

TRATAMENTUL NUTRIȚIONAL AL BOLILOR INFLAMATORII INTESTINALE

Svetlana ȚURCAN

Disciplina de gastroenterologie,
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2023.4\(97\).03](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2023.4(97).03)

Rezumat

În acest articol se prezintă o sinteză a publicațiilor relevante din literatura științifică, abordând importanța tratamentului nutrițional în rândul pacienților cu boli inflamatorii intestinale (BII). Sunt analizate critic, din punct de vedere al medicinei bazate pe dovezi, diverse diete restrictive și de eliminare, inclusiv: nutriția enterală exclusivă, dieta „low-FODMAP”, specifică cu carbohidrați, paleolitică, antiinflamatoare, CD-TREAT și altele. Deși există nenumărate cărți și site-uri web despre „nutriția medicală” în contextul BII, datele disponibile nu furnizează dovezi concludente în favoarea dietelor restrictive pentru acești pacienți cu BII. Astfel, recomandările actuale pentru acești pacienți trebuie să se concentreze mai degrabă pe o alimentație sănătoasă și echilibrată, bazată pe produse naturale și neprocesate, decât pe limitarea și/sau adăugarea anumitor componente dietetice. În afară de aceasta, pacienții cu BII trebuie încurajați să practice activitate fizică adecvată, care în perioada de remisiune nu ar trebui să difere semnificativ de cea recomandată persoanelor sănătoase.

Cuvinte-cheie: nutriție, tratament dietetic, boli inflamatorii intestinale, colită ulcerativă, boala Crohn

Summary

Nutritional therapy for inflammatory bowel disease

This article presents a synthesis of publications from the relevant scientific literature, addressed to the importance of nutritional treatment in patients with inflammatory bowel diseases (IBD). Various restrictive and elimination diets are critically reviewed from the perspective of evidence-based medicine, including: exclusive enteral nutrition, low-FODMAP, specific carbohydrate, paleolithic, anti-inflammatory, CD-TREAT, and other diets. Although there are countless books and websites on „medical nutrition” in IBD, there is no conclusive evidence to support restrictive diets in IBD patients. Thus, current recommendations for these patients should rather focus on a healthy and balanced diet, based on natural, unprocessed products, rather than limiting and/or adding certain dietary components. In addition, patients with IBD should be encouraged to practice appropriate physical activity, which during the remission period should not differ from that recommended for healthy people.

Keywords: nutrition, dietary treatment, inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease

Резюме

Лечебное питание при воспалительных заболеваниях кишечника

В данной статье представлен синтез публикаций из актуальной научной литературы, посвященных важности диетотерапии у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). С точки зрения до-

казательной медицины критически рассмотрены различные ограничительные и элиминационные диеты, в том числе: исключительно энтеральное питание, диета с низким содержанием FODMAP, специфическая углеводная, палеолитическая, противовоспалительная, CD-TREAT и другие диеты. Несмотря на огромное количество книг и веб-сайтов о «лечебном питании» при ВЗК, нет надежных доказательств в пользу ограничительных диет у пациентов с ВЗК. Таким образом, текущие рекомендации для этих пациентов должны быть скорее сосредоточены на здоровом и сбалансированном питании, основанном на натуральных, необработанных продуктах, чем на ограничении и/или добавлении определенных диетических компонентов. Кроме того, больных ВЗК следует поощрять к адекватной физической активности, которая в период ремиссии не должна отличаться от рекомендуемой для здоровых людей.

Ключевые слова: питание, диетотерапия, воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона

Introducere

Principalele forme nosologice ale bolilor inflamatorii intestinale (BII) sunt colita ulcerativă (CU) și boala Crohn (BC). Etiologia BII rămâne încă necunoscută. Se consideră că factorii de mediu (alimentari, chimici, virali, bacterieni, parazitari), în interacțiune cu un răspuns imunitar modificat, contribuie la dezvoltarea bolii la indivizii cu predispoziție genetică. Un răspuns imun anormal format genetic și fenotipic duce la inflamația cronică la nivelul intestinului.

Colita ulcerativă este o boală inflamatorie cronică idiopatică a colonului, caracterizată prin inflamație difuză limitată la nivelul mucoasei, agravată de numeroase complicații intestinale și extraintestinale. În majoritatea cazurilor, colita ulceroasă debutează cu o leziune a rectului și tinde spre răspândire proximală, până la o leziune totală a întregului colon. Conform datelor din literatură și studiilor locale [1], inflamația rămâne localizată la nivelul distal în 20-30% dintre cazuri și se extinde proximal în 70-80%.

Boala Crohn se definește ca boala idiopatică autoimună cu inflamație cronică transmurală și segmentară a tubului digestiv, care poate interesa orice segment al acestuia: de la cavitatea bucală până la anus, localizându-se, cu predilecție la nivelul ileo-cecal. Evoluția BC variază foarte mult. În general, se observă o tendință spre o evoluție

progresivă, extinderea leziunilor și apariția complicațiilor bolii.

