

Leczenie zespołu jelita drażliwego (IBS) i dyspepsji czynnościowej (FD)

Treatment of irritable bowel syndrome (IBS) and functional dyspepsia (FD)

lek. Norbert Nowak

II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

PDF www.lekwpolsce.pl

Abstract: Irritable bowel syndrome (IBS) and Functional dyspepsia (FD) belong to the group of functional gastrointestinal disorders classified according to Roman Criteria IV. These are chronic diseases of unknown, multifactorial etiology. It is believed that the presence of intestinal dysbiosis is an important factor in the appearance of symptoms. It is estimated that these diseases can occur in up to 20% and 40% of the population, respectively. They cause a significant deterioration in the quality of life in patients and are a frequent cause of sickness absence. Diagnosis and treatment of these diseases is a big challenge for the multidisciplinary team. The diagnostic process involves observing and confirming the occurrence of complaints and excluding somatic causes. Therapy should include pharmacotherapy, it is also worth adding prebiotics, probiotics (in combination they are called synbiotics) and herbal preparations. Combining different forms of treatment reduces the symptoms of the disease, with no serious side effects. Benefits in such patients can often be achieved by the use of antidepressants (tricyclic antidepressants - TLPD and selective serotonin reuptake inhibitors - SSRI) and psychological treatment (psychotherapy, hypnotherapy, cognitive behavioral therapy). Scientific studies confirm that, despite the use of comprehensive treatment in some patients, it does not bring the expected effect

Keywords: irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, probiotics, herbs, IBS, FD.

Słowa kluczowe: zespół jelita drażliwego, dyspepsja czynnościowa, probiotyki, zioła, IBS, FD.

Wprowadzenie

Zespół jelita drażliwego (IBS) jest przewlekłą chorobą przewodu pokarmowego, objawiającą się bólem brzucha i współistniejącym zaburzeniem rytmu wypróżnienia, bez uwarunkowania tych dolegliwości zmianami organicznymi i biochemicznymi. Jest to znaczny problem społeczny; powoduje pogorszenie jakości życia, stanowi przyczynę częstej absencji chorobowej, a tym samym zmniejszonej produktywności [28,29,30]. Obliczono, że IBS-C powoduje w USA roczne koszty powyżej 11 mld dolarów [28,31]. Jednoznaczna przyczyna występowania ob-

jawów zespołu nie została ustalona. Do najczęstszych hipotez zalicza się zaburzenia interakcji jelitowo-mózgowych (zaburzenie funkcjonowania osi mózg-jelito), zaburzenia mikrobioty jelitowej [86], zaburzenia czynności motoryczno-wydzielniczej jelita.

Szacuje się, że nawet 20% [3] populacji może dotyczyć ten problem, 90% pacjentów może mieć współistniejące zaburzenia psychiczne lub osobowości, a zaburzenia lękowo-depresyjne mogą występować nawet u 75% pacjentów [16,17]. IBS rozpoznaje się dwukrotnie częściej u kobiet, połowa pacjentów zgłasza pierwsze objawy przed 35. r.ż. [86].

Tabela 1. Klasyfikacja zespołu jelita drażliwego (IBS)

Typ IBS	Nazwa	Charakterystyka
IBS-C	Zespół jelita drażliwego z zaparciem	Ponad 25% wypróżnień typu 1-2, mniej niż 25% typu 6-7
IBS-D	Zespół jelita drażliwego z biegunką	Ponad 25% wypróżnień typu 6-7, mniej niż 25% typu 1-2
IBS-M	Postać mieszana zespołu jelita drażliwego	Ponad 25% wypróżnień typu 1-2 i ponad 25% wypróżnień typu 6-7
IBS-U	Postać niesklasyfikowana zespołu jelita drażliwego	Poniżej 25% wypróżnień typu 1-2 i poniżej 25% wypróżnień typu 6-7

Rozpoznanie IBS

Kryteria rozpoznania zostały ustalone na podstawie opublikowanych w 2016 r. Kryteriów Rzymskich IV [1,2, 86]. Definiują one IBS jako nawracający ból brzucha występujący przez co najmniej jeden dzień w tygodniu przez 3 miesiące w ciągu 6 miesięcy przed rozpoznaniem, który spełnia dwa z trzech następujących kryteriów:

- 1) związany jest z defekacją;
- 2) związany jest ze zmianą rytmu wypróżnień;
- 3) związany jest ze zmianą konsystencji stolca.

Kryteria Rzymskie IV [1,2] definiujące kryteria rozpoznania wyróżniają cztery podtypy IBS (tab. 1):

1. IBS z zaparciem (IBS-C)
2. IBS z biegunką (IBS-D)
3. Postać mieszana IBS (IBS-M)
4. Niesklasyfikowana postać IBS (IBS-U).

Powyższy podział opiera się na ocenie konsystencji stolca wg Bristolskiej Skali Uformowania Stolca oceniającej jedynie nieprawidłowe stolce (tab. 2).

Leczenie IBS

Leczenie IBS powinno być indywidualnie dostosowane do konkretnego typu choroby. Poza stosowaniem klasycznej farmakoterapii zaleca się rozważenie metod nefarmakologicznych, m.in.: przestrzeganie odpowiedniej diety, np. bogatej w błonnik, bezglutenowej, *low FODMAP* (jest to dieta o małej zawartości fermentujących oligo-, di- i monosacharydów

oraz polioli – alkoholi polihydroksyhylowych; ang. *fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols*); przyjmowanie preparatów ziołowych, probiotyków, prebiotyków (preparaty połączone – synbiotyki); w uzasadnionych przypadkach leczenie psychologiczne, np. psychoterapia (szczególnie zalecana terapia behawioralno-poznawcza), hipnoterapia, techniki relaksacyjne (*biofeedback*).

