



Zespół jelita nadwrażliwego

Redakcja naukowa • dr n. med. Mirosława Gałęcka

Redakcja naukowa • dr n. med. Mirosława Gałęcka

Zespół jelita nadwrażliwego

© Copyright by PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020.

Wszystkie prawa zastrzeżone. Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Autorzy i Wydawnictwo dołożyli wszelkich starań, aby wybór i dawkowanie leków w tym opracowaniu były zgodne z aktualnymi wskazaniami i praktyką kliniczną. Mimo to, ze względu na stan wiedzy, zmiany regulacji prawnych i nieprzerwany napływ nowych wyników badań dotyczących podstawowych i niepożądanych działań leków, Czytelnik musi brać pod uwagę informacje zawarte w ulotce dołączonej do każdego opakowania, aby nie przeoczyć ewentualnych zmian we wskazaniach i dawkowaniu. Dotyczy to także specjalnych ostrzeżeń i środków ostrożności. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza w przypadku nowych lub rzadko stosowanych substancji.

Wydawca: *Inga Markiewicz*

Redaktor prowadzący: *Beata Bednarczuk*

Redaktor merytoryczny: *Marta Tomasiuk*

Korekta: *Bożena Hałuszczyńska*

Producent: *Anna Bączkowska*

Skład wersji elektronicznej na zlecenie PZWL Wydawnictwo Lekarskie: *Michał Latusek*

Rysunki: *Anna Maciaszczyk*

Projekt okładki i stron tytułowych: *Agata Muszalska*

Ilustracje na okładce: *Arkadi Bojaršinov/Dreamstime, Viktoria33/Dreamstime*

eBook został przygotowany na podstawie wydania papierowego z 2020r. (wyd. I)
Warszawa 2020

ISBN 978-83-200-6212-0

PZWL Wydawnictwo Lekarskie

02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2

tel. 22 695 43 21

www.pzwl.pl

Księgarnia wysyłkowa:

tel. 42 680 44 88; infolinia: 801 33 33 88

e-mail: wysylkowa@pzwl.pl

Informacje w sprawie współpracy reklamowej: reklama@pwn.pl

Bezpłatny fragment

Wstęp

1. ZESPÓŁ JELITA NADWRAŻLIWEGO – czy to koniec diagnostyki? - dr n. med. Mirosława Gałęcka

Czym jest IBS i w jaki sposób się go diagnozuje?

Jak diagnozuje się IBS w gabinetach lekarzy rodzinnych
lub gastroenterologów?

Postacie IBS

Podtypy IBS

W dążeniu do ideału... wypróżnień

Czy spowolniony pasaż jelitowy to IBS?

Nowotwory przewodu pokarmowego – pierwsze do
wykluczenia

Okiem lekarza – skąd się bierze IBS?

Inne badania zlecane przy podejrzeniu lub w celu
potwierdzenia/wykluczenia diagnozy IBS

Badanie mikrobioty jelitowej przy podejrzeniu IBS

Czy mam kandydozę jelit i dlatego mam objawy IBS?

A może to SIBO?

Zaparcia i typ zaparciowy IBS

Diagnoza – nie taka prosta

2. LECZENIE IBS – dlaczego nie ma jednej dobrej metody? - dr n. med. Mirosława Gałęcka

Leki stosowane w IBS

Lewatywa – czy należy się jej bać?

Leki przeciwdepresyjne

Dieta, probiotykoterapia, stres, czyli o czym zapominają pacjenci

Dieta

Probiotykoterapia

Narażenie na stres

Psychoterapia

Fizykoterapia

Hormony, seks, libido – to też ma związek z jelitem!

Endometrioza – mylona z IBS!

Śródmiąższowe zapalenie pęcherza

3. PODOBNE OBJAWY, RÓŻNE PRZYCZYNY – choroby podszrywające się pod IBS - dr n. med. Mirosława Gałęcka, dr n. biol. Anna Basińska, mgr Joanna Dronka-Skrzypczak, mgr Daria Kotek

Dysbioza jelitowa – ukryte źródło wielu chorób

Czym jest mikrobiota jelitowa?

Helicobacter pylori a IBS – leczyć czy nie leczyć?

Po co ta mikrobiota?

