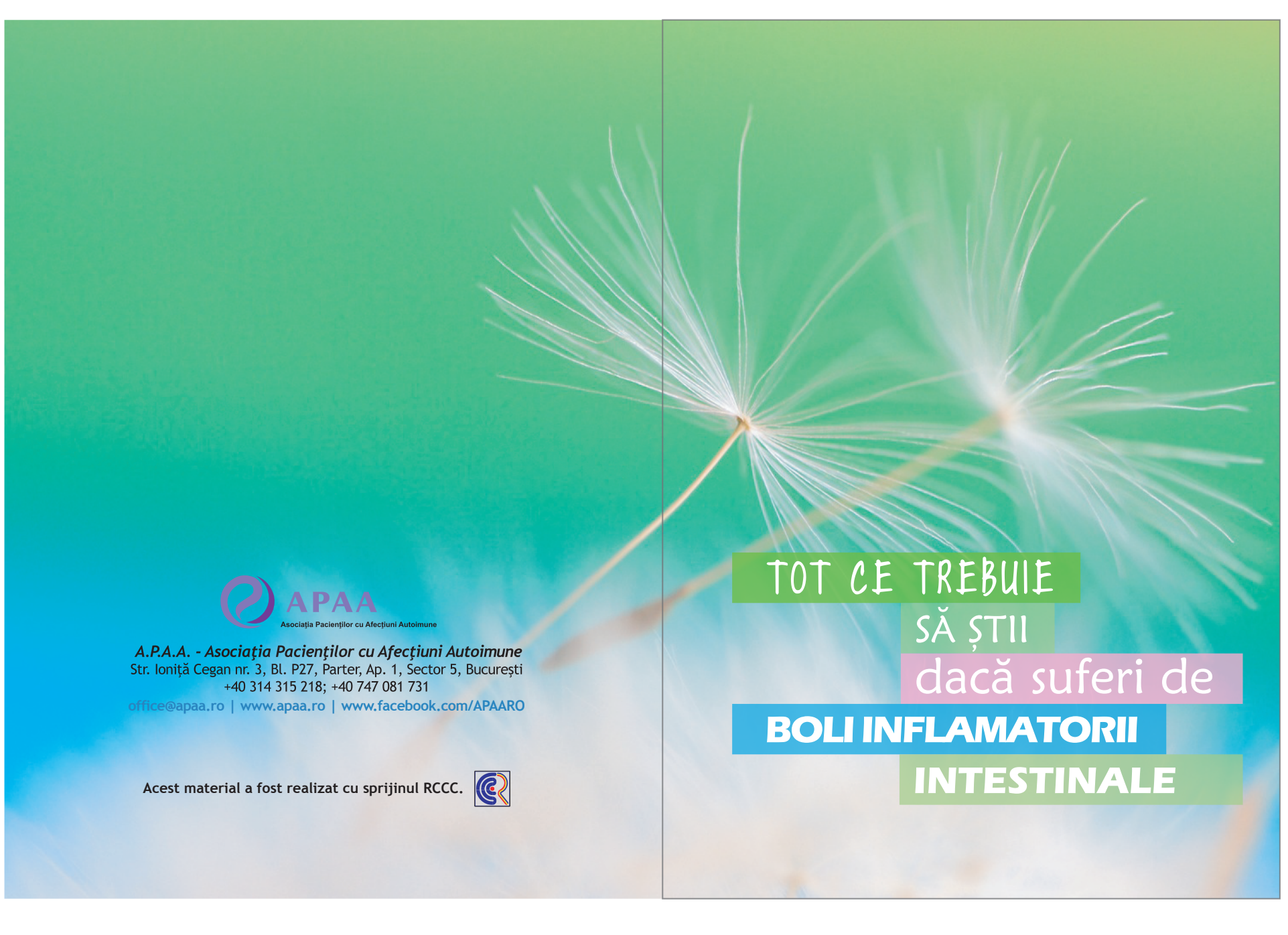
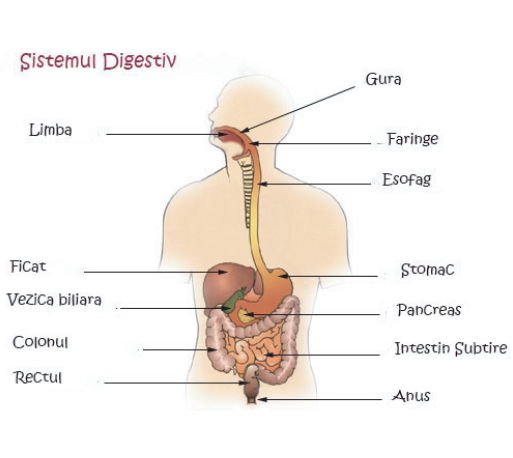


TOT CE TREBUIE SĂ ŞTII dacă suferi de BOLI INFLAMATORII INTESTINALE

APAA
Asociaţia Pacienţilor cu Afecţiuni Autoimune

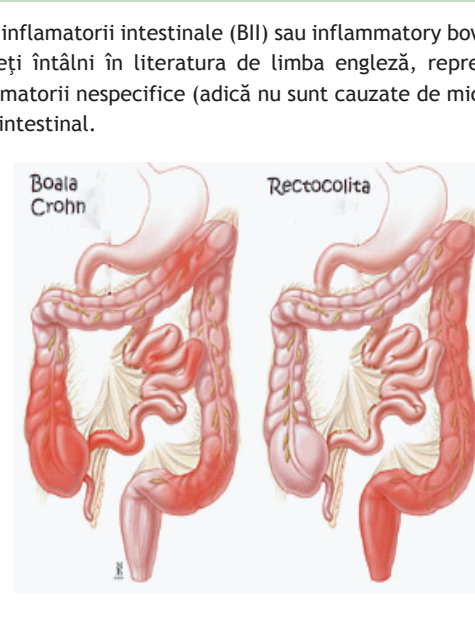
A.P.A.A. - Asociaţia Pacienţilor cu Afecţiuni Autoimune
Str. Ioniţă Cegan nr. 3, Bl. P27, Parter, Ap. 1, Sector 5, Bucureşti
+40 314 315 218; +40 747 081 731
office@apaa.ro | www.apaa.ro | www.facebook.com/APAARO

Acest material a fost realizat cu sprijinul RCCC.



1. Ce sunt bolile inflamatorii intestinale?

Bolile inflamatorii intestinale (BII) sau inflammatory bowel diseases (IBD), aşa cum le veţi întâlni în literatura de limba engleză, reprezintă un grup de afecţiuni inflamatorii nespecifice (adică nu sunt cauzate de microbi specifici) ale tubului gastrointestinal.



Boala Crohn şi rectocolita ulcero-hemoragică (RCUH) sunt cele două afecţiuni cuprinse în BII; atunci când distincţia între cele două afecţiuni nu poate fi făcută pe baza criteriilor specifice, afecţiunea poartă numele de colită nedeterminată sau neclasificată.

RCUH afectează topografic strict colonul şi strict mucoasa (învelişul intern al intestinului); atunci când inflamaţia este limitată la rect (segmentul terminal al intestinului), afecţiunea poartă numele de proctită.

Spre deosebire de RCUH, boala Crohn poate afecta orice parte a tubului digestiv, de la nivelul cavităţii bucale până la anus, inflamaţia este discontinuă („pe sărite"), cu prezenţă de zone inflamate alternând cu zone normale şi afectează, de regulă, întreaga grosime a peretelui intestinal (mucoasă, submucoasă, musculară şi seroasă).

2. Mă pot vindeca de BII (boala Crohn sau RCUH)?

BII sunt afecţiuni cronice, adică evoluează de-a lungul anilor sau deceniilor, prin urmare şi tratamentul acestor afecţiuni este de lungă durată sau „cronic". În evoluţia pacientului cu BII pot exista perioade fără manifestări clinice, în care pacientul se simte bine (perioade de remisie), care alternează cu perioade în care simptomele sunt prezente (recidive sau pusee de activitate).

În ciuda multor ani de cercetare, încă nu s-a găsit tratamentul care să vindece aceste afecţiuni, deoarece încă nu se cunosc cauzele exacte care le declanşează. Există modalităţi terapeutice prin care simptomele bolii sunt ameliorate, care vă ajută să duceţi o viaţă normală. Odată ce tratamentul este început, multe dintre simptome ar trebui să se îmbunătăţească în termen de câteva săptămâni.

Cu toate că pot exista perioade în care boala poate să reapară, vor exista şi perioade de remisie, atunci când simptomele bolii se estompează sau chiar dispar. Deoarece boala are această evoluţie de remisie şi pusee vă recomandăm ca la primul semn de recidivă să vă prezentaţi la medicul curant.

3. Sunt BII contagioase?

Este limpede faptul că BII nu sunt afecţiuni infecţioase (produse de microbi specifici), nu sunt contagioase şi nu reprezintă o formă de cancer. De asemenea, ele nu sunt cauzate de stres, griji, supărări deşi s-a constatat faptul că situaţiile stresante pot declanşa un episod acut/puseu al simptomelor.

4. Care sunt cauzele apariţiei BII?

BII sunt cauzate de interacţiunea complexă dintre factorii genetici (moştenirea unei predispoziţii pentru apariţia BII), factorii de mediu (în general, agenţii microbieni normali din lumenul intestinal pentru care sistemul imun local îşi pierde „toleranţa" şi îi consideră „patogeni", declasând un" atac" împotriva acestora) şi anomaliile sistemului imun (sistemul de protecţie al organismului).

Virusurile, bacteriile, dieta şi stresul au fost consideraţi factori declanşatori de mediu, dar nu există nici o dovadă certă că unul dintre aceşti factori este responsabil de apariţia BII. Atât RCUH cât şi boala Crohn apar mai des în anumite familii, iar în ultimii ani progresele din acest domeniu au făcut posibilă identificarea genelor implicate în apariţia BII.

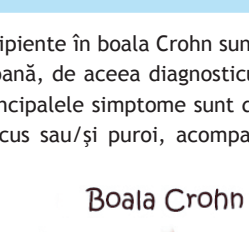
5. Cine poate face Boli Inflamatorii Intestinale?

Nu se ştie exact profilul persoanei care va face o boală inflamatorie intestinală. Cercetătorii consideră că, în cazul persoanelor cu predispoziţie genetică, este mai mare probabilitatea să dezvolte o astfel de afecţiune. S-a observat că aceste afecţiuni apar mai mult în rândul persoanelor tinere, cu vârste cuprinse între 20 şi 30 de ani.

