

# Wybrane aspekty diagnostyki i leczenia zespołu jelita nadwrażliwego w praktyce klinicznej lekarzy rodzinnych oraz specjalistów medycyny wewnętrznej

Selected aspects of diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome in clinical practice of family doctors and internal medicine specialists

Agnieszka Krawczyńska<sup>1</sup>, Katarzyna Maciejewska<sup>1</sup>, Magdalena Pawlik<sup>1</sup>, Grażyna Rydzewska<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie

<sup>2</sup>Institut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

Prz Gastroenterol 2012; 7 (6): 367–373

DOI: 10.5114/pg.2012.33044

**Słowa kluczowe:** zespół jelita nadwrażliwego, kryteria rozpoznania, diagnoza pozytywna, leczenie.

**Key words:** irritable bowel syndrome, diagnostic criteria, positive diagnosis, treatment.

---

**Adres do korespondencji:** prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska, Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Centralny Szpital Kliniczny MSW, ul. Wołoska 137, Warszawa, tel. +48 22 508 12 40, e-mail: grazyna.rydzewska@cskmswia.pl

## Streszczenie

**Cel:** Analiza wyników anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy medycyny rodzinnej oraz internistów dotyczącej znajomości kryteriów rozpoznawania i zasad leczenia pacjentów z objawami zespołu jelita nadwrażliwego.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 122 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych placówek leczniczych. Wśród badanych przeprowadzono ankietę zawierającą 28 pytań, które miały na celu sprawdzenie znajomości podstawowych zasad diagnostyki i leczenia zespołu jelita nadwrażliwego.

**Wyniki:** Wyniki tej ankiety pokazują, że rozpoznawanie i leczenie zespołu jelita nadwrażliwego nadal stanowi ogromny problem diagnostyczny i terapeutyczny. Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że większość lekarzy nie stosuje pozytywnej diagnozy opartej na jakichkolwiek kryteriach rozpoznania tej jednostki chorobowej, a wciąż stosuje wyłącznie diagnozę „z wykluczenia”.

**Wnioski:** Wskazana jest dalsza edukacja w środowisku lekarskim dotycząca pozytywnej diagnostyki zespołu jelita nadwrażliwego.

## Abstract

**Aim:** We analysed in the article an anonymous survey made mostly among family doctors and internal medicine specialists, referring to the diagnosis and treatment of patients with symptoms of irritable bowel syndrome.

**Material and methods:** The studies included 122 GPs and other doctors. A survey of 28 questions was conducted, aiming to test the knowledge of basic rules of diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome.

**Results:** The results of this survey show that the positive diagnosis of irritable bowel syndrome (IBS) is still a problem for doctors and that the exclusion of other diseases seems to be the most important for doctors in patients with IBS suspicion.

**Conclusions:** Regarding the lack of knowledge about positive diagnosis of IBS, further education among doctors in this area is needed.

## Wstęp

Zespół jelita nadwrażliwego (*irritable bowel syndrome* – IBS) jest czynnościową patologią przewodu pokarmowego, która charakteryzuje się nawracającymi bólami lub dyskomfortem w obrębie jamy brzusznej z towarzyszącym zaburzeniem rytmu wypróżnień, przy braku udokumentowanej organicznej etiologii. Zaburze-

nie to opisywano już od dawna. W 1871 roku zaproponowano nazwę *mucous colitis*, opierając się na najczęstszych objawach klinicznych. W latach 30. ubiegłego wieku powstał termin „zespół jelita nadwrażliwego”, który miał podkreślać niezapalny charakter schorzenia. Pierwszy dosyć szczegółowy opis choroby pochodzi z 1962 roku, a jego autorami są Chaudhary i Truelove. Częstość

występowania IBS oceniana jest różnie i wydaje się, że wynosi od 10% do nawet 25%. Dane te mogą być jednak niedoszacowane, ponieważ około 71–80% pacjentów nie szuka pomocy lekarskiej. Wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu i gastroenterologa około 30% osób podaje typowe objawy IBS. Częstość występowania tej choroby nie zależy od rasy i grupy etnicznej. Według danych statystycznych 3–4 razy częściej IBS jest rozpoznawany u kobiet, co najprawdopodobniej wynika z ich częstszego zgłaszania się do lekarzy, a nie z większej zapadalności na choroby czynnościowe jelit.