Zarazem należy pamiętać, że stosowanie multidyscyplinarnego leczenia chorych z zespołem jelita drażliwego może wiązać się z wysokim odsetkiem niepowodzeń [10].

Tabela 2. 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, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie
Typ 5	Miękkie drobiny z wyraźnymi krawędziami (łatwo wydalane)
Typ 6	Kłaczaste kawałki z postrzępionymi krawędziami
Typ 7	Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)

Zalecenia dietetyczne

Terapię pacjenta z podejrzeniem IBS powinno

rozpocząć się od edukacji pacjenta oraz modyfikacji jego stylu życia. Jednym z elementów wpływających na nasilenie objawów choroby jest stosowana dieta.

Dotychczas nie uzyskano w badaniach naukowych jednoznacznego potwierdzenia skuteczności diety w kontroli objawów zespołu jelita drażliwego [5,7,8]. Niemniej nieprawidłowy sposób odżywiania ma ogromny wpływ na nasilenie się objawów IBS. Wielu pacjentów podaje oczywistą zależność między spożywaniem posiłków a występowaniem objawów [4,5,86].

W jednym z badań 60% pacjentów zgłaszało pogarszanie stanu zdrowia i nasilenie się objawów po posiłku [5,6]. W ankiecie internetowej przeprowadzonej wśród 1242 pacjentów z IBS ponad połowa pacjentów dekla-

rowała spożywanie małych posiłków, unikanie produktów mlecznych, unikanie tłustych potraw – jako czynników zmniejszających objawy choroby [4,5].

W innym badaniu [9] zaobserwowano unikanie przez chorych takich produktów jak keczup, ciasta, winogrona, jagody, masło, celem zmniejszenia dolegliwości. Zarazem pacjenci rzadziej niż w grupie kontrolnej rezygnowali ze spożycia śliwek, pikli, świeżych fig, soku z cytryny, jajek.

Wydaje się, że szczególną korzyść można osiągnąć poprzez zastosowanie diety bogatobłonnikowej lub diety eliminacyjnej, jak na przykład dieta bezglutenowa lub *low FODMAP*.

Wyniki badań nad wpływem diety bezglutenowej są niejednoznaczne. W badaniu Mayo Clinic u pacjentów z IBS-D bez współistnie-

Tabela 3. Możliwości terapeutyczne zespołu jelita drażliwego

Typ zespołu jelitowego	Działanie	Lek
Zespół jelita drażliwego z zaparciem (IBS-C)	Leki przeczyszczające o działaniu osmotycznym	Makrogole, laktuloza, czopki glicerolowe/glicerynowe, fosforany– wlewki doodbytnicze
	Leki hydrofilne, zwiększające objętość stolca	Nasiona babki płesznik, nasiona babki jajowatej
	Leki pobudzające	Antranoidy (glikozydy antrachinonowe), bisakodyl
	Leki zmiękczające masy kałowe i środki poślizgowe	Dokuzan sodowy, parafina płynna
	Inne leki	Lubiproston, tegaserod, prukalopryd, linaklotyd
Zespół jelita drażliwego z biegunką (IBS-D)	Antybiotyk niewchłaniający się z przewodu pokarmowego	Rifaksymina
	Leki przeciwbiegunkowe	Loperamid, eluksadolina, difenoksylat z atropiną
Wszystkie postaci IBS	Leki łagodzące wzdęcia	Symetykon, dimetykon
	Leki rozkurczające mięśnie gładkie – łagodzenie bólu	Hioscyna, dicyklomina, drotaweryna, pinaweryna, otylionium, cymetropium, olej miętowy
	Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne	Amitriptylina, imipramina
	Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI)	Fluoksetyna, paroksetyna, citalopram

jącej cellakii po upływie 4-tygodniowej diety bezglutenowej zaobserwowano zmniejszenie liczby wypróżnień [67]. W innym badaniu po wprowadzeniu glutenu do diety pacjentów z IBS, których stan poprawił się po zastosowaniu diety bezglutenowej, stwierdzono zwiększenie dolegliwości [68].

Istnieje wiele dowodów naukowych potwierdzających skuteczność diety *low FODMAP* u pacjentów z IBS [66]. Według najnowszych zaleceń towarzystw naukowych: American Collage of Gastroenterology (ACG) oraz Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG) nie ma dowodów na zmniejszenie dolegliwości u pacjentów z IBS poprzez zastosowanie diety bezglutenowej; sugeruje się przestrzeganie diety *low FODMAP* [16,18, 86]. W przypadku zespołu jelita drażliwego z zaparciami warto dołączyć do diety włókna (szczególnie włókna rozpuszczalne, jak *Plantago psyllium* – babka płesznik) [16,18,86].

Farmakoterapia

Pacjent z zespołem jelita drażliwego wymaga leczenia składającego się z wielu elementów. Wieloskładnikowa powinna być również farmakoterapia, ukierunkowana na zmniejszenie dominujących dolegliwości. Szczegóły dostępnych grup leków zamieszczono w tab. 3; s. 24.