Rasa caucaziană (albă), lipsa sau perioada redusă a alăptării la sân, consumul crescut de alimente prelucrate şi dulciuri rafinate, consumul redus de vegetale (fructe şi legume în stare naturală), munca în spaţii închise, lipsa activităţii fizice, condiţiile excesive de igienă şi sanitaţie, schimbarea alimentaţiei de la formele tradiţionale culinare la alimentaţia de tip fast-food, profilul psihologic introvertit („interiorizat") reprezintă factori de risc pentru apariţia BII.

6. Care sunt simptomele Bolilor Inflamatorii Intestinale?

Simptomele incipiente în boala Crohn sunt adesea foarte vagi şi pot varia de la persoană la persoană, de aceea diagnosticul poate fi stabilit cu întârziere (luni sau chiar ani). Principalele simptome sunt de obicei scaunele diareice care pot conţine sânge, mucus sau/şi puroi, acompaniate de dureri abdominale cu caracter de crampă.



Alte simptome pot fi: greaţă, vărsături, deshidratare şi rareori constipaţie. Majoritatea persoanelor afectate de boala Crohn au tendinţa să se simtă obosite şi lipsite de energie. Pierderea poftei de mâncare este un alt simptom foarte frecvent, care poate duce la pierderi dramatice în greutate.

RCUH se poate manifesta, de asemenea, prin dureri abdominale şi diaree, iar bolnavul se poate simţi obosit şi letargic. Principalul simptom al bolii este diareea persistentă, care poate avea de multe ori episoade severe, scaunele conţinând de regulă sânge şi mucus. Ocazional, proctita ulcero-hemoragică poate evolua cu constipaţie.

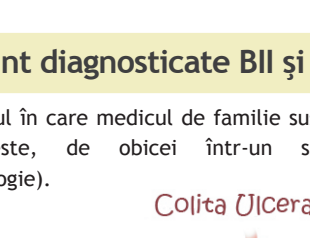
7. Ce fac dacă suspectez că am BII?

Persoanele care au diaree, scaune cu sânge şi/sau mucus, mai mult de 3-4 săptămâni (caracter cronic) ce nu cedează cu tratamentele convenţionale (antidiareice) trebuie să se prezinte la medicul de familie, apoi la gastroenterolog pentru un diagnostic adecvat.

Vă sfătuim să nu apelaţi la leacurile băbeşti sau la informaţii şi tratamente luate de pe diferite site-uri sau din reviste, deoarece vă puteţi face mai mult rău decât bine. Încercaţi să nu amânaţi vizita la medic, deoarece succesul dvs. în tratamentul bolii poate depinde de rapiditatea iniţierii tratamentului!

8. Cum sunt diagnosticate BII şi ce analize trebuie făcute?

În cazul în care medicul de familie suspectează o BII, veţi fi supus unei serii de teste, de obicei într-un serviciu/clinică de specialitate (gastroenterologie).



Primele teste efectuate sunt cele de sânge. Acestea se fac pentru a vedea dacă există un proces inflamator în organism şi pentru a determina dacă sunteţi anemic. Vi se va face hemoleucograma, proteina C reactivă (PCR), VSH-ul, fibrinogenul, calciu, magneziu, fier etc.

- ***Hemoleucograma completă*** este o analiză foarte importantă care oferă informaţii despre alcătuirea sângelui. Putem afla numărul celulelor dar şi tipul acestora. Cele mai importante tipuri de celule sunt celulele albe (leucocite), celulele sau globulele roşii (hematii) şi plachetele (trombocitele). Plachetele joacă un rol important în procesul de coagulare.
- ***Proteina C reactivă (PCR)*** este o proteină produsă de ficat cu ajutorul căreia se determină dacă există un proces inflamator în organism. În cazul unei inflamaţii/infecţii, dar şi în cazul BII valoarea PCR creşte.
- ***VSH (viteza de sedimentare a hematiilor)*** este o altă analiză cu ajutorul căreia se determină existenţa unei inflamaţii/infecţii în organism. Nu se poate determina însă locul şi natura inflamaţiei cu această analiză.
- ***Fibrinogenul*** este o analiză crescută în cazul proceselor inflamatorii acute.
- ***Calciul, magneziul, fierul seric*** se măsoară pentru a determina dacă pacientul are deficite ale acestor minerale ce pot cauza demineralizarea oaselor sau anemie; deficitele sunt secundare lipsei de aport (dieta, lipsa poftei de mâncare, vărsături etc.) sau prin absorbţia deficitară a acestora din intestin datorată BII.

Scaunul va fi, de asemenea, testat pentru a exclude diareea de natură infecţioasă (coproculturi, examen coproparazitar). În acelaşi timp, o probă de scaun specifică permite determinarea CALPROTECTINEI, un marker care reflectă gradul inflamaţiei intestinale. Ulterior, majoritatea pacienţilor cu BII efectuează o ***endoscopie*** (un aparat similar unei camere de filmat folosit pentru a privi în interiorul intestinului). Acest lucru se face prin intermediul unui endoscop, un tub lung flexibil (de grosimea degetului mic), cu o lumină montată la capătul tubului care comunică cu un sistem video.

Într-o endoscopie efectuată la nivelul intestinului superior, endoscopul este introdus prin cavitatea bucală verificându-se esofagul, stomacul şi duodenul - adică partea superioară a intestinului subţire. În cazul colonoscopiei (o endoscopie a intestinului gros), un tub similar este introdus prin anus în colon (intestinul gros) şi în partea de jos a intestinului subţire. Aceste teste permit specialistului să obţină o privire clară a mucoasei intestinale şi să preleveze prin biopsie ţesut pentru examen histopatologic (la microscop). Ţesutul este apoi examinat la microscop şi acest lucru reprezintă o etapă foarte importantă pentru stabilirea diagnosticului.

Aveţi opţiunea ca pe tot parcursul colonoscopiei să fiţi sedat, deoarece este o investigaţie dureroasă. Acest lucru trebuie discutat înainte cu medicul curant.

Înainte de colonoscopie (ziua precedentă) vi se va recomanda să luaţi un fel de laxativ, sub formă de pulbere, care va fi dizolvat în apă plată. Această substanţă produce lavajul intestinal asigurând eliminarea resturilor alimentare din colon, pentru ca medicul să poată face investigaţia corect. Acesta este partea cea mai inconfortabilă a testului, deoarece laxativul induce un număr mare de scaune, până ajungeţi să eliminaţi apa clară când vă duceţi la toaletă. Menţionăm că această pregătire pentru colonoscopie este extrem de importantă, de ea depinzând corectitudinea investigaţiei. Laxativul poate fi administrat acasă în urma unei discuţii cu medicul sau personalul medical, astfel încât să ştiţi exact la ce să vă aşteptaţi.

În ziua precedentă colonoscopiei nu se recomandă să consumaţi alimente. E de preferat să beţi doar apă plată, ceai neîndulcit, supa strecurată.

Vi se va cere să semnaţi un formular de consimţământ pentru efectuarea endoscopiei. Dacă sunteţi preocupaţi cu privire la procedură, mai ales dacă nu aţi vorbit deja despre această investigaţie cu medicul dumneavoastră de familie sau specialist, profitaţi de această ocazie pentru a pune întrebări.

Endoscopia digestivă superioară şi colonoscopia nu ne pot da toate datele despre anumite segmente ale intestinului (intestinul subţire), unde endoscopul nu poate ajunge; în acest scop trebuie aplicate alte teste, cum ar fi capsula endoscopică, un examen cu bariu („enteroclisma"), tomograf computer (CT) sau rezonanţa magnetică nucleară (RMN) a intestinului subţire.

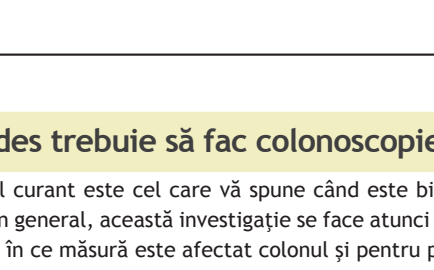
Într-o endoscopie cu capsulă, capsula înghiţită de dumneavoastră are mărimea unui jeleu şi trimite fotografii ale tractului intestinal către un computer extern. Cu toate acestea, capsula endoscopică nu este disponibilă în toate spitalele şi nu va fi folosită în cazul bolnavilor care pot avea stenoze (îngustarea lumenului intestinal), cum se poate întâmpla în unele forme de boală Crohn.

Clisma cu bariu presupune ingerarea unei substanţe de contrast şi urmărirea prin intermediul aparatului cu raze X a conturului intestinului. Această procedură nu este dureroasă, dar necesită câteva ore pentru urmărirea substanţei de contrast în intestin. Unii bolnavi pot avea dificultăţi în a bea volumul mare de lichid necesar. Bolnavilor care vor fi evaluaţi prin intermediul CT sau RMN (care folosesc razele X respectiv rezonanţa magnetică pentru examinare), le poate fi administrată, de asemenea, o substanţă de contrast orală înainte de procedură.

În cazul ambelor investigaţii, internarea pacientului nu este necesară, sau ne putem rezuma la spitalizare de zi. Rezultatele biopsiei sunt disponibile, de regulă, în 1-3 săptămâni.

9. Cât de des trebuie să fac colonoscopie?

Medicul curant este cel care vă spune când este bine să faceţi/repetaţi colonoscopia. În general, această investigaţie se face atunci când apare un puseu, pentru a vedea în ce măsură este afectat colonul şi pentru prescrierea tratamentului corespunzător.



Dacă boala este în remisie, este recomandată o colonoscopie anual pentru a urmări mucoasa colonică pentru riscul de cancer colonic asociat cu BII.

Biopsiile se fac în general de câte ori se face şi colonoscopia. Biopsia reprezintă recoltarea unei mostre de ţesut din colon şi se efectuează în cursul endoscopiei, utilizând pensa de biopsie. Este o metodă nedureroasă, pe care, contrar celor crezute, pacientul nu o resimte!

10. Ce alte organe îmi pot fi afectate de-a lungul vieţii?

Unii bolnavi cu BII dezvoltă afecţiuni ale altor părţi ale corpului. Cea mai întâlnită este artrita sau inflamaţia articulaţiilor. Acest tip de artrită răspunde de obicei bine la medicamentele antiinflamatoare folosite pentru a trata BII, astfel încât artrita asociată BII poate fi gestionată în paralel cu BII.

Unii bolnavi pot dezvolta ulceraţii la nivelul gurii şi subţierea pielii buzelor, mai ales dacă au boală Crohn. Aplicarea de creme sau gel poate ameliora sau vindeca aceste condiţii în cazul în care tratamentul BII nu o face.

Erupţiile cutanate sunt un fenomen destul de comun şi apar uneori la începutul unui puseu. Eritemul nodos, poate provoca apariţia unor mici pete roşii dureroase, care devin noduli inflamaţi şi dureroşi, în zona gambelor. Acestea pot dispărea odată cu tratarea BII.

Şi ochii pot fi afectaţi în cazul BII, devenind inflamaţi şi roşii (irido-ciclită). Acest lucru nu este, de obicei, grav şi poate fi tratat cu picături pentru ochi. Ocazional, pot să apară probleme oculare mai grave. În cazul în care simptomele persistă, este important să consultaţi un specialist.

Persoanele cu BII pot dezvolta afecţiuni ale ficatului, dar acestea sunt rar întâlnite. Prin intermediul testelor de sânge şi ecografiei abdominale, este recomandată urmărirea pacienţilor cu BII.

Vă sfătuim să discutaţi cu doctorul curant sau cu medicul de familie despre orice nou simptom apărut, chiar dacă nu credeţi că are legătură cu BII!

11. Ce tipuri de tratament există?

Deoarece BII afectează în mod diferit fiecare persoană, specialistul vă va sugera cel mai bun plan de tratament în funcţie de condiţia din momentul diagnosticării. Scopul tratamentului este de a face bolnavul să se simtă mai bine şi să ţină simptomele bolii sub control (adică să menţină remisiunea clinică). Există mai multe tipuri de tratament pentru fiecare condiţie, iar acestea pot fi utilizate consecutiv sau pot fi combinate. Deoarece fiecare organism funcţionează diferit, este posibil să nu răspundeţi conform aşteptărilor la prima schemă de tratament prescrisă de medici. Vă sfătuim să nu vă descurajaţi şi să comunicaţi cu medicul curant, pentru a vă găsi tipul de tratament adecvat.

Medicamentele utilizate pentru a trata BII acţionează pentru a opri inflamaţia şi pentru a reduce riscul de recidivă sau reactivare a bolii. Astfel, simptomele sunt ameliorate, iar dumneavoastră ar trebui să vă simţiţi mult mai bine. Ca şi în cazul multor medicamente, pot exista efecte secundare nedorite, astfel încât aceste medicamente sunt utilizate cu foarte mare atenţie şi în doze adecvate, pentru a obţine rezultatul dorit.

Există patru tipuri principale de medicamente utilizate în tratarea bolnavilor cu BII, care pot fi administrate separat sau sub formă de terapii combinate.

- ***Aminosalicilaţii***, cum ar fi sulfasalazina şi mesalazina, sunt folosite în mod regulat pentru a trata formele acute uşoare şi moderate, iar pe termen lung pentru a preveni recidivele. Acestea trebuie administrate zilnic, în doză unică sau multiple, timp de mai mulţi ani chiar şi atunci când boala este în remisie (pentru prevenirea recidivelor).
- ***Corticosteroizii***, numiţi de multe ori simplu "steroizi" - prednison, prednisolon, budesonid, metilprednisolon sunt indicaţi pentru a trata formele acute severe de BII; de regulă, acţionează foarte rapid şi controlează manifestările bolii la peste 85% dintre pacienţi după 4 săptămâni de tratament.

Efectele adverse ale corticosteroizilor sunt multiple: creştere rapidă în greutate, retenţie de apă şi electroliţi (edeme), iar chipul dumneavoastră va deveni „bucălat" („în luna plină"); în cazul adolescenţilor, acneea se poate agrava. Unii bolnavi pot deveni iritabili şi agitaţi în timp ce iau steroizi. Steroizii afectează creşterea copiilor, astfel încât tratamentul şi doza prescrisă sunt, de obicei, menţinute la un nivel minim. Când boala afectează doar partea inferioară a colonului sau rectul pot fi utilizate clisme sau supozitoare cu steroizi. Acestea au un nivel mai redus al efectelor secundare, deoarece organismul absoarbe o cantitate mai mică de medicament.

În cazul în care suspectaţi prezenţa abceselor, se recomandă întreruperea tratamentului cu steroizi.

Pe toată perioada tratamentului cu corticosteroizi se recomandă o dietă hiposodată (fără sare) pentru a reduce retenţia de apă şi electroliţi în organism. De asemenea, se vor evita pe cât posibil consumul de zahăr, atât ca atare cât şi în produse de cofetărie deoarece există riscul apariţiei diabetului.

- ***Imunosupresoarele*** - azatioprina, 6-mercaptopurina (6MP) şi metotrexatul pot fi introduse în protocolul terapeutic la momentul diagnosticării sau în urma unei recidive. Sunt medicamente a căror intrare în acţiune este lentă şi poate dura 6-12 săptămâni înainte de a deveni pe deplin eficiente. Aceste medicamente reduc inflamaţia prin acţiunea asupra sistemului imun, au reacţii adverse printre care greaţă, vărsături şi pierderea poftei de mâncare. Este deosebit de importantă efectuarea unor analize regulate de sânge cât timp luaţi acest tip de medicament, deoarece poate inhiba producerea de celule albe în măduva osoasă (leucopenie). În acest caz, fie se reduce doza, fie se întrerupe complet administrarea. Alte imunosupresoare, cum ar fi metotrexatul sau ciclosporina pot fi utilizate în cazul în care organismul dumneavoastră nu a răspuns la azatioprină sau la 6 MP.
- ***Anticorpii monoclonali (terapia biologică)*** - infliximab şi adalimumab sunt terapii noi, care au rafinat tratamentul bolii Crohn şi RCUH moderat-severe refractare la terapiile convenţionale. Aceste medicamente blochează compuşii interni care mediază inflamaţia intestinală. Se administrează intravenos (infliximab) sau subcutanat (adalimumab), în priză unică la intervale mari (8 săptămâni în cazul infliximabului şi 2 săptămâni în cazul adalimumabului). Datorită eficienţei crescute şi modalităţii convenabile de administrare, aceşti compuşi au revoluţionat practic tratamentul BII. Medicul curant va monitoriza starea dumneavoastră de sănătate şi ar trebui să fie în măsură să vă explice în detaliu cum vor acţiona medicamentele prescrise.

Informaţii importante despre tratamentul medicamentos

Tratamentul cu corticosteroizi poate afecta producţia de cortizol, un hormon natural important, secretat de către glanda suprarenală, cu rol în suprimarea sistemului imun, creşterea cantităţii de zahăr din sânge şi metabolismul grăsimilor, proteinelor şi carbohidraţilor.

Astfel, tratamentul cu corticosteroizi ar trebui să fie redus treptat şi numai sub supraveghere medicală, pentru a da timp organismului să se adapteze şi a evita eventualele dezechilibre. În cazul în care sunteţi sub tratament cu corticosteroizi, acest aspect trebuie semnalat în cazul unor urgenţe, de ex. în urma unui accident.

Corticosteroizii şi imunosupresoarele pot reduce rezistenţa organismului la infecţii. Orice fel de infecţie, poate deveni gravă şi medicul dvs. trebuie consultat în cazul în care intraţi în contact cu cineva infectat sau suspectaţi o infecţie în organism (răceală, dureri dentare, răni la nivelul pielii, dureri ale oaselor, orice alte dureri ale organelor interne).

Imunosupresoarele pot creşte sensibilitatea la lumina soarelui, de aceea este important pentru dumneavoastră să evitaţi pe cât posibil expunerea la soare şi să utilizaţi creme cu factor de protecţie solară ridicat sau creme cu ecran solar (+50 SPF).

În timpul tratamentului cu corticosteroizi sau cu imunosupresoare este recomandat să evitaţi vaccinarea cu vaccinuri vii. Discutaţi cu medicul dvs. necesitatea, utilitatea şi implicaţiile vaccinării.

În cazul majorităţii medicamentelor prescrise în tratamentul BII veţi găsi în prospect sau în diferite surse de informare, o listă lungă de efecte adverse şi vă veţi pune întrebarea dacă merită să urmaţi acele tratamente. Vă asigurăm că doctorii specialişti ştiu foarte bine toate efectele adverse ale tratamentelor prescrise, dar ştiu şi beneficiile acestora. Vă sfătuim să vă alegeţi un medic curant în care să puteţi avea încredere şi care să vă răspundă la toate întrebările care vă frământă. Nu este indicat să întrerupeţi tratamentul sau chiar să amânaţi începerea lui atunci când aţi citit efectele secundare din prospect.

Este recomandat pacienţilor diagnosticaţi cu BII să nu urmeze niciun fel de tratamente naturiste/suplimente alimentare sau vitamine fără acordul medicului curant!

12. Cum îmi pot da seama dacă sufăr o recidivă a bolii?

Simptomele unei recidive pot fi uşor diferite de cele înregistrate la debutul BII. În cazul în care dumneavoastră prezentaţi o durere persistentă de burtă, febră, vărsături, diaree, sânge în scaun, pierdere în greutate sau stare generală alterată sau dacă suspectaţi o recidivă, trebuie să vă adresaţi medicului dumneavoastră de familie sau medicului curant gastroenterolog.

Cel mai important lucru pe care puteţi să îl faceţi pentru a evita apariţia unei recidive este să luaţi medicaţia în mod regulat.

Nu este recomandată întreruperea tratamentului medicamentos fără avizul medicului gastroenterolog, chiar dacă simptomele bolii au dispărut.

Toate simptomele bolii pot fi agravate de stres. Experienţa pacienţilor a arătat faptul că recidivele/puseele bolii sunt declanşate de cele mai multe ori ca urmare a unor situaţii stresante.

13. Cu ce afecţiuni se pot confunda BII?

Datorită faptului că aceste afecţiuni debutează de cele mai multe ori cu diaree cronică, BII pot fi confundate uşor cu diareea infecţioasă, motiv pentru care medicii de familie trimit pacienţii cu astfel de simptome la medicii specialişti în boli infecţioase.

Sindromul colonului Iritabil este o altă afecţiune cu care BII pot fi confundate uşor.

În cazul pacienţilor care nu răspund la tratamentele specifice diareei infecţioase sau colonului iritabil, o modalitate bună care poate trage un semnal de alarmă o reprezintă efectuarea CALPROTECTINEI fecale, investigaţie care poate confirma dacă există şi care este gradul de inflamaţie al intestinului.

Însă cea mai sigură investigaţie pentru un diagnostic exact, este colonoscopia şi recoltarea de biopsii de la nivelul mucoasei intestinale afectate.

14. Fumatul şi BII

Relaţia dintre fumat şi BII este una complexă. În mai multe studii, boala Crohn este asociată cu fumatul, iar cercetătorii sugerează că acest obicei poate agrava severitatea bolii şi declanşa puseele de activitate.

În contrast, se pare că fumatul se asociază cu reducerea prevalenţei RCUH, reducerea severităţii puseelor şi a riscului de recidivă.

Fumatul şi boala Crohn: în numeroase studii, jumătate sau chiar mai mult de jumătate din pacienţi erau fumători în momentul în care au fost diagnosticaţi cu această afecţiune. Acest lucru sugerează că persoanele fumătoare sunt mai predispuse să facă boala Crohn decât persoanele nefumătoare. De asemenea, cercetările arată că fumatul poate agrava simptomele bolii Crohn.

Pacienţii fumători care suferă de boala Crohn a intestinului subţire sunt predispuşi la simptome mai severe, apărând necesitatea creşterii dozelor de imunosupresoare, iar calitatea vieţii este mai scăzută. Alt studiu arată că riscul fumătorilor de a intra în puseu este de două ori mai mare decât la nefumători.

Studiile sugerează că fumatul poate reduce efectele în diferite scheme de tratament, inclusiv poate reduce efectele tratamentelor biologice cu infliximab.

Fumătorii care au boală Crohn a intestinului subţire au şanse mai crescute decât nefumătorii să aibă nevoie de operaţie.

Fumatul se pare că are legătură şi cu locul în care boala a "atacat". În cazul fumătorilor, boala Crohn este localizată în general la nivelul intestinului subţire şi mai rar în colon.

15. În ce fel fumatul poate predispune la boala Crohn?

Deşi există mai multe teorii, nu există un răspuns exact la această întrebare. Fumul din ţigară conţine sute de compuşi chimici, inclusiv nicotină, monoxid de carbon şi radicali liberi. Se crede că nicotina joacă rolul cel mai important, acţionând ca un imunosupresor asupra celulelor macrofage (celulele care atacă bacteriile) şi făcând ca anumite bacterii dăunătoare să nu poată fi „fagocitate" („înghiţite" şi distruse).

Altă teorie spune că anumiţi compuşi chimici din fumul de ţigară pot altera modul în care circulă sângele la nivelul intestinelor, ducând cel mai probabil la o restricţie a circulaţiei sângelui în interiorul pereţilor intestinali.

Cercetătorii susţin cu tărie ideea că renunţatul la fumat este benefic pentru pacienţii cu boala Crohn.

16. De ce poate avea fumatul un rol protectiv la pacienţii cu RCUH?

Există câteva teorii pentru acest rol aparent protectiv. Încă o dată, nicotina poate avea un impact. S-a descoperit că, faţă de persoanele sănătoase, persoanele care suferă de RCUH au un strat mai subţire de mucus la nivelul colonului stâng şi rectului. Există posibilitatea ca nicotina să crească producţia de mucus. Altă teorie spune că oxidul nitric eliberat de nicotină în organism, poate reduce activitatea musculară din colon cât şi senzaţia că ai nevoie să te duci la toaletă.

Poate fi tentant să continui sau chiar să te apuci de fumat (dacă eşti nefumător) în speranţa că va ajuta la ameliorarea simptomelor date de RCUH. Dar acest efect benefic pentru RCUH este contrabalansat de creşterea riscului de cancer pulmonar, alte tipuri de cancer (genital, pancreatic, esofagian, gastric, mamar etc.) şi de boli cardiovasculare, din acest motiv nu este recomandat fumatul de către specialiştii în sănătate nici măcar pentru pacienţii care suferă de RCUH.

17. Fertilitatea şi BII

Persoanele diagnosticate cu BII sunt în general persoane tinere, cu vârste cuprinse între 20 şi 30 de ani. La aceste vârste, de obicei cuplurile se gândesc să aibă copii. Dacă dumneavoastră sau partenerul suferiţi de una dintre BII şi vă gândiţi să concepeţi un copil, puteţi fi îngrijorat de modul cum vă poate afecta fertilitatea această boală.

În general, femeile care au o BII dar afecţiunea este inactivă de mai mult timp, nu ar trebui să întâmpine mai multe probleme de fertilitate decât o persoană sănătoasă care îşi doreşte o sarcină.

Femeile care suferă de BII în puseu de activitate, mai ales cele cu boala Crohn, pot întâmpina diferite probleme, mai ales dacă au sub greutatea normală sau dacă nu se hrănesc corespunzător.

Complicaţiile ca abcese sau fistule în zona pelviană sau anală, pot reduce libidoul femeilor şi este puţin probabil să conceapă un copil. De asemenea şi alte efecte adverse ale BII că oboseala, durerea abdominală sau diareea, pot avea un efect similar.

Acestea sunt motivele pentru care medicii specialişti insistă ca înainte de a concepe un copil, BII să fie sub control.

De asemenea, studiile au arătat că, atunci când boala este activă şi simptomele devin mai severe, pot produce neplăceri în timpul sarcinii şi pot creşte riscul de avort.

La bărbaţi, în general fertilitatea nu este afectată de BII. Câteva studii au sugerat că în cazul bărbaţilor diagnosticaţi cu boala Crohn, a fost afectată calitatea spermei dar nu este clar dacă acest lucru nu s-a întâmplat datorită alimentaţiei defectuoase. Totuşi, pentru bărbaţi, ca şi pentru femei, simptome ca oboseala, durerea abdominală şi diareea pot afecta relaţiile sexuale.

18. Cum pot afecta fertilitatea, medicamentele folosite în tratarea BII?

Majoritatea tratamentelor medicamentoase pentru BII nu afectează fertilitatea şi, de asemenea, sunt sigure şi pe timpul sarcinii.

- ***Sulfalazina***: acest medicament folosit foarte des în tratarea BII reduce fertilitatea. De obicei, acest efect secundar este reversibil, iar fertilitatea ar trebui să revină la normal în 2 sau 3 luni de la întreruperea tratamentului. Există o alternativă foarte bună pentru a înlocui sulfalazina cum ar fi mesalazina. Aceasta are acelaşi efect asupra colonului dar nu afectează fertilitatea. În cazul femeilor nu au fost înregistrate cazuri de reducere a fertilităţii sau probleme la naştere dacă au urmat acest tratament.
- ***Metotrexat***: este un imunosupresor care poate fi prescris pacienţilor cu BII. Acest medicament administrat în timpul concepţiei sau sarcinii, creşte riscul malformaţiilor fetale. Metotrexatul poate rămâne în organism mai mult timp, fapt pentru care medicii sfătuiesc femeile să evite sarcina timp de 6 luni de la întreruperea tratamentului.
- ***Azathioprina şi 6-mercaptopurina***: imunosupresoare despre care nu s-a arătat că ar afecta fertilitatea, dar un studiu a sugerat că, conceperea unui copil cu un bărbat aflat în tratament cu azathioprină creşte riscul de avort sau defecte la naştere. Datorită acestui lucru, anumiţi doctori îşi sfătuiesc pacienţii bărbaţi, care au în plan să conceapă un copil, să schimbe schema de tratament. Sfaturi similare sunt date acum şi femeilor care iau azathioprină sau 6-mercaptopurină.
- ***Infliximabul şi adalimumabul***: sunt tratamente relativ noi, cunoscute şi sub numele de tratamente biologice. Acestea afectează procesul imun, sunt folosite în cazurile severe de boala Crohn şi RCUH atunci când alte medicamente au eşuat în controlul bolii.

Mai multe studii au arătat că femeile tratate cu infliximab nu au avut pe perioada sarcinii mai multe probleme decât femeile care nu au urmat acest tratament sau decât femeile sănătoase. Au fost raportate, de asemenea, sarcini reuşite şi în cazul femeilor care urmează tratamentul cu adalimumab înaintea concepţiei dar şi pe timpul sarcinii.

Dacă decideţi să întrerupeţi tratamentul biologic înainte de concepţie, va trebui să aşteptaţi cel puţin 6 luni după administrarea ultimei doze pentru a fi sigure că medicamentul a fost eliminat din organism.

Întreruperea tratamentului trebuie făcută sub stricta supraveghere a medicului gastroenterolog.

19. Pot să-mi îmbunătăţesc fertilitatea?

În cazul femeilor, ajută foarte mult dacă reuşesc să ţină boala în remisie cu cel puţin 3 luni înainte de concepţie.

Cum fertilitatea poate fi afectată şi de alţi factori în afară de BII, puteţi găsi următoarele sugestii foarte folositoare:

- **Încercaţi să aveţi o dietă echilibrată şi sănătoasă.** Dacă acest lucru devine dificil datorită bolii, puteţi discuta cu medicul specialist să vă prescrie anumite suplimente pentru a vă asigura că aveţi toţi nutrienţii de care aveţi nevoie. Zincul şi vitamina B6 sunt extrem de importante atât pentru femei cât şi pentru bărbaţi.
- Pentru orice femeie este important să ia **acid folic** din momentul concepţiei până în cea de-a 12-a săptămână de sarcină pentru a reduce riscul de defecte la naştere. Acest lucru este extrem de important mai ales pentru femeile care suferă de boala Crohn a intestinului subţire, deoarece această formă de boală afectează absorbţia acidului folic. Malabsorbţia acidului folic poate fi dată şi de tratamentul cu sulfalazină. **Discutaţi cu medicul dumneavoastră în legătură cu cantitatea de acid folic pe care trebuie să o luaţi.**
- Atât femeile cât şi bărbaţii îşi pot creşte fertilitatea prin **renunţarea la fumat şi la alcool.**

Multe din cuplurile sănătoase întâmpină probleme de fertilitate. Unul din şapte cupluri nu poate concepe fără ajutor specializat. Aşadar, dacă doriţi să aveţi un copil şi nu reuşiţi, nu trebuie să fie neapărat din cauza BII.

20. Sarcina şi BII

Dacă sunteţi o pacientă cu BII şi vă gândiţi să aveţi un copil, puteţi fi îngrijorată dacă această boală afectează sau nu sarcina sau dacă sarcina poate agrava simptomele afecţiunii dumneavoastră.

Vestea bună este că majoritatea femeilor cu BII se pot aştepta la o sarcină perfect normală şi la un bebeluş sănătos. De asemenea, pentru majoritatea femeilor, sarcina nu agravează simptomele bolii.