Zgodnie z zaleceniami opublikowanymi przez Drossmana już w 1997 roku diagnoza IBS powinna być pozytywna, postawiona na podstawie znanych i obowiązujących aktualnie kryteriów klinicznych i uwzględniająca najważniejsze objawy kliniczne. Pozwala to na ustalenie rozpoznania choroby bez mnożenia kosztownych i często niepotrzebnych badań.

Jednymi z najstarszych kryteriów diagnostycznych IBS są kryteria Manniga z 1978 roku. Opierają się one na typowych objawach klinicznych, takich jak ból związany z defekacją, ustępowanie bólu po defekacji, wzdęcia, śluz w stolcu, uczucie niepełnego wypróżnienia oraz częstsze i luźniejsze stolce na początku bólu. Od lat 90. zeszłego stulecia obowiązują Kryteria rzymskie – kolejno I, II i obecnie III, różniące się przede wszystkim kryterium czasu występowania podobnych objawów. Porównanie kryteriów kolejno ustalanych przez grupy ekspertów wskazuje na nieco inną częstość rozpoznawania IBS. Przykładowo Kryteria rzymskie III pozwalają rozpoznać IBS w podobnym procencie jak Kryteria rzymskie I, natomiast Kryteria rzymskie II wydają się bardziej restrykcyjne. Większość kryteriów nie została w odpowiedni sposób zwalidowana, szczególnie wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, tym niemniej ich znajomość i przede wszystkim stosowanie w codziennej praktyce stanowi warunek prawidłowego rozpoznawania IBS.

## Cel

Celem pracy była ocena znajomości aktualnie obowiązujących kryteriów rozpoznania IBS wśród lekarzy rodzinnych oraz internistów, pracujących głównie jako lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo badano także podstawową wiedzę lekarzy na temat częstości występowania, rozpoznawania i leczenia tej choroby.

## Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 122 lekarzy (93 kobiety i 25 mężczyzn, 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi na pytanie

na temat płci). Przeważająca liczba ankietowanych odpowiedziała na większość pytań w ankiecie. Respondentami były osoby w wieku 26–76 lat, a ich średnia wieku wynosiła 44 lata. Staż pracy osób ankietowanych mieścił się w przedziale 1–53 lat (średnia stażu pracy: 19 lat). Wśród odpowiadających 77 osób pracowało jako lekarze pierwszego kontaktu, a 45 osób w innych placówkach leczniczych.

Ankietowani deklarowali przyjmowanie w ciągu dnia pracy 1–60 pacjentów (średnio: 22). Według tych osób około 18% pacjentów zgłaszało się z powodu rozpoznanego IBS, a dodatkowo u blisko 14% pacjentów występowały inne objawy zaburzeń czynnościowych jelit [1].

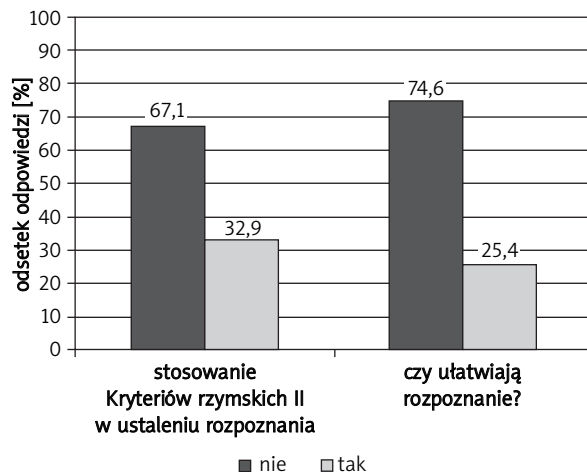
W badaniu zastosowano ankietę zawierającą 28 pytań, która miała na celu sprawdzenie znajomości podstawowych zasad diagnostyki i leczenia IBS.

