

Davorin Dajčman¹, Nataša Potočnik Dajčman²

Sindrom iritabilnega črevesa

Irritable Bowel Syndrome

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: široko črevo boleznij funkcionalne

Sindrom iritabilnega črevesa spada med najbolj pogosto odkrite zdravstvene težave prebivalstva današnjega časa. Vključuje kronične spremembe v delovanju prebavil, ki prizadenejo prav vse vsakodnevne življenjske dejavnosti. Težave, značilne za sindrom iritabilnega črevesa, so poznane že več kot dvesto let, vendar so še danes pogosto nepravilno razumljene tako med bolniki kakor zdravniki. V preteklosti so sindrom iritabilnega črevesa poimenovali zelo različno; med najbolj pogosta poimenovanja spadajo nervozni kolitis, spastični kolitis, sluzavi kolitis, nestabilni kolon in iritabilni kolon. Danes je znano, da sindrom iritabilnega črevesa predstavlja spremembe v delovanju črevesa in lahko prizadene celotno prebavno cev in ne le debelo črevo. Razumevanje vzrokov sindroma iritabilnega črevesa od prvotnega prepričanja, da gre za nevrološko motnjo, se je v zadnjih 50 letih pomembno spremenilo. Novejše raziskave kažejo, da sindrom iritabilnega črevesa povzročajo različni dejavniki in je posledica zapletenih sprememb v delovanju prebavil. Med te spadajo motnje motilitete črevesa, okvare visceralnega živčevja in osrednjega živčnega sistema. Danes verjamemo, da je delovanje prebavil tesno povezano z osrednjim živčevjem, tako da lahko govorimo o fiziološki osi med možgani in črevesom, motnje v njenem delovanju pa vplivajo na nastanek sindroma iritabilnega črevesa. Pomemben napredek v razumevanju patofiziologije nastanka sindroma iritabilnega črevesa je pripomogel, da danes sindrom iritabilnega črevesa obravnavamo kot biopsihosocialno okvaro zdravja in ne le kot enostavno okvaro v delovanju organizma. Namen prispevka je predstaviti zadnja spoznanja o sindromu iritabilnega črevesa, s poudarkom na najnovejših diagnostičnih metodah in možnostih zdravljenja.

ABSTRACT

KEY WORDS: colonic diseases functional

Irritable bowel syndrome is one of the most common medical conditions diagnosed today. It is a chronic functional gastrointestinal disorder that affects all aspects of the patient's daily life. It was first recognized nearly two centuries ago, but it still remains widely misunderstood by both patients and physicians. Irritable bowel syndrome has been given a number of different names over the years, including nervous colitis, spastic colitis, mucous colitis, unstable colon and irritable colon. Today it is known that irritable bowel syndrome is a syndrome of findings rather than just a single, isolated complaint that can affect multiple areas of the gastrointestinal tract and is not limited only to the colon. Understanding of the pathophysiology of irritable bowel syndrome has changed considerably during the past 50 years. Initially, it was thought to represent a nervous disorder of the gastrointestinal tract. However, new studies have demonstrated that irritable bowel syndrome is not caused by a single factor; rather, it is a complex disorder in which a number of physiologic processes are involved.

¹ Asist. Davorin Dajčman, dr. med., Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor.

² Nataša Potočnik Dajčman, dr. med., Pedopsihiatrični dispanzer, Psihohigienska psihiatrična služba, Zdravstveni dom Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor.

These include abnormalities of intestinal motility, alterations in the visceral sensory function and changes in central nervous system processing of sensory information. Today it is believed that the intestines and the brain are intimately connected and that this connection, often called the brain-gut axis, plays a central role in the theory of irritable bowel syndrome. Significant advances in understanding of the pathophysiology of IBS have enabled the medical profession to move forward from a primarily descriptive model to a true biopsychosocial model that treats all its aspects. The aim of this article is to summarize the current status of knowledge about Irritable bowel syndrome, with emphasis on the diagnosis and treatment of this common medical condition.