Postać IBS z zaparciem (IBS-C)

W postaci z zaparciem (IBS-C) istotnym postępowaniem jest działanie przeciw zaparciom. U takich pacjentów możliwe jest stosowanie różnych grup leków: antagonistów receptora opioidowego, leków o działaniu przeczyszczającym, pęczniejącym, osmotycznym, antagonistów receptora 5-HT₄ czy prostaglandyny E₁. Należy zwrócić uwagę, iż według wytycznych ACG nie zaleca się osmotycznych środków przeczyszczających, jak glikol polietylenowy (makrogole), gdyż nie ma dowodów potwierdzających ich skuteczność, a ich stosowanie nie zmniejsza dolegliwości bó-

lowych [18]. Pomimo tych danych zalecenia PTG sugerują ich stosowanie celem zmniejszenia nasilenia zaparć [86].

Należy również pamiętać, iż nie ma potwierdzenia skuteczności działania laktulozy jako środka przeczyszczającego o działaniu osmotycznym, z powodu nadmiernej produkcji gazów i powodowania wzdęć [16,19].

Zalecenia sugerują stosowanie linaklotydu oraz lubiprostonu, które większym stopniu zmniejszają dolegliwości bólowe [16,18,86].

Plecanatid jest nowym środkiem mającym zastosowanie w leczeniu przewlekłych zaparć, którego stosowanie u pacjentów z IBS-C daje obiecujące wyniki, zmniejszając objawy choroby [16,18,86].

Postać IBS z biegunką (IBS-D)

U pacjentów z zespołem jelita drażliwego z biegunką (IBS-D) należy dążyć do ograniczenia biegunki.

Loperamid w najnowszych wytycznych ACG nie jest zalecany ze względu na brak wystarczających dowodów potwierdzających zmniejszenie objawów; szczególnie nie zmniejsza dolegliwości bólowych.

W przypadku biegunek żółciowych zaleca się stosowanie cholestyraminy [20].

Obiecujące wyniki poprawy stanu chorych z IBS-D uzyskuje eluksadolina, jednak jej stosowanie wiąże się z licznymi działaniami niepożądanymi, do których należą reakcje alergiczne i zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu [16,18]. Innym preparatem zalecanym do stosowania jest alosetron, jednak należy zachować szczególne środki ostrożności u kobiet, gdyż obserwowano poważne działania niepożądane [16,21,22].

Objawy choroby wydaje się zmniejszać stosowanie rifaksyminy, jednak wymaga ona powtórzenia leczenia celem utrzymania skuteczności [16,23]. Zalecenia PTG rekomendują 14-dniową terapię u pacjentów z IBS-D, IBS-M, IBS-U w dawce 4 x 400 mg. W przypad-

Tabela 4. Farmakoterapia zespołu jelita drażliwego

Typ zespołu jelita drażliwego	Leki	Działania niepożądane
Zespół jelita drażliwego z zaparciami (IBS-C)	Linaklotyd	Biegunka, bóle głowy
	Lubiproston	Nudności, biegunka
	Plecanatyd	Biegunka
Zespół jelita drażliwego z biegunkami (IBS-D)	Cholestyramina	Zaparcia
	Eluxadolina	Zaparcia, ostre zapalenie trzustki (OZT)
	Alosetron	Zaparcia, niedokrwienne zapalenie okrężnicy
	Rifaksymina	Bóle głowy, nudności, biegunka
Leki o działaniu przeciwbólowym (rozkurczającym mięśnie gładkie)	Dicyklomina, hioscyna	Zaparcia, suchość jamy ustnej i oczu
	Olej miętowy	Dyspepsja, zgaga
Leki przeciwdepresyjne	Trójcykliczne antydepresanty	Arytmie, zaburzenia seksualne, sedacja, hipotonia ortostatyczna
	SSRI	Suchość jamy ustnej, senność

Wg Hadjivasilis A et al., New insights into irritable bowel syndrome: from pathophysiology to treatment. *Ann Gastroenterol.* 2019 Nov-Dec; 32(6): 554-564. doi: 10.20524/aog.2019.0428. Epub 2019 Oct 22 [16].

ku nawrotu dolegliwości sugerowane jest powtórzenie cyklu po upływie 4 tygodni od poprzedniego [86].

U większości pacjentów powinny być stosowane środki zmniejszające dolegliwości ogólne, jak ból, poczucie wzdęcia, produkcje gazów. Do grona takich leków zalicza się m.in.: środki rozkurczające mięśnie gładkie (zawierające drotawerynę, dicyklominę, hioscynę, olejek miętowy) oraz leki przeciw wzdęciom (symetikon, dymetikon). Ponadto w niektórych przypadkach sprawdzają się również antybiotyki (zwłaszcza rifaksymina) i leki przeciwdepresyjne, głównie zalecane są trójcykliczne leki przeciwdepresyjne [86].

U kobiet, szczególnie w okresie pomenopauzalnym, na układ pokarmowy korzystnie wpływa melatonina. Jest to związane z faktem, że działa ona rozluźniająco na mięśnie gładkie, a jej wydzielanie zmniejsza się wraz z wiekiem.

Metody niefarmakologiczne

Poza wspomnianą wcześniej dietą, kolejnym czynnikiem wpływającym na występowanie objawów IBS jest stres. W takiej sytuacji na-

leży rozważyć leczenie psychologiczne (terapia behawioralno-poznawcza, hipnoterapia) [16,25]. Najnowsza metaanaliza [27] potwierdza brak jednoznacznych dowodów skuteczność biofeedback ze względu na bardzo różnorodne badania, jednakże autorzy podkreślają zachęcające wyniki w małych grupach pacjentów i zalecają dalszą ocenę. W szczególnych sytuacjach konieczne jest włączenie leków przeciwdepresyjnych, głównie trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych, np. amitryptyliny i SSRI [16,25].

