



dr hab. n. med. Dorota
Waśko-Czopnik

Katedra i Klinika
Gastroenterologii
i Hepatologii, Uniwersytet
Medyczny we Wrocławiu

Kiedy wybieram mebewerynę?

When do I choose mebeverine?

Dr hab. n. med. Dorota Waśko-Czopnik

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Poniewierka

ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO – KRYTERIA ROZPOZNANIA

Zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego należą do najczęstszych schorzeń wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza. Ocenia się, że odsetek ten sięga prawie połowy chorych, przy czym niemal 20% pacjentów populacji dorosłej cierpi na zespół jelita drażliwego (IBS, *irritable bowel syndrome*), ze znaczącą przewagą płci żeńskiej. Dane polskie wskazują, że na IBS choruje 13% populacji dorosłej, ale dotyczy on każdej grupy pacjentów, w tym dzieci [1, 2].

W 2016 r. grupa ekspertów ponownie zweryfikowała kryteria rzymskie, już IV edycję, odnoszące się do klasyfikacji zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego, umieszczając w grupie C zaburzenia dotyczące dolegliwości jelitowych, w tym zespół jelita drażliwego (C1), ale także zaparcie czynnościowe (C2), biegunkę czynnościową (C3), wzdęcie czynnościowe (C4) i nieokreślone zaburzenia czynnościowe jelit (C5). Wszystkie wymienione schorzenia często stanowią wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne w związku z nakładaniem się w praktyce klinicznej objawów, które zazwyczaj bywają przewlekłe, uciążliwe, znacząco obniżają jakość życia pacjentów oraz sprawiają trudności diagnostyczne i terapeutyczne. Zgodnie z postępowaniem wiedzy choroby czynnościowe uznawane są obecnie za zaburzenia funkcjonowania osi mózgo-jelitowej, w której ważną rolę odgrywa mikrobiota jelitowa, ale także jako spektrum objawów, nie oddzielne jednostki chorobowe, kiedy to w zależności od zmiany nasilenia dominujących objawów może dochodzić do zmiany rozpoznania u chorego [3, 4]. Kryteria rzymskie IV precyzyjnie określają warunki, które muszą zostać speł-

STRESZCZENIE

Zespół jelita drażliwego (IBS, *irritable bowel syndrome*) jest jednym z najczęstszych zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego stanowiącym wciąż problem diagnostyczny i terapeutyczny. Aktualne dane naukowe w odniesieniu do farmakoterapii sugerują wysoką skuteczność leczenia rozkurczowego np. mebeweryną w połączeniu z innymi lekami prokinetycznymi i rozkurczowymi stosowanymi doraźnie oraz anksjolitykami w razie potrzeby, nie zapominając o indywidualnej diecie i modyfikacji stylu życia. IBS nadal stanowi wyzwanie diagnostyczne ze względu na dynamicznie zmieniający się obraz kliniczny i interdyscyplinarność choroby, jest rozpoznaniem z wykluczenia, w którym leczenie dostosowujemy do objawów aktualnie dominujących.

SŁOWA KLUCZOWE

IBS, zespół jelita drażliwego, mebeweryna

nione, aby rozpoznać IBS – dolegliwości muszą trwać przez ostatnie 3 miesiące przy wystąpieniu następujących objawów min. 6 miesięcy przed rozpoznaniem: nawracający ból brzucha występujący średnio przez co najmniej 1 dzień w tygodniu; przez ostatnie 3 miesiące ból spełnia co najmniej dwa z poniższych kryteriów: związany jest z wypróżnieniem, związany jest ze zmianą częstości wypróżnień i związany jest ze zmianą konsystencji stolca.

Wyodrębniono również cztery główne podtypy IBS oparte na podziale zgodnie z oceną konsystencji stolca według bristolskiej skali uformowania stolca (bez używania środków przeczyszczających lub przeciwbiegunkowych), w odniesieniu tylko do stolców nieprawidłowych, a nie wszystkich stolców na: IBS z zaparciem (IBS-C – *constipation*), IBS z biegunką (IBS-D – *diarrhoea*), mieszana postać IBS (IBS-M – *mixed*) i niezdefiniowana postać IBS (IBS-U – *undefine*). Na rycinie 1 przedstawiono bristolską skalę uformowania stolca, pomocną w ocenie konsystencji stolca przez pacjentów.