UVOD

Sindrom razdražljivega črevesa (SIČ) spada med pogostejše težave današnjega časa, saj ga v državah zahodnega sveta ugotavljajo kar pri 28% bolnikov, ki obišejo gastroenterologa (1, 2). Bolezenska slika, značilna za SIČ, je poznana že dalj časa, vendar je bolezen v preteklosti imela številna imena. Tudi poimenovanje *sindrom iritabilnega* lahko tudi *razdražljivega črevesa* ni povsem zadovoljivo, saj mnogim bolnikom in zdravnikom vsiljuje prepričanje, da gre le za obliko bolnikovega čustvenega doživljanja nenormalnega delovanja prebave, vendar je danes splošno sprejeto. Danes je znano, da sindrom obsega večje število sprememb v delovanju črevesa, ki lahko prizadenejo različne dele prebavne cevi, in je posledica motenj črevesne motilitete in okvare visceralnega živčevja. Prištevamo ga med funkcijske motnje prebavil, predvsem zaradi kroničnosti in ponavljanja težav brez prisotnosti organskih ali strukturnih okvar. Ker slednje neredko zmede tako bolnika kot zdravnika, so bila v preteklosti izdelana natančna merila, ki opredeljujejo bolezen in omogočajo lažje odkrivanje. Prva diagnostična merila so bila objavljena leta 1978 (3), sledila so jim priporočila s kongresa o funkcionalnih boleznih v Rimu leta 1989 (4), ta pa so bila leta 1998 popravljena v končno obliko, ki jo uporabljamo še danes in jih poznamo pod imenom Rimska priporočila II (5). Zadnji popravki so bili potrebni zaradi izboljšanja dela z bolniki, saj so bila priporočila iz leta 1989 usmerjena preveč raziskovalno in zaradi tega v klinični praksi težko izvedljiva. Po Rimskih priporočilih II lahko govorimo o SIČ, ko sta izpolnjena naslednja kriterija:

1. bolečine ali nelagodje v trebuhu trajajo vsaj 12 tednov v zadnjem letu pred pregledom bolnika;

2. prisotna sta vsaj dva od treh značilnih pojavov med katere spadajo: sprostitvev in ublažitev težav po odvajanju blata, spremenjena pogostnost odvajanja in/ali spremenjena konsistenca blata.

Zaradi težkega ocenjevanja trajanja težav v celotnem zadnjem letu, se v klinični praksi uveljavlja opazovanje zadnjih treh mesecev. Prva točka diagnostičnega kriterija je tako izpolnjena, če so v tem obdobju težave prisotne vsaj 25% časa. Za takšno oceno je potrebno dobro sodelovanje med zdravnikom in bolnikom po predhodni pojasnitvi tistih sprememb, ki jih mora bolnik natančno prepoznati. Na ta način v različnih študijah po svetu med odraslim prebivalstvom ugotavljajo pojavnost (incidenca), ki se giblje med 4–35% (6, 7). Sindrom prizadene ženske skoraj dvakrat pogosteje kot moške (8), običajno pa se težave pričnejo v obdobju poznega najstništva ali zgodnjih 20-ih letih starosti z najvišjo pogostostjo (prevalenco) med tretjim in četrtem desetletjem življenja. V starejšem starostnem obdobju se pojavnost sicer zmanjšuje, ker pa so druge bolezni (rak črevesa, divertikuloza) v tem obdobju bistveno pogostejše, sodelovanje bolnika pa običajno slabše, je potrjevanje SIČ v tem obdobju zahtevnejše (9).

NASTANEK IN RAZVOJ BOLEZNI

Še pred petdesetimi leti je veljalo prepričanje, da se vzrok za SIČ skriva v okvari oživčevja prebavil. Šele Almy in Mullin sta na podlagi opazovanj motilitete debelega črevesa postavila domnevo o zvezi med možgani in črevesjem (10). Kasneje se je izkazalo, da pri bolnikih s SIČ prihaja do motenj v senzornih živčnih dražljajih zaradi številnih vzročnih dejavnikov, med katerimi so najpomembnejši motnje v motiliteti črevesja, okvare visceral-

nega živčevja in nepravilnosti osrednjega živčnega sistema (OŽS). Na podlagi tega se je razvila zamisel vzročne osi med možgani in črevesom. Z antroduodenalnimi manometričnimi metodami pri bolnikih s SIČ so v sedemdesetih letih ugotovili povečano in boleče krčenje tankega črevesa, ki so ga povezali z njihovo trebušno bolečino (11). Še posebej povečana v primerjavi z zdravimi ljudmi, pa je aktivnost tankega in debelega črevesa po obroku. Prisotni so močnejši propulzivni krči, ki jih običajno spremlja zmerna do huda bolečina (12). Pri številnih bolnikih so ugotovili mešane učinke povečane motorične aktivnosti črevesa, bodisi upočasnitev (zaprtje) ali pospešitev (driske) peristaltike (13). Ker so težave med posameznimi bolniki različne, splošnega pravila danes še vedno nimamo. Večinoma odražajo kvantitativne spremembe v črevesni motiliteti, kar velja za vse bolnike s SIČ. V študijah z balonsko distenzijo prebavil so opazili povečan odziv na bolečinske dražljaje, saj bolniki s SIČ bistveno hitreje zaznajo napihovanje testnega balona v rektumu, kolonu ali ileumu, ob tem pa čutijo tudi močnejšo bolečino (14, 15). Natančna opredelitev bolečine je ključna pri potrditvi sindroma. Bolniki s SIČ namreč zaznajo že manjše dražljaje z bolečino, pogosto pa jim celo normalno peristaltično gibanje povzroča bolečino (16). Če so bolnikom s SIČ med napihovanjem balona v debelem črevesu opazovali aktivnost možganovine s pozitronsko emisijsko tomografijo, so ugotovili povečano aktivnost v predelu možganske skorje, odgovorne za strah, in manjšo aktivnost v predelih, odgovornih za vezavo endogenih opioidov (17). Podobne rezultate so pokazale tudi študije z magnetno resonanco, vendar so bile opravljene na manjših skupinah bolnikov (18). Na zaznavanje bolečine vplivajo še tesnoba stanja, depresija in stres. Spoznanja o spremembah v delovanju OŽS so spremenila tudi stališče do zdravljenja, ki se je tako poleg črevesa usmerilo tudi v uporabo zdravil z učinki na delovanje možganov. Nekaj študij je potrdilo vzročno zvezo med prebolelim infekcijskim gastroenteritisom in kasnejšim razvojem SIČ, vendar natančni vzročni mehanizmi niso jasni. Okužba črevesne sluznice lahko prehodno ali celo trajno okvari avtonomno črevesno živčevje in tako povzroči motnje motilite. Razvije