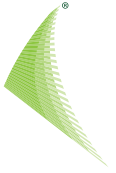
Dodatkowo udowodniono korzystny wpływ regularnych ćwiczeń fizycznych na zmniejszenie dolegliwości bólowych, uczucia wzdęcia i wytwarzania gazów [16,26,86].

Prebiotyki, probiotyki i synbiotyki

Uważa się, że produkty te działają neuromodulująco, poprawiając działanie osi mózg-jelito, co może mieć ogromne znaczenie dla zmniejszenia dolegliwości i lepszej kontroli zespołu jelita drażliwego. Znaczenie udziału probiotyków w terapii chorób przewodu pokarmowego potwierdzają wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w USA wśród gastroenterologów, w których 98% podkreślało korzyst-

Probiotyk

SANPROBI
IBS



Unikalny szczep

Lactobacillus plantarum 299v



Uzupełnienie codziennej diety o *Lactobacillus plantarum 299v* – główny składnik **SANPROBI® IBS** – zachowuje i wspiera mikrobiotę jelitową. Produkt uzyskał pozytywną opinię Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” oraz Instytutu Jakości Jagiellońskiego Centrum Innowacji, która stwierdza, że **SANPROBI® IBS** posiada dobre własności probiotyczne i jest bezpieczny dla konsumenta.

1 kapsułka zawiera

1×10^{10} CFU* żywych szczepów bakterii probiotycznych

*CFU – jednostka tworząca kolonię

SANPROBI IBS 03.02.2020

Suplement diety

Celowana probiotykoterapia

Probiotyki dopasowane do potrzeb

Badania naukowe

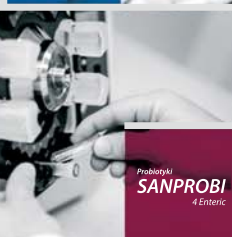
Wyłącznie szczepy o udowodnionym działaniu

Własne laboratorium

Zaawansowane badania nad mikrobiotą

Nowoczesna produkcja

Stały nadzór nad jakością i bezpieczeństwem



 facebook.com/sanprobi

www.sanprobi.pl

ny wpływ, lecz część ankietowanych nie potrafiła udokumentować tych korzyści dowodami naukowymi. 98% respondentów deklaroowało zalecanie probiotyków, w tym 91% preparatów zawierających szczepy *Bifidobacterium* [28,38].

Prebiotyki to produkty nietrawione w obrębie przewodu pokarmowego, które ulegają fermentacji przez niektóre szczepy bakterii jelitowych. Ich obecność w diecie sprzyja prawidłowemu rozwojowi dobrej mikroflory jelitowej. Do najczęściej stosowanych zaliczamy inulinę oraz galaktooligosacharydy (GOS) [28,34].

Badania naukowe [28,35] przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały zmniejszenie dolegliwości choroby poprzez zastosowanie trans-GOS. Kolejne badanie zastosowania GOS u pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi jelit wykazało zmniejszenie częstotliwości i intensywności objawów, dyskomfortu i poprawę jakości życia (*Quality of life, QoL*) [28,36].

Należy pamiętać, że opisywane są krótkotrwałe działania niepożądane pod postacią częstego oddawania gazów, co ma charakter przemijający i świadczy o dostosowaniu się mikroflory jelitowej do stosowania prebiotyków.

W kolejnym badaniu 128 osób z IBS-D przyjmowało prebiotyki z cykori. W badanej grupie nie osiągnięto zniwelowania objawów. Wydaje się, że stosowanie prebiotyków może mieć uzasadnienie i zmniejsza dolegliwości IBS, jednak wytyczne ACG podkreślają brak jednoznacznych dowodów na mocne zalecenie rutynowego stosowania [28,37].

Probiotyki składają się z żywych bądź atenuowanych bakterii lub drożdży. Definicja WHO określa probiotyki jako żywe drobnoustroje, które podane w odpowiedniej ilości wywierają korzystny wpływ na zdrowie gospodarza.

Badania naukowe pokazują obniżony poziom niektórych szczepów bakteryjnych, np. *Bifidobacteria* u osób z rozpoznaniem zespołem jelita drażliwego [28,32,33]. Podkreślano też, że obecność tych szczepów w sposób szczegól-

ny wpływa na dolegliwości bólowe [28,39]. Powinno dążyć się do podwyższenia ich poziomu poprzez stosowanie prebiotyków lub probiotyków. Do najczęściej stosowanych należą szczepy *Bifidobacterium* i *Lactobacillus*. W warunkach doświadczalnych jednym z najlepiej poznanych szczepów probiotycznych jest *Lactobacillus plantarum* 299v. Stosuje się go głównie w biegunkach infekcyjnych i nieswoistych zapaleniach jelit. W badaniu doświadczalnym na szczurach [11] uzyskano obiecujące wyniki neuromodulowania osi mózg-jelito, sugerujące możliwość korzystnego stosowania u pacjentów z IBS.

Już wytyczne ACG z 2014 r. potwierdzały zmniejszanie objawów po zastosowaniu probiotyków i sugerowały ich dołączanie do terapii. W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań nad różnymi szczepami mikroorganizmów probiotycznych takich jak: *Bifidobacterium infantis*, *Bifidobacterium lactis*, *Bifidobacterium animalis ssp lactis*, *Lactobacillus casei*, *Saccharomyces boulardii*. Sprawdzono też skuteczność stosowania preparatów złożonych z różnych gatunków. Na podstawie otrzymanych, obiecujących wyników przeprowadzonych badań eksperci towarzystw naukowych: ACG i PTG w najnowszych wytycznych podtrzymują zalecenie stosowania probiotyków w terapii IBS w celu zmniejszenia dolegliwości [18,86].