OBRAZ KLINICZNY PACJENTA Z ZESPOŁEM JELITA DRAŻLIWEGO








Dość elastyczne podejście do klasyfikacji zaburzeń jelit wiąże się z dynamicznym obrazem klinicznym choroby wymuszającym niejako postępowanie terapeutyczne zawsze ukierunkowane na dominujący objaw, dlatego też zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego stanowią spektrum objawów, co z kolei jest związane z doprecyzowaniem kryteriów diagnostycznych i ich klasyfikacją na podstawie dominującego objawu, który klasyfikuje do danego typu zaburzeń i może determinować rozpoznanie.

IBS to choroba o podłożu polietiologicznym, cechująca się szeregiem dolegliwości związanych nie tylko z przewodem pokarmowym, co bardzo często powoduje potrzebę współpracy między specjalistami, stanowiąc problem interdyscyplinarny. Najczęściej pacjenci uskarżają się na ostre, kurczowe bóle brzucha, które są podstawowym kryterium rozpoznania zespołu jelita drażliwego. Ich charakter może być zmienny, podobnie jak i lokalizacja, jednak nigdy nie wybudzają pacjenta w nocy, chociaż bardzo często pojawiają się natychmiast po przebudzeniu.

Jest to również specyficzny objaw wstępnie różnicujący zaburzenia czynnościowe od potencjalnego tła organicznego choroby. Często bóle nasilają się po posiłkach (pobudzenie odruchu żołądkowo-jelitowego), mogą towarzyszyć biegunkom, ulgę przynosi wypróżnienie lub oddanie gazów, występują: naprzemienny rytm wypróżnień, uczucie niepełnego wypróżnienia, wzdęcie brzucha, odbijanie, gazy, przelewania, chorzy obserwują znaczne ilości śluzu w kale, ale także skarżą się na nudności, wymioty, zgasę, bóle głowy, uczucie zmęczenia, zaburzenia miesiączkowania czy częstomocz, które nie są objawem ze strony przewodu pokarmowego, ale mogą wynikać z napięcia emocjonalnego i przewlekłego stresu. Na podkreślenie zasługuje fakt, że badanie przedmiotowe nie wykazuje odchyżeń od stanu prawidłowego, natomiast podczas zbierania wywiadu należy dopytać o wymagające pogłębienia diagnostyki objawy alarmowe, które przedstawiono w tabeli 1 [4–6].

RYCINA 1

Bristolka skala uformowania stolca.

Typ 1		Pojedyncze zbitłe grudki podobne do orzechów, trudne do wydalania
Typ 2		Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty
Typ 3		Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni
Typ 4		Smukły, węzowaty stolec, gładki i miękki
Typ 5		Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie
Typ 6		Kłaczkaste kawałki z postrzępionymi krawędziami
Typ 7		Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional disorders of the gastrointestinal tract, which is still a diagnostic and therapeutic problem. Current scientific data in relation to pharmacotherapy suggest high effectiveness of antispasmodic treatment, e.g. mebeverine in combination with other prokinetic and reliever drugs used on an ad hoc basis and anxiolytics if necessary, not forgetting about individual diet and lifestyle modification. IBS is still a diagnostic challenge due to the dynamically changing clinical picture and interdisciplinarity of the disease, it is a diagnosis of exclusion, where the treatment is adjusted to the currently dominant symptoms.

