nieswoistych zapaleniach jelita



Niniejsza publikacja jest sponsorowana przez Falk Foundation e.V. Informacje prezentowane poniżej są niezależną opinią jej autora i niekoniecznie odzwierciedlają zalecenia Falk Foundation e.V.

Nie wszystkie produkty omawiane w publikacji są zarejestrowane lub zalecane w danym kraju. Proszę skonsultować się z lekarzem prowadzącym w celu uzyskania informacji specyficznych dla danego kraju.

Autor:

S.-D. Müller-Nothmann
Diätassistent/Diabetesberater DDG
Viktoriastr. 8
D-52066 Aachen
Niemcy

Tłumaczenie:
Małgorzata Mossakowska
Miroslawa Cicha

Wydawca

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
Postfach 6529
79041 Freiburg
Germany

www.falkfoundation.com

W celu uzyskania dalszych informacji prosimy o kontakt z:



Ewopharma AG Sp. z o.o.
00-116 Warszawa
Ul. Świętokrzyska 36/16

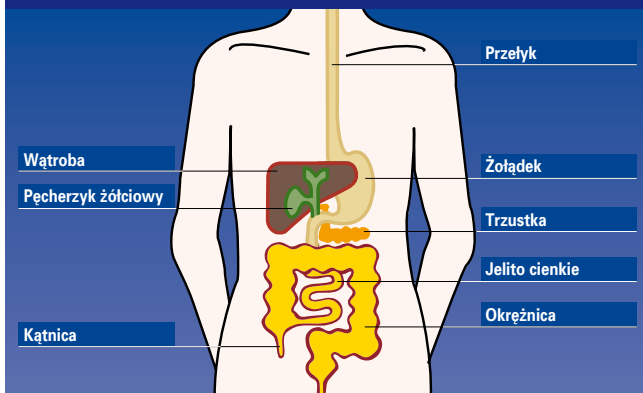
Żywnienie w nieswoistych zapaleniach jelita

Spis treści

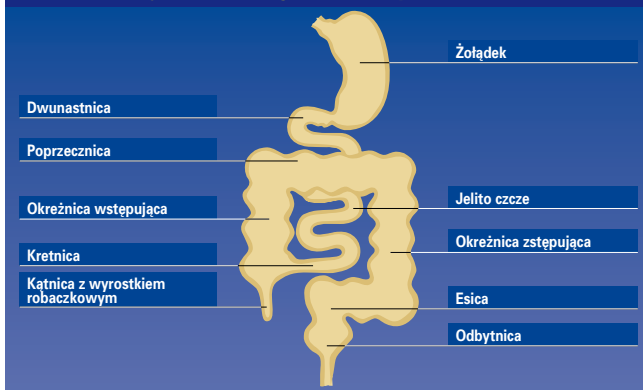
1. Wstęp	5
2. Rola układu trawiennego	6
2.1 Trawienie	8
3. Żywnienie w chorobie Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego	14
4. Żywnienie w ostrych rzutach choroby	20
5. Żywnienie dojelitowe	21
5.1 Płynna dieta	22
5.2 Dieta elementarna i półelementarna	23
5.3 Diety uzupełniające	23
6. Żywnienie pozajelitowe	27
7. Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe: jak długo?	28
8. Powrót do normalnego żywienia	28
9. Porady żywieniowe i dietetyczne	29
10. Żywnienie w okresie wyciszenia choroby (remisji) ..	32
10.1 Właściwa masa ciała jest ważna	33
10.2 Zapotrzebowanie energetyczne	34
10.3 Pacjenci chorzy na nieswoiste zapalenia jelita potrzebują więcej białka	37
10.4 Wpływ pożywienia na nieswoiste zapalenia jelita	37
10.5 Kolektomia u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego	38
10.6 Jak poznać co możesz, a czego nie powinieneś jeść?	39
10.7 Napoje	41
10.8 Nieswoiste zapalenia jelita u dzieci	42

11. Choroby i objawy towarzyszące	42
11.1 Niepożądane efekty spowodowane sterydoterapią.	42
11.1.1 Cukrzyca spowodowana kortykoterapią.....	43
11.2 Nietolerancja laktozy/niedobór laktazy	43
11.3 Uczulenie na białka mleka.....	45
11.4 Biegunka chologenna/tłuszczowa/ tłuste stolce/średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe – MCT.....	45
11.5 Zalecenia dla pacjentów ze zwężeniami jelita	47
11.6 Kwas szczawiowy i kamica nerkowa	48
12. Wpływ żywności i jej składników.....	49
12.1 Czy powinno się unikać margaryny?.....	49
12.2 Jaki jest wpływ błonnika?	49
12.2.1 Substancje wypełniające	51
12.2.2 Prebiotyki	51
12.3 Czy cukier jest odpowiedzialny za chorobę Leśniowskiego-Crohna?.....	52
12.4 Czy kapsułki zawierające tłuszcz rybi pomagają?.....	53
12.5 Dieta uboga w węglowodany – dieta Lutz’a ..	54
12.6 Karagen.....	54
12.7 Czy choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego są chorobami alergicznymi?	55
12.8 Diety eliminacyjne	55
13. Probiotyki	56
14. Streszczenie	58

Anatomia narządów trawiennych



Żywnie Budowa jelita cienkiego i okężnicy



Organy trawienne człowieka

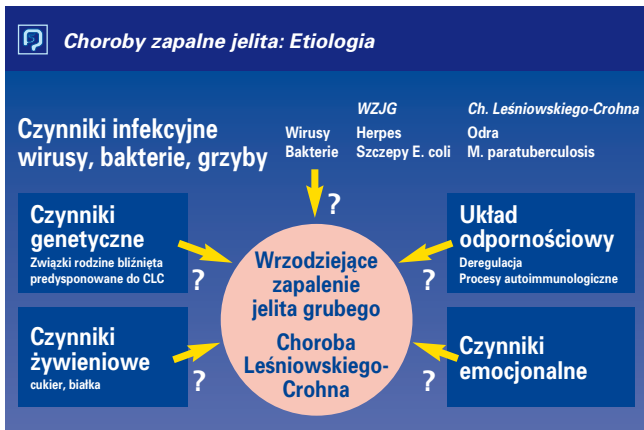
1. Wstęp

„Jedzenie i picie w chorobie Leśniowskiego-Crohna i we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego” to temat bardzo trudny – dla pacjenta, dietetyka i lekarza. Objawy takie jak nieregularne oddawanie stolca, biegunka, bóle brzucha, wymioty i utrata wagi przypominają pacjentowi, że te choroby są bezpośrednio związane z żywieniem. Bóle brzucha czy biegunka występują najczęściej po posiłkach. Wielu pacjentów oczekuje ścisłych reguł określających zasady żywienia. W odróżnieniu od chorób zależnych od sposobu odżywiania, np. cukrzyca, zaburzenia metabolizmu tłuszczu czy dna moczanowa; ustalenie ścisłych reguł dietetycznych przy chorobach zapalnych jelit nie jest możliwe.

Obok przyjmowania leków, postępowania chirurgicznego i innych działań wspomagających; leczenie dietetyczne jest jednym z zasadniczych elementów udanej terapii.

Inne sposoby postępowania dietetycznego są polecane w chorobie Leśniowskiego-Crohna, a inne we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego. Żywienie w czasie zaostrzenia choroby znacznie różni się od żywienia w okresie remisji. Dodatkowo każdy pacjent reaguje inaczej na ten sam rodzaj pokarmu. Nie należy pokładać nieuzasadnionej nadziei i nie ulegać wpływom osób rekomendujących ogólnie znane diety. Nie istnieje jedna wspólna dieta dla wszystkich pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita. Każdy z nich jest inny i reguły żywienia muszą być dostosowane indywidualnie dla każdego przypadku. Dla wszystkich pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita niezwykle ważna jest obserwacja siebie samego i zwracanie uwagi na zachowania żywieniowe.

Jednocześnie, nieprawdziwym byłoby stwierdzenie, że dieta nie jest ważna dla pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita i że nie ma tu żadnych zasad. One istnieją, ale są odmienne dla poszczególnych osób.



Odżywianie wydaje się odgrywać istotną rolę wśród wielu czynników mających wpływ na powstawanie nieswoistych zapaleń jelita.

2. Rola układu trawiennego

Zasadniczą funkcją organów trawienia jest chemiczna obróbka spożytych substancji odżywczych i czynnych tak, aby mogły zostać wchłonięte i metabolizowane przez organizm.

Składnik odżywczy	Wartość energetyczna	Substancja aktywna
Białko	4 kcal/g	witaminy
Tłuszcz	9 kcal/g	składniki mineralne
Węglowodany	4 kcal/g	woda

1 gram alkoholu nie będącego ani składnikiem odżywczym, ani substancją aktywną zawiera 7 kcal.

Składniki odżywcze są niezbędne dla organizmu jako budulec (białko), paliwo (węglowodany) lub jako rezerwa energii (tłuszcz). Wiele składników mineralnych, takich jak wapń, wykorzystywane są do budowy np. kośćca. Substancje aktywne, takie jak witaminy i składniki mineralne, biorą udział w regulacji licznych funkcji organizmu.

Substancje aktywne nie mają wartości kalorycznej. Wśród nich znajduje się wiele substancji wtórnych pochodzenia roślinnego, które zyskują coraz większe uznanie w medycynie żywieniowej. Do nich zaliczamy saponiny, terpeny, niektóre barwniki, fitosterole, polipropenole, siarczki występujące w winogronach (szczególnie w soku z czerwonych winogron i czerwonym winie), kolorowych warzywach (szczególnie w brokułach), nasionach (zwłaszcza w siemieniu lnianym), roślinach strączkowych (szczególnie soja) i owocach (zwłaszcza jagodowych).

Produkty bogate

w białko

mięso, wędliny, ryby, jajka, drób, produkty mleczne, soja

tłuszcz

olej, masło, margaryna, orzechy, mięso, jajka, produkty mleczne, wędliny

węglowodany

cukier, mąka, chleb, słodczyce, ryż, owoce, makarony, ziemniaki

Wszystkie części układu trawienia od jamy ustnej do odbytu, włącznie z żołądkiem i jelitem, biorą udział w procesach trawienia i wchłaniania.

Choroba Leśniowskiego-Crohna może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego od jamy ustnej do odbytu. Odcinkiem przewodu pokarmowego, najczęściej objętym chorobą Leśniowskiego-Crohna, jest ostatni odcinek jelita cienkiego (*ileum terminale*) i łączący się z nim pierwszy odcinek jelita grubego (okolica krętniczko-kątni-

cza). Wrzodziejące zapalenie jelita grubego umiejscowione jest wyłącznie w jelicie grubym. Dlatego choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego w różny sposób wpływają na stan odżywienia pacjenta.

2.1 Trawienie

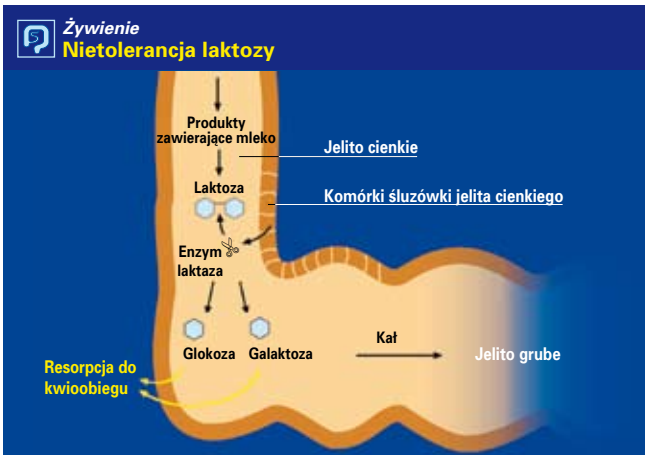
W jamie ustnej następuje rozdrobnienie pokarmu podczas żucia. W tym samym czasie jest on mieszany ze śliną, nawilżającą go i umożliwiającą połykanie. Ślina zawiera enzym zwany amylazą, która zapoczątkowuje trawienie węglowodanów (skrobi). Amylaza rozkłada skrobię i inne wielocukry do dekstryn (oligosacharydów), dwucukrów (maltozy) i cukrów prostych. Jednocześnie żucie pobudza wydzielanie różnych enzymów w przewodzie pokarmowym.

