

Zespół jelita drażliwego

Zespół jelita drażliwego, zespół jelita nadwrażliwego (łac. *colon irritabile*; ang. *Irritable Bowel Syndrome*, w skrócie IBS) – przewlekła (trwająca przez co najmniej trzy miesiące) idiopatyczna choroba przewodu pokarmowego o charakterze czynnościowym charakteryzująca się bólami brzucha i zaburzeniami rytmu wypróżnień, nieuwarunkowana zmianami organicznymi lub biochemicznymi.

Zespół ten został dokładnie opisany przez Oslera w 1892 roku i był przez niego nazwany jako *mucous colitis*.

Spis treści

- 1 Epidemiologia
- 2 Patofizjologia
- 3 Objawy
 - 3.1 Postacie
 - 3.2 Objawy niepokojące
- 4 Diagnostyka
- 5 Rozpoznanie
 - 5.1 Różnicowanie między postacią biegunkową a zaparciową
 - 5.2 Diagnostyka różnicowa
- 6 Leczenie
 - 6.1 Dieta
 - 6.2 Inne metody
- 7 Rokowanie
- 8 Historia
- 9 Przypisy
- 10 Bibliografia

Zespół drażliwego jelita	
<i>colon irritabile</i>	
ICD-10	K58 (http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/K58) Zespół drażliwego jelita
K58.0	Zespół pobudliwego jelita z biegunką
K58.9	Zespół pobudliwego jelita bez biegunki
DiseasesDB	30638 (http://www.diseasesdatabase.com/ddb30638.htm)
MedlinePlus	000246 (http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000246.htm)
MeSH	D043183 (http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2010/MB_cgi?field=uid&term=D043183)

Epidemiologia

Gastroenterolodzy zgodnie stwierdzają, że zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego należą do najczęstszych schorzeń w ich specjalności (do 50% zgłaszających się na leczenie). IBS występuje u ok. 10–20% dorosłych ludzi, 2/3 z tej liczby to kobiety. Ocenia się, że w Polsce IBS dotyczy około 13% dorosłej populacji. Choroba zaczyna się przeważnie w wieku 30–40 lat.

Duża liczba pacjentów mimo dokuczliwości objawów wywołanych czynnościowymi zaburzeniami przewodu pokarmowego nie zgłasza się do lekarza (tylko 10-25% osób szuka pomocy u lekarza).^[potrzebny przypis]

Patofizjologia

Pierwotna przyczyna nie jest znana. Czynniki patofizjologiczne, które mogą mieć wpływ na wystąpienie choroby to:

- nadmierny rozrost flory bakteryjnej (SIBO) nawet w 84% przypadków
- zaburzenia czucia trzewnego i funkcji motorycznej jelit co potwierdzają badania:
 - niski próg bólowy odbytnicy rozszerzanej balonem
 - zwiększona odpowiedź ruchowa jelita grubego na pobudzenie niektórymi lekami (prostygmina), hormonami (cholecystokinina) lub pokarmem
- zmiany w sferze psychicznej (u 70-90% pacjentów chorych na IBS występują zaburzenia osobowości, niepokój lub depresja)
- spożywanie pokarmów ubogoresztkowych (ubogich w błonnik)
- przebyte infekcje jelitowej (np. czerwonki) – u osób tych stwierdzono zwiększenie liczby komórek endokrynnych jelit i zawartości w nich serotoniny
- rola mózgu jest nie do końca wyjaśniona – nowe badania wykazują zmiany aktywności w obszarach kory mózgowej odpowiedzialnych za odczuwanie bólu.

Objawy

Sytuacje stresowe wyzwalają objawy, do których najczęściej należą:

- ostre, skurczowe, nękające bóle brzucha (zazwyczaj podbrzusza i lewego dołu biodrowego). Prawie nigdy nie budzą w nocy. Nasilają się po posiłkach. Mogą towarzyszyć biegunkom. Ulgę przynosi wypróżnienie lub oddanie gazów.
- biegunka – stolce mogą być wodniste lub półpłynne ale rzadko dochodzi do zwiększenia ich objętości. Zazwyczaj występuje po posiłkach, stresie psychicznym i w godzinach rannych.
- zaparcie – u chorych bez biegunki. Częstotliwość wypróżnień jest zmniejszona, stolec oddawany jest z wysiłkiem. Po oddaniu stolca często występuje uczucie niepełnego wypróżnienia.
- wzdęcie brzucha
- domieszka śluzu w kale
- odbijanie i gazy
- nudności i wymioty
- zgaga
- bóle głowy
- uczucie zmęczenia
- zaburzenia miesiączkowania
- częstomocz
- "przelewania w brzuchu"

Badanie przedmiotowe nie wykazuje odchyleń od normy.