Este important să discutaţi cu medicul dumneavoastră despre aceste lucruri.

21. Ce se întâmplă dacă am un puseu în timpul sarcinii?

Dacă boala este activă la momentul concepţiei sau se declanşează în timpul sarcinii, există posibilitatea să naşteţi prematur sau copilul să aibă greutate redusă la naştere. Însă doctorul curant ar trebui să poată ţine simptomele sub control printr-un tratament adecvat şi astfel să nu aveţi probleme nici în timpul sarcinii, nici la naştere.

22. Cum pot creşte şansele să am un copil sănătos?

Menţinând remisia bolii. Pentru femeile cu BII, este important să ţină minte că dacă boala este ţinută sub control, şansele să aibă un copil perfect sănătos cresc exponenţial. Este foarte important să ţineţi legătura cu medicul curant şi să discutaţi cu el despre orice întrebare aţi avea în legătură cu managementul bolii în timpul sarcinii.

23. Ce şanse are copilul meu să mă moştenească?

Dacă unul dintre părinţi are BII, riscul apariţiei bolii la copil pe tot parcursul vieţii este de 2% pentru RCUH şi 5% pentru boala Crohn, deşi ar putea fi mai mare în cazul anumitor grupuri. Cu toate acestea, încă nu se poate stabili cu exactitate modul în care acest tip de boli este transmis de la o generaţie la alta.

24. Când este necesară o intervenţie chirurgicală în BII?

Chirurgia este necesară îndeosebi pentru persoanele cu boala Crohn şi mai rar pentru pacienţii cu RCUH. Operaţia va îmbunătăţi starea generală a pacientului. Aceasta trebuie să aibă loc doar după ce toate metodele medicale au fost epuizate, iar aspectele chirurgicale (risc, complicaţii, beneficii etc.) au fost discutate atât cu pacientul cât şi cu rudele acestuia.

În cazul bolii Crohn, pereţii intestinului se pot îngroşa fibros determinând o îngustare a acestuia (stenoză). Acest lucru poate cauza dureri, în special în momentul alimentaţiei, deoarece tranzitul bolului alimentar prin intestinul stenozat devine dificil. Tratamentul chirurgical poate fi necesar pentru a elimina zona afectată, stenozată şi, odată cu ea, obstacolul pentru tranzitul intestinal.

Unii bolnavi cu BII sunt predispuşi la apariţia de fistule perianale (boala Crohn fistulizantă), care netratate corespunzător se pot complica cu apariţia de abcese. O fistulă este un canal anormal de conectare a intestinului cu zona din jurul anusului, cu un alt organ sau cu altă parte a intestinului. În cazul în care aveţi o fistulă care nu se închide cu tratament medicamentos, atunci intervenţia chirurgicală devine necesară.

Este foarte important să discutaţi cu medicul gastroenterolog la primul semn de apariţie a abceselor.

Intervenţia chirurgicală este recomandată ca ultimă metodă de terapie, după ce au fost epuizate toate terapiile medicamentoase existente. Intervenţia chirurgicală este de obicei bine tolerată, iar bolnavii se simt mult mai bine post-chirurgical.

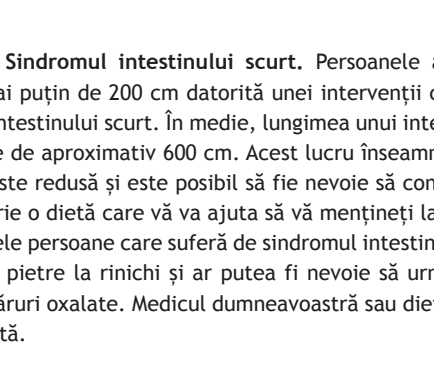
- **Eliminarea unei părţi din ileon.** Dacă aveţi boala Crohn şi ileonul v-a fost eliminat chirurgical este posibil să nu absorbiţi toate substanţele nutritive, cum ar fi vitamina B12. Deficienţa de vitamina B12 poate să vă afecteze sănătatea şi poate duce la anemie. Medicul dumneavoastră ar trebui să vă facă analizele de sânge pentru a stabili dacă aveţi acest deficit şi vă poate prescrie un supliment de vitamina B12 injectabil.

Ileonul terminal este implicat în absorbţia sărurilor biliare. Aceste săruri (produse de ficat) sunt utilizate pentru transportul şi absorbţia grăsimilor. Dacă nu aveţi suficient ileon rămas care să le re-absoarbă după ce au transportat sărurile biliare, acestea pot trece în colon şi provoca diaree. Medicul dumneavoastră vă poate prescrie medicamente pentru această situaţie.

- **Sindromul intestinului scurt.** Persoanele al căror intestin subţire măsoară mai puţin de 200 cm datorită unei intervenţii chirurgicale vor suferi de sindromul intestinului scurt. În medie, lungimea unui intestin subţire al unui adult normal este de aproximativ 600 cm. Acest lucru înseamnă că zona care absoarbe nutrienţii este redusă şi este posibil să fie nevoie să consultaţi un specialist care să vă prescrie o dietă care vă va ajuta să vă menţineţi la o greutate normală.

Unele persoane care suferă de sindromul intestinului scurt au un risc crescut să facă pietre la rinichi şi ar putea fi nevoie să urmeze o dietă cu un nivel scăzut de săruri oxalate. Medicul dumneavoastră sau dieteticianul vă pot prescrie această dietă.

- **Ileostomia.** În cazul unor bolnavi cu forme severe de BII ar putea fi necesară efectuarea unei ileostomii. În această operaţie o parte a colonului este rezecată şi se efectuează o mică deschidere sau stomă la suprafaţa abdomenului. Materiile fecale sunt apoi colectate într-un pungă de stomă. Pentru unii bolnavi cu Colită Ulcerativă, ileostomia permanentă poate fi evitată dacă chirurgul montează o pungă internă la sfârşitul intestinului subţire. Acest lucru înseamnă că nu au nevoie de un recipient extern de colectare. Această alternativă nu este întotdeauna o opţiune.



O ileostomie (în cazul în care colonul a fost eliminat şi intestinul subţire se termină printr-o stomă la nivelul peretelui abdominal) nu ar trebui să însemne că trebuie să efectuaţi modificări drastice în dietă. Acest lucru poate părea puţin probabil la câteva săptămâni după operaţie, dar lucrurile se stabilizează în timp. Vă veţi da seama dacă este nevoie să introduceţi în dietă diferite alimente, în scopul de a evalua efectul lor asupra sistemului digestiv.

Un pacient care a suferit o ileostomie va pierde o cantitate mai mare de lichide şi săruri decât un pacient al cărui colon a fost salvat în timpul intervenţiei chirurgicale, deoarece acesta din urmă absoarbe, „salvează" apa şi mineralele. Acest lucru poate însemna că veţi avea nevoie de lichide şi săruri suplimentare pentru a evita deshidratarea, mai ales pe timpul verii. Pacienţii care au suferit o ileostomie nu au nevoie de o dietă specială, cu excepţia cazului în care un medic specialist le recomandă acest lucru.

25. Există un risc de apariţie a cancerului?

Pacienţii cu BII au un risc crescut de a dezvolta cancer de colon, dar pentru multe dintre persoanele afectate riscul este similar cu cel al populaţiei generale. Pentru o persoană care suferă de RCUH, riscul apariţiei cancerului este crescut atunci când boala are o o evoluţie îndelungată (peste 8-10 ani). Există, de asemenea, un risc crescut de malignizare în boala Crohn pancolonică sau colita stângă extinsă cu evoluţie de peste 8-10 ani. În cazul în care boala Crohn afectează doar intestinul subţire, este mai puţin probabilă apariţia cancerului.

Colonoscopiile periodice (anual, în perioade de remisiune clinică, pentru a putea investiga atent mucoasa colonică) sunt de obicei un barometru prin intermediul căruia se urmăresc semnele de identificare precoce a cancerului la persoanele care prezintă un risc mai ridicat de apariţie a acestei boli.

26. BII şi alimentaţia

Dacă aveţi boala Crohn sau RCUH, vă întrebaţi dacă produsele alimentare joacă un rol important în cauza bolii sau în tratarea simptomelor dumneavoastră.

Alimentaţia este esenţială pentru toată lumea şi este, de obicei, una dintre plăcerile vieţii. Persoanele afectate de BII îşi dau seama că anumite alimente agravează simptomele bolii sau că digestia unor alimente poate fi mai dificilă. Cu toate acestea, importanţa unei nutriţii echilibrate este binecunoscută. Unii oameni pot considera că este util să-şi modifice uşor dieta, dar nu uitaţi că toată lumea este diferită - BII este o afecţiune individuală şi ceea ce funcţionează pentru alţii ar putea să nu funcţioneze în cazul dumneavoastră.

27. Ce se întâmplă atunci când mâncăm?

Tractul gastro-intestinal este un tub lung care face legătura între cavitatea bucală şi anus. Scopul său principal este de a digera produsele alimentare pe care le ingerăm pentru ca organismul să poată prelua substanţele nutritive rezultate din alimente. Aceste substanţe nutritive sunt folosite pentru a ne furniza energie dar şi în procesul de creştere.

Atunci când mâncăm, alimentele trec din cavitatea bucală în esofag, apoi în stomac, unde sucurile gastrice continuă procesul de digestie. Stomacul goleşte bolul alimentar în intestinul subţire. Aici procesul de digestie este definitivat, iar compuşii rezultaţi din digestie sunt absorbiţi prin peretele intestinului în fluxul sangvin sau limfă. Produsele reziduale provenite din acest proces, care includ lichide şi alimentele nedigerate trec în colon. Bacteriile descompun aceste resturi alimentare. Peretele colonului absoarbe cea mai mare parte a lichidului şi îşi concentrează conţinutul, producând materiile fecale (scaune). Acestea sunt colectate la nivelul rectului până la momentul eliminării scaunului.

Ce se întâmplă în cazul persoanelor cu BII?

Boala Crohn şi RCUH sunt afecţiuni inflamatorii cronice ale tractului digestiv. În boala Crohn, această inflamaţie poate fi localizată oriunde, de la nivelul cavităţii bucale şi până la anus dar, cel mai frecvent este localizată în intestinul subţire sau colon. Toate straturile peretelui intestinal pot fi inflamate.

