

CHOROBA UCHYŁKOWA – CO O NIEJ WIEMY?

Obecnie znamy wiele chorób jelita grubego. Jedną z coraz częściej występujących, a przez niektórych zaliczaną nawet do chorób cywilizacyjnych, jest uchyłkowatość jelita grubego. W 2006 roku w Wielkiej Brytanii zakończono badania trwające 10 lat, które pokazały, że w tym czasie zanotowano ponad dwukrotny wzrost częstotliwości hospitalizacji z powodu choroby uchyłkowej jelit. W Stanach Zjednoczonych w ciągu 7 lat liczba przypadków wzrosła o ponad 25%. Można założyć, że prawdopodobieństwo wystąpienia tej jednostki chorobowej u nas lub u kogoś z naszych najbliższych jest wysokie. Warto więc zastanowić się, jaką wiedzę dysponujemy dzisiaj w kontekście rodzajów, przyczyn i leczenia choroby uchyłkowej.



UCHYŁKI – CO TO TAKIEGO?

Ściana przewodu pokarmowego człowieka składa się z trzech warstw. Błona śluzowa pokryta nabłonkiem znajduje się od strony światła przewodu pokarmowego i to ona ma bezpośredni kontakt z treścią pokarmową. Środkową warstwę tworzą mięśnie, które dzięki naprzemiennym

skurczom i rozkurczom, prowadzą do przesuwania się pokarmu. Od zewnątrz znajduje się tkanka łączna, pełniąca funkcję ochronną i podporową. Uchyłki to niewielkie przepukliny, czyli uwypuklenia błony śluzowej i podśluzowej. Możemy wyobrazić je sobie jako swego rodzaju kieszonki, woreczki, które powstałyby

pod wpływem nacisku na błonę śluzową od strony światła przewodu pokarmowego. Uchyłki mogą znajdować się w różnych odcinkach przewodu pokarmowego, jednak najbardziej charakterystycznym miejscem ich występowania jest jelito grube – a dokładniej mówiąc – jego część zstępująca lub eso- >>

wata. To właśnie tam zlokalizowane jest około 90% wszystkich diagnozowanych uchyłków.

Biorąc pod uwagę zakres objawów, można wyróżnić kilka rodzajów choroby uchyłkowej. W przypadku obecności uchyłków, przy braku występowania stanu zapalnego, mówimy o niepowikłanej chorobie uchyłkowej, która może przebiegać objawowo lub bezobjawowo. Warto podkreślić, że sama obecność kieszonek często jest przypadkowo stwierdzana podczas badania kolonoskopowego zleconego z innej przyczyny, a sam pacjent nie odczuwa z ich powodu żadnych dolegliwości. Taki stan nazywamy uchyłkowatością bezobjawową i nie podlega on leczeniu. Terminem „ostra choroba uchyłkowa” opisujemy stan zapalny uchyłków, który czasami może prowadzić do poważnych powikłań takich jak: ropień, krwawienie, perforacja czy przetoka. Przez to ostatnie pojęcie rozumiemy patologiczne połączenie pomiędzy dwoma organami, które nie występuje u zdrowego człowieka. W omawianym przypadku może to być przetoka jelitowo-pęcherzowa lub jelitowo-pochwowa. Wyróżniamy także przewlekłą chorobę uchyłkową, charakteryzującą się nawracającymi stanami zapalnymi uchyłków lub odcinkowe zapalenie jelita grubego, związane z uchyłkowatością. Ten ostatni stan jest przez niektórych traktowany jako osobna jednostka chorobowa. W jej przypadku w obrazie endoskopowym widoczny jest stan zapalny esicy z licznymi uchyłkami wokół, a przeprowadzone badania sugerują, że możliwa jest całkowita remisja tego stanu nawet przy braku

leczenia. Na uwagę zasługuje fakt, że pomimo opisanego pierwszych przypadków patologicznych kieszonek w jelicie grubym już w XVIII wieku, do tej pory nie została opublikowana powszechnie obowiązująca klasyfikacja opisywanej choroby.

W 1971 roku postawiona została przełomowa hipoteza wskazująca niedostateczną ilość błonnika pokarmowego w diecie jako przyczynę choroby uchyłkowej. Warto podkreślić, że obecna dieta statystycznego mieszkańca Europy zawiera około 15 gramów błonnika, co jest wartością przynajmniej o połowę mniejszą od zalecanej. Ten składnik diety pełni wiele funkcji, a jedną z nich jest wspomaganie perystaltyki jelit. Przy niewystarczającym spożyciu błonnika motoryka przewodu pokarmowego ulega zaburzeniu, wzrasta prawdopodobieństwo zapań, które powodują wzrost ciśnienia wewnątrz światła jelita, co może z czasem skutkować powstaniem patologicznego wybrzuszenia w jego ścianie. Z powodu nieprawidłowego przepływu krwi mogą tworzyć się zatory w największym miejscu powstałego uchyłka. Rozwijające się niedokrwienie oraz nadmierny wzrost bakterii bezpośrednio poprzedzają powstanie ubytków w błonie śluzowej, a w konsekwencji miejscowy stan zapalny i ewentualne dalsze powikłania. Od początku lat 70. XX wieku przeprowadzono liczne badania mające dać odpowiedź, czy postawiona hipoteza jest prawdziwa. Choć ich wyniki nie zawsze są spójne, to aktualne wytyczne amerykańskiej rady gastroenterologii zawierają rekomendacje, aby zwiększać ilość spożywanego błonnika pokarmo-

wego, co uchroni chorych przed powikłaniami choroby, a u osób zdrowych może zapobiec powstawaniu zmian. Możemy więc stwierdzić, że niedobór błonnika to jedna, ale na pewno nie jedyna przyczyna powstawania uchyłków. Do innych czynników mogących mieć wpływ na ich tworzenie zaliczamy: podłoże genetyczne, niski poziom witaminy D, otyłość, brak aktywności fizycznej, alkohol, papierosy, czerwone mięso, nieprawidłową perystaltykę jelit, a także zaburzenia w obrębie ściany przewodu pokarmowego. Jako jeden z czynników ryzyka podaje się również stosowanie inhibitorów cyklooksygenazy, czyli popularnej i często stosowanej grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Najpopularniejszymi jej przedstawicielami są aspiryna, ibuprofen czy ketoprofen, po które sięgamy w przypadku bólu lub gorączki. Uważa się, że ich wpływ na rozwój choroby uchyłkowej związany jest z uszkodzeniem błony śluzowej jelita, upośledzeniem jej funkcji ochronnej, co skutkuje przemieszczaniem się bakterii i powstaniem stanu zapalnego. Warto zaznaczyć, że im człowiek starszy, tym częstość diagnozowania choroby uchyłkowej wzrasta. Jest to prawdopodobnie związane nie tyle z samym wiekiem, co z dłuższym narażeniem jelit na czynniki szkodliwe.

LECZENIE

Wybór leków uzależniony jest od zdiagnozowanego rodzaju choroby. W przypadku stwierdzenia objawowej niepowikłanej choroby uchyłkowej najczęściej stosowanymi lekami są rifaksymina w połączeniu z mesalazyną. Pierwszy

W 1971 roku postawiona została przełomowa hipoteza wskazująca niedostateczną ilość błonnika pokarmowego w diecie jako przyczynę choroby uchyłkowej. Warto podkreślić, że obecna dieta statystycznego mieszkańca Europy zawiera około 15 gramów błonnika, co jest wartością przynajmniej o połowę mniejszą od zalecanej. Ten składnik diety pełni wiele funkcji, a jedną z nich jest wspomaganie perystaltyki jelit.

Możemy więc stwierdzić, że niedobór błonnika to jedna, ale na pewno nie jedyna przyczyna powstawania uchyłków. Do innych czynników mogących mieć wpływ na ich tworzenie zaliczamy: podłoże genetyczne, niski poziom witaminy D, otyłość, brak aktywności fizycznej, alkohol, papierosy, czerwone mięso, nieprawidłową perystaltykę jelit, a także zaburzenia w obrębie ściany przewodu pokarmowego.

z wymienionych leków jest ciekawym przykładem antybiotyku o szerokim spektrum działania przeciwbakteryjnego. Rifaksymina, mimo podawania w formie doustnej, praktycznie nie wchłania się z przewodu pokarmowego, stąd brak jej działania ogólnoustrojowego. Jej podawanie pozwala zredukować występujące objawy, przy jednoczesnym zmniejszeniu ryzyka ich nawrotu. Mesalazyna z kolei wykazuje działanie przeciwzapalne, choć

sam mechanizm jej działania nie jest dokładnie poznany. Stosuje się ją w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych. Łagodne lub umiarkowane zapalenie uchyłków wiąże się już z koniecznością hospitalizacji pacjenta. Lekiem z wyboru jest tutaj rifaksymina, podawana z lekami rozkurczowymi czy przeciwgorączkowymi, w zależności od objawów występujących u konkretnego pacjenta. W ciężkiej postaci tej choroby włącza się

inne antybiotyki, a często także leczenie przeciwzakrzepowe ze względu na ryzyko rozwoju choroby zakrzepowo-zatorowej. Niektóre stany kliniczne wymagają leczenia chirurgicznego, jednak dotyczy ono najczęściej chorych z powikłanym zapaleniem uchyłków.

Badania z ostatnich lat pokazują istotną rolę aktywności fizycznej w redukcji ryzyka rozwoju uchyłkowatości. Jest to związane z szybszym pasażem jelitowym pod wpływem wysiłku, a tym samym z brakiem wzrostu ciśnienia w przewodzie pokarmowym. Zwraca się również uwagę na odpowiednią florę jelitową i stosowanie probiotyków. Mnogość szczepów utrudnia badania, jednak w rekomendacjach wspomnianej już Amerykańskiej Rady Gastroenterologii z 2015 znajduje się zalecenie stosowania probiotyków po przebytych ostrym, niepowikłanym zapaleniu uchyłków.

SZYMON SIUDAK

Pracownik Apteki

REKLAMA

Dulcobis®
Bisacodylum

**SZYBSZA ULGA
W ZAPARCIACH**

Działa już po **6 godzinach**¹



Przed użyciem zapoznaj się z treścią ulotki dołączonej do opakowania bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu

1. Dulcobis tabletki, ChPL 12.2017, działanie przeczyszczające występuje między 6 a 12 godziną od podania (średnio 20 minut). Bisacodyl działa szybciej od zalecanych przez Wielką Internę środków stosowanych doustnie w zaparciach. Dąbrowski A. Objawy chorób układu pokarmowego. Zaparcia. Wielka Interna Gastroenterologia cz. I Medical Tribune Polska. Warszawa 2010: 31-35. Szybkość działania porównano na podstawie <https://indeks.mp.pl>, data wejścia na stronę 08.2020.

Dulcobis, 5 mg, tabletki dojelitowe. Jedna tabletkę dojelitowa zawiera 5 mg bisacodylu (Bisacodylum) Substancje pomocnicze: laktuloza 33,2 mg, sacharoza 23,4 mg. Wskazania do stosowania: Krótkotrwałe, objawowe leczenie zaparć. W przygotowaniu do badań diagnostycznych, w leczeniu przed i pooperacyjnym, w stanach wymagających ułatwienia defekacji. Przeciwwskazania: Dulcobis jest przeciwwskazany u pacjentów z niedrożnością jelit, z ostrymi stanami w obrębie jamy brzusznej, w tym z zapaleniem wyrostka robaczkowego, ostrymi chorobami zapalnymi jelit oraz z silnymi bólami brzucha z towarzyszącymi mdłościami i wymiotami, które mogą być objawem poważnych chorób. Dulcobis jest również przeciwwskazany w stanach ciężkiego odwodnienia oraz u pacjentów ze znaną nadwrażliwością na bisacodyl lub jakikolwiek inny składnik produktu. W przypadku rzadkich chorób genetycznych, w których występuje nietolerancja składnika pomocniczego produktu, stosowanie produktu jest przeciwwskazane.

MAT-PL-2002044-1.0-01.2021