Postacie

- biegunkowa
- zaparciowa
- mieszana

Objawy niepokojące

Każdy z poniższych objawów może wskazywać na przyczynę organiczną dolegliwości:

- gorączka
- zmniejszenie masy ciała
- krew w stolcu
- niedokrwistość
- nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym
- rak lub zapalne choroby jelit w wywiadzie rodzinnym

Diagnostyka

Celem postępowania diagnostycznego jest wykluczenie organicznej przyczyny dolegliwości.

Zestaw zalecanych badań diagnostycznych:

- test wodorowy
- morfologia krwi
- OB
- badanie biochemiczne krwi
- badanie ogólne moczu
- badanie kału w kierunku obecności pasożytów i krwi utajonej
- posiewy bakteriologiczne stolca
- kalprotektyna w kale - wykluczenie chorób zapalnych jelit (m.in. bakteryjne, nieswoiste zapalenie jelita, czerwotka przewlekła).
- rektoskopia lub fiberosigmoidoskopia

Ponadto, w zależności od sytuacji:

- test tolerancji laktozy lub 2-tygodniowa próba z dietą bezlaktozową
- wlew kontrastowy doodbytniczy lub kolonoskopia
 - u osób powyżej 45. roku życia
 - pozytywny wywiad rodzinny w kierunku chorób nowotworowych
 - brak poprawy
- USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej
- badanie radiologiczne jelita cienkiego – przy obfitej bieguncie
- badanie radiologiczne lub endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego – przy dyspepsji
- oznaczenie stężenia kwasu 5-hydroksyindolooctowego w moczu, oraz chromograniny A, gastryny, VIP i hormonów tarczycy we krwi

Rozpoznanie

Obecnie obowiązującymi są tzw. Kryteria Rzymskie III z 2006 roku. Według nich zespół jelita drażliwego można rozpoznać, gdy występuje ból lub dyskomfort (czyli przewlekłe odczucie nie określane jako ból) w jamie brzusznej, trwający co najmniej trzy dni w miesiącu, przez ostatnie trzy miesiące, i towarzyszą mu co

najmniej dwa z trzech poniższych objawów: 1) zmniejszenie/ ustąpienie dolegliwości po wypróżnieniu 2) początek objawów związany ze zmianą częstości wypróżnień 3) początek dolegliwości wiążący się ze zmianą wyglądu stolca

Różnicowanie między postacią biegunkową a zaparciową

Biegunkowy typ choroby charakteryzują:

- więcej niż 3 wypróżnienia w ciągu dnia
- papkowaty lub wodnisty stolec
- parcie na stolec

Zaparciowy typ choroby charakteryzują:

- mniej niż 3 wypróżnienia w tygodniu
- twardy lub "bobkowaty" stolec
- duży wysiłek towarzyszący defekacji

Diagnostyka różnicowa

IBS należy różnicować z:

- nieswoiste i swoiste (infekcyjne) zapalenia jelit
- mikroskopowe zapalenie jelita grubego
- uchyłki okrężnicy
- biegunka u osób nadużywających środków przeczyszczających
- celiakia
- nowotwory jelita grubego: rak, gruczolak kosmkowy (adenoma villosum)
- guzy endokrynne: gastrinoma, VIPoma, rakowiak
- choroby metaboliczne: nadczynność tarczycy, cukrzyca, niedobór laktazy

Leczenie

Nie ma sposobu trwałego wyleczenia z zaburzeń, postępowanie lecznicze ma tylko na celu złagodzenie objawów chorobowych.

Dieta

Odpowiednia dieta, szczególnie dieta FODMAP oraz bogata w rozpuszczalny błonnik może pomóc przy IBS^[1]. Dieta bogata w rozpuszczalny błonnik zmniejsza ogólne objawy IBS oraz bóle brzucha, szczególnie przy łagodniejszych formach IBS oraz IBS z biegunką, przy czym błonnik nierozpuszczalny jest nieskuteczny^[2]. Dieta FODMAP ogranicza produkty, które zawierają ciężkostrawne węglowodany oraz inne substancje, mogące wpływać na objawy chorób przewodu pokarmowego, np. laktozę, gluten lub fruktozę. Dieta ta skutecznie zmniejsza ogólne objawy IBS oraz bóle brzucha u niektórych pacjentów, przy czym dalszych badań wymaga ocena jej bezpieczeństwa przy dłuższym czasie stosowania^[3].