Atât în BC, cât și în CU, malnutriția este asociată cu predominarea proceselor catabolice, pierderea de proteine și alte elemente cu mucus și sânge în scaun, precum și malnutriția pacientului din cauza scăderii apetitului etc. Cu toate acestea, în cazul BC cu afectarea intestinului subțire, malnutriția se datorează în mare parte malabsorbției nutrienților, vitaminelor, macro- și microelementelor în zonele afectate. Malnutriția în BC poate fi mai pronunțată și persistă chiar și atunci când boala este în remisiune. În acest context, importanța nutriției terapeutice în BII nu poate fi subestimată.

1. Rolul nutriției în dezvoltarea BII

BII sunt boli autoimune care apar la indivizii cu predispoziție genetică în urma expunerii la anumiți factori de mediu. În ciuda faptului că acești factori sunt încă insuficient studiați, iar factorul declanșator al inflamației cronice în intestin nu a fost stabilit, rolul nutriției în patogeneză este unul important. În regiunile cu cea mai naturală alimentație autohtonă, prevalența BII este redusă, dar odată cu schimbarea nutriției, incluzând din ce în ce mai multe alimente modificate/procesate în dietă, se observă o creștere a prevalenței BII.

Creșterea incidenței atât a CU, cât și a BC în țările dezvoltate economic a sugerat rolul așa-numitei „diete occidentale” în dezvoltarea BII. Această dietă se caracterizează printr-un conținut ridicat de proteine animale, grăsimi saturate, sare și alcool, reducând în același timp consumul de legume și fructe. În prezent, nu există o înțelegere completă a modului în care acest tip de dietă afectează apariția BII, dar unele mecanisme sunt bine studiate. Astfel, a fost dovedită influența grăsimilor saturate asupra numărului de așa-numiți receptori de tip toll-like. Acești receptori, localizați pe celulele imune, inclusiv pe macrofagele intestinale, sunt responsabili de transmiterea semnalelor de la microorganismele microflorei intestinale. Consumul de alimente prăjite care conțin grăsimi saturate poate stimula acești receptori și provoca inflamații în intestin. Acizii grași polinesaturați, dimpotrivă, reduc expresia (sinteza) receptorilor și au un efect invers, preventiv. Pe de altă parte, se știe că alimentele bogate în grăsimi și zaharoză cresc permeabilitatea peretelui intestinal, ceea ce contribuie și la inflamație.

Alte elemente din alimentație au o valoare protectoare. Unii aminoacizi, de exemplu, arginina și glutamina reduc permeabilitatea intestinală, măresc sinteza mucinei mucoase, ceea ce crește bariera protectoare a mucoasei intestinale. Fibrele alimentare, acizii grași cu lanț scurt, sunt descompuse de bacteriile intestinale în butirati, care sunt o sursă importantă de energie pentru enterocite și,

de asemenea, cresc rezistența intestinală. În plus, nu trebuie de subestimat impactul alimentelor asupra compoziției microbiotei intestinale, un element cheie în dezvoltarea BII.

Cele mai recente recomandări ale Societății Europene pentru Nutriție Enterală și Parenterală (ESPEN) pentru dietoterapie în BII, publicate în 2020, oferă o analiză detaliată a relației posibile dintre nutriție și apariția acestor boli [2]. Prima recomandare indică faptul că o dietă bogată în fructe și legume, bogată în omega-3 și săracă în acizi grași omega-6, este asociată cu un risc redus de apariție a CU și BC și, prin urmare, este recomandată ca dietă preventivă pentru pacienții cu risc crescut, cum ar fi membrii familiilor pacienților.

Unul dintre cele mai mari și mai informative studii în acest domeniu a fost un studiu observațional, care a inclus date de la peste 200.000 de participanți, pe o perioadă de 20-30 de ani. Prin urmărirea pe termen lung, cercetătorii au identificat o serie de alimente care au fost asociate cu mai multe inflamații cronice. Autorii le-au numit produse cu un indice de inflamație EDIP (Empirically developed dietary inflammatory potential), asociat cu o creștere a nivelului în sânge a unor markeri ai inflamației, precum proteina C reactivă și altele. Alimentele cu indicele EDIP ridicat au inclus carne procesată, carne roșie, carne de organe (măruntaie), anumite soiuri de pește și fructe de mare, cereale rafinate și băuturi cu conținut ridicat sau scăzut de energie, cu glucoză, fructoză și îndulcitori (obișnuiți și dietetici). Alimentele asociate cu un indice EDIP mai scăzut au inclus vinul, ceaiul, cafeaua, legumele galbene-închis, legumele verzi și cu frunze, gustările, floricelele de porumb, sucurile de fructe și pizza. O dietă cu valori înalte ale indicelui EDIP sumar crește riscul de dezvoltare a BC cu 45%. Este remarcabil faptul că participanții care au trecut la o dietă cu un potențial proinflamator ridicat în urmă cu aproximativ 8 ani au avut un risc de 2 ori mai mare de a dezvolta boala Crohn, comparativ cu cei care au menținut o dietă cu un indice EDIP scăzut. Autorii au presupus că acest lucru vorbește despre efectul dinamic al dietei asupra riscului de a dezvolta BII [3].

