

CROHNika²⁰¹⁴

A MAGYARORSZÁGI CROHN-COLITISES BETEGEK EGYESÜLETÉNEK kiadványa

A tartalomból:

3. oldal



Dr. Kovács Ágota
**A környezeti hatások
jelentősége**

11. oldal



Szekeres Anita
**Higiéniás elvárások
ételkészítés során**

4. oldal



Molnár Andrea
**Diétás ajánlások
belsőkiület esetén**

14. oldal



Horváth Katalin Beatrix
**Sztómaképző
műtét előtt**

13. oldal



Dr. Major János, Dr. Czelezs Judit
**Táplálás gyermekkori
Crohn-betegségben**

18. oldal



Pálffi Brigitta
**(Az MCCBE
új elnöke)**



MCCBE

Készítették:

Pálfi Brigitta
elnök

Molnár Andrea
főszerkesztő

Földvály Tamás
tördelőszerkesztő



MCCBE

MAGYARORSZÁGI
CROHN-COLITISES BETEGEK
KÖZHASZNÚ EGYESÜLETE

ELÉRHETŐSÉGEINK

1012 Budapest, Márvány u. 17.

EGYESÜLETI BEJEGYZÉS

11. Pk. 60618/97/2
Fővárosi Bíróság 7684. sorszám

EMAIL

mccb@mcce.hu

HONLAP

www.mccb.hu

Kedves Olvasó!

2014 júniusában a CROHNika újság ötödik számát olvashatja. Amennyiben még nem találkozott előző számainkkal, a Magyarországi Crohn-Colitises Betegek Egyesületének (MCCBE) honlapjáról (www.mccb.hu) PDF formátumban letöltheti.

A 2014-es számunkat a környezeti hatások jelentőségével kezdjük, majd rátérünk a betegség okozta bélszűkület problémájára, mivel azt tapasztaltuk az elmúlt évi munkánk során, hogy ezzel kapcsolatosan kaptuk a legtöbb kérdést. Hasznos információkat gyűjtöttünk össze a teljes bélszűkület megelőzéséről, a diétáról, műtét fontosságáról és az utógondozásról. Dietetikusaink újra receptötletekkel látják el az olvasókat a diéta betartásának elősegítésére. Az ételkészítés során kevesen gondolnak arra, hogy a bélbetegeknél különösen fontos a higiénés szabályok betartása, hogy megelőzzük a további betegségeket, amelyeket a szervezetbe kerülő kórokozók okozhatnak, ha nem tartunk be pár fontos higiénés szabályt. Az idén először külön cikkben olvashatnak a táplálás jelentőségéről gyulladásos bélbeteg gyermekeknél, amely a mikor, hogyan és mivel tápláljunk kérdéskört mutatja be. Természetesen a sztómával élő betegtársainkra is mindig gondolunk, amikor összeállítjuk az újság tematikáját, most is hasznos tanácsokat kaphatnak tapasztalt sztómaterápiás nővérünktől.

Gyakran mondják a bélbetegeknek, hogy szükséges lenne diétáznuk. A diéta görög eredetű szó, mint ahogy rengeteg, egészségügyben használt szakkifejezés is, a görög nyelv szavaiban pedig fontos hogy hová tesszük a hangsúlyt. A diéta szónál, ha a hangsúlyt a szó elejére tesszük *δίαιτα* (kiejtése: diéta), akkor valóban diétát jelent, azaz módosított étrendet. Ha középre tesszük a hangsúlyt, akkor a *δίαιτα* (kiejtése: diéta) már életmódot jelent. Dietetikusként azt gondolom, hogy e két jelentés nem áll messze egymástól, és talán nem véletlen hogy a magyarban az utóbbi kiejtést vettük át, hiszen ha valaki valóban szeretne egészségesebb lenni, kedvezőbb tápláltsági állapotba kerülni, akkor nem elegendő csak diétáznia, hanem szükséges az életmódon is változtatni, hogy a várva várt eredményt mielőbb elérje. A módosított étrend és a módosított életmód együtt alkalmazva hatékony igazán.

Molnár Andrea
főszerkesztő

Dr. Kovács Ágota (gasztroenterológus főorvos)

A környezeti hatások jelentősége

A Crohn betegség és a colitis ulcerosa (közös néven IBD) krónikus, az immunrendszer által közvetített gyulladásos betegség, melyre a hullámzó lefolyás, a kiújulás és a nyugalmi időszakok váltakozása jellemző.



Az elmúlt évtized igen sok eredményt hozott az IBD genetikai hátterének felderítésében. Kiderült azonban, hogy a genetikai eltérések önmagukban nem elegendőek a betegség kialakulásához. Egyértelmű, hogy bizonyos genetikai eltérések (polimorfizmusok) fontos kockázati tényezők, azonban – mint sok más betegségben – az IBD létrejöttében, lefolyásában a genetikai fogékonyságon kívül a környezeti hatásoknak döntő szerepe van.

Ma legfontosabb környezeti tényezőnek a **bélbaktériumokat** (bél mikrobióma) tekintjük IBD kialakulásában. Az emberi tápcsatornában élő baktériumok összetétele egyénenként változó és az egyénre jellemző, akár az ujjlenyomat. Minden külső hatás, mely a bél mikrobióma összetételét, működését, vagy az ezzel szorosan összefüggő bélnyálkahártya áteresztő képességét befolyásolja, másképpen fogalmazva minden olyan külső hatás, mely megváltoztatja a bél mikrobióma, az immunrendszer és a bélnyálkahártya együtthatását kiválthatja a betegséget, vagy annak aktivitását.

Kiderült, hogy a **dohányzás**, melyet az IBD-ben hosszú ideig a legfontosabb környezeti tényezőnek tekintettek, szintén a bélfloóra és a bél immunrendszerének együtthatását befolyásolja.

A bél mikrobiómára legnagyobb hatást az **étrend**, a táplálék összetétele gyakorol. Bizonyított a növényi rostok, különösen a vízdékony növényi rostok védő hatása, ezek csökkentik az IBD kialakulásának kockázatát. Talán ennek tulajdonítható elsősorban, hogy a természeti körülmények között, valamint a melegebb égövön élő, bő zöldség és gyümölcs fogyasztó népcsoportokban hosszú ideig ismeretlen volt az IBD. Ezzel szemben az előfordulási gyakoriság sokkal nagyobb volt az úgynevezett nyugati diétát tartó, rostszegény, zsírdús és finomított gabonatermékeket fogyasztó, iparosodott országok lakói között. Ezek a különbségek lassan elmosódnak a civilizált életkörülmények, és főleg az ezzel járó megváltozott étrend és életkörülmények elterjedésének következtében.

Ugyancsak bizonyított a telítetlen zsírsavak, különösen az **omega-3-zsírsav** védő hatása IBD kialakulása, vagy a már meglévő betegség fellebbanása ellen. Ezzel magyarázható a halat, halolajat nagy mennyiségben fogyasztók „védettsége”, de legalábbis csökkent hajlama IBD kialakulására, vagy a betegség aktiválódására. IBD-ben szenvedők között kimutatható a vérből a zsírsavak előnytelen összetétele, melyek anyagcsereje során gyulladáskeltő elemek keletkeznek.

Hogyan kell elképzelnünk a táplálék hatását a betegség kockázatának növelésére, vagy csökkentésére? A táplálék összetétele megszabja az egyénre jellemző baktérium flóra összetételét. A bélben élő baktériumok között vannak olyan törzsek, melyek gyulladáskeltő, vagy a bélnyálkahártyát károsító tényezőket termelnek. Nem megfelelő béltartalom esetén ezek túlsúlyra juthatnak. Ha ehhez genetikai hajlam társul, a krónikus gyulladás kialakulhat. Rostdús, főleg vízben oldódó rostokban gazdag növényi táplálék, sok zöldség és gyümölcs fogyasztása esetén viszont az előnyös tulajdonságú bélbaktériumok túlsúlya jellemző.

Kiváltó tényező lehet bizonyos **gyógyszerek** alkalmazása (elsősorban antibiotikumok, valamint a közismert néven reumaellenes szerek, szaknyelven nem-szteroid gyulladásgátlók). Az antibiotikumok a bél mikrobióma összetételét változtatják meg, a károsító baktérium törzsek javára. A nem-szteroid gyulladásgátlók a bélnyálkahártyát károsítják, áteresztőképességét fokozzák, ezzel a béltartalom káros elemeinek felszívódását, a bélbaktériumok bélfalba hatolását segítik elő.

Meg kell említeni a **D-vitamin** védő hatását, melynek a csont erősítésén kívül a gyulladásgátló immunfolyamatok erősítése is jellemzője. IBD-ben gyakori az alacsony vér D-vitamin szint. Ma már ennek pótlása hozzátartozik a gyógykezeléshez.

Neuroimmunológiai vizsgálatok bizonyítják a **stressz**, a depresszió, a szorongás, a kevés alvás IBD kiváltó hatását genetikai fogékonyság esetén. Ezek a központi idegrendszeri hatások a bél saját, úgynevezett autonóm beidegzésére hatva a nyálkahártya károsodását idézhetik elő, pl. a bélfalban futó erek fokozott összehúzódásával, a bélhámsejtek oxigén ellátásának csökkenésével, mely működési zavart okoz és kedvez a bélgyulladás kialakulásának.

Nagy jelentőségű a **testmozgás** előnyös hatása IBD-ben.

Mindezek az adatok fontosak a betegség lényegének megértéséhez. Meglepő azonban, hogy a környezeti hatások egyénenként változó mértékben jelentenek kockázatot a betegség kialakulására, vagy fellebbanására. További vizsgálatok szükségesek annak tisztázására, mi ezeknek a különbségeknek a magyarázata, miért betegszik meg, vagy esik vissza az egyik ember olyan környezeti hatásra, melyre a másik nem. Ugyancsak újabb adatok szükségesek a genetikai eltérések és az immunológiai történések közötti összefüggések további tisztázásához. Magyarázatra szorul az a tény is, hogy bizonyos környezeti hatások fordítottan hatnak colitis ulcerosában, mint Crohn betegségben (pl. a dohányzás).

A jövőbeni vizsgálatok legfontosabb célja, hogy a káros környezeti tényezők kiküszöbölésével, a jó hatású környezeti tényezők biztosításával olcsó és mellékhatások nélküli terápiát biztosítsunk az IBD-s betegeknek.