Synbiotyki to preparaty zawierające mieszaninę prebiotyków i probiotyków. Do tej pory przeprowadzono niewiele badań oceniających skuteczność stosowania synbiotyków u pacjentów z IBS. W ostatnich latach opublikowano wyniki z Włoch [18,41], w których oceniono 68 pacjentów przyjmujących *Lactobacillus acidophilus* i *helveticus* z gatunkami *Bifidobacterium* z witaminami i fitoekstraktem. Inne badanie przeprowadzone w Korei Płd. [18,42] oceniało skuteczność połączenia *Bifidobacterium lactis* z włóknem akacjowym u 130 pacjentów. W obu badaniach nie stwierdzono jed-

nak statystycznie istotnego zmniejszenia dolegliwości. Eksperci ACG odradzają stosowanie synbiotyków dla ogólnej poprawy ze względu na brak przekonujących dowodów skuteczności [16,18].

Preparaty ziołowe

Poszukuje się różnych czynników zmniejszających dolegliwości pacjentów z IBS. W kręgu zainteresowań naukowców są także zioła. Nie ma zbyt wielu prac oceniających zastosowanie produktów ziołowych u pacjentów z zespołem jelita drażliwego, nie ma również jednoznacznego potwierdzenia ich skuteczności. Prowadzone są badania nad różnymi roślinami, jak np.: aloes, kurkuma, karczoch, mięta pieprzowa, ziele dziurawca zwyczajnego, dymnica pospolita, babka płesznik.

Działanie lecznicze wykazuje żel zawarty w liściach **aloesu** [43,44]. Jest on powszechnie stosowany przez osoby z zespołem jelita drażliwego, szczególnie z podtypem IBS-C [43,45]. Wyniki przeprowadzonych badań są niejednoznaczne. Obiecujące obserwacje odnotowano wśród 35 pacjentów otrzymujących aloes i glistnik, u których ból nie zmniejszył się, ale preparat ziołowy był skuteczny jako środek przeczyszczający [43,46]. W irańskim badaniu u pacjentów z opornym IBS otrzymujących 30 ml aloesu dwa razy na dobę obserwowano statystycznie istotne zmniejszenie się dolegliwości bólowych/dyskomfortu oraz wzdęć, bez znaczących zmian w konsystencji stolca, częstości wypróżnień [43,47].

Kolejną rośliną, której stosowanie może mieć korzystny wpływ na zmniejszenie się dolegliwości przewodu pokarmowego, jest **karczoch**. Obserwowano, że 96% z 279 pacjentów przyjmujących ekstrakt z liści karczocha po upływie 6 tygodni deklarowało zmniejszenie dolegliwości przy jednoczesnej dobrej tolerancji [43,48].

W innym badaniu obserwowano znaczne zmniejszenie dolegliwości, poprawę nieprawidłowego rytmu wypróżnienia (z zaparcia/bie-

gunki na normalny rytm) oraz całkowitą poprawę jakości życia (*Quality of Life*) [43,49].

Dymnica pospolita to gatunek należący do makowatych. Od wielu lat stosowana jest u pacjentów z zespołem jelita drażliwego. Przeprowadzono wiele badań oceniających wpływ dymnicy pospolitej na zmniejszenie dolegliwości. Uzyskane wyniki nie potwierdzały skuteczności jej działania.

Jednym z badanych ziół jest kurkuma [12]. Stosuje się ją w kuchniach orientalnych celem łagodzenia objawów przewodu pokarmowego, takich jak wzdęcia, bóle brzucha, by poprawić trawienia. Substancją zapewniającą działanie jest polifenol – **kurkumina**. Uważa się, że może ona przynosić korzyści dla pacjentów z IBS. Niemniej konieczne są dalsze badania nad ujednoczeniem schematu stosowania kurkuminy.

Na podstawie przeprowadzonego badania w Belgii [13] szczególnie korzystne może być połączenie stosowania **kurkuminy z olejem kopru włoskiego**. Badanie prowadzone przez 2 miesiące pokazało zmniejszenie dolegliwości i poprawę jakości życia niezależnie od wieku, płci, początkowego nasilenia i typu choroby.

W innym badaniu Bundy i wsp. wykazała, że korzyści z podaży kurkumy osiągnięto u około 2/3 pacjentów [50].

Ziele dziurawca zwyczajnego ze względu na właściwości antydepresyjne oraz wzmacnianie uczucia sytości stosuje się głównie w leczeniu zaburzeń depresyjnych [52] i wspomagająco w otyłości. W badaniu przeprowadzonym wśród 70 kobiet z IBS nie osiągnięto zasadniczych korzyści w porównaniu do placebo [51].

W innym badaniu wykazano korzystne działanie przeciwdepresyjne i zmniejszanie stresu przy stosowaniu ekstraktu z dziurawca zwyczajnego [52,53].

Wydaje się, że efekt terapeutyczny u pacjentów z IBS po zastosowaniu dziurawca zwyczajnego osiąga się przez działanie przeciwdepresyjne i zmniejszanie stresu [53,54].

