



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η λήψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με
ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου**

Πιερράκου Ιφιγένεια
Διαιτολόγος- Διατροφολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας – Γαστρεντερολογίας Τμήματος Ιατρικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Επιβλέπων

Οικονόμου Κωνσταντίνος, Διδάκτωρ Τμήματος Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς επιτροπής

Τσιόπουλος Φώτιος, Διδάκτωρ Τμήματος Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ



**The intake of milk and dairy products in patients with idiopathic
inflammatory bowel diseases**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	12
1.1 Παθογένεση- Αιτιολογία.....	13
1.2 Επιδημιολογία.....	13
1.3 Κλινική εικόνα- Συμπτώματα.....	14
1.4 Εκτίμηση της βαρύτητας των ΙΦΝΕ.....	15
1.5 Αντιμετώπιση.....	16
2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	18
2.1 Διατροφικές ανάγκες.....	18
2.2 Ο ρόλος συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών στην πορεία των ΙΦΝΕ.....	20
2.3 Διατροφή σε περιόδους ύφεσης.....	21
2.4 Διατροφή σε περιόδους έξαρσης.....	21
2.5 Διατροφικές ελλείψεις.....	23
3. ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ.....	26
3.1 Γάλα.....	26
3.2 Τυρί.....	27

3.3 Γιαούρτι.....	28
3.4 Επιδόρπια με βάση το γάλα.....	29
4. ΤΟ ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΤΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΣΤΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	32
5.1 Σκοπός.....	32
5.2 Πληθυσμός μελέτης.....	32
5.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	32
5.4 Στατιστική ανάλυση.....	33
5.5 Αποτελέσματα.....	33
5.6 Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	48
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	51

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Καψωριτάκη Ανδρέα, Καθηγητή Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την αμέριστη βοήθειά του, την άμεση ανταπόκρισή σε όλες μου τις απορίες και την σωστή καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας. Τους Διδάκτορες του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Οικονόμου Κωνσταντίνο και κ. Τσιόπουλο Φώτιο για την πολύτιμη βοήθειά τους στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης τον κ. Λώτη Βασίλειο, τον κ. Παπαδόπουλο Βασίλειο και την κα. Κατέρη Χριστίνα, Γαστρεντερολόγους του ΠΝΛ για την άψογη συνεργασία που είχαμε στα εξωτερικά ιατρεία των ΙΦΝΕ. Τέλος, τους ασθενείς της γαστρεντερολογικής μονάδας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας που αφιέρωσαν χρόνο για να συμμετάσχουν στην μελέτη.

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

ΙΦΝΕ: Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Του Εντέρου

ΝC: Νόσος Crohn

ΕΚ: Ελκώδης Κολίτιδα

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

FFQ: Ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων

ΕΔ: Εντερική Διατροφή

ΠΔ: Παρεντερική Διατροφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ), είναι νοσήματα αγνώστου αιτιολογίας με περιόδους εξάρσεων και ύφεσεων που περιλαμβάνουν τη νόσο Crohn και την Ελκώδη Κολίτιδα. Η κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων στα νοσήματα αυτά πολλές φορές αποφεύγεται ακόμα και χωρίς να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος. Όσον αφορά τις μελέτες σχετικά με την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και την επιδείνωση της δραστηριότητας των ΙΦΝΕ τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της δραστηριότητας της νόσου των ασθενών και η διερεύνηση της κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων στις περιόδους ύφεσης και έξαρσης των νοσημάτων. Αλλά και η διαπίστωση τυχόν αλλαγών στη πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων κατά την διάρκεια του έτους.

Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 60 ασθενείς με Νόσο Crohn (NC) ή Ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) που εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία της γαστρεντερολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή ανθρωπομετρικών στοιχείων (μέτρηση ύψους, βάρους, υπολογισμός ΔΜΣ), συμπλήρωση ερωτηματολογίου σχετικά με την εμφάνιση γαστρεντερικών συμπτωμάτων μετά την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, τις αλλαγές στη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, την συχνότητα κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων (ερωτηματολόγιο FFQ) και τους λόγους που καταναλώνουν τα συγκεκριμένα προϊόντα. Τέλος, αξιολογήθηκε η δραστηριότητα της νόσου του κάθε ασθενή, για τους ασθενείς με νόσο Crohn εφαρμόστηκε ο δείκτης Harvey-Bradshaw και για ελκώδη κολίτιδα το MayoScore.

Αποτελέσματα: Από τους 60 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 22 νοσούσαν από Ελκώδη Κολίτιδα και οι 38 από Νόσο Crohn. Από τους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα στους 7 η νόσος βρισκόταν σε ύφεση και στους υπόλοιπους 15 σε έξαρση. Ενώ στους ασθενείς με Νόσο Crohn στους 15 η νόσος βρισκόταν σε ύφεση, ενώ σε έξαρση στους 23 εκ των οποίων οι 6 είχαν δυσανεξία στην λακτόζη. Το 77,27% των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα ήταν άντρες και το 22,72% γυναίκες, ενώ από τους ασθενείς με Νόσο Crohn, το 42,10% ήταν άντρες και το 57,89% γυναίκες. Δεν υπήρχε κάποια συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και της δραστηριότητας της Ελκώδους κολίτιδας, ενώ μεταξύ της κατανάλωσης τυριού και της δραστηριότητας την νόσου Crohn, παρατηρήθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=$

0,011), αλλά η κατανάλωση των υπόλοιπων προϊόντων δεν εμφάνισε κάποια συσχέτιση με τη δραστηριότητα της Νόσου Crohn.

Συμπέρασμα: Παρατηρήθηκε πως οι ασθενείς με ύφεση των ΙΦΝΕ της συγκεκριμένης έρευνας καταναλώνουν συχνότερα γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα από τους ασθενείς με έξαρση. Οι ασθενείς με ΕΚ φάνηκε επίσης πως καταναλώνουν πιο συχνά γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα από τους ασθενείς με ΝC. Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως οι ευαίσθησιες στο γάλα και στα γαλακτοκομικά προϊόντα, είναι σχετικότερες με τη νόσο Crohn και λιγότερο με την ελκώδη κολίτιδα και πως περισσότεροι ασθενείς με ΝC μείωσαν την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών κατά την διάρκεια του έτους. Ωστόσο, περαιτέρω μελέτες θα ήταν χρήσιμες ώστε τα συμπεράσματα να είναι ασφαλή.

Λέξεις- κλειδιά: Νόσος Crohn, Ελκώδης κολίτιδα, Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου, Γάλα και Γαλακτοκομικά προϊόντα.

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory bowel diseases (IBD), are diseases of unknown etiology with periods of exacerbations and remissions which include Crohn's disease and Ulcerative colitis. The intake of milk and dairy products in these diseases is often avoided even if there is no specific reason. As far as the studies on the consumption of milk and dairy products and the deterioration in the activity of IBD, the results are contradictory.

Purpose: The evaluation of disease activity in each patient and the investigation of the consumption of milk and dairy products during recession and exacerbation periods of the diseases. Last but not least, to identify any changes in the intake of milk and dairy products during the year.

Method: 60 patients with Crohn's disease (CD) or Ulcerative colitis (UC) participated in this study and were examined in outpatient clinics at the University Hospital of Larissa. Anthropometric data was collected (height, weight, BMI calculation), supplementation of a questionnaire about the occurrence of gastrointestinal symptoms after consumption of dairy products, changes in consumption of dairy products, the frequency of consumption of milk and dairy products (FFQ questionnaire) and the reasons for consuming these products. Finally, the activity of each patient's disease was evaluated. For patients with Crohn's disease the Harvey-Bradshaw index was applied and for ulcerative colitis the MayoScore.

Results: Out of the 60 patients who participated in the survey, 22 were affected by Ulcerative Colitis and 38 by Crohn's Disease. Seven of the patients with ulcerative colitis were diagnosed with the disease in recession and other 15 in exacerbation. On the other hand, in patients with Crohn's disease in 15 the disease was in recession and in other 23 in exacerbation, 6 of whom had lactose intolerance. 77.27% of the patients with ulcerative colitis were males and 22.72% were females, while in Crohn's disease, 42.10% were males and 57.89% were females. There was no correlation between milk and dairy consumption and ulcerative colitis activity, whereas between consumption of cheese and Crohn's disease, there was a statistically significant correlation ($p = 0.011$), but the consumption of the remaining products hasn't shown some association with the Crohn Disease activity.

Conclusion: In this particular research, it has been observed that patients with recession of IBD consume more often milk and dairy products, than patients with exacerbation. UC patients also seemed to consume more often milk and dairy products than CD patients. In addition, it was observed that milk and dairy sensitivities are more relevant to Crohn's disease and less to Ulcerative colitis and that

more patients with CD reduced milk and dairy consumption during the year. However, further studies would be useful to make the findings safe.

Keywords: Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, Idiopathic Inflammatory Bowel Diseases, Milk and Milk Products.

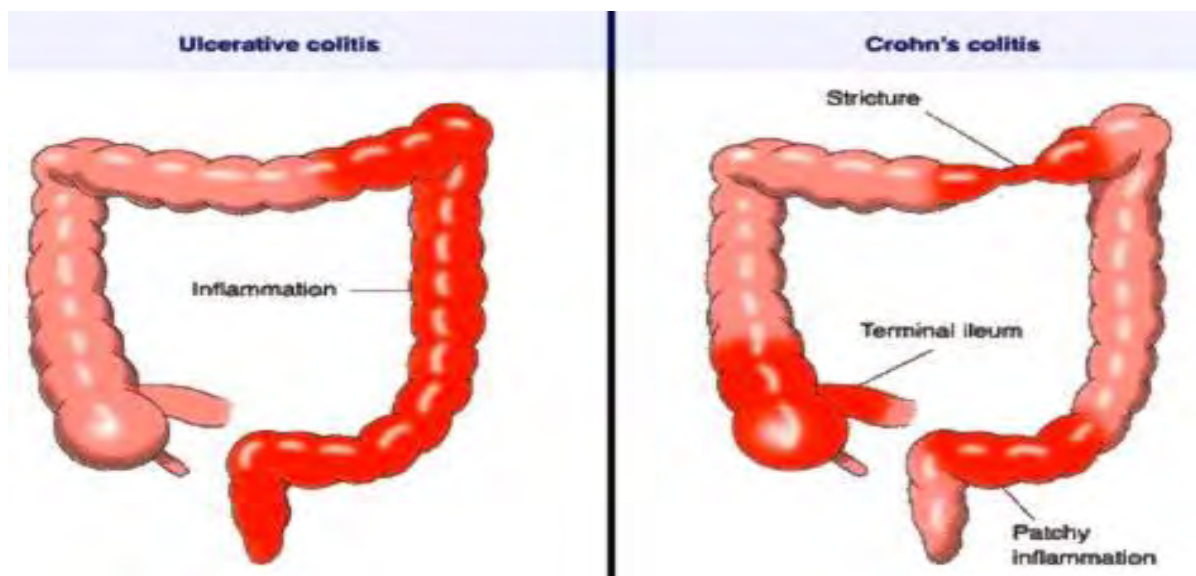
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) περιλαμβάνουν τη νόσο Crohn και την Ελκώδη Κολίτιδα, νοσήματα που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή του εντερικού βλεννογόνου. Η νόσος Crohn χαρακτηρίζεται από φλεγμονή οποιουδήποτε σημείου του γαστρεντερικού σωλήνα από το στόμα μέχρι τον πρωκτό, ενώ η Ελκώδης Κολίτιδα προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο.^[1,2,3] Η ακριβής αιτιολογία τους παραμένει άγνωστη, αλλά παρατηρείται πως συμβάλλουν γενετικοί, ανοσολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Και τα δυο νοσήματα χαρακτηρίζονται από περιόδους ύφεσης και έξαρσης, σε περιόδους έξαρσης παρατηρούνται διάφορα συμπτώματα ανάλογα με την νόσο και την δραστηριότητά της.^[4,5]

Οι ασθενείς, θα πρέπει να δίνουν έμφαση στη διατήρηση μιας καλής διατροφικής κατάστασης, καθώς μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην επαγωγή της ύφεσης και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Σε κατάσταση ύφεσης, συνιστάται η ισορροπημένη διατροφή ενώ κατά τις περιόδους έξαρσης, κάθε ασθενής αποφεύγει τα τρόφιμα που εντείνουν τα συμπτώματά του.^[1,2,3] Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα περιλαμβάνονται στα συνηθέστερα τρόφιμα που αποκλείουν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ από την διατροφή, ακόμα και χωρίς κάποιες φορές να υπάρχει συγκεκριμένος λόγος περιορισμού, όπως είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων ή η δυσανεξία στην λακτόζη. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ευαισθησία ή δυσανεξία στην λακτόζη κυρίως στην νόσο του Crohn, καθώς μπορεί να υπάρχει έλλειψη του ενζύμου λακτάση, το οποίο παράγεται από τα κύτταρα του λεπτού εντέρου, ενώ σε ασθενείς με ΕΚ είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιαστεί. Φαίνεται πως για την σωστή πορεία της νόσου είναι απαραίτητη η συνεργασία του ασθενούς με τον ιατρό και το διαιτολόγο.^[3]

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ



Εικόνα 1. Η έκταση της φλεγμονής στην κάθε νόσο.

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του έντερου περιλαμβάνουν κυρίως την Ελκώδη Κολίτιδα και την Νόσο Crohn οι οποίες είναι άγνωστης αιτιολογίας χρόνιες παθολογικές καταστάσεις του πεπτικού σωλήνα, που χαρακτηρίζονται από περιόδους ύφεσης αλλά και έξαρσης. Τα δύο αυτά νοσήματα, χαρακτηρίζονται από πολλές ομοιότητες, αλλά και βασικές διαφορές, τόσο στην κλινική τους εκδήλωση, όσο και στην θεραπευτική τους αντιμετώπιση.^[1,2,3]

Η **Ελκώδης Κολίτιδα** προσβάλλει μόνο το βλεννογόνο του παχέος εντέρου και στις περισσότερες περιπτώσεις περιορίζεται αρχικά στο αριστερό κόλον και κλινικά χαρακτηρίζεται από διάρροια και αιματηρές κενώσεις. Σε αντίθεση με την Νόσο Crohn, η νόσος προχωρεί πάντα χωρίς ενδιάμεσες απρόσβλητες περιοχές. Στο 50% των περιπτώσεων προσβάλλεται όλο το παχύ έντερο. Το ορθό προσβάλλεται σχεδόν πάντα (95%), ενώ στο 20% των περιπτώσεων η νόσος περιορίζεται μόνο σε αυτό.^[1] Η έναρξή της συνήθως συμβαίνει μεταξύ 20 και 30 ετών, ενώ μια δεύτερη έξαρση πρώτης εκδήλωσης της νόσου εμφανίζεται στην ηλικία των 50 με 60 ετών.^[2]

Η **Νόσος Crohn** προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα, από το στόμα έως τον πρωκτό και εκδηλώνεται με διάφορα συμπτώματα ανάλογα με το τμήμα ή τα τμήματα του πεπτικού σωλήνα που έχουν προσβληθεί. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η τμηματική και διατοιχωματική εντόπιση της φλεγμονής. Στους περισσότερους ασθενείς περίπου στο 80%, εντοπίζεται στον ειλεό του λεπτού εντέρου. Στο 20% εκτός από το λεπτό προσβάλλει και το παχύ έντερο, ενώ στο 15%

προσβάλλει μονό το παχύ έντερο. Σπάνια προσβάλλει στομάχι, οισοφάγο, στόμα και χοληφόρα.^[1,2] Στο 90% των περιπτώσεων αφορά άτομα 10 έως 40 ετών.^[1]

1.1 Παθογένεση-Αιτιολογία

Η ακριβής αιτία που προκαλεί την Ελκώδη κολίτιδα και την Νόσο Crohn παραμένει άγνωστη, ωστόσο η επικρατούσα άποψη είναι ότι τα νοσήματα αυτά συνδέονται με την αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, γενετικών παραγόντων και παραγόντων που σχετίζονται με το ανοσολογικό σύστημα του ξενιστή. Έχουν βρεθεί αρκετές θέσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα (χρωμοσώματα) που προδιαθέτουν στην εμφάνιση των νοσημάτων αυτών, αλλά που από μόνα τους δεν είναι δυνατόν να τα προκαλέσουν.^[3,4,5] Έτσι, έχει φανεί πως παίζει σημαντικό ρόλο η επίδραση διαφόρων παραγόντων όπως είναι 1) το κάπνισμα (έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για Νόσο Crohn και ως προστατευτικός παράγοντας για την ελκώδη κολίτιδα)^[3,4], 2) η λήψη μη στεροειδών αναλγητικών φαρμάκων (τα ΜΣΑΦ προδιαθέτουν σε εμφάνιση ΙΦΕΝ ή ευνοούν τις υποτροπές τους αλλά χρειάζεται περαιτέρω έρευνα)^[2,3], 3) η σκωληκοειδεκτομή (η προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση προστατεύει από την εμφάνιση ελκώδους κολίτιδας)^[3] και 4) η ύπαρξη φυσιολογικής εντερικής χλωρίδας (η οποία παίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη ΙΦΝΕ καθώς η Ελκώδης Κολίτιδα δεν μπορεί να εμφανιστεί σε πειραματόζωα με έντερο χωρίς χλωρίδα, παρόλα αυτά κανένας μικροοργανισμός δεν έχει αποδειχθεί ως αιτιοπαθογόνος παράγοντας των ΙΦΝΕ).^[2,4] Το αποτέλεσμα των γενετικών, περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων είναι η ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου και η πυροδότηση της φλεγμονής.^[3,4,5]

1.2 Επιδημιολογία

Οι επιδημιολογικές παράμετροι της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn (επίπτωση, επικράτηση, ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, γεωγραφική κατανομή κλπ) διαφέρουν στις διάφορες περιοχές της γης. Η επίπτωση των ΙΦΝΕ (δηλαδή ο αριθμός ατόμων που θα εμφανίσουν τη νόσο σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα) παρουσιάζεται σημαντικά αυξημένη με την πάροδο των χρόνων. Η μεγαλύτερη επίπτωση και των δυο νοσημάτων έχει αναφερθεί στον Καναδά και τη Βόρεια Ευρώπη, κάτι που μπορεί να υποδηλώνει κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες σε αυτές τις περιοχές.^[6] Η επίπτωση στον Καναδά είναι 19,2 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους για την ελκώδη κολίτιδα και 20,2 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους για την Νόσο Crohn, στην Βόρεια Ευρώπη 24,3 νέα

περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους για την ελκώδη κολίτιδα στην Ισλανδία και 10,6 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους για την Νόσο Crohn στο Ηνωμένο Βασίλειο.^[7]

Τα στοιχεία για την επικράτηση (τον συνολικό δηλαδή αριθμό των ατόμων που νοσούν σε δεδομένη στιγμή) των ΙΦΝΕ είναι λιγοστά αλλά σημαντικά. Στη Βόρεια Αμερική κυμαίνεται από 44 έως 201 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους για την Νόσο Crohn και από 37.5 έως 238 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους για την ελκώδη κολίτιδα. Ενώ στην Ευρώπη, η επικράτηση για την Νόσο Crohn κυμαίνεται από 8 έως 214 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους και για την ελκώδη κολίτιδα από 21 έως 294 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους.^[6]

Η πιο συνηθισμένη ηλικία εμφάνισης της Νόσου Crohn είναι μεταξύ 20 και 30 ετών, ενώ της ελκώδους κολίτιδας μεταξύ 30 και 40 ετών. Μερικές μελέτες έχουν αναφέρει ότι πιθανή είναι και η εμφάνιση της νόσου σε ηλικίες 60 έως 70 ετών. Η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζεται ελαφρώς συχνότερα στους άνδρες (60%), ενώ η Νόσος Crohn εμφανίζεται 20%- 30% συχνότερα στις γυναίκες. Όμως η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης Νόσου Crohn σε γυναίκες δεν παρατηρείται παγκοσμίως, καθώς στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική αλλά και σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες η συχνότητα εμφάνισης της Νόσου Crohn στους άνδρες είτε αυξήθηκε, είτε έγινε ισοδύναμη ή και υψηλότερη από αυτή των γυναικών.^[6]

1.3 Κλινική εικόνα- Συμπτώματα

Τα δυο νοσήματα χαρακτηρίζονται από περιόδους ύφεσης και έξαρσης, και οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις τους παρουσιάζουν ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές.