În RCUH, inflamaţia este limitată la colon (intestinul gros) şi rect şi, de regulă, afectează doar stratul intern al intestinului (mucoasa). BII poate provoca simptome, cum ar fi diaree, dureri abdominale şi balonare. Dacă intestinul subţire este afectat, aşa cum se întâmplă în cazul bolii Crohn, inflamaţia poate împiedica intestinul de a digera alimente şi de a absorbi nutrienţii.

28. Ce ar trebui să fac în cazul în care pierd în greutate?

Fluctuaţiile de greutate sunt frecvente în cazul persoanelor cu BII, reflectând crizele şi perioadele de remisie. Pierderea în greutate poate fi un indicator că nu obţineţi suficiente elemente nutritive din alimentaţie. Trebuie să discutaţi cu echipa de specialişti care vă tratează în cazul în care aţi pierdut în greutate substanţial şi în mod neintenţionat. Desigur, nu toate persoanele cu BII sunt subponderale. De exemplu, mulţi oameni îşi dau seama că au câştigat în greutate în cazul în care le sunt prescrise medicamente pe bază de steroizi. Acest lucru se datorează faptului că steroizii pot creşte pofta de mâncare, dar pot determina şi retenţia de lichide.

Un motiv pentru pierderea în greutate s-ar putea datora faptului că nu consumaţi destule alimente datorită durerii sau disconfortului. Puteţi avea, de asemenea, probleme cu absorbţia nutrienţilor din alimente din cauza inflamaţiei la nivelul intestinului, dezvoltării florei bacteriene sau datorită diareei şi vărsăturilor.

Unele medicamente pot suprima absorbţia substanţelor nutritive: de exemplu, steroizii pot reduce absorbţia de calciu şi sulfasalazina poate reduce absorbţia de acid folic. În timpul unui episod acut este important să încercaţi să vă menţineţi greutatea. Este posibil să fie nevoie să consumaţi şi alimente bogate caloric care vă dau energie. Încercaţi să urmaţi un tipar de alimentaţie sănătoasă, pentru a vă asigura că nu suferiţi de pe urma unui deficit de minerale şi vitamine. Ar trebui să discutaţi cu medicul specialist despre dietele care vă vor ajuta să câştigaţi în greutate, pentru a vă asigura că este menţinut un echilibru alimentar.

Modalităţi de a a vă recâştiga greutatea:

- Mâncaţi puţin şi des pe tot parcursul zilei.
- Consumaţi mai multe proteine şi alimente bogate în energie decât de obicei.
- Consumaţi supe, sucuri şi smoothies, nu doar ceai sau cafea.

Când sunteţi în perioade de remisie este important să vă menţineţi o greutate normală. O greutate puţin peste limita normală vă va asigura o "rezervă" pentru cazul în care o să treceţi printr-un episod acut în viitor. Dacă aveţi în continuare probleme cu menţinerea greutăţii vă puteţi adresa unui dietetician.

29. BII pot fi vindecate prin dietă?

Au apărut de-a lungul timpului o serie de diete care pretind că pot vindeca aceste afecţiuni, dar majoritatea acestora nu au suficiente dovezi care vin în sprijinul acestor afirmaţii. Cu toate acestea, există dovezi că aspectele specifice de nutriţie sunt importante în BII, astfel, în cazul fiecărui bolnav, este important să se hrănească adecvat (personalizarea dietei în funcţie de reacţia fiecărui pacient la alimente). Deci, este important pentru fiecare pacient să încerce să mănânce echilibrat şi să aibă o dietă sănătoasă.

30. BII pot fi cauzate de dietă?

Cercetări extinse au fost întreprinse pentru a căuta orice posibilă legătură între dietă şi BII. Oamenii de ştiinţă au cercetat o gamă largă de produse alimentare şi nutrienţi pentru a vedea dacă acestea joacă un rol important în apariţia şi dezvoltarea bolii. Cercetătorii au sugerat că ar putea exista legături între BII şi dieta care conţine un nivel ridicat de grăsimi şi zaharuri. În trecut, frecvenţa BII era mai redusă în ţările din est, cum ar fi Japonia, decât în Europa de Vest şi America de Nord. Cu toate acestea, în ultimele decenii numărul de persoane afectate de aceste boli în Japonia a înregistrat o creştere rapidă.

Cercetătorii au remarcat, de asemenea, că mulţi japonezi au acum o dietă caracteristică ţărilor occidentale - o dietă bogată în grăsimi şi zaharuri. Cercetările sugerează că această schimbare în dietă ar fi putut conduce la creşterea incidenţei BII. Au fost elaborate şi alte studii, inclusiv un studiu european extins, ale cărui rezultate confirmă această teorie. Acestea au descoperit o posibilă legătură între RCUH şi acidul linoleic (un acid gras găsit în uleiurile din carne roşie, margarină şi uleiurile pentru gătit, cum ar fi cele de porumb şi floarea-soarelui).

Studiile au mai sugerat faptul că o dietă cu un nivel ridicat de zaharuri existente în dulciuri şi produse de cofetărie pot avea o legătură cu apariţia BII. Cu toate acestea, rezultatele cercetărilor care au ca subiect legătura dintre alimentaţie şi BII pot fi contradictorii, astfel încât oamenii de ştiinţă încă dezbat dacă şi ce alimente pot juca un rol important în apariţia BII.

31. Intoleranţele alimentare şi alergiile

Unii oameni care suferă de BII constată că anumite alimente le agravează simptomele, în special în timpul unui episod acut. Alimentele condimentate sau cele care conţin produse lactate pot declanşa simptome temporare cum ar fi diareea în timpul unui episod acut şi este cel mai bine să fie evitate pentru o scurtă perioadă de timp. Cu toate acestea, unele persoane pot dezvolta intoleranţe de lungă durată, cum ar fi intoleranţa la lactoză. Un număr mic de persoane ar putea avea boala Celiacă - nu tolerează glutenul (se găseşte în grâu, orz şi secară). Există teste specifice care pot identifica dacă aveţi sau nu intoleranţe la anumite alimente.

- ***Intoleranţa la lactoză***

Lactoza este un zahăr găsit în laptele de origine animală şi în produsele lactate. Dacă aţi constatat că anumite produse lactate vă produc diaree, este posibil să suferiţi de intoleranţă la lactoză. Oamenilor care suferă de această afecţiune le lipseşte o enzimă numită "lactază", care este produsă în intestinul subţire şi descompune lactoza într-o formă care poate fi absorbită de organism.

Unii oameni se nasc cu o intoleranţă care se agravează în timp - aceasta se numeşte intoleranţă primară la lactoză. Intoleranţa secundară la lactoză poate fi cauzată de deteriorarea intestinului subţire, care se poate întâmpla în cazul bolii Crohn. Cercetările au arătat că persoanele care suferă de boala Crohn sunt mai susceptibile să aibă intoleranţă la lactoză, în timp ce persoanele cu RCUH au aceleaşi şanse de a fi intolerante la lactoză ca şi populaţia generală.

Intoleranţa la lactoză poate fi gestionată prin intermediul unei diete din care lipsesc produsele lactate. Cele mai multe persoane care au intoleranţă la lactoză pot tolera, de obicei, o cantitate mică de lactoză în dieta lor. Unele dintre acestea pot evita temporar lactoza, urmând să reintroducă treptat aceste alimente în dietă. Laptele fără lactoză include laptele obţinut din soia, orez, ovăz şi lapte de vacă fără lactoză.

Trebuie să luaţi în considerare faptul că evitarea consumului de lapte şi produse lactate ar putea reduce cantitatea de calciu din dietă dumneavoastră şi că aportul de calciu este important pentru sănătatea oaselor. Sursele de calciu includ pâine albă, conservele de peşte şi laptele de soia îmbunătăţit cu calciu (verificaţi eticheta pentru a vă asigura că are aport suplimentar de calciu). Puteţi lua şi suplimente de calciu. Medicul specialist sau dieteticianul vă pot ajuta să aflaţi dacă suferiţi de intoleranţă la lactoză. Deoarece laptele şi produsele lactate sunt un grup de alimente importante în dietă, nu renunţaţi la ele până când aveţi confirmarea intoleranţei la lactoză.

- ***Intoleranţa la gluten***

Unele persoane au constatat că după ce consumă paste, pâine sau biscuiţi au o stare generală neplăcută. Grâul din cele mai multe dintre produsele pe bază de cereale este considerat a fi vinovat de dureri abdominale, flatulenţă, balonare şi diaree.

Glutenul este proteină alimentară ce se găseşte în grâu, secară, orz şi este numitorul comun în cele mai multe dintre produsele pe bază de cereale, consumate zilnic.

Intoleranţa uşoară la gluten poate fi inconfortabilă, dar simptomele sunt trecătoare. Vestea bună este că intoleranţa la gluten nu este o alergie alimentară şi consumul de gluten nu determină de obicei situaţii neplăcute, cu excepţia persoanelor care suferă şi de boala Celiacă.

Alimente permise şi alimente interzise: cei care suferă de intoleranţă la gluten vor evita: ● grâul sub toate formele sale ● secară ● orz ● tărâţe de ovăz ● germeni de grâu ● tărâţe ● graham ● făină de cartofi.

Este permis consumul de ● qinoa ● hrişcă ● popcorn ● mălai ● mei ● porumb ● orez ● cartofi ● soia ● tapioca.

- ***Alergii alimentare***

Alergiile alimentare sunt diferite de intoleranţa alimentară. O alergie alimentară este mult mai puţin frecventă şi implică o reacţie severă la o cantitate mică de alimente. Reacţia se poate manifesta prin erupţii cutanate, respiraţie şuierătoare, simptome abdominale severe şi uneori, leşin.

EU, TU şi BOLILE INFLAMATORII INTESTINALE

După o perioadă relativ lungă petrecută într-o stare de sănătate precară reacţia multora dintre noi, atunci când primim diagnosticul, este un amalgam de şoc şi uşurare. Descoperirea că suntem bolnavi, că lucrul respectiv nu va trece peste noapte şi nu fără tratament medicamentos zilnic, că acest tratament este posibil să fie prescris pentru o perioadă lungă de timp, ceea ce poate genera o stare de anxietate. În acelaşi timp s-ar putea să resimţiţi o stare de uşurare deoarece afecţiunea dvs. este tratabilă, poate fi ţinută sub control cu medicaţia corectă şi pentru că simptomele dumneavoastră poartă un nume, iar boala respectivă nu este atât de gravă ca o boală terminală.