Główne funkcje mikrobioty jelitowej

Czym jest dysbioza jelitowa?

Czy można zbadać stan bariery jelitowej?

A co z pacjentami z IBS?

Czynniki powodujące dysbiozę jelitową

Leczenie dysbiozy jelitowej

Jak nie zagłodzić mikrobioty?

Potrzebne wsparcie, czyli jak stosować probiotyki

Leki bez recepty? Umiar jest wskazany!

Cichy morderca bez serca – stres

SIBO, czyli kiedy bakterie wymykają się spod kontroli

Dlaczego opisujemy SIBO w książce o IBS?

Objawy i charakterystyka SIBO

Przyczyny dolegliwości w SIBO

Dlaczego przerwy między posiłkami są tak ważne?

Jak leczyć SIBO?

Diagnostyka SIBO

Jak przygotować się do wodorowego testu oddechowego?

Kilka słów o pasażu jelitowym

Leniwe jelito – norma czy patologia?

Najlepsi kucharze naszych jelit

Alergia, nietolerancja, nadwrażliwość pokarmowa –
jak rozróżnić i diagnozować?

Jak diagnozuje się alergię pokarmową?

Diagnostyka nietolerancji pokarmowych

Kiedy można wykonać testy alergiczne?

Objawy alergii, nadwrażliwości i nietolerancji pokarmowych

Leczenie

Celiakia u dorosłych – przebiegły przeciwnik

Objawy celiakii, które mogą być mylone z IBS

Celiakia a inne choroby autoimmunizacyjne

4. DIETA W IBS – fakty i mity - mgr Daria Kotek, mgr Joanna Dronka-Skrzypczak

Fruktooligosacharydy – co trzeba wiedzieć o FODMAP?

Gdzie znajdują się FODMAP?

Zasady diety z niskim FODMAP

Postępowanie z pacjentem przed rozpoczęciem diety

Podstawowe zalecenia dla pacjenta

Bezpieczeństwo diety

Lekkostrawnie i bez surowego, czyli mity na temat diety w IBS

Dieta lekkostrawna

Dieta surowa

Przejedzenie a zespół jelita nadwrażliwego

Każdy IBS jest inny, czyli jak zindywidualizować dietę?

Dieta w postaci biegunkowej zespołu jelita nadwrażliwego

Dieta w postaci zaparciowej zespołu jelita nadwrażliwego

Dieta w postaci mieszanej zespołu jelita nadwrażliwego

Inne modyfikacje żywieniowe u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego

Dieta eliminacyjna bez niedoborów

Zbilansowanie diety

Urozmaicenie i jakość

Rola lektyn w zespole jelita nadwrażliwego

Produkty bezpieczne o niewielkiej zawartości lektyn

Sposoby na zmniejszenie lektyn w żywności

Kto musi uważać na lektyny?

Lektyny a zespół jelita nadwrażliwego

Post przerywany w IBS

Wpływ postu przerywanego na organizm

Post przerywany a zespół jelita nadwrażliwego

5. SUPLEMENTACJA W IBS – konieczność czy alternatywa? - mgr

Daria Kotek, mgr Joanna Dronka-Skrzypczak

Suplementy wspomagające działanie układu pokarmowego

Zaparcia

Biegunki

Wzdęcia

Zespół jelita nadwrażliwego

Naturalna apteka – zioła i inne rośliny, które mogą pomóc

Niestrawność

Zaburzenia czynnościowe (psychosomatyczne)

Stan zapalny żołądka i dwunastnicy

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy

Zaparcia

Rozsądek przede wszystkim, czyli jak nie dać się nabrać na marketing suplementów diety

Różnice między lekiem, suplementem i wyrobem medycznym

6. PO PIERWSZE SPOKÓJ – znaczenie równowagi psychofizycznej

w IBS - dr n. biol. Anna Basińska, mgr Joanna Dronka-Skrzypczak

Trzewny układ nerwowy i oś jelito-mikrobiota-mózg – jak to działa?

Oś jelito-mikrobiota-mózg

A co ze stresem?

Emocje, dobre i złe wspomnienia, ból

Serotonina – hormon szczęścia czy neuroprzekaźnik?