se lahko preobčutljivost, ki ob ponovnem stiku s sicer povsem običajnimi antigeni sproži neželjene vnetne procese in dodatno okvari delovanje črevesa (19–21). V zadnjem času pogosteje opažajo SIČ med bolniki, ki so bili telesno ali spolno zlorabljeni (še posebej med ženskami), zato je pretekla anamneza o morebitni zlorabi pomembna že v zgodnjih obdobjih odkrivanja bolezni (22).

KLINIČNA SLIKA IN DIAGNOSTIKA

Diagnostika SIČ večinoma ne zahteva dragih in zahtevnih preiskav, saj je možno postaviti diagnozo že z izčrpno in usmerjeno anamnezo ob prvem pregledu bolnika. Diagnoze ni mogoče postaviti zgolj z izključevanjem drugih boleznih prebavil, še posebej pa se je treba izogniti stališču: »Saj je vendar vse le v vaši glavi!« Tako je največja napaka zdravnika, če poskuša bolnika prepričati, da je izvor njegovih težav le v njegovi zavesti. Težave povzročata

Tabela 1. Diferencialna diagnoza sindroma intabilnega črevesa (SIČ).

1. Vnetna bolezen črevesa
 - Crohnova bolezen
 - Ulcerozni kolitis
2. Nespecifični kolitis
 - kolagenozni kolitis
 - limfocitni kolitis
3. Malabsorpcijski sindrom
 - celiakija
 - tropska spru
 - pomanjkanje prebavnih encimov pri kroničnem pankreatitisu
 - porušena bakterijska črevesna flora
 - limfom
 - amiloidoza
4. Laktozna/Fruktozna intoleranca
5. Alergija na hrano
6. Urogenitalne bolečine pri ženah
 - ciste na jajčnikih
 - endometrijoza
 - maternična fibroza
 - vnetja male medenice
7. Drugi vzroki
 - oslabiljena peristaltika debelega črevesa
 - gastroenterokolitis zaradi okužbe
 - driske zaradi diabetične nevropatije
 - intestinalna ishemija
 - rakava obolenja
 - eozinofilni enteritis
 - mastocitoza
 - enteropatija pri AIDS-u
 - Whippleova bolezen
 - okvare medeničnega dna

tako okvarjena črevesna motiliteta kakor spremembe v delovanju visceralnega živčevja (23). Ob prvem pregledu bolnika opisi težav spominjajo na različne bolezni prebavil. Ker pa so težave kronične, fizikalni pregled bolnika in laboratorijske preiskave pa večinoma v mejah normale, se verjetnost prepoznave sindroma v takih primerih bistveno poveča in doseže po nekateri študijah celo 97% zanesljivost (24).

Med ključne značilnosti SIČ spadata bolečina v trebuhu in spremembe motilitete. Prevlada običajno tista, ki je za bolnika bolj moteča. Jakost in trajanje simptomov sta različna od bolnika do bolnika, vendar je njihova intenzivnost pri istem bolniku običajno precej nespremenljiva. Težave se ponavljajo, medtem ko so obdobja brez simptomov različno dolga (dnevi, tedni ali celo meseci, redkeje leta). Glavni simptom SIČ je bolečina, ki je prisotna vsaj 12 tednov v letu (pogosto več). Za potrjevanje sindroma se je v klinični praksi uveljavilo opazovanje zadnjega četrtertletja pred pregledom pri zdravniku. Bolnik mora prisotnost bolečine v tem obdobju kritično oceniti. Prisotna mora biti vsaj 25% omenjenega časa, kar je približno tri tedne. Bolečina značilna za SIČ je vedno povezana z motnjo odvajanja blata. Povezanost z odvajanjem vode, mesečnim perilom pri ženskah ali telesno vadbo nakazuje druge vzroke. Jakost bolečine se običajno ne spreminja, vendar jo bolniki različno opisujejo in doživljajo. Pogosti so krči. Neznailna je tudi lokacija bolečine, saj je pogosto povezana z valovanjem peristaltike. Najmanj polovica bolnikov opisuje povečano izločanje sluzi. Normalna pogostost iztrebljanja blata se giblje med 3-krat dnevno do 3-krat tedensko, a je pri bolnikih s SIČ porušena. Med posamezniki se razlikuje, vendar je enako spremenjena pri istem bolniku (25). Bolniki tožijo zaradi zaprtja ali drisk ali izmenjevanja obojega. Bolniki z driskami običajno poudarijo, da je jutranje (prvo) blato normalne konsistence, medtem ko se v poteku dneva pojavijo driske, nevzdržni krči in nenaden nezadržan pritisk na blato. Krči popustijo po iztrebljanju, vendar se težave tekom dneva vrnejo. Ob koncu dneva je blato tekoče, sluzavo, bolniki pa izčrpani in vznemirjeni. Če v klinični sliki prevladuje zaprtje, bolniki odvajajo trdo oziroma zapečeno blato v obliki večjih ali manjših kep (skibala). Pogosto zaznajo potovanje črevesne