Mięta pieprzowa jest jednym z chętniej wykorzystywanych ziół stosowanych do łagodzenia objawów pokarmowych. Istnieje wiele dowodów naukowych wskazujących na skuteczność **olejku miętowego**, głównie o działaniu rozkurczowym. Wykazano, że jego użycie, choć wiąże się z częstszym występowaniem zgagi i dyspepsji, łagodzi dolegliwości bólowe [16,24].

Przeprowadzono wiele badań oceniających zastosowanie olejku miętowego u pacjentów z IBS. W latach 90. opublikowano wyniki badania, w którym w grupie 110 pacjentów przyjmujących substancję 3-4 razy dziennie do 30 minut przed posiłkiem osiągnięto znaczne zmniejszenie objawów w porównaniu z placebo przy dobrej tolerancji [55]. Podobne wyniki wykazano w badaniu Capello i wsp., gdy podawano olejek miętowy w kapsułkach dojelitowych 2 razy dziennie przez 4 tygodnie. Osiągnięto statystycznie istotne zmniejszenie objawów choroby przy dobrej tolerancji [56].

Obiecujące wyniki osiągnięto również poprzez zastosowanie olejku miętowego w formie preparatu o przedłużonym uwalnianiu, w terapii czterotygodniowej, ze zmniejszeniem objawów choroby przy braku poważnych działań niepożądanych [64].

W metaanalizie Khanna i wsp. wykazano wysoką skuteczność zastosowania olejku miętowego w zmniejszaniu dolegliwości IBS, szczególnie bólu brzucha. Działania niepożądane były nieznaczne, głównie o charakterze zgagi. Korzyści ze stosowania olejku miętowego u pacjentów z IBS potwierdza również opublikowana w 2019 r. metaanaliza Alammara i wsp. Autorzy podkreślają zmniejszenie objawów choroby i działania niepożądane podobne do grupy kontrolnej otrzymującej placebo [65]. Wydaje się, że olejek miętowy zmniejsza perystaltykę żołądka, działa rozkurczowo na mięśnie gładkie poprzez wpływ na kanał wapniowy oraz przeciwzapalnie i przeciwdrobnoustrojowo w jelicie [58-60]. Zalecenia PTG sugerują stosowanie

olejku mięty pieprzowej w dawce 180-225 mg dwa razy na dobę przez 2-12 tygodni.

Nasiona **babki płesznik** – *Psyllium* mogą być stosowane jako błonnik pokarmowy o działaniu przeczyszczającym. Po spożyciu pęczniają w przewodzie pokarmowym, pobudzając perystaltykę. W przeprowadzonej analizie badań Bijkerk i wsp. w 2004 r. [61] podkreślili zmniejszenie dolegliwości szczególnie u pacjentów z IBS-C, bez zmniejszenia bólu brzucha. W badaniu prospektywnym ten sam autor w 2009 r. obserwował zmniejszenie dolegliwości u pacjentów stosujących 10 g *Psyllium* w porównaniu do grupy otrzymującej 10 g otrębów [62]. W analizie przeprowadzonej przez Forda i wsp. obserwowano podobne wyniki, nie wykazano istotności statystycznej [63].

Irański lek ziołowy Carmint zawiera wyciąg z *mentha spicata*, *melissa officinalis* i *coriandrum sativum*. Wykonano badanie na grupie 32 pacjentów, u których nasilenie i częstotliwość bólu brzucha była niższa niż w grupie placebo. Efekt farmaceutyczny Carmintu to działanie uspokajające, wiatropędne i rozkurczowe.

Inne metody

Nowym podejściem do leczenia zespołu jelita drażliwego i próbą działania przyczynowego może być **przeszczep mikrobioty kałowej** (FMT). Umożliwia to poprawę w zaburzeniach mikroflory przewodu pokarmowego polegającą na zmniejszeniu lub zwiększeniu liczby bakterii przewodu pokarmowego albo zmianie ich proporcji [4]. W przeprowadzonych badaniach [14,15,16] wykazano obiecujące wyniki, uzyskując 70-85% ulgę w dolegliwościach w okresie pierwszych 3 miesięcy oraz 45-60% w trakcie 6 miesięcy.

Dyspepsja czynnościowa funkcjonal dyspepsja (FD)

Łacińska nazwa *dyspepsia* oznacza złe trawienie; potocznie określa się tym terminem gru-

pę objawów określających niestrawność. Jest jednym z najczęstszych zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. W Azji częstość występowania FD wynosi od 8 do 23% [70], w Meksyku 12%, a w pewnym momencie życia objawy dyspepsji czynnościowej mogą występować nawet u 40% populacji USA [80]. Metaanaliza ponad 300 badań oszacowała globalne występowanie FD u 21% populacji [80,81].

Dyspepsja czynnościowa charakteryzuje się przewlekłym bólem w nadbrzuszu, uczuciem pełności po posiłku, wczesnym uczuciem sytości, zgagą, odbijaniem bez przyczyny organicznej.

Kryteria Rzymskie IV podtrzymują podział FD na podstawie objawów na dwa zespoły:

1. Zespół dolegliwości poposiłkowych (*Postprandial distress syndrome* – PDS)
2. Zespół bólu w nadbrzuszu (*Epigastric pain syndrome* – EPS).

Dolegliwości w PDS powinny występować przez co najmniej 3 dni w tygodniu, a w EPS co najmniej raz w tygodniu [2]. Istnieje wiele hipotez dotyczących patofizjologii tego zaburzenia.