Rola psychologa i psychiatry we wsparciu leczenia IBS

Mity na temat psychoterapii i wizyt u psychiatry

„I o czym ja im tam będę mówił?”

Błogosławiona nuda i cudowne lenistwo

Ruch i aktywność fizyczna w terapii IBS

Jaka powinna być aktywność fizyczna w IBS?

Po co w ogóle ten ruch?

Jaka aktywność fizyczna jest zalecana w IBS?

Piśmiennictwo

Wstęp

Domyślam się, że większość Czytelników tej książki to osoby lub bliscy osób, u których postawiono diagnozę: zespół jelita nadwrażliwego (ZJN, IBS). Nie jest to rzecz nadzwyczajna ani rzadka. Z oficjalnych statystyk wynika, że na dolegliwość tę cierpi 11% społeczeństwa w Polsce. Z kolei amerykańscy autorzy podają, że 20% populacji Amerykanów boryka się z tym schorzeniem. Czyli – idąc ulicami Warszawy lub innego większego polskiego miasta – możemy zakładać, że co dziesiąta spotkana osoba powie: „Często miewam bóle brzucha. Kilka razy w tygodniu. Ból jest okropny. Czasami tak silny, że w pracy muszę wyjść z zebrania i udać się do toalety. Tam potrzebuję czasu i nigdy nie doznaję uczucia pełnego wypróżnienia. Jestem spocony i czekam, aż wszystko wydalę. Nieraz są to ogromne ilości, a na końcu leci już sama woda. Sporo czasu musi upłynąć, zanim poczuje się dobrze. Czasami mam zaparcia i nie oddaję stolca przez kilka dni lub tylko takie kozie bobki. Zrobiono mi już wiele badań, nawet dwa razy kolonoskopię, ale nic nie stwierdzono. Może jestem uczulony na pokarm? Może powinienem iść do szpitala? Boję się, że już nigdy nie będę zdrowy”.

Za pośrednictwem tej książki chcę „odczarować” pacjentowi zespół jelita nadwrażliwego. Pomóc mu zrozumieć objawy i przestać się bać. Jednak przede wszystkim postaram się poprawić jakość jego życia – poprzez wskazanie, jak tę chorobę wyleczyć.

Obrazów IBS jest tyle, ilu pacjentów. Uniwersalne podejście nie istnieje. Moi pacjenci to osoby, które szukają, chcą wiedzieć, a wiedza i zrozumienie przynosi im ulgę i pozwala samodzielnie kontrolować chorobę. Czasami dokładne przyjrzenie się objawom pozwala zdemaskować ich przyczynę. ZJN – jako choroba czynnościowa – ma wiele przyczyn i jest uzależniona od licznych czynników. Uważam, że

lekarz powinien tu być partnerem do rozmów, a jego najważniejszym zadaniem jest wyjaśnienie pacjentowi dolegliwości, przedyskutowanie diagnostyki (wykluczenie tej często niepotrzebnej i powtarzanej) oraz pokazanie wszystkich możliwości obchodzenia się z chorobą. Pacjent nie może obawiać się przepisywanych leków, a z drugiej strony – warto omówić stosowanie metod nefarmakologicznych. Czasami efekt przynosi obranie najmniej oczywistego kierunku.

Książka ta ma pokazać pacjentowi:

- _____ jak przejąć kontrolę nad dolegliwościami;
- _____ jak się odżywiać, aby czerpać radość z jedzenia, a nie odczuwać przed nim strach;
- _____ jak przyjmować leki i oceniać ich skuteczność;
- _____ jak myśleć o swojej równowadze psychicznej i nie bać się leków mających służyć jej poprawie;
- _____ jak radzić sobie ze stresem i myśleć pozytywnie;
- _____ jak podchodzić do badań diagnostycznych i nie wykonywać ich za dużo.

Jestem przekonana, że przeczytanie tej książki pozwoli moim pacjentom lepiej radzić sobie z dolegliwościami, a tym samym – po prostu mieć lepsze życie.

dr n. med. *Mirosława Gałęcka*

ZESPÓŁ JELITA NADWRAŻLIWEGO – czy to koniec diagnostyki?



dr n. med. Mirosława Gałęcka

Czym jest IBS i w jaki sposób się go diagnozuje?