Przełknięty, przeżuty pokarm przemieszcza się przez przełyk do żołądka. Komórki nabłonka żołądka produkują różne związki chemiczne, w tym kwas solny. Ten zakwaszając treść pokarmową wspomaga działanie innego enzymu, pepsyny, który zapoczątkowuje trawienie białek. Żołądek wytwarza także substancję zwaną czynnikiem wewnętrznym (czynnik Castle'a), która ułatwia wchłanianie witaminy B12 (kobalamina) w jelicie krętym – ostatnim odcinku jelita cienkiego. Nieobecność tego czynnika powoduje, jak to ma miejsce u pacjentów po gastrektomii czyli po całkowitym usunięciu żołądka, że witamina B12 nie może zostać wchłonięta. W żołądku praktycznie nie zachodzi trawienie tłuszczu.

Częściowo strawiony pokarm, jest przechowywany w żołądku i uwalniamy małymi porcjami do dwunastnicy. W dwunastnicy, pierwszym odcinku jelita cienkiego, znajduje się ujście dróg żółciowych i przewodów trzustkowych. Wydzielina trzustkowa zawiera obok enzymów trawien-

nych także dwuwęglan sodu, który zmienia odczyn treści jelitowej z silnie kwaśnego na lekko zasadowy. Sok trzustkowy zawiera enzymy rozszczepiające białka, tłuszcze i węglowodany.

Produkt wątroby-żółć, jest gromadzona w woreczku żółciowym przed wydzieleniem jej do dwunastnicy. Żółć powoduje emulgację, rozbijając tłuszcz na najmniejsze cząsteczki rozpuszczalne w treści jelitowej. Emulgacja powoduje też, że tłuszcz jest lepiej dostępny dla enzymów trzustkowych. Błona śluzowa jelita cienkiego produkuje trawiące węglowodany enzymy, takie jak laktaza rozkładająca cukier mleka krowiego – laktozę. Łatwo jest więc zrozumieć, dlaczego każdy stan zapalny błony śluzowej jelita cienkiego zaburza zarówno produkcję enzymów jaki i wchłanianie pokarmów i innych substancji aktywnych. To może się zdarzyć w ostrym rzucie choroby Leśniowskiego-Crohna. Wrzodziejącemu zapaleniu jelita grubego nie towarzyszą zmiany zapalne w tym odcinku przewodu pokarmowego.

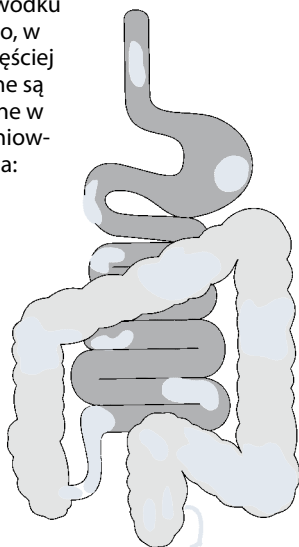


Laktaza jest produkowana przez komórki błony śluzowej jelita cienkiego. Rozkłada ona dwucukier laktozę (cukier mleczny) na jej części składowe: glukozę (zw. cukrem gronowym) i galaktozę. Glukoza i galaktoza są następnie wchłaniane do krwi.

Odcinki przewodu pokarmowego, w których najczęściej umiejscowione są zmiany zapalne w chorobie Leśniowskiego-Crohna:

Jelito cienkie i grube: 40%

Odbytnica: 11–20%



Przełyk, żołądek, dwunastnica: 3–5%

Tylko jelito cienkie: 25–30%

Tylko jelito grube: 30%

Odbytnica i prostopnica, przetoki i szczeliny odbytu, ropnie: 30–40%

Odcinki przewodu pokarmowego, w których występuje najczęściej wrzodziejące zapalenie jelita grubego:

Całkowite zapalenie jelita grubego: 10–20%



zapalenie jelita krętego (bardzo rzadkie)

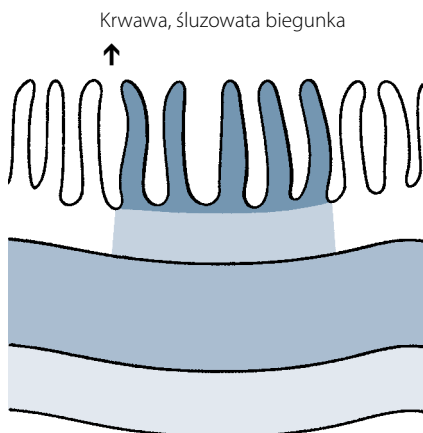
Zapalenie odbytnicy: 30–40%



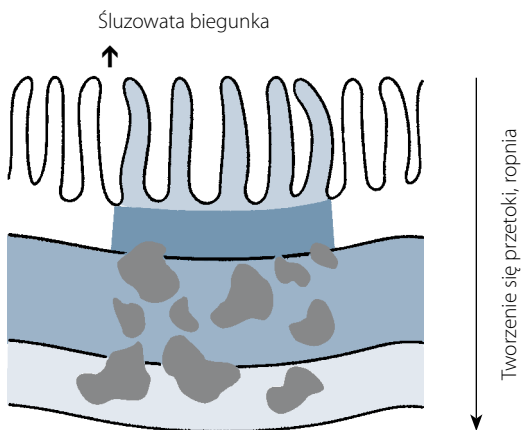
Lewostronne zapalenie jelita grubego: 30–40%



Zasięg zmian zapalnych w warstwach ściany jelita.



We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego



W chorobie Leśniowskiego-Crohna

Błona śluzowa jelita cienkiego produkuje także enzymy trawiące białka i tłuszcze. Głównym zadaniem jelita cienkiego jest wchłanianie strawionego przez enzymy pokarmu. Białka trawione są do aminokwasów, podczas gdy węglowodany do cukrów prostych, a tłuszcze do kwasów tłuszczowych i glicerolu. Dzięki silnie pofałdowanej i pokrytej kosmkami strukturze, błona śluzowa jelita cienkiego posiada dużą powierzchnię chłonną. W porównaniu do rury o gładkiej powierzchni, powierzchnia jelita cienkiego jest 600 razy większa.

Wchłanianie większości substancji odżywczych jak i innych substancji aktywnych odbywa się w dwunastnicy i w jelicie czczym – środkowej części jelita cienkiego. Witamina B12 jest wchłaniana w ostatniej części jelita cienkiego – jelicie krętym. Zapalenie lub chirurgiczne usunięcie tej części jelita skutkuje jej niedoborem i zgubną anemią. W takim przypadku pacjent musi otrzymywać zastrzyki z witaminy B12 co dwa – trzy miesiące, z reguły do końca życia. Ponad 40% pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita wykazuje niski poziom witaminy B12.

Jelito cienkie przechodzi w jelito grube. Oprócz innych funkcji jelito grube służy do absorpcji wody, co prowadzi do zagęszczenia masy kałowej. Dodatkowo absorbowane są składniki mineralne, zaś składniki odżywcze, jeśli są absorbowane, to w niewielkiej ilości. Podczas zaostrzenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego jelito wchłania mniej wody, co powoduje biegunkę.

We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego tylko jelito grube objęte jest procesem chorobowym. Ponieważ wchłanianie składników odżywczych w wyższych częściach przewodu pokarmowego nie jest zaburzone, we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego rzadziej dochodzi do niedoborów pokarmowych lub niedożywienia. W trakcie ostrego rzutu choroby jest ważne, aby jelito nie było przepełnione stolcem. W takich wypadkach pacjent musi być odżywiany pozajelitowo, z pominięciem przewodu pokarmowego – żołądka i jelita (w formie kroplówek, zawierających składniki odżywcze, substancje czynne i wodę); albo poprzez podanie doustne lub przez sondę całkowicie wchłanialnej płynnej diety – diety bezresztkowej pozbawionej błonnika. Diety te dzielimy na polimeryczne – wysokocząsteczkowe, zawierająca ewentualnie tłuszcze MCT (średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe); elementarne zawierające składniki o niskiej masie cząsteczkowej – aminokwasy, cukry proste; półelementarne o pośredniej masie cząsteczkowej. Błonnik nie jest trawiony przez układ pokarmowy człowieka i dlatego nie jest wchłaniany. Bakterie jelitowe rozkładają błonnik, co prowadzi do produkcji dwutlenku węgla, innych gazów oraz krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych. Gazy jelitowe mogą powodować bóle brzucha i wzdęcia. Jelito grube jest podzielone na kilka części i kończy się odbytnicą. Odbytnica działa jak rodzaj zbiornika, zatrzymującego stolec przed wypróżnieniem lub przemieszczającego go na zewnątrz przez odbyt.

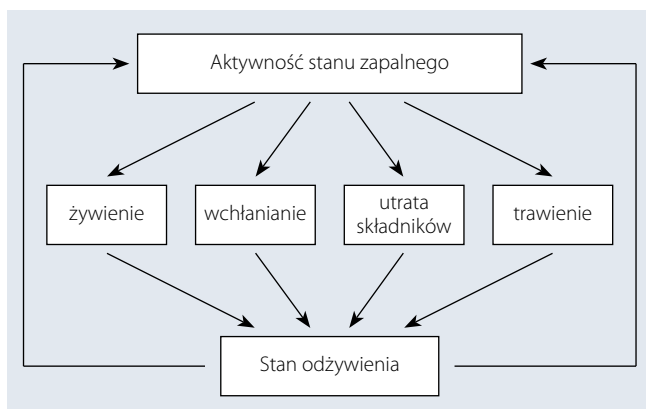
Początkowe objawy nieswoistych zapaleń jelita u 392 pacjentów

	Choroba Leśniowskiego- Crohna 279 pacjentów	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego 113 pacjentów
Biegunka	89,5%	96,4%
Krwawienie	27,3%	89,3%
Bóle brzucha	86,9%	81,3%
Ogólne złe samopoczucie	81,7%	40,2%
Utrata masy ciała	59,6%	38,4%
Bóle stawowe	29,2%	27,7%
Podwyższona temperatura ciała	24,7%	20,5%
Zmiany skórne	14,2%	15,2%
Utrata apetytu	18,7%	11,6%
Choroby oczu	3,8%	7,1%
Mdłości	28,1%	6,3%
Wymioty	20,2%	4,5%
Wrzody	25,8%	3,6%
Przetoki	39,3%	3,6%

3. Żywnienie w chorobie Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego

Przyczyny choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego pozostają do tej pory nieznanne. W żadnym przypadku przyczyną choroby nie jest żywnienie, jakkolwiek w obu chorobach można określić czynniki żywieniowe, zarówno ogólne, jak i specyficzne dla danego pacjenta, które odgrywają rolę w powstaniu i rozwoju choroby, jej klinicznym przebiegu oraz częstotliwości i ciężkości jej nawrotów.

Pomimo intensywnych badań, dokładna przyczyna leżąca u podstawy nieswoistych zapaleń jelita nie została określona. Dziedziczne skłonności na pewno odgrywają rolę. Inne czynniki w tym zakażenia bakteryjne i wirusowe, zwyczaje żywieniowe oraz nadmierna odpowiedź układu odpornościowego (reakcja autoimmunologiczna) biorą udział w rozwoju tych chorób.



Zależność pomiędzy aktywnością stanu zapalnego a stanem odżywienia

Wielu pacjentów ma nieodpowiedni stan odżywienia (nieodżywienie, niedowaga, czasem kacheksja czyli wyniszczenie). Rzeczywiście 65–75% pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita, szczególnie z chorobą Leśniowskiego-Crohna, ma niedowagę. Dodatkowo 60–80% wszystkich pacjentów cierpi na anemię.

Braki w stanie odżywienia muszą zostać wyrównane poprzez stosowanie odpowiednio dopasowanej diety lub suplementację witaminami, składnikami mineralnymi, zwiększoną podażą białka i innych źródeł energii. Niedowaga i nieodżywienie u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita nie powinno być ignorowane, gdyż objawy te osłabiają układ odpornościowy i powodują, że jelito jest bardziej podatne na zmiany zapalne.