Najnowsze badania podkreślają rolę zaburzeń dwunastnicy i wpływ na ich obecność takich czynników jak kwas pokarmowy, żółć, mikroflora jelitowa czy antygeny pokarmowe [69].

Leczenie FD

Do najczęściej stosowanych grup leków w farmakoterapii zaliczamy: leki prokinetyczne, zobojętniające, antagonistów receptora histaminowego typu H₂ oraz inhibitory pompy protonowej (PPI). W leczeniu dyspepsji czynnościowej (FD) stosuje się też metody niefarmakologiczne.

Metody niefarmakologiczne

W indywidualnych sytuacjach należy rozważyć zastosowanie różnorodnych technik psychologicznych, jak psychoterapia, hipnoterapia, te-

rapia behawioralno-poznawcza, psychoanaliza. Techniki te były szczególnie badane u pacjentów z IBS, niewiele jest natomiast badań potwierdzających ich skuteczność w FD. W analizie Amerykańskiego i Kanadyjskiego Towarzystwa Gastroenterologów [71] wykazano korzyści ze stosowania technik psychologicznych, lecz ze względu na dużą różnorodność autorzy nie wystosowali zalecenia do ich rutynowego stosowania.

Ważnym elementem terapii dyspepsji czynnościowej jest modyfikacja stylu życia i postępowanie dietetyczne. Uznaje się, że objawy dyspeptyczne mogą być nasilane przez tłuste lub pikantne pokarmy albo zawierające katecholaminy. Niepotwierdzone jest nasilanie objawów przez napoje gazowane, kofeinę, laktozę, obecność pszenicy w potrawach tak jak w przypadku zespołu jelita drażliwego [80]. Stanghellini i wsp. zalecili, aby oprócz częstszych, mniejszych posiłków i unikania diety o wysokiej zawartości tłuszczu, pacjenci z niestrawnością czynnościową nie stosowali NLPZ, nie pili kawy i alkoholu oraz nie palili [84].

Farmakoterapia – preparaty ziołowe

Istnieje wiele preparatów zawierających substancje ziołowe dostępnych do leczenia FD. Ich skuteczność jest przedmiotem ciągłej oceny.

Jednym z przykładów jest **połączenie olejku miętowego z olejem z kminku**. Przeprowadzono dwa badania, osiągając podobną kontrolę dolegliwości w porównaniu do cizaprydu [72] i korzystniej wobec placebo [73].

W innym badaniu oceniano **połączenie oleju z kminku z L-mentolem**. Po 4-tygodniowej kuracji w grupie badawczej obserwowano większą poprawę kliniczną w porównaniu do grupy otrzymującej placebo.

Najwięcej dowodów naukowych dotyczy zastosowania dwóch preparatów. Obiecujące wyniki daje preparat złożony z 9 ziół: ubiorek gorzki, korzeń arcydzięgla, kwiaty rumianku, owoce kminku, owoce ostropestu plamistego,

liście melisy lekarskiej i mięty pieprzowej, glistnik jaskółcze ziele oraz korzeń lukrecji. W przeprowadzonej przez Melzer i wsp. metaanalizie [74,79] wykazano skuteczność większą od placebo u pacjentów z FD. Wyniki te potwierdzają obserwacje pacjentów z badania randomizowanego [75,79] przeprowadzonego przez von Arnim i wsp. Wydaje się, że preparat ten jest bezpieczną i skuteczną formą leczenia. Należy jednak pamiętać o opisywanych uszkodzeniach wątroby u pacjentów stosujących STW-5 [76,77,79].

Drugi preparat zawiera 8 ziół: *Rhizoma Atractylodis lanceae*, korzenia żeń-szenia, bulwy *Pinellia*, *Poria sclerotium*, *jujube*, *satsuma* ze skórki mandarynki, korzenia lukrecji i imbiru. Suzuki i wsp. wykazali skuteczność preparatu w kontroli objawów takich jak ból w nadbrzuchu i pełność poposiłkowa [85].

Prebiotyki, probiotyki i synbiotyki

Analiza literatury przeprowadzona przez badaczy meksykańskich [80] nie wykazała skuteczności ich stosowania w FD.

Pomimo tego faktu przeprowadza się coraz więcej badań, które mają na celu ocenę zastosowania prebiotyków, probiotyków i synbiotyków u pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi przewodu pokarmowego. Najwięcej dowodów dotyczy stosowania probiotyków u dzieci. Zastosowanie probiotyków jest powszechnie uznane w zespole jelita drażliwego.

Powstają nowe publikacje oceniające ich zastosowanie w dyspepsji czynnościowej (FD.) Badanie przeprowadzone przez Ohtsu i wsp. [78] wykazało skuteczność w redukcji objawów szczególnie u pacjentów z PDS w grupie otrzymującej *Lactobacillus gasseri*. W typie EPS nie wykazano istotności statystycznej zmniejszenia dolegliwości.

W badaniach porównujących skuteczność stosowania *Lactobacillus reuteri* w porównaniu ze standardową terapią trójlekową w eradykacji *Helicobacter pylori* u pacjentów z FD osią-

gnięto porównywalne wyniki w badanych grupach [82,83].