vsebine z bolečino. Blato se redko popolno iztrebi, neredko ga spremlja sluz. Zaradi refleksnih sprostitvev zadnjične zapiralke, približno petini bolnikom blato prične uhajati. Ta zaplet pogosteje spremlja bolnike z driskami. Pojavijo se še napihnenost, napeta trebušna stena in prekomerno sproščanje vetrov. Še posebej povečano je sproščanje črevesnih plinov pri bolnikih z dodatnimi presnovnimi motnjami, ob zaužitju večjih količin stročnic, bogatih s stahinozo in rafinozo (ogljikovi hidrati, ki jih presnavljajo le črevesne bakterije), ali pri obilnem požiranju zraka. Sicer je količina plinov pri bolnikih s SIČ običajno normalna, le da te sprožijo bolj burne odzive črevesa. Če se pojavijo hujšanje, slabokrvnost ali znaki prikrite krvavitve iz črevesa (t.i. znaki alarma) je potrebna dodatna diagnostika zaradi izključitve drugih bolezni. Med fizikalno preiskavo bolnika običajno ne odkrijemo bistvenih sprememb. Omogoča pa izključitev drugih bolezni in mu vliva občutek, da ga je zdravnik »vzel resno«! Trebuh je pogosto trd in napet, posebej v predelu levega spodnjega kvadranta nad sigmoidnim delom debelega črevesa, kjer se lahko otipajo mase blata. Med rektalnim pregledom preiskovalec čuti povečano napetost v danki. Prisotnost fistul ali analnih fisur ni značilna. Dodatne preiskave v novejšem času odsvetujejo, še posebej pri mlajših bolnikih z normalnim izvidom fizikalnega pregleda in brez znakov hujše ogroženosti zdravja (2, 23, 26). Številni zdravniki zaradi »varnosti diagnoze« še vedno zavračajo potrditev diagnoze zgolj s kliničnim pregledom. Med dopolnilne preiskave vključijo laboratorijski pregled krvi, sedimentacijo eritrocitov, aktivnost C-reaktivnega proteina (CRP), v primeru drisk pa še preiskave ščitničnih hormonov. Pri bolnikih s hujšimi driskami je potrebno izključiti črevesno okužbo (koprookultura). Kolonoskopijo priporočajo le pri bolnikih, starejših od petdeset let ali družinsko obremenjenih s kronično vnetno boleznijo črevesa, rakom črevesa, hudo anemijo v rdeči krvni sliki ali krvavimi stolicami. V diferencialni diagnostiki je potrebno izključiti fibromialgijo, artritise, motnje v delovanju ščitnice, potovalno drisko, celiakijo, kronično vnetno bolezen črevesa, črevesni rak in pogoste kronične bolezni (sladkorna bolezen, tromboze).

ZDRAVLJENJE

Zdravljenje SIČ je usmerjeno v blažitev težav, saj zaradi nejasne etiologije vzročnega zdravljenja še ne poznamo. Vključuje izobraževanje bolnikov, vedenjsko svetovanje in psihoterapijo, ustrezno prilagoditev načina prehranjevanja (dieta) in v novejšem času zdravljenje z zdravili, ki lahko učinkuje na črevesno motiliteto, avtonomno živčevje črevesa in OŽS. Ključni so dobro sodelovanje med bolnikom in zdravnikom, ustrezna izobraženost o boleznih s sprotnim sledenjem novosti in razumevanje kroničnosti težav. Že med prvim pregledom je treba ustvariti ustrezne pogoje za zaupanje in dolgotrajno sodelovanje, saj je v zdravljenju potrebna bolnikova sproščenost in zdravnikovo razumevanje (27). V zdravljenju morajo biti upoštevane vse ključne osebne poteze bolnika, med katere spadajo način prehrane, čustvena odzivnost, stiske, odnosi do soljudi, izobraženost, zaposlitev in druge posebne potrebe. Dobra seznanitev z vzroki in potekom bolezni običajno pomaga bolje razumeti težave in olajša njihovo prenašanje ob ponovnem zagonu. V nadaljevanju so opisane nekatere možnosti zdravljenja SIČ.

Dieta

Bolniki s SIČ pogosto verjamejo, da njihove težave izvirajo iz sestave živil oziroma predstavljajo alergijo na določene sestavine hrane, vendar so le te redke in običajno niso prisotne. Pri večini bolnikov težave niso odvisne od sestave hrane, ampak jih sproži sam akt zaužitja ter potovanje vsebine v črevo. Običajno se pojavijo napihovanje, prekomerno sproščanje vetrov in nelagodje v trebuhu. Med sprožilce simptomov spadajo gazirane pijače, kofein, različni oreški (kikiriki, indijski orešek, orehi, lešniki, nepraženi arašidi ipd.), alkohol, umetna sladila (natren) in predvsem pekoče začimbe. Vendar zanesljivi dokazi o škodljivih učinkih omenjenih živil ne obstajajo. Bolnikom lahko svetujemo, da takšna živila opustijo in občasno opazujejo odzive črevesa ob ponovnem zaužitju. Posebna varovalna dieta ni poznana. Ob izrazitem napihovanju, driski in obilnih vetrovih po obroku, pride v poštev izključitev laktozne intolerance.

Zdravila

Uporaba zdravil je usmerjena v odpravo simptomov, še posebej krčevitih trebušnih bolečin, zaprtja, driske in napihovanja. V zadnjih petdesetih letih so bila preizkušena številna zdravila, do danes pa še ne poznamo »čudežne tablete«, s katero bi lahko bolezen tudi ozdravili (28–30). V zadnjem času sta se v svetu pojavili dve novi zdravili: *tegaserod*, ki blaži simptome bolnikov z zaprtjem (napihnjenost, oteženo iztrebljanje, bolečine) in *alosetron* za odpravljanje drisk. Zdravili pri nas še nista registrirani, zato bova v nadaljevanju opisala splošna priporočila za zdravljenje posameznih simptomov, vključno z razpoložljivim zdravljenjem z zdravili.

Zaprtje

Prvi korak je sprememba načina življenja in prehranjevanja z dodatki vlaknin. Bolniki morajo povečati vnos tekočin s pitjem vsaj 3–4-litrov dnevno, uživati veliko rastlinske hrane, bogate z vlakninami (metilcelulozo), in odvajati blato ob pravem času brez prisilnega zadrževanja iz kateregakoli razloga, za kar je potrebna stalna bližina stranišča. Številnim bolnikom že jutranji sadni obrok ali sadni sok z močno kavo ali čajem odpravi nelagodno zaprtje. Če s tem ni mogoče doseči redne prebave, je treba med obroki zaužiti pripravke s koncentriranimi vlakninami, najbolje v obliki polnozrnatih izdelkov. Na ta način se poveča volumen črevesne vsebine zaradi vezave tekočine, pospeši se peristaltika in olajša odvajanje blata. Bolečine kljub takšnim ukrepom pogosto ne izzvenijo, saj v 30% bolniki opazijo celo nasproten učinek. Večanje črevesne vsebine namreč povzroči dodatno napihovanje in ojača napetost (29). Ugodne učinke ima tudi magnezijev hidroksid, najsi-bodi v obliki tablet ali raztopljen (znan tudi iz mineralne vode Donat), ki pa ga je treba previdno odmerjati pri bolnikih z oslabljenim delovanjem ledvic. Pri hujših zaprtjih se v zdravljenje vključi zdravila z osmoznim delovanjem, kamor spadata laktuloza ali polietilen glikol in se običajno uporabljata v obliki sirupa oziroma raztopine grenke soli. Bolnike s hudimi bolečinami in dolgotrajnim zaprtjem je včasih potrebno tudi klistirati. V Združenih državah in nekaterih evropskih državah

izven Evropske unije so v letu 2002 uvedli uporabo tegaserota, agonista črevesnih serotoninских receptorjev tip 4, ki se veže na receptorje v prebavni cevi in sproža peristaltične valove (31). V štirih večjih randomiziranih raziskavah na bolnicah s SIČ so dokazali, da zdravilo pospeši orocekalno prehajanje črevesne vsebine, zmanjša napetost, oblaži bolečine in zanesljivo zveča pogostnost odvajanja blata (23, 31–33). Zaradi tega je Ameriški kolegij za gastroenterologijo (angl. *American College of Gastroenterology*) sprejel sklep, v katerem spada tegaserod med najbolj priporočena zdravila za zdravljenje SIČ pri ženskah. Zaradi nevarnosti pojava hudih drisk ali ishemičnega kolitisa mora zdravljenje potekati pod stalnim nadzorom zdravnika gastroenterologa (2).

Driska

Če v klinični sliki SIČ prevladujejo driske, težave pogosto izzvenijo po uvedbi zdravljenja s preparati atropina ali loperamida. Loperamid za razliko od tegaseroda podaljšuje prehajanje vsebine skozi črevo in tako poveča resorbcijo tekočine iz blata. Zveča tudi tonus zunanje zadnjične zapiralke in izboljša zadrževanje blata. Zdravljenje je treba prekiniti takoj po izboljšanju težav, saj se lahko nekontrolirana uporaba spreobrne v trdovratno zaprtje. Včasih so se v zdravljenju uporabljali triciklični antidepressivi, v današnjem času pa se pogosteje uporabljajo selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina v možganih, kot sta fluoksetin ali sertralín. Pri trdovratnejših driskah pride v poštev tudi raztopina opija v nizkih začetnih odmerkih (1–2 kapljici). Ameriški kolegij za gastroenterologijo je v preteklem letu objavil raziskave o alosteronu, zdravilu, ki pri bolnikih s SIČ uspešno odpravlja drisko, blaži bolečine in zmanjšuje napihovanje (23). Zdravilo je bilo leta 2000 umaknjeno iz uporabe zaradi poročil o razvoju ishemičnega kolitisa (v nekaterih primerih celo s smrtnim izhodom). V zadnjem letu je ponovno odobreno s strani Ameriške agencije za hrano in zdravila (angl. *Food and Drug Administration*, FDA) in preiskušano le na izbranih bolnikih. Pri nas alosterona pri bolnikih s SIČ ne uporabljamo.

Bolečina v trebuhu

Običajno je posledica spremenjenega delovanja visceralnega živčevja in pojačanih krčev črevesa. V preteklih desetletjih se je zaradi tega uveljavilo zdravljenje s spazmoanalgetiki, vendar pa so velikokrat klinični rezultati nezadovoljivi (29). Največ uspeha ima uporaba spazmoanalgetikov pri bolnikih z burnimi reakcijami v črevesju, ki jih sproži obrok. Za preprečevanje le-teh priporočajo zaužitje antiholinergičnega preparata 30–60 minut pred obrokom, ki v veliki meri ublaži bolečino (34). Uporaba klasičnih analgetikov je odsvetovana, več upanja pa daje tegaserod (2), vendar ga bo v Sloveniji treba šele preiskusiti in registrirati.

Napihovanje

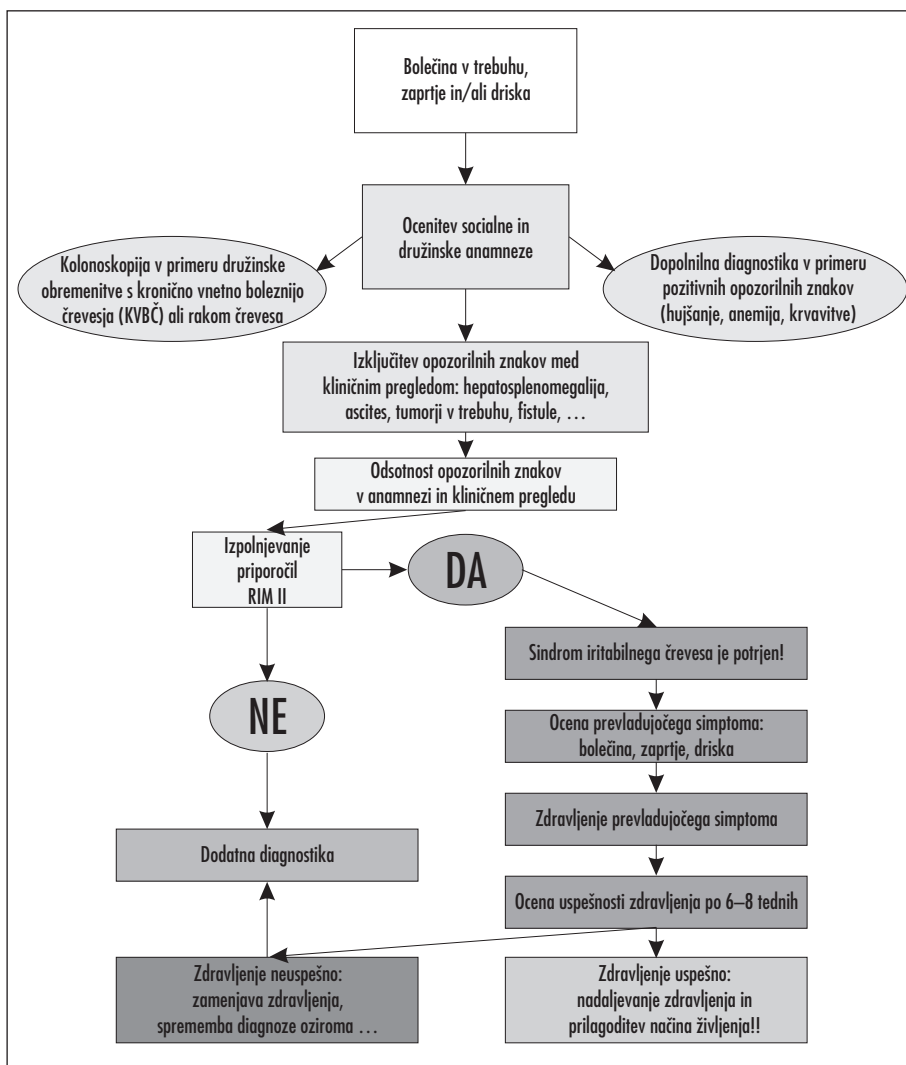
Spada med najbolj trdovratne težave SIČ, delne uspehe pa dosega zdravljenje s simetihonom ali živalskim ogljem, prav tako več obeta tegaserod (2).