Brytyjskie stowarzyszenie dietetyczne opublikowało przewodnik dietetycznego zarządzania objawami choroby dla dorosłych, którego główne zalecenia brzmią następująco^[4]:

1. Styl życia i zdrowa dieta:

- Alkohol - unikać nadmiernego spożycia alkoholu i spożywać nie więcej, niż zalecane ilości, dwa

drinki dziennie pięć razy w tygodniu dla mężczyzn i jeden drink dziennie, pięć razy w tygodniu dla kobiet.

- Kofeina - niewystarczające dowody, by zarekomendować zalecenia.
- Ostre jedzenie - jeżeli jest podejrzenie, że wywołuje objawy, tymczasowo ograniczyć spożycie, aby sprawdzić, czy nastąpi poprawa.
- Tłuszcz - jeżeli jest podejrzenie, że wywołują objawy w trakcie spożywania lub po posiłku, ograniczyć spożycie i upewnić się, że odzwierciedla ono aktualne zalecenia dietetyczne.
- Płyny - brak dowodów, by zarekomendować zalecenia.
- Nawyki żywieniowe - niewystarczające dowody, by zarekomendować zalecenia.

2. Ograniczenia w spożyciu mleka i produktów mlecznych: jeżeli istnieją podejrzenia, że mleko wywołuje objawy IBS, a nie można wykonać testu oddechowego na nietolerancję laktozy, zaleca się tymczasowo ograniczyć spożycie, by sprawdzić, czy nastąpi poprawa. Jest to szczególnie użyteczne wśród grup etnicznych, gdzie nietolerancja laktozy jest powszechna. W przypadku pozytywnego testu oddechowego, ograniczenie spożycia laktozy jest zalecane.

3. Spożycie błonnika:

- Należy unikać dodatkowego spożywania otrębów pszennych.
- Jeżeli chory cierpi na postać zaparciową choroby (IBS-C), można spróbować spożywać dwie łyżki stołowe siemienia lnianego dziennie, przez okres trzech miesięcy, by sprawdzić, czy objawy nie zmniejszą się. Długotrwała próba jest zalecana, ponieważ istnieją przypuszczenia, że skuteczność stosowania siemienia narasta stopniowo.

4. Węglowodany ciężkostrawne (FODMAP):

- Należy rozważyć przez okres 3-4 tygodni stosowanie diety ubogiej w fermentowalne węglowodany FODMAP. Jeżeli po upływie miesiąca dieta nie przyniesie poprawy objawów, należy powrócić do poprzedniego sposobu odżywiania i rozważyć inne opcje leczenia.
- Ponieważ pacjenci mogą różnie reagować na różne węglowodany z grupy FODMAP, zaleca się przy stosowaniu diety stopniowo dodawać różne produkty, zawierające odmienne węglowodany, by sprawdzić indywidualną wrażliwość.

Ogólne zalecenia dietetyczne przy diecie low-FODMAP^{[5][6]}

	Żywność niezalecana przy IBS (bogata w węglowodany FODMAP)	Żywność zalecana przy IBS (uboga w węglowodany FODMAP)
Warzywa	szparagi, karczochy, cebula, por, czosnek, warzywa strączkowe, groszek cukrowy, przyprawy z cebuli i czosnku, buraki, kapusta włoska, seler, kukurydza cukrowa, kalafior, brokuł, dynia, pieczarki, brukselka	lucerna, kiełki fasoli, zielony groszek, słodka papryka, marchew, szczypiorek, zioła, ogórek, sałata, pomidor, cukinia, szpinak, bakłażan, ziemniaki
Owoce	jabłka, gruszki, mango, arbuz, nektarynki, brzoskwinie, śliwki, wiśnie, morele, awokado	banany, pomarańcza, mandarynka, winogrona, melon, kiwi, owoce leśne, grejpfrut, cytryna, ananas, oliwki
Produkty mleczne	mleko krowie, jogurt, ser biały, śmietana, lody	mleko i jogurt bez laktozy, ser żółty, masło
Źródła białka	warzywa strączkowe	mięso, ryby, kurczak, tofu, tempeh, jaja
Zboża	żyto, pszenica, jęczmień	pieczywo i makaron bezglutenowe, orkisz, ryż, owies, komosa, mąka kukurydziana
Orzechy i nasiona (<10 sztuk orzechów i 1 łyżka nasion na posiłek)	orzechy nerkowca, pistacje	migdały, pestki dyni, orzeszki ziemne, orzechy włoskie, orzechy laskowe, nasiona sezamu, słonecznik

1. Gluten: niewystarczające dowody, by zarekomendować zalecenia, jeżeli w diagnozie wykluczona jest celiakia.
2. Probiotyki: niektóre probiotyki, np. jogurtowe, łagodzą ogólne objawy IBS oraz towarzyszące bóle, jednakże dalszych badań wymaga ocena, które z nich i w jakich dawkach są najskuteczniejsze^{[7][8]}. Jeżeli pacjent zdecyduje się wypróbować probiotyki, zaleca się stosowanie pojedynczego probiotyku przez okres co najmniej czterech tygodni, by sprawdzić jego działanie. Probiotyki są uważane za bezpieczne przy IBS.
3. Diety eliminacyjne i uczulenia na żywność: obecnie nie zaleca się stosowania innych, niż wymienione, form diet eliminacyjnych w leczeniu objawów IBS.

