

Osteopatia

w leczeniu holistycznym zespołu jelita nadwrażliwego

Z TEGO ARTYKUŁU DOWIESZ SIĘ:

- Jaka jest etiopatogeneza IBS.
- Jakiekryteria są potrzebne, aby można było zdiagnozować IBS.
- Jakiekryteria są objawy IBS.
- Czym jest osteopatia i jaka jest rola osteopatii w leczeniu chorych z IBS.
- Co mówią wyniki badań naukowych dotyczących możliwości zastosowania osteopatii u chorych z IBS.



dr n. med. Małgorzata Chochowska

fizjoterapeuta i terapeuta manualny; ukończyła kilkadziesiąt szkoleń z zakresu terapii manualnej i medycyny mięśniowo-powięziowej; autorka ponad 70 publikacji naukowych oraz redaktorka podręczników terapii manualnej; jest gorącym zwolennikiem całościowego ujmowania problemów zdrowotnych i głęboko zindywidualizowanego podejścia do pacjenta; specjalizuje się w leczeniu urazów narządu ruchu, przewlekłych dolegliwości bólowych oraz w fizjoterapii uroginekologicznej; wykładowca AWF w Poznaniu oraz WSEiT w Poznaniu



mgr Daria Kotek

dietetyk Instytutu Mikroekologii, absolwentka Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu na kierunku dietetyka, swoją wiedzę pogłębia nieustannie poprzez liczne szkolenia i kursy, ma doświadczenie w pracy z pacjentami z nadwagą oraz otyłością, uczestniczyła, zarówno jako słuchacz, jak i prelegent, w warsztatach, szkoleniach i konferencjach dietetycznych

Zespół jelita nadwrażliwego (*irritable bowel syndrome* – IBS) w Kryteriach Rzymskich IV został zaklasyfikowany do kategorii C1. IBS należy do najczęstszych zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. Choroby czynnościowe jelit to przewlekłe zaburzenia pracy przewodu pokarmowego, których objawami są bóle brzucha, wzdęcia i/lub zaburzenia oddawania stolca (biegunka, zaparcia bądź występowanie obu) [1]. Kryteria Rzymskie IV podają, że jeżeli w ciągu ostatnich trzech miesięcy, przez co najmniej jeden dzień w tygodniu występował ból brzucha związany z defekacją, wraz ze zmianą konsystencji stolca (tabela 1) i/lub ze zmianą częstości wypróżnień (wystarczają

dwa z tych kryteriów), to można rozpoznać IBS [2]. Ponadto objawy powinny trwać od sześciu miesięcy i należy wykluczyć choroby, których podłożem są zmiany w budowie narządów bądź tkanek [1].

IBS występuje na całym świecie, najczęściej jednak diagnozuje się go w krajach wysoko rozwiniętych (może dotyczyć nawet 10–20% populacji [1]) i jest on drugą co do częstości (po infekcjach górnych dróg oddechowych) przyczyną absencji w pracy [3]. Objawy mogą się ujawnić już w okresie dojrzewania, ale w większości przypadków IBS rozpoznaje się u osób do 45. roku życia – znacznie częściej występuje on u kobiet niż u mężczyzn [3].

Tabela 1. Klasyfikacja podtypów IBS [4]

IBS z zaparciami (IBS-C)	twardy bądź grudkowy stolec $\geq 25\%$ wypróżnień i luźny (zawiesisty) lub wodnisty stolec $< 25\%$ wypróżnień
IBS z biegunkami (IBS-D)	luźny (zawiesisty) bądź wodnisty stolec $\geq 25\%$ wypróżnień i twardy lub grudkowy stolec $< 25\%$ wypróżnień
Mieszana postać IBS (IBS-M)	twardy bądź grudkowy stolec $\geq 25\%$ wypróżnień i luźny (zawiesisty) lub wodnisty stolec $\geq 25\%$ wypróżnień
Niesklasyfikowana postać IBS (IBS-U)	zmiany konsystencji stolca, które nie spełniają kryteriów postaci IBS-C, IBS-D lub IBS-M