Częstość występowania zaburzeń żywieniowych w nieswoistych zapaleniach jelita

	Choroba Leśniowskiego- Crohna	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
Niedowaga	70%	18–55%
Nietolerancja laktozy	30–40%	25–65%
Hypalbuminemia (obniżenie poziomu białka we krwi)	25–80%	0–10%
Anemia	25–80%	22–68%
Niedobór kwasu foliowego	50–79%	5–20%
Niedobór witaminy B12	16–39%	8–30%
Niedobór żelaza	10–44%	30–80%
Osteopatia	24–39%	0–15%
Niedobór istotnych kwasów tłuszczowych	2–5%	0–2%
Niedobór wapnia	20–60%	0–46%
Niedobór magnezu	30–68%	2–55%
Niedobór cynku	42–92%	12–52%

Jedną z możliwych przyczyn niedoborów żywieniowych jest ich niedostateczna podaż w diecie. Wielu pacjentów „boi” się jedzenia myśląc, że „zamiast zjeść coś co jest dla mnie niedobre, powinienem wcale nie jeść”. Dlatego jedzą za mało. Inni pacjenci mogą cierpieć z powodu różnych nietolerancji pokarmowych i muszą ograniczyć swoją dietę do określonych grup produktów. W trakcie ostrych rzutów choroby, jak i w przypadku łżejszych zmian zapalnych w obrębie jelita cienkiego, wchłanianie składników odżywczych i innych substancji aktywnych może być zaburzone lub obniżone. Jednocześnie więcej białka jest traczone przez objętą zapaleniem śluzówkę jelita. Około 50–70% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna cierpi z powodu zwiększonej utraty białka w trakcie ostrych rzutów choroby. Konsekwencją utraty białka jest m.in.: osłabienie, utrata masy ciała, osłabienie układu odpornościo-

wego i spowolnienie gojenia ran. Podczas zaostrzenia biegunka powoduje nie tylko utratę wody, ale także składników mineralnych i substancji odżywczych. Ostry rzut choroby oznacza także zwiększenie stresu dla organizmu, który zwiększa zapotrzebowanie na energię, składniki odżywcze i substancje aktywne.

Niedobór cynku występuje częściej u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, niż u cierpiących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Niedobór ten można usunąć stosując suplementację w postaci tabletek i kapsułek lub wlewów dożylnych, jako jeden ze składników żywienia pozajelitowego. Cynk ma pozytywny wpływ na przebieg procesu zapalnego i wzmocnienie układu odpornościowego organizmu. Niedobór cynku może być odpowiedzialny za trudne do opanowania biegunki, gdyż cynk jest przede wszystkim tracony ze stolcem. Uzupelnienie niedoboru cynku najczęściej szybko korzystnie wpływa na zatrzymanie biegunki.

Nie wszystkie preparaty cynku są równie dobrze przyswajane przez organizm. Jest to spowodowane tym, że są zarówno nieorganiczne, jak i organiczne związki cynku. Związki organiczne cynku, jak histydynian cynku, są łatwiej metabolizowane przez organizm niż jego nieorganiczne związki.

Skomponowanie diety bogatej w cynk jest trudne, gdyż niewiele produktów żywnościowych zawiera go w dużej ilości. Należą tu mięso, podroby, których powinno się unikać ze względu na dużą zawartość toksyn oraz ostrygi. Dieta roślinna zwykle zawiera mało cynku i może nawet hamować w wielu wypadkach jego przyswajanie.

Przyczyny zaburzeń stanu odżywienia w chorobie Leśniowskiego-Crohna.

	Zaburzenie trawienia	Wchłaniania	Utrata składników pokarmowych	Niedosteczna podaż	
Węglowodany	+++			+	
Tłuszcze	+++ →	(+) →	+++	++	
Niedobór					
Białka	++	+++	→	+++	++
Wapnia		+++	→	+++	+++
Magnezu		+++	→	++	++
Cynku		+++	→	++	++
Kwasu foliowego		+++			++
Witaminy B12		+++			++
Witaminy A		+++			++
Witaminy D		+++			++
Witaminy K		+++			++

Przyczyny zaburzeń stanu odżywienia we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego

	Zaburzenie trawienia	Wchłaniania	Utrata składników pokarmowych	Niedosteczna podaż	
Węglowodany	+++			+	
Tłuszcze	(+)	+	+++	++	
Niedobór					
Białka	++	++	→	+++	++
Wapnia		+++	→	+++	+++
Magnezu		+++	→	++	++
Cynku		+++	→	++	++
Kwasu foliowego		+			++
Witaminy B12					+
Żelaza		+			+++

Pozajelitowe powikłania nieswoistych zapaleń jelita

Przyczyna powikłania	ch L-C	WZJG	Objawy
Niedobór witamin	+	-	osteopenia, zanik mięśni, kurza/zmierzchowa ślepotą, osłabienie słuchu zależne od schorzenia ucha zewnętrznego, zaburzenia smaku, hiperkataratoza, anemia
Niedobór składników mineralnych	+	-	anemia, osteopenia, składników zaburzenia wzrastania, mineralnych utrudnione gojenie się ran, zmniejszenie liczby plemników spadek odporności.
Niedobór białka	+	-	obrzęki, niedobory białek transportujących
Utrata wody	+	+	kamica nerkowa
Niedobory kwasów żółciowych	+	-	kamica żółciowa
Utrata krwi	-	+	anemia

Cynk jest drugim, pod względem ilości śladowym pierwiastkiem w organizmie człowieka. Pełni on różne zadania w odpowiedzi immunologicznej organizmu i redukcji stanu zapalnego. Niedobór cynku często występuje u pacjentów z przetokami. U osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna zaburzenia wchłaniania cynku są spowodowane stanem zapalnym. Dodatkowo utrata cynku ze stolcem jest nienaturalnie wysoka. Niedobory cynku powinny być uzupełniane.

Gwałtowny nawrót choroby nie jest spowodowany przez „złe jedzenie lub picie”. Zarówno powstanie choroby jak i powody jej kolejnych nawrotów to procesy wieloczynnikowe. **Żywnienie i dieta, są „tylko” jedną z wielu przyczyn. Nie istnieją żadne określone potrawy, które zasadniczo wpływają na ciężkość przebiegu lub na rodzaj nawrotu choroby u wszystkich pacjentów.**

4. Żywnienie w ostrych rzutach choroby

Poza leczeniem farmakologicznym (sterydy i inne leki) nadrzędnym celem jest odciążenie chorego jelita. Nie ma sensu obciążać określonego chorego fragmentu układu pokarmowego przez pożywienie w okresie zaostrzenia choroby. Pacjent nie powinien spożywać niczego. Składniki odżywcze powinny być dostarczane w formie dojelitowych preparatów żywieniowych podawanych doustnie lub przez zgłębnik (sondę) wprowadzony przez nos do żołądka (żywnienie dojelitowe) albo bezpośrednio dożylnie (żywnienie pozajelitowe).

Odpowiednia ilość płynu musi być dostarczona, gdyż u pacjenta może dochodzić do 5, 10, a nawet 20 wypróżnień na dobę, co powoduje utratę wody i elektrolitów (sól, składniki mineralne). Podczas gdy woda i herbata są dobrze tolerowane, to soki owocowe (w szczególności z owoców cytrusowych) nie. Do herbaty można dodać odrobinę soli. Mocna kawa lub mocna herbata pobudzają jelito i dlatego powinno się ich unikać.

Żywnienie pozajelitowe lub żywnienie dojelitowe powinno trwać co najmniej od 2 do 4 tygodni. Jeżeli przez ten czas objawy choroby nie ustąpią, należy w dalszym ciągu stosować odpowiednie postępowanie dietetyczne. Jeżeli po tym czasie objawy powrócą, pacjenci powinni powstrzymać się od zwykłego jedzenia przez dłuższy czas.

5. Żywienie dojelitowe

Karmienie płynnymi preparatami żywieniowymi podawanymi doustnie lub przez zgłębnik, przynosi podobne efekty jak żywienie pozajelitowe i dlatego ta forma powinna być preferowana. Pacjent w szpitalu może słyszeć o diecie kosmonautów, diecie płynnej, karmieniu przez sondę, diecie elementarnej, polimerycznej, a nawet o wysoko i niskocząsteczkowym jedzeniu. Co oznaczają te terminy? Ogólnie odnoszą się one do różnych kombinacji płynnych mieszanek składników odżywczych i substancji aktywnych. Twórcą tego „przemysłowo produkowanego płynnego jedzenia” jest Amerykańska Agencja Przestrzeni Kosmicznej – NASA. Jako część programu kosmicznego, NASA opracowała tak zwaną dietę astronautów w oparciu o poniższe kryteria. Ponieważ przestrzeń w statku kosmicznym jest ograniczona, pożywienie powinno być w takiej formie, by można było ograniczyć „balast”, a jednocześnie dostarczyć wszystkie składniki odżywcze i inne niezbędne substancje. Dodatkowo powinno ono być również łatwo trawione i całkowicie wchłaniane.

Skład diety astronautów:

- Aminokwasy – cegiełki budujące białka
- Glukoza – węglowodany
- Minerale i pierwiastki śladowe
- Witaminy
- Woda

Z powodu takiego składu (wszystkie składniki znajdują się w formie najmniejszych cegiełek) i braku „balastu”, tzn. błonnika, mieszanka ta jest bardzo szybko i całkowicie wchłaniana w górnej części jelita cienkiego. Jelito pozostaje „w stanie spoczynku”. Stanowi to najważniejszy czynnik wpływający na skuteczność diety płynnej, stosowanej w nieswoistych zapaleniach jelita. Diety płynne podawane

doustnie lub przez zgłębnik, aby były skuteczne, muszą być całkowicie pozbawione błonnika i zupełnie wchłonięte w górnej części układu pokarmowego. Najważniejszym czynnikiem wpływającym na sukces tej metody leczenia wydaje się być brak błonnika – substancji balastowych – i związane z tym znaczące uspokojenie układu pokarmowego.

Niestety dieta astronautów była tak niesmaczna, że nigdy nie była stosowana w trakcie podróży kosmicznych. Znaczenie tej nowej formy diety było szybko docenione przez środowiska medyczne i stosowane z powodzeniem w wielu różnych chorobach. Dzisiaj tradycyjna dieta astronautów nie jest stosowana. Ponieważ dieta ta zawierała wyłącznie wolne aminokwasy, miała nieprzyjemny smak i zapach. Dzisiaj niskocząsteczkowe płynne diety zawierają oligopeptydy, których zapach i smak są lepiej tolerowane. I tak pierwotna idea rozwinęła się w kierunku poprawienia walorów smakowych. Zmieniono skład np. przez dodanie tłuszczów, dodatków smakowych. Jest wiele form płynnej diety.

5.1 Płynna dieta polimeryczna

W tych preparatach składniki pokarmowe występują w naturalnej formie. Dieta jest zbilansowana, pokrywa całkowite dzienne zapotrzebowanie pacjenta i jest pozbawiona błonnika. Kiedy mówimy, że dieta pokrywa zalecane dzienne zapotrzebowanie rozumiemy przez to, że zawiera wszystkie substancje potrzebne dla organizmu. Występują różne odmiany diety polimerycznej zawierające: błonnik, średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe. Dieta polimeryczna określana jest niekiedy jako dieta odżywcza.

5.2 *Dieta elementarna i półelementarna*

W tych dietach składniki odżywcze są poddane procesowi trawienia. Dlatego diety te są łatwiej i szybciej wchłaniane niż diety polimeryczne. Są one zbilansowane, pokrywają zalecane dzienne zapotrzebowanie pacjenta na składniki odżywcze i są pozbawione błonnika. Dieta elementarna jest podobna do opisanej powyżej diety astronautów. Czasami określana jest jako dieta chemiczna.

5.3 *Diety uzupełniające*

Poza przedstawionymi powyżej dietami, są również diety uzupełniające, które nie mogą stanowić jedyne źródła pożywienia. Mają zwykle wyższą zawartość białka i laktozy i są pozbawione błonnika. Bywają czasem określane jako suplement diety. Niektóre z tych diet zawierają karageny (substancje żelujące otrzymywane z alg).

