



CO ZA DUŻO TO NIEZDROWO

Dziś SIBO diagnozujemy i leczymy. Jeśli lekarz neguje istnienie choroby, która jest opisana i do której leczenia istnieją wytyczne, to znaczy, że się nie doksztalca

Z PROF. GRAŻYNĄ RYDZEWSKĄ
ROZMAWIA EWA PAĞOWSKA
ILUSTRACJA MAGDALENA PANKIEWICZ

Jak to właściwie jest z tym SIBO? Niektórzy lekarze twierdzą, że taka choroba nie istnieje. - Wiem, że tak się zdarza, ale coż mogę powiedzieć? Zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego, czyli SIBO, to ex definitione patologia polegająca na rozroście w jelicie cienkim bakterii, które normalnie bytują w jelicie grubym. To prowadzi do zwiększonej fermentacji i wzdęć. Dziś możemy tę chorobę potwierdzić badaniami i leczyć. Kiedyś, jak to mówił jeden z moich profesorów, gdy nie pomagał lek przeciwwzdęciowy lub rozkurczowy, mogliśmy najwyżej życzyć pacjentom pomyślnych wiatrów. Jeśli więc lekarz neguje istnienie choroby, która jest opisana i do której leczenia istnieją wytyczne, to znaczy, że się nie dokszałca. Wcześniej tak było z IBS, czyli zespołem jelita nadwrażliwego. Część lekarzy podchodziła poważnie, a część mówiła: „IBS? Proszę mi głowy nie zawracać”. Tak samo lekceważono *Helicobacter pylori*. Zresztą nadal się zdarza, że lekarz mówi: „To nic takiego. Wszyscy mają tę bakterię”. A tymczasem badania w USA pokazały, że dzięki leczeniu zakażenia *Helicobacter pylori* zmniejszyła się częstość zachorowań na raka żołądka.

Jakie objawy mogą świadczyć o SIBO?

- Głównie wzdęcia i, co ważne, związany z nimi dyskomfort. 80 proc. populacji ma przecież wzdęcia, ale tylko niektórym osobom one bardzo przeszkadzają.

Słyszałam, że te towarzyszące SIBO są bolesne i zakłócają życie.

- Chorzy rzeczywiście tak je opisują. Ale to wynika również z ich stanu psychicznego. Choroby jelit powodują zaburzenia osi jelita - mózg. Pacjenci, którzy na nie cierpią, częściej mają nastrój depresyjny, migreny, zespół przewlekłego zmęczenia i silniej odczuwają swoje objawy. Ich odbiór bodźców jest zakłócony. Mogą pojawić się również poważniejsze objawy, jak niedokrwistość, spadek masy ciała czy niedobory pokarmowe. Czasem skarżą się też na bóle brzucha, biegunki czy osłabienie. Wtedy trzeba sprawdzić, czy to, co opisują, nie spełnia już kryteriów zespołu jelita nadwrażliwego. 80 proc. osób, które na niego cierpi, ma też SIBO.

Jak mogę sprawdzić, czy w moim jelicie cienkim doszło do nieprawidłowego rozrostu bakterii? Co powie dzieć lekarzowi, żeby nie zlekceważył moich objawów, tylko zlecił badania?

- Wcale nie zaczynałabym od badań na SIBO. Wzdęcia mogą być spowodowane wieloma innymi czynnikami, »

NOTINO

Kompaktowy makijaż

Jeden produkt, którym zrobisz cały letni makijaż, a kosmetyk łatwo zmieści się w Twojej torebce?

Z Notino nie ma nic prostszego. Twój ulubiony sprzedawca oferuje ponad 83 tysiące wyjątkowych produktów najwyższej jakości, więc każdy znajdzie tu coś dla siebie. Nie czekaj i już dziś przyciągnij uwagę wakacyjnym lookiem.

A dodatkowo z usług Notino skorzystasz już w 27 europejskich krajach. Wystarczy, że pobierzesz aplikację Notino na swój telefon i zamówisz to, czego potrzebujesz. Notino zadba o resztę, a Ty beztrudnie ciesz się wakacjami.





nie tylko rozrostem bakteryjnym. Może dochodzi do aerofagii, czyli nadmiernego polykania powietrza. Ona często występuje u osób, które szybko jedzą, palą papierosy i żują gumę. Najpierw więc warto zwrócić uwagę na swoje nawyki. Wzdęcia bywają też objawem nietolerancji pokarmowych. Sprawdźmy, czy nie mamy tych najczęstszych. Tylko nie róbmy badań z krwi w kierunku nietolerancji. One są oparte na ocenie poziomu przeciwciał IgG. Żadne towarzystwo naukowe ich nie rekomenduje, bo są niewiarygodne. Jeśli już ktoś upiera się przy badaniach, to może zrobić wodorowy test oddechowy na nietolerancję laktozy czy fruktozy, bo te dwie są najczęstsze. O wiele łatwiej jednak po prostu wykluczyć np. mleko - przy podejrzeniu nietolerancji laktozy, a przy podejrzeniu nietolerancji fruktozy - owoce, które dużo jej zawierają. Można też prowadzić dzienniczek dietetyczny, zapisywać, co jemy i kiedy mamy wzdęcia, żeby zaobserwować jakąś prawidłowość. Można też przejść na dietę low FODMAP, czyli opartą na produktach nisko fermentujących. Dzięki niej wielu pacjentów, którzy wcześniej skarżyli się na wzdęcia, zauważa dużą poprawę. Ta dieta ma naukowe podstawy.