Vloga psihoterapije

Že ob prvem stiku z bolnikom je treba prepoznati morebitne znake depresije, tesnobe, panične motnje in psihosomatske težave. Psihične stiske in tesnoba stanja neredko sprožijo klinične težave, značilne za SIČ, še posebej pa so odvisne od stresogenih dogodkov ali stanj običajnega vsakodnevnega življenja bolnika. Z dobrim sodelovanjem med bolnikom in zdravnikom lahko omenjene bolnikove težave premagujeta brez pomoči psihiatra. Načeloma SIČ ne spada med bolezni, ki primarno zahtevajo psihiatrično obdelavo. Psihoterapija je namenjena bolnikom s vsestranskimi težavami, med katerimi je SIČ le del klinične slike. Med anamnezo je potrebno oceniti:

- preteklost tesnobnih stanj in stresa ter njihovo povezanost s sprožanjem simptomov SIČ,
- morebitna depresivna stanja,
- povezanost med osebnostnimi potezami ter vedenjskimi značilnostmi v javnem življenju in simptomi SIČ,
- stopnjo kritičnosti v bolnikovem odnosu do svojih težav zaradi SIČ.

Zdravljenje je običajno zapleteno, uspešno pa le, če vključuje ustrezno predstavitev



Slika 1. Diagnostična in terapevtska priporočila za obravnavo bolnikov s sindromom iritabilnega črevesa (SIČ).

lastnosti bolezni, kognitivno (spoznavno) vedenjsko terapijo, preprečevanje stresa, tesnornih stanj ter zdravljenje morebitnih spremljajočih osebnostnih motenj z zdravili (35). Pogosto je kakovost življenja bolnikov s SIČ zmanjšana zaradi zunajčrevesnih simptomov in znakov in ne zaradi osnovnih gastrointestinalnih težav. Zato je v psihoterapiji SIČ priporočeno, da se zdravniki v večji meri osredotočijo na bolnikove čustvene težave, kot sta tesnoba in stres, šele nato pa poglobijo v samo motnjo odvajanja blata in spremljevalne simptome SIČ. Prepoznavna

sprožilnih dejavnikov tesnornosti (anksioznosti) in stresa lahko veliko prispeva pri odpravljanju težav SIČ (36). Priporočen diagnostični in terapevtski algoritem prikazuje slika 1 (37).

Alternativna medicina. V zadnjem času se pojavlja vse več bolnikov, ki se ob neuspehu zdravljenja obupani zatekajo k metodam in sredstvom zdravilskih oblik pomoči. Med te spadajo uživanje metinega olja, akupunktura, hipnoza in homeopatija oziroma zdravljenje z izvlečki različnih rastlin. Te oblike zdravljenja niso podprte s kontroliranimi znanstvenimi

raziskavami, njihova uspešnost pa je zato neznan. Prav zaradi tega je treba bolnike temeljito izprašati o vseh preparatih, ki jih uživajo z namenom lajšanja težav SIČ, ker so med temi lahko tudi škodljive snovi (38).

ZAKLJUČEK

SIČ je kronična motnja v delovanju črevesa z značilnim izmenjevanjem obdobja brez težav in obdobja zaprtja in/ali drisk. V diagnostičnem postopku je treba upoštevati Rimska

priporočila II in redno spremljati bolnikovo klinično stanje. Ob doslednem upoštevanju diagnostičnih meril dodatne preiskave običajno niso potrebne. Zgodnje zdravljenje, ki je usmerjeno v bolnikovo prevladujočo težavo, napoveduje ugoden potek ohranjanja kakovosti življenja, četudi so danes poznani ukrepi često neuspešni pri odpravljanju kroničnih bolečin in zaprtja. Šele novejša zdravila z učinki na serotoninški sistem (tegaserod, alosetron) dajejo več upanja, vendar pri nas še niso registrirana.