Unora li se întâmplă să accepte cu dificultate diagnosticul doctorului. S-ar putea ca până la momentul respectiv să nu fi auzit despre Colita Ulcerativă sau boala Crohn. Este natural să fiţi puţini confuzi, mai ales că în prezent doctorii nu ştiu care sunt exact cauzele care stau la baza acestei afecţiuni şi nici nu pot să vă descrie o imagine clară, unitară a ceea ce se va întâmpla în viitor (matricea acestei boli tinde să varieze de la un individ la altul). Şoc, confuzie, uşurare: sunt reacţii naturale pentru orice persoană care a fost diagnosticată cu BII.

puţin mai târziu ... primele senzaţii

BII este în general o afecţiune cu un model fluctuant, recurent, descrisă ca şi cronică, prin termenul preluat din limba greacă - care redă continuitatea în timp, respectiv recurenţa.

Imprevizibilitatea evoluţiei bolii în cazuistica actuală, face ca pacientul să necesite un timp de adaptare pentru a se obişnui cu ideea diagnosticului. După o perioadă îndelungată de timp, în general câţiva ani, pacientul învaţă să gestioneze o matrice recognoscibilă a simptomaticii; trebuie să se adapteze şi la situaţii surprinzătoare de tipul atacurilor mai agresive, medicaţiei care nu-şi mai face efectul său medicaţiei care-şi face efectul mult mai bine. Să trăieşti cu o astfel de boală care fluctuează în permanenţă înseamnă să te adaptezi la o stare continuă de incertitudine.

În general, doctorul vă va sfătui să vă gândiţi la această stare de sănătate ca la o rudă dificilă cu care trebuie să convieţuiţi. Nu va fi uşor să estimaţi atitudinea acestei „rude": poate fi liniştită o perioadă şi de-a binelea agresivă, producând neplăceri în alte momente. Din păcate nu puteţi „divorţa" de această rudă, nu o puteţi îndepărta.

cum vă percepeţi ....

În general, starea iniţială odată diagnosticată variază între frustrare, supărare şi enervare. Unii pacienţi pur şi simplu intră în starea de negare - nu vor să admită că sunt bolnavi. Nu putem pretinde să vă simţiţi împăcat/ă cu situaţia, dar acceptarea realităţii vă poate ajuta în viitor pentru a avea o viaţă echilibrată.

Pot apărea momente de criză, în care anumite ajustări medicamentoase, anumite schimbări ale stilului de viaţă sunt necesare şi veţi avea nevoie de timp să vă recuperaţi. În acelaşi timp când totul este sub control vă puteţi trăi viaţa într-un ritm normal şi să vă bucuraţi de fiecare moment din plin.

Majoritatea celor diagnosticaţi pot să-şi ducă traiul în continuare într-un mod normal, pot studia, pot merge la muncă cu program normal, etc. Documentarea, informaţiile despre BII vă pot ajuta să preluaţi controlul şi să gestionaţi situaţia cât mai bine.

Bineînţeles că fiecare persoană poate hotărî cum este mai bine pentru sine, de câtă informaţie are nevoie pentru a accepta situaţia în fapt.

cum vă privesc CEI DIN JUR

În general, odată diagnosticat veţi avea impresia că prietenii, familia, cei care ştiu despre boala dvs., nu înţeleg exact despre ce este vorba şi cum vă simţiţi.

Persoanele apropiate îşi vor dori cu disperare să vă ştie „bine", ceea ce vă împovărează constant. Este dificil să abordaţi permanent o atitudine pozitivă ca şi cum totul ar fi în regulă, lucru aşteptat din partea dumneavoastră de către ei. Aceştia ar putea să vă enerveze cu o atitudine sufocantă atât atunci când vă simţiţi bine, cât şi atunci când vă este foarte rău. Familia, prietenii pot fi îngrijoraţi permanent pentru dumneavoastră sau pot considera că vă exageraţi simptomele.

S-ar putea să întâlniţi persoane care să-şi explice situaţia în sine şi să vă blameze, făcând o legătură între modul dvs. de viaţă, personalitate şi respectiva afecţiune, „sigur te-ai îmbolnăvit, toată ziua eşti stresat", „normal că te-ai îmbolnăvit, dacă mănânci numai prostii", „te-ai îmbolnăvit pentru că ai o viaţă dezordonată", „eşti un leneş, îţi place numai să dormi". Acest lucru poate fi enervant dar, aşa cum am menţionat, deoarece cauzele bolii nu au fost identificate încă, acest lucru permite unora şi astfel de speculaţii.

Această concluzie este încurajată de aspecte clare şi oarecum pertinente: stresul, anxietatea, nervozitatea sunt cunoscute ca factori negativi în privinţa stării de sănătate generale, asupra stomacului şi sistemului digestiv.

Din păcate, nu există încă nicio dovadă incriminatoare concludentă care să lege stresul direct de BII dar, crizele puternice pot apărea sub influenţa unei stări de stres, aceasta fiind considerată în acest caz ca şi factor direct.

Să ţi se sugereze ce ar trebui să faci şi cum ar trebui să te simţi poate fi, de asemenea, enervant.

Persoanele apropiate vă vor încuraja prin veşnicele" lasă că o să fie bine", „nu te mai îngrijora, schimbă dieta" vor considera că se implică dacă vă întreabă de ce nu apelaţi la terapii alternative/complementare, abordări naturiste, etc. Deşi animaţi de cele mai bune intenţii, acest tip de abordare vă poate adăuga un stres în plus.

Alte persoane se vor văita de colită, dureri stomacale, vor simpatiza cu dumneavoastră, neînţelegând amploarea unui atac BII şi minimalizându-l la propriile experienţe trăite pentru o perioadă de maxim câteva zile. Vă veţi simţi frustrat/ă să redaţi sentimentul de „urgenţă" prin care treceţi în cazul în care aveţi o criză, când aceştia vă sugerează să vă „controlaţi", neînţelegând că acest lucru este imposibil pentru dumneavoastră.

E adevărat, majoritatea celor cu care veţi interacţiona nu vor putea să înţeleagă gravitatea afecţiunii dumneavoastră, dar acest lucru se întâmplă şi datorită faptului că această boală nu a fost mediatizată, nu au avut loc campanii de informare care să informeze publicul larg în ce constă BII.

Cea mai bună abordare ar putea fi ca odată informat suficient asupra simptomelor şi tratamentului pe care-l veţi urma să comunicaţi familiei şi prietenilor atât cât consideraţi că este necesar. Acest lucru v-ar putea uşura situaţia atât a dvs., cât şi celor din jur şi vă va permite să preluaţi controlul asupra bolii mult mai bine.

cum ne ajutăm familia şi prietenii SĂ ÎNŢELEAGĂ

Este important să înţelegeţi de la bun început: oamenii vor avea reacţii diferite prin prisma propriilor experienţe, a propriei personalităţi. Dacă cineva va respinge eforturile dumneavoastră s-ar putea ca reacţia să fie generată mai mult de frică, decât de lipsa de compasiune.

BII nu este o boală „elegantă", ci un subiect cel puţin jenant. Nu tindem să aducem în discuţie ca şi subiect de conversaţie curent toaleta personală, obiceiurile intime, modul în care ne funcţionează intestinele, nici măcar cu persoanele apropiate. Din pură ruşine s-ar putea să întâmpinaţi reţineri în a-i explica persoanei din faţa dumneavoastră atât cât aţi dori, asta însă nu ar trebui să vă împiedice să invitaţi persoanele apropiate să se informeze, să citească despre BII atât cât doresc pentru a vă înţelege mai bine.

Puteţi alege să-i informaţi doar dumneavoastră şi să le comunicaţi cum vă pot ajuta.

Puteţi de asemenea să-i informaţi superficial pe cei în cauză" am o problemă cu stomacul şi trebuie să folosesc toaleta frecvent şi, în general, imediat când am nevoie". Majoritatea vor înţelege suficient şi nu vor pune întrebări stânjenitoare.

ce comunicăm LA LOCUL DE MUNCĂ

Dacă vă simţiţi confortabil puteţi să le comunicaţi chiar şi colegilor discret ce se întâmplă cu dumneavoastră pentru a nu vă feri când trebuie să luaţi medicaţia sau a inventa scuze puerile atunci când intervine o criză şi trebuie să vizitaţi toaleta. Deşi acestora nu le va face plăcere să vă întrebe, este bine să veniţi în întâmpinarea lor explicându-le că nu este o boală infecţioasă, contagioasă, pentru a-i linişti.

O abordare practică este să vă informaţi asupra regulamentului intern, a zilelor de odihnă şi a concediului medical cu sau fără plată.

atunci când vorbiţi cu cadrele medicale

În cazul BII, există posibilitatea să vă întâlniţi cu medicul, sau personalul medical mult mai des decât v-aţi fi imaginat în mod normal. Acest lucru va genera o relaţie de un anumit tip între ei şi dumneavoastră. Din cauza impredictibilităţii acestui tip de boală s-ar putea ca doctorul să vă recomande anumite tratamente pe care le veţi accepta, dar despre care vă va avertiza că există posibilitatea să nu funcţioneze. Acest lucru vă poate frustra, enerva sau impresiona în mod neplăcut.

Încercaţi să fiţi sincer la rândul dumneavoastră şi să-i adresaţi doctorului întrebări punctuale care să vă calmeze şi să vă redea o imagine cât mai clară a ce v-aţi putea aştepta în cadrul fiecărui tip de tratament recomandat. Încercaţi că înainte de întâlnirea cu doctorul să vă stabiliţi o agendă clară de obiective, o listă de întrebări la care vă doriţi răspunsuri pe cât posibil. Notaţi-vă reacţiile la tratamentul în curs, schimbarea simptomelor sau orice alt amănunt relevant şi comunicaţi aceste lucruri cadrelor medicale.

În cazul acesta vă veţi asigura că nu aţi uitat să le comunicaţi nimic important cadrelor medicale în condiţii de stres, oboseală sau în cazul unei intervenţii chirurgicale spre exemplu.

cum să gasim CUVINTELE POTRIVITE

Pentru majoritatea dintre noi să vorbim despre subiecte intime chiar şi cu un cadru medical este destul de dificil, deşi ar trebui să ne amintim că aceştia sunt obişnuiţi deja cu acest lucru.

Iată câteva exemple pentru a vă ajuta: încercaţi să nu vă ruşinaţi şi să vorbiţi punctual despre fiecare aspect:" trebuie să merg urgent la toaletă, ies de x ori pe zi, scaunul meu are consistenţă moale ca pasta de dinţi, etc. Chiar dacă vi se pare jenant folosirea unei imagini descriptive este mai exactă, directă şi vă scuteşte de efortul de a intra în detalii. Adresaţi fiecare problemă punctual: trebuie să ajung urgent la toaletă, îmi este frică să nu mă scap pe drum, am diaree, am gaze, flatulenţă, etc.

