Dieta w chorobie Leśniowskiego-Crohna w okresie remisji

11.2026

Czym jest choroba Leśniowskiego-Crohna?

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest przewlekłą, zapalną chorobą przewodu pokarmowego należącą do nieswoistych chorób zapalnych jelit.

Proces zapalny może obejmować każdy odcinek przewodu pokarmowego, od jamy ustnej do odbytu, choć często dotyczy końcowego odcinka jelita cienkiego i jelita grubego.

Choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji.

Remisja oznacza wyciszenie aktywności choroby. Ustąpienie objawów nie zawsze jest jednak równoznaczne z całkowitym ustąpieniem zmian zapalnych, dlatego konieczne pozostają kontrole gastroenterologiczne.

Odpowiednie żywienie wspiera utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia, zapobiega niedoborom i może poprawiać jakość życia.

Jakie są cele żywienia w okresie remisji?

Najważniejsze cele obejmują:

- utrzymanie prawidłowej masy ciała;
- zapobieganie niedożywieniu;
- zachowanie i odbudowę masy mięśniowej;
- zapewnienie odpowiedniej podaży energii i białka;
- uzupełnianie niedoborów pokarmowych;
- wspieranie zdrowia kości;
- zapewnienie dobrej tolerancji posiłków;
- ograniczenie niepotrzebnych eliminacji żywieniowych;
- poprawę jakości życia.

Nie istnieje jedna dieta odpowiednia dla wszystkich pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna.

W niepowikłanej remisji zaleca się pełnowartościowy sposób żywienia, oparty na zasadach zdrowej diety, zbliżony do modelu śródziemnomorskiego.

Czy w remisji trzeba stosować dietę łatwostrawną?

W niepowikłanej remisji nie ma podstaw do rutynowego stosowania diety łatwostrawnej, niskotłuszczowej lub ubogoresztkowej.

Przewlekłe eliminowanie warzyw, owoców, produktów pełnoziarnistych i nasion roślin strączkowych może prowadzić do zmniejszenia różnorodności diety oraz niedostatecznej podaży błonnika, witamin i składników mineralnych.

Ograniczenia są uzasadnione w określonych sytuacjach klinicznych, takich jak zwężenia jelit, utrzymujące się objawy ze strony przewodu pokarmowego lub powikłania pooperacyjne.

W pozostałych przypadkach celem powinien być stopniowy powrót do możliwie szerokiego wyboru produktów.

Model śródziemnomorski

Model śródziemnomorski jest odpowiednim punktem wyjścia do planowania diety w remisji.

Charakteryzuje się:

- dużym udziałem warzyw i owoców;
- obecnością produktów pełnoziarnistych;
- regularnym spożywaniem nasion roślin strączkowych;
- wybieraniem oliwy z oliwek i innych źródeł nienasyconych kwasów tłuszczowych;
- uwzględnianiem ryb;
- umiarkowanym spożyciem nabiału;
- ograniczeniem czerwonego i przetworzonego mięsa;
- ograniczeniem żywności wysokoprzetworzonej.

Taki sposób żywienia może wspierać ogólny stan zdrowia i zmniejszać ryzyko chorób metabolicznych oraz sercowo-naczyniowych.

Nie powinna zastępować leczenia farmakologicznego.

Zapotrzebowanie energetyczne

Zapotrzebowanie energetyczne w okresie remisji należy ustalać indywidualnie.

U pacjentów bez niedożywienia i bez zwiększonego zapotrzebowania może być ono zbliżone do zapotrzebowania zdrowej osoby o podobnym wieku, masie ciała i aktywności fizycznej.

U pacjentów po zaostrzeniu, z niedowagą lub po zabiegach chirurgicznych konieczne może być zwiększenie kaloryczności diety.

Należy monitorować:

- masę ciała;
- niezamierzoną utratę masy ciała;

- apetyt;
- ilość spożywanych posiłków;
- siłę mięśniową i sprawność fizyczną;
- występowanie biegunek i objawów złego wchłaniania.

Nie należy samodzielnie stosować restrykcyjnych diet redukcyjnych przy aktywnych niedoborach pokarmowych lub niedożywieniu.

Białko – ile należy spożywać?

Białko jest niezbędne do utrzymania masy mięśniowej, regeneracji tkanek i prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego.

W stabilnej remisji zapotrzebowanie na białko wynosi zwykle około 1 g/kg masy ciała na dobę.