LITERATURA

1. Mitchell CM, Drossman DA. Survey of the AGA membership relating to patients with Functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 1987; 92: 1282-4.
2. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-31.
3. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ* 1978; 2: 653-4.
4. Thompson WG, Greed FH, Drossman DA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int* 1992; 75-91.
5. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ. Rome II. The functional disorders. Diagnosis, Pathophysiology and treatment: a multinational consensus. 2nd ed. McLean, Va: Degnon Associates 2000.
6. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927-34.
7. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E. U. S. householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
8. Health and age. Novartis foundation for Gerontology page. Evaluation of treatments for IBS. Available at: <http://www.healthhandage.com> Accessed june 2004.
9. Harvey RE, Mauad EC, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a five year prospective study. *Lancet* 1987; 1: 963-5.
10. Almy TP, Mullin M. Alteration in men under stress. Experimental production of changes stimulating the irritable colon. *Gastroenterology* 1947; 8: 616-26.
11. Kellow JE, Phillips SE. Altered small bowel motility in irritable bowel syndrome is correlated with symptoms. *Gastroenterology* 1987; 92: 1885-93.
12. Chey WY, Jin HO, Lee MH, Sun SW, Lee KY. Colonic motility abnormality in patients with irritable bowel syndrome exhibiting abdominal pain and diarrhea. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1499-1506.
13. Kellow JE, Phillips SE, Miller LJ. Dysmotility of the small intestine in irritable bowel syndrome. *Gut* 1988; 29: 1236-43.
14. Thompson WG, Greed F, Drossman DA. Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int* 1992; 5: 75-91.
15. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (Suppl II): 43-7.
16. Whitehead WE, Holtkotter B, Enck P, Hozel R, Holmes KD, Anthony J et al. Tolerance for rectosigmoid distension in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1990; 98: 1187-92.
17. Silverman DHS, Munakata JA, Ennes H, Mandelkern MA, Hih CK, Mayer EA. Regional cerebral activity in normal and pathological perception of visceral pain. *Gastroenterology* 1997; 112: 64-72.
18. Mertz H, Morgan V, Tanner G, Pickens D, Price R, Shyr Y et al. Regional cerebral activation in irritable bowel syndrome and control subjects with painful and non-painful rectal distension. *Gastroenterology* 2000; 118: 842-8.
19. Gwee KA, Graham JC, McKendrick MW, Collins SM, Marshall JS, Walters SJ et al. Psychometric scores and the persistence of irritable bowel after infectious diarrhoea. *Lancet* 1996; 347: 150-3.
20. Gwee KA, Leong YL, Graham C, McKendrick MV, Collins SM, Walters SJ et al. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction. *Gut* 1999; 44: 400-6.
21. Rodriguez LA, Ruigomez A. Increased risk of irritable bowel syndrome after bacterial gastroenteritis. *BMJ* 1999; 318: 565-6.

22. Drossman DA, Laserman J, Nachman G. Sexual and physical abuse in women with functional and organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113: 828-36.
23. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 11 (Suppl 1): 7-26.
24. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2812-9.
25. Connell AM, Hilton C, Irvine G, Lennard-Jones JE, Miskewicz JJ. Variation of bowel habit in two populations samples. *BMJ* 1965; 2: 1095-9.
26. Sanders DS, Carter MJ, Hurlstone DP, Pearce A, Ward AM, McAlindon ME et al. Association of adult coeliac disease with irritable bowel syndrome: a case control study in patients fulfilling ROME II criteria referred to secondary care. *Lancet* 2001; 358: 1604-8.
27. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the patient-physician interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-12.
28. Klein KB. Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 95: 232-41.
29. Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*; 2000; 133: 136-47.
30. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut* 2001; 48: 272-82.
31. Lacy BE, Yu S. Tegaserod: a new 5-HT₄ agonist. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34: 27-33.
32. Prather CM, Camilleri M, Zinsmeister AR, McKinzie S, Thomforde G. Tegaserod accelerates orocecal transit in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2000; 118: 463-8.
33. Muller-Lissner S, Fumagalli I, Bardhan KD, Pace F, Pecher E, Nault B et al. Tegaserod a 5-HT₄ receptor partial agonist, relieves symptoms in irritable bowel syndrome patients with abdominal pain, bloating, constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 1655-66.
34. Poynard T, Naveus S, Mory B, Chaput JC. Meta-analysis of smooth muscle relaxant in the treatment in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1994; 8: 499-510.
35. Drossman DA, Thompson WG. The irritable bowel syndrome: review and a graduated multicomponent treatment approach. *Ann Intern Med* 1992; 116: 1009-16.
36. Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R, Chang L, Dulai GS, Mayer EA, Naliboff B. Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1773-80.
37. Lacy BE. Irritable bowel syndrome. *Gastroenterology and Endoscopy News* 2004; 6: 23-9.
38. Pittler MH, Ernst E. Peppermint oil for irritable bowel syndrome: a critical review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1131-5.

Prispelo 20. 9. 2004