Najważniejszą różnicą między tymi dietami a dietą elementarną jest to, że te drugie są częściowo rozłożone i wymagają mniej trawienia niż dieta polimeryczna. Zarówno dieta elementarna jak i polimeryczna jest zrównoważona i zapewnia pokrycie zalecanego zapotrzebowania organizmu na wszystkie składniki odżywcze. Ważne jest, że w czasie ostrego nawrotu choroby pacjent otrzymuje żywienie pozbawione błonnika i laktozy. Powinny być stosowane tylko preparaty pozbawione karagenu. Karagen jest dodatkiem, który jest podejrzewany o oddziaływanie na śluzówkę jelita. Dieta elementarna jest mniej smaczna niż dieta polimeryczna i dlatego zwykle podawana jest przez rurkę wprowadzoną przez nos do żołądka lub dwunastnicy. Podawanie powinno być ciągłe i odbywać się przez pompę. Istnieją diety elementarne, które mogą być podawane doustnie. Im silniejszy stan zapalny w odcinku jelita odpowiedzialnym za wchłanianie pokarmów, tym

mniejsze możliwości trawienne skutkujące słabym wchłanianiem składników odżywczych. W ciężkich stanach zapalnych powinny być stosowane diety elementarne. Ciukier zawarty w dietach jest dobrze tolerowany.

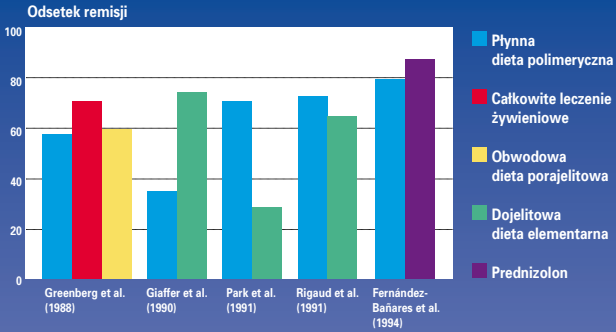
Wskazówki dla osób stosujących leczenie dojelitowe

- U pacjentów wymagających długoterminowego leczenia żywieniowego użyteczne może być założenie sondy.
- Karmienie należy zaczynać powoli od 300–500 ml na dobę i stopniowo zwiększać dawkę.
- Na początku pij po jednym łyku.
- Zapewnij odpowiednią ilość płynu.
- Wybierz preparat dostępny w wielu smakach.
- Wybierz preparat pozbawiony błonnika.
- Wybierz preparat pozbawiony laktozy.
- Wybierz preparat pozbawiony karagenu.
- Wybierz dietę, która jest zbilansowana i pokrywa zalecane dzienne zapotrzebowanie.
- Weź pod uwagę diety zawierające MCT.
- Jeśli dieta polimeryczna jest źle tolerowana, zmień na dietę elementarną.

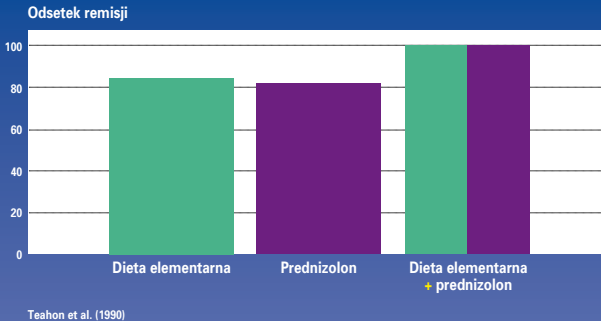
Wiele badań pokazało, że zarówno dieta elementarna jak i polimeryczna jest tak samo skuteczna w leczeniu. W ostrym rzucie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego leczenie dojelitowe jest zwykle skuteczne i żywienie pozajelitowe nie jest potrzebne.



Ch. Leśniowskiego-Crohna Leczenie żywieniowe



Aktywna postać ch. Leśniowskiego-Crohna Leczenie z żywieniem dojelitowym i/lub prednizolonem



Żywnienie dojelitowe bywa (wg wyników niektórych badań) przedkładane nad pozajelitowe. Wynika to z jego skuteczności w porównaniu do terapii prednizolonem, przy czym wydaje się być sensownym uzupełnieniem terapii farmakologicznej o leczenie żywieniowe, a nie podejmowanie oddzielnego leczenia tymi metodami.

Zwykle można uniknąć hospitalizacji, jeśli pacjent zmienia normalną dietę na leczenie żywieniowe w momencie pogorszenia stanu zdrowia. Pacjent może przedyskutować ze swoim lekarzem, czy leczenie żywieniowe ma być stosowanie doustnie, czy przez sondę w warunkach domowych¹. Największą korzyścią z leczenia dojelitowego jest to, że u pacjenta nie dochodzi do atrofii kosmków jelitowych. Atrofia kosmków to zanik tkanki odpowiedzialnej za wchłanianie składników odżywczych i wytwarzanie pewnych enzymów trawiennych. Pacjenci otrzymujący żywienie pozajelitowe dłużej niż 10 dni cierpią na atrofię kosmków i wymagają ostrożnego i długotrwałego powrotu do normalnej diety. W żywieniu dojelitowym błona śluzowa jelita jest bezpośrednio zaopatrywana w składniki odżywcze oraz substancje czynne. Trzeba podkreślić, że nie można przechowywać otwartych produktów w temperaturze pokojowej dłużej niż 12 godzin. Po upływie tego czasu powinny być wyrzucone. To co jest dobre dla pacjenta, jest dobre dla mikroorganizmów. Diety płynne powinny być przechowywane w lodówce, lecz nie należy ich spożywać zimnych. Najlepiej, gdy podaje się je po ok. 15 minutach po wyciągnięciu z lodówki. Produkty zimne należy spożywać bardzo powoli.

Korzyści z żywienia dojelitowego.

- Bardziej naturalne.
- Tańsze.
- Bezpieczniejsze
- Zbilansowane, pokrywa zalecane dzienne zapotrzebowanie
- Nie powoduje atrofii kosmków jelitowych
- Łatwiejszy powrót do normalnego żywienia

¹ W Polsce ta forma leczenia żywieniowego może być stosowana w warunkach domowych od stycznia 2007. (Przyp. tłum.)

6. Żywienie pozajelitowe

Żywienie pozajelitowe polega na podaniu wodnego roztworu wszystkich niezbędnych składników odżywczych bezpośrednio do układu krwionośnego poprzez wkłucie do żyły centralnej. W tym przypadku zarówno żołądek jak i jelita odpoczywają. Ma to swoje dobre (szybko ustępujące oznaki stanu zapalnego) i złe strony (przewód pokarmowy „rozleniwia się” i potrzebuje czasu aby podjąć ponownie czynności trawienne). Aby zapobiec temu problemowi i uniknąć atrofii kosmków jelitowych, pacjent powinien tak szybko jak jest to możliwe, być przestawiony na żywienie dojelitowe. Powinien spożywać także sucharki i białe pieczywo, jeżeli dobrze je toleruje. W niektórych przypadkach konieczne i zarazem możliwe jest zastosowanie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych. Wówczas zakłada się choremu tzw. cewnik do żywienia pozajelitowego, który jest przeważnie wszczepiony do żyły centralnej i przebiega pod skórą (tzw. tunelizacja cewnika). Służy ono pacjentowi do samodzielnego podawania mieszanin odżywczych.²

Wskazaniem do leczenia pozajelitowego są m.in.: niepowodzenie zastosowania żywienia dojelitowego, stan zapalny górnego odcinka jelita cienkiego, objawy niedrożności jelita, zrosty, przetoki (np. przetoki jelitowo-pochwowe). Preparaty zawierające oliwę z oliwek powinny być preferowane.

² przygotowywanych przez pacjenta w warunkach domowych lub dostarczanych mu z apteki. (przyp. tłum.)

7. Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe: jak długo?

Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe powinno być stosowane do momentu obniżenia wskaźników stanu zapalnego, ustąpienia biegunki oraz subiektywnego złego samopoczucia.

8. Powrót do normalnego żywienia

Wraz z poprawą ogólnego stanu pacjenta i ustąpieniem oznak stanu zapalnego można zacząć powracać do normalnej diety. Należy zacząć od słabej herbaty, sucharek, kleiku owsianego na wodzie lub białego chleba. Następnie można wprowadzać gotowane owoce (jabłka) i warzywa (marchew, ziemniaki), ryż, makaron oraz pokarmy niskotłuszczowe: ser, wędlinę, mięso, drób lub ryby. Na końcu można dodawać więcej tłuszczu np.: masła, margaryny, oliwy i zawierające więcej tłuszczu mięsa, wędliny i sery. Jeśli taka dieta jest dobrze tolerowana, pacjent może powrócić do normalnego żywienia.

W szpitalu pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelita otrzymują dietę lekkostrawną. Produkty i metody przygotowania posiłków są tak dobrane, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnych reakcji ze strony układu pokarmowego. Dieta lekkostrawna zwykle nie musi być stosowana, gdy pacjent wraca do domu. W domu pacjent powinien tylko unikać tych potraw i metod przygotowania posiłku o których wie, że mu szkodzą. W wielu szpitalach dieta pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego nie zawiera cukru i laktozy, a pacjenci otrzymują masło zamiast margaryny. Na początku tłuszcze można zastąpić średniołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi (MCT). Przejście do normalnego żywienia powinno trwać tak długo jak jest to potrzebne, a jednocześnie tak krótko jak

to możliwe. W ciągu pierwszych kilku dni nie ma możliwości zapewnić pacjentowi wymaganej podaży energii; w tym czasie żywienie dojelitowe lub pozajelitowe powinno być kontynuowane równolegle. Leczenie żywieniowe powinno być stosowane w celu zapobieżenia utracie masy ciała. Powrót do normalnej diety zawsze powinien zaczynać się stopniowo, a dieta powinna zawierać mało błonnika, cukru i laktozy. W miarę poprawy stanu zdrowia, można wprowadzać płynną dietę bogatą w błonnik rozpuszczalny, jeżeli jest dobrze tolerowany przez pacjenta.

Przejsście do normalnego żywienia:

1. herbata (z cukrem), sucharki, białe pieczywo, kleik z płatków owsianych
2. bułki, dżem, miód, gotowane warzywa i owoce (jeśli potrzeba przetarte), ziemniaki, ryż, makaron
3. chude mięso, mleko, produkty mleczne, ryby, drób, wędliny lub żółty ser, margaryna na bazie średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MTC)
4. masło, margaryna, następnie powrót do lekkostrawnej, normalnej diety.