Recomandările de mai sus sunt adresate persoanelor sănătoase cu predispoziție la BII, dar și pentru prevenirea majorității bolilor. Pentru pacienții cu BII, recomandările dietetice diferă semnificativ și acest lucru se datorează, în primul rând, particularităților metabolismului nutrienților în aceste afecțiuni.

2. Terapia nutrițională în BII

Alimentația adecvată joacă un rol important în tratamentul pacienților cu BII și include prevenirea malnutriției și a deficiențelor de micronutrienți, prevenirea osteoporozei, iar la copii – contribuie la creșterea și dezvoltarea optimă.

Una dintre problemele de bază ale nutriției este determinarea cantității totale de energie necesară în BII. Diverse ghiduri internaționale și naționale [2, 3, 4] sugerează, în general, că necesitățile energetice ale pacienților cu BII sunt similare cu cele ale populației sănătoase. Este important ca aportul caloric total al alimentelor să nu fie redus semnificativ. În fazele active ale bolii, procesele catabolice cresc și poate fi necesară creșterea valorii energetice a alimentelor, dar în majoritatea cazurilor această creștere nu este mare și este compensată de un stil de viață sedentar în perioadele de acutizare. Dar pierderile de proteine pot fi semnificative și, prin urmare, se recomandă o dietă hiperproteică în perioadele de exacerbare (până la 1,2-1,5 g/kg/zi la adulți). În timpul remisiunii, necesarul de proteine nu este, de obicei, crescut și se recomandă aproximativ 1 g/kg/zi pentru adulți, precum și pentru persoanele sănătoase.

O altă problemă importantă este dieta, adică recomandările restrictive sau alte recomandări de alimentație. Dietele tradiționale (de exemplu, tablele Pevzner, în special dieta nr. 4) nu s-au dovedit a fi eficiente în cazul BC și CU. În practică, ele nu duc decât la progresia malnutriției sau la agravarea deficiențelor nutriționale deja existente. Recomandările de a evita legumele și fructele proaspete nu sunt bazate pe dovezi științifice. Cu toate acestea, majoritatea pacienților consideră că alimentația este cauza exacerării și afectează evoluția bolii. Astfel, autorii francezi au publicat rezultatele unui sondaj efectuat pe 244 de pacienți cu BII privind impactul alimentației asupra evoluției bolii. Aproape 16% dintre aceștia erau siguri că dieta este de „vină” pentru dezvoltarea bolii lor, aproximativ 58% dintre participanți credeau că alimentele ar putea juca un rol în exacerarea BII și 40% considerau alimentația ca un factor de risc pentru complicațiile bolii [5].

Ghidul ESPEN, ca și alte ghiduri sau consensuri, subliniază că „nu există o „dietă pentru BII” care să poată fi recomandată pentru a obține remisiune la pacienții cu BII cu boală în evoluție activă”. Desigur, anumite alimente pot accentua simptome precum diareea sau balonarea ș.a., dar restricția sau excluderea lor nu contribuie la obținerea mai rapidă a remisiunii.

3. Dietele experimentale și de eliminare în BII

3.1. Nutriția enterală exclusivă

Nutriția enterală exclusivă (NEE) este singura dietă care s-a dovedit a fi eficientă la pacienți, în special la copiii cu boala Crohn. Nutriția enterală, indiferent dacă este elementară (compusă din elemente alimentare hidrolizate) sau non-elementară (formată din substanțe alimentare întregi, nehidrolizate), este o dietă lichidă care se administrează pe cale orală sau prin sondă. NEE este considerată o opțiune de tratament de primă linie la copiii cu BC cu formă luminală activă (nostenozantă, nepenetrantă). Această dietă

induce remisiunea la 80% dintre pacienții pediatrici cu BC după 6-8 săptămâni și contribuie la o eficacitate mai bună și o vindecare mai rapidă a mucoasei în comparație cu tratamentul cu corticosteroizi. Aceeași eficacitate în inducerea remisiunii poate fi obținută indiferent dacă sunt utilizate regimuri elementare sau neelementare de tratament. Totuși, la pacienții adulți cu boala Crohn, NEE este mai puțin eficientă decât corticosteroizii, iar adăugarea ei la terapia hormonală nu crește semnificativ dinamica pozitivă a bolii, motiv pentru care această dietă este rar utilizată la adulți, iar ECCO nu recomandă NEE ca terapie pentru inducerea remisiunii la adulți. Cu toate acestea, spre deosebire de Europa, în Japonia NEE este utilizată ca terapie primară la pacienții adulți cu boala Crohn, bazându-se pe un studiu japonez care a arătat o frecvență mai înaltă de inducere a remisiunii și un profil de siguranță mai bun [6].