Diétás ajánlások szűkület esetén

A táplálkozás a mindennapokban annyit jelent, hogy az ember a környezetből olyan anyagokat vesz fel, melyek saját teste felépítésére, fenntartására használ, majd a már nem értékesíthető, feleslegessé váló részeket kiüríti. A szervezet dinamikus egyensúlyt tart fenn, amely folyamatos lebontást, felépítést, átépítést jelent a szervekben, szövetekben. A táplálék egészségnek, vagy egyes összetevőinek hiánya, vagy túlzott bevitel életfontosságú funkciók zavarához vezethet, és ha ez az állapot tartós további betegség lehet a következménye. Ezért ha egy bélbeteg diétázni kezd, fontos, hogy az orvos utasítása, és a dietetikus tanácsai alapján diétázzon.

Crohn betegeknél azért van különösen fontos jelentősége a személyre szabott tanácsadásnak, mert a betegség klinikai viselkedése, az érintett bélszakasz(ok), a betegség aktivitása, és a különböző műtétek utáni állapot mind mind befolyásolják a diétát.

A Crohn-betegség klinikai viselkedése alapján 3 főcsoportba sorolható:

1. olyan gyulladással járó, amely nem okoz sem szűkületeket, sem fisztulákat,
2. szűkületek kialakulásával járó,
3. fisztulák kialakulásával járó forma.

Az alábbiakban azokra fogunk fókuszálni, akiknél gyakran alakulnak ki szűkületek a bélrendszerükben. A szűkület okozta kellemetlen tünetek a következők lehetnek:

1. **fájdalom** (amikor a béltartalom áthalad a gyulladt, szűk bélszakaszon),
2. **elakadás érzés** (amikor fokozódik a bélmozgás, azért, hogy a durvarostot is tartalmazó bélsár átjusson a szűk szakaszon),
3. **bélfeszülés** (amikor az szűk terület felett feltorlódott béltartalomban erjedési és rothadási folyamatok indulnak meg, ami fokozott gázképződéssel járhat),
4. **hányinger és hányás** (súlyos esetben).

A szűkületet kezdetben az ödémás bélfal okozza, majd később a gyulladt bélfal megvastagodása, elmerevedése, hegesedése rontja az állapotot. A bél átmérője nem csak beszűkülhet, hanem nagyon súlyos esetben el is zárulhat. Ha elzáródik a bél, az életet veszélyeztető állapotot jelet, ekkor azonnali kórházi felvételre van szüksége a betegnek.

Előfordulhat, az is, hogy a betegség kezdetétől számított 7-10 évig a gyulladás jellege olyan, hogy sem fisztulák, sem szűkületek nem jelentkeznek, majd sajnos egyik vagy másik tünet idővel megjelenhet. Ha kezdetben a béltartalom áthaladását az érintett bélszakaszon a gyulladással ödéma akadályozza (megvastagodott, vizenyős bélfal szűkíti a béllument), erőteljes gyulladáscsökkentő gyógyszeres kezelésre általában javulnak a panaszok. Sajnos a javulás sokszor csak átmeneti,

a betegség újabb fellángolásakor, a gyulladás aktívabbá válásával újra beszűkülhet. Ha műtétilag eltávolításra kerül a beszűkült bélszakasz, több évig is nyugalomba kerülhet a betegség (főleg, ha fenntartó, gyulladást csökkentő kezelésben részesül). Előfordulhat, hogy 7-10 év után, a bélfal szerkezete átalakul (a tartós gyulladás szövődményeként), az egészségesen még vékony, rugalmas bélfal, vastaggyá, rugalmatlanná, merevvé válhat, ekkor már a gyógyszeres kezelés nem sokat képes segíteni, csak a műtét hozhat enyhülést a panaszokra. Ha valaki halogatja a műtétet annak súlyos következményei lehetnek. A szűkület feletti bélszakaszban pangás alakulhat ki, ami nyomásfokozódással járhat, mivel a bélperisztaltika folyamatosan próbálja a szűk területen átpréselni a béltartalmat. A béltartalom felgyülemelésének a következményei lehetnek a fent említett panaszokon kívül (fájdalom, bélfeszülés érzés stb.) kiterjedt fisztularendszerek, tályogok kialakulása. Súlyos esetben a bélfal áteresztővé válhat, és kórokozók tucatjai juthatnak át bélfalon, ahol újabb gyulladást okoznak, illetve nagyon ritkán, de ki is lyukadhat a bélfal, és a béltartalom a hasüregbe kerülhet. Ez már annyira kritikus állapot, hogy azonnali műtétet igényel a beteg, ahhoz, hogy az életét megmentsék. A fent említett súlyos szövődményeket akkor lehet megelőzni, ha a beteg időben rászánja magát a műtétre, még az előtt mielőtt nagyon beszűkülne a béllumen. Ha a gasztroenterológus és a sebész is javasolja a műtétet, akkor higgyék el, hogy ez a műtét nélkülözhetetlen az Önök számára, mert mindaddig nem javasolja a gasztroenterológus a műtétet, amíg van egyéb eszköz a kezében, amivel kezelhető az állapot. Mikor a konzervatív módszerek nem hatékonyak, csak abban az esetben küldi sebészhez a beteget. Miután meghozta a döntését a beteg, és bejegyeztet a műtétbe, akkor arra kellene törekednie, hogy minél jobb tápláltsági állapotba kerüljön a műtét napjáig. A megfelelő tápláltsági állapotú (több mint 20 kg/m² a BMI-je) betegeknél gyorsabban gyógyulnak a műtéti sebek, kevesebb a szövődmény, rövidebb a kórházi tartózkodás, és rövidebb a lábadozási időszak otthon, mint az alultápláltaknál. A roborálás során arra szükséges odafigyelni, hogy ne csak a teljes testtömegünk növekedjen, hanem az izomtömegünk is. Ezt úgy lehet elérni, ha elegendő fehérjét fogyasztanak és mellette mozognak is, a kettő együtt hatékony igazán. Ha sok fehérjét fogyasztanak, de nem mozognak, akkor a fehérje nem tud teljes mértékben beépülni, ha sokat mozognak, de nem esznek elegendő fehérjét, akkor a szervezet a saját izomfehérjéjét is elégeti energianyerés céljából.

Mit tehet, ha szűkületek kialakulására hajlamos a Crohn betegsége?

1. A kezdeti szakaszban, amikor még csak az ödéma, a vizenyős bélfal okozza a szűkületes tüneteket, szigorúan és hosszú távon betartja az előírt gyulladáscsökkentő terápiát. Amennyiben gyógyszert kap, ügyeljen rá, hogy megfelelő mennyiségben, és megfelelő ideig fogyassza. Ha infúziós, vagy injekciós kezelést kap, akkor rendszeresen meg kell jelennie a kórházban, a kezeléseket kivitelezése érdekében. Valamint be kell tartani a rotszegény diétát, mindaddig, amíg a gyulladás okozta vizenyő szűkíti a bélszakaszt. Ha a gyulladás csökken, a panaszok enyhülnek, a diéta is bővíthető.

2. Ha a bélfal a tartós, vagy a gyakran ismétlődő gyulladás következményeként kórosan átalakult (megvastagodott, rugalmatlanná, merevvé vált), és emiatt a szűkület már állandósul, akkor is be kell tartani a gyulladáscsökkentő kezelést, azért, hogy a szűkült béllumenben az étel áthaladását, ne rontsa tovább a gyulladás okozta bélfal-ödéma. A rotszegény, vagy súlyos esetben rostmentes étrendet a műtét napjáig szükséges betartani. A műtét után, szépen lassan bővíthető a diéta.

Hogyan táplálkozzon, ha szűkületek vannak a bélrendszerében?

Kövesse az egészséges táplálkozás főbb elveit, és módosítsa az étrendet az orvos és a dietetikus javaslatai alapján:

Főbb szempontok	Egészséges táplálkozás	Béltetegeknél javasolt módosítás
Napi étkezések száma	5	5-7 Ha egyszerre csak kisebb mennyiséget tolerál pl. szűkületek esetén.
Napi energia szükséglet	kb. 30 kcal / ttkg Pl. 60 kg esetén pl. 1800 kcal, átlagos fizikai aktivitás esetén.	20-40 kcal / ttkg Ha a testtömeg növelés a cél: 30-40 kcal/ttkg. Ha a testtömeg csökkentés: 20-25 kcal/ttkg.
Napi tápanyagbevitel energia %-os megoszlása.	fehérje: 15en%, zsír: 30en%, szénhidrát: 55en% Az egyes tápanyagokra vonatkoztatott energia-bevitel legyen kiegyensúlyozott. A megfelelő testösszetétel, azaz az ideális izom és zsír arány elérése, és megtartása céljából.	fehérje: 15-20en%, zsír: 20-30en%, szénhidrát: 55en% A fehérjebevitel növelése szükséges pl. a gyulladás fokozódása esetén, műtét után a felépülés idejére, izomtömeg növelése esetén, alacsony albuminszintnél. A zsíradékbevitel csökkentése szükséges hasmenések idején, zsírfelszívódási zavar esetén, túlsúly estén, ha a testtömeg csökkentés a cél.
Napi tápanyagbevitel testtömeg kilogrammra vonatkoztatva	fehérje: 0,8 g / ttkg, zsír: 1,0 g / ttkg, szénhidrát: 4-5 g / ttkg	fehérje: 1,0-1,5 g/ttkg, zsír: 0,6-1 g/ttkg, szénhidrát: 4-8 g / ttkg Bizonyos állapotokban szükséges a fehérjebevitel növelése, és a zsírbevitel csökkentése pl. műtét utáni lábadozás idején.
Főétkezések (reggeli, ebéd, vacsora)	Mindig tartalmazzanak állati eredetű fehérjét (hús, tojás, tejtermék), az esszenciális aminosavak biztosítására, és az izomtömeg megőrzése érdekében.	Mindig tartalmazzanak állati eredetű fehérjét (hús, tojás, tejtermék). Enyhébb tejcukor érzékenység esetén válassza a tejcukorban szegényebb tejtermékeket pl. joghurt, túró, kemény sajt, ha nagyon érzékeny, akkor válasszon „tejcukor / laktóz mentes” tejtermékeket. A húst és a tojást kevés zsíradék felhasználásával készítse, és csak enyhén fűszerezze.

ttkg = testtömeg kilogramm, en% = energiaszázalék

Miből mennyit együnk egy étkezésre, és egész nap?

Ez attól függ, hogy hány évesek vagyunk, milyen a testtömegünk, végünk-e fizikai munkát, sportolunk-e, illetve, hogy milyen a betegségünk természete. Mivel minden ételmisszerünknek, más és más a tápanyag összetétele nehéz meghatározni, hogy miből mennyit is együnk. Egyszerűbb, ha a bonyolult, hosszadalmas számolásokat mellőzzük, és inkább egységekben gondolkodunk.