Στην **Ελκώδη κολίτιδα** η βαρύτητα των συμπτωμάτων ποικίλλει και εξαρτάται από την έκταση της προσβολής του παχέος εντέρου και την σοβαρότητα των αλλοιώσεων. Στο 10 με 15% των ασθενών η προσβολή είναι βαριά (οξεία κεραυνοβόλος κολίτιδα) που χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, άφθονες διαρροϊκές κενώσεις και βαριές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι χρόνια, με περιόδους ύφεσης αλλά και έξαρσης οι οποίες χαρακτηρίζονται από πολλές διαρροϊκές κενώσεις που συνοδεύονται από αποβολή αίματος και βλέννης από το ορθό, αλλά και από κοιλιακό άλγος. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν σε σοβαρή ή μέσης βαρύτητας έξαρση είναι πυρετός, ναυτία, ανορεξία, εμετοί. Ενώ κάποιες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι τα περιπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια, το καρκίνωμα αλλά και εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως η προσβολή του ήπατος, των αρθρώσεων, του δέρματος.^[1,3,8]


Στην **Νόσο Crohn** εμφανίζονται επίσης, υφέσεις και εξάρσεις και η κλινική της εικόνα εξαρτάται από την έκταση της νόσου. Οι αρχικές της εκδηλώσεις είναι ο πόνος στο δεξιό ήμισυ της κοιλιάς με συνήθη συνοδεία πυρετού, ενώ η φλεγμονή μερικές φορές καταλήγει σε σχηματισμό μάζας και

αποστήματος. Συνηθέστερα η νόσος εμφανίζεται με διάρροια, κοιλιακό άλγος, πυρετό και απώλεια βάρους. Οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να κυριαρχεί στην κλινική εμφάνιση, σε αντίθεση από την ελκώδη κολίτιδα όπου το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η διάρροια. Άλλα συμπτώματα είναι οι περιπρωκτικές εκδηλώσεις (όπως είναι τα συρίγγια και τα αποστήματα) οι οποίες είναι συχνές στους ασθενείς που έχει προσβληθεί το παχύ έντερο και μερικές φορές αποτελούν πρώτη εκδήλωση της νόσου, καθώς και τα αφθώδη έλκη αλλά και εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως το οζώδες ερύθημα, η αρθρίτιδα και η φλεγμονή στα μάτια.^[1,3,8]

1.4 Εκτίμηση της βαρύτητας των ΙΦΝΕ

Μετά την διάγνωση της φλεγμονώδους εντερικής νόσου, ακολουθεί η εκτίμηση της βαρύτητάς της, κάτι το οποίο είναι απαραίτητο για την κατάλληλη αντιμετώπιση της. Η βαρύτητα των νοσημάτων ποικίλλει και βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων ορίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Έχουν δημιουργηθεί διαφορετικοί ειδικοί δείκτες δραστηριότητας για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και για ασθενείς με νόσο Crohn, αλλά υπάρχουν και κοινοί δείκτες εκτιμήσεως της σοβαρότητας της εντερικής φλεγμονής.^[2]

Η δραστηριότητα της ελκώδους κολίτιδας εκτιμάται με διάφορους Κλινικοεργαστηριακούς δείκτες, όπου ένας από αυτούς φαίνεται στην εικόνα 2. Για την κάθε απάντηση υπολογίζεται ο αντίστοιχος πόντος και στην συνέχεια το άθροισμά τους (score) ορίζει την δραστηριότητα της νόσου. (Βαθμολογία <2 υποδεικνύει ότι η νόσος βρίσκεται σε ύφεση, 3-5 υποδεικνύει ήπια δραστηριότητα της νόσου, 6-10 μέτρια δραστηριότητα της νόσου, 11-12 σοβαρή δραστηριότητα της νόσου).^[9] Ο προσδιορισμός της έκτασης που έχει προσβληθεί και η επιβεβαίωση της δραστηριότητας της νόσου γίνεται με την ενδοσκόπηση του βλεννογόνου του παχέος έντερου και την ιστολογική μελέτη των βιοψιών.^[2]

Mayo Scoring System for Assessment of UC Activity 				
Variable	0 Points	1 Points	2 Points	3 Points
Bowel movement (BM) frequency	Normal	1-2 BM > normal	3-4 BM > normal	>5 BM > normal
Rectal bleeding	None	Streaks on stool < 50% BM's	Obvious fresh blood with most BM's	BM's with fresh blood
Endoscopy	Normal	Mild Erythema, ↓ vascularity, Mild friability	Marked erythema, Lack vascular pattern, Friability, Erosions	Severe spontaneous bleeding, Ulceration
Physician Global Assessment (PGA)	Normal	Mild	Moderate	Severe

Εικόνα 2. Κλινικοεργαστηριακός δείκτης δραστηριότητας της Ελκώδους κολίτιδας.

Η δραστηριότητα της Νόσου Crohn εκτιμάται επίσης, με διαφόρους Κλινικοεργαστηριακούς δείκτες, όπου ένας από αυτούς φαίνεται στην εικόνα 3. Ο υπολογισμός του score γίνεται όμοια με παραπάνω (Βαθμολογία <5 υποδεικνύει ότι η νόσος βρίσκεται σε ύφεση, 5-7 υποδεικνύει ήπια δραστηριότητα της νόσου, 8-16 μέτρια δραστηριότητα της νόσου, >16 σοβαρή δραστηριότητα της νόσου).^[10] Ενώ η διάγνωση της νόσου γίνεται με κλινικά, ακτινολογικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά κριτήρια.^[2]

Harvey Bradshaw index

Variable	Variable description
General well being	0= very well, 1=slightly poor, 2 =poor, 3= very poor, 4= terrible
Abdominal pain	0=none 1=mild 2=moderate 3=severe
No. of liquid stools	Daily
Abdominal mass	0=none 1=dubious 2=definite 3=definite and tender)
Complications	Arthralgia, Uveitis, Erythema nodosum, aphthous ulcer, pyoderma gangrenosum, Anal fissure, New fistula

Εικόνα 3. Κλινικοεργαστηριακός δείκτης δραστηριότητας της Νόσου Crohn.

Οι κοινοί δείκτες και των δυο νοσημάτων για την εκτίμηση της εντερικής φλεγμονής είναι η ταχύτητα καθίζησης ερυθροκυττάρων (ΤΚΕ) και τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) ορού, όπου αυξάνονται στις εξάρσεις των ασθενειών,^[3] αλλά και η πτώση της αιμοσφαιρίνης, η ελάττωση των επιπέδων αλβουμίνης ορού^[11] και η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων^[12], που επίσης σχετίζονται με τη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ.

1.5 Αντιμετώπιση

Η σοβαρότητα της νόσου διαφέρει σε κάθε ασθενή. Ορισμένοι πιθανόν να έχουν ήπια νόσο με σπάνιες εξάρσεις, ενώ άλλοι μπορεί να εμφανίζουν συχνές εξάρσεις και να χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, είτε με φαρμακευτική θεραπεία, είτε με χειρουργική θεραπεία. Στόχος της θεραπείας των ΙΦΝΕ είναι η ύφεση της φλεγμονής και η αποκατάσταση της θρέψης.

Όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία, κανένα φάρμακο δεν αποτελεί την πλήρη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Έτσι, πρέπει να αναζητείται το καταλληλότερο φάρμακο ή ο συνδυασμός των φαρμάκων που θα φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα για την υγεία του κάθε ασθενή. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τα:

Αμινοσαλικυλικά: Τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία ήπιων έως μέτριων επεισοδίων ΕΚ και ΝC, καθώς και στην πρόληψη υποτροπών και την διατήρηση της ύφεσης.

Κορτικοστεροειδή: Αντιφλεγμονώδη φάρμακα τα οποία μειώνουν την έξαρση της φλεγμονώδους διεργασίας και επιφέρουν βελτίωση των συμπτωμάτων. Τα Κορτικοστεροειδή μοιάζουν με την κορτιζόλη, μια ορμόνη που παράγεται από τα επινεφρίδια του σώματος. Όταν οι ασθενείς παίρνουν κορτικοστεροειδή, τα επινεφρίδια τους διακόπτονται ή επιβραδύνουν την παραγωγή κορτιζόλης.

Ανοσοκατασταλτικά: Αυτά τα φάρμακα καταστέλλουν τις ανεπιθύμητες ανοσολογικές αντιδράσεις με διάφορους μηχανισμούς. Για ορισμένους ανθρώπους, ένας συνδυασμός αυτών των φαρμάκων λειτουργεί καλύτερα από ένα μόνο φάρμακο.

Βιολογικοί παράγοντες: Φάρμακα τα οποία προέρχονται από ζωντανούς οργανισμούς και τα προϊόντα τους (πρωτεΐνες). Ένα παράδειγμα αυτών είναι μία ομάδα φαρμάκων που ονομάζεται αντισώματα έναντι του παράγοντα TNF και έχουν στόχο να απενεργοποιήσουν τον παράγοντα νέκρωσης όγκου (TNF).

Αντιβιοτικά: Χρησιμοποιούνται ως αγωγή σε μικροβιακές επιπλοκές (αποστήματα ή συρίγγια) για να βοηθήσουν στη μείωση της φλεγμονής του λεπτού ή του παχέος εντέρου.

Φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης: Εκτός από τον έλεγχο της φλεγμονής, μερικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, όπως είναι τα αντιδιαρροϊκά, σπασμολυτικά, αναλγητικά κ.α.^[13,14]

Όσον αφορά την χειρουργική αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ, συστήνεται στους ασθενείς που δεν έχουν απαλλαγεί από τα συμπτώματα μέσω της φαρμακευτικής θεραπείας ή άλλων θεραπειών, ή στους ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές. Η χειρουργική θεραπεία διαφέρει στην κάθε νόσο.

Η Χειρουργική θεραπεία για την ελκώδη κολίτιδα: Συστήνεται όταν η ελκώδης κολίτιδα δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική θεραπεία ή όταν εμφανιστεί σοβαρή επιπλοκή (διάτρηση, απόστημα, καρκίνος, τοξικό megacolon). Με την πρωκτοκολεκτομή συνήθως μπορεί να εξαλειφτεί η ελκώδης κολίτιδα. Συνεπώς, γίνεται είτε:

- **Χειρουργική πρωκτοκολεκτομή με Pouch:** Αφαίρεση ολόκληρου του παχέος εντέρου και όλου του ορθού με διατήρηση του πρωκτικού καναλιού. Η παρουσία του ορθού αντικαθίσταται από λεπτό έντερο, το οποίο δημιουργεί την μορφή ενός σάκου (pouch), που

αναστομώνεται με τον πρωκτικό σωλήνα και δρα ως ρεζερβουάρ κρατώντας μία συγκεκριμένη ποσότητα κοπράνων και μειώνοντας την συχνότητα των κενώσεων, είτε

- **Πρωκτοκολεκτομή με δημιουργία μόνιμης ειλεοστομίας:** Αφαίρεση ολόκληρου του κόλου, του ορθού και του πρωκτού μαζί με τον σφιγκτήρα και δημιουργία μόνιμης ειλεοστομίας (ένα άνοιγμα κάτω δεξιά στην κοιλιά μέσω του οποίου το άκρο του λεπτού εντέρου τοποθετείται στην επιφάνεια του δέρματος ώστε να αποβάλλονται τα κόπρανα). Η θεραπεία αυτή γίνεται μόνο σε ασθενείς που είναι σίγουροι ότι δεν επιθυμούν pouch ή δεν είναι κατάλληλοι για αυτό.

Η Χειρουργική θεραπεία για την Νόσο Crohn: Συστήνεται μόνο όταν εμφανίζονται σοβαρές επιπλοκές (αποστήματα, διατρήσεις, συρίγγια, αιμορραγία), καθώς υπάρχει αυξημένη συχνότητα μετεγχειρητικής υποτροπής της νόσου και δεν θεραπεύει τη νόσο αλλά μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματά της. Η βασική αρχή αντιμετώπισης της νόσου είναι η διατήρηση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου μήκους του εντέρου και συνεπώς αποδοτικότερης εντερικής λειτουργίας. Συνήθως, προτιμάται η τμηματική εκτομή του μέρους του πεπτικού σωλήνα που νοσεί, αντί των παρακαμπτήριων επεμβάσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται σε βαριές καταστάσεις.^[13,14]

2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η διατροφή είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στην πορεία των ΙΦΝΕ. Απαραίτητη είναι η τήρηση μιας ισορροπημένης και υγιούς διαίτας καθώς μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην επαγωγή της ύφεσης και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Οι διατροφικές συστάσεις αλλάζουν ανάλογα με την δραστηριότητα της νόσου.

2.1 Διατροφικές ανάγκες

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ ανάλογα με τον εντοπισμό της νόσου, έχουν αυξημένο κίνδυνο για πρωτεϊνοθερμιδικό υποσιτισμό και διατροφικές ανεπάρκειες. Στους ασθενείς με Crohn ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος γιατί το ένα τρίτο αυτών έχουν φλεγμονή στο λεπτό έντερο, στο οποίο απορροφώνται οι θρεπτικές ουσίες της τροφής. Έχει παρατηρηθεί απώλεια βάρους στο 80% των ασθενών με NC και στο 62% των ασθενών με ΕΚ.^[2]

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ενεργειακές ανάγκες δεν αυξάνονται στους ασθενείς με NC, ενώ για την ΕΚ υπάρχουν σχετικά λίγες μελέτες που εξετάζουν την ενεργειακή δαπάνη.^[15,16] Έχει φανεί πως μπορεί να υπάρξει αύξηση της μεταβολικής δραστηριότητας σε οξεία σοβαρή κολίτιδα σε

σύγκριση με την ύφεση σε ενήλικες, το οποίο είναι φυσιολογικό, δεδομένου ότι οι συστηματικές διαταραχές (πυρετός και ταχυκαρδία) είναι συχνές, ωστόσο η αύξηση της μεταβολικής δραστηριότητας είναι πιθανό να αντισταθμιστεί με τη μείωση της σωματικής δραστηριότητας.^[15] Συνοπτικά, οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που δεν παρουσιάζουν προβλήματα υποσιτισμού, δεν έχουν αυξημένες ενεργειακές δαπάνες ως άμεσο αποτέλεσμα της ασθένειάς τους και οι ενεργειακές τους ανάγκες είναι περίπου 25-30 kcal/kg σωματικού βάρους ημερησίως.^[2,16]

Οι πρωτεϊνικές ανάγκες αυξάνονται όταν η ασθένεια είναι ενεργή και χρειάζονται περίπου 1,2-1,5 g/kg σωματικού βάρους ημερησίως στους ενήλικες.^[15] Ασθενείς με σήψη ή κακή θρέψη μπορεί να χρειαστούν έως και 2 g/kg σωματικού βάρους ημερησίως.^[2] Ενώ σε ασθενείς σε ύφεση οι πρωτεϊνικές ανάγκες δεν είναι αυξημένες και πρέπει να είναι παρόμοιες (περίπου 1 g/kg/d στους ενήλικες) με αυτές για τον γενικό πληθυσμό.^[15]

Τέλος, στους ασθενείς με ΙΦΝΕ παρατηρείται έλλειψη μικροθρεπτικών συστατικών, λόγω δυσαπορρόφησης και ανεπαρκούς λήψης τροφής, εξαιτίας της ανορεξίας που συνοδεύει τη δραστηριότητα της νόσου. Συνεπώς, συνήθως συστήνονται συμπληρώματα πολυβιταμινών και μικροθρεπτικών συστατικών για να διασφαλιστεί η κατάλληλη ισορροπία στην διατροφική πρόσληψη.^[15]

Γενικές διατροφικές συστάσεις:

Οι διατροφικές συστάσεις πρέπει να εξατομικεύονται. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές που θα βοηθήσουν τον κάθε ασθενή, ειδικά κατά τη διάρκεια των εξάρσεων:

- Κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων, 5 έως 6 φορές την ημέρα. Τα μικρότερα γεύματα θα βοηθήσουν το πεπτικό σύστημα να αφομοιώσει καλύτερα τα τρόφιμα.
- Αποφυγή κατανάλωσης των τροφίμων που εντείνουν τα συμπτώματα στον κάθε ασθενή.
- Περιορισμός των τροφών με αδιάλυτες ίνες (σπόροι, ξηροί καρποί, φασόλια, πράσινα φυλλώδη λαχανικά, φρούτα, πίτυρο σιταριού), επειδή προκαλούν συχνά συμπτώματα όπως φούσκωμα, διάρροια, κοιλιακό άλγος και κράμπες.
- Μείωση της κατανάλωσης λιπαρών ή τηγανισμένων τροφίμων, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν αέρια και διάρροια.
- Αποφυγή επεξεργασμένων λιπαρών τροφών (συνήθως περιέχουν γαλακτωματοποιητές που τροποποιούν αρνητικά τη συμπεριφορά του εντερικού βλενογόνου).
- Επαρκής πρόσληψη υγρών.^[17]