Nu există suficiente dovezi pentru a recomanda NEE pentru menținerea remisiunii în BC, iar această dietă nu s-a dovedit a fi eficientă în CU.

3.2. Dieta „low-FODMAP”

Acronimul FODMAP reprezintă un grup de carbohidrați fermentabili (F) - oligo- (O), di- (D) monozaharide (M) și polioli (P); termenul „low” (scăzut) înseamnă că în această dietă, acești carbohidrați trebuie reduși la volume bine tolerate. În organismul uman nu există enzime pentru a digera acești carbohidrați și practic nu sunt absorbiți în intestinul subțire, ci sunt descompuși activ de bacteriile intestinale. Ca urmare, în secțiunile distale ale intestinului subțire și în intestinul gros se formează o cantitate semnificativă de gaze, compuși activi osmotici, ceea ce poate provoca scaune moi, dureri abdominale, zgomote și balonare.

Carbohidrații FODMAP includ lactoza, fructoza, fructanii și galactanii, precum și polioli (alcooli polihidroxicili). Dieta low-FODMAP constă în eliminarea alimentelor bogate în aceste substanțe din alimentație (eficacitatea se evaluează în decurs de 3-6 săptămâni, deși efectul apare de obicei mai devreme). În mod tradițional, această dietă se recomandă pacienților cu balonare și sindrom de intestin iritabil, dar a fost evaluată în continuare și pentru BII. Există puține studii controlate care evaluează eficacitatea dietei low-FODMAP în apariția episoadelor de BII, iar studiile deja existente nu au constatat diferențe semnificative în obținerea remisiunii bolii. În ceea ce privește efectul dietei low-FODMAP asupra simptomelor gastrointestinale la pacienții cu BII în remisiune, s-au obținut rezultate încurajatoare. Meta-analiza (ca cel mai credibil tip de evaluare clinică a eficacității) realizată de Zhan Y.L. și coautorii în 2018 [7] a arătat că simptome precum scaunele moi, balonarea și durerea în abdomen, greața și vărsăturile au fost semnificativ mai puțin pronunțate

la pacienții cu BC și CU în remisiune, dacă urmau o dietă low-FODMAP.

Astfel, această dietă poate fi recomandată (inclusiv cu modificări în funcție de intoleranța individuală la anumite produse) pacienților cu BII în remisiune care au balonare, dureri abdominale episodice și greață.

3.3. Dieta specifică cu carbohidrați (engl. *Specific carbohydrate diet*)

Dieta specifică cu carbohidrați (DSC) a fost dezvoltată și propusă de pediaterul american Sydney Valentin Haas încă în anul 1924 pentru pacienții cu boală celiacă (intoleranță la gluten). Mai târziu, această dietă a devenit populară în rândul pacienților cu colită ulceroasă datorită cărții biochimistului Elaine Gottschall „Ruperea cercului vicios: Sănătatea intestinală prin dietă” (Breaking the Vicious Cycle: Intestinal Health Through Diet). Această dietă se bazează pe presupunerea că unii carbohidrați (dizaharide și polizaharide), la o digestie și absorbție insuficientă, provoacă în intestin creșterea bacteriilor condiționat patogene, care nu numai că schimbă compoziția calitativă și cantitativă a microbiotei intestinale, dar și contribuie la menținerea procesului inflamator în mucoasa intestinală.

Dieta specifică cu carbohidrați (DSC) exclude carbohidrații complecși (care se găsesc în principal în cereale, cartofi) și restricționează carbohidrații simpli, cum ar fi glucoza, fructoza și galactoza. Această dietă este dificil de urmat pe termen lung, din acest motiv a fost studiată în special în perioada de acutizare a BII. Cu toate acestea, studiile disponibile în prezent privind eficacitatea DSC în BII sunt limitate de calitatea slabă: unele sunt sondaje pe internet, altele sunt evaluări retrospective ale simptomelor și analizelor, iar altele implică un număr mic de pacienți în grupurile de studiu. Mai semnificative sunt studiile care evaluează nu doar simptomele bolii, ci și vindecarea membranei mucoase a tractului gastrointestinal. Astfel, o comparație între DSC și dieta mediteraneană la pacienții cu BC n-a scos în evidență un avantaj al primei [8]. Prin urmare, această dietă nu este recomandată de ghidurile clinice actuale din domeniu.

3.4. Dieta paleolitică sau dieta Paleo

Dieta paleolitică sau dieta Paleo a fost propusă de gastroenterologul Walter L. Voegtlin, care în lucrarea sa a descris principiile de bază ale acestei diete. Această abordare a nutriției se concentrează, în primul rând, pe consumul de alimente de plante și animale și se bazează pe presupusa alimentație antică a oamenilor în timpul Paleoliticului. Dieta paleolitică modernă constă din alimente accesibile în prezent și include pește, carne de pasăre, preferabil hrănite cu iarbă, legume, fructe, rădăcini și nuci. Din regimul alimentar sunt excluse cerealele,

leguminoasele, produsele lactate, ouăle, semințele (inclusiv cafeaua) și mirodeniile precum coriandrul și chimenul, produsele din semințe, uleiurile vegetale, legumele din familia solanaceae (cum ar fi roșiile, ardeii grași, ardeii iuți, vinetele și cartofii), coloranții alimentari, aditivii alimentari, zahărul și îndulcitorii, precum și alcoolul.