KEY WORDS

IBS, irritable bowel syndrome, mebeverine

Szereg uciążliwych dolegliwości sprawia, że pacjent z zespołem jelita drażliwego stanowi diagnostyczny problem interdyscyplinarny, w którego przypadku bardzo często wymagane jest wsparcie innych specjalistów w celu ustalenia rozpoznania końcowego, które – jak wiemy – jest rozpoznaniem z wykluczenia. Bardzo często chorzy sami odbywają liczne konsultacje u specjalistów, które mają dać im odpowiedź na pytanie dotyczące źródła pochodzenia nękających i kłopotliwych objawów, angażując m.in.: reumatologa (ból mięśniowy i stawowy), ortopedę (wzmoczone napięcie mięśni przykręgosłupowych), kardiologa (kołatania serca, arytmia, skoki ciśnienia tętniczego, ból zastawkowy), neurologa (ocena funkcji układu nerwowego, ból korzeniowy), ginekologa (ból w zakresie miednicy małej, proktalgia, dyspareunia), urologa (zaburzenia mikcji, ból przy oddawaniu moczu, dolegliwości dyzuryczne), chirurga (ból brzucha), dietetyka klinicznego (dieta jako źródło problemów zdrowotnych), psychologa czy psychiatrę (lęk, niepokój, często karcinofobia), endokrynologa (guzy endokrynne: gastrinoma, VIPoma, rakowiak), choroby metaboliczne: niedoczynność/nadczynność tarczycy, cukrzyca, niedobór laktazy.

W tej grupie chorych obserwuje się szczególnie duży wpływ emocji, stresu i sfery psychicznej na przebieg choroby i nasilenie dolegliwości, dlatego tak bardzo pożądana jest długofalowa współpraca gastroenterologa, psychologa i psychiatry oraz ogromna rola technik behawioralnych, akupunktury czy akupresury jako jednych z metod wspomagających leczenie farmakologiczne i dietetyczne [7, 8]. Współczynnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród chorych na IBS waha się od 40% do 90% i jest większy niż w populacji ogólnej, a samo współistnienie zaburzeń psychicznych wiąże się z cięższymi objawami żołądkowo-jelitowymi i może się przyczyniać do pogorszenia wyników terapeutycznych. Istnieją dowody na to, że to raczej czynniki psychologiczne, takie jak: somatyzacja, lęk,

zaburzenia depresyjne, nieadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem i tendencje do katastrofizacji, korelują z nasileniem objawów IBS [7, 8].

PRZYCZYNY IBS

Przyczyny powstawania zespołu jelita drażliwego, w tym przyczyna pierwotna, nie są znane, natomiast istnieje szereg czynników patofizjologicznych, które predysponują do pojawienia się objawów choroby. Zaliczamy do nich: nadmierny rozrost flory bakteryjnej (SIBO, *small intestinal bacterial overgrowth*) do 84% przypadków, zaburzenia czucia trzewnego i funkcji motorycznej jelit (manometria anorektalna), w tym niski próg bólowy odbytnicy rozszerzanej balonem i zwiększona odpowiedź ruchowa jelita grubego na pobudzenie, zmiany w sferze psychicznej (u 70–90% pacjentów zaburzenia osobowości, niepokój, depresja), dieta ubogoresztkowa, rola mózgu – nie do końca wyjaśniona, obserwowane są zmiany aktywności w obszarach kory mózgowej odpowiedzialnych za odczuwanie bólu. Równie ważną rolę odgrywają czynniki jelitowe, takie jak: przebiec infekcji jelitowej – stwierdzono zwiększenie liczby komórek endokrynych jelit i zawartości w nich serotoniny, nieswoiste i swoiste (infekcyjne) zapalenia jelit, mikroskopowe zapalenie jelita grubego (limfocytarne, kolagenowe), eozynofilowe zapalenie jelita grubego, uchyłki okrężnicy, biegunka u osób nadużywających środków przeczyszczających (melanaza) czy celiakia. IBS występuje wtórnie do innych schorzeń (np. w przebiegu CU, CD) [6, 9].

