

ARTYKUŁ POGLĄDOWY

Roma Roemer-Ślimak¹, Kamila Markiewicz¹, Łukasz Salomon^{2,3}, Dagmara Pokorna-Kaławak¹

¹Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

³Klinika Salvita – Centrum Gastroenterologii, Wrocław

Możliwości lekarza rodzinnego w leczeniu wybranych chorób jelit

Treatment of selected intestinal diseases in general practice

Streszczenie

Dolegliwości jelitowe są częstymi przypadłościami, z którymi pacjenci zgłaszają się do lekarza rodzinnego. Części z nich można zaradzić bez innej konsultacji specjalistycznej lub zniwelować, zanim pacjent odwiedzi gastroenterologa czy chirurga.

Słowa kluczowe

choroba hemoroidalna, szczelina odbytu, świąd odbytu, choroba uchyłkowa jelita grubego

Abstract

Intestinal complaints are frequent ailments with which patients report to their GP. Some of them can be remedied without another specialist consultation or reduced before the patient visits a gastroenterologist or surgeon.

Key words

haemorrhoidal disease, anal fissure, pruritus ani, diverticular disease

Choroba hemoroidalna

W populacji osób dorosłych choroba hemoroidalna jest najczęściej występującą chorobą proktologiczną, dodatkowo częstość jej występowania rośnie wraz z wiekiem. Na rozpoznanie choroby hemoroidalnej pozwala zaobserwowanie przekrwienia guzków krwawniczych z towarzyszącymi często zmianami zapalnymi oraz objawami somatycznymi [1]. Najczęściej są to: pieczenie w okolicy odbytu, świąd, dyskomfort, krwawienie z odbytu czy wypadanie guzków krwawniczych. Do powikłań, które mogą być pierwszym objawem choroby, zaliczamy zakrzepicę w uwięzionych guzkach i zakrzepicę w splocie odbytniczym dolnym (w żyłkach odbytu) [2].

Leczenie zachowawcze

Przed rozpoczęciem leczenia należy przeanalizować takie czynniki, jak: zaawansowanie choroby, nasilenie dolegliwości, wiek i stan ogólny pacjenta oraz jego zawód i tryb życia. Nie bez znaczenia jest także nastawienie pacjenta do proponowanego leczenia [1]. Leczenie zachowawcze jest uzasadnione w początkowym stadium choroby, gdyż może prowadzić do zmniejszenia świądu, pieczenia czy bólu. Sugeruje się namawianie pacjenta do zmiany przyzwyczajeń dietetycznych i higienicznych oraz do zwiększenia aktywności fizycznej [1, 2]. Działanie to nie zawsze jest skuteczne, gdyż czasem trudno zmienić utrwalone przyzwyczajenia [3].

Dieta przeciwzaparciowa ma istotne znaczenie, a składa się na nią przede wszystkim spożywanie pokarmów bogatych w błonnik oraz wypijanie 1,5–2 litrów płynów dziennie [1]. W przeglądzie Cochrane wykazano, że zwiększenie spożycia błonnika wpływało korzystnie zarówno na krwawienie, jak i wypadanie guzków [3]. Leki przeczyszczające nie powinny być powszechnie stosowane, gdyż mają one jedynie działanie doraźne, mogą powodować przyzwyczajenie oraz przekrwienie zapalne kanału odbytu, a ich znaczenie w chorobie hemoroidalnej jest ograniczone [1, 3]. Pacjentom zaleca się także unikanie ostrych przypraw i alkoholu oraz spożywanie odpowiednich ilości posiłków [1].

Dodatkowo należy pouczyć pacjenta, aby nie spędzał zbyt długiego czasu w toalecie oraz unikał naprężeń, gdyż obie te sytuacje zwiększają ryzyko wystąpienia objawowych hemoroidów [1, 3].

Leczenie ogólne

W ostrej i przewlekłej chorobie hemoroidalnej wskazane jest stosowanie preparatów działających przeciwobrzękowo, przeciwzapalnie i antyagrega-

cyjnie. Korzystne efekty przynosi także przyjmowanie preparatów zwiększających napięcie naczyń żylnych czy zmniejszających kruchość naczyń [1]. Jedną z grup substancji zalecanych w leczeniu guzków krwawniczych są flawonoidy, działające silnie antyoksydacyjnie. Nie powodują one istotnych powikłań czy interakcji z innymi lekami, są dobrze tolerowane przez pacjentów i nie są przeciwwskazane u kobiet w ciąży [1]. Należy wyróżnić w tej grupie diosminę, której skuteczność jest potwierdzona wielośrodkowymi badaniami [1, 2]. Diosmina może być stosowana w ostrej fazie choroby np. w połączeniu z innymi flawonoidami, preparatami błonnika czy skleroterapią. Przyjmowanie diosminy w fazie przewlekłej choroby daje poprawę kliniczną nawet u 90% pacjentów [1].

Leczenie miejscowe

Miejscowe leczenie hemoroidów nie jest działaniem przyczynowym, a jedynie zmniejszającym objawy, takie jak pieczenie, dyskomfort czy świąd. Najczęściej wykorzystywane są leki w postaci żelu, maści lub czopków. Do łagodzenia dolegliwości stosuje się m.in. lidokainę czy anestezynę działające przeciwbólowo, a także ściągającą taninę i substancje roślinne, takie jak olejek rumiankowy, eskulina. Korzystnie działają także 5–15-minutowe nasiodówki z korą dębu. W przypadkach nadmiernego napięcia wewnętrznego zwieracza odbytu można zastosować maść z diltiazemem 2% [1].

Szczelina odbytu

Szczelina odbytu to linijne, niewielkie owrzodzenie zlokalizowane w linii środkowej kanału odbytu, dystalnie od linii zębatej. W prawie 90% przypadków idiopatyczna szczelina znajduje się w tylnej linii środkowej, ale może także wystąpić w przedniej linii środkowej odbytu [3, 4].

Pacjent ze szczeliną odbytu jest zwykle młody i zgłasza piekący, ostry ból okolicy odbytu, który wyraźnie nasila się po defekacji. Schorzeniu może towarzyszyć okresowe podkrwawianie [4]. Ostra szczelina jest prostym ubytkiem w anodermie, natomiast szczelinę przewlekłą definiuje się jako obrzęk i zwłóknienie trwające ponad 8–12 tygodni [3].

Leczenie

Prawie połowa pacjentów z ostrą szczeliną odbytu uzyskuje poprawę po zastosowaniu leczenia wspomagającego, m.in. nasiodówek, substancji spulchniających stolec, większej podaży błonnika pokarmowego oraz płynów [3, 4]. Nie zawsze wymagają

oni dodatkowo miejscowych leków znieczulających czy przeciwwzapalnych [3].

Przewlekła szczelina odbytu może być leczona miejscowymi azotanami [3, 4], chociaż wg przeglądu Cochrane są one tylko nieznacznie lepsze od placebo w odniesieniu do gojenia szczeliny. Miejscowe leki azotanowe, takie jak maść z nitrogliceryną 0,2% stosowana dwa razy na dobę przez 6–8 tygodni, są skuteczne u ok. 50% pacjentów. Aplikowanie miejscowo nitrogliceryny znacznie zmniejsza ból podczas terapii. Zwiększenie dawki nie poprawia szybkości gojenia, a zwiększa częstość działań niepożądanych, z których najczęstsze są bóle głowy, występujące u ok. 20–30% leczonych [3].

Inną metodą leczenia przewlekłej szczeliny odbytu są miejscowo stosowane blokery kanałów wapniowych, które wywołują mniej działań niepożądanych niż miejscowe azotany [3, 4]. Miejscowe środki blokujące kanały wapniowe, takie jak diltiazem 2%, stosowane dwa razy na dobę przez 6–8 tygodni pozwalały uzyskać poprawę u ok. 65–95% pacjentów. Efekty uboczne obejmują przede wszystkim ból głowy (do 25%), ale występują rzadziej niż w przypadku miejscowych azotanów [3].

Najlepszym sposobem stosowania maści jest ich aplikacja dłońią w rękawiczce, ruchem okrężnym. Palec należy włożyć do odbytu na głębokość pierwszego paliczka [6].

Przykładowe receptury maści (6):

Rp. 1	Rp. 3	Rp. 5
<ul style="list-style-type: none"> • Ung. Nitrocardi 10,0 • Vaselini albi ad 100,0 • M. f. Ung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diltiazemi 2,0 • Vaselini albi ad 100,0 • M. f. Ung. 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,2% ung. Nitroglicerini 50,0
Rp. 2	Rp. 4	RP. 6
<ul style="list-style-type: none"> • Nitroglicerini 0,2 • Lignocaini hydrochlorici 2,0 • Lanolini anhydrici ad 100,0 • M. f. Ung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxycardil 1,2 • Vaselini albi 60,0 • M. f. Ung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ung. Diltiazemi 2% 50,0

Świąd odbytu

Świąd odbytu to interdyscyplinarny problem, który stanowi duży dyskomfort dla pacjenta i utrudnienie w codziennym funkcjonowaniu. W niektórych przypadkach czas skutecznego wyleczenia to nawet kilka lat, a pacjent jest konsultowany przez wielu specjalistów, m.in. alergologa, dermatologa czy chirurga. Świąd odbytu częściej dotyka mężczyzn, nasila się zwykle po wypróżnieniu, szczególnie w przypadku wolnych stolców, a także w nocy [4, 5]. Ciągłe drapanie tej delikatnej okolicy może skutkować uszkodze-

niem skóry i krwawieniem oraz powstaniem zmian zapalnych i nadkażeniem bakteryjnym [4].

U części pacjentów nie można zidentyfikować przyczyny świądu i rozpoznaje się świąd idiopatyczny. Świąd wtórny ma zidentyfikowaną przyczynę i pod jej kątem należy prowadzić leczenie [4].

Leczenie zachowawcze

W przypadku świądu alergicznego niezbędne jest wyeliminowanie alergenu, którym może być preparat stosowany do higieny okolicy odbytu, a także alergen pokarmowy.

Leki przeciw pasożytnicze stosuje się w przypadkach inwazji pasożytniczych, np. w owsicy.

Zakażenia bakteryjne lub grzybicze leczy się odpowiednio dobranymi maściami z antybiotykami lub pochodnymi imidazolowymi (można opierać się na wynikach antybiogramu lub mykogramu).

Jeśli pacjent ze świądem odbytu ma dodatkowo rozpoznaną inną chorobę ogólną, np. cukrzycę, należy starać się wyrównać parametry w zakresie choroby podstawowej [4, 5].

Bardzo ważnym elementem leczenia świądu odbytu jest higiena, nie może ona jednak być nadmierna. Pacjentowi należy zalecić podmywanie się dwukrotnie w ciągu dnia ciepłą wodą i mydłem o kwaśnym odczynie. Skóry nie należy wycierać, a jedynie osuszać, np. miękkim bawełnianym ręcznikiem, chusteczką higieniczną lub suszarką [4, 5]. Wskazane jest także przeprowadzenie rozmowy z pacjentem i ewentualne zalecenie prania bielizny osobistej w mydle, a nie proszku do prania i dokładne jej płukanie z detergentu [4, 5].

Pacjentom, którzy odczuwają duże nasilenie świądu w nocy, można zalecić spanie w bawełnianych rękawiczkach by uniknąć uszkodzeń skóry okolicy odbytu spowodowanych drapaniem [5]. Niektórym pomagają leki ułatwiające zasypianie [4].

Niektórzy autorzy zalecają stosowanie miejscowo maści z hydrokortyzonem 1% dwa razy dziennie po podmyciu okolicy odbytu. Można stosować steroid w połączeniu z antybiotykiem lub lekiem przeciwgrzybiczym, jeśli jest taka potrzeba. Kuracja steroidowa nie powinna trwać dłużej niż 6–8 tygodni. Przeprowadzono także obiecujące badanie z wykorzystaniem maści z kapsaicyną, która eliminuje na długi czas odczucie świądu i konieczność drapania. Zaleca się stosowanie kapsaicyny 3 razy dziennie [4]. Również dieta odgrywa istotną rolę w eliminacji świądu odbytu, niezależnie od jego przyczyny [5]. Do pokarmów, które mogą nasilać objawy świądu, należą: alkohol, kawa i herbata (szczególnie silne

napary), ostre przyprawy, owoce cytrusowe, słodkie (w tym czekolada), pomidory (także keczup), mleko [4, 5]. Już po 2–3 tygodniach diety eliminacyjnej pacjenci odczuwają złagodzenie dolegliwości [4]. Należy zalecić dietę lekkostrawną [5]. Dodatkowo wskazana jest regulacja rytmu wypróżnień [4]. Leczenie chirurgiczne wskazane jest tylko w przypadku rozpoznania np. guzków krwawniczych czy szczeliny odbytu jako przyczyny świądu [4].

Choroba uchyłkowa jelita grubego

Uchyłki jelita grubego występują u ponad 50% osób w 7. dekadzie życia [8]. W większości przypadków dotyczą one obwodowej części okrężnicy, głównie esicy. Choroba uchyłkowa dużo rzadziej lokalizuje się w prawej połowie okrężnicy. Uchyłkowatość, czyli obecność uchyłków w jelicie, ma bezobjawowy przebieg, a uchyłki są wykrywane przypadkowo, podczas badań obrazowych wykonywanych z innych przyczyn (kolonoskopia, doodbytniczy wlew kontrastowy). Jest to stan niewymagający leczenia ani okresowych kontroli [8].

Około 20% osób z uchyłkowatością ma objawy dotyczące jamy brzusznej. Przebieg naturalny niepowikłanej objawowej choroby uchyłkowej jest łagodny, a rokowanie pomyślne. Wykładniki stanu zapalnego są zwykle prawidłowe, można jednak zauważyć zwiększone stężenie kalprotektyny w kale. Pozwala to różnicować objawową niepowikłaną chorobę uchyłkową od uchyłkowatości czy zaburzeń czynnościowych. Najczęstszym powikłaniem jest ostre zapalenie uchyłków oraz krwawienie z przewodu pokarmowego [8].

Leczenie

Łagodna i umiarkowana postać choroby uchyłkowej wymagają postępowania zachowawczego w postaci modyfikacji diety (dieta lekkostrawna) oraz suplementacji błonnika rozpuszczalnego [8].

Błonnik rozpuszczalny można podawać w formie niektórych warzyw i owoców, natomiast jego czysta postać jest dostępna w nasionach i łuskach babki płesznik i babki jajowatej [9].

Istotą leczenia objawowej niepowikłanej choroby uchyłkowej jest złagodzenie dolegliwości, terapia zakażeń, a także zapobieganie nawrotom i minimalizowanie powikłań. Wszystkie te cele, według dotychczasowych analiz, spełnia rifaksymina. Zaleca się jej stosowanie cyklicznie, czyli 400 mg 2 razy na dobę przez 7 dni w miesiącu do okresu 12 miesięcy łącznie [8].

Piśmiennictwo

1. Kołodziejczak M. Zachowawcze leczenie choroby hemoroidalnej. *Medycyna Rodzinna* 2011; 1: 7–11.
2. Wałęga P. Guzki krwawnicze i żylaki odbytu. www.mp.pl/gastrologia, dostęp 25.10.2017.
3. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1141-1157.
4. Wałęga P, Romaniszyn M. Szczelina i świąd odbytu. www.mp.pl/gastrologia, dostęp 07.11.2017.
5. Kołodziejczak M, Grochowicz P. Świąd odbytu. *Polski Klub Proktologii*. www.pkk.org.pl, dostęp 06.10.2017.
6. Sierpiowska O. Recepturowe maści proktologiczne. *Aptekarz Polski* 2015; 102: 10-12.
7. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology*. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3110-3121.
8. Pietrzak A, Bartnik W, Szczepkowski M i wsp. Polski konsensus interdyscyplinarny dotyczący diagnostyki i leczenia choroby uchyłkowej okrężnicy. *Gastroenterologia Kliniczna* 2015; 7: 1-19.
9. Galanty A. Pokarmowe źródła błonnika w diecie. www.dieta.mp.pl/zasady/176007,pokarmowe-zrodla-blonnika, dostęp 09.03.2018.

Adres do korespondencji:

Roma Roemer-Ślimak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
e-mail: romars09@gmail.com