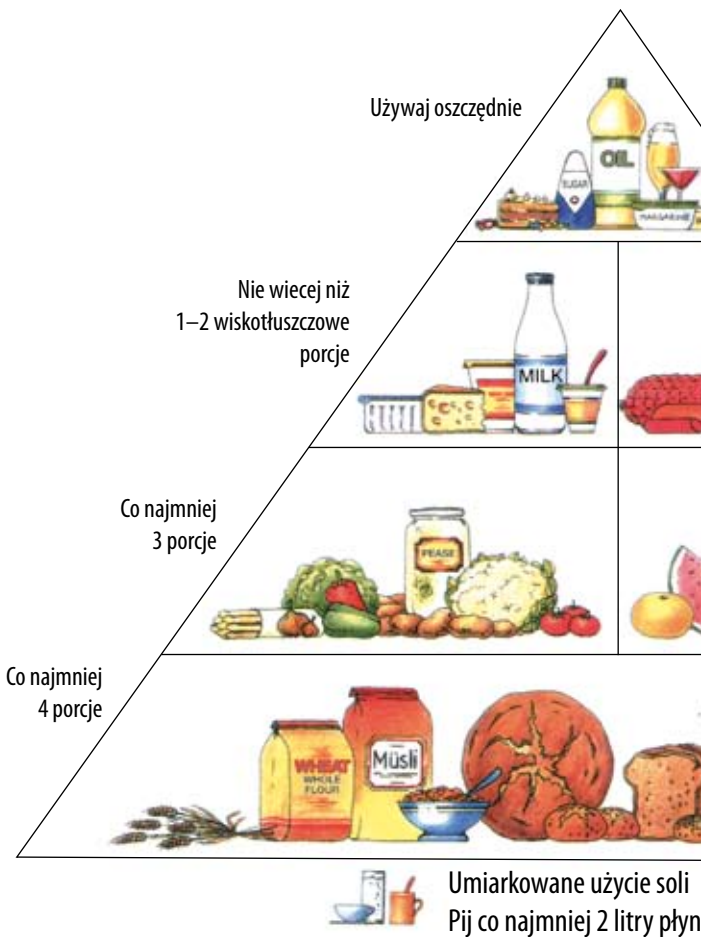
9. Porady żywieniowe i dietetyczne

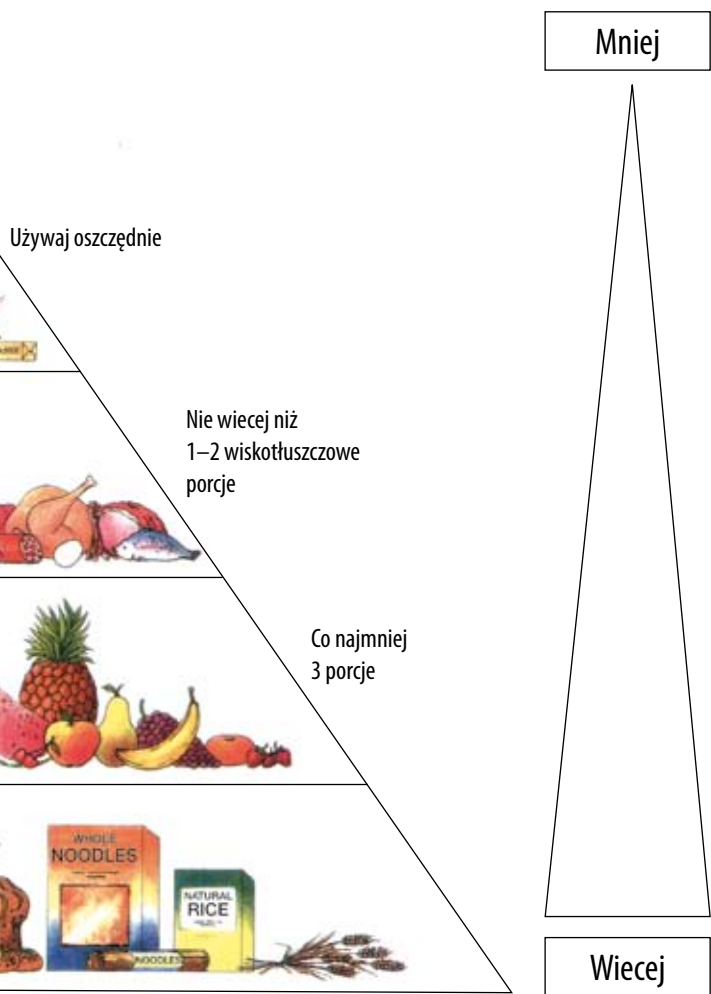
Żywienie płynną dietą przemysłową i żywienie przez sondę powinno być przedyskutowane z dietetykiem lub specjalistą od żywienia. Istotne jest aby każdy pacjent miał indywidualne konsultacje u dietetyka. Powrót do normalnej diety powinien być planowany przy współpracy lekarza, pacjenta i dietetyka oraz szpitalnej kuchni. Dietetyk powinien być do dyspozycji do końca kuracji i ustalać z pacjentem dietę na dłuższy okres czasu. Plan dietetyczny powinien być sprawdzony pod względem wpływu na serce i nerki, zawartości energetycznej diety, substancji

Piramida żywieniowa wg VFED e.V.

Wybieraj właściwie – jedz i pij wrażliwie

Codziennie





ów dziennie

odżywczych, witamin i mikroelementów. W tym samym czasie ewentualne zapotrzebowanie na suplementację witaminami, składnikami mineralnymi lub preparatami żywieniowymi powinno być przedyskutowane z lekarzem. W idealnej sytuacji, kuchnia szpitalna powinna dostarczać pacjentowi, zarówno chorującemu na chorobę Leśniowskiego-Crohna, jak i na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, „normalną dietę” w miarę ustępowania oznak zapalenia. Pacjent powinien móc opracować odpowiednią dietę przy współpracy lekarza i dietetyka.



10. Żywnienie w okresie wyciszenia choroby (remisji)

Każdy pacjent zadaje sobie pytanie, jakich czynników należy unikać, by zapobiec nawrotom choroby. Oprócz stosowania leków takich jak sulfasalazyna lub mesalazyna (kwas 5-aminosalicylowy), nie ma żadnej formy żywienia lub diety, która mogłaby zapobiec nawrotowi zapalenia u pacjentów chorych na nieswoiste zapalenia jelita. Przyjmowanie kwasu foliowego jest zmniejszone u pacjentów przyjmujących sulfasalazynę; dlatego uzupełnienie podaży kwasu foliowego jest u nich korzystne.

10.1 Właściwa masa ciała jest ważna

Dobry stan odżywienia pozwala zachować ogólny dobry stan zdrowia. Dlatego pacjent w optymalnym stanie odżywienia może lepiej radzić sobie ze skutkami stanu zapalnego niż osoba niedożywiona. Pacjenci z niedowagą w okresach wolnych od objawów choroby mogą tracić więcej na wadze w czasie zaostrzenia choroby. Ważne jest, aby masa ciała pacjenta była zbliżona do normalnej wagi stosowanie do wzrostu i budowy ciała. Masa ciała nie powinna być więcej niż o 20% niższa od normalnej. Nieznaczna nadwaga (do 10% powyżej normalnej masy ciała) nie wymaga stosowania diety odchudzającej. W rzeczywistości ci pacjenci są szczęśliwcami z powodu swojej masy ciała. Nieznaczna nadwaga jest magazynem energii. Utworzenie magazynu energii jest przydatne w okresach zaostrzenia choroby.

Normalna masa ciała w kilogramach (indeks Broca)

Wzrost w centymetrach minus 100

Przykład wzrost: 176 cm

Właściwa masa ciała $176 - 100 = 76$

Właściwa masa ciała wynosi 76 kg

Obecna masa ciała nie powinna być niższa o więcej niż 20% od właściwej

Dla osób zbyt niskich lub zbyt wysokich, indeks Broca będzie wskazywał wagę nieodpowiednią (zaniżoną lub zawyżoną). Dlatego nie nadaje się on dla osób poniżej 160 cm i powyżej 190 cm wzrostu. Indeks stanowi dobrą wskazówkę/punkt odniesienia do określenia prawidłowej masy ciała.

Inną metodą określania prawidłowej masy ciała jest tak zwany indeks masy ciała (BMI – body mass index). Wzór według którego obliczmy BMI przedstawiamy:

$$\text{BMI} = \frac{(\text{masa ciała w kg})}{(\text{wzrost w m})^2}$$

Wskaźnik BMI nie powinien być niższy niż 19 i wyższy niż 25.

10.2 Zapotrzebowanie energetyczne

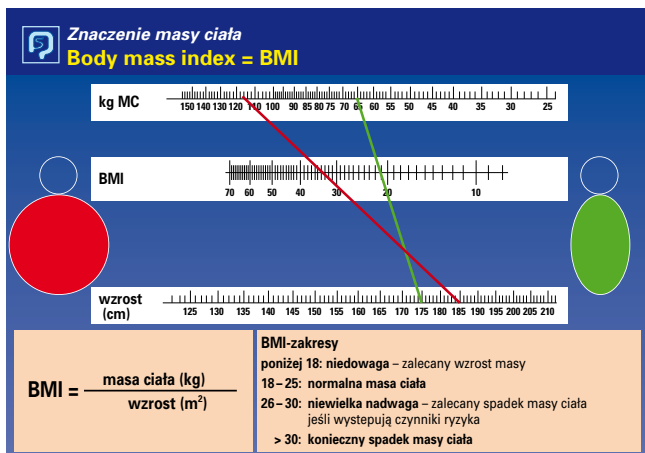
Każda osoba ma indywidualne zapotrzebowanie na energię. Zależy ono od takich czynników jak: wiek, płeć, stopień aktywności fizycznej, wzrost i masa ciała. Procesy zapalne zwiększają zapotrzebowanie energetyczne. Zapotrzebowanie energetyczne pacjentów chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego można prosto obliczyć na podstawie poniższego wzoru:

Masa ciała w kilogramach

Pomnożona przez 38 (w okresie remisji dla pacjentów o normalnej wadze)

Pomnożona przez 45 (w okresie zaostrzenia choroby lub w okresie remisji dla pacjentów z niedowagą)

= dzienne zapotrzebowanie energetyczne w kilokaloriach (kcal).



W celu zwiększenia masy ciała o jeden kilogram, konieczne jest dostarczenie dodatkowo 7 000 cal, ponad aktualne zapotrzebowanie energetyczne.

Przykład

Jeśli chcemy przytyć o 4 kg, trzeba dostarczyć dodatkowo, ponad normalne zapotrzebowanie 28 000 kcal ($4 \times 7\,000 = 28\,000$).

Jeśli osoba potrzebuje dziennie 2 000 kcal, a dostarcza 2 560 kcal, nadmiar energii wynosi 560 kcal/dobę ($2\,560 - 2\,000 = 560$).

W tym przypadku oczekiwany przyrost masy ciała osiągnięty zostanie po 50 dniach ($560 \times 50 = 28\,000$, $28\,000 : 7\,000 = 4$).

Metody uzyskania przyrostu masy ciała powinny być indywidualnie ustalane z lekarzem lub dietetykiem. Stosowanie płynnych diet przemysłowych może być w tych przypadkach przydatne. Wiele danych świadczy o tym, że dieta bogata w błonnik, wysokokaloryczna bogato białkowa, ale uboga w cukier ma korzystny wpływ w takich przypadkach.

Zapotrzebowanie energetyczne

grupa	wiek	mężczyźni	kobiety
Niemowlęta	0–4 miesięcy		550 kcal
	4–12 miesięcy		800 kcal
Dzieci	1–4 lata		1300 kcal
	4–7 lat		1 800 kcal
	7–10 lat		2 000 kcal
	10–13 lat	2 300 kcal	2 200 kcal
Młodzież	13–15 lat	2 500 kcal	2 300 kcal
	15–19 lat	3 000 kcal	2 400 kcal
Dorośli	19–25 lat	2 600 kcal	2 200 kcal
	25–51 lat	2 400 kcal	2 000 kcal
	51–65 lat	2 200 kcal	1 800 kcal
Seniorzy	Ponad 65 lat	1 900 kcal	1 700 kcal
Kobiety w ciąży	Dodatkowo 300 kcal powyżej 4 miesiąca ciąży		
Kobiety karmiące	Dodatkowo 600 kcal		
Osoby chore na nieswoiste zapalenie jelita	Dodatkowo 10–20% zapotrzebowania		

Przedstawione zapotrzebowanie kaloryczne dotyczy osób niewykonyjących wyczerpującej pracy fizycznej. Chorzy na chorobę Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego powinni spożywać o 10–20% energii więcej. Osoby wykonujące umiarkowany lub duży wysiłek fizyczny powinny dodatkowo spożywać odpowiednio 500 lub 1 000 kcal dziennie.

10.3 Pacjenci chorzy na nieswoiste zapalenia jelita potrzebują więcej białka

Pacjenci chorzy na nieswoiste zapalenie jelita powinni spożywać około 1,2 grama białka na kilogram masy ciała (około 75 gramów jest wymagane dla osoby o wadze 62 kg), co może być łatwo zaspokojone przez normalną dietę. Wegetarianie mogą napotkać problemy w zaspokojeniu tych potrzeb i powinni planować dietę bardzo uważnie w konsultacji z dietetykiem.

Pokarmy bogate w białko:

- Mięso (20–25 gramów białka w 100 gramach surowego mięsa)
- Ryby (20–28 gramów białka w 100 gramach surowego produktu)
- Drób (22–28 gramów białka w 100 gramach surowego mięsa)
- Jaja (jedno jajo dostarcza około 7 gramów białka)
- Mleko i produkty mleczne (1 szklanka mleka lub jogurtu dostarcza 5 gramów białka; jeden plasterk sera 5–10 gramów)
- Tofu (twaróg sojowy: 100 gramów zawiera 7 gramów białka)

Zawartość białka w innych produktach spożywczych można znaleźć w tabelach wartości odżywczej produktów lub na opakowaniach produktów spożywczych.