Az egészséges táplálkozás során naponta:

- a) **2-3 egységet kellene fogyasztani a hús és húskészítményekből**
- b) **3-4 egységet tejtermékből**
- c) **5-8 egység zöldségből és gyümölcsből**
- d) **5-9 gabonafélékből**

Főbb élelmiszer csoportok és a napi egységek	Egészséges táplálkozás			Bélt betegeknek javasolt módosítás
	Egész nap	Egy egység	Két egység	
Húsok, húskészítmények	2-3 egység	50-100 g csont nélküli hús (pulykahús, csirkehús, marhahús, hal) 50-100 g felvágott 1 db nagyobb vagy 2 kisebb virsli		A sovány húsok javasoltak, főleg főzve és párolva, nem bő olajban sütve. A szín húsok (bőr, csont porc nélkül) szűkület esetén is biztonságosan fogyaszthatók mert gyakorlatilag nincs rosttartalmuk.
Tej és tejtermékek	3-4 egység	2 dl tej, 1,5 dl joghurt, kefir, 1 dl tejföl, 50 g túró, 2 szelet sajt (kb. 30-50 g), 1 db kockasajt		Enyhébb tejcukor érzékenység esetén válassza a laktózban/tejcukorban szegényebb tejtermékeket pl. joghurt, túró, kemény sajt, ha nagyon érzékeny, akkor válasszon „tejcukor/laktóz mentes” tejtermékeket. Hasmenések esetén a zsírszegényebb tejtermék fogyasztása javasolt pl. sovány túró, csökkentett zsírtartalmú, light sajtok. Szűkület esetén a natúr tejtermékek biztonságosan fogyaszthatók.
Zöldségfélék, gyümölcs	5-8 egység	1 db alma, őszibarack, nektarin, 1 db paradicsom és paprika, 1 darab sárgarépa, 1 adag saláta (100-150 g) 1,5 dl zöldséglé	1 db banán (kb. 200 g), 1 adag burgonya (kb. 200 g), 1 adag főzelék (kb. 200 g), 1 adag párolt zöldkötet	Súlyos hasmenések idejére, illetve bélszűkületek esetén korlátozzuk a durvarost tartalmú zöldségek és gyümölcsök fogyasztását.
Gabonafélék	8-9 egység	1 szelet kenyér (kb. 60 g), 1 kifli (kb. 44 g), 1 zsemle (kb. 54 g), 1 szelet kalács (kb. 50 g), 1 adag gabonapehely (kb. 40 g)	1 adag pizza; 1 adag főtt tészta (kb. 200-240 g), 1 adag párolt rizs (kb. 200-240 g)	Súlyos hasmenések idejére, illetve bélszűkületek esetén korlátozzuk a teljes kiőrlésű gabonából készült pékárukat, valamint a korpával, olajos magvakkal dúsított kenyérféléket, továbbá a teljes kiőrlésű gabonából készült száraztésztaikat, és a barna rizst.

Étrendmódosítás bélszűkületek fennállása esetén:

Mindig az orvos határozza meg, a vizsgálati eredmények és a panaszok alapján, hogy milyen súlyos a bélszűkület, és ennek függvényében történik a diéta elrendelése:

- Kiseb mértékű szűkület esetén:** csak a durva, vízben nem oldódó rostok mennyisége kerül korlátozásra.
- Közepes mértékű szűkület esetén:** a napi teljes rostbevitel is korlátozásra kerül (a durva rostok mellett a finomrostok, azaz a vízben oldódó rostok napi és az egyszeri étkezésre elfogyasztott mennyisége is korlátozásra kerül).
- Súlyos mértékű szűkület esetén:** szinte rostmentes táplálkozás szükséges.

Egészséges táplálkozás során a javasolt a napi rostszükséglet kb. 30 g. Az orvos a bélszűkület fennállása esetén korlátozhatja és lecsökkentheti a napi összes rostbevitelt (kb. 15 g-ra, súlyosabb esetben 5 g-ra is). Természetesen nem csak mennyiségi, hanem minőségi korlátozást is elrendelhet az orvos, vagyis a

durva rostok (vízben nem oldódó élelmi rostok) minimálisra csökkentését, és inkább a finomabb rostok (vízben oldódó élelmi rostok) arányának növelését.

A beszűkült bélszakasz kímélése szempontjából fontos, hogy egyszerre mennyi rost próbál átjutni a szűk területen, ezért különösen oda kell figyelni, hogy egy étkezés alkalmával mennyi rostot fogyaszt a diétázó.

- Alacsony az adott étkezés rost tartalma, ha 1 adagjában < 1 g rost van.**
- Közepes az adott étkezés rost tartalma, ha 1 adagjában 1-4 g rost van.**
- Magas az adott étkezés rost tartalma, ha 1 adagjában > 4 g rost van.**

Ha kismértékű a szűkület, akkor lehetőség szerint az egy étkezésre elfogyasztott rost mennyisége ne haladja meg a 4 g-ot. Közepes szűkületnél ne haladja meg a 2 g-ot. Súlyos szűkület esetén legyen kisebb, mint 1 g. Például 1 közepes alma kb. 100 g, aminek meghámozva és kimagozva a rost tartalma 3,7 g. Tehát, ha a betegnek kisebb szűkülete van, akkor egy étkezésre maximum egy almát ehet, ha közepes szűkülete, akkor csak egy felet, ha súlyos szűkülete van akkor nem ehet almát.

Besorolás	Élelmiszerek
Alacsony rosttartamú élelmiszerek (< 1g rost/100g termék) <i>Ezekből bátran fogyaszthat a bélszűkületes beteg!</i>	hús (bőr, csont, porc nélkül), hal (bőr, száka nélkül), sovány felvágottak, virsli rizs: hántolt, fényezett natúr tejtermékek: tej, laktóz mentes tej, joghurt, kefir, túró, sajt sós pékáruk: kifli, vajás és sós pogácsa, perec édes pékáruk: briós, foszlós kalács, túrós batyu, túrós lepény, túrós rétes gyümölcsök: szűrt almalé, egyéb alacsony rosttartalmú, szűrt gyümölcslé italok: szénsavmentes ásványvizek, tea egyéb: rostmentes iható és por alapú tápszerek
Közepes rosttartalmú élelmiszerek (1-4 g rost/100g termék) <i>Ezekből csak korlátozott mennyiségeket fogyaszthat a bélszűkületes beteg!</i>	zöldségek: burgonya, sárgarépa, fejes saláta, szelő tök (hámozva), padlizsán (hámozva), cukkini (hámozva, mag nélkül), uborka (hámozva, mag nélkül), kígyóuborka (hámozva, mag nélkül), póréhagyma, paradicsom (héj, és mag nélkül), és paradicsom püré, paprika zöldbab gyümölcsök: alma (hámozva, mag nélkül), banán, cseresznye stb. gabona: zabpehely kenyérfélék, pékáruk, gabonakészítmények: fehér lisztből készült száraz tészta, fehér lisztből készült pékáruk pl. Erzsébet kenyér, zsemle, kuglóf stb.
Magas rosttartalmú élelmiszerek (> 4 g rost / 100 g termék). <i>Ezeket az élelmiszereket lehetőség szerint kerülje el bélszűkületes beteg!</i>	zöldségek: brokkoli, borsó, lencse, kukorica gyümölcsök: meggy, málna, szilva, szőlő olajos magvak: dió, mogyoró, mák, napraforgó, tökmag, kókuszreszelék

Tápanyagokra és egészségre vonatkozó állítások a megvásárolt kész vagy félkész élelmiszerek címkéjén, illetve csomagolásán: A bélt betegeknek kedvezőek azok az élelmiszerek, melyekkel kapcsolatosan a következő állítások szerepelnek a csomagoláson vagy a címkén: FEHÉRJE FORRÁS, FEHÉRJÉBEN GAZDAG, ZSÍRMENTES, ZSÍRSZEGÉNY

FEHÉRJE FORRÁS
felirat olvasható azokon az élelmiszereken, amely élelmiszer energiaértékének legalább 12%-át fehérje biztosítja.

FEHÉRJÉBEN GAZDAG
felirat olvasható azokon az élelmiszereken, amelyek energiaértékének legalább 20%-át fehérje biztosítja.

ZSÍRMENTES
állítás olvasható az élelmiszereken, ha a termék zsírtartalma nem haladja meg a 0,5 g/100 g vagy a 0,5 g/100 ml határértéket.

ZSÍRSZEGÉNY
állítás olvasható az élelmiszereken, ha a termék zsírtartalma nem haladja meg a 3 g/100 g határértéket szilárd anyagok esetében, vagy az 1,5 g/100 ml határértéket folyadékok esetében.

ALACSONY CUKORTARTALMÚ
állítás olvasható azokon az élelmiszereken amelyek cukortartalma nem haladja meg az 5 g/100 g határértéket, szilárd anyagok esetében, vagy a 2,5 g/100 ml határértéket folyadékok esetében.

Szűkület, illetve akut fellángolások esetén kerülni szükséges azokat az élelmiszereket, melyek címkéjén az alábbi állítások szerepelnek: ÉLELMIROST-FORRÁS, ÉLELMI ROSTBAN GAZDAG.

ÉLELMIROST-FORRÁS
állítás olvasható azokon az élelmiszereken, amelyek élelmirost-tartalma 3 g/100 g vagy 1,5 g/100 kcal.

ÉLELMI ROSTBAN GAZDAG
állítás olvasható azokon az élelmiszereken, amelyek élelmirost-tartalma legalább 6 g/100 g vagy 3 g/100 kcal.

Diétájával kapcsolatos kérdéseivel forduljon a beteggyógyesület dietetikusaihoz!



Rostszegényen

Mint minden betegségben, a gyulladással járó bélbetegségben is fontos szabály, hogy az étrend összetételét mindig a beteg aktuális állapotához igazítsuk. Nehéz általánosságban étrendmódosítást javasolni, mert igen sok tényező befolyásolja a diéta jellegét (életkor, betegség súlyossága, kiterjedtsége, társbetegségek, tápláltsági állapot, előző műtétek jellege stb.). Javasoljuk, étrendje összeállításában kérje ki dietetikus szakember tanácsát.