Zacznijmy od nazwy. W Polsce mówimy o zespole jelita nadwrażliwego (ZJN), ale w literaturze medycznej i w prasie często używa się skrótu IBS, utworzonego od nazwy schorzenia w języku angielskim (*irritable bowel syndrome*). Na potrzeby tej książki będziemy stosować skrót IBS.

Trzeba wspomnieć o epidemiologii, czyli częstości występowania IBS w różnych populacjach. Jest to choroba powszechna, występuje praktycznie we wszystkich szerokościach geograficznych i na wszystkich kontynentach. Charakterystyczne jest to, że:

- częściej chorują ludzie młodzi, przed 35. rokiem życia,
- dwa razy częściej zapadają na nią kobiety (lub częściej są diagnozowane),
- w wywiadzie często możemy wychwycić jakiś czynnik zapalny – coś się wydarzyło, coś było czynnikiem spustowym; wywołał on objawy ze strony układu pokarmowego, które z czasem zaczęły mieć charakter przewlekły.

Pacjenci opowiadają o błędzie dietetycznym, o nagłym bólu brzucha, a nawet wizycie na oddziale ratunkowym. Nierzadko mówią o silnym stresie, towarzyszącym bólowi fizycznemu. Słyszałam też opowieści o egzotycznych podróżach, podczas których dolegliwości się zaczęły.

„Po tym wyjeździe już nigdy nie było dobrze. Podróżowaliśmy po całej Azji. Zwiedzaliśmy, cieszyliśmy się poznawaniem kolejnych krajów, ludzi, kultur i nowych dla nas potraw. Pewnego dnia obudziłam się z bólem brzucha i biegunką. Miałam gorączkę, czułam się fatalnie. Mąż wezwał miejscowego lekarza, który przepisał mi jakieś leki. Mówił, że to antybiotyki. Prawie nic nie jadłam przez tydzień. Po tygodniu mój stan się polepszył, ale byłam dosyć słaba. Do końca podróży musiałam bardzo uważać na to, co jadłam i piłam. Niestety po powrocie ból brzucha stał się moim częstym towarzyszem. Do dnia dzisiejszego nie jest dobrze. Co najmniej raz w tygodniu zdarza mi się odczuwać silny ból brzucha i parcie na stolec, ale wypróżnienie niewiele pomaga. Muszę wtedy odpocząć, uspokoić się, czasami potrzebuję leków. Od powrotu z Azji minęły dwa lata. Poddałam się wielu badaniom, ale nic nie stwierdzono. Lekarz powiedział, że mam zespół jelita nadwrażliwego”.

Czasami początek ma miejsce podczas silnego obciążenia psychicznego. Nie napisałam „stresu”, bo to pacjent sam siebie stawia pod prężeniem czasu lub swojej perfekcji.

„Byłem w klasie maturalnej. Uczyłem się świetnie, uprawiałem sport, miałem już wybrany kierunek studiów. Krótko przed maturą stwierdziłem, że chcę studiować za granicą. Musiałem być jeszcze lepszy. Zacząłem się jednak denerwować. Nie miałem czasu na jakikolwiek ruch, siedziałem w domu i ciągle się uczyłem. Potem zaczął mnie boleć brzuch. Nie mogłem się wypróżnić, więc wspomagałem się preparatami na zaparcia. Bałem się pójść do lekarza. Bałem się, że cierpię na jakąś

poważną chorobę. W końcu rodzice zmusili mnie do wizyty u specjalisty i dostałem leki na zaparcia. Pomogły, ale brzuch bolał mnie w dalszym ciągu. Teraz kończę studia w Londynie, ale nadal borykam się z tymi dolegliwościami”.

Termin IBS jest często nadużywany – zarówno przez pacjentów, jak i przez lekarzy. Wystarczy, że ktoś ma zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego, a już słyszy tę diagnozę. Lekarze specjaliści na spotkaniach ustalają pewne wytyczne, które potem ułatwiają im diagnostykę oraz porozumiewanie się między sobą. W przypadku czynnościowych chorób związanych z jelitami obowiązują tzw. Kryteria Rzymskie. Ostatnie uaktualnienie miało miejsce w roku 2016 (z tego czasu pochodzą Kryteria Rzymskie IV).