10.4 Wpływ żywienia na nieswoiste zapalenia jelita

Podczas gdy wiele danych pokazuje wpływ żywienia na przebieg choroby Leśniowskiego-Crohna, to w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego sytuacja nie jest jasna. Statystycznie, żywienie pacjentów z wrzodziejącym

zapaleniem jelita grubego (zarówno przed ujawnieniem się choroby jak i po postawieniu rozpoznania) mniej odbiega od tak zwanej „normalnej diety” niż u pacjentów z chorobę Leśniowskiego-Crohna. Wydaje się, że w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego osoby, które były karmione piersią w okresie niemowlęcym, są w pewnym stopniu chronione przed rozwojem choroby. Ostatnio podobną zależność zauważono w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna. Wiadomo, że mleko matki zapobiega infekcjom i pomaga w dojrzewaniu śluzówki jelita. Nie może to zmienić sytuacji osób dorosłych.

10.5 Kolektomia u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

U pacjenta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, u którego dokonano usunięcia całego jelita grubego (tzw. kolektomii), wraz z wytworzeniem czasowego sztucznego odbytu (czyli stomii), dieta powinna być dokładnie omówiona z lekarzem i dietetykiem. Skutki uboczne kolektomii, związane ze sposobem żywienia, są u każdego pacjenta indywidualne i zróżnicowane. Nietolerancja wielu produktów spożywczych może być bardzo różna u poszczególnych pacjentów.

10.6 Jak poznać co możesz, a czego nie powinieneś jeść?

Najważniejszą wskazówką dla pacjentów chorych na nieswoiste zapalenie jelita jest:

Jedz wszystko, na co masz ochotę i co dobrze tolerujesz ale prowadź swój „dzienniczek żywieniowy”.

Nikt nie może powiedzieć, jakie produkty lub metody ich przyrządzania będziesz lub nie będziesz tolerował – albo które będą powodować dolegliwości, takie jak: bóle brzucha, wzdęcia lub biegunkę. Lista produktów, które statystycznie są źle tolerowane przez pacjentów, nie jest pomocna i wywołuje tylko „strach przed jedzeniem”. Nikt, ani twój lekarz, dietetyk, a w żadnym przypadku książka, czy inny chory, nie może powiedzieć jakie produkty będziesz dobrze tolerował. Musisz do tego dojść samodzielnie.

Prowadź dokładny dzienniczek żywieniowy. Prowadź długoterminowe zapiski o tym co i kiedy jesz lub pijesz. Dodawaj do nich komentarze (dotyczące stolca: miękki, cienki, płynny; bóli brzucha; wzdęć oraz innych objawów i zanotuj czas ich wystąpienia). Jeśli będziesz tak postępować, szybko dowiesz się jakich produktów nie tolerujesz. Całkowicie ich unikaj! Po paru tygodniach można ponownie przetestować te same produkty. Nietolerancja często przemija. Produkty często źle tolerowane to:

Warzywa strączkowe, surowe warzywa, soki owocowe (szczególnie z owoców cytrusowych), owoce cytrusowe (pomarańcze, grappefruity, mandarynki, cytryny), kiszona kapusta, cebula, tłuste i kwaśne potrawy oraz mleko (przy nietolerancji laktozy). Żadne ogólne zasady nie mogą być podane. Każdy pacjent reaguje inaczej.

W przypadku zaostrzenia powinno się zacząć od produktów dobrze tolerowanych. Gotowane mięso, ryby, drób, ryż, makarony oraz lekkostrawne gotowane owoce i warzywa zwykle są dobrze tolerowane. Plan dietetyczny jest rozszerzany o chleb, bułki, masło, dżem, miód, wędliny i sery. Jeśli czujesz się dobrze i nie pojawiają się nowe objawy, możesz dodawać nowe produkty co dwa – trzy dni. Jeśli nie pojawią się problemy, nowe produkty można uznać za dobrze tolerowane i w przeciągu 2–3 dni spróbować spożywać inne produkty. Zmniejszanie dawek sterydów może wpływać na nasilenie objawów i zaciemnić efekty sprawdzania tolerancji pokarmów.

Dzienniczek służy do dokładnego określenia spożycia energii, produktów odżywczych i substancji aktywnych. Oprócz dzienniczka powinno się zapisywać codziennie dokładną masę ciała.

10.7 *Napoje*

Pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelita potrzebują tyle samo płynów, co osoby zdrowe – 1,5 litra na dobę. W czasie zaostrzenia choroby trzeba spożywać ich więcej, aby uzupełnić płyn tracony w trakcie biegunki. Dokładna ilość płynów, która musi być spożyta, powinna być omówiona z lekarzem. Utrata masy ciała w trakcie zaostrzenia choroby jest z reguły spowodowana utratą wody. Soki owocowe (szczególnie z owoców cytrusowych) podrażniają jelito u wielu pacjentów. Mocna kawa i herbata pobudzają perystaltykę (ruch robaczkowy jelita) i mogą przedłużać lub wzmacniać biegunkę. Napoje alkoholowe mogą powodować takie same problemy jak u osób zdrowych. W każdym razie nie stwierdzono zależności między alkoholem i wystąpieniem nieswoistego zapalenia jelita.

10.8 *Nieswoiste zapalenia jelita u dzieci*

U dzieci cierpiących na nieswoiste zapalenia jelita często występuje niedobór wzrostu spowodowany niedostateczną podażą energii, składników odżywczych i składników aktywnych. Optymalne leczenie farmakologiczne i leczenie żywieniowe, w postaci preparatów podawanych doustnie lub przez sondę, albo żywienie pozajelitowe skutkuje normalizacją wzrastania i dojrzewania płciowego.

11. Choroby i objawy towarzyszące

11.1 Niepożądane efekty spowodowane sterydoterapią

Związki kortyzonu są często niezbędne w leczeniu nieswoistych zapaleń jelita. Stosowanie kortyzonu wywiera zarówno pożądane jak i niepożądane efekty. Wielu pacjentów obserwuje wzrost apetytu i masy ciała. Kortyzon powoduje wzrost wiązania wody w tkankach, co skutkuje wzrostem masy ciała. Kortyzon wpływa także na metabolizm tłuszczów i powoduje otyłość brzuszną. Ważne jest, aby pacjent nie utracił kontroli nad jedzeniem. Kiedy czujesz się głodny powinieneś zjeść raczej owoce, warzywa i pieczywo, a nie czekoladę, ciastko czy „fast food”. W większości przypadków masa ciała pacjenta powraca do wyjściowego poziomu po zakończeniu kuracji lub zmniejszeniu dawek leku. Sterydy również zwiększają zapotrzebowanie organizmu na wapń, co może prowadzić do odwapnienia kości (osteoporozy). Dlatego pacjenci przyjmujący sterydy przez długi czas, powinni zwracać uwagę na to, czy otrzymują odpowiednie dawki wapnia. Produkty bogate w wapń to wszystkie produkty mleczne, szczególnie sery. Jeżeli mleko i jego przetwory nie są dobrze tolerowane, codzienne zapotrzebowanie na wapń powinno być uzupełniane preparatami np. w postaci tabletek musujących.

11.1.1 Cukrzyca spowodowana kortykoterapią

Sterydy to hormony wpływające na zwiększenie zapotrzebowania organizmu na insulinę. Długotrwałe przyjmowanie dużych dawek sterydów może skutkować rozwinięciem indukowanej przez sterydy cukrzycy (cukrzyca sterydowa). Insulina produkowana jest w trzustce przez komórki beta w wysepkach Langerhansa. Leczenie sterydami powoduje przeciążenie tych komórek. Dlatego produkowana jest niedostateczna ilość insuliny i cukrzyca może się rozwinąć. Wysokie dawki sterydów są często potrzebne w leczeniu nieswoistych zapaleń jelita; dlatego nie można uniknąć tego niekorzystnego efektu. Pacjenci cierpiący na sterydopochodną cukrzycę stają się zależni od insuliny i muszą stosować dietę wskazaną przy tej chorobie. Pacjenci ci wymagają indywidualnej diety i konsultacji diabetologa.

11.2 Nietolerancja laktozy/niedobór laktazy

Pacjenci chorzy na chorobę Leśniowskiego-Crohna w okresie ostrych rzutów choroby często rozwijają nietolerancję laktozy (cukru mleka krowiego). Mniejsza aktywność laktazy może być spowodowana procesem zapalnym, co skutkuje niemożnością strawienia laktozy do jej składowych: glukozy i galaktozy. Laktoza jest trawiona przez enzym zwany laktazą, który jest produkowany przez komórki nabłonkowe w jelicie cienkim. Nabłonek zajęty zapaleniem produkuje mniej laktazy. Powoduje to, że więcej laktozy dociera do niższych partii jelita, powodując zatrzymywanie wody. Bakterie w jelicie trawią laktozę, produkując kwasy takie jak kwas mlekowy, który wzmacnia ruch robaczkowy (perystaltykę) jelita. Zwiększona ruchliwość jelita i zwiększone zatrzymywanie wody powoduje biegunkę. W czasie zaostrzenia choroby zalecane jest unikanie mleka i produktów mlecznych i innych pokarmów

zawierających mleko, takich jak: budynie, torty i czekolady w celu zapobieżenia wzmożonym biegunkom. Powrót do normalnej diety, następujący po ustąpieniu zapalenia, powinno rozpoczynać się od diety ubogiej w laktozę. U pacjentów chorujących na nieswoiste zapalenia jelita nietolerancja laktozy występuje z tą samą częstością, co w całej populacji. To, że laktoza jest źle tolerowana w czasie zaostżenia choroby nie oznacza, że stan ten będzie się utrzymywał w okresie remisji. Jest jednak grupa pacjentów, która cierpi na stałą nietolerancję laktozy. Test na nietolerancję laktozy polega na podaniu dużej dawki laktozy. Normalnie, laktaza trawi laktozę do cukrów prostych, glukozy i galaktozy, które przenikają do krwioobiegu powodując wzrost ich stężenia we krwi. Jeśli poziom tych cukrów we krwi nie wzrasta po podaniu laktozy, oznacza to, że nie jest ona trawiona, a pacjent cierpi na nietolerancję laktozy.

Co wolno i nie wolno przy nietolerancji laktozy:

Unikanie mleka, produktów mlecznych i produktów z niego zrobionych. Produkty z kwaśnego mleka (jogurt i sery) są zwykle tolerowane.

Sprawdź swoją osobniczą tolerancję na laktozę.

Zastąp laktazę jej preparatami dostępnymi w aptece.

Całkowite unikanie mleka i jego przetworów jest sprawą dyskusyjną. Rola mleka i produktów mlecznych wyklucza ich całkowite usunięcie z diety. Pacjenci, którzy nie tolerują mleka i nabiału powinni spróbować zmniejszyć nietolerancję laktozy przyjmując preparaty laktazy takie jak Lactaid (oczyszczony enzym, mający aktywność laktazy, uzyskiwany z drożdży) lub Lactosanol. Preparaty laktazy są uważane za suplementy diety, a nie leki.

11.3 *Uczulenie na białka mleka*

Białka mleka krowiego mają ogromne znaczenie we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, a uczulenie na nie jest znacznie częstsze niż w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna. Wielu pacjentów nie toleruje białka mleka i z tego powodu musi ich unikać. Białka te są obecne w mleku, jego przetworach i wielu produktach gotowych. Badania pokazują, że u pacjentów stosujących dietę bezmleczną rzadziej dochodzi do nawrotów choroby, oraz szybciej kończy się faza zaostrzenia. Dlatego w okresie zaostrzenia choroby polecana jest dieta bezmleczna.

Pacjenci cierpiący na wrzodziejące zapalenie jelita grubego często wytwarzają przeciwciała przeciwko białkom mleka i powinny być u nich wykonywane testy na obecność tych przeciwciał. Jeśli wynik testu jest dodatni, powinni oni bezwzględnie unikać mleka, jego przetworów i produktów zawierających mleko.