2.2 Ο ρόλος συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών στην πορεία των ΙΦΝΕ

Για την αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ έχει ερευνηθεί η χορήγηση κάποιων θρεπτικών συστατικών που ασκούν τροφική δράση στο έντερο ή ρυθμίζουν την ανοσία. Αυτά περιλαμβάνουν τα εξής:

Λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας (SCFAs)

Είναι υποπροϊόντα βακτηριδιακής ζύμωσης φυτικών ινών και ανθεκτικών αμύλων που παράγονται στο κόλον και τα κυριότερα είναι το οξικό, το προπιονικό και το βουτυρικό οξύ. Ενισχύουν την απορρόφηση του νερού και του νατρίου, ελαττώνοντας έτσι την διάρροια ενώ υπάρχουν ενδείξεις πως ασκούν τροφική δράση στο βλεννογόνο του κόλου. Ακόμη φαίνεται πως βελτιώνουν τις φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του παχέος έντερου και πως σε ασθενείς με ΕΚ βελτιώθηκε η κλινική και ιστολογική εικόνα.^[2,16]

Ω-3 λιπαρά οξέα

Τα ω-3 όπως το εικοσαπεντανοϊκό και το δοκοσαεξανοϊκό έχουν μελετηθεί καθώς, αναστέλλουν την παραγωγή φλεγμονωδών κυτταροκινών, μειώνουν την μικρού βαθμού ενεργή φλεγμονή αναστέλλοντας την παραγωγή κυτταροκινών και επιμηκύνουν τις περιόδους ύφεσης της νόσου όταν χορηγούνται σε συμπληρωματικές δόσεις σε ασθενείς με έξαρση.^[2] Τα αποτελέσματα σχετικών μελετών όμως είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Πιθανόν λοιπόν είναι, να μην έχει βρεθεί η κατάλληλη δόση και στο μέλλον να αποδειχθούν ωφέλιμα στους ασθενείς.^[3]

Προβιοτικά

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ, εξαιτίας της φλεγμονής έχουν μια τροποποιημένη εντερική χλωρίδα. Τα προβιοτικά είναι μη παθογόνοι μικροοργανισμοί που επηρεάζουν την φυσιολογία του εντέρου και έτσι έχει διερευνηθεί ο ρόλος τους στα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα. Η χορήγησή τους έχει φανεί πως βοηθά στη ρύθμιση της εντερικής χλωρίδας και με αυτόν τον τρόπο μειώνει τη φλεγμονή, αλλά ακόμα προάγει και την IgA ανοσιακή απάντηση και μειώνει τις διάρροιες. Οι μελέτες όμως είναι ελλιπείς ως προς το εάν τα προβιοτικά μειώνουν την πιθανότητα υποτροπής της νόσου.^[2,18]

Γλουταμίνη

Η γλουταμίνη έχει μελετηθεί στη θεραπεία των ΙΦΝΕ λόγω του ρόλου της ως ενεργειακό υπόστρωμα για το λεπτό έντερο και έχει βρεθεί ότι προστατεύει έναντι της ατροφίας του εντερικού βλεννογόνου.^[2] Σε μελέτες σε ζώα, έχει φανεί πως η γλουταμίνη βελτιώνει το βλεννογόνο του εντέρου και μειώνει τη βλάβη μετά από ορισμένες φαρμακευτικές αγωγές. Εντούτοις, δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής στοιχεία ότι η γλουταμίνη θα ωφελούσε τις ΙΦΝΕ.^[16]

2.3 Διατροφή σε περιόδους ύφεσης

Στις περιόδους ύφεσης, οι ασθενείς πρέπει να καταναλώνουν μία ελεύθερη διατροφή, η οποία να είναι ισορροπημένη και να συμπεριλαμβάνει όλες τις ομάδες τροφίμων, με αποφυγή όμως των λιπαρών και τηγανητών τροφών. Συστήνεται, σε περιπτώσεις ανορεξίας και απώλειας βάρους, να καταναλώνουν τρόφιμα αυξημένης ενεργειακής πυκνότητας ή και συμπληρώματα διατροφής, πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνη. Σε ορισμένους ασθενείς όμως, μπορεί να είναι απαραίτητοι κάποιοι διαιτητικοί περιορισμοί, όπως για παράδειγμα η αποφυγή γάλακτος σε όσους πάσχουν από δυσανεξία στη λακτόζη και η αποφυγή ωμών φρούτων, λαχανικών, οσπρίων και δημητριακών ολικής άλεσης σε ασθενείς με εντερική απόφραξη.^[15,17,19]

Το δυτικό πρότυπο διατροφής πρέπει να αποφεύγεται, καθώς πρόκειται για ένα υψηλό θερμιδικά διαιτολόγιο, με αυξημένη κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων, κόκκινου κρέατος, υψηλών σε λιπαρά γαλακτοκομικών προϊόντων, τροφίμων με πρόσθετη ζάχαρη και αλάτι, αλλά και μειωμένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών. Ο υψηλός λόγος ω-6 προς ω-3, όπως απαντάται στη σημερινή δυτική διατροφή, προάγει την παθογένεση πολλών χρόνιων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των ΙΦΝΕ.^[19,20]

2.4 Διατροφή σε περιόδους έξαρσης

Στόχος της διατροφής κατά τη διάρκεια των υποτροπών είναι να εξασφαλίζεται το επαρκές θερμιδικό φορτίο για τους ασθενείς, καθώς και η αναπλήρωση της απώλειας τυχόν διατροφικών στοιχείων ώστε να ακολουθήσει η ανάκτηση της θρέψης, η ύφεση της νόσου και η αποφυγή της χειρουργικής θεραπείας. Η δίαιτα θα πρέπει να εξατομικεύεται, καθώς το είδος της θεραπείας εξαρτάται από την δραστηριότητα και την εντόπιση της νόσου στον κάθε ασθενή, την θρέψη του και την πιθανότητα να αντιμετωπιστεί χειρουργικά. Εφόσον, η από του στόματος λήψη τροφής δεν γίνεται ανεκτή ή δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών και την αναπλήρωση των απωλειών θα πρέπει ο ασθενής να υποστηρίζεται θρεπτικά με εντερική ή παρεντερική διατροφή. Σε γενικές γραμμές η εντερική διατροφή προτιμάται από την παρεντερική, η δεύτερη συστήνεται σε ασθενείς που δεν μπορούν να κάνουν εντερική γιατί είτε παρουσιάζουν αντενδείξεις (μαζική αιμορραγία, εντερική διάτρηση, απόφραξη, ακραίο σύνδρομο βραχέους εντέρου) είτε έχουν δυσανεξία σε αυτή. Όταν οι ασθενείς δεν χρειάζονται την τεχνητή διατροφική υποστήριξη, θα πρέπει να ακολουθούν ένα εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο με βάση τις ανάγκες τους και τα τρόφιμα που είναι καλώς ανεκτά στον κάθε ένα.^[15,17]

Η τεχνητή διατροφική υποστήριξη κατά τις περιόδους έξαρσης της νόσου Crohn

Οι ασθενείς με νόσο Crohn παρουσιάζουν προοδευτικά ποικίλες διαταραχές της θρέψης σε αντίθεση με τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα οι οποίοι συνήθως είναι φυσιολογικής θρεπτικής κατάστασης και επιδεινώνονται ραγδαία σε σοβαρή έξαρση της νόσου. Οι διαταραχές είναι συχνότερες σε ασθενείς με νόσο Crohn λεπτού εντέρου παρά σε αυτούς με εντόπιση της νόσου στο παχύ έντερο.^[3]

Η εφαρμογή αποκλειστικής **εντερικής διατροφής** είναι αποτελεσματική και συνιστάται ως η πρώτη γραμμή θεραπείας για την πρόκληση ύφεσης σε παιδιά και εφήβους με οξεία ενεργό NC καθώς μπορεί να υποκαταστήσει επάξια τα κορτικοστεροειδή που έχουν βλαπτική επίδραση στην ανάπτυξή τους. Ενώ μια συστηματική ανασκόπηση σε ενήλικες με ενεργή NC έδειξε ότι αν και η ΕΔ μπορεί να είναι επίσης αποτελεσματική για ενήλικες, είναι λιγότερο αποτελεσματική από τα κορτικοστεροειδή. Επομένως, η εφαρμογή αποκλειστικής ΕΔ αποτελεί μια πρώτη επιλογή σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εναλλακτικής θεραπείας όπως τα στεροειδή.^[15,21] Τα διαλύματα τεχνητής τροφής δεν έχουν ευχάριστη γεύση και εάν ο ασθενής δεν μπορεί να τα ανεχθεί από το στόμα θα πρέπει να τοποθετηθεί πολύ λεπτός ρινογαστρικός σωλήνας. Για το καλύτερο αποτέλεσμα, η στοιχειακή δίαιτα πρέπει να αποτελεί την αποκλειστική πηγή διατροφής για 4-6 εβδομάδες, με απαραίτητη παρακολούθηση του ασθενή, για τον έλεγχο τυχόν προβλημάτων (μη ανοχή στο σκεύασμα, απώλεια βάρους, κόπωση, ορθοστατική υπόταση). Η μετάβαση από την υγρή, στοιχειακή δίαιτα σε μία ελεύθερη χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, η εισαγωγή των τροφών πρέπει να γίνεται σταδιακά, με παράλληλη μείωση της στοιχειακής διαίτας, γιατί η γρήγορη επανεισαγωγή των τροφών μπορεί να προκαλέσει διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα.^[2,22] Σε ασθενείς με στενώσεις, λόγω ίνωσης του εντερικού τοιχώματος, συστήνεται μια δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε ίνες, ενώ σε ασθενείς με στεατόρροια περιορίζεται το λίπος ανάλογα και με την ανοχή του κάθε ένα.^[2]

Η παρεντερική διατροφή επιτρέπει την «ανάπαυση» του εντέρου και απομακρύνει τα αντιγονικά ερεθίσματα από το βλεννογόνο. Περιλαμβάνει την ενδοφλέβια χορήγηση ενός μείγματος μακροθρεπτικών συστατικών (υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπιδίων), μικροθρεπτικών συστατικών (π.χ. βιταμινών, ανόργανων αλάτων) και ηλεκτρολυτών.^[21] Η ΠΔ έχει συγκεκριμένες ενδείξεις στη NC, όπως είναι 1) η απόφραξη του εντέρου σε βαθμό που να μην επιτρέπει την τοποθέτηση σωλήνα σίτισης πέρα από το σημείο της απόφραξης, 2) το βραχύ έντερο που οδηγεί σε βαριά δυσαπορρόφηση ή απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί μέσω εντερικής σίτισης, 3) το υψηλής παροχής εντεροδερματικό συρίγγιο και 4) η δυσανεξία του ασθενούς στην εντερική σίτιση. Η ΠΔ έχει μεγάλο κόστος, παρατείνει τη διάρκεια νοσηλείας και προκαλεί πολλές παρενέργειες, όπως επιθηλιακή ατροφία, ενζυμικές και ορμονικές μεταβολές στην πεπτική οδό, λοιμώξεις από τον καθετήρα, διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών και ηπατική δυσπραγία. Για τους λόγους αυτούς, η εντερική σίτιση προτιμάται έναντι της παρεντερικής.^[21,22]

Η τεχνική διατροφική υποστήριξη κατά της περιόδους έξαρσης της ελκώδους κολίτιδας

Η εντερική διατροφή δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς σε ασθενείς με ενεργή ΕΚ. Ωστόσο, φαίνεται ασφαλής και μπορεί να είναι διατροφικά επαρκής σε ασθενείς με σοβαρή νόσο.^[15] Συνήθως η χορήγηση γίνεται από το στόμα ή μέσω ρινογαστρικού καθετήρα. Οι στοιχειακές δίαιτες δεν έχει φανεί ότι έχουν κάποιο ρόλο στην θεραπεία της ΕΚ. Στην έξαρση της νόσου, συστήνεται αρχικά υδρική διαίτα και έπειτα μια διαίτα χαμηλού στερεού υπολείμματος, ενώ σε ασθενείς με στενώσεις χορηγείται μια διαίτα χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες.^[2]

Η παρεντερική διατροφή συνιστάται σε υποσιτισμένους ασθενείς με ΕΚ και σε εκείνους με σοβαρή νόσο μόνο όταν η ΕΔ δεν ενδείκνυται, λόγω τοξικού megacolon, αιμορραγίας από το κόλον, διάτρησης ή απόφραξης ή σε όσους δεν μπορούν να τραφούν αποτελεσματικά ούτε από το στόμα ούτε από τον εντερικό σωλήνα.^[15]

2.5 Διατροφικές ελλείψεις

Ο υποσιτισμός υπάρχει σε ποσοστό έως 85% των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και σε περιόδους έξαρσης της νόσου αλλά και σε περιόδους ύφεσης. Συνολικά, ο επιπολασμός του υποσιτισμού στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι χαμηλότερος από ότι σε ασθενείς με νόσο Crohn.^[23] Ο υποσιτισμός σε ασθενείς με NC συνήθως αναπτύσσεται για μεγάλο χρονικό διάστημα (και ως εκ τούτου συνδέεται με τη διάρκεια της ασθένειας), ενώ ο υποσιτισμός σε ασθενείς με ΕΚ αναπτύσσεται ταχέως σε περιπτώσεις εξάρσεων (και συνεπώς συνδέεται με την ενεργότητα της ασθένειας).^[24] Οι λόγοι εμφάνισης του υποσιτισμού περιλαμβάνουν:

- Την μειωμένη διατροφική πρόσληψη (λόγω ανορεξίας, κοιλιακού άλγους, ναυτίας, επίδρασης των φαρμάκων κ.α).
- Την μειωμένη απορρόφηση (ορισμένα θρεπτικά συστατικά υποβάλλονται σε πέψη και απορροφώνται σε συγκεκριμένες θέσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα και έτσι η δραστηριότητα και η θέση της εντερικής ασθένειας του κάθε ασθενούς καθορίζει τον κίνδυνο για συγκεκριμένες ανεπάρκειες μικροθρεπτικών συστατικών).^[25]
- Την απώλεια βάρους
- Την τυχόν μακροπρόθεσμη ολική παρεντερική διατροφή^[23,25]

Ο υποσιτισμός που σχετίζεται με τις ΙΦΝΕ μπορεί να περιλαμβάνει πρωτεΐνοθερμιδική ανεπάρκεια, ανεπάρκεια μικροθρεπτικών συστατικών ή και τις δύο.^[23,24,25]

Πρωτεΐνοθερμιδικός υποσιτισμός

Μια συνιστώσα παραγόντων συμβάλλει στην πρωτεΐνοθερμιδική ανεπάρκεια των ΙΦΝΕ. Συνήθως παρατηρείται μια σχέση μεταξύ της δραστηριότητας της νόσου και της παροχής θρεπτικών συστατικών, διότι οι φλεγμονώδεις μεσολαβητές, συμπεριλαμβανομένων των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών (δηλ. TNF-α), προκαλούν ανορεξία και καχεξία. Επιπλέον, η δυσαπορρόφηση, η αυξημένη ενεργειακή δαπάνη και η απώλεια γαστρεντερικών πρωτεϊνών μπορεί να προκαλέσουν σχετική έλλειψη ενέργειας ή πρωτεΐνης, η οποία κλινικά εκδηλώνεται ως κακή ανάπτυξη ή ανεπαρκής αύξηση βάρους στα παιδιά και εμφάνιση υποσιτισμού σε ενήλικες.^[24]

Ανεπάρκεια των μικροθρεπτικών συστατικών

Η ανεπάρκεια των μικροθρεπτικών συστατικών είναι συχνή στους ασθενείς με ΙΦΝΕ και εξαρτάται από την έκταση και τη δραστηριότητα της νόσου, παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς με NC από ότι σε ασθενείς με ΕΚ.^[24] Τα πιο συχνά μικροθρεπτικά συστατικά που είναι ανεπαρκή σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι η Β12, το φολικό οξύ, ο σίδηρος και η βιταμίνη D.^[23] Οι κύριες ανεπάρκειες των μικροθρεπτικών συστατικών στους ασθενείς με ΙΦΝΕ συνδέονται με την αναιμία (σίδηρο, φολικό οξύ και βιταμίνη Β12), την ασθένεια των οστών (ασβέστιο, βιταμίνη D και πιθανώς βιταμίνη Κ), την υπερπηκτικότητα (φολικό, βιταμίνη Β6 και βιταμίνη Β12), την επούλωση των πληγών (ψευδάργυρο, βιταμίνη Α και βιταμίνη C) και τον κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου (φυλλικό οξύ και πιθανόν βιταμίνη D και ασβέστιο).^[25]

Σίδηρος

Αποτελεί συστατικό της χρωστικής του αίματος, της αιμοσφαιρίνης. Η αιμοσφαιρίνη περιέχεται στα ερυθρά αιμοσφαίρια και ο ρόλος της είναι να μεταφέρει οξυγόνο σε όλο το σώμα. Η ανεπάρκεια σιδήρου είναι η κύρια αιτία της αναιμίας στον πληθυσμό με ΙΦΝΕ. Μπορεί να οφείλεται σε ανεπαρκή λήψη μέσω της διατροφής, χρόνια απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό σωλήνα και μειωμένη απορρόφηση και χρήση.^[23,26] Ο μειωμένος μεταβολισμός σιδήρου μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με ενεργή νόσο, ανεξαρτήτως της επαρκούς διαιτητικής πρόσληψης και των συμπληρωμάτων.^[26]

Φυλλικό οξύ (Βιταμίνη Β9)

Η ανεπάρκεια φυλλικού οξέος είναι συχνή σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, κυρίως στη νόσο του Crohn και μπορεί να οδηγήσει σε μακροκυτταρική μεγαλοβλαστική αναιμία. Οι κυριότερες αιτίες είναι η ανεπαρκής πρόσληψη, η ενεργός νόσος, η θεραπεία με σουλφασαλαζίνη (ανταγωνίζεται το φολικό οξύ που υπάρχει στον εντερικό αυλό, καθιστώντας το διαθέσιμο για απορρόφηση) και η θεραπεία με μεθοτρεξάτη (διότι είναι δεσμευτής του φυλλικού οξέος).^[23,24,26]

Βιταμίνη B12

Η Β12 απορροφάται από τον τελικό ειλεό μέσω του ενδογενούς παράγοντα (γλυκοπρωτεΐνης που παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου). Η ανεπάρκεια της βιταμίνης Β12, η οποία μπορεί να επιδεινώσει την αναιμία, έχει αναφερθεί σε περίπου 20% τόσο των ενηλίκων όσο και των παιδιατρικών ασθενών με ΝΚ.^[24] Αιτίες ανεπάρκειας της Β12 περιλαμβάνουν την φλεγμονή στον ειλεό ή εκτομή στον ειλεό, την βακτηριδιακή υπερανάπτυξη λεπτού έντερου, τα συρίγγια, την μειωμένη πρόσληψη, την αύξηση των φυσιολογικών απαιτήσεων και την ηπατική δυσλειτουργία.^[23]

Ασβέστιο

Περίπου το 13% των ασθενών με ΝΚ και το 10% των ασθενών με ΕΚ έχουν έλλειψη ασβεστίου.^[24] Αυτή η έλλειψη μπορεί να σχετίζεται με την δυσαπορρόφηση, την διάρροια, την προκύπτουσα ανεπάρκεια βιταμίνης D και τις περιοριστικές δίαιτες που αποκλείουν το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Η έλλειψη ασβεστίου συμβάλλει στην απώλεια οστικής μάζας και η οστεοπόρωση αποτελεί μια κοινή διατροφική επιπλοκή των ΙΦΝΕ.^[24,26]

Βιταμίνη D

Η βιταμίνη D είναι λιποδιαλυτή βιταμίνη, βοηθά στην εντερική απορρόφηση του ασβεστίου, έχει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και μεταλλοποίηση των οστών και μαζί με το ασβέστιο βοηθάει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης. Τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D σχετίζονται με την δραστηριότητα της νόσου σε αρκετές μελέτες.^[23] Στους ανθρώπους, η βιταμίνη D λαμβάνεται κυρίως από την έκθεση στο ηλιακό φως. Η απορρόφηση της διατροφικής βιταμίνης D συμβαίνει κυρίως στην νήστιδα, επομένως, ο μεγαλύτερος κίνδυνος για έλλειψη βιταμίνης D φαίνεται να είναι σε ασθενείς με ΝΚ με σημαντική εκτομή λεπτού εντέρου, στεατόρροια και εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεϊνών.^[26]

Βιταμίνη K

Η ανεπάρκεια βιταμίνης K έχει αναφερθεί στο παρελθόν, τόσο σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα όσο και με νόσο Crohn. Η βιταμίνη K αποτελεί μια λιποδιαλυτή βιταμίνη που τη βρίσκουμε σε αρκετά τρόφιμα. Επειδή η βιταμίνη K συντίθεται κυρίως από εντερικά βακτήρια, η αιτία της ανεπάρκειας της είναι πιθανώς η δυσαπορρόφηση και όχι η μειωμένη διατροφική πρόσληψη.^[23]

Βιταμίνη C

Η Βιταμίνη C είναι ένα σημαντικό αντιοξειδωτικό σε πολλαπλούς ιστούς και χρησιμεύει επίσης ως συμπαράγοντας σε πολλαπλές ενζυμικές αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένης της σύνθεσης κολλαγόνου. Η ανεπάρκεια της φαίνεται να είναι εξίσου συνηθισμένη σε ασθενείς με ΝΚ όσο σε

ασθενείς με ΕΚ και δεν εξαρτάται από την δραστηριότητα της νόσου αλλά από την μειωμένη διατροφική πρόσληψη.^[26]

3. ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

3.1 Γάλα

Το γάλα, σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Τροφίμων και Ποτών, είναι το απαλλαγμένο από πρωτόγαλα προϊόν, του ολοσχερούς και χωρίς διακοπής αρμέγματος γαλακτοφόρου ζώου, το οποίο είναι υγιές και ζει σε φυσιολογικές συνθήκες. Αποτελείται από νερό, λίπος, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, βιταμίνες, άλατα και ένζυμα. Το γάλα προκειμένου να είναι ασφαλές και να διατεθεί προς κατανάλωση παστεριώνεται ή αποστειρώνεται από τις βιομηχανίες. Η διαδικασία της παστερίωσης, κατά την οποία καταστρέφονται οι μικροοργανισμοί, αρχίζει αφού έχει αφαιρεθεί μέρος από το λίπος. Με βάση την επεξεργασία, το γάλα χωρίζεται στις παρακάτω κατηγορίες:

Φρέσκο παστεριωμένο γάλα: Είναι το γάλα που έχει υποβληθεί σε παστερίωση και έχει θερμανθεί γύρω στους +72°- 73°C για 15 δευτερόλεπτα. Το φρέσκο παστεριωμένο γάλα έχει διάρκεια ζωής 3-5 μέρες εντός ψυγείου.

Γάλα υψηλής παστερίωσης: Το γάλα αυτό έχει υποστεί παστερίωση, αλλά έχει θερμανθεί σε υψηλότερη θερμοκρασία που κυμαίνεται από +110°C έως +127°C για κάποια δεύτερα και έχει ζωή 30-40 ημέρες.

Γάλα μακράς διάρκειας: (Υπέρ-παστεριωμένο) έχει υποστεί αποστείρωση και υψηλή θερμική επεξεργασία σε θερμοκρασία περίπου +135°C, για 1 δευτερόλεπτο. Διατηρείται και εκτός ψυγείου για 6-9 μήνες από την παραγωγή του.

Γάλα εβαπορέ: Εκτός από παστερίωση και αποστείρωση υφίσταται και συμπύκνωση (αφαίρεση του νερού, μέχρι του μισού του αρχικού όγκου). Η θερμική επεξεργασία γίνεται σε υψηλές θερμοκρασίες περίπου +145°C, διαρκεί έως 18 μήνες και καταναλώνεται με την συμπλήρωση ίσης ποσότητας νερού.

Γάλα ζαχαρούχο: Συμπυκνωμένο γάλα στο οποίο έχει προστεθεί γύρω στο 40% ζάχαρη και έχει ίδια διάρκεια και χρήση με το εβαπορέ.

Σκόνη γάλακτος: Το γάλα που έχει υποστεί αφυδάτωση, δηλαδή απομάκρυνση του νερού του με αποτέλεσμα η περιεκτικότητα σε υγρασία να είναι κατώτερη ή ίση με το 5% του βάρους του τελικού προϊόντος. Διατηρείται περισσότερο καιρό από όλα τα άλλα είδη γάλακτος αρκεί να αποθηκεύεται σε ξηρό χώρο.

Κρέμα γάλακτος: Πριν γίνει η ομογενοποίηση του γάλακτος συγκεντρώνεται το λίπος στην επιφάνεια του γάλακτος και το γαλακτοκομικό προϊόν που προκύπτει είναι η κρέμα γάλακτος. Στη βιομηχανική παραγωγή, η διαδικασία διαχωρισμού επιτυγχάνεται με φυγοκέντριση. Στην αγορά βρίσκουμε συνήθως 2 τύπους 35% και 15%.

Όλα τα είδη του γάλακτος τα συναντάμε στους εξής τύπους, ανάλογα με την περιεκτικότητά τους σε λιπαρά:

Φυσικό πλήρες γάλα- νωπό: Στο οποίο δεν έχει προστεθεί ή αφαιρεθεί τίποτα με 3,5-5% λιπαρά.

Τυποποιημένο ή κανονικό πλήρες γάλα: Γάλα τυποποιημένο με 3,5-4% λιπαρά.

Ημιαποβουτυρωμένο γάλα: Έχει αφαιρεθεί μισή ποσότητα λίπους και περιέχει 1,5- 1,8% λιπαρά.

Μερικώς αποβουτυρωμένο γάλα: Είναι το ίδιο με το ημιαποβουτυρωμένο γάλα, αλλά το λίπος του είναι πάνω από 1,8% και κάτω από 3,5%, το οποίο πρέπει να αναγράφεται στην συσκευασία του.

Αποβουτυρωμένο γάλα: Έχει αφαιρεθεί σχεδόν όλο το λίπος και περιέχει λιγότερο από 0,5% λιπαρά.

Τέλος, εκτός από το αγελαδινό γάλα, στο εμπόριο συναντάμε σπανιότερα και κατσικίσιο γάλα, αλλά και γάλα σόγιας, ρυζιού αμυγδάλου και βρώμης.^[27,28]

3.2 Τυρί

Το τυρί σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Τροφίμων και Ποτών, είναι το προϊόν της ωρίμανσης του πήγματος του γάλακτος, που είναι απαλλαγμένο από το τυρόγαλα (στον επιθυμητό βαθμό κάθε φορά). Η πήξη του γάλακτος προκύπτει από την επίδραση πυτιάς ή άλλων ενζύμων που δρουν ανάλογα σε γάλα (νωπό ή παστεριωμένο, αγελάδος, προβάτου, κατσίκας, βουβάλου και μίγματα αυτών) ή σε

μερικώς αποβουτυρωμένο γάλα ή σε μίγμα αυτών ή/και σε μίγματα αυτών με κρέμα γάλακτος. Το τυρί, περιέχει βιταμίνες, ασβέστιο, λίπος, λακτόζη, καζεΐνη, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και σάκχαρα και αποτελεί μια ωφέλιμη για τον οργανισμό τροφή. Η κατηγοριοποίηση των τυριών γίνεται ανάλογα με το γάλα από το οποίο παράγονται (κατσικίσια, πρόβεια, αγελαδινά, βουβαλίσια), με τον τόπο παραγωγής τους, αλλά και με τη σκληρότητα και την υφή τους. Ανάλογα με την υφή λοιπόν, ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

Πολύ σκληρά τυριά: Τα τυριά που η υγρασία τους δεν υπερβαίνει το 32% π.χ η παρμεζάνα και το πεκορίνο.

Σκληρά τυριά: Τα τυριά που η υγρασία τους δεν υπερβαίνει το 38% π.χ το κεφαλοτύρι και η γραβιέρα.

Ημίσκληρα τυριά: Τα τυριά που η υγρασία τους δεν υπερβαίνει το 46% π.χ κασέρι, ένταμ, έμενταλ, γκούντα.

Μαλακά τυριά: Τα τυριά που η υγρασία τους δεν υπερβαίνει το 58% π.χ ρικότα, cottage, μπρί, φέτα, μανούρι.^[28,29]

3.3 Γιαούρτι

Σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Τροφίμων και Ποτών, το γιαούρτι ή αλλιώς η γιαούρτη είναι το γαλακτοκομικό προϊόν το οποίο προκύπτει μετά την πήξη και την ζύμωση του νοπού γάλακτος, με την χρήση ειδικών καλλιεργείων που προκαλούν τη ζύμωση του γαλακτοσάκχαρου του γάλακτος.^[28,30] Η περιεκτικότητά του σε λιπαρά πρέπει να είναι τουλάχιστον 10% ανώτερη από την % περιεκτικότητα των λιπαρών του γάλακτος από το οποίο έχει προκύψει.^[28] Το γιαούρτι έχει υψηλή θρεπτική αξία και επιτρέπεται αγορανομικά να παρασκευάζεται από γάλα αγελάδας, κατσίκας, προβάτου, βουβάλου καθώς και από ανάμιξη ίσων μερών προβάτου-κατσίκας, αγελάδας-προβάτου και αγελάδας-βουβάλου.^[28]

Το γιαούρτι βιομηχανοποιημένης παραγωγής κυκλοφορεί στην παγκόσμια και ελληνική αγορά σε παρά πολλούς τύπους:

Ημιαποβουτυρωμένο γιαούρτι (ή ημίπαχο): Το γιαούρτι το οποίο παρασκευάζεται αποκλειστικά από ημιαποβουτυρωμένο γάλα αγελάδας ή ημιαποβουτυρωμένο γάλα βουβάλου.

Αποβουτυρωμένο γιαούρτι (ή άπαχο, fat free): Το γιαούρτι το οποίο παρασκευάζεται αποκλειστικά από πλήρως αποβουτυρωμένο γάλα αγελάδας ή βουβάλου και έχει περιεκτικότητα σε λιπαρά 0%.

Στραγγιστό γιαούρτι: Το προϊόν που λαμβάνεται από το πλήρες γιαούρτι, ύστερα από την αποστράγγιση μέρους του ορού μετά την πήξη. Τα στραγγιστά γιαούρτια αγελάδας και προβάτου πρέπει να περιέχουν αντίστοιχα 5% και 8% λιπαρά κατ' ελάχιστο.

Επιδόρπια γιαουρτιού: Γιαούρτια με προσθήκη φρούτων ή μελιού ή ζάχαρης ή μπισκότων ή δημητριακών ή καραμέλας αλλά και συνδυασμοί τους.^[28,30]

3.4 Επιδόρπια με βάση το γάλα

Ως επιδόρπιο με βάση το γάλα, σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Τροφίμων και Ποτών χαρακτηρίζεται προϊόν έτοιμο για κατανάλωση που παρασκευάζεται από 1) Μια ή περισσότερες κατηγορίες γάλακτος, όπου συμμετέχουν σε αναλογία 75% τουλάχιστον του τελικού προϊόντος αναγόμενο σε νοπό γάλα, 2) Προϊόντα γάλακτος ή και συστατικά γάλακτος (όπως πρωτεΐνη γάλακτος, λακτόζη και μαγιά γιαουρτιού), όπου συμμετέχουν στην προαναφερθείσα αναλογία, 3) Ζαχαρούχες γλυκαντικές ύλες, 4) Σκόνη κακάο λιποπεριεκτικότητας 10% τουλάχιστον σε βούτυρο κακάο και 5) Τέλος, στην κατηγορία αυτή ανήκουν και τα κατεψυγμένα επιδόρπια που διατηρούνται σε χαμηλές θερμοκρασίες.

Στα προϊόντα πρέπει να αναγράφεται το είδος και το ποσοστό του περιεχόμενου γάλακτος, το επί τοις εκατό % ποσοστό λίπους και το επί τοις εκατό % ποσοστό ολικού στέρεου υπολείμματος (Ο.Σ.Υ).^[31]

4. ΤΟ ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΤΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΣΤΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο ρόλος των γαλακτοκομικών προϊόντων στις ΙΦΝΕ, όσον αφορά τα συμπτώματα, τα θρεπτικά αποτελέσματα και τους επιδημιολογικούς συσχετισμούς για τη δυσλειτουργία της λακτόζης παραμένει αμφιλεγόμενος. Οι ασθενείς συνήθως, αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά προϊόντα περισσότερο από ότι θα χρειαζόντουσαν πιθανόν λόγω λανθασμένων αντιλήψεων των ασθενών αλλά και αυθαίρετων συμβουλών βάσει του επιπολασμού της δυσανεξίας στη λακτόζη.^[32]

Φαίνεται ότι το 20% των ασθενών με ΕΚ στην ενεργό φάση ωφελούνται από μια δίαιτα χωρίς γάλα, αλλά δεν υπάρχουν δημοσιευμένα δεδομένα σχετικά με την περίοδο ύφεσης της νόσου. Αντίθετα, οι ασθενείς με ΝC τόσο στην ενεργή όσο και στην ανενεργή φάση μπορεί να ανταποκριθούν στην αποφυγή των γαλακτοκομικών προϊόντων. Οι ευαισθησίες των τροφίμων, ιδίως στα γαλακτοκομικά προϊόντα, είναι μερικές φορές σχετικότερες με τη νόσο Crohn και λιγότερο με την ελκώδη κολίτιδα. Σε έρευνα που έχει διεξαχθεί για τον προσδιορισμό των διατροφικών προτιμήσεων των Καναδών ασθενών με ΙΦΝΕ, φάνηκε ότι η αποφυγή ρουτίνας των γαλακτοκομικών προϊόντων είναι συνηθέστερη σε ασθενείς με ΝC και αυξάνεται κατά τη διάρκεια έξαρσης. Αντίθετα, οι ασθενείς με ΕΚ τείνουν να αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά προϊόντα σε μικρότερο βαθμό, εκτός από τις περιπτώσεις εμφάνισης επεισοδίων όπου ο βαθμός αποφυγής τους ισούται ή υπερβαίνει εκείνη των ασθενών με ΝC. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι, αν και οι ευαισθησίες στις τροφές συμβαίνουν σε μια μειονότητα ασθενών με ΝC, η συνηθισμένη χρήση των περιοριστικών διατροφών δεν είναι δικαιολογημένη εάν δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος περιορισμού, όπως η δυσανεξία στην λακτόζη.^[32]

Ως δυσανεξία στη λακτόζη ορίζεται η αδυναμία του οργανισμού να μεταβολίσει το βασικό σάκχαρο του γάλακτος, την λακτόζη σε γλυκόζη και γαλακτόζη. Οφείλεται στην μειωμένη δραστηριότητα ή και την πλήρη ανεπάρκεια της λακτάσης (ενζύμου που μεταβολίζει τη λακτόζη). Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η εμφάνιση ναυτίας, πόνου στην κοιλιακή χώρα, κοιλιακών κραμπών, μετεωρισμού, αερίων και διαρροιών μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων.^[34] Η δυσανεξία στην λακτόζη στις ΙΦΝΕ, καθορίζεται από την εθνικότητα στις περισσότερες περιπτώσεις, ενώ στην ΝC η εμπλοκή του λεπτού εντέρου μπορεί να προκαλέσει δευτερογενή δυσανεξία της λακτόζης, καθώς η λακτάση παράγεται από τα κύτταρα του λεπτού εντέρου. Σε ασθενείς με ΕΚ είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιαστεί.^[33] Σε περίπτωση δυσανεξίας στην λακτόζη, το γάλα και τα μη ζυμωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα (όπως είναι κάποια μαλακά τυριά) που είναι οι φυσικές πηγές λακτόζης θα πρέπει να αποφεύγονται όπως και όλα τα τρόφιμα που περιέχουν λακτόζη. Αντιθέτως τα σκληρά και ημίσκληρα τυριά, το παγωτό και το γιαούρτι μπορεί να είναι καλύτερα ανεκτά μιας και δεν έχουν τόσο υψηλή περιεκτικότητα σε λακτόζη, καθώς ως ζυμωμένα προϊόντα γάλακτος περιέχουν βακτηρίδια γαλακτικού οξέος που αφομοιώνουν τη λακτόζη. Είναι σημαντικό ο κάθε ασθενής να γνωρίζει πώς η ανεκτικότητα στη λακτόζη είναι μεταβλητή και εξαρτάται από τον κάθε οργανισμό.^[34]

Όσον αφορά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και την επιδείνωση των ΙΦΝΕ τα αποτελέσματα δεν είναι σαφή. Μία μελέτη ανέφερε ότι η πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών συνδέεται με εξάρσεις των δύο νοσημάτων^[35] και αυτό υποστηρίζεται και σε μελέτη των ομάδων τροφίμων σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.^[36] Ωστόσο, σε μια μεγάλη ανασκόπηση των επιδράσεων της γενικής διαίτας στις ΙΦΝΕ, δεν βρέθηκαν πειστικά στοιχεία που να δείχνουν ότι

οποιαδήποτε θρεπτικά συστατικά προκάλεσαν εξάρσεις.^[37] Τέλος, είναι γνωστό πως τα γαλακτοκομικά προϊόντα αποτελούν σημαντική πηγή ασβεστίου και άλλων θρεπτικών συστατικών και η πρόσληψή τους δεν πρέπει να διακόπτεται αυθαίρετα. Εάν υπάρχει λοιπόν έγκυρος λόγος για να μειωθεί η πρόσληψη των γαλακτοκομικών προϊόντων, θα πρέπει να καλύπτεται το ασβέστιο και τα άλλα θρεπτικά συστατικά του γάλακτος από εναλλακτικές πηγές.^[32]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της δραστηριότητας της νόσου των ασθενών και η διερεύνηση της κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων στις περιόδους ύφεσης και έξαρσης των νοσημάτων. Αλλά και η διαπίστωση τυχόν αλλαγών στη πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων κατά την διάρκεια του έτους.

5.2 Πληθυσμός μελέτης

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 60 ασθενείς με ΙΦΝΕ από την Θεσσαλία, οι οποίοι παρακολουθούνταν στα Εξωτερικά Ιατρεία της γαστρεντερολογική μονάδας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Οι ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη μετά από την έγκυρη συναίνεσή τους, ήταν διαγνωσμένοι με ελκώδη κολίτιδα (οι 22 από τους 60) και νόσο Crohn (οι 38 από τους 60, όπου οι 6 από αυτούς είχαν δυσανεξία στην λακτόζη) και η ηλικία τους ήταν άνω των 18 ετών.

5.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Οι ασθενείς ρωτήθηκαν σχετικά με τα δημογραφικά, ανθρωπομετρικά, διαιτητικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Όσον αφορά τα ανθρωπομετρικά στοιχεία, πραγματοποιήθηκε μέτρηση ύψους, βάρους, υπολογισμός ΔΜΣ. Ακολούθησε, συμπλήρωση ερωτηματολογίου σχετικά με την εμφάνιση γαστρεντερικών συμπτωμάτων μετά την κατανάλωση γαλακτοκομικών, τις αλλαγές στη τρέχουσα κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, την συχνότητα κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων (ερωτηματολόγιο FFQ) και τους λόγους που καταναλώνουν τα συγκεκριμένα προϊόντα. Τέλος, αξιολογήθηκε η δραστηριότητα της νόσου, για τους ασθενείς με νόσο Crohn εφαρμόστηκε ο δείκτης Harvey-Bradshaw και για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα το Mayo Score.

5.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS Statistics (version 25). Για τον έλεγχο πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών και της δραστηριότητας της νόσου εφαρμόστηκε η δοκιμασία t-test δύο δειγμάτων. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Οι αριθμητικές μεταβλητές όπως ηλικία, βάρος, ΔΜΣ παρουσιάζονται ως μέση τιμή, μέγιστη και ελάχιστη τιμή και τυπικές αποκλίσεις. Τέλος, για τον σχεδιασμό των γραφημάτων χρησιμοποιήθηκε το Microsoft Office Excel 2007.

5.5 Αποτελέσματα

Καταγράφηκε η ηλικία, το βάρος και ο Δείκτης μάζας σώματος κάθε ασθενούς και παρουσιάζονται ως μέση τιμή, μέγιστη, ελάχιστη τιμή και τυπικές αποκλίσεις. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Ελκώδη Κολίτιδα. Η Μέση ηλικία των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα σε ύφεση ήταν 62 έτη και των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση 50,7 έτη. Το 77,27 % των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα ήταν άντρες ενώ το 22,72% γυναίκες. Όλοι οι ασθενείς με ΕΚ σε ύφεση ήταν άντρες, ενώ το 66,6% των ασθενών με ΕΚ σε έξαρση ήταν άντρες και το 33,3% γυναίκες. Η Μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος των ασθενών με ύφεση ήταν 27,21 kg/ m² και των ασθενών με έξαρση 27,22 kg/ m², όπου φαίνεται πως η πλειοψηφία των ασθενών και με ύφεση αλλά και με έξαρση των νοσημάτων ήταν υπέρβαροι (ΔΜΣ υπέρβαρων: 25- 29,99 kg/ m²).

Πίνακας 1. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Ελκώδη Κολίτιδα.

	Ελκώδης Κολίτιδα Ύφεση N=7 (A: 7, Γ: 0)*				Ελκώδης Κολίτιδα Έξαρση N=15 (A: 10 , Γ: 5)*			
	ΜΤ**	Ελάχιστο	Μέγιστο	Τ.Α***	ΜΤ**	Ελάχιστο	Μέγιστο	Τ.Α***
Ηλικία	62	49	86	12,50	50,73	33	72	13,83
Βάρος (kg)	85,21	77	100	7,17	80,86	59	103	12,60
ΔΜΣ (kg/ m²)	27,21	24,8	29,9	1,75	27,22	24,2	33,3	2,57

*A: Άντρες, Γ: Γυναίκες

**ΜΤ: Μέση Τιμή

***ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Νόσο Crohn. Η Μέση ηλικία των ασθενών με Νόσο Crohn σε ύφεση ήταν 47,4 έτη και των ασθενών με Νόσο Crohn σε έξαρση 48,6 έτη. Το 42,10 % των ασθενών με Νόσο Crohn ήταν άντρες ενώ το 57,89 % γυναίκες. Από τους ασθενείς με NC σε ύφεση το 33,33% ήταν άντρες και το 66,66% γυναίκες, ενώ το 47,82% των ασθενών με NC σε έξαρση ήταν άντρες και το 52,17% γυναίκες. Η Μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος των ασθενών με ύφεση ήταν 25,81 kg/ m² και των ασθενών με έξαρση 26,02 kg/ m², οπού φαίνεται πως η πλειοψηφία των ασθενών και με ύφεση αλλά και με έξαρση των νοσημάτων ήταν υπέρβαροι (ΔΜΣ υπέρβαρων: 25- 29,99 kg/ m²).

Πίνακας 2. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Νόσο Crohn.

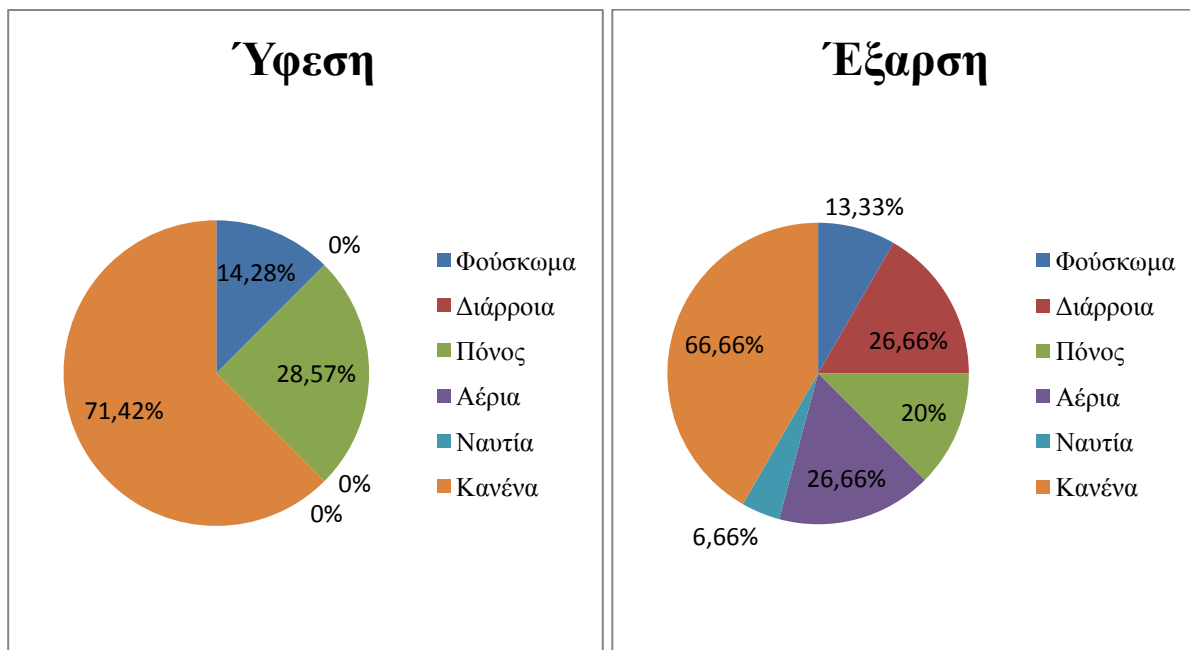
	Νόσος Crohn Ύφεση N=15 (A: 5, Γ: 10)*				Νόσος Crohn Έξαρση N=23 (A: 11, Γ: 12)*			
	ΜΤ**	Ελάχιστο	Μέγιστο	Τ.Α***	ΜΤ**	Ελάχιστο	Μέγιστο	Τ.Α***
Ηλικία	47,4	29	63	9,42	48,65	24	81	14,08
Βάρος (kg)	74,2	56	100	14,65	76,04	53	120	18,37
ΔΜΣ (kg/ m²)	25,81	21,8	33,8	3,30	26,02	18,5	37,5	5,89

*A: Άντρες, Γ: Γυναίκες

**ΜΤ: Μέση Τιμή

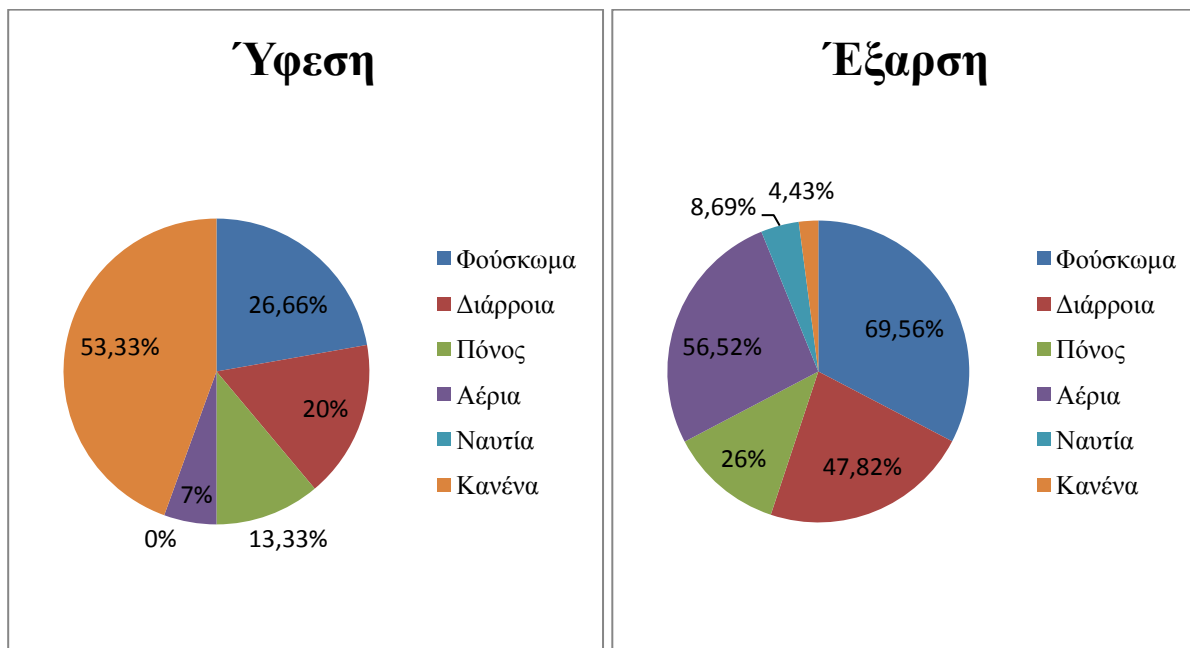
***ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

Στο γράφημα 1 απεικονίζεται το ποσοστό των συμπτωμάτων που εμφανίζονται μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με ύφεση και έξαρση της ελκώδους κολίτιδας. Ο κάθε ασθενής μπορούσε να απαντήσει πάνω από ένα σύμπτωμα που τυχόν εμφάνιζε μετά την κατανάλωση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (71,4%) με ΕΚ σε ύφεση φάνηκε πως δεν εμφανίζει κάποιο σύμπτωμα μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, ενώ στους ασθενείς με έξαρση το ποσοστό αυτό ήταν 66,6%.



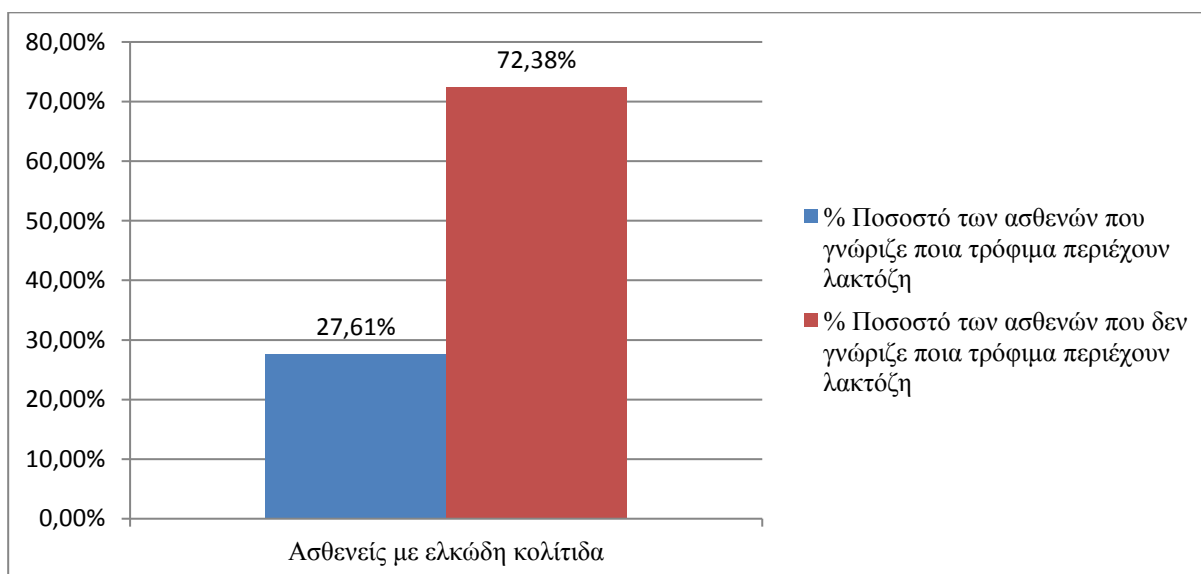
Γράφημα 1. Ποσοστιαία απεικόνιση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με ύφεση και έξαρση της ελκώδους κολίτιδας.

Στο γράφημα 2 απεικονίζεται το ποσοστό των συμπτωμάτων που εμφανίζονται μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με ύφεση και έξαρση Νόσου Crohn. Ο κάθε ασθενής μπορούσε να απαντήσει πάνω από ένα σύμπτωμα που τυχόν εμφάνιζε μετά την κατανάλωση. Το 53,3% των ασθενών με ύφεση NC φαίνεται πως δεν εμφανίζει κάποιο σύμπτωμα μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, ενώ το ποσοστό αυτό μειώνεται αρκετά στους ασθενείς με έξαρση (4,4%), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εμφανίζει φούσκωμα (69,5%) και αέρια (56,5%) μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών.

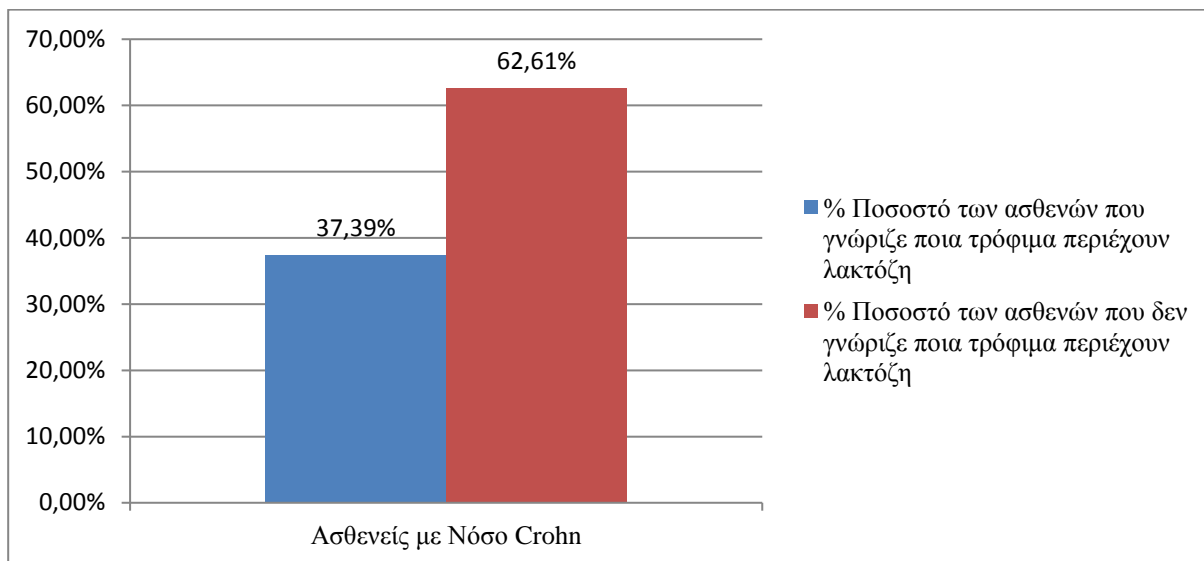


Γράφημα 2. Ποσοστιαία απεικόνιση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με ύφεση και έξαρση Νόσου Crohn.

Στο Γράφημα 3 και 4 φαίνονται οι γνώσεις των ασθενών με ΕΚ και ΝΚ αντίστοιχα, σχετικά με το ποια τρόφιμα περιέχουν λακτόζη. Οι περισσότεροι ασθενείς και των δύο νοσημάτων δεν γνώριζαν ποια είναι τα τρόφιμα που περιέχουν λακτόζη, με τους ασθενείς της ΕΚ να έχουν δώσει τις λιγότερες σωστές απαντήσεις.



Γράφημα 3. Ποσοστιαία απεικόνιση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ανάλογα με το αν γνωρίζει ποια τρόφιμα περιέχουν λακτόζη.



Γράφημα 4. Ποσοστιαία απεικόνιση των ασθενών με Νόσο Crohn ανάλογα με το αν γνωρίζει ποια τρόφιμα περιέχουν λακτόζη.

Μετά την στατιστική ανάλυση δεν εμφανίστηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και της δραστηριότητας την νόσου των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα ($p > 0,05$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Σύγκριση της δραστηριότητας της Ελκώδους κολίτιδας με την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων.

		Ποτέ/ Σπάνια	Συχνά	p^{**} (μεταξύ της κατανάλωσης και της δραστηριότητας την νόσου)
Κατανάλωση γιαουρτιού	Υ*	1	6	0,541
	Ε*	4	11	
Κατανάλωση τυριού	Υ	0	7	0,082
	Ε	3	12	
Κατανάλωση γάλακτος	Υ	3	4	0,476
	Ε	9	6	
Κατανάλωση επιδορπίων με βάση το γάλα	Υ	1	6	0,760
	Ε	3	12	

*Υ: Ύφεση, Ε: Έξαρση

**t-test

Ενώ μετά την στατιστική ανάλυση μεταξύ της κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και της δραστηριότητας την νόσου των ασθενών με Νόσο Crohn, παρατηρήθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση τυριού και την δραστηριότητα της νόσου ($p= 0,011$). Η κατανάλωση των υπόλοιπων προϊόντων, δεν εμφάνισε κάποια συσχέτιση με τη δραστηριότητα της Νόσου Crohn ($p> 0,05$) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Σύγκριση της δραστηριότητας την νόσου Crohn με την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων.

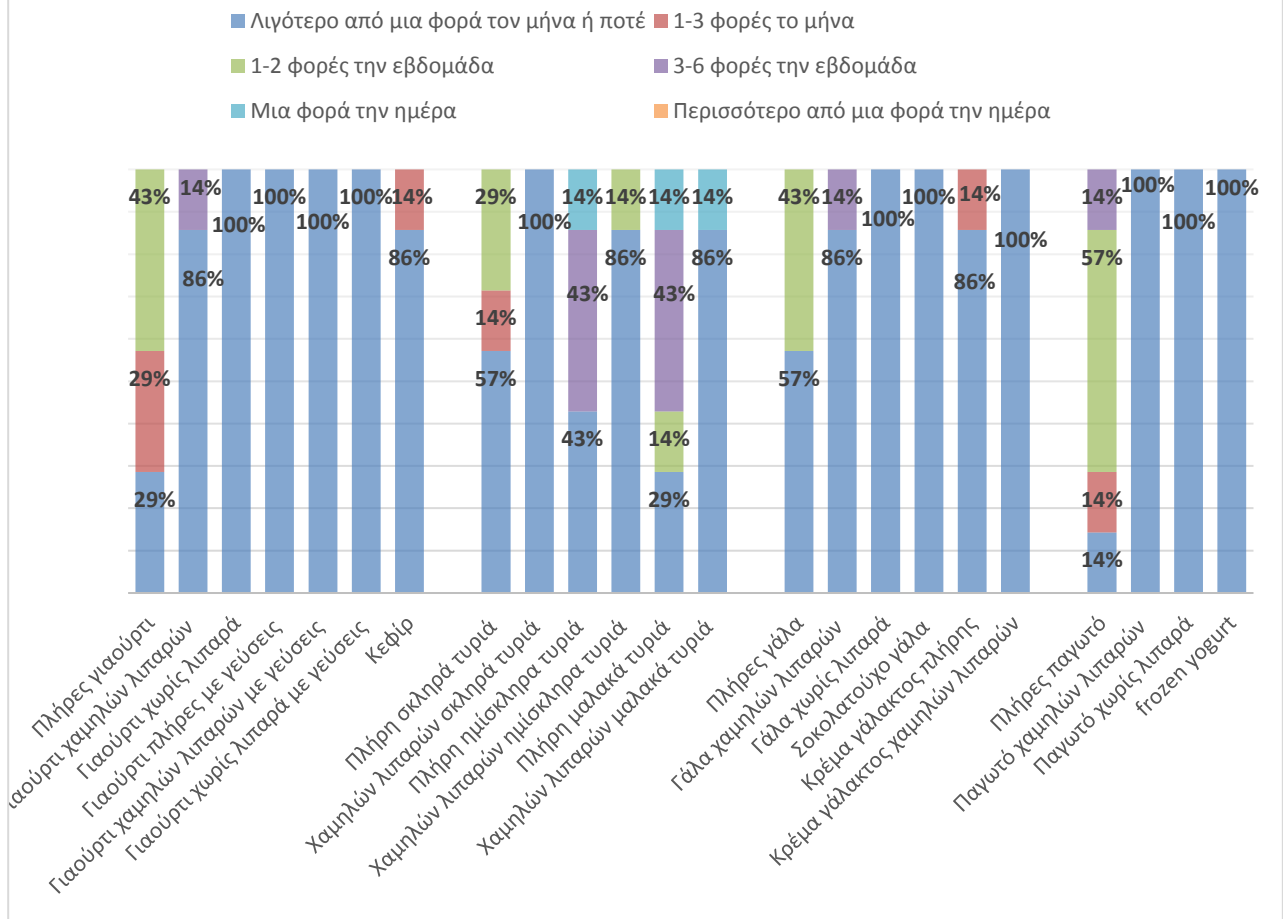
		Ποτέ/ Σπάνια	Συχνά	p** (μεταξύ της κατανάλωσης και της δραστηριότητας την νόσου)
Κατανάλωση γιαουρτιού	Υ*	4	11	0,297
	Ε*	10	13	
Κατανάλωση τυριού	Υ	0	15	0,011
	Ε	6	17	
Κατανάλωση γάλακτος	Υ	8	7	0,477
	Ε	15	8	
Κατανάλωση επιδορπίων με βάση το γάλα	Υ	5	10	0,544
	Ε	10	13	

*Υ: Ύφεση, Ε: Έξαρση

**t-test

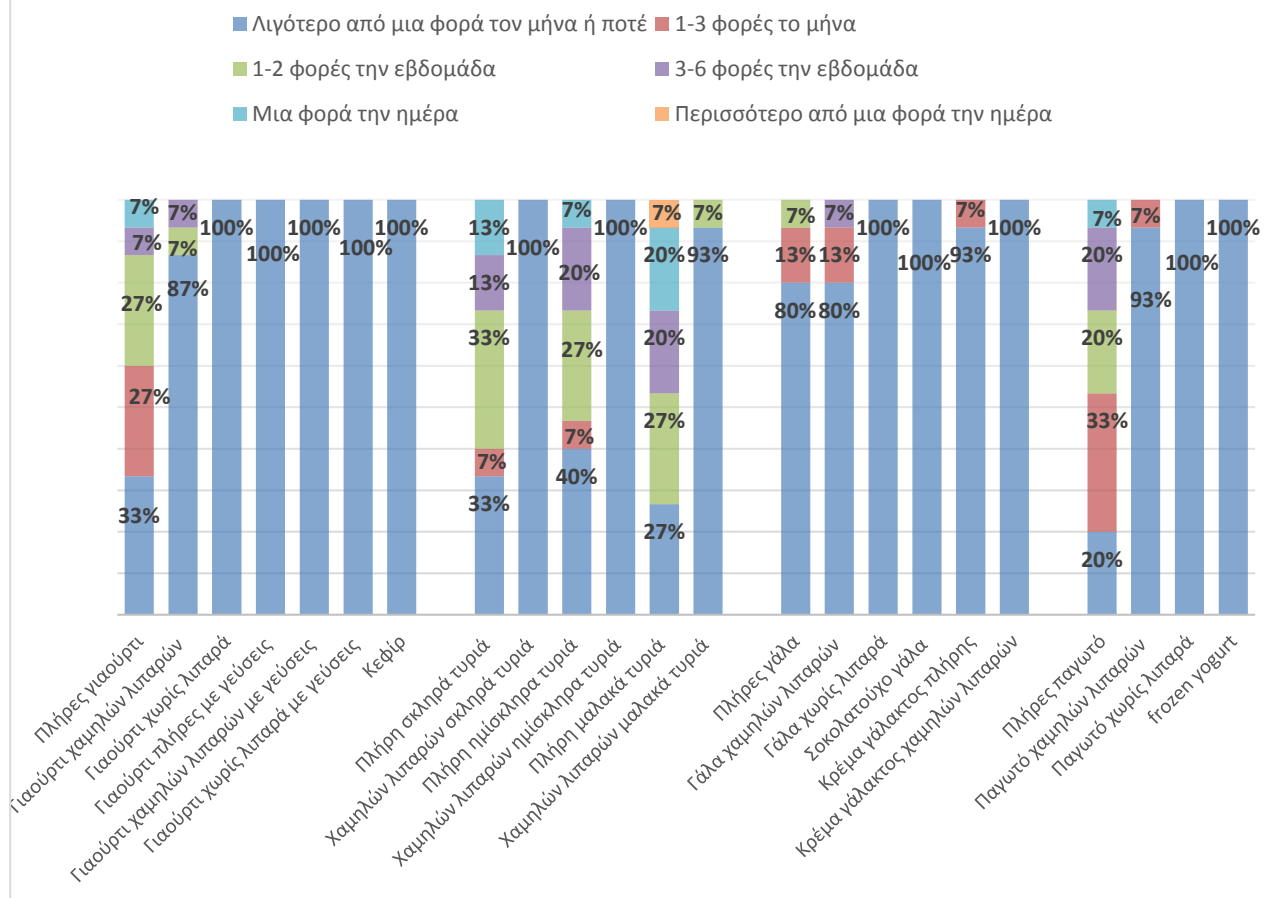
Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων (ερωτηματολόγιο FFQ). Στο γράφημα 5 και 6 απεικονίζεται η συχνότητα κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με Ελκώδη κολίτιδα σε ύφεση και έξαρση αντίστοιχα. Φαίνεται πως προτιμάται η κατανάλωση πλήρη προϊόντων και πως η κατανάλωση από μια φορά το μηνά έως και ποτέ είναι πιο συχνή στους ασθενείς με έξαρση εκτός από τα πλήρη σκληρά, ημίσκληρα και μαλακά τυριά, το γάλα χαμηλών λιπαρών και τα παγωτά χαμηλών λιπαρών, όπου η απάντηση αυτή είναι πιο συχνή στους ασθενείς με ύφεση.

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ - ΥΦΕΣΗ



Γράφημα 5. Ποσοστιαία απεικόνιση της συχνότητας κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα σε ύφεση.

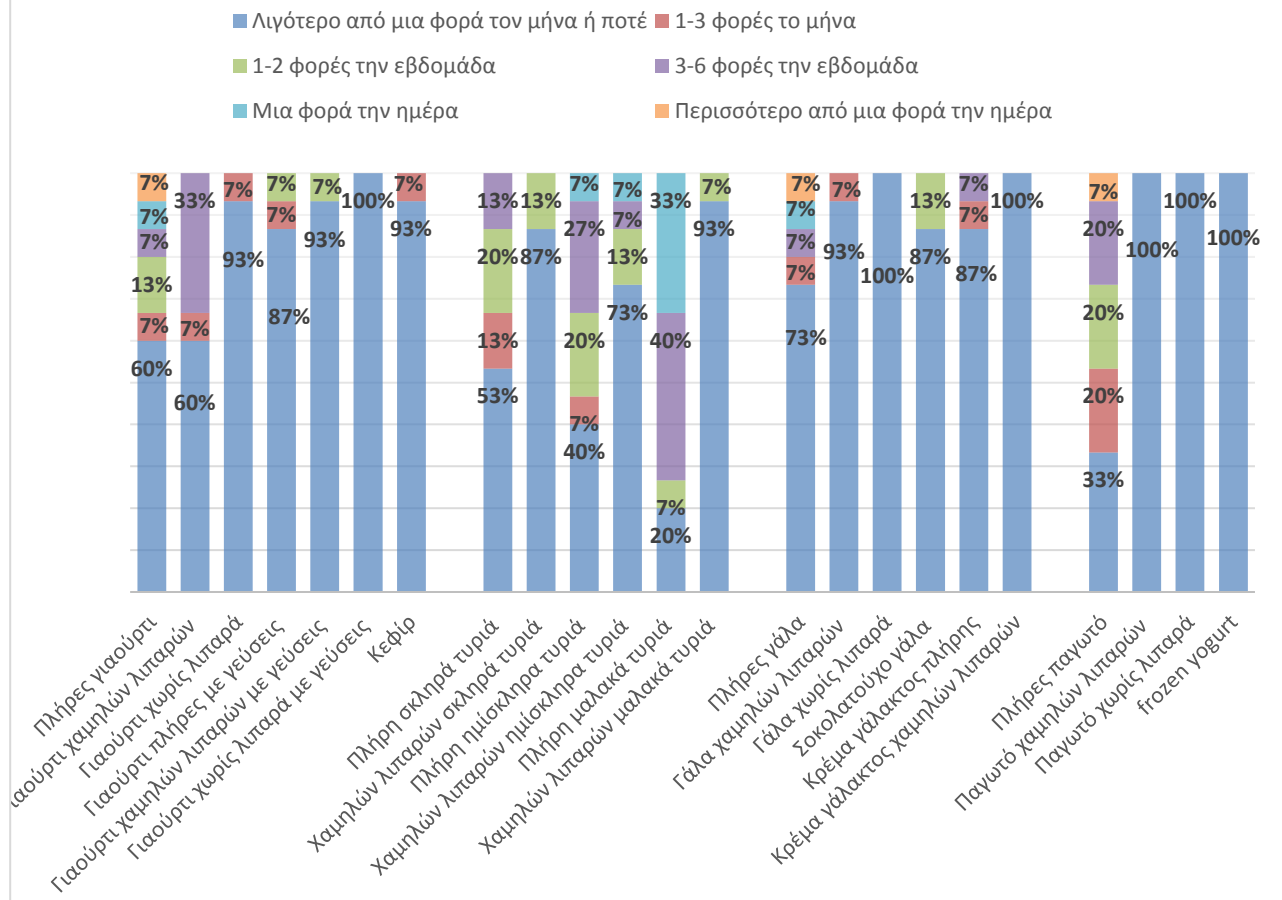
ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ - ΕΞΑΡΣΗ



Γράφημα 6. Ποσοστιαία απεικόνιση της συχνότητας κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση.

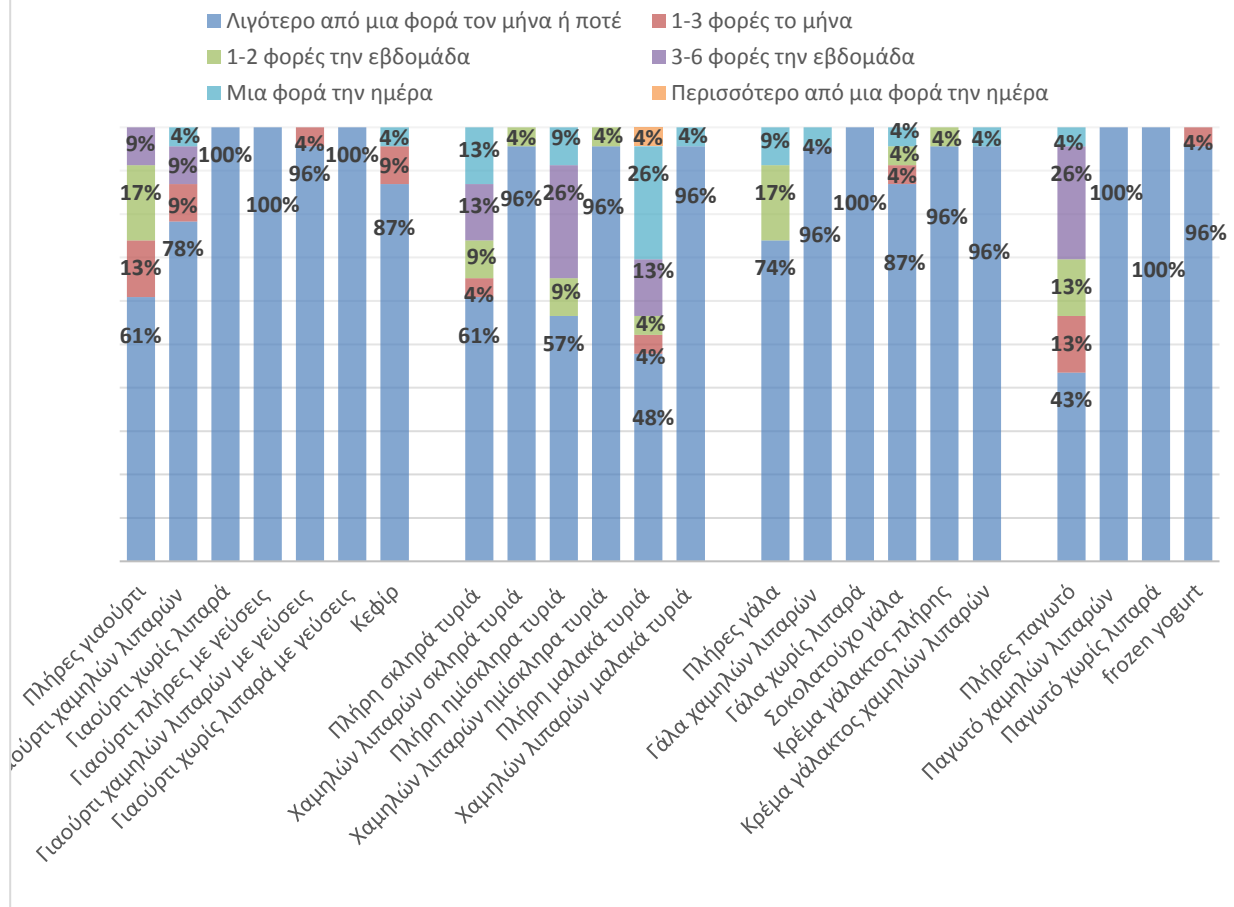
Στο γράφημα 7 και 8 απεικονίζεται η συχνότητα κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με Νόσο Crohn σε ύφεση και έξαρση αντίστοιχα. Φαίνεται πως και εδώ προτιμάται η κατανάλωση πλήρη προϊόντων και πως η κατανάλωση από μια φορά το μήνα έως και ποτέ είναι πιο συχνή στους ασθενείς με έξαρση σε όλα τα προϊόντα εκτός από το κεφίρ και το frozen yogurt, όπου η απάντηση αυτή είναι πιο συχνή στους ασθενείς με ύφεση.

ΝΟΣΟΣ CROHN - ΥΦΕΣΗ



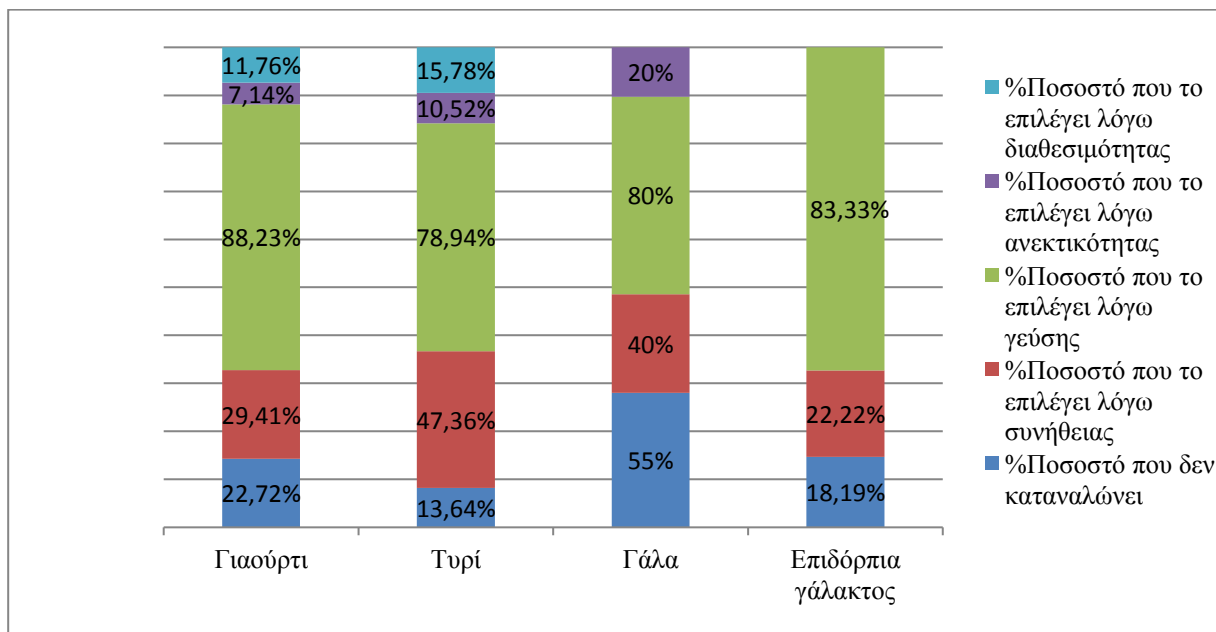
Γράφημα 7. Ποσοστιαία απεικόνιση της συχνότητας κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων των ασθενών με Νόσο Crohn σε ύφεση.

ΝΟΣΟΣ CROHN - ΕΞΑΡΣΗ



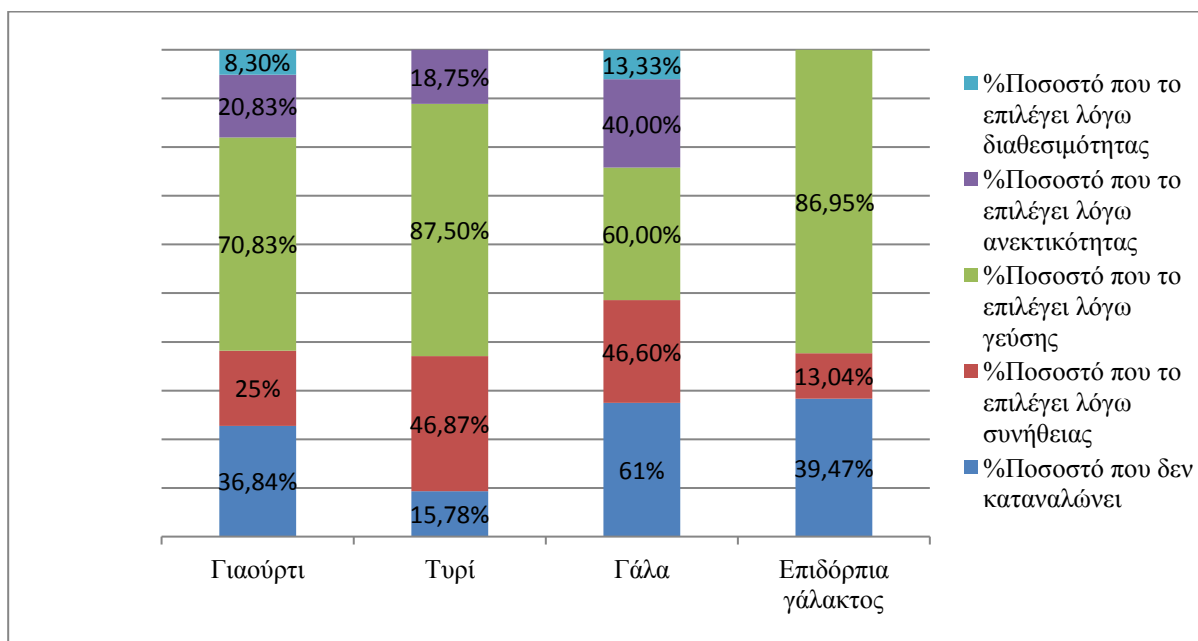
Γράφημα 8. Ποσοστιαία απεικόνιση της συχνότητας κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων των ασθενών με Νόσο Crohn σε έξαρση.

Οι ασθενείς στην συνέχεια απάντησαν για ποιο λόγο επιλέγουν το γάλα και τα γαλακτοκομικά που καταναλώνουν. Ο κάθε ασθενής μπορούσε να απαντήσει πάνω από ένα λόγο βάση τον οποίο επιλέγει τα συγκεκριμένα προϊόντα. Το γράφημα 9 αφορά την κατανάλωση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Οι περισσότεροι καταναλώνουν το γάλα και τα υπόλοιπα γαλακτοκομικά προϊόντα λόγω γεύσης ενώ άλλος λόγος είναι η συνήθεια, ανεκτικότητα και η διαθεσιμότητα του προϊόντος.



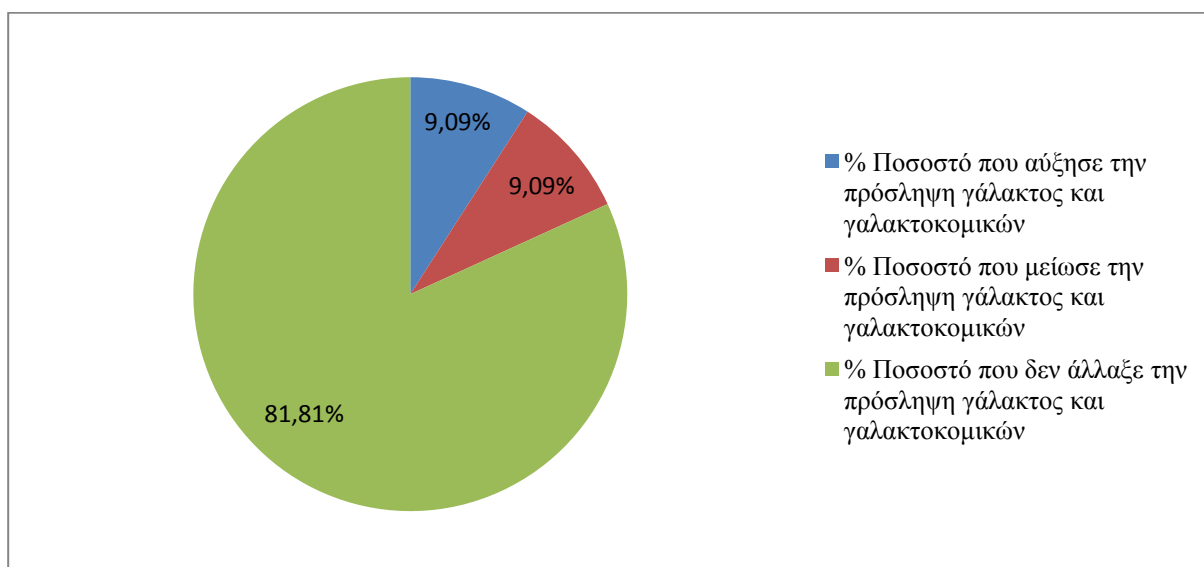
Γράφημα 9. Ποσοστιαία απεικόνιση των ασθενών ελκώδους κολίτιδας ανάλογα με τον λόγο που επιλέγει το γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα που καταναλώνει.

Το γράφημα 10 αφορά την κατανάλωση των ασθενών με Νόσο Crohn. Όπου οι περισσότεροι ασθενείς και αυτής της νόσου καταναλώνουν το γάλα και τα υπόλοιπα γαλακτοκομικά προϊόντα λόγω γεύσης και λιγότερο λόγου συνήθειας, ανεκτικότητας και διαθεσιμότητας του προϊόντος.



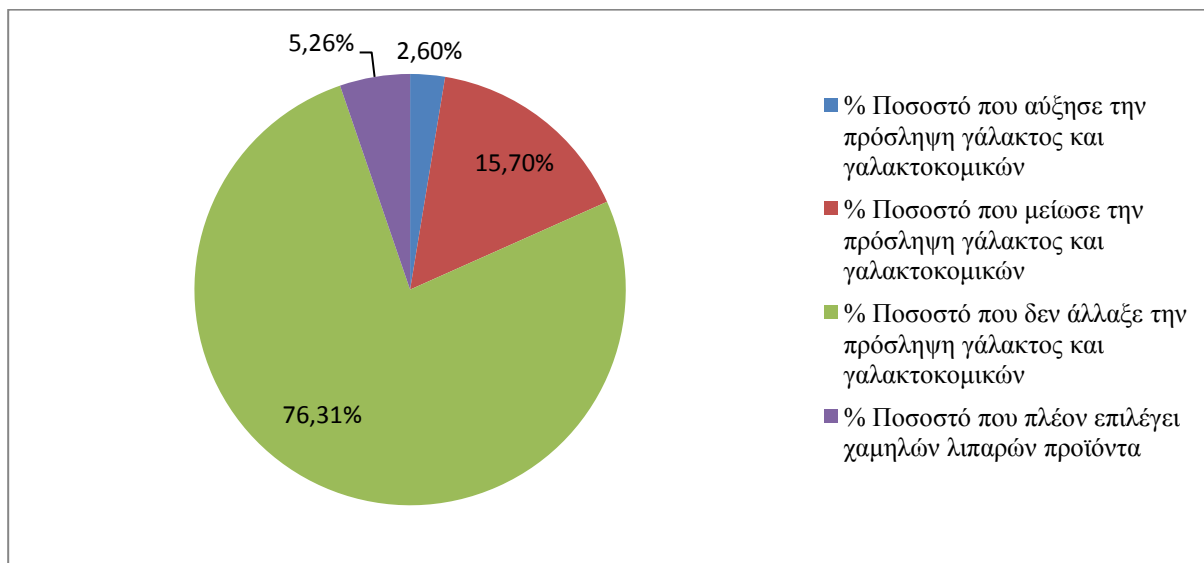
Γράφημα 10. Ποσοστιαία απεικόνιση των ασθενών με Νόσο Crohn ανάλογα με τον λόγο που επιλέγει το γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα που καταναλώνει.

Στο γράφημα 11 απεικονίζονται οι αλλαγές στην πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους. Το 81,8% καταναλώνει την ίδια ποσότητα γάλακτος και γαλακτοκομικών με τις προηγούμενες χρονιές, ενώ το 9% αύξησε την κατανάλωση και τα υπόλοιπα 9% μείωσε την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών.



Γράφημα 11. Ποσοστιαία απεικόνιση των αλλαγών στην πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων κατά την διάρκεια του έτους σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα

Τέλος στο γράφημα 12 απεικονίζονται οι αλλαγές στην πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων σε ασθενείς με Νόσο Crohn κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους. Το 76,3% καταναλώνει την ίδια ποσότητα γάλακτος και γαλακτοκομικών με τις προηγούμενες χρονιές, το 15,7% μείωσε την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών, το 5,2% επιλέγει χαμηλών λιπαρών προϊόντα πλέον και το 2,6% αύξησε την πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών κατά την διάρκεια του έτους.



Γράφημα 12. Ποσοστιαία απεικόνιση των αλλαγών στην πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων κατά την διάρκεια του έτους σε ασθενείς με Νόσο Crohn.

5.6 Συζήτηση- Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της δραστηριότητας της νόσου 60 ασθενών, 22 με Ελκώδη Κολίτιδα και 38 με Νόσο Crohn. Για τους ασθενείς με νόσο Crohn εφαρμόστηκε ο δείκτης Harvey-Bradshaw και για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα το MayoScore. Από τους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα στους 7 η νόσος βρισκόταν σε ύφεση και στους υπόλοιπους 15 σε έξαρση. Ενώ στους ασθενείς με Νόσο Crohn η νόσος βρισκόταν σε ύφεση στους 15, ενώ σε έξαρση στους 23 εκ των οποίων οι 6 είχαν δυσανεξία στην λακτόζη.

Στην συνέχεια καταγράφηκε το βάρος, το ύψος, η ηλικία και υπολογίστηκε ο ΔΜΣ του κάθε ασθενή. Η Μέση ηλικία των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα σε ύφεση ήταν 62 έτη και των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση 50,7 έτη. Όλοι οι ασθενείς με ΕΚ σε ύφεση ήταν άντρες, ενώ το 66,6% των ασθενών με ΕΚ σε έξαρση ήταν άντρες και το 33,3% γυναίκες. Η Μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος των ασθενών με ύφεση ήταν 27,21 kg/ m² και των ασθενών με έξαρση 27,22 kg/ m². Η Μέση ηλικία των ασθενών με Νόσο Crohn σε ύφεση ήταν 47,4 έτη και των ασθενών με Νόσο Crohn σε έξαρση 48,6 έτη. Από τους ασθενείς με ΝΚ σε ύφεση το 33,33% ήταν άντρες και το 66,66% γυναίκες, ενώ το 47,82% των ασθενών με ΝΚ σε έξαρση ήταν άντρες και το 52,17% γυναίκες. Η Μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος των ασθενών με ύφεση ήταν 25,81 kg/ m² και των ασθενών με έξαρση 26,02 kg/ m², όπου φαίνεται πως η πλειοψηφία των ασθενών και της ΕΚ και της ΝΚ και με ύφεση αλλά και με έξαρση των νοσημάτων ήταν υπέρβαροι. Οι μελέτες εγκάρσιας διατομής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ δείχνουν ότι η εμφάνιση των ΙΦΝΕ αυξάνεται, όπως αυξάνεται και το υπερβολικό βάρος και η

παχυσαρκία, το 20-40% των ενηλίκων με ΙΦΝΕ είναι υπέρβαροι και περίπου το 15-40% είναι παχύσαρκοι.^[38]

Ακολούθησε η συμπλήρωση ερωτηματολογίου σχετικά με την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων. Από τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών, φαίνεται πως οι ασθενείς με ύφεση και των δύο νοσημάτων, καταναλώναν συχνότερα γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα από τους ασθενείς με έξαρση. Στην στατιστική ανάλυση όμως δεν εμφανίστηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και της δραστηριότητας της Ελκώδους κολίτιδας, ενώ μεταξύ της κατανάλωσης τυριού και της δραστηριότητας την νόσου Crohn, παρατηρήθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, αλλά η κατανάλωση των υπόλοιπων προϊόντων, δεν εμφάνισε κάποια συσχέτιση με τη δραστηριότητα της Νόσου Crohn.

Όσον αφορά την εμφάνιση συμπτωμάτων μετά την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών, οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με Ελκώδη κολίτιδα είτε ήταν σε ύφεση είτε σε έξαρση, φάνηκε πως δεν εμφάνιζαν κάποιο σύμπτωμα. Οι μισοί ασθενείς με NC σε ύφεση επίσης δεν εμφάνιζαν κάποιο σύμπτωμα, ενώ εκείνοι με έξαρση της νόσου εμφάνιζαν ποικίλα συμπτώματα. Παρόλα τα συμπτώματα που μπορεί να εμφάνιζαν οι ασθενείς και των δύο νοσημάτων φάνηκε πως οι περισσότεροι δεν γνώριζαν ποια τρόφιμα περιέχουν λακτόζη καθώς μόνο το 27,6% των ασθενών με ΕΚ και το 37,3% με NC γνώριζε ποια είναι τα τρόφιμα αυτά. Σε μια συστηματική ανασκόπηση για τις επιδράσεις της κατανάλωσης γάλακτος στην Νόσο Crohn, το 30% των ατόμων ανέφεραν ότι δεν καταναλώναν γάλα και γαλακτοκομικά διότι είχαν ενημερωθεί να μην καταναλώνουν και έτσι χρησιμοποιήθηκε ένα μικρό δείγμα απαντήσεων όπου η πλειοψηφία δήλωσε ότι η κατανάλωση αυτών των προϊόντων επιδείνωσε τα συμπτώματά τους, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς ανέφεραν πως δεν επιδεινώθηκαν.^[39]

Οι ασθενείς της παρούσας έρευνας ερωτήθηκαν και σχετικά με τις αλλαγές που είχαν στην πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων κατά την διάρκεια του έτους. Η πλειοψηφία των ασθενών και των δυο νοσημάτων δεν άλλαξε την πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών το τελευταίο έτος. Όσον αφορά τον περιορισμό γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, μεγαλύτερος περιορισμός στην έρευνα παρατηρήθηκε στους ασθενείς με Νόσο Crohn. Σε έρευνα που έχει διεξαχθεί στον Καναδά για τον προσδιορισμό των διατροφικών προτιμήσεων των ασθενών με ΙΦΝΕ, φάνηκε ότι η αποφυγή ρουτίνας των γαλακτοκομικών προϊόντων είναι συνηθέστερη σε ασθενείς με NC και αυξάνεται κατά τη διάρκεια έξαρσης, ενώ οι ασθενείς με ΕΚ τείνουν να αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά προϊόντα σε μικρότερο βαθμό,^[32] το οποίο φαίνεται πως προκύπτει και στην παρούσα έρευνα.

Στην μελέτη υπήρχαν 6 ασθενείς με δυσανεξία στην λακτόζη οι οποίοι νοσούσαν από NC, αλλά υπήρχαν και ασθενείς που περιόρισαν τα γαλακτοκομικά προϊόντα χωρίς να παρουσιάζουν δυσανεξία

στην λακτόζη. Ωστόσο, σε έρευνα που διεξήχθη με σκοπό να προσδιοριστεί η συχνότητα εμφάνισης δυσανεξίας της λακτόζης σε μια ομάδα ασθενών με ΙΦΝΕ, εξετάστηκαν 83 ασθενείς εκ των οποίων οι 49 νοσούσαν από ΕΚ και οι 34 ασθενείς από ΝΚ. Η συχνότητα εμφάνισης δυσανεξίας της λακτόζης ήταν 31,3% στους ασθενείς και των δυο νοσημάτων. Όμως, και σε αυτήν την έρευνα το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών που περιόρισαν τα γαλακτοκομικά προϊόντα δεν παρουσίασαν δυσανεξία στην λακτόζη.^[40] Αυτά τα ευρήματα τονίζουν τη σημασία της διερεύνησης της δυσανεξίας της λακτόζης στους ασθενείς με ΙΦΝΕ και της εξατομίκευσης των διαιτητικών συμπεριφορών, έτσι ώστε να αποφευχθούν περιττοί περιορισμοί.

Συμπερασματικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς με ύφεση των ΙΦΝΕ της συγκεκριμένης έρευνας καταναλώνουν συχνότερα γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα από τους ασθενείς με έξαρση. Πιθανόν είναι και ορισμένοι ασθενείς να έχουν περιορίσει την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων λόγω της νόσου, αλλά ανεξάρτητα της δραστηριότητάς της. Η κατανάλωση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς με ΕΚ, καθώς μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ασθενών με ΝΚ που δεν καταναλώνουν γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα. Επιπλέον, περισσότεροι ασθενείς με ΝΚ φάνηκε πως μείωσαν την κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών κατά την διάρκεια του έτους. Τέλος, φαίνεται πως οι ευαίσθησις στο γάλα και στα γαλακτοκομικά προϊόντα, είναι σχετικότερες με τη νόσο Crohn κυρίως όταν βρίσκεται σε έξαρση και λιγότερο με την ελκώδη κολίτιδα.

Στην παρούσα μελέτη υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί. Στους περιορισμούς συμπεριλαμβάνεται ο μικρός σχετικά αριθμός του δείγματος, ειδικά στην περίπτωση της Ελκώδους κολίτιδας και των ασθενών με έξαρση αυτής. Επίσης, η πιθανή υποκαταγραφή της συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων από την πλευρά των εξεταζόμενων. Επιπλέον, το ότι το δείγμα των ασθενών ήταν από ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, περιορίζει την γενίκευση των συμπερασμάτων της έρευνας. Τέλος, χρήσιμο θα ήταν για μελλοντικές έρευνες η αξιολόγηση των αλλαγών στην κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων των ίδιων ασθενών όταν η νόσος τους βρίσκεται σε έξαρση και όταν βρίσκεται

σε

ύφεση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γαρδίκας Κ.Δ. Ειδική Νοσολογία. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισινού Α.Ε. Αθήνα 2005. (3): 259-271.
2. Ζαμπέλας Α. Κλινική διαιτολογία & διατροφή με στοιχεία παθολογίας. Brocken Hill Publishers LTD. 2011.(22): 635-646.
3. Τριανταφυλλίδης Ι.Κ. Ιδιοπαθείς φλεγμονώδης εντερική νόσος. Ελληνική Ομάδα Μελέτης των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου. Αθήνα 2006.
4. Danese S, Fiocchi C. Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases. World J Gastroenterol. 2006. 12(30): 4807–4812.
5. Zhang Y, Li Y. Inflammatory bowel disease: Pathogenesis. World J Gastroenterol. 2014 20(1): 91–99.
6. Cosnes J, Gower–Rousseau C, et al. Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases. Gastroenterology. 2011. 140: 1785–1794.
7. Molodecky NA, Soon IS, et al. Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review. Gastroenterology 2012; 142: 46–54.
8. Ardizzone S, Puttini P.S, et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. Digestive and Liver Disease. 2008. S253–S259.
9. James D. L, Shaokun C. Use of the Non-invasive Components of the Mayo Score to Assess Clinical Response in Ulcerative Colitis. Inflamm Bowel Dis. 2008. 14(12): 1660–1666.
10. Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. Lancet. 1980. 315 (8167): 514.
11. Norouzinia M, Chaleshi V, et al. Biomarkers in inflammatory bowel diseases: insight into diagnosis, prognosis and treatment. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2017. 10(3): 155–167.
12. Kapsoritakis AN, Koukourakis MI et al. Mean platelet volume: a useful marker of inflammatory bowel disease activity. Am J Gastroenterol. 2001. 96:776-781.
13. Inflammatory Bowel Disease (IBD) diagnosis and treatment. Mayo Clinic 2017.
14. Wehkamp J, Götz M, et al. Inflammatory Bowel Disease Crohn's disease and ulcerative colitis. DtschArztebl Int. 2016. 113(5): 72–82.
15. Forbes A, Escher J, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition 36. 2017. 321-347.
16. Eiden K.A. Nutritional Considerations in Inflammatory Bowel Disease. PRACTICAL GASTROENTEROLOGY. 2003. 1-12.

17. Diet, Nutrition, and Inflammatory Bowel Disease. Crohn's & Colitis Foundation of America 2013.
18. Jonkers D, Stockbrügger R. Probiotics and inflammatory bowel disease. *J R Soc Med.* 2003. 96(4): 167–171.
19. Haskey N, Gibson D.L. An Examination of Diet for the Maintenance of Remission in Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients.* 2017. 9(3): 259.
20. Knight-Sepulveda K, Kais S, et al. Diet and Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2015. 11(8): 511–520.
21. Limketkai, B.N, Wolf, A, Parian, A.M. Nutritional Interventions in the Patient with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2018. 47(1):155-177.
22. Dragomir C, Grigoras I. Role of nutrition in the management of inflammatory bowel disease – current status. *ANNALS OF GASTROENTEROLOGY.* 2007. 20(4): 246-250.
23. Weissshof, R, Chermesh, I. Micronutrient deficiencies in inflammatory bowel disease. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care.* 2015. 18(6): 576–581.
24. Massironi S, Rossi R.E. Nutritional deficiencies in inflammatory bowel disease: Therapeutic approaches. *Clinical Nutrition.* 2013. 1-7.
25. Yoon SM. Micronutrient deficiencies in inflammatory bowel disease: trivial or crucial? *Intest Res.* 2016. 14(2): 109–110.
26. Hwang C, Ross V, Mahadevan U. Micronutrient Deficiencies in Inflammatory Bowel Disease: From A to Zinc. *Inflamm Bowel Dis.* 2012. 18(10): 1-21.
27. Κώδικας Τροφίμων και Ποτών και Αντικειμένων κοινής χρήσης. Άρθρο 80. Είδη γάλακτος. 2014.
28. Ανδρικόπουλος Ν.Κ. Τροφογενεσία Περιγραφική Χημεία & Τεχνολογία Τροφίμων. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. Αθήνα 2015. 283-317.
29. Κώδικας Τροφίμων και Ποτών και Αντικειμένων κοινής χρήσης. Άρθρο 83. Τυροκομικά προϊόντα. 2014.
30. Κώδικας Τροφίμων και Ποτών και Αντικειμένων κοινής χρήσης. Άρθρο 82. Γιαούρτι. 2009.
31. Κώδικας Τροφίμων και Ποτών και Αντικειμένων κοινής χρήσης. Άρθρο 84. Ρυζόγαλο-Κρέμα-Επιδόρπια με βάση το γάλα. 2011.
32. Mishkin S. Dairy sensitivity, lactose malabsorption, and elimination diets in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 1997 65(2):564–567.
33. Szilagyi A, Galiatsatos P, Xue X. Systematic review and meta-analysis of lactose digestion, its impact on intolerance and nutritional effects of dairy food restriction in inflammatory bowel diseases. *Nutrition Journal.* 2016. 15: 67.
34. Bhatnagar S. Lactose intolerance. *BMJ.* 2007. 334(7608): 1331–1332.

35. Joachim G. The relationship between habits of food consumption and reported reactions to food in people with inflammatory bowel disease--testing the limits. *Nutr Health*. 1999. 13:69–83.
36. Bueno-Hernández N, Núñez-Aldana M, et al. Evaluation of diet pattern related to the symptoms of Mexican patients with Ulcerative Colitis (UC): through the validity of a questionnaire. *Nutr J*. 2015. 14:25.
37. Spooren CE, Pierik MJ, et al. Review article: the association of diet with onset and relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013. 38(10):1172-87.
38. Singh S, Dulai P.S, et al. Obesity in IBD: epidemiology, pathogenesis, disease course and treatment outcomes. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017. 14(2): 110–121.
39. Mangas-Borrego M.I. Effects of milk and fruit consumption on Crohn's disease: a systematic review. *Arch Nurs Res*. 2017. 1(2), 127.
40. Menezes C, Rocha R, et al. Lactose intolerance in inflammatory bowel disease patients. Poster presentations: Clinical: Diagnosis and outcome. 2013.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

- Άντρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

Έτη

3. Βάρος

Κιλά

4. Ύψος

Μέτρα

5. Επίπεδο εκπαίδευσης

- Πρωτοβάθμια
- Δευτεροβάθμια
- Τριτοβάθμια
- Μεταπτυχιακό

6. Έχω διαγνωστεί ότι πάσχω από

- Νόσο του Chron
- Ελκώδη κολίτιδα
- Δυσανεξία στην λακτόζη

7. Συμπτώματα που εμφανίζονται μετά την κατανάλωση γάλακτος ή γαλακτοκομικών προϊόντων (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Φούσκωμα
- Διάρροια
- Πόνος
- Αέρια
- Ναυτία
- Κανένα

8. Ποια από τα παρακάτω τρόφιμα πιστεύεται ότι περιέχουν λακτόζη?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Γάλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γιαούρτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τυρί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χοιρινό κρέας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παγωτό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αυγό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μαγιονέζα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Πόσο συχνά τρώτε τα παρακάτω είδη αγελαδινών, κατσικίσια ή πρόβειων γιαουρτιών?

	Λιγότερο από μια φορά τον μήνα ή ποτέ	1-3 φορές το μήνα	1-2 φορές την εβδομάδα	3-6 φορές την εβδομάδα	Μια φορά την ημέρα	Περισσότερο από μια φορά την ημέρα
Πλήρες γιαούρτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γιαούρτι χαμηλών λιπαρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γιαούρτι χωρίς λιπαρά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γιαούρτι πλήρες με γεύσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γιαούρτι χαμηλών λιπαρών με γεύσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γιαούρτι χωρίς λιπαρά με γεύσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κεφίρ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Πόσο συχνά τρώτε τα παρακάτω είδη αγελαδινών, κατσικίσια ή πρόβειων τυριών (συμπεριλαμβανομένων και τυριών που περιέχονται σε σαλάτες, σάντουιτς, μακαρονάδες κλπ)?

	Λιγότερο από μια φορά τον μήνα ή ποτέ	1-3 φορές το μήνα	1-2 φορές την εβδομάδα	3-6 φορές την εβδομάδα	Μια φορά την ημέρα	Περισσότερο από μια φορά την ημέρα
Πλήρη σκληρά τυριά (π.χ παρμεζάνα, γραβιέρα, κεφαλοτύρι)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χαμηλών λιπαρών σκληρά τυριά (π.χ χαμηλών λιπαρών παρμεζάνα, γραβιέρα)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πλήρη ημισκληρα τυριά (π.χ ροκφόρ, μοτσαρέλα, ένταμ, έμενταλ, γκούντα)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χαμηλών λιπαρών ημισκληρα τυριά (π.χ χαμηλών λιπαρών ροκφόρ, ένταμ, έμενταλ, γκούντα, μοτσαρέλα μερικώς αποβουτυρωμένη)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πλήρη μαλακά τυριά (π.χ ρικότα, cottage, μπρί, φέτα, μανούρι)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χαμηλών λιπαρών μαλακά τυριά (π.χ ανθότυρο, ρικότα μερικώς αποβουτυρωμένη, χαμηλών λιπαρών cottage cheese, χαμηλών λιπαρών φέτα)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Πόσο συχνά πίνετε τα παρακάτω είδη αγελαδινών, κατσικίσια ή πρόβειων γαλάτων (συμπεριλαμβανομένων αυτών που προστίθενται σε δημητριακά, καφέ, μαγειρική κλπ)?

	Λιγότερο από μια φορά τον μήνα ή ποτέ	1-3 φορές το μήνα	1-2 φορές την εβδομάδα	3-6 φορές την εβδομάδα	Μια φορά την ημέρα	Περισσότερο από μια φορά την ημέρα
Πλήρες γάλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γάλα χαμηλών λιπαρών (0,5-2%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γάλα χωρίς λιπαρά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σοκολατούχο γάλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κρέμα γάλακτος πλήρης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κρέμα γάλακτος χαμηλών λιπαρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Πόσο συχνά τρώτε τα παρακάτω επιδόρπια με βάση το γάλα?

	Λιγότερο από μια φορά τον μήνα ή ποτέ	1-3 φορές το μήνα	1-2 φορές την εβδομάδα	3-6 φορές την εβδομάδα	Μια φορά την ημέρα	Περισσότερο από μια φορά την ημέρα
Πλήρες παγωτό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παγωτό χαμηλών λιπαρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παγωτό χωρίς λιπαρά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frozen yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Γιατί επιλέγετε το γιαούρτι που τρώτε? (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Γεύση
- Συνήθεια
- Διαθεσιμότητα
- Κόστος
- Είναι καλύτερο για την χοληστερίνη μου
- Θα με βοηθήσει να χάσω κιλά
- Ανεκτικότητα

- Δεν τρώω γιαούρτι
- Άλλο (συμπληρώστε στο κενό)

14. Γιατί επιλέγετε το τυρί που τρώτε? (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Γεύση
- Συνήθεια
- Διαθεσιμότητα
- Κόστος
- Είναι καλύτερο για την χοληστερίνη μου
- Θα με βοηθήσει να χάσω κιλά
- Ανεκτικότητα
- Δεν τρώω τυρί
- Άλλο (συμπληρώστε στο κενό)

15. Γιατί επιλέγετε το γάλα που πίνετε? (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Γεύση
- Συνήθεια
- Διαθεσιμότητα
- Κόστος
- Είναι καλύτερο για την χοληστερίνη μου
- Θα με βοηθήσει να χάσω κιλά
- Ανεκτικότητα
- Δεν πίνω γάλα
- Άλλο (συμπληρώστε στο κενό)

16. Γιατί επιλέγετε το επιδόρπιο με βάση το γάλα που τρώτε? (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Γεύση
- Συνήθεια
- Διαθεσιμότητα
- Κόστος
- Είναι καλύτερο για την χοληστερίνη μου
- Θα με βοηθήσει να χάσω κιλά
- Ανεκτικότητα
- Δεν τρώω επιδόρπια με βάση το γάλα
- Άλλο (συμπληρώστε στο κενό)

17. Παρακαλώ περιγράψτε την πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων που είχατε κατά την διάρκεια του προηγούμενου έτους

- Έχω αυξήσει την ποσότητα των γαλακτοκομικών που τρώω/πίνω
- Έχω μειώσει την ποσότητα των γαλακτοκομικών που τρώω/πίνω
- Η ποσότητα των γαλακτοκομικών που τρώω/πίνω είναι ίδια με τις άλλες χρονιές
- Επιλέγω χαμηλών λιπαρών προϊόντα πλέον
- Επιλέγω υψηλών λιπαρών προϊόντα
- Άλλο (συμπληρώστε στο κενό)

Παράρτημα 2.

Ελκώδης κολίτιδα δείκτης MayoScore

1. Συχνότητα αφόδευσης την ημέρα

- Κανονική
- 1-2 φορές περισσότερο από το κανονικό
- 3-4 φορές περισσότερο από το κανονικό
- Πάνω από 4 φορές περισσότερο από το κανονικό

2. Αιμορραγία από το ορθό

- Καθόλου
- Ορατό αίμα στα κόπρανα λιγότερο από τις μισές φορές
- Ορατό αίμα στα κόπρανα τις μισές φορές ή και περισσότερες
- Ορατό αίμα στα κόπρανα τις μισές φορές ή και περισσότερες και μία ή και περισσότερες φορές μόνο αιμορραγία

3. Κατάσταση του βλεννογόνου στην ενδοσκόπηση

- Κανονική (ανενεργή νόσος)
- Ήπια ασθένεια (ερύθημα, μειωμένος αγγειακός τόνος, ήπια ευθρυπτότητα)
- Μέτρια ασθένεια (έντονο ερύθημα, απουσία αγγειακού τόνου, ευθρυπτότητα, διάβρωση)
- Σοβαρή ασθένεια (αιμορραγία, έλκος)

4. Πώς σας έχει αξιολογήσει ο γιατρός την δραστηριότητα της νόσου

- Κανονική
- Ήπια
- Μέτρια
- Σοβαρή

Παράρτημα 3

Νόσος Crohn δείκτης Harvey-Bradshaw

1. Γενική κατάσταση υγείας

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

2. Κοιλιακός πόνος

- Κανένας
- Ήπιος
- Μέτριος
- Έντονος

3. Αριθμός υδαρών κοπράνων ανά ημέρα

4. Κοιλιακή μάζα (πρήξιμο)

- Καθόλου
- Σχετική
- Σαφής
- Σαφής και έντονη

5. Επιπλοκές

- Καμία
- Πόνοι στις αρθρώσεις
- Φλεγμονή στα μάτια
- Οζώδες ερύθημα
- Αφθώδη έλκη
- Γαγγραινώδες πυόδεσμα
- Πρωκτική σχισμή
- Συρίγγιο
- Απόστημα