Jak diagnozuje się IBS w gabinetach lekarzy rodzinnych lub gastroenterologów?

Według Kryteriów Rzymskich IV zespół jelita nadwrażliwego to nawracający ból brzucha, średnio występujący przez co najmniej 1 dzień w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące, spełniający 2 z poniższych kryteriów. Kryteria spełnione przez ostatnie 3 miesiące przy wystąpieniu objawów co najmniej 6 miesięcy przed rozpoznaniem to:

- ból jest związany z wypróżnieniem;
- ból jest związany ze zmianą częstości wypróżnień;
- ból jest związany ze zmianą konsystencji stolca.

Czego moim zdaniem brakuje? W definicji nie ma nawet słowa o badaniach dodatkowych, a rozpoznanie opiera się wyłącznie na objawach klinicznych. Według obecnych zaleceń my – lekarze – nie mamy wykluczać innych chorób, ale stawiać rozpoznanie na podstawie Kryteriów Rzymskich IV. Oczywiście nie zadowala to lekarzy, którzy celem wykluczenia innych – poważnych i wymagających natychmiastowej interwencji chorób – zlecają badania podstawowe. Opisuję tu proces diagnostyki, jaki ma miejsce w gabinetach lekarzy rodzinnych lub gastroenterologów.

Postacie IBS

Zarówno lekarze, jak i pacjenci najbardziej obawiają się diagnozy w postaci nowotworu. Prawie każdy lekarz, nawet pacjentowi z lekkimi i krótkotrwałymi dolegliwościami, zleci wykonanie podstawowej diagnostyki. Wykonanie morfologii i CRP to standard, ale najważniejszą kwestią w sztuce medycznej jest wywiad. Jest on także kluczowy przy określeniu typu IBS. Podczas wywiadu lekarz może (i powinien) zadać następujące pytania:

- Od kiedy występują dolegliwości?
- Czy ktoś w rodzinie chorował na nowotwory układu pokarmowego?
- Jak zaczęły się objawy?
- Jak długo trwają?
- Czy mają związek z jedzeniem?
- Czy bóle pojawiają się w nocy?
- Czy dominuje biegunka?
- Jeżeli są zaparcia, to jak często następują samoistne wypróżnienia?
- Jakie preparaty pomagają?
- Czy bólem towarzyszą wymioty i nudności?
- Czy występują jakieś inne dolegliwości?
- Gdzie umiejscowiony jest ból?

Po zebraniu wywiadu lekarz może postawić wstępną diagnozę i podejrzenie choroby, a następnie zlecić odpowiednią diagnostykę. Ważne jest, aby na początku odróżnić IBS od dyspepsji (czyli niestrawności) czynnościowej. Tu istotne jest miejsce bólu. Dyspepsja czynnościowa dotyczy nadbrzusza i musimy ją różnicować przede wszystkim z chorobą wrzodową. Bardzo ważne jest to, że ból w nadbrzuszu pojawia się praktycznie od razu po zjedzeniu posiłku. W chorobie wrzodowej najbardziej boli godzinę lub dwie po napełnieniu żołądka. Jeżeli zaraz po zjedzeniu pojawia się biegunka, trzeba też pomyśleć o nietolerancji spowodowanej brakiem enzymów trawiących, np. na laktozę lub fruktozę. Już wstępna rozmowa z pacjentem pozwala ocenić powagę schorzenia. Należy podkreślić, że ból i dyskomfort nie są wprost proporcjonalne do ciężkości schorzenia,

ale to absolutnie nie usprawiedliwia bagatelizowania cierpienia pacjenta.

IBS ma różne postacie, które także diagnozuje się na podstawie wywiadu. W mojej praktyce, właśnie w zależności od tej postaci, proponuję pacjentowi konkretną kolejność wykonania badań diagnostycznych. Czasem ustalenie tego jest bardzo proste, a czasem należy poprosić pacjenta, aby przez dwa tygodnie zapisywał informacje o rytmie oddawania stolca i jego konsystencji. Trzeba wyjaśnić pacjentowi, o co dokładnie chodzi. Zdarza się bowiem, że przychodzi do mnie pacjent i mówi, że ma IBS i biegunkę. Wtedy proszę, aby dokładnie określił, o której godzinie się wypróżnia. W odpowiedzi słyszę, że raz dziennie, po śniadaniu, ale kał ma konsystencję papki. Z punktu widzenia laika może to wyglądać niepokojąco. Ja jednak jako lekarz wiem, że absolutnie nie można powiedzieć, że jest to biegunka. Niektóre osoby z nadwrażliwością trzewną określają „normalne” parcie na stolec jako ból.