W patogenezie IBS wszystkie czynniki: genetyczne, środowiskowe i psychosomatyczne, łącznie wpływają na podstawowe zaburzenie funkcjonalne osi mózgowo-jelitowej, która stanowi tzw. superorganizm w naszym ciele. Relacje między gospodarzem a biotą bakteryjną nie polegają wyłącznie na komensalizmie, raczej jest to rodzaj korzystnej symbiozy. Zasadniczo nas mikroorganizmy spełniają wiele pożytecznych funkcji, takich jak: fermentacja składników pokarmowych, stymulacja systemu odpornościowego w zwalczaniu drobnoustrojów chorobotwórczych, regulacja rozwoju jelit, produkcja witamin (biotyna i witamina K), hormonów, kwasu masłowego i wielu innych. Ponadto mikrobiom przewodu pokarmowego (regulowany przez skład diety i stan odżywienia) wpływa na utrzymywanie prawidłowego funkcjonowania mózgu, stanowiąc główną składową wspomnianej osi mózgowo-jelitowej [10]. W wieloczynnikowej patogenezie IBS jej zaburzenia odgrywają ważną rolę, jej zasadniczy element – mikrobiota jelitowa wpływa na pozostałe patomechanizmy w IBS poprzez sygnalizację biochemiczną między przewodem pokarmowym i układem nerwowym. Mikrobiota jelit komunikuje się z OUN w ramach różnych szlaków, które jeszcze nie w pełni poznaliśmy, jednak wiadomo, że są to: szlak nerwowy, immunolo-

TABELA 1

Objawy alarmowe wymagające bezwzględnego pogłębienia diagnostyki.

- wiek > 50 lat
- rodzinne wywiady w kierunku raka jelita grubego, celiakii, nieswoistych chorób zapalnych jelit
- niedawne leczenie antybiotykami
- pobyty w rejonach endemicznego występowania chorób zakaźnych lub pasożytniczych
- krótki czas trwania objawów
- występowanie objawów w nocy
- niezamierzona utrata masy ciała
- stan podgorączkowy lub gorączka
- krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego lub krew w stolcu
- wyczuwalny opór w jamie brzusznej
- wodobrzusze
- niedokrwistość
- zwiększona liczba białych krwinek.

giczny czy hormonalny. Ma wpływ na funkcje oraz działanie mózgu, zaangażowana jest w regulację lęku, bólu, zaburzeń funkcji poznawczych oraz nastroju [10]. W wytycznych dotyczących leczenia IBS zazwyczaj zakłada się, że zastosowanie probiotyków nie jest szkodliwe, ale nie musi też przynosić poprawy, jednak praktyka kliniczna i badania naukowe sugerują sprzeczne wnioski. Polskie rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita drażliwego sugerują raczej „stosowanie poszczególnych szczepów bądź mieszanek szczepów probiotyków przebadanych pod kątem skuteczności w IBS niż probiotyków jako grupy w celu zmniejszenia zarówno objawów IBS ogółem, jak i wzdęcia i biegunki u pacjentów z IBS”, podobnie jak inne wytyczne kliniczne [11]. Niemniej jednak grupa ekspercka rekomenduje probiotyki o prawdopodobnym korzystnym wpływie na objawy IBS ujęte w analizie zarówno w postaci preparatów złożonych, jak i monoszczepów, co przedstawiono w tabeli 2 [11].

Probiotyki, zwłaszcza wieloszczepowe, oddziałują poprzez trzy zasadnicze mechanizmy: odbudowę i przywracanie funkcji bariery jelitowej, w tym poprawę szczelności nabłonka jelitowego oraz zwiększanie liczby i wzmacnianie struktury międzykomórkowych wiązań białkowych, pogrubienie warstwy śluzu i poprawę jego gęstości; immunomodulację, m.in.: podtrzymywanie homeostazy GALT, stymulację odpowiedzi immunologicznej (szczególnie odpowiedzi IgA) oraz produkcji cytokin przeciwzapalnych (np. IL-10), wzmacnianie specyficznej odpowiedzi przeciwciał na organizmy patogenne oraz sygnalizację w osi mózg–jelita i wpływ m.in. na mechanizmy neuronalne (ENS), neuroendokrynne (HPA) i neuroimmunologiczne.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE IBS

W dalszym ciągu diagnostyka i leczenie zespołu jelita drażliwego są wymagające. Rycina 2 przedstawia proponowany algorytm diagnostyczny, mogący stanowić kierunek działań dążących do ustalenia przyczyny dolegliwości oraz rozpoznania IBS, zawsze powinniśmy mieć też na uwadze wszelkie modyfikacje stylu życia, dietetyczne, nawyków w tej grupie pacjentów, co pozwala na zrozumienie istoty choroby i akceptację związanych z nią uciążliwości. Brakuje wystarczających dowodów na skuteczność leczenia nefarmakologicznego, niemniej jednak zawsze zmiany takie powinny zostać wprowadzone u każdego chorego, co wspomaga leczenie farmakologiczne.