Această dietă este și mai dificil de respectat, iar excluderea unei serii de alimente esențiale poate provoca deficiențe nutriționale. În literatura de specialitate în limba engleză poate fi întâlnită și denumirea de „*autoimmune protocol*” sau „*protocol autoimun*”, care prezintă o modificare a dietei Paleo.

Cercetările existente privind eficacitatea dietei Paleo și protocolul autoimun în colita ulceroasă și boala Crohn sunt extrem de limitate, iar rezultatele lor sunt neconcludente. Din cauza riscurilor pentru sănătate și a lipsei de eficacitate bazată pe dovezi, aceste diete, de asemenea, nu sunt recomandate de ghidurile moderne de tratament.

3.5. Dieta antiinflamatoare (engl. *Anti-inflammatory diet*)

Dieta antiinflamatoare include cinci pași:

1. Modificarea compoziției de carbohidrați în alimentație (inclusiv excluderea lactozei și a carbohidraților rafinați);

2. Includerea în alimentație a alimentelor cu activitate prebiotică (fibre solubile, ceapă, produse lactate fermentate);

3. Accent pe utilizarea grăsimilor polinesaturate;

4. Evaluarea intoleranței alimentare, identificarea și corectarea deficiențelor nutriționale;

5. Modificarea procesului de prelucrare culinară (de exemplu, ștergerea alimentelor și a vaselor, în caz de necesitate).

Această dietă se bazează pe consumul de carne slabă, carne de pasăre, pește, ouă, anumite fructe și legume, făină, nuci și leguminoase, o cantitate moderată de brânzeturi maturate (cu enzime active), iaurt proaspăt, chefir, miere etc. Prebioticele se prezintă sub forma de fibre solubile (ce conțin inulină - banane, ovăz, rădăcină de cicoare măcinată și semințe de in).

Într-un studiu din 2014, autorii dietei au raportat că 33% dintre pacienți nu au putut să o urmeze pe deplin [9]. Printre pacienții care au respectat dieta, s-a observat o scădere a activității endoscopice a BII. Cu toate acestea, pentru a putea recomanda această dietă ca tratament, sunt necesare studii controlate suplimentare.

3.6. Dietele de eliminare în BC și CU

Dietele de eliminare sunt, de obicei, acele diete din care sunt excluse anumite alimente sau grupuri de alimente, de exemplu, **dieta fără gluten**. Interesant este că aproximativ 5% dintre pacienții cu BII

fără boala celiacă folosesc o dietă fără gluten, ceea ce este de două ori mai mult, decât la populația generală [10]. Aproape jumătate dintre pacienți consideră că această dietă are un efect benefic asupra stării lor, deși nu există studii care să demonstreze că aceasta un efect benefic asupra evoluției bolii. În plus, s-a constatat că îmbunătățirea simptomelor abdominale în cazul sensibilității la gluten non-celiacă este mai probabil legată într-o măsură mai mare de evitarea fructanului decât a glutenului, făcând ca dieta cu conținut scăzut de FODMAP să aibă un efect mai mare asupra simptomelor decât dieta fără gluten.

În prezent, există numeroase studii dedicate evaluării eficacității dietelor de eliminare în BC și CU. Ele implică excluderea unui număr de produse, care provoacă apariția sau intensificarea simptomelor bolii la un anumit pacient. Însă majoritatea acestor studii sunt de o calitate scăzută, iar baza de dovezi este insuficientă. Din acest motiv, experții în nutriție de la ESPEN consideră că nu există dovezi concludente pentru a susține eficacitatea oricărei diete de eliminare în BII.

3.7. Dieta CD-TREAT (engl. *Crohn's disease treatment with eating* - **Tratamentul bolii Crohn cu alimentație**)

Această dietă este în esență o abordare nutrițională care imită efectul nutriției enterale complete, dar folosește alimente integrale în loc de formule semi-elementare [11]. Demult se cunoaște că la copiii cu boală Crohn ușoară, administrarea exclusivă a nutriției enterale (fără hrană naturală) crește probabilitatea de a obține remisiune. Autorii dietei au studiat o alimentație bazată pe produse convenționale, cu o compoziție asemănătoare amestecului enteral (ca probă a fost folosit amestecul Modulen). Această dietă produce efectul nutriției enterale complete prin eliminarea anumitor componente (de exemplu, glutenul, lactoza și alcoolul). În același timp, macroelementele, vitaminele, mineralele și fibrele sunt prezente în aceeași cantitate ca și în amestecul enteral. Maltodextrina, un polimer artificial al glucozei – cea mai răspândită formă de carbohidrați în formulele enterale – lipsește în alimentele naturale, așa că a fost înlocuită cu alimente bogate în amidon și sărace în fibre. Pacienților li se administrau și oligoelemente, precum și polivitamine.