Inne metody

- Unikanie stresu.
- Środki farmakologiczne – pełnią funkcję wspomagającą. W postaci bólowo-zaparciowej można stosować: środki antycholinergiczne (bromek oksyfenonium), drotawerynę, mebewerynę lub trimebutynę. W postaci biegunkowej można stosować: rifaksyminę, difenoksyilat, loperamid, cholestyraminę. Przy wzdęciach: rifaksyminę, symetykon, dimetykon. Chorzy z niepokojem – anksjolityki, ale dłuższa kuracja jest niewskazana^[9].
- Olej z mięty pieprzowej zmniejsza ogólne objawy IBS oraz łagodzi bóle brzucha^[10].
- Do alternatywnych metod leczenia zalicza się jeszcze hipnoterapię^[11], medytację i jogę^{[12][13]}.

Rokowanie

U większości chorych objawy nawracają. Choroba ma jednak łagodny przebieg i nigdy nie prowadzi do wyniszczenia.

Historia

Jednostka chorobowa opisana została po raz pierwszy w 1892 roku. W XIX wieku znana była pod wieloma nazwami, m.in. jako: *enteritis membranacea*, *myxoneurosis intestinalis*, *colitis mucosa*, *colitis neuromembranacea*^[14].

Przypisy


1. S. S. C. Rao, S. Yu, A. Fedewa, *Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome* (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.13167/abstract>), „Alimentary Pharmacology & Therapeutics”, 12, 2015, s. 1256–1270, DOI: 10.1111/apt.13167 (<https://dx.doi.org/10.1111%2Fapt.13167>) [dostęp 2016-11-11] (ang.).
2. Neeraja Nagarajan i inni, *The role of fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome* (<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00042737-900000000-98688>), „European Journal of Gastroenterology & Hepatology”, DOI: 10.1097/meg.0000000000000425 (<https://dx.doi.org/10.1097%2Fmeg.0000000000000425>) [dostęp 2016-11-11].
3. Abigail Marsh, Enid M. Eslick, Guy D. Eslick, *Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis* (<http://link.springer.com/article/10.1007/s00394-015-0922-1>), „European Journal of Nutrition”, 3, 2015, s. 897–906, DOI: 10.1007/s00394-015-0922-1 (<https://dx.doi.org/10.1007%2Fs00394-015-0922-1>) [dostęp 2016-11-11] (ang.).
4. Y. A. McKenzie i inni, *British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update)* (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12385/abstract>), „Journal of Human Nutrition and Dietetics”, 5, 2016, s. 549–575, DOI: 10.1111/jhn.12385 (<https://dx.doi.org/10.1111%2Fjhn.12385>) [dostęp 2016-12-23] (ang.).
5. d, *The Monash University Low FODMAP diet* (<http://www.med.monash.edu/cecs/gastro/fodmap/low-high.html>), www.med.monash.edu [dostęp 2016-11-11].
6. Low FODMAP Diet, The Ohio State University (<https://patienteducation.osumc.edu/Documents/LowFODMAPdiet.pdf>)
7. Alexander C Ford i inni, *Efficacy of Prebiotics, Probiotics, and Synbiotics in Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation: Systematic Review and Meta-analysis* (<http://www.nature.com/doi/10.1038/ajg.2014.202>), „The American Journal of Gastroenterology”, 10, s. 1547–1561, DOI: 10.1038/ajg.2014.202 (<https://dx.doi.org/10.1038%2Fajg.2014.202>).
8. Alexander C Ford i inni, *Efficacy of Prebiotics, Probiotics, and Synbiotics in Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation: Systematic Review and Meta-analysis* (<http://www.nature.com/doi/10.1038/ajg.2014.202>), „The American Journal of Gastroenterology”, 10, s. 1547–1561, DOI: 10.1038/ajg.2014.202 (<https://dx.doi.org/10.1038%2Fajg.2014.202>).
9. Vijaya L. Rao, Adam S. Cifu, Leslie W. Yang. *Pharmacologic Management of Irritable Bowel Syndrome* (<http://jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2478185>). „JAMA Clinical Guidelines Synopsis”. 314 (24), s. 2684–2685, December 22/29, 2015. DOI: 10.1001/jama.2015.16943 (<https://doi.org/10.1001/jama.2015.16943>). [dostęp 2015-12-30].
10. Reena Khanna, John K. MacDonald, Barrett G. Levesque, *Peppermint Oil for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome* (<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004836-900000000-98766>), „Journal of Clinical Gastroenterology”, DOI: 10.1097/mcg.0b013e3182a88357 (<https://dx.doi.org/10.1097%2Fmcg.0b013e3182a88357>) [dostęp 2016-11-11].
11. S. Wilson i inni, *Systematic review: the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome* (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2006.03028.x/abstract>), „Alimentary Pharmacology & Therapeutics”, 5, 2006, s. 769–780, DOI: 10.1111/j.1365-2036.2006.03028.x (<https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1365-2036.2006.03028.x>) [dostęp 2016-12-23] (ang.).
12. Leora Kuttner, Christine T Chambers, Janine Hardial, David M Israel i inni. *A randomized trial of yoga for adolescents with irritable bowel syndrome* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673138/>). „Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society”. 11 (4), s. 217–224, 2006-01-01. ISSN 1203-6765 (<http://worldcat.org/issn/1203-6765>). PMID: 17149454 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17149454>).