W ostatnim czasie duży nacisk jest kładziony na leczenie objawowe – bólu, wzdęcia, biegunki czy zaparcia, natomiast poza sugerowanym korzystnym wpływem ryfaksyminy eksperci podkreślają znaczenie leków rozkurczowych i anksjolitycznych oraz przeciwdepresyjnych [11]. W pracy, która ukazała się w 2022 r., autorzy konkludują, że mebeweryna jest efektywna w szerokiej grupie pacjentów z IBS cierpiących na bóle brzucha i dyskomfort, wzdęcia i rozpierania, nieprawidłowe lub nieregularne wypróżnienia, zaparcia lub biegunki, ale także niespełniających pełnych kryteriów rzymskich IV dotyczących IBS. Odnacza się także dobrym profilem bezpieczeństwa z niską częstotliwością występowania działań niepożądanych [12]. Podobne wnioski przedstawiają autorzy przeglądu systematycznego na temat skuteczności i tolerancji mebeweryny w leczeniu zespołu jelita drażliwego [13], natomiast również w tegorocznych wytycznych United European Gastroenterology i European Society for Neurogastroenterology and Motility leczenia zaburzeń czyn-

TABELA 2

Probiotyki (pojedyncze szczepy i preparaty złożone) o prawdopodobnym korzystnym wpływie na objawy IBS (na podstawie [11]).

Monoszczepy:

- *Bifidobacterium bifidum* MIMBb75
- *Bifidobacterium infantis* 35624
- *Bifidobacterium lactis*
- *Escherichia coli* DSM17252
- *Lactobacillus acidophilus* SDC 2012, 2013
- *Lacidobacillus plantarum* 299v.

Preparaty przebadane w wybranych populacjach bądź efekt obejmujący jedynie część objawów:

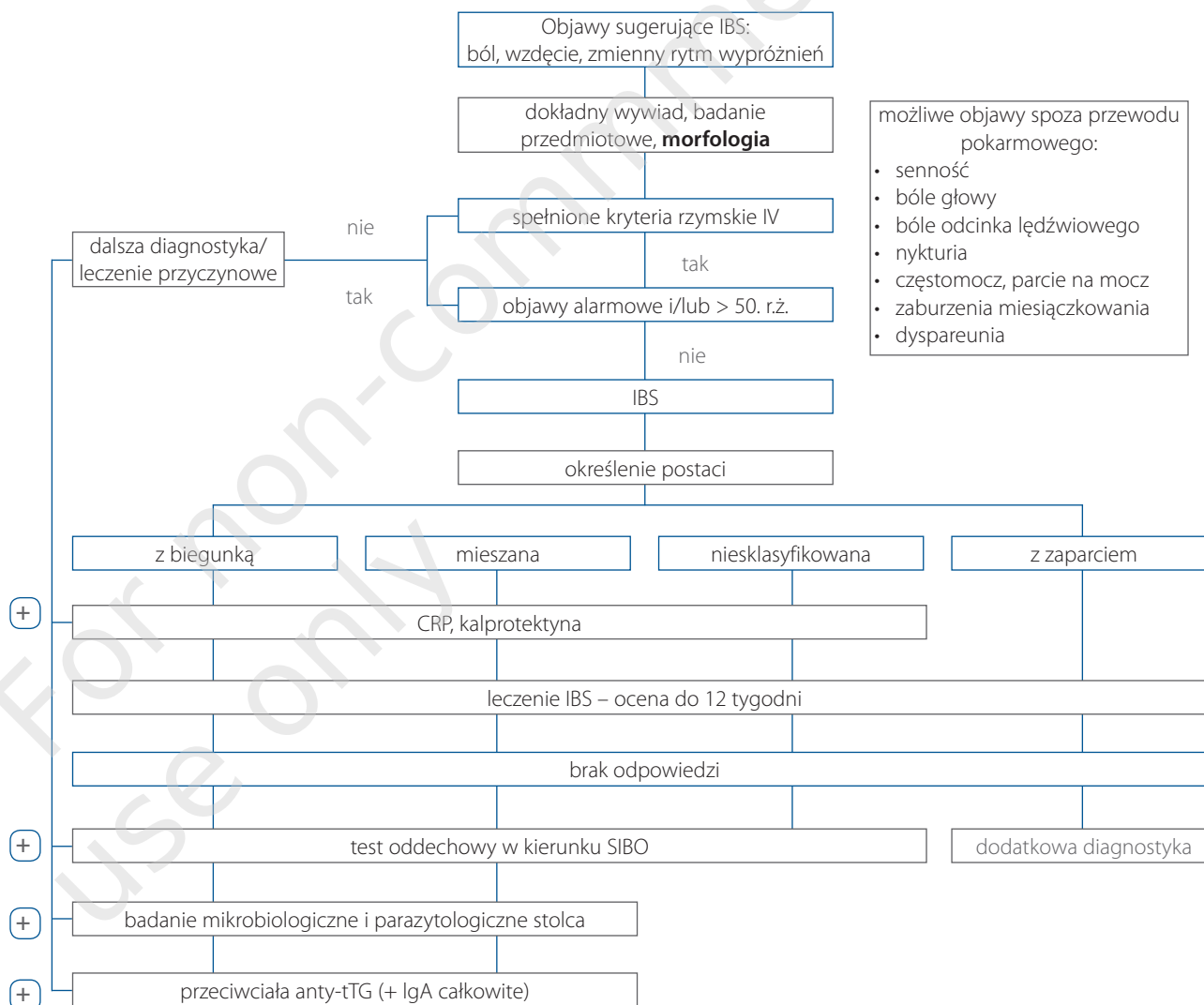
- *Bacillus coagulans* GBI-30, 6086
- *Bifidobacterium animalis*
- *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745.

Mieszanki:

- preparat złożony: *Lactobacillus rhamnosus* NCIMB 30174, *L. plantarum* NCIMB 30173, *L. acidophilus* NCIMB oraz *Enterococcus faecium* NCIMB 30176
- preparat złożony: *Lactobacillus animalis* subsp. *lactis* BB-12, *L. acidophilus* LA-5, *L. delbrueckii* subsp. *bulgaricus* LBY-27 oraz *Streptococcus thermophilus* STY-31; *Bifidobacterium animalis* DN-173 010 w sfermentowanym mleku (razem ze *Streptococcus thermophilus* i *Lactobacillus bulgaricus*)
- preparat złożony: *Lactobacillus rhamnosus* GG, *L. rhamnosus* LC705, *Propionibacterium freudenreichii* subsp. *shermanii* JS DSM 7067 oraz *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* Bb12 DSM 15954
- preparat złożony: *Pediococcus acidilactici* CECT 7483, *Lactobacillus plantarum* CECT 7484 oraz *L. plantarum* CECT 7485
- preparat złożony: *Streptococcus thermophilus* DSM24731, *Bifidobacterium longum* DSM24736, *Bifidobacterium breve* DSM24732, *Bifidobacterium infantis* DSM24737, *Lactobacillus acidophilus* DSM24735, *Lactobacillus plantarum* DSM24730, *Lactobacillus paracasei* DSM24733 oraz *Lactobacillus delbrueckii* ssp. *bulgaricus* DSM24734.

RYCINA 2

Probiotyki (szczepy pojedyncze i preparaty złożone) o prawdopodobnym korzystnym wpływie na objawy IBS (na podstawie [11]).



nościowych jelita przebiegających z biegunką autorzy w podsumowaniu potwierdzają, że leki spazmolityczne redukują ból brzucha poprzez rozkurcz mięśni gładkich; ich tolerancja jest dobra przy niewielkich działaniach niepożądanych [14].

Obecnie na rynku farmaceutycznym dysponujemy kilkoma lekami działającymi rozkurczowo i prokinetycznie na jelito grube, tj.: mebeweryną, alweryną, trimebutyną i drotaweryną, które różnią się między sobą profilem działania. Charakterystyka punktu uchwytu wspomnianych leków została przedstawiona w tabeli 3, natomiast w tabeli 4 – różnice w ich działaniu. Jakże w związku z tym pojawiają się implikacje terapeutyczne? Nie ma jednoznacznych zaleceń, kiedy należy stosować określony lek, jednak mając na uwadze mechanizmy i kierunek działania, można spróbować stworzyć propozycję zastosowania wymienionych leków w zależności od typu IBS. I tak w IBS-C celem

jest rozluźnienie, rozkurczenie jelita, jeśli przyczyną jest skurcz blokujący perystaltykę (osoby młode, z dużą komponentą psychosomatyczną) lub jej pobudzenie – jeśli przyczyną jest atonia (słaba praca jelit, słaba perystaltyka, np. w wieku starszym). W pierwszym przypadku dobrze się sprawdzi mebeweryna z alweryną lub drotaweryną doraźnie. W sytuacji atonii skuteczna będzie trimebutyna z alweryną lub drotaweryną czy hioscyna doraźnie. Celem leczenia w IBS-D jest wyciszenie, rozluźnienie jelita i spowolnienie pobudzonej perystaltyki, dlatego dobre rozwiązanie stanowi włączenie mebeweryny lub alweryny, w mniejszym stopniu trimebutyny (ma również działanie pobudzające oddziałujące na jelito, więc może nasilić objawy). W postaci mieszanej (IBS-M) mogą współistnieć wszystkie wymienione mechanizmy, dlatego kierujemy się dominującym obrazem klinicznym, a mebeweryna, alweryna, trimebutyna

TABELA 3

Mechanizmy działania leków prokinetycznych w IBS (opracowano na podstawie dostępnych ChPL).

Lek porównywany	Mebeweryna	Alweryna	Trimebutyna	Drotaweryna
Działanie	<ul style="list-style-type: none"> spazmolytyk muskulotropowy, (bezpośrednie działanie na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego) złożony mechanizm działania poprzez zmniejszenie przepuszczalności kanałów jonowych (blokada kanałów sodowych i hamowanie wewnątrzkomórkowej kumulacji wapnia), a także blokadę wychwyty zwrotnego noradrenaliny miejscowe działanie znieczulające oraz zmiany wchłaniania wody 	<ul style="list-style-type: none"> silne działanie spazmolytyczne (bezpośrednie oddziaływanie na mięśnie gładkie i pośrednie przez hamowanie układu współczulnego) działa silnie na mięśnie gładkie naczyń krwionośnych, przewodu pokarmowego i układu moczowego moduluje czynność motoryczną przewodu pokarmowego, niezależnie od stanu czynnościowego przełyku, żołądka i jelit 	<ul style="list-style-type: none"> syntetyczny agonista obwodowych receptorów opioidowych μ, δ i κ mechanizm działania: bezpośrednie oddziaływanie na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, regulacja zaburzeń czynności motorycznej bez wpływu na OUN; dzięki równoczesnemu działaniu na receptory pobudzające morotykę (μ i δ) oraz hamujące (κ) normalizuje zaburzenia perystaltyki przewodu pokarmowego, w zależności od stanu czynnościowego przełyku, żołądka i jelit 	<ul style="list-style-type: none"> po pochodna izocholinoliny o działaniu spazmolytycznym na mięśnie gładkie, skuteczna w leczeniu skurczów mięśni gładkich zarówno pochodzenia nerwowego, jak i mięśniowego niezależnie od rodzaju unerwienia autonomicznego działa na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, dróg żółciowych, układu moczowo-płciowego i układu krążenia

TABELA 4

Kierunek działania leków prokinetycznych w IBS (opracowano na podstawie dostępnych ChPL).

