


Piotr Eder, Magdalena Kaniewska, Małgorzata Matuszczyk, Agata Michalak

# Nieswoiste choroby zapalne jelit

## Jak z nimi żyć?

A photograph of two people sitting on a sandy beach, hugging each other from behind. They are wearing grey and black hooded sweatshirts. The background shows the ocean waves and a clear sky.

Poradnik dla wszystkich,  
którzy chcą wiedzieć więcej

Wszelkie prawa zastrzeżone. Powielanie, przechowywanie w systemach wyszukiwania informacji i transmitowanie w jakiegokolwiek postaci za pomocą jakichkolwiek metod elektronicznych, mechanicznych, kserograficznych, rejestracyjnych i innych zabronione bez uprzedniej pisemnej zgody posiadacza praw autorskich.

Dołożono wszelkich starań, aby informacje zostały w niniejszej publikacji przedstawione jak najdokładniej. Ani wydawca, ani autorzy nie mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności za błędy czy jakiegokolwiek konsekwencje wynikające z opierania się na informacjach przedstawionych w niniejszej publikacji.

Opinie wyrażone w niniejszej publikacji nie muszą być zgodne z opiniami wydawcy lub grantodawcy.  
© ITEM Publishing Sp. z o.o., Warszawa 2022

ISBN: 978-83-66097-78-0

Autorzy:

prof. dr hab. n. med. Piotr Eder, Katedra i Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego w Poznaniu

dr n. med. Magdalena Kaniewska, Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

mgr inż. Małgorzata Matuszczyk, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

dr n. med. Agata Michalak, Katedra i Klinika Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie



Wydawca:  
ITEM Publishing Sp. z o.o.  
ul. Tużycka 12  
03-683 Warszawa  
e-mail: [biuro@itempublishing.com](mailto:biuro@itempublishing.com)

# Nieswoiste choroby zapalne jelit

## Jak z nimi żyć?

**Poradnik dla wszystkich,  
którzy chcą wiedzieć więcej**

Piotr Eder  
Magdalena Kaniewska  
Małgorzata Matuszczyk  
Agata Michalak





Poradnik powstał na zlecenie firmy Takeda, która pokryła koszty jego przygotowania i dystrybucji.

Materiał jest przeznaczony dla pacjentów i szerokiej publiczności.

Przedstawionych informacji nie należy traktować jako porady medycznej.

W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem.

Takeda Pharma Sp. z o.o.  
ul. Prosta 68  
00-838 Warszawa  
[www.takeda.com.pl](http://www.takeda.com.pl)

## Spis treści

Kilka słów na początek .....	5
<b>Rozdział pierwszy</b> <b>Nieswoistość chorób zapalnych jelit – o co tu chodzi?</b> .....	7
Agata Michalak	
<b>Rozdział drugi</b> <b>Diagnostyka – czyli jak rozpoznać, że to nieswoiste choroby zapalne jelit</b> .....	11
Piotr Eder	
<b>Rozdział trzeci</b> <b>Nieswoiste choroby zapalne jelit – co należy wiedzieć o leczeniu</b> .....	29
Agata Michalak	
<b>Rozdział czwarty</b> <b>Nieswoiste choroby zapalne jelit a seksualność</b> .....	45
Magdalena Kaniewska	
<b>Rozdział piąty</b> <b>Dieta w nieswoistych chorobach zapalnych jelit – czy ma znaczenie?</b> .....	63
Małgorzata Matuszczyk	
<b>Lista ośrodków w Polsce, które prowadzą leczenie biologiczne NChZJ</b> .....	81



## Kilka słów na początek

Agata Michalak

W końcu znasz diagnozę – nie odczuwasz już tylko zwyczajnego bólu brzucha, wiesz też, skąd bierze się krwista biegunka. Wszystko zaczyna się układać w całość – to nieswoista choroba zapalna jelit (NChZJ, ang. *inflammatory bowel disease*, IBD).

Zapewne pamiętasz chwilę, gdy te słowa padły w gabinecie lekarskim po raz pierwszy – albo gdy odpowiedziała je wyszukiwarka internetowa. „Nieswoista” to słowo klucz, ponieważ oznacza coś niecharakterystycznego – a taka właśnie jest NChZJ – czasem łatwo pomylić ją z zupełnie innym schorzeniem.



**Wszystko zaczyna układać się w całość, której nazwa brzmi nieswoista choroba zapalna jelit (NChZJ)**

Pamiętaj, że nawet jeśli rozpoznano u Ciebie przewlekłą zapalną chorobę przewodu pokarmowego, istnieje całkiem duże prawdopodobieństwo, że dzięki odpowiedniemu leczeniu, które lekarz dopasuje do Twoich potrzeb, praktycznie zapomnisz o chorobie, a Twoje codzienne funkcjonowanie nie będzie niczym zaburzone.



”

Musisz przygotować się również na bardziej niespokojne dni, bo NChZJ lubi zaskakiwać i wkraczać na scenę w najmniej odpowiednim momencie. Stres? Infekcja? To dobre podłoże dla kolejnego zaostrzenia.

## Rozdział pierwszy

# Nieswoistość chorób zapalnych jelit – o co tu chodzi?

Agata Michalak







**Gdzieś w pętli  
rozmaitych  
czynników  
pojawi się  
podwójna  
wypadkowa:  
choroba  
Leśniowskiego-  
-Crohna  
(ChLC)  
i wrzodziejące  
zapalenie  
jelita grubego  
(WZJG)**

Nieswoistość chorób zapalnych jelit wiąże się z ich potencjalnym wieloczynnikowym podłożem. Niestety wciąż nie jest znany patomechanizm, który prowadzi do rozwoju NChZJ.

Wyobraź sobie, że Twój organizm ma nadmierną tendencję do produkcji różnych prozapalnych substancji, a ściana jelit – z powodu nadmiernej przepuszczalności – przypadkiem staje się łatwym celem dla różnych aktywnych komórek układu odpornościowego (immunologicznego). Dodaj do tego jeszcze nadreaktywność układu immunologicznego i niekorzystny wpływ zanieczyszczonego środowiska, a gdzieś w pętli rozmaitych czynników pojawi się podwójna wypadkowa: **choroba Leśniowskiego- -Crohna (ChLC) i wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG)**. Oba schorzenia dużo łączy i sporo różni. Ze względu na zbliżoną patogenezę i podobne punkty uchwytu leczenia należą do wspólnej grupy schorzeń – NChZJ.

### Warto wiedzieć

W przypadku NChZJ sprawdza się zasada, że każdy pacjent to całkowicie odrębna historia. Nie porównuj zatem swojej historii choroby do doświadczeń innych osób, bo NChZJ może przebiegać bardzo różnie u każdego chorego.



**Pamiętaj: Twoja historia może się okazać zupełnie inna**

Nieswoistość ChLC i WZJG można także odnieść do mocno zindywidualizowanego przebiegu choroby. Oczywiście warto prześledzić różne potencjalne scenariusze, ale pamiętaj: Twoja historia może się okazać zupełnie inna. Mówi się, że palenie papierosów niekiedy przyczynia się do zmniejszenia częstości występowania zaostrzeń i nasilenia już zdiagnozowanego WZJG, a rzucenie palenia bywa czynnikiem wyzwalającym zapalenie. Z kolei w przebiegu ChLC sytuacja może wyglądać dokładnie odwrotnie.

Nie ma sensu przesadnie przywiązywać się do prawidłowości opisywanych w literaturze medycznej, bo każdy pacjent z NChZJ to zupełnie odrębna historia choroby, która często nie wpisuje się w „obowiązujący” kanon objawów. Jako przykład może tu posłużyć nabiał w codziennej diecie: ze względu na złą tolerancję nie jest on polecany pacjentom z NChZJ, ale dużo osób – wbrew regule – chwali sobie dietę, w której są produkty mleczne.





**Wspólnym  
mianownikiem  
ChLC i WZJG  
jest sposób  
leczenia**

## ChLC i WZJG – razem czy osobno?

Czy łączenie dwóch omawianych chorób (ChLC i WZJG) pod wspólną nazwą NChZJ ma sens praktyczny i merytoryczny? Wydaje się, że tak. Mimo różnic w lokalizacji i postępie procesu zapalnego w obrębie śluzówek, odmiennego charakteru dominujących powikłań i odrębności głównych substancji (cytokin) zaangażowanych w przebieg choroby wspólnym mianownikiem ChLC i WZJG jest sposób leczenia tych schorzeń.

### Piśmiennictwo:

1. Aldars-García L, Gisbert JP, Chaparro M. Metabolomics insights into inflammatory bowel disease: a comprehensive review. *Pharmaceuticals (Basel)* 2021; 14(11): 1190.
2. Chen Y, Cui W, Li X, Yang H. Interaction between commensal bacteria, immune response and the intestinal barrier in inflammatory bowel disease. *Front Immunol* 2021; 12: 761981.
3. Flynn S, Eisenstein S. Inflammatory bowel disease presentation and diagnosis. *Surg Clin North Am* 2019; 99(6): 1051–1062.
4. Guan Q. A comprehensive review and update on the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *J Immunol Res* 2019; 2019: 7247238.
5. Revés J, Ungaro RC, Torres J. Unmet needs in inflammatory bowel disease. *Curr Res Pharmacol Drug Discov* 2021; 2: 100070.
6. Song EM, Yang SK. Natural history of inflammatory bowel disease: a comparison between the East and the West. *Intest Res* 2021. doi: 10.5217/ir.2021.00104. Epub ahead of print.

## Rozdział drugi

# Diagnostyka – czyli jak rozpoznać, że to NChZJ

Piotr Eder



## Objawy sugerujące NChZJ



### biegunka

rozumiana jako więcej niż trzy, zazwyczaj nieuformowane, stolce na dobę – szczególnie jeśli obecne są tzw. domieszki patologiczne, czyli krew bądź treść ropna



### przewlekający się ból brzucha



### zmęczenie



### obecność przetok na skórze



### stan podgorączkowy / gorączka



### krew w kale



### spadek masy ciała

### objawy/manifestacje pozajelitowe



zmiany rumieniowe (rumień guzowaty) lub owrzodzenia na skórze (piodermia zgorzelinowa)



bóle i obrzęki stawów



zapalenie tkanek oka

Diagnostyka NChZJ to zwykle proces żmudny i wieloetapowy. Wynika to z faktu, że nie do końca rozumiemy szczegóły procesu, jaki zachodzi od momentu pojawienia się choroby do ujawnienia się ewidentnych objawów – czy choroba pojawia się w jakimś określonym momencie, czy jest to pewne zjawisko rozłożone w czasie. Nie ma też jednego badania, na podstawie którego możemy ze stuprocentową pewnością potwierdzić chorobę bądź ją wykluczyć. Czasami zdarza się, że badania trzeba powtarzać i dopiero po jakimś czasie wszystkie elementy układanki zaczynają pasować do siebie na tyle jednoznacznie, że można postawić rozpoznanie NChZJ.



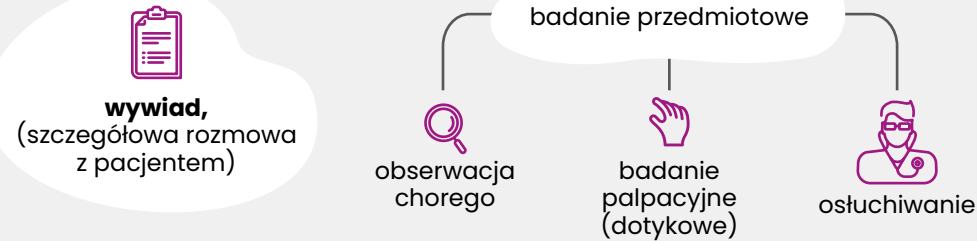
**Nie ma jednego badania, na podstawie którego można ze stuprocentową pewnością potwierdzić NChZJ bądź ją wykluczyć**

Dlatego gastroenterolog diagnozujący chorego z podejrzeniem ChLC lub WZJG przypomina detektywa stawiającego tezy na podstawie różnych przesłanek, dowodów, a czasem tylko poszlak. Dzieli się swoimi podejrzeniami z pacjentem, wyczerpująco informując go zarówno o pewnych faktach, jak i o swoich wątpliwościach.

Oczywiście wymienione powyżej symptomy nie wyczerpują całej gamy możliwości różnych objawów NChZJ, dlatego w każdym wątpliwym przypadku warto przedyskutować z lekarzem pojawienie się jakichkolwiek niepokojących, przewlekających się dolegliwości. Z drugiej strony każdy z wymienionych objawów może także występować w innych chorobach niż NChZJ. To komplikuje sytuację.



## Podstawa każdej diagnozy lekarskiej



### Diagnostyka

#### Wywiad

Lekarz zapyta o:

- objawy – ich charakter, czas trwania, nasilenie, okoliczności wywołujące lub łagodzące dolegliwości;
- aspekty, które na pierwszy rzut oka mogą nie mieć związku ze zgłaszanymi dolegliwościami, np. miesiączkowanie u kobiet, dotychczasowe szczepienia czy używki;
- przyjmowane leki;
- inne przewlekłe choroby;
- pobyty w szpitalach;
- sytuację rodzinną – zwłaszcza o występowanie przewlekłych chorób u rodziców, rodzeństwa, dzieci.

#### Badanie przedmiotowe

W badaniu przedmiotowym lekarz skupia się przede wszystkim na ocenie jamy brzusznej, ale nie pomija także innych wybranych układów i narządów. Następnie podejmuje najtrudniejszą decyzję – czy i w jakim zakresie pacjent wymaga dalszej diagnostyki, w tym tzw. diagnostyki inwazyjnej.

Gdyby istniało jakieś jedno badanie, które dawałoby gwarancję, że rozpoznanie jest właściwe, a do tego które byłoby komfortowe i w pełni bezpieczne dla chorego, nikt nie zastanawiałby się nad wyborem takiego badania zbyt długo. W przypadku NChZJ sytuacja nie jest niestety tak oczywista.

**Warto wiedzieć**

### Dalsza diagnostyka NChZJ

Diagnostyka NChZJ w dużym uproszczeniu obejmuje dwa rodzaje badań.

**Badania nieinwazyjne lub mało inwazyjne**, które można wykonać bez żadnego ryzyka i które są komfortowe dla pacjenta:

- badania krwi (choć niektórzy pewnie się z tym nie zgodzą, ponieważ samo pobranie krwi może być nieprzyjemne) – najczęściej wykonuje się morfologię krwi, oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP), tzw. enzymów wątrobowych, kreatyniny, żelaza; oczywiście liczba oznaczanych parametrów może być o wiele większa;
- badania moczu i kału;
- badania radiologiczne (RTG).

**Badania inwazyjne, czyli badania endoskopowe** – diagnostyka endoskopowa zazwyczaj nie jest obciążona istotnym ryzykiem dla chorego i może być przeprowadzona w pełnym komforcie lub jedynie w niewielkim dyskomforcie. Do badań endoskopowych należą:

- kolonoskopia;
- gastroskopia.

Badania endoskopowe stanowią fundament diagnostyki NChZJ. Innymi słowy – bez nich zwykle nie można postawić właściwego rozpoznania WZJG czy ChLC. Ale o tym kilka słów w dalszej części rozdziału.

”

**W diagnostyce NChZJ to badania laboratoryjne są zwykle zlecane przez lekarza w pierwszej kolejności**

”

**Podstawami diagnozy lekarskiej są wywiad i badania przedmiotowe**



**Badania endoskopowe stanowią fundament diagnostyki NChZJ**

## Badania nieinwazyjne w diagnostyce NChZJ

**Morfologia krwi** – pozwala ocenić stan poszczególnych elementów morfotycznych (głównie są to różne rodzaje komórek) we krwi obwodowej, a przede wszystkim:

- liczbę krwinek czerwonych (erytrocytów) oraz stężenie hemoglobiny, które może wskazywać na obecność np. niedokrwistości, zwłaszcza jeśli dodatkowo zostanie wykazane obniżone stężenie żelaza;
- liczbę krwinek białych (leukocytów);
- liczbę płytek krwi, których podwyższona wartość może odzwierciedlać obecność aktywnego zapalenia w organizmie.

**Oznaczenie CRP** – jest najpowszechniej używane do oceny obecności aktywnego zapalenia w organizmie. Warto jednak pamiętać, że (niestety) nawet w przypadku obecności stanu zapalnego w przewodzie pokarmowym zarówno CRP, jak i parametry morfologii krwi mogą być w normie.

**Enzymy wątrobowe:**

- aminotransferaza alaninowa (AlAT) i asparaginianowa (AspAT), których podwyższone wartości mogą świadczyć o uszkodzeniu komórek wątroby;
- często oznacza się stężenie tzw. wykładników cholestazy, które informuje o ewentualnych zaburzeniach dotyczących tworzenia w wątrobie i transportu składników żółci; te parametry to gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP) i fosfataza zasadowa (ALP).

**Ocena kreatyniny we krwi oraz badanie ogólne moczu** – informują o sprawności funkcjonowania nerek.

**Ocena stężenia kalprotektyny w kale** – bardzo pomocne badanie przed ewentualnym wykonaniem badania endoskopowego przewodu pokarmowego, które pozwala na obiektywne oszacowanie prawdopodobieństwa obecności stanu zapalnego w jelicie (nawet jeśli wspomniane powyżej parametry, takie jak CRP czy leukocyty we krwi, są w normie i nie wskazują na obecność zapalenia).



