Zespół jelita drażliwego – aktualne zasady postępowania

Marek Lysko¹, Paulina Baszczyńska²

¹ Apteka „Larix” S.C.

² Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Adres do korespondencji: Lysko Marek, Apteka „Larix” S.C., ul. Brzozowa 21, 40-170 Katowice, e-mail: lyskomarek@gmail.com

Irritable bowel syndrome – current principles of conduct · Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic, most frequently recurrent disease of the small and large intestine, which affects 11,2% of the population. Despite the mild course of the disease, it makes the patients daily routine difficult and increases the medical visits frequency. Without knowing an effective drug therapy that allows a permanent remission of the disease, pharmaceutical care and a proper diet seems to be important factors in improving patients quality of life.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, IBS, FODMAP diet, pharmaceutical care

© Farm Pol, 2019, 75 (1): 8–11

Zespół drażliwego jelita, określany również jako IBS (*Irritable Bowel Syndrome*) jest najczęstszą, przewlekłą, nawracającą chorobą jelita cienkiego i grubego, objawiającą się bólem brzucha, zaburzeniami rytmu wypróżnień, jak również zmianami w konsystencji stolca. Schorzenie to dotyczy 11,2% populacji [3], jednak dwukrotnie częściej spotyka się je u kobiet niż mężczyzn. Początek tej choroby rozpoczyna się zwykle poniżej 50 roku życia, zazwyczaj średnio w wieku 30–40 lat [1]. Już w oparciu o te dane łatwo zauważyć, że w swojej codziennej pracy za pierwszym stołem farmaceuta ma często styczność z pacjentami, których funkcjonowanie jest zaburzone z powodu takich dolegliwości. Jest to schorzenie o raczej łagodnym przebiegu, niewyniszczające pacjenta, jednak mocno utrudniające jego normalne funkcjonowanie, zwiększające częstotliwość wizyt w gabinecie lekarskim, liczbę stosowanych leków, a także zmniejszające efektywność pracy. Jest to jedna z chorób, w której leczeniu i profilaktyce rola farmaceuty może być znacząca. Większość leków stosowanych w farmakoterapii

IBS można polecić bez recepty. Porady w zakresie stosowania metod nefarmakologicznych są bardzo istotne w zakresie poprawy codziennego funkcjonowania pacjenta. Niestety, obecnie nie znamy skutecznego leku pozwalającego na stałą remisję choroby, w praktyce stosuje się leki działające głównie objawowo. Pacjent z zespołem jelita drażliwego będzie wracał do apteki, co pozwala na otoczenie go opieką farmaceutyczną, która może mieć niebagatelne znaczenie dla poprawy jego jakości życia. Dlatego tak ważna jest znajomość zaleceń dotyczących profilaktyki nawrotów i farmakoterapii tej choroby, które aktualnie opierają się na bazie IV Kryteriów Rzymskich przedstawionych w maju 2016 r. podczas kongresu *Digestive Disease Week* w San Diego.

W zależności od dominującego typu zaburzeń występujących u pacjenta na ich podstawie można wyróżnić 4 podtypy zespołu jelita drażliwego:

- IBS z dominującym zaparciem (IBS-C), ok. 1/3 pacjentów,
- IBS z dominującą biegunką (IBS-D), ok. 1/3 pacjentów,
- IBS z mieszanymi zaburzeniami (IBS-M), ok. 1/3 pacjentów,
- IBS-U, czyli IBS niesklasyfikowany, do którego należą osoby chore, wykazujące cechy typowe dla omawianej jednostki chorobowej, aczkolwiek nie jest możliwe jednoznaczne przydzielenie ich do żadnej z pierwszych trzech grup [7, 3].

Etiologia i patogeneza IBS nie jest do końca poznana, ale przyjmuje się, że podstawę rozwoju tej choroby stanowią czynniki patogenetyczne, środowiskowe i psychologiczne. Duże znaczenie przypisuje się zaburzeniom na poziomie osi mózg–jelito. U chorych stwierdza się zmiany aktywności w obszarach kory mózgowej odpowiedzialnej

za odczuwanie bólu. Zwiększa się reakcja na stres, zmienia się percepcja bodźców trzewnych, tzw. „nadwrażliwość afektywna”, występują niepokój psychiczny, zaburzenia snu, osobowości, objawy depresji lub hysterii. Objawy te dotyczą aż 70–90% pacjentów. Duże znaczenie mają również zaburzenia czynności motorycznej i wydzielniczej jelit, wzrost przepuszczalności bariery jelitowej, aktywacja układu odpornościowego i zmiany składu flory jelitowej, co w konsekwencji może prowadzić do zakażeń i zapaleń, oraz między innymi biegunki infekcyjnej, najczęściej bakteryjnej. Poinfekcyjny zespół jelita drażliwego dotyczy 10% chorych i zazwyczaj jest to postać biegunkowa [8].

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w IV Kryteriach Rzymskich rozpoznanie tej jednostki chorobowej ustala się, jeśli nawracający ból brzucha występuje w ostatnich 3 miesiącach, średnio przez minimum 1 dzień w tygodniu i spełnia przynajmniej dwa z następujących kryteriów:

- ma związek z wypróżnieniem,
- ma związek ze zmianą częstości wypróżnień (biegunka lub zaparcie),
- ma związek ze zmianą uformowania (wyglądu) stolca [1].

W praktyce do najczęściej zgłaszanych przez pacjenta objawów IBS zaliczymy ból brzucha, przejawiający się jako stały lub nawracający, najczęściej zlokalizowany w podbrzuszu i lewym dolnym kwadrancie. Stres emocjonalny i jedzenie mogą nasilać ból, a wypróżnienie zwykle go łagodzi. Kolejnym zgłaszanym objawem są zaburzenia wypróżniania, przy czym znaczące jest ich powiązanie z czasowym bólem brzucha. U chorych występuje nieprawidłowa konsystencja stolca, biegunka lub zaparcie. Pierwsze zaburzenie poprzedza zwykle gwałtowne parcie skutkujące częstszym wypróżnianiem w postaci wodnistej lub półpłynnej. Występuje ono po posiłkach, w godzinach porannych i w sytuacjach stresowych. Przy drugim zaburzeniu, czyli zaparciu, oddawanie charakterystycznie twardego stolca wymaga znacznego wysiłku, towarzyszy mu również uczucie niepełnego wypróżnienia. U kolejnej grupy chorych naprzemiennie pojawiają się biegunki i zaparcia, a wypróżnienia są skąpe. Innymi objawami zgłaszanymi przez pacjenta mogą być obecność śluzu w kale, wzdęcie brzucha, nudności, wymioty, zgaga, bóle głowy, uczucie zmęczenia, a u kobiet także częstomocz i zaburzenia miesiączkowania [8, 2]. Inne objawy ze strony przewodu pokarmowego zgłaszane przez chorych obejmują: uczucie przeszkody w gardle („globus”), odbijanie, refluks kwaśnej treści żołądkowej, utrudnione polykanie (dysfagię), wczesne uczucie sytości po posiłku, okresową dyspepsję, nudności, ból w klatce piersiowej pochodzenia niesercowego,

Skróty

- **IBS** (*Irritable Bowel Syndrome*) – zespół jelita drażliwego,
- **IBS-C** – zespół jelita drażliwego z dominującym zaparciem,
- **IBS-D** – zespół jelita drażliwego z dominującą biegunką,
- **IBS-M** – zespół jelita drażliwego z mieszanymi zaburzeniami,
- **IBS-U** – zespół jelita drażliwego niesklasyfikowany.

wzdęcia brzucha i oddawanie zwiększonej ilości gazów jelitowych [2].

Farmaceuci powinni zwracać szczególną uwagę na objawy alarmowe, które mogą wskazywać na chorobę organiczną przewodu pokarmowego i wymagają konsultacji ze specjalistą. Należą do nich: gorączka, zmniejszenie masy ciała, krew w stolcu, niedokrwistość, nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym, rak lub zapalne choroby jelit w wywiadzie rodzinnym.

Celem leczenia tej choroby jest złagodzenie objawów i poprawa jakości życia. Podstawą opieki nad pacjentem chorym na IBS jest odpowiednia relacja pomiędzy pacjentem a farmaceutą. Niezbędne jest wyjaśnienie choremu podstaw choroby, metod leczenia oraz zapewnienie go, że jest ona łagodna i nie stanowi zagrożenia dla jego życia. Ważne jest też wsparcie psychologiczne, aby poznać i zminimalizować stres pacjenta. Kolejnym aspektem, który pozwala na redukcję objawów IBS jest zmiana stylu życia chorego. Ważnym elementem jest zwiększenia aktywności fizycznej pacjenta. W jednym z badań obejmujących 102 pacjentów z IBS wykazano, że osoby, które były przydzielone do grupy z większą aktywnością fizyczną miały mniej objawów w porównaniu z grupą kontrolną (8% względem 23%) [5]. Kolejnym elementem, który pozwala na redukcję objawów IBS jest wprowadzenie modyfikacji w diecie. Posiłki należy spożywać regularnie i bez pośpiechu, jeśli dominuje zaparcie należy zalecać suplementację błonnika rozpuszczalnego, znajdującego się np. w nasionach babki lancetowatej lub babki jajowatej. Można podawać otręby pszenne, które jednak mogą powodować wzdęcia [1]. Aktualnie wydaje się, że największe korzyści w zakresie poprawy jakości życia pacjentów cierpiących na zespół jelita drażliwego niesie za sobą wdrożenie diety FODMAP. Jest to dieta o małej zawartości fermentujących oligo-, di- i monosacharydów oraz polioli (*fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols* – FODMAP). Badania wykazały, że węglowodany łatwo fermentujące, słabo wchłaniane i o wysokim ciśnieniu osmotycznym, do których zalicza się fruktozę, laktozę, fruktany oraz alkohole polihydroksylowe (do grupy tej zalicza się

Tabela 1. Dieta zalecana w zespole jelita drażliwego.
Table 1. The diet recommended in the irritable bowel syndrome.

Produkt	Duża zawartość FODMAP	Miała zawartość FODMAP
warzywa	cebula, szparagi, karczoch, brokuł, kalafior, patison, brukselka, soczewica, zielony groszek, por, burak ćwikłowy, kapusta, grzyby, koper włoski, czosnek	marchew, pomidor, ogórek, papryka, kapusta chińska, kiełki bambusa, seler, kukurydza, bakłażan, sałata, dynia, kabaczek, słodki ziemniak, szczypior
owoce	jabłko, gruszka, mango, gruszka chińska, arbuz, nektarynka, brzoskwinia, morela, śliwka, owoce suszone, owoce z puszek	banan, winogrono, kiwi, mandarynka, pomarańcza, ananas, grejpfrut, cytryna, jagody, truskawka
mleko i produkty mleczne	twaróg, delikatne sery (mascarpone, ricotta), mleko skondensowane, jogurty, maślanka, mleko (krowie, owcze, kozie), kwaśna śmietana, bita śmietana, mleko sojowe	ser (szwajcarski, cheddar, parmezan, mozzarella), ser brie, ser camembert, mleko migdałowe, mleko ryżowe, masło, masło orzechowe, margaryna
źródło białka	nasiona roślin strączkowych: soczewica, ciecierzycza, fasola, soja	mięso, ryby, drób, jaja, tofu
pieczywo i produkty zbożowe	żyto, produkty pszenne, pieczywo pszenne, płatki śniadaniowe pszenne z suszonymi owocami, makaron pszenny	pieczywo bezglutenowe, mąka orkiszowa, chleb orkiszowy na zakwasie, płatki ryżowe, mąka owsiana, płatki owsiane, makaron bezglutenowy, ryż, komosa ryżowa
orzechy i nasiona	orzechy nerkowca, pistacje	orzechy włoskie, migdały, orzeszki ziemne, orzechy pekan, orzeszki piniowe, orzechy makadamia, ziarna sezamu, pestki dyni, nasiona słonecznika (wszystkie powyższe w ilości mieszczącej się w jednej małej garści)
inne	syrop z agawy, miód, syrop glukozowo-fruktozowy (<i>high fructose corn syrup</i> – HFCS), słodziki (sorbitol, mannitol, maltitol, ksylitol)	cukier kryształ, syrop klonowy, aspartam, stevia

Źródło: https://dieta.mp.pl/diety/diety_w_chorobach/111607,dieta-fodmap-dieta-zalecana-w-zespole-jelita-drazliwego

również sztuczne środki słodzące, takie jak sorbitol, mannitol, ksylitol), mogą nasilać objawy IBS. Uznaje się więc, że dieta ta jest najbardziej skuteczną formą leczenia dietetycznego osób chorych na IBS (tabela 1) [9].

Korzyści może przynieść również usunięcie glutenu z diety, ponieważ u $\leq 30\%$ chorych na IBS występuje nieceliakalna nadwrażliwość na gluten, a dodatkową zaletą może okazać się zaprzestanie picia kawy i alkoholu [1].

W przypadku IBS rolą leków jest wspomaganie terapii i łagodzenie objawów. W leczeniu IBS z dominującym zaparciem polecane mogą być preparaty o działaniu obwodowym, tj. makrogole, które zwiększają częstotliwość wypróżnień. W wytycznych znajdziemy również kilka leków niezarejestrowanych w Polsce jak na przykład wybiórczy aktywator kanału chlorkowego C-2 lubiproston czy agonista cykazy guanylowej C linaklotyd. Z grupy nowszych preparatów pojawił się w Polsce prukalopryd. Jest to agonista receptorów 5-HT₄ stosowany w IBS-C. Na złagodzenie objawów tej postaci pozytywny wpływ ma również suplementacja kwasów żółciowych łącznie z kwasem chenodeoksycholowym [8].

W leczeniu IBS z dominującą biegunką istotną rolę odgrywa loperamid – syntetyczny opioid, który zwalnia pasaż jelitowy, zwiększa wchłanianie wody oraz jonów w jelitach. Jest on środkiem przeciwbiegunkowym, który został dobrze przebadany w kontrolowanych próbach klinicznych z doбором losowym osób z zespołem jelita drażliwego. Skuteczne jest również połączenie difenoksylatu z atropiną. Zastosowanie rimfaksyminy w IBS-D powoduje poprawę w nasileniu

objawów wzdęć, bólu brzucha i konsystencji stolca w porównaniu z placebo. W USA, w przypadku kobiet z ciężką postacią IBS-D, wykorzystywany jest alosteron, który obniża ból i częstość wypróżnień. Skuteczne wydają się tu być również ondanosteron i ramosteron. Eluksadolina to nowy doustny mieszany agonista receptorów opioidowych typu μ i κ oraz antagonist receptorów δ , lek niedostępny w Polsce, a stosowany z powodzeniem w IBS-D [8].

W celu łagodzenia innych objawów zgłaszanych przez pacjentów można polecać różne leki działające objawowo. W leczeniu wzdęć zalecany jest symetykon w dawce 80 mg 3 × dziennie, a także dimetykon – 100 mg 3 × dziennie. W łagodzeniu bólu brzucha, zwłaszcza popoślukowego, dobre wyniki wykazują leki rozkurczowe, zwłaszcza hioscyna, a także olejek miętowy [1].

Niewielką poprawę pod względem wszystkich objawów, bólu brzucha, oddawania nadmiernych ilości gazów wykazano u pacjentów przyjmujących probiotyki, prebiotyki i symbiotyki względem placebo. Problemem pozostaje jednak dobór właściwego probiotyku, zwłaszcza w sytuacji tak dużej liczby suplementów diety zarejestrowanych w Polsce. Obiecujące są dane dotyczące *Lactobacillus plantarum* 299v [6], a w badaniach klinicznych wymienia się również bakterie z rodzaju *Streptococcus*, *Bifidobacterium*.

W przeglądzie Cochrane’a 15 badań klinicznych, obejmujących łącznie 922 pacjentów, stwierdzono również korzystny efekt antypresantów względem placebo, odnoszący się do poprawy w zakresie bólu brzucha, ogólnej oceny klinicznej oraz redukcji objawów. Istotnie statystycznie korzyści wykazano przy stosowaniu

wybiórczych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, np. paroksetyna pod względem poprawy oceny ogólnej oraz dla trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, np. amitrypylina pod względem poprawy dotyczącej bólu brzucha oraz nasilenia objawów [2].

IBS, mimo że dotyka znaczną część naszej populacji nie jest chorobą dobrze poznaną. Nie jesteśmy w stanie całkowicie jej wyleczyć. Jednak ciągle pojawiają się nowe artykuły, badania zmieniające nasze postrzeganie tej choroby i wpływające często na zasady stosowanej farmakoterapii. Dlatego obowiązkiem farmaceuty, zwłaszcza prowadzącego pacjenta w ramach opieki farmaceutycznej, jest śledzenie na bieżąco piśmiennictwa. Pozwala to na zoptymalizowanie terapii, zminimalizowanie objawów i maksymalną poprawę jakości życia podopiecznych.

Otrzymano: 2019.01.11 · Zaakceptowano: 2019.01.15

Piśmiennictwo

1. Gajewski P., Szczeklik A.: Interna Szczeklika 2018, wyd. 9 Kraków, 2018.
2. Alex B., Pepitone C., Schade R.R., Wilkins T.: Rozpoznanie i postępowanie z IBS u dorosłych. *Lekarz Rodzinny* 2012, 183(11): 852–859.
3. Albrecht P.: „Zespół jelita drażliwego i dyspepsja czynnościowa Poradnik dla farmaceuty.”
4. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C.: Functional bowel disorders. Published correction appears in *Gastroenterology* 2006, 131(2): 688]. *Gastroenterology* 2006, 130(5): 1480–1491.
5. Johannesson E., Simrén M., Strid H., Bajor A., Sadik R.: Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2011, 106(5): 915–922.
6. Szajewska H., Komentarz W.: Probiotyki, prebiotyki i synbiotyki w leczeniu zespołu jelita drażliwego i przewlekłego zaparcia idiopatycznego – przegląd systematyczny. *Med. Prakt.* 2015, 1: 122–124.
7. Mulak A., Smereka A., Paradowski L.: Nowości i modyfikacje w Kryteriach Rzymskich IV. *Gastroenterologia Kliniczna* 2016, 8(2).
8. Szczepanek M., Goncerz G., Strzeszyński Ł.: Choroby czynnościowe układu pokarmowego – wytyczne rzymskie IV (2016). Część III: Choroby czynnościowe jelit. *Medycyna Praktyczna* 2018, 6: 18–29.
9. Wnęk D.: Dieta FODMAP (dieta zalecana w zespole jelita drażliwego). https://dieta.mp.pl/diety/diety_w_chorobach/111607,dieta-fodmap-dieta-zalecana-w-zespole-jelita-drazliwego (dostęp: ????)