Etiopatogeneza IBS

Przyczyny występowania IBS nie są wystarczająco wyjaśnione i nie został wskazany jeden decydujący czynnik wywołujący objawy. Wyróżnia się jednak grupę przyczyn mogących przynajmniej w części odpowiadać za stan chorobowy. Do głównych czynników zaliczyć można: nieprawidłową motorykę przewodu pokarmowego, nadwrażliwość trzewną, dysbiozę jelitową, zaburzenia na tzw. osi mózg – jelito, czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe oraz psychologiczne, przez które może dochodzić do upośledzenia interakcji osobistych i społecznych dotkniętej chorobą osoby [5, 6]. Przebyte zakażenie przewodu pokarmowego, wirusowe czy bakteryjne, może prowadzić do wystąpienia tzw. poinfekcyjnego zespołu jelita nadwrażliwego. Obecnie uważa się, że prawie 1/3 pacjentów z IBS rozwija objawy ze strony przewodu pokarmowego po przebytej infekcji. Czynnikiem etiologicznym, często niediagnozowanym, jest najczęściej zakażenie bakteriami *Salmonella*, *Shigella* czy *Campylobacter jejuni*, wirusowe (norowirusy) lub pasożytnicze *Giardia intestinalis* [5]. Jedną z głównych przyczyn powstawania IBS jest stres, a u wielu pacjentów z IBS uważa się powiązanie objawów gastrycznych z obniżonym stanem psychicznym, w tym stanami depresyjnymi. Wzajemne interakcje czynników patofizjologicznych, psychospołecznych dodatkowo z uwarunkowaniami genetycznymi i środowiskowymi wpływają na rozwój i ekspresję objawów IBS. Zespół jelita nadwrażliwego częściej występuje wśród kobiet, dodatkowo zauważalna jest zmienność objawów w różnych fazach cyklu miesięcznego, okresie menopauzy czy ciąży, co może świadczyć o wpływie hormonów płciowych. Dodatkowo warto wspomnieć o częstym

współistnieniu IBS z zespołem rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego (*small intestinal bacterial overgrowth* – SIBO) [7].

Objawy IBS

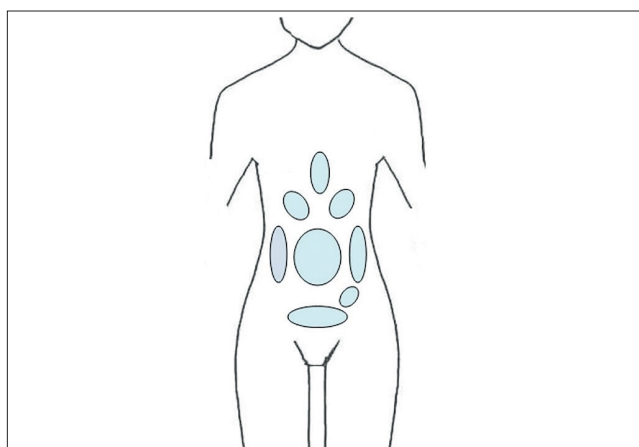
Głównymi objawami wśród pacjentów są dolegliwości bólowe (rys. 1), zmiany częstości wypróżnień, mogą występować wzdęcia brzucha, uczucie niepełnego wypróżnienia oraz wydalanie śluzu. Większość pacjentów ma epizody związane z tymi objawami. Codziennie jednak mogą im towarzyszyć bóle w obrębie jamy brzusznej, kwalifikowane jako „czynnościowy ból brzucha” [8]. Dodatkowo mogą występować inne objawy, takie jak senność, bóle głowy i pleców w odcinku lędźwiowym, częste i nagłe oddawanie moczu, u kobiet mogą występować zaburzenia miesiączkowania [8].