**Badania laboratoryjne pozwalają oszacować, czy mamy do czynienia ze stanem zapalnym i na ile jest on silny**

Niestety żadne z powyższych badań nie pozwala na postawienie precyzyjnego rozpoznania, a jedynie daje możliwość oszacowania, czy mamy do czynienia ze stanem zapalnym (typowym dla NChZJ, ale spotykanym także w innych chorobach) i na ile jest on nasilony.

**Badania radiologiczne** – ultrasonografia (USG) jamy brzusznej w zakresie badań radiologicznych jest badaniem podstawowym. Daje możliwość komfortowego dla pacjenta wglądu w narządy jamy brzusznej. Głównie są oceniane tzw. narządy miękkie, takie jak wątroba, nerki czy śledziona, oraz duże naczynia krwionośne, a niekiedy istnieje także możliwość dość szczegółowej oceny jelit.



**Objawy i przebieg kliniczny NChZJ mogą bardzo przypominać niektóre infekcje jelitowe**

## Diagnostyka nieinwazyjna a wykluczenie innych chorób

Jako że objawy i przebieg kliniczny NChZJ mogą bardzo przypominać niektóre infekcje jelitowe, zawsze w przypadku podejrzenia NChZJ należy te infekcje wykluczyć. Niestety istnieje cała gama możliwych chorób infekcyjnych i aby którąś z nich potwierdzić, należy wykonać szereg badań – głównie są to badania kału, a niekiedy także badania krwi. O zakresie tej diagnostyki każdorazowo musi zdecydować lekarz.

Zazwyczaj trzeba wykluczyć takie choroby infekcyjne, jak:

- jersinioza (zakażenie bakteriami z rodzaju *Yersinia*);
- salmonelloza;
- shigelloza, inaczej czerwonka (zakażenie bakteriami z rodzaju *Shigella*);
- zakażenia bakterią *Clostridioides difficile*;
- zakażenie wirusem HIV.

Oczywiście wraz z wydłużaniem się czasu występowania objawów „jelitowych” rozpoznanie przyczyny infekcyjnej staje się mniej prawdopodobne, ponieważ większość tego rodzaju chorób ma charakter samoograniczający, w przeciwieństwie do NChZJ. Inne sytuacje, które należy różnicować z NChZJ, to m.in.:

- obecność chorób nowotworowych – ale tutaj objawy i przebieg kliniczny są zazwyczaj istotnie inne;
- działania niepożądane leków – np. popularnych i dostępnych w większości bez recepty niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), np. ibuprofenu.

## Diagnostyka inwazyjna

Kiedy w wykonanych do tej pory badaniach lekarz zidentyfikuje niepokojące wyniki, np. świadczące o aktywnym zapaleniu, niedokrwistości, lub jeśli objawy od początku budzą ewidentny niepokój, np. stwierdza się obecność krwistej biegunki, i wstępnie zostaną wykluczone inne możliwe przyczyny – głównie infekcje jelitowe – nieodzowne jest poszerzenie diagnostyki o badania endoskopowe przewodu pokarmowego.



**Pełna kolonoskopia pozwala na ocenę wszystkich odcinków jelita grubego**

## Kolonoskopia

To podstawowe badanie. U pacjentów ze szczególnie nasilonymi objawami (zwykle taka sytuacja wymaga hospitalizacji) najpierw ocenia się końcowy odcinek jelita grubego bez specjalnego przygotowania do badania (bez procedury oczyszczania jelita środkami przeczyszczającymi). Takie badanie to tzw. rektosigmoidoskopia. Nazwa pochodzi od ocenianych końcowych odcinków jelita grubego, czyli jedynie esicy i odbytnicy.

Jeśli jednak jest to możliwe, dąży się do wykonania tzw. pełnej kolonoskopii. W niektórych przypadkach badanie może być odroczone do czasu poprawy stanu ogólnego pacjenta, ale należy pamiętać, że jest ono niezbędne.

Pełna kolonoskopia pozwala na ocenę wszystkich odcinków jelita grubego, czyli kątnicy, wstępnicy, poprzecznicy, zstępnicy, esicy i odbytnicy. W każdym przypadku należy także dążyć do uwidocznienia tzw. zastawki krętniczno-kątniczej (zwanej zastawką Bauhina), która oddziela jelito kręte (będące ostatnim odcinkiem jelita cienkiego) od kątnicy (będącej pierwszym odcinkiem jelita grubego). Lekarz w trakcie badania sprawdza, czy są obecne zmiany zapalne,





## Wykonanie kolonoskopii wymaga uprzedniego przygotowania

które mogą sugerować jedną z chorób zaliczanych do NChZJ, lub inne przyczyny objawów pacjenta. Konieczne jest również pobranie wycinków do badania mikroskopowego (histopatologicznego). Ocena histopatologiczna stanowi bowiem jeden z kluczowych elementów wspomnianej powyżej diagnostycznej układanki, niezbędnej do rozpoznania lub wykluczenia NChZJ.

### Jak wykonuje się kolonoskopię?

Wykonanie kolonoskopii wymaga uprzedniego przygotowania. Przede wszystkim należy zastosować preparat, który oczyści jelito z resztek kału. Pacjent powinien być szczegółowo poinstruowany, jak należy się przygotować do tego badania. Zalecenia mogą być różne w zależności od pory dnia, w której jest wykonywane badanie, indywidualnej sytuacji i niekiedy także preferencji ośrodka czy lekarza przeprowadzającego badanie.

Kolonoskopia może być wykonywana:

- w znieczuleniu ogólnym, które polega na podaniu pacjentowi leków usypiających oraz leków przeciwbólowych (nie jest konieczna intubacja jak w przypadku większości operacji) – taka forma kolonoskopii wymaga udziału zespołu anestezyjologicznego;
- w tzw. płytkiej premedykacji – pacjent zwykle nie śpi, ale wywołuje się niepamięć samego badania poprzez podanie określonych leków;
- bez dodatkowego znieczulenia – istnieje wówczas możliwość w pełni świadomego uczestniczenia pacjenta w badaniu (jeśli taka jest jego wola), które w wielu przypadkach przebiega zupełnie bezbólowo lub jedynie z niewielkim, okresowym dyskomfortem.

### Pamiętaj

**Decyzja o tym, w jakiej formie ma zostać wykonana kolonoskopia, zależy od preferencji pacjenta, ośrodka medycznego, a niekiedy także od możliwości technicznych.**

**Tę kwestię każdorazowo należy szczegółowo przedyskutować z lekarzem gastroenterologiem.**



**Gastroskopia stanowi uzupełnienie diagnostyki w przypadku podejrzenia NChZJ**

### Gastroskopia

Dość często trzeba uzupełnić diagnostykę nie tylko o kolonoskopię, lecz także o gastroskopię. Podczas tego badania lekarz może ocenić przełyk, żołądek, a także dwunastnicę, w której czasem odnajduje się wykładniki procesu zapalnego u pacjentów z ChLC. Gastroskopia zwykle jest wykonywana w miejscowym znieczuleniu gardła.





## Enterografia, enterokliza

Niestety u niektórych pacjentów z ChLC nawet wykonanie szczegółowej diagnostyki endoskopowej nie pozwala na postawienie rozpoznania, ponieważ zmiany zapalne mogą być umiejscowione w jelicie cienkim poza zasięgiem tych badań. Wówczas konieczne jest uzupełnienie diagnostyki o tzw. enterografię (lub rzadziej – enteroklizę, która stanowi odmianę enterografii). Badanie to wygląda jak zwykły rezonans magnetyczny (sporadycznie wykonuje się je metodą tomografii komputerowej), ale konieczne jest przygotowanie – oczyszczenie jelita podobnie jak do kolonoskopii, a także wypełnienie jelita specjalnymi płynami poprzez ich wypicie. Stosowane są także specjalistyczne protokoły radiologiczne w trakcie samego badania. Enterografia daje możliwość uwidocznienia zmian zapalnych w odcinkach jelita cienkiego, których nie da się ocenić za pomocą endoskopii.

## Rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa

Niekiedy badania radiologiczne, takie jak zwykły rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa, wykorzystywane są dodatkowo do diagnozowania powikłań NChZJ – głównie ChLC. Chodzi o wykrywanie ewentualnej obecności zakażeń wewnątrzbrzusznych, pod postacią zbiorników płynowych zwanych ropniami, a także przetok – nieprawidłowych połączeń między jelitem a sąsiednimi strukturami anatomicznymi (może być to skóra, ale mogą to być również inne narządy, np. pęcherz moczowy czy oddalone odcinki przewodu pokarmowego).

Dopiero po przeprowadzeniu tak szczegółowej oceny uwzględniającej wszystkie wskazane powyżej elementy i etapy (lub zdecydowaną większość z nich) można postawić diagnozę NChZJ.



**Dopiero po przeprowadzeniu szczegółowej oceny można postawić diagnozę NChZJ**



**U pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą z grupy NChZJ przed podjęciem leczenia konieczne jest poszerzenie diagnostyki w kierunku różnych chorób infekcyjnych**

## Badania diagnostyczne wykonywane u osoby ze zdiagnozowaną NChZJ

U pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą z grupy NChZJ na początku konieczne jest poszerzenie diagnostyki w kierunku różnych chorób infekcyjnych, które nie imitują samej choroby przewodu pokarmowego, ale mogą mieć znaczenie, gdy w przyszłości będzie trzeba rozpocząć leczenie immunosupresyjne, czyli takie, które ingeruje w odporność pacjenta, zazwyczaj ją osłabiając.

Na tej zasadzie działa bardzo wiele leków stosowanych w NChZJ, a tzw. infekcje oportunistyczne – pojawiające się właśnie u osób z zaburzeniami funkcji układu odpornościowego – należą do relatywnie częstych powikłań.

U chorych, u których rozważa się leczenie immunosupresyjne, konieczne jest m.in.:

- wykluczenie aktywnego bądź przebytego i niekiedy utajonego zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B oraz typu C;
- przeprowadzenie wywiadu w kierunku typowych schorzeń zakaźnych wieku dziecięcego i młodzieńczego, np. ospy wietrznej czy mononukleozy – jeśli nie wiadomo, czy pacjent je przebył, istnieje niekiedy możliwość sprawdzenia miana odpowiednich przeciwciał we krwi, które pozostawiają trwałe ślady po danej chorobie zakaźnej;
- prześledzenie tego, jakie szczepienia do tej pory wykonano u chorego;
- zadbanie o to, by pacjent został zaszczepiony przeciwko niektórym chorobom zakaźnym, co zmniejsza ryzyko zachorowania w przyszłości – u pacjentów w trakcie leczenia immunosupresyjnego przebieg tych schorzeń może być nieprzewidywalny i cięższy; po rozpoczęciu terapii immunosupresyjnej wykonanie niektórych szczepień będzie niemożliwe (chodzi o tzw. szczepionki żywe).

Te szczegóły warto ustalić w momencie postawienia diagnozy NChZJ, kiedy to nierzadko jeszcze nie są stosowane leki ingerujące w odporność organizmu. Można tę sytuację porównać do lotu samolotem. Przed pilotami (którymi są pacjent i lekarz) długi lot i warto się do niego wcześniej dobrze przygotować, sprawdzić tzw. checklista, by bezpieczniej wystartować i nie narażać się na niepotrzebne i możliwe do uniknięcia turbulencje i niebezpieczeństwa.



**Leczenie NChZJ jest jak lot samolotem – przed pilotami, którymi są pacjent i lekarz, długi lot i warto się do niego wcześniej dobrze przygotować**







**Nawet jeżeli udało się uzyskać remisję objawów, konieczna jest okresowa, regularna kontrola lekarska**

## Remisja a badania diagnostyczne

Nawet jeśli wspomniany wspólny lot przebiega spokojnie, czyli udało się uzyskać remisję choroby i pacjent czuje się dobrze, konieczna jest okresowa, regularna kontrola lekarska. Należy także wykonać badania, które będą potwierdzały dobrostan chorego.

- Badania kontrolne zazwyczaj wykonuje się raz na trzy, cztery miesiące, ewentualnie raz na pół roku.
- Zwykle są to badania podstawowe – morfologia krwi, CRP, ocena stężenia kalprotektyny w kale (stężenie kalprotektyny oceniane cyklicznie co kilka miesięcy może potwierdzać remisję w przewodzie pokarmowym lub zapowiadać pogorszenie przebiegu choroby jeszcze przed pojawieniem się ewidentnych objawów zaostrzenia).
- Niekiedy to, jakie badania należy wykonywać, zależy od leczenia stosowanego w remisji:
  - w przypadku stosowania leków z grupy tiopuryn (azatiopryny, 6-merkaptopuryny) istnieje konieczność dodatkowego kontrolowania enzymów wątrobowych (choć nawet pacjent niestosujący tych leków powinien okresowo kontrolować te parametry);
  - u osób stosujących preparaty kwasu 5-aminosalicylowego (mesalazynę, sulfasalazynę) należy również okresowo kontrolować stężenie kreatyniny we krwi i wykonywać badanie ogólne moczu (choć nawet pacjent niestosujący tych leków powinien okresowo kontrolować te parametry).
- Ocena endoskopowa u osób pozostających w remisji (potwierdzonej prawidłowymi wynikami badań laboratoryjnych, w tym oceną stężenia kalprotektyny w kale) nie musi być wykonywana zbyt często. Warto jednak podkreślić, że obecnie uważa się badanie endoskopowe za tzw. złoty standard diagnostyki NChZJ i nie ma badania, które lepiej odzwierciedlałoby rzeczywisty stopień nasilenia zmian zapalnych w przewodzie pokarmowym.



- Jeżeli są jakiegokolwiek wątpliwości kliniczne (brak remisji choroby) lub laboratoryjne (np. podwyższone stężenie kalprotektyny w kale – najlepiej w co najmniej dwukrotnie wykonanych oznaczeniach czy niedokrwistość, której wcześniej nie stwierdzano), lekarz zapewne zaproponuje właśnie wykonanie oceny endoskopowej jelita.
- Badanie endoskopowe powinno być również wykonywane u chorych w remisji, czyli bez objawów aktywnej choroby, w ramach tzw. nadzoru onkologicznego. Jego celem jest monitorowanie pacjenta pod kątem ewentualnych zmian przednowotworowych. Uważa się, że nadzór onkologiczny u pacjentów z NChZJ (głównie WZJG) powinien być rozpoczęty po około ośmiu latach trwania choroby.

**Pamiętaj**

**Ryzyko rozwoju raka jelita grubego w NChZJ nie jest duże i maleje wprost proporcjonalnie do tego, im lepiej schorzenie jest kontrolowane. Zasady nadzoru onkologicznego i częstotliwość wykonywania badań ustali leczący pacjenta gastroenterolog. Takiego nadzoru nie wymagają zwykle chorzy z WZJG, u których stwierdza się zmiany zapalne jedynie w odbytnicy.**



**W przypadku  
zaostżenia  
NChZJ  
konieczne  
jest ustalenie  
nasilenia stanu  
zapalnego**

## Badania diagnostyczne w momencie zaostżenia NChZJ

W przypadku nawrotu objawów aktywnej NChZJ wykonywane badania diagnostyczne są bardzo zbliżone do tych, które proponuje się w momencie stawiania diagnozy. Aby obiektywnie ocenić nasilenie stanu zapalnego, należy sprawdzić odpowiednie parametry we krwi (jak omawiane – morfologia krwi czy CRP) oraz w kale (kalprotektyna). Zawsze warto również zastanowić się, czy np. stwierdzana biegunka to na pewno zaostżenie NChZJ, czy może przyczyna jest inna. I tutaj znów pojawia się zagadnienie chorób infekcyjnych przewodu pokarmowego, które mogą wystąpić u pacjenta z NChZJ i być głównym powodem dolegliwości. Zazwyczaj nieodzowna jest ocena endoskopowa i, jeśli tylko nie ma przeciwwskazań, warto dążyć do obiektywnego oszacowania zaawansowania zmian zapalnych w przewodzie pokarmowym za pomocą właśnie tej metody diagnostycznej.

### Piśmiennictwo:

1. Allocca M, Danese S, Laurent V, Peyrin-Biroulet L. Use of cross-sectional imaging for tight monitoring of inflammatory bowel diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020; 18(6): 1309–1323.
2. Dragoni G, Innocenti T, Galli A. Biomarkers of inflammation in inflammatory bowel disease: how long before abandoning single-marker approaches? *Dig Dis* 2021; 39(3): 190–203.
3. Łodyga M, Eder P, Gawron-Kiszka M i wsp. Guidelines for the management of patients with Crohn's disease. Recommendations of the Polish Society of Gastroenterology and the Polish National Consultant in Gastroenterology. *Gastroenterology Rev* 2021; 16(4): 257–296.
4. Maaser C, Sturm A, Vavricka [SR] i wsp. ECCO-ESGAR guideline for diagnostic assessment in IBD part 1: initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. *J Crohns Colitis* 2019; 13(2): 144–164.
5. Raine T, Bonovas S, Burisch J i wsp. ECCO guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: medical treatment. *J Crohns Colitis* 2022; 16(1): 2–17.
6. Torres J, Bonovas S, Doherty G i wsp. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: medical treatment. *J Crohns Colitis* 2020; 14(1): 4–22.

## Rozdział trzeci

# Nieswoiste choroby zapalne jelit – co należy wiedzieć o leczeniu

Agata Michalak







## Remisje i zaostrzenia w NChZJ – jak podejść do sprawy?

Fachowo brzmiące terminy „zaostrzenie” i „remisja” zaczynają tworzyć w Twojej głowie skomplikowaną mozaikę. Zadajesz sobie pytanie: „Jak to będzie u mnie?”. Zapewne znasz (lub niebawem poznasz) sporo historii pacjentów z NChZJ, które zostały opisane w internecie. Nie sposób uciec myślami od pesymistycznych scenariuszy, jednak takie dywagacje do niczego nie prowadzą. Nie ma możliwości, żeby tuż po postawieniu diagnozy przewidzieć dalszy przebieg choroby.



**Pamiętaj, że chorujesz cały czas, nawet gdy nie odczuwasz żadnych objawów ChLC lub WZJG. O to chodzi w leczeniu!**

Warto natomiast (to ważne!) systematycznie zwiększać świadomość na temat swojej choroby. Jedno jest pewne: liczy się pokonywanie zaostrzeń i jak najdłuższe trwanie w remisji. Podejście farmakologiczne w okresie remisji mocno się różni od podejścia podczas zaostrzenia. Jeśli Twój gastroenterolog zaleci stosowanie danego leku w konkretnym przedziale czasowym, nie przedłużaj terapii na własną rękę. Z kolei jeśli dany lek należy przyjmować przewlekłe, nie odstawiaj go samodzielnie, nawet gdy uznasz, że już nic Ci nie dolega. Długo trwające remisje NChZJ to z jednej strony błogostawieństwo, a z drugiej – istotne zagrożenie. Pamiętaj, że chorujesz cały czas, nawet gdy nie odczuwasz żadnych objawów ChLC lub WZJG. O to chodzi w leczeniu! Tylko gastroenterolog może zdecydować o odstawieniu leków, ale dopiero po wielu latach dobrze kontrolowanej choroby.



**Jeżeli dany lek należy przyjmować przewlekłe, nie odstawiaj go samodzielnie w przyływie poczucia pełnego wyzdrowienia**





**Na temat skutków działania sterydów krąży wiele mitów**

## Opcje leczenia NChZJ

### Sterydy

O sterydach usłyszysz najprawdopodobniej już wówczas, gdy lekarz postawi diagnozę i gdy pojawi się pierwszy ostry rzut choroby, który z reguły jest ciężki i znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie. Dynamiczny początek choroby przekłada się na nieprawidłowości w wynikach badań laboratoryjnych oraz zmieniony obraz endoskopowy przewodu pokarmowego – i najczęściej wymaga intensywnego leczenia przeciwzapalnego. Na temat efektów ubocznych działania sterydów krążą różne teorie spiskowe. Fakty są takie, że owszem, mogą się pojawić działania niepożądane (np. uczucie gromadzenia wody w organizmie czy wzrost masy ciała), ale mają one charakter przemijający. Stosowanie sterydów zgodnie z zaleceniami lekarza bez wątplenia niesie za sobą więcej korzyści niż potencjalnych działań niepożądanych.

Hydrokortyzon lub metyloprednizolon – podawane dożylnie – to leki najpowszechniej stosowane w trakcie pierwszych rzutów choroby i kolejnych ciężkich zaostrzeń. Przyjmowane zgodnie z zaleceniami przez indywidualnie określony czas niewątpliwie są źródłem wielu korzyści. Podczas leczenia może się pojawić wrazenie obrzęku, przede wszystkim w obrębie drobnych stawów, a także tkanek miękkich, jednak z reguły nie są to dolegliwości nasilone. Leczenie za pomocą sterydów wymaga suplementacji potasu, o czym na pewno poinformuje Cię Twój lekarz.

Warto tu wspomnieć o sterydzie, który działa lokalnie i cechuje się znacznie mniejszą ilością działań niepożądanych – to budezonid. Największą aktywność po doustnym przyjęciu wykazuje w okolicy krętniczno-kątnicznej, a więc w typowej lokalizacji ChLC. Zastosowanie leku wskazane jest w przypadku łagodnych zaostrzeń choroby. Co więcej, mamy też formę budezonidu, która pozwala na uwolnienie się substancji czynnej w obrębie jelita grubego, a zatem lek można polecić także pacjentom z WZJG. Mimo wyjątkowo lokalnej aktywności leku i mniejszego ryzyka działań niepożądanych farmakoterapia z wykorzystaniem budezonidu również nie może mieć charakteru przewlekłego i powinna zamknąć się w czasie około ośmiu tygodni.



**Stosowanie sterydów zgodnie z zaleceniami lekarza bez wątplenia niesie za sobą więcej korzyści niż potencjalnych działań niepożądanych**

## Inne leki – stosowane w razie nieskuteczności sterydów lub oporności na sterydy

Cyklosporyna, takrolimus oraz infliksymab to leki wdrażane w przypadku nieskuteczności steroidów systemowych u chorych z ciężkim rzutem WZJG. U pacjentów sterydozależnych lub sterydoopornych mogą odegrać kluczową rolę, a nawet uchronić przed leczeniem operacyjnym. Pojęcia sterydozależności i sterydooporności to pewnego rodzaju kanon w żargonie medycznym dotyczącym NChZJ. Może się okazać, że tylko większe dawki sterydów będą przynosić realne efekty leczenia, a każda próba ich zmniejszenia spowoduje kolejne zaostrzenie choroby (wspomniana sterydozależność). Z drugiej strony możesz w ogóle nie odczuwać poprawy, nawet jeśli od początku będziesz przyjmować duże dawki (przytoczona sterydooporność). Pamiętaj o tym, że w obydwu tych przypadkach należy zmodyfikować terapię, dlatego jeśli tylko zauważysz, że przyjmowane przez Ciebie sterydy są nieskuteczne, poinformuj o tym lekarza.



”

Co ważne, z perspektywy czasu operacja często okazuje się najlepszą opcją terapeutyczną

## Leczenie operacyjne

Czasami farmakoterapia nie jest w stanie zastąpić leczenia operacyjnego NChZJ. Co ważne, z perspektywy czasu operacja często okazuje się najlepszą opcją terapeutyczną. Zdarza się, że w trakcie zabiegu chirurdzy tworzą na jelicie cienkim lub grubym stomię, czyli ujście jelita w obrębie powłok brzucha. Od tej pory pacjent musi korzystać ze specjalnych jednorazowych worków gromadzących treść naturalnie wydobywającą się z pętli jelitowych. Może to być postępowanie tymczasowe lub docelowe – w zależności od wskazań. W pierwszym odruchu leczenie to budzi obawy, niepokój i pewnie zwykłą niechęć. Jednak operacja bez wątpienia może doprowadzić do poprawy codziennego funkcjonowania.

Po usunięciu jelita grubego (czyli po kolektomii) u chorych z WZJG można wytworzyć zbiornik z końcowego odcinka jelita krętego i zespolić go z kanałem odbytu – obecnie jest to najpowszechniejsza metoda leczenia operacyjnego. Po zabiegu może dojść do zapalenia regionu zespolenia (*pouchitis*), co wymaga antybiotykoterapii. Warto sobie uzmysłwić, że gdy z objawami jelitowymi WZJG współistnieją pozajelitowe manifestacje choroby (skórna, stawowa czy oczna), operacja jelita nie wyeliminuje wszystkich symptomów. W ramach kolektomii można również zespolić jelito cienkie z odbytnicą, jeśli

”

Osobom z ChLC chirurdzy proponują przeważnie częściową resekcję zmienionych zapalnie pętli jelitowych

nie jest ona zmieniona zapalnie. Z pewnością WZJG daje większe pole manewru niż ChLC – można usunąć cały fragment przewodu pokarmowego objęty chorobą.

Pewnym utrudnieniem może się okazać nawracające zakażenie bakterią *Clostridium difficile*, które manifestuje się biegunką i jest trudne do odróżnienia od zaostrzenia NChZJ. W razie braku odpowiedzi na antybiotykoterapię Twój gastroenterolog może pomyśleć o przeszczepieniu mikroflory jelitowej (ang. *fecal transplant therapy*, FMT), czyli podaniu w trakcie badania endoskopowego specjalnego preparatu flory jelitowej – uzyskanego od przebadanego zdrowego dawcy. Z reguły pozwala to przerwać pętlę nawrotów infekcji *Clostridium difficile*. Problemy z tą bakterią obserwowane u pacjentów są dowodem na udział zaburzeń składu mikrobiomu jelitowego w przebiegu NChZJ.

Osobom z ChLC chirurdzy proponują przeważnie częściową resekcję zmienionych zapalnie pętli jelitowych. W razie dużej dynamiki zaostrzeń zabieg można powtarzać. Zmniejszenie powierzchni chłonnej jelita cienkiego, które bywa nieuniknionym efektem ubocznym operacji, jest niekiedy punktem wyjścia do wdrożenia tymczasowego lub stałego żywienia parenteralnego (pozajelitowego). Najczęściej zakłada się wtedy stały port naczyniowy i uzupełnia codzienną dietę doustną żywnością dożylną – warto mieć świadomość, że istnieje takie rozwiązanie. W przypadku WZJG z reguły nie trzeba stosować podobnych form leczenia.





**Prędzej  
czy później  
nadchodzi  
upragniona  
remisja.  
Co wtedy  
z leczeniem?**

## Aminosalicylany – leczenie w trakcie remisji

Mimo zaostrzeń, problemów i turbulencji zdrowotnych prędzej czy później nadchodzi upragniona remisja. Co wtedy z leczeniem?

- Jest to czas, kiedy nie trzeba przyjmować sterydów.
- Podstawą terapii są aminosalicylany (leki przeciwzapalne):
  - mesalazyna – preferowana ze względu na lepszą tolerancję i najczęściej stosowana w przebiegu WZJG;
  - sulfasalazyna – czasami jest polecana w terapii zaostrzeń choroby ograniczonej do jelita grubego w przebiegu ChLC (nierekomendowana jako forma leczenia przewlekłego u pacjentów z ChLC).

Aminosalicylany to istotna z klinicznego punktu widzenia grupa leków – mają potencjał zapobiegania rakowi jelita grubego, który dotyka głównie pacjentów z WZJG. Dlatego u chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita rekomendowane jest przewlekłe stosowanie aminosalicylanów.



**U chorych z WZJG  
rekomendowane jest  
przewlekłe stosowanie  
aminosalicylanów**





**Gdy konwencjonalne metody leczenia zawodzą, wykorzystuje się leczenie biologiczne**

## Leki immunosupresyjne

Objawy choroby wciąż nie dają o sobie zapomnieć? Czas sięgnąć po leki immunosupresyjne. Są to leki, które prowadzą do przejściowego lub stałego osłabienia układu odpornościowego organizmu. Stosuje się je przede wszystkim u pacjentów po przeszczepieniu narządów, ale także u osób cierpiących na choroby autoimmunologiczne. W przypadku NChZJ stosuje się:

- azatioprynę;
- merkaptopurynę (pochodną azatiopryny);
- metotreksat – wykorzystywany w leczeniu ChLC, skuteczny również u pacjentów z dodatkową manifestacją stawową choroby.

W trakcie leczenia azatiopryną i merkaptopuryną, szczególnie w pierwszych tygodniach, mogą wystąpić działania niepożądane, np. zapalenie trzustki, zaburzenia w morfologii krwi, pogorszenie czynności wątroby. Na szczęście dzięki monitorowaniu kluczowych parametrów laboratoryjnych można wykryć problem na wczesnym etapie leczenia i szybko zareagować. Każda terapia wiąże się z działaniami niepożądanymi, jednak odpowiednia wiedza i możliwość niezwłocznej reakcji zdecydowanie poprawiają komfort leczenia.

## Leki biologiczne

Gdy konwencjonalne metody leczenia zawodzą, wykorzystuje się leczenie biologiczne. Nie jest to jednak forma terapii, którą stosuje się w ostateczności, np. po wieloletnich próbach nieudanej modyfikacji leczenia konwencjonalnego, czyli tego z zastosowaniem aminosalicylanów, immunosupresantów i sterydów. Wydaje się, że najlepszym oknem terapeutycznym na wprowadzenie leków biologicznych w przebiegu NChZJ jest pierwsze 1,5 roku choroby. W takiej sytuacji opanowujemy stan zapalny, który może stać się przyczyną rozwoju powikłań choroby. Nie należy więc myśleć, że tzw. biologia jest formą leczenia, którą stosuje się po wielu latach nieskutecznej farmakoterapii konwencjonalnej. To wielki błąd. Samo pojęcie leków biologicznych powinno się pojawić na jednej z Twoich pierwszych wizyt u gastroenterologa.

## A co kryje się tak naprawdę pod pojęciem leków biologicznych? Czym one są?

- Są to leki bezpośrednio związane z biologicznie czynnymi cząsteczkami, które naturalnie występują w ludzkim organizmie.
- Działanie leków biologicznych polega na tym, że wpływają one na mechanizmy lub procesy biologiczne, którymi zawiadują. Mogą zatem naśladować funkcjonowanie prawidłowych białek człowieka, wpływać na interakcje między aktywnymi biologicznie molekułami, a także oddziaływać na receptory.
- Lekami biologicznymi są zarówno związki, które występują naturalnie w organizmie ludzkim, jak też leki wytworzone metodami biotechnologicznymi.
- Przykładami leków biologicznych są przeciwciała monoklonalne, białka fuzyjne i rekombinowane białka ludzkie.
- Niewątpliwą zaletą leków biologicznych stosowanych w przebiegu NChZJ jest ich bezpośredni wpływ na reakcje immunologiczne oraz na różne etapy procesów, które prowadzą do powstania tych schorzeń.



**Leki biologiczne to leki bezpośrednio związane z biologicznie czynnymi cząsteczkami, które naturalnie występują w ludzkim organizmie**





Można więc powiedzieć w skrócie, że lek biologiczne oddziałują na źródła problemu. Ich pierwsza generacja, cały czas stosowana z powodzeniem, działająca antagonistycznie wobec prozapalnego czynnika martwicy nowotworów  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) cechuje się potencjalnie szerszym możliwym wachlarzem działań niepożądanych z powodu swojego ogólnoustrojowego działania. Pomijając teoretyczną możliwość ich wystąpienia, w codziennej praktyce klinicznej rzadko obserwujemy tego typu reakcje. Z drugiej strony efekty działania antagonistów TNF- $\alpha$  pojawiają się relatywnie szybko.

Sztandarowymi reprezentantami tej grupy leków są: infliksymab (IFX) i adalimumab (ADA).

Innym rozwiązaniem terapeutycznym jest zastosowanie przeciwciała o nazwie ustekinumab (UST), które jest antagonistą prozapalnych interleukin (IL-12 i IL-23). W wyniku zastosowania UST dochodzi do zmniejszenia aktywności limfocytów T.

Nie można także zapomnieć o wedolizumabie (VDZ), który łącząc się z integryną  $\alpha 4\beta 7$  na powierzchni limfocytów, hamuje ich migrację do światła jelit. Z wybiórczym mechanizmem działania wiąże się relatywnie dobra tolerancja tego leku i brak istotnych działań niepożądanych.

Leczenie biologiczne NChZJ w ramach programu lekowego prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest możliwe również za pomocą tofacytynibu (TFC) – inhibitora kinazy typu JAK, który należy do drobnocząsteczkowych, a nie klasycznych leków biologicznych (leki biologiczne są zwykle związkami wielkocząsteczkowymi).

Większość leków, które znajdują się w puli programu lekowego przeznaczonego dla pacjentów z NChZJ, prowadzonego przez NFZ, jest podawana dożylnie (IFX, ADA, VDZ) lub podskórnie (ADA, UST, a wkrótce również VDZ) co kilka tygodni. Zmiana formy dożylniej na podskórną nie zmienia profilu bezpieczeństwa VDZ i jego skuteczności. Z praktycznego punktu widzenia wygodniejsza może okazać się forma podskórna, ponieważ umożliwia samodzielne podawanie leku w domu. Dożylna droga podania zwykle wiąże się z 1- lub 2-godzinny wlewem leku. Wlew musi odbywać się w warunkach szpitalnych – co oznacza, że konieczna jest jednodniowa hospitalizacja. Osoby podróżujące lub takie, które z innych przyczyn nie są w stanie odbywać kilkogodzinnych wizyt w szpitalu, aby otrzymać kolejne dawki, mogą znacznie usprawnić swoje codzienne funkcjonowanie, jeżeli zdecydują się na wykonywanie samodzielnych podskórnych wstrzyknięć leku (co jest bardzo proste). Oczywiście kluczowa jest w tym wypadku zasadność zastosowania danego leku, ale aspekt praktyczny również powinien być wzięty pod uwagę przez gastroenterologa.