Obiektywna ocena często bardzo subiektywnych odczuć pacjentów jest dużym wyzwaniem dla lekarza. Musimy uważnie słuchać tego, co mówi pacjent, ale jednocześnie opierać się na mierzalnych i ustandaryzowanych kryteriach.








Z tego powodu kilkakrotnie pytam pacjenta, jak wyglądają wypróżnienia, jaki mają rytm i charakter. Często się zdarza, że po analizie wyników zleconych badań oraz wywiadzie mówię pacjentowi, że nie ma IBS. Nawet jeśli pacjent jest bardzo „przywiązany” do własnej diagnozy. Zauważyłam, że wystarczy raz postawić takie rozpoznanie, a pacjenci przyjmują tę informację jako oczywistość i powtarzają u wszystkich lekarzy. Z mojego punktu widzenia wszystkie podziały mają charakter teoretyczny i w praktyce często musimy weryfikować wcześniejsze rozpoznanie. Dla przykładu: rozpoznanie postaci zaparciowej IBS i zaparcia czynnościowego niczym się nie różni, a jednak są to dwie, odrębne diagnozy.

Podtypy IBS

- **IBS-C** – postać zaparciowa (ponad 25% wypróżnień ma uformowanie odpowiadające zaparciu);
- **IBS-D** – postać biegunkowa (ponad 25% wypróżnień ma uformowanie odpowiadające biegunce);
- **IBS-M** – postać mieszana (około 25% wypróżnień ma charakter zaparciowy, a jednocześnie ponad 25% wypróżnień ma charakter biegunkowy);
- **IBS-U** – postać niesklasyfikowana (poniżej 25% wypróżnień ma charakter zaparciowy, a jednocześnie poniżej 25% wypróżnień ma charakter biegunkowy).

Z pomocą w określeniu konsystencji stolca przychodzi Bristolska skala uformowania stolca. Często budzi ona uśmiech na twarzach nie tylko pacjentów, lecz także lekarzy, którzy omawiają ją na konferencjach. Tymczasem skala ta bardzo pomaga dowiedzieć się, o czym mówi pacjent. Nam – lekarzom – wydaje się, że on wie, co oznacza biegunka, a co zaparcie, ale nie jest to takie oczywiste.

BRISTOLSKA SKALA UFORMOWANIA STOLCA

TYP 1		POJEDYNCZE ZBITE GRUDKI PODOBNE DO ORZECHÓW, TRUDNE DO WYDALENIA
TYP 2		STOLEC O WYDŁUŻONYM KSZTAŁCIE, GRUDKOWATY
TYP 3		STOLEC WYDŁUŻONY, Z PĘKNIĘCIAMI NA POWIERZCHNI
TYP 4		SMUKŁE, WĘŻOWATE KAWAŁKI STOLCA, GŁADKIE I MIĘKKIE
TYP 5		MIĘKKIE DROBINY Z WYRAŻNYMI KRAWĘDZIAMI (ŁATWO WYDALANE)
TYP 6		KŁACZASTE KAWAŁKI Z POSTRZĘPIONYMI KRAWĘDZIAMI
TYP 7		WODNISTY, BEZ STAŁYCH ELEMENTÓW (CIECZ)

Rycina 1

Kiedyś miałam do czynienia z pacjentem, który w wywiadzie twierdził, że ma zaparcia i niestety nic mu nie pomaga, bo albo zaraz owo zaparcie przechodzi w kilka luźnych stolców dziennie, albo sytuacja pozostaje bez zmian. Okazało się, że pacjent zaparciem określał potrzebę lekkiego parcia na stolec. „Normalny” stolec oznaczał dla niego oddanie gęstej papki, prawie bez wysiłku. Opisuję tę sytuację po to, aby przekonać, że nie należy się bać rozmów na ten temat ze swoim lekarzem, a w razie wątpliwości trzeba samemu zadawać pytania.