Na czym polega?

- Na wyeliminowaniu na sześć tygodni produktów high FODMAP, czyli wysoko fermentujących. Jest ich wiele. Należą do

nich m.in. gruszki, kalafior, cebula, czosnek, mleko, ale też zamienniki cukru, jak np. ksylitol. Mówię o tym, bo często się zdarza, że szukając zdrowszych alternatyw dla jakichś produktów, wybieramy coś, co bardziej nam szkodzi.

Co się dzieje po sześciu tygodniach diety?

- Włączamy po kolei produkty wysoko fermentujące i sprawdzamy, jaka jest reakcja organizmu na każdy z nich. Są aplikacje na telefon, które ułatwiają ten proces. Ta dieta niczego nie zabrania, tylko pomaga znaleźć produkty, których nie możemy łączyć albo jeść w zbyt dużych ilościach. Natomiast nie rekomendujemy diety bezglutenowej. Chyba że dla osób z celiakią. Nie wiem, skąd się wzięła opinia, że to taka świetna dieta. Z nią są same kłopoty. To dieta eliminacyjna, która negatywnie wpływa na nasz organizm. Problem polega na tym, że osoby, które ją zastosowały i uzyskały poprawę, np. pozbyły się wzdęć, są przekonane, że to dzięki rezygnacji z glutenu. A tymczasem prawdopodobnie wystarczyłoby, żeby ograniczyły produkty zbożowe, bo niektóre składniki zbóż, głównie pszenicy, powodują wysoką fermentację. Dieta low FODMAP byłaby więc lepszym wyjściem.

Ale przecież mogą mieć celiakię.

- Tyle że samodzielne wykluczenie glutenu przez pacjentów utrudnia potem diagnostykę tej choroby.

Nie rekomendujemy diety bezglutenowej. Chyba że dla osób z celiakią

Czy dobrze rozumiem, że na zmianę nawyków, testowe wyeliminowanie laktozy i fruktozy czy przejście na dietę low FODMAP warto się zdecydować jeszcze przed wizytą u lekarza?

- Tak i zdarza się, że to wystarczy. Często zresztą lekarz też od tego zaczyna. Zwykle dopiero na kolejnych etapach zleca wodorowy test oddechowy - z laktulozą lub glukozą. Oba są wiarygodne, chociaż obciążone pewnym ryzykiem błędu. Ten pierwszy bywa fałszywie dodatni, a ten drugi - fałszywie ujemny.

Częste są te pomyłki?

- Rzadkie. Natomiast zawsze uprzedzam pacjentów, że mogą się zdarzyć. Najlepiej byłoby wykonać test w polecanym przez lekarza miejscu, np. placówce medycznej albo dobrym laboratorium. Najpierw pacjent dmucha do specjalnego »

NOWOŚĆ

silicolgel®

Silicolgel wiąże

- substancje drażniące
- toksyny
- patogeny
- nadmierną ilość kwasów
- gazy

Silicolgel tworzy ochronną i kojącą powłokę na błonie śluzowej żołądka i jelit



I bezpiecznie usuwa je z organizmu

Koloidalny kwas krzemowy stosowany w zatruciach i zaburzeniach żołądkowo-jelitowych oraz objawach zespołu jelita drażliwego (IBS)

Wskazania do stosowania:

- zgaga
- refluks
- wymioty

oraz objawy zespołu jelita drażliwego (IBS):

- nudności
- ból brzucha
- biegunka
- wzdęcia
- dyskomfort w jelitach



więcej na www.silicol.pl



Postać: żel do stosowania doustnego. **Wyrób medyczny.** **Opakowanie:** 200 ml. **SKŁADNIKI:** 3,5 g dwutlenku krzemu w 100 ml żelu kwasu krzemowego. Substancje konserwujące: kwas sorbowy (E 200), benzoian sodu (E 211). **SPOSÓB UŻYCIA:** W leczeniu zaburzeń żołądkowo-jelitowych, przyjmować 1 łyżkę stołową (15 ml) preparatu Silicolgel® trzy razy dziennie godzinę przed posiłkiem. Silicolgel® może być podany dzieciom poniżej 12. roku życia wyłącznie po konsultacji z lekarzem. Silicolgel® można przyjmować w postaci nierozcieńczonej lub rozcieńczonej wodą. **OSTRZEŻENIA:** Silicolgel® należy przyjmować zachowując odstępy czasu, co najmniej jedną godzinę przed lub po przyjęciu leków. **PRZECIWSKAZANIA:** Silicolgel® nie powinien być stosowany w przypadku nadwrażliwości na którykolwiek ze składników. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Brak znanych skutków ubocznych. SIL/2022/12