Forma doustna wydaje się najlepszym sposobem podawania leku biologicznego. Taką możliwość stwarza TFC (lek drobnocząsteczkowy). Doustne podawanie wielkocząsteczkowych leków biologicznych stanowi cały czas wyzwanie dla farmakologii. Pamiętaj również o tym, że jeśli odpowiedź na wdrożone leczenie biologiczne będzie niewystarczająca, lekarz może zwiększyć dawkę stosowanego leku, zmniejszyć odstępy między kolejnymi dawkami lub zamienić lek na inny. Każdy pacjent może skorzystać z takiej modyfikacji terapii, jeśli zajdzie potrzeba. Na uwagę zasługuje fakt, że terapię biologiczną można stosować bez ograniczeń czasowych. W Polsce takie stałe leczenie jest możliwe od stycznia 2022 r.

Warto pamiętać, że leczenie biologiczne jest osiągalne dla każdego pacjenta – to standardowa forma farmakoterapii. Jednak od jakiego leku należy rozpocząć leczenie? Czy istnieje określony algorytm postępowania?

Jeszcze kilka lat temu do wyboru były tylko dwa leki – antagoniści TNF- $\alpha$  (IFX i ADA). Są one wciąż wykorzystywane do leczenia pacjentów z NChZJ:

- IFX jest zarejestrowany w Polsce do stosowania w przebiegu ChLC i WZJG;
- ADA jest zarejestrowany w Polsce do stosowania w przebiegu ChLC.

”

**Warto pamiętać, że leczenie biologiczne jest osiągalne dla każdego pacjenta – to standardowa forma farmakoterapii**



**Nie ma złotej zasady która mówiłaby, jaki lek będzie najlepszy dla konkretnej osoby – to lekarz dobiera odpowiednią terapię**

Należy pamiętać, że czynnikami, które mogą uniemożliwiać stosowanie leków biologicznych, są skórne odczyny alergiczne, brak pierwotnej odpowiedzi na leczenie i wtórna utrata odpowiedzi na leczenie. Warto jednak dodać, że u pacjentów z ciężkimi zaostrzeniami NChZJ i z powikłaniami, np. w postaci przetok, stosuje się niekiedy IFX (podawany głównie dożylnie) ze względu na jego szybki efekt działania.

Alternatywą dla antagonistów TNF- $\alpha$  zarówno w przebiegu ChLC, jak i WZJG może być wedolizumab. Do jego niewątpliwych zalet należy wysoki profil bezpieczeństwa oraz duża skuteczność – szczególnie u pacjentów niepoddawanych wcześniej leczeniu biologicznemu, czyli tzw. osób bionaiwnych.

Do leczenia ChLC wykorzystuje się zatem IFX, ADA i VDZ jako leki I rzutu oraz UST, gdy istnieją przeciwwskazania do stosowania antagonistów TNF- $\alpha$  lub gdy antagoniści TNF- $\alpha$  okazują się nieskuteczni. Z kolei u pacjentów z WZJG rekomendowane są: IFX, VDZ, UST i TFC.

### Jak długo potrwa leczenie?

Niezależnie od typu NChZJ oraz rodzaju zastosowanego leku farmakoterapia może być bezterminowa, ale pamiętaj, że o tym zadecyduje Twój gastroenterolog. Każdy chory inaczej reaguje na dany lek i nie ma złotej zasady, która mówiłaby, który z nich będzie najlepszy dla konkretnej osoby. Nie zniechęcaj się jednak – Twój lekarz wybierze odpowiednią terapię dla Ciebie. Pamiętaj, aby na każdej wizycie dzielić się swoimi obserwacjami na temat leczenia. Dzięki temu lekarz będzie mógł we właściwy sposób reagować na Twoje zastrzeżenia i potrzeby.

### Z kim i gdzie najlepiej porozmawiać o leczeniu biologicznym NChZJ?

Na końcu poradnika znajdziesz listę wszystkich ośrodków w Polsce, które prowadzą leczenie biologiczne NChZJ. Jest to oficjalna lista Narodowego Funduszu Zdrowia. Zanim wybierzesz się do takiego ośrodka, upewnij się telefonicznie, że uzyskasz tam odpowiednią pomoc, ponieważ ośrodki, które w ramach NFZ prowadzą leczenie biologiczne, mogą się zmieniać.

## Warto wiedzieć



Większość leków biologicznych jest podawana dożylnie lub podskórnie co kilka tygodni.



Jeśli odpowiedź na leczenie biologiczne będzie niewystarczająca, lekarz prowadzący może zwiększyć dawkę stosowanego leku, zmniejszyć odstęp między kolejnymi dawkami lub zamienić lek na inny.



Doustne podawanie wielkocząsteczkowych leków biologicznych stanowi cały czas wyzwanie dla farmakologii.

### To ważne

Z leczenia biologicznego może skorzystać każdy pacjent – nie jest ono zarezerwowane tylko dla wąskiego grona osób z NChZJ.

Na końcu poradnika znajdziesz listę wszystkich ośrodków w Polsce, które prowadzą leczenie biologiczne NChZJ.

## Leczenie NChZJ a ciąża

Terapii NChZJ w trakcie ciąży został poświęcony odrębny akapit w rozdziale o seksualności w NChZJ. Warto zaznaczyć, że choć planowanie założenia rodziny z pewnością bywa dla pacjentów wyzwaniem, choroba nie przekreśla planów prokreacyjnych.





**Choroba to po prostu nowa sytuacja – nie zmienia Ciebie jako człowieka, ale jest wyzwaniem, które podejmujesz**

## **Ja a NChZJ czy ja i NChZJ / Mam NChZJ, ale NChZJ nie ma mnie**

Myśląc o swoim życiu z NChZJ, staraj się traktować chorobę po prostu jak nową sytuację. Nie zmienia ona Ciebie jako człowieka – jest wyzwaniem, które podejmujesz jako ta sama osoba co przed diagnozą.

Nie utożsamiaj NChZJ ze sobą jako człowiekiem. Odpowiednie (najogólniej rzecz ujmując: pozytywne) podejście do choroby wraz z otwartością na różne propozycje terapeutyczne ze strony lekarza zwiększają szansę na sukces – aktywne życie – nie w cieniu choroby.

Nie będzie łatwo, ale gra z pewnością jest warta świeczki! Zadawaj pytania i wyrażaj swoje wątpliwości, używaj merytorycznych argumentów. Zawsze poszukuj wiarygodnych źródeł informacji bazujących na wynikach badań klinicznych. Terapia NChZJ cały czas ewoluuje. Dziesięć lat temu byliśmy w zupełnie innym punkcie. Dlatego z pełnym przekonaniem można przewidywać, że kolejne lata przyniosą postęp w leczeniu ChLC i WZJG.

### **Piśmiennictwo:**

1. Cai Z, Wang S, Li J. Treatment of inflammatory bowel disease: a comprehensive review. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8: 765474.
2. ChPL Imuran; [https://leki.urpl.gov.pl/files/61\\_Imuran\\_tabl\\_powl\\_50mg.pdf](https://leki.urpl.gov.pl/files/61_Imuran_tabl_powl_50mg.pdf) [dostęp: marzec 2022].
3. Jeong DY, Kim S, Son MJ i wsp. Induction and maintenance treatment of inflammatory bowel disease: a comprehensive review. *Autoimmun Rev* 2019; 18(5): 439–454.
4. Lauro R, Mannino F, Irrera N i wsp. Pharmacogenetics of biological agents used in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Biomedicines* 2021; 9(12): 1748.
5. Magro F, Cordeiro G, Dias AM, Estevinho MM. Inflammatory bowel disease – non-biological treatment. *Pharmacol Res* 2020; 160: 105075.
6. Reichardt SD, Amouret A, Muzzi C i wsp. The role of glucocorticoids in inflammatory diseases. *Cells* 2021; 10(11): 2921.
7. Seyedian SS, Nokhostin F, Malamir MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life* 2019; 12(2):113–122.

## **Rozdział czwarty**

# **Nieswoiste choroby zapalne jelit a seksualność**

Magdalena Kaniewska





”

**W naszym społeczeństwie seks niestety wciąż jest tematem tabu**

Prawdopodobnie pierwsze oznaki NChZJ zaczęły się u Ciebie pojawiać między 15. a 35. rokiem życia. To czas, kiedy człowiek jest aktywny seksualnie i eksperymentuje z różnymi formami tej aktywności. Osoby chorujące na NChZJ nie różnią się pod tym względem od innych. Być może jednak dostrzegasz, że choroba miała lub nadal ma pewne konsekwencje dla Twojego życia seksualnego. W naszym społeczeństwie seks niestety wciąż jest tematem tabu, a w przypadku ludzi chorych o seksie w ogóle się nie mówi. Osoby z NChZJ często czują się niezręcznie i są zawstydzone rozmową – czy to z partnerem, przyjaciółmi, rodziną, czy to z lekarzem – o wyzwaniach w funkcjonowaniu seksualnym wynikających z choroby.

Postaramy się więc odpowiedzieć na podstawowe pytania, które mogą Cię nurtować. Obalimy mity i zastąpimy je faktami na temat życia seksualnego pacjentów z NChZJ. Zaczniemy od podstaw.

### **Pamiętaj**

**Nie jesteś sam(-a). NChZJ dotyczą głównie młodych ludzi – w momencie zachorowania około 50% pacjentów ma mniej niż 35 lat, a około 25% rozpoczyna współżycie seksualne niedługo po otrzymaniu diagnozy. Rodzi to wiele pytań i trudności związanych z planowaniem życia seksualnego czy rodzicielstwa.**

”

**Osoby z NChZJ często są zawstydzone rozmową o wyzwaniach w funkcjonowaniu seksualnym wynikających z choroby**

## Co to jest zdrowie seksualne?

Jest to – oprócz obrazu ciała – ważny element funkcjonowania psychospołecznego, mający istotny wpływ na ogólną jakość życia. Ponadto może się zmienić wygląd Twojego ciała z uwagi na obecność blizn po zabiegach chirurgicznych, przetok i ropni czy wylonionych stomii. Niektórzy pacjenci – zwłaszcza kobiety i osoby po operacji – mogą być bardziej narażeni na zaburzenia obrazu ciała. Dodatkowo wykazano, że obniżony nastrój jest najsilniejszym i najczęściej występującym czynnikiem ryzyka, jeśli chodzi o osłabienie funkcji seksualnych u pacjentów z NChZJ.



Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie seksualne jako „stan dobrego samopoczucia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego w odniesieniu do seksualności; to nie tylko brak choroby, dysfunkcji czy kalectwa”.

## Zdrowie seksualne ma pięć wymiarów



fizyczny



psychiczny



emocjonalny



duchowy



społeczny

Chociaż zaburzenia obrazu ciała i funkcji seksualnych są u pacjentów z NChZJ częste, jest to niestety temat rzadko poruszany w trakcie wizyt lekarskich. Nie bój się i porozmawiaj o nurtujących Cię problemach ze swoim lekarzem. Być może – oprócz wskazówek na temat tego, jak radzić sobie z objawami fizycznymi, które wpływają na Twoje postrzeganie własnego ciała i seksualność – lekarz skieruje Cię do innych specjalistów: psychologów, psychiatrów, seksuologów, dzięki czemu otrzymasz dodatkowe wsparcie.

## Nieswoiste choroby zapalne jelit a płodność

Młode kobiety z NChZJ, ze względu na niedożywienie i aktywny stan zapalny w jelicie, mogą mieć opóźnioną pierwszą miesiączkę i zaburzenia cyklu miesięczkowego. Mogą również doświadczać cyklicznej zmienności objawów zapalenia jelit w trakcie cyklu miesięczkowego – podczas menstruacji może zwiększać się liczba wypróżnień, czemu często towarzyszy ból brzucha.

Zdolność reprodukcyjna mężczyzn i kobiet z NChZJ na ogół nie różni się od zdolności reprodukcyjnej obserwowanej w populacji ogólnej. Spadek rozrodu jest często związany z dobrowolną bezdzietnością, która wynika z obaw przed urodzeniem chorego dziecka.

Zgodnie z definicją niepłodność to niemożność zapłodnienia mimo regularnego współżycia bez zabezpieczenia (antykoncepcji) przez 12 miesięcy. Pacjentki z WZJG nie mają zaburzeń płodności, a pacjentki z ChLC mają zwykle prawidłową lub nieznacznie obniżoną płodność (z wyjątkiem osób po operacjach resekcyjnych).

”

**Zaburzenia obrazu ciała i funkcji seksualnych są częste u pacjentów z NChZJ, a mimo to jest to temat rzadko poruszany w trakcie wizyt lekarskich**



**Istnieje niewiele danych dotyczących wpływu resekcji jelita grubego lub odcinkowej resekcji jelita grubego na płodność u mężczyzn i kobiet**

## Płodność a leki stosowane w NChZJ

- Sulfasalazyna – ma odwracalny wpływ na liczbę, ruchliwość i morfologię plemników. Jeśli więc jesteś mężczyzną i chciałbyś zostać tatą, powinieneś odstawić sulfasalazynę co najmniej na trzy miesiące przed planowanym zapłodnieniem.
- Mesalazyna – nie wpływa na płodność. Mężczyźni, którzy odstawili sulfasalazynę ze względu na plany rodzicielskie, mogą przyjmować właśnie preparaty mesalazyny.
- Metotreksat – u mężczyzn powoduje odwracalną bezpłodność. Kobiety zaś, z uwagi na znaczną teratogenność leku (toksyczne działanie na płód), nie powinny stosować metotreksatu przez co najmniej sześć miesięcy przed planowaną ciążą. Warto pamiętać, że w przypadku pacjentek leczonych metotreksatem ciąża musi być zawsze planowana!
- Kwas 5-aminosalicylowy, 6-merkaptopuryna, azatiopryna i leki biologiczne – nie wykazano ich wpływu na płodność u mężczyzn i kobiet, należy jednak zauważyć, że badania nad płodnością i lekami biologicznymi ograniczały się dotychczas do badań na zwierzętach.

## Czy operacja ma wpływ na płodność?

Istnieje niewiele danych dotyczących wpływu resekcji jelita grubego lub odcinkowej resekcji jelita grubego na płodność u mężczyzn i kobiet.

Złotym standardem w leczeniu WZJG jest proktokolektomia z wytworzeniem zbiornika J-pouch (ang. *ileal pouch anal anastomosis*, IPAA), w części przypadków stosuje się zespolenie krętniczo-odbytnicze (ang. *ileorectal anastomosis*, IRA). U prawie połowy pacjentek, które próbują zajść w ciążę po IPAA, nie jest to możliwe w ciągu 12 miesięcy po operacji. Prawdopodobnie wynika to ze zmian anatomicznych i bliznowacenia jajowodów po rozległym preparowaniu miednicy. Najnowsze prace sugerują, że niektóre problemy można złagodzić dzięki stosowaniu metod laparoskopowych, ale dane dotyczące takich zabiegów są jeszcze zbyt ubogie. Kobietom chcącym urodzić dziecko po IPAA często zaleca się wykonanie cesarskiego cięcia, aby zapobiec uszkodzeniu zwieracza odbytu i worka stomijnego. Dane porównujące poród drogami natury z cesarskim cięciem są niestety ograniczone.

## Aktywność choroby a płodność

Aktywna choroba może wpływać na płodność na wiele sposobów.

- Może skutkować zapaleniem sąsiednich narządów – także jajników i jajowodów.
- Niekiedy zmniejsza libido i/lub powoduje dyspareunię (ból podczas stosunku).
- Jest związana z depresją, niedożywieniem i anemią, co może negatywnie wpływać na zdolność do poczęcia dziecka.
- Aktywność choroby w momencie poczęcia i w trakcie ciąży wiąże się z wyższym prawdopodobieństwem przedwczesnego porodu i niższą masą urodzeniową dziecka.

Kobiety z NChZJ powinny pozostawać w remisji przez co najmniej sześć miesięcy przed próbą zajścia w ciążę.



**Kobiety z NChZJ powinny pozostawać w remisji przez co najmniej sześć miesięcy przed próbą zajścia w ciążę**







## Dlaczego u chorych z NChZJ stosunki seksualne mogą być problemem?

U pacjentów z NChZJ popęd seksualny (libido) może spaść albo nawet zaniknąć z powodu wyczerpania psychicznego i/lub fizycznego. Zmęczenie towarzyszące chorobie wynika z innych objawów NChZJ – takich jak biegunka, bóle brzucha, anemia, słaby apetyt, problemy z wchłanianiem składników odżywczych – lub jest skutkiem ubocznym leczenia. Możesz czuć ogólne wyczerpanie i brak energii, co sprawia, że uprawianie seksu staje się wyzwaniem.

Dobrym pomysłem może być rozmowa z partnerem na temat sposobów zaspokajania potrzeb seksualnych w okresach bólu lub zmęczenia.

- Jeśli zazwyczaj czujesz silne zmęczenie o określonych porach dnia, spróbujcie zaplanować stosunek seksualny na czas, gdy zmęczenie jest zwykle mniejsze.

- Kontrolowanie ruchów i głębokości penetracji w trakcie seksu może być łatwiejsze, jeśli osoba chora znajduje się na górze.
- Wskazane jest eksperymentowanie z różnymi pozycjami seksualnymi.