W dążeniu do ideału... wypróżnień

Wiem, że dążenie do ideału jest dziś bardzo na topie. Chcemy mieć idealną skórę, idealną figurę, idealnie ułożone włosy. Trzeba jednak powiedzieć jasno – poszukiwania ideału zostawmy sobie na wybór perfekcyjnie dobranego odcienia szminki albo doskonale pasującego garnituru. Natomiast w kwestii toaletowej **nie ma czegoś takiego, jak idealne wypróżnianie.**

Są osoby, które czują się dobrze, wypróżniając się co trzeci dzień i oddając uformowany stolec, inne odwiedzają toaletę dwa razy dziennie, a ich stolec ma postać gęstej papki. Podczas normalnego odruchu defekacji (oddawania stolca) wypróżnia się 1/3 końcowego odcinka jelita. Jeżeli mamy leniwe jelito, trzeba poczekać, aż pojawi się następny odruch. Jeśli mamy biegunkę po spożyciu dużej ilości owoców, a następnego dnia nie pójdziemy do toalety, to nie można powiedzieć, że jest to zaparcie. U niektórych pacjentów występuje spowolniony pasaż jelitowy.

Czy spowolniony pasaż jelitowy to IBS?

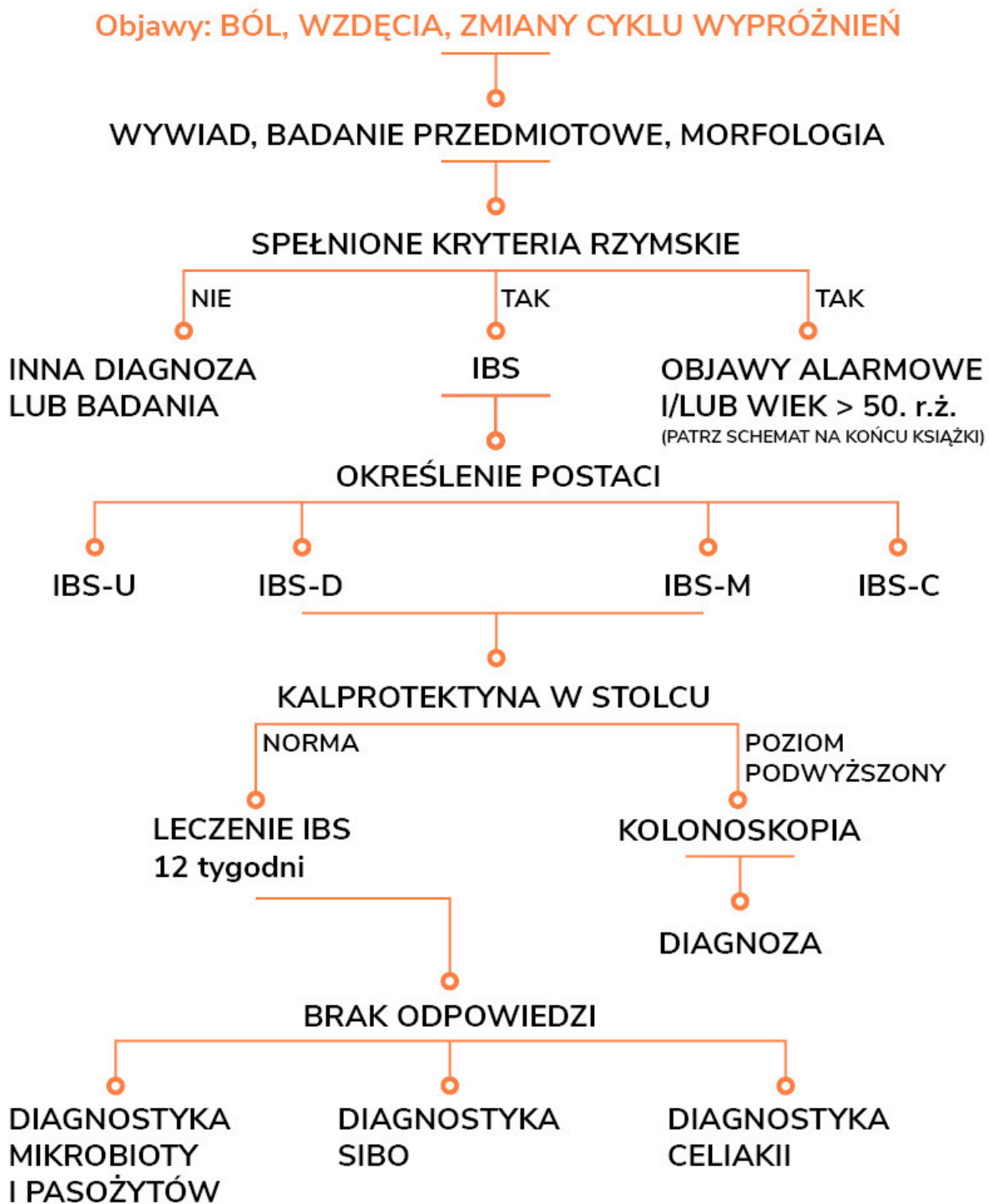
Pacjenci ze spowolnionym pasażem nie wypróżniają się odruchowo i robią to rzadko. Obiektywnie można to stwierdzić, podając pacjentowi tabletkę z materiału nieprzepuszczalnego dla promieni rentgenowskich, która w jelicie rozpada się na kawałeczki o różnych kształtach. Na zdjęciach przeglądowych RTG jamy brzusznej można zobaczyć przesuwające się części tabletki. U osób z normalnym