## Wyniki

Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko około 1/3 (32,9%) ankietowanych lekarzy stosowała w codziennej praktyce Kryteria rzymskie II w celu rozpoznania IBS, a jeszcze mniejsza grupa, bo tylko około 1/4 (24,5%), uważała, że są im one potrzebne, tzn., że ułatwiają rozpoznanie choroby. Jak wynika z powyższych odpowiedzi, około połowa respondentów nie znała Kryteriów rzymskich II, na co wskazywały odpowiedzi dotyczące zgłaszanych przez pacjentów objawów i czasu trwania dolegliwości, będących podstawą rozpoznania tego zespołu (ryc. 1).

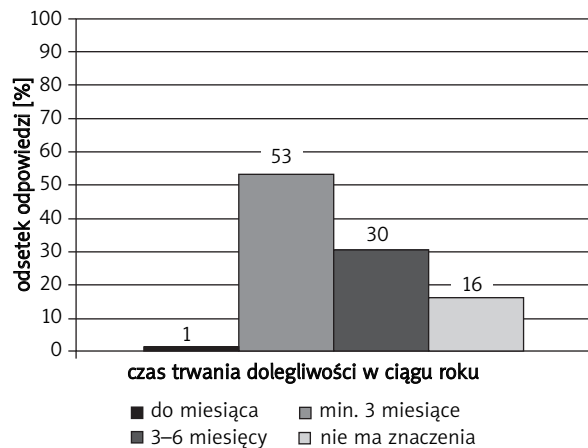
Ponad połowa ankietowanych osób (53%) wskazała, że podstawą wstępnego rozpoznania IBS jest występowanie objawów przez minimum 3 miesiące, a około 1/3 (30%), że objawy muszą występować od 3 do 6 miesięcy. Dla pozostałej grupy lekarzy czas trwania zgłaszanych dolegliwości nie miał znaczenia. Oznacza to, że tylko połowa ankietowanych wskazała prawidłowy czas trwania dolegliwości, który zgodnie z Kryteriami rzymskimi II stanowi podstawę prawidłowego rozpoznania IBS (ryc. 2).

W ankiecie oceniono częstość występowania objawów najczęściej zgłaszanych przez pacjentów (tych, o których mówią Kryteria rzymskie), czyli dyskomfortu, bólów brzucha, oraz występujących w innych czynnościowych i organicznych chorobach przewodu pokarmowego, takich jak: biegunki, zaparcia, wzdęcia, domieszki patologiczne w stolcu. Powyższym objawom ankieterzy przypisywali wskaźnik ważności (w skali 0–4), który pomaga im w rozpoznaniu IBS. Z analizy udzielonych odpowiedzi wynika, że wszystkie objawy (oprócz jednego) uzyskały podobny średni wskaźnik ważności pomagający lekarzom w rozpoznaniu IBS. Niższy wskaźnik uzyskał tylko objaw występowania domieszek patologicznych w stolcu. Odpowiedź na powyższe pytanie



**Ryc. 1.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, czy w ustaleniu rozpoznania wstępnego Kryteria rzymskie II są stosowane i czy ułatwiają rozpoznanie

**Fig. 1.** Results of the survey. Answers to the question whether the Rome II Criteria are used and are helpful in the presumptive diagnosis



**Ryc. 2.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, czy w przypadku wstępnego rozpoznania IBS podstawą rozpoznania jest czas trwania dolegliwości

**Fig. 2.** Results of the survey. Answers to the question whether the duration of the symptoms is the basis of the presumptive IBS diagnosis