Diagnostyka IBS

Przy doborze odpowiednich badań należy podchodzić do pacjenta indywidualnie. Diagnostyka powinna zależeć od czasu trwania choroby, nasilenia objawów, wieku pacjenta oraz wywiadu rodzinnego. Badaniami, o które najczęściej poszerza się diagnostykę, są: morfologia krwi obwodowej, stężenie białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP), tyreotropiny (*thyroid-stimulating hormone* – TSH), badanie kalprotektyny, oznaczanie przeciwciał niezbędnych do diagnostyki celiakii oraz USG jamy brzusznej [10]. Panel badań dodatkowych może obejmować również badanie nadwrażliwości pokarmowych, wodorowy test oddechowy w kierunku SIBO, badanie kału w kierunku sprawdzenia stanu mikrobioty jelitowej, krwi utajonej czy pasożytów. Diagnostykę należy również rozszerzyć w przypadku występowania niepokojących objawów dodatkowych (tzw. red flags), jak np. niedokrwistość z niedoboru żelaza, krwawienie z odbytu, nagły spadek masy ciała.

Osteopatia w leczeniu IBS

Osteopatia powstała pod koniec XIX wieku w USA, a jej twórcą był Andrew Taylor Still (1828–1917), chirurg [11], który interesował się poprawą naturalnych zdolności samonaprawczych organizmu [12]. Widział ludzkie ciało jako wysoce złożoną maszynę, która wymagała odpowiedniego ustawienia i „smarowania” dla optymalnego funkcjonowania [13]. Still dążył do przywrócenia ciała homeostazy przy minimalnym udziale leczenia operacyjnego. W owych latach wynikało to po części ze świadomości, że ówczesne zabiegi medyczne były w dużej mierze nieskuteczne, a w niektórych przypadkach przynosiły wiele skutków ubocznych [14]. Opracowany przez Still'a system terapeutyczny miał swoje źródło w wielu dostępnych wówczas sposobach leczenia. Należały do nich frenologia, mesmeryzm, uzdrawianie magnetyczne, nastawianie kości i medycyna



Rys. 1. Obszary manifestowania się bólu w przebiegu IBS (rys. A. Smuszkiewicz) [9]



Zdj. 1. Technika rozluźniania sieci mniejszej



Zdj. 2. Technika rozluźniania więzadła żołądkowo-przeponowego



Zdj. 3. Technika mobilizacji ogólnej jelita cienkiego

konwencjonalna [15]. Celem leczenia osteopatycznego stosowanego w IBS jest zmniejszenie przewlekłego bólu oraz stanu zapalnego w obrębie układu pokarmowego [16]. W leczeniu chorych z IBS wykorzystywane są techniki osteopatyczne skoncentrowane na strukturach układu nerwowego, krążenia, strukturach kręgosłupa, układzie trzewnym oraz przeponach miedniczej i oddechowej [16]. Ich celem jest przywrócenie homeostazy, normalizacja

pracy wegetatywnego układu nerwowego zaopatrującego trzewia, pobudzenie aktywności układu limfatycznego oraz opanowanie dysfunkcji somatycznej [16].

Osteopatia wisceralna nie jest wystandaryzowanym sposobem postępowania, a jedynie zbiorem wielu technik wywodzących się z różnych nurtów medycyny manualnej, z których każdy terapeuta czerpie zgodnie z indywidualnymi preferencjami oraz doświadczeniami klinicznymi. Poniżej przedstawiono przykłady wybranych technik osteopatycznych (zdj. 1–6, fot. A. Smuszkiewicz) [17], stosowanych w leczeniu chorych z IBS.

Przegląd badań naukowych

Wyniki badań dotyczących wykorzystania technik osteopatycznych w IBS są niejednoznaczne i trudne do porównania, niemniej należy odnotować, że były one prowadzone, czego wyrazem jest przegląd zamieszczony poniżej.