Jeżeli obawiasz się nietrzymania stolca, biegunki i parcia na stolec podczas stosunku, to strach przed nieprzewidywalnymi wypróżnieniami w trakcie seksu, szczególnie w aktywnej chorobie, może spowodować, że całkowity relaks i czerpanie przyjemności z seksu będą utrudnione. Wizyta w toalecie przed stosunkiem w celu opróżnienia jelit zmniejszy prawdopodobieństwo „wypadku”, a także pozwoli Ci poczuć się bardziej pewnie. Możecie również wybrać na seks taką porę dnia, kiedy rzadziej występują wypróżnienia.

Czeka Cię operacja? Konieczne może być unikanie aktywności seksualnej przed operacją z wyłoniem stomii lub J-poucha (na wypadek zaostrzenia objawów). Po zabiegu należy powstrzymać się od współżycia – i innych forsownych czynności – przez około 8 tygodni. Zanim wrócisz do aktywności seksualnej, chirurg powinien sprawdzić stan gojenia rany.

Masz worek stomijny i martwisz się wyciekami i nieprzyjemnymi zapachami? Pomóc mogą wizyta w toalecie i opróżnienie lub wymiana worka stomijnego przed stosunkiem. Jeśli worek jest bezpiecznie przymocowany, to bardzo mało prawdopodobne, że pęknie – niezależnie od pozycji seksualnej. Dostępne są różne typy i rozmiary worków stomijnych, a także pojemniki woreczkowe, bardziej dyskretne od zwykłych worków.

Przetoki odbytniczo-pochwowe i okołodbytnicze również nie muszą przeszkadzać w życiu seksualnym. Zaleca się jednak unikanie seksu analnego, gdy w okolicy odbytu występuje duża aktywna przetoka. Jeśli masz założony seton, czyli nici chirurgiczne, które można pozostawić w przetoce, aby ułatwić drenaż ropni i gojenie się przetok, możliwości uprawiania seksu należy szczegółowo omówić z lekarzem. Powinno to obejmować ocenę korzyści i ryzyka wraz z potencjalnymi konsekwencjami dla ogólnego samopoczucia. Seton może wpływać na aktywność seksualną z powodu drenażu, podrażnienia i/lub bólu. Jeśli masz seton, unikaj penetracji odbytu, szczególnie gdy choroba jest aktywna.

”

**Dobrym pomysłem może być rozmowa z partnerem na temat zaspokajania potrzeb seksualnych w okresach bólu lub zmęczenia**



**Planowane  
rodzicielstwo  
zapewnia  
kontrolę  
choroby  
w czasie ciąży**

## Antykoncepcja a NChZJ

Trzeba pamiętać, że planowane rodzicielstwo zapewnia kontrolę choroby w czasie ciąży i pozwala uniknąć narażenia płodu na szkodliwe leki. Środków antykoncepcyjnych jest obecnie dużo, a wyboru powinno się dokonywać indywidualnie.

- Doustne tabletki antykoncepcyjne (OCP) – są zdecydowanie najpowszechniejszym wyborem, jednak trzeba pamiętać o pewnych zaleceniach dotyczących pacjentek z NChZJ. Korzyści na ogół przewyższają ryzyko związane z przyjmowaniem tabletek zawierających tylko progestagen lub octan medroksyprogesteronu.
- Decyzja o zastosowaniu złożonych doustnych środków antykoncepcyjnych, złożonego hormonalnego systemu antykoncepcyjnego lub złożonego hormonalnego systemu dopochwowego powinna być podejmowana indywidualnie.

- Stosowanie złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych powoduje, że rośnie ryzyko wystąpienia zdarzeń zakrzepowo-zatorowych. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ryzyko związane ze złożonymi doustnymi środkami antykoncepcyjnymi, a także plasterm i pierścieniem antykoncepcyjnym przewyższa korzyści u pacjentek z aktywną chorobą, niedoborami witamin i niedoborami płynów, jak również u chorych po niedawnej operacji, unieruchomionych i przyjmujących kortykosteroidy. U osób z łagodną lub kontrolowaną chorobą korzyści mogą przewyższać ryzyko.
- Należy też pamiętać o związku między środkami antykoncepcyjnymi a utratą masy kostnej. Wyższy wskaźnik osteoporozy i osteopenii jest związany ze stosowaniem kortykosteroidów, a także z niedożywieniem, złym wchłanianiem i niedoborem witaminy D i wapnia oraz unieruchomieniem.
- Octan medroksyprogesteronu jest najpopularniejszym środkiem antykoncepcyjnym do wstrzykiwań, jednak naukowcy wykazali, że jego stosowanie wiąże się z utratą gęstości kości. Na szczęście nie stwierdzono, by inne hormonalne środki antykoncepcyjne miały jakkolwiek wpływ na gęstość kości.
- Długo działające odwracalne środki antykoncepcyjne, takie jak wkładka domaciczna z miedzi lub lewonorgestrelu czy implanty z etonogestrellem, są wysoce skuteczne – przy typowym stosowaniu mają skuteczność podobną do procedur sterylizacji. Obecnie te formy antykoncepcji zaleca się kobietom z NChZJ bez ograniczeń.

## NChZJ w trakcie ciąży

U kobiet ciężarnych z aktywną chorobą występuje większe ryzyko przedwczesnego porodu lub urodzenia dziecka o niskiej masie ciała niż u pacjentek w stanie remisji. Jeśli poczęcie następuje w okresie remisji, ryzyko nawrotu NChZJ jest takie samo jak u kobiet niebędących w ciąży. Poczęcie w okresie aktywności choroby przekłada się na wzrost ryzyka jej długotrwałej aktywności w czasie ciąży.



**Jeśli poczęcie  
następuje  
w okresie  
remisji,  
ryzyko  
nawrotu  
NChZJ jest  
takie samo  
jak u kobiet  
niebędących  
w ciąży**



**Okolo  
5,5–22,5%  
pacjentów  
z NChZJ  
ma w rodzinie  
kogoś,  
kto choruje  
na NChZJ\***

## Jakie jest ryzyko, że moje dzieci będą chorowały na NChZJ?

Dodatni wywiad rodzinny to ważny element oceny ryzyka zachorowania na NChZJ w ciągu całego życia. Około 5,5–22,5% pacjentów z NChZJ ma w rodzinie kogoś, kto choruje na NChZJ.

- Jeżeli u jednego z rodziców występuje NChZJ, ogólne ryzyko zachorowania u dziecka jest 2–13 razy wyższe niż w populacji ogólnej.
- Jeżeli oboje rodzice chorują na NChZJ, ryzyko wystąpienia choroby u dziecka (w ciągu całego życia) przekracza 30%.
- Względne ryzyko wystąpienia choroby u rodzeństwa osób z ChLC jest 13–36 razy wyższe niż w populacji ogólnej.
- Względne ryzyko wystąpienia choroby u rodzeństwa osób z WZJG jest 7–17 razy wyższe w porównaniu z populacją ogólną.

## Jakie leki stosować w ciąży?

Uważa się, że przyjmowanie w trakcie ciąży większości leków stosowanych w NChZJ wiąże się z niskim ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych u dziecka. Wyjątki to metotreksat i talidomid.

Ekspozycja płodu na tiopuryny nie jest związana ze zwiększonym ryzykiem infekcji w pierwszym roku życia. Zazywanie tiopuryn w czasie ciąży nie wpływa na ryzyko przedwczesnego porodu i małej masy urodzeniowej. Długoterminowe badania kontrolne (3–4 lata) pokazują, że dzieci, których matki przyjmowały tiopuryny w czasie ciąży, rozwijały się prawidłowo – zarówno pod względem umysłowym, jak i fizycznym. Leczenie to nie zwiększało też ryzyka występowania infekcji w dzieciństwie.

Kwestia ryzyka infekcji u dzieci w pierwszym roku życia przy stosowaniu antagonistów TNF- $\alpha$  w monoterapii lub w połączeniu z immunomodulatorami jest kontrowersyjna.

Decyzja o czasie podania ostatniej dawki antagonisty TNF- $\alpha$  powinna uwzględniać dwa elementy: aktywność choroby matki i przenoszenie leku przez łożysko. Jeśli lekarz i pacjentka uznają to za stosowne, w celu ograniczenia transportu antagonisty TNF- $\alpha$  do płodu należy odstawić lek około 24.–26. tygodnia ciąży.

Ryzyko przyjmowania poszczególnych leków w trakcie ciąży i podczas karmienia piersią przedstawiono w tabeli.

Zalecenia dotyczące farmakoterapii NChZJ w czasie ciąży i podczas karmienia piersią		
Lek	Stosowanie w ciąży	Stosowanie w trakcie laktacji
antagoniści TNF- $\alpha$	niskie ryzyko, odstawić około 24. tygodnia ciąży	mało danych, najprawdopodobniej niskie ryzyko
ciprofloksacyna	unikać w 1. trymestrze	unikać
glikokortykosteroidy	niskie ryzyko	niskie ryzyko, odstawić 4 godziny przed karmieniem
mesalazyna	niskie ryzyko	niskie ryzyko
metotreksat	lek zakazany	lek zakazany
metronidazol	unikać w 1. trymestrze	unikać
sulfasalazyna	niskie ryzyko	niskie ryzyko
talidomid	lek zakazany	lek zakazany
tiopuryny	niskie ryzyko, mało danych od 6. tygodnia ciąży	niskie ryzyko

## Jaki poród?

Wybór sposobu porodu wymaga multidyscyplinarnego podejścia i powinien zależeć przede wszystkim od wskazań położniczych. Cesarskie cięcie jest wskazane przy aktywnej chorobie w okolicy odbytu albo aktywnym zajęciu odbytnicy. J-pouch lub zespolenie krętniczno-odbytnicze u kobiet z NChZJ jest względnym wskazaniem do cesarskiego cięcia, ale decyzję należy zawsze podejmować indywidualnie.

**Pamiętaj**

**Decyzje dotyczące farmakoterapii zawsze podejmuje lekarz, odnosząc się do konkretnego przypadku pacjenta**

\* Pietrzak AM. Leczenie nieswoistych zapaleń jelit u kobiet w ciąży. Gastroenterologia Kliniczna 2013, 5(2–3): 85–96.





**Dobre samopoczucie matki jest głównym czynnikiem, który zapewnia prawidłowy rozwój płodu i dziecka. Rodzice powinni bardziej bać się choroby niż terapii**

Ryzyko nawrotu w okresie poporodowym nie rośnie u kobiet z ChLC, które stosują leczenie podtrzymujące. U kobiet z WZJG ryzyko nawrotu poporodowego może być zwiększone, ale wymaga to jeszcze uściślenia w kolejnych badaniach.

## Czy mam karmić piersią?

Laktacja nie wpływa na aktywność NChZJ. Postępuj zgodnie ze standardowymi zaleceniami żywieniowymi dotyczącymi karmienia piersią.

- Zwiększ spożycie kalorii o 450–500 kcal na dobę.
- Spożywaj codziennie o 200–300 mg więcej kwasów tłuszczowych omega-3 (w posiłkach albo w postaci leków).
- Pamiętaj o utrzymaniu odpowiedniego nawodnienia i właściwej masy ciała.

Przyjmowanie pochodnych kwasu 5-aminosalicylowego (5-ASA), tiopuryn, antagonistów-TNF- $\alpha$  i kortykosteroidów stanowi niskie ryzyko dla niemowląt karmionych piersią.

Ponieważ wykrywalne stężenia antagonistów TNF- $\alpha$  występują co najmniej przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka, należy wtedy unikać żywych szczepionek. Z kolei strategię szczepień szczepionkami nieżywymi nie różni się od strategii dla niemowląt nienarażonych w okresie płodowym na antagonistów TNF- $\alpha$ .

Dzieci osób z NChZJ osiągają kamienie milowe w rozwoju w podobnym czasie jak dzieci osób niechorujących na NChZJ.

### Piśmiennictwo:

1. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 73: use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6): 1453–1472.
2. Ali T, Lam D, Bronze MS, Humphrey MB. Osteoporosis in inflammatory bowel disease. *Am J Med* 2009; 122(7): 599–604.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 121: long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2011; 118(1): 184–196.

4. Bartels SA, D'Hoore A, Cuesta MA i wsp. Significantly increased pregnancy rates after laparoscopic restorative proctocolectomy: a cross-sectional study. *Ann Surg* 2012; 256(6): 1045–1048.
5. Bennett RA, Rubin PH, Present DH. Frequency of inflammatory bowel-disease in offspring of couples both presenting with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1991; 100(6): 1638–1643.
6. Bernstein CN, Ng SC, Lakatos PL i wsp.; Epidemiology and Natural History Task Force of the International Organization of the Study of Inflammatory Bowel Disease. A review of mortality and surgery in ulcer-ative colitis: milestones of the seriousness of the disease. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19(9): 2001–2010.
7. Bharadwaj S, Kulkarni G, Shen B. Menstrual cycle, sex hormones in female inflammatory bowel disease patients with and without surgery. *J Dig Dis* 2015; 16(5): 245–255.
8. Bharadwaj S, Philpott JR, Barber MD i wsp. Women's health issues after ileal pouch surgery. *Inflamm Bowel Dis* 2014; 20(12): 2470–2482.
9. Borum ML, Igiehon E, Shafa S. Physicians may inadequately address sexuality in women with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16(2): 181.
10. Bröms G, Granath F, Linder M i wsp. Birth outcomes in women with inflammatory bowel disease: effects of disease activity and drug exposure. *Inflamm Bowel Dis* 2014; 20(6): 1091–1098.
11. Casanova MJ, Chaparro M, Domènech E i wsp. Safety of thiopurines and anti-TNF-alpha drugs during pregnancy in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108(3): 433–440.
12. Coelho J, Beaugerie L, Colombel JF. Pregnancy outcome in patients with inflammatory bowel disease treated with thiopurines: cohort from the CESAME Study. *Gut* 2011; 60(2): 198–203.
13. Crohn's and Colitis Foundation of America. Surgery for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis; <https://www.crohnscolitisfoundation.org/sites/default/files/legacy/assets/pdfs/> [dostęp: marzec 2022].
14. Crohn's and Colitis UK. Living with a fistula; <http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/files.crohnsandcolitis.org.uk/Publications/fistula.pdf> [dostęp: styczeń 2022].
15. Crohn's and Colitis UK. Sexual relationships and IBD; <http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/files.crohnsandcolitis.org.uk/Publications/sexual-relationships-and-IBD.pdf> [dostęp: styczeń 2022].
16. Curtis KM, Martins SL. Progestogen-only contraception and bone mineral density: a systematic review. *Contraception* 2006; 73(5): 470–487.
17. Curtis KM, Tepper NK, Marchbanks PA. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20(6): 825–828.
18. Cutolo M, Sulli A, Straub RH. Estrogen metabolism and autoimmunity. *Autoimmun Rev* 2012; 11(6–7): A460–A464.
19. Davies RJ, O'Connor BI, Victor C i wsp. A prospective evaluation of sexual function and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 2008; 51(7): 1032–1035.
20. Devaraj B, Kaiser AM. Surgical management of ulcerative colitis in the era of biologics. *Inflamm Bowel Dis* 2015; 21(1): 208–220.
21. Dotan I, Alper A, Rachmilewitz D i wsp. Maternal inflammatory bowel disease has short and long-term effects on the health of their offspring: a multicenter study in Israel. *J Crohns Colitis* 2013; 7(7): 542–550.
22. Dubeau MF, Iacucci M, Beck PL i wsp. Drug-induced inflammatory bowel disease and IBD-like conditions. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19(2): 445–456.
23. Ford C, Medcalf L, Kent A. Sex and Intimacy. W: Sturm A, White L (red.) *Inflammatory bowel disease nursing manual*. Springer International Publishing 2019; p369–375.
24. Francella A, Dyan A, Bodian C i wsp. The safety of 6-mercaptopurine for childbearing patients with inflammatory bowel disease: a retrospective cohort study. *Gastroenterology* 2003; 124(1): 9–17.
25. Friedman S, McElrath TF, Wolf JL. Management of fertility and pregnancy in women with inflammatory bowel disease: a practical guide. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19(13): 2937–2948.
26. Frolkis A, Dieleman LA, Barkema HW i wsp. Environment and the inflammatory bowel diseases. *Can J Gastroenterol* 2013; 27(3): e18–24.
27. Gawron LM, Gawron AJ, Kasper A i wsp. Contraceptive method selection by women with inflammatory bowel diseases: a cross-sectional survey. *Contraception* 2014; 89(5): 419–425.



28. Gazzard BG, Price HL, Libby GW, Dawson AM. The social toll of Crohn's disease. *Br Med J* 1978; 2(6145): 1117–1119.
29. Gillibrand PN. Systemic lupus erythematosus in pregnancy treated with azathioprine. *Proc R Soc Med* 1966; 59(9): 834.
30. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15(7): 1105–1118.
31. Heetun ZS, Byrnes C, Neary P, O'Morain C. Review article: reproduction in the patient with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26(4): 513–533.
32. Hinkes E, Plotkin D. Reversible drug-induced sterility in a patient with acute leukemia. *JAMA* 1973; 223(13): 1490–1491.
33. Hutfless S, Li D-K, Heyman MB i wsp. Prenatal and perinatal characteristics associated with pediatric-onset inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 2012; 57(8): 2149–2156.
34. Jharap B, de Boer NKH, Stokkers P i wsp. Intrauterine exposure and pharmacology of conventional thiopurine therapy in pregnant patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 2014; 63(3): 451–457.
35. Kalla R, Ventham NT, Satsangi J, Arnott IDR. Crohn's disease. *BMJ* 2014; 349: g6670.
36. Khalili H, Higuchi LM, Ananthakrishnan AN i wsp. Hormone therapy increases risk of ulcerative colitis but not Crohn's disease. *Gastroenterology* 2012; 143(5): 1199–1206.
37. Knowles SR, Gass C, Macrae F. Illness perceptions in IBD influence psychological status, sexual health and satisfaction, body image and relational functioning: a preliminary exploration using Structural Equation Modeling. *J Crohns Colitis* 2013; 7(9): e344–e350.
38. Laharie D, Debeugny S, Peeters M i wsp. Inflammatory bowel disease in spouses and their offspring. *Gastroenterology* 2001; 120(4): 816–819.
39. Lerman SA, Miller GK, Bohlman K i wsp. Effects of corticosterone on reproduction in male Sprague-Dawley rats. *Reprod Toxicol* 1997; 11(6): 799–805.
40. Levi AJ, Fisher AM, Hughes L, Hendry WF. Male infertility due to sulphasalazine. *Lancet* 1979; 2(8137): 276–278.
41. Loftus Jr EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004; 126(6): 1504–1517.
42. Lönnfors S, Vermeire S, Greco M i wsp. IBD and health-related quality of life – discovering the true impact. *J Crohns Colitis* 2014; 8(10): 1281–1286.
43. Looijer-van Langen M, Hotte N, Dieleman LA i wsp. Estrogen receptor- $\beta$  signaling modulates epithelial barrier function. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2011; 300(4): G621–G626.
44. Mahadevan U, Matro R. Care of the pregnant patient with inflammatory bowel disease. *Obstet Gynecol* 2015; 126(2): 401–412.
45. Mahadevan U. Fertility and pregnancy in the patient with inflammatory bowel disease. *Gut* 2006; 55(8): 1198–1206.
46. Mahadevan U. Gastrointestinal medications in pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21(5): 849–877.
47. Małeczka-Panas E, Słomka M (red.). Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Oprac. przez Niemieckie Stowarzyszenie Choroby Crohna / Colitis ulcerosa – DCCV. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2012.
48. Mantzouranis G, Faffiora E, Glantzounis G i wsp. Inflammatory bowel disease and sexual function in male and female patients: an update on evidence in the past ten years. *J Crohns Colitis* 2015; 9(12): 1160–1168.
49. Marín L, Mañosa M, García-Planella E i wsp. Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. *J Gastroenterol* 2013; 48(6): 713–720.
50. Martin J, Kane SV, Feagins LA. Fertility and contraception in women with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2016; 12(2): 101–109.
51. Mentoring in IBD. Sexuality and sexual function in IBD; <https://www.mentoringinibd.com/sexuality-and-sexual-function-in-ibd/> [dostęp: marzec 2022].
52. Miklas N, Szostkowska M, Zdrojewicz Z. Seksualność kobiet z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit – badania własne. *Seksuologia Polska* 2015; 13(2): 45–52.
53. Moody G, Probert CS, Srivastava EM i wsp. Sexual dysfunction amongst women with Crohn's disease: a hidden problem. *Digestion* 1992; 52(3–4): 179–183.
54. Moody GA, Mayberry JF. Perceived sexual dysfunction amongst patients with inflammatory bowel disease. *Digestion* 1993; 54(4): 256–260.
55. Nappi C, Bifulco G, Tommaselli GA i wsp. Hormonal contraception and bone metabolism: a systematic review. *Contraception* 2012; 86(6): 606–621.
56. Nielsen OH, Maxwell C, Hendel J. IBD medications during pregnancy and lactation. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2014; 11(2): 116–127.
57. Niewiadomski O, Studd C, Hair C i wsp. Prospective population-based cohort of inflammatory bowel disease in the biologics era: disease course and predictors of severity. *J Gastroenterol Hepatol* 2015; 30(9): 1346–1353.
58. O'Morain C, Smethurst P, Doré CJ, Levi AJ. Reversible male infertility due to sulphasalazine: studies in man and rat. *Gut* 1984; 25(10): 1078–1084.
59. Oresland T, Palmblad S, Ellström M i wsp. Gynaecological and sexual function related to anatomical changes in the female pelvis after restorative proctocolectomy. *Int J Colorectal Dis* 1994; 9(2): 77–81.
60. Orholm M, Fonager K, Sørensen HT. Risk of ulcerative colitis and Crohn's disease among offspring of patients with chronic inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(11): 3236–3238.
61. Orholm M, Munkholm P, Langholz E i wsp. Familial occurrence of inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 1991; 324(2): 84–88.
62. Pedersen N, Bortoli A, Duricova D i wsp. The course of inflammatory bowel disease during pregnancy and postpartum: a prospective European ECCO-EpiCom Study of 209 pregnant women. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 38(5): 501–512.
63. Peeters M, Nevens H, Baert F i wsp. Familial aggregation in Crohn's disease: increased age-adjusted risk and concordance in clinical characteristics. *Gastroenterology* 1996; 111(3): 597–603.
64. Penn I, Makowski E, Droegemueller W i wsp. Parent-hood in renal homograft recipients. *JAMA* 1971; 216(11): 1755–1761.
65. Rosenblatt E, Kane S. Sex-specific issues in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2015; 11(9): 592–601.
66. Rydzewska G, Małeczka-Panas E (red.). Choroba Leśniowskiego-Crohna – 100 lat diagnostyki i terapii. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2008.
67. Scoglio D, Ahmed Ali U, Fichera A. Surgical treatment of ulcerative colitis: ileorectal vs ileal pouch-anal anastomosis. *World J Gastroenterol* 2014; 20(37): 13211–13218.
68. Straub RH. The complex role of estrogens in inflammation. *Endocr Rev* 2007; 28(5): 521–574.
69. [https://www.crohnscolitisfoundation.org/sites/default/files/legacy/assets/pdfs/surgery\\_brochure\\_final.pdf](https://www.crohnscolitisfoundation.org/sites/default/files/legacy/assets/pdfs/surgery_brochure_final.pdf) [dostęp: marzec 2022].
70. Sussman A, Leonard JM. Psoriasis, methotrexate, and oligospermia. *Arch Dermatol* 1980; 116(2): 215–217.
71. Tiainen J, Matikainen M, Hiltunen KM. Ileal J-pouch-anal anastomosis, sexual dysfunction, and fertility. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34(2): 185–188.
72. Toomey D, Waldron B. Family planning and inflammatory bowel disease: the patient and the practitioner. *Fam Pract* 2013; 30(1): 64–68.
73. Treacy G. Using an analogous monoclonal antibody to evaluate the reproductive and chronic toxicity potential for a humanized anti-TNF $\alpha$  monoclonal antibody. *Hum Exp Toxicol* 2000; 19(4): 226–228.
74. United Ostomy Associations of America, Inc. Intimacy after ostomy surgery; <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/03/Intimacy-After-Ostomy-Surgery-Guide.pdf> [dostęp: marzec 2022].
75. van der Woude CJ, Ardizzone S, Bengtson MB i wsp.; European Crohn's and Colitis Organization. The second European evidenced-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2015; 9(2): 107–124.

76. Waljee A, Waljee J, Morris AM, Higgins PDR. Threefold increased risk of infertility: a meta-analysis of infertility after ileal pouch anal anastomosis in ulcerative colitis. *Gut* 2006; 55(11): 1575–1580.
77. Wejman J, Bartnik W (red.). Atlas kliniczno–patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2011.
78. WHO: Sexual health [Internet] [publikacja: 19.09.2018]; [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/) [dostęp: marzec 2022].
79. Wikland M, Jansson I, Asztély M i wsp. Gynaecological problems related to anatomical changes after conventional proctocolectomy and ileostomy. *Int J Colorectal Dis* 1990; 5(1): 49–52.
80. Zapata LB, Paulen ME, Cansino C i wsp. Contraceptive use among women with inflammatory bowel disease: a systematic review. *Contraception* 2010; 82(1): 72–85.
81. Zelissen PM, van Hattum J, Poen H i wsp. Influence of salazosulphapyridine and 5-aminosalicylic acid on seminal qualities and male sex hormones. *Scand J Gastroenterol* 1988; 23(9): 1100–1104.

## Rozdział piąty

# Dieta w nieswoistych chorobach zapalnych jelit – czy ma znaczenie?

Małgorzata Matuszczyk







Ostatnio schudłam – jaką dietę powinnam wybrać, aby odzyskać stracone kilogramy?

Czy zachorowałam z powodu nieprawidłowego odżywiania?

Co jeść, a czego unikać, żeby złagodzić stan zapalny i dokuczliwe objawy?

Czy w czasie zaostrzenia choroby powinnam stosować inną dietę niż w okresie remisji?

Czy moją chorobę można leczyć dietą?

Czy kiedyś będę mogła jeść normalnie?

Jeżeli chorujesz na NChZJ, to w którymś momencie zaczniesz szukać odpowiedzi na powyższe pytania. Być może już przeglądasz strony internetowe i poradniki i odnosisz wrażenie, że informacje z różnych źródeł są ze sobą sprzeczne.

Zebraliśmy dla Ciebie aktualne informacje dotyczące roli diety w powstawaniu i leczeniu NChZJ. Mamy nadzieję, że zawarta tutaj wiedza pozwoli Ci zrozumieć, jak sposób żywienia wpływa na rozwój, przebieg i leczenie Twojej choroby, oraz będzie dla Ciebie pomocą w komponowaniu codziennego jadłospisu.



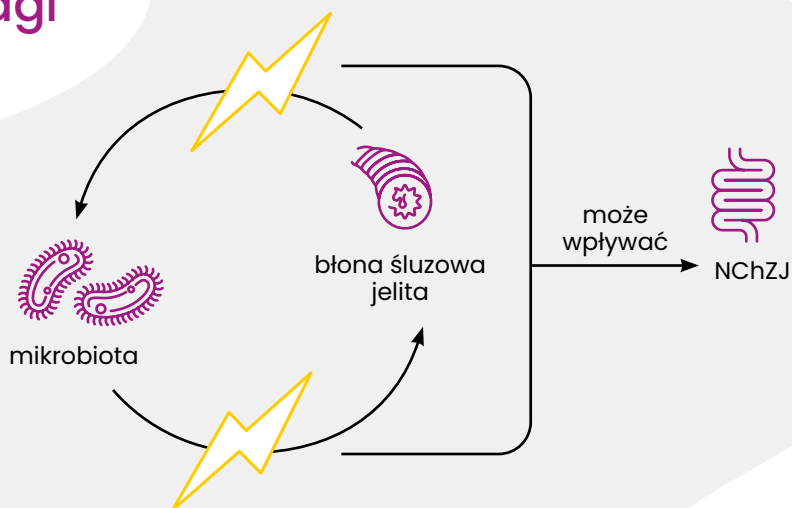
**Przewlekły stan zapalny może być wynikiem zaburzenia równowagi między mikroflorą jelitową a błoną śluzową jelita**

## Dieta a nieswoiste choroby zapalne jelit

Jak już wiesz, mechanizm powstawania NChZJ nie jest znany. Najnowsze doniesienia wskazują, że zasadniczą rolę mogą tu odgrywać czynniki środowiska zewnętrznego – czyli również dieta. Określone czynniki żywieniowe niekiedy zaburzają delikatną równowagę immunologiczną między mikrobiotą (mikroorganizmami, które bytują w jelicie) a błoną śluzową jelita, czego konsekwencją jest przewlekły stan zapalny.

Znajduje to potwierdzenie w wynikach badań naukowych, które wskazują na związek między zachodnim (uprzemysłowionym) modelem żywienia a wzrostem ryzyka zachorowania na NChZJ. Jedną z cech charakterystycznych zachodniego modelu żywienia jest duże spożycie produktów przetworzonych. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2019 r. w Polsce, podobnie jak w innych krajach wysoko rozwiniętych, 70% żywności stanowią produkty przetworzone. W przemyśle spożywczym używa się obecnie 330 różnych dodatków, które pełnią 27 funkcji technologicznych. Szacuje się, że statystyczny Polak spożywa około 2 kg dodatków do żywności rocznie. Nie ma regulacji prawnych, które pozwalałyby kontrolować ryzyko wynikające z kumulacji dodatków do żywności w danym produkcie lub z kumulacji dodatków pochodzących z różnych źródeł w codziennej diecie.

## Zaburzenie równowagi immunologicznej a NChZJ



## Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2019 r.

**70%**

żywności w Polsce stanowiły w 2019 r. produkty przetworzone

**330**

rodzajów dodatków jest dopuszczonych do stosowania w przemyśle spożywczym

**2 KG**

rodzajów dodatków spożywa statystyczny Polak w ciągu roku



Tymczasem w badaniach naukowych udowodniono, że ekspozycja na dodatki do żywności ma wiele niekorzystnych skutków, a lista potencjalnych działań niepożądanych wciąż się wydłuża. Wykazano przykładowo destrukcyjny wpływ emulgatorów (karboksymetylocelulozy i polisorbatu 80) na warstwę śluzu chroniącą komórki nabłonka jelitowego. Ze względu na właściwości zagęszczające i żelujące emulgatory są powszechnie stosowane m.in. w przetworach mięsnych i mlecznych.



Innym problemem typowym dla diety zachodniej jest niskie spożycie błonnika pokarmowego. Szczególnie istotna w odniesieniu do patomechanizmu NChZJ może być niska podaż warzyw i owoców – źródeł błonnika rozpuszczalnego w wodzie i skrobi opornej, z których są produkowane krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe. Związki te odgrywają ważną rolę w utrzymaniu prawidłowej funkcji bariery jelitowej i układu odpornościowego. Wykazują działanie przeciwzapalne, odżywiają komórki jelita i obniżają pH w jelicie, co pozytywnie wpływa na skład mikrobioty jelitowej.



Wśród innych cech diety zachodniej, które mogą mieć wpływ na rozwój NChZJ, wymienia się wysokie spożycie mięsa czerwonego/przetworzonego, pszenicy, tłuszczu zwierzęcego i mlecznego czy niskie spożycie kwasów tłuszczowych omega-3.

”

**U pacjentów z NChZJ stwierdza się zaburzenia składu mikrobioty jelitowej i funkcji bariery jelitowej, a odpowiednia modyfikacja diety może być wysoce skuteczną metodą leczenia**

Przy obecnym stanie wiedzy nie sposób jednoznacznie stwierdzić, czy dotychczasowy sposób żywienia bezpośrednio przyczynił się do Twojej choroby. Z całą pewnością możemy powiedzieć, że u pacjentów z NChZJ występują zaburzenia składu mikrobioty jelitowej i funkcji bariery jelitowej, a odpowiednia modyfikacja diety bywa wysoce skuteczną metodą leczenia. Nie oznacza to jednak, że każdy chory powinien stosować konkretną dietę eliminacyjną. Leczenie dietetyczne/żywnieniowe NChZJ, choć bardzo obiecujące, jest wciąż w fazie badań i na precyzyjne rekomendacje musimy jeszcze poczekać. Ważne, aby Twój jadłospis był skomponowany z różnorodnych naturalnych produktów dobrej jakości, które Twój organizm najlepiej toleruje. Wskazania do ewentualnej eliminacji wybranych produktów z diety są kwestią indywidualną, uzależnioną choćby od diagnozy i fazy choroby, i zawsze powinny być oceniane przez wykwalifikowanego specjalistę.



”

**Mitem jest stwierdzenie, że spożywanie warzyw, owoców i pełnoziarnistych produktów zbożowych przyczynia się do rozwoju NChZJ lub pogarsza jej przebieg**

## Dieta a stan odżywienia w NChZJ

W NChZJ stan odżywienia istotnie wpływa na efekty terapii i rokowanie. Występowanie niedoboru masy ciała i/lub zaburzeń wzrastania (w przypadku dzieci) jest wypadkową kilku czynników:

- wieku, w którym u danej osoby rozpoznano chorobę;
- lokalizacji i nasilenia zmian zapalnych;
- zaburzeń wchłaniania i strat składników odżywczych;
- częstości i czasu trwania zaostrzeń;
- stosowanego leczenia farmakologicznego;
- sposobu żywienia.





**W przypadku NChZJ wsparcie żywieniowe odgrywa zasadniczą rolę w prewencji niedożywienia i niedoborów pokarmowych**

Zaburzenia stanu odżywienia występują częściej u pacjentów z ChLC niż u chorych z WZJG. Wynika to z odmiennej lokalizacji zmian zapalnych:

- w WZJG zmiany są ograniczone wyłącznie do jelita grubego;
- w ChLC mogą się pojawić w każdym odcinku przewodu pokarmowego, co znacznie zwiększa ryzyko zaburzeń wchłaniania.

Niemniej jednak zaburzenia łąknienia, zwiększone zapotrzebowanie energetyczne i straty składników odżywczych w aktywnej fazie choroby to wspólne czynniki ryzyka niedożywienia w obu schorzeniach.

Niektóre leki przyjmowane przez pacjentów z NChZJ mogą negatywnie wpływać na tempo wzrastania i/lub procesy mineralizacji kości u dzieci czy na stężenie wybranych składników odżywczych we krwi. Dodatkowo u chorych jest widoczna tendencja do wykluczania z diety różnych produktów, co ma na celu kontrolę dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Według dostępnych danych najczęściej eliminowane są zboża, nabiał, warzywa i owoce.

W konsekwencji stosowania diet eliminacyjnych w populacji pacjentów z NChZJ stwierdza się zbyt niską kaloryczność posiłków oraz zbyt niskie spożycie, węglowodanów i błonnika pokarmowego, wybranych witamin (głównie rozpuszczalnych w tłuszczach i witaminy C) oraz składników mineralnych (najczęściej wapnia, fosforu, żelaza i magnezu). Dotyczy to zarówno osób z ChLC, jak i z WZJG.

W przypadku NChZJ wsparcie żywieniowe odgrywa zatem zasadniczą rolę w prewencji niedożywienia i niedoborów pokarmowych oraz w leczeniu już istniejących zaburzeń, a u dzieci – dodatkowo w utrzymaniu optymalnego tempa wzrastania i rozwoju (dotyczy to procesów mineralizacji kości czy dojrzewania).

## Monitorowanie diety u osób z NChZJ

Aby ustalić, czy istnieją wskazania do wdrożenia leczenia dietetycznego/ żywieniowego, niezbędne jest regularne monitorowanie aktualnej diety i stanu odżywienia pacjenta. Optymalnym narzędziem do ilościowo-jakościowej analizy diety jest metoda bieżącego notowania. Ocenę dzienniczka żywieniowego

z trzech lub pięciu dni należy przeprowadzać dwa razy w roku u dzieci do lat pięciu, raz w roku u dzieci starszych oraz zawsze wtedy (i u dzieci, i u dorosłych), gdy lekarz albo dietetyk uzna to za potrzebne. Stan odżywienia jest jednym z markerów aktywności choroby, a normalizacja bądź poprawa parametrów – jednym z celów leczenia NChZJ.

Specjaliści monitorujący stan odżywienia stosują różne metody:

- regularne pomiary antropometryczne (w populacji pediatrycznej odniesione do odpowiednich siatek centylowych) i ocenę zmian parametrów w czasie;
- badania biochemiczne;
- badania densytometryczne;
- ocenę tempa dojrzewania płciowego (w przypadku dzieci).

Zapotrzebowanie na energię i poszczególne składniki odżywcze należy ustalać indywidualnie, z uwzględnieniem:

- płci;
- wieku;
- stanu odżywienia;
- aktywności choroby.

Według dostępnych danych zapotrzebowanie na energię oraz makro- i mikrośkładniki jest u pacjentów z NChZJ takie samo jak w zdrowej populacji.

W fazie zaostrenia choroby u części chorych, szczególnie z wyjściowo zaburzonym stanem odżywienia i/lub utratą masy ciała, może być wskazane okresowe zwiększenie podaży energii i/lub białka w stosunku do standardowych zaleceń.

Nie ma wskazań do rutynowej suplementacji konkretnych witamin i składników mineralnych. Stężenie we krwi wybranych mikrośkładników (żelaza, wapnia, witaminy D i kwasu foliowego) powinno być monitorowane regularnie, a pozostałych – gdy lekarz uzna to za wskazane.

Ewentualne niedobory należy uzupełniać za pomocą indywidualnie zaplanowanego przez specjalistę leczenia dietetycznego (żywieniowego) i/lub odpowiednio dobranej suplementacji.



**Stan odżywienia jest jednym z markerów aktywności choroby, a normalizacja bądź poprawa parametrów – jednym z celów leczenia NChZJ**

## Leczenie dietetyczne/żywniowe

Jeśli istnieją wskazania do wdrożenia wsparcia żywieniowego, rekomendowane jest skorzystanie z pomocy dietetyka klinicznego. Gdy postępowanie dietetyczne z zastosowaniem naturalnych metod zwiększania wartości odżywczej diety okazuje się niemożliwe lub nieskuteczne, zaleca się rozpoczęcie leczenia żywieniowego.

Metodą pierwszego wyboru powinno być leczenie drogą doustną, z wykorzystaniem żywności specjalnego przeznaczenia medycznego.

U pacjentów z NChZJ zastosowanie znajdują:

- preparaty kompletne odżywczo (diety do podaży doustnej i diety enteralne, czyli dojelitowe) – zalecane w celu kompleksowej poprawy wartości odżywczej diety;
- preparaty cząstkowe – używane np. w celu zwiększenia podaży energii lub białka.

Preparaty te stanowią zazwyczaj uzupełnienie leczenia żywieniowego.

Jeżeli doustne leczenie żywieniowe jest niemożliwe albo niewystarczające, lekarz może rozważyć wdrożenie żywienia metodą alternatywną – przez sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego lub żywienie pozajelitowe.

U pacjentów z NChZJ żywienie pozajelitowe, jako metoda mniej fizjologiczna niż żywienie dojelitowe, stosowane jest rzadko. Podstawowe wskazania to nieskuteczność lub brak możliwości leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego. Dodatkowo żywienie pozajelitowe znajduje zastosowanie jako metoda wsparcia żywieniowego (najczęściej uzupełniająca żywienie dojelitowe) w okresie okołoperacyjnym. Przewlekła niewydolność jelit wymagająca długoterminowego, domowego żywienia pozajelitowego występuje rzadko. Przeważnie dotyczy pacjentów (dorosłych) z ChLC i zespołem krótkiego jelita i jest skutkiem resekcji znacznej części jelita cienkiego.

## Dieta a objawy towarzyszące NChZJ

Nie można jednoznacznie określić, jaka dieta jest odpowiednia dla osoby, która dąży do złagodzenia objawów typowych dla NChZJ: biegunki czy bólu brzucha. Podstawowe znaczenie ma tu indywidualne podejście do pacjenta, oparte na obserwacji reakcji organizmu. Wiadomo bowiem, że każdy chory może inaczej reagować na dany rodzaj pokarmu.

Wbrew obiegowej opinii, a zgodnie z aktualnymi rekomendacjami, nie ma powodu, by każdemu pacjentowi z NChZJ zalecać dietę lekkostrawną. Aktualnie jedynym wskazaniem do jej wdrożenia jest postać ChLC powikłana zwężeniem.

„ **Każdy chory może inaczej reagować na dany rodzaj pokarmu**

Niemniej jednak – szczególnie w okresie zaostrzenia, któremu towarzyszą objawy z przewodu pokarmowego – warto stosować wybrane elementy typowe dla diety lekkostrawnej:

- określone techniki kulinarne: gotowanie, gotowanie na parze, pieczenie w piekarniku;
- ograniczenie ilości błonnika pokarmowego nierozpuszczalnego w wodzie, czyli zawartego w produktach zbożowych pełnoziarnistych;
- spożywanie warzyw i owoców w formie przetworzonej: gotowanych, pieczonych, tartych, bez skórki.



”

**Niewskazana jest bezpodstawna i długotrwała eliminacja jakiegokolwiek żywności z codziennej diety**

W odniesieniu do wpływu diety na patogenezę i przebieg NChZJ błędne jest natomiast przekonanie, że należy zmniejszać spożycie warzyw i owoców czy wręcz eliminować je z diety, a do tego wybierać produkty zbożowe tylko z oczyszczonej (białej) pszenicy.

Opinia, że warto eliminować z diety warzywa i owoce oraz produkty pełnoziarniste, ponieważ mają związek z patogenezą NChZJ i wpływają na jej gorszy przebieg, to mit!

Innym zagadnieniem jest wtórny do choroby podstawowej problem nietolerancji cukrów – fruktozy czy laktozy. Jeśli obserwujesz nasilenie dolegliwości po spożyciu mleka lub soków owocowych, porozmawiaj ze swoim lekarzem, który zaleci odpowiednie badania. Na podstawie wyników będzie można podjąć decyzję o ewentualnej eliminacji danej grupy żywności z Twojego jadłospisu.

### Uwaga

**Nie ma dowodów na skuteczność diety eliminacyjnej – co więcej, wiąże się ona wiąże się z podwyższonym ryzykiem niedożywienia i niedoborów pokarmowych. Nie eksperymentuj zatem z dietą, bez konsultacji ze specjalistą.**

## Dieta a leczenie NChZJ

Celem postępowania terapeutycznego w NChZJ, który ma fundamentalne znaczenie dla odległych wyników leczenia, jest uzyskanie głębokiej remisji z wygojeniem śluzówki jelita. Pacjenci często pytają, czy można to osiągnąć za pomocą diety eliminacyjnej. Największe zainteresowanie wzbudzają specyficzna dieta węglowodanowa, protokół autoimmunologiczny i dieta opracowana na podstawie wyników testów na nietolerancje pokarmowe IgG-zależne. Obecne wytyczne są jednoznaczne: nie ma dowodów na skuteczność takiej diety eliminacyjnej. Co więcej, może ona zwiększać ryzyko niedożywienia i niedoborów pokarmowych, szczególnie jeśli jest stosowane na własną rękę i bez konsultacji ze specjalistą.

Stan wiedzy na 2021 r. pozwala stwierdzić, że jedyną metodą leczenia żywieniowego o udowodnionej skuteczności w terapii NChZJ jest wyłączenie żywienia enteralnego (ang. *exclusive enteral nutrition*, EEN) – rekomendowane jako metoda pierwszego wyboru w aktywnej, zapalnej postaci ChLC u dzieci. Wymaga ono całkowitej rezygnacji z żywności naturalnej. Dziecko żywi się wyłącznie specjalistycznym preparatem (dieta enteralną) przez 6–8 tygodni. Skuteczność EEN i glikokortykosteroidów w osiąganiu remisji klinicznej u dzieci jest porównywalna, przy czym leczenie żywieniowe cechuje się lepszym profilem bezpieczeństwa oraz korzystniejszym wpływem na gojenie śluzówki jelita i stan odżywienia chorego.

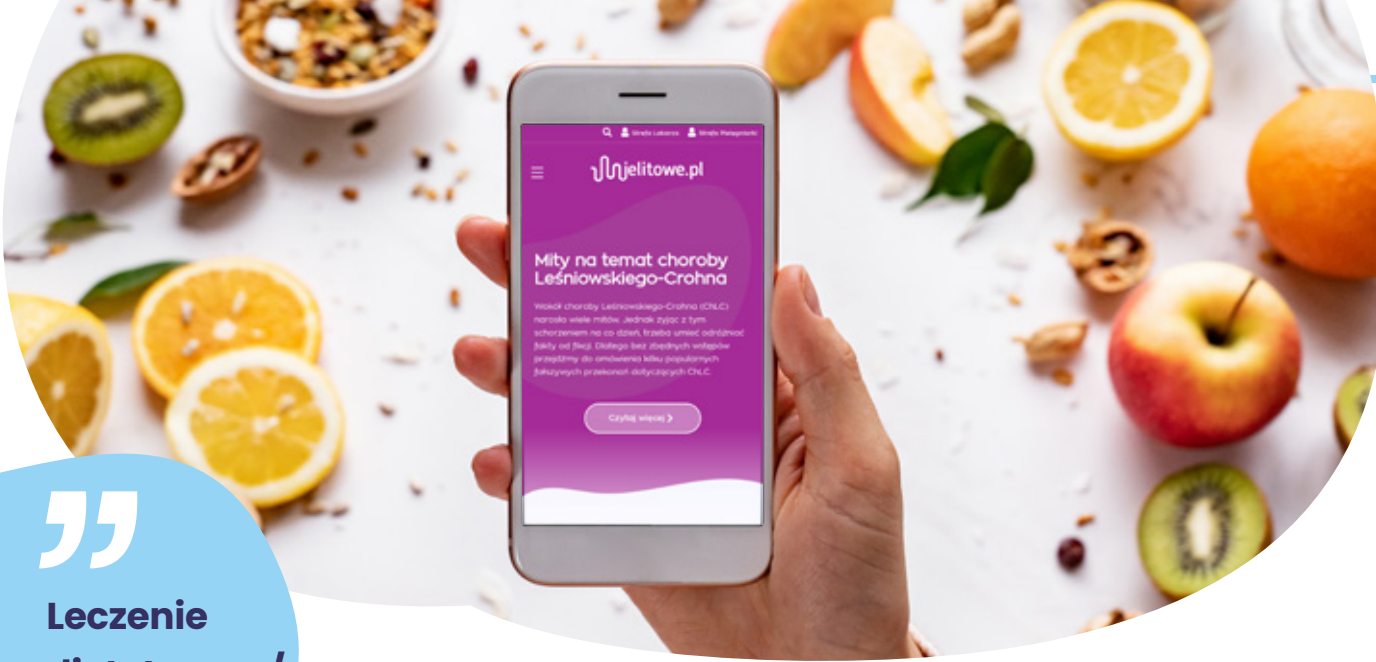
W przypadku dorosłych pacjentów, ze względu na brak dowodów na skuteczność EEN, główną rolę w terapii aktywnej postaci ChLC odgrywa leczenie farmakologiczne. Nie można jednak przekreślać roli EEN jako metody wspierającej farmakoterapię, szczególnie u osób, u których zastosowane leczenie nie przyniosło pełnego efektu.

Częściowe żywienie dojelitowe, czyli połączenie podaży produktów specjalnego przeznaczenia medycznego ze skomponowaną w dowolny sposób dietą naturalną, nie jest rekomendowane jako jedyna forma leczenia aktywnej postaci ChLC – ani u dzieci, ani u dorosłych. Opisaną metodę można natomiast rozważyć jako uzupełnienie leczenia farmakologicznego chorych niedożywionych, ma ona bowiem pozytywny wpływ na stan odżywienia.

”

**Głęboka remisja z wygojeniem śluzówki jelita to cel postępowania terapeutycznego w NChZJ**





**Leczenie dietetyczne/ żywieniowe należy traktować jako terapię wspomagającą leczenie farmakologiczne**

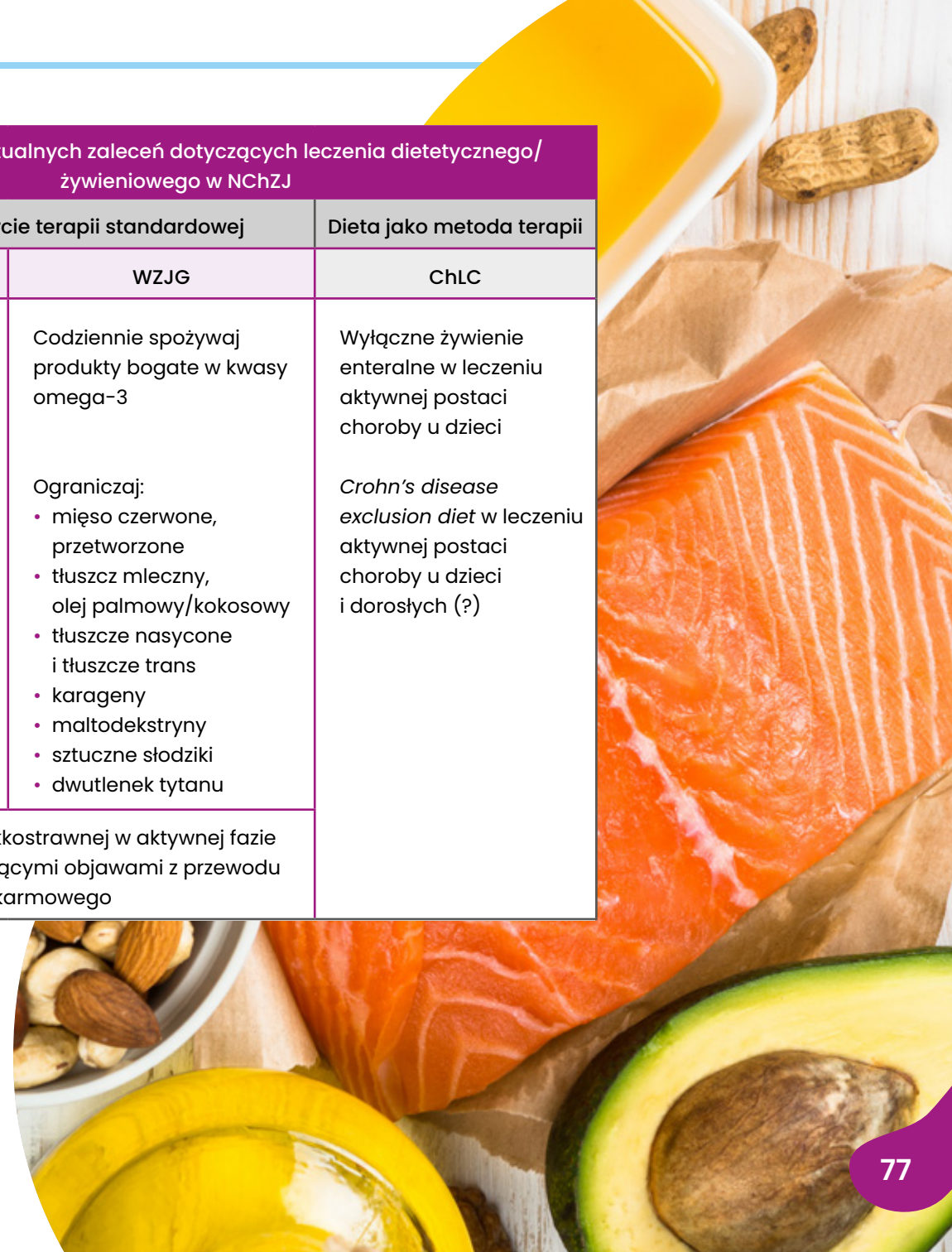
Trwają obecnie intensywne prace nad dietami eliminacyjnymi przeznaczonymi dla pacjentów z NChZJ. Od kilku lat duże nadzieje wiążemy z nowoczesną metodą leczenia żywieniowego ChLC – częściowym żywieniem dojelitowym połączonym ze specjalistyczną dietą eliminacyjną (ang. *Crohn's disease exclusion diet*, CDED). Mimo że wciąż czekamy na ustalenie jednoznacznych rekomendacji, dotychczasowe doniesienia i doświadczenia kliniczne wskazują na wysoką skuteczność nowej metody w leczeniu dzieci i dorosłych z aktywną postacią ChLC.