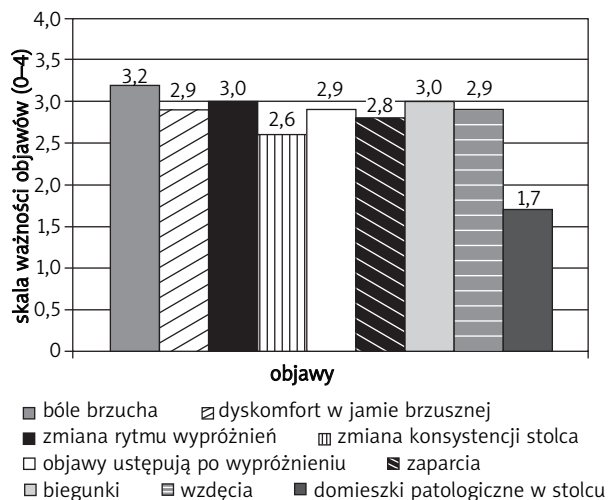
wskazuje, że większość lekarzy nie znała dwóch głównych objawów będących podstawą rozpoznania tego zespołu – dyskomfort i ból brzucha (ryc. 3.).

Większość ankietowanych lekarzy (83%) uważa, że pacjent z objawami IBS powinien być skierowany na konsultację do gastroenterologa, a aż ponad połowa z nich (55%) jest zdania, że pacjenci ci wymagają stałej opieki w poradni gastroenterologicznej i okresowych (2–4 w roku) wizyt (ryc. 4., 5.).

Ponad połowa respondentów (61%) uważa, że w czasie rutynowej wizyty w gabinecie lekarskim pacjentowi z objawami IBS trzeba poświęcić 10–20 min, według połowy z nich raz w miesiącu, a według około 10% częściej niż raz w miesiącu (ryc. 6., 7.).

Skierowania na dodatkowe badania, niezależnie od wieku pacjenta, wydaje większość (aż 95%) ankietowanych, w tym 3/4 (75%) na badanie kału na krew utajoną i aż połowa (47%) do specjalisty w celu wykonania badania endoskopowego (ryc. 8., 9.).

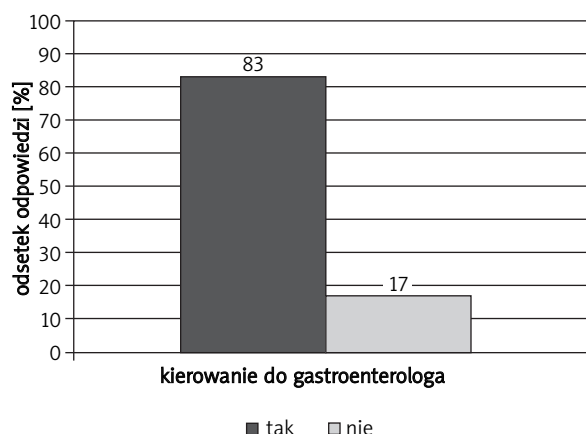
Dla większości (92,6%) respondentów dobra relacja lekarz – pacjent ma zasadnicze znaczenie w leczeniu chorego z objawami IBS (ryc. 10.). Z kolejnych pytań wynikało jednak, że większość lekarzy (84,5%) od początku zaczyna terapię od leczenia skojarzonego (dieta, farmakoterapia, psychoterapia), gdyż uważa, że takie postępowanie jest najskuteczniejsze (aż 90% ankietowanych) (ryc. 11.).



**Ryc. 3.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, czy w przypadku wstępnego rozpoznania IBS podstawą rozpoznania są zgłaszane objawy

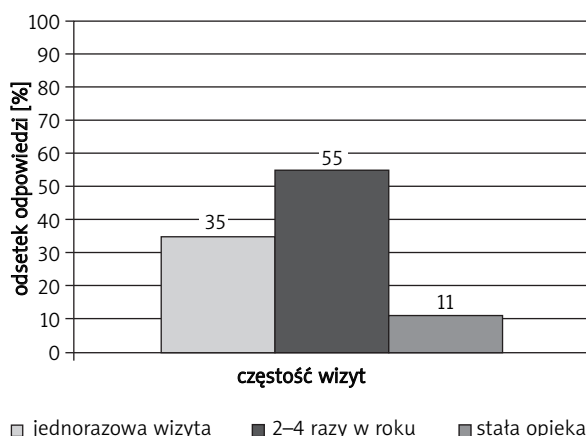
**Fig. 3.** Results of the survey. Answers to the question whether the reported symptoms are the basis of the presumptive IBS diagnosis