Szűkület esetén az ételek rosttartalmát csökkenthetjük:

- tudatos élelmiszerválogatással (olyan élelmiszereket válasszunk, amelyeknek eleve kicsi a rosttartalma)
- szigorúan kerüljük el a durva, nem vízoldékony rostokat (korpák – búzakorpa, rozskorpa; gyümölcsök és zöldségek héj és mag részei, nagy rosttartalmú főzelékek – hüvelyesek, zöldborsó; fás zöldségek, olajos magvak, pattogatott kukorica)
- távolítsuk el azokat a részeket, amelyeknek nagy a rosttartalma (hámozzuk meg, magozzuk ki a gyümölcsöket, zöldségeket)
- a rostban gazdag ételeket passzírozzuk át (ne csak turmixoljuk, mert attól ugyan kisebb méretű lesz a rost nagysága, de az összes rost mennyiség nem változik. Csak sűrű szitán való átpasszírozás képes csökkenteni a rosttartalmát)



Ne feledje, gyulladással járó bélbetegségben is szüksége van a rostok jótékony hatására. De a rostok mennyiségét és minőségét mindig az aktuális állapotához kell igazítani! Nyugalmi periódusban lehet bátrabban finom rostokat fogyasztani, de akut hasmenéses állapotban átmenetileg vissza kell szorítani a rostok bevitelét.

Ne feledje, megszorításra van szükség:

- bélszűkület fennállása esetén
- bélműtétek előtt és után
- vastagbél tükrözéses vizsgálat előtt minimum 3 nappal

Amennyiben az imént felsoroltak bármelyike igaz Önre, tekintse meg a következő mintaétlapot, válogasson a 3 „kiragadott” nap (csütörtök-szombat) menüi közül, nézze meg mennyi energiát, tápanyagokat (fehérjét, szénhidrátot, zsírt) és rostot tartalmaznak az adott ételek.

FORRÁS: kivonat, az MCCBE dietetikusai által összeállított „Crohn betegség táplálásterápiája bélszűkületek esetén” szakmai anyagból.

	HÉTFŐ	KEDD	SZERDA	CSÜTÖRTÖK	PÉNTEK	SZOMBAT	VASÁRNAP
REGGELI	Lágy tojás, margarin, zsemle, gabonakávé	Tonhalkrém, kenyér, tea	Kapros túrókrém, zsemle, gabonakávé	Húskrém, kenyér, tea	Sárgarépás tojáskrém, kifli, tea	Csirkesonka, light margarin, zsemle, tea	Pirított kalács, margarin, jam, gabonakávé
TÍZÓRAI	Kalács, vaníliás szójatej	Banános túró, keksz	Almakompót, babapiskóta	Őszibarackturmix	Gyümölcsjoghurt (nem aprómagvas)	Keksz, almapüre	Rostszegény extrudált gabonaszélet, sajt
EBÉD	Zöldségleves püré (sárgarépa burgonya), párolt vagdalt, kefir burgonya főzelék	Csirkehúsleves, főtt csirkemell, almamártás, pirított dara	Paradicsom leves zöldséges csirke-tekercs, tejmentes burgonyapüre	Rizsleves, sajtputing, salátafőzelék	Húsgaluska leves, diétás máglyarakás	Rántott leves, rakott cukkini, tejmentes kapormártás	Őszibarack leves grillezett afrikai harcsa, ½ adag párolt bóbirepa, ½ adag párolt rizs
UZSONNA	Gyümölcsös zabkása	Rostszegény extrudált gabonaszélet, házi sajtkrém	Banános-narancsos turmix, keksz	Almáslinzer	Rostszegény extrudált gabonaszélet, gépsonka	Banán	Sült alma, keksz
VACSORA	Sonkakrém, kenyér, tea	Baromfivirslí, sajt, kenyér, tea	Túrógombóc, tápszeres vaníliaöntet	Jércesaláta, kenyér, tea	Házi csirkemájpástétom, zsemle, tea	Töltött tojás csöben sütvé, kenyér, tea	Hideg csirkemell-vagdalt, saláta, kefir, kenyér



HÚSKRÉM

Hozzávalók (4 személyre)

100 g párolt csirkemell, 1 teáskanál napraforgóolaj, 50 g margarin, só. A diétás tartármártáshoz: 1 db főtt tojás, 0,5 dl natúr joghurt, só, ½ mokkáskanál porcukor, citromlé, fehérbors

Elkészítés: A csirkemellet megmossuk, enyhén besózzuk. Teflon edénybe kevés olajon puhára pároljuk. Kivesszük egy tányérra, és kihűtjük. Ez alatt elkészítjük a diétás tartármártást. A megtisztított főtt tojást kettévágjuk, a sárgáját kiemeljük. Villával összenyomjuk, hozzáadjuk a joghurtot, és simára keverjük. Ízesítjük porcukorral, fehérborssal, citromlével. A csirkemellet és a főtt tojásfehérjét kockára vágjuk, majd egy aprítógép segítségével pépesítjük. Hozzáadjuk a diétás tartármártást, és alaposan összedolgozzuk.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
470,4 kJ / 112 kcal	8,0 g	8,0 g	1,8 g	0,0 g



ŐSZIBARACKTURMIX

Hozzávalók (1 személyre)

100 g őszibarack, 200 ml rizstej (vagy por alapú tápszerből készített ital), néhány csepp citromlé, ízlés szerint vaníliás cukor

Elkészítés: A hámozott őszibarackot és rizstejet kevés vaníliás cukorral összeturmixoljuk.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
945 kJ / 225 kcal	1,1 g	2,0 g	50,2 g	1,7 g



RIZSLEVES

Hozzávalók (4 személyre)

30 g rizs, 20 ml napraforgóolaj, 100 g sárgarépa, 0,5 dl natúr paradicsomlé, 1 kávéskanál liszt, zöldborsó, póréhagyma, 1 kávéskanál édes nemes fűszerpaprika ½ csokor zöldpetrezselyem, só

Elkészítés: Kevés olajon megpároljuk a karikára vágott sárgarépát és petrezselyemgyökeret. Meghintjük kevés liszttel és édes nemes pirospaprikával. Felengedjük vízzel, sózzuk, hozzáadjuk a natúr paradicsomlevet. Tehetünk bele ízesítés céljából 1 db póréhagymát és zöldborsót, amit később kivesszünk. Jól összeforraljuk, és hozzáadjuk a megmosott rizst. Készre főzzük.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
384,3 kJ / 91,5 kcal	1,7 g	4,7 g	10,6 g	1,7 g



SAJTPUDING

Hozzávalók (4 személyre)

100 g sovány sajt, 400 ml laktózmentes tej (helyette zsírszegény húslevessel is készíthetjük), 50 g margarin, 50 g búzaliszt, 3 db tojás, só

Elkészítés: A margarint és a lisztet habzásig melegítjük, majd felrehabozzuk a lábast, és felengedjük a tejjel. Összeforraljuk, ezután a besamelmártáshoz hozzáadjuk a tojások sárgáját és a reszelt sajtot. A fehérjét kemény habbá verjük, és óvatosan a masszához keverjük. Margarinnal kikent, zsemlemorzsaival meghintett őzgerincformát félig megtöltünk a puding anyagával. Tepsibe vizet teszünk, beleállítjuk az őzgerincformát, és előmelegített sütőben 20 percig gőzöljük. Kissé kihűtjük, és ezután szeleteljük.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
1129,7 kJ / 270 kcal	15,4 g	16,3 g	10,2 g	0,7 g



SALÁTAFŐZELÉK

Hozzávalók (4 személyre)

2 kis fej saláta (300g), 250 ml kefir vagy joghurt, 100 g burgonya, 2 evőkanál liszt, só, kapor

Elkészítés: A kockára vágott burgonyát sós vízbe téve félig megfőzzük, ezután hozzáesszük a megmosott, metéltre vágott fejes salátát. Sóval, kaporral ízesítjük, kefir (joghurtos) habarással sűrítjük, és készre főzzük.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
394,8 kJ / 94 kcal	4,4 g	2,6 g	13 g	2,06 g



ALMÁS LINZER

Hozzávalók (15 darab)

400 g liszt, 150 g porcukor, 20 dkg margarin, 1 tasak sütőpor, 1 tasak vaníliás cukor, 2 evőkanál citromlé, 1 db tojás, 1,2 kg alma (tisztítva 800 g alma), 50 g cukor, 1 mokkáskanál fahéj

Elkészítés: A lisztet a cukorral, a sütőporral, a vaníliás cukorral elkeverjük, a margarinnal elmorzsoljuk. Összegyúrjuk a tojással és citromlével. Kettévesszük a tésztát, lapokat nyújtunk belőle. Az almát lereszeljük és összekeverjük cukorral, fahéjjal. A tepsibe helyezük az egyik tésztafelét, rákenjük az almát, ennek tetejére tesszük a másik lapot, megkenjük felvert tojással, megszurkáljuk a tetejét, és előmelegített sütőben 180°C-on 45 perc alatt készre sütjük.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
1111,8 kJ / 265 kcal	3,9 g	10,3 g	38,5 g	1,58 g

DIÉTÁS MÁGLYARAKÁS

Hozzávalók (8 személyre)

250 g babapiskóta (készülhet kész piskótából, kétszersültből vagy kalácsból is), 250 g zsírszegény tehéntúró, 90 g kristálycukor, 2 csomag vaníliás cukor, 2 evőkanál citromlé, 1 csomag pudingpor (hidegen kikeverhető), 800 g alma (tisztítva 500 g alma), 800 ml kókusztej vagy rizstej, 20 g margarin, 4 db tojás

Elkészítés: Egy jénai tálat kevés margarinnal kikenve előkészítjük. A sütőt előmelegítjük. 5 dl rizs/kókusztejet kevés cukorral felforralunk, és leforrázzuk a babapiskótákat (egy edény fölé szűrőbe tesszük, és ráöntjük a forró tejet). A jénai tál aljára egy sort rakunk a tejes babapiskótából (kb. a felét). A pudingporból 3 dl tejrel hidegen pudingot készítünk, és ezt rákenjük a babapiskótára. Az almát meghámozzuk, lereszeljük, kevés citrommal és cukorral ízesítjük. Ezt az ízesített gyümölcsöt a puding tetejére tesszük. Ezután a túrot kikeverjük két tojássárgájával, egy evőkanál cukorral és 1 csomag vaníliás cukorral. Az így elkészült túrókrém az alma tetejére kerül. Ezután befedjük a pudingos, almás, túrós „rakást” a maradék leforrázott babapiskótával. Kikeverünk két tojás sárgáját a megmaradt vaníliás cukorral, amit a sütemény tetejére kenünk. A bemelegített sütőben közepes lángon megsütjük a máglyarakást 180°C-on 40 perc alatt. A négy tojás fehérjét kevés cukor és citromlé hozzáadásával kemény habbá verünk. Amikor a babapiskóták már kissé megpirultak az édesség tetején, kivesszük azt a sütőből, ráhalmozzuk a keményre vert tojás habot, majd további 200°C-on 4-5 perc alatt készre sütjük.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
1184,4 kJ / 282 kcal	10,5 g	6,6 g	44,3 g	1,85 g