Badania statystyczne wykazują, że wielu pacjentów chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna było karmionych mlekiem krowim w okresie niemowlęctwa. Mleko matki jest najlepszym zabezpieczeniem dla wszystkich dzieci (włączając dzieci matek z chorobą Leśniowskiego-Crohna) przed zachorowaniem na nieswoiste zapalenia jelita.

11.4 *Biegunka chologenna/tłuszczowa/tłuste stolce/ średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe – MCT*

Sole żółciowe produkowane w wątrobie są wchłaniane w końcowym odcinku jelita cienkiego (ileum terminale). Jeśli śluzówka tej części jelita jest objęta stanem zapalnym albo ileum terminale zostało usunięte w trakcie zabiegu chirurgicznego, sole te przechodzą do okrężnicy i są tracone ze stolcem. Pula soli żółciowych zmniejsza się i ich stężenie w

żółci maleje. Gdy dochodzi do takiej sytuacji absorpcja tłuszczu w jelicie jest mniej wydajna i pacjent wydalą stolce tłuszczowe. Kwasy żółciowe pobudzają perystaltykę jelita grubego i hamują wchłanianie wody. To wzmacnia biegunkę. Zwiększona utrata tłuszczu jest obserwowana u 30–40% pacjentów cierpiących na chorobę Leśniowskiego-Crohna. Biegunka tłuszczowa wiąże się także ze zwiększoną utratą witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (witaminy A, D, E i K).

Zapobieganie biegunce tłuszczowej (chologennej):

Ograniczenie spożycia tłuszczu (unikanie tłustego jedzenia, tłuszczu do gotowania/smażenia i smarowania).

Tabele dietetyczne są przydatne w określaniu względnej zawartości tłuszczu w pożywieniu. Masło, margaryna i oleje mogą być zastąpione średniołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi (MCT). Pacjenci z niedowagą, którzy przy stosowaniu diety ubogotłuszczowej mogą otrzymywać niedostateczną podaż kalorii, powinni uzupełniać zapotrzebowanie kaloryczne preparatami żywieniowymi zawierającymi MCT.

MCT jest skrótem oznaczającym średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe „medium-chain triglycerides” (tłuszcze obojętne). W przeciwieństwie do normalnych tłuszczu zawartych w diecie (długołańcuchowych kwasów tłuszczowych – „long-chain triglycerides” = LCT), MCT są wchłaniane w górnej części jelita cienkiego niezależnie od obecności soli kwasów żółciowych. Prawie wszystkie tłuszcze zawierają substancje zwane trójglicerydami, które zawierają trzy cząsteczki kwasów tłuszczowych związanych z glicerolem. MCT są lepiej wchłaniane niż LCT. Ważne jest, aby margaryny i olej z MCT były dozowane stopniowo. MCT

nie powinny podlegać obróbce w wysokiej temperaturze i dlatego nie nadają się do smażenia. Powinny być dodawane do potraw po ich przyrządzeniu.

Ostatnio na rynku pojawiły się nowe produkty zawierające MCT, które w odróżnieniu od Ceresu dostarczają dostateczną ilość kwasu linolenowego i niezbędnych składników odżywczych. Są one także trwalsze w wyższej temperaturze i dlatego mogą być stosowane do smażenia. Produkty zawierające te tłuszcze to: margaryna, olej, masło orzechowe, krem z indyka, sery topione⁴.

Cholestyramina jest lekiem często stosowanym w leczeniu biegunki tłuszczowej. Wiąże ona sole kwasów żółciowych i pomaga zwalczyć biegunkę⁵.

11.5 Zalecenia dla pacjentów ze zwężeniami jelita

U niektórych pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita występują zgrubienia ściany jelita i przewężenia jego światła. Pacjenci ci powinni unikać pokarmów bogatych w błonnik, takich jak: skórki jabłek, pomidorów i papryki, sałaty i kapusty, szparagów, skorzonery, szpinaku, boćwiny (liści buraków), owoców cytrusowych, produktów pełnoziarnistych, orzechów, nasion, grzybów, kukurydzy, suszonych owoców, skórek owocowych i pestek (owoców bogatych w pestki), pieczarek konserwowych, ogórków. Osoby, u których stwierdzono zwężenia jelita ryzykują wystąpienie jego niedrożności. Tego powikłania można uniknąć przez rozdrabnianie i przecieranie bogatego w błonnik pokarmu lub przez usuwanie pestek z owoców i warzyw.

⁴ nie wszystkie te produkty są ogólnodostępne w Polsce. (przyp. tłumacza)

⁵ cholestylamina ma jednak liczne przeciwwskazania i działania uboczne oraz zmniejsza wchłanianie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach i żelaza (przyp. tłumacza)

11.6 Kwas szczawiowy i kamica nerkowa

Pacjenci chorzy na nieswoiste zapalenia jelita, w szczególności chorzy na chorobę Leśniowskiego-Crohna, mają tendencję do tworzenia kamieni nerkowych (złogów szczawianowych) z częstością 20–70 razy większą niż osoby zdrowe. U osób zdrowych kwas szczawiowy, główny składnik tych kamieni, wiąże wapń w jelicie i tworzy szczawian wapnia, nierozpuszczalny związek, który nie jest wchłaniany przez organizm i jest wydalany ze stolcem. Kwas szczawiowy, obecny w wielu produktach, jest także produktem rozpadu witaminy C. Ponieważ pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego często cierpią na zaburzenia w trawieniu tłuszczu, niestrawione tłuszcze przechodzą do niższych części jelita, wiążą wapń i zmniejszają jego stężenie w jelicie. W rezultacie mniejsza ilość kwasu szczawowego jest związana z wapniem, a jego nadmiar jest wchłaniany z jelita do krwi. Kiedy kwas szczawiowy dociera do nerek, może powodować tworzenie się w nich kamieni nerkowych. Pacjenci, którzy mają zaburzone trawienie tłuszczu powinni stosować dietę zawierającą MCT, bogatą w wapń i ubogą w kwas szczawiowy.

Zaburzenia wchłaniania soli kwasów żółciowych sprzyjają także powstawaniu kamieni żółciowych.

Pokarmy bogate w kwas szczawiowy

Nie wskazane:

Rabarbar

Szpinak

Boćwina

Orzechy

Kakao/czekolada

Buraki

Mniszek lekarski

pokarmy bogate w wapń

Zalecane:

Mleko

Jogurt

Produkty mleczne

Sery, szczególnie twarde

12. Wpływ żywności i jej składników

12.1 Czy powinno się unikać margaryny?

Niektórzy spekulują, że chemicznie modyfikowane tłuszcze (np. oleje są utwardzane w procesie produkcji margaryny, aczkolwiek są margaryny nieutwardzane) mogą sprzyjać rozwojowi choroby Leśniowskiego-Crohna (ale nie wrzodziejącemu zapaleniu jelita grubego). Opiera się to na badaniach stwierdzających dodatni związek między spożyciem margaryny, a częstością występowania choroby Leśniowskiego-Crohna. Szwecja, gdzie jest najwyższe spożycie margaryny w Europie, ma także najwyższą zachorowalność na chorobę Leśniowskiego-Crohna. We Francji, gdzie spożycie margaryny jest mniejsze, jest mniej przypadków tej choroby.

Chcąc być ostrożnym, pacjenci mogą rozważyć spożywanie masła zamiast margaryny. Masło zawiera niewielką ilość laktozy i białek mleka krowiego. Do smażenia lepiej nie stosować uwodnionych tłuszczów (olej kokosowy, olej palmowy), zastępując je innymi olejami roślinnymi (olej kukurydziany, słonecznikowy, sojowy lub oliwa z oliwek).

Masło jest łatwiej trawione niż tłuszcze zawarte w margarynie. Problem może pojawić się tylko u pacjentów z nietolerancją laktozy, którzy mogą źle reagować nawet na niewielką ilość laktozy zawartą w maśle.

12.2 Jaki jest wpływ błonnika?

Błonnik to niestrawialne, roślinne substancje włókniste. Produkty bogate w błonnik to m.in. pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa strączkowe, owoce, inne warzywa i ziemniaki.

W wielu badaniach wykazano, że u pacjentów stosujących dietę bogatą w błonnik, jeśli dochodzi do nawrotów choroby to są one łagodniejsze, co szczególnie dotyczy pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Ponieważ przyczyny nieswoistych zapaleń jelita nie są jeszcze ustalone, jednym z możliwych, diskutowanych czynników może być zmniejszona ilość błonnika w diecie i zwiększona ilość rafinowanych cukrów. Przyczyna korzystnego wpływu błonnika nie jest jasna. Błonnik wiąże w jelicie wiele substancji w tym toksyny, które zatrują organizm. Interesujące jest, że na ogół, źle trawione substancje są z reguły dobrze tolerowane przez pacjentów chorych zarówno na chorobę Leśniowskiego-Crohna, jak i na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Jest wiele lekkostrawnych, dobrze tolerowanych produktów bogatych w błonnik, takich jak: banany, gotowane warzywa i owoce, pełnoziarniste pieczywo tostowe, ziemniaki puree, płatki owsiane (kleik), mus jabłkowy, drobno zmielona mąka z pełnego ziarna i pieczywo z niego zrobione. Dieta bogata w błonnik nie musi się wyłącznie opierać na ogólnie znanych przykładach produktów wysokobłonnikowych, takich jak: pełnoziarniste pieczywo, kiszona kapusta, czy inne potrawy z kapusty.

Jedynym przypadkiem, kiedy pacjenci powinni unikać diety bogatej w błonnik, to ostre rzuty choroby i okres stopniowego powrotu do zwykłej diety, a także w przypadku stwierdzenia przewężeń jelita. Błonnik potrzebuje płynu do tego by napęczniał, dlatego należy spożywać odpowiednią ilość płynów. Dotyczy to szczególnie spożywania preparatów zawierających błonnik. Substancje wypełniające są rozkładane przez bakterie jelitowe do krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych. Kwasy te odżywiają błonę śluzową jelita, która je pobiera i przekształca w energię.

12.2.1 Substancje wypełniające

Niektóre rodzaje błonnika, chłonąc wodę pęcznieją. Spożywanie tych substancji (takich jak: pektyny, otręby owsiane, gumy, mąka z babki jajowatej) zagęszcza stolec i może być korzystne dla pacjentów z luźnymi stolcami w okresach remisji. Nawet tarte jabłka i zmiksowane banany lub marchewka mają znaczną zawartość substancji wypełniających, które wiążą wodę i mogą być stosowane w celu zmniejszenia biegunki. Substancje te mają działanie buforujące czyli działają w dwóch kierunkach zmniejszając biegunkę i zapobiegając zatwardzeniu, gdyż wiążąc wodę – zagęszczają luźne stolce i rozluźniają twarde. W ramach terapii dodatkowej, przy nieswoistym zapaleniu jelita, substancje wypełniające takie jak otręby z nasion babki jajowatej, czy inulina są pomocne w leczeniu i godne polecenia.

Produkty bogate w błonnik:

- Produkty pełnoziarniste (np. pełnoziarniste pieczywo)
- Rośliny strączkowe
- Warzywa (szczególnie kapustne)
- Owoce (szczególnie owoce jagodowe)
- Ziemniaki
- Preparaty zawierające błonnik

12.2.2 Prebiotyki

Niektóre rodzaje błonnika pokarmowego nazywane są prebiotykami. Wiele produktów mlecznych takich jak np. jogurt mają oznaczenie: „zawierają prebiotyki”. Prebiotyki to rodzaj błonnika, który służy jako pokarm bakteriom jelitowym. Wspomagając rozwój fizjologicznej flory bakteryjnej zapobiegają rozwojowi chorobotwórczych szczepów bakterii i grzybów. Niektóre przemysłowe preparaty ży-

wieniowe zawierają prebiotyki. Prebiotyki są trawione przez bakterie jelitowe do krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych, takich jak kwas masłowy, które są absorbowane przez komórki nabłonka jelita grubego. Prebiotyki wspomagają jelitową florę bakteryjną, co pomaga zarówno systemowi odpornościowemu jelita, jak i samym komórkom nabłonka.