W okresie aktywnej choroby zapotrzebowanie może wzrastać, często do około 1,2–1,5 g/kg masy ciała na dobę.

U pacjentów z niedożywieniem lub po zabiegach chirurgicznych ilość białka należy ustalać indywidualnie.

Źródła białka obejmują:

- mięso i drób;
- ryby;
- jaja;
- mleko i produkty mleczne;
- tofu;
- nasiona roślin strączkowych;
- inne produkty roślinne bogate w białko.

Błonnik pokarmowy – czy należy go ograniczać?

W niepowikłanej remisji nie ma potrzeby rutynowego ograniczania błonnika.

Błonnik pokarmowy wspiera prawidłowe funkcjonowanie jelit i stanowi substrat dla wybranych bakterii mikrobioty jelitowej.

Jego źródłami są:

- warzywa;
- owoce;
- produkty pełnoziarniste;
- nasiona roślin strączkowych;
- orzechy;
- pestki i nasiona.

U pacjentów, którzy przez długi czas stosowali dietę ubogobłonnikową, produkty bogate w błonnik warto wprowadzać stopniowo.

Nie należy jednak zwiększać podaży błonnika bez konsultacji, jeżeli występują zwężenia jelit.

Warzywa i owoce

W remisji warto codziennie spożywać różnorodne warzywa i owoce.

Są one źródłem:

- witamin;
- składników mineralnych;
- błonnika;
- polifenoli;
- innych związków bioaktywnych.

Można wybierać:

- marchew;
- pomidory;
- cukinię;
- brokuły;
- paprykę;
- warzywa liściaste;
- jabłka;
- gruszki;
- owoce jagodowe;
- cytrusy;
- kiwi;
- inne produkty sezonowe.

Jeżeli surowe warzywa powodują dolegliwości, można początkowo stosować formy gotowane lub pieczone.

Nie należy jednak rutynowo eliminować wszystkich surowych warzyw i owoców wyłącznie z powodu rozpoznania choroby Leśniowskiego-Crohna.

Produkty zbożowe

Produkty zbożowe dostarczają energii, błonnika i składników mineralnych.

W niepowikłanej remisji można wybierać:

- pieczywo pełnoziarniste;
- pieczywo graham;
- płatki owsiane;
- kaszę gryczaną;
- kaszę jęczmienną;
- ryż;
- makaron;
- inne produkty zbożowe.

Jeżeli pacjent źle toleruje produkty gruboziarniste, warto zmienić wielkość porcji lub sposób przygotowania.

Dieta bezglutenowa nie jest rutynowo zalecana w chorobie Leśniowskiego-Crohna.

Powinna być stosowana przede wszystkim przy współistniejącej celiakii lub innych uzasadnionych wskazaniach medycznych.

Mleko i produkty mleczne

Nie ma podstaw do profilaktycznego eliminowania mleka i wszystkich produktów mlecznych u pacjentów w remisji.

Nabiał dostarcza białka, wapnia i innych składników odżywczych.

Można spożywać:

- mleko;
- jogurt naturalny;
- kefir;
- maślankę;
- twaróg;
- sery.

U części pacjentów może występować nietolerancja laktozy, szczególnie przy zajęciu jelita cienkiego lub po przebytych zabiegach.

W takich przypadkach można wybierać produkty bezlaktozowe.

Tłuszcze

W remisji nie ma konieczności rutynowego stosowania diety niskotłuszczowej.

Tłuszcze są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu i wchłaniania witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.

Warto wybierać:

- oliwę z oliwek;
- olej rzepakowy;
- orzechy i nasiona, jeżeli są dobrze tolerowane;
- ryby;
- awokado.

Należy ograniczać tłuszcze trans i nadmierne ilości tłuszczów nasyconych.

Rośliny strączkowe

Soczewica, ciecierzyca, fasola i inne nasiona roślin strączkowych dostarczają białka roślinnego, błonnika i składników mineralnych.

W niepowikłanej remisji mogą być elementem jadłospisu.

Jeżeli powodują wzdęcia, warto:

- zaczynać od małych porcji;
- dokładnie gotować nasiona;
- wybierać soczewicę czerwoną łuskaną;
- stosować pasty i przeciery;
- stopniowo zwiększać częstotliwość spożywania.

Nie należy rutynowo eliminować wszystkich strączków.

Co zrobić, gdy pomimo remisji utrzymują się dolegliwości?

U części pacjentów pomimo remisji zapalnej mogą utrzymywać się:

- wzdęcia;
- bóle brzucha;
- biegunki;
- uczucie pełności;
- nietolerancja określonych produktów.

Nie oznacza to automatycznie nawrotu aktywności zapalnej.

Możliwe przyczyny obejmują między innymi:

- zaburzenia czynnościowe jelit;
- nietolerancję laktozy;
- zaburzenia wchłaniania kwasów żółciowych;
- przerost bakteryjny jelita cienkiego;
- powikłania pooperacyjne;
- aktywność choroby wymagającą diagnostyki.

Przed wprowadzeniem restrykcyjnej diety eliminacyjnej należy ustalić przyczynę dolegliwości.

Dieta low-FODMAP

Dieta low-FODMAP polega na czasowym ograniczeniu określonych fermentujących węglowodanów.

Może być rozważana u wybranych pacjentów z NChZJ w remisji, u których utrzymują się objawy czynnościowe, takie jak wzdęcia i bóle brzucha.

Nie jest jednak leczeniem zapalenia jelit ani dietą zalecaną rutynowo wszystkim pacjentom z chorobą Leśniowskiego-Crohna.

Powinna być prowadzona pod nadzorem dietetyka klinicznego, z etapem ponownego wprowadzania produktów.

Długotrwałe, niekontrolowane ograniczenia mogą prowadzić do niedoborów i zmniejszenia różnorodności diety.

Żywność wysokoprzetworzona i dodatki do żywności

Warto ograniczać spożycie produktów wysokoprzetworzonych, szczególnie tych bogatych w sól, cukry dodane i tłuszcze o niekorzystnym profilu.

Zaleca się częstsze wybieranie produktów świeżych i możliwie mało przetworzonych.

Badania nad wpływem wybranych dodatków do żywności, takich jak emulgatory, na mikrobiotę i przebieg NChZJ nadal trwają.

Nie ma podstaw do zalecania wszystkim pacjentom eliminacji każdego produktu zawierającego dodatki technologiczne.

Najczęstsze błędy żywieniowe

Długotrwałe stosowanie diety ubogoresztkowej bez wskazań. Może prowadzić do niepotrzebnego ograniczenia błonnika i różnorodności diety.

Całkowita eliminacja nabiału. Może utrudniać pokrycie zapotrzebowania na wapń i białko.

Stosowanie diety bezglutenowej bez rozpoznania celiakii lub innych wskazań. Może niepotrzebnie ograniczać wybór produktów.

Unikanie wszystkich warzyw i owoców. Zwiększa ryzyko niedoborów.

Stosowanie licznych suplementów bez kontroli. Nie zastępuje leczenia i może powodować działania niepożądane.

Pomijanie badań kontrolnych w okresie dobrego samopoczucia. Remisja objawowa nie zawsze oznacza całkowite ustąpienie aktywności zapalnej.

Traktowanie diety jako alternatywy dla leczenia farmakologicznego. Może prowadzić do opóźnienia właściwego leczenia i rozwoju powikłań.

Kiedy należy skontaktować się z lekarzem?

Konsultacja jest wskazana w przypadku:

- zwiększenia liczby wypróżnień;
- pojawienia się krwi w stolcu;
- utraty masy ciała;
- gorączki;
- nasilających się bólów brzucha;

- utrzymującego się osłabienia;
- objawów niedoborów pokarmowych;
- trudności w przyjmowaniu posiłków.

Silny ból brzucha z wymiotami, narastającym wzdęciem i zatrzymaniem gazów lub stolca wymaga pilnej oceny lekarskiej.

Jak długo stosować dietę?

W niepowikłanej remisji pełnowartościowy, urozmaicony sposób żywienia powinien stanowić długoterminowy model żywienia.

Nie ma potrzeby stosowania przez całe życie restrykcyjnej diety łatwostrawnej lub ubogoresztkowej.

Zalecenia należy regularnie aktualizować w zależności od aktywności choroby, tolerancji produktów, stanu odżywienia, wyników badań i ewentualnych powikłań.

Pamiętaj: podstawą żywienia w remisji choroby Leśniowskiego-Crohna jest odpowiednio zbilansowana, różnorodna dieta, profilaktyka niedożywienia i niedoborów pokarmowych oraz kontynuowanie leczenia gastroenterologicznego. Ograniczenia żywieniowe powinny wynikać z konkretnych wskazań, a nie wyłącznie z samego rozpoznania choroby.

Przedstawione informacje mają charakter edukacyjny i nie zastępują indywidualnych zaleceń lekarza prowadzącego lub dietetyka klinicznego.