Wnioski

Zespół jelita drażliwego i dyspepsja czynnościowa to przewlekłe choroby przewodu pokarmowego o charakterze zaburzeń czynnościowych. Ich diagnostyka zawarta w Kryteriach Rzymskich IC opiera się na obserwacji typowych objawów i wykluczeniu somatycznych przyczyn ich występowania. Dostępne są różne formy leczenia. Typowa farmakoterapia skupia się na zmniejszaniu objawów chorobowych, takich jak biegunka, zaparcia, bóle brzucha. Stosowane do tych celów preparaty zazwyczaj wpływają tylko na jeden z objawów. W tej sytuacji często konieczne jest łączenie różnych leków. Wsparciem w opanowaniu objawów chorobowych mogą być prebiotyki, probiotyki (ich połączenie nazywamy synbiotykami), preparaty ziołowe. Należy pamiętać, że są to bezpieczne połączenia, w przeprowadzonych badaniach nie obserwowano poważnych działań niepożądanych. Korzystny efekt terapeutyczny można również osiągnąć poprzez stosowanie leków przeciwdepresyjnych typu TLPD (trójcykliczne leki przeciwdepresyjne) oraz SSRI (selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny). Wsparciem u części pacjentów mogą być techniki relaksacji i leczenie psychologiczne (psychoterapia, terapia behawioralno-poznawcza, hipnoterapia). Pomimo prowadzonego kompleksowego leczenia należy pamiętać, iż u części pacjentów nie osiągnie się pozytywnego efektu terapii.



Piśmiennictwo:

1. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016; 150:1257–1261.
2. Mulak A, Smereka A, Paradowski L. Nowości i modyfikacje w Kryteriach Rzymskich IV, *Gastroenterologia Kliniczna*. 2016; tom 8 (nr 2):52–61.
3. Skrzydło-Radomańska B. Co nowego w IBS – algorytm postępowania. *Klinika Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*, http://www.gastrohepat.rzeszow.pl/web_documents/algorytm_ibs_rzesz_w_2017.pdf, data dostępu: 22.08.2018.
4. Halpert A, Dalton CB, Palsson O, et al. What patients know about irritable bowel syndrome (IBS) and what they would like to know. *Na-*

- tional Survey on Patient Educational Needs in IBS and development and validation of the Patient Educational Needs Questionnaire (PEQ) Am J Gastroenterol. 2007;102(9):1972–1982.
5. Schoenfeld P. Advances in IBS 2016: A Review of Current and Emerging Data, Gastroenterol Hepatol (N Y). 2016 Aug;12 (8 Suppl 3):1–11.
6. Simrén M, Månsson A, Langkilde AM, et al. Food-related gastrointestinal symptoms in the irritable bowel syndrome. Digestion. 2001;63(2):108–115.
7. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2014;146(1):67–75.e5.
8. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, et al. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol. 2009;104(suppl 1):S1–S35.
9. Soltani, et al. Food Item Avoidance of Patients with Irritable Bowel Syndrome Compared with Healthy People. Arch Iran Med. 2019 Jul 1;22(7):369–375.
10. Dong Y, Baumeister D, Berens S, Eich W, Tesarz J. High Rates of Non-Response Across Treatment Attempts in Chronic Irritable Bowel Syndrome: Results From a Follow-Up Study in Tertiary Care. Front Psychiatry. 2019 Oct 2;10:714. doi: 10.3389/fpsy.2019.00714. eCollection 2019.
11. Liu YW, et al. Lactobacillus plantarum PS128 Ameliorated Visceral Hypersensitivity in Rats Through the Gut-Brain Axis. Probiotics Antimicrob Proteins. 2019 Nov 5. doi: 10.1007/s12602-019-09595-w. [Epub ahead of print].
12. Appleton L, Day AS. Re: A Meta-Analysis of the Clinical Use of Curcumin for Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med. 2019 Nov 6;8(11). pii: E1885. doi: 10.3390/jcm8111885.
13. Di Ciaula A, Portincasa P, Maes N, Albert A. Efficacy of bio-optimized extracts of turmeric and essential fennel oil on the quality of

- life in patients with irritable bowel syndrome. Ann Gastroenterol. 2018; 31:685–691.
14. Holvoet T, Joossens M, Wang J, et al. Assessment of faecal microbial transfer in irritable bowel syndrome with severe bloating. Gut. 2017;66:980–982.
15. Mazzawi T, Lied GA, Sangnes DA, et al. The kinetics of gut microbial community composition in patients with irritable bowel syndrome following fecal microbiota transplantation. PLoS One. 2018;13:e0194904.
16. Hadjivasillis A, et al. New insights into irritable bowel syndrome: from pathophysiology to treatment. Ann Gastroenterol. 2019 Nov-Dec;32(6):554–564. doi: 10.20524/aog.2019.0428. Epub 2019 Oct 22.
17. Holtmann GJ, Ford AC, Talley NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2016;1:133–146.
18. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, et al. ACG Task Force on Management of Irritable Bowel Syndrome. American College of Gastroenterology Monograph on Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol. 2018;113:1–18.
19. Sunderland R. Irritable bowel syndrome in adults: symptoms, treatment and management. Nurs Stand. 2017;31:52–63.
20. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Gut. 2009;58:367–378.

Całość piśmiennictwa dostępna na: lekwpolsce.pl

lek. Norbert Nowak

norbert.nowak@gmail.com

Nadesłano: 29.12.2019; Copyright® Medyk Sp. z o.o.

Ziołowe wsparcie dla mamy i maluszka

- znane i cenione od lat
- gwarancja jakości Herbapolu w Krakowie
- receptury opracowane przez farmaceutów

dla dobrego samopoczucia przyszłej mamy



dla zdrowej laktacji



dla brzuszka maluszka



Od Herbapolu w Krakowie



Znajdziesz nas w aptekach, sklepach zielarskich oraz na sklep.herbapol.krakow.pl