HÁZI CSIRKEMÁJPÁSTÉTOM

Hozzávalók (8 személyre)

50 g csirkemáj, 100 g csirkemell, 50 ml napraforgóolaj, 1 db főtt tojás, 150 g light margarin, 1 kiskanál fűszerpaprika, majoránna, fehérbors, só ízlés szerint

Elkészítés: A csirkemellet csíkokra vágjuk, és kevés olajon átfutatjuk. Ezután kevés víz hozzáadásával fedő alatt puhára pároljuk. Mikor már majdnem elkészült a hús, hozzáadjuk a csirkemájat és a fűszereket, és még 5 percig főzzük. Még langyosan, finomlyukú húsdarálón kétszer átdaráljuk (használhatunk elektromos pépesítőt is). A margarint kikeverjük, hozzáadjuk a lereszelt tojást, és az összepépesített csirkemáj húst, majd alaposan összedolgozzuk. Szükség szerint utóízestjük.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
743,7 kJ / 177 kcal	10,4 g	14,1 g	1,7 g	0,2 g

RAKOTT CUKKINI

Hozzávalók (4 személyre)

600 g tisztított cukkini, egy kis fej fehér hagyma, 50 g paradicsompüré, 400 g darált pulykamell, 100 g fehér rizs, 400 ml bio rizskrém, 100 g sovány sajt, 1 db tojás, 50 ml napraforgóolaj, só, oregánó

Elkészítés: Az apróra vágott hagymát megfonnyasztjuk az olajon, hozzáadjuk a darált húst, fűszerezzük, belekeverjük a paradicsompürét, és fedő alatt kb. 10 percig pároljuk. A tisztított cukkinit kockára vágjuk, és zsiradék hozzáadása nélkül, kb. 5 perc alatt félpuhára sütjük, majd a leszűrjük, mert a zöldség sütés közben levet enged. A rizst sós vízben megfőzzük. Ha kész, összekeverjük a párolt darált hússal és félretesszük. Egy tűzálló tálba rétegezzük a hozzávalókat. Legalulra teszünk egy réteg sült cukkinit. Erre kerül a rizshús, amit megöntözzük a felvert tojás és a rizskrém keverékének a felével, amelyre újabb cukkini réteget teszünk. A tetejére tojásos rizskrémet és reszelt sajtot rakunk. Tető nélkül sütjük 20-25 percig 180°C-on.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
2185 kJ / 520 kcal	37,2 g	24 g	38,1 g	1,08 g

TÖLTÖTT TOJÁS CSŐBEN SÜTVE

Hozzávalók (2 személyre)

4 db tojás, 50 g gépsonka, 100 ml natúr joghurt, 30 g margarin, csipetnyi só, szerecsendió, zöldpetrezselyem, só, fehérbors, zsemlemorzsa. A mártás összetevői: 40 g margarin, 40 g liszt, 400 ml rizstej, 100 g sovány sajt, 1 db tojás, só, szerecsendió

Elkészítés: A tojásokat keményre főzzük, lehűtjük. Kettévágjuk a meghámozott tojásokat, és a sárgáját egy keverőtálba tesszük, amelyhez hozzáadjuk az apró kockákra vágott gépsonkát, egy teáskanál margarint és a natúr joghurtot. Ízesítjük egy csipet sóval, zöldpetrezselyemmel és szerecsendióval. Egy jénai tálat kikenünk margarinnal, meghintjük zsemlemorzssával. A kikevert tojáskrémrel megtöltjük a félbevágott tojásfehérjéket úgy, hogy ne csak az üregébe, hanem az egész felületére jusson a töltelék. Villával kicsit megmintázzuk. Ezek után a jénai tálba állítjuk a töltött tojásokat. Elkészítjük a mártást: a margarint és a lisztet habzásig melegítjük egy edényben, majd félrehúzzuk azt, és a rizstejjel felengedjük. Simára keverjük, fűszerezzük, visszatéve a tűzre összeforraljuk. Ha elkészült, kissé kihűtjük, utána hozzáadjuk a felvert tojást, és a reszelt sajt felét. Ezzel a mártással öntjük le a töltött tojásokat, a megmaradt reszelt sajttal megszórjuk a tetejét, és sütőben megsütjük 10-15 perc alatt 180°C-on.

Tápanyagtartalom 1 főre

Energia	Fehérje	Zsír	Szénhidrát	Élelmi rost
2700,6 kJ / 643 kcal	38,3 g	34,8 g	43,3 g	1,89 g

Szekeres Anita (dietetikus)

Higiénés elvárások ételkészítés során

Az élelmiszerek higiénés biztonságát több tényező is veszélyeztetheti. Ide tartoznak a biológiai és mikrobiológiai veszélyek (baktériumok, vírusok, gombák, paraziták), a kémiai anyagok (tisztítószerek esetleges maradványai), és fizikai anyagok (idegen tárgyak).



Mielőtt az ételkészítéshez kezdenénk, bizonyosodjunk meg róla, hogy tiszta környezetben fogunk-e dolgozni. A tűzhely, a mosogató, az asztal, a konyhai edények és evőeszközök megfelelően



vannak-e letisztítva, nincs rajtuk semmilyen szennyeződés.

Mielőtt a konyhába lépünk, alaposan mossunk kezet, gondoskodjunk a körme-

ink tisztaságáról, hajunkat tűzzük fel, és védőkötényt is használjunk. Ékszerket, órát ne viseljünk!

Mindig tiszta konyharuhát, és fogókesztyűt használjunk, mert ezekben is könnyen megtelepedhetnek kórokozók. Az ételkészítés során ne dohányozzunk, és ne használjunk légfrissítőket sem. Ha sérülés van a kezünkön, azt vízálló tapasszal kell lefedni és kesztyűt vagy ujjvédőt is kell viselni.

Az élelmiszerek tárolása az egyik legfontosabb kiindulópontja a megfelelő higiéné betartásának. A hűtőszekrényben külön rekeszekben, vagy lezárási dobozban helyezük el a zöldségeket, gyümölcsöket. Az egyes élelmiszercsoportokat célszerű egymáshoz közel helyezni, így a lejárat dátumokat is egyszerűbben tudjuk ellenőrizni. Mindig azokat a termékeket tegyük előtérbe, melyeknek közel van a lejárat dátuma. Lejárt terméket sose fogyasztsunk el! Fontos, hogy a hűtőszekrénybe

sose helyezzünk meleg ételt, valamint az ajtaja záródása tökéletes legyen.

A fagyasztott élelmiszerekre külön figyelmet kell fordítani. A helyes felengedés a mélyhűtőből a hűtőszekrénybe való áthelyezéssel kezdődik. Ha sürgősen van szükség a lefagyasztott alapanyagra, akkor folyó hidegvízzel meggyorsíthatjuk a felengedés időtartamát. Amikor felolvadt a termék, akkor használatig hűtőszekrényben kell tárolni, és 24 órán belül fel kell használni. Az ételt felengedés után újra lefagyasztani tilos!

Bizonyosodjunk meg róla, hogy a használni kívánt konyhai elektronikus eszközök nem balesetveszélyesek, például nem tört meg a konnektorba helyezhető dugó zsinórja.

Amikor elkészült az étel, a tálalásnál is figyeljünk a tisztaságra és az ízléses területekre. Mosogatásnál mindig használjunk meleg vizet és zsíroló mosogatószereket.



A törölgetés is veszélyforrás lehet. Inkább hagyjuk az edényeket lecsöpögni és maguktól megszáradni. Csak ezek után helyezzük vissza az eredeti helyükre.

A tápláltsági állapot szerepe gyulladásos bélbetegek esetében, sebészeti beavatkozásokat megelőzően



A krónikusan (hosszú-távon) fennálló betegségek negatívan befolyásolják a tápláltsági állapotot és a testösszetételt. Nincs ez másként a gyulladásos bélbetegségek esetében sem. A betegség-

gel járó panaszok, tünetek (emésztési panaszok, hasmenés, fájdalom, láz, gyulladásos folyamatok, fisztulák, szűkületek) kapcsán a testösszetétel, a vitamin-, és ásványianyag-ellátottság negatív változásokon mennek keresztül. Ezen változások hatására számtalan olyan folyamat indul be a szervezetben, amely csökkenti a természetes védekezőképességet, az úgynevezett immunfunkciókat, és többek között a szervezetünk fokozott energiaszükségletéhez vezetnek. A fokozott energiaszükségletet azonban nagyon nehéz biztosítani, ha emésztési panaszok, hasmenés, fájdalom nehezítik a beteg mindennapjait, sőt, ezek a panaszok gyakran kimondottan az étkezéshez köthetők.

Nehéz egy olyan dologért küzdeni, aminek pontos célját nem látjuk, nem értjük, nem ismerjük. Furcsa elképzelni egy olyan versenyt, ahol nem ismerem a távot, nem tudom, hol a célszalag. Ezért nem értem, miért is kell nekem küzdenem? Nem tudom mi vár rám, ha teljesítettem a velem szemben támasztott elvárásokat? És vajon mi a következménye annak, ha feladom a versenyt?

Sokszor félnek az emberek a sebészeti beavatkozásokról. Ameddig lehet, szeretjük elkerülni ezt. Azonban a M. Crohn betegség egyik szövődésményeként kialakuló bélszűkület esetében egy idő után elkerülhetetlen az operáció.

Miért probléma a szűkület a bélben?

Jellemző emésztési és ennek következtében felszívódási panaszokat, fájdalmat, végső esetben a bél elzáródását okozhatja, mely életet veszélyeztető állapot. Azonnali beavatkozást igényel. Azonban a sebészeti beavatkozásokat tervezetten, megfelelő előkészítést követően, jó tápláltsági állapotban végezni jelentősen kevesebb kockázattal jár, mint ennek hiányában. Különösen egy olyan betegség esetében, mely a tápláltsági állapotot olyan markánsan befolyásolja, mint a gyulladásos bélbetegségek.

Mi a célja a sebészeti beavatkozásnak?

Az emésztőrendszer és ezzel az emésztési funkciók helyreállítása.

Miért fontos a tápláltsági állapot és a testösszetétel sebészeti beavatkozás kapcsán?