W ankiecie znalazły się pytania dotyczące najczęściej stosowanych leków, które respondenci zalecają w pierwszej kolejności w trakcie rozpoczynania terapii. Ankietowani stwierdzili, że według nich najlepsze wyini-



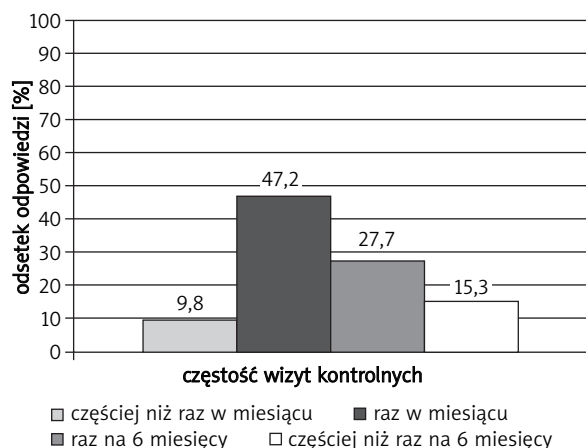
**Ryc. 4.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, czy pacjent z objawami IBS wymaga wizyt u gastroenterologa

**Fig. 4.** Results of the survey. Answers to the question whether the patient with the IBS symptoms needs a gastroenterologist visit



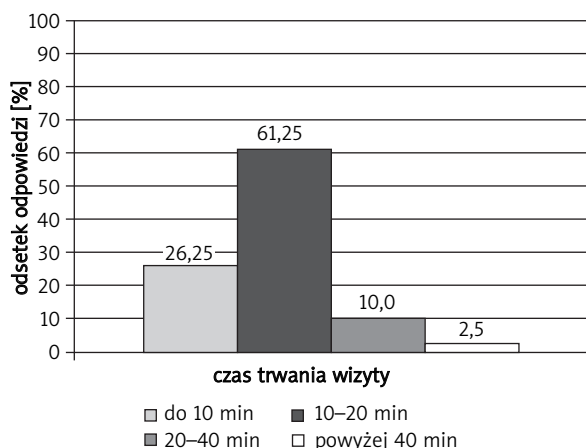
**Ryc. 5.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, jak często pacjent z objawami IBS powinien być konsultowany przez gastroenterologa

**Fig. 5.** Results of the survey. Answers to the question how often a patient with IBS should be consulted by a gastroenterologist



**Ryc. 6.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, jak często pacjent z rozpoznaniem IBS zgłasza się na wizyty kontrolne

**Fig. 6.** Results of the survey. Answers to the question how often a patient with IBS comes for control visits

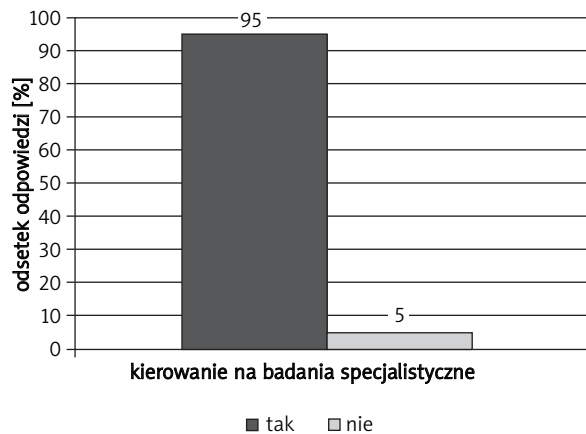


**Ryc. 7.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, ile czasu lekarz poświęca pacjentowi z objawami IBS podczas wizyty kontrolnej

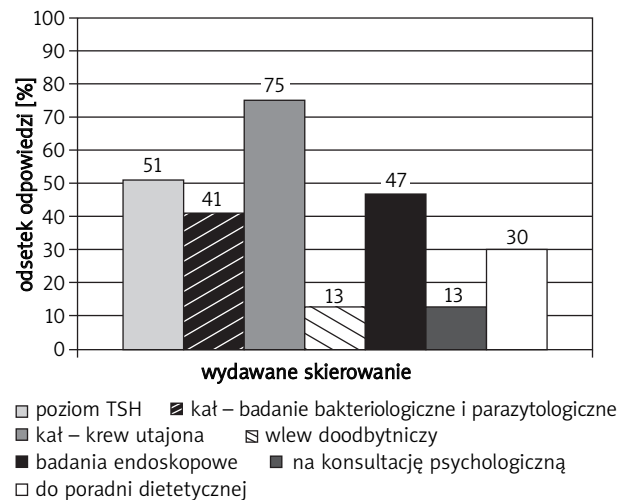
**Fig. 7.** Results of the survey. Answers to the question how much time a doctor spent on one patient with IBS during one control visit

ki w leczeniu pacjentów z objawami IBS uzyskuje się przy zastosowaniu leków działających na motorykę przewodu pokarmowego (39% ankietowanych) lub leczenia skojarzonego (51% ankietowanych), w tym także przez zalecenie stosowania diety, psychoterapii i innych technik relaksacyjnych (ryc. 12.).

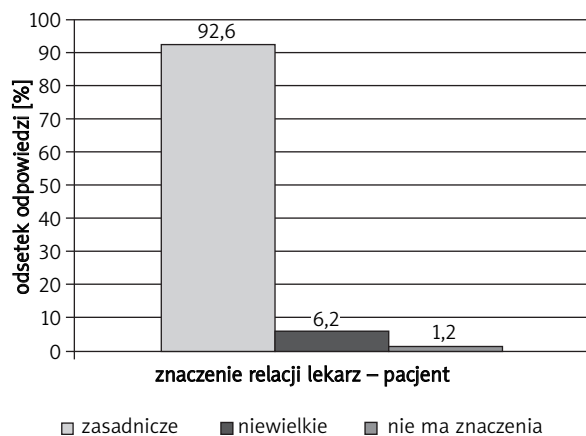
Na podkreślenie zasługują odpowiedzi dotyczące wydawanych zwolnień lekarskich z powodu IBS i średniego czasu trwania uciążliwych dolegliwości, które zmuszają pacjentów do absencji w pracy. Jak wynika z udzielonych odpowiedzi, ponad połowa (54%) ankietowanych zwykle wydaje zwolnienia lekarskie pacjen-



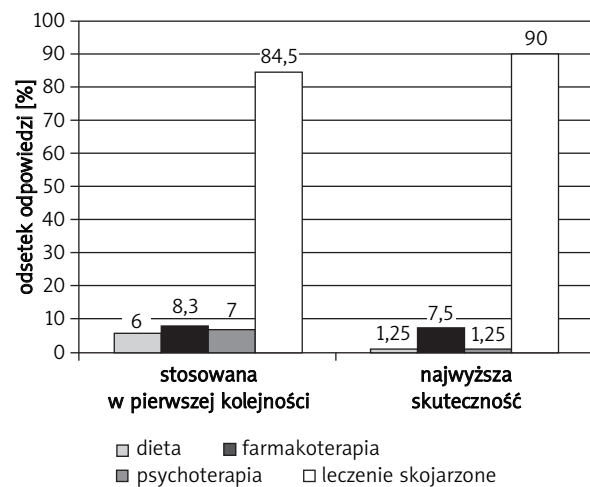
**Ryc. 8.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, czy lekarze kierują pacjentów z podejrzeniem IBS na badania specjalistyczne  
**Fig. 8.** Results of the survey. Answers to the question whether the doctors send patients with suspected IBS for special tests



**Ryc. 9.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, na jakie badania specjalistyczne lekarze kierują pacjentów z podejrzeniem IBS  
**Fig. 9.** Results of the survey. Answers to the question to which special test do the doctors send the patients with suspected IBS



**Ryc. 10.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie w leczeniu chorego z IBS ma dobra relacja lekarz – pacjent  
**Fig. 10.** Results of the survey. Answers to the question how important for treating a patient with IBS are good patient–doctor relations

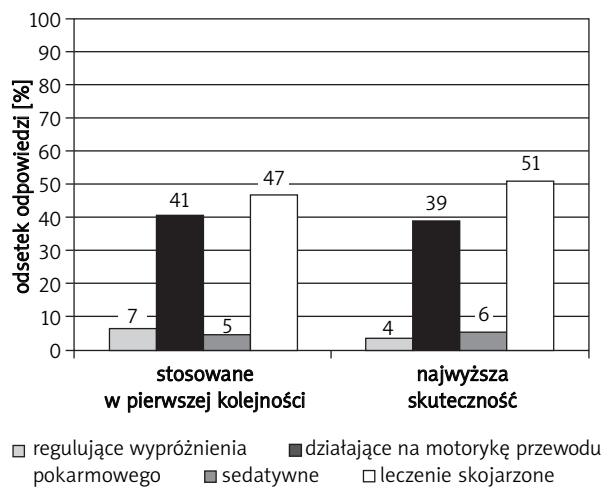


**Ryc. 11.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, którą z metod stosują lekarze w pierwszej kolejności w leczeniu IBS i która według nich ma najwyższą skuteczność  
**Fig. 11.** Results of the survey. Answers to the question which method is primarily chosen by doctors for treatment of IBS and which method do they find the most effective

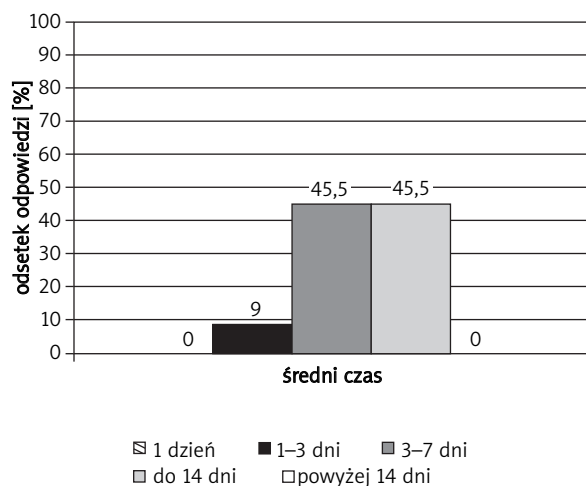
tom z objawami IBS, z tego aż prawie połowa (45%) zwolnień trwa 3–7 dni i tyle samo zwolnień trwa 8–14 dni (ryc. 13., 14.).

## Omówienie

Tylko 32,9% ankietowanych lekarzy stosowało w codziennej praktyce Kryteria rzymskie II w celu rozpo-



**Ryc. 12.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, od jakich leków lekarze rozpoczynają farmakoterapię IBS i która grupa leków według nich ma największą skuteczność w leczeniu tej choroby

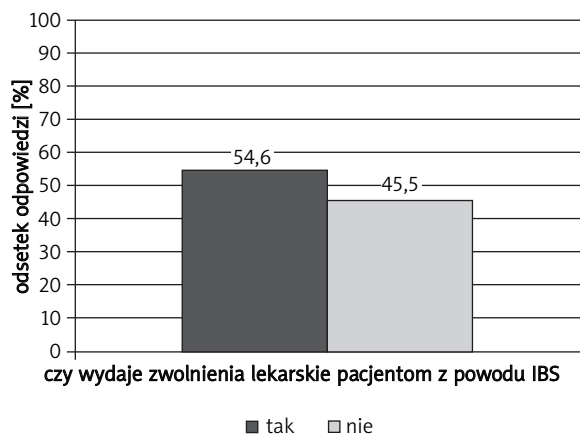


**Ryc. 14.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, jak długie są zwolnienia lekarskie wydawane pacjentom z IBS

**Fig. 14.** Results of the survey. Answers to the question how long do the patients with IBS stay on sick leave

znania IBS, a jeszcze mniejsza grupa, bo tylko 24,5%, uważała, że ułatwiają one rozpoznanie tej choroby.