W 2019 r. została udostępniona do powszechnego użytku aplikacja ModuLife, której podstawowym celem jest rozpowszechnianie powyższej metody leczenia wśród pacjentów. Aplikacja zawiera bazę przepisów/jadłospisów i stanowi istotną pomoc w codziennym stosowaniu diety. Od kilku miesięcy aplikacja jest dostępna w polskiej wersji językowej. Dostęp do platformy można uzyskać wyłącznie od eksperta CDED. Osoba, która zdecyduje się na leczenie CDED, powinna – przede wszystkim ze względu na innowacyjność metody – pozostawać pod opieką doświadczonego i odpowiednio przeszkolonego ośrodka.

Leczenie dietetyczne/żywieniowe nie jest obecnie rekomendowane jako alternatywa dla leków u pacjentów z WZJG, niezależnie od aktywności choroby. Należy je traktować jako terapię wspomagającą leczenie farmakologiczne.

**Podsumowanie aktualnych zaleceń dotyczących leczenia dietetycznego/ żywieniowego w NChZJ**

Dieta jako wsparcie terapii standardowej		Dieta jako metoda terapii
ChLC	WZJG	ChLC
<p>Codziennie jedz warzywa i owoce</p> <p>Ograniczaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tłuszcze nasycone i tłuszcze trans</li> <li>• emulgatory</li> <li>• karageny</li> <li>• maltodekstryny</li> <li>• sztuczne słodziki</li> <li>• dodatki do żywności, np. barwniki</li> </ul>	<p>Codziennie spożywaj produkty bogate w kwasy omega-3</p> <p>Ograniczaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mięso czerwone, przetworzone</li> <li>• tłuszcz mleczny, olej palmowy/kokosowy</li> <li>• tłuszcze nasycone i tłuszcze trans</li> <li>• karageny</li> <li>• maltodekstryny</li> <li>• sztuczne słodziki</li> <li>• dwutlenek tytanu</li> </ul>	<p>Wyłączne żywienie enteralne w leczeniu aktywnej postaci choroby u dzieci</p> <p><i>Crohn's disease exclusion diet</i> w leczeniu aktywnej postaci choroby u dzieci i dorosłych (?)</p>
<p>+ elementy diety lekkostrawnej w aktywnej fazie choroby z towarzyszącymi objawami z przewodu pokarmowego</p>		





## Zapamiętaj!

1

Dieta ma zasadniczy wpływ na rozwój i przebieg NChZJ. Kluczowe w postępowaniu dietetycznym jest komponowanie posiłków z naturalnych produktów dobrej jakości, które najlepiej tolerujesz. Decyzja o eliminacji jakichkolwiek produktów z codziennego jadłospisu powinna być podejmowana indywidualnie i zawsze we współpracy z wykwalifikowanym specjalistą.

2

Stan odżywienia istotnie wpływa na przebieg, leczenie i rokowanie w NChZJ. Jeśli nie radzisz sobie z niedożywieniem lub ubytkiem masy ciała, zasięgnij porady wykwalifikowanego specjalisty, który zaplanuje dla Ciebie program wsparcia żywieniowego.

3

Nie ma jednej, konkretnej diety, która pozwałaby łagodzić objawy typowe dla aktywnej fazy NChZJ. Ważne jest tu indywidualne podejście, poparte obserwacją reakcji Twojego organizmu na dany pokarm.

4

Diety eliminacyjne nie są obecnie rekomendowane jako alternatywa dla leczenia farmakologicznego u pacjentów z NChZJ. Co więcej, mogą mieć negatywne konsekwencje – powodować ubytek masy ciała czy niedobory pokarmowe. Wyjątkiem jest wyłączone żywienie enteralne, będące metodą pierwszego wyboru w leczeniu aktywnej postaci ChLC u dzieci.

5

Obiecujące są doniesienia na temat specjalistycznej diety eliminacyjnej dla pacjentów z ChLC – *Crohn's disease exclusion diet*. Ta innowacyjna metoda leczenia żywieniowego nie znalazła jeszcze miejsca w oficjalnych rekomendacjach, ale dostępne wyniki badań i doświadczenia kliniczne wskazują na jej wysoką skuteczność w leczeniu dzieci i dorosłych z aktywną postacią ChLC.

### Piśmiennictwo:

1. Agus A, Denizot J, Thévenot J i wsp. Western diet induces a shift in microbiota composition enhancing susceptibility to Adherent-Invasive E. coli infection and intestinal inflammation. *Sci Rep* 2016; 6: 19032.
2. Charlebois A, Rosenfeld G, Bressler B. The impact of dietary interventions on the symptoms of inflammatory bowel disease: a systematic review. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2016; 56(8): 1370–1378.
3. Chassaing B, Koren O, Goodrich JK i wsp. Dietary emulsifiers impact the mouse gut microbiota promoting colitis and metabolic syndrome. *Nature* 2015; 519(7541): 92–96.
4. Chassaing B, Van de Wiele T, De Bodt J i wsp. Dietary emulsifiers directly alter human microbiota composition and gene expression ex vivo potentiating intestinal inflammation. *Gut* 2017; 66(8): 1414–1427.
5. Czajkowska A, Szponar B. Krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (SCFA) jako produkty metabolizmu bakterii jelitowych oraz ich znaczenie dla organizmu gospodarza. *Postępy Hig Med Dosw (online)* 2018; tom 72: 131–142.
6. Devkota S, Wang Y, Musch MW i wsp. Dietary-fat-induced taurocholic acid promotes pathobiont expansion and colitis in IL10<sup>-/-</sup> mice. *Nature* 2012; 487(7405): 104–108.
7. GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5(1): 17–30.
8. Ghione S, Sarter H, Fumery M i wsp. EPIMAD Group. Dramatic increase in incidence of ulcerative colitis and Crohn's disease [1988–2011]: a population-based study of French adolescents. *Am J Gastroenterol* 2018; 113(2): 265–272.
9. Grover Z, Lewindon P. Two-year outcomes after exclusive enteral nutrition induction are superior to corticosteroids in pediatric Crohn's disease treated early with thiopurines. *Dig Dis Sci* 2015; 60(10): 3069–3074.
10. Grover Z, Lewindon P. Two-year outcomes after exclusive enteral nutrition induction are superior to corticosteroids in pediatric Crohn's disease treated early with thiopurines. *Dig Dis Sci* 2015; 60(10): 3069–3074.
11. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/e-w-zywnosci-bez-kontroli.html> [dostęp: marzec 2022].
12. Joosse ME, Aardoom MA, Kemos P i wsp. Malignancy and mortality in paediatric-onset inflammatory bowel disease: a 3-year prospective, multinational study from the paediatric IBD Porto group of ESPGHAN. *Aliment Pharmacol Ther* 2018; 48(5): 523–537.
13. Khalili H, Håkansson N, Chan SS i wsp. Adherence to a Mediterranean diet is associated with a lower risk of later-onset Crohn's disease: results from two large prospective cohort studies. *Gut* 2020; 69(9): 1637–1644.
14. Lawley M, Wu JW, Navas-Lopez VM i wsp. Global variation in use of enteral nutrition for pediatric Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018; 67(2): e22–e29.
15. Levine A, Boneh RS, Wine E. Evolving role of diet in the pathogenesis and treatment of inflammatory bowel diseases. *Gut* 2018; 67(9): 1726–1738.
16. Levine A, El-Matary W, Van Limbergen J. A case-based approach to new directions in dietary therapy of Crohn's disease: food for thought. *Nutrients* 2020;12(3): 880.
17. Levine A, Turner D, Pfeffer Gik T i wsp. Comparison of outcomes parameters for induction of remission in new onset pediatric Crohn's disease: evaluation of the porto IBD group „growth relapse and outcomes with therapy” (GROWTH CD) study. *Inflamm Bowel Dis* 2014; 20(2): 278–285.
18. Levine, A, Wine, E, Assa A i wsp. Crohn's disease exclusion diet plus partial enteral nutrition induces sustained remission in a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2019; 157(2): 440–450.
19. Lewis DJ, Abreu MT. Diet as a trigger or therapy for inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2017; 152(2): 398–414.
20. Maconi G, Armuzzi A. Beyond remission and mucosal healing in Crohn's disease. Exploring the deep with cross sectional imaging. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver* 2017; 49(5): 457–458.



21. Matuszczyk M, Gawecka A, Grzybowska-Chlebrowczyk U i wsp. Polskie wytyczne leczenia żywieniowego w nieswoistych chorobach zapalnych jelit u dzieci. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci oraz Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci. Stand Med Peidatr 2017; 14(2): 195–226.
22. Matuszczyk M, Kierkus J. Crohn's disease exclusion diet – nowoczesne leczenie żywieniowe w chorobie Leśniowskiego-Crohna. Stand Med Peidatr 2021; 18: 233–241.
23. Matuszczyk M, Kierkus J. Nutritional therapy in pediatric Crohn's disease – are we going to change the guidelines? J Clin Med 2021; 10(14): 3027.
24. Matuszczyk M, Meglicka M, Landowski P i wsp. Oral exclusive enteral nutrition for induction of clinical remission, mucosal healing, and improvement of nutritional status and growth velocity in children with active Crohn's disease – a prospective multicentre trial. Prz Gastroenterol 2021; 16(4): 346–351.
25. Olen O, Askling J, Sachs MC i wsp. Increased mortality of patients with childhood-onset inflammatory bowel diseases, compared with the general population. Gastroenterology 2019; 156(3): 614–622.
26. Roberts CL, Rushworth SL, Richman E, Rhodes JM. Hypothesis: Increased consumption of emulsifiers as an explanation for the rising incidence of Crohn's disease. J Crohns Colitis 2013; 7(4): 338–341.
27. Sigall Boneh R, Sarbagili Shabat C, Yanai H i wsp. Dietary therapy with the Crohn's disease exclusion diet is a successful strategy for induction of remission in children and adults failing biological therapy. J Crohns Colitis 2017; 11(10): 1205–1212.
28. Sigall-Boneh R, Pfeffer-Gik T, Segal I i wsp. Partial enteral nutrition with a Crohn's disease exclusion diet is effective for induction of remission in children and young adults with Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis 2014; 20(8): 1353–1360.
29. Svolos V, Hansen R, Nichols B i wsp. Treatment of active Crohn's disease with an ordinary food-based diet that replicates exclusive enteral nutrition. Gastroenterology 2019; 156(5): 1354–1367.
30. Swaminath A, Feathers A, Ananthakrishnan A i wsp. Systematic review with meta-analysis: enteral nutrition therapy for the induction of remission in pediatric Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2017; 46(7): 645–656.
31. Torres J, Bonovas S, Doherty G i wsp. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: medical treatment. J Crohns Colitis 2020; 14(1): 4–22.
32. Van Limbergen J, Haskett J, Griffiths AM i wsp. Toward enteral nutrition for the treatment of pediatric Crohn disease in Canada: a workshop to identify barriers and enablers. Can J Gastroenterol Hepatol 2015; 29(7): 351–356.
33. Van Rhenen PF, Aloï M, Assa A i wsp. The medical management of paediatric Crohn's disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update. J Crohns Colitis 2020: 1–24.

## Lista ośrodków w Polsce, które prowadzą leczenie biologiczne NChZJ

Poniżej przedstawiono oficjalną listę ośrodków w Polsce, które w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia mają możliwość prowadzenia leczenia biologicznego NChZJ. Zanim wybierzesz się do takiego ośrodka, upewnij się telefonicznie, że uzyskasz tam odpowiednią dla siebie pomoc.

- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk
- Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku, ul. Kartuska 4/6, 80-104 Gdańsk
- Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra
- Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp., ul. Dekerta 1, 66-400 Gorzów Wlkp.
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków
- 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. gen. bryg. prof. dr. hab. med. Mariana Garlickiego, ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków
- Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków
- Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów
- Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o., ul. Augustyna Końskiego 53, 45-372 Opole
- Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu, ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl
- Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno
- Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina, ul. Fryderyka Szopena 2, 35-055 Rzeszów
- Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów
- Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhoffa w Białymstoku, ul. Jerzego Waszyngtona 17, 15-274 Białystok



- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 24a, 15-276 Białystok
- Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 26, 15-950 Białystok
- Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Norberta Barlickiego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź
- Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice
- Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II – Samodzielny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Medyków 16, 40-752 Katowice
- H-T. Centrum Medyczne, ul. Paprocańska 137d, 43-100 Tychy
- Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, al. Armii Krajowej 101, 43-316 Bielsko-Biała
- Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała
- Zagłębiowskie Centrum Onkologii – Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza, w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa
- Wojewódzki Szpital Kliniczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze
- Corpora-Med, ul. Średnia 8, 44-100 Gliwice
- Szpital Specjalistyczny św. Łukasza w Końskich, ul. Gimnazjalna 41b, 26-200 Końskie
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, ul. Królewiecka 146, 82-300 Elbląg
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn
- Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie, ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn
- Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15, 97-300 Piotrków Trybunalski
- Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Jagiellońska 36, 97-500 Radomsko
- Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód
- Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań
- Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin
- Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje”, ul. Mączna 4, 70-780 Szczecin
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin
- Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, ul. św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń
- Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego, ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz
- Centrum Diagnostyczno-Lecznicze „Barska”, ul. Barska 13, 87-800 Włocławek
- Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy, ul. Kornela Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie, al. Kraśnicka 100, 20-718 Lublin
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin

- Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, ul. prof. Antoniego Gębali 6, 20-093 Lublin
- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, Al. Jana Pawła II 10, 22-400 Zamość
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
- 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
- Szpital św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich, ul. Bolesława Chrobrego 5, 57-200 Ząbkowice Śląskie
- Miedziove Centrum Zdrowia S.A., ul. Marii Skłodowskiej-Curie 66, 59-301 Lubin
- Międzyleski Szpital Specjalistyczny, ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa
- Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
- Szpital Bielański, ul. Ceglowska 80, 01-809 Warszawa
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
- Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
- Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
- Wojskowy Instytut Medyczny, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa
- Mazowiecki Szpital Bródnowski, ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa
- Mazowieckie Centrum Rehabilitacji STOCER sp. z o.o., ul. Wierzejewskiego 12, 05-510 Konstancin-Jeziorna

## Co dalej?

Jeśli jesteś świeżo po diagnozie NChZJ, chcesz dowiedzieć się więcej na temat choroby, nie wiesz, jak sobie z nią radzić w codziennym życiu, potrzebujesz wsparcia – zapisz się do organizacji pacjentów. Dzięki temu wiele zyskasz.



dostęp do rzetelnej wiedzy o chorobie, możliwościach leczenia, diecie itp.



kontakt z innymi chorymi



możliwość wymiany doświadczeń



możliwość korzystania z różnorodnych form wsparcia

Największa w Polsce organizacja pacjentów z NChZJ – Towarzystwo „J-elita” – działa od 2005 roku i skupia 3 tys. chorych i rodziców chorych dzieci w całym kraju. Stowarzyszenie organizuje m.in. turnusy rehabilitacyjne dla dzieci, młodzieży i dorosłych z NChZJ oraz spotkania edukacyjne i integracyjne, oferuje bezpłatne porady psychologa, pomaga chorym w trudnej sytuacji materialnej w zakupie leków, wydaje nieodpłatne poradniki i kwartalnik, a także prowadzi stronę internetową: [www.j-elita.org.pl](http://www.j-elita.org.pl).

Pacjentom z NChZJ pomagają również prężnie działające stowarzyszenia: „Apetyt na Życie” i „Łódzcy Zapaleńcy”.

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

jelitowe.pl

# Nowy portal dla pacjentów

zmagających się  
z nieswoistą chorobą zapalną jelit  
oraz ich bliskich

Zapraszamy!



Copyright © 2022 Takeda Pharmaceutical Company Limited.  
Wszystkie prawa zastrzeżone. Wszystkie znaki handlowe są własnością ich prawowitych właścicieli.  
Portal jelitowe.pl powstał z inicjatywy i na zlecenie firmy Takeda. Strona ma charakter informacyjno-edukacyjny. Jest przeznaczona dla pacjentów, lekarzy oraz szerokiej publiczności. Firma Takeda dokłada wszelkich starań, aby podane na stronie informacje były rzetelne oraz aktualne. Informacje zamieszczone na tej stronie nie wyczerpują jednak poruszanej tematyki i nie należy traktować ich jako porady medycznej. W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości należy skontaktować się z lekarzem.