pasażem jelitowym kawałeczki przesuwały się szybko i nie są stwierdzane w jelicie. Przy spowolnionym pasażu widać je na całym przebiegu jelita.

Spowolniony pasaż jelitowy można zaobserwować także podczas wodorowych testów oddechowych, aczkolwiek nie są one podstawą do postawienia takiej diagnozy. Są one wykonywane przede wszystkim u pacjentów z podejrzeniem SIBO, czyli przerostu bakteryjnego w jelicie cienkim. Do wodorowego testu oddechowego i SIBO wrócimy w kolejnych rozdziałach.

Wszystkie te rozważania są po to, aby nie przyjmować za pewną diagnozy, którą ktoś rzucił przed laty lub wymienił jako podejrzenie. Podczas pierwszej wizyty u lekarza warto wspomnieć, kto, kiedy i dlaczego nazwał nasze dolegliwości zespołem jelita nadwrażliwego.

ALGORYTM DIAGNOSTYCZNY IBS



Rycina 2

Założmy jednak, że wstępne rozpoznanie mamy za sobą. Jeszcze raz podkreślam, że w Polsce na IBS cierpi 11% społeczeństwa, dlatego takie rozpoznanie nie należy do rzadkości. Pacjenci z IBS to w większości ludzie młodzi i zdrowi. Ja w swojej praktyce zbieram bardzo dokładny wywiad rodzinny, środowiskowy. Według konsensusu towarzystw gastroenterologicznych po postawieniu rozpoznania i wykluczeniu objawów alarmowych nie proponuje się pacjentowi dalszej diagnostyki. Zgadzam się z tym, uważam bowiem, że nie należy od razu szukać dziury w całym.

Pacjenci, którzy do mnie przychodzą, mają najczęściej już postawione rozpoznanie IBS i są po próbach leczenia. Z każdym chorym śledzę algorytm postępowania i przeważnie spotykamy się w dolnej jego części. Jest to moment, kiedy należy zastanowić się nad dalszym postępowaniem, a przede wszystkim podjąć próbę weryfikacji diagnozy.

Istnieje też taka grupa objawów, która powinna skłonić do natychmiastowej wizyty u lekarza. W przypadku gdy dolegliwościom żołądkowo-jelitowym towarzyszy któryś z poniższych symptomów, nie wolno zwlekać z wizytą u specjalisty!

- Objawy występują w nocy.
- Wystąpiła niezamierzona utrata wagi.
- Stan podgorączkowy lub gorączka.
- Krew w stolcu lub czarny kolor stolca.
- Wyczuwalny opór w jamie brzusznej.
- Niedokrwistość.
- Podwyższona liczba krwinek białych (leukocytoza).