Okolo połowa respondentów nie znała Kryteriów rzymskich II, na co wskazywały odpowiedzi dotyczące



**Ryc. 13.** Wyniki ankiety. Odpowiedzi na pytanie, czy lekarz wydaje zwolnienia lekarskie pacjentom z IBS

**Fig. 13.** Results of the survey. Answers to the question whether the doctor lets the patients with IBS on sick leave

rozpoznania objawów i czasu trwania dolegliwości (kryterium czasu). Aż 95% ankietowanych osób wydaje skierowania na dodatkowe badania (niezależnie od wieku pacjenta), w tym 75% osób na badanie kału na krew utajoną i aż 47% na badania endoskopowe. Ponad połowa ankietowanych w czasie wizyty poświęca pacjentowi z objawami IBS 10–20 min, średnio raz w miesiącu.

Większość (83%) lekarzy uważa, że pacjenci z IBS powinni być konsultowani przez gastroenterologa w celu uspokojenia i uzyskania potwierdzenia, że objawy nie mają tła organicznego.

Pacjentom z objawami IBS w poradniach trzeba poświęcić więcej czasu z uwagi na złożoność i bogactwo objawów. Mogą oni cierpieć z powodu chorób organicznych, nie tylko zaburzeń czynnościowych, dlatego w celu zróżnicowania tych dolegliwości wymagają dłuższych i częstszych wizyt. Z powodu uciążliwości objawów, które pogarszają jakość życia, pacjenci ci częściej niż inni korzystają ze zwolnień lekarskich i są one stosunkowo długie.

Wyniki przeprowadzonej ankiety wskazują, że mimo licznych publikacji dotyczących zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego, w szczególności IBS, który występuje w krajach zachodnich u około 15–20% populacji, w tym aż u blisko 30% konsultowanych pacjentów, IBS wciąż stanowi ogromny problem diagnostyczny i terapeutyczny dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz lekarzy innych specjalizacji niż gastroenterologia. Wydaje się, że w najlepszym przypadku zespół ten wciąż jest traktowany jako rozpoznanie „z wykluczenia”, często ustalane w przypadku braku organicznych przyczyn

objawów. Ankieta była wykonywana w czasie, gdy opracowywano jeszcze Kryteria rzymskie III i trudno ekstrapolować przedstawiane wyniki na okres po ich ogłoszeniu. Niemniej jednak, zgodnie z zasadami rozpoznania IBS i omawianymi zasadami walidacji kolejnych kryteriów, stosowanie w praktyce klinicznej jakichkolwiek z nich, nawet kryteriów Manniga, jest lepsze niż diagnoza „z wykluczenia”. Konieczna jest więc dalsza edukacja w tym zakresie w środowisku lekarskim, dotycząca nie tylko najnowszych kryteriów diagnostycznych, ale przede wszystkim podstawowej zasady rozpoznania, jaką jest diagnoza pozytywna.

### Piśmiennictwo

1. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1910-5.
2. Thomson WG, Longstreth GF i wsp. Choroby czynnościowe jelita i czynnościowy ból brzucha. *Med Prakt* 2002; wyd. specjalne 8: 23-8.
3. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, et al. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000; 119: 654-60.
4. Chey WD, Olden K, Carter E, et al. Utility of Rome I and Rome II criteria for IBS in U.S. women. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2803-11.
5. Sulkowska A, Sulkowski B, Majkowicz M i wsp. Problemy diagnostyki różnicowej u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. *Gastroenterol Pol* 2003; 10: 247-50.
6. Sanders DS, Carter MJ, Hurlstone DP, 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: 1504-8.
7. O'Leary C, Wieneke P, Buckley S, et al. Celiac disease and irritable bowel-type symptoms. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1463-7.
8. Palsson OS, Turner MJ, Johnson DA, et al. Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 2605-14.
9. Gonsalkorale WM, Houghton LA, Whorwell PJ. Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 954-61.
10. Dapigny M, Stockbrugger RW, Azpiroz F, et al. Role of alimentation in irritable bowel syndrome. *Digestion* 2003; 67: 225-33.