Számtalan kutatás igazolta, hogy a tápláltsági állapot és a vele szoros összefüggést mutató testösszetétel befolyásolja a gyógyulási folyamatokat. A vázizomzatunkat testünk egyik legfonto-

sabb szervének is lehet tekinteni, ami számos folyamatért felel a szervezetünkben. Vannak teljesen nyilvánvaló feladatai, mint például testünk mozgatása. És vannak olyan, hétköznapi ember számára nem szembetűnő feladatai is, melyek energiaegyensúlyunk fenntartásában, testünk hőmérsékletének szabályozásában, sejtünk inzulinérzékenységében, és testünk fehérjéit adó aminosavak előállításában, szervezetünk védekező mechanizmusaiban játszanak szerepet. Ezeket az első olvasásra elég bonyolultnak tűnő feladatokat nem tudja szervezetünk ellátni vázizomzatunk megfogyatkozása esetén, ami sajnos egy igen jellemző velejárója a Crohn betegség fellángolása kapcsán jelentkező testtömeg csökkenésnek. A szervezetünk zsírintes tömegének bizonyos szint alá csökkenése eredményezi azt, hogy nő a műtétet követő gyógyulás időtartama. A gyógyulás idejének elnyúlása következtében nő a kórházban eltöltött napok száma. A kórházi tartózkodás és a gyógyulás lassuló folyamatának következtében egyre nő az esélye, hogy gyengülő immunrendszerünk nem tud ellenállni az olyan fertőzéseknek, melyek egyébként nem kellene, hogy gondot okozzanak számára. És itt már talán érezhető, hogy beindul egy „ördögi kör” mely a szervezet egyre gyengébb állapotát eredményezi, és ezzel egyre rontja a gyógyulás esélyeit.

Mi lehet a megoldás? Hogyan tudom ennek az „ördögi körnek” a kialakulási esélyeit csökkenteni?

A válasz: meg kell őriznünk a sebészeti beavatkozásra kerülő beteg vázizomzatát! A betegnek, a kezelő orvosnak és a dietetikusknak. Miért is kellünk ehhez ilyen sokan? Mert nem egyszerű.

A táplálásterápiának személyre és állapotra szabottnak kell lennie. Figyelembe kell venni a betegség stádiumát és a beteg igen változékony egyéni toleranciáját. A szűkület kialakulása esetén a testösszetétel befolyásolása elképzelhetetlen speciális klinikai tápszerek, tápanyagmodulok alkalmazása nélkül. Ezek hatékonyságának vizsgálata pedig nehezen elképzelhető testösszetétel vizsgálata nélkül.

Merthogy a célunk, aminek ismerete nélkül nehéz egy versenyt elképzelni, a vázizomzat megtartása, szükség esetén növelése. Ezt ránézésre, vagy a testtömeg mérésével nem lehet ellenőrizni. Ezért javasolt a testösszetétel meghatározása a terápia során. A táv? Nos, a táv hosszát nehéz meghatározni. Mondhatnám, hogy a tervezett operációig. De ez nem igaz. A táv életfogytig tartó hosszúságúnak tűnik. Ez egy maraton. Egy ultramaraton. Hol a célszalag? A célszalag talán a folyamatos jó tápláltsági állapot, vagy a körülményekhez képest legjobb tápláltsági állapot. És mint ilyen, ez egy napról napra elérhető célszalag. Mi vár rám, ha nem teljesítem a rám rótt távot, ha feladom a versenyt? Korábban ezt már részleteztem. Mi vár rám, ha teljesítettem a tervet? Remélhetőleg szövődésménymentes és gyors lábadozás az operációt követően és egy tölem telhetően legjobban szinten tartott betegség.

A táplálás szerepe gyermekkori Crohn-betegség kezelésében

A Crohn-betegség a bélrendszer krónikus gyulladása, amelynek kóroka nem tisztázott, az életmódbeli, táplálkozási okok mellett az immunológiai, bakteriális és egyéb tényezőknek is szerepe van kialakulásában. A hosszantartó gyulladás miatt a tápanyagok, vitaminok, nyomelemek felszívódása is csökken, ezért következményes alultápláltság, alacsonynövés, különböző hiányállapotok alakulhatnak ki.

Az étkezés fontossága nem csak a megfelelő tápláltság miatt fontos, hanem feltehetően a betegség kialakulásában / fenn tartásában is fontos szerepe lehet, erre utalhat az ismert tény is, hogy a nyugati civilizáció terjedésével (pl.: táplálkozási szokások, hűtőszekrény használata stb.) arányosan egyre több megbetegedés mutatható ki hazánkban is.

A bél gyulladásának csökkentése mellett a betegség kezelésében már a múlt században is fontosnak tartották a megfelelő tápláltsági állapot elérését. A táplálást, mint gyógymódot azonban csak az 1970-es években kezdték el használni elsősorban felnőtt betegeknek. Kezdetben elementáris diétát (olyan speciális tápszert, ahol a fehérjéket egészen apró alkotórészekre - aminosavakra - lebontották a gyártás során) próbáltak alkalmazni, de még csak egy-egy betegnél. A jó tapasztalatok miatt a nyolcvanas években készült az első nagyobb tudományos vizsgálat felnőtt betegek körében, ahol az akkoriban alkalmazott prednizolon nevű gyógyszer (ún. kortikoszteroid típusú gyógyszer, amely a gyulladásos folyamatok aktivitását csökkenti) hatását vizsgálta a táplálásterápiában részesülőkkel összehasonlítva. A tanulmányban résztvevők több héten keresztül, kizárólag az alkalmazott tápszert és vizet fogyaszthattak. A tápszert fogyasztó betegeknek 80%-ban tudtak tünetmentes állapotot elérni, amely teljes mértékben megfelelt a szteroid terápia hatékonyságának.

Az első vizsgálatot továbbiak követték, majd gyermekekben is elkezdtek kutatni a kezelés hatékonyságát, és hasonlóan eredményesnek találták, mint felnőttekben. Különösen előnyösnek mutatkozott a növekedés, fejlődés és a bél-nyálkahártya gyulladása tekintetében.

A fenti kutatások alapján a 2000-es években a kizárólagos enterális táplálás egyre inkább teret nyert, jelenleg gyermekkorban a Crohn-betegség első vonalbeli terápiájának számít a betegség kezdeti kezelésében a világ legtöbb országában (pl. Japán, Nagy-Britannia, Európa legtöbb országa).

Fontos tudni, hogy az eddigi adatok alapján a felnőttkori Crohn-betegség kevésbé reagál jól a kizárólagos enterális táplálásra (amelyért szakértők szerint nagyrészt az együttműködési problémák tehetők felelőssé), így az olyan vizsgálatokban, ahol felnőtt betegek is beválogatásra kerültek, általában a szteroid terápia előnyét igazolták. Jelenleg az Európai Crohn és Colitis Társaság (ECCO) 2010-es ajánlása is ennek megfelelően az enterális táplálást felnőttkorban csak kiegészítő kezelésként, vagy a többi terápiás lehetőség elutasítása esetén javasolja. Gyermekeknek a további kutatások igazolták, hogy a részleges enterális táplálás (a kalóriabevitel maximum 50%-ának megfelelő bevitel) is csökkenti a betegség aktivitását, azonban önmagában alkalmazva hatásossága csekély, így kezelésre nem ajánlható. A kezdeti kezelést követően a tünetmentes állapot fenntartását segítő részleges enterális táplálás hatásosságát azonban több tanulmány is megerősítette és felnőtt, műtéten átesett betegek esetében is bizonyítható a hatásossága.

A kizárólagos enterális táplálás további előnye a nyálkahártya szintű gyulladás (a bélben látott elváltozások kontroll tükrözés során már 8 hét után nem láthatóak, szemben a szteroid kezelésben részesültekkel). Gyermekekben mindezek mellett előbb rendeződik a tápláltsági állapot, és a csontanyagcserére, illetve a vas- és D-vitamin felszívódásra is előnyös hatást mutattak ki. A kezdetben alkalmazott már említett elementáris diétát követően ún.

polimer tápszereket (a fehérjék nincsenek elemi alkotórészeikre bontva) is elkezdtek alkalmazni, amelyek egyformán hatékonyan bizonyultak, azonban sokkal jobb ízük miatt manapság a legtöbb szakember ezt használja. A kezelés során laza széklet, hányinger, ritkán székrekedés jelentkezhet, ezek azonban általában átmenetiek és a többi kezelés mellékhatásához képest eltörpülnek. Nagyon alultáplált betegeknek az újra-táplálási szindróma elkerülése miatt az adagok lassabb emelése szükséges!

Az enterális táplálás hatásmechanizmusa, hasonlóan a Crohn-betegség kialakulásához nem ismert. Feltételezik, hogy a betegség kiváltásához hasonlóan, bizonyos bél-áteresztőképességet fokozó étrendi összetevők hatására a genetikailag hajlamos egyénben a bélbaktériumok átjutva a bélfalon váltanak ki egy bélfal-gyulladást okozó immunválaszt. Az enterális táplálás feltehetőleg a bélfloórát és a bél-áteresztőképességet is befolyásolva az immunrendszer rossz aktivizálódását csökkenti, ezzel járul hozzá a bélfal gyógyulásához.

A legtöbb központ 6-8 hetes kezelést alkalmaz, a diéta mellett általában aminoszalicil-származékokat (pl. Pentasa) és azathioprintet (Imuran) is adnak, amelyek segítik az enterális táplálás leépítése után a tünetmentesség fenntartását. Leginkább a normál kalóriabevitel 100-120%-át alkalmazták szájon, vagy gyomorszondán keresztül, néhány nap alatt építve fel a teljes adagot. Fontos tudni, hogy a tápszert mellett tiszta folyadékot lehet csak fogyasztani. A kezelés befejeztével 2 naponta egy új étel bevezetésével hetek alatt térnek vissza a normál étrendre. Legtöbbször a terápia végeztével is folytatják részleges enterális táplálással a kezelést, amely jó hatékonysága, kevés mellékhatása miatt méltán népszerű betegek körében.

Sztómaképző műtét előtt

A sztóma napjainkban sajnos tabu téma, pedig Magyarországon ezrek élnek valamilyen betegség, baleset vagy műtét miatt vizeleti vagy székelési funkcióik károsodásával. Minden betegség kihat az emberre, mely mindenkiben kisebb nagyobb aggodalmat vált ki. Alapvetőek a testi betegség élménytani vonatkozásai, vagyis, mit jelent a betegnek a betegség? Ezt az emberek különféleképpen érzékelik, fogják fel – reagálnak rá – értelmezik – dolgozzák fel.

A betegség teher a betegnek és családjának egyaránt, főleg akkor, ha a betegséget csak műtéttel lehet gyógyítani. Hiszen mindenki fél a műtéttől, a fájdalomtól, a gyógyulás kimenetelétől, az altatástól, és nem utolsósorban az új, kórházi környezettől, a családtagoktól való elszakadástól, a sok ismeretlen vizsgálattól, és a betegtársaktól, akik „tájékoztatják” egymást; a műtéten túlesettek rendszerint eltúlozzák, és felnagyítják a velük történeteket. Így van ez sztómaképző műtét előtt is.

Mit is jelent a sztóma?

A szó görög eredetű, szájadékot, műtéti úton kialakított nyílást jelent, amelyen keresztül a salakanyagok eltávolítása történhet a szervezetből, amennyiben valamilyen beavatkozás után erre van szükség. Olyan megbetegedések esetén kerülhet sor erre, amikor a továbbiakban nem lehetséges, hogy a széklet a végbélnyíláson vagy a vizelet a húgyvezetéken keresztül távozzon a szervezetből. Ha a vékonybélben képezik a sztómát, ennek neve ileosztóma, ha vastagbélben, akkor pedig colosztóma. Amennyiben a vizeletvezető rendszerben kell sztómát képezni, a kivetés neve urosztóma.

Az említett sztómafajtákra jellemző, hogy nem rendelkeznek záróizmokkal, így rajtuk keresztül a béltartalom, a bélgázok, vagy a vizelet ürülése nem szabályozható, ezért a sztóma viselőjének folyamatosan sztómazsákot kell viselnie. Napjainkban már olyan modern segédeszközök állnak a sztómaviselők rendelkezésére, melyek biztonságosan tapadnak a páciens hasára, nem zörögnek a ruházat alatt, nem engedik át a szagokat, nem akadályozzák viselőjét a mindennapi teendőjében, bőrbarát és vízlepergető anyagból készülnek. Használatuk könnyen elsajátítható.

A vendégnyílás, vagyis a sztóma készítésének leggyakoribb okai:

- **Fejlődési rendellenességek**
- **Baleset**
- **Gyulladásos betegségek**
- **Jóindulatú daganatok – polipok**
- **Műtéti szövődmény**
- **Rosszindulatú daganatok**

Fontos lenne a beteg részéről, hogy a sztómaképző műtétre kerülés előtt lehetőleg valaki hozzátartozóval, vagyis ne egyedül menjen az orvoshoz, és így, együtt beszéljék meg a szükséges teendőket.

Sztómát képezhet a sebész egy átmeneti időre, és véglegesen, ami szintén nagyban befolyásolja a sztóma elfogadásának tényét.

Természetesen más egy újszülött, aki születése után nem sokkal átesik ezen a műtéten, mivel veleszületett fejlődési rendellenesség miatt (pl. végbélhiány) kerül sor esetében a sztómaképző műtétre, ahhoz, hogy életben maradjon. Ilyenkor ez a sztómás állapot az újszülöttet élete végéig elkíséri, mellyel teljes életet tud élni – óvodába, iskolába jár, dolgozik, sportol, megházasodik.. Neki ez az állapot lesz természetes.

Megint más egy balesetet szenvedett egyén, akinek hasi-, és bélsérülése teszi szükségessé a sztóma képzését.

Szintén más, egy jóindulatú elváltozás, vagy egy gyulladáshoz vezető bélbetegség melynek során szükséges lehet a sztóma elkészítése. Ezek a betegek túlnyomó részt a fiatalabb korosztályból kerülnek ki.

Gyulladásos bélbetegségek esetében a sztómaképző műtétet elég panaszos időszak előzi meg, napi sokszoros, görcsös székletürítéssel, a beteg szinte nem tudja elhagyni otthonát az állandó WC-re járás miatt. Állapota erősen leromlik, mivel a bevitt táplálék és folyadék nem tud felszívódni, ami orvosi beavatkozás nélkül életveszélyes állapothoz vezet.

Ilyenkor a sztómaképző műtét – mely gyakran átmeneti – után a beteg állapota jelentősen javul, megszűnnek a görcsös hasmenései. Természetesen az alapbetegsége nem múlik el, de megerősödik, és folytathatja addigi életvitelét.

Rosszindulatú elváltozás esetében a fent említett erős panaszokkal nem rendelkezik a beteg, éppen ezért talán őket érinti legnagyobb sokk-ként a sztómaképző műtét ténye, mivel esetükben sokszor ez egy végleges, élethosszig megmaradó állapot lesz.

A műtét ilyenkor is lehet életmentő. De célszerű ezt az állapotot nem megvárni, hanem, amikor a sebész által indokoltá válik ennek a műtétnek a szükségessége, akkor ezt meg kell csinálni.

Tudjuk, hogy nagyon nehéz ebbe beleegyezni, hiszen azzal, hogy sor kerül a sztómaképző műtétre megváltozik az ember testképe, azaz az önmagáról, testéről alkotott véleménye, megváltozik önértékelése. Félelem tölti el az életvitelének megváltozásától, a tehetetlenségtől, a kiszolgáltatottságtól, a



tisztatlanságtól. A műtétet követően változhatnak emberi kapcsolatai is, lesznek olyan személyek, akiktől eltávolodik, míg másokhoz fűződő viszonya megerősödik. Természetes, hogy aggódik a családban betöltött szerepének megváltozásától: milyen feleség/férj; anya/apa stb. lesz ő ezután? Aggódik a családja anyagi helyzete miatt – hiszen hogy fog ő ezek után, így sztómával dolgozni? Félt, hogy esetleg teher lesz családja számára, valamint a társadalom is kiközösíti őt, hiszen szerinte egy megbélyegzett személlyé válik, valamint szexuálisan is nem kívánatos egyénnek is gondolja magát.

Fontos, hogy minden tervezett sztómaképző műtét előtt a beteg találkozzon még a műtétet megelőzően a sztómaterápiás nővérrel, – minden intézményben, ahol ilyen jellegű műtétet végeznek dolgozik sztómaterápiás nővér – aki segíteni fogja őt a műtét utáni időszakban is.

Fontos ez azért is, mert napjainkban a technika fejlődésének és az internetnek köszönhetően számos, fals információk is napvilágot látnak mind az adott betegségről, a műtétről, és

az azt követő időszokról, valamint a forgalomban levő segédeszközökről is. Éppen ezért nagyon fontos, hogy tisztában legyünk azzal, hogy a számítógép, internet nem helyettesítik az embert, csak segítik a munkánkat. A tanácsokat, kérdéseket illetően mindig szakemberhez kell fordulni, - jelen esetben az orvos mellett a sztómaterápiás nővérhez – aki személyre szabottan tud az adott problémában segíteni.

A műtét előtti panaszok erőssége miatt elmondható, hogy a gyulladáshoz vezető bélbetegségben szenvedő korosztály hamarabb elfogadja ezt az új állapotot, hiszen a műtét után megszűnnek a műtét előtti panaszai, megtanulja sztómáját helyesen ellátni a számára legmegfelelőbb segédeszközzel, és visszatér a hétköznapi életbe: tanul, dolgozik, megházasodik, gyermeket vállal, utazik, kirándul

A rosszindulatú elváltozás, baleset miatt sztómaképző műtéten átesett páciensek jóval nehezebben fogadják el ezt az új állapotot, hiszen nekik nem voltak a gyulladáshoz vezető betegségeknél jelentkező kínzó panaszai a műtétet megelőzően.

Őket szinte derült égből villámcsapásszerűen érinti e műtét szükségessége. Kiemelkedő szerepe van ilyen műtétek esetén is a szerető családnak, hozzátartozóknak, akik támogatják, biztatják a műtéten áteső hozzátartozójukat.

Nagyon fontos, hogy ilyenkor, megkérjék az operáló orvost, hogy még a műtét előtt biztosítson lehetőséget sztomaterápiás nővérrel való találkozásra. Hiszen ő az aki az orvos mellett személyre szabott tanácsokkal, információkkal tud a beteg segítségére lenni, és ő az, aki a műtét után végigkíséri majd a beteg útját.

Tudjuk, hogy ilyenkor a beteg és hozzátartozói kétségbeesetten keresnek információkat, hiszen a média sajnos ezt a témát tabuként kezeli, pedig égetően fontos lenne aktualitása.

Az interneten hozzáférhető úgynevezett „szak” anyagok pedig nagyon sok kívánnivalót hagynak maguk után, éppen

ezért hangsúlyozom, hogy ilyen műtét előtt mindenképpen kell beszélni a sztomaterápiás nővérrel, mint szakemberrel.

Ma már lehetőség van arra is, hogy korábban operált sztomaviselelővel, „sorstárral” találkozzon a még műtét előtt álló beteg, de műtét után is van erre lehetőség. Ettől sajnos azonban nagyon idegenkedni szoktak a betegek, gondolván, „ez nem tartozik másra, ez az én problémám”.

Ez úgy gondolom, nagy segítség, nem csak a betegek, hanem a sztomaterápiás nővérek is, hiszen sokkal élet hűbb egy „sorstárs”, mint a sztomaterápiás nővér, hiszen ő akármilyen jó szakember, mégis, a sorstárs szavai jóval hihetőbbek: „Ne add fel!” „Igen, sztomával is lehet minden-napi életet élni!”

A hitelesség kedvéért két sztomaviselelő mondja el a sztomával való megküzdését:

Közel 7 éve vagyok Crohn beteg. Kezdetben a gyógyszeres kezeléssel kordában tudták tartani az orvosok a betegségem, de sajnos az utóbbi 2-3 évben felerősödtek a fájdalmaim. Ekkor biológiai kezelést alkalmaztak nálam, mely egy ideig hatásosnak tűnt, de aztán sajnos ez sem vált be. A műtét előtti fél-háromnegyed évem olyan fájdalmak közepette telt, amit még leírni sem lehet. Persze próbáltam mások előtt tartani magam, nem odafigyelni a fájdalomra, ugyanúgy iskolába jártam, vizsgáztam. De amint hazaértem bedőltem az ágyba, mert folyamatosan fáradt voltam, gyenge, ráadásul enni sem tudtam a fájdalmak és állandó hányinger miatt. Folyamatosan 40 fokos lázám volt, hidegrázással, remegéssel. A végzés pedig, ami naponta akár 8-10 alkalommal is előfordult, kész kínszenvedés volt. A műtét előtti 2 hónap alatt egész nap ágyban fekvésem volt. Csak végére mentem ki. Mivel enni sem tudtam annyira lefogytam, hogy az összes bordám, csontom, gerincem kilátszott.

Kata, 22 éves

A műtét, melyre 2014 márciusában került sor, számomra megváltás volt. Igaz az első két hét eléggé nehéz volt, de ha megkérdeznék, újra elvállalnám. Számomra leírhatatlan az az érzés, hogy ismét tudok sétálni, kirándulni, a barátokkal találkozni. Végre nincs az az állandó kínzó fájdalom, ami megkeserítette a napjaimat, és az étvágyam is visszajött. Végre úgy tudok enni, hogy utána nem kell egyből a mosdóba rohannom. Úgy érzem, bármit meg tudok tenni, nem kell mindig másokra támaszkodnom, ha mondjuk le szeretnék menni a boltba. Ugyanis régebben ez is gondot okozott. Gyakran elszédültem, volt, hogy elájultam, így a végén sehova nem mertem egyedül menni. Összességében elmondhatom, hogy nem bántam meg a műtétet. Igaz most hozzá kell szokni egy-két dologhoz, meg kell szokni ezt a megváltozott helyzetet, de ez nem lehetetlen!



Attila vagyok, most már 33 éves, Crohn beteg.

2013.02.26-án hosszas betegeskedés és szenvedés után más megoldás már nem lévén, alakítottak ki nálam illeosztómát. Amikor néhány hónappal a műtét előtt először megtudtam, hogy mit is akarnak csinálni velem, és hogy már nincs más megoldás, nagyon kétségbeestem. Igyekeztem elkerülni az elkerülhetetlent, de az élet úgy akarta, ahogy megtapasztaljam milyenek a hétköznapi sztomával.

A műtétre készülve fokozatosan kezdtem elfogadni az új élet lehetőségét, amiben a feleségem nagyon-nagyon sokat segített. Mivel az ember alapjában véve fél az ismeretlen dolgoktól, sokszor már az újakkal is gondja van a legtöbb embernek, így a sztomás élet eszközeiről, mindennapjairól, lehetőségeiről apró cseppekben kaptam tőle az információkat, hogy legyen lehetőségem emészteni azokat. Ez hozzásegített ahhoz, hogy sokkal hamarabb elfogadtam, hogy átalakul valamelyest az életem.

A műtét után hipergyorsasággal javultam, és fénysebességgel kezdtem visszahozni magamra az elvesztett kilóimat, amiből sajnos elég sok jött össze. Amikor hazaengedtek a kórházból, elkezdtem sétálgatni, ami erő híján nehezemre esett. 200 méter megtétele is megerőltető volt. Ehhez képest 5 hónapra rá, vígan vidáman lefutottam az első teljes Margitsziget körömet.

A sztomám kezelése eleinte nehézségekbe ütközött, nem volt elég tapasztalatom és türelmem a dologhoz, de ez napról napra változott. Ami akkor egy csillagháborús történetnek tűnt, ma már gyerekjáték. Mivel nem adtam fel és igyekeztem megbirkózni a mindennapokkal, így az sem volt számomra kihívás, hogy már 2013 nyarán két hetet a francia Riviérán töltsünk kettesben a feleségemmel. Itt nagyon sokat mászkáltunk, csomót fürödtem a házuk medencéjében, és persze úsztam a tengerben. Csodálatos volt!

Idén télen, februárban pedig a Karib tengeri Guadeloupe szigeten töltöttünk 2 hetet, ami szintén hatalmas élmény volt. Itt nagyon sokat fürödtem a gyönyörű tengerben, megmászunk egy vulkánt, megnéztük a helyi nevezetességeket és persze sokat pihentünk. Semmi problémám nem volt a sztomámmal, nagyon jól működött minden.

Jelenleg hetente kétszer járok kispályás focizni, illetve néha beiktatok egy is squasht is, hogy formában tartsam a testem. Mindemellel sokat eszem, sok „számomra ehető” gyümölcsöt fogyasztok, a megengedett keretek között egészen táplálkozom.

A munkahelyemen sokan vannak, akik nem is tudják, hogy mi a problémám, így ez a félelmem sem igazolódott be. Összességében nagyon jól vagyok, boldogan élem a mindennapjaimat leendő apukaként, és valójában még nem találtam semmi olyan dolgot, amiben ez a sztóma megakadályozott volna.

Ne félj az ismeretlentől! Fogadd el! Alkalmazkodj! Légy újra boldog! ... és sikerülni fog!

Pálffi Brigitta (Az MCCBE elnöke)



Pálffi Brigitta a Budapesti Kommunikációs Főiskolán 2002-ben szerezte harmadik diplomaként azt a végzettségét, ami a mai napig is meghatározza szakmai tevékenységét. Több mint tíz évig a világ legnagyobb cellulóz feldolgozó vállalatóriásának az értékesítési- majd kormányzati kapcsolatok igazgatójaként dolgozott. 2009-ben közel 20 év multinacionális lét után, szakmai és kapcsolati tőkét a magán szektorban kamatoztatta tovább. Megalapította saját kommunikációs és tanácsadó ügynökségét, amit a mai napig is vezet. Elnöke három beteggyesületnek, mely feladatokat társadalmi szerepvállalásként él meg.

Milyen kötődése van az egészségügyhöz?

Egészségügyi szakközépiskolába jelentkeztem a szüleim legnagyobb megdöbbenésére, hiszen se közel, se távol nem volt a családban egészségügyi szakember. Majd az egészségügyi főiskola védőnő szakán és ezt követően a szakoktató szakán végeztem. Évekig tanítottam a jövő ápolónőit, elméleti és kórházi gyakorlatokon egyaránt. Majd a 90-es évek elején beköszöntöttek – az egészségügyi piacon, azóta gyökeret vert – multinacionális nagyvállalatok. Itt kezdtem el pályafutásomat az egészségügy üzleti oldalán. Bizony nagy értéke volt a szakmai vénának, mert egy új terápiás lehetőséget ha szakértőként mutatott be az ember, akkor az hitelesebb volt. Én megéltem az egészségügy észrevétlen forradalmát. Ez alatt értem azt, hogy az olyan sokat szidott multik és nagyvállalatok néhány év alatt szinte minden terápiás területre a legújabb eljárásokat, gyógyszereket jutatták el. Ezzel a magyar emberek számára is elérhetővé váltak a legkorszerűbb gyógyítási eljárások. Én ezt hatalmas eredménynek tartom és büszke vagyok arra, hogy hozzájárulhattam a magam munkája révén ehhez a folyamathoz.

Hogy találkozott a mi egyesületünkkel?

Ez egy nagyon egyszerű történet. Mivel kommunikációs szakember és emellett beteggyesületi elnök is vagyok más egyesületeknél, ezért egy nagy cég felkért arra, hogy állítsak össze egy olyan oktatási tematikát, amivel segíteni lehet más egyesületek vezetőit. A téma a tagtoborzás, az adománygyűjtés, a betegség társadalmi elfogadottságának, illetve ismertségének növelése volt. Erre a programra jelentkezett az MCCBE korábbi elnöke Hipszki Péter, aki már akkor is sokkal felkészültebbnek tűnt annál, minthogy egy ilyen képzésen részt vegyen. Amikor a lemondás döntését meghozta, megkeresett. Feltette kérdést, hogy vállalnám-e. Majd ez után került sor a vezetőség és a tagok előtti bemutatkozásra. A végeredmény, hogy bizalmat kaptam a tagságtól, amit nagyon előlegnek tartok.

Hogy látja az egyesületünk jelenlegi pozícióját?

Az egyesület hazai és nemzetközi jó hírneve büszkeségre ad okot mindenki számára. Köszönet ezért azoknak a munkatársaknak, akik a mai napig is részt vesznek a munkában, elkötelezetten, időt, energiát és szeretetet nem sajnálva.

Viszont nagy problémának tartom a fiatalok betegségeinek alacsony számát. A nem bővülő, inkább fogyó taglétszámot. Nagyon veszélyes, hogy az egyesület korábbi támogatói egyre kevesebb összeggel tudnak hozzájárulni a működéshez. Ennek szerintem több oka van. A szektort nagyon komoly gazdasági megszorító csapás érte, ezért a lehetőségeik megcsappantak. Azok a támogatóink, akik még ennek ellenére is kiállnak egyesületünk mellett, nagyon nagy elismerést érdemelnek. A másik, hogy ma már nem korszerű támogatást kérni és képzeletbeli perselyt tartani eléjük. Közös szakmai irányelvek alapján, etikus, a hatályos törvényeknek megfelelő, közös szakmai érdekek mentén lehetünk méltó tárgyaló és együttműködő partnerek. Vezetésem alatt továbbra is fontosnak tartjuk a klubélet továbbvitelét, a fiatalok bevonását az egyesületi vérkeringésbe. Továbbá közösen kitűztük azt a célt, hogy olyan, a mindennapi életet befolyásoló nehézségekben próbálunk támogató ötletekkel előállni, mint a toalett kérdés a közhelyeken. Ezek a programok már kidolgozott állapotban vannak, és jelenleg folynak a tárgyalások annak érdekében, hogy a megvalósításhoz szükséges pénzügyi háttérrel is megteremtjük.

A szakmából adódóan és a vezetőségi támogatást is élvezve, céloim még, hogy a média érdeklődését felkeltsük, és minél több emberhez jusson el a betegséget jellemző tünetek ismerete, a korai diagnózis érdekében.

Remélem, hogy egy ilyen nagy múltú egyesület további fejlődéséhez úgy tudom hozzátenni a saját munkámat, hogy megőrizzük a régi idők hagyományát és ennek talján teremtünk egy még hatékonyabb és még modernebb sok igényt kielégítő egyesületet.

Beteggyesületünk a világhálón



Magyarországi Crohn-Colitis Betegek Egyesülete

Postacímünk: 1012 Budapest, Márvány u. 17.

Email: mccbe@mccbe.hu

Honlap: www.mccbe.hu



Egyesületünk Facebook oldala

Üzenőfalunkon híradásokat, hasznos információkat és eseményeket olvashat, illetve oszthat meg.

www.facebook.com/mccbe



Egyesületünk YouTube csatornája

Előadásokról, rendezvényekről készült videóinkat itt találja:

www.youtube.com/user/mccbevideo

Vidéki betegszervezetek és elérhetőségeik



Kelet-Magyarországi Crohn-Colitis Betegek Egyesülete

Vatler Péterné: +36 30 3802224

Email: vatlerjudit@freemail.hu

Honlap: www.ibdklub.lapunk.hu

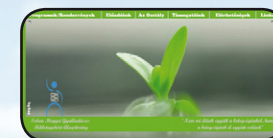


Zala Megyei Crohn-Colitis Betegek Közhasznú Egyesülete

Kaffka Andrea, +36 30 2028863

Email: info@ibd-zala.hu

Honlap: www.ibd-zala.hu



Tolna Megyei Gyulladásos Bélbetegekért Alapítvány

Szalai Edit: +36 30 3123928, +36 70 5634944,

Email: tmgyba@citromail.hu, tmgyba@gmail.com

Honlap: www.tmgyba.hu



www.mccbe.hu