12.3 Czy cukier jest odpowiedzialny za chorobę Leśniowskiego-Crohna?

Wiele badań mogłoby wskazywać na to, że pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna spożywali większe ilości cukru lub produktów bogatych w cukier (np. żelki, słodzone napoje, coca-cola lub ciastka) niż ogólna populacja, zarówno przed, jak i po ujawnieniu się choroby. Dodatkowo wielu pacjentów źle toleruje cukier. W jelicie cukier zwiększa przepuszczalność śluzówki, prawdopodobnie powodując większe wchłanianie trucizn (toksyn) i alergenów (substancji uczulających). Duże spożycie cukru zmienia także skład flory bakteryjnej jelita. Osoby, które źle tolerują cukier powinny spożywać jego zamienniki takie jak: aspartam, cyklaminy, sacharyna, acesulfam K. Substancje te nie stanowią żadnego zagrożenia dla zdrowia pacjenta. Miód, syrop, soki zagęszczone, czy ciemny cukier mają skład podobny do cukru rafinowanego i powodują takie same niepożądane skutki u pacjentów źle tolerujących cukier. Pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelita powinni unikać zamienników cukru takich jak fruktoza, sorbitol, ksylitol, lub izomaltoza, ponieważ substancje te, spożywane w nadmiernej ilości mogą powodować biegunkę. Dlatego też pacjenci powinni unikać produktów dla diabetyków zawierających te substancje.

Każdy pacjent powinien sprawdzić czy dieta uboga w cukier skutkuje w długim okresie czasu poprawą stanu zdrowia. Także, w tym przypadku, nie można podać bezwzględnych zaleceń. Cukier, jako taki, lub jako dodatek, nie jest szkodliwy, ani nie jest przyczyną nieswoistych zapaleń jelita, ale nikt nie ponosi straty, jeżeli spożywa mniej cukru lub słodyczy. Powrót do normalnej diety po ostrym rzucie choroby, zawsze powinien rozpoczynać się dietą pozbawioną cukru.

12.4 Czy kapsułki zawierające tłuszcz rybi pomagają?

Niektóre substancje, takie jak wiesiołek, czy koncentraty tłuszczu rybiego, zawierają kwasy gamma-linolenowy lub eikosopantotenowy (EPA), które hamują procesy zapalne przez blokowanie uwalniania substancji, które pośredniczą w wywoływaniu tych procesów. W wielu badaniach, podawanie tłuszczu rybiego powodowało zmniejszenie reakcji zapalnej. Efekt ten jest silniejszy w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego niż w chorobie Leśniowskiego-Crohna. Największym problemem jest duża ilość oleju rybiego (około 10 g), która musi być spożywana. Preparaty zawierające olej rybi mogą działać korzystnie i ich stosowanie powinno być przedyskutowane z lekarzem. Kapsułki zawierające olej rybi powinny być kupowane w aptekach i posiadać odpowiednie certyfikaty. Inne preparaty mogą zawierać zanieczyszczenia lub być przeterminowane.

Nie można sformułować ogólnych zaleceń odnośnie stosowania olei rybich. Najlepszym wyjściem jest regularne spożywanie ryb dwa- trzy razy w tygodniu. Ryby takie jak łosoś, makrela lub śledzie zawierają zarówno kwasy omega-3 jak i łatwo przyswajalne białko.

12.5 Dieta uboga w węglowodany – dieta Lutz’a

Austriacki lekarz Lutz postuluje, że wiele chorób, w tym choroba Leśniowskiego-Crohna, są spowodowane wysokim spożyciem węglowodanów. Jako metodę walki z tymi chorobami proponuje dietę niskowęglowodanową. Zgodnie z tymi zaleceniami dzienne spożycie węglowodanów nie powinno przekraczać 60–70 gramów czyli 150 gramów chleba (około trzech kromek lub 400 gramów ziemniaków). Tak jak w diecie cukrzycowej, w diecie Lutz’a oblicza się (kaloryczną) zawartość węglowodanów w diecie. Warzywa mogą być spożywane w dowolnej ilości. Skuteczność tej diety nie jest jeszcze dość dobrze udokumentowana. W normalnych warunkach, węglowodany są najważniejszym źródłem energii w diecie. Dlatego zaplanowanie niskowęglowodanowej diety, która dostarcza odpowiedniej ilości kalorii, składników odżywczych i substancji aktywnych, może napotkać na trudności. Dlatego dieta ta nie może być polecana pacjentom z nieswoistymi zapaleniami jelita, do czasu gdy jej skuteczność nie zostanie naukowo udowodniona.

12.6 Karagen

Karagen (E 407) jest otrzymywanym z wodorostów dodatkiem do żywności, który u zwierząt doświadczalnych wywołuje powstawanie owrzodzeń i nowotworów jelita. Ten wpływ nie został wykazany u ludzi. Preparaty żywieniowe zawierające tę substancję jako stabilizator, są niewskazane dla pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita. Karagen jest szeroko stosowany w wielu gotowych produktach spożywczych i można go znaleźć w napojach alkoholowych i zawierających kakao, w herbatnikach, deserach, lodach, galaretkach, napojach mlecznych, bitej śmietanie, sosach do sałatek i mrożonych ciastach. Zgodnie z obo-

wiążącym prawem, karagen musi być zaznaczony w składzie produktu. Pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelita powinni unikać produktów zawierających karagen.

12.7 Czy choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego są chorobami alergicznymi?

Zgodnie z obecnym stanem wiedzy, ani choroba Leśniowskiego-Crohna ani wrzodziejące zapalenie jelita grubego nie są chorobami alergicznymi. Jest mało prawdopodobne, że alergeny zawarte w pożywieniu są odpowiedzialne za powstanie i przebieg choroby. Nie wydaje się także, że poszczególne potrawy lub ich składniki powodują reakcję uczuleniową, która w następstwie wywołuje zmiany w określonym odcinku jelita. Podejrzewa się jednak, że niektóre dodatki do żywności lub jej inne składniki mogą brać współudział w powstawaniu choroby. Konieczne są dalsze badania, aby potwierdzić lub obalić tę hipotezę.

12.8 Diety eliminacyjne

Badania pokazały, że diety eliminacyjne, zalecane w szpitalach, pozbawione składnika lub składników, które są znane z tego, że powodują nasilenie objawów u niektórych pacjentów, nie są pozbawione sensu. Ścisłe unikanie produktów, które wywołują dolegliwości, wpływają na wydłużenie okresów remisji.

Produkty, które wywołują niepożądane objawy u wielu pacjentów:

Pszenica	69%
Mleko i produkty mleczne	48%
Drożdże	31%
Kukurydza	24%
Banany, pomidory, wino, jaja	14%

13. Probiotyki

Probiotyki są modne. W Japonii stosowane są od dziesięcioleci, w celu zachowania zdrowia i w leczeniu chorób. Słowo „probiotyki” w dosłownym tłumaczeniu oznacza wspomagający życie (gr. pro bios – dla życia). To antonim antybiotyku co oznacza „przeciw życiu”. W tym wypadku odnosi się to do bakterii wywołujących choroby. Probiotyki to żywe bakterie (takie jak *Lactobacilli* – bakterie mlekowe lub *Escherichia coli* ze szczepu Nissle, Bifidobakterie), które przeżywają pasaż przez żołądek i jelito. Normalne bakterie mlekowe nie są odporne na działanie kwasu solnego i enzymów żołądkowych. W jelicie grubym żyją miliardy bakterii. Bakterie te chronią nas przed mikroorganizmami chorobotwórczymi takimi jak bakterie, wirusy i grzyby, które mogą wnikać do śluzówki jelita. System odpornościowy jelita jest ważną częścią obrony organizmu przed atakiem organizmów chorobotwórczych. Bakterie jelitowe są nazywane także jelitową florą bakteryjną. Probiotyki potrafią przetrwać i dotrzeć do jelita grubego, gdzie wiążą się do komórek nabłonka jelita grubego i chronią go przed atakiem mikroorganizmów chorobotwórczych. Aby osiągnąć ten efekt, produkty bogate w probiotyki powinny być spożywane dwa razy dziennie. Probiotyki odgrywają dużą rolę w terapii podtrzymującej remisję we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego. W tym przypadku probiotyki traktowane są jako leczenie i są

podawane w formie skoncentrowanych preparatów różnych szczepów bakterii (często szczepu Nissle E. Coli)⁶. Bakterie produkujące kwas mlekowy są korzystne i dobrze tolerowane przez pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita, u których stwierdzono nietolerancję laktozy, gdyż produkują bakteryjną formę laktazy.

Produkty polecane w okresie remisji:

- Spożywaj tyle ile wynoszą twoje potrzeby (38–45kcal na kilogram masy ciała; pożywienie bogate w białko, witaminy i składniki mineralne)
- Jedz wszystko, co ci nie szkodzi (sprawdzaj swoją tolerancję na poszczególne produkty korzystając z dzienniczka żywieniowego)
- Jedz produkty bogate w błonnik (wyjątek to stwierdzenie przewężeń jelita)
- Stosuj dietę ubogą lub pozbawioną cukru
- Ogranicz produkty z białej mąki (np. białe pieczywo)
- Unikaj utwardzanych tłuszczów (margaryny)
- Unikaj laktozy, gdy stwierdzono jej nietolerancję
- Unikaj białka mleka krowiego w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelit grubego (?)
- Zażywaj preparaty oleju rybiego
- Jedz regularnie ryby⁷

Nie wpadaj w przesadę i nie uogólniaj zasad żywienia w nieswoistych zapaleniach jelita.

Polecamy posiadanie tablic wartości odżywczych. Te tabele zawierają informacje o wartości kalorycznej, składnikach odżywczych i zawartości innych substancji aktywnych w różnych produktach spożywczych.

⁶ Mutaflor – zawierający szczep Nissle, nie jest zarejestrowany w Polsce i dostępny jest w imporcie docelowym. Jest to jedyny probiotyk, którego działanie zostało potwierdzone w WZJG w badaniach klinicznych (przyp. tłumacza)

⁷ szczególnie tłuste morskie ryby

14. Streszczenie

Żywnienie odgrywa ważną rolę w leczeniu nieswoistych zapaleń jelita, ale nie ma czegoś takiego jak dieta w chorobie Leśniowskiego-Cohna lub wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego. Wiele nawyków żywieniowych prawdopodobnie odgrywa rolę w powstaniu obu chorób. Szczególnie dotyczy to choroby Leśniowskiego-Crohna. Nie powinno się ślepo stosować ogólnych wskazań żywieniowych i cudownych diet, takich jak dieta Lutz'a. Dieta zapewniająca zaspokojenie potrzeb żywieniowych i taka, która jest dobrze tolerowana (oraz smaczna) będzie wpływała na samopoczucie i przebieg choroby. Do dziś nie wykazano skuteczności żadnej diety we wspomaganie terapii lub zapobieganiu zaostrzeniom choroby. Ponieważ każdy pacjent reaguje inaczej, prawdopodobnie nigdy nie uda się opracować ogólnie obowiązujących zaleceń dietetycznych dla chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Bliska współpraca z lekarzem i doświadczonym dietetykiem pomoże zaplanować właściwy sposób odżywiania się.

Niektóre preparaty żywieniowe dostępne na polskim rynku⁸:

Diety polimeryczne

1. Nutrison (Nutricia)
2. Ensure (Abbot)
3. Fresubin Oryginal (Fresenius Kabi)
4. Nutridrink (Nutricia)
5. Clinutren Junior (Nestle)- dla dzieci w wieku 1–10 lat.
6. Nutrini (Nutricia)

Diety peptydowe – półelementarne:

1. Peptisorb (Nutricia)
2. Survimed ODP (Fresenius Kabi)
3. Peptamen Junior(Nestle)- dla dzieci w wieku 1–10 lat.

Diety uzupełniające.

1. Protifar (Nutricia)
2. Fantomalt (Nutricia)

⁸ Diety do podaży doustnej lub przez zgłębnik. (Przyp. tłum.)



FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5
Postfach 6529
79041 Freiburg
Germany

S84PL 1-4/2007/3.000 Konk