Aceste descrieri aparent jenante sunt exemple. Dumneavoastră vă veţi simţi confortabil doar dacă vă gândiţi din timp, înainte de vizita la doctor, sau înaintea unei intervenţii chirurgicale cum să găsiţi cea mai potrivită descriere. Repetaţi de unul singur pentru a vă fi mai uşor.

terapii alternative/complementare

Deoarece nu cunoaştem cauzele şi factorii care declanşează această boală, nu cunoaştem nici remediul universal şi general valabil pentru ea. Ca atare, este natural să luăm în considerare şi forme de terapie alternative sau tratamente complementare. Există o varietate de tratamente aplicate în cazul altor afecţiuni care se pot folosi şi în cazul BII.

Următoarele tratamente pot fi folosite ca şi tratament adjuvant: homeopatie, acupunctură, aromaterapie, hipnotism, tincturi, dietă, masaje, tehnici de relaxare, etc.

În lipsa unor studii nu putem declara că aceste terapii ar ajuta, dar este cert că tehnicile de relaxare sau meditaţie, spre exemplu, vor micşora stresul creat de „convieţuirea" zilnică cu BII.

Indiferent ce terapie veţi alege, cel mai bine este să hotărâţi tipul acesteia împreună cu doctorul dumneavoastră şi să nu renunţaţi la tratamentul medicamentos.

cum aveţi grijă de dumneavoastră

Schimbările majore în rutina obişnuită măresc stresul şi anxietatea, acestea nefiind recomandate. Trebuind să vă adaptaţi şi să suportaţi o boală imprevizibilă aşa cum este BII, puteţi să vă simţiţi descurajat, anxios, frustrat, şi chiar să cădeţi în depresie.

Lăsând la o parte oboseala, deshidratarea, diareea, durerea, trebuie să învăţaţi să gestionaţi şi propriile stări emoţionale. Atunci când vă simţiţi rău emoţional nu numai fizic, nu vă închideţi în sine. Nu ignoraţi starea respectivă.

Nu este un semn de slăbiciune, nu este cazul să vă culpabilizaţi sau să simţiţi că vă victimizaţi dacă cereţi să plecaţi acasă de la cursuri sau din timpul programului de lucru. Este dureros, dar trebuie să înţelegeţi că aveţi de a face cu o boală cronică care va dura şi este normal că vă veţi simţi depresiv, obosit, frustrat, stresat.

Este foarte important ca atunci când vă regăsiţi în această stare să învăţaţi să o recunoaşteţi, să o gestionaţi, să vă odihniţi şi să aveţi grijă de dumneavoastră.Doar pentru că nu vă mai permiteţi să faceţi toate lucrurile pe care le făceaţi înainte sau pe care doriţi să le faceţi acum nu înseamnă că nu vă descurcaţi foarte bine în condiţiile date. Sunteţi supus unei situaţii dificile şi faceţi tot ce puteţi să rezistaţi.

TERAPIA DE GRUP

Ar trebui să încercaţi să vă înscrieţi la un grup de terapie cu persoane care suferă de o afecţiune similară. Nu vă îngrijoraţi, departe de a fi o experienţă jenantă în care să faceţi schimb de detalii intime, în general acestea sunt întâlniri în care puteţi organiza evenimente de caritate, sau ieşiri în oraş şi pur şi simplu să vorbiţi cu cineva care vă înţelege.

Simplul fapt că şi altcineva trece prin ce treceţi dumneavoastră, suportul emoţional pe care-l puteţi acorda şi primi este de departe un lucru verificat, care funcţionează în cazul BII. Puteţi integra la câteva întâlniri şi persoanele apropiate pentru a asigura şi acestora un suport în plus.

SUPORT PENTRU BII

S-ar putea să simţiţi nevoia să vorbiţi cu cineva care este obiectiv în cazul dumneavoastră şi nu atât de implicat; în afara cadrelor medicale, prieteni şi familie, aşa că vă puteţi înscrie la terapie individuală cu un psiholog sau orice alt consultant care consideraţi că vă poate fi de ajutor.

SFATURI PRACTICE

Probabil că veţi fi îngrijorat/ă permanent să nu aveţi un accident atunci când călătoriţi sau pur şi simplu ieşiţi la cumpărături. Ar fi mai uşor să fiţi pregătiţi: să aveţi un schimb de haine, şerveţele umede, o pungă pentru a arunca gunoiul, o pungă etanşă pentru hainele murdare, un deodorant, etc.

Încercaţi să vă luaţi micul dejun mai devreme pentru a avea mai mult timp la dispoziţie sau să mâncaţi după ce aţi ajuns la serviciu - găsiţi soluţia care vi se potriveşte cel mai bine.

VACANŢE

Atunci când plecaţi în vacanţă asiguraţi-vă că aveţi medicaţia necesară la dumneavoastră împreună cu medicaţia de rezervă în cazul în care veţi întârzia, veţi sta mai multe zile decât aţi preconizat. Purtaţi în buzunar un număr de contact al doctorului. Verificaţi cu doctorul curant dacă puteţi călători şi ce puteţi să faceţi pentru a vă fi mai uşor.

În cazul în care zburaţi, informaţi stewardesa atât cât consideraţi necesar că aveţi o problemă; plasaţi-vă cât mai aproape de toaletă - acest aranjament trebuie asigurat încă de la rezervarea biletului de avion sau de la îmbarcarea în avion. Încercaţi să mâncaţi cu câteva ore înainte de a zbura şi faceţi puţină mişcare.

Nu vă simţiţi jenaţi să vă faceţi un card pe care să scrieţi în limba respectivă (a locului unde călătoriţi) că nu puteţi aştepta şi întrebări de genul unde este toaleta. În general şi persoanele perfect sănătoase reacţionează la fel în cazul unei schimbări de dietă şi doresc să ştie unde este toaleta, din nou nu vă simţiţi jenaţi.

SPORTUL şi condiţia fizică

BII este o boală obositoare şi ca atare s-ar putea să aveţi momente în care să nu fiţi în cea mai bună formă pentru a practica sporturile. În general este bine să vorbiţi cu medicul dumneavoastră şi să-i respectaţi opinia.

Pentru o condiţie bună a sistemului muscular şi osos este chiar recomandat să încercaţi să faceţi mişcare cât mai des posibil, fără a vă extenua. Faceţi plimbări la pas, urcaţi scările sau dezvoltaţi-vă propriul program de fitness împreună cu un instructor care ştie cu ce afecţiune aţi fost diagnosticat/ă.

relaţiile intime

În multe cazuri BII poate să vă afecteze viaţa intimă. Puteţi să vă simţiţi obosit/ă, să aveţi o iritaţie sau să fiţi îngrijorat/ă să nu aveţi un accident în timpul actului sexual, etc. Partenerul/a la rândul lui/ei poate fi îngrijorat/ă să nu vă rănească.

În cazul în care spre exemplu v-au fost prescrise clisme ca rutină zilnică înainte de culcare, acest lucru scade posibilitatea unui raport intim impulsiv şi spontan. Va trebui să vă mobilizaţi şi să comunicaţi sincer şi direct partenerului spre exemplu că trebuie să vă întindeţi pe partea stângă cu spatele la el/ea şi să vă odihniţi puţin pentru a lăsa clisma să lucreze şi că nu îl respingeţi. Poate puteţi opta să aveţi dormitoare separate, fiecare poate opta pentru soluţia care este benefică în cazul respectiv. Important este să comunicaţi.

Un alt aspect des întâlnit este că BII reduce validitatea contraceptivelor orale. De aceea este bine să luaţi în considerare şi metode alternative de contracepţie sau poate o pilulă cu dozaj diferit.

CUPRINS

1. Ce sunt bolile inflamatorii intestinale? 2
2. Mă pot vindeca de BII (boala Crohn sau RCUH)? 3
3. Sunt BII contagioase? 3
4. Care sunt cauzele apariţiei BII? 3
5. Cine poate face Boli Inflamatorii Intestinale? 4
6. Care sunt simptomele Bolilor Inflamatorii Intestinale? 4
7. Ce fac dacă suspectez că am BII? 5
8. Cum sunt diagnosticate BII şi ce analize trebuie făcute? 5
9. Cât de des trebuie să fac colonoscopie? 8
10. Ce alte organe îmi pot fi afectate de-a lungul vieţii? 8
11. Ce tipuri de tratament există? 9
12. Cum îmi pot da seama dacă sufăr o recidivă a bolii? 12
13. Cu ce afecţiuni se pot confunda BII? 12
14. Fumatul şi BII 12
15. În ce fel fumatul poate predispune la boala Crohn? 13
16. De ce poate avea fumatul un rol protectiv la pacienţii cu RCUH? 14
17. Fertilitatea şi BII 14
18. Cum pot afecta fertilitatea, medicamentele folosite în tratarea BII? 15
19. Pot să-mi îmbunătăţesc fertilitatea? 16
20. Sarcina şi BII 17
21. Ce se întâmplă dacă am un puseu în timpul sarcinii? 17
22. Cum pot creşte şansele să am un copil sănătos? 17
23. Ce şanse are copilul meu să mă moştenească? 17
24. Când este necesară o intervenţie chirurgicală în BII? 18
25. Există un risc de apariţie a cancerului? 20
26. BII şi alimentaţia 20
27. Ce se întâmplă atunci când mâncăm? 21
28. Ce ar trebui să fac în cazul în care pierd în greutate? 21
29. BII pot fi vindecate prin dietă? 22
30. BII pot fi cauzate de dietă? 23
31. Intoleranţele alimentare şi alergiile 23
Eu, tu şi bolile inflamatorii intestinale 26
Puţin mai târziu ... primele senzaţii 26
Cum vă percepeţi 27
Cum vă privesc cei din jur 28
Cum ne ajutăm familia şi prietenii să înţeleagă 29
Ce comunicăm la locul de muncă 30
Atunci când vorbiţi cu cadrele medicale 30
Cum să găsim cuvintele potrivite 31
Terapii alternative/complementare 31
Cum aveţi grijă de dumneavoastră 32
Terapia de grup 32
Suport pentru BII 33
Sfaturi practice 33
Vacanţe 33
Sportul şi condiţia fizică 34
Relaţiile intime 34

BIBLIOGRAFIE - www.sfatulmedicului.ro, www.crohnsandcolitis.org.uk