urządzenia, potem wypija wodę z laktulozą lub glukozą, a następnie znów dmucha do urządzenia i tak co 15 minut. To trwa trzy godziny. Jest to więc proste badanie, ale długie. Stosunkowo tanie jak na czas, który personel musi na nie poświęcić. Dlatego niektóre placówki, by było to dla nich bardziej opłacalne, jako badanie na SIBO oferują test wodoro-metanowy. Tymczasem test metanowy nie jest w tym

tygodnie, ale jeśli pacjent nadal będzie palił i spożywał produkty wysoko fermentujące, objawy wrócą. Albo chory wprowadzi jakieś zmiany, żeby objawy ustąpiły, albo będzie musiał je zaakceptować. Przy czym można się spodziewać, że brak leczenia objawów będzie prowadził do ich nasilenia. Warto wiedzieć, że to niewłaściwa dieta jest najczęstszą przyczyną rozrostu bakterii w jelicie cienkim.

Dieta low FODMAP eliminuje produkty nisko fermentujące, takie jak kalafior, cebula, gruszka

przypadku potrzebny. Wykonuje się go przy zaparciach. Aby zdiagnozować SIBO, można również pobrać próbkę treści dwunastniczej i określić ilość znajdujących się w niej bakterii, ale nie robi się tego rutynowo. O wiele lepiej wykonać prosty i tani test oddechowy. On w połączeniu z wywiadem i badaniem lekarskim wystarczy do postawienia diagnozy.

Jak wygląda leczenie SIBO?

- Wzdęcia to objaw przykry, ale na ogół niegroźny dla życia, nie musimy od razu podawać leków na przywrócenie prawidłowej mikrobioty jelitowej. Najpierw zalecamy pacjentowi przejście na dietę low FODMAP i zmianę nawyków, np. rzucenie palenia. Jeśli oczywiście jeszcze tego nie zrobił, bo wielu chorych, kiedy już do nas trafia, ma za sobą eliminacje dietetyczne i przyjmowanie błonnika rozpuszczalnego. Dopiero kiedy to nie pomaga, przepisujemy rifaksyminę.

Ludzie czasem nie są w stanie rzucić palenia, chociaż grożą im dużo poważniejsze konsekwencje niż wzdęcia. Czy to znaczy, że jeśli nie zmienią nawyków, nie dostaną leków na SIBO?

- Pewnie w końcu wymuszają je na lekarzu, ale leczenie nie będzie skuteczne. Damy jedną serię leku, on pomoże na dwa-trzy

Jakie są inne?

- Zaburzenia perystaltyki, które mogą wynikać np. z chorób autoimmunologicznych, niektóre leki na cukrzycę, niesteroidowe leki przeciwzapalne, np. ibuprofen, czy inhibitory pompy protonowej - one hamują wydzielanie kwasu żołądkowego i są powszechnie nadużywane. W takich przypadkach trzeba oczywiście najpierw zlikwidować przyczynę. Jeśli nie da się jej usunąć, bo jest to np. choroba uchyłkowa jelita grubego, dochodzi do nadmiernej fermentacji w jelicie grubym i przesuwania się bakterii do jelita cienkiego, pozostaje nam niestety regularne powtarzanie kuracji m.in. rifaksyminę.

Co jeśli one nie działają?

- Dołączamy nystatynę, czyli lek przeciwgrzybiczy. Chodzi o to, że być może pacjent ma SIFO, czyli zespół rozrostu grzybów w jelicie cienkim. Objawy są podobne jak w SIBO. Nie ma jednak badań, które można zrobić, by potwierdzić u pacjenta tę chorobę. Ona jest trochę jak yeti. Trudno o dowody na jej istnienie. Z SIBO do niedawna było podobnie, więc może wkrótce też będziemy dysponować badaniem, które pozwoli wykryć SIFO.

A posiew kału?

- Nie tylko nie warto go wykonywać, ale wręcz nie powinno się go robić. W kale zawsze coś się wyhoduje, np. jakiś grzyb, który należy do fizjologicznej flory. To nam nie daje żadnej informacji na temat tego, czy jest przerost grzybów w jelicie cienkim. Zlecenie posiewów w diagnostyce SIFO to naciąganie pacjentów i działanie na ich szkodę. To samo dotyczy SIBO. Jeśli lekarz wciąż wykrywa jakieś bakterie i grzyby, to daje kolejne leki, a one przecież zawsze mają jakieś skutki uboczne. Nie zalecamy też diet przeciwgrzybiczych, bo żadna z nich nie ma takich właściwości. Ostatnio z odgrzybiania zrobił się wielki biznes, nie mówiąc już o odrobaczaniu, ale to już temat na inną rozmowę. ●



*Prof. dr hab. n. med.
Grażyna Rydzewska*

- jest specjalistką chorób wewnętrznych i gastroenterologii, wiceprezeską Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego i kierowniczką Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii