ZESPÓŁ JELITA NADWRAŻLIWEGO

DIAGNOSTYKA

REKOMENDACJE

ŻYWIENIE

Dr hab. n. med. Krystian Adrych, prof. nadzw. GUMed
Dr n. med. Katarzyna Gładyś - Cieszyńska

ZESPÓŁ JELITA NADWRAŻLIWEGO

praktyczne wskazówki w świetle wytycznych

Autorzy:

Dr hab. n. med. Krystian Adrych, prof. nadzw. GUMed
Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Zespół jelita nadwrażliwego (IBS, ang. irritable bowel syndrome) jest częstą, dokuczliwą oraz nawracającą chorobą, która – pomimo dobrego rokowania – istotnie pogarsza jakość życia osób nią dotkniętych. Choroba ta występuje na całym świecie, chociaż zdecydowanie częściej w krajach wysoko rozwiniętych, u około 11% populacji ogólnej. IBS może pojawić się w każdym wieku, chociaż najczęściej występuje u ludzi stosunkowo młodych w trzeciej i czwartej dekadzie życia, a dwukrotnie częściej dotyczy kobiet. U pacjentów z IBS często niepotrzebnie wykonuje się niektóre zabiegi chirurgiczne (3-krotnie częściej cholecystektomię, 2-krotnie częściej usunięcie macicy i wyrostka robaczkowego i 1,5 raza częściej zabiegi w obrębie kręgosłupa), pomimo że występowanie tych chorób jest podobne jak w populacji ogólnej.

Zespół jelita nadwrażliwego to przewlekła, czynnościowa choroba, w której nawracające bóle brzucha mają związek z defekacją lub ze zmianą częstości wypróżnień i/lub konsystencji oddawanych stolców. Przyczyna choroby jest prawdopodobnie złożona, ale dotychczas nadal niewyjaśniona. W rozwoju tego schorzenia uczestniczy wiele czynników, m.in. genetycznych, społecznych, psychologicznych, immunologicznych, dietetycznych, związanych z motoryką jelitową i osią mózgowo-jelitową. Jednym z ważnych aspektów jest również mikrobiota jelitowa, która jest jakby osobnym narządem, złożonym z ok. 100 bilionów różnorodnych drobnoustrojów (na ogół bakterii i wirusów) zasiedlających przewód pokarmowy, a zwłaszcza jelito grube. Równowaga ilościowa i jakościowa w obrębie mikrobioty jelitowej jest niezmiernie ważna dla utrzymania zdrowia, a wytworzona przez wieki symbioza odgrywa istotną rolę w regulacji procesów trawiennych, metabolicznych, immunologicznych, motorycznych oraz w prawidłowym funkcjonowaniu osi mózgowo-jelitowej. Obecnie uważa się, że zaburzenie tej równowagi (dysbioza) odgrywa istotną rolę w rozwoju zespołu jelita nadwrażliwego. W wyniku dysbiozy liczba korzystnych dla zdrowia szczepów bakterii ulega redukcji, co prowadzi do rozwoju patogennej mikrobioty (dawniej nazywaną mikroflorą) i może spowodować zaburzenia przewodu pokarmowego.

W IBS stwierdzono obniżenie liczby korzystnych dla zdrowia szczepów bakterii z rodzaju *Lactobacillus i Bifidobacterium*, a zwiększenie liczby bakterii wpływających negatywnie na organizm człowieka. Bakterie *Lactobacillus* stanowią najliczniejszą grupę bakterii tworzących mikrobiotę jelitową i mają zdolność do produkcji kwasu mlekowego, a np. *Lactobacillus plantarum* jest korzystnym gatunkiem bakterii, obecnym w produktach roślinnych od wielu tysięcy lat. Niestety postępujące uprzemysłowienie i nowoczesna konserwacja żywności prowadzą do spadku spożycia tej bakterii, co może przyczyniać się do rozwoju niektórych chorób. Oś mózgowo-jelitowa jest pobudzana przez różnorodne bodźce, które wpływają na układ nerwowy i/lub przewód pokarmowy. Stres psychiczny, który często dotyczy pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego, może nieprawidłowo wpływać na przewód pokarmowy, ale także odwrotnie – różnorodne bodźce przekazywane z jelit mogą zmieniać nastrój i zachowanie pacjenta oraz modyfikować odpowiedź neurologiczną. Z kolei niektóre składniki pożywienia, a zwłaszcza dieta z dużą zawartością łatwo fermentujących krótkołańcuchowych węglowodanów i polioli (FODMAP), występujących np. w jabłkach, gruszkach, arbuzie, brzoskwiniach, mleku i jego przetworach, czosnku, cebuli, kapuście, brukselce, brokułach, fasoli, kalafiorze, wiśniach, śliwkach, kofeinie, mannitolu, sorbitolu, ksylitolu, pszenicy i czerwonym mięsie, może wywierać wpływ na powstawanie i nasilenie objawów u osób z IBS.

W obrazie klinicznym u osób z zespołem jelita nadwrażliwego najważniejszym objawem jest ból brzucha, który jest związany z wypróżnieniem i/lub zmianą częstości wypróżnień, a może się także wiązać ze zmianą konsystencji stolca. U chorych z IBS mogą pojawiać się także zaparcia, biegunka, uporczywe wzdęcia, parcie na stolec, uczucie niepełnego wypróżnienia oraz wydalania śluzu, wysiłek przy defekacji. Ponadto duża grupa pacjentów z IBS zgłasza różnorodne objawy pozajelitowe, zwłaszcza bóle głowy i mięśni, migrenę, znużenie, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, oddawania moczu oraz zaburzenia psychiczne (nerwice, depresje) i seksualne (tabela 1).

Tabela 1. Objawy ułatwiające prawidłowe rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego

Objawy wzmacniające rozpoznanie IBS
Uczucie parcia w odbycie, wzdęcia
Uczucie niepełnego wypróżnienia
Zmiana liczby oddawanych stolców
Nieprawidłowo uformowany stolec
Wysiłek przy defekacji, obecność śluzu
Bóle głowy, migrena, bóle mięśniowe
Znużenie, przewlekłe zmęczenie
Zaburzenia snu i/lub seksualne
Zaburzenia psychiczne (depresja)
Zaburzenia w oddawaniu moczu

U zdecydowanej większości osób dolegliwości występują wyłącznie w czasie dnia, nasilają się po posiłku, a często są związane ze spożyciem różnych, określonych przez nich produktów w diecie. Bóle brzucha są niecharakterystyczne, o różnej i zmiennej lokalizacji, ale najczęściej są umiejscowione w podbrzuszu, w przeciwieństwie do objawowej choroby uchyłkowej, w której na ogół są zlokalizowane w lewym dole biodrowym, lub dyspepsji czynnościowej z lokalizacją bólu w nadbrzuszu. Aktualnie uważa się, że rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego powinno być oparte na kryteriach diagnostycznych, obecnie najnowszej ich modyfikacji, czyli Kryteriach Rzymskich IV, a nie na diagnozie stawianej poprzez wykluczanie innych chorób (tabela 2) .

Tabela 2. Kryteria rozpoznawania zespołu jelita nadwrażliwego - Kryteria Rzymskie IV

Głównym objawem w IBS jest nawracający ból brzucha. Aby postawić diagnozę, należy sprawdzić, czy ból wystąpił co najmniej raz w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące, a także, czy towarzyszą mu minimum dwie z następujących cech:

Ból jest związany z defekacją

Ból jest związany ze zmianą częstotliwości wypróżnień

Ból jest związany ze zmianą konsystencji stolca

*kryteria muszą być spełnione przez ostatnie 3 miesiące, z początkiem objawów co najmniej 6 miesięcy przed rozpoznaniem

W tych nowych kryteriach najważniejsze jest stwierdzenie u pacjenta nawracającego bólu brzucha co najmniej 1 dzień w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące, przy wystąpieniu objawów przynajmniej przed 6 miesiącami. Na podstawie stopnia uformowania stolca zespół jelita nadwrażliwego podzielić można na cztery postacie kliniczne: 1) zaparciową; 2) biegunkową; 3) mieszaną; 4) niesklasyfikowaną. Rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego nie zawsze jest łatwe. Wymaga bardzo uważnej oceny klinicznej z właściwym przeprowadzeniem wywiadu oraz dokładnym badaniem fizykalnym, aby niepotrzebnie nie wykonywać licznych badań dodatkowych.

U dużej grupy osób z IBS mogą nakładać się dodatkowo objawy dyspepsji czynnościowej, choroby refluksowej przełyku oraz zespołu rozrostu bakteryjnego jelita (SIBO). Zgodnie z najnowszymi wytycznymi należy rozpoznawać zespół jelita nadwrażliwego na podstawie objawów klinicznych, zgodnie z wymienionymi powyżej Kryteriami Rzymskimi IV. Badania należy zlecać z rozwagą, zaczynać od podstawowych badań laboratoryjnych krwi i ultrasonografii jamy brzusznej. Badania dodatkowe, uznane za wartościowe przez ekspertów zajmujących się tą chorobą, to: morfologia, OB lub CRP, TSH oraz kolonoskopia u osób po 50 roku życia. Ponadto w postaci biegunkowej IBS warto wykonać test przesiewowy w kierunku celiakii (przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej lub przeciwko endomysium mięśni gładkich) oraz test oddechowy w celu różnicowania z SIBO. Należy zaznaczyć, iż kolonoskopia nie powinna być wykonywana u wszystkich pacjentów z podejrzeniem IBS, szczególnie u osób młodszych, poniżej 45 roku życia, zwłaszcza jako jedno z pierwszych badań. Za to wskazaniem do jej wykonania jest występowanie objawów alarmujących, w tym niewyjaśnionej niedokrwistości z niedoboru żelaza, obciążenia rodzinnego rakiem jelita grubego, postaci biegunkowej choroby, a także, gdy konieczne jest różnicowanie z nieswoistymi zapaleniami jelit. U zdecydowanej większości pacjentów kolonoskopia powinna być wykonywana zgodnie z zasadami ustalonymi w narodowych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania raka jelita grubego. W przypadku pojawienia się objawów alarmujących o możliwości choroby organicznej konieczne jest poszerzenie diagnostyki. Najczęstsze choroby wymagające diagnostyki różnicowej oraz objawy alarmujące wymieniono w tabeli 3.

Tabela 3. Objawy alarmujące oraz najważniejsze choroby wymagające różnicowania z zespołem jelita nadwrażliwego

Objawy alarmujące oraz najważniejsze choroby wymagające różnicowania z zespołem jelita nadwrażliwego

Objawy alarmujące	Różnicowanie
Chudnięcie	Choroba trzewna
Krew w stolcu	Nieswoiste zapalenia jelit
Gorączka	Choroby tarczycy
Objawy występujące w nocy	Choroby pasożytnicze i bakteryjne jelit
Wodobrzusze lub opór w jamie brzusznej	Endometrioza
Anemia	Alergia
Wiek > 45 lat	Nowotwory
Antybiotykoterapia	Choroba uchyłkowa
Płeć męska oraz obciążenie genetyczne nowotworami	Dyspepsja czynnościowa
	Inne

Do tej pory nie udało się jednoznacznie ustalić przyczyny choroby, zatem nie ma możliwości leczenia przyczynowego i skutecznego wyleczenia. Zespół jelita nadwrażliwego to schorzenie przewlekłe, w którym u większości pacjentów objawy nawracają, czasami nawet przez całe życie. Najważniejszym elementem leczenia jest utrzymywanie dobrej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem poprzez budowę wzajemnego zaufania. Lekarz powinien poinformować pacjenta, że choroba może mieć łagodny przebieg i ma dobre rokowania co do długości życia. Dla chorych z IBS niezmiernie istotne jest, aby jego lekarz poświęcał mu dużo czasu, przejrzyście wyjaśnił problemy zdrowotne i podał konkretne zalecenia np. dotyczące modyfikacji stylu życia, zwłaszcza zwiększenia aktywności fizycznej, walki ze stresem oraz dbania o dobry sen. Ponadto osobom z IBS zaleca się modyfikacje dietetyczne. Przede wszystkim pacjenci powinni unikać spożywania produktów nasilających ich dolegliwości. Obecnie podstawą leczenia zespołu jelita nadwrażliwego, a w szczególności postaci zaparciowej, jest stosowanie błonnika rozpuszczalnego (dobrze tolerowane przez pacjenta warzywa i owoce, babka jajowata, babka płesznik), a nie jak przed laty nierozpuszczalnego (otręby). Zespół rozrostu bakteryjnego (SIBO) w zależności od badanej populacji może występować u 30-85% osób z IBS. U tych osób poprawę przynosi dieta z ograniczeniem pokarmów zawierających fermentujące oligosacharydy, disacharydy, monosacharydy i poliole (FODMAP). Ponadto w Polsce ok. 20% dorosłych osób z IBS ma nietolerancję laktozy, czyli nie jest w stanie prawidłowo trawić mleka i produktów mlecznych. Wówczas zalecamy dietę bezmleczną lub ze znacznym ograniczeniem nabiału. Pojawiają się nowe informacje o zmienionej mikrobiocie jelitowej u chorych z IBS, a także o tym, że wpływa to niekorzystnie na funkcjonowanie osi mózgowo-jelitowej. Stąd uzasadnione jest postępowanie prowadzące do korzystnej modyfikacji mikrobioty jelitowej. Można to osiągnąć za pomocą odpowiedniej diety, probiotyków lub eubiotyków np. ryfaksyminy α. Probiotyki to żywe

drobnoustroje, które podawane w odpowiedniej dawce wywierają korzystny efekt zdrowotny. Rekomendacje zalecają rozważne stosowanie przebadanych pod względem skuteczności i bezpieczeństwa szczepów probiotycznych. W badaniach stwierdzono, że skuteczność probiotyków jest szczepozależna. Najwięcej badań poświęcono *Lactobacillus plantarum* 299v, *Saccharomyces boulardi, Bifidobacterium infantis* oraz wybranej mieszance probiotyków. W tabeli 4 przedstawiono, zgodnie z rekomendacjami polskimi, probiotyki o prawdopodobnym korzystnym wpływie na objawy zespołu jelita nadwrażliwego.

Tabela 4. Probiotyki mogące korzystnie wpływać na objawy zespołu jelita nadwrażliwego
[wg rekomendacji polskich - Pietrzak A. i wsp., Gastroenterology Review 2018; 13(4)]

Probiotyki mogące korzystnie wpływać na objawy zespołu jelita nadwrażliwego

Monoszczepy	Mieszanki
Bifidobacterium bifidum MIMBb75	***Preparat złożony:*** *Lactobacillus rhamnosus* NCIMB 30174, *L. plantarum* NCIMB 30173, *L. acidophilus* 30175 *oraz Enterococcus faecium* NCIMB 30176
Bifidobacterium infantis 35624	***Preparat złożony:*** *Lactobacillus animalis subsp. lactis* BB-12, *L. acidophilus* LA-5, *L. delbrueckii subsp. bulgaricus* LBY-27 *oraz Streptococcus thermophilus* STY-31
Bifidobacterium lactis	***Preparat złożony:*** *Bifidobacterium animalis* DN-173 010 *w sfermentowanym mleku (razem z Streptococcus thermophilus i Lactobacillus bulgaricus)*
Escherichia coli DSM17252	***Preparat złożony:*** *Lactobacillus rhamnosus* GG, *L. rhamnosus* LC705, *Propionibacterium freudenreichii subsp. shermanii* JS DSM 7067 *oraz Bifidobacterium animalis subsp. lactis* Bb12 DSM 15954
Lactobacillus acidophilus SDC 2012, 2013	***Preparat złożony:*** *Pediococcus acidilactici* CECT 7483, *Lactobacillus plantarum* CECT 7484 *oraz L. plantarum* CECT 7485
Lactobacillus plantarum 299v	***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
Preparaty przebadane w wybranych populacjach, efekt obejmujący jedynie część objawów:	
Bacillus coagulans GBI-30, 6086	
Bifidobacterium animalis	
Saccharomyces boulardii CNCM I-745	

W przypadku braku poprawy po powyżej omówionych sposobach leczenia może być konieczne zastosowanie różnorodnych leków w zależności od postaci klinicznej oraz stopnia ciężkości zespołu jelita nadwrażliwego. Możliwości leczenia IBS przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Postępowanie lecznicze u chorych z zespołem jelita nadwrażliwego

Leczenie zespołu jelita nadwrażliwego

- Zalecenia dietetyczne
- Zmiana stylu życia
- Dobra relacja lekarz – pacjent
- Probiotyki
- Farmakoterapia
- Leczenie psychologiczne
- Leczenie uzupełniające i alternatywne

ŻYWIENIE W ZESPOLE JELITA NADWRAŻLIWEGO

Autor:
Dr n. med. Katarzyna Gładyś - Cieszyńska
Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Czy dieta ma związek z powstawaniem objawów zespołu jelita nadwrażliwego?

Wpływ diety na rozwój zespołu jelita nadwrażliwego (IBS, ang. irritable bowel syndrome) jest nadal badany, a zalecenia żywieniowe nie są jednoznaczne. Faktycznie większość pacjentów z IBS uważa, że objawy tego schorzenia wzmagają się po spożyciu konkretnych produktów spożywczych, powodując ogólną niestrawność, ale nie odpowiadają za to zawsze te same grupy pokarmów. To kwestia bardzo indywidualna. Średnio połowa pacjentów przyznaje, że ból znacznie nasila się po 90 minutach od spożycia posiłku. Przypuszcza się, że takie zjawisko może być też wynikiem rozdęcia jelita wywołanego zjedzonym posiłkiem, głównie zawierającym tłuszcz. Zatem nie tylko rodzaj spożytych pokarmów, ale i objętość posiłku może mieć tutaj ogromne znaczenie.

A może autorska dieta eliminacyjna?

Wielu pacjentów z IBS wdraża ścisłą dietę eliminacyjną bez konsultacji z lekarzem i dietetykiem. Wykluczeniu najczęściej ulegają produkty zawierające: gluten, białko mleka krowiego (kazeinę), soję, jaja kurze. Czy taki schemat postępowania jest zasadny? Owszem, intensywność objawów może się w ten sposób zmniejszyć, ale czy faktycznie jest to spowodowane odrzuceniem tych wszystkich pokarmów? Bardzo możliwe, że za poprawę kliniczną odpowiada ogólna zmiana nawyków żywieniowych i wykluczenie jedynie niewielkiej liczby produktów. Pamiętajmy, że bardzo restrykcyjne diety eliminacyjne, stosowane bez konsultacji z dietetykiem i lekarzem, w konsekwencji mogą prowadzić do wystąpienia niedoborów pokarmowych i niedożywienia, co również może nasilać dolegliwości IBS i zmniejszać skuteczność ewentualnej farmakoterapii.

Jak najlepiej zidentyfikować pokarmy nasilające dolegliwości zespołu jelita nadwrażliwego?

Produkty nasilające dolegliwości zespołu jelita nadwrażliwego mogą być przede wszystkim zidentyfikowane za pomocą dzienniczka żywieniowego połączonego z notowaniem objawów. Pacjent powinien przez co najmniej tydzień zapisywać dokładnie, co jadł i wypił, a także odnotowywać ewentualne dolegliwości występujące po posiłku. Dzienniczek żywieniowy jest także pomocny w trakcie wdrażania już konkretnej diety eliminacyjnej, np. *low FODMAP*, ponieważ ułatwia dietetykowi identyfikację ewentualnych ukrytych źródeł składnika, którego pacjent powinien unikać.

Posiłek, godzina, miejsce spożywania posiłku	Opis posiłków / produktów	Wielkość porcji / masa produktów	Informacje dotyczące dolegliwości
Śniadanie Godz. 8.00 dom	Płatki z mlekiem: mleko 2%, bez laktozy, płatki owsiane (nazwa firmy), banan, pestki słonecznika (nazwa firmy) Herbata czarna z łyżeczką cukru	szklanka (250 ml) 3 łyżki stołowe 1 sztuka (120 g) 1 łyżeczka do herbaty 1 kubek (250 ml)	lekki ból w podbrzuszu

Na czym polega dieta *low FODMAP*?

FODMAP to łatwo fermentujące węglowodany, takie jak: fruktooligosacharydy (FOS), galaktooligosacharydy (GOS), laktoza, fruktoza czy sorbitol. Dowiedziono, że związki te mogą nasilać objawy IBS poprzez nagromadzenie płynów w świetle jelita, przyspieszenie motoryki jelitowej i nadmierną fermentację w jelicie grubym, co prowadzi do wzmożonego wydzielania takich gazów, jak dwutlenek węgla, wodór czy metan.

Szacuje się, że u średnio 75% pacjentów z IBS (szczególnie w postaci biegunkowej i mieszanej) dieta *low FODMAP* przyczynia się do zmniejszenia intensywności lub eliminacji uporczywych dolegliwości żołądkowo-jelitowych. Dieta ta, w przeciwieństwie do diety bezglutenowej stosowanej w celiakii, nie powinna być kontynuowana przez całe życie i składa się z 3 etapów.

Etapy diety eliminującej FODMAP:

I etap 4-8 tygodni – faza najbardziej restrykcyjna – wybieramy produkty o niskiej zawartości FODMAP

II etap Faza rozszerzania diety, czyli powolnego wprowadzania poszczególnych FODMAP (najdłuższa)

III etap Dieta z ograniczeniem jedynie tych FODMAP, które nie zostały zaakceptowane w fazie nr 2

Ile dokładnie czasu minie między fazą I a II zależy od indywidualnej tolerancji. Większość osób po zastosowaniu restrykcyjnej diety z ograniczeniem FODMAP może wrócić do tradycyjnego sposobu odżywiania, z wykluczeniem jedynie pojedynczych produktów bogatych w FODMAP. Produkty o wysokiej i niskiej zawartości FODMAP są zestawione w tabeli 1.

Tabela 1. Podział produktów żywnościowych ze względu na zawartość FODMAP

	Zawartość FODMAP	
Grupa produktów	**Duża**	**Mała**
mięso, ryby, jaja, nabiał oraz zamienniki tradycyjnego nabiału	twaróg, delikatne sery (mascarpone, ricotta), mleko skondensowane, jogurty, maślanka, mleko (krowie, owcze, kozie), śmietana, bita śmietana	mięso, ryby, drób, jaja, owoce morza, wybrane rodzaje serów (szwajcarski, cheddar, parmezan, mozzarella, brie, camembert), mleko migdałowe, mleko z komosy ryżowej – quinoi, mleko ryżowe (do szklanki*), mleko kokosowe i owsiane (do ½ szklanki), masło, masło orzechowe, margaryna, jogurt bez laktozy, jogurt kokosowy, serki wiejskie i twarogowe bez laktozy
produkty zbożowe i zamienniki typowych mąk	większość produktów pszennych, żytnich i jęczmiennych – np. makaron pszenny i orkiszowy, chleb pszenny na drożdżach, pieczywo żytnie, płatki kukurydziane, mąka pszenna, otręby pszenne, płatki orkiszowe i jęczmienne, kasza jęczmienna, kasza kuskus, a także: amarantus ekspandowany (do 3 łyżek*), kasza gryczana niepalona (do 2 łyżek ugotowanej kaszy*), mąka migdałowa	chleb pszenny pełnoziarnisty na zakwasie, pieczywo bezglutenowe bez skrobi pszennej, chleb orkiszowy na zakwasie (do 3 kromek*), mąka ziemniaczana, płatki ryżowe, mąki: owsiana, gryczana, jaglana, z sorgo i kukurydziana, płatki owsiane (do 5 łyżek*), makaron bezglutenowy, ryż, komosa ryżowa, kasza kukurydziana, kasza owsiana (<120 g ugotowanej kaszy*), kasza jaglana, skiełkowany jęczmień, mąka orkiszowa, tortille kukurydziane (do 6 sztuk*), wafle ryżowe (do 4 sztuk*), otręby owsiane (do 5 łyżek*), otręby ryżowe

	Zawartość FODMAP	
Grupa produktów	**Duża**	**Mała**
warzywa i przetwory	cebula, szparagi, karczochy, kalafior, patisony, brukselka (do 4 sztuk*), soczewica, groszek zielony (do 3 łyżek*), pory (głównie biała część), buraki (do łyżki*), kapusta, grzyby, koper włoski, czosnek, bataty	marchew, pomidory, ogórki, papryka czerwona, kapusta chińska, rukola, seler korzeniowy, kukurydza w puszce bez dodatku syropu cukrowego, bakłażan, sałata, dynia, kabaczek, ziemniaki, szczypiorek (szczególnie cienki), szpinak, rzodkiewki, pietruszka, cukinia (do 1/3 sztuki*), różyczki brokułu (do 270 g, czyli do 3 standardowych porcji*), buraki marynowane, oliwki, tempeh (<220 g), przecier pomidorowy, tofu twarde
owoce i przetwory	jabłko, gruszka, mango, arbuz, nektarynka, brzoskwinie, morele, śliwki, owoce suszone, owoce z puszki, banany dojrzałe, granat, arbuz, grejpfrut, awokado (do 1 łyżki*)	banany niedojrzałe (do 1 sztuki*), winogrona, kiwi, mandarynki, pomarańcze, ananasy, cytryny, jagody, truskawki i dżem truskawkowy, rabarbar, marakuja, żurawina, borówki i jagody (do ½ szklanki*), maliny (do ¾ szklanki*), kiwi, limonka, papaja
orzechy, pestki, nasiona i oleje	orzechy nerkowca i laskowe, pistacje, migdały (do 10 sztuk*), nasiona roślin strączkowych: soczewica, ciecierzyca, fasola biała i czerwona, soja, a także siemię lniane (do 1-3 łyżek*), masło migdałowe (do 3 łyżeczek*)	orzechy włoskie, orzechy pekan, orzeszki piniowe, pestki dyni (do 4-5 garści*), ziarna sezamu (do 1/3 szklanki*), nasiona słonecznika, orzeszki ziemne, nasiona chia (do 4 łyżek*), mak, olej z awokado, olej rzepakowy, olej z oliwek, olej z orzeszków ziemnych, olej z otrębów ryżowych, olej sezamowy, olej słonecznikowy, masło orzechowe
dodatki do żywności, przyprawy i sosy	syrop glukozowo-fruktozowy, syrop z agawy, miód, melasa, produkty z korzeniem cykorii i inuliną, słodziki: sorbitol, mannitol, maltitol, ksylitol	cukier kryształ, syrop klonowy, aspartam, stewia, majonez, musztarda (po uprzednim sprawdzeniu składu), ketchup, gorzka czekolada (do 15 kostek*), octy (jedynie balsamiczny do 3 łyżek*), przyprawy: bazylia, kolendra, curry, kozieradka, mięta, oregano, pietruszka, rozmaryn, estragon, tymianek, pieprz, kardamon, chili w proszku, cynamon, goździki, kminek, gałka muszkatołowa, papryka, anyż, kurkuma

*Liczby podane w nawiasach dotyczą maksymalnego dopuszczalnego spożycia danego produktu w jednym daniu, przy założeniu, że spożywamy 3 posiłki dziennie.

W I etapie dieta powinna być najbardziej restrykcyjna i bazować głównie na produktach o niskiej zawartości FODMAP. Następnie, gdy dolegliwości związane z IBS zaczną powoli ustępować, można stopniowo wprowadzać do diety produkty o wyższej zawartości FODMAP, ale na początek w odpowiedniej ilości (np. amarantus ekspandowany w liczbie max. 3 łyżek na porcję). Ważne, aby taka restrykcyjna interwencja nie trwała dłużej niż 8 tygodni, ponieważ jest to dieta eliminacyjna i niekorzystnie oddziałuje na skład mikrobiomu jelitowego (zmniejsza się liczba korzystnych bakterii bytujących w jelitach).

W trakcie stosowania diety *low FODMAP* warto sięgnąć po sprawdzone probiotyki. W ten sposób można jednocześnie zadbać o stan mikrobioty jelitowej w trakcie wykluczania niektórych składników pokarmowych, jak i złagodzić objawy zespołu jelita nadwrażliwego.

Jednym z najlepiej przebadanych w tym zakresie szczepów jest *Lactobacillus plantarum* 299v (zawarty w produkcie Sanprobi IBS), uwzględniony w rekomendacjach m.in. Światowej Organizacji Gastroenterologii (WGO) i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego. Pacjenci przyjmujący probiotyk wskazywali na istotne zmniejszenie liczby wzdęć, bólów brzucha i nudności, a także na uregulowanie motoryki jelitowej. Więcej na temat probiotykoterapii w dalszej części broszury.

Oczywiście, **oprócz zawartości FODMAP w produktach, należy również uwzględnić strawność i indywidualną tolerancję danych pokarmów – nie każda dieta *low FODMAP* wymaga takich samych ograniczeń.** Przykładowo kasza gryczana niepalona, mimo że zalicza się do produktów o wysokiej zawartości FODMAP, często w formie ugotowanej jest dobrze tolerowana przez pacjentów stosujących I fazę diety. Tak samo jest ze zmielonym siemieniem lnianym w formie wywaru i waflami ryżowymi – wielu pacjentów toleruje znacznie większą liczbę wafli w jednej porcji niż 4 sztuki. Z kolei papryka, rzodkiewki, kiwi, winogrona, gruby szczypior lub całe orzechy, pomimo niskiej zawartości FODMAP, mogą powodować nasilenie dolegliwości u pacjentów, bez względu na rodzaj IBS. Jeśli paprykę obierzemy ze skórki i upieczemy do miękkości, a orzechy zmielimy, będą już trawiły się znacznie lepiej i być może w takiej formie będą mogły pojawić się w I fazie diety.

WAŻNE! ***Proces fermentacji bakteryjnej w produkcie spożywczym obniża ilość FODMAP, dlatego chleb pszenny pełnoziarnisty na zakwasie może być spożywany w I fazie eliminacyjnej w przeciwieństwie do makaronu pszennego czy typowej drożdżowej bułki maślanej.***

Przykładowy jadłospis w restrykcyjnej fazie diety *low FODMAP* (1500 kcal):

Śniadanie

Jajecznica na parze z 2 jaj + 2 kanapki z chleba orkiszowego na zakwasie z serkiem śmietankowym kanapkowym, sałatą oraz pomidorem (wyparzonym i pozbawionym skórki oraz większych gniazd nasiennych)

II śniadanie

½ porcji koktajlu bananowo-cynamonowego

Przepis: W kielichu blendera umieszczamy 1 zielonkawego banana, szklankę mleka migdałowego, łyżeczkę masła orzechowego oraz szczyptę cynamonu. Miksujemy do uzyskania gładkiej konsystencji.

Obiad

Pieczony ziołowy filet z pstrąga z opiekanymi ziemniaczkami i surówką z marchwi

Przepis: Filet przyprawić bazylią, oregano, tymiankiem, odrobiną pieprzu i soli, umieścić w rękawie do pieczenia i piec ok. 30 minut w 180°C. Ziemniaki pokroić na plasterki, skropić marynatą sporządzoną z ½ łyżki oliwy oraz przypraw: bazylii, oregano i czerwonej papryki. Wyłożyć ziemniaki na blasze wyłożonej papierem do pieczenia i również piec w 180°C przez około 30-40 minut do czasu, aż staną się złociste. W międzyczasie przygotować surówkę z marchwi – zetrzeć marchew i skropić ½ łyżki oliwy i odrobiną soku ze świeżej pomarańczy.

Podwieczorek

½ porcji koktajlu bananowo-cynamonowego

Kolacja

Serek wiejski bez laktozy (1 opakowanie – 150 g) z musem truskawkowym i 2 grzankami z chleba orkiszowego na zakwasie

Przepis: ½ szklanki truskawek zmiksować na mus. Polać musem serek wiejski i wymieszać. Z kolei kromki chleba podpiec w tosterze do chrupkości.

Przepis na własny napój migdałowy (o niskiej zawartości FODMAP):

Szklankę migdałów wsypać do miski, zalać zimną wodą (woda na pewno musi zakrywać wszystkie migdały) i odstawić na całą noc. Następnego dnia namoczone migdały odcedzić, umieścić w blenderze, dodać 2 szklanki zimnej wody i porządnie zmiksować. Po zblendowaniu wyjąć gęste sito i przecedzić powstały napój. Aby proces tworzenia napoju migdałowego był efektywniejszy, można pozostałą na sitku papkę migdałową ponownie zmiksować z udziałem wody i przecedzić. Świeży napój migdałowy można przechowywać w lodówce do 3-4 dni.

Czy dieta *low FODMAP* to jednocześnie dieta bezglutenowa?

Dieta *low FODMAP* nie jest jednocześnie dietą bezglutenową. To nie gluten odpowiada za nasilenie dolegliwości IBS, a galakto- i oligosacharydy zawarte w pszenicy, życie i jęczmieniu. Zatem nie każdy produkt bezglutenowy będzie również *low FODMAP*. Przykładowo wiele gotowych chlebów bezglutenowych zawiera bezglutenową skrobię pszenną, która owszem – jest pozbawiona glutenu, ale nadal znajdują się w niej związki FODMAP. Tak samo nie zawsze produkty *low FODMAP* będą bezglutenowe. Najlepszym przykładem jest chleb pełnoziarnisty pszenny na zakwasie – zakwas nie eliminuje glutenu, ale zmniejsza ilość FODMAP.

WAŻNE!

Wykazano, że wprowadzenie ścisłej diety bezglutenowej u chorych na zespół jelita nadwrażliwego, którzy przebywali już na diecie low FODMAP, nie przyniosło żadnych dodatkowych korzyści. Na temat stosowania diety bezglutenowej w IBS nadal prowadzone są badania i potrzebna jest znacznie większa liczba danych naukowych. ***Pamiętajmy, że w przypadku pacjentów chorujących jednocześnie na IBS i celiakię podstawowym zaleceniem dietetycznym jest ścisła dieta bezglutenowa.***

Dlaczego dieta *low FODMAP* mi nie pomogła?

Często redukcję dolegliwości związanych z IBS obserwuje się już w pierwszym tygodniu stosowania diety. Jednak zdarza się, że samopoczucie pacjentów nie ulega zmianie nawet po kilku tygodniach. Dlaczego? Pierwszym i najczęstszym powodem są błędy żywieniowe – nieodpowiednie dopasowanie diety *low FODMAP* do aktualnych dolegliwości (np. spożywanie surowych owoców *low FODMAP*, podczas gdy pacjent toleruje je jedynie w formie musu), brak restrykcyjności w stosowaniu diety oraz nieświadome spożywanie ukrytych źródeł FODMAP,

takich jak: syrop glukozowo-fruktozowy, czosnek, cebula, sorbitol, białka mleka (oprócz izolatu białek serwatkowych), skrobia pszenna, słód jęczmienny, chleby na bazie drożdży, a nie zakwasu. U niektórych osób z IBS sporadyczne spożycie wymienionych dodatków do żywności nie powoduje nasilenia dolegliwości, ale niestety czasem konieczne jest wyeliminowanie nawet śladowych ilości FODMAP. Pamiętajmy też, że u pacjentów z IBS stosunkowo częściej niż w ogólnej populacji występują alergie i nietolerancje pokarmowe, więc przyczyną może być jeszcze inny składnik żywności, jak np. histamina, salicylany czy białka mleka krowiego. Nasilenie objawów może powodować także inna jednostka chorobowa.

Ukryte źródła FODMAP – gdzie ich szukać?

Poliole

mogą znajdować się w:

- suplementach (zwłaszcza dla diabetyków),
- lekach (np. pastylki na kaszel lub bolące gardło),
- gumach do żucia,
- lodach,
- żywności typu „fit".

Fruktoza

może znajdować się w:

- cukrze owocowym,
- soku owocowym,
- koncentracie soków owocowych,
- miodzie,
- syropie glukozowo-fruktozowym,
- inulinie,
- syropie z agawy,
- suszonych owocach.

Laktoza

może znajdować się w:

- lekach (laktoza jednowodna),
- wyrobach cukierniczych,
- płatkach śniadaniowych,
- pastach mięsnych, pasztetach,
- zupach instant,
- składniku żywnościowym (mleko w proszku).

Warto wiedzieć, że polecany przy zespole jelita nadwrażliwego szczep *Lactobacillus plantarum* 299v (Sanprobi IBS) sprawdza się również przy nietolerancji laktozy. Jego działanie zbliżone jest do laktazy (enzymu trawiennego), a więc rozkłada laktozę do glukozy i galaktozy.

Faza rozszerzania diety *low FODMAP*

Gdy dolegliwości IBS ulegną znacznej redukcji lub całkowitej eliminacji, można rozważyć wdrożenie fazy II. Na początku powinny być wprowadzane te produkty, które zawierają tylko jeden rodzaj FODMAP, np. miód (fruktoza) czy tradycyjny jogurt (laktoza) i które były wcześniej spożywane przez pacjenta. Z kolei gruszki czy jabłka zawierają kilka FODMAP (np. w gruszkach jest fruktoza i sorbitol), dlatego mogą pojawić się w diecie dopiero pod koniec fazy II.

Tabela 2. Przykłady produktów zawierających głównie jeden FODMAP, które mogą być wprowadzane do diety jako pierwsze

Fruktoza	Laktoza	Mannitol	Sorbitol
miód	zwykłe mleko	bataty	jagody

Kilka ważnych wskazówek przydatnych podczas etapu rozszerzania diety

Każdy z produktów powinno się wprowadzić powoli, zaczynając od małych ilości. Pomocny może być schemat:

Poniedziałek

- niewielka ilość wprowadzanego pokarmu np. ½ łyżeczki miodu

Jeśli brak dolegliwości, to następnego dnia zwiększamy porcję wg schematu:

Wtorek

- nieco większa ilość wprowadzanego pokarmu np. łyżeczka miodu

Jeśli brak dolegliwości, to następnego dnia zwiększamy porcję wg schematu:

Środa

- jeszcze większa ilość wprowadzanego pokarmu, odpowiadająca temu, ile wcześniej danego produktu spożywaliśmy np. łyżka miodu

Obserwujemy, najlepiej do końca tygodnia, czy dolegliwości nie uległy nasileniu. Jeśli nie – od nowego tygodnia wprowadzamy kolejny produkt, a ten, który tolerujemy, odstawiamy do czasu zakończenia testowania innych FODMAP.

- Jeśli objawy IBS mocno się nasilą po wprowadzeniu małej ilości jakiegokolwiek rodzaju FODMAP, to lepiej powrócić jeszcze na pewien czas do etapu I. Możliwe, że przewód pokarmowy pacjenta nie jest jeszcze gotowy na rozszerzanie diety.

- Jeśli do nasilenia dolegliwości dojdzie po spożyciu konkretnej ilości danego pokarmu, to oznacza, że więcej danego FODMAP aktualnie pacjent nie toleruje. Warto powrócić do tego rodzaju FODMAP w późniejszym czasie.

Na co warto jeszcze zwrócić uwagę w dietoterapii zespołu jelita nadwrażliwego?

[w oparciu także o wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i British Dietary Association]

1. Dieta powinna być regularna i zawierać podobną liczbę posiłków każdego dnia – najczęściej poleca się spożywanie 4-6 posiłków, dzięki czemu unikamy zbyt dużej porcji pokarmu. Należy wystrzegać się zbyt długich przerw między posiłkami.

2. Bardzo ważnym elementem diety jest błonnik, który odpowiada za prawidłową perystaltykę jelitową, pomaga wydalać nadmiar cholesterolu, reguluje poziom glukozy we krwi, przeciwdziała powstawaniu uchyłków jelita grubego i jest naturalną pożywką dla korzystnych bakterii jelitowych. Ważne, aby przy ewentualnym zwiększaniu ilości błonnika w diecie pamiętać o piciu zalecanej ilości wody. Niekiedy konieczne jest podanie błonnika w innej formie – więcej na ten temat w punkcie dotyczącym biegunek i zaparć.

3. Najlepiej potrawy gotować, piec (w folii/brytfance), dusić bez uprzedniego obsmażania lub grillować na patelni grillowej. Ważne, aby jak najrzadziej smażyć.

4. Warto w diecie umieścić zdrowe tłuszcze, znajdujące się m.in. w takich produktach, jak: oliwa, olej rzepakowy, olej z awokado, olej lniany, orzechy i migdały (mogą być w formie zmielonej), ryby.

5. Należy unikać żywności wysokoprzetworzonej, z dużą liczbą konserwantów i sztucznych wzmacniaczy smaku, ponieważ u osób z IBS dodatki te mogą nasilać objawy ze strony przewodu pokarmowego.

6. Kobiety powinny zazwyczaj wypijać ok. 1,5 l wody/dzień, a mężczyźni ok. 2 l/dzień. Oczywiście wszystko zależy też od tego, ile wody – w postaci np. zup, owoców i warzyw – jest zawarte w codziennej diecie pacjenta, a także jaka jest temperatura otoczenia. Powinno się unikać napojów gazowanych.

7. Zamiast jogurtów owocowych zawsze lepiej wybierać jogurty naturalne i dodawać do nich świeże owoce, ponieważ ograniczamy wtedy zbędny cukier (także w postaci wzdymającego syropu glukozowo-fruktozowego).

8. Kolację najlepiej spożywać 2-3 godziny przed snem. Najważniejsze, aby nie iść spać z pełnym żołądkiem, ponieważ wtedy spowalnia się opróżnianie przełyku i może dojść do nasilenia objawów IBS. Szczególnie na kolację odradzane są potrawy ciężkostrawne.

9. Należy spożywać pokarmy w spokoju, dokładnie je gryząc i przeżuwając. Pamiętajmy, że już w jamie ustnej zaczynają działać pierwsze enzymy trawienne, jak amyloza, która rozkłada skrobię.

10 Do produktów, które mogą nasilać objawy ze strony przewodu pokarmowego, należą m.in.: czekolada, słodycze, owoce cytrusowe i sporządzone z nich soki, warzywa kapustne, cebula, czosnek, grzyby, papryka, nasiona roślin strączkowych (soja, soczewica, bób, ciecierzyca), ostre przyprawy, wywary na mięsie typu rosół.

11 Bardzo ważny jest również regularny sen, ponieważ jego brak zakłóca funkcje motoryczne żołądka, trzustki, wątroby i jelit.

12 Warto do codziennej diety włączyć zioła przeciwzapalne (zaczynając od malutkich dawek i obserwując indywidualną tolerancję): imbir, kurkumę, czarny pieprz (świeżo zmielony), cynamon oraz kardamon. Łagodząco na przewód pokarmowy działają także m.in. napar z melisy, szałwii, dziurawca zwyczajnego (wykazuje także działanie antydepresyjne, uspokajające).

13 Należy unikać spożywania alkoholu – może nasilać dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Tak samo jest z paleniem papierosów.

14 Ważne jest utrzymywanie prawidłowej masy ciała, ponieważ osoby z nadwagą i otyłością statystycznie częściej odczuwają nasilenie dolegliwości IBS niż osoby z prawidłową masą ciała.

WAŻNE!

Nie u każdego pacjenta konieczne będzie wprowadzenie diety low FODMAP. Zdarza się, że tylko tymczasowa zamiana tradycyjnego nabiału na wersję bez laktozy już przyczynia się do poprawy klinicznej pacjentów z IBS. Warto przy tym pamiętać, że nietolerancja laktozy najczęściej oznacza jedynie zamianę wybranych produktów na odpowiedniki bezlaktozowe – przede wszystkim: mleka, jogurtów, śmietany lub ewentualnie serów twarogowych. Sery żółte czy masło posiadają bardzo mało laktozy. Wielu pacjentów z łagodną nietolerancją laktozy może spożywać też tradycyjny nabiał z laktozą, ale podzielony na kilka małych porcji w ciągu dnia, np. mleko jako dodatek do kawy.

Zespół jelita nadwrażliwego z przewagą biegunek

W przypadku pacjentów, u których występują biegunki, warto uwzględnić następujące wskazówki:

- Do produktów, które szczególnie mogą nasilać biegunki, należą: soki owocowe, warzywa kapustne, cebula, czosnek, grzyby, papryka surowa, nasiona roślin strączkowych, ostre przyprawy i wywary na mięsie.
- Orzechy powinny być spożywane w formie zmielonej, np. jako posypka do zup i innych dań (orzechy świetnie podwyższają kaloryczność posiłku u osób niedożywionych).
- Rozgotowane produkty skrobiowe działają zapierająco, dlatego w diecie powinny pojawić się wywary jarzynowe, rozgotowane ziemniaki, kasza jaglana, ryż biały oraz jasny makaron (np. kukurydziany). Podobne działanie wykazują również: rozgotowane płatki ryżowe na wodzie lub mleku bezlaktozowym/roślinnym; wybrane warzywa i owoce (szczególnie jabłka, marchew, jagody, banany, dynia) poddane blendowaniu lub obróbce termicznej – zapiekane, gotowane, duszone pod przykryciem i spożywane bez skórki, pestek i gniazd nasiennych.
- Czarna herbata wykazuje działanie zapierające, ale ważne, aby nie była zbyt mocna.
- Dobrą przekąską będą np.: wafle ryżowe/kukurydziane z dodatkiem nabiału (także bez laktozy), kisiele, budynie na bazie mleka krowiego (także bez laktozy) lub roślinnego.
- Przeciwbiegunkowo działa również dodatek naturalnego kakao do produktów spożywczych, np. do owsianki czy koktajlu.
- Bardzo ważne jest odpowiednie nawodnienie (zaleca się wodę mineralną niegazowaną).
- Ważne jest spożywanie odpowiedniej liczby produktów zawierających potas, np. pomidorów bez skórki i większych gniazd nasiennych, dyni, ziemniaków. Niekiedy uzupełnienie niedoboru elektrolitów (w tym nie tylko potasu, ale także sodu) nie jest możliwe poprzez dietę i potrzebne jest wypijanie roztworu elektrolitów.
- Regularne spożywanie mniejszych objętościowo posiłków nie przeciąża przewodu pokarmowego, a kolacja powinna być planowana na 2-3 godziny przed snem.

Zespół jelita nadwrażliwego z przewagą zaparć

W przypadku pacjentów, u których zaparcia są dominującym objawem, trzeba zwrócić uwagę na takie oto aspekty:

- Należy stopniowo zwiększyć spożycie błonnika pobudzającego aktywność motoryczną jelit. Jest on zawarty głównie w produktach pełnoziarnistych, nasionach, orzechach, surowych warzywach i owocach oraz babce jajowatej i siemieniu lnianym. Świetnie sprawdzają się także śliwki świeże oraz suszone – w przypadku uporczywych zaparć można spożyć rano na czczo kilka śliwek suszonych moczonych przez noc. Jeśli pacjent jednocześnie stosuje dietę *low FODMAP*, to warto bazować na źródłach błonnika pozbawionych FODMAP, czyli: otrębach ryżowych, nasionach babki płesznika, pieczywie orkiszowym na zakwasie z dodatkiem quinoi czy gryki, ryżu brązowym, bananach niedojrzałych, malinach, marchewce, bakłażanie, orzechach zmielonych.

UWAGA!

Jeśli zaparciom towarzyszą bóle brzucha lub naprzemiennie występują biegunki i zaparcia, to wymienione wyżej pokarmy lepiej zmiksować, przetrzeć, upiec, ugotować, zmielić bądź obrać. Jeśli tolerowane są FODMAP, to warto zamiast chleba żytniego wybierać delikatniejszy chleb graham lub orkiszowy, bez dodatku ziaren.

- Aktywność fizyczna jest równie ważna jak dieta – zalecany jest wysiłek minimum 3 razy w tygodniu przez co najmniej 30-45 minut, oczywiście w zależności od indywidualnych możliwości.
- Warto zwiększyć wypijanie odpowiedniej ilości wody, szczególnie podczas zwiększenia spożycia błonnika. Mężczyźni potrzebują 2,5 l wody dziennie, a kobiety 2 l dziennie – należy pamiętać, że to ilość uwzględniająca także wodę pochodzącą ze spożywanej żywności, a dieta bogata w warzywa i owoce może zawierać nawet 1 l wody.
- Trzeba zwrócić uwagę na zawartość tłuszczów zwierzęcych w diecie. Zbyt duża ilość masła, smalcu, czerwonego mięsa i jego wyrobów, żywności wysokoprzetworzonej (fast food) czy pełnotłustego nabiału spowalnia pasaż jelitowy, powodując zaparcia.
- Mniejsze objętościowo posiłki, przyjmowane w kilku porcjach (4-6), działają stymulująco na perystaltykę jelitową.

- W diecie należy dążyć do zminimalizowania ilości cukrów prostych, głównie przetworzonej fruktozy (najczęściej w postaci syropu glukozowo-fruktozowego czy syropu owocowego zawartego w słodyczach, wyrobach cukierniczych, słodkich jogurtach).
- Dobrze jest ograniczyć spożywanie wyrobów zawierających kakao, gdyż spowalnia ono pasaż jelitowy.

UWAGA!

Czekolada wykazuje silnie działanie zapierające – znajdziemy w niej nie tylko kakao, ale zazwyczaj także dużą ilość tłuszczów i cukrów prostych.

- Przy zaparciach korzystnie działa fermentowany nabiał. Kefir, maślanka i jogurt naturalny stymulują pasaż jelitowy dzięki zawartości korzystnych szczepów bakteryjnych. Warto również pamiętać, że fermentowany nabiał zawiera małą ilość laktozy.
- Perystaltykę jelit przyspiesza również kofeina. Można więc skusić się okazjonalnie na filiżankę kawy (jeśli brak przeciwwskazań do jej wypijania).

WAŻNE!

Błonnik wprowadzamy do diety stopniowo, *aby nie przeciążyć przewodu pokarmowego. Pamiętajmy, że zwiększenie w diecie błonnika zawsze spowoduje na początku większą produkcję gazów jelitowych – to naturalne. Jeśli jednak wzdęcia będą się nasilały i znacznie ograniczały jakość życia, to oznacza, że więcej błonnika aktualnie pacjent może nie tolerować lub lepiej podać go w innej formie (np. zamiast całych truskawek – zmiksowane). Według World Health Organization (WHO) codzienne spożycie 25 g błonnika pozwala na prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego.*

25 g błonnika na dzień to przykładowo:

4 kromki chleba orkiszowego na zakwasie + garść orzechów włoskich (można je potem zmielić) + 2 marchewki średnie + ½ woreczka kaszy jaglanej + szklanka wywaru z nasion babki płesznika (10 g nasion)

- Dieta wysokobłonnikowa nie powinna być stosowana np. w chorobie wrzodowej żołądka, dlatego przed wprowadzeniem konkretnej diety zawsze należy wziąć pod uwagę schorzenia współistniejące i skonsultować się z lekarzem oraz dietetykiem.
- Nie powinno się stosować preparatów wysokobłonnikowych w czasie przyjmowania lekarstw – między zażyciem leku a ich spożyciem muszą minąć co najmniej 3-4 godziny. Takie samo działanie wykazuje np. grejpfrut.

Nasiona babki płesznika – nieoceniona pomoc przy regulacji pasażu jelitowego

Babka płesznik (*Plantago psyllium*) to roślina należąca do rodziny babkowatych, której nasiona zawierają przede wszystkim naturalny błonnik, a także fitosterole regulujące poziom cholesterolu i substancje o działaniu przeciwzapalnym, jak aukubina. Nasiona babki płesznika można stosować zarówno u pacjentów z postacią biegunkową, jak i zaparciową zespołu jelita nadwrażliwego. Wykazano, że w zaparciach znacznie lepsze rezultaty w częstotliwości wypróżnień uzyskiwano po wprowadzeniu do codziennej diety nasion babki płesznika niż po bardziej popularnych otrębach pszennych.

WAŻNE!

Najlepiej w codziennej diecie sprawdzi się zastosowanie wywaru z nasion babki płesznika, wypijanego po głównych posiłkach (>2 razy dziennie). Sumaryczna dobowa dawka terapeutyczna dla osoby dorosłej powinna wynosić co najmniej 10 g, w zależności od indywidualnej tolerancji. U pacjentów z postacią biegunkową można nasiona dodatkowo zmielić, natomiast u pacjentów z postacią zaparciową IBS można je dodawać również w niezmienionej formie do innych pokarmów, np. zup, jogurtów, sałatek, serka wiejskiego, purée ziemniaczanego. Należy przy tym pamiętać o prawidłowym nawodnieniu, tak jak w przypadku wprowadzania do diety innych źródeł błonnika.

Przepis na wywar z babki płesznika:

- 2 łyżeczki (10 g) zalać gorącą wodą (ale nie wrzącą!) – tak do poziomu szklanki.
- Odczekać co najmniej 10-15 minut i wymieszać. Można też zostawić wywar na całą noc, powstanie w nim wtedy więcej cennego „śluzu".

PROBIOTYKI – wsparcie w każdej postaci zespołu jelita nadwrażliwego

Najnowsze zalecenia dietetyczne dla osób z IBS nie byłyby pełne bez informacji na temat probiotyków. Badania potwierdziły, że pacjenci ci często narażeni są na dysbiozę (czyli nierównowagę bakteryjną w jelitach) – wykazano u nich np. zmniejszoną liczbę pałeczek kwasu mlekowego. Modulacja mikrobioty jelitowej za pomocą szczepu *Lactobacillus plantarum* 299v (Sanprobi IBS) przynosi więc wiele korzyści. W badaniu Nobaek i wsp. z 2000 roku stosowanie probiotyku wpłynęło na zmniejszenie częstości odbijania i intensywności bólów brzucha, poprawę konsystencji stolców i normalizację rytmu wypróżnień. Zmniejszyła się również

liczebność bakterii gazotwórczych, co przełożyło się na mniejszą liczbę wzdęć. Najważniejsze jednak było to, że zmiany utrzymywały się nawet po roku od probiotykoterapii. W 2001 roku Niedzielin i wsp. opublikowali z kolei pracę, w której dowiedli, że aż 95% pacjentów otrzymujących *Lactobacillus plantarum* 299v odczuło pozytywną zmianę w obrębie układu pokarmowego. Przyjmuje się, że – aby uzyskać korzystny efekt działania probiotyku – niezbędna jest przynajmniej 4-tygodniowa suplementacja.

Kofeina – dozwolona czy zabroniona?

Po kawie i mocnej herbacie, szczególnie wypijanych na czczo, mogą pojawić się skurcze brzucha i inne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, ponieważ kofeina pobudza wydzielanie kwasu solnego i aktywność motoryczną jelita grubego. Zdecydowanie częściej uporczywe objawy pojawiają się u osób z biegunkową postacią IBS niż zaparciową. Jeśli jednak pacjent toleruje kawę, to jak najbardziej może umieścić ją w codziennym jadłospisie (kawa zawiera też wiele korzystnych związków, jak przeciwzapalne polifenole), ale w maksymalnej dobowej dawce 3 filiżanek, wypijanych po posiłkach.

Notatki

Probiotyk SANPROBI IBS

Unikalny szczep

Lactiplantibacillus plantarum 299v

(wcześniej Lactobacillus plantarum 299v

SANPROBI® *IBS* uzupełnia codzienną dietę o bakterie probiotyczne ***Lactiplantibacillus plantarum* 299v** (wcześniej ***Lactobacillus plantarum* 299v**) - składnik mikrobioty jelitowej. ***SANPROBI®*** *IBS* posiada dobre właściwości probiotyczne i jest bezpieczny dla konsumenta. Produkt dostępny jest w postaci kapsułek i kropli.

---

10 miliardów żywych bakterii probiotycznych w kapsułce

1 miliard żywych bakterii probiotycznych w kropli

Suplementy diety

Produkt bez laktozy, białek mleka glutenu

Produkt bezpieczny dla dzieci po ukończeniu 1. roku życia

Produkt bezpieczny dla dzieci po ukończeniu 3. roku życia

www.sanprobi.pl facebook.com/sanprobi instagram.com/sanprobi

SANPROBI *Premium* | ***SANPROBI*** *Osteo* | ***SANPROBI*** *4 Enteric* | ***SANPROBI*** *Active & Sport* | ***SANPROBI*** *Barrier* | ***SANPROBI*** *Super Formula* | ***SANPROBI*** *Stress*