W badaniach Hundscheida i wsp. [18] 39 pacjentów z IBS podzielono na dwie grupy: kontrolną, w której stosowano standardowe postępowanie ($n = 20$), oraz badaną, w której zastosowano techniki osteopatyczne ($n = 19$). Obserwację prowadzono przez sześć miesięcy, wykorzystując pięciopunktową skalę Likerta, kwestionariusz oceny jakości życia IBS-QOL 2000 oraz kwestionariusz FBDSI oceniający nasilenie zaburzeń funkcji jelit. Po zakończeniu badań stwierdzono poprawę w obu grupach, jednak wyniki w grupie, w której zastosowano techniki osteopatyczne były istotnie statystycznie lepsze zarówno w skali FBDSI ($p = 0,02$) – spadek ze 174 do 74 pkt vs. spadek ze 171 do 119 pkt – jak i w zakresie oceny jakości życia w kwestionariuszu IBS-QOL 2000 ($p < 0,009$) – wzrost ze 111 do 129 pkt vs. wzrost ze 109 do 121 pkt).

W badaniach Attali i wsp. [19] 31 chorych z IBS podzielono losowo na dwie grupy: badaną, w której wykorzystywano techniki osteopatyczne, oraz kontrolną, w której wykorzystywano techniki markowane (placebo). Chorych oceniono z wykorzystaniem subiektywnej skali VAS (0–10 pkt) w zakresie zmiany czterech objawów IBS (zaparcia, biegunki, wzdęcia, ból brzucha) oraz nasilenia depresji (spadek nastroju). Oceniono również wrażliwość wewnątrzodbytniczą oraz czas pasażu okrężniczego. W badanej grupie zanotowano istotną statystycznie poprawę w zakresie nasilenia biegunki, wzdęcia oraz bólu (zaparcia nie uległy zmianie), co było obserwowane również po roku od zakończenia leczenia ($p < 0,05$). Zauważono również istotne ($p < 0,001$) zmniejszenie wrażliwości wewnątrzodbytniczej (podniesienie progu wrażliwości bólowej oraz maksymalnego tolerowanego progu bólu), czego nie zauważono w grupie kontrolnej. W żadnej z grup nie zanotowano zmian w zakresie poprawy czasu pasażu okrężniczego oraz poprawy nastroju (spadek depresji).

W badaniach Florance i wsp. [20] 30 chorych z IBS podzielono na dwie grupy: badaną, w której wykonano dwie sesje osteopatii wisceralnej w odstępie siedmiu dni, oraz kontrolną, w której wykonywano markowane zabiegi osteopatyczne (dwa razy, w odstępie siedmiu dni). Dokonano dwukrotnej oceny rezultatów leczenia (po siedmiu i 28 dniach od rozpoczęcia badań), w skład której wchodziło: nasilenie objawów IBS, ocena jakości życia, czynniki psychologiczne i spektrum nawyków/przyzwyczajzeń związanych z jelitami. W siódmym dniu od rozpoczęcia badań zanotowano znaczące statystycznie ($p = 0,01$) zmniejszenie się negatywnych objawów IBS w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną



Zdj. 4. Technika poprawiająca mobilność („motylność”) jelita cienkiego



Zdj. 5. Technika mobilizacji okrężnicy zstępującej



Zdj. 6. Technika mobilizacji wątroby

($-32,2 \pm 29,1$ vs. $-9,0 \pm 16,0$). Niestety, te pozytywne rezultaty nie utrzymały się i już w 28. dniu od rozpoczęcia badań zaobserwowano brak różnic w zakresie nasilenia objawów pomiędzy dwiema grupami ($p = 0,4$). Nie zauważono również różnicy pomiędzy nasileniem depresji (spadek nastroju) oraz poziomu lęku pomiędzy dwoma grupami, a częstość oddawania stolca i jego konsystencja w ogóle nie uległa zmianie od początku prowadzenia badań.

W badaniach Mullera i wsp. [21] 53 chorych z IBS podzielono na dwie grupy: badaną ($n = 29$ osób), w której zastosowano pięć sesji osteopatii wisceralnej, w odstępie dwutygodniowym każda, oraz kontrolną ($n = 24$ osób), w której zastosowano pięć sesji markowanych zabiegów osteopatycznych (bez intencji terapeutycznej) – również w odstępie dwutygodniowym. Chorych oceniono dwukrotnie – w pierwszym oraz 12. tygodniu trwania terapii – biorąc pod uwagę natężenie bólu (w skali VAS) oraz częstość i intensywność występowania objawów IBS (wzdęcia, zaparcia, biegunki i inne) w skali Likerta. Po 12 tygodniach odnotowano znaczący statystycznie spadek poziomu bólu u chorych z grupy badanej (o 75%) w porównaniu z grupą kontrolną (o 19%). W zakresie pozostałych objawów IBS odnotowano nieco lepsze wyniki w grupie, w której zastosowano osteopatię wisceralną w porównaniu z grupą kontrolną, jednak różnica ta nie była istotna statystycznie.

Podsumowanie

IBS jest chorobą o wieloczynnikowej etiologii. Objawy obejmują głównie zaburzenia przewodu pokarmowego wynikające z dysbiozy mikrobioty jelitowej oraz nadwrażliwości trzewnej [5–7]. Jednak pacjenci cierpią również na wiele objawów pozajelitowych i często spełniają kryteria diagnostyczne dla innych zaburzeń czynnościowych, występują u nich problemy emocjonalne, depresja oraz lęk, a stres jest czynnikiem wyzwalającym i podtrzymującym. W odniesieniu do złożonej etiologii i cech klinicznych IBS należy zastosować podejście holistyczne zarówno na etapie diagnostycznym, jak i leczenia. Na podstawie dostępnych danych literaturowych [18–21] wydaje się, że wisceralne techniki osteopatyczne mogą stanowić cenne uzupełnienie leczenia chorych z IBS, jednak co do ostatecznych wniosków należy być ostrożnym, ponieważ brakuje badań naukowych prowadzonych zgodnie z rzetelną metodyką i z udziałem licznych grup chorych [22].

Autorzy artykułu serdecznie dziękują KORE Fizjoterapia Specjalistyczna za udostępnienie pomieszczeń i niezbędnego sprzętu oraz Zanece Konowskiej za możliwość wykorzystania wizerunku na potrzeby sesji fotograficznej.

Bibliografia:

1. Lacy B.E., Mearin F., Chang L. i wsp. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150(6): 1393–1407.
2. Nelkowska D.D. Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach. *Ann. Gastroenterol.*, 2020, 33, 1: 1.
3. Żelkowski A. i wsp. Zespół jelita nadwrażliwego – podstawowe zasady rozpoznawania i leczenia. *Pediatr. Med. Rodz.*, 2013, 9, 3: 250–255.
4. Shanahan F. Irritable bowel syndrome: shifting the focus toward the gut microbiota. *Gastroenterology*. 2007; 133: 340–342.
5. Shin S.Y. i wsp. The Effect of Phloroglucinol in Patients With Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *J. Neurogastroenterol. Motil.*, 2020, 26, 1: 117–127.
6. Drossman, Douglas A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 2016, 150, 6: 1262–1279. e2.
7. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. i wsp. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480–1491.
8. Simren M., Palsson O.S., Whitehead W.E. Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: Implications for Clinical Practice. *Curr. Gastroenterol. Rep.*, 2017; 19(4): 15.
9. Collebrusco L., Lombardini R. Osteopathic manipulative treatment and nutrition: an alternative approach to the irritable bowel syndrome. *Scien. Res.*, 2013; 5,6A2: 87–93.
10. Jadallah K.A., Khader Y.S. Celiac disease in patients with presumed irritable bowel syndrome: a case-finding study. *World J. Gastroenterol.* 2009; 15: 5321–5325.

**Pozostałe pozycje dostępne u autorek.*