Potrivit autorilor, dieta CD-TREAT a redus semnificativ nivelul de calprotectină fecală la copiii cu boala Crohn. Cu toate acestea, încă nu există dovezi ale beneficiilor acesteia în comparație cu alte diete. Chiar dacă această dietă pare promițătoare pentru utilizarea sa în boala Crohn, sunt necesare studii controlate randomizate suplimentare pentru a confirma beneficiile sale.

3.8. Alte diete

Pe lângă dietele menționate mai sus, au fost și sunt cercetate o varietate de alte diete, cum ar fi dieta bogată în fibre și limitată în carbohidrați simpli, dieta bogată în acizi grași omega-3, dieta cu restricție de calciu etc. Cu toate acestea, atât cantitatea, cât și calitatea muncii în acest domeniu lasă de dorit.

O analiză cuprinzătoare a rezultatelor studiului privind aceste diete nu a arătat eficacitatea lor în inducerea și menținerea remisiunii, reducerea numărului de operații sau vindecarea mucoasei intestinale. Până în prezent, nu există suficiente studii clinice randomizate care să analizeze efectul dietelor experimentale asupra inflamației intestinale sau capacitatea lor de a induce remisiunea. Iar studiile cu design adecvat, cum ar fi utilizarea doar a nutriției enterale sau a fructo-oligozaharidelor în alimentația orală, nu au arătat niciun beneficiu clinic semnificativ la pacienții cu BII activă [10].

Astfel, nicio „dietă orală în BII” nu poate fi recomandată pentru a obține remisiunea la pacienții cu BII activă. Această recomandare nu exclude necesitatea de a oferi fiecărui pacient cu BII o abordare personalizată, bazată pe situația lor personală particulară, de preferință cu implicarea activă a unui dietetician sau nutriționist.

Medicii gastroenterologi familiarizați cu cercetările actuale sunt reticenți în a face recomandări dietetice specifice. În consecință, majoritatea pacienților continuă să caute sfaturi în diverse surse, inclusiv pe internet, unde calitatea și baza de dovezi a informațiilor primite cu greu pot fi considerate satisfăcătoare. De multe ori, aceste sfaturi sunt nemotivate, nesigure și contradictorii. Astfel, este important ca medicii să poată oferi pacienților sfaturi dietetice specifice și să-i orienteze în cel mai bun mod, în ciuda dovezilor evident limitate. Trei sferturi dintre pacienți evită (în majoritatea cazurilor neargumentat) anumite alimente în timpul remisiunii, pentru a preveni o acutizare. Un număr semnificativ de pacienți evită anumite grupe de alimente, în special proteinele și grăsimile, fructele și legumele în timpul episoadelor acute, de teama agravării simptomelor. În ceea ce privește modificarea dietei, pacienții pot fie să elimine anumite alimente (dieta de eliminare sau de excludere), fie să introducă în dietă anumite alimente. Este extrem de important să se explice pacientului diferența dintre dietele care pot induce sau menține remisiunea și, prin urmare, pot influența evoluția bolii, și dietele care pot doar să atenueze simptomele, dar să înrăutățească prognosticul bolii.

4. Recomandări nutriționale

Din cauza lipsei de dovezi concrete, ghidurile internaționale (ECCO, AGA, ESPEN) nu recomandă nicio dietă specifică în perioada de remisiune sau de boală activă. Este inadecvat și absolut greșit să

se aplice aceleași recomandări dietetice tuturor pacienților cu BII. Alegerea tipului de alimentație este determinată de localizarea leziunii, severitatea evoluției bolii și de prezența complicațiilor, dar și de patologia concomitentă (pancreatită cronică, disfuncție biliară etc.). Pacienții cu evoluție ușoară a bolii și leziuni limitate (de exemplu, proctita ulcerativă ușoară sau leziunea erozivă a porțiunii colonului în BC), trebuie să urmeze o alimentație rațională, fără restricții semnificative. **Alimentația trebuie să fie echilibrată și completă!** Mărunțirea alimentelor, consumul de piureuri, aplicarea altor metode speciale de gătit par a fi excesive și nejustificate! O astfel de prelucrare culinară poate duce la malnutriție și poate afecta negativ calitatea vieții pacienților.

Una dintre recomandările raționale este excluderea alimentelor și componentelor alimentare care irită mucoasa intestinală (de exemplu, condimentele iuți, usturoil crud, marinadele, oțetul și alcoolul).

Restricționarea laptelui și a produselor lactate este justificată doar în prezența deficitului de lactază demonstrat, care nu se dezvoltă la toți pacienții cu BII.

În caz de acutizare a BII de severitate medie se pot da recomandări pentru o mai mare cruțare a tractului gastrointestinal – în caz de necesitate mărunțirea alimentelor și produselor cu textură tare, densă (carne, unele legume). Cu toate acestea, nu este necesar să fie excluse complet din alimentație fructele și legumele. În cele mai multe cazuri, pe fondul unei terapii selectate adecvat, aceste restricții pot fi evitate.

În cazurile severe de acutizare a BII, tratamentul se efectuează în spital, unde sunt recomandate variante de diete cruțătoare chimice, mecanice și fizice, la care, în caz de restricții semnificative, se recomandă să se adauge amestecuri enterale.

Pacienții care primesc terapie imunosupresoare trebuie să evite consumul de alimente și produse crude sau neprelucrate termic, care ar putea deveni o sursă de infecție, precum laptele nepasteurizat sau preparatele din carne și pește crud, precum tartarol sau carpaccio ș.a.

Deși se știe că **dieta mediteraneană** influențează benefic asupra multor boli cronice, are efecte antiinflamatorii și îmbunătățește calitatea microbiotei în multe stări, nu există studii clinice randomizate de înaltă calitate privind efectul acestei diete asupra evoluției BC. Cu toate acestea, în prezent este în curs de desfășurare un studiu randomizat la pacienții cu CU [12].

Hiperoxaluria intestinală (secundară), cu un risc crescut de formare a pietrelor la rinichi, apare în BC severă a intestinului subțire asociată cu tulburarea absorbției grăsimilor și absorbția ulterioară crescută a oxalatului în intestin. Hiperoxaluria intestinală poate apărea după rezecția ileonului, mai ales în combinație cu rezecția segmentelor drepte ale colonului. Excreția oxalaților în urină corelează cu excreția

de grăsime, adică creșterea consumului de grăsimi din alimente la acești pacienți a mărit și mai mult excreția urinară a oxalaților. Aceasta înseamnă că pacienților cu hiperoxalurie trebuie să li se prescrie o dietă săracă în grăsimi și oxalați, dar cu conținut înalt de calciu. Limitarea oxalaților dietetici (ceai, cacao, ciocolată, pătrunjel, semințe de mac, spanac, sfeclă de zahăr, majoritatea nucilor și fructelor de pădure, fasole) pare justificată în cazul pacienților cu litiază urinară recurentă.

În anul 2020, Organizația Internațională pentru Studiul BII și-a prezentat recomandările nutriționale privind aceste boli [4]:

Glucide: modificarea compoziției carbohidraților (de exemplu, excluderea și restricția semnificativă a zaharozei, fructozei etc.) nu reduce riscul de acutizare a BII și nu afectează activitatea bolii.

Gluten și grâu: dovezi privind restricționarea grâului și glutenului în alimentația pacienților cu boala Crohn și colita ulcerosă sunt insuficiente pentru a face astfel de recomandări.

Carne roșie: există dovezi convingătoare că riscul de exacerbare a CU la pacienții în remisiune crește în cazul unui conținut ridicat în alimentație de carne roșie (vită, vițel, porc, miel, oaie, cal și capră) și produsele procesării acesteia (inclusiv crenvurști, safalade, slănină, șuncă, cârnați, conserve din carne, carne de porc fiartă, corned beef, biltong). Cantitatea exactă sigură de carne roșie nu este cunoscută. Posibil, că ar fi potrivite normele recomandate pentru dieta mediteraneană - nu mai mult de 120 g de carne roșie pe zi. În BC trebuie respectate următoarele recomandări: a nu consuma mai mult de 700 g de carne roșie pe săptămână, iar produsele procesării ei (cârnați, crenvurști etc.) să se folosească rar și să se evite excesele.

Lapte și produsele lactate: nu este demonstrat impactul negativ al laptelui și produselor lactate asupra evoluției BII. Consumul de produse lactate nu a crescut riscul de exacerbare a colitei ulcerative, iar excluderea acestui grup de produse din alimentație n-a mărit probabilitatea de a obține remisiunea bolii.

Acid miristic: un conținut crescut în alimentație de acid miristic (prezent în uleiul de palmier, uleiul de cocos și produsele lactate) s-a dovedit a fi un factor de risc independent în acutizarea CU: în decurs de 1 an riscul a crescut de 3 ori. Pacienții cu colită ulcerosă nu trebuie să renunțe la lapte și produsele lactate din cauza prezenței acidului miristic în aceste produse. Se recomandă să se minimizeze consumul de ulei de palmier și de cocos.

Fibre: un conținut ridicat de fibre alimentare (mai mult de 24 g pe zi) în alimentație reduce riscul de exacerbare a BC.

Decizia cu privire la terapia nutrițională optimă pentru BII poate fi complexă și depinde de mai mulți factori, inclusiv de capacitatea de alimentație natu-

rală, capacitatea de absorbție a tractului gastrointestinal, starea nutrițională a pacientului și obiectivele terapeutice. Suplimentele nutritive orale (SNO) pot fi utilizate ca un prim pas, dar, de regulă, o terapie mică de susținere este utilizată ca supliment în alimentația obișnuită. Prin utilizarea de SNO, se poate obține un consum suplimentar de până la 600 kcal/zi fără a afecta consumul normal de alimente pentru adulți. În cazul în care administrarea hranei pe cale orală nu este posibilă, trebuie luată în considerare hrănirea pacientului printr-o sondă nazogastrică sau nazoenterică. Nutriția enterală trebuie luată în considerare la pacienții cu tract gastrointestinal funcțional, dar care nu pot înghiți în siguranță. În situațiile în care intestinul nu poate absorbi cantități adecvate de nutrienți, nutriția enterală poate fi suplimentată cu nutriție parenterală. Nutriția parenterală se prescrie în cazul obstrucției intestinale, când nu este posibilă introducerea unui tub de nutrienți sub obstacol; în cazul sindromului intestinului scurt, care duce la o malabsorbție severă a nutrienților și/sau pierderea de lichide și electroliți și nu poate fi corectată enteral, precum și la orice pacient grav cu intoleranță la nutriția enterală.

Terapia de substituție

O analiză recentă realizată de ECCO privind medicina complementară în BII [13] concluzionează că nu există suficiente dovezi pentru a susține utilizarea vitaminelor sau micronutrienților pentru a induce sau menține remisiunea în BC și CU. Cu toate acestea, în toate cazurile de BII, este important să se detecteze la timp și chiar să se prognozeze deficiențele nutriționale (vitamine, microelemente, proteine) pentru ca ulterior prin schimbarea dietei să se corecteze tulburările identificate și să se prevină complicațiile. De exemplu, creșterea normei de produse lactate fermentate poate fi o opțiune pentru prevenirea și eliminarea deficienței de calciu.

Concluzie

Stilul de viață occidental, în special dieta occidentală, reprezintă un factor de risc major pentru creșterea prevalenței BII în țările dezvoltate economic și în curs de dezvoltare. Creșterea consumului de grăsimi și/sau proteine, împreună cu scăderea consumului de fructe și legume, dar și utilizarea tot mai frecventă a emulgatorilor și altor substanțe chimice în alimente, sunt unii dintre cei mai importanți factori-candidați care contribuie la inflamația intestinală.

Deși există numeroase cărți și site-uri web despre nutriția BII, încă nu există dovezi concludente care să susțină utilizarea dietelor restrictive la pacienții cu BII. Prin urmare, recomandările actuale pentru acești pacienți ar trebui să se concentreze mai

degrabă pe o alimentație sănătoasă și echilibrată, bazată pe produse naturale și neprocesate, decât pe limitarea și/sau adăugarea anumitor componente dietetice. În plus, pacienții cu BII trebuie încurajați să practice activitate fizică adecvată, care în perioadele de remisiune nu ar trebui să difere de cea recomandată persoanelor sănătoase.

Bibliografie

1. Țurcan S. Colita ulceroasă. *Medicina*, Chisinau, 2012, 192 p.
2. Bischoff S. et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition în inflammatory bowel disease. In: *Clinical Nutrition*. 2020, vol. 39, pp. 632-653.
3. Forbes A. et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition în inflammatory bowel disease. In: *Clinical Nutrition*. 2017, vol. 36, pp. 321-347.
4. Levine A. et al. Dietary Guidance from the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. In: *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2020, vol.18, pp.1381-1392.
5. Schreiner P. et al. Nutrition în Inflammatory Bowel Disease. In: *Digestion*. 2020, vol. 101(suppl 1), pp. 120-135.
6. Matsuoka K. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease. In: *J Gastroenterol*. 2018, vol. 53(3), pp.305-53.
7. Yong-Le Zhan et al. Is a low FODMAP diet beneficial for patients with inflammatory bowel disease? A meta-analysis and systematic review. In: *Clin Nutr*. 2018, vol. 37(1), pp.123-129.
8. James D. et al. A Randomized Trial Comparing the Specific Carbohydrate Diet to a Mediterranean Diet în Adults with Crohn's Disease. In: *Gastroenterology*. 2021, vol. 161, pp.837-852.
9. Olendzki B.C. et al. An anti-inflammatory diet as treatment for inflammatory bowel disease: a case series report. In: *Nutr J*. 2014, vol. 13, p.5.
10. Limketkai B.N. et al. Dietary interventions for induction and maintenance of remission în inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Feb;2:CD012839.
11. Svolos V. et al. Treatment of Active Crohn's Disease with an Ordinary Food-based Diet That Replicates Exclusive Enteral Nutrition. In: *Gastroenterology*. 2019, vol. 156(5), pp.1354-1367.
12. The effect of diet on disease activity and symptoms în patients with ulcerative colitis. Available from: <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03053713>.
13. Torres, J. et al. European Crohn's and colitis organization topical review on complementary medicine and psychotherapy în inflammatory bowel disease. In: *J Crohns Colitis*. 2019, vol. 13(6), pp. 673-685.

Autor corespondent:

Svetlana Țurcan, profesor
Disciplina de Gastroenterologie,
Departamentul de Medicină Internă,
USMF „Nicolae Testemițanu”
tel.: 37379436554,
e-mail: svetlana.turcan@usmf.md