Lek porównywany	Mebeweryna	Alweryna	Trimebutyna	Drotaweryna
Wskazania	<ul style="list-style-type: none"> objawowe leczenie bólów brzucha wywołanych skurczem mięśni gładkich jelit i zaburzeń czynnościowych jelit związanych z zespołem jelita drażliwego 	<ul style="list-style-type: none"> objawowe leczenie stanów skurczowych mięśni gładkich przewodu pokarmowego, dróg żółciowych, moczowych i macicy przeciwskurczowo w zespole jelita drażliwego, w bolesnej uchyłkowatości jelita grubego oraz bolesnym miesiączkowaniu 	<ul style="list-style-type: none"> leczenie objawowe zaburzeń motoryki i dolegliwości jelitowych związanych z czynnościowymi zaburzeniami przewodu pokarmowego (m.in. zespołu jelita drażliwego) leczenie objawowe bólu związanego z zaburzeniami czynnościowymi przewodu pokarmowego i dróg żółciowych (zaburzenia trawienia objawiające się uczuciem pełności, wzdęciami, nudnościami i bólami brzucha) 	<ul style="list-style-type: none"> stany skurczowe mięśni gładkich stany skurczowe mięśni gładkich związane z chorobami dróg żółciowych, stany skurczowe mięśni gładkich dróg moczowych wspomagająco: stany skurczowe mięśni gładkich przewodu pokarmowego

mogą być stosowane zamiennie (w zależności od przyczyny jak w IBS-C, w okresach biegunkowych – jak w IBS-D). Zbieżna sytuacja występuje w postaci niezdefiniowanej IBS (U), w której przypadku przyczyna może być zmienna i w zasadzie w zależności od objawów każdy lek ma zastosowanie. Mając na uwadze właściwości i bezpieczeństwo stosowania mebeweryny oraz jej cechy wyróżniające wśród leków rozkurczowych na jelito, w tym cechy zwrotnego wchłaniania wody, co poprawia konsystencję stolca (zwłaszcza w IBS-D) oraz miejscowe działanie znieczulające, warto w wyborze terapii IBS kierować się także działaniem przyczynowym, nie tylko objawowym.

PODSUMOWANIE

- IBS – najczęstsze zaburzenie czynnościowe
- objawy niejednorodne, wymagające współpracy wielu specjalistów

- rozpoznanie z wykluczenia, interdyscyplinarność schorzenia
- przyczyna polietiologiczna
- wpływ komponenty czynnościowej, osi mózgowo-jelitowej
- brak leczenia przyczynowego, tylko objawowe
- postępowanie powinno być indywidualizowane w zależności od typu i objawów choroby
- przebieg nawrotowy, trudny do leczenia
- ważna współpraca z psychologiem i innymi specjalistami.

Adres do korespondencji

dr hab. n. med. Dorota Waško-Czopnik
Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
05-556 Wrocław, ul. Borowska 213
e-mail: dorota.wasko-czopnik@umw.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol.* 2014; 7: 71-80.
2. Canon M, Ruiz AJ, Rondon M et al. Prevalence of irritable bowel syndrome and health related quality of life in adults aged 18 to 30 years in a Colombian University: an electronic survey. *Am J Gastroenterol.* 2017; 30: 67-75.
3. Sperber AD, Dumitrascu D, Fukudo S et al. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review. *Gut.* 2017; 66: 1075-82.
4. Mulak A, Smereka A, Paradowski L. Nowości i modyfikacje w Kryteriach Rzymskich IV. *Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy.* 2016; 8(2).
5. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology.* 2016; 150: 1262-79.
6. Lacy BE, Mearin F, Chang L et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016; 150: 1393-407.
7. Van Oudenhove L, Levy R, Crowl M et al. Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: how central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.* 2016; 150: 1355-67.
8. Qin H, Cheng C, Tang X et al. Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2014; 20: 14126-31.
9. Borghini F, Donato G, Alvaro D et al. New insights in IBS-like disorders: Pandora's box has been opened; a review. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2017; 10(2): 79-89.
10. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2014; 109(suppl 1): S2-26; quiz S27.
11. Pietrzak A, Skrzydło-Radomańska B, Mulak A et al. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego. *Gastroenterol Rev.* 2018; 13(4): 167-96.
12. Daniluk J, Małecka-Wojcieszko E, Skrzydło-Radomańska B et al. The efficacy of mebeverine in the treatment of irritable bowel syndrome – a systematic review. *J Clin Med.* 2022; 11: 1044.
13. Darvish-Damandi M, Nikifar S, Abdollahi M. A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2010; 16(5): 547-53.
14. Savarino E, Zingone F, Barberio B et al. Functional bowel disorders with diarrhoea: Clinical guidelines of the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterol J.* 2022; 10(6): 556-84.