PMCID: PMC2673138 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673138/>). [dostęp 2015-09-21].

13. Z. Hussain, E. M. M. Quigley. *Systematic review: complementary and alternative medicine in the irritable bowel syndrome* (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2006.02776.x/abstract>). „Alimentary Pharmacology & Therapeutics”. 23 (4), s. 465-471, 2006-02-01. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2006.02776.x (<https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.02776.x>). ISSN 1365-2036 (<http://worldcat.org/issn/1365-2036>) (ang.). [dostęp 2015-09-21].
14. Ernst Stein: *Anorectal and colon diseases*. Berlin: Springer, 2003, s. 376. ISBN 3-540-43039-3.

Bibliografia

- Yang J., Lee HR., Low K., Chatterjee S., Pimentel M. *Rifaximin versus other antibiotics in the primary treatment and retreatment of bacterial overgrowth in IBS*.. „Digestive diseases and sciences”. 1 (53), s. 169–74, styczeń 2008. DOI: 10.1007/s10620-007-9839-8 (<https://doi.org/10.1007/s10620-007-9839-8>). PMID: 17520365 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17520365>).
- Lin HC. *Small intestinal bacterial overgrowth: a framework for understanding irritable bowel syndrome*.. „JAMA : the journal of the American Medical Association”. 7 (292), s. 852–8, sierpień 2004. DOI: 10.1001/jama.292.7.852 (<https://doi.org/10.1001/jama.292.7.852>). PMID: 15316000 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15316000>).
- "Interna" pod redakcją prof. dr hab. med. Włodzimierza Januszewicza i prof. dr hab. med. Franciszka Kokota ISBN 83-200-2871-X
- "Choroby wewnętrzne" pod redakcją prof. dr hab. med. Andrzeja Szczeklika ISBN 83-7430-031-0
- "Medycyna wewnętrzna" Gerd Herold i współautorzy ISBN 83-200-3322-5
- Lu WZ., Gwee KA., Moochhalla S., Ho KY. *Melatonin improves bowel symptoms in female patients with irritable bowel syndrome: a double-blind placebo-controlled study*.. „Alimentary pharmacology & therapeutics”. 10 (22), s. 927–34, listopad 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2005.02673.x (<https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02673.x>). PMID: 16268966 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268966>).
- Bartłomiej Antoni Ziółkowski: Epidemiologia dolegliwości brzusznych w polskiej populacji (<http://www.termedia.pl/Epidemiologia-dolegliwosci-brzusznych-w-polskiej-populacji,41,18177,0,0.html>). 2012. [dostęp 8.10.2012].

 Zapoznaj się z zastrzeżeniami dotyczącymi pojęć medycznych i pokrewnych w Wikipedii.

Źródło: „https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Zespół_jelita_drażliwego&oldid=49538727”

Tę stronę ostatnio edytowano 21:15, 7 cze 2017. Tekst udostępniany na licencji Creative Commons: uznanie autorstwa, na tych samych warunkach (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.pl>), z możliwością obowiązywania dodatkowych ograniczeń. Zobacz szczegółowe informacje o warunkach korzystania (http://wikimediafoundation.org